**災害時における透析医療提供体制に係る調査票**

大阪府健康医療部

**【調査について】**

|  |  |
| --- | --- |
| 調査目的 | この調査は、大阪府の災害時における人工透析医療の提供体制の把握を行うことを目的に大阪府・（一社）大阪透析医会・（一社）大阪府臨床工学技士会が実施するものです。 |
| 回答方法 | ◆**令和３年６月１日現在**の状況について、以下の１及び２の各設問にお答えください。 |
| 提出方法 | ◆本調査票にご記入いただきましたら、お手数ですが、令和３年７月２６日（月）までに、  下記あてＦＡＸまたは電子メールにてご返信いただきますようお願いします。  ◆本府ホームページ【人工透析を受けられている皆さま　≪災害に備えましょう！≫】の「透析医療機関のみなさまへ」（右のＱＲコード又は  <https://www.pref.osaka.lg.jp/chikikansen/touseki-saigai/index.html>）  に本調査の回答様式を掲載しております。 |
| 情報等の取扱いについて | ◆本調査において収集した情報は、大阪府において厳重に管理します。  ◆本調査において収集した情報は、大阪府及び厚生労働省における災害時における透析医療提供体制の検討を行う目的以外には使用しません。  ◆本調査において収集した情報は、取りまとめの上、施設名が分からない形式で公表することがあります。また、貴院の承諾なく、個別の内容が公表されることはありません。 |
| 本調査の  問合せ先 | 大阪府健康医療部保健医療室地域保健課　疾病対策・援護グループ  〒540-8570　大阪市中央区大手前２丁目１－２２  電話：06-6944-6697（直通）　FAX：06-6941-6606  Ｅメールアドレス：chiikihoken-g01@gbox.pref.osaka.lg.jp |

**１　基本情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | |
| (代表者名) |  | | |
| 所在地 | (〒　　　　　－　　　　　　) | | |
| 調査票  記入者  ご連絡先 | (お名前) | | |
| (所属部署) | (職種) | (役職名) |
| (電話番号) | (ファックス番号) | |
| (メールアドレス) | | |
| 災害時  担当者  ご連絡先 | (お名前) | | |
| (所属部署) | (職種) | (役職名) |
| (電話番号) | (ファックス番号) | |
| (メールアドレス) | | |

**２　透析施設の状況**該当する番号に○印を、（　　）内に適当な数字又は語句を記載して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| Ｑ１．  貴施設が行っている透析医療の種別についてお答えください。 | １．血液透析　　２．腹膜透析　　３．両方（血液透析、腹膜透析）  　４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| Ｑ２．  貴施設における透析可能患者数について記載してください。 | 同時透析可能数：　　　人（内、個室透析可能数　　　人）  通常クール数：  月・水・金（　　　）クール　火・木・土（　　　）クール  日曜日も透析可能な場合（　　　）クール |
| Ｑ３．  貴施設における、災害時の非常水源の有無についてお答えください。 | １．なし　　　２．あり　　　３．整備予定（　　　月頃）  ※２．３とお答えいただいた施設のみ  非常水源の種類：１．井戸水 　２．その他（　　　　　　　） |
| Ｑ４．  貴施設には、貯水槽がありますか。 | 1. なし 2. あり　⇒　 貯水量（　　　　　　ｔ）   設置場所（　　　　　　　　　　　　）   1. 整備予定（　　　　　月頃） |
| Ｑ５．  貴施設の、透析に使用できる非常用電源装置の有無についてお答えください。 | １．なし　　　２．あり　　　３．整備予定（　　　月頃）  ※２．３とお答えいただいた施設のみ  非常用電源にて対応可能な日数：　　　　日（通常クールにて） |
| Ｑ６．  貴施設には、患者搬送車両がありますか。 | １．なし　　　２．あり  ※２とお答えいただいた施設のみ  台数：　　　台　　　総乗車人数：　　　人 |
| Ｑ７．  実際の災害時または平時の訓練で、日本透析医会の「災害時情報ネットワーク」の施設情報入力を行ったことはありますか。 | １．ある　　　２．ない  　※大阪府では災害時「日本透析医会　災害時情報ネットワーク」  （<https://www.saigai-touseki.net/>）により情報収集しております。詳細については、別添をご確認のうえご協力よろしくお願いします。 |
| Ｑ８．【**病院のみ】**  貴施設は、EMIS※に登録することが可能ですか。 | １．可能　　２．不可能　　３．既に登録済 |

※ＥＭＩＳ（Emergency Medical Information System広域災害救急医療情報システム：<https://www.wds.emis.go.jp/>）

災害時に被災した都道府県を越えて医療機関の稼動状況など災害医療に関わる情報を共有し、被災地域での迅速且つ適　　切な医療・救護に関わる各種情報を集約・提供することを目的としたシステム。

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。