

第 6 章 参考資料

1. 調査票
(1) 医科調査

記入者	
連絡先	

調査票（医科用）

※お問い合わせさせていただく場合がありますので、下記連絡先と異なる場合は、お手数ですが、連絡先をご記入ください。

基本情報

項目	内容	※記載内容に誤りがあれば訂正ください
フリガナ		
名 称		
フリガナ		
院長氏名		
住 所		
電話番号		
FAX		
休診日		
休日診療		
駐車場	あり なし （あてはまる方に○をつけてください）	
バリアフリー対応	している していない （あてはまる方に○をつけてください）	

各設問の該当する項目に○印を付けるか、又は記入をお願いします。

問1 在宅診療（訪問診療・往診を含む）に関することについて伺います。

(1) 現在、在宅診療（訪問診療・往診）を実施していますか。（○は2つまで）

1. 実施していない	2. 訪問診療を実施している	3. 往診を実施している
------------	----------------	--------------



次ページ（3）へ

(2) (実施していないとお答えの場合) 今後、取り組む意向はありますか。

1. 意向があり、実施の予定	2. 意向はあるが実施は難しい	3. 意向はない
----------------	-----------------	----------



(実施予定の場合)

その理由は何ですか。（○はいくつでも）

1. 訪問医療を必要とする患者が今後、増加すると思われるから 2. 現在の患者からの希望があるから 3. 経営状態がよくなりそうだから 4. 在宅医療に対する地域住民の意識が高いから 5. その他（ ）

(実施は難しい、意向はないとお答えの場合)

その理由は何ですか。（○はいくつでも）

1. 必要性を感じないから 2. 患者ニーズが少ない 3. 実施スタッフが少ない 4. 採算が取れない 5. 体力的に厳しい 6. 緊急時に入院できる病床の確保が困難 7. 看取りや夜間などの時間外の対応に不安があるから 8. その他（ ）

《(3)、(4) はすべての方にお聞きします。》

(3) 今後、三鷹市において在宅診療を行う医師を増やすために必要なことは何ですか。(○はいくつでも)

- | | |
|---|--------------------|
| 1. 休日、夜間等に対応できる複数医師との連携体制 | 5. 診療報酬や介護報酬の増額 |
| 2. 患者の状態変化の受入れ病床の確保 | 6. 在宅医療に関する市民意識の浸透 |
| 3. 在宅医療に関する研修の開催や、在宅医療に取り組んでいる医師からの情報提供 | 7. その他 |
| 4. 訪問看護ステーションや介護スタッフとの連携体制、顔の見える関係の構築 | () |

(4) 患者の高齢化に伴い、診療上感じる困難さや課題等がありますか。(○はいくつでも)

- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| 1. 継続した通院が困難な患者が増えている | 4. 介護保険や障がい者施策など各種事業への繋ぎ方が分からない |
| 2. 治療に対する理解、同意に時間を要する | 5. 特にない |
| 3. 生活状況の把握が難しい | 6. その他 |
| | () |

在宅診療を実施している場合は問2、問3をお答えください。

在宅診療を実施していない場合は問3をお答えください。

問2 在宅診療（訪問診療・往診含む）の実施状況及び今後の意向について伺います。

《在宅診療を実施している方にお聞きします。》

(1) 在宅診療可能時間をお答えください。(○はいくつでも)

- | | |
|-------------------|-------------|
| 1. 診療時間内 | 3. 日、祝日の対応可 |
| 2. 相談に応じ、診療時間外も可能 | 4. その他 |
| | () |

(2) 在宅診療可能な範囲をお答えください。(○は1つ)

- | | |
|--------------|----------------------|
| 1. 所在市区町村のみ | 3. 所在地から () kmの範囲まで |
| 2. 所在市区町村外も可 | 4. その他 |
| (市区町村名:) | () |

(3) 在宅診療の条件をお答えください。(○はいくつでも)

- | | |
|------------------|---|
| 1. 希望する人は誰でも | 5. 地域包括支援センターや訪問看護ステーション、ケアマネージャーからの依頼がある場合 |
| 2. 自院にかかりつけの患者のみ | 6. その他 |
| 3. 近隣に居住している人 | () |
| 4. 病院からの依頼がある場合 | |

(4) 平成29年10月の往診の実施状況を数字でご記入ください。(ない場合は“0”とご記入ください)

件数	_____回	1か月におおむね	_____人
----	--------	----------	--------

(5) 平成 29 年 10 月の訪問診療の実施状況を数字でご記入ください。(ない場合は“0”とご記入ください)

①訪問回数	1 か月間に	_____回	(施設	_____回	居宅	_____回)
②訪問患者数	1 か月間に	_____人	(施設	_____人	居宅	_____人)

(6) 在宅診療について今後の意向をお答えください。(○は1つ)

1. 拡大を希望	2. 現状維持	3. 縮小、又は辞めたい
----------	---------	--------------

(7) 地域の医療・介護関係者向けに、在宅診療（往診・訪問診療）可能な医療機関として診療所名等を情報提供することに同意しますか。

1. はい	2. いいえ	3. その他（ _____ ）
-------	--------	-----------------

(8) 市民向けに、在宅診療（往診・訪問）可能な医療機関として診療所名等を情報提供することに同意しますか。

1. はい	2. いいえ	3. その他（ _____ ）
-------	--------	-----------------

問3 在宅医療・介護連携に関することについて伺います。

《すべての方にお聞きします。》

(1) 患者の情報について、次の関係機関への連携状況をお答えください。

(①～⑨それぞれ1つに○を付けてください。)

	と つ て い る よ く	と つ て い る あ る 程 度	と つ て い ない あ ま り	と つ て い ない	感 じ な い 必 要 性 を
① 病院	1	2	3	4	5
② 診療所	1	2	3	4	5
③ 歯科診療所	1	2	3	4	5
④ 薬局	1	2	3	4	5
⑤ 訪問看護ステーション	1	2	3	4	5
⑥ 居宅介護支援(ケアマネ)事業所	1	2	3	4	5
⑦ 介護保険サービス事業者	1	2	3	4	5
⑧ 地域包括支援センター	1	2	3	4	5
⑨ 行政	1	2	3	4	5

(2) どのような方法で連携を図っていますか。(○はいくつでも)

1. 電話	5. メール以外の ICT (※) による情報共有ツール
2. FAX	6. その他
3. メール	()
4. 直接面談	

(※) ICT とは、コンピューターやインターネットなどの情報通信技術のことで、例えば、MCS、電子カルテネットワークなどです。

(3) 他機関との連携の主な窓口をご記入ください。

対応者	氏名		職種	
連絡方法	電話・FAX・メール・その他 ()			
連絡先	電話		FAX	
	メール			

(4) 今後、在宅医療・介護連携を進めるためには何が必要だと思いますか。(○はいくつでも)

1. 事例検討会、研修や交流会を通した「顔の見える関係」づくり	5. 多職種間の調整、連携を推進する役割を担う組織体の機能強化
2. 定例の連携会議	6. 行政のリーダーシップ
3. ICT を活用した連携ネットワークによるタイムリーな情報のやりとり	7. その他
4. 医療・介護の知識や制度、各職種の専門性の相互理解のための研修 (希望するテーマ:)	()

(5) その他、在宅医療・介護連携のために必要なことや工夫していることなどありましたら、ご自由にご記入ください。

--

調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

記入もれがないかどうかもう一度お確かめのうえ、12月8日(金)までに同封の返信用封筒に入れ、ご投函ください。

1. 調査票
(2) 歯科調査

記入者	
連絡先	

調査票（歯科用）

※お問い合わせさせていただく場合がありますので、下記連絡先と異なる場合は、お手数ですが、連絡先をご記入ください。

基本情報

項目	内容	※記載内容に誤りがあれば訂正ください
フリガナ		
名 称		
フリガナ		
院長氏名		
住 所		
電話番号		
FAX		
休診日		
休日診療		
駐車場	あり なし （あてはまる方に○をつけてください）	
バリアフリー対応	している していない （あてはまる方に○をつけてください）	

各設問の該当する項目に○印を付けるか、又は記入をお願いします。

問1 訪問歯科診療に関することについて伺います。

(1) 現在、訪問歯科診療を実施していますか。(○は1つ)

1. 実施していない	2. 実施している	→ 次ページ(3)へ
------------	-----------	------------

(2) (実施していないとお答えの場合) 今後、取り組む意向はありますか。

1. 意向があり、実施の予定	2. 意向はあるが実施は難しい
	3. 意向はない

(実施予定の場合)

その理由は何ですか。(○はいくつでも)

1. 訪問医療を必要とする患者が今後、増加すると思われるから 2. 現在の患者からの希望があるから 3. 経営状態がよくなりそうだから 4. 在宅医療に対する地域住民の意識が高いから 5. その他 ()
--

(実施は難しい、意向はないとお答えの場合)

その理由は何ですか。(○はいくつでも)

1. 必要性を感じない 2. 患者ニーズが少ない 3. 実施スタッフがいらない 4. 採算が取れない 5. 体力的に厳しい 6. 器具が多い、駐車スペースがないなど移動が困難 7. その他 ()
--

《(3)、(4) はすべての方にお聞きします。》

(3) 今後、三鷹市において訪問歯科診療を行う歯科医師を増やすために必要なことは何ですか。
(○はいくつでも)

- | | |
|--|--------------------|
| 1. 訪問歯科診療に関する研修開催や、訪問歯科診療に取り組んでいる歯科医師の紹介 | 5. 診療報酬や介護報酬の増額 |
| 2. 訪問できる歯科医師や歯科衛生士の確保 | 6. 在宅医療に関する市民意識の浸透 |
| 3. 機材・器具の貸出等の支援 | 7. その他 |
| 4. 医師や介護スタッフとの連携体制、顔の見える関係の構築 | |

(4) 患者の高齢化に伴い、診療上感じる困難さや課題等がありますか。(○はいくつでも)

- | | |
|---------------------------|----------------------------------|
| 1. 医師やケアマネジャーへの情報提供の方法に迷う | 5. 介護保険や障がい者施策など各種事業へのつなぎ方が分からない |
| 2. 継続した通院が困難な患者が増えている | 6. 特になし |
| 3. 治療に対する理解、同意に時間を要する | 7. その他 |
| 4. 生活状況の把握が難しい | () |

訪問歯科診療を実施している場合は問2、問3、問4をお答えください。

訪問歯科診療を実施していない場合は問3、問4をお答えください。

問2 訪問歯科診療の実施状況及び今後の意向について伺います。

《訪問歯科診療を実施している方にお聞きします。》

(1) 在宅療養支援歯科診療所の届出 (○はひとつ)

- | | |
|------------|---------------------|
| 1. 届出している | 3. 今後届出予定あり (年 月頃) |
| 2. 届出していない | |

(2) 訪問可能時間をお答えください。(○はいくつでも)

- | | |
|-------------------|-------------|
| 1. 診療時間内 | 3. 日、祝日の対応可 |
| 2. 相談に応じ、診療時間外も可能 | 4. その他 |
| | () |

(3) 訪問可能な範囲をお答えください。(○は1つ)

- | | |
|---------------------------|----------------------|
| 1. 所在市区町村のみ | 3. 所在地から () kmの範囲まで |
| 2. 所在市区町村外も可
(市区町村名:) | 4. その他
() |

(4) 訪問の条件をお答えください。(○はいくつでも)

- | | |
|------------------|--|
| 1. 希望する人は誰でも | 5. 地域包括支援センターや訪問看護ステーション、ケアマネジャーからの依頼がある場合 |
| 2. 自院にかかりつけの患者のみ | 6. その他 |
| 3. 近隣に居住している人 | () |
| 4. 病院からの依頼がある場合 | |

(5) 平成29年10月の訪問状況を数字でご記入ください。(ない場合は“0”とご記入ください)

- | | | | | | | |
|--------|-------|--------|-----|--------|----|---------|
| ①訪問回数 | 1か月間に | _____回 | (施設 | _____回 | 居宅 | _____回) |
| ②訪問患者数 | 1か月間に | _____人 | (施設 | _____人 | 居宅 | _____人) |

(6) 介護保険の居宅療養管理指導は算定していますか。(○は1つ)

- | | |
|----------------|---|
| 1. 算定している | |
| 2. 算定していない(理由: |) |

(7) 訪問について今後の意向をお答えください。(○は1つ)

- | | | |
|----------|---------|--------------|
| 1. 拡大を希望 | 2. 現状維持 | 3. 縮小、又は辞めたい |
|----------|---------|--------------|

(8) 地域の医療・介護関係者向けに、訪問歯科診療可能な医療機関として診療所名等を情報提供することに同意しますか。

- | | | |
|-------|--------|------------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. その他 () |
|-------|--------|------------|

(9) 市民向けに、訪問歯科診療可能な医療機関として診療所名等を情報提供することに同意しますか。

- | | | |
|-------|--------|------------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. その他 () |
|-------|--------|------------|

問3 業務内容に関することについて伺います。

《すべての方にお聞きします。》

(1) 歯科医師数	人		
(2) 一般診療内容 該当するものに○		う蝕の治療	
		欠損補綴	
		口腔ケア	
		摂食機能障害への対応	
(3) 訪問口腔ケアの実施	1. 可能	2. 不可能	3. 相談により対応
(4) 訪問歯科衛生指導の実施	1. 可能	2. 不可能	3. 相談により対応
(5) 退院カンファレンスへの参加	1. 可能	2. 不可能	3. 相談により対応

問4 在宅医療・介護連携に関することについて伺います。

《すべての方にお聞きします。》

(1) 患者の情報について、次の関係機関への連携状況をお答えください。

(①～⑨それぞれ1つに○を付けてください。)

	と つ て い る よ く	と つ て い る あ る 程 度	と つ て い ない あ ま り	と つ て い ない	必 要 性 を 感 じ な い
① 病院	1	2	3	4	5
② 診療所	1	2	3	4	5
③ 歯科診療所	1	2	3	4	5
④ 薬局	1	2	3	4	5
⑤ 訪問看護ステーション	1	2	3	4	5
⑥ 居宅介護支援(ケアマネ)事業所	1	2	3	4	5
⑦ 介護保険サービス事業者	1	2	3	4	5
⑧ 地域包括支援センター	1	2	3	4	5
⑨ 行政	1	2	3	4	5

(2) どのような方法で連携を図っていますか。(○はいくつでも)

1. 電話	5. メール以外の ICT (※) による情報共有ツール
2. FAX	
3. メール	6. その他
4. 直接面談	()

(※) ICT とは、コンピューターやインターネットなどの情報通信技術のことで、例えば、MCS、電子カルテネットワークなどです。

(3) 他機関との連携の主な窓口をご記入ください。

対応者	氏名		職種	
連絡方法	電話・FAX・メール・その他 ()			
連絡先	電話		FAX	
	メール			

(4) 今後、在宅医療・介護連携を進めるためには何が必要だと思いますか。(○はいくつでも)

1. 事例検討会、研修や交流会を通した「顔の見える関係」づくり	5. 多職種間の調整、連携を推進する役割を担う組織体の機能強化
2. 定例の連携会議	6. 行政のリーダーシップ
3. ICT を活用した連携ネットワークによるタイムリーな情報のやりとり	7. その他
4. 医療・介護の知識や制度、各職種の専門性の相互理解のための研修	()
(希望するテーマ :)	

(5) その他、在宅医療・介護連携のために必要なことや工夫していることなどありましたら、ご自由にご記入ください。

--

調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

記入もれがないかどうかもう一度お確かめのうえ、12月8日(金)までに同封の返信用封筒に入れ、ご投函ください。

1. 調査票
(3) 薬局調査

記入者	
連絡先	

調査票（薬局用）

※お問い合わせさせていただく場合がありますので、下記連絡先と異なる場合は、お手数ですが、連絡先をご記入ください。

基本情報

項目	内容	※記載内容に誤りがあれば訂正ください
フリガナ		
名 称		
フリガナ		
管理者氏名		
住 所		
電話番号		
FAX		
休業日		
駐車場	あり なし （あてはまる方に○をつけてください）	
バリアフリー対応	している していない （あてはまる方に○をつけてください）	

各設問の該当する項目に○印を付けるか、又は記入をお願いします。

問 1 訪問薬剤管理指導に関することについて伺います。

(1) 現在、訪問薬剤管理指導を実施していますか。(○は1つ)

1. 実施していない ☐ 2. 実施している ☒ 次ページ（3）へ

(2) (実施していないとお答えの場合) 今後、取り組む意向はありますか。

1. 意向があり、実施の予定 ☒	2. 意向はあるが実施は難しい ☐
3. 意向はない ☐	☐

(実施予定の場合)

その理由は何ですか。(〇はいくつでも)

(実施は難しい、意向はないとお答えの場合)

その理由は何ですか。(〇はいくつでも)

1. 訪問を必要とする患者が今後、増加
すると思われるから
2. 医師から依頼があるから
3. 現在の患者からの希望があるから
4. 経営状態がよくなりそうだから
5. 在宅医療に対する地域住民の意識
が高いから
6. その他（ ）

1. 必要性を感じないから
2. 医師から依頼がないから
3. 連携方法が不透明
4. 患者ニーズが少ない
5. 実施スタッフがいらない
6. 採算が取れない
7. 体力的に厳しい
8. 24 時間 365 日の対応が困難
9. その他（ ）

《(3)、(4) はすべての方にお聞きします。》

(3) 今後、三鷹市において訪問薬剤管理指導を行う薬剤師を増やすために必要なことは何ですか。

(○はいくつでも)

- | | |
|--|--------------------|
| 1. 他の薬局との連携体制を整える | 5. 診療報酬や介護報酬の増額 |
| 2. 在宅療養や訪問薬剤管理指導に関する研修の開催や既に取り組んでいる薬局の紹介 | 6. 在宅療養に関する市民意識の浸透 |
| 3. 訪問できる薬剤師の確保 | 7. その他 |
| 4. 医師、歯科医師や介護スタッフとの連携体制、顔の見える関係の構築 | |

(4) 患者の高齢化に伴い、診療上感じる困難さや課題等がありますか。(○はいくつでも)

- | | |
|---------------------------|----------------------------------|
| 1. 医師やケアマネジャーへの情報提供の方法に迷う | 5. 介護保険や障がい者施策など各種事業へのつなぎ方が分からない |
| 2. 継続した通院が困難な患者が増えている | 6. 特にない |
| 3. 治療・服薬に対する理解、同意に時間を要する | 7. その他 |
| 4. 生活状況の把握が難しい | |

訪問薬剤管理指導を実施している場合は問2、問3、問4をお答えください。

訪問薬剤管理指導を実施していない場合は問3、問4をお答えください。

問2 訪問薬剤管理指導の実施状況及び今後の意向について伺います。

《訪問薬剤管理指導を実施している方にお聞きします。》

(1) 訪問可能時間をお答えください。(○はいくつでも)

- | | |
|-------------------|-------------|
| 1. 営業時間内 | 3. 日、祝日の対応可 |
| 2. 相談に応じ、営業時間外も可能 | 4. その他 |
| | () |

(2) 訪問可能な範囲をお答えください。(○は1つ)

- | | |
|--------------|----------------------|
| 1. 所在市区町村のみ | 3. 所在地から () kmの範囲まで |
| 2. 所在市区町村外も可 | 4. その他 |
| (市区町村名:) | () |

(3) 訪問の条件をお答えください。(○はいくつでも)

- | | |
|-----------------|--|
| 1. 希望する人は誰でも | 5. 地域包括支援センターや訪問看護ステーション、ケアマネジャーからの依頼がある場合 |
| 2. かかりつけの患者のみ | 6. その他 |
| 3. 近隣に居住している人 | |
| 4. 病院からの依頼がある場合 | () |

(4) 平成29年10月の訪問状況を数字でご記入ください。(ない場合は“0”とご記入ください)

①訪問回数	1 か月間に	_____ 回	(施設	_____ 回	居宅	_____ 回)
②訪問患者数	1 か月間に	_____ 人	(施設	_____ 人	居宅	_____ 人)

1. 算定している 2. 算定していない（理由：	
-----------------------------	------

1. 拡大を希望	2. 現状維持	3. 縮小、又は辞めたい
----------	---------	--------------

1. はい 2. いいえ 3. その他 ()

1. はい 2. いいえ 3. その他 ()

《すべての方にお聞きします。》

(1) 患者の情報について、次の関係機関への連携状況をお答えください。

(①～⑨それぞれ1つに○を付けてください。)

	よく とっている	ある程度 とっている	あまり とっていない	とっていない	必要性を 感じない
① 病院	1	2	3	4	5
② 診療所	1	2	3	4	5
③ 歯科診療所	1	2	3	4	5
④ 薬局	1	2	3	4	5
⑤ 訪問看護ステーション	1	2	3	4	5
⑥ 居宅介護支援(ケアマネ)事業所	1	2	3	4	5
⑦ 介護保険サービス事業者	1	2	3	4	5
⑧ 地域包括支援センター	1	2	3	4	5
⑨ 行政	1	2	3	4	5

(2) どのような方法で連携を図っていますか。(○はいくつでも)

1. 電話	5. メール以外の ICT (※) による情報共有ツール
2. FAX	6. その他
3. メール	()
4. 直接面談	

(※) ICT とは、コンピューターやインターネットなどの情報通信技術のことで、例えば、MCS、電子カルテネットワークなどです。

(3) 他機関との連携の主な窓口をご記入ください。

対応者	氏名		職種	
連絡方法	電話・FAX・メール・その他（ ）			
連絡先	電話		FAX	
	メール			

(4) 今後、在宅医療・介護連携を進めるためには何が必要だと思いますか。(○はいくつでも)

1. 事例検討会、研修や交流会を通した「顔の見える関係」づくり	5. 多職種間の調整、連携を推進する役割を担う組織体の設置
2. 定例の連携会議	6. 行政のリーダーシップ
3. ICTを活用した連携ネットワークによるタイムリーな情報のやりとり	7. その他
4. 医療・介護の知識や制度、各職種の専門性の相互理解のための研修 (希望するテーマ：)	)

(5) その他、在宅医療・介護連携のために必要なことや工夫していることなどありましたら、ご自由にご記入ください。

問4 業務内容に関することについて伺います。

《すべての方にお聞きします。》

(1) 薬剤師数を数字でご記入ください。

薬剤師数_____人

(2) 取り扱い内容

取り扱っているものに○を付けてください。(○はいくつでも)

1. 麻薬に関わる調剤	5. 高度管理機器等の販売
2. 無菌製剤処理に関わる調剤	6. 特定医療材料
3. 注射針の供給（無菌製剤以外）	7. 衛生材料
4. 医療機器・衛生材料の供給	8. ポンプレンタル
	9. 取り扱っているものはない

調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

記入もれがないかどうかもう一度お確かめのうえ、12月8日（金）までに同封の返信用封筒に入れ、ご投函ください。