

兵庫県医療施設実態調査(案)

調査基準日（特定日の状況を回答する設問）：**令和5年2月1日（水）時点**

調査対象期間（1年間の状況を回答する設問）：令和3年4月1日～令和4年3月31日

（ただし項目によっては別の期間を定めていますので、設問の記述に従ってください。）

提出期限 **令和5年3月●●日（●）**

記入方法 各設問について貴院の状況に該当する箇所の□にチェック（）を入れてください。（特に指定のない場合は1つ選択してください。）

留意点 **A 共通項目票及びB 疾病・事業別項目票のうち「6-6災害医療」「6-11 新興感染症対策」「7 その他」については全病院ご回答ください。それ以外の項目については当該疾病にかかる診療を実施している病院のみご回答ください。**

<目次>

A 共通項目票（全病院お答えください。）

- 1 基本的事項について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P3～7
- 2 地域における医療連携について・・・・・・・・・・・・・・・・P7～9
- 3 患者に対する情報提供について・・・・・・・・・・・・・・P9
- 4 介護保険サービスの提供について・・・・・・・・・・・・P10
- ~~5 受動喫煙対策について・・・・・・・・・・・・・・・・P10~~

B 疾病・事業別項目票

- 6 5疾病5事業の診療機能について
 - 6-1 がん・・・・・・・・・・・・・・・・P12～18
（がんの診療を実施している病院のみお答えください。）
 - 6-2 脳卒中・・・・・・・・・・・・・・・・P19～21
（脳卒中の診療（リハビリテーションを含む）を実施している病院のみお答えください。）
 - 6-3 急性心筋梗塞・・・・・・・・・・・・・・・・P22～23
（心疾患の診療（リハビリテーションを含む）を実施している病院のみお答えください。）
 - 6-4 糖尿病・・・・・・・・・・・・・・・・P24～26
（糖尿病の診療を実施している病院のみお答えください。）
 - 6-5 精神疾患・・・・・・・・・・・・・・・・P27～29
（精神科、内科等でうつ病等の診療を実施している病院のみお答えください。）
 - 6-6 災害医療・・・・・・・・・・・・・・・・P30～32
（全病院お答えください。）
 - 6-7 救急医療・・・・・・・・・・・・・・・・P33～34
（救急診療（精神科救急を含む）診療を実施している病院のみお答えください。）
 - 6-8 へき地医療・・・・・・・・・・・・・・・・P34
（へき地医療拠点病院のみお答えください）
 - 6-9 周産期医療・・・・・・・・・・・・・・・・P35～38
（産科・産婦人科・小児科・新生児科のある病院のみお答えください。）
 - 6-10 小児救急を含む小児医療・・・・・・・・・・・・・・・・P39
（小児科のある病院のみお答えください。）
 - ~~6-11 新興感染症対策・・・・・・・・・・・・・・・・POO
（全病院お答えください。）~~
- 7 その他（全病院お答えください。）
 - 7-1 在宅医療・・・・・・・・・・・・・・・・P40～41
 - 7-2 遠隔医療・・・・・・・・・・・・・・・・P42

本調査票の調査項目に加えて、以下の項目については兵庫県医療機関情報システムにおける貴院の報告内容から情報を取得します。

項目	兵庫県医療機関情報システムの該当項目
診療科目	2 基本情報 (7) 診療科目
病床数	2 基本情報 (9) 病床種別及び届出又は許可病床数
専門医・専門看護師	6 診療内容、提供保健・医療・介護サービス (1) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の専門性に関する資格の種類及びその種類毎の人数
訪問診療の実施状況	6 診療内容、提供保健・医療・介護サービス (9) 対応することができる在宅医療
訪問看護の実施状況	6 診療内容、提供保健・医療・介護サービス (10) 対応することができる介護サービス
セカンド・オピニオンの実施状況	6 診療内容、提供保健・医療・介護サービス (11) セカンド・オピニオンに関する状況

医療施設実態調査（A 共通項目票）

医療機関名			
所在地	〒		
電話／FAX	(電話)		(FAX)
e-mail			
調査票記入者	(所属・役職)		(氏名)

該当する箇所に V を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

1 基本的事項について

Q1 貴院の病床について記入してください。

	一般病床	療養病床	通算
1) 許可病床数	床	床	床
2) うち休床数 (設置していない病床数)	床	床	床
3) 地域包括ケア病床数	床	床	床
4) 在院患者数※	人	人	人

※在院患者数は、令和3年4月1日～令和4年3月31日の各日の入院中の患者数（当日退院した患者を含む）を366日分合算したものを記入してください

<病棟・医療設備・検査について>

Q2 次にあげる病棟・医療設備について、貴院が整備しているもの全てにチェックを入れ、その病床数及び年間（令和3年4月1日～令和4年3月31日）入院患者実数等を記入してください。

(1) 緩和ケア・回復期リハビリテーション

	1) 緩和ケア病棟	床
/	(内訳) 診療報酬上の施設基準内	(内訳) 床
	診療報酬上の施設基準外	床
	(年間入院患者実数_____人、うち時間外入院患者数_____人)	
	2) 緩和ケアセンター	床
	3) 回復期リハビリテーション病棟	床

(2) 医療設備

	1) 手術室	室	(手術台_____台)
	2) 集中治療室 (ICU)	床	
	3) 脳卒中専用集中治療室 (SCU)	床	(うち、専用___床、ICUと共用___床)
	4) 冠状動脈疾患専用集中治療室 (CCU)	床	(うち、専用___床、ICUと共用___床)
	5) 広範囲熱傷特定集中治療室	床	(うち、専用___床、ICUと共用___床)
	6) 無菌治療室	床	(うち、専用___床、ICUと共用___床)
	7) 放射線治療病室	床	(うち、専用___床、ICUと共用___床)
	8) 陰圧病床	床	(うち、結核___床、その他___床)

※診療報酬上の施設基準に合致するものについて記載してください。(ただし、本調査では実際に届出を行っているかどうかは問いません)

このほか診療科目、病床種別及び届出又は許可病床数については、兵庫県医療機関情報システムから情報を取得します。

Q3 次にあげる検査について、貴院における対応の可否をそれぞれに①～④のいずれかを記入してください。

検査内容	対応欄 ※	※それぞれの検査について、下の①～④のいずれかを「対応欄」に記入してください
1) 上部消化管内視鏡検査		①24時間可(当直) ②24時間可(オンコール) ③診療時間内のみ可 ④不可
2) 気管支内視鏡検査		
3) 大腸内視鏡検査		
4) 超音波検査		
①腹部		
②心臓・大血管		
③頸部		
④頭部(TCD)		
⑤その他〔部位名：_____〕		
5) 血管連続撮影(デジタル対応可能機種)		
①腹部		
②心臓・大血管		
③脳血管		
6) X線透視検査		
7) CT		
①16列以上MDST		
②16列未満MDST		
③その他のCT		
8) MRI		
①DWI(拡散強調画像)		
②PWI(灌流画像)		
9) MRA		
10) SPECT		
11) PET(ポジトロン断層撮影)		
12) 核医学検査(SPECT、PET以外)		

<外科手術体制について>

Q4 外科手術に関する専門スタッフの人数※1 を記入してください。(脳卒中、急性心筋梗塞、産婦人科、小児科に関する医師については、後の「疾病・事業別項目票」でお聞きします。)

スタッフの種類	①常勤	②非常勤※2
1) 外科医師	人	人
2) 消化器外科医師	人	人
3) 呼吸器外科医師	人	人
4) 整形外科医師	人	人
5) 泌尿器科医師	人	人
6) 耳鼻いんこう科医師(全身麻酔対応の手術に限る)	人	人
7) 麻酔科医師※3	人	人
8) 病理診断科医師	人	人
9) 看護師(手術室)	人	人
10) 臨床工学技士(手術室)	人	人
11) その他※4()	人	人

※1 人数には臨床研修医は含めないでください。

※2 非常勤は常勤換算人数を記入してください。

常勤換算の方法
 (非常勤の1週間の勤務時間) ÷ (常勤の1週間の勤務時間) = 常勤換算人数
 例: (4時間) ÷ (40時間) = 0.1人 (小数点第2位は四捨五入)

※3 麻酔科医師の非常勤にはいわゆるフリーランスを含めないでください。

※4 業務を委託している場合の業者の職員数等

このほか医療法上広告可能な外科の専門医(外科専門医、消化器外科専門医など)については、兵庫県医療機関情報システムから情報を取得します。

Q5 貴院では緊急手術※に対応していますか。対応している場合は、年間(令和3年4月1日～令和4年3月31日)の件数を記入してください。

<input type="checkbox"/>	1) 対応している (年間 _____ 件、うち時間外の症例数 _____ 件)
<input type="checkbox"/>	2) 対応していない

※ 「緊急手術」とは待機手術を除く手術のこと

Q6 貴院では、いわゆるフリーランスの麻酔医が手術に対応している例がありますか。

<input type="checkbox"/>	1) 対応している例がある	<input type="checkbox"/>	2) 対応していない
--------------------------	---------------	--------------------------	------------

Q7 貴院では、麻酔科以外の医師が手術の麻酔に対応している例がありますか。

<input type="checkbox"/>	1) 対応している例がある	<input type="checkbox"/>	2) 対応していない
--------------------------	---------------	--------------------------	------------

Q8 病理診断の実施状況についてお答えください。

(1) 貴院における病理診断に関するスタッフ(医師)の人数を記入してください。

1) 常勤	人
2) 非常勤※	人

※ 非常勤数の計上については Q4 と同様に記入してください。

(2) 貴院における病理診断について、対応しているもの全てにチェックを入れ、年間(令和3年4月1日～令和4年3月31日)の症例数を記入してください。

1) 組織診断 (年間症例数 _____ 件)			
①標本作成	<input type="checkbox"/>	i) 院内で対応している	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	ii) 院外で対応している	
②診 断	<input type="checkbox"/>	iii) 対応していない	
	<input type="checkbox"/>	i) 院内で対応している	<input type="checkbox"/>
②診 断	<input type="checkbox"/>	ii) 院外で対応している	
	<input type="checkbox"/>	iii) 対応していない	
2) 細胞診 (年間症例数 _____ 件)			
①標本作成	<input type="checkbox"/>	i) 院内で対応している	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	ii) 院外で対応している	
②判 定	<input type="checkbox"/>	iii) 対応していない	
	<input type="checkbox"/>	i) 院内で対応している	<input type="checkbox"/>
②判 定	<input type="checkbox"/>	ii) 院外で対応している	
	<input type="checkbox"/>	iii) 対応していない	
3) 術中迅速診断 (年間症例数 _____ 件)			
①標本作成	<input type="checkbox"/>	i) 院内で対応している	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	ii) 院外で対応している	
②診 断	<input type="checkbox"/>	iii) 対応していない	
	<input type="checkbox"/>	i) 院内で対応している	<input type="checkbox"/>
②診 断	<input type="checkbox"/>	ii) 院外で対応している	
	<input type="checkbox"/>	iii) 対応していない	
4) 免疫組織化学的検査 (年間症例数 _____ 件)			
①標本作成	<input type="checkbox"/>	i) 院内で対応している	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	ii) 院外で対応している	
①標本作成	<input type="checkbox"/>	iii) 対応していない	

<リハビリテーション体制について>

Q9 次にあげるもので、貴院が診療報酬上承認を得ているもの全てにチェックを入れてください。

	区 分
<input type="checkbox"/>	1) 運動器リハビリテーション料 (I)
<input type="checkbox"/>	2) 運動器リハビリテーション料 (II)
<input type="checkbox"/>	3) 呼吸器リハビリテーション料 (I)
<input type="checkbox"/>	4) 呼吸器リハビリテーション料 (II)
<input type="checkbox"/>	5) 難病患者リハビリテーション料
<input type="checkbox"/>	6) 障害児 (者) リハビリテーション料
<input type="checkbox"/>	7) 集団コミュニケーション療法料
<input type="checkbox"/>	8) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)
<input type="checkbox"/>	9) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II)
<input type="checkbox"/>	10) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III)
<input type="checkbox"/>	11) 心大血管疾患リハビリテーション料 (I)
<input type="checkbox"/>	12) 心大血管疾患リハビリテーション料 (II)

Q10 リハビリテーションに関する専門スタッフ全体の人数を記入してください。
 (脳卒中のリハビリスタッフについては、「疾病・事業別項目票」でお聞きします。
 スタッフについて重複する場合はそれぞれに計上してください。)

スタッフの種類	①専任		②兼任※1	
	i) 常勤	ii) 非常勤※2	i) 常勤	ii) 非常勤※2
1) 理学療法士	人	人	人	人
2) 作業療法士	人	人	人	人
3) 言語聴覚士	人	人	人	人
4) その他()	人	人	人	人

※1 「専任」「兼任」については、以下を参考に記入してください。

専従：当該治療に専ら従事している（就業時間の少なくとも8割以上は従事している）者
 専任：当該治療を専ら担当している（就業時間の少なくとも5割以上は従事している）者
 兼任：他の病棟、外来、施設（介護老人保健施設等）と兼務している者

※2 非常勤数の計上についてはQ4と同様に記入してください。

<薬剤部（薬剤科）の体制について>

Q0 薬剤部（薬剤科）に関する現在の専門スタッフ全体の人数を記入してください。

スタッフの種類	常勤	非常勤※1	定数※2
1) 薬剤師	人	人	人
2) 薬剤師以外の職員（調剤補助）	人	人	
3) 薬剤師以外の職員（事務補助）	人	人	
4) その他()	人	人	

※1 非常勤数の計上についてはQ4と同様に記入してください。

※2 定数とは施設が認める薬剤部門の常勤薬剤師定数を記入してください。

Q0 薬剤師の確保状況について記入してください。

現在の欠員人数

欠員人数	常勤	非常勤※1
1) 薬剤師	人	人

募集人数と採用人数（令和4年度）

	募集人数	採用人数
1) 薬剤師（常勤）	人	人
2) 薬剤師（非常勤※1）	人	人

QO 薬剤師が参加しているチーム医療にチェックを入れてください。

	1) 参画している	
	業務内容	感染制御チーム
		抗菌薬適正使用チーム
		緩和ケアチーム
		糖尿病（チーム）療養指導
		糖尿病透析予防診療
		術後疼痛管理チーム
		褥瘡対策チーム
		栄養サポートチーム
	2) 参画していない又は実施していない	

QO 次にあげるもので、貴院が診療報酬上の算定を得ているもの全てにチェックを入れ、年間実施件数を記入してください。

	区 分	年間件数	対象病棟数
	1) 薬剤管理指導料 1	件	病棟
	2) 薬剤管理指導料 2	件	
	3) 病棟薬剤業務実施加算(1) 出来高算定(週1回 120点)	件	病棟
	4) 病棟薬剤業務実施加算(1) DPC 機能評価係数 I 分	点	
	5) 病棟薬剤業務実施加算(2) (1日 100点)	件	病棟

QO 院外薬局や介護施設等との地域連携に関する診療報酬算定の実施状況について記入してください。令和3年度

1) 実施している	件数
薬剤総合評価調整管理料(月1回 250点)	件
薬剤総合評価調整加算(退院時1回 100点)	件
薬剤調整加算(退院時1回 150点)	件
退院時薬剤情報連携加算(60点)	件
連携充実加算(月1回 150点)(外来化学療法)	件
2) 実施していない	

QO 取扱い処方箋について記入してください。

内容	枚(%)
1) 1日平均入院患者に係る取扱処方箋数	枚
2) 1日平均外来患者に係る取扱処方箋数 (院内及び院外両方含む)	枚
3) 院外処方箋発行率	%

QO 施設の病棟数(令和5年2月1日現在)について記入してください。

病棟数 合計	一般病床	療養病床	精神病床	感染病床	結核病床
病棟	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟

Q0 薬学生の実務実習の受入れについて記入してください。

	1) 実施している (年間受入人数 _____ 人)		
	内訳	人数	実習期間
		人	1 期
		人	2 期
		人	3 期
人	4 期		
	2) 実施していない		

2 地域における医療連携について

Q11 地域医療連携室の設置状況についてお答えください。

(1) 病病連携、病診連携の対応の窓口となる「地域医療連携室」を院内に設置していますか。

	1) 地域医療連携室として設置している
	2) 地域医療連携室の名称を用いていないが、医療機関の紹介等を行う組織がある
	3) 設置していない

(2) (1) で「1) または 2)」と回答された病院のみお答えください。

貴院における地域医療連携等に関する専門スタッフの人数をお答えください。

専門スタッフ	①専従又は専任※	②兼 任※
1) 医師	人	人
2) 看護師	人	人
3) MSW (医療ソーシャルワーカー)	人	人
4) 介護職(_____)	人	人
5) 事務職	人	人

※ 「専従」「専任」「兼任」についてはQ10を参考に記入してください。

Q12 貴院では地元開業医等の利用に供するための共同利用機器を設けていますか。該当するもの全てにチェックを入れてください。

	1) MR I		2) CT
	4) その他の機器 (_____)		3) RI 診断装置
			5) 設けていない

Q13 貴院では施設・設備等を連携医療機関の医師等と共同利用していますか。該当するもの全てにチェックを入れてください。

(※共同利用とは、連携医療機関の医師等が、利用・参加できる状況を言います。)

	1) 検査設備		2) 外来診療設備
	5) その他の施設・設備(_____)		3) 入院診療設備
			4) 手術設備
			6) 共同利用していない

Q14 貴院における地域連携の実施状況についてお答えください。

(1) 貴院では地域連携クリティカルパスを使用していますか。使用している場合、対象疾患 全てにチェックを入れ、パスを共有している 医療機関数及び 年間（令和3年4月1日～令和4年3月31日）利用症例数を記入してください。

1) 使用している			
対象疾患	<input type="checkbox"/>	①がん	(医療機関数 <u> </u> カ所、利用症例数 <u> </u> 件)
	<input type="checkbox"/>	②脳卒中	(医療機関数 <u> </u> カ所、利用症例数 <u> </u> 件)
	<input type="checkbox"/>	③急性心筋梗塞	(医療機関数 <u> </u> カ所、利用症例数 <u> </u> 件)
	<input type="checkbox"/>	④糖尿病	(医療機関数 <u> </u> カ所、利用症例数 <u> </u> 件)
	<input type="checkbox"/>	⑤大腿骨頸部骨折	(医療機関数 <u> </u> カ所、利用症例数 <u> </u> 件)
	<input type="checkbox"/>	⑥その他(<u> </u>)	(医療機関数 <u> </u> カ所、利用症例数 <u> </u> 件)
2) 作成中又は作成予定である			
対象疾患	<input type="checkbox"/>	①がん	-(平成 <u> </u>年 <u> </u>月使用開始予定)-
	<input type="checkbox"/>	②脳卒中	-(平成 <u> </u>年 <u> </u>月使用開始予定)-
	<input type="checkbox"/>	③急性心筋梗塞	-(平成 <u> </u>年 <u> </u>月使用開始予定)-
	<input type="checkbox"/>	④糖尿病	-(平成 <u> </u>年 <u> </u>月使用開始予定)-
	<input type="checkbox"/>	⑤大腿骨頸部骨折	-(平成 <u> </u>年 <u> </u>月使用開始予定)-
	<input type="checkbox"/>	⑥その他(<u> </u>)	-(平成 <u> </u>年 <u> </u>月使用開始予定)-
3) 使用していない			

(2) 貴院では各疾患における診療について、(1)の地域連携クリティカルパス以外で、他の医療機関との連携のために診療情報もしくは治療計画を共有していますか。該当するもの 全てにチェックを入れてください。

1) 診療情報と治療計画を共有している				
対象疾患	<input type="checkbox"/>	①がん	<input type="checkbox"/>	②脳卒中
	<input type="checkbox"/>	③急性心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	④糖尿病
	<input type="checkbox"/>	⑤精神疾患	<input type="checkbox"/>	⑥その他(<u> </u>)
2) 診療情報を共有している				
対象疾患	<input type="checkbox"/>	①がん	<input type="checkbox"/>	②脳卒中
	<input type="checkbox"/>	③急性心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	④糖尿病
	<input type="checkbox"/>	⑤精神疾患	<input type="checkbox"/>	⑥その他(<u> </u>)
3) 治療計画を共有している				
対象疾患	<input type="checkbox"/>	①がん	<input type="checkbox"/>	②脳卒中
	<input type="checkbox"/>	③急性心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	④糖尿病
	<input type="checkbox"/>	⑤精神疾患	<input type="checkbox"/>	⑥その他(<u> </u>)
4) 共有していない				

(3) 貴院では各疾患に関して他の医療機関と共同で症例検討会や勉強会を開催していますか。該当するもの全てにチェックを入れてください。

1) 開催している	
対象疾患	<input type="checkbox"/> ①がん <input type="checkbox"/> ②脳卒中 <input type="checkbox"/> ③急性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> ④糖尿病 <input type="checkbox"/> ⑤精神疾患 <input type="checkbox"/> ⑥その他(<u>患者カンファレンス</u>)
2) 開催していない	

Q15 貴院においては、どのような病病連携、病診連携を実施していますか。該当するもの全てにチェックを入れてください。

(1) 病病連携（貴院が紹介を受ける側の場合、実施する連携内容）

<input type="checkbox"/>	1) 検査	<input type="checkbox"/>	2) 手術	<input type="checkbox"/>	3) 専門診療
<input type="checkbox"/>	4) 手術・専門診療後等の外来治療	<input type="checkbox"/>	5) 手術・専門診療後等の在宅医療		
<input type="checkbox"/>	6) その他(_____)	<input type="checkbox"/>	7) 実施していない		

(2) 病病連携（貴院が紹介する側の場合、依頼する連携内容）

<input type="checkbox"/>	1) 検査	<input type="checkbox"/>	2) 手術	<input type="checkbox"/>	3) 専門診療
<input type="checkbox"/>	4) 手術・専門診療後等の外来治療	<input type="checkbox"/>	5) 手術・専門診療後等の在宅医療		
<input type="checkbox"/>	6) その他(_____)	<input type="checkbox"/>	7) 実施していない		

(3) 病診連携

<input type="checkbox"/>	1) 検査引き受け	<input type="checkbox"/>	2) 手術引き受け	<input type="checkbox"/>	3) 専門診療引き受け
<input type="checkbox"/>	4) 手術・専門診療後等の外来治療 依頼（逆紹介）	<input type="checkbox"/>	5) 手術・専門診療後等の在宅医療 依頼（逆紹介）		
<input type="checkbox"/>	6) その他(_____)	<input type="checkbox"/>	7) 実施していない		

3 患者に対する情報提供について

Q16 インフォームド・コンセントの実施について、該当するものにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	1) 病気・治療について、必要に応じ書類を利用した詳しい説明（原則、「病名・病状」「治療方法」「治療期間」「薬の効能・副作用」「今後の見通し」を含めた説明）を行っている
<input type="checkbox"/>	2) 病気・治療について、簡単な説明を行っている
<input type="checkbox"/>	3) 病気・治療についての説明はほとんど行っていない

Q17 院内クリティカルパスを導入していますか。該当する全てにチェックを入れてください。

1) 医療者用クリティカルパスを導入している	
クリティカルパスの数(種類)※	<input type="checkbox"/> ① 1～10種類 <input type="checkbox"/> ② 11～50種類 <input type="checkbox"/> ③ 51～100種類 <input type="checkbox"/> ④ 101種類以上
2) 患者用クリティカルパスを導入している	
クリティカルパスの数(種類)※	<input type="checkbox"/> ① 1～10種類 <input type="checkbox"/> ② 11～50種類 <input type="checkbox"/> ③ 51～100種類 <input type="checkbox"/> ④ 101種類以上
3) 導入していない	

※ クリティカルパスの数(種類)は、同じ疾病についても複数ある場合は、全て数えてください。

このほかセカンド・オピニオンの実施状況については、兵庫県医療機関情報システムから情報を取得します。

4 介護保険サービスの提供について

Q18 下記の介護保険サービス事業所を併設しているか、又は同じ経営系列の事業所で介護保険サービスを提供している場合は、該当するものにチェックを入れてください。

居宅介護支援	居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
居宅サービス事業所	訪問介護	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
	訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
	訪問看護	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
	訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
	通所介護	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
	地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
	通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
	短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
	短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
	特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
	福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
	特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
	認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
	小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
	認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
	地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
	夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列	
介護施設	介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列
	介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	併設	<input type="checkbox"/>	同経営系列

5 受動喫煙対策について

Q19 貴院における現在の受動喫煙防止対策の取り組みについてお答えください。

(1) 貴院における実施状況について、該当するものにチェックを入れ、設置場所を記入してください。

<input type="checkbox"/>	1) 敷地内禁煙を実施している	<input type="checkbox"/>	2) 建物内禁煙を実施している
<input type="checkbox"/>	3) 壁等で仕切られた喫煙室を設置している		
<input type="checkbox"/>	4) 喫煙コーナー(壁等で仕切られていない喫煙場所)を設置している		

~~(2) (1)で「2) 建物内禁煙を実施している」と回答された病院のみお答えください。
貴院における今後の実施予定について、該当するものにチェックを入れてください。~~

<input type="checkbox"/>	1) 敷地内禁煙を実施予定である (平成____年____月頃実施予定)
<input type="checkbox"/>	2) 敷地内禁煙の実施予定はない

~~(3) (1)で「3) または「4)」と回答された病院のみお答えください。
貴院における今後の実施予定について、該当するものにチェックを入れてください。~~

<input type="checkbox"/>	1) 敷地内禁煙を実施予定である (平成____年____月頃実施予定)
<input type="checkbox"/>	2) 建物内禁煙を実施予定である (平成____年____月頃実施予定)
<input type="checkbox"/>	3) 敷地内及び建物内禁煙のいずれも実施予定はない

医療施設実態調査（B 疾病・事業別項目票）

医療機関名： _____

該当する箇所に V を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

6 5疾病5事業の診療機能について

6-1 がん（*がんの診療を実施している病院にお伺いします。）

Q20 がんに関する専門スタッフの人数を記入してください。

スタッフの種類	常勤人数
1) がん治療に関わる医師数※1	人
2) 放射線治療専門医（日本医学放射線学会）	人
3) 放射線診断専門医（日本医学放射線学会）	人
4) 放射線腫瘍専門医（日本放射線腫瘍学会）	人
5) がん薬物療法専門医（日本臨床腫瘍学会）	人
6) がん治療認定医（日本がん治療認定機構）	人
7) 緩和ケア研修※2 を修了した医師	人
8) 日本乳がん検診精度管理中央機構が認定する読影医師※3	人
9) 日本乳がん検診精度管理中央機構が認定する撮影技師※3	人
10) がん看護専門看護師（日本看護協会）	人
11) がん看護認定看護師（日本看護協会）※4	人
12) がん専門薬剤師（日本病院薬剤師会）	人
13) がん薬物療法認定薬剤師（日本病院薬剤師会）	人

※1 がん治療に関わる医師：本調査票 P17・18 の Q33 の治療に携わる専門医

※2 緩和ケア研修：厚生労働省の「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した研修

※3 認定試験においてAまたはBの評価を受けた医師

※4 がん放射線療法看護、がん化学療法看護、がん薬物療法看護、乳がん看護、緩和ケアのいずれかの認定を受けた認定看護師

このほか医療法上広告可能な専門医、専門看護師については、兵庫県医療機関情報システムから情報を取得します。

Q21 貴院では禁煙外来を実施していますか。

	1) 設置している		2) 設置予定である（令和 ____ 年 ____ 月設置予定）
	3) 設置していない（今後も設置予定はない）		

Q22 貴院では次のがん検診を実施していますか。実施している場合、年間（令和3年4月1日～令和4年3月31日）の受診者数を記入し、実施検査項目全てにチェックを入れてください。

(1) 胃がん検診

	1) 実施している (年間検診受診者数 _____ 人)				
/	検査項目	<input type="checkbox"/>	①胃 X線検査	<input type="checkbox"/>	②胃内視鏡検査
		<input type="checkbox"/>	③ペプシゲン検査	<input type="checkbox"/>	④その他 (_____)
	2) 実施していない				

(2) 肺がん検診

	1) 実施している (年間検診受診者数 _____ 人)				
/	検査項目	<input type="checkbox"/>	①胸部 X線検査	<input type="checkbox"/>	②喀痰細胞診
		<input type="checkbox"/>	③胸部 CT検査	<input type="checkbox"/>	④その他 (_____)
	2) 実施していない				

(3) 大腸がん検診

	1) 実施している (年間検診受診者数 _____ 人)				
/	検査項目	<input type="checkbox"/>	①便潜血検査	<input type="checkbox"/>	②全大腸内視鏡検査
		<input type="checkbox"/>	③注腸 X線検査	<input type="checkbox"/>	④その他 (_____)
	2) 実施していない				

(4) 乳がん検診

	1) 実施している (年間検診受診者数 _____ 人)				
/	検査項目	<input type="checkbox"/>	①マンモグラフィ	<input type="checkbox"/>	②視触診
		<input type="checkbox"/>	③乳房超音波 (エコー) 検査	<input type="checkbox"/>	④その他 (_____)
	2) 実施していない				

(5) 子宮がん (頸部) 検診

	1) 実施している (年間検診受診者数 _____ 人)				
/	検査項目	<input type="checkbox"/>	①細胞診 (従来法)	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	②細胞診 (液状検体法)	<input type="checkbox"/>	
	2) 実施していない				

Q23 Q22 の (4) で「①マンモグラフィ検査を実施している」と回答された病院のみお答えください。

貴院におけるマンモグラフィについて該当するもの全てにチェックを入れ、台数を記入してください。

/	1) 据置型 (_____ 台)	/	2) 車載型 (_____ 台)
	うちアナログ (_____ 台)		うちアナログ (_____ 台)
	うちデジタル (_____ 台)		うちデジタル (_____ 台)

Q24 貴院では放射線治療を実施していますか。実施している場合、台数及び年間 (令和3年4月1日～令和4年3月31日) の実施件数を装置の種類ごとに記入してください。

	1) 放射線治療を実施している		
/	種 類	i) 台 数	ii) 件 数
	① リニアック	台	件
	② サイバーナイフ	台	件

	③ ガンマナイフ	台	件
	④三次元原体小	台	件
	⑤強度変調放射線治療装置 (IMRT)	台	件
	⑥ 小線源治療装置 (RALS)	台	件
	⑦ その他 ()	台	件
	計	台	件
2) 放射線治療を実施していない			

Q25 貴院における化学療法の実施状況についてお答えください。

(1) 貴院には外来化学療法室が有りますか。有る場合、病床数及び年間(令和3年4月1日～令和4年3月31日)の治療件数を記入し、診療報酬上の承認状況について該当するものにチェックを入れてください。

	1) 外来化学療法室が有る (病床数 _____ 床、年間治療件数 _____ 件)		
	<input type="checkbox"/>	① 診療報酬 (外来化学療法加算 1) 取得基準内	
	<input type="checkbox"/>	② 診療報酬 (外来化学療法加算 2) 取得基準内	
	<input type="checkbox"/>	③ 診療報酬取得基準外	
2) 外来化学療法室が無い			

(2) 貴院では化学療法のレジメン (治療内容) の審査委員会を設置していますか。

<input type="checkbox"/>	1) 設置している	<input type="checkbox"/>	2) 設置していない
--------------------------	-----------	--------------------------	------------

Q26 貴院ではがん患者の薬物療法について、がんの部位に関わらず、横断的に実施していますか。実施している場合、診療科、チームの設置状況について該当するものにチェックを入れてください。

	1) 実施している		
	<input type="checkbox"/>	①横断的な薬物療法を行う診療科を設置 (診療科名 _____)	
	<input type="checkbox"/>	②横断的な薬物療法を行うチームを設置	
2) 実施していない			

Q27 貴院ではがん患者の治療について、複数の診療科に関わるカンファレンスを実施していますか。実施している場合、対象となる疾患を記入してください。

	1) 実施している		
	対象疾患 _____		
2) 実施していない			

Q28 貴院における緩和ケアの対応状況についてお答えください。

(1) 貴院では緩和ケアチームを設置していますか。設置している場合、診療報酬上の承認状況及び参加職種について該当するもの全てにチェックを入れてください。

	1) 緩和ケアチームを設置している								
	①診療報酬上の承認状況	<input type="checkbox"/>	i) 診療報酬 (緩和ケア診療加算) 取得基準内						
		<input type="checkbox"/>	ii) 診療報酬 (緩和ケア診療加算) 取得基準外						
	②参加職種	<input type="checkbox"/>	i) 医師	<input type="checkbox"/>	ア) 専従	<input type="checkbox"/>	イ) 専任	<input type="checkbox"/>	ウ) 兼任

		ii) 薬剤師		ア) 専従		イ) 専任		ウ) 兼任
		iii) 看護師		ア) 専従		イ) 専任		ウ) 兼任
		iv) 管理栄養士		ア) 専従		イ) 専任		ウ) 兼任
		v) PT・OT		ア) 専従		イ) 専任		ウ) 兼任
		vi) 心理職		ア) 専従		イ) 専任		ウ) 兼任
		vii) その他 (_____)						
	2) 緩和ケアチームを設置する予定である (令和____年____月設置予定)							
	3) 緩和ケアチームを設置していない							

※ 「専従」「専任」「兼任」についてはQ10を参考に記入してください。

(2) 貴院では緩和ケア外来を設置していますか。

<input type="checkbox"/>	1) 設置している	<input type="checkbox"/>	2) 設置していない
--------------------------	-----------	--------------------------	------------

(3) 貴院ではがん患者の精神症状の緩和に対応していますか。対応している場合、対応職種について該当するもの全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	1) 対応している							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	①医師	<input type="checkbox"/>	②看護師	<input type="checkbox"/>	③心理職	<input type="checkbox"/>	④その他 (_____)
<input type="checkbox"/>	2) 対応していない							

Q29 貴院におけるがんについての診療連携の実績についてお答えください。(対象期間：令和3年4月1日～令和4年3月31日)

(1) 専門的検査※を引き受けた実績がありますか。

<input type="checkbox"/>	1) 紹介を受けた実績あり	<input type="checkbox"/>	2) 紹介を受けた実績なし
--------------------------	---------------	--------------------------	---------------

※専門的検査：ヘリカルCT、MRI、SPECT、PETなど

(2) 専門的診療の受け入れ実績がありますか。

<input type="checkbox"/>	1) 紹介を受けた実績あり	<input type="checkbox"/>	2) 紹介を受けた実績なし
--------------------------	---------------	--------------------------	---------------

(3) 手術の受け入れ実績がありますか。

<input type="checkbox"/>	1) 紹介を受けた実績あり	<input type="checkbox"/>	2) 紹介を受けた実績なし
--------------------------	---------------	--------------------------	---------------

(4) 化学的治療の受け入れ実績がありますか。

<input type="checkbox"/>	1) 紹介を受けた実績あり	<input type="checkbox"/>	2) 紹介を受けた実績なし
--------------------------	---------------	--------------------------	---------------

(5) 放射線治療の受け入れ実績がありますか。

<input type="checkbox"/>	1) 紹介を受けた実績あり	<input type="checkbox"/>	2) 紹介を受けた実績なし
--------------------------	---------------	--------------------------	---------------

(6) その他、紹介を受けた実績がありますか。

<input type="checkbox"/>	1) 紹介を受けた実績あり [内容： _____]	<input type="checkbox"/>	2) 紹介を受けた実績なし
--------------------------	-------------------------------	--------------------------	---------------

Q30 貴院におけるがんによる年間入院患者延べ数及び新規入院患者数を記入してください。

※この項目は、暦年(令和3年1月1日～令和3年12月31日)でお答えください。

人(うち新規入院患者数 _____ 人)

Q31 貴院では院内がん登録※を実施していますか。実施している場合、治療実績まとめの有無について該当するものにチェックを入れてください。

(1) 入院患者について

<input type="checkbox"/>	1) 実施している				
<input type="checkbox"/>	治療実績	<input type="checkbox"/>	①まとめている	<input type="checkbox"/>	②まとめていない
<input type="checkbox"/>	2) 実施予定である (令和____年____月開始予定)				
<input type="checkbox"/>	3) 実施していない				

(2) 外来患者について

<input type="checkbox"/>	1) 実施している				
<input type="checkbox"/>	治療実績	<input type="checkbox"/>	①まとめている	<input type="checkbox"/>	②まとめていない
<input type="checkbox"/>	2) 実施予定である (令和____年____月開始予定)				
<input type="checkbox"/>	3) 実施していない				

※ 院内がん登録とは、病院全体のがん患者について、部位・治療を問わず、全患者の基本的な情報を登録し、がん医療の実状を把握することを目的としたシステム

Q32 石綿関連疾患に係る診療についてお答えください。

(1) 貴院において石綿関連疾患に係る検査を実施していますか。実施している場合、検査項目について該当するもの全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	1) 実施している			
<input type="checkbox"/>	検査項目	<input type="checkbox"/>	①精密検査	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	②フォローアップ検査	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2) 実施していない			

(2) 貴院において石綿関連疾患のための治療を実施していますか。実施している場合、年間(令和3年4月1日～令和4年3月31日)治療件数と治療項目について該当するもの全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	1) 実施している (年間治療件数____件)				
<input type="checkbox"/>	治療項目	<input type="checkbox"/>	①手術 (____件)		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	②薬物療法 (____件)	<input type="checkbox"/>	③放射線治療 (____件)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	④緩和ケア (____件)	<input type="checkbox"/>	⑤その他(____ (____件))
<input type="checkbox"/>	2) 実施していない				

Q33 貴院のがんに関する専門分野の対応状況についてお答えください。

以下のがんの部位別の診療内容について、①～③のいずれかを対応状況欄に記入してください。

- ① 院内専門医※等による対応 ※専門医は医療法上広告可能な専門医
- ② 院内で対応が可能
- ③ 院外との連携での対応

【診療機能－専門分野（部位別）】

(1) 我が国に多いがん

対象疾患	診療内容	対応状況
1) 肺がん	開胸手術	
	胸腔鏡下手術	
	化学療法	
	放射線療法	
2) 胃がん	開腹手術	
	腹腔鏡下手術	
	内視鏡手術 粘膜切除術 (EMR)	
	内視鏡手術 粘膜下層剥離術 (ESD)	
	化学療法	
	放射線療法	
3) 大腸がん	開腹手術	
	腹腔鏡下手術	
	内視鏡手術	
	化学療法	
	放射線療法	
4) 乳がん	手術	
	乳癌冷凍凝固摘出術	
	乳腺腫瘍摘出術（生検）	
	乳腺腫瘍画像ガイドライン吸引術	
	乳房再建術（乳房切除後）二次的に行うもの	
	化学療法	
	放射線療法	
5) 前立腺がん	開腹手術	
	腹腔鏡下手術	
	化学療法（ホルモン療法）	
	放射線療法（組織内照射）	
	放射線療法（外照射）	

対象疾患	診療内容	対応状況
6) 肝がん	開腹手術	
	腹腔鏡下手術	
	マイクロ波凝固法	
	経費的ラジオ波燃灼療法	
	エタノール局所注入 (PEI)	
	肝動脈塞栓術 (TAE)	
	化学療法	
	放射線療法	
7) 胆のうがん	開腹手術	
	腹腔鏡下手術	
	化学療法	
	放射線療法	
8) 胆管がん	開腹手術	
	化学療法	
	放射線療法	
9) 膵臓がん	開腹手術	
	腹腔鏡下手術	
	化学療法	
	放射線療法	

(2) 主ながん

対象疾患	診療内容	対応状況
1) 食道がん	開腹手術	
	腹腔鏡下手術	
	内視鏡的粘膜切除術 (EMR)	
	化学療法	
	放射線療法	
2) 膀胱がん	開腹手術	
	腹腔鏡下手術	
	化学療法	
	放射線療法	
3) 腎がん	開腹手術	
	腹腔鏡下手術	
	化学療法	
	放射線療法	

対象疾患	診療内容	対応状況
4) 子宮がん	開腹手術	
	腹腔鏡下手術	
	化学療法	
	放射線療法	
5) 頭頸部がん	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
6) 小児がん	手術	
	化学療法	
	放射線療法	

以下のがんの部位別の診療内容について、①～③のいずれかを対応状況欄に記入してください。

- ① 院内専門医※等による対応 ※専門医は医療法上広告可能な専門医
- ② 院内で対応が可能
- ③ 院外との連携での対応

【診療機能－専門分野（部位別）】

(3) その他のがん

対象疾患	診療内容	対応状況
1) 白血病、 悪性リンパ腫	放射線療法	
	移植	
	無菌室の設置の有無(病床数)	
2) 脳腫瘍	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
3) 骨軟部腫瘍	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
4) 皮膚がん	手術	
	化学療法	
	放射線治療	
5) 腎盂・尿管がん	手術	
	化学療法	
	放射線治療	

対象疾患	診療内容	対応状況
6) 卵巣がん	開腹手術	
	腹腔鏡下手術	
	化学療法	
	放射線療法	
7) 精巣がん	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
9) 口腔がん	手術	
	化学療法	
	放射線療法	

Q〇〇 術前に新型コロナウイルス感染症の陽性が判明した等、がん患者に係る手術(化学療法、放射線治療を除く)についてお答えください。

	1) 陽性が判明した例がなかった
	2) 手術を療養期間終了後に延期した (____件)
	3) 感染対策をしたうえで陽性患者の手術を実施した (____件)

Q36 脳卒中の外科的治療又は血管内治療を実施していますか。実施している場合、来院後2時間以内の治療の可否について該当するものにチェックを入れてください。

(1) 外科的治療

<input type="checkbox"/>	1) 実施している
<input type="checkbox"/>	来院後2時間以内の治療の可否 <input type="checkbox"/> ①24時間可 <input type="checkbox"/> ②診療時間内のみ可 <input type="checkbox"/> ③不可
<input type="checkbox"/>	2) 実施していない

(2) 血管内治療

<input type="checkbox"/>	1) 実施している
<input type="checkbox"/>	来院後2時間以内の治療の可否 <input type="checkbox"/> ①24時間可 <input type="checkbox"/> ②診療時間内のみ可 <input type="checkbox"/> ③不可
<input type="checkbox"/>	2) 実施していない

Q37 脳卒中患者に対し、急性期・回復期・維持期のリハビリテーションについて、実施しているもの全てにチェックを入れ、実施している場合、訓練室の有無（ある場合は面積）についてお答えください。

	区 分	訓練室の有無
<input type="checkbox"/>	1) 急性期リハビリテーション	<input type="checkbox"/> ①有り (_____ m ²) <input type="checkbox"/> ②無し
<input type="checkbox"/>	2) 回復期リハビリテーション	
<input type="checkbox"/>	3) 維持期リハビリテーション	

Q38 脳卒中患者のリハビリテーションに関する専門スタッフの人数を記入してください。

スタッフの種類	①専任※1		②兼任※1	
	i) 常勤	ii) 非常勤※2	i) 常勤	ii) 非常勤※2
1) 理学療法士	人	人	人	人
2) 作業療法士	人	人	人	人
3) 言語聴覚士	人	人	人	人
4) その他(_____)	人	人	人	人

※1 「専任」「兼任」についてはQ10を参考に記入してください。

※2 非常勤数の計上についてはQ4と同様に記入してください。

Q39 貴院における地域連携の実施状況についてお答えください。

(1) 貴院における地域連携体制について該当するものにチェックを入れ、現在連携している医療機関数とそのうち圏域外に位置する医療機関数等を記入してください。

<input type="checkbox"/>	1) 計画管理病院である※1 (連携医療機関数※2 _____ 箇所、うち圏域外 _____ 箇所)
<input type="checkbox"/>	2) 連携病院への登録病院である※3 (登録数 _____ 箇所、うち圏域外 _____ 箇所)
<input type="checkbox"/>	3) どちらでもない

※ 1)、2)どちらにもあてはまる場合は、両方に記入してください。

※1 地域連携診療計画管理料の算定の承認を得ている病院

※2 地域連携診療計画において連携していると記載した病院数

※3 計画管理病院への登録を行っている病院

- (2) (1)で「1)計画管理病院」と回答された病院のみお答えください。
 脳卒中入院患者の地域連携診療計画管理料の算定実績等について記入してください。
 (厚生局に提出する「地域連携診療計画管理料に係る報告書」を参考にしてください)

項目	人数
1) 地域連携計画管理料を算定した患者数	人
① 1)の患者のうち、最終的に在宅復帰した患者数※	人
② 1)の患者のうち、連携する保険医療機関に転院した患者数	人
2) 地域連携計画管理料を算定しなかった患者数	人
① 2)の患者のうち、最終的に在宅復帰した患者数※	人
② 2)の患者のうち、連携する保険医療機関に転院した患者数	人

※ ①の患者数には連携する保険医療機関における治療を終えた患者も含む。

- Q40 Q39の(1)で「2)連携病院への登録病院である」または「3)どちらでもない」と回答された病院のみお答えください。

貴院における脳卒中による年間(令和3年4月1日～令和4年3月31日)入院患者延べ数及び新規入院患者数を記入してください。

人(うち新規入院患者数_____人)

- Q41 貴院における脳卒中についての診療連携の実績についてお答えください。(対象期間:令和3年4月1日～令和4年3月31日)

- (1) 専門的検査を引き受けた実績がありますか。

<input type="checkbox"/>	1) 紹介を受けた実績あり	<input type="checkbox"/>	2) 紹介を受けた実績なし
--------------------------	---------------	--------------------------	---------------

- (2) 専門的診療の受け入れ実績がありますか。

<input type="checkbox"/>	1) 紹介を受けた実績あり	<input type="checkbox"/>	2) 紹介を受けた実績なし
--------------------------	---------------	--------------------------	---------------

- (3) 手術の受け入れ実績がありますか。

<input type="checkbox"/>	1) 紹介を受けた実績あり	<input type="checkbox"/>	2) 紹介を受けた実績なし
--------------------------	---------------	--------------------------	---------------

- (4) 脳卒中患者のリハビリテーションの受け入れ、依頼の実績がありますか。

<input type="checkbox"/>	1) 紹介を受けた実績あり		
<input type="checkbox"/>	2) 紹介した実績あり		
<input type="checkbox"/>	紹介先	<input type="checkbox"/>	①回復期リハビリテーションを行う医療機関
		<input type="checkbox"/>	②維持期リハビリテーションを行う医療機関等※
<input type="checkbox"/>	3) 受け入れ、依頼とも実績なし		

※ 「維持期リハビリテーションを行う医療機関等」とは、在宅等への復帰及び日常生活の継続を目指す生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施する医療機関、介護老人保健施設等

- (5) 診療所への逆紹介の実績がありますか。実績がある場合、逆紹介を実施した診療所の実数を記入してください。

<input type="checkbox"/>	1) 逆紹介の実績あり (逆紹介数_____カ所)	<input type="checkbox"/>	2) 逆紹介の実績なし
--------------------------	---------------------------	--------------------------	-------------

- (6) その他、紹介を受けた実績がありますか。

<input type="checkbox"/>	1) 紹介を受けた実績あり [内容:_____]	<input type="checkbox"/>	2) 紹介を受けた実績なし
--------------------------	-----------------------------	--------------------------	---------------

Q46 運動耐用能を評価したうえでの心臓リハビリテーション（運動療法、食事療法等）を実施していますか。実施している場合、訓練室の有無（ある場合は面積）についてお答えください。

	1) 実施している			
	訓練室		①有り (_____ m ²)	②無し
	2) 実施していない			

Q47 貴院では、心疾患患者のリハビリテーションに関する専門スタッフを配置していますか。配置している場合、常勤で配置しているスタッフについて該当するもの全てにチェックを入れてください。

	1) 配置している			
	スタッフの		①理学療法士	②作業療法士
	種類		③言語療法士	④その他(_____)
	2) 配置していない			

Q48 貴院における急性心筋梗塞についての診療連携の実績についてお答えください。(対象期間：令和3年4月1日～令和4年3月31日)

(1) 専門的検査を引き受けた実績がありますか。

1) 紹介を受けた実績あり	2) 紹介を受けた実績なし

(2) 専門的診療の受け入れ実績がありますか。

1) 紹介を受けた実績あり	2) 紹介を受けた実績なし

(3) 手術の受け入れ実績がありますか。

1) 紹介を受けた実績あり	2) 紹介を受けた実績なし

(4) 心臓のリハビリテーションの受け入れ、依頼の実績がありますか。

1) 紹介を受けた実績あり	2) 紹介した実績あり
3) 受け入れ、依頼とも実績なし	

(5) 診療所への逆紹介の実績がありますか。実績がある場合、逆紹介を実施した診療所の実数を記入してください。

1) 逆紹介の実績あり (逆紹介数 _____ カ所)	2) 逆紹介の実績なし

(6) その他、紹介を受けた実績がありますか。

1) 紹介を受けた実績あり 〔内容： _____ 〕	2) 紹介を受けた実績なし

医療機関名： _____

該当する箇所に を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

6-4 糖尿病（*糖尿病の診療を実施している病院にお伺いします。）

Q49 糖尿病に関する専門スタッフの人数を記入してください。

1) 糖尿病専門医（日本糖尿病学会）	人
2) 内分泌代謝科専門医（日本内分泌学会）	人
3) 糖尿病認定看護師（日本看護協会）	人

Q50 糖尿病療養指導士※1についてお答えください。

1) いる（→職種別に下の表に人数を記入してください。）				
職 種	①看護師	②管理栄養士	③薬剤師	④その他 ()
i) 常 勤	人	人	人	人
ii) 非常勤※2	人	人	人	人
2) いない				

※1 「糖尿病療養指導士」とは、日本糖尿病療養指導士認定機構の認定を受けた者

※2 非常勤数の計上については Q 4 と同様に記入してください。

Q51 貴院では糖尿病に関連する専門・特殊外来を設置していますか。

 1) はい 2) いいえ

Q52 貴院は糖尿病学会認定教育施設ですか。

 1) はい 2) いいえ

Q53 貴院では専門職種のチーム指導による糖尿病教育入院を実施していますか。

 1) はい 2) いいえ

Q54 糖尿病の診断や状況評価に必要な検査、専門的治療等の対応状況についてお答えください。

区 分	対 応 状 況			
1) 75gOGTT検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①対応している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②対応していない
2) 糖尿病に関する運動療法の指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①対応している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②対応していない
3) 糖尿病に関する食事療法の指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①対応している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②対応していない
4) 糖尿病患者の妊娠例への対応※1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①対応している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②対応していない
5) 糖尿病昏睡等、急性合併症の患者の治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①対応している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②対応していない
6) 糖尿病の急性合併症の患者を24時間受け入れ※2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①対応している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②対応していない
7) 低血糖時及びシックデイ（発熱、下痢、嘔吐をきたし、又は食欲不振のために食事ができないとき）の対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①対応している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②対応していない
8) 1型糖尿病への対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①対応している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②対応していない
9) うち小児への対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①対応している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②対応していない

※1 今回の妊娠で発見された糖尿病を含む

糖尿病患者の妊娠例に対し、厳密な血糖値コントロールを行うなど外来で対応でき、かつ、出産に当たっては出産できる病院に紹介している病院（産科を有しない病院も含む）

※2 24時間受け入れとは、急性合併症患者を24時間受け入れ、急性合併症の治療が実施可能なこと（オンコール体制も含む）

Q55 糖尿病の慢性合併症に対する検査・治療の実施状況についてお答えください。

区 分	実 施 状 況			
1) 蛍光眼底造影検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②実施していない
2) 光凝固療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②実施していない
3) 硝子体出血・網膜剥離の手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②実施していない
4) 腎生検	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②実施していない
5) 腎臓超音波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②実施していない
6) 神経伝導速度検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②実施していない
7) 血管造影（アンギオ）検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②実施していない
8) 血管バイパスの手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②実施していない
9) 壊疽・潰瘍の手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②実施していない
10) 壊疽・潰瘍の内科的治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②実施していない
11) フットケア外来	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②実施していない

Q56 貴院における糖尿病についての診療連携の実績についてお答えください。（対象期間：令和3年4月1日～令和4年3月31日）

(1) 専門的検査の引き受け実績がありますか。

<input type="checkbox"/> 1) 紹介を受けた実績あり	<input type="checkbox"/> 2) 紹介を受けた実績なし
--	--

(2) 教育入院（各専門職種チームによる食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた集中的な治療）の受け入れがありますか。

<input type="checkbox"/> 1) 紹介を受けた実績あり	<input type="checkbox"/> 2) 紹介を受けた実績なし
--	--

(○) 新型コロナウイルス感染症合併患者の診療受け入れ実績がありますか。

<input type="checkbox"/>	1) 紹介を受けた実績あり	<input type="checkbox"/>	2) 紹介を受けた実績なし
--------------------------	---------------	--------------------------	---------------

(3) 糖尿病患者の妊娠例への対応例実績がありますか。

<input type="checkbox"/>	1) 紹介を受けた実績あり	<input type="checkbox"/>	2) 紹介を受けた実績なし
--------------------------	---------------	--------------------------	---------------

(4) 合併症患者の専門診療受け入れ実績がありますか。

<input type="checkbox"/>	1) 紹介を受けた実績あり	<input type="checkbox"/>	2) 紹介を受けた実績なし
--------------------------	---------------	--------------------------	---------------

(5) 診療所への逆紹介の実績がありますか。実績がある場合、逆紹介を実施した診療所の実数を記入してください。

<input type="checkbox"/>	1) 逆紹介の実績あり (逆紹介数_____カ所)	<input type="checkbox"/>	2) 逆紹介の実績なし
--------------------------	---------------------------	--------------------------	-------------

(6) 歯科診療所への紹介の実績がありますか。

<input type="checkbox"/>	1) 紹介の実績あり	<input type="checkbox"/>	2) 紹介の実績なし
--------------------------	------------	--------------------------	------------

(7) その他の紹介を受けた実績がありますか。

<input type="checkbox"/>	1) 紹介を受けた実績あり [内容: _____] 例: 定期的な外来診療(専門診療)の受入	<input type="checkbox"/>	2) 紹介を受けた実績なし
--------------------------	--	--------------------------	---------------

Q57 人工透析の実施状況についてお答えください。

(1) 貴院では人工透析を実施していますか。実施している場合、慢性・緊急の別について該当するもの全てにチェックを入れてください。また、血液透析を実施している場合は平常時の1日最大可能人数を記入してください。

<input type="checkbox"/>	1) 実施している			
/	種別	<input type="checkbox"/>	①血液透析	(平常時の1日最大可能人数_____人)
		<input type="checkbox"/>	i) 慢性透析	<input type="checkbox"/>
/	種別	<input type="checkbox"/>	②腹膜透析	
		<input type="checkbox"/>	i) 慢性透析	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2) 実施していない			

(○) 人工透析を実施している場合、新型コロナウイルス感染症合併患者に対する透析の可否、及び1日最大受入れ可能人数を記入してください。

<input type="checkbox"/>	1) 実施している (1日最大受入れ可能人数_____人)
<input type="checkbox"/>	2) 実施していない

(2) 人工透析を実施している場合、人工透析装置の保有台数及び人工透析用ベッドの整備数を記入してください。

1) 人工透析装置	_____台
2) 人工透析用ベッド	_____床

(3) 貴院では診療時間外の透析に対応していますか。対応している場合、該当する時間帯全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	1) 対応している				
/	対応状況	<input type="checkbox"/>	①夜間	<input type="checkbox"/>	②休日
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	2) 対応していない				

(4) 近隣で大きな災害があった時(貴院の地域は被災地外)に、透析対応協力医療機関として診療が可能ですか。可能な場合、血液透析患者の1日あたりの最大受入可能人数を記入してください。

	1) 診療が可能である (血液透析患者1日最大受入可能人数 _____人)
	2) 診療協力は不可能である

医療機関名： _____

該当する箇所に V を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

6-5 精神疾患（*精神科、内科、小児科等でうつ病・発達障害等の診療を実施している病院にお伺いします。）

Q58 精神疾患に係る専門スタッフ（医師）の人数を記入してください。

スタッフの種類	①常勤	②非常勤※
1) 精神科医（精神保健指定医）	人	人
2) 精神科医（精神保健非指定医）	人	人
3) 内科医師	人	人
4) その他医師	人	人

※ 非常勤数の計上についてはQ4と同様に記入してください。

Q59 貴院における次の専門医の人数を記入してください。

スタッフの種類	①常勤	②非常勤※
1) 精神科専門医（日本精神神経学会）	人	人

※ 非常勤数の計上についてはQ4と同様に記入してください。

Q60 精神疾患患者のリハビリテーションに関する専門スタッフの人数を記入してください。

スタッフの種類	①常勤	②非常勤※
1) 精神保健福祉士	人	人
2) 作業療法士	人	人
3) 心理士	人	人
4) その他()	人	人

※ 非常勤数の計上についてはQ4と同様に記入してください。

Q0 高次脳機能障害者へのリハビリテーションを実施していますか。

(1) 外来リハビリ	<input type="checkbox"/>	1) 実施している	<input type="checkbox"/>	2) 実施していない
(2) 入院リハビリ	<input type="checkbox"/>	1) 実施している	<input type="checkbox"/>	2) 実施していない

Q61 退院後生活環境相談員数、退院支援委員会の開催数（令和3年4月1日～令和4年3月31日）を記入してください。

退院後生活環境相談員数	人
退院支援委員会の年間開催数	回

Q62 貴院における精神疾患の対応状況についてお答えください。

(1) 貴院において対応している診断及び治療内容について、該当するもの全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	1) 統合失調症
<input type="checkbox"/>	3) アルコール依存症
<input type="checkbox"/>	5) その他(_____)

<input type="checkbox"/>	2) 認知症
<input type="checkbox"/>	4) 気分障害(うつ病・躁うつ病を含む)

(2) 貴院で上記の診断、治療を行っている診療科全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	1) 小児科
<input type="checkbox"/>	3) 神経内科
<input type="checkbox"/>	5) 内科

<input type="checkbox"/>	2) 精神科
<input type="checkbox"/>	4) 心療内科
<input type="checkbox"/>	6) その他(診療科名:_____)

(3) 貴院では、上記の診断、治療において、他の医療機関等と連携した実績がありますか。
実績がある場合、該当するもの全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	1) 連携した実績がある				
/	連携先	<input type="checkbox"/>	i) 一般病院	<input type="checkbox"/>	ii) 精神科病院
		<input type="checkbox"/>	iii) 診療所	<input type="checkbox"/>	iv) その他(_____)
<input type="checkbox"/>	2) 実績はない				

Q63 貴院における発達障害※1 の対応状況についてお答えください。

(1) 貴院では発達障害の診断・治療等を行っていますか。行っている場合、治療あるいは発達支援の内容について、該当するもの全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	1) 診断・治療を行っている						
/	内容	<input type="checkbox"/>	i) 服薬	<input type="checkbox"/>	ii) 相談・カウンセリング※2	<input type="checkbox"/>	iii) 療育・訓練
		<input type="checkbox"/>	iv) 療育・訓練施設紹介	<input type="checkbox"/>	v) 家族への教育	<input type="checkbox"/>	vi) その他(_____)
<input type="checkbox"/>	2) 診断・治療を行っていない						

※1 発達障害とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害のこと

※2 相談・カウンセリングには助言・指導を含む

(2) 貴院で上記診断、治療あるいは発達支援を行っている診療科全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	1) 小児科
<input type="checkbox"/>	3) 神経内科
<input type="checkbox"/>	5) 内科

<input type="checkbox"/>	2) 精神科
<input type="checkbox"/>	4) 心療内科
<input type="checkbox"/>	6) その他(診療科名:_____)

(3) 貴院では、発達障害の診断、治療において、他の医療機関等と連携した実績がありますか。実績がある場合、該当するもの全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	1) 実績がある					
/	連携先	<input type="checkbox"/>	i) 病院・診療所	<input type="checkbox"/>	ii) 発達障害支援センター・ランチ	
		<input type="checkbox"/>	iii) 保健所(健康福祉事務所)・保健センター	<input type="checkbox"/>	iv) こども家庭センター	
		<input type="checkbox"/>	v) 特別支援学校	<input type="checkbox"/>	vi) その他(_____)	
<input type="checkbox"/>	2) 実績がない					

Q64 貴院では精神疾患に関連する専門・特殊外来を設置していますか。設置している場合、年間（令和3年4月1日～令和4年3月31日）総受診者数を記入し、該当するものにチェックを入れてください。

		1) 設置している (年間受診者数_____人)			
設置 内容		i) 認知症外来		ii) もの忘れ外来	
		iv) 睡眠外来		v) その他 (_____)	
		2) 設置していない			

Q65 貴院では精神疾患患者の他の医療機関からの時間外の診療依頼に対応されていますか。対応している場合、年間（令和3年4月1日～令和4年3月31日）診療人数等を記入してください。

	1) 対応している (年間の診療数_____人、うち入院数_____人)
	2) 対応していない

Q66 身体合併症※患者への対応についてお答えください。
貴院では身体合併症患者の治療を実施していますか。該当するものにチェックを入れてください。

		1) 院内での治療を実施している			
		2) 院外との連携により実施している			
連携先		i) 一般病院		ii) 精神科病院	
		iii) 診療所		iv) その他 (_____)	
		3) 実施していない			

※ 身体合併症とは、精神疾患を有する患者が併発して身体疾患を有していること

QO 貴院における現在の受動喫煙防止対策の取り組みについてお答えください。

(1) 貴院における実施状況について、該当するものにチェックを入れ、設置場所を記入してください。

	1) 敷地内禁煙を実施している
	2) 治療のために屋外喫煙区域を設置している

(2) (1)で「2) 治療のために屋外喫煙区域を設置している」と回答された病院のみお答えください。

貴院における今後の見直し予定について、該当するものにチェックを入れてください。

	1) 屋外喫煙区域を見直し予定である (令和_____年_____月頃実施予定)
	2) 屋外喫煙区域の見直し予定はない

QO 貴院では新型コロナウイルス感染症合併患者の入院に対応されていますか。対応している場合、受入人数（実績）を記入してください。

	1) 対応している (入院数_____人) / 受入開始時期 (_____年_____月~)
	2) 対応していない

医療機関名： _____

該当する箇所に を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

6-6 災害医療（*全病院にお伺いします。）

Q67 貴院における災害対策の実施状況についてお答えください。

(1) 貴院では院内防災マニュアルを策定していますか。

<input type="checkbox"/>	1) 策定している（策定年月 平成 or 令和 ____年 ____月、直近の改定年月 令和 ____年 ____月）
<input type="checkbox"/>	2) 策定していない

(2) 貴院では災害時に備えた訓練・研修を実施していますか。実施している場合、年間（令和3年4月1日～令和4年3月31日）実施回数と、直近の実施状況を記入し、参加者について該当するもの全てにチェックを入れてください。

※自院で企画し、実施しているもののみお答えください。

<input type="checkbox"/>	1) 実施している（年間実施回数 ____回） （直近の実施年月 令和 ____年 ____月、参加人数 約 ____人）	
<input type="checkbox"/>	参加者	<input type="checkbox"/> ①院長 <input type="checkbox"/> ②医師 <input type="checkbox"/> ③看護師 <input type="checkbox"/> ④事務員 <input type="checkbox"/> ⑤その他（ ____ ）
<input type="checkbox"/>	2) 実施していない	

(3) 院外（県・市町等）で実施されている訓練等に参加していますか。

<input type="checkbox"/>	1) 参加している	<input type="checkbox"/>	2) 参加していない
--------------------------	-----------	--------------------------	------------

Q68 県が策定している兵庫県地域防災計画の中で、3日分の災害用医薬品等の備蓄をお願いしていますが、現在の災害対応資材の確保状況についてお答えください。

(1) 医薬品

<input type="checkbox"/>	1) 備蓄している（ ____日分）	<input type="checkbox"/>	2) 備蓄していない
--------------------------	--------------------	--------------------------	------------

(2) 医療材料

<input type="checkbox"/>	1) 備蓄している（ ____日分）	<input type="checkbox"/>	2) 備蓄していない
--------------------------	--------------------	--------------------------	------------

(3) 食料

<input type="checkbox"/>	1) 備蓄している（ ____食分）	<input type="checkbox"/>	2) 備蓄していない
--------------------------	--------------------	--------------------------	------------

(4) 応急ベッド

<input type="checkbox"/>	1) ある（ ____床）	<input type="checkbox"/>	2) ない
--------------------------	---------------	--------------------------	-------

Q69 災害発生時の救護班の派遣体制についてお答えください。

(1) 貴院では、災害発生時に救護班を派遣することは可能ですか。可能な場合、該当するもの全てにチェックを入れ、災害時、実際に派遣可能なチーム数を記入してください。

<input type="checkbox"/>	1) できる	
<input type="checkbox"/>	派遣可能チーム数 <input type="checkbox"/>	①医療救護班（ ____チーム） <input type="checkbox"/> ②兵庫 DMAT（ ____チーム）
<input type="checkbox"/>	2) できない	

(2) Q67の(1)で「1) 策定している」と回答された病院のみお答えください。
貴院の院内防災マニュアルに救護班派遣等に係る規定はありますか。

<input type="checkbox"/>	1) ある	<input type="checkbox"/>	2) ない
--------------------------	-------	--------------------------	-------

(3) 災害時の救護班派遣に使用できる車両はありますか。ある場合は種別について該当するもの全てにチェックしてください。

		1) ある			
/	種別	<input type="checkbox"/>	①ドクターカー又は病院救急車	<input type="checkbox"/>	②その他の病院車両
		<input type="checkbox"/>	③消防機関の車両を利用	<input type="checkbox"/>	④レンタカー
		<input type="checkbox"/>	⑤その他の車両 (_____)		
		2) ない			

(4) 貴院では、災害時、救護班の派遣を迅速にするための打合せや連絡網の確認等を実施していますか。

<input type="checkbox"/>	1) 実施している (直近の実施年月 令和____年____月)
<input type="checkbox"/>	2) 実施していない

Q70 災害時の連絡等に係る電話の整備状況についてお答えください。

(1) 貴院では、衛星電話回線を整備していますか。

<input type="checkbox"/>	1) 整備している	<input type="checkbox"/>	2) 整備していない
--------------------------	-----------	--------------------------	------------

(2) 貴院では、災害時に優先的に利用可能な電話(災害時優先電話)を整備していますか。

<input type="checkbox"/>	1) 整備している (_____ 回線)	<input type="checkbox"/>	2) 整備していない
--------------------------	-----------------------	--------------------------	------------

Q71 貴院における災害時の医療に要する水を確保するための対策実施状況についてお答えください。

(1) 井戸水

		1) 利用している			
/	用途	<input type="checkbox"/>	①上水(飲用等)	<input type="checkbox"/>	②中水(トイレ、空調冷却、散水等)
		<input type="checkbox"/>	③その他 (_____)		
		2) 利用していない			

(2) 貯水槽

<input type="checkbox"/>	1) 設置している (容量 _____ 日分 又は _____ m ³)
<input type="checkbox"/>	2) 設置していない

Q72 貴院では、災害時の停電に備え、自家発電機を設置していますか。設置している場合、設置場所を記入し、冷却方式について該当するものにチェックを入れてください。

		1) 設置している (設置場所 _____ 階 _____ 室)					
/	冷却方式	<input type="checkbox"/>	①水冷式	<input type="checkbox"/>	i) ラジエーター式	<input type="checkbox"/>	ii) その他 (_____)
		<input type="checkbox"/>	②空冷式				
		2) 設置していない					

Q73 兵庫県広域災害・救急医療情報システムについてお答えください。

(1) 兵庫県広域災害・救急医療情報システムについて知っていますか。

<input type="checkbox"/>	1) 知っている	<input type="checkbox"/>	2) 知らない
--------------------------	----------	--------------------------	---------

(2) 兵庫県広域災害・救急医療情報システムの利用登録をしている医療機関にお聞きします。
貴院において、災害時に起動する緊急・災害情報の入力内容についての意思決定者及びシステムの入力者について、該当するもの全てにチェックを入れてください。

1) 意思決定者	<input type="checkbox"/>	①院長	<input type="checkbox"/>	②医師	<input type="checkbox"/>	③看護師	<input type="checkbox"/>	④事務員	<input type="checkbox"/>	⑤その他
2) 入力者	<input type="checkbox"/>	①院長	<input type="checkbox"/>	②医師	<input type="checkbox"/>	③看護師	<input type="checkbox"/>	④事務員	<input type="checkbox"/>	⑤その他

※ 日によって入力者が異なる場合は、該当するもの全てにチェックを入れてください

医療機関名： _____

該当する箇所に を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

6-7 救急医療（*救急診療（精神科救急を含む）を実施している病院にお伺いします。）

Q74 貴院の救急医療への対応についてお聞きします。

(1) 救急医療に関し対応している区分全てにチェックを入れてください。（精神科救急以外）

<input type="checkbox"/>	1) 1次救急（軽症）	<input type="checkbox"/>	2) 2次救急（中等症）	<input type="checkbox"/>	3) 3次救急（重症）
--------------------------	-------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-------------

(2) 救急搬送受入患者数（年間：令和3年4月1日～令和4年3月31日）について、記入してください。（消防機関から貴院に提出のあった傷病者観察記録票等で把握できる人数を記入してください）

種 別	①受入患者数			
	i) うち入院患者数	ii) うち他病院への 転送患者数	iii) うち新型コロナ ウイルス感染症 (疑い) 患者※2	
1) 脳卒中	人	人	人	人
2) 急性心筋梗塞	人	人	人	
3) 消化管出血	人	人	人	
4) 急性腹症	人	人	人	
5) 外傷※1	人	人	人	
6) 妊婦	人	人	人	
7) 小児(0～14歳)	人	人	人	
8) その他	人	人	人	

※1 外傷とは、多発外傷、全身麻酔を要したそれ以外の外傷、指肢切断、重症熱傷を指す

※2 新型コロナウイルス感染症（疑い）患者受入数は総数を記入してください（種別の内訳は不要）

Q75 貴院ではドクターカーを運用していますか。運用している場合、年間（令和3年4月1日～令和4年3月31日）の運行件数を記入し、対応時間等について該当するものにチェックを入れてください。

/	1) 運用している（年間運行件数 _____件）				
	①対応時間	<input type="checkbox"/>	i) 24時間可能	<input type="checkbox"/>	ii) その他（ _____時～ _____時）
	②運 転 者	<input type="checkbox"/>	i) 運転員(専任※1)	<input type="checkbox"/>	ii) 事務員 <input type="checkbox"/> iii) その他（ _____）
/	2) ピックアップ方式※2による運用をしている（年間運行件数 _____件）				
	対応時間	<input type="checkbox"/>	i) 24時間可能	<input type="checkbox"/>	ii) その他（ _____時～ _____時）
3) 運用していない					

※1 「専任」についてはQ10を参考に記入してください。

※2 ピックアップ方式とは、消防救急車に医師と看護師が乗り込むこと

Q76 二次救急輪番に参加している病院のみお答えください。

(1) 当番日の人員体制をお答えください。

	①医師			②看護師	③放射線技師	④臨床検査技師	⑤事務職員	⑥薬剤師	⑦その他 (_____)
	i) 常勤	ii) 非常勤※	計						
1) 昼間 (休日)	人	人	人	人	人	人	人	人	人

2)夜間	人	人	人	人	人	人	人	人	人
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

※ 非常勤数の計上についてはQ4と同様に記入してください。

(2) 当番日以外に救急患者の受け入れを行っていますか。

<input type="checkbox"/>	1) 行っている	<input type="checkbox"/>	2) 行っていない
--------------------------	----------	--------------------------	-----------

Q77 兵庫県広域災害・救急医療情報システムを設置している病院のみお答えください。

(1) 兵庫県広域災害・救急医療情報システムの個別搬送要請※について知っていますか。

<input type="checkbox"/>	1) 知っている	<input type="checkbox"/>	2) 知らない
--------------------------	----------	--------------------------	---------

※ 個別搬送要請とは、消防から医療機関に対し、一斉に受入要請を行うこと

(2) 貴院において、消防機関から個別搬送要請があった場合の応答の意思決定者及びシステムの入力者について、該当するもの全てにチェックを入れてください。

1) 意思決定者	<input type="checkbox"/>	①院長	<input type="checkbox"/>	②医師	<input type="checkbox"/>	③看護師	<input type="checkbox"/>	④事務員	<input type="checkbox"/>	⑤その他
2) 入力者	<input type="checkbox"/>	①院長	<input type="checkbox"/>	②医師	<input type="checkbox"/>	③看護師	<input type="checkbox"/>	④事務員	<input type="checkbox"/>	⑤その他

※ 日によって入力者が異なる場合は、該当するもの全てにチェックを入れてください

Q78 病院前救護におけるメディカルコントロールについてお答えください。

(1) メディカルコントロールについて知っていますか。

<input type="checkbox"/>	1) 知っている	<input type="checkbox"/>	2) 知らない
--------------------------	----------	--------------------------	---------

(2) 貴院において、メディカルコントロールの項目として関係しているもの全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	1) 指示・助言	<input type="checkbox"/>	2) 事後検証	<input type="checkbox"/>	3) 再教育（病院実習を含む）
<input type="checkbox"/>	4) メディカルコントロール協議会委員	<input type="checkbox"/>	5) その他（_____）		

6-8 へき地医療（*へき地医療拠点病院にお伺いします。）

Q79 へき地診療の支援として行う代診医派遣について、お答えください。

(1) 貴院における、年間（令和3年4月1日～令和4年3月31日）のへき地診療所からの派遣要請日数及びへき地診療所への派遣日数を記入してください。

1) 代診医派遣要請日数	_____日
2) 代診医派遣日数	_____日

(2) 令和3年4月1日～令和4年3月31日の期間において、へき地診療所から派遣要請があったものの、派遣できなかったことはありますか。派遣できなかったことがある場合、その理由について該当するもの全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	1) 派遣できなかったことがある			
理由	<input type="checkbox"/>	i) 慢性的な医師不足	<input type="checkbox"/>	ii) 急な要請で体制が整わなかった
	<input type="checkbox"/>	iii) 要請条件が厳しい	<input type="checkbox"/>	iv) 地理的に遠い
	<input type="checkbox"/>	v) その他（_____）		
<input type="checkbox"/>	2) 派遣できなかったことはない			

医療機関名： _____

該当する箇所に を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

6-9 周産期医療（*産科・産婦人科・小児科・新生児科がある病院にお伺いします。）

Q80 産科・産婦人科・小児科・新生児科に関する専門スタッフの人数を記入してください。

スタッフの種類	①常勤	②非常勤※
1) 産科・産婦人科医師	人	人
2) 小児科医師	人	人
3) 新生児科医師	人	人
4) 産科・産婦人科看護師	人	人
5) 産科・産婦人科助産師	人	人
6) 小児科・新生児科看護師	人	人
7) 小児科・新生児科助産師	人	人

※ 非常勤数の計上についてはQ4と同様に記入してください。

Q81 産科（産婦人科）、小児科（新生児科）の24時間対応は可能ですか。

(1) 産科（産婦人科）

<input type="checkbox"/>	1) 対応できる	<input type="checkbox"/>	2) オンコールにより対応できる	<input type="checkbox"/>	3) 対応できない
--------------------------	----------	--------------------------	------------------	--------------------------	-----------

(2) 小児科（新生児科）

<input type="checkbox"/>	1) 対応できる	<input type="checkbox"/>	2) オンコールにより対応できる	<input type="checkbox"/>	3) 対応できない
--------------------------	----------	--------------------------	------------------	--------------------------	-----------

Q82 貴院では院内助産所・助産師外来を設置されていますか

(1)院内助産所	<input type="checkbox"/>	1)設置している	<input type="checkbox"/>	2)設置していない
(2)助産師外来	<input type="checkbox"/>	1)設置している	<input type="checkbox"/>	2)設置していない

※ 院内助産所：緊急時の対応ができる病院において、正常経過の妊産婦のケア及び助産を助産師が自立して行う

※ 助産師外来：病院において外来で、正常経過の妊産婦の健康診査と保健指導を助産師が自立して行う

Q83 他の医療機関との連携状況について該当するもの全てにチェックを入れ、年間（令和3年4月1日～令和4年3月31日）の人数を記入してください。

(1) 産科（産婦人科）

<input type="checkbox"/>	1) 他の医療機関からの搬送を受け入れている（県内から _____ 人、県外から _____ 人）
<input type="checkbox"/>	2) 他の医療機関へ搬送している（県内へ _____ 人、県外へ _____ 人）
<input type="checkbox"/>	3) 他の医療機関と連携していない

(2) 新生児科（小児科）

<input type="checkbox"/>	1) 他の医療機関からの搬送を受け入れている（県内から _____ 人、県外から _____ 人）
<input type="checkbox"/>	2) 他の医療機関へ搬送している（県内へ _____ 人、県外へ _____ 人）
<input type="checkbox"/>	3) 他の医療機関と連携していない

Q84 母体・胎児集中治療管理室・その他産科病床、新生児集中治療管理室・その他の新生児病床の病床数、利用状況等について、記入してください。

	①母体・胎児集中治療管理室	②その他の産科病床	③新生児集中治療室	④その他の新生児病床
1) 病床数	床	床	床	床
うち診療報酬上の集中治療室管理室（NICU）の届出病床数	床	—	床	—
2) 後方病室（バックベッド）	床	—	床	—
3) 年間延べ利用日数 （令和3年4月1日～令和4年3月31日）	日	日	日	日
4) 平均入院期間 （令和3年4月1日～令和4年3月31日）	日	日	日	日
5) 最大入院期間 （令和3年4月1日～令和4年3月31日）	日	日	日	日
6) 病床利用率（一日平均入院患者数×100÷病床数） （令和3年4月1日～令和4年3月31日）	%	%	%	%
7) 年間利用実人員 （令和3年4月1日～令和4年3月31日）	人	人	人	人

Q85 集中治療室管理室（NICU）における長期入院の状況について記入してください。
（令和3年4月1日～令和4年3月31日の実績）

	NICUでの長期入院児の状況		
	①半年未満	②半年から1年	③1年以上
1) 入院患者数	人	人	人
長期入院の原因疾患	i) 新生児仮死	人	人
	ii) 神経・筋疾患 （仮死によるものを除く）	人	人
	iii) 奇形症候群	人	人
	iv) 慢性肺疾患・気道異常	人	人
	v) 社会的事情	人	人
	vi) その他	人	人

Q86 母体・新生児搬送に利用可能なドクターカーを保有していますか。保有している場合は、保有台数及び年間（令和3年4月1日～令和4年3月31日）搬送件数について、記入してください。

1) 保有している	①保有台数	(_____ 台)
	i) うち母体搬送用	(_____ 台)
②年間搬送件数（令和3年4月1日～令和4年3月31日）	ii) うち新生児搬送用	(_____ 台)
	iii) うち共用	(_____ 台)
②年間搬送件数（令和3年4月1日～令和4年3月31日）	i) 母体搬送	(_____ 件)
	ii) 新生児搬送	(_____ 件)
2) 保有していない		

Q87 貴院における年間（令和3年4月1日～令和4年3月31日）の新生児搬送の種別件数について、記入してください。

搬送の種別	件数
1) 迎え搬送※1	0件
2) 三角搬送※2	0件
3) 戻り搬送※3	0件

※1 迎え搬送：受け入れ医療機関の医師が救急車等で依頼元医療機関へ行き、新生児と同乗して自らの医療機関に搬送すること

※2 三角搬送：周産期母子医療センター等の医師が救急車等で依頼元医療機関へ行き、新生児と同乗して他の受け入れ機関に搬送すること

※3 戻り搬送：状態が改善した妊産婦又は新生児を受け入れ医療機関から搬送元医療機関等に搬送すること

Q88 貴院における分娩数、帝王切開数、出生児取扱件数（令和3年4月1日～令和4年3月31日）について、記入してください。

(1) 分娩数

全分娩数 (妊娠22週以降の分娩数)	取り扱ったハイリスク妊娠数※ (分娩管理まで行った数)	全分娩数のうち新型コロナウイルス感染症患者数
件	件	件

※ ハイリスク妊娠管理加算及びハイリスク分娩管理加算の対象となる疾患とする。

(2) 帝王切開数

全帝王切開数	緊急帝王切開数	全帝王切開数のうち新型コロナウイルス感染症患者数
件	件	件

(3) 出生児の取り扱い件数

体 重	①院内出生		②院外出生	
		うち、新型コロナウイルス感染症患者数		うち、新型コロナウイルス感染症患者数
1) 1000g 未満	人	人	人	人
2) 1000g 以上 1500g 未満	人	人	人	人
3) 1500g 以上 2500g 未満	人	人	人	人
4) 2500g 以上	人	人	人	人

Q89 貴院の新生児診療における以下の疾患の緊急手術の対応について、該当するものにチェックを入れてください。

種 別	実施状況					
		①全て可		②疾患によっては可		③不可
1) 小児外科疾患						
2) 先天性心疾患						
3) 脳神経外科疾患						

Q90 貴院における当直体制について、お答えください。

(1) 産科当直医について、該当するものにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	1) 1名いる	<input type="checkbox"/>	2) 2名以上いる	<input type="checkbox"/>	3) いない
--------------------------	---------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------

(2) NICU専任当直医について、該当するものにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	1) 1名いる	<input type="checkbox"/>	2) 2名以上いる	<input type="checkbox"/>	3) いない
--------------------------	---------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------

医療機関名： _____

該当する箇所に V を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

6-10 小児救急を含む小児医療 (*小児科のある病院にお伺いします。)

Q91 小児科医師の人数を記入してください。

	①常 勤	②非常勤※
1) 小児科医師	人	人

※ 非常勤数の計上についてはQ 4 と同様に記入してください。

Q92 救急当番時間帯における年間（令和3年4月1日～令和4年3月31日）の小児救急患者数について記入してください。

1) 救急当番時間帯における小児救急患者数	人
① うち入院患者数	人
② うち救急搬送患者数	人

Q93 次の病床について整備しているもの全てにチェックを入れ、病床数を記入してください。

1) 小児科の一般病床	床
① うち小児入院医療管理料Ⅰの算定病床	床
② 小児入院医療管理料Ⅱの算定病床	床
③ 小児入院医療管理料Ⅲの算定病床	床
④ 小児入院医療管理料Ⅳの算定病床	床
⑤ 小児入院医療管理料Ⅴの算定病床	床

Q94 小児救急の二次輪番参加状況について該当するものにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 1) 参加している	<input type="checkbox"/> 2) 参加していない
------------------------------------	-------------------------------------

Q95 小児救急の二次輪番に参加している病院のみお答えください。

当番日の夜間の人員体制をお答えください。

	①医師		②看護師	③放射線技師	④臨床検査技師	⑤事務職員	⑥その他 (薬剤師)
	i) 常勤	ii) 非常勤※					
1) 夜間	人	人	人	人	人	人	人
2) 日中	人	人	人	人	人	人	人

※ 非常勤数の計上についてはQ 4 と同様に記入してください。

(2) 備蓄している物資（PPE、N95 マスク、消毒薬剤等）を記入してください。

--

QO 外国人の感染症患者の対応状況について記入してください。

	1)対応している (対応言語)
	2)対応していない (対応可能な他の医療機関を紹介する場合を含む)

医療機関名： _____

該当する箇所に を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

7 その他

7-1 在宅医療について（*全病院にお伺いします。）

Q96 貴院における在宅医療の実施状況について該当するもの全てにチェックを入れ、年間（令和3年4月1日～令和4年3月31日）の実施実人数を記入してください。

	1) 訪問診療を実施している (年間実施数 _____ 人)					
実施 内容	<input type="checkbox"/>	①在宅中心静脈栄養法指導管理	<input type="checkbox"/>	②在宅悪性腫瘍患者指導管理	<input type="checkbox"/>	③在宅自己疼痛管理指導
	<input type="checkbox"/>	④在宅気管切開患者指導管理	<input type="checkbox"/>	⑤腹水穿刺	<input type="checkbox"/>	⑥胸水穿刺
	<input type="checkbox"/>	⑦在宅看取り	<input type="checkbox"/>	⑧その他 (_____)		
	2) 訪問看護を実施している (年間実施数 _____ 人)					
	3) 訪問リハビリテーションを実施している (年間実施数 _____ 人)					
	4) 可能な限り急変時に入院を受け入れている (年間受入数 _____ 人)					
	5) 診療所医師を支援している					
	6) その他 (_____)					
	7) 実施していない					

Q97 貴院における在宅ケア、緩和ケアに係る相談支援等の実施状況についてお答えください。

(1) 貴院では在宅ケアや緩和ケアについて、相談支援や情報提供を行っていますか。

<input type="checkbox"/>	1) 専用の相談窓口を設置している
<input type="checkbox"/>	2) 専用の相談窓口は設定していないが、相談支援や情報提供を行っている
<input type="checkbox"/>	3) 相談支援や情報提供は行っていない

(2) (1)で「1)又は2)」と回答された病院のみお答えください。

相談支援等に関する専門スタッフの人数を記入してください。

専門スタッフ	①専従又は専任※2	②兼 任※2
1) 医師	_____ 人	_____ 人
2) 看護師	_____ 人	_____ 人
3) 退院調整看護師※1	_____ 人	_____ 人
4) その他の専門職(医療ソーシャルワーカー等) (_____)	_____ 人	_____ 人

※1 「退院調整看護師」とは、患者の退院調整を専門的に行う看護師

※2 「専従」「専任」「兼任」については Q10 を参考に記入してください。

Q98 看護外来の設置状況をお答えください。

看護外来の領域			
1) ストーマ、皮膚排泄ケア	<input type="checkbox"/>	設置している	<input type="checkbox"/> 設置していない
2) フットケア	<input type="checkbox"/>	設置している	<input type="checkbox"/> 設置していない
3) 緩和ケア	<input type="checkbox"/>	設置している	<input type="checkbox"/> 設置していない
4) がん看護	<input type="checkbox"/>	設置している	<input type="checkbox"/> 設置していない
5) 乳腺看護	<input type="checkbox"/>	設置している	<input type="checkbox"/> 設置していない
6) リンパ浮腫	<input type="checkbox"/>	設置している	<input type="checkbox"/> 設置していない
7) 在宅療養相談 (HOT 等)	<input type="checkbox"/>	設置している	<input type="checkbox"/> 設置していない

Q99 貴院では、末期がんなど在宅療養患者の緊急入院に対応していますか。対応している場合、対応患者について該当するものにチェックを入れ、年間（令和3年4月1日～令和4年3月31日）入院患者受け入れ数を記入してください。

<input type="checkbox"/>	1) 常時病床（空床）を確保し、対応している（病床確保数_____床） （年間入院患者受け入れ数_____人）	
/	対応患者	<input type="checkbox"/> ①全ての在宅療養患者 <input type="checkbox"/> ②自院での入院経験がある患者のみ
		<input type="checkbox"/> ③その他
<input type="checkbox"/>	2) 常時病床（空床）を確保していないが、空床時には対応している （年間入院患者受け入れ数_____人）	
/	対応患者	<input type="checkbox"/> ①全ての在宅療養患者 <input type="checkbox"/> ②自院での入院経験がある患者のみ
		<input type="checkbox"/> ③その他 転院相談を受けていて入院待ちしていた人
<input type="checkbox"/>	3) 対応していない	

Q100 貴院における在宅療養支援診療所との連携状況についてお答えください。

(1) 貴院は、在宅療養支援診療所の連携保険医療機関になっていますか。

<input type="checkbox"/>	1) なっている	<input type="checkbox"/>	2) なっていない
--------------------------	----------	--------------------------	-----------

(2) 貴院は、在宅患者緊急入院診療加算の取得実績（対象期間：令和3年4月1日～令和4年3月31日）がありますか。実績がある場合は、対象期間における件数を、連携保険医療機関とそれ以外に分けて記入してください。

<input type="checkbox"/>	1) 実績がある	(連携保険医療機関からの受け入れ _____件 連携保険医療機関以外からの受け入れ _____件)
/		
<input type="checkbox"/>	2) 実績がない	

このほか訪問診療・訪問看護の実施状況については、兵庫県医療機関情報システムから情報を取得します。

7-2 遠隔医療について（*全病院にお伺いします。）

Q101 貴院において、遠隔在宅医療※を実施していますか。実施している場合、年間（令和3年4月1日～令和4年3月31日）の症例数を記入してください。

あわせて、そのうち新型コロナウイルス感染症患者（疑い）に対して行った件数も記入してください。

<input type="checkbox"/>	1) 実施している（1年間の症例数：_____件、うち新型コロナウイルス感染症患者（疑い）に対して行った件数：_____件）
<input type="checkbox"/>	2) 実施していない

※ 在宅患者の家庭に双方向性の音声・画像装置を設置し、主治医等が医療情報（心電図・血圧等）の伝送に個別に対応する医療

Q102 次の遠隔医療について、該当するものにチェックを入れてください。

(1) テレパソロジー（遠隔病理診断）※

<input type="checkbox"/>	1) 導入している	<input type="checkbox"/>	2) 導入していない
--------------------------	-----------	--------------------------	------------

※ 顕微鏡撮影の病理画像を遠隔地間で伝送し、診断すること

(2) テレラジオロジー（遠隔放射線画像診断）※

<input type="checkbox"/>	1) 導入している	<input type="checkbox"/>	2) 導入していない
--------------------------	-----------	--------------------------	------------

※ 主に放射線科で撮影する医用画像（X線・CT等）を遠隔地間で伝送し、診断すること

ご協力ありがとうございました。