

岡山県 G-MIS年次調査 報告マニュアル【病院】

【病床確保・発熱外来・後方支援】※1 報告目

日次調査
2024年度 _____ 年次調査 _____

印刷用に表示

| 提出日 | 実績日 | 医療機関名 | 医療機関コード |
|-----|-----|-------|---------|
|-----|-----|-------|---------|

都道府県と貴施設にて協議・締結している医療措置協定に基づいて回答してください。協定の内容を変更する場合は、所在する都道府県と必ず事前に協議を行ってください。

【回答方法】
各項目の右側にある / マークのいずれかを押下すると編集画面に変わりますので
そちらからご回答ください。

10月1日時点の医療措置協定締結内容が反映されています。
今回の報告については、赤枠で囲みである項目のみご回答をお願いします。

[A]基本情報 ※◇の項目は左列の値の変更が必要な場合のみ入力してください。協定の内容を変更する場合は、所在する都道府県と必ず事前に協議を行ってください。

| | |
|--|--|
| A001_協定締結医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> | ◇A001_協定締結医療機関 <input type="checkbox"/> |
| A002_協定締結日 | ◇A002_協定締結日 |
| A003_協定解除日 | ◇A003_協定解除日 |
| A004_特定感染症指定医療機関としての感染症病床数 | ◇A004_特定感染症指定医療機関としての感染症病床数 |
| A005_第一種感染症指定医療機関としての感染症病床数 | ◇A005_第一種感染症指定医療機関としての感染症病床数 |
| A006_第二種感染症指定医療機関としての感染症病床数 | ◇A006_第二種感染症指定医療機関としての感染症病床数 |
| A007_流行初期確保措置付き医療機関（病床確保） <input checked="" type="checkbox"/> | ◇A007_流行初期確保措置付き医療機関（病床確保） <input type="checkbox"/> |
| A008_流行初期確保措置付き医療機関（発熱外来） <input checked="" type="checkbox"/> | ◇A008_流行初期確保措置付き医療機関（発熱外来） <input type="checkbox"/> |
| A009_病床確保に対応する医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> | ◇A009_病床確保に対応する医療機関 <input type="checkbox"/> |
| A010_発熱外来に対応する医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> | ◇A010_発熱外来に対応する医療機関 <input type="checkbox"/> |
| A011_自宅療養者等への医療の提供に対応する医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> | ◇A011_自宅療養者等への医療の提供に対応する医療機関 <input type="checkbox"/> |
| A012_後方支援に対応する医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> | ◇A012_後方支援に対応する医療機関 <input type="checkbox"/> |
| A013_医療人材派遣に対応する医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> | ◇A013_医療人材派遣に対応する医療機関 <input type="checkbox"/> |
| A014_特記事項 | ◇A014_特記事項 |

[B]病床確保-流行初期 ※◇の項目は左列の値の変更が必要な場合のみ入力してください。協定の内容を変更する際は、所在の都道府県と事前に協議を行ってください。

| | |
|---------------------------|--|
| B001_確保病床数 | ◇B001_確保病床数 |
| B002_確保病床数（うち重症者用） | B003_確保病床数（うち重症者用）うちECMO管理可能な病床数 |
| B005_確保病床数（うち精神疾患を有する患者用） | B004_確保病床数（うち重症者用）うち人工呼吸器(※)管理可能な病床数 ① |
| B006_確保病床数（うち妊産婦用） | |
| B007_確保病床数（うち小児用） | |
| B008_確保病床数（うち透析患者用） | |

[B]病床確保-流行初期経過後 ※◇の項目は左列の値の変更が必要な場合のみ入力してください。協定内容を変更の際は所在の都道府県と必ず事前に協議してください。

| | |
|---------------------------|---|
| B009_確保病床数 | ◇B009_確保病床数 |
| B010_確保病床数（うち重症者用） | B011_確保病床数（うち重症者用）うちECMO管理が可能な病床数 |
| | B012_確保病床数（うち重症者用）うち人工呼吸器(※)管理が可能な病床数 ① |
| B013_確保病床数（うち精神疾患を有する患者用） | |
| B014_確保病床数（うち妊産婦用） | |
| B015_確保病床数（うち小児用） | |
| B016_確保病床数（うち透析患者用） | |
| B110_（特記事項） | |
| B111_予備01 | |

[C]発熱外来-流行初期 ※◇の項目は左列の値の変更が必要な場合のみ入力してください。協定内容を変更の際は所在の都道府県と必ず事前に協議してください。

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| C001_対応可能な診療数（人/日） | ◇C001_対応可能な診療数（人/日） |
| C002_診療について、かかりつけ患者に限った対応か | |
| C003_診療について、小児患者の対応が可能か | |
| C004_対応可能な検査（核酸検出検査）の実施能力（件/日） | ◇C004_対応可能な検査（核酸検出検査）の実施能力（件/日） |

[C]発熱外来-流行初期経過後 ※◇の項目は左列の値の変更が必要な場合のみ入力してください。協定内容を変更の際は所在の都道府県と必ず事前に協議してください。

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| C005_対応可能な診療数（人/日） | ◇C005_対応可能な診療数（人/日） |
| C006_診療について、かかりつけ患者に限った対応か | |
| C007_診療について、小児患者の対応が可能か | |
| C008_対応可能な検査（核酸検出検査）の実施能力（件/日） | ◇C008_対応可能な検査（核酸検出検査）の実施能力（件/日） |
| C110_（特記事項） | |
| C111_予備01 | |

[E]後方支援-流行初期 ※◇の項目は左列の値の変更が必要な場合のみ入力してください。協定の内容を変更する際は、所在の都道府県と事前に協議を行ってください。

| | |
|--------------------------|---------------------|
| E001_後方支援(※)が可能か ① | ◇E001_後方支援(※)が可能か ① |
| E002_うち精神疾患を有する患者の受入が可能か | |
| E003_うち妊産婦の患者の受入が可能か | |
| E004_うち小児の患者の受入が可能か | |
| E005_うち透析患者の受入が可能か | |

[E]後方支援-流行初期経過後 ※◇の項目は左列の値の変更が必要な場合のみ入力してください。協定内容を変更する際は、所在の都道府県と事前に協議してください。

E006_後方支援(※)が可能か ●

◇E006_後方支援(※)が可能か ●

E007_うち精神疾患を有する患者の受入が可能か

E008_うち妊産婦の患者の受入が可能か

E009_うち

E010_うち

E110_(特)

E111_予備

・【I001】 【I002】 【I003】 ※重症者の確保病床を有する医療機関のみ
重症者用の確保病床に係る医療措置協定を締結した医療機関において、3年以上集中治療（特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、救命救急入院料等を算定する病棟での勤務等）の経験を有する医師・看護師(准看護師は含まない)・臨床工学技士の数を記入してください。
※非常勤の場合の常勤換算の算定式は以下の通りです。
(非常勤労働者の1か月の実労働時間÷当該医療機関の常勤職員の所定労働時間)
なお、小数点が生じた場合は小数点以下四捨五入のうえ、整数で記載ください。

[I]その他

I001_医療機関(※)における、3年以上集中治療の経験を有する医師の数 ●

I002_医療機関(※)における、3年以上集中治療の経験を有する看護師の数 ●

I003_医療機関(※)における、3年以上集中治療の経験を有する臨床工学技士の数 ●

I004_人工呼吸器(※)の台数 ●

I005_人工呼吸器(※)の台数（うち重症者用病床に使用可能な台数） ●

I007_ECMOの台数

I110_(特記事項)

I111_予備0

I112_予備02

※半角整数でご入力ください。

・【I004】 一般的名称が汎用人工呼吸器又は成人用人工呼吸器であるもののうち、重症肺炎患者に使用可能なもので、気管挿管に対応可能なもの（リース等を含む）の台数をご回答ください。

・【I005】 I004のうち、重症者用病床に使用可能な台数をご回答ください。

・【I007】 院内の体外式膜型人工肺（ECMO）の台数（リース等を含む）をご回答ください。

【自宅療養者等医療提供・人材派遣・個人防護具備蓄】 ※2報告目

過次調査
2024年度 年次調査

印刷用に表示

記入日 医療機関名 医療機関コード 回答状況

都道府県と貴施設にて協議・締結している医療措置協定に基づいて回答してください。協定の内容を変更する場合は、所在する都道府県と必ず事前に協議を行ってください。

【回答方法】

各項目の右側にある / マークのいずれかを押下すると編集画面に変わりますので
そちらからご回答ください。

[D]自宅療養者への医療の提供

D001_オンライン診療・服薬指導が可能な設備を有するか

D006_かかりつけ患者に限った対応か

D110_(特記事項)

D111_予備01

[F]医療人材派遣（医師） ※◇の項目は左列の値の変更が必要な場合のみ入力してください。協定内容を変更の際は所在の都道府県と必ず事前に協議してください。

F001_派遣可能な人数（医師）

◇F001_派遣可能な人数（医師）

F002_うちDMATの人数（医師）

F003_うちDPATの人数（医師）

F004_うち感染制御管理が可能なチームに所属している人数（医師）

F005_うち県外派遣可能な人数（医師）

[F]医療人材派遣（看護師） ※◇の項目は左列の値の変更が必要な場合のみ入力してください。協定内容を変更の際は所在の都道府県と必ず事前に協議してください。

F006_派遣可能な人数（看護師）

◇F006_派遣可能な人数（看護師）

F007_うちDMATの人数（看護師）

F008_うちDPATの人数（看護師）

F009_うち災害支援ナースの人数（看護師）

F010_うち感染制御管理が可能なチームに所属している人数（看護師）

F011_うち県外派遣可能な人数（看護師）

[F]医療人材派遣（医師・看護師以外） ※◇の項目は左列の値の変更が必要な場合のみ入力してください。協定内容を変更の際は所在の都道府県と事前に協議してください

F012_派遣可能な人数（医師・看護師以外）

◇F012_派遣可能な人数（医師・看護師以外）

F013_うちDMATの人数（医師・看護師以外）

F014_うちDPATの人数（医師・看護師以外）

F015_うち感染制御管理が可能なチームに所属している人数（医師・看護師以外）

F016_うち県外派遣可能な人数（医師・看護師以外）

F110_（特記事項）

F111_予備01

[G]個人防護具の備蓄状況

G001_【医療用（サージカル）マスク】協定に基づく備蓄量（か月分）

G002_【医療用（サージカル）マスク】協定に基づく備蓄量（枚）

G003_【医療用（サージカル）マスク】調査時点での備蓄量（枚）

G004_【N95マスク※】協定に基づく備蓄量（か月分） ①

G005_【N95マスク※】協定に基づく備蓄量（枚） ①

G006_【N95マスク※】調査時点での備蓄量（枚） ①

G007_【アイソレーションガウン※】協定に基づく備蓄量（か月分） ①

G008_【アイソレーションガウン※】協定に基づく備蓄量（枚） ①

G009_【アイソレーションガウン※】の調査時点での備蓄量（枚） ①

G010_【フェイスシールド※】協定に基づく備蓄量（か月分） ①

G011_【フェイスシールド※】協定に基づく備蓄量（枚） ①

G012_【フェイスシールド※】調査時点での備蓄量（枚） ①

※半角整数でご入力ください。

協定内容の有無、枚数に関わらず12月15日時点での備蓄量(枚)をご回答ください。
※100枚単位、1,000枚単位等で記載いただいて構いません。

G013_【非滅菌手袋】協定に基づく備蓄量（か月分）

G014_【非滅菌手袋】協定に基づく備蓄量（枚）

G015_【非滅菌手袋】調査時点での備蓄量（枚）
1,000

G100_（特記事項）

G101_予備01

[H]その他

H001_年1回以上、自機関の医療従事者に対して、研修又は訓練(*)を実施したか

H002_院内感染対策に関する地域のネットワークに参加しているか

H110_（特記事項）

H111_予備01

医療従事者等について、自院で実施する、あるいは、都道府県等の自治体を含む外部の機関が実施する研修や訓練に参加させている場合、「はい」でご回答ください。
(参加させていない場合は空欄に