

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			

(3) 貴薬局の概要

薬剤師数 ※非常勤については、常勤 (週40時間勤務)に換算 してください。	常勤	人
	非常勤	人
業務形態 (該当する番号に○をつけ てください)	1 調剤専門 2 調剤が主 3 調剤と一般薬販売が同程度 4 一般薬販売が主	
麻薬小売業の免許 (該当する番号に○をつけ てください)	1 取得している 2 取得していない	

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。

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。職種ごとの人数をご記入ください。

※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	薬剤師	常勤	___	人	非常勤(常勤換算)	___	人	
2	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、内容についてご記入ください。

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	薬剤師の訪問	人/1ヶ月
---	--------	-------

(在宅患者訪問薬剤管理指導の届出の有無)

問8 在宅患者訪問薬剤管理指導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。

(居宅療養管理指導の指定を不要とする旨の申出)

問9 居宅療養管理指導の指定を不要とする旨の申出をしていますか。該当する番号に○を付けてください。

1	申出をしている	(介護保険による指導料の算定ができない)
2	申出をしていない	(介護保険による指導料の算定ができる)

3 在宅医療の実施内容について

(在宅医療のきっかけ)

問10 平成29年10月中に行った在宅医療のきっかけは、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	病院	
2	診療所	
3	訪問看護ステーション	
4	他の薬局	
5	地域包括支援センター	
6	居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)	
7	訪問介護事業所(ホームヘルパー)	
8	行政機関(地域包括支援センターを除く)	()
9	本人・家族	
10	その他	()

(患者の居住地域)

問11 平成29年10月中に在宅医療を行った患者の居住地域ごとの人数(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12 平成29年10月中に在宅医療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11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13 平成29年10月中に在宅医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11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

(在宅医療を進めるにあたって困難なこと)

問14 在宅医療の業務を進めるにあたって、貴薬局において何か困難を感じていますか。該当する番号に○を付けてください。なお、「4」を選択した場合は、不足している設備を記入してください。

1	薬剤師が不足している	
2	医師との連携が上手くいかない	
3	在宅医療の知識を得る研修会が少ない	
4	設備が不足している	
	(不足している設備 :)
5	採算が合わない	
6	その他 ()

4 関連機関との連携について

(連携状況)

問15 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償診療所 | |
| 5 | 訪問看護ステーション | |
| 6 | 歯科診療所 | |
| 7 | 他の薬局 | |
| 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 | () |

(入院していた医療機関との連携)

問16 貴薬局において在宅医療を提供した際に、利用者がそれまで入院していた病院等の医師等と連携が図れていますか。該当する番号に○を付け、「1」を選択した場合は、どのような点で連携しているか、「2」を選択した場合は、なぜ連携が図られていないか理由をご記入ください。

- | | | |
|---|--------------------|-----|
| 1 | 連携が図られている | |
| | [どのような点で連携しているか] | [] |
| 2 | 連携が図られていない | |
| | [連携が図られていない理由] | [] |
| 3 | 事例がない | |

(医師とのコミュニケーション)

問17 在宅医療を進めるにあたって、医師とのコミュニケーションをどのように取っていますか。該当する番号に○を付けてください。(複数回答可) なお、「6」を選択した場合、その理由について記入してください。

1	カンファレンス（サービス担当者会議）や症例検討会に参加している	
2	在宅医療に関わる各種研修会等に参加している	
3	処方箋以外の指示がある	
4	主治医から診療情報提供がある (手段： 文書 ・ 口頭 ・ その他)	
5	患者の退院時に、医師や患者とその家族で話し合いの機会がある	
6	取っていない・取れていない	
	[その理由]	
7	その他 ()	

(医師以外の専門職とのコミュニケーション)

問18 在宅医療を進めるにあたって、医師以外の専門職とのコミュニケーションを取っていますか。該当する番号に一つだけ○を付けてください。(複数回答可)

1	歯科医師	
2	市（あいぱーく光）など行政機関の保健師	
3	地域包括支援センターの職員	
4	病院・診療所の看護師（准看護師）	
5	訪問看護ステーションの看護師（准看護師）	
6	病院・診療所の薬剤師	
7	管理栄養士（やまぐち栄養ケア・ステーションほか）	
8	社会福祉士	
9	介護福祉士	
10	介護支援専門員（ケアマネジャー）	
11	歯科衛生士	
12	その他 ()	

(地域ケア会議への参加)

問19 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 |

(関係機関との連携で困難なこと)

問20 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。

--

(ケアマネジャーの把握)

問21 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22 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23 問22で「1」又は「2」を選択した薬局にお尋ねします。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、面接している
- 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・FAX等で連絡を取り、面談はしていない
- 4 診療情報提供所・連携パス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 ()

(ケアマネジャーと連携が図られない理由)

問24 問22で「3」又は「4」を選択した薬局にお尋ねします。ケアマネジャーとの連携が図られない、図りにくい理由は何ですか。その主な理由で該当するものを3つまで選択し、該当する番号に○を付けてください。

- 1 担当ケアマネジャーが誰かわからない
- 2 電話番号等連絡先・手段がわからない
- 3 ケアマネジャーは多忙で連絡が取りにくい
- 4 ケアマネジャーは必要な情報を提供してくれないことがある
- 5 その他 ()

(ケアマネジャーから得たい情報)

問25 ケアマネジャーから得たい情報は何ですか。主な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26 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。

- 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) 何度か参加したことがあるが、ほとんど参加していない
 - (4) 参加したことがない
 - (5) その他 ()
- 2 要請を受けたことがない

(医療介護情報連携システムについて)

問27 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「医療介護情報連携システム」の導入に向けた検討が、全国的にされています。金銭的な課題等を考慮しない場合、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。

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28 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、マップや一覧表等の形で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も、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。