

貴施設の概要について、A～Gの各欄にご記入ください。

A. 病 院 名： _____

B. 病院所在地の都道府県名： _____ 都・道・府・県

C. ご連絡先電話番号： _____

D. 回答者のお名前・職名： お名前 _____ 職名 _____

E. 許可病床数： 総数 _____ 床

内訳	一般	療養	精神	結核	感染症
	床	床	床	床	床

F. 開 設 者： 1. 国（厚生労働省）
 （当てはまるものに○） 2. 国（その他 独立行政法人国立病院機構、国立大学法人を含む）
 3. 都道府県 4. 市町村 5. その他の公的医療機関
 6. 社会保険団体 7. 公益法人 8. 医療法人
 9. 学校法人並びにその他の法人 10. 会社
 11. 個人 12. 医育機関（大学附属病院）（再掲）

G. 災害医療拠点病院の指定： 1. 基幹災害拠点病院 2. 地域災害拠点病院
 （当てはまるものに○） 3. 指定なし

H. 貴施設は、地震防災対策特別措置法第2条に基づき、都道府県知事が作成した五箇年計画に定められた地震防災上緊急に整備すべき医療施設に該当しますか：
 （いずれかに○、1. はい に該当する場合は指定年月日（西暦）をご記入ください）

1. は い〔指定年月日（西暦）： _____ 年 _____ 月 _____ 日〕 2. いいえ

I. 貴施設は、大規模地震対策特別措置法に基づく地震防災対策強化地域に指定された地域内に所在し、かつ、へき地医療、救急医療等を担う公的医療機関に該当しますか：
 （いずれかに○、1. はい に該当する場合は指定年月日（西暦）をご記入ください）

1. は い〔指定年月日（西暦）： _____ 年 _____ 月 _____ 日〕 2. いいえ

【建物の構造的耐震性について】

Q1 患者が利用する主な建物の中で、新耐震基準（1981年（昭和56年））で建設された建物の有無について、該当するものに○を付けてください（1または2に該当する場合はQ1-1にもご回答ください）

1. すべての建物が新耐震基準である 2. 一部の建物が新耐震基準である
3. 新耐震基準の建物はない 4. 不明

Q1-1 新耐震基準で建設された建物の用途（機能）についてお教えてください（複数回答可）

1. 診療棟 2. 病棟 3. サービス棟 4. その他

Q2 （建物の建設年に関わらず）これまでに耐震診断を受けたことがある（1. はい の場合は診断を受けた年（西暦）を記入し、さらにQ2-1にもご回答ください）..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

〔診断を受けた年（西暦） _____ 年〕

Q2-1 耐震診断の結果、耐震補強が必要と診断されたものがある

（1. はい の場合は次のQ2-2にもご回答ください）..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

Q2-2 耐震補強が必要と診断されたすべての建物について、耐震補強工事を完了している

（2. いいえ の場合は次のQ2-3にもご回答ください）..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

Q2-3 耐震補強が必要と診断された建物に対して補強工事を行っていない（または実施できない）理由について、該当するものに○を付けてください（複数回答可）

1. 現在工事中である 2. 建て替え計画がある 3. 費用調達が困難
4. 診療業務との両立が困難 5. その他〔 _____ 〕

【防災計画の策定について】

Q3 地震を想定した防災マニュアルを策定している..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

Q4 地震発生直後の施設管理マニュアル（建築設備関係）を策定している

..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

Q5 ライフライン（水・電気・ガス等）の停止を想定した防災訓練を行っている

..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

Q6 地震時に多数の被災者が発生した場合に、災害医療を行う場所（トリアージ、治療、遺体安置等のための場所）を定めている..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

Q7 市区町村や関連団体の緊急連絡先を掲示板等に明示している..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

Q8 他の医療機関との間で災害時の連携・応援体制を策定している.... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

【備蓄・必要物資の確保について】

- Q9 飲料水、食料の備蓄計画を策定している（1. はい の場合はQ9-1～2にもご回答ください）
 1. はい 2. いいえ 3. 不明
- Q9-1 備蓄している飲料水、食料の賞味期限を定期的に確認している
 1. はい 2. いいえ 3. 不明
- Q9-2 飲料水、食料の備蓄量についてお教えてください
 1. 半日分 2. 1日分 3. 2日以上 4. 不明
- Q10 非常時に備えた医薬品の備蓄計画を策定している（1. はい の場合はQ10-1～2にもご回答ください）
 1. はい 2. いいえ 3. 不明
- Q10-1 備蓄している医薬品の使用期限を定期的に確認している
 1. はい 2. いいえ 3. 不明
- Q10-2 医薬品の備蓄量についてお教えてください
 1. 半日分 2. 1日分 3. 2日以上 4. 不明
- Q11 地震発生後の必要物資の調達方法について、予め関係業者と調達計画を定めている
 1. はい 2. いいえ 3. 不明

【建物の給水設備について】

- Q12 建物への給水は受水槽を利用している（1. はい の場合はQ12-1～5にもご回答ください）
 1. はい 2. いいえ 3. 不明
- Q12-1 受水槽（高置水槽を除く）の容量についてお教えてください
 1. 半日分 2. 1日分 3. 2日以上 4. 不明〔容量 _____ 〇〕
- Q12-2 受水槽の設置時期を把握している（1. はい の場合は設置した年（西暦）をお教えてください）
 1. はい 2. いいえ 3. 不明
 〔設置年（西暦） _____ 年〕
- Q12-3 受水槽はアンカーボルトにより固定されている..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明
- Q12-4 受水槽と配管の接続は防振継手にしている..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明
- Q12-5 地震発生時の給水車から受水槽への給水方法を防災マニュアルに記載している
 1. はい 2. いいえ 3. 不明
- Q13 給水設備の代替として、使用可能な井戸設備等がある..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

【建物の電気設備について】

Q14 非常用電源として自家発電機を設置している（1. はい の場合はQ14-1にもご回答ください）

..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

Q14-1 空冷式の自家発電機を所有している..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

〔容量_____kw〕

Q15 自家発電機の燃料備蓄量を確認している（1. はい の場合はQ15-1にもご回答ください）

..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

Q15-1 備蓄燃料による自家発電機の稼働可能時間をお教えてください

1. 12時間未満 2. 24時間未満 3. 36時間未満

4. 48時間未満 5. 72時間未満 6. 72時間以上

Q16 持ち運び可能なポータブル発電機を所有している..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

【燃料の確保について】

Q17 都市ガス・プロパンガス・軽油等、異なる複数種類のエネルギーを利用している

..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

Q18 カセットコンロ（卓上コンロ）およびボンベを備蓄している..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

【通信設備について】

Q19 災害時用の通信回線（防災無線、ホットライン等）を設置している

..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

Q20 院内の電話交換機は蓄電池を内蔵し、かつ非常電源回路と接続している

..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

Q21 院内連絡用のハンドマイクまたはトランシーバーを備えている.... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

【家具や医療設備について】

Q22 収納棚を床または壁に固定している（市販の固定用金具等でも可）

..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

Q23 危険物や重量物を上部に収納しないように定めている..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

Q24 撮影機器（CT等）をボルトで建物躯体に固定している..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

Q25 ポータブル撮影装置を所有している..... 1. はい 2. いいえ 3. 不明

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。同封の返信用封筒にてご返送ください。