

## 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 |   |
| 代表者 |   |
| 住 所 | 〒 |

## (2) 調査内容等の問合せ先

|                   |      |       |  |
|-------------------|------|-------|--|
| 調査票<br>回答者<br>氏 名 | フリガナ |       |  |
| 職 名               |      |       |  |
| 電話番号              |      | F A X |  |
| E-mail            |      |       |  |

## 1 在宅医療の相談対応について

(在宅医療に関する相談件数・対象者の状態)

問1 平成29年4月～9月中に在宅医療に関する相談はありましたか。相談があった場合、患者はどのような状態でしたか。該当する番号に○を付け、相談があった場合は、それぞれの人数を記入してください。

|                        |         |
|------------------------|---------|
| 1 あった                  |         |
| (1) ターミナルケアや緩和ケアが必要な患者 | _____ 件 |
| (1) のうち、がん患者           | _____ 件 |
| (2) 神経難病患者 (※)         | _____ 件 |
| (2) のうち、人口呼吸器装着患者      | _____ 件 |
| (3) 精神疾患患者 (認知症を除く)    | _____ 件 |
| (4) 上記以外の患者            | _____ 件 |

2 なかった

※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、他系統萎縮症、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

⇒ 問1で「1」に回答された居宅介護支援事業所（相談があった居宅介護支援事業所）は、問2以降にお進みください。

⇒ 問1で「2」に回答された居宅介護支援事業所（相談がなかった居宅介護支援事業所）は、問6以降にお進みください。

（相談元）

問2 相談は、どのような立場の人や機関からの相談でしたか。該当する番号に○を付けてください。（複数回答可）

- |    |                      |   |
|----|----------------------|---|
| 1  | 本人・家族                |   |
| 2  | 病院や診療所               |   |
| 3  | 在宅療養支援診療所            |   |
| 4  | 訪問看護ステーション           |   |
| 5  | 歯科診療所                |   |
| 6  | 薬局                   |   |
| 7  | 地域包括支援センター           |   |
| 8  | 他の居宅介護支援事業所（ケアマネジャー） |   |
| 9  | 訪問介護事業所（ホームヘルパー）     |   |
| 10 | リハビリテーション施設・事業所      |   |
| 11 | 介護老人保健施設             |   |
| 12 | 障害者相談支援事業所           |   |
| 13 | 行政機関（地域包括支援センターを除く）（ | ） |
| 14 | その他（                 | ） |

（相談の内容）

問3 どのような相談内容でした。該当する相談内容ごとの件数を記入してください。

- |   |                         |     |   |
|---|-------------------------|-----|---|
| 1 | 在宅医療サービスを受けることについての相談   | ___ | 件 |
| 2 | 病院への入院に関する相談            | ___ | 件 |
| 3 | 施設への入所に関する相談            | ___ | 件 |
| 4 | 活用できるサービスの相談            | ___ | 件 |
| 5 | 障害年金・生活保護等の経済的支援の相談     | ___ | 件 |
| 6 | 家族等の介護負担等を軽減することに関する相談  | ___ | 件 |
| 7 | 障害者支援団体と患者・家族間の仲介に関する相談 | ___ | 件 |

8 その他 ( ) \_\_\_\_\_ 件

(相談への対応)

問4 在宅医療に関する相談に対して、どのように対応されましたか。該当する対応ごとの件数を記入してください。

- |   |                     |       |   |
|---|---------------------|-------|---|
| 1 | 訪問診療を行う病院や診療所を紹介した  | _____ | 件 |
| 2 | 在宅療養支援診療所を紹介した      | _____ | 件 |
| 3 | 歯科訪問診療を行う歯科診療所を紹介した | _____ | 件 |
| 4 | 訪問指導を行う薬局を紹介した      | _____ | 件 |
| 5 | 訪問看護ステーションを紹介した     | _____ | 件 |
| 6 | 地域包括支援センターを紹介した     | _____ | 件 |
| 7 | その他 ( )             | _____ | 件 |
| 8 | 具体的な対応はできなかった       | _____ | 件 |

(対応できなかった理由)

問5 問4で「8」と回答した事業所にお伺いします。具体的な対応ができなかった理由として、最も多かった理由を一つだけ選び、該当する番号に○を付けてください。

- |   |                           |  |
|---|---------------------------|--|
| 1 | 在宅医療を行う病院や診療所の情報がなかったから   |  |
| 2 | 在宅医療の仕組みなどについて理解していなかったから |  |
| 3 | 相談内容から、在宅医療は困難と考えたから      |  |
| 4 | その他 ( )                   |  |

## 2 関係機関との連携について

(連携状況)

問6 在宅医療への支援にあたって、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  | 他の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              |



- 2 概ね連携が図られている
- 3 ほとんど連携が図られていない
- 4 全く連携が図られていない
- 5 その他 ( )

(ケアマネタイムの活用)

問11 医師とケアマネジャーとの情報共有や連携を目的とした「ケアマネタイム」を活用していますか。該当する番号に○を付けてください。

- 1 よく活用する
- 2 時々活用する
- 3 あまり活用しない
- 4 ほとんど活用しない
- 5 全く活用していない
- 6 その他 ( )

(ケアマネタイムを活用しない理由)

問12 問11で「3」又は「4」、「5」を回答した方にお尋ねします。「ケアマネタイム」を活用し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 「ケアマネタイム」を知らない
- 2 「ケアマネタイム」を設定しているかかかりつけ医が分からない
- 3 かかりつけ医ごとの「ケアマネタイム」の詳細(時間帯等)が分からない
- 4 かかりつけ医は、敷居が高い
- 5 「ケアマネタイム」の必要性を感じない
- 6 その他 ( )

(今後のケアマネタイムの活用)

問13 問11で「3」又は「4」、「5」を回答した方にお尋ねします。今後「ケアマネタイム」を活用したいと思いますか。該当する番号に○を付けてください。

- 1 積極的に活用したい
- 2 どちらかという活用したい
- 3 あまり活用したくない
- 4 利用したくない
- 5 その他 ( )

(サービス担当者会議)

問14 サービス担当者会議を開催するとき、かかりつけ医に参加要請していますか。該当する番号に○を付けてください。

- 1 いつも要請している
- 2 必要に応じて要請している

- 3 ほとんど要請していない
- 4 全く要請していない
- 5 その他 ( )

(かかりつけ医に参加要請しない理由)

問15 問14で「3」又は「4」を回答した方にお尋ねします。かかりつけ医に参加要請し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 日程・時間調整が困難
- 2 敷居が高く、要請しにくい
- 3 要請しても断られると感じる
- 4 必要性を感じない
- 5 その他 ( )

#### 4 利用者が入院している時の病院等との連携について

(病院等への情報提供について)

問16 利用者が入院した際、在宅での生活状況やケアプラン等の情報を病院等に提供していますか。該当する番号に○を付けてください。

- 1 病院からの要請に関わらず、提供している
- 2 病院から要請があった場合に提供している
- 3 直接は提供していないが、家族を通じてのみ提供する
- 4 提供していない
- 5 その他 ( )

(病院等への情報連携の方法)

問17 問16で「1」又は「2」を回答した方にお尋ねします。病院等への情報提供は、どのようにして提供していますか。該当する番号に○を付けてください。

- 1 担当医等と面談して、利用者の生活状況やケアプランを提供している
- 2 ほとんどの場合FAX等でやり取りし、必要がある場合に面談している
- 3 電話・FAX等でやり取りし、面談はしていない
- 4 その他 ( )

(病院等からの情報連携について)

問18 利用者が退院する際、病院等との連携はどのような方法で行っていますか。主な連携方法について、3つまで選択し該当する番号に○を付けてください。

- 1 事前に時間調整を行い、病院等を訪問し面談している
- 2 ほとんどの場合、質問内容等をFAX等でやり取りし、必要がある場合に面談している

- 3 電話等でやり取りし、面談はしていない
- 4 診療情報提供書の書類等で連絡を取り、面談はしていない
- 5 医療介護情報連携シートで連絡を取り、面談はしていない
- 6 サービス担当者会議等に参加し、連携を図っている
- 7 利用者・家族を通じて話を聞いている
- 8 その他 ( )

(カンファレンスへの参加)

問19 利用者が入院している時(退院時を含む)病院等からカンファレンス参加の要請を受けたことがありますか。該当する番号に○をつけ、「1」を選択した事業所は、カンファレンスへの参加について、該当する番号に○を付けてください。

- 1 要請を受けたことがある
  - (1) ほとんど参加している
  - (2) 必要に応じて参加している
  - (3) ほとんど参加していない
  - (4) 参加したことがない
- 2 要請を受けたことがない

(カンファレンスに参加しない理由)

問20 問19で、要請を受けて「3」又は「4」を選択した事業所にお尋ねします。その理由は何ですか。主な理由について該当する番号を一つ選び、○を付けてください。

- 1 参加しても必要な情報が得られない
- 2 個別に必要な情報は得ているため、カンファレンスに参加する必要がない
- 3 参加したいが、忙しくて参加できない
- 4 その他 ( )

(医療介護情報連携システムについて)

問21 現在、基幹病院※の持つカルテ情報の閲覧と、多職種による患者個人の状況をリアルタイムに共有できる「医療情報連携システム」の導入に向けた検討が、全国的にされています。金銭的なハードルを考慮しない場合、このシステムを利用してみたいと思いますか。

- 1 是非、利用してみたい
- 2 利用しなくてよい(理由: )
- 3 どちらでもよい

※周南医療圏域では、徳山中央病院・徳山医師会病院・新南陽市民病院・周南記念病院・光総合病院が基幹病院です。

- 5 その他  
(自由意見)

問22 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。