

兵庫県医療施設実態調査

資料3-4(3)

H29.1.16

調査基準日 平成23年10月 4日(火)

提出期限 平成23年10月21日(金)

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。)

また、必要事項は該当箇所に記入してください。特に設問に注記のないものは、平成23年10月4日現在の状況をご記入ください。

留意点 A 共通項目票及びB 疾病・事業別項目票のうち4-6災害医療、5その他については全病院ご回答ください。

また、B 疾病・事業別項目票のうち、4-6災害医療、5その他以外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・・・P1～5
- 2 地域における医療連携について・・・P5～7
- 3 患者に対する情報提供について・・・P7

B 疾病・事業別項目票

4 5疾病5事業の診療機能について

- 4-1 **がん**・・・P8～14

(がんの診療を実施している病院のみお答えください。)

- 4-2 **脳卒中**・・・P15～17

(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。)

- 4-3 **急性心筋梗塞**・・・P18～19

(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。)

- 4-4 **糖尿病**・・・P20～22

(糖尿病の診療を実施している病院のみお答えください。)

- 4-5 **精神疾患**・・・P23～25

(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。)

- 4-6 **災害医療**・・・P26～28

(全病院お答えください。)

- 4-7 **救急医療**・・・P29～30

(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。)

- 4-8 **へき地医療**・・・P30

(へき地医療拠点病院のみお答えください。)

- 4-9 **周産期医療**・・・P31～33

(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。)

- 4-10 **小児救急を含む小児医療**・・・P34

(小児科のある病院のみお答えください。)

5 その他 (全病院お答えください。)

- 5-1 **在宅医療**・・・P35～36

- 5-2 **遠隔医療**・・・P36

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（平成23年10月4日時点）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 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

<病棟・医療設備・検査について>

Q1 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（平成22年4月1日～平成23年3月31日）入院患者実数等を記入してください。

(1) 緩和ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟

<input type="checkbox"/>	1) 緩和ケア病棟	床
<input type="checkbox"/>	(内訳) 診療報酬上の施設基準内	(内訳) 20 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)	
<input type="checkbox"/>	2) 回復期リハビリテーション病棟	床

(2) 医療設備

<input type="checkbox"/>	1) 手術室	室	(手術台_____台)
<input type="checkbox"/>	2) 集中治療室 (ICU)	床	
<input type="checkbox"/>	3) 脳卒中専用集中治療室 (SCU)	床	(うち、専用____床、ICU と共用____床)
<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	5) 広範囲熱傷特定集中治療室	床	(うち、専用____床、ICU と共用____床)
<input type="checkbox"/>	6) 無菌治療室	床	(うち、専用____床、ICU と共用____床)
<input type="checkbox"/>	7) 放射線治療病室	床	(うち、専用____床、ICU と共用____床)
<input type="checkbox"/>	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)

【参考】

◎ ICU (Intensive Care Unit) とは…治療効果の期待できる重篤な患者を収容し、強力かつ集中的に24時間治療を行う監視救命設備の整った集中治療管理室をいう。

ICUの承認基準

- ①専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること
- ②看護師が常時、患者2人に対し1人の割合で特定集中治療室内に勤務していること
- ③特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有していて、当該特定集中治療室の広さは1床あたり15㎡以上であること
- ④当該管理を行うために必要なに掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること
 - ア 救急蘇生装置 (気管内挿管セット、人工呼吸装置等)、イ 除細動器、ウ ペースメーカー
 - エ 心電計、オ ポータブルエックス線撮影装置、カ 呼吸循環監視装置
- ⑤自家発電装置を有しており、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること
- ⑥原則として当該治療室内はバイオクリーンルームであること
- ⑦当該治療室勤務の医師及び看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとする

◎ SCU (Stroke Care Unit) とは…急性期脳卒中患者を主として収容する ICU をいう。SCU の承認要件の他、「血尿、尿量、瞳孔反応などのバイタルチェックに加えて、反射や脳幹反応などの神経学的管理ができる専門看護師が配置されていること」が要件としてあげられる。

◎ CCU (Coronary Care Unit) とは…冠動脈疾患の急性期 (不安定狭心症、急性心筋梗塞等) 患者を主として収容する ICU をいう。

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 (平成23年10月4日現在) から情報を取得します。

Q2 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>

Q3 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・事業別項目票のP15、18、31、34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(平成23年10月4日現在)から情報を取得します。

Q4 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(平成22年4月1日~平成23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

Q5 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
--------------------------	---------------	--------------------------	------------

Q6 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
--------------------------	---------------	--------------------------	------------

Q7 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P3 Q3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(平成22年4月1日～平成23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>

Q8 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)

Q9 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・事業別項目票の P16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P3 Q3と同様に記入してください。

2 地域における医療連携について

Q1 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。

<input type="checkbox"/>	1) 地域医療連携室として設置している
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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) その他の専門職()	人	人
5) その他 ()	人	人

※ 「専従」「専任」「兼任」についてはP5 Q9を参考に記入してください。

Q2 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。

<input type="checkbox"/>	1) MRI	<input type="checkbox"/>	2) CT	<input type="checkbox"/>	3) RI 診断装置
<input type="checkbox"/>	4) その他の機器 ()			<input type="checkbox"/>	5) 設けていない

Q3 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。)

<input type="checkbox"/>	1) 検査設備	<input type="checkbox"/>	2) 外来診療設備	<input type="checkbox"/>	3) 入院診療設備	<input type="checkbox"/>	4) 手術設備
<input type="checkbox"/>	5) その他の施設・設備()			<input type="checkbox"/>	6) 共同利用していない		

Q4 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（平成22年4月1日～平成23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 _____カ所、利用症例数 _____件)
	<input type="checkbox"/>	②脳卒中	(医療機関数 _____カ所、利用症例数 _____件)
	<input type="checkbox"/>	③急性心筋梗塞	(医療機関数 _____カ所、利用症例数 _____件)
	<input type="checkbox"/>	④糖尿病	(医療機関数 _____カ所、利用症例数 _____件)
	<input type="checkbox"/>	⑤大腿骨頸部骨折	(医療機関数 _____カ所、利用症例数 _____件)
	<input type="checkbox"/>	⑥その他(_____)	(医療機関数 _____カ所、利用症例数 _____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_____年_____月使用開始予定)
	<input type="checkbox"/>	②脳卒中	(平成_____年_____月使用開始予定)
	<input type="checkbox"/>	③急性心筋梗塞	(平成_____年_____月使用開始予定)
	<input type="checkbox"/>	④糖尿病	(平成_____年_____月使用開始予定)
	<input type="checkbox"/>	⑤大腿骨頸部骨折	(平成_____年_____月使用開始予定)
	<input type="checkbox"/>	⑥その他(_____)	(平成_____年_____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(_____)
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(_____)
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(_____)
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(患者カンファレンス)
2) 開催していない				

Q5 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

Q1 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

Q2 院内クリティカルパスを導入していますか。該当するもの全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	1) 医療者用クリティカルパスを導入している				
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	2) 患者用クリティカルパスを導入している				
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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（平成23年10月4日現在）から情報を取得します。

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 を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

4 5疾病5事業の診療機能について

4-1 がん（*がんの診療を実施している病院にお伺いします。）

Q1 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) マンモグラフィ検診精度管理中央委員会が認定する読影医師※3	人
9) マンモグラフィ検診精度管理中央委員会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) がん専門薬剤師（日本病院薬剤師会）	人
12) 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 P13～14 Q16 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

このほか医療法上広告可能な専門医（肝臓専門医、乳腺専門医など）、専門看護師（がん化学療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師など）については、兵庫県医療機関情報システム（平成23年10月4日現在）から情報を取得します。

Q2 貴院では禁煙外来を実施していますか。

<input type="checkbox"/>	1) 設置している	<input type="checkbox"/>	2) 設置予定である（平成_____年_____月設置予定）
<input type="checkbox"/>	3) 設置していない（今後も設置予定はない）		

Q3 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) 完全分煙※1 を実施している（設置場所 _____）		
<input type="checkbox"/>	4) 喫煙コーナー※2 を設置している（設置場所 _____）		

※1 壁等で仕切られた喫煙室の設置等

※2 壁等で仕切られていない喫煙場所の設置等

- (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) 完全分煙を実施している」または「4) 喫煙コーナーを設置している」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

- Q4 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（平成22年4月1日～平成23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

<input type="checkbox"/>	1) 実施している (年間検診受診者数_____人)				
<input type="checkbox"/>	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ヘプシゲン検査	<input type="checkbox"/>	④その他(_____)
<input type="checkbox"/>	2) 実施していない				

(2) 肺がん検診

<input type="checkbox"/>	1) 実施している (年間検診受診者数_____人)				
<input type="checkbox"/>	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(_____)
<input type="checkbox"/>	2) 実施していない				

(3) 大腸がん検診

<input type="checkbox"/>	1) 実施している (年間検診受診者数_____人)				
<input type="checkbox"/>	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(_____)
<input type="checkbox"/>	2) 実施していない				

(4) 乳がん検診

<input type="checkbox"/>	1) 実施している (年間検診受診者数_____人)				
<input type="checkbox"/>	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(_____)
<input type="checkbox"/>	2) 実施していない				

(5) 子宮がん(頸部)検診

<input type="checkbox"/>	1) 実施している (年間検診受診者数_____人)			
<input type="checkbox"/>	検査項目	<input type="checkbox"/>	①細胞診(医師による採取)	
		<input type="checkbox"/>	②細胞診(自己採取)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2) 実施していない			

Q5 Q4(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。

<input type="checkbox"/>	1) 据置型 (____台)	<input type="checkbox"/>	2) 車載型 (____台)
--------------------------	----------------	--------------------------	----------------

Q6 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(平成22年4月1日～平成23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 ガンマナイフ	台	件
	③ 小線源治療装置	台	件
	④ その他 (____)	台	件
	計	台	台
2) 放射線治療を実施していない			

Q7 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(平成22年4月1日～平成23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。

<input type="checkbox"/>	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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	③ 診療報酬取得基準外
<input type="checkbox"/>	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
--------------------------	-----------	--------------------------	------------

Q8 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		

Q9 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。

<input type="checkbox"/>	1) 実施している
/ 対象疾患
<input type="checkbox"/>	2) 実施していない

Q10 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	i) 診療報酬（緩和ケア診療加算）取得基準内						
	ii) 診療報酬（緩和ケア診療加算）取得基準外						
②参加職種	i) 医師	<input type="checkbox"/>	f) 専従	<input type="checkbox"/>	h) 専任	<input type="checkbox"/>	g) 兼任
	ii) 薬剤師	<input type="checkbox"/>	f) 専従	<input type="checkbox"/>	h) 専任	<input type="checkbox"/>	g) 兼任
	iii) 看護師	<input type="checkbox"/>	f) 専従	<input type="checkbox"/>	h) 専任	<input type="checkbox"/>	g) 兼任
	iv) 管理栄養士	<input type="checkbox"/>	f) 専従	<input type="checkbox"/>	h) 専任	<input type="checkbox"/>	g) 兼任
	v) PT・OT	<input type="checkbox"/>	f) 専従	<input type="checkbox"/>	h) 専任	<input type="checkbox"/>	g) 兼任
	vi) 心理職	<input type="checkbox"/>	f) 専従	<input type="checkbox"/>	h) 専任	<input type="checkbox"/>	g) 兼任
	vii) その他（ _____ ）						
2) 緩和ケアチームを設置する予定である（平成_____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P5 Q9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。

1) 対応している							
<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（ _____ ）
2) 対応していない							

Q11 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：平成22年4月1日～平成23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
--------------------------	-------------------------------	--------------------------	---------------

Q12 貴院におけるがんによる年間（平成22年1月1日～平成22年12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）

Q13 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

□	1) 実施している				
/	治療実績	□	①まとめている	□	②まとめていない
□	2) 実施予定である（平成_____年_____月開始予定）				
□	3) 実施していない				

(2) 外来患者について

□	1) 実施している				
/	治療実績	□	①まとめている	□	②まとめていない
□	2) 実施予定である（平成_____年_____月開始予定）				
□	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

Q14 貴院では地域がん登録※に情報提供していますか。

□	1) 情報提供している		
□	2) 情報提供する予定である（平成_____年_____月開始予定）		
□	3) 情報提供していない		

※ 地域がん登録とは、がん発生の増減傾向や種類ごとの5年生存率等のデータを把握し、がん予防施策の基礎データとして活用するため、兵庫県が（財）兵庫県健康財団に委託し実施している事業

Q15 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。

□	1) 実施している				
/	検査項目	□	①精密検査		
/		□	②フォローアップ検査	□	③その他(_____)
□	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（平成22年4月1日～平成23年3月31日）治療件数を記入してください。

□	1) 実施している（年間治療件数_____件）		
□	2) 実施していない		

Q16 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	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	
2) 胃がん	手術	
	内視鏡的粘膜切除術（EMR）	
	化学療法	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	
3) 大腸がん	手術	
	内視鏡的粘膜切除術（EMR）	
	化学療法	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	
4) 肝がん	手術	
	化学療法	
	穿刺療法（PEI/RFA）	
	肝動脈塞栓術（TAE）	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	
5) 乳がん	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	

(2) 主ながん

対象疾患	診療内容	対応状況
1) 食道がん	手術	
	内視鏡的粘膜切除術（EMR）	
	化学療法	
	放射線化学療法	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	

対象疾患	診療内容	対応状況
2) 膵がん	手術	
	化学療法	
	放射線化学療法	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	
3) 前立腺がん	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）	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	
4) 膀胱がん	手術（膀胱全摘）	
	経尿道的膀胱腫瘍切除（TUR）	
	化学療法	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	
5) 腎がん	手術	
	化学療法	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	
6) 子宮がん	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	
7) 小児がん	化学療法	
	手術	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	
8) 頭頸部がん	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	化学療法	
	移植	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	
	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	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	
3) 骨軟部腫瘍	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	
4) 皮膚がん	手術	
	化学療法	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	
5) 胆嚢がん・ 胆管がん	手術	
	化学療法	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	
6) 腎盂・尿管がん	手術	
	化学療法	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	
7) 卵巣がん	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	

対象疾患	診療内容	対応状況
8) 精巣がん	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	
9) 口腔がん	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	
10) 原発不明がん	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンド・オピニオンへの対応	

Q3 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"/>
<input type="checkbox"/>			②診療時間内のみ可	<input type="checkbox"/>
<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"/>
<input type="checkbox"/>			②診療時間内のみ可	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	③不可			
<input type="checkbox"/>	2) 実施していない			

Q4 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 (<u>350</u> 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	

Q5 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P5 Q9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P3 Q3と同様に記入してください。

Q6 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 <u>86</u> 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。

(近畿厚生局に提出した「地域連携診療計画管理料に係る報告書」平成22年7月1日～平成23年6月30日分を参考に記載してください)

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。

Q7 Q6(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(平成22年4月1日～平成23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)

Q8 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:平成22年4月1日～平成23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
紹介先	①回復期リハビリテーションを行う医療機関
	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
--	--

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。**4-3 急性心筋梗塞（*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にお伺いします。）**

Q1 急性心筋梗塞に関する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) 循環器内科医師	人	人
2) 循環器外科(心臓・血管外科) 医師	人	人
3) リハビリテーション科医師	人	人

※非常勤数の計上についてはP3 Q3と同様に記入してください。

このほか医療法上広告可能な外科の専門医(循環器専門医、心臓血管外科専門医など)については、兵庫県医療機関情報システム(平成23年10月4日現在)から情報を取得します。

Q2 急性心筋梗塞患者に対する専門的検査及び処置について、貴院が対応しているものそれぞれに①～④のいずれかを記入してください。

検査・治療法	対応欄 ※	※それぞれの検査及び治療法について、 下の①～④のいずれかを「対応欄」に記入してください
1) 心電図検査		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) 血液生化学検査		
3) CT検査		
4) 心臓カテーテル検査(冠動脈造影検査)		
5) 大動脈内バルーンポンピング (IABP)		
6) 経皮的心肺補助装置 (PCPS)		
7) 緊急ペーシング		
8) ペーサー不全への対応		
9) その他 (_____)		

Q3 冠動脈バイパス術の実施状況について実施しているもの全てにチェックを入れ、年間(平成22年4月1日～平成23年3月31日)の件数を記入してください。

区分	年間件数
1) ポンプ症例	件
2) 非ポンプ症例	件

Q4 インターベンションの実施状況について実施しているもの全てにチェックを入れ、年間(平成22年4月1日～平成23年3月31日)の件数を記入してください。

区分	年間件数
1) 経皮的血栓溶解療法	件
2) 経皮的冠動脈形成術	件
3) 経皮的冠動脈ステント留置術	件
4) 高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル	件

Q5 運動耐用能を評価したうえで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。

<input type="checkbox"/>	1) 実施している				
<input type="checkbox"/>	訓練室	<input type="checkbox"/>	①有り (_____ m ²)	<input type="checkbox"/>	②無し
<input type="checkbox"/>	2) 実施していない				

Q6 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。

<input type="checkbox"/>	1) 配置している				
<input type="checkbox"/>	スタッフの種類	<input type="checkbox"/>	①理学療法士	<input type="checkbox"/>	②作業療法士
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	③言語療法士	<input type="checkbox"/>	④その他(_____)
<input type="checkbox"/>	2) 配置していない				

Q7 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：平成22年4月1日～平成23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) 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。

<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"/>	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。

<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
--------------------------	-------------------------------	--------------------------	---------------

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。**4-4 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。）

Q1 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

Q2 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P3 Q3と同様に記入してください。

Q3 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。

<input type="checkbox"/> 1) はい	<input type="checkbox"/> 2) いいえ
--------------------------------	---------------------------------

Q4 貴院は糖尿病学会認定教育施設ですか。

<input type="checkbox"/> 1) はい	<input type="checkbox"/> 2) いいえ
--------------------------------	---------------------------------

Q5 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。

<input type="checkbox"/> 1) はい	<input type="checkbox"/> 2) いいえ
--------------------------------	---------------------------------

Q6 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）

Q7 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

Q8 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：平成22年4月1日～平成23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
--------------------------	---------------	--------------------------	---------------

(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
--------------------------	--	--------------------------	---------------

Q9 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"/>	ii) 緊急透析		
		<input type="checkbox"/>	②腹膜透析	<input type="checkbox"/>	i) 慢性透析	<input type="checkbox"/>	ii) 緊急透析
		<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
	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。

<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	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。**4-5 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。）

Q1 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P3 Q3と同様に記入してください。

Q2 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P3 Q3と同様に記入してください。

Q3 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P3 Q3と同様に記入してください。

Q4 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"/>	2) 認知症
<input type="checkbox"/>	3) アルコール依存症	<input type="checkbox"/>	4) うつ病
<input type="checkbox"/>	5) 気分障害	<input type="checkbox"/>	6) その他(_____)

(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"/>	2) 精神科
<input type="checkbox"/>	3) 神経内科	<input type="checkbox"/>	4) 心療内科
<input type="checkbox"/>	5) 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				
<input type="checkbox"/>	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				

Q5 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。

1) 診断・治療を行っている						
内容	i) 服薬		ii) 相談・カウンセリング※2		iii) 療育・訓練	
	iv) 療育・訓練施設紹介		v) 家族への教育		vi) その他 (_____)	
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。

1) 小児科	2) 精神科
3) 神経内科	4) 心療内科
5) 内科	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。

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

Q6 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(平成22年4月1日～平成23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		iii) 児童思春期外来
	iv) 睡眠外来		v) その他 (_____)		
2) 設置していない					

Q7 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(平成22年4月1日～平成23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

Q8 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。

<input type="checkbox"/>	1) 院内での治療を実施している				
<input type="checkbox"/>	2) 院外との連携により実施している				
/	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"/>	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

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。

4-6 災害医療（*全病院にお伺いします。）

Q1 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____年____月、直近の改定年月 平成____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（平成22年4月1日～平成23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 平成____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
--------------------------	-----------	--------------------------	------------

Q2 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
--------------------------	--------------	--------------------------	-------

Q3 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) Q1 (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 平成_____年_____月)
<input type="checkbox"/>	2) 実施していない

Q4 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
--------------------------	-----------------------	--------------------------	------------

Q5 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

Q6 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						

Q7 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) 貴院では、兵庫県広域災害・救急医療情報システム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 V を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。**4-7 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。）

Q1 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：平成22年4月1日～平成23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
1) 脳卒中	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※	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

※ 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

Q2 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（平成22年4月1日～平成23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。

<input type="checkbox"/>	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）
<input type="checkbox"/>	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）				
<input type="checkbox"/>	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P5 Q9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

Q3 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P3 Q3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
--------------------------	----------	--------------------------	-----------

Q4 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

Q5 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（_____）		

4-8 へき地医療（*へき地医療拠点病院にお伺いします。）

Q1 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（平成22年4月1日～平成23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	<input type="text"/>	日
2) 代診医派遣日数	<input type="text"/>	日

(2) 平成22年4月1日～平成23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 V を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

4-9 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。）

Q1 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P3 Q3と同様に記入してください。

Q2 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
--------------------------	----------	--------------------------	------------------	--------------------------	-----------

Q3 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（平成22年4月1日～平成23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	(年間 _____ 人)
<input type="checkbox"/>	2) 他の医療機関へ搬送している	(年間 _____ 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	(年間 _____ 人)
<input type="checkbox"/>	2) 他の医療機関へ搬送している	(年間 _____ 人)
<input type="checkbox"/>	3) 他の医療機関と連携していない	

Q4 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 (バックベット)	床	—	床	—
3) 年間延べ利用日数 (平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日)	日	日	日	日
4) 平均入院期間 (平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日)	日	日	日	日
5) 最大入院期間 (平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 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) (平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日)	%	%	%	%
7) 年間利用実人員 (平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日)	人	人	人	人

Q5 集中治療室管理室 (NICU) における長期入院時の状況について記入してください。
(平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 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

Q6 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 (平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 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) ii) うち新生児搬送用 (_____ 台) iii) うち共用 (_____ 台)
②年間搬送件数 (平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 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	

Q7 貴院における年間（平成22年4月1日～平成23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

Q8 貴院における分娩数、帝王切開数、出生児取扱件数（平成22年4月1日～平成23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)
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
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
1) 1000g 未満	人	人
2) 1000g 以上 1500g 未満	人	人
3) 1500g 以上 2500g 未満	人	人
4) 2500g 以上	人	人

Q9 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) 小児外科疾患	<input type="checkbox"/>	①全て可	<input type="checkbox"/>	②疾患によっては可	<input type="checkbox"/>	③不可
2) 先天性心疾患	<input type="checkbox"/>	①全て可	<input type="checkbox"/>	②疾患によっては可	<input type="checkbox"/>	③不可
3) 脳神経外科疾患	<input type="checkbox"/>	①全て可	<input type="checkbox"/>	②疾患によっては可	<input type="checkbox"/>	③不可

Q10 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
--------------------------	---------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------

Q3 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（平成22年4月1日～平成23年3月31日）入院患者受け入れ数を記入してください。

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
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
3) 対応していない	

Q4 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：平成22年4月1日～平成23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。

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
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（平成23年10月4日現在）から情報を取得します。

5-2 遠隔医療について（*全病院にお伺いします。）

Q1 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、1ヶ月間（平成23年7月1日～7月31日）の症例数を記入してください。

1) 実施している（平成23年7月の症例数：_____件）
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

Q2 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。