

光市地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療等実態調査 調査票

【お願い】

調査票に回答を記入する際は、特に指定がある場合を除いて、平成29年10月1日（調査基準日）における回答をご記入願います。

【調査基本項目】

(1) 名称及び所在地

名 称	
区 分	1 病 院（一般病床数 床、療養病床数 床） 2 有床診療所（届出病床数 床） 3 無床診療所
代表者	
住 所	〒

(2) 調査内容等の問合せ先

調査票 回答者 氏 名	ワガナ		
職 名			
電話番号		F A X	
E-mail			

1 在宅医療の実施・推進状況について

(実施の有無)

問1 現在、貴院では在宅医療を実施していますか。以下の中から1つだけ選んで、該当する番号に○を付けてください。

- |                         |
|-------------------------|
| 1 実施している                |
| 2 現在は実施していないが、実施する意向はある |
| 3 実施する予定はない             |

⇒問1で「1」に回答された医療機関（現在、在宅医療を行っている病院・診療所）は問5以降にお進みください

⇒問1で「2」又は「3」に回答された医療機関（現在、在宅医療を行っていない病院・

診療所) は、問2～問4にお答えください。

(実施していない理由)

問2 在宅医療を実施していない理由について、該当する番号に○を付けてください。

(複数回答可)

- |   |   |
|---|---|
| 1 | スタッフがいない(不足している)ため                              |
| 2 | 患者のニーズが少ないため                                    |
| 3 | 採算がとれそうにないため                                    |
| 4 | 必要性を感じないため                                      |
| 5 | 実施のノウハウが不足しているため                                |
| 6 | ふだんから他の在宅医療サービス事業者(訪問看護ステーション等)との関わりが無く、連携困難なため |
| 7 | その他( )  |

(在宅医療が必要と思われる患者への対応)

問3 在宅医療が必要と思われる患者に対し、どのような対応をされていますか。該当する番号に○を付けてください。(複数回答可)

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1 | 在宅療養支援診療所などほかの医療機関を紹介する   |
| 2 | 訪問看護ステーションや訪問リハビリを紹介する    |
| 3 | 訪問指導をしている薬局を紹介する          |
| 4 | 居宅介護支援事業所や地域包括支援センターを紹介する |
| 5 | その他( )                    |
| 6 | 特に対応していない                 |

(自由意見)

問4 在宅医療に関するご意見について、自由に記入してください。

--

設問は終了です。ご協力いただき、誠にありがとうございました。

2 在宅医療の実施体制について

(在宅医療に携わるスタッフの人数)

問5 在宅医療に携わっているスタッフは何人ですか。職種ごとの人数を記入してください。※非常勤職員については、常勤(週40時間勤務)に換算してください。

1	医師	常勤	___	人	非常勤(常勤換算)	___	人
2	看護職員	常勤	___	人	非常勤(常勤換算)	___	人
3	薬剤師	常勤	___	人	非常勤(常勤換算)	___	人
4	管理栄養士	常勤	___	人	非常勤(常勤換算)	___	人
5	社会福祉士(MSW)	常勤	___	人	非常勤(常勤換算)	___	人
6	事務職員	常勤	___	人	非常勤(常勤換算)	___	人
7	その他( )	常勤	___	人	非常勤(常勤換算)	___	人

(在宅医療の実施時間)

問6 在宅医療を実施する時間帯を決めていますか。該当する番号に○を付け、内容について記入してください。

1	24時間体制で対応している	
2	外来診療時間内のみ対応している(曜日・時間等)	)
3	曜日や時間を決めて対応している(曜日・時間等)	)
4	その他( )	)

(対応可能な患者数)

問7 平均的な移動時間、診療時間を考えた場合、現在のスタッフで、1ヶ月当たり対応可能な患者数はどれくらいですか。

1	訪問診療	人/1ヶ月
2	訪問看護・訪問リハビリ	人/1ヶ月
3	薬剤師の訪問	人/1ヶ月
4	管理栄養士の訪問栄養指導	人/1ヶ月

(在宅療養支援診療所の届出の有無)

問8 診療所の方にお尋ねします。在宅療養支援診療所の届出を行っていますか。該当する番号に○を付けてください。

1	届出済み(平成 ___ 年 ___ 月に届出)
2	届出はしていないが、今後届出を行う予定である
3	届出は考えていない

⇒問8で「1」と回答された診療所は、問10にお進みください。

⇒問8で「2」又は「3」と回答された診療所は、問9にお進みください。

(在宅療養支援診療所の届出を行っていない理由)

問9 問8で「2」又は「3」を回答した方にお尋ねします。在宅療養支援診療所の届出を行っていない理由は何ですか。該当する番号に○を付けてください。(複数回答可)

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1 | 24時間対応可能な人員体制を確保できていない   |
| 2 | 訪問看護との連携を確保できていない        |
| 3 | 患者の緊急入院を受け入れる病院を確保できていない |
| 4 | 診療内容上、必要性がない             |
| 5 | 身体的、心理的な負担が大きい           |
| 6 | その他 ( )                  |

3 在宅医療の実施内容について

(在宅医療の有無)

問10 平成28年4月1日から平成29年3月31日の間に、在宅医療をおこないましたか。該当する番号に○を付け、実人数を記入してください。

- |   |             |         |
|---|-------------|---------|
| 1 | 在宅医療を行っている  | _____ 人 |
| 2 | 在宅医療は行わなかった |         |

(訪問診療のきっかけ)

問11 平成29年10月中に行った訪問診療のきっかけは、誰(どこ)からの紹介によるものですか。該当する番号に○を付けてください。(複数回答可)

- |    |                         |
|----|-------------------------|
| 1  | 自らの病院・診療所               |
| 2  | 他の病院                    |
| 3  | 他の診療所                   |
| 4  | 訪問看護ステーション              |
| 5  | 薬局                      |
| 6  | 地域包括支援センター              |
| 7  | 居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)      |
| 8  | 訪問介護事業所(ホームヘルパー)        |
| 9  | 行政機関(地域包括支援センターを除く) ( ) |
| 10 | 本人・家族                   |
| 11 | その他 ( )                 |

(患者の居住地)

問12 平成29年10月中に訪問診療を行った患者の居住地ごとの人数(実人数)を記入してください。

1	室積・牛島	___	人
2	光井	___	人
3	浅江	___	人
4	島田	___	人
5	上島田・立野	___	人
6	三井	___	人
7	小周防	___	人
8	大和	___	人
9	その他(市外)	___	人

(訪問診療先)

問13 平成29年10月中に訪問診療を行った訪問診療先について、それぞれ的人数(実人数)を記入してください。※合計人数が問12の合計と一致するようにしてください。

1	自宅(戸建・集合住宅)	___	人
2	サービス付き高齢者向け住宅(高齢者専用賃貸住宅)	___	人
3	有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム	___	人
4	認知症対応型グループホーム	___	人
5	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	___	人
6	その他( )	___	人

(患者の年齢)

問14 平成29年10月中に訪問診療を行った患者の年齢について、年齢区分ごとの人数(実人数)を記入してください。

※合計人数が問12の合計と一致するようにしてください。

1	18歳未満(小児)	___	人
2	18歳以上40歳未満	___	人
3	40歳以上65歳未満	___	人
4	65歳以上75歳未満	___	人
5	75歳以上	___	人

(患者の介護度区分)

問15 平成29年10月中に訪問診療を行った患者の要介護度について、要介護度の区分ごとの人数(実人数)を記入してください。

※合計人数が問12の合計と一致するようにしてください。

1	要支援1	___	人
2	要支援2	___	人
3	要介護1	___	人
4	要介護2	___	人
5	要介護3	___	人
6	要介護4	___	人
7	要介護5	___	人
8	要介護認定なし(65歳未満)	___	人
9	要介護認定無し(65歳以上)	___	人
10	不明	___	人

(患者の介護保険サービスの利用状況)

問16 平成29年10月中に訪問診療を行った患者の介護保険サービスの利用状況について、人数(実人数)を記入してください。また、サービス内容について該当する番号に○を付けてください。(複数回答可)

※合計人数が問12の合計と一致するようにしてください。

1	介護保険サービスを利用している	___	人
	(1) 訪問看護		
	(2) 訪問リハビリ		
	(3) 訪問介護(ホームヘルプサービス)		
	(4) 訪問入浴介護		
	(5) 通所介護(デイサービス)		
	(6) 通所リハビリ		
	(7) 福祉用具貸与・販売		
	(8) その他( )		
2	介護保険サービスを利用していない	___	人
3	不明	___	人

(患者の主傷病)

問17 平成29年10月中に訪問診療を行った患者の主傷病ごとの人数(実人数)を記入してください。※合計人数が問12の合計と一致するようにしてください。

1	がん	___	人(うち18歳未___人、65歳以上___人)
2	糖尿病	___	人(うち18歳未___人、65歳以上___人)
3	高血圧性疾患	___	人(うち18歳未___人、65歳以上___人)
4	虚血性心疾患	___	人(うち18歳未___人、65歳以上___人)
5	脳血管疾患	___	人(うち18歳未___人、65歳以上___人)
6	認知症	___	人(うち18歳未___人、65歳以上___人)
7	神経性難病(*)	___	人(うち18歳未___人、65歳以上___人)
8	慢性呼吸不全	___	人(うち18歳未___人、65歳以上___人)
9	消化器疾患	___	人(うち18歳未___人、65歳以上___人)
10	泌尿器系疾患	___	人(うち18歳未___人、65歳以上___人)
11	肝疾患	___	人(うち18歳未___人、65歳以上___人)
12	骨折	___	人(うち18歳未___人、65歳以上___人)
13	脊髄損傷	___	人(うち18歳未___人、65歳以上___人)
14	精神疾患(認知症を除く)	___	人(うち18歳未___人、65歳以上___人)
15	その他の疾患( )	___	人(うち18歳未___人、65歳以上___人)

(\*)多発性硬化症、重症筋無力症、ALS、脊髄小脳変性症、パーキンソン病関連疾患、ハンチントン病、モヤモヤ病、多系統萎縮症、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎の15疾病

(訪問診療の内容)

問18 平成29年10月中に行った訪問診療(指示を含む)の内容別の人数をそれぞれ記入してください。(複数回答可)

1	胃ろうの管理	___	人
2	褥そうの管理	___	人
3	尿カテーテル	___	人
4	ポート(IVH)の管理	___	人
5	点滴の管理	___	人
6	在宅酸素療法	___	人
7	経管栄養	___	人
8	中心静脈栄養	___	人
9	気管カニューレの管理	___	人
10	人工呼吸器の管理	___	人
11	人工肛門の管理	___	人
12	末期がん患者の管理	___	人
13	その他( )	___	人

(グループ診療の有無)

問19 現在、グループ診療を行う患者はいますか。

※グループ診療とは、中学校区単位で主治医・副主治医方式による診療体制のことで、在宅医療を行うかかりつけ医の負担軽減が目的です。

- |   |     |
|---|-----|
| 1 | いる  |
| 2 | いない |

(終末期医療を行う患者)

問20 平成29年10月中に訪問診療を行った患者のうち、終末期医療を行っている患者の人数(実人数)を記入してください。

- |   |                   |       |
|---|-------------------|-------|
| 1 | 終末期医療を行う患者数       |       |
|   | (1) 自宅(戸建・集合住宅)   | ___ 人 |
|   | (2) その他( )        | ___ 人 |
|   | ※問13の例により記入してください |       |
| 2 | 上記のうちがん患者数        |       |
|   | (1) 自宅(戸建・集合住宅)   | ___ 人 |
|   | (2) その他( )        | ___ 人 |

(看取りの実績)

問21 平成29年4月1日～平成29年9月30日の半年間に看取りを行った患者は何人でしたか。

- |   |                   |       |
|---|-------------------|-------|
| 1 | 看取りを行った患者数        |       |
|   | (1) 自宅(戸建・集合住宅)   | ___ 人 |
|   | (2) その他( )        | ___ 人 |
|   | ※問13の例により記入してください |       |
| 2 | 上記のうちがん患者数        |       |
|   | (1) 自宅(戸建・集合住宅)   | ___ 人 |
|   | (2) その他( )        | ___ 人 |



4 関連機関との連携について

(連携状況)

問22 在宅医療の実施にあたって、どのような機関と連携を図っていますか。該当する機関の番号に○を付けてください。(複数回答可)

- |    |                        |
|----|------------------------|
| 1  | 日常の健康管理を行う身近な医療機関      |
| 2  | 救急医療や高度医療を行う拠点的な病院     |
| 3  | 在宅療養支援診療所              |
| 4  | 緊急時に入院可能な病院や有床診療所      |
| 5  | 訪問看護ステーション             |
| 6  | 歯科診療所                  |
| 7  | 薬局                     |
| 8  | 地域包括支援センター             |
| 9  | 居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)     |
| 10 | 訪問介護事業所(ホームヘルパー)       |
| 11 | リハビリテーション施設・事業所        |
| 12 | 介護老人保健施設               |
| 13 | 障害者相談支援事業所             |
| 14 | 行政機関(地域包括支援センターを除く)( ) |
| 15 | その他( )                 |

⇒問22で「9」を選択した人は、問23へお進みください。

(ケアマネジャーの把握)

問23 介護サービスを利用している患者の担当のケアマネジャーを把握していますか。該当する番号に○を付けてください

- |   |              |
|---|--------------|
| 1 | 全て把握している     |
| 2 | 概ね把握している     |
| 3 | 必要に応じて把握している |
| 4 | ほとんど把握していない  |
| 5 | 全く把握していない    |
| 6 | 把握しておく必要がない  |

(医療介護情報連携シートの認知)

問24 光市では、退院後の在宅生活が円滑にできるよう、また、在宅生活の様子を入院時に情報提供できるよう、「医療介護情報連携シート」を作成し、医療・介護間の情報共有に向けた活用を推奨していますが、知っていますか? 該当する番号に○を付けてください。

- |   |        |
|---|--------|
| 1 | 知っている  |
| 2 | 知らなかった |

⇒問24で「1」と答えた人は、問25へお進みください。

⇒問24で「2」と答えた人は、問27へお進みください。



(困難な事案等への対応)

問29 在宅医療を実施している中で、困難な事案に遭遇した場合、主にどこに相談等を行っていますか。該当する番号に一つだけ○を付けてください。

- |   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| 1 | 他の医療機関               |   |
| 2 | 訪問看護ステーション           |   |
| 3 | 地域包括支援センター           |   |
| 4 | 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）   |   |
| 5 | 障害者相談支援事業所           |   |
| 6 | 行政機関（地域包括支援センターを除く）（ | ） |
| 7 | その他（                 | ） |

(緊急入院先の確保)

問30 在宅療養患者の急性増悪時の入院先として連携している医療機関はありますか。緊急入院先の確保方法の主なものを一つだけ選び、該当する番号に○を付けてください。

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| 1 | 自らの病院・診療所に入院させる             |
| 2 | 在宅療養患者の紹介元の病院で受け入れることになっている |
| 3 | 在宅療養患者によらず、特定の病院と連携している     |
| 4 | 連携はできていないため、その都度緊急入院先を探している |

5 多職種との連携について

(地域ケア会議への参加)

問31 光市では、地域ケア会議を活用した、多職種連携を推進していますが、地域ケア会議へ参加したことがありますか。該当する番号に○を付けてください。

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1 | 参加したことがある                |
| 2 | 参加したことはないが、参加してみたいと思っている |
| 3 | 参加したことはない                |

(連携が必要な職種)

問32 在宅医療を推進していくために、連携が不足していると感じる職種はありますか。該当する番号に○を付けてください。

- |   |             |   |
|---|-------------|---|
| 1 | ある（具体的な職種名： | ） |
| 2 | 特に感じていない    |   |

(関係機関との連携で困難なこと)

問33 関係機関との連携で困難と思われることについて記入してください。

6 在宅医療の推進に向けた情報提供と啓発

(市民に向けた情報提供)

問34 光市では、在宅医療についての正しい情報と、在宅医療及び介護サービスを行う診療所または事業所といった地域資源の情報を集約し、市民へ情報提供していきたいと考えています。貴施設における情報掲載について、該当する番号に○を付けてください。

※本格的に取り組む際に、改めて意思表示等お聞きします。

- 1 掲載を希望する
  - 2 掲載は希望しない

設問は終了です。ご協力いただき、誠にありがとうございました。