

〈在宅に関する評価〉

5 在宅医療に対するイメージについて、それぞれ該当するものを1つ選択ください。

1. 在宅医療に関心がある	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
2. 現在の立場で在宅医療への取組みを増やしたい	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
3. 在宅医療は十分な医療が提供できない	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
4. 緩和ケア・在宅看取りへの対応は困難	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
5. 在宅医療は医師の時間的拘束の負担が大きい	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
6. 患者と1対1で診療にあたることに不安がある（何かあった時の証人がいない）	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
7. 医療費の患者負担が大きい	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
8. 家族の介護負担が大きい	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
9. 在宅医療について理解している病院医師は増えている	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
10. 在宅医療へ従事する医師の満足度は高い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
11. 在宅医療を受ける患者の満足度は高い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
12. 在宅医療を受ける家族の満足度は高い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
13. 在宅医療を望む患者は増えている	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
14. 在宅医療をするには複数の医師で分担する必要がある	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
15. 今後在宅医療は推進すべきである	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない

〈看取りの状況〉

6 在宅での看取りを依頼された場合の対応について1つ選択ください。

- ①依頼されたことはない
- ②ほとんどの場合、依頼を断っている
- ③受け入れ可能な場合は受け入れている
- ④依頼があればほぼ全て受け入れている

〈在宅の実施状況〉

7 24時間の連絡・訪問対応について1つ選択ください。

- ①電話でも訪問でも24時間の対応が可能である
- ②電話での対応は行っているが、訪問は行っていない
- ③24時間の電話、訪問のいずれの対応もしていない

8 貴院での訪問診療や往診について1つ選択ください。

①訪問診療を行っており、必要時は往診も行う

②往診は行わないが、訪問診療は行っている

③訪問診療は行わないが、往診は行う場合がある

④往診、訪問診療のいずれも行っていない

質問9へ

質問10

9 在宅医療で対応可能な疾患・処置について、該当するものを選択ください。また、相談できる専門家の有無について、それぞれ該当するところを選択ください。

	<input type="checkbox"/> ①実施できている	<input type="checkbox"/> ②実績はないが実施可能と思われる	<input type="checkbox"/> ③できない	この処置や治療について相談できる専門家がいる	
1. 末期がん（看取り）	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
2. 末期がん（モルヒネを使用した疼痛緩和）	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
3. 褥瘡	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
4. 経管栄養 ①（経鼻） ②（胃瘻・腸瘻）	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
5. 人工肛門	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
6. 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
7. 人工呼吸器 ①気管切開下陽圧人工呼吸（TPPV） ②非侵襲的陽圧人工呼吸（NPPV）	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
8. 気管切開のみ	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
9. 尿留置カテーテル（膀胱瘻・腎瘻含）	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
10. 吸引（気管切開以外）	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
11. 小児（上記4から10のような医療処置が必要）	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
12. 神経難病患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない

10 貴診療所の現在の訪問診療の患者数と、現体制のままで1ヶ月間に対応可能な患者(2週間に1回程度の訪問診療で可能な安定期の患者)の最大数を選択ください。

現在実施している在宅患者数	対応可能な在宅患者数(予測数)
<input type="checkbox"/> ① 0人	<input type="checkbox"/> ① 患者の強い希望があれば1~2人可能
<input type="checkbox"/> ② 1~2人	<input type="checkbox"/> ② 5人未満
<input type="checkbox"/> ③ 3~9人	<input type="checkbox"/> ③ 5~9人
<input type="checkbox"/> ④ 10~19人	<input type="checkbox"/> ④ 10~19人
<input type="checkbox"/> ⑤ 20~29人	<input type="checkbox"/> ⑤ 20~29人
<input type="checkbox"/> ⑥ 30人以上	<input type="checkbox"/> ⑥ 30人以上
	<input type="checkbox"/> ◎ 取り組むつもりはない

11 貴診療所の訪問診療と往診の対応が可能な地域をすべて選択ください。

訪問診療		往診	
<input type="checkbox"/> ①旧五條市全域	<input type="checkbox"/> ②旧五條市一部	<input type="checkbox"/> ①旧五條市全域	<input type="checkbox"/> ②旧五條市一部
<input type="checkbox"/> ③旧大塔村全域	<input type="checkbox"/> ④旧大塔村一部	<input type="checkbox"/> ③旧大塔村全域	<input type="checkbox"/> ④旧大塔村一部
<input type="checkbox"/> ⑤旧西吉野村全域	<input type="checkbox"/> ⑥旧西吉野村一部	<input type="checkbox"/> ⑤旧西吉野村全域	<input type="checkbox"/> ⑥旧西吉野村一部
<input type="checkbox"/> ⑦吉野町全域	<input type="checkbox"/> ⑧吉野町一部	<input type="checkbox"/> ⑦吉野町全域	<input type="checkbox"/> ⑧吉野町一部
<input type="checkbox"/> ⑨大淀町全域	<input type="checkbox"/> ⑩大淀町一部	<input type="checkbox"/> ⑨大淀町全域	<input type="checkbox"/> ⑩大淀町一部
<input type="checkbox"/> ⑪下市町全域	<input type="checkbox"/> ⑫下市町一部	<input type="checkbox"/> ⑪下市町全域	<input type="checkbox"/> ⑫下市町一部
<input type="checkbox"/> ⑬黒滝村全域	<input type="checkbox"/> ⑭黒滝村一部	<input type="checkbox"/> ⑬黒滝村全域	<input type="checkbox"/> ⑭黒滝村一部
<input type="checkbox"/> ⑮天川村全域	<input type="checkbox"/> ⑯天川村一部	<input type="checkbox"/> ⑮天川村全域	<input type="checkbox"/> ⑯天川村一部
<input type="checkbox"/> ⑰野迫川村全域	<input type="checkbox"/> ⑱野迫川村一部	<input type="checkbox"/> ⑰野迫川村全域	<input type="checkbox"/> ⑱野迫川村一部
<input type="checkbox"/> ⑲十津川村全域	<input type="checkbox"/> ⑳十津川村一部	<input type="checkbox"/> ⑲十津川村全域	<input type="checkbox"/> ⑳十津川村一部
<input type="checkbox"/> ㉑下北山村全域	<input type="checkbox"/> ㉒下北山村一部	<input type="checkbox"/> ㉑下北山村全域	<input type="checkbox"/> ㉒下北山村一部
<input type="checkbox"/> ㉓上北山村全域	<input type="checkbox"/> ㉔上北山村一部	<input type="checkbox"/> ㉓上北山村全域	<input type="checkbox"/> ㉔上北山村一部
<input type="checkbox"/> ㉕川上村全域	<input type="checkbox"/> ㉖川上村一部	<input type="checkbox"/> ㉕川上村全域	<input type="checkbox"/> ㉖川上村一部
<input type="checkbox"/> ㉗東吉野村全域	<input type="checkbox"/> ㉘東吉野村一部	<input type="checkbox"/> ㉗東吉野村全域	<input type="checkbox"/> ㉘東吉野村一部
<input type="checkbox"/> ◎取り組むつもりはない		<input type="checkbox"/> ◎取り組むつもりはない	

〈連携の状況〉

12 退院時カンファレンスへの参加状況について1つ選択ください。

- ①参加依頼されたことはない
- ②ほとんどの場合、参加していない
- ③可能な場合は参加している
- ④依頼があればほぼ参加している

13 在宅医療（診療技術、診療報酬等）、介護サービス、福祉サービスなどについて、自院以外で気軽に相談ができる機関数をそれぞれ1つ選択ください。

1. 診療所（医師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
2. 病院（医師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
3. 歯科診療所（歯科医師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
4. 薬局（薬剤師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
5. 訪問看護ステーション（看護師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
6. 医療機関（看護師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
7. 居宅介護支援事業所（ケアマネ）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
8. 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
9. その他（ ）		<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上

14 在宅医療を実施するにあたって、下記にある1～6の事業所・施設と連携してこられましたか。連携機関数の該当するところを選択ください。在宅医療を提供されていない場合は□◎を選択ください。


- | | | | |
|---------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. 病院 | <input type="checkbox"/> ① 0 | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |
| 2. 診療所 | <input type="checkbox"/> ① 0 | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |
| 3. 歯科診療所 | <input type="checkbox"/> ① 0 | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |
| 4. 訪問看護ステーション | <input type="checkbox"/> ① 0 | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |
| 5. 居宅介護支援事業所 | <input type="checkbox"/> ① 0 | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |
| 6. 地域包括支援センター | <input type="checkbox"/> ① 0 | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |
| 7. その他（ ） | | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |

□◎ 在宅医療を提供しないので該当しない

15 以下の機関と連携をさらに強化するとき、困難を感じますか。それぞれ該当するところを1つ選択ください。

1. 診療所（医師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
2. 病院（医師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
3. 歯科診療所（歯科医師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
4. 薬局（薬剤師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
5. 訪問看護ステーション（看護師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
6. 医療機関（看護師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
7. 居宅介護支援事業所（ケアマネ）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
8. 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
12. その他（ ）				

16 訪問診療や往診で対応中の患者が、緊急入院が必要となった場合の受け入れ先の確保について、該当するところを1つ選択ください。

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ① 容易に入院先を確保できる
<input type="checkbox"/> ② 概ね確保できているが時々苦労する
<input type="checkbox"/> ③ しばしば苦労している
<input type="checkbox"/> ④ その都度苦労している
<input type="checkbox"/> ⑤ 緊急入院が必要になったことは今までほとんどない
<input type="checkbox"/> ⑥ 在宅医療は提供しないので該当しない | } |  | 確保している施設を選んでください
<input type="checkbox"/> i 自診療所
<input type="checkbox"/> ii 自診療所以外の診療所
<input type="checkbox"/> iii 病院 |
|--|---|--|--|

17 在宅医療の充実のため以下の項目が必要と感じますか。それぞれ該当するところを1つ選択ください。

1. 地域の医師の在宅医療に対する理解の向上	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
2. 在宅医療従事者の人材育成システム	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
3. 24時間体制に協力可能な医師の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
4. 在宅医のための研修システム	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
5. 在宅の診療が可能な歯科医師の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
6. 24時間体制の麻薬処方ができる薬局の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
7. 24時間体制の訪問看護ステーションの存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
8. 緊急時の入院・入所等の受け入れのための病床確保	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
9. 在宅医療に関する住民への啓発	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
10. 在宅医療に関する地域の民生委員等への啓発	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
11. 介護福祉サービスの充実	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
12. 入院患者が円滑に在宅移行できるような病院の取組	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
13. 多職種との情報交換・顔合わせができる場	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
14. 在宅療養の相談拠点	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
15. その他（ ）				

18 下記の連携のためのツールについて、該当するものをそれぞれ1つ選択ください。

	□①知っており活用している	□②知っているが活用はしていない	□③知らない
1. 南和地域における入退院連携マニュアル	□①	□②	□③
2. 南和地域で活動する医療・介護等従事者のために医療と介護の情報マップ	□①	□②	□③
3. くすりの困りごと相談シート	□①	□②	□③
4. 栄養サマリー	□①	□②	□③
5. 食形態一覧表	□①	□②	□③
6. 歯と口のチェックリスト	□①	□②	□③

〈意識〉

19 在宅医療に関する意識（主観）について、該当するところをそれぞれ1つ選択ください。

1. 他関係機関との連絡がしやすくなった	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない
2. 在宅医療体制は整った	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない
3. 貴診療所の在宅医療への関心が高まった	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない
4. 関係機関全体の在宅医療への関心が高まった	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない
5. 市町村担当課との連絡がしやすくなった	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない
6. 今後、さらに地域包括ケアシステム実現に向けて対策を強化していく必要がある	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない

20 在宅医療についてのご意見等がありましたらご自由に記入ください。

ご協力ありがとうございました。

〈在宅に関する評価〉

6 在宅医療に対するイメージについて、それぞれ該当するものを1つ選択ください。

1. 病棟医師の在宅移行への意識は高まっている	<input type="checkbox"/> ① そう思う	<input type="checkbox"/> ② 少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③ あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④ 思わない	<input type="checkbox"/> ⑤ わからない
2. 病棟看護師の在宅移行への意識は高まっている	<input type="checkbox"/> ① そう思う	<input type="checkbox"/> ② 少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③ あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④ 思わない	<input type="checkbox"/> ⑤ わからない
3. 退院支援を必要な患者が、退院支援がもれている事例がある	<input type="checkbox"/> ① そう思う	<input type="checkbox"/> ② 少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③ あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④ 思わない	<input type="checkbox"/> ⑤ わからない
4. 退院支援の要否に関わる医療従事者のアセスメントの質を向上させる必要がある	<input type="checkbox"/> ① そう思う	<input type="checkbox"/> ② 少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③ あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④ 思わない	<input type="checkbox"/> ⑤ わからない
5. 退院にむけての院内のルールや仕組み（退院支援マニュアル等）があり、退院支援の一連の流れがある	<input type="checkbox"/> ① そう思う	<input type="checkbox"/> ② 少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③ あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④ 思わない	<input type="checkbox"/> ⑤ わからない
6. 医療依存度が高い患者の在宅は困難	<input type="checkbox"/> ① そう思う	<input type="checkbox"/> ② 少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③ あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④ 思わない	<input type="checkbox"/> ⑤ わからない
7. 家族の介護負担が大きい	<input type="checkbox"/> ① そう思う	<input type="checkbox"/> ② 少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③ あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④ 思わない	<input type="checkbox"/> ⑤ わからない
8. 在宅で緩和ケアや看取りの対応は困難	<input type="checkbox"/> ① そう思う	<input type="checkbox"/> ② 少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③ あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④ 思わない	<input type="checkbox"/> ⑤ わからない
9. 在宅医療では十分な医療が提供できない	<input type="checkbox"/> ① そう思う	<input type="checkbox"/> ② 少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③ あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④ 思わない	<input type="checkbox"/> ⑤ わからない
10. 地域の在宅医療のニーズが増えている	<input type="checkbox"/> ① そう思う	<input type="checkbox"/> ② 少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③ あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④ 思わない	<input type="checkbox"/> ⑤ わからない
11. 患者・家族に、在宅でできることを知っておいてほしい	<input type="checkbox"/> ① そう思う	<input type="checkbox"/> ② 少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③ あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④ 思わない	<input type="checkbox"/> ⑤ わからない
12. 今後在宅医療は推進すべき	<input type="checkbox"/> ① そう思う	<input type="checkbox"/> ② 少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③ あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④ 思わない	<input type="checkbox"/> ⑤ わからない

〈在宅の実施状況〉

7 以下のような要因で、在宅移行が困難であったケースが、この1年間でありましたか。それぞれ該当するものを選択ください。

1. 本人は在宅を望んだが、家族が望んでいなかった	<input type="checkbox"/> ① ない	<input type="checkbox"/> ② 時々ある	<input type="checkbox"/> ③ よくある (人位)
2. 訪問診療してくれる医師が見つからなかった	<input type="checkbox"/> ① ない	<input type="checkbox"/> ② 時々ある	<input type="checkbox"/> ③ よくある (人位)
3. 訪問看護が確保できなかった	<input type="checkbox"/> ① ない	<input type="checkbox"/> ② 時々ある	<input type="checkbox"/> ③ よくある (人位)
4. 在宅介護サービスを十分そろえられなかった	<input type="checkbox"/> ① ない	<input type="checkbox"/> ② 時々ある	<input type="checkbox"/> ③ よくある (人位)
5. 住環境が整わなかった (例：バリアフリー化が困難)	<input type="checkbox"/> ① ない	<input type="checkbox"/> ② 時々ある	<input type="checkbox"/> ③ よくある (人位)
6. その他 ()		<input type="checkbox"/> ② 時々ある	<input type="checkbox"/> ③ よくある (人位)

〈連携の状況〉

8 在宅医療（診療技術、診療報酬等）、介護サービス、福祉サービスなどについて、同一法人以外の専門的な相談ができる機関数をそれぞれ1つを選択ください。

1. 診療所（医師）	<input type="checkbox"/> ①0カ所	<input type="checkbox"/> ②1カ所	<input type="checkbox"/> ③2カ所	<input type="checkbox"/> ④3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤5カ所以上
2. 病院（医師）	<input type="checkbox"/> ①0カ所	<input type="checkbox"/> ②1カ所	<input type="checkbox"/> ③2カ所	<input type="checkbox"/> ④3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤5カ所以上
3. 歯科診療所（歯科医師）	<input type="checkbox"/> ①0カ所	<input type="checkbox"/> ②1カ所	<input type="checkbox"/> ③2カ所	<input type="checkbox"/> ④3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤5カ所以上
4. 薬局（薬剤師）	<input type="checkbox"/> ①0カ所	<input type="checkbox"/> ②1カ所	<input type="checkbox"/> ③2カ所	<input type="checkbox"/> ④3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤5カ所以上
5. 訪問看護ステーション（看護師）	<input type="checkbox"/> ①0カ所	<input type="checkbox"/> ②1カ所	<input type="checkbox"/> ③2カ所	<input type="checkbox"/> ④3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤5カ所以上
6. 医療機関（看護師）	<input type="checkbox"/> ①0カ所	<input type="checkbox"/> ②1カ所	<input type="checkbox"/> ③2カ所	<input type="checkbox"/> ④3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤5カ所以上
7. 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> ①0カ所	<input type="checkbox"/> ②1カ所	<input type="checkbox"/> ③2カ所	<input type="checkbox"/> ④3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤5カ所以上
8. 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> ①0カ所	<input type="checkbox"/> ②1カ所	<input type="checkbox"/> ③2カ所	<input type="checkbox"/> ④3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤5カ所以上
9. 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> ①0カ所	<input type="checkbox"/> ②1カ所	<input type="checkbox"/> ③2カ所	<input type="checkbox"/> ④3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤5カ所以上
10. 特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> ①0カ所	<input type="checkbox"/> ②1カ所	<input type="checkbox"/> ③2カ所	<input type="checkbox"/> ④3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤5カ所以上
11. グループホーム	<input type="checkbox"/> ①0カ所	<input type="checkbox"/> ②1カ所	<input type="checkbox"/> ③2カ所	<input type="checkbox"/> ④3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤5カ所以上
12. その他（ ）	<input type="checkbox"/> ②1カ所	<input type="checkbox"/> ③2カ所	<input type="checkbox"/> ④3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤5カ所以上	

9 在宅医療を実施するにあたって、下記にある1～6の事業所・施設の何カ所くらいと連携してこられましたか。連携機関数の該当するところを選択ください。

- | | | | |
|---------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. 病院 | <input type="checkbox"/> ① 0 | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |
| 2. 診療所 | <input type="checkbox"/> ① 0 | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |
| 3. 歯科診療所 | <input type="checkbox"/> ① 0 | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |
| 4. 訪問看護ステーション | <input type="checkbox"/> ① 0 | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |
| 5. 居宅介護支援事業所 | <input type="checkbox"/> ① 0 | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |
| 6. 地域包括支援センター | <input type="checkbox"/> ① 0 | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |
| 7. その他（ ） | | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |

10 以下の機関と連携をさらに強化するとき、困難を感じますか。それぞれ該当するところを1つ選択ください。

1. 診療所（医師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
2. 病院（医師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
3. 歯科診療所（歯科医師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
4. 薬局（薬剤師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
5. 訪問看護ステーション（看護師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
6. 医療機関（看護師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
7. 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
8. 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
9. 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
10. 特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
11. グループホーム	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
12. その他（ ）				

11 在宅医療の充実のため以下の項目が必要と感じますか。それぞれ該当するところを1つ選択ください。

1. 地域の医師の在宅医療に対する理解の向上	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
2. 在宅医療従事者の人材育成システム	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
3. 24時間体制に協力可能な医師の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
4. 在宅医のための研修システム	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
5. 在宅の診療が可能な歯科医師の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
6. 24時間体制の麻薬処方ができる薬局の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
7. 24時間体制の訪問看護ステーションの存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
8. 緊急時の入院・入所等の受け入れのための病床確保	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
9. 在宅医療に関する住民への啓発	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
10. 在宅医療に関する地域の民生委員等への啓発	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
11. 介護福祉サービスの充実	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
12. 入院患者が円滑に在宅移行できるような病院の取組	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
13. 多職種との情報交換・顔合わせができる場	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
14. 在宅療養の相談拠点	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
15. その他（ ）				

〈ツールの周知・活用〉

12 下記の連携のためのツールについて、該当するものをそれぞれ1つ選択ください。

	<input type="checkbox"/> ① 知っており活用している	<input type="checkbox"/> ② 知っているが活用はしていない	<input type="checkbox"/> ③ 知らない
1. 南和地域における入退院連携マニュアル	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
2. 南和地域で活動する医療・介護等従事者のために医療と介護の情報マップ	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
3. くすりの困りごと相談シート	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
4. 栄養サマリー	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
5. 食形態一覧表	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
6. 歯と口のチェックリスト	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③

〈意識〉

13 在宅医療に関する意識（主観）について、該当するところをそれぞれ1つ選択ください。

1. 他関係機関との連絡がしやすくなった	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
2. 在宅医療体制は整った	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
3. 貴院の在宅医療への関心が高まった	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
4. 関係機関全体の在宅医療への関心が高まった	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
5. 市町村担当課との連絡がしやすくなった	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
6. 今後、さらに地域包括ケアシステム実現に向けて対策を強化していく必要がある	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない

14 在宅医療についてのご意見等がありましたらご自由に記入ください。

ご協力ありがとうございました。

- 7 貴診療所で在宅歯科医療を行っている現在の患者数、及び現体制のままで1ヶ月間に対応可能な患者の最大数を選択ください。

現在実施している在宅患者数	対応可能な在宅患者数（予測数）
<input type="checkbox"/> ① 0人	<input type="checkbox"/> ① 1～2人
<input type="checkbox"/> ② 1～2人	<input type="checkbox"/> ② 3～9人
<input type="checkbox"/> ③ 3～9人	<input type="checkbox"/> ③ 10～19人
<input type="checkbox"/> ④ 10～19人	<input type="checkbox"/> ④ 20～29人
<input type="checkbox"/> ⑤ 20～29人	<input type="checkbox"/> ⑤ 30人以上
<input type="checkbox"/> ⑥ 30人以上	

〈連携の状況〉

- 8 在宅医療（診療技術、診療報酬等）、介護サービス、福祉サービスなどについて、同一法人以外で気軽に相談ができる機関数をそれぞれ1つ選択ください。

1. 診療所（医師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
2. 病院（医師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
3. 歯科診療所（歯科医師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
4. 薬局（薬剤師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
5. 訪問看護ステーション（看護師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
6. 医療機関（看護師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
7. 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
8. 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
9. 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
10. 特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
11. グループホーム	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
12. その他（	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上	

- 9 以下の機関と連携をさらに強化するとき、困難を感じますか。それぞれ該当するところを選びください。

1. 診療所（医師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
2. 病院（医師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
3. 歯科診療所（歯科医師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
4. 薬局（薬剤師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
5. 訪問看護ステーション（看護師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
6. 医療機関（看護師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
7. 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
8. 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
9. 障がい者（児）施設	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
10. 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
11. 特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
12. グループホーム	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
13. その他（				

10 在宅歯科医療の充実のため以下の項目が必要と感じますか。それぞれ該当するところを1つ選択ください。

1. 診療所の医師の在宅歯科医療に対する理解の向上	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
2. 病院の医師の在宅歯科医療に対する理解の向上	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
3. 地域の歯科医師の在宅歯科医療に対する理解の向上	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
4. 歯科衛生士の在宅歯科医療に対する理解の向上	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
5. 訪問看護師の在宅歯科医療に対する理解の向上	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
6. ケアマネージャーの在宅歯科医療に対する理解の向上	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
7. 在宅医療従事者の人材育成システム	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
8. 歯科医師のための在宅での研修システム	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
9. 在宅歯科医療に関する住民への啓発	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
10. 在宅医療に関する地域の民生委員等への啓発	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
11. 介護福祉サービスの充実	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
12. 多職種との情報交換・顔合わせができる場	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
13. 在宅療養の相談拠点	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
14. その他（ ）				

〈ツールの周知・活用〉

11 下記の連携のためのツールについて、該当するものをそれぞれ1つ選択ください。

	<input type="checkbox"/> ①知っており活用している	<input type="checkbox"/> ②知っているが活用はしていない	<input type="checkbox"/> ③知らない
1. 南和地域における入退院連携マニュアル	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
2. 南和地域で活動する医療・介護等従事者のために医療と介護の情報マップ	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
3. くすりの困りごと相談シート	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
4. 栄養サマリー	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
5. 食形態一覧表	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
6. 歯と口のチェックリスト	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③

〈意識〉

12 在宅医療に関する意識（主観）について、該当するところをそれぞれ1つ選択ください。

1. 他関係機関との連絡がしやすくなった	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
2. 在宅医療体制は整った	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
3. 貴歯科診療所の在宅医療への関心が高まった	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
4. 関係機関全体の在宅医療への関心が高まった	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
5. 市町村担当課との連絡がしやすくなった	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
6. 今後、さらに地域包括ケアシステム実現に向けて対策を強化していく必要がある	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない

13 在宅医療・在宅歯科医療についてのご意見、希望される研修内容等がありましたらご自由に記入ください。

ご協力ありがとうございました。

地域在宅医療・包括ケア連携に関する現状調査（薬局用）

記入にあたってのお願い

- ・薬局の管理薬剤師の方が記入ください。
- ・該当するところの□を✓でチェックして下さい。記入部分には記載をお願いします。
- ・令和5年7月31日までに返信用封筒によりご返送ください。
- ・時点については、令和5年7月1日現在でご記入下さい。
- ・ご回答いただいた内容は、実態把握や課題検討等に使用させていただきます。
- ・この調査のお問い合わせは、下記までお願いいたします。

担当：奈良県吉野保健所 健康増進課 籠甲屋・河村
電話 0747-64-8134
FAX 0747-52-7259

薬局名		記載者氏名	
メールアドレス または FAX番号			

〈貴薬局の概要〉

1 貴薬局の薬剤師の人数を記入ください。

薬剤師数	常勤	人	非常勤	人
------	----	---	-----	---

2 麻薬小売業の免許を取得していますか。

- ① 届出している
② 今後届出したい
③ 届出は考えていない

〈在宅に関する評価〉

3 貴薬局がもつ在宅医療に対するイメージについて、それぞれ該当するものを1つ選択ください。

1. 在宅医療に関心がある	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
2. 在宅医療は十分な医療が提供できない	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
3. 緩和ケア・在宅看取りへの対応は困難	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
4. 在宅医療に従事する薬剤師の時間的拘束の負担が大きい	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
5. 在宅医療における薬剤師の必要性を理解している医師は増えている	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
6. 在宅医療における薬剤師の必要性を理解しているケアマネジャーは増えている	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
7. 在宅における薬剤費の患者負担が大きい	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
8. 家族の介護負担が大きい	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
9. 在宅医療へ従事する薬剤師の満足度は高い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
10. 在宅医療で薬剤師の訪問を受ける患者の満足度は高い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
11. 在宅医療で薬剤師の訪問を受ける家族の満足度は高い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
12. 在宅で薬剤師の訪問を望む患者は増えている	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
13. 今後在宅医療は推進すべきである	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない

8 貴薬局の現在の在宅医療における服薬指導患者数と、現体制のまま1ヶ月間に対応可能な患者の最大数を選択ください。

現在実施している在宅患者数	対応可能な在宅患者数
<input type="checkbox"/> ① 0人	<input type="checkbox"/> ① 患者の強い希望があれば1～2人可能
<input type="checkbox"/> ② 1～2人	<input type="checkbox"/> ② 5人未満
<input type="checkbox"/> ③ 3～9人	<input type="checkbox"/> ③ 5～9人
<input type="checkbox"/> ④ 10～19人	<input type="checkbox"/> ④ 10～19人
<input type="checkbox"/> ⑤ 20～29人	<input type="checkbox"/> ⑤ 20～29人
<input type="checkbox"/> ⑥ 30人以上	<input type="checkbox"/> ⑥ 30人以上
	<input type="checkbox"/> ◎ 取り組むつもりはない

〈連携の状況〉

9 在宅医療、介護サービス、福祉サービスなどについて、気軽に相談ができる機関数をそれぞれ1つ選択ください。

1. 診療所（医師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
2. 病院（医師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
3. 歯科診療所（歯科医師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
4. 薬局（薬剤師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
5. 訪問看護ステーション （看護師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
6. 医療機関（看護師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
7. 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
8. 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
9. 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
10. 特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
11. グループホーム	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
12. その他（ ）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上

10 在宅医療を実施するにあたって、下記にある1～4の事業所・施設の何カ所くらいと連携してこられましたか。連携機関数の該当するところをそれぞれ選択ください。在宅医療を提供されていない場合は◎を選択ください。

- | | | | |
|----------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. 診療所 | <input type="checkbox"/> ① 0 | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |
| 2. 病院 | <input type="checkbox"/> ① 0 | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |
| 3. 歯科診療所 | <input type="checkbox"/> ① 0 | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |
| 4. 訪問看護ステーション | <input type="checkbox"/> ① 0 | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |
| 5. 居宅介護支援事業所 | <input type="checkbox"/> ① 0 | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |
| 6. 訪問介護サービス事業所 | <input type="checkbox"/> ① 0 | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |
| 7. その他（ ） | <input type="checkbox"/> ① 0 | <input type="checkbox"/> ② 1カ所 | <input type="checkbox"/> ③ 2カ所以上 |
- ◎ 在宅医療を提供しないので該当しない

11 以下の機関と連携をさらに強化するとき、困難を感じますか。それぞれ該当するところを1つ選択ください。

1. 診療所（医師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
2. 病院（医師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
3. 歯科診療所	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
4. 薬局	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
5. 訪問看護ステーション（看護師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
6. 医療機関（看護師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
7. 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
8. 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
9. 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
10. 特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
11. グループホーム	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
12. その他（ ）				

12 在宅医療の充実のため以下の項目が必要と感じますか。それぞれ該当するところを1つ選択ください。

1. 地域の医師の在宅医療に対する理解の向上	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
2. 地域の薬剤師の在宅医療に対する理解の向上	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
3. 在宅医療従事者の人材育成システム	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
4. 24時間体制に協力可能な医師の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
5. 在宅の診療が可能な歯科医師の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
6. 24時間体制の麻薬処方ができる薬局の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
7. 24時間体制の訪問看護ステーションの存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
8. 緊急時の入院・入所等の受け入れのための病床確保	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
9. 在宅医療に関する住民への啓発	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
10. 在宅医療に関する地域の民生委員等への啓発	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
11. 介護福祉サービスの充実	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
12. 入院患者が円滑に在宅移行できるような病院の取組	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
13. 多職種との情報交換・顔合わせができる場	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
14. 在宅療養の相談拠点	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
15. その他（ ）				

〈ツールの周知・活用〉

13 下記の連携のためのツールについて、該当するものをそれぞれ1つ選択ください。

	□①知っており活用している	□②知っているが活用はしていない	□③知らない
1. 南和地域における入退院連携マニュアル	□①	□②	□③
2. 南和地域で活動する医療・介護等従事者のために医療と介護の情報マップ	□①	□②	□③
3. くすりの困りごと相談シート	□①	□②	□③
4. 栄養サマリー	□①	□②	□③
5. 食形態一覧表	□①	□②	□③
6. 歯と口のチェックリスト	□①	□②	□③

〈意識〉

14 在宅医療に関する意識（主観）について、該当するところをそれぞれ1つ選択ください。

1. 他関係機関との連絡がしやすくなった	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない
2. 在宅医療体制は整った	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない
3. 貴薬局の在宅医療への関心が高まった	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない
4. 関係機関全体の在宅医療への関心が高まった	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない
5. 市町村担当課との連絡がしやすくなった	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない
6. 今後、さらに地域包括ケアシステム実現に向けて対策を強化していく必要がある	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない

15 在宅医療についてのご意見等がありましたらご自由に記入ください。

ご協力ありがとうございました。

地域在宅医療・包括ケア連携に関する現状調査 (居宅介護支援事業所用)

記入にあたってのお願い

- ・様式1は居宅介護支援事業所の管理者の方が記入ください。
様式2はケアマネ1人につき1枚記入ください。
- 退院状況調査をもとにケアマネ数を同封しておりますが、不足している場合は恐れ入りますが用紙をコピーしていただきご回答ください。
- ・該当するところの□を✓でチェックして下さい。記入部分には記載をお願いします。
- ・令和5年7月31日までに返信用封筒によりご返送ください。
- ・時点については、令和5年7月1日現在でご記入下さい。
- ・ご回答いただいた内容は、実態把握や課題検討等に使用させていただきます。
- ・この調査のお問い合わせは、下記までお願いいたします。

担当：奈良県吉野保健所 健康増進課 籠甲屋・河村
電話 0747-64-8134
FAX 0747-52-7259

事業所名			所在市町村名	
記載者氏名		メールアドレス または FAX番号		

〈貴事業所の概要〉

1 貴事業所の設置主体を1つだけ選択ください。

- ①社会福祉協議会
 ②社会福祉法人
 ③医療法人
 ④有限(株式)会社
⑤社団・財団法人
 ⑥その他()

2 併設施設・併設事業所がありますか。(※複数回答可)

- ①ない
 ②通所リハ
 ③訪問リハ
 ④通所介護
 ⑤訪問介護
 ⑥居宅介護支援事業所
⑦訪問看護ステーション
⑧介護老人保健施設
⑨特別養護老人ホーム
⑩その他()

3 貴事業所の加算項目について該当するものを選択ください。

加算項目	届出の有無		届出ありの場合の 保険請求の有無	
	<input type="checkbox"/> ①あり	<input type="checkbox"/> ②なし	<input type="checkbox"/> ①あり	<input type="checkbox"/> ②なし
1.特定事業所加算(Ⅰ)の加算の有無	<input type="checkbox"/> ①あり	<input type="checkbox"/> ②なし	<input type="checkbox"/> ①あり	<input type="checkbox"/> ②なし
2.特定事業所加算(Ⅱ)の加算の有無	<input type="checkbox"/> ①あり	<input type="checkbox"/> ②なし	<input type="checkbox"/> ①あり	<input type="checkbox"/> ②なし
3.入院時情報連携加算の有無			<input type="checkbox"/> ①あり	<input type="checkbox"/> ②なし
4.退院・退所加算の有無			<input type="checkbox"/> ①あり	<input type="checkbox"/> ②なし
5.独居高齢者加算の有無			<input type="checkbox"/> ①あり	<input type="checkbox"/> ②なし
6.緊急時等居宅カンファレンス加算			<input type="checkbox"/> ①あり	<input type="checkbox"/> ②なし

16. 医療知識（用語を含む）の不足が業務に支障をきたしている	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
17. 医療依存度の高いケースのアセスメントは苦手意識がある	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
18. ケアプランは必要に応じて職場内の他のスタッフと相談しながら作成している	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
19. ケアプラン作成時は医師、看護師の意見を十分もらっている	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
20. 医療知識を学ぶ場（機会）が多い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
21. 教育機会がもっと必要である	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
22. 研修会や勉強会にはあまり参加できない	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
23. サービス担当者会議の日程調整に多大な時間と手間がかかる	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
24. 他機関との情報共有に多大な時間と手間がかかっている	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
25. 貴事業所において、医療依存度が高いケースへの対応能力は向上している	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
26. 在宅医療を受ける患者の満足度は高い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
27. 在宅医療を受ける家族の満足度は高い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
28. 地域の在宅医療のニーズが増えている	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
29. 今後在宅医療は推進すべきである	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない

4 退院時の在宅移行がスムーズにいかない要因と考えられるものを、それぞれ1つ選択ください。

1. 患者・家族に介護保険の理解が不足している	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
2. 病院スタッフに介護保険の理解が不足している	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
3. 情報があっても医療アセスメントが困難である	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
4. 医療職であっても最近の治療に関する知識が不足している	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
5. 患者・家族が在宅への不安が強い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
6. 病院スタッフが在宅への不安が強い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
7. 患者・家族が利用できるサービスを知らない	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
8. 病院スタッフが利用できるサービスを知らない	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
9. 地域サービス事業所の受け入れが困難である	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない

10. 在宅移行にあたっての病院からの連絡が遅い	<input type="checkbox"/> ① そう思う	<input type="checkbox"/> ② 少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③ あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④ 思わない
11. 担当の介護支援専門員がいない（介護保険未利用）	<input type="checkbox"/> ① そう思う	<input type="checkbox"/> ② 少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③ あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④ 思わない
12. 独居や老々介護	<input type="checkbox"/> ① そう思う	<input type="checkbox"/> ② 少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③ あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④ 思わない
13. その他（ ）				

5 下記の病態の患者について、対応の状況で該当するものをそれぞれ1つ選択ください。

	<input type="checkbox"/> ① 対応できている	<input type="checkbox"/> ② 実績はないが実施可能と思われる	<input type="checkbox"/> ③ できない
1. 末期がん（看取り）患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
2. 末期がん（疼痛緩和）患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
3. 褥瘡ケアが必要な患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
4. 経鼻栄養の管理が必要な患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
5. 胃瘻・腸瘻の管理が必要な患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
6. 人工肛門の管理が必要な患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
7. 中心静脈栄養の管理が必要な患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
8. 人工呼吸器をつけている患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
9. 尿留置カテーテル（膀胱瘻・腎瘻含）の管理が必要な患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
10. 吸引（気管切開以外）が必要な患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
11. 精神疾患患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
12. 難病患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③

〈連携の状況〉

6 医療・介護サービス、福祉サービスなどについて、同一法人以外で気軽に相談ができる機関数をそれぞれ1つ選択ください。

1. 診療所（医師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
2. 病院（医師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
3. 歯科診療所（歯科医師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
4. 薬局（薬剤師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
5. 訪問看護ステーション（看護師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
6. 医療機関（看護師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
7. 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
8. 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
9. 介護老人保健施設（ケアマネ）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
10. 特別養護老人ホーム（ケアマネ）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
11. グループホーム（ケアマネ）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
12. その他（ ）		<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上

7 以下の機関と連携をさらに強化するとき、困難を感じますか。該当するところをそれぞれ1つ選択ください。

1. 診療所（医師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
2. 病院（医師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
3. 歯科診療所（歯科医師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
4. 薬局（薬剤師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
5. 訪問看護ステーション （看護師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
6. 医療機関（看護師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
7. 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
8. 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
9. 介護老人保健施設 （ケアマネ）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
10. 特別養護老人ホーム （ケアマネ）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
11. グループホーム（ケアマネ）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
12. その他（ ）				

8 在宅医療の充実のため以下の項目が必要と感じますか。該当するところをそれぞれ1つ選択ください。

1. 地域の医師の在宅医療に対する理解の向上	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
2. 在宅医療従事者の人材育成システム	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
3. 24時間体制に協力可能な医師の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
4. 在宅の診療が可能な歯科医師の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
5. 24時間体制の麻薬処方ができる薬局の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
6. 24時間体制の訪問看護ステーションの存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
7. 医療機器のレンタル・購入の充実（価格、内容等）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
8. 緊急時の入院・入所等の受け入れのための病床確保	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
9. 在宅医療に関する住民への啓発	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
10. 在宅医療に関する地域の民生委員等への啓発	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
11. 介護福祉サービスの充実	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
12. 入院患者が円滑に在宅移行できるような病院の取組	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
13. 多職種との情報交換・顔合わせができる場	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
14. 在宅療養の相談拠点	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
15. その他（ ）				

〈ツールの周知・活用〉

9 下記の連携のためのツールについて、該当するものをそれぞれ1つ選択ください。

	□①知っており活用している	□②知っているが活用はしていない	□③知らない
1. 南和地域における入退院連携マニュアル	□①	□②	□③
2. 南和地域で活動する医療・介護等従事者のために医療と介護の情報マップ	□①	□②	□③
3. くすりの困りごと相談シート	□①	□②	□③
4. 栄養サマリー	□①	□②	□③
5. 食形態一覧表	□①	□②	□③
6. 歯と口のチェックリスト	□①	□②	□③

〈意識〉

10 在宅医療に関する意識（主観）について、該当するところをそれぞれ1つ選択ください。

1. 他関係機関との連絡がしやすくなった	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない
2. 在宅医療体制は整った	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない
3. 貴所の在宅医療への関心が高まった	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない
4. 関係機関全体の在宅医療への関心が高まった	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない
5. 市町村担当課との連絡がしやすくなった	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない
6. 今後、さらに地域包括ケアシステム実現に向けて対策を強化していく必要がある	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない

11 在宅医療についてのご意見等がありましたらご自由に記入ください。

ご協力ありがとうございました。

16. 医療知識（用語を含む）の不足が業務に支障をきたしている	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
17. 医療依存度の高いケースのアセスメントは苦手意識がある	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
18. ケアプランは必要に応じて職場内の他のスタッフと相談しながら作成している	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
19. ケアプラン作成時は医師、看護師の意見を十分もらっている	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
20. 医療知識を学ぶ場（機会）が多い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
21. 教育機会がもっと必要である	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
22. 研修会や勉強会にはあまり参加できない	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
23. サービス担当者会議の日程調整に多大な時間と手間がかかる	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
24. 他機関との情報共有に多大な時間と手間がかかっている	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
25. 貴事業所において、医療依存度が高いケースへの対応能力は向上している	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
26. 在宅医療を受ける患者の満足度は高い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
27. 在宅医療を受ける家族の満足度は高い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
28. 地域の在宅医療のニーズが増えている	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
29. 今後在宅医療は推進すべきである	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない

4 退院時の在宅移行がスムーズにいかない要因と考えられるものを、それぞれ1つ選択ください。

1. 患者・家族に介護保険の理解が不足している	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
2. 病院スタッフに介護保険の理解が不足している	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
3. 情報があっても医療アセスメントが困難である	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
4. 医療職であっても最近の治療に関する知識が不足している	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
5. 患者・家族が在宅への不安が強い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
6. 病院スタッフが在宅への不安が強い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
7. 患者・家族が利用できるサービスを知らない	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
8. 病院スタッフが利用できるサービスを知らない	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
9. 地域サービス事業所の受け入れが困難である	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない

10. 在宅移行にあたっての病院からの連絡が遅い	<input type="checkbox"/> ① そう思う	<input type="checkbox"/> ② 少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③ あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④ 思わない
11. 担当の介護支援専門員がいない（介護保険未利用）	<input type="checkbox"/> ① そう思う	<input type="checkbox"/> ② 少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③ あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④ 思わない
12. 独居や老々介護	<input type="checkbox"/> ① そう思う	<input type="checkbox"/> ② 少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③ あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④ 思わない
13. その他（ ）				

5 下記の病態の患者について、対応の状況で該当するものをそれぞれ1つ選択ください。

	<input type="checkbox"/> ① 対応できている	<input type="checkbox"/> ② 実績はないが実施可能と思われる	<input type="checkbox"/> ③ できない
1. 末期がん（看取り）患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
2. 末期がん（疼痛緩和）患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
3. 褥瘡ケアが必要な患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
4. 経鼻栄養の管理が必要な患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
5. 胃瘻・腸瘻の管理が必要な患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
6. 人工肛門の管理が必要な患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
7. 中心静脈栄養の管理が必要な患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
8. 人工呼吸器をつけている患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
9. 尿留置カテーテル（膀胱瘻・腎瘻含）の管理が必要な患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
10. 吸引（気管切開以外）が必要な患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
11. 精神疾患患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
12. 難病患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③

〈連携の状況〉

6 医療・介護サービス、福祉サービスなどについて、同一法人以外で気軽に相談ができる機関数をそれぞれ1つ選択ください。

1. 診療所（医師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
2. 病院（医師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
3. 歯科診療所（歯科医師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
4. 薬局（薬剤師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
5. 訪問看護ステーション（看護師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
6. 医療機関（看護師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
7. 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
8. 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
9. 介護老人保健施設（ケアマネ）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
10. 特別養護老人ホーム（ケアマネ）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
11. グループホーム（ケアマネ）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
12. その他（ ）		<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上

7 以下の機関と連携をさらに強化するとき、困難を感じますか。該当するところをそれぞれ1つ選択ください。

1. 診療所（医師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
2. 病院（医師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
3. 歯科診療所（歯科医師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
4. 薬局（薬剤師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
5. 訪問看護ステーション（看護師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
6. 医療機関（看護師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
7. 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
8. 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
9. 介護老人保健施設（ケアマネ）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
10. 特別養護老人ホーム（ケアマネ）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
11. グループホーム（ケアマネ）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
12. その他（ ）				

8 在宅医療の充実のため以下の項目が必要と感じますか。該当するところをそれぞれ1つ選択ください。

1. 地域の医師の在宅医療に対する理解の向上	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
2. 在宅医療従事者の人材育成システム	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
3. 24時間体制に協力可能な医師の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
4. 在宅の診療が可能な歯科医師の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
5. 24時間体制の麻薬処方ができる薬局の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
6. 24時間体制の訪問看護ステーションの存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
7. 医療機器のレンタル・購入の充実（価格、内容等）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
8. 緊急時の入院・入所等の受け入れのための病床確保	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
9. 在宅医療に関する住民への啓発	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
10. 在宅医療に関する地域の民生委員等への啓発	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
11. 介護福祉サービスの充実	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
12. 入院患者が円滑に在宅移行できるような病院の取組	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
13. 多職種との情報交換・顔合わせができる場	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
14. 在宅療養の相談拠点	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
15. その他（ ）				

〈ツールの周知・活用〉

9 下記の連携のためのツールについて、該当するものをそれぞれ1つ選択ください。

	□①知っており活用している	□②知っているが活用はしていない	□③知らない
1. 南和地域における入退院連携マニュアル	□①	□②	□③
2. 南和地域で活動する医療・介護等従事者のために医療と介護の情報マップ	□①	□②	□③
3. くすりの困りごと相談シート	□①	□②	□③
4. 栄養サマリー	□①	□②	□③
5. 食形態一覧表	□①	□②	□③
6. 歯と口のチェックリスト	□①	□②	□③

〈意識〉

10 在宅医療に関する意識（主観）について、該当するところをそれぞれ1つ選択ください。

1. 他関係機関との連絡がしやすくなった	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない
2. 在宅医療体制は整った	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない
3. 貴所の在宅医療への関心が高まった	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない
4. 関係機関全体の在宅医療への関心が高まった	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない
5. 市町村担当課との連絡がしやすくなった	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない
6. 今後、さらに地域包括ケアシステム実現に向けて対策を強化していく必要がある	□① とても感じる	□②感じる	□③あまり感じない	□④感じない

11 在宅医療についてのご意見等がありましたらご自由に記入ください。

ご協力ありがとうございました。

9. 医療費の患者負担が大きい	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
10. 家族の介護負担が大きい	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
11. 在宅医療へ従事する看護師の満足度は高い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
12. 在宅医療を受ける患者の満足度は高い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
13. 在宅医療を受ける家族の満足度は高い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
14. 他機関との情報共有には時間と手間がかかっている	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない
15. 今後在宅医療は推進すべきである	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない	<input type="checkbox"/> ⑤わからない

〈訪問看護の実施状況〉

8 訪問看護で対応可能な疾患・処置について、それぞれ該当するものを1つ選択ください。

	<input type="checkbox"/> ①実施できている	<input type="checkbox"/> ②実績はないが実施可能と思われる	<input type="checkbox"/> ③できない
1. 末期がん（看取り）	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
2. 末期がん（疼痛緩和）	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
3. 褥瘡	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
4. 経管栄養	①経鼻 <input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
	②胃瘻・腸瘻 <input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
5. 人工肛門	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
6. 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
7. 人工呼吸器	①気管切開下陽圧人工呼吸 <input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
	②非侵襲的陽圧人工呼吸 <input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
8. 気管切開のみ	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
尿留置カテーテル （膀胱瘻・腎瘻含）	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
10. 腹膜透析	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
11. 吸引（気管切開以外）	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
12. 小児	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
13. 精神疾患患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
14. 難病患者	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③

〈連携の状況〉

9 介護サービス、福祉サービスなどについて、同一法人以外で気軽に相談ができる機関数をそれぞれ1つ選択ください。

1. 診療所（医師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
2. 病院（医師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
3. 歯科診療所（歯科医師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
4. 薬局（薬剤師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
5. 訪問看護ステーション （看護師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
6. 医療機関（看護師）	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
7. 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
8. 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> ① 0カ所	<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上
9. その他（ ）		<input type="checkbox"/> ② 1カ所	<input type="checkbox"/> ③ 2カ所	<input type="checkbox"/> ④ 3～4カ所	<input type="checkbox"/> ⑤ 5カ所以上

10 訪問看護を実施するにあたって、下記の事業所・施設の何カ所くらいと連携してられましたか。連携機関数の該当するところを選択ください。

- 1. 病院 ① 0 ② 1カ所 ③ 2カ所以上
- 2. 診療所 ① 0 ② 1カ所 ③ 2カ所以上
- 3. 歯科診療所 ① 0 ② 1カ所 ③ 2カ所以上
- 4. 訪問看護ステーション ① 0 ② 1カ所 ③ 2カ所以上
- 5. 居宅介護支援事業所 ① 0 ② 1カ所 ③ 2カ所以上
- 6. 地域包括支援センター ① 0 ② 1カ所 ③ 2カ所以上
- 7. その他 () ② 1カ所 ③ 2カ所以上

11 以下の機関と連携をさらに強化するとき、困難を感じますか。それぞれ該当するところを1つ選択ください。

1. 診療所（医師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
2. 病院（医師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
3. 歯科診療所（歯科医師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
4. 薬局（薬剤師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
5. 訪問看護ステーション（看護師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
6. 医療機関（看護師）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
7. 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
8. 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
9. その他 ()				

12 在宅医療の充実のため以下の項目が必要と感じますか。それぞれ該当するところを1つ選択ください。

1. 地域の医師の在宅医療に対する理解の向上	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
2. 在宅医療従事者の人材育成システム	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
3. 24時間体制に協力可能な医師の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
4. 在宅の診療が可能な歯科医師の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
5. 24時間体制の麻薬処方ができる薬局の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
6. 24時間体制の訪問看護ステーションの存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
7. 緊急時の入院・入所等の受け入れのための病床確保	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない
8. 在宅医療に関する住民への啓発	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ② 感じる	<input type="checkbox"/> ③ あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④ 感じない

記入にあたってのお願い

- 地域包括支援センター代表の方が記入ください。
- 該当するところの□を✓でチェックして下さい。記入部分には記載をお願いします。
- **令和5年7月31日までに返信用封筒によりご返送ください。**
- 時点については、令和5年7月1日現在でご記入下さい。
- ご回答いただいた内容は、実態把握や課題検討等に使用させていただきます。
- この調査のお問い合わせは、下記までお願いいたします。

担当：奈良県吉野保健所 健康増進課 籠甲屋・河村
 電話 0747-64-8134
 FAX 0747-52-7259

事業所名			所在市町村名	
記載者氏名		メールアドレス または FAX番号		

〈貴事業所の概要〉

1 貴センターの設置主体を1つだけ選択ください。

- ①市町村 ②社会福祉協議会 ③その他 ()

2 貴センター職員の職種を選択ください。(※複数回答可)

- ①社会福祉士 ②介護福祉士 ③介護支援専門員 ④看護師 ⑤保健師
⑥歯科衛生士 ⑦栄養士 ⑧行政職 ⑨その他 ()

3 貴センターが担当した6月の利用者の要介護度別人数を回答ください。

	要支援1	要支援2	総合事業対象者	その他	総数
要介護度別利用者数	人	人	人	人	人

〈在宅に関する評価〉

4 退院時の在宅移行がスムーズにいかない要因と考えられるものを、それぞれ1つ選択ください。

1. 患者・家族に介護保険の理解が不足している	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
2. 病院スタッフに介護保険の理解が不足している	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
3. 情報があっても医療アセスメントが困難である	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
4. 医療職であっても最近の治療に関する知識が不足している	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
5. 患者・家族が在宅への不安が強い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
6. 病院スタッフが在宅への不安が強い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
7. 患者・家族が利用できるサービスを知らない	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
8. 病院スタッフが利用できるサービスを知らない	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
9. 地域サービス事業所の受け入れが困難である	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
10. 在宅移行にあたっての病院からの連絡が遅い	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
11. 担当の介護支援専門員がない(介護保険未利用)	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
12. 独居や老々介護	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
13. キーパーソンがない	<input type="checkbox"/> ①そう思う	<input type="checkbox"/> ②少しそう思う	<input type="checkbox"/> ③あまり思わない	<input type="checkbox"/> ④思わない
14. その他 ()				

7 在宅医療の充実のため以下の項目が必要と感じますか。該当するところをそれぞれ1つ選択ください。

1. 地域の医師の在宅医療に対する理解の向上	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
2. 在宅医療従事者の人材育成システム	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
3. 24時間体制に協力可能な医師の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
4. 在宅の診療が可能な歯科医師の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
5. 24時間体制の麻薬処方ができる薬局の存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
6. 24時間体制の訪問看護ステーションの存在	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
7. 医療機器のレンタル・購入の充実（価格、内容等）	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
8. 緊急時の入院・入所等の受け入れのための病床確保	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
9. 在宅医療に関する住民への啓発	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
10. 在宅医療に関する地域の民生委員等への啓発	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
11. 介護福祉サービスの充実	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
12. 入院患者が円滑に在宅移行できるような病院の取組	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
13. 多職種との情報交換・顔合わせができる場	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
14. 在宅療養の相談拠点	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
15. その他（ ）				

〈ツールの周知・活用〉

8 下記の連携のためのツールについて、該当するものをそれぞれ1つ選択ください。

	<input type="checkbox"/> ①知っており活用している	<input type="checkbox"/> ②知っているが活用はしていない	<input type="checkbox"/> ③知らない
1. 南和地域における入退院連携マニュアル	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
2. 南和地域で活動する医療・介護等従事者のために医療と介護の情報マップ	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
3. くすりの困りごと相談シート	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
4. 栄養サマリー	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
5. 食形態一覧表	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③
6. 歯と口のチェックリスト	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③

〈意識〉

9 在宅医療に関する意識（主観）について、該当するところをそれぞれ1つ選択ください。

1. 他関係機関との連絡がしやすくなった	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
2. 在宅医療体制は整った	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
3. 貴センターの在宅医療への関心が高まった	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
4. 関係機関全体の在宅医療への関心が高まった	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
5. 市町村担当課との連絡がしやすくなった	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない
6. 今後、さらに地域包括ケアシステム実現に向けて対策を強化していく必要がある	<input type="checkbox"/> ① とても感じる	<input type="checkbox"/> ②感じる	<input type="checkbox"/> ③あまり感じない	<input type="checkbox"/> ④感じない

10 在宅医療についてのご意見等がありましたらご自由に記入ください。

ご協力ありがとうございました。