

大阪府

## 医療機関医療機能アンケート調査票（基礎調査票）

※ 今回の調査した事項については、次期保健医療計画において、一部又は全部を公表することを考えておりますので、ご協力をお願いします。

なお、「10 9で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。」のように、設問文に下線があるものについては、府として把握するもので、公表は考えていません。

### 【病院基本情報】

1 貴病院の許可病床数を教えてください。（平成18年10月1日現在）

病床別	病床数
一般病床	
療養病床	
うち医療保険適用	
うち介護保険適用	
精神病床	
結核病床	
感染症病床	

2 貴病院の下記の機能を持った病床数を教えてください。（平成18年10月1日現在）

病床別	病床数
ICU	
そのうち小児科が専用で使用している病床（PICU）	
CCU	
SCU	
NICU	
MFICU	

※ 診療報酬の施設基準にかかわらず、機能があれば記入してください。

3 貴病院の産科・小児科の病床数を教えてください。（平成18年10月1日現在）

病床別	病床数
小児科（NICU,PICU を除く）	
そのうち新生児専用	
産科 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">                     妊婦の方が分娩時使用する病床、なお、産科と婦人科が混合している場合は産科・婦人科合わせて〇床と記入し、その旨明記してください。                 </span>	

**医療機関医療機能アンケート調査票（がん）**

【がん治療基本情報】

1 貴病院における下記の「がん」の部位別診療実績について記入してください。  
（平成17年実績）

部位名	のべ入院患者数	手術数	放射線治療件数	化学療法件数
①肺				
②胃				
③食道				
④結腸				
⑤直腸				
⑥肝臓				
⑦胆道				
⑧膵臓				
⑨腎臓				
⑩膀胱				
⑪前立腺				
⑫子宮				
⑬卵巣				
⑭乳房				
⑮脳腫瘍				
⑯リンパ組織				
⑰白血病				
⑱甲状腺				
⑲頭頸部がん				
⑳小児がん				

ここでは、自分の病院で実施した件数を記入してください。  
ただし、例えば、自分の病院で放射線治療をする設備がないため、貴病院で入院の上、他病院で放射線治療をする場合など、既にクリティカルパス等で連携した診療が明示されているときは、その件数を（ ）で（例：このような件数が5件あれば、（5件））と外数で記入してください。

2 がん患者の平均在院日数を記入してください。

日(平成17年実績)

(注) 計算式は、病院報告と同様です。  

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{年間在院患者延べ数}}{(\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})} \times 0.5$$

※小数第1位まで記入してください

【相談機能】

3 貴病院においては、患者に対しがん治療に関するセカンドオピニオン(※)を行っていますか。

1 行っている                      2 行っていない

(※) セカンドオピニオンとは、患者・家族等が、現在かかっている病院等の医師（主治医）の診断や治療方針の他に、主治医以外の専門医師の意見を聞くことによって、納得の上でより良い治療方針を自己決定できるようにするためのもので、診療報酬を請求しないものも含まれます。

4 3で「1 行っている」と答えた病院におうかがいします。貴病院でセカンドオピニオンを実施した件数を教えてください。(平成17年実績)

※ 件数については分かる範囲で記入してください。

件
---

5 貴病院においては、がん患者やその家族等の相談業務を行うため、相談機能(相談室)を設置していますか。(平成18年10月1日現在)

1 ある	2 ない
------	------

【緩和医療】

6 貴病院において、チーム緩和医療(※)を実施していますか。(平成18年10月1日現在)

1 実施している	2 実施予定(平成 年 月)	3 実施していない
----------	----------------	-----------

(※) チーム緩和医療とは、医師、看護師、医療心理に携る者等を含めたチームにより行う緩和医療で診療報酬を請求しないものも含まれます。一般病棟におけるチーム医療の一部として緩和医療を提供できる体制を含みます。

7 緩和医療を実施している患者に対して貴病院の外来等においてフォロー(※)していますか。(平成18年10月1日現在)

1 フォローしている	2 フォローする予定(平成 年 月)	3 フォローしていない
------------	--------------------	-------------

(※) 外来等におけるフォローとは、対象患者が退院した後も、必要に応じて外来または往診で対応するなど、在宅における緩和医療が継続され得る環境が整っていること。

8 貴病院は緩和医療を行っている患者の身近な病院や診療所と連携して、緩和医療を実施していますか。(平成18年10月1日現在)

1 実施している	2 実施予定(平成 年 月)	3 実施していない
----------	----------------	-----------

【クリティカルパスの導入について】

9 貴病院では、がんに関してクリティカルパスを導入していますか。(平成18年10月1日現在)

1 導入済み(平成 年 月から)	2 導入予定(平成 年 月)	3 導入予定なし
------------------	----------------	----------

10 9で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院においてがんのクリティカルパスを使用したのべ患者数(平成17年10月1日~18年9月30日まで1年間の実績)について教えてください。

人
---

【地域連携クリティカルパス（※）の導入について】

11 貴病院では、がんに関して地域連携クリティカルパスを導入（又は参画）していますか。  
（平成 18 年 10 月 1 日現在）

1 導入済み（平成 年 月から）
2 導入予定（平成 年 月）
3 導入予定なし

（※） 地域連携クリティカルパスとは、地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画（急性期病院から回復病院を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するもの）をいいます。  
ここでは、地域連携クリティカルパスを用いた連携先が同一法人の別医療機関の場合も含めます。

12 11 で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院においてがんの地域連携クリティカルパスを使用したのべ患者数（平成 17 年 10 月 1 日～18 年 9 月 30 日まで 1 年間の実績）について教えてください。

人
---

13 11 で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院の地域連携クリティカルパスに参加している医療機関数（平成 18 年 10 月 1 日現在）について教えてください。

医療機関数	
うち病院	
うち診療所	

【がん登録】

14 貴病院では院内がん登録を実施していますか。（平成 18 年 10 月 1 日現在）

1 実施している	2 実施予定(平成 年 月)	3 実施していない
----------	----------------	-----------

【その他】

15 そのほか貴病院においてがん治療に関して、特に進んで取り組んでおられること、特徴的なことなどありましたら、ご記入ください。

（自由記述）
--------

## 医療機関医療機能アンケート調査票（脳卒中）

### 【脳卒中関係基本情報】

- 1 貴病院において、脳卒中及び脳梗塞が主たる病名であるのべ入院患者数（平成17年実績）を教えてください。

	平成17年
脳卒中の入院患者数	
うち脳梗塞の入院患者数	

- 2 脳卒中患者の平均在院日数（平成17年実績）を教えてください。

日(平成17年実績)	(注) 計算式は、病院報告と同様です。 $\text{平均在院日数} = \frac{\text{年間在院患者延べ数}}{(\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数}) \times 0.5}$
------------	---

※小数第1位まで記入してください。

- 3 SCU病床に入院したのべ患者数（平成17年実績）を教えてください。

人
---

### 【tPA（アルテプラゼ）による脳血栓溶解療法実績】

- 4 tPAによる脳血栓溶解療法を実施していますか。

1 はい	2 いいえ
------	-------

- 5 4で「1 はい」と答えた医療機関におうかがいします。tPAによる脳血栓溶解療法の実施した件数を教えてください。

	平成17年10月1日～平成18年9月30日
tPAによる脳血栓溶解療法の 実施した件数	

- 6 4で「2 いいえ」と答えた医療機関におうかがいします。貴病院は日本脳卒中学会が示すtPAによる脳血栓溶解療法の実施施設基準に合致し、症例があれば、直ちに実施できる体制を整備済みですか。

1 はい	2 いいえ
------	-------

日本脳卒中学会医療向上・社会保険委員会が提案するrt-PA 静注療法の施設基準は下記の条件を満たしたところです。

- 1 CT又はMRI検査が24時間実施可能であること
- 2 集中治療のため、十分な人員（日本脳卒中学会専門医などの急性期脳卒中に対する十分な知識と経験を持つ医師を中心とするストローク・チーム）及び設備（SCUまたはそれに準ずる設備）を有すること
- 3 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること
- 4 実施担当医が日本脳卒中学会の承認する本薬使用のための講習会を受講し、その証明を取得すること（ただし、発症24時間以内の急性期脳梗塞をたとえば年間50例程度の多数例を診療している施設の実施担当医については、本薬使用前の講習会の受講を必須とはしないが、できるだけ早期に受講することが望ましい）

【開頭術実施数】

7 開頭術の合計実施件数（平成17年実績）を教えてください。

手術名	全件数	うち時間外件数
開頭術の合計		

8 頭蓋内血腫除去術実施数（脳出血に開頭または穿頭で実施した血腫除去件数）（平成17年実績）を教えてください。

手術名	全件数	うち時間外件数
頭蓋内血腫除去術実施数		

9 くも膜下出血に対する手術の実施件数（平成17年実績）を教えてください。

手術名	全件数	うち時間外件数
脳動脈クリッピング術等 （流入血管クリッピング、 瘤被包術を含む）		
その他（シャント、ドレナ ージのみを除く）		

10 脳血管内手術実施数（平成17年実績）を教えてください。

件
---

（注） 脳動脈瘤や脳動静脈奇形等の脳血管異常に対して、血管内手術用カテーテルを用いて実施したもの（平成16年医科診療報酬点数表K178）

11 経皮的脳血管形成術実施数（平成17年実績）を教えてください。

件
---

（注） 経皮的脳血管形成術用カテーテルを用いて、頭蓋内の椎骨動脈又は内頸動脈の狭窄に対して、経皮的脳血管形成術を実施したもの（平成16年医科診療報酬点数表K178-2）

【回復期リハビリテーション病棟について】

12 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定できる病棟の病床数（平成18年10月1日現在）を教えてください。

床
---

13 回復期リハビリテーション病棟における年間入院のべ患者数（平成17年実績）を教えてください。

人
---

【クリティカルパスの導入について】

14 貴病院では脳卒中のクリティカルパスを導入していますか。

- |                  |
|------------------|
| 1 導入済み（平成 年 月から） |
| 2 導入予定（平成 年 月）   |
| 3 導入予定なし         |

15 14で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院において脳卒中のクリティカルパスを使用したのべ患者数（平成17年10月1日～18年9月30日まで1年間の実績）について教えてください。

人
---

【地域連携クリティカルパスの導入について】

16 貴病院では脳卒中の地域連携クリティカルパスを導入（又は参画）していますか。

1 導入済み（平成 年 月から）
2 導入予定（平成 年 月）
3 導入予定なし

(※) 地域連携クリティカルパスとは、地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画（急性期病院から回復病院を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するもの）をいいます。  
ここでは、地域連携クリティカルパスを用いた連携先が同一法人の別医療機関の場合も含めます。

17 16で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院において脳卒中の地域連携クリティカルパスを使用したのべ患者数（平成17年10月1日～18年9月30日まで1年間の実績）について教えてください。

人
---

18 16で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院の地域連携クリティカルパスに参加している医療機関数（平成18年10月1日現在）について教えてください。

医療機関数	
うち病院	
うち診療所	



## 医療機関医療機能アンケート調査票（急性心筋梗塞）

### 【急性心筋梗塞関係基本情報】

1 年間の急性心筋梗塞患者のべ入院患者数（平成17年実績）を教えてください。

人
---

2 急性心筋梗塞患者の平均在院日数（平成17年実績）を教えてください。

日
---

(注) 計算式は、病院報告と同様です。  

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{年間在院患者延べ数}}{(\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})} \times 0.5$$

※小数第1位まで記入してください。

### 【内科的治療の状況】

3 経皮的冠動脈形成術実施数（経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈血栓切除術、および経皮的冠動脈ステント留置術）（平成17年実績）を教えてください。

	全件数	うち時間外件数
経皮的冠動脈形成術実施数		

### 【外科的治療の状況】

4 開心術等の実施数（平成17年実績）を教えてください。

手術名	全件数	うち時間外件数
心大血管手術等の合計		
うち開心術		
うち冠動脈、大動脈移植バイパス術		
うち大血管手術		

### 【心臓リハビリテーション機能について】

5 平成16年医科診療報酬点数表で（H000）心疾患リハビリテーションを算定したのべ患者数（平成17年実績）を教えてください。

人
---

### 【クリティカルパスの導入について】

6 貴病院では急性心筋梗塞のクリティカルパスを導入していますか。

- 1 導入済み（平成 年 月から）
- 2 導入予定（平成 年 月）
- 3 導入予定なし

7 6で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院において急性心筋梗塞のクリティカルパスを使用したのべ患者数（平成17年10月1日～18年9月30日までの1年間）について教えてください。

人
---

【地域連携クリティカルパスの導入について】

8 貴病院では急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパスを導入（又は参画）していますか。

- |   |         |   |      |
|---|---------|---|------|
| 1 | 導入済み（平成 | 年 | 月から） |
| 2 | 導入予定（平成 | 年 | 月）   |
| 3 | 導入予定なし  |   |      |

(※) 地域連携クリティカルパスとは、地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画（急性期病院から回復病院を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するもの）をいいます。

ここでは、地域連携クリティカルパスを用いた連携先が同一法人の別医療機関の場合も含めます。

9 8で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院において急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパスを使用したのべ患者数（平成 17 年 10 月 1 日～18 年 9 月 30 日までの 1 年間）について教えてください。

人
---

10 8で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院の地域連携クリティカルパスに参加している医療機関数（平成 18 年 10 月 1 日現在）について教えてください。

医療機関数	
うち病院	
うち診療所	

## 医療機関医療機能アンケート調査票（糖尿病）

### 【糖尿基本情報】

- 1 糖尿病が主たる病名であるのべ入院患者数（平成 17 年実績）を教えてください。

人

- 2 貴病院には糖尿病患者の会がありますか。

1 あり

2 なし

### 【糖尿病専門外来】

- 3 貴病院には糖尿病専門外来がありますか。

1 あり

2 なし

- 4 3で「1 あり」と答えた医療機関におうかがいします。外来診察日(時間)を教えてください。

### 【他院からの生活指導引き受け実績】

- 5 他の医療機関から依頼を受けて実施した栄養食事指導実施件数（平成 17 年実績）について教えてください。

件

- 6 他の医療機関から依頼を受けて実施したインスリン導入件数（平成 17 年実績）について教えてください。

件

### 【教育入院機能について】

- 7 貴病院では、医師、看護師、管理栄養士等による栄養、運動、服薬指導などを目的とし、数日間以上の入院期間に応じた教育プログラムを設定した教育入院を実施していますか。（平成 18 年 10 月 1 日現在）

1 実施している

2 実施していない

- 8 教育入院の標準入院期間を教えてください。複数のコースがある場合、すべてのコースの入院期間を教えてください。（平成 18 年 10 月 1 日現在）

9 年間教育入院のべ患者数（平成17年実績）を教えてください。

人
---

【糖尿病性腎症の治療実績】

10 貴病院での糖尿病性腎症による年間血液透析患者数(平成17年実績)を教えてください。

人
---

11 そのうち、新規に血液透析を導入した患者数（平成17年実績）を教えてください。

人
---

【糖尿病性網膜症の治療実績】

12 糖尿病性網膜症に対して実施した網膜光凝固術の件数（平成17年実績）を教えてください。（なお、数日間隔で実施した一連のものは一例とします。）

件
---

13 糖尿病性網膜症に起因する硝子体出血等に対して実施した硝子体手術数(平成17年実績)を教えてください。

件
---

【クリティカルパスの導入について】

14 貴病院では糖尿病のクリティカルパスを導入していますか。

1 導入済み（平成 年 月から） 2 導入予定（平成 年 月） 3 導入予定なし
--

15 14で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院において糖尿病のクリティカルパスを使用した患者ののべ人数（平成17年10月1日～18年9月30日までの1年間）について教えてください。

人
---

【地域連携クリティカルパスの導入について】

16 貴病院では糖尿病の地域連携クリティカルパスを導入していますか。

1 導入済み（平成 年 月から）
2 導入予定（平成 年 月）
3 導入予定なし

(※) 地域連携クリティカルパスとは、地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画（急性期病院から回復病院を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するもの）をいいます。  
 ここでは、地域連携クリティカルパスを用いた連携先が同一法人の別医療機関の場合も含めます。

17 16 で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院において糖尿病の地域連携クリティカルパスを使用した患者ののべ人数（平成 17 年 10 月 1 日～18 年 9 月 30 日までの 1 年間）について教えてください。

人
---

18 16 で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院の地域連携クリティカルパスに参加している医療機関数（平成 18 年 10 月 1 日現在）について教えてください。

医療機関数	
うち病院	
うち診療所	

医療機関医療機能アンケート調査票（周産期医療）

産科・産婦人科を標榜している病院のみ記入してください。

【分娩件数】

1 37週未満の早期産件数（平成17年実績）を教えてください。

件
---

2 出生時の体重が2,500g未満の分娩件数（平成17年実績）を教えてください。

件
---

3 多胎児の分娩件数（平成17年実績）を教えてください。

件
---

【OGCS及びNMCSへの加盟状況】

4 貴病院はOGCSまたはNMCSへ加盟していますか。

1 OGCS及びNMCS両方に加盟している	2 OGCSに加盟している
3 NMCSに加盟している	4 両方とも加盟していない

5 4で「1 OGCS及びNMCS両方に加盟している」、「2 OGCSに加盟している」、「3 NMCSに加盟している」と答えた病院におうかがいします。

(1) 搬送を受け入れた件数（平成17年実績）を教えてください。

	OGCS	NMCS
搬送を受けた母体数		
搬送を受けた新生児数		

(2) 他病院へ搬送した件数（平成17年実績）を教えてください。

	OGCS	NMCS
他病院へ搬送した母体数		
他病院へ搬送した新生児数		

(3) 貴病院での周産期死亡数（平成17年1月～12月）を教えてください。

人
---

(4) 貴病院での妊産婦死亡数（平成17年1月～12月）を教えてください。

人
---

【産科オープンシステム（セミオープンシステム）の導入について】

6 産科オープンシステム（セミオープンシステム）を導入していますか。

1 導入済み（平成 年 月から）
2 導入予定（平成 年 月）
3 導入予定なし

産科オープンシステムとは、病院と診療所の連携により、妊婦健診は診療所で行い、分娩は病院で行うという形態をいいます。  
 なお、主治医権は診療所にあり、原則として診療所医師が分娩に立ち会うオープンシステムと主治医権は病院にあり、病院医師が入院後の治療方針を決定し分娩に立ち会うセミオープンシステムがあります。

7 6で「1 導入している」と答えた病院におうかがいします。産科で連携している医療機関数を教えてください。（平成 18 年 10 月 1 日現在）

医療機関数	
うち病院	
うち診療所	

8 産科オープンシステムを活用した分娩件数（平成 17 年実績）を教えてください。

オープンシステム（セミオープンシステム）を活用した件数	
-----------------------------	--

## 医療機関医療機能アンケート調査票（小児救急を含む小児医療）

小児科を標榜している病院のみ回答してください。

### 【小児科を標榜する病院の基本情報】

1 貴病院の小児科医師数（年齢別常勤、非常勤医師数、常勤換算数、新生児科担当とその他担当）を教えてください。（平成 18 年 10 月 1 日現在）

年齢	小児科 医師数	常勤・非常勤医数			そのうち 新生児科医師数	常勤・非常勤医数		
		常勤	人・非常勤	人		常勤	人・非常勤	人
20 歳代		常勤	人・非常勤	人		常勤	人・非常勤	人
30 歳代		常勤	人・非常勤	人		常勤	人・非常勤	人
40 歳代		常勤	人・非常勤	人		常勤	人・非常勤	人
50 歳代		常勤	人・非常勤	人		常勤	人・非常勤	人
60 歳代以上		常勤	人・非常勤	人		常勤	人・非常勤	人
合計		常勤	人・非常勤 (常勤換算 人)	人		常勤	人・非常勤 (常勤換算 人)	人

※ 常勤は週 40 時間勤務する医師とします。

非常勤は週 40 時間未満勤務する医師とします。（以下、同じです。）

常勤換算は非常勤を常勤に換算した場合の人数を記入します。

2 貴病院の小児科の年間入院のべ患者数（平成 17 年実績）を教えてください。

人

3 貴病院の小児科入院患者の平均在院日数（平成 17 年実績）を教えてください。

日

（注） 計算式は、病院報告と同様です。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{年間在院患者延べ数}}{(\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数}) \times 0.5}$$

※小数第 1 位まで記入してください。

### 【母子医療給付について】

4 貴病院での育成医療給付の取り扱い件数（平成 17 年実績）を教えてください。

件

5 貴病院での小児慢性特定疾患児の医療給付取り扱い件数(平成 17 年実績)を教えてください。

件

6 貴病院での未熟児養育医療の取り扱い件数（平成 17 年実績）を教えてください。

件

7 貴病院での結核児童療育給付の取り扱い件数（平成 17 年実績）を教えてください。

件



【小児救急患者の受け入れ】

8 小児救急患者の時間外受入ののべ患者数（平成 17 年実績）を教えてください。

人
---

9 時間外に受入れた小児救急患者のうちのべ入院患者数(平成 17 年実績)を教えてください。

人
---

10 時間外に受け入れた小児救急患者のうち、高次医療機関等に搬送したのべ救急患者数（平成 17 年実績）を教えてください。

人
---

【クリティカルパスの導入について】

11 貴病院では小児医療に関してクリティカルパスを導入していますか。

1 導入済み（平成 年 月から）
2 導入予定（平成 年 月）
3 導入予定なし

12 貴病院で小児医療におけるクリティカルパスを活用している対象疾患を教えてください。


13 11 で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院においてクリティカルパスを使用した患者ののべ人数(平成 17 年 10 月 1 日～18 年 9 月 30 日までの 1 年間の実績)について教えてください。

人
---

【地域連携クリティカルパスの導入について】

14 貴病院では小児医療に関して地域連携クリティカルパスを導入していますか。

1 導入済み（平成 年 月から）
2 導入予定（平成 年 月）
3 導入予定なし

(※) 地域連携クリティカルパスとは、地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画（急性期病院から回復病院を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するもの）をいいます。

ここでは、地域連携クリティカルパスを用いた連携先が同一法人の別医療機関の場合も含めます。

15 貴病院で小児医療における地域連携クリティカルパスを活用している対象疾患を教えてください。


16 14 で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院において地域連携クリティカルパスを使用した患者ののべ人数（平成 17 年 10 月 1 日～18 年 9 月 30 日までの 1 年間の実績）について教えてください。

	人
--	---

17 14 で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院の地域連携クリティカルパスに参加している医療機関数（平成 18 年 10 月 1 日現在）について教えてください。

医療機関数	
うち病院	
うち診療所	

**医療機関医療機能アンケート調査票（救急医療）**

【救急告示病院（2次救急）】

救急告示病院（2次救急）のみお答えください。

- 1 貴病院における救急車の受け入れ実績を教えてください。  
（平成17年における時間内・外の受入数合計）

時間内	時間外	計
台	台	台

- 2 貴病院における時間外に受け入れたのべ患者数（平成17年実績）を教えてください。

人

- 3 そのうち、貴病院に入院したのべ入院患者数（平成17年実績）を教えてください。

人

- 4 そのうち、高次の医療機関（3次の救命救急センター）へ転送したのべ患者数（平成17年実績）を教えてください。

人

【救急医療体制について】

- 5 貴病院では救急医療専門の部門がありますか。

1 ある（部門の名称：            ）            2 ない

- 6 5で「1 ある」と答えた病院におうかがいします。貴病院で常勤の救急医療部門の専従医はおられますか。

1 いる（    人）            2 いない

- 7 救急医療専用病床がありますか。

1 ある（    床）            2 ない

※ ここでは、救急優先の病床は除きます。

## 医療機関医療機能アンケート調査票（災害医療）

### 【病院の耐震化について】

1 貴病院は新耐震基準（※）を満たしていますか。（平成 18 年 10 月 1 日現在）

- 1 満たしている
- 2 満たす予定（平成 年 月）
- 3 満たす予定がたたない

（※）ここでは、新耐震基準を満たす病院数とし、建物の一部が新耐震基準を満たす場合を含みます。新耐震基準とは、現行の建築基準法に定められた基準で、昭和 56 年に改正され導入されたものです。この新耐震基準の考え方は、中規模の地震（震度 5 強程度）に対しては、ほとんど損傷を生じず、極めて稀にしか発生しない大規模の地震（震度 6 強から震度 7 程度）に対しては、人命に危害を及ぼすような倒壊等の被害を生じないことを目標としたものとなっています。

### 【災害マニュアルについて】

2 貴病院では災害マニュアル（※）を策定していますか。

- 1 策定済み
- 2 策定予定（平成 年 月）
- 3 策定の予定はない

（※）以下の 4 点の内容を盛り込んだものを災害マニュアルとします。

- ①ライフラインの確保方策、医薬品等の備蓄等の方策など防災体制に関する事項
- ②緊急時の職員の確保・連絡網の確立、情報の収集（自病院内と自病院外）及び情報の発信（自病院の状況）など災害時の応急対応策に関する事項
- ③自病院内の既入院患者への対応策に関する事項
- ④病院に患者を受け入れる場合の対応策に関する事項

### 【災害訓練について】

3 災害拠点病院の災害訓練に参加（見学）したことはありますか。

- 1 2回以上参加したことがある
- 2 1回参加したことがある。
- 3 参加していない

4 基幹災害医療センター（府立急性期・総合医療センター）で行われている災害医療研修に参加したことがありますか。

- 1 2回以上参加したことがある
- 2 1回参加したことがある。
- 3 参加していない

5 貴病院では災害訓練を実施していますか。(消防法第8条の防火訓練は除く)

- |                  |
|------------------|
| 1 毎年実施している(年 回)  |
| 2 2~3年に1回実施している。 |
| 3 実施していない        |

6 医療材料・薬剤備蓄はありますか。

- |           |      |
|-----------|------|
| 1 ある( 日分) | 2 ない |
|-----------|------|

7 自家発電装置はありますか。

- |            |      |
|------------|------|
| 1 ある( 時間分) | 2 ない |
|------------|------|