

兵庫県医療施設実態調査(案)

調査基準日 平成21年10月 1日(木)
 提出期限 平成21年10月23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21年10月1日現在の状況をご記入ください。

<目次>

A 共通項目票

- 1 基本的事項について・・・・・・・・・・・・・・・・P1～6
- 2 地域における医療連携について・・・・・・・・P7
- 3 患者に対する情報提供について・・・・・・・・P9

B 疾病・事業別項目票

- 4 4 疾病 5 事業の診療機能について
 - 4 - 1 がん・・・・・・・・・・・・・・・・P10～16
 (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・・・・・・・・・・・・・・・・P17～21
 (脳卒中(リハビリテーションを含む)の診療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・・・・・・・・・・・・・・・・P22～25
 (心疾患(リハビリテーションを含む)の診療を実施している病院のみお答えください。)
 - 4 - 4 糖尿病・・・・・・・・・・・・・・・・P26～29
 (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 救急医療・・・・・・・・・・・・・・・・P30～32
 (救急診療(精神科救急を含む)を実施している病院のみお答えください。)
 - 4 - 6 災害医療・・・・・・・・・・・・・・・・P33
 (全病院お答えください。)
 - 4 - 7 へき地医療・・・・・・・・・・・・・・・・P33
 (へき地医療拠点病院のみお答えください。)
 - 4 - 8 周産期医療・・・・・・・・・・・・・・・・P34～36
 (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 - 9 小児救急を含む小児医療・・・・・・・・P37
 (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・・・・・・・・・・・・・・・・P38
- 5 2 遠隔医療・・・・・・・・・・・・・・・・P39

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21年10月1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
1年間の分娩件数	6 診療内容、提供保健・医療・介護サービス
帝王切開の対応状況	(4)対応することができる疾患・治療の内容(11産科領域)
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	〒 兵庫県
電話 / F A X	(電話) - - (FAX) - -
e - m a i l	
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

< 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) 床
<input type="checkbox"/>	診療報酬上の施設基準外	床
<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 (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。本調査では、保険上の加算承認の有無は問わないが、承認基準に適合していること

ICUの承認基準

- 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
- 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
- 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 m²以上であること
- 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 ベースメーカー
 - 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
- 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
- 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
- 当該治療室勤務の医師及び看護師は、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 (集中治療管理室) 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 (集中治療管理室)

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 21 年 10 月 1 日現在) から情報を取得します。

Q 2 次にあげる検査について、貴院が対応しているものそれぞれに ~ 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 ~ 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		
2) 気管支内視鏡検査		24 時間可(当直)
3) 大腸内視鏡検査		24 時間可(ワコール)
4) 超音波検査		診療時間内のみ可
腹部		
心臓・大血管		不可
頸部		
頭部 (T C D)		
その他〔 部位名 : _____ 〕		
5) 血管連続撮影 (デジ 外対応可能機種)		
腹部		
心臓・大血管		
脳血管		
6) X 線透視検査		
7) 全身用 X 線 C T		
8) ヘリカル C T		
9) M R I		
D W I (拡散強調画像)		
P W I (灌流画像)		
10) M R A		
11) S P E C T		
12) P E T (ポジ トン断層撮影)		
13) 核医学検査 (SPECT、PET 以外)		

< 外科手術体制への対応状況 >

Q 3 外科手術に関する専門スタッフの人数を記入してください。(脳卒中、急性心筋梗塞、産婦人科、小児科に関わる医師については、後の疾病・事業別項目票の P17、22、34、37 でお尋ねします。)

スタッフの種類	常勤	非常勤 1
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 2	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 3()	人	人

1 非常勤職員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)

2 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。

3 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21年10月1日現在)から情報を取得します。

Q 4 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20年4月1日~平成21年3月31日)の件数を記入してください。

□	1)対応している	(年間 _____ 件) (うち時間外の症例数 _____ 件)
□	2)対応していない	

「緊急手術」とは待機手術を除く手術

Q 5 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。対応している場合は、年間(平成20年4月1日~平成21年3月31日)の件数を記入してください。

□	1)対応している例がある	(年間 _____ 件)
□	2)対応していない	

Q 6 貴院では、麻酔医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。対応している場合は、年間(平成20年4月1日~平成21年3月31日)の件数を記入してください。

□	1)対応している例がある	(年間 _____ 件)
□	2)対応していない	

Q 7 次にあげ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20年4月1日～平成21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)	
標本作成	<input type="checkbox"/> i) 院内で対応している
	<input type="checkbox"/>)院外で対応している
	<input type="checkbox"/> ア)大学病院 <input type="checkbox"/> イ)その他の病院 <input type="checkbox"/> ウ)衛生検査所 <input type="checkbox"/> エ)その他
診 断	<input type="checkbox"/> i) 院内で対応している
	<input type="checkbox"/> ア)常勤医師 <input type="checkbox"/> イ)非常勤医師
	<input type="checkbox"/>)院外で対応している
	<input type="checkbox"/> ア)大学病院 <input type="checkbox"/> イ)その他の病院 <input type="checkbox"/> ウ)衛生検査所 <input type="checkbox"/> エ)その他
2)細胞診 (年間症例数 _____ 件)	
標本作成	<input type="checkbox"/> i) 院内で対応している
	<input type="checkbox"/>)院外で対応している
	<input type="checkbox"/> ア)大学病院 <input type="checkbox"/> イ)その他の病院 <input type="checkbox"/> ウ)衛生検査所 <input type="checkbox"/> エ)その他
判 定	<input type="checkbox"/> i) 院内で対応している
	<input type="checkbox"/> ア)常勤医師 <input type="checkbox"/> イ)非常勤医師
	<input type="checkbox"/>)院外で対応している
	<input type="checkbox"/> ア)大学病院 <input type="checkbox"/> イ)その他の病院 <input type="checkbox"/> ウ)衛生検査所 <input type="checkbox"/> エ)その他
3)術中迅速診断 (年間症例数 _____ 件)	
標本作成	<input type="checkbox"/> i) 院内で対応している
	<input type="checkbox"/>)院外で対応している
	<input type="checkbox"/> ア)大学病院 <input type="checkbox"/> イ)その他の病院 <input type="checkbox"/> ウ)衛生検査所 <input type="checkbox"/> エ)その他
診 断	<input type="checkbox"/> i) 院内で対応している
	<input type="checkbox"/> ア)常勤医師 <input type="checkbox"/> イ)非常勤医師
	<input type="checkbox"/>)院外で対応している
	<input type="checkbox"/> ア)大学病院 <input type="checkbox"/> イ)その他の病院 <input type="checkbox"/> ウ)衛生検査所 <input type="checkbox"/> エ)その他
4)免疫組織化学的検査 (年間症例数 _____ 件)	
標本作成	<input type="checkbox"/> i) 院内で対応している
	<input type="checkbox"/>)院外で対応している
	<input type="checkbox"/> ア)大学病院 <input type="checkbox"/> イ)その他の病院 <input type="checkbox"/> ウ)衛生検査所 <input type="checkbox"/> エ)その他

< 医薬分業について >

Q 8 貴院における院外処方せんの発行について、該当するものにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	1) 原則として全部発行している
<input type="checkbox"/>	2) 一部発行している
<input type="checkbox"/>	3) 発行していないが、今後予定している (平成_____年_____月予定)
<input type="checkbox"/>	4) 発行していない

<リハビリテーション体制について>

Q 9 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。(脳卒中・急性心筋梗塞の承認については、疾病・事業別項目票の P18、22 でお聞きします。)

	区 分
<input type="checkbox"/>	1) 運動器リハビリテーション料 ()
<input type="checkbox"/>	2) 運動器リハビリテーション料 ()
<input type="checkbox"/>	3) 呼吸器リハビリテーション料 ()
<input type="checkbox"/>	4) 呼吸器リハビリテーション料 ()
<input type="checkbox"/>	5) 難病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

Q 10 運動器・呼吸器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。(脳卒中・急性心筋梗塞のリハビリスタッフについては、疾病・事業別項目票の P18、22 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	専任		兼務 1	
	i)常勤	)非常勤 2	i)常勤	)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 「兼務」欄には、他の施設(介護老人保健施設等)と兼務している者を記載してください。
 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)

Q 11 貴院では訪問リハビリテーションを実施していますか。

1)行っている 2)行っていない

<認知症対策について>

Q 12 貴院では認知症に関連する専門・特殊外来(認知症・もの忘れ外来等)を設置していますか。

1)設置している 2)設置していない

<うつ病対策について>

Q 13 貴院には精神保健指定医がいますか。精神保健指定医がいる場合は、人数を記入してください。

<input type="checkbox"/>	1)いる
<input type="checkbox"/>	〔内訳〕 常勤()人 非常勤()人
<input type="checkbox"/>	2)いない

非常勤の人数は Q10 の 2 と同様に常勤換算してください。

<発達障害について>

Q14 貴院では、自閉症、アスペルガー症候群その他の発達障害の診断を行っていますか。

診断を行っている場合、併せてどのような治療あるいは発達支援を行っていますか。それぞれの項目毎に、該当するもの全てにチェックを入れてください。

(1) 自閉症

1)診断を行っている						
治療あるいは 発達支援の内容	<input type="checkbox"/>	服薬	<input type="checkbox"/>	相談・カウンセリング	<input type="checkbox"/>	療育・訓練
	<input type="checkbox"/>	療育・訓練施設紹介	<input type="checkbox"/>	家族への教育	<input type="checkbox"/>	
2)診断を行っていない						

(2) アスペルガー症候群

1)診断を行っている						
治療あるいは 発達支援の内容	<input type="checkbox"/>	服薬	<input type="checkbox"/>	相談・カウンセリング	<input type="checkbox"/>	療育・訓練
	<input type="checkbox"/>	療育・訓練施設紹介	<input type="checkbox"/>	家族への教育	<input type="checkbox"/>	
2)診断を行っていない						

(3) その他の広汎性発達障害

1)診断を行っている						
治療あるいは 発達支援の内容	<input type="checkbox"/>	服薬	<input type="checkbox"/>	相談・カウンセリング	<input type="checkbox"/>	療育・訓練
	<input type="checkbox"/>	療育・訓練施設紹介	<input type="checkbox"/>	家族への教育	<input type="checkbox"/>	
2)診断を行っていない						

(4) 学習障害

1)診断を行っている						
治療あるいは 発達支援の内容	<input type="checkbox"/>	服薬	<input type="checkbox"/>	相談・カウンセリング	<input type="checkbox"/>	療育・訓練
	<input type="checkbox"/>	療育・訓練施設紹介	<input type="checkbox"/>	家族への教育	<input type="checkbox"/>	
2)診断を行っていない						

(5) 注意欠陥多動性障害

1)診断を行っている						
治療あるいは 発達支援の内容	<input type="checkbox"/>	服薬	<input type="checkbox"/>	相談・カウンセリング	<input type="checkbox"/>	療育・訓練
	<input type="checkbox"/>	療育・訓練施設紹介	<input type="checkbox"/>	家族への教育	<input type="checkbox"/>	
2)診断を行っていない						

(6) その他これに類する脳機能の障害

1)診断を行っている						
治療あるいは 発達支援の内容	<input type="checkbox"/>	服薬	<input type="checkbox"/>	相談・カウンセリング	<input type="checkbox"/>	療育・訓練
	<input type="checkbox"/>	療育・訓練施設紹介	<input type="checkbox"/>	家族への教育	<input type="checkbox"/>	
2)診断を行っていない						

相談・カウンセリングには助言・指導を含む

Q15 貴院で上記診断、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"/>	小児科	<input type="checkbox"/>	精神科
<input type="checkbox"/>	神経内科	<input type="checkbox"/>	心療内科
<input type="checkbox"/>	内科	<input type="checkbox"/>	その他(診療科名: _____)

2 地域における医療連携について

Q 1 病病連携、病診連携に対応の窓口となる「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

Q 2 貴院では、退院調整にあたる専門の職員を配置していますか。配置している場合、専門スタッフの人数（ 1 ）を記入してください。

1) 配置している				
	職種内訳	看護師	退院調整看護師 2	その他の専門職(医療ソーシャルワーカー 3等)
	)専任	人	人	人
	)兼務 4	人	人	人
2) 配置していない				

1 職員の配置人数は、常勤、非常勤(常勤換算した人数)を合わせた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)

- 2 「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
- 3 「医療ソーシャルワーカー」とは、患者の療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助、受診・受療援助等を専門に行う者
- 4 「兼務」欄は、他の病棟、外来等と兼務している者を記入してください。

Q 3 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

Q 4 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		

Q 5 地域医療支援病院の指定を受けていますか。

<input type="checkbox"/>	1)受けている
<input type="checkbox"/>	2)現在は受けていないが、今後受ける計画がある(平成_____年_____月予定)
<input type="checkbox"/>	3)受けていない

Q6 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	

Q7 退院時カンファレンスの実施状況についてお答えください。

(1) 貴院では、退院後も医療・介護の対応が必要な患者に関し、退院時カンファレンスを実施していますか。

<input type="checkbox"/>	1) 原則として全て実施している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 診療報酬（退院時共同指導料2）取得基準内
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 診療報酬（退院時共同指導料2）取得基準外
<input type="checkbox"/>	2) 一部実施している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 診療報酬（退院時共同指導料2）取得基準内
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 診療報酬（退院時共同指導料2）取得基準外
<input type="checkbox"/>	3)実施していない

(2) (1)で1)「全て実施」もしくは2)「一部実施」と回答された病院にお聞きします。

退院時カンファレンスに参加している職種について、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)医師（病院）	<input type="checkbox"/>	2)医師（診療所）
<input type="checkbox"/>	3)歯科医師（病院）	<input type="checkbox"/>	4)歯科医師（歯科診療所）
<input type="checkbox"/>	5)看護師（病棟・外来）	<input type="checkbox"/>	6)退院調整看護師 1
<input type="checkbox"/>	7)訪問看護師	<input type="checkbox"/>	8)薬剤師（病院）
<input type="checkbox"/>	9)薬剤師（保険薬局）	<input type="checkbox"/>	10)介護支援専門員
<input type="checkbox"/>	11)その他の専門職(医療ソーシャルワーカー 2等)（_____）		

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 「医療ソーシャルワーカー」とは、患者の療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助、受診・受療援助等を専門に行う者

3 患者に対する情報提供について

Q 1 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

Q 2 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			
	クリティカルパスの数（種類）はいくつありますか。			
	<input type="checkbox"/>	1～10種類	<input type="checkbox"/>	11～50種類
	<input type="checkbox"/>	51～100種類	<input type="checkbox"/>	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			
	クリティカルパスの数（種類）はいくつありますか。			
	<input type="checkbox"/>	1～10種類	<input type="checkbox"/>	11～50種類
	<input type="checkbox"/>	51～100種類	<input type="checkbox"/>	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21年10月1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 V を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

4 4 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。）

Q 1 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	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	人
10) がん専門薬剤師（日本病院薬剤師会）	人
11) 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 P15～P16 Q15 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

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）については、兵庫県医療機関情報システム（平成 21 年 10 月 1 日現在）から情報を取得します。

Q 2 貴院において禁煙外来を実施していますか。

<input type="checkbox"/>	1) 実施している
<input type="checkbox"/>	2) 実施予定である（平成____年____月開始予定）
<input type="checkbox"/>	3) 実施していない

Q 3 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 20 年 4 月 1 日～平成 21 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）			
検査項目	<input type="checkbox"/>	胃 X 線検査	<input type="checkbox"/>	胃内視鏡検査
	<input type="checkbox"/>	ペプシゲン検査	<input type="checkbox"/>	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）			
検査項目	<input type="checkbox"/>	胸部 X 線検査	<input type="checkbox"/>	喀痰細胞診
	<input type="checkbox"/>	胸部 CT 検査	<input type="checkbox"/>	その他（_____）
<input type="checkbox"/>	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		便潜血検査		全大腸内視鏡検査
		注腸X線検査		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		マンモグラフィ		視触診
		乳房超音波(エコー)検査		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		細胞診(医師による採取)		
		細胞診(自己採取)		その他(_____)
2) 実施していない				

Q4 貴院ではマンモグラフィを設置していますか。設置している場合、台数(型別)、メーカー名、装置名について記入してください。

1) 設置している				
据置型	)台数	台(うちデジタルマンモグラフィ:_____台)		
	)メーカー名			
	)装置名			
車載型	)台数	台(うちデジタルマンモグラフィ:_____台)		
	)メーカー名			
	)装置名			
2) 設置していない				

Q5 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20年4月1日~平成21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	)台数	)件数
	リニアック	台	件
	ガンマナイフ	台	件
	小線源治療装置	台	件
	その他(_____)	台	件
	計	台	台
2)放射線治療を実施していない			

Q 6 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20年4月1日～平成21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 (_____ 床) 年間治療件数 (_____) 件	
		診療報酬(外来化学療法加算1)取得基準内
		診療報酬(外来化学療法加算2)取得基準内
		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。

	1) 設置している		2) 設置していない
--	-----------	--	------------

Q 7 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	
		横断的な薬物療法を行う診療科を設置(診療科名: _____)
		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		

Q 8 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		

Q 9 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有していますか。有している場合、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) 緩和ケアチームを有している				
	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			
		) 診療報酬(緩和ケア診療加算)取得基準外			
	参加職種				
		i) 医師	ア) 専従	イ) 専任	ウ) 兼任
		) 薬剤師	ア) 専従	イ) 専任	ウ) 兼任
		) 看護師	ア) 専従	イ) 専任	ウ) 兼任
		) 管理栄養士	ア) 専従	イ) 専任	ウ) 兼任
		) PT・OT	ア) 専従	イ) 専任	ウ) 兼任
	) 心理職	ア) 専従	イ) 専任	ウ) 兼任	
	) その他(_____)				
2) 緩和ケアチームを有していない					

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、外来等と兼務している者

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

Q10 貴院におけるがんの地域連携の実施状況についてお答えください。

(1) 貴院ではがんに関する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、パスを共有している医療機関数と医療機関名を記入してください。

<input type="checkbox"/>	1) 使用している	
<input type="checkbox"/>	医療機関数	医 療 機 関 名
	箇所	
<input type="checkbox"/>	2) 作成中又は作成予定である (平成____年____月使用開始予定)	
<input type="checkbox"/>	3) 使用していない	

(2) がんの診療について(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。

<input type="checkbox"/>	1)診療情報と治療計画を共有している	<input type="checkbox"/>	2)診療情報を共有している
<input type="checkbox"/>	3)治療計画を共有している	<input type="checkbox"/>	4)共有していない

(3) 貴院では、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。

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

Q11 がん患者の他の医療機関への紹介状況(対象期間:平成20年4月1日~平成21年3月31日)について、全てお答えください。(市(区)、町まで記入)下欄に書ききれない場合は別紙を添付していただいても結構です。

連携医療機関名	所在地(市(区)町名)	主な紹介理由 (下のア~エを選択し記載)

<主な紹介理由>

- ア 紹介元に戻すため
- イ 専門性の高い積極的治療を行っている医療機関に紹介するため
- ウ 専門性の高いターミナルケアを行っている医療機関に紹介するため
- エ その他(自由記載)

Q12 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20年4月1日～平成21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) 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
--------------------------	-----------------------------	--------------------------	---------------

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

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

Q14 貴院では地域がん登録 に情報提供していますか。

<input type="checkbox"/>	1) 情報提供している
<input type="checkbox"/>	2) 情報提供する予定である（平成____年____月開始予定）
<input type="checkbox"/>	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）兵庫健康財団に委託し実施している事業

(注)「対応状況」欄は下記により記載してください。

: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

:院内で対応が可能

: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) 血液腫瘍 (白血病、 リンパ腫など)	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) 皮膚腫瘍	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) 尿路がん	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) 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	

対象疾患	診療内容	対応状況
8) 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	
9) 原発不明がん	化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
10) 性腺外胚細胞 腫瘍	化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
11) 眼腫瘍	手術	
	眼動注	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	

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 - 2 脳卒中**（*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にお伺いします。）

Q1 下記の医師についてお答えください。

(1) 脳卒中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	常勤	非常勤
1) 神経内科医師	人	人
2) 脳神経外科医師	人	人
3) リハビリテーション科医師	人	人
4) その他(_____)科医師	人	人

非常勤は常勤換算人数を記入してください。

常勤換算方法
 (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)

(2) 上記常勤医師のうち、次の専門医の人数について記入してください。

1) 脳神経外科専門医(日本脳神経外科学会)	人
2) 脳卒中学会専門医(日本脳卒中学会)	人
3) 脳血管内治療専門医(日本脳神経血管内治療学会)	人
4) 神経内科専門医(日本神経学会)	人
5) リハビリテーション科専門医(日本リハビリテーション医学会)	人

Q2 次にあげる脳卒中患者に対する専門的治療法について、貴院が対応しているものそれぞれに ~ のいずれかを記入してください。

治療法	対応欄	それぞれの検査について、下の ~ のいずれかを「対応欄」に記入してください
1) 血栓溶解療法(t-PA)		24時間可(当直) 24時間可(ワコール) 診療時間内のみ可 不可
2) 抗血小板療法(オザグレル)		
3) 抗凝固療法(ヘパリンまたはアルカトリン)		
4) 脳保護療法(イクボソ)		
5) 頸動脈内膜剥離術		
6) スtentによる血管形成術		
7) 動脈瘤クリッピング		
8) コイル塞栓術		
9) 低体温療法		

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"/> 24時間可 <input type="checkbox"/> 診療時間内のみ可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/>
<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"/> 24時間可 <input type="checkbox"/> 診療時間内のみ可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/>
<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"/> 有り(_____ m ²) <input type="checkbox"/> 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を担当するスタッフの体制についてお答えください。

スタッフの種類	専任		兼務 1	
	i)常勤	)非常勤 2	i)常勤	)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 「兼務」欄には、他の施設(介護老人保健施設等)と兼務している者を記載してください。

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)

Q6 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にチェックを入れてください。

	区 分
<input type="checkbox"/>	1) 脳血管疾患等リハビリテーション料()
<input type="checkbox"/>	2) 脳血管疾患等リハビリテーション料()
<input type="checkbox"/>	3) 脳血管疾患等リハビリテーション料()

Q7 貴院において、脳卒中の地域連携の実施状況についてお答えください。

(1) 貴院では脳卒中に関する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、パスの種類ごとに共有している医療機関数と医療機関名を記入してください。

	1) 使用している		
	種別	医療機関数	医療機関名
		箇所	
	2) 作成中又は作成予定である (平成____年____月使用開始予定)		
	3) 使用していない		

(2) 脳卒中の診療について(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。

	1)診療情報と治療計画を共有している		2)診療情報を共有している
	3)治療計画を共有している		4)共有していない

(3) 貴院では、他の医療機関と共同で連携のために症例検討会や勉強会を開催していますか。

	1)実施している		2)実施していない
--	----------	--	-----------

- Q 8 リハビリテーションを行う医療機関等への脳卒中患者の紹介状況についてお答えください。
 (1) 貴院の脳卒中患者を、回復期・維持期リハビリテーション 1 を行う医療機関へ紹介されていますか。該当するものにチェックを入れ、紹介している場合、脳卒中の退院患者数、紹介患者数、紹介割合をお答えください。(対象期間：平成 20 年 4 月 1 日～平成 21 年 3 月 31 日)

1) 回復期リハビリテーションを行う医療機関へ患者を紹介している			
脳卒中総退院患者数	人		
紹介患者数 2	人	左記の数について該当するものに 入れてください 全数(設問どおり)・地域医療連携室を通した数 認定期間以外の数(期間：_____) その他(_____)	
紹介割合 / ×100	%	(注) と の対象期間が異なる場合は記入不要	
2) 維持期リハビリテーションを行う医療機関へ患者を紹介している			
脳卒中総退院患者数	人		
紹介患者数	人	左記の数について該当するものに 入れてください 全数(設問どおり)・地域医療連携室を通した数 認定期間以外の数(期間：_____) その他(_____)	
紹介割合 / ×100	%	(注) と の対象期間が異なる場合は記入不要	
3) 回復期・維持期のリハビリテーションを行う医療機関へ患者の紹介はしていない			

1 維持期リハビリテーションを行う施設

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

2 紹介患者数について、全数が把握できない場合は、地域医療連携室を通した数、設定期間以外で把握できる期間の数(1ヵ月単位)等把握できる範囲でご回答願います。

- (2) 紹介先の医療機関等を全てお答えください。(市(区) 町まで記入) 下欄に書ききれない場合は、別紙を添付していただいても結構です。

回復期のリハビリテーションを行う医療機関に紹介する場合

連携医療機関名	所在地(市(区)町名)

維持期のリハビリテーションを行う医療機関・施設に紹介する場合

連携医療機関・施設名	所在地（市(区)町区名）	左記機関の有する機能 (いずれかの番号を記入してください)
		通所リハ 訪問リハ 通所介護 訪問看護 把握していない

Q 9 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 20 年 4 月 1 日～平成 21 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) 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。

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。

1) 逆紹介の実績あり

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 **V** 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。）**

Q 1 急性心筋梗塞に関する医師の人数を記入してください。

診療科	常勤	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

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21年10月1日現在)から情報を取得します。

Q 2 心臓リハビリテーション指導士 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	医師	看護師	理学療法士	臨床検査技師	管理栄養士	臨床工学士	臨床心理士	健康運動指導士
)常勤	人	人	人	人	人	人	人	人
)非常勤?	人	人	人	人	人	人	人	人
2) いない								

1 心臓リハビリテーション指導士とは、包括的心臓リハビリテーション実施に必要な知識と技術を有するものとして日本心臓リハビリテーション学会で認定された者

2 非常勤の人数は、Q 1 の と同様に常勤換算してください。

Q 3 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 ~ のいずれかを記入してください。

検査・治療法	対応欄
1) 心電図検査	それぞれの検査について、下の ~ のいずれかを「対応欄」に記入してください
2) 血液生化学検査	
3) CT検査	
4) 心臓カテリ検査(冠動脈造影検査)	
5) 大動脈内バルーンポンプ (IABP)	
6) 経皮的心肺補助装置 (PCPS)	
7) 緊急ペーシング	
8) ペースメーカー不全への対応	
9) その他 (_____)	

Q 4 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 20 年 4 月 1 日～平成 21 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

Q 5 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 20 年 4 月 1 日～平成 21 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

Q 6 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	<input type="checkbox"/>	有り(_____ m ²)	<input type="checkbox"/>	無し
	2) 実施していない				

Q 7 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にチェックを入れてください。

	区 分
	1) 心大血管リハビリテーション料()
	2) 心大血管リハビリテーション料()

Q 8 心疾患患者のリハビリテーションを担当するスタッフの体制についてお答えください。

スタッフの種類	専任		兼務 1	
	i)常勤	)非常勤 2	i)常勤	)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 「兼務」欄には、他の施設（介護老人保健施設等）と兼務している者を記載してください。

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)

Q9 貴院における急性心筋梗塞の地域連携の実施状況についてお答えください。

- (1) 貴院では急性心筋梗塞に関する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、パスを共有している医療機関数と医療機関名を記入してください。

1) 使用している		
	医療機関数	医療機関名
	箇所	
2) 作成中又は作成予定である (平成____年____月使用開始予定)		
3) 使用していない		

- (2) 急性心筋梗塞の診療について(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。

<input type="checkbox"/>	1) 診療情報と治療計画を共有している	<input type="checkbox"/>	2) 診療情報を共有している
<input type="checkbox"/>	3) 治療計画を共有している	<input type="checkbox"/>	4) 共有していない

- (3) 貴院では、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。

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

Q10 リハビリテーションを行う病院等への急性心筋梗塞患者の紹介状況についてお答えください。

- (1) 貴院の急性心筋梗塞患者を、リハビリテーションを行う医療機関へ紹介されていますか。該当するものにチェックを入れ、紹介している場合、急性心筋梗塞の退院患者数、紹介患者数、紹介割合をお答えください。(対象期間：平成20年4月1日～平成21年3月31日)

(紹介患者数については、全数が把握できない場合は、地域医療連携室を通じた数、設定期間以外で把握できる期間の数(1ヵ月単位)等把握できる範囲でご回答願います。)

1) リハビリテーションを行う医療機関へ患者を紹介している			
	急性心筋梗塞総退院患者数	人	
	紹介患者数	人	左記の数について該当するものに を入れてください 全数(設問どおり)・地域医療連携室を通じた数 認定期間以外の数(期間：____) その他(____)
	紹介割合 / ×100	%	(注) と の対象期間が異なる場合は記入不要
2) リハビリテーションを行う医療機関へ患者の紹介はしていない			

- (2) 紹介先の医療機関を全てお答えください。(市(区)、町まで記入) 下欄に書ききれない場合は別紙を添付していただいても結構です。

連携医療機関名	所在地(市町名)

Q11 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20年4月1日～平成21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。

<input type="checkbox"/>	1) 逆紹介の実績あり	<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。）

Q 1 下記の医師についてお答えください。

(1) 次の診療科のうち、貴院に常勤医師が従事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) 循環器内科	<input type="checkbox"/>	2) 神経内科
<input type="checkbox"/>	3) 糖尿病内科(代謝内科)	<input type="checkbox"/>	4) 循環器外科(心臓・血管外科)
<input type="checkbox"/>	5) 脳神経外科	<input type="checkbox"/>	6) 眼科
<input type="checkbox"/>	7) 皮膚科	<input type="checkbox"/>	8) 形成外科
<input type="checkbox"/>	9) 整形外科		

(2) 上記常勤医師のうち、次の専門医の人数について記入してください。

1) 糖尿病専門医(日本糖尿病学会)	<input type="text"/>	人
2) 内分泌代謝科専門医(日本内分泌学会)	<input type="text"/>	人

Q 2 糖尿病療養指導士 1 についてお答えください。

<input type="checkbox"/>	1) いる (職種別に下の表に人数を記入してください。)				
/	職 種	看護師	管理栄養士	薬剤師	その他 ()
	)常 勤	人	人	人	人
	)非常勤 2	人	人	人	人
<input type="checkbox"/>	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 非常勤は常勤換算人数を記入してください。

常勤換算方法：(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)

Q 3 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
--------------------------	-------	--------------------------	--------

Q 4 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
--------------------------	-------	--------------------------	--------

Q 5 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
--------------------------	-------	--------------------------	--------

Q 6 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"/>	対応している	<input type="checkbox"/>	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"/>	対応している	<input type="checkbox"/>	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"/>	対応している	<input type="checkbox"/>	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"/>	対応している	<input type="checkbox"/>	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"/>	対応している	<input type="checkbox"/>	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"/>	対応している	<input type="checkbox"/>	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"/>	対応している	<input type="checkbox"/>	対応していない
8) 1型糖尿病への対応	<input type="checkbox"/>	対応している	<input type="checkbox"/>	対応していない
9) うち小児への対応	<input type="checkbox"/>	対応している	<input type="checkbox"/>	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時間受け入れに対応しているとは、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)をいう。

Q 7 糖尿病の慢性合併症に対する検査・治療の対応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"/>	実施している	<input type="checkbox"/>	実施していない
2) 光凝固療法	<input type="checkbox"/>	実施している	<input type="checkbox"/>	実施していない
3) 硝子体出血・網膜剥離の手術	<input type="checkbox"/>	実施している	<input type="checkbox"/>	実施していない
4) 腎生検	<input type="checkbox"/>	実施している	<input type="checkbox"/>	実施していない
5) 腎臓超音波検査	<input type="checkbox"/>	実施している	<input type="checkbox"/>	実施していない
6) 神経伝導速度検査	<input type="checkbox"/>	実施している	<input type="checkbox"/>	実施していない
7) 血管造影(アンギオ)検査	<input type="checkbox"/>	実施している	<input type="checkbox"/>	実施していない
8) 血管バイパスの手術	<input type="checkbox"/>	実施している	<input type="checkbox"/>	実施していない
9) 壊疽・潰瘍の手術	<input type="checkbox"/>	実施している	<input type="checkbox"/>	実施していない
10) 壊疽・潰瘍の内科的治療	<input type="checkbox"/>	実施している	<input type="checkbox"/>	実施していない

Q 8 貴院における糖尿病の地域連携の実施状況についてお答えください。

(1) 貴院では糖尿病に関する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、パスを共有している医療機関数、医療機関名を記入してください。

	1) 使用している	
	医療機関数	医療機関名
	箇所	
	2) 作成中又は作成予定である (平成____年____月使用開始予定)	
	3) 使用していない	

(2) 糖尿病の診療について (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。

	1) 診療情報と治療計画を共有している		2) 診療情報を共有している
	3) 治療計画を共有している		4) 共有していない

(3) 貴院では、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。

	1) 実施している		2) 実施していない
--	-----------	--	------------

Q 9 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 21 年 4 月 1 日～平成 21 年 3 月 31 日)

(1) 専門的検査の引き受け実績がありますか。

	1) 紹介を受けた実績あり		2) 紹介を受けた実績なし
--	---------------	--	---------------

(2) 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。

	1) 紹介を受けた実績あり		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。

	1) 紹介を受けた実績あり		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。

	1) 紹介を受けた実績あり		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。

	1) 逆紹介の実績あり		2) 逆紹介の実績なし
--	-------------	--	-------------

(6) その他の連携の実績がありますか。

	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		2) 紹介を受けた実績なし
--	--	--	---------------

Q10 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。

1) 実施している						
種別	<input type="checkbox"/>	血液透析	(平常時の1日最大可能人数 _____ 人)			
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	i)慢性透析	<input type="checkbox"/>)緊急透析
	<input type="checkbox"/>	腹膜透析	<input type="checkbox"/>	i)慢性透析	<input type="checkbox"/>)緊急透析
2) 実施していない P30 へお進みください						

(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。

1) 対応している						
	対応状況	<input type="checkbox"/>	夜間	<input type="checkbox"/>	休日	<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。**4 5 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。）**

Q 1 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) いわゆる E R 型の救急医療機関として対応されていますか。（精神科救急以外）

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

本調査において「E R 型」とは E R 専従医師が基本的に全ての救急患者の初期診療を行う体制をいう。

(3) 次にあげる診療科又は疾病について、貴院における 24 時間 365 日対応の可否をそれぞれに ~ のいずれかを記入してください。

診療科又は疾病	対応欄	それぞれの診療科又は疾病について、下の ~ のいずれかを「対応欄」に記入してください。
1) 救急科		可 オンコールにより可 不可（通院中のみ対応） 不可（救急当番日のみ対応） 対応していない
2) 外科		
3) 脳神経外科		
4) 循環器外科(心臓・血管外科)		
5) 呼吸器外科		
6) 消化器外科		
7) 泌尿器科		
8) 小児科		
9) 小児外科		
10) 産科		
11) 婦人科		
12) 内科		
13) 神経内科		
14) 循環器内科		
15) 呼吸器内科		
16) 消化器内科		
17) 整形外科		
18) 耳鼻咽喉科		
19) 眼科		
20) 放射線科		
21) 精神科		
22) 麻酔科（手術対応）		
23) その他の診療科(_____)		
24) 脳卒中		
25) 急性心筋梗塞		

- (4) 前項(3)で救急対応している診療科又は疾病に関し、24時間対応できない場合、その理由は何ですか。(該当する項目全てにチェックしてください)

<input type="checkbox"/>	1)スタッフの確保が困難	<input type="checkbox"/>	2)病床の確保が困難
<input type="checkbox"/>	3)その他		
<input type="checkbox"/>	(具体的内容)		

- (5) 救急搬送受入患者数(年間:平成20年4月1日~平成21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)脳卒中	2)急性心筋梗塞	3)外傷	4)妊婦	5)小児(0~14歳)
受入患者数	人	人	人	人	人
うち入院患者数	人	人	人	人	人

外傷とは、多発外傷、多発外傷以外の全身麻酔を要した外傷、指肢切断、重症熱傷を指す

- (6) 消防機関からの「傷病者観察記録票」について、追加、削除、修正した方がよいと思われる傷病状況はありますか。該当のある場合は、具体的内容を記載してください。

<input type="checkbox"/>	1) 追加した方がよい傷病状況がある
<input type="checkbox"/>	(具体的内容)
<input type="checkbox"/>	2) 削除した方がよい傷病状況がある
<input type="checkbox"/>	(具体的内容)
<input type="checkbox"/>	3) 修正した方がよい傷病状況がある
<input type="checkbox"/>	(具体的内容)
<input type="checkbox"/>	4) 特にない

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20年4月1日～平成21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全て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）	
	対応時間 <input type="checkbox"/>)24時間可能 <input type="checkbox"/>)その他(_____ 時～ _____ 時)	運転者 <input type="checkbox"/>)運転員(専1) <input type="checkbox"/>)事務員 <input type="checkbox"/>)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"/>)24時間可能 <input type="checkbox"/>)その他(_____ 時～ _____ 時)	同乗者 <input type="checkbox"/>)医師 <input type="checkbox"/>)看護師 <input type="checkbox"/>)その他(_____)
	3) 運用していない	

- 1 専任は、当該業務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
- 2 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にお伺いします。

(1) 当番日の人員体制をお答えください。

	医師			看護師	放射線技師	臨床検査技師	事務職員	薬剤師	その他 (_____)
	i)常勤	)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

常勤換算して記入してください。

常勤換算方法：(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

(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についてお伺いします。

(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 4-6へ
------------------------------------	--

(3) 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
-----------------------------------	----------------------------------

(4) 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、該当する者にチェックを入れてください。

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

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 - 8 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。）

Q 1 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。

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

常勤換算して記入してください。

常勤換算方法：(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)

Q 2 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)

1)対応できる 2)ワコールにより対応できる 3)対応できない

(2) 小児科

1)対応できる 2)ワコールにより対応できる 3)対応できない

(3) 新生児科

1)対応できる 2)ワコールにより対応できる 3)対応できない

Q 3 他の医療機関との連携状況についてあてはまるもの全てにチェックを入れ、年間(平成20年4月1日~平成21年3月31日)の人数及び連携医療機関名を記入してください。

(1) 産科(産婦人科)

□	1) 他の医療機関からの搬送受入している	年間(_____)人
□	[連携医療機関名]	
□	2) 他の医療機関へ搬送している	年間(_____)人
□	[連携医療機関名]	
□	3) 他の医療機関と連携していない	

(2) 新生児科(小児科)

	1) 他の医療機関からの搬送受入している	年間()人
	〔連携医療機関名〕	
	2) 他の医療機関へ搬送している	年間()人
	〔連携医療機関名〕	
	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。

	母体・胎児集中治療管理室	その他の産科病床	新生児集中治療室	その他の新生児病床
1) 病床数	床	床	床	床
2) 集中治療室管理室(NICU)の病床数				
(内訳)				
診療報酬上の施設基準内	床	-	床	-
診療報酬上の施設基準外	床	-	床	-
3) 後方病室(バックアップ)	床	-	床	-
4) 年間延べ利用日数 (平成20年4月1日~平成21年3月31日)	日	日	日	日
5) 平均入院期間 (平成20年4月1日~平成21年3月31日)	日	日	日	日
6) 最大入院期間 (平成20年4月1日~平成21年3月31日)	日	日	日	日
7) 病床利用率(一日平均入院患者数×100÷病床数) (平成20年4月1日~平成21年3月31日)	%	%	%	%
8) 年間利用実人員 (平成20年4月1日~平成21年3月31日)	人	人	人	人
うち体外受精により出生した者の利用実人員 (貴院で把握している人数)	人	人	人	人

Q5 設備・機器等について、貴院にあるもの全てにチェックを入れ、台数等を記入してください。

	1)分娩監視装置	台
	2)呼吸循環監視装置	台
	3)超音波診断装置	台
	4)微量輸液装置	台
	5)新生児用呼吸循環監視装置	台
	6)新生児用人工換気装置	台
	7)保育器	台
	8)分娩室	室
	9)分娩室のうち感染症専用分娩室	

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20年4月1日～平成21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	
	保有台数	() 台
	i)うち母体搬送用	() 台
	)うち新生児搬送用	() 台
	)うち共用	() 台
	年間搬送件数（平成20年4月1日～平成21年3月31日）	
i)母体搬送	() 件	
)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20年4月1日～平成21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	件
2)三角搬送 2	件
3)戻り搬送 3	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 貴院における出産に際しての低出生体重児の取り扱い人数（年間：（平成20年4月1日～平成21年3月31日））について、記入してください。

体重	人数
1)1500g以上2500g未満	人
2)1000g以上1500g未満	人
3)1000g未満	人

このほか外科専門医、1年間の分娩件数、帝王切開の対応状況については、兵庫県医療機関情報システム（平成21年10月1日現在）から情報を取得します。

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。

5 - 2 遠隔医療について（*全病院にお伺いします。）

Q 1 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21年7月1日～7月31日）の症例数を記入してください。

<input type="checkbox"/>	1)実施している（平成21年7月の症例数： _____ 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

Q 2 次の遠隔医療について、導入しているかどうか該当する欄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。

（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21年10月1日現在）から情報を取得します。