

在宅医療に関する調査票

(病院・診療所用)

施設名		病床数	
住所			
記入者職氏名		電話番号	

各質問の該当する項目に○印を付けるか、又は記入してください。

質問1 在宅医療を実施していますか。また、今後、在宅医療に取り組む意向はありますか。

- | | |
|------------------------------|----------------|
| 1 単独で実施している | } 質問3へ進んでください。 |
| 2 他の医療機関との連携により実施している | |
| 3 現在は実施していないが、5年以内に取り組む意向がある | |
| 4 取り組む意向はあるが実施は難しい | } 質問2へ進んでください。 |
| 5 取り組む意向はない | |

質問2 在宅医療を実施していない理由は何ですか。

- | | |
|--------------------|-----------------|
| 1 実施するためのスタッフがないため | } 質問20へ進んでください。 |
| 2 患者からのニーズが少ないため | |
| 3 採算が取れないため | |
| 4 必要性を感じないため | |
| 5 その他 () | |

質問3 訪問診療を行う対象範囲を決めていますか。

- | |
|------------------------------------|
| 1 決めている (約 () km以内・市町村内・その他 ()) |
| 2 決めていない |

質問4 訪問診療に対応する時間を決めていますか。

- | |
|--|
| 1 24時間体制で対応 (平日のみ・平日以外も含む・その他 ()) |
| 2 外来診療時間内のみ対応 |
| 3 外来診療時間外のみ対応 |
| 4 時間を決めて対応 (() 時 () 分 ~ () 時 () 分) |
| 5 その他 () |

質問5 訪問診療の従事者数について

区 分	常 勤	非常勤(常勤換算数)
医 師		
看 護 職 員		
歯 科 医 師		
薬 劑 師		
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士		
そ の 他		
計		

質問6 訪問診療を行った患者の状況について記入してください。

*平成20年4月1日～4月30日までの1か月間についてお聞きします。

- 1 実患者数 ()人・延べ患者数 ()人
うち、がん患者数 ()人

- 2 利用者の年齢区分 (実患者数)
 - ① 20歳未満 ()人
 - ② 20歳～40歳未満 ()人
 - ③ 40歳～65歳未満 ()人
 - ④ 65歳～74歳未満 ()人
 - ⑤ 75歳以上 ()人

- 3 往診している患者の場所別 (実患者数)
 - ① 自宅 ()人
 - ② グループホーム ()人
 - ③ 老人ホーム ()人
 - ④ その他 () ()人

質問7 今後、現在の体制を維持した場合、1ヶ月当たりの訪問患者数を何人程度増やすことが可能ですか。

- 1 患者数を増やすことが可能 ()人程度)
- 2 患者数を増やすことはできるが現状を維持するつもり
- 3 患者数を増やすことはできない
- 4 わからない
- 5 その他 () ()

質問8 訪問診療の開始は、誰(どこ)からの紹介によるものが記入してください。

*平成20年4月1日～4月30日までの1か月間についてお聞きします。(実患者数)

- ① 病院 ()人
- ② 一般診療所 ()人
- ③ 在宅療養支援診療所 ()人
- ④ 地域包括支援センター ()人
- ⑤ 市町村・行政機関 ()人
- ⑥ 居宅介護支援事業所 ()人
- ⑦ 訪問介護サービス事業所 ()人
- ⑧ 本人・家族 ()人
- ⑨ その他 () ()人

質問9 訪問診療終了患者の状況について記入してください。

*平成20年4月1日～4月30日までの1か月間についてお聞きします。(実患者数)

- ① 患者の死亡 ()人
- ② 患者の入院 (他医療機関への転院)
()人
- ③ 施設等への入所 ()人
- ④ 病状軽快 ()人
- ⑤ その他 () ()人

質問10 入院後の状況（質問9で②の入院（他医療機関への転院）とした患者）について

*平成20年5月10日現在の状況についてお聞きします。（実患者数）

- ① 入院継続中 () 人
- ② 入院後死亡（1週間未満）() 人
- ③ 入院後死亡（1週間以上）() 人

質問11 在宅で看取った患者の状況について記入してください。

*平成20年4月1日～4月30日までの1か月間についてお聞きします。（実患者数）

- 1 実患者数 () 人
 - うち、がん患者数 () 人

- 2 利用者の年齢区分（実患者数）
 - ① 20歳未満 () 人
 - ② 20歳～40歳未満 () 人
 - ③ 40歳～65歳未満 () 人
 - ④ 65歳～74歳未満 () 人
 - ⑤ 75歳以上

- 3 看取った場所別（実患者数）
 - ① 自宅 () 人
 - ② グループホーム () 人
 - ③ 老人ホーム () 人
 - ④ その他 () () 人

質問12 在宅において終末期医療について実施していますか。

- 1 実施している（がん患者・がん患者以外）
- 2 実施していない
- 3 今後実施したい

質問13 在宅で終末期医療を行う場合の限界について、どのようにお考えですか。

- 1 終末期医療は、自宅では困難と考えている。
- 2 可能な限り自宅で行うが、死の直前は医療機関で行うべきである。
- 3 可能な限り自宅で看取りまで行うべきである。
- 4 その他 ()

質問14 在宅療養支援診療所の届出についてお聞きします。

(※診療所のみ)

- 1 届出済 (平成 年 月)
- 2 届出予定あり (平成 年 月)
- 3 していない
- 4 平成20年中に届出したい
- 5 2～3年以内に届出したい
- 6 届出は考えていない

質問15 在宅療養支援診療所の届出をしていない理由についてお聞きします。(複数回答可)

(※診療所のみ)

- 1 24時間対応可能な体制を確保できない
- 2 訪問看護との連携が確保できない
- 3 診療内容上必要性がない
- 4 終末期医療まで考えると責任が持てない
- 5 在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保できない
- 6 ケアマネジャーとの連携が難しい
- 7 その他 ()

質問16 在宅医療に関して連携している機関について○印を付けてください。

- 1 病院
- 2 一般診療所
- 3 歯科診療所
- 4 保険薬局
- 5 訪問看護ステーション
- 6 介護保険施設
- 7 指定居宅介護支援事業者
- 8 訪問介護事業所

質問17 訪問看護ステーションとの連携で困ることはありますか。

- 1 ある
- 2 ない

ある場合の理由は何ですか。(複数回答可)

- 1 どこに訪問看護ステーションがあるのが情報がない。
- 2 どのような訪問看護が提供できる機関なのか情報がないため指示がしにくい。
- 3 指示をしたが、その内容に応じてもらえなかった。
- 4 自分の担当領域以外の指示の依頼があり、出せないことがある。
- 5 その他 ()

質問18 薬局との連携で困ることはありますか。

- 1 ある
- 2 ない

ある場合の理由は何ですか。(複数回答可)

- 1 どこに在宅医療ができる薬局があるのか情報がない。
- 2 どのような内容を提供できる薬局なのか情報がないため指示がしにくい。
- 3 指示したが、その内容に応じてもらえなかった。
- 4 その他 ()

質問19 薬局との連携により充実したい内容は何ですか？(複数回答可)

- 1 服薬状況の管理(「健康食品を」含む)
- 2 副作用・相互作用のチェックと服薬指導
- 3 薬の保管管理の指導
- 4 麻薬の服薬管理及び保管取扱上の指導
- 5 医療材料の供給について
- 6 その他 ()

質問20 本アンケートに対する意見等、在宅医療に関するご意見についてお書きください。

御協力ありがとうございました。

北海道保健福祉部保健医療局医療政策課地域医療グループ

連絡先 011-231-4111 (内線25-367) (担当 笹谷)

FAX 011-232-4108