

平成29年度宮城県在宅医療実態調査

【本調査の目的】

後期高齢者人口の増加に伴い、在宅医療の需要が大きく増えることが想定されており、患者本人・家族の希望に応じて、住み慣れた自宅等において療養生活を送ることを可能とするため、県内の在宅医療の実施状況などの実態を把握し、各地域における今後の施策推進に必要な基礎資料を得ることを目的として、下記の医療機関を対象に調査をお願いするものです。

- 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院（機能強化型）
- 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院（通常型）
- 在宅時医学総合管理料及び施設入居時医学総合管理料届出医療機関（在支診・在支病以外）
- その他（平成28年度宮城県医療機能調査において、「在宅医療を実施している」と回答した医療機関）

※在宅医療とは、医師、看護師等の医療関係者が、訪問診療及び往診などで患者の自宅や老人施設等を訪問して提供する医療行為の総称です。

- ・「訪問診療」：定期的、計画的に患者の自宅や老人施設等を訪問して提供する医療行為
- ・「往診」：病状変化等により患者の要請で自宅や老人施設等を訪問して提供する医療行為
- ・今回の調査では、施設の嘱託医として入所者に提供する医療行為は調査対象外とします

【本調査の実施に当たって】

ご回答いただいた内容は、本調査の目的以外には使用しません。ただし、各地域における今後の施策推進に活かすための基礎資料として、市町村や郡の単位で集計した上で統計的に（個別医療機関の情報は判別出来ない形で）加工し、市町村や医師会等と共有させていただく場合があることをご了承ください。

■問 I 貴医療機関における在宅医療の取組状況についてお伺いします。

問 I - 1 在宅医療の実施体制について、該当する番号 1 つに○を付けてください。

| | |
|--|--|
| | 1. 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院（機能強化型）の届出をしている |
| | 2. 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院（通常型）の届出をしている |
| | 3. 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の届出はしていないが、在宅時医学総合管理料の届出をしている |
| | 4. その他（ ） |

「1」、「2」に○を付けた医療機関は、24 時間 365 日の実施形態について、最も当てはまる項目 1 つに○を付けてください。

| | |
|--|---------------------------------|
| | ア. 原則として自院のみで実施している |
| | イ. 他医療機関の協力を得て実施している |
| | ウ. 訪問看護ステーションの協力を得て実施している |
| | エ. 他医療機関と訪問看護ステーションの協力を得て実施している |
| | オ. その他（ ） |

問 I - 2 主な対象患者について、該当する番号 1 つに○を付けてください。

| | |
|--|---|
| | 1. 以前から自院に入院・通院していた患者のみを対象としている |
| | 2. 他医療機関より紹介された患者のみを対象としている |
| | 3. 他医療機関より紹介された患者と、以前から自院に入院・通院していた患者のみを対象としている |
| | 4. 自分で調べてきた患者やケアマネ等から依頼のあった患者を含め、特に対象は限定していない |
| | 5. その他（ ） |

問 I - 3 訪問対応している範囲の主な考え方について、該当する番号 1 つに○を付けてください。

| | |
|--|------------------------------|
| | 1. 自院からの距離を基準にしている（概ね k m以内） |
| | 2. 自院からの移動時間を基準にしている（概ね 分以内） |
| | 3. 16 k m以内であれば対応している |
| | 4. その他（ ） |

問 I - 4 貴医療機関が所在している市区町村 1 つに◎を付けてください。

また、これまで訪問対応したことのある市区町村について、該当する市区町村全てに○を付けてください。

| | | | | | |
|-------|------|------|------|-----|--|
| 仙南医療圏 | | | | | |
| 白石市 | 蔵王町 | 七ヶ宿町 | 角田市 | 丸森町 | |
| 大河原町 | 村田町 | 柴田町 | 川崎町 | | |
| 仙台医療圏 | | | | | |
| 青葉区 | 若林区 | 宮城野区 | 太白区 | 泉区 | |
| 塩竈市 | 多賀城市 | 松島町 | 七ヶ浜町 | 利府町 | |
| 名取市 | 岩沼市 | 亘理町 | 山元町 | 富谷市 | |
| 大和町 | 大郷町 | 大衡村 | | | |

| | | | | |
|--------------|------|-----|-----|------|
| 大崎・栗原医療圏 | | | | |
| 栗原市 | 大崎市 | 色麻町 | 加美町 | 涌谷町 |
| 美里町 | | | | |
| 石巻・登米・気仙沼医療圏 | | | | |
| 石巻市 | 東松島市 | 女川町 | 登米市 | 気仙沼市 |
| 南三陸町 | | | | |

問 I - 5 一週間のうち、定期的な訪問診療を行っているおおまかな日数について、**該当する番号1つ**に○を付けてください(半日の場合は0.5日として数えてください)。

| |
|-------------------------------------|
| 1. 5日以上(訪問に専念しほぼ毎日訪問する等) |
| 2. 3～5日(訪問が主で特定日に外来を行う等) |
| 3. 1～3日(外来が主だが特定日に訪問する、毎日半日訪問する等) |
| 4. 1日以下(外来が主で特定日の半日に訪問する、昼休みに訪問する等) |

問 I - 6 在宅医療の実施にあたっての関係機関等との連携状況について、1から7の各番号で**該当する項目1つ**に○を付けてください。

| | 日頃から連携している | 必要があれば連携している | 連携したことがない |
|-------------------------------|------------|--------------|-----------|
| 1. 緊急時の入院先医療機関 | | | |
| 2. 自院で対応できない場合の往診、看取り等を行う医療機関 | | | |
| 3. 訪問看護ステーション | | | |
| 4. 訪問歯科診療を実施する歯科診療所 | | | |
| 5. 訪問薬剤指導を実施する薬局 | | | |
| 6. 訪問リハビリ実施施設 | | | |
| 7. 介護サービス事業所 | | | |

問 I - 7 原則としている診療時間外のファーストコールの連絡先について、**該当する番号1つ**に○を付けてください。

| |
|------------------|
| 1. 自院 |
| 2. 自院又は連携先の他医療機関 |
| 3. 訪問看護ステーション |
| 4. その他 () |

問Ⅰ－８ 緊急時の入院先について、該当する番号全てに○を付けてください。

| | |
|--|---|
| | 1. 自院 |
| | 2. 連携先の他医療機関 |
| | 3. 自院が在宅医療を行う前に患者が入院していた医療機関 |
| | 4. 宮城県病院協会在宅患者入院受入体制事業の輪番病院 |
| | 「4」に○を付けなかった医療機関は、活用しない理由について、該当する項目全てに○を付けてください。 |
| | ア. 事業を知らない |
| | イ. 事業内容や活用方法がよくわからない |
| | ウ. 輪番病院が少ない |
| | エ. 輪番病院が遠い |
| | オ. 輪番病院の診療科が症状に合致しない |
| | カ. 連携先や患者が以前入院していた医療機関で十分対応してもらえる |
| | キ. その他 () |
| | 5. 救急対応 |
| | 6. その他 () |

■問Ⅱ 貴医療機関における在宅医療の患者数についてお伺いします。

問Ⅱ－１ 1ヶ月間(平成29年10月)の訪問診療における訪問先別の患者数(実人数)を教えてください(実績がない項目は空欄としてください)。

| | 実人数 | うち15歳未満 | |
|---------------------------|---|---------|---|
| 1ヶ月間(平成29年10月)の訪問診療の患者数合計 | 人 | 人 | |
| (訪問先の内訳) | | | |
| 広義の自宅 | 1. 自宅(一戸建て) | 人 | 人 |
| | 2. 集合住宅(アパート・マンション・サービス付き高齢者向け住宅) | 人 | 人 |
| | 3. グループホーム | 人 | 人 |
| | 4. 老人ホーム(養護老人ホーム・特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム・有料老人ホーム) | 人 | |
| | 5. その他 () | 人 | 人 |
| () | 人 | 人 | |

「1ヶ月間の訪問診療の患者数合計」のうち、口腔ケアが必要と思われる患者数をお答えください(おおまかで結構です)。

| | 実人数 | うち15歳未満 |
|-----------------|-----|---------|
| 歯科治療が必要 | 人 | 人 |
| 専門的・継続的な口腔ケアが必要 | 人 | 人 |

問Ⅱ－２ 現時点で訪問診療を行える患者数(1ヶ月あたりの実人数)は、最大でおおよそ何人かを教えてください。

| 実人数 | うち15歳未満 |
|-----|---------|
| 人 | 人 |

問Ⅱ－3 平成28年7月～平成29年6月の1年間における在宅での看取りの場所別の人数（実人数）を教えてください。

| | | 実人数 | うち15歳未満 |
|------------------|---|-----|---------|
| 1年間の在宅での看取りの人数合計 | | 人 | 人 |
| (看取り場所の内訳) | | | |
| 広義の自宅 | 1. 自宅（一戸建て） | 人 | 人 |
| | 2. 集合住宅（アパート・マンション・サービス付き高齢者向け住宅） | 人 | 人 |
| | 3. グループホーム | 人 | 人 |
| | 4. 老人ホーム（養護老人ホーム・特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム・有料老人ホーム） | 人 | |
| | 5. その他（ ） | 人 | 人 |
| | （ ） | 人 | 人 |

「1年間の在宅での看取りの人数合計」が0人の医療機関は、看取りの実施状況について、該当する項目1つに○を付けてください。

| | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ア. 実施している |
| <input type="checkbox"/> | イ. 実施したことはないが、対応できる |
| <input type="checkbox"/> | ウ. 過去に実施していたが現時点では実施していない |
| <input type="checkbox"/> | エ. 実施していない |

「1年間の在宅での看取りの人数合計」が1人以上の医療機関（又は看取りを実施している医療機関）は、看取りの対応方法について、該当する項目全てに○を付けてください。

| | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ア. 自院の医師が出来る限り24時間対応する |
| <input type="checkbox"/> | イ. 夜間は訪問看護師が訪問し、医師は翌朝訪問する |
| <input type="checkbox"/> | ウ. その他（ ） |

問Ⅱ－4 過去に、在宅医療を提供していたものの、病院への入院などにより自宅（集合住宅・グループホームを含む広義の自宅）で看取れなかった患者がいた場合は、その理由について、該当する番号全てに○を付けてください。

| | |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. 本人の希望 |
| <input type="checkbox"/> | 2. 家族の希望 |
| <input type="checkbox"/> | 3. 当院で看取り対応困難 |
| <input type="checkbox"/> | 4. その他（ ） |

問Ⅱ－５ 自医療機関における在宅医療の患者数のここ数年の動向について、1から3の各番号で該当する項目1つに○をつけてください。

| | 年々増加 している | 年々減少 している | あまり変 わらない | わから ない |
|---|--------------|--------------|--------------|-----------|
| 1. 自宅（一戸建て，アパート，マンション） | | | | |
| 2. 高齢者住宅（サービス付き高齢者向け住宅，グループホーム） | | | | |
| 3. 老人ホーム（養護老人ホーム・特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム・有料老人ホーム） | | | | |

→ 「増加している」、「減少している」、「あまり変わらない」に「○」を付けた医療機関は、その要因についてどのように感じているか教えてください。

例)「病院からの退院患者が増えて(減って)いる。」「亡くなる患者が多く数はあまり変わらない。」

■問Ⅲ 在宅医療に関する貴医療機関の考えについてお伺いします。

問Ⅲ－１ 訪問診療を行っている地域での関係機関等の充足状況について、1から8の各番号で該当する項目1つに○をつけてください。

| | 充足して いる | やや不足 している | とても不足 している | わから ない |
|---------------------|------------|--------------|---------------|-----------|
| 1. 訪問診療を実施する医療機関 | | | | |
| 2. 看取りを実施する医療機関 | | | | |
| 3. 緊急時の入院先医療機関 | | | | |
| 4. 訪問看護ステーション | | | | |
| 5. 訪問歯科診療を実施する歯科診療所 | | | | |
| 6. 訪問薬剤指導を実施する薬局 | | | | |
| 7. 訪問リハビリ実施施設 | | | | |
| 8. 介護サービス事業所 | | | | |

問Ⅲ－２ 今後の在宅医療に対する取組み予定について、該当する番号1つに○を付けてください（5年～6年先を視野にお答えください）。

| |
|--------------------------|
| 1. 今後も現時点と同規模で在宅医療を継続したい |
| 2. 今後は現時点よりも患者数を増やしたい |
| 3. 今後は現時点よりも患者数を減らしたい |
| 4. わからない |
| 5. その他（ ） |

問Ⅲ－3 今後在宅医療を推進する上で必要だと思われる取組について、該当する番号の上位3つに○を付けてください(5年～6年先を視野にお答えください)。

| | |
|-----|-------------------------------|
| 1. | 在宅医療に取り組む医療機関間での主治医・副主治医制の導入 |
| 2. | 在宅医療に特化した診療所の設置 |
| 3. | 在宅医療に取り組む医療機関間での患者の容態に応じた役割分担 |
| 4. | 病院の医師による訪問診療等の実施 |
| 5. | 公立・公的病院の在宅医療への関与強化 |
| 6. | 緊急時の入院先医療機関の確保 |
| 7. | 訪問看護ステーションと連携した24時間365日対応 |
| 8. | 訪問看護ステーションの増加・機能強化 |
| 9. | 訪問歯科診療を実施する歯科診療所の増加 |
| 10. | 訪問薬剤指導を実施する薬局の増加 |
| 11. | 訪問リハビリテーションを実施する施設の増加 |
| 12. | 介護サービス事業所の活用 |
| 13. | 在宅医療の医療技術上のノウハウを学べる研修 |
| 14. | 在宅医療の運営や経営上のノウハウを学べる研修 |
| 15. | 住民に向けた在宅医療の普及啓発 |
| 16. | 財政面(設備整備への助成等)に対する支援 |
| 17. | その他() |

問Ⅲ－4 差し支えなければ、在宅医療を担当する医師のご年齢について、該当する項目1つに○を付けてください。

| | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| 担当医師 | ～30代 ・ 40代 ・ 50代 ・ 60代 ・ 70代～ |
| (担当医師が複数名の場合は、主に担当する3人目まで○を付けてください) | |
| 2人目 | ～30代 ・ 40代 ・ 50代 ・ 60代 ・ 70代～ |
| 3人目 | ～30代 ・ 40代 ・ 50代 ・ 60代 ・ 70代～ |

問Ⅲ－5 在宅医療の推進に関して、県の役割として求めることがあれば記載してください。

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |
| _____ |

■差し支えなければ、下記に御記入ください。

| | | | |
|-------|----|--|-----|
| 医療機関名 | | | |
| 回答者 | 所属 | | 職名 |
| | 氏名 | | TEL |

～お忙しいところ、調査へご協力いただきまして、ありがとうございました～