

東三河地域の病院機能に関するアンケート（救急機能）

お手数をおかけしますが、以下の項目にご回答いただきますようご協力をお願いします。ご回答いただいた内容は、令和7年度東三河医療圏合同会議で使用します(詳細は最後の設問をご覧ください)。なお、設問は最大で19問ありますが、貴院のご回答内容によって変動します。連絡先:愛知県医療計画課医療計画グループ 成田 (tel:052-954-6265)

* 必須

1. 病院名ならびに回答者のご所属・お名前・連絡先を教えてください。*

2. 貴院は救急車を受け入れていますか？ *

- ☐ 可
- ☐ 不可
- ☐ その他

3. 昨年度の救急車受け入れ実績を教えてください。*

4. 貴院の救急車の受け入れに関する余力について、差し支えなければ教えてください。

	現状よりも受入を増やしたい	現状と同程度の受入であれば持続できる	現状の受入状況では余力がなく、受入れを減らしたい	救急車の受入れをやめたい
救急車の受け入れについて	☐	☐	☐	☐

5. 上の質問で、「余力がない」または「受け入れをやめたい」と回答した場合、その要因について、差し支えなければ教えてください。

6. 救急車を受け入れている時間帯について教えてください。平日・休日・夜間等で受け入れに違いがあれば、特に教えてください。*

7. 貴院が対応可能な救急患者は、どのような患者ですか？特に患者の主訴・症候等に目してご記載ください。*

8. 貴院において対応不可の救急患者があれば、差し支えなければこちらも患者の主訴・症候等に目してご記載ください。

9. ドクターカー（※ここでは医師等が同乗し現場で初期治療を行うものを指す）を運用していますか？ *

- ☐ 運用中
- ☐ 運用予定
- ☐ 運用なし

10. 上記でドクターカーを運用中、または運用予定の場合にご回答ください。どのような患者を対象に、どのような運用をされていますか？また、保有台数についても教えてください。

11. 貴院は患者搬送車を運用していますか？ *

- ☐ 運用中
- ☐ 運用予定
- ☐ 運用なし

12. 上記で患者搬送車を運用中、または運用予定の場合にご回答ください。どのような患者を対象に、どのような運用をされていますか？また、保有台数についても教えてください。

13. より高次の医療機関からの患者の転院を受けることはありますか？ *

- ☐ ある
- ☐ ない
- ☐ その他

14. どの病院からの転院を受けることが多いですか？（複数の病院からの転院を受けている場合は、その上位3施設を教えてください。） *

15. これらの患者はどういった（医学・身体的な）状況の方が多いですか？ *

16. 高次医療機関からの患者の転院を受け入れるにあたり、患者状態等について条件があれば、教えてください。

17. 高次医療機関から患者の転送を行う際に、高次医療機関側が行うべき事務手続きについて教えてください。また、貴院内での窓口について教えてください。

18. 貴院の築年数について、詳しく教えてください。 *

19. ここまでの御回答ありがとうございました。ご回答いただいた内容は、令和7年度東三河医療圏合同会議で使用するほか、医療資源のより効率的な活用に役立てるため、様々な医療機関が閲覧できるよう愛知県保健医療局医療計画課のホームページに会議資料として掲載したいと考えていますが、そのように取り扱ってよろしいでしょうか。仮に非公開を希望される場合は、具体的な回答内容を匿名化し、統計解析のためのデータの一つとして活用します（※解析の結果は上記会議の資料として活用します）。また、一部のみ非公開としたい等の場合は、「その他」を選択していただき、該当部分についてご記入ください。*

- ☐ ア承する
- ☐ 非公開を希望する
- ☐ その他

このコンテンツは Microsoft によって作成または承認されたものではありません。送信したデータはフォームの所有者に送信されます。



東三河地域の病院機能に関するアンケート（回復期リハ&地域包括ケア）

お手数をおかけしますが、以下の項目にご回答いただきますようご協力をお願いします。ご回答いただいた内容は、令和7年度東三河医療圏合同会議で使用します(詳細は最後の設問をご覧ください)。なお、設問は最大で22問ありますが、貴院のご回答内容によって変動します。連絡先:愛知県医療計画課医療計画グループ 成田 (tel:052-954-6265)

* 必須

1. 病院名ならびに回答者のご所属・お名前・連絡先を教えてください。*

2. 貴院における専門職の人数（常勤数ならびに常勤換算数）を教えてください。特に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、リハビリテーション科の医師についてご記載ください。また、その他にリハビリに対応している職種がある場合は、その職種と人数も、併せて教えてください。*

3. 貴院における、回復期リハ病床と地域包括ケア病床のおおよその病床数をそれぞれ教えてください。*

	0	1～9	10～29	30～49	50～79	80～99	100以上
回復期リハビリテーション病床	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
地域包括ケア病床	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. 貴院における回復期リハ病床と地域包括ケア病床の昨年度の年平均のおおよその稼働率をそれぞれ教えてください。（保有していない種別では0を選択してください）。*

	0	1～2割	3～4割	5～6割	7～8割	9割以上
回復期リハビリテーション病床	☐	☐	☐	☐	☐	☐
地域包括ケア病床	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. 貴院の回復期リハ病床に入院している、または入院可能な患者の医学・身体的な状況を教えてください。回復期リハ病床を保有していない場合は回答不要です。

6. 貴院の地域包括ケア病床への入院対象となる患者状況を選択してください（複数選択可）。地域包括ケア病床を保有していない場合は回答不要です。

- ☐急性期治療は終わったが、自宅への復帰のため引き続き経過観察や治療が必要な患者
- ☐自宅への復帰や社会復帰にむけて、リハビリテーション加療が必要な患者
- ☐自宅や施設で生活中に体調不良を認め、集中治療の必要はないが入院治療が必要な患者
- ☐レスパイトが必要な患者
- ☐その他

7. 貴院の地域包括ケア病床に転院・入院するあたり、患者状態等について条件があれば、教えてください。

8. 貴院における回復期リハ病床と地域包括ケア病床の余力を、差し支えなければそれぞれ教えてください。

	現状以上に受け入れたい	現状と同程度であれば持続可能	現状では余力がなく、受入数を減らしたい
回復期リハ病床	☐	☐	☐
地域包括ケア病床	☐	☐	☐

9. 上の質問で、「余力がない」と回答した場合、その要因について、差し支えなければ教えてください。

10. 貴院において対応可能なリハビリの領域、疾患等を教えてください（ここでは利用する病床の種別は問いません）。*

11. 貴院では対応困難なリハビリの領域、疾患等を、差し支えなければ教えてください（ここでは利用する病床の種別は問いません）。

12. より高次の医療機関からの患者の転院を受けることはありますか？（ここでは利用する病床の種別を問いません） *

- ☐ ある
- ☐ ない
- ☐ その他

13. どちらの施設からの転院を受け入れることが多いですか？差し支えなければ教えてください。

14. 高次医療機関からの患者の転院を受け入れるにあたり、患者状態等について条件があれば、教えてください（ここでは利用する病床の種別を問いません）。

15. 高次医療機関から患者の転院を行う際に、高次医療機関側が行うべき事務手続きについて教えてください。また、貴院内での窓口について教えてください。*

16. この際に主治医意見書は必要ですか？ *

17. 高次医療機関から患者の転院を行う際の、申し込み完了から実際に転院が完了するまで、どの程度時間が必要ですか？ *

18. 高次医療機関からの患者の転院を受け入れる際の患者の移動手段について、よくあるケース、対応可能な方法などを、差し支えなければ教えてください。

19. 貴院の築年数について、詳しく教えてください。*

20. 高齢者施設等との連携状況について、連携または頻繁に関りがある施設の区分を教えてください（複数回答可、多数ある場合は上位 3 施設が該当する区分についてご回答ください。）

- ☐ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
- ☐ 介護老人保健施設（老健）
- ☐ 介護療養型医療施設
- ☐ サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）
- ☐ 有料老人ホーム
- ☐ 養護老人ホーム
- ☐ 軽費老人ホーム（ケアハウス）
- ☐ 認知症高齢者グループホーム
- ☐ 介護医療院
- ☐ 老人デイサービスセンター
- ☐ 老人介護支援センター
- ☐ 老人福祉センター
- ☐ その他

21. 上でご回答いただいた施設について、その施設名称を、差し支えなければ教えてください（多数ある場合は上位 3 施設について教えてください）。

22. ここまでの御回答ありがとうございました。ご回答いただいた内容は、令和7年度東三河医療圏合同会議で使用するほか、医療資源のより効率的な活用に役立てるため、様々な医療機関が閲覧できるよう愛知県保健医療局医療計画課のホームページに会議資料として掲載したいと考えていますが、そのように取り扱ってよろしいでしょうか。仮に非公開を希望される場合は、具体的な回答内容を匿名化し、統計解析のためのデータのの一つとして活用します（※解析の結果は上記会議の資料として活用します）。また、一部の非公開としたい等の場合は、「その他」を選択していただき、該当部分についてご記入ください。*

- ☐ 了承する
- ☐ 非公開を希望する
- ☐ その他