

**院長先生（調査対象：地域医療連携室 調査表－C）**

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）分担研究

**『在宅看取りの阻害要因に関する研究』**

アンケート調査ご協力をお願い

謹啓

初春の候、皆様におかれましてはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で、自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められています。

私どもは入院医療の最大の目標は、いかに円滑に患者を在宅生活に復帰させるかという点にあると考えます。

平成 19 年に厚生労働省の研究費『重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業』において調査をしましたところ、「疾病傷病による通院困難者」に対して、約 5 割が転院、約 2 割がそのまま自院で通院し何かあれば入院という結果であり、7 割の方の在宅復帰が叶わないということがわかりました。

6 年が経過し、病院での死亡率は低下し、在宅死亡率は高くなる傾向にあります。そこで今回、厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）による分担研究として、平成 19 年の調査研究とほぼ同じ内容で宮城県内の病院の医師、総看護師長、地域連携室を対象に、震災を経た 6 年間の変化について比較調査を実施することといたしました。

ご多用中たいへん恐縮ですが、今後の厚生労働省の施策に生かされる重要なデータとなりますので、ご担当の方に回覧の上、ご回答頂きますようよろしくお願い申し上げます。

謹白

平成 26 年 1 月

分担研究者 川島孝一郎  
(仙台往診クリニック 院長)

**【研究代表者】**

大島伸一（独立行政法人国立長寿医療研究センター 総長）

**【研究課題名】**

被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に関する研究

**【研究事業予定期間】**

平成 25 年 4 月 1 日から平成 26 年 3 月 31 日まで

**【分担研究名】**

在宅看取りの阻害要因に関する研究

【調査対象者】

医師・・・・・・・・調査表－A  
総看護師長・・・調査表－B  
地域連携部署・・・調査表－C

【調査の実施主体】

この調査は、平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）分担研究『在宅看取りの阻害要因に関する研究』により仙台往診クリニック（院長 川島孝一郎）が行うものです。集計・解析は仙台往診クリニック研究部が実施いたします。

【プライバシーの保護について】

個人情報保護法を遵守し、得られた結果は統計的に処理して、個人が特定されるデータとして公表されることはありません。調査内容は皆様の個人情報を含んでおりますので、厳重に管理し、みだりに用いることはありません。研究成果を開示する際も、貴施設を特定するような情報は公表しません。また、この結果を本研究事業以外の目的に用いることはございません。

【調査票配布対象先】

“宮城県ホームページ医療整備課「宮城県病院名簿」の掲載病院”

【調査同意の可否】

この調査への協力を拒否されたり、同意を取り消されても今後貴施設に何らかの不利益が生じることは全くございません。

◇以上この調査の趣旨をご理解頂けましたら、以下をお読み頂き、ご回答賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

調査の趣旨を理解いたしました。（☑を入れてください。）

1. はい                       2. いいえ

調査に協力することに同意します。（☑を入れてください。）

1. はい                       2. いいえ

【回答にあたってのお願い】

1. 設問をお読みいただき、あてはまる番号に○をつけるか、ご記入ください。設問によって、「1つ」「あてはまる番号をいくつでも」など、○をつける数が異なりますので、ご注意ください。「その他」等のところは具体的にご記入ください。
2. ご回答頂きましたアンケートは、同封の返信封筒に入れて、  
**1月31日(金)**までにポストに投函してください（郵送料はかかりません）。
3. この調査に関するご質問やお問い合わせ等は、下記までお願い致します。

仙台往診クリニック研究部 担当：遠藤・佐々木 〒980-0013 仙台市青葉区花京院 2 丁目 1-7 TEL：022-722-3866(平日 9～17 時) FAX：022-722-3877(24 時間)
---

# 調査対象：地域医療連携室

# 調査表－C

## 1. 地域医療連携室について

問1-1 貴院の地域医療連携室の人員をお答えください。

	常勤		非常勤
		うち専任	
ソーシャルワーカー	名	名	名
看護師	名	名	名
医師	名	名	名
事務職員	名	名	名
その他の職員	名	名	名

問1-1-1 連携室長の職種について、あてはまるものひとつに○をつけてください。

1. ソーシャルワーカー	2. 看護師	3. 医師
4. 事務職	5. その他 ( )	

問1-2 2013年1～12月に貴院を退院した患者のうち、連携室が対応した人数をお答えください。

貴院の主治医継続のまま、自宅へ	人
近医が主治医となり、自宅へ	人
他病院へ転院	人
介護施設等（老健、特養、有料老人ホーム、グループホーム等）へ入所	人
連携室が対応したが転記が不明	人

## 2. 退院支援への取り組みについて

問2-1 退院支援（退院計画）について病院としての取り組み（たとえばチェックリストやスクリーニングシート）はありますか。あてはまるものひとつに○をつけてください。

1. ある。 具体的に： <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 100px; margin-left: 20px;"></div>
2. ない。

問 2-2 貴連携室における退院支援について問題となっている点をご記入ください。


### 3. 在宅復帰支援について

以下問 3-1～問 3-9 は、入院患者の在宅復帰支援について、あてはまるものひとつに○をつけてください。

問 3-1 在宅復帰支援の過程で、主治医と十分に患者情報の共有がなされていると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問 3-2 主治医は退院後の生活について患者・家族に十分説明していると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問 3-3 主治医は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問 3-4 在宅復帰支援の過程で、病棟看護師と十分に患者情報の共有がなされていると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問 3-5 病棟看護師は退院後の生活について患者・家族に十分説明していると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問 3-6 病棟看護師は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問3-7 在宅復帰支援の過程で、受け入れ側の地域の医師、訪問看護師、ケアマネジャーと、十分に患者情報の共有がなされていると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問3-8 連携室から在宅医療を依頼した診療所医師は、病院側の期待に十分応えていると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問3-9 連携室から訪問看護を依頼した訪問看護師は、病院側の期待に十分応えていると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問3-10 連携室で支援した患者が退院する前に、貴院医師、看護師、受け入れ側の医師、訪問看護師、ケアマネジャー、介護職などが集まって、退院後の医療、生活についてのカンファレンスを開く割合はどれくらいですか。

約	%
---	---

問3-11 以下の項目について、患者・家族にどのようにアドバイスされていますか。それぞれの項目について、あてはまる数字に○をつけてください。

1	2	3
関わった患者が該当する場合、すべての患者・家族に説明している。	尋ねられた場合のみ説明している。	ほとんど説明していない。 (受け入れ側に一任している)

	1	2	3
在宅医療の概要			
在宅医療の自己負担額			
介護保険の自己負担額			
福祉用具の設置・購入			
身体障害者手帳の交付			
身体障害者への給付制度の内容について			
身体障害者医療費助成制度			
特定疾患治療研究事業（難病助成）			
高額療養費制度			
生命保険の生前給付金			

問3-12 入院患者の在宅復帰を進める上で問題となる点について、以下の項目についてはどの程度問題になっているでしょうか。それぞれの項目について、あてはまる数字に○をつけてください。

1	2	3	4	5
特に問題ではない	…	徐々に改善しつつある	…	問題視している

貴施設の状況	
在宅重症者医療に対する医師の理解不足	1・2・3・4・5
在宅療養支援診療所の周知の不徹底	1・2・3・4・5
退院時共同指導の不徹底	1・2・3・4・5
緊急入院のベッド確保の困難さ	1・2・3・4・5

地域の診療所の状況	
在宅療養支援診療所の不足	1・2・3・4・5
緩和ケアにおける経験の不足	1・2・3・4・5
難病ケアにおける経験の不足	1・2・3・4・5

患者・家族	
経済的な問題	1・2・3・4・5
家族介護力の不足（高齢であるなど）	1・2・3・4・5
家族の絆の問題	1・2・3・4・5

訪問看護・介護事業所等	
訪問看護事業所の不足	1・2・3・4・5
訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足	1・2・3・4・5
訪問介護事業所の不足	1・2・3・4・5

問3-13 入院患者の在宅復帰を進めるために、貴連携室で医局や看護部あるいは病院全体に対して主体的にはたらきかけている活動はありますか。あてはまるものひとつに○をつけてください。

<p>1. ある。</p> <p>具体的に：</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 100px; width: 600px; margin-left: 20px;"></div>
<p>2. ない。</p>

#### 4. 連携している地域診療所について

問4-1 2013年1~12月の間に、退院時共同指導料2（病院側の算定）を算定しましたか。あてはまるものひとつに○をつけてください。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問4-1-1 問4-1で「1. はい」とお答えの方は、2013年1~12月の以下の実績をお答えください。

	診療所数	患者数（算定数）
連携を行った診療所総数		
うち、在宅療養支援診療所		

問4-1 2013年1~12月の間に、在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料（病院側の算定）を算定しましたか。あてはまるものひとつに○をつけてください。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問4-1-1 問4-1で「1. はい」とお答えの方は、2013年1~12月の以下の実績をお答えください。

	診療所数	患者数（算定数）
連携を行った診療所総数		
うち、在宅療養支援診療所		

問4-2 貴院連携室と連携している地域診療所についてお教えてください。（直近1年で連携した診療所のおおよその数）

連携している診療所数	
------------	--

そのうち、下記に対応している診療所数。（重複可。わかる範囲で結構です。）

在宅酸素	
人工呼吸器	
気管切開	
胃瘻、経管栄養	
中心静脈栄養	
緩和医療	
24時間対応	

## 5. 在宅医療研修について

問5-1 貴連携室スタッフの在宅医療の知識経験について、それぞれにあてはまる人数をお答えください。

1. 訪問診療や訪問看護、ケアマネジャーなどの経験がある。	人
2. 経験はないが、在宅医療は理解している。	人
3. 在宅医療の実態はあまりわからない。	人
4. その他 ( )	人

問5-2 貴連携室スタッフの在宅医療研修について、それぞれにあてはまる人数をお答えください。

1. 在宅医療の現場を見学し、研修を受けたことがある。	人
2. 在宅医療の現場を見学して研修を受けてみたい。	人
3. その必要性を感じない。	人
4. その他 ( )	人

## 6. 貴施設について

問6-1 貴施設について、以下の項目にお答えください。なお、医療機関名、所在地（市区町村名）は、必ずお書きください。

医療機関名（必須）			
所在地	〒	市区町村名 （必須）	市区町村
	—		
電話番号			
病床数	( ) 床 うち療養病床 ( ) 床		
平均在院日数	一般病床 ( ) 日		
職員数	医師	常勤 ( ) 人	非常勤 ( ) 人
	看護師	常勤 ( ) 人	非常勤 ( ) 人
あてはまるものすべてに○をつけてください	<input type="checkbox"/> 地域医療支援病院 <input type="checkbox"/> 地域がん診療拠点病院 <input type="checkbox"/> 特定機能病院		

～以上でアンケートは終わりです。ご協力誠にありがとうございました。～