

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 回答者 氏 名	フリガナ		
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。

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

⇒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（訪問歯科診療等）の実施体制について

（訪問歯科診療等に携わるスタッフの人数）

問5 専ら訪問歯科診療等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	歯科医師	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	歯科衛生士	常勤	___	人	非常勤（常勤換算）	___	人
4	薬剤師	常勤	___	人	非常勤（常勤換算）	___	人
5	事務職員	常勤	___	人	非常勤（常勤換算）	___	人
6	その他（	常勤	___	人	非常勤（常勤換算）	___	人

（訪問歯科診療等の実施時間）

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。

訪問歯科診療等	___ 人／1ヶ月
---------	-----------

（在宅療養支援歯科診療所の届出の有無）

問8 在宅療養支援歯科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」に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。

(在宅療養支援歯科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。在宅療養支援歯科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 | 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 | ケアマネジャーとの連携を確保できていない |
| 5 | 診療内容上、必要性がない |
| 6 | 身体的、心理的な負担が大きい |
| 7 | 往診用機材等の準備ができていない |
| 8 | 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月中に行った訪問歯科診療のきっかけは、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 | 他の歯科診療所 |
| 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月中に訪問歯科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

(訪問歯科診療先)

問13 平成29年10月中に訪問歯科診療等を行った訪問先について、それぞれの人数(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	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月中に訪問歯科診療等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月中に訪問歯科診療等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

(訪問歯科診療等の内容)

問16 平成29年10月中に行った訪問歯科診療(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	う歯、歯周疾患の治療	___	人
2	補綴物の調整、作製	___	人
3	外科措置	___	人
4	口腔ケア	___	人
5	その他()	___	人

(訪問歯科衛生指導の実施の有無)

問17 歯科衛生士による訪問歯科衛生指導等を行っていますか。該当する番号に○を付け、行っていない場合はその理由について、該当する記号に○を付けてください。

1	行っている
2	行っていない
【理由】	
A	歯科医師の訪問診療で十分足りる
B	歯科衛生士の人員不足で実施できない
C	実施しても採算がとれない

- D 訪問歯科衛生指導等のニーズがない
- E その他 ()

4 関連機関との連携について

(連携状況)

問18 在宅医療（訪問歯科診療等）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償診療所
- 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 ()

(情報連携ツールについて)

問19 普段、どのような手段で医療・介護間の情報連携を図ることが多いですか。該当する番号に○を付けてください。（複数回答可）

- 1 その都度電話で確認している
- 2 医療介護情報連携シートを活用している
- 3 独自の様式で、提供情報をデータ送信している
- 4 情報連携の必要はほとんど感じない
- 5 その他 ()

(困難な事案等への対応)

問20 在宅医療（訪問歯科診療等）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。

問24 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

(ケアマネジャーとの連携)

問25 ケアマネジャーとの連携が必要だと思う場合、実際に連携が図られていると思いますか。該当する番号に○を付けてください。

- 1 十分に連携が図られている
- 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 ()

(ケアマネジャーとの連携方法)

問26 問25で「1」又は「2」を選択した歯科診療所にお尋ねします。ケアマネジャー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、面談している
- 2 通常、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 診療情報提供書等の書類等で連絡を取り、面談はしていない
- 5 サービス担当者会議等に参加し、連携を図っている
- 6 利用者・家族を通じて話を聞いている
- 7 その他 ()

(ケアマネジャーから得たい情報)

問27 ケアマネジャーから得たい情報は何ですか。主に聞きたい情報について、3つまで選択し、該当する番号に○を付けてください。

- 1 在宅サービスの利用状況等ケアプランの内容に関すること
- 2 在宅での生活状況
- 3 家族構成や協力の有無など家族に関すること
- 4 患者や家族の今後の生活の意向（施設入所や要望等）
- 5 日頃の体調や服薬の状況等
- 6 その他 ()

(サービス担当者会議への参加)

問28 ケアマネジャーから「サービス担当者会議」への参加について要請を受けたことがありますか。また、「1」を選択した場合、会議に参加していますか。該当する番号に○を付けてください。

- | |
|---|
| <p>1 要請を受けたことがある</p> <p>(1) ほとんど参加している</p> <p>(2) 必要に応じて参加している</p> <p>(3) 何度か参加したことがあるが、ほとんど参加していない</p> <p>(4) 参加したことがない</p> <p>(5) その他 ()</p> |
| <p>2 要請を受けたことがない</p> |

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29 光市では、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、在宅医療に対する正しい理解とともに、マップや一覧表等の形で市民へ情報提供をしていきたいと考えています。貴施設における情報について、掲載を希望しますか。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も、改めて希望をお聞きます。

- | |
|------------------------------------|
| <p>1 掲載を希望する</p> <p>2 掲載は希望しない</p> |
|------------------------------------|

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。