

FAX返信先:042-470-7808 東久留米市

令和4年12月26日(月)
第4期第2回東久留米市在宅医療・介護連携推進協
議会資料5

令和4年度 東久留米市在宅医療・介護連携推進事業 課題検討アンケート(第3回)

<市内外 医療機関・介護事業所向け、機関単位で回答用>

在宅医療・介護連携推進事業における8つの項目に沿って、市内外の医療機関・市内の介護事業所に伺います。

貴機関名:

記入者名:

電話番号:

FAX番号:

メールアドレス:

1. 地域の医療・介護サービス資源の把握に関すること

問1 「東久留米市在宅療養ガイドブック」を活用しましたか。 はい いいえ 知らない

問2 問1で「はい」の方に伺います。

「東久留米市在宅療養ガイドブック」の感想をお答えください。

①市民(利用者)説明に役立つ。

はい いいえ

②市内の医療・介護サービス機関の所在地分布がわかった。

はい いいえ

③関係者連携に有用な情報を得ることができた。

はい いいえ

④その他(自由記載)

問3 問1で「いいえ」の方に伺います。

活用しなかった理由をご記入ください。(自由記述)

問4 全員に伺います。

次回、再版する場合に期待する内容があれば、ご記入ください。(自由記述)

2. 在宅医療・介護連携の相談支援に関わること

問5 「東久留米市在宅療養相談窓口」を利用されたことはありますか。 はい いいえ 知らない

問6 問5で「はい」の方に伺います。

どのような時に利用されましたか。

①入退院で医療機関に関する情報が必要なとき。

はい いいえ

②在宅療養中で、レスパイト先の情報が必要なとき。

はい いいえ

③その他(自由記述)

問7 問5で「いいえ」の方に伺います。

利用しない理由をご記入ください。(自由記述)

問8 在宅療養相談窓口を利用した際に感じたことや今後に期待することがありましたら、ご記入ください。(自由記述)

3. 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築に関すること

問9 「わたしの覚え書きノート」を活用しましたか。

はい いいえ 知らない

問10 問9で「はい」の方に伺います。

「わたしの覚え書きノート」の感想をお答えください。

①ACPIについて話し合う際に役に立つ。

はい いいえ

②看取りの際に活用した。

はい いいえ

③その他(自由記載)

問11 問9で「いいえ」の方に伺います。

活用しなかった理由をご記入ください。(自由記述)

問12 全員に伺います。

次回、再版する場合に期待する内容があれば、ご記入ください。(自由記述)

問13 単身者の看取りなど、在宅療養の支援について課題だと感じていることはどのようなことですか。

①在宅での看取りについて、本人に伝えることが難しい。 はい いいえ

②在宅での看取りをしてくれる医療・介護サービスが不足している。 はい いいえ

→②で「はい」の方に伺います。

どのようなサービスが不足していますか。(自由記述)

③単身者への支援が不足している。 はい いいえ

→③で「はい」の方に伺います。

どのような支援・サービスが不足していますか。(自由記述)

④その他(自由記述)

問14 認知症の方の在宅療養の支援について、課題だと感じていることはどのようなことですか。

①認知症により、本来必要な医療が受けられない。 はい いいえ

②認知症により、本人の意志が確認できない。 はい いいえ

③成年後見制度など判断能力をサポートする支援の活用が少ない。 はい いいえ

④その他(自由記述)

4. 医療・介護関係者の情報共有に関すること

問15 ICTを活用した情報共有ツール「るめネット(MCS)」を活用していますか。 はい いいえ 知らない

問16 問15で「はい」の方に伺います。

活用して良かった事例を教えてください。(自由記述)

問17 問15で「いいえ」の方に伺います。

活用できない事情を教えてください。(自由記述)

5. 入退院時連携に関すること

【入院時連携】

問18 現在、**入院時**の情報交換(介護施設との情報交換も含む)に はい いいえ
使用している既存の情報ツール(情報提供書など)で足りていますか。

問19 問18で「いいえ」の方に伺います。

新たに必要なツールはどのような内容のものですか。(自由記述)

問20 「ケアマネジャーからの地域連携情報シート」は活用していますか。 はい いいえ

問21 「ケアマネジャーからの地域連携情報シート」の活用に課題があれば教えてください。(自由記述)

【退院時連携】

問22 現在、**退院時**の情報交換(介護施設との情報交換も含む)に はい いいえ
使用している既存の情報ツールで、足りていますか。

問23 問22で「いいえ」の方に伺います。

“新たに必要なツール”や“その他課題”はどのような内容のものですか。(自由記述)

6. 医療・介護関係者の研修に関すること

問24 東久留米市在宅医療介護連携推進協議会主催の多職種研修会 はい いいえ
に参加しましたか。

<実績>

1	2020/12~ 2021/1	新型コロナウイルス感染症介護事業者向けオンライン研修会(講師:東久留米市医師会医師)
2	2021/2/16	身寄りのない方の入院及び医療に係る法的問題(講師:熊田 均弁護士)
3	2021/3/18	認知症疾患医療センター事例検討会(書面開催)
4	2021/11/11	認知症疾患医療センター事例検討会(講師:前田先生・富田先生)
5	2021/11/18	病院で・地域で出会う 関わりが難しい方へのアプローチ(講師:曾根原純子看護師)
6	2021/11/30	新型コロナウイルス感染症対応講演会(講師:伊藤澄信先生・石橋先生)
7	2022/2	新型コロナウイルス感染症オンライン研修会(講師:石橋先生)
8	2022/3/14	在宅療養を考える映画いのちの停車場鑑賞と座談会(鶴岡先生・檜垣先生)
9	2022/3/15	身寄りのない方が亡くなった場合の葬祭・埋葬について(講師:福祉総務課 明日係長)
10	2022/3/16	介護現場における「ケアの安全」と「リスク管理」(講師:谷口揚氏)
11	2022/11/28	認知症疾患医療センター多職種研修会(講師:前田先生・富田先生)
12	2022/12/15	もう一度ふりかえって訪問診療(講師:東久留米市医師会医師)

問25 介護関係者から、医療関係者向けに実施したい多職種研修会のテーマはありますか。
または、医療関係者から、介護関係者向けに実施したい多職種研修会のテーマはありますか。(自由記述)

問26 新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響により多職種研修会はオンライン形式が中心となっています。
コロナ禍における顔のみえる関係づくりに向けた研修会の開催方法や好事例がありましたら教えてください。
(自由記述)

問27 今後、東久留米市在宅医療介護連携推進協議会主催の多職種研修会に期待したいことがあれば教えてください。
(自由記述)

7. 全体として

問28 在宅療養関係者同士の連携で、貴機関の取組や困難に感じる事、改善に向けたご意見等ありましたら
ご記入ください。(自由記述)

ご協力ありがとうございました。
市内医療機関・薬局・歯科・居宅介護支援事業・訪問看護の方は、別シートにもご回答願います。

FAX返信先:042-470-7808

東久留米市介護福祉課地域ケア係担当:原田・池・柴田宛

令和4年度 東久留米市在宅医療・介護連携推進事業 課題検討アンケート(第3回)

<協議会委員回答用>

本協議会委員の方に、協議会の活動について伺います。

*可能な範囲で、各団体の皆様と協議の上、ご記入ください。

委員名:

【東久留米市在宅医療・介護連携推進協議会設置目的】

医療と介護の両方を必要とする高齢者等が、在宅において療養できる環境を整備することを目的として、介護・福祉・医療及び保健の各分野のサービス提供主体との連携体制の構築を推進するため。

【協議会のテーマ】

～わが家・わがまち東久留米で、さいごまで自分らしく暮らすために～

問1 本協議会の活動は、上記の目的に沿った内容でしたか。

はい

いいえ

問2 「いいえ」の方に伺います。どの部分についてそのように思いますか。(自由記述)

問3 本協議会のあり方について、今後変革したい方向性がありましたら具体的にご記入ください。

(自由記述)

ご協力ありがとうございました。

令和4年度 東久留米市在宅医療・介護連携推進事業 課題検討アンケート(第3回)

<市内居宅介護支援事業所回答用>

市内居宅介護支援事業所のケアマネジャーの方に伺います。訪問診療・往診を受けているご担当者について、教えてください。

居宅介護支援事業所名：

担当者名：

電話番号：

- | | | |
|-------|---|--|
| 【問 1】 | 訪問診療・往診を受けている人数を教えてください。
※令和4年12月～令和5年2月の期間 | |
| 【問 2】 | 問 1 の利用者が受けている医療を教えてください。
(主なもの) | |
| 【問 3】 | 利用者に関わっている医療機関名を教えてください。
(主なもの) | |
| 【問 4】 | 担当していた利用者で亡くなった人数を教えてください。
※令和4年12月～令和5年2月に亡くなった方
※入院して担当を外れた方も数に含めてください。 | |
| 【問 5】 | 問 4 のうち、分かる範囲で経過を下記のとおり教えてください。
(最大5件まで記入。5件以上ある場合は、事例を選択してご記入ください。) | |

No. 1			
①性別	a. 男性 b. 女性		
②死亡時年齢	a. 50代以下 b. 60代 c. 70代 d. 80代 e. 90代 f. 100歳以上		
③死亡時介護度	a. 支 1 b. 支 2 c. 介 1 d. 介 2 e. 介 3 f. 介 4 g. 介 5		
④既往	a. がん b. 心血管疾患 c. 呼吸器疾患 d. 糖尿病 e. 認知症 f. その他 ()		
⑤在宅での医療	a. 訪問診療 (24時間対応 あり・なし) b. 訪問看護 (24時間対応 あり・なし) c. なし		
⑥在宅で受けていた医療行為	a. 在宅酸素 b. 人口呼吸器 c. 腹膜透析 d. 血液透析 e. 胃ろう・腸ろう f. インスリン注射 g. ストマ (人工肛門) h. 尿道カテーテル i. 痰の吸引 j. その他 ()		
⑦亡くなった場	a. 自宅 b. 親類宅	⑦-① 介護を受けていた期間	a. 6ヶ月未満 b. 6ヶ月以上1年未満
	c. 有料ホーム		c. 1年以上3年未満 d. 3年以上
⑦亡くなった場	d. 特養 e. 老健	⑦-② 入所・入院期間	a. 7日以内 b. 8日～1ヶ月
	f. 病院 g. その他		c. 1ヶ月～3ヶ月 d. 3ヶ月以上
⑧在宅での看取り	a. 希望していた b. 希望していなかった c. わからない		
⑨亡くなるまでの経緯(簡単に)			
⑩対応の際に困難だと感じたことまたは助けになったこと			

No. 2		
①性別	a. 男性 b. 女性	
②死亡時年齢	a. 50代以下 b. 60代 c. 70代 d. 80代 e. 90代 f. 100歳以上	
③死亡時介護度	a. 支 1 b. 支 2 c. 介 1 d. 介 2 e. 介 3 f. 介 4 g. 介 5	
④既往	a. がん b. 心血管疾患 c. 呼吸器疾患 d. 糖尿病 e. 認知症 f. その他 ()	
⑤在宅での医療	a. 訪問診療 (24時間対応 あり・なし) b. 訪問看護 (24時間対応 あり・なし) c. なし	
⑥在宅で受けていた医療行為	a. 在宅酸素 b. 人口呼吸器 c. 腹膜透析 d. 血液透析 e. 胃ろう・腸ろう f. インスリン注射 g. ストマ (人工肛門) h. 尿道カテーテル i. 痰の吸引 j. その他 ()	
⑦亡くなった場	a. 自宅 b. 親類宅 ⑦-① 介護を受けていた期間	a. 6ヶ月未満 b. 6ヶ月以上1年未満 c. 1年以上3年未満 d. 3年以上
	d. 特養 e. 老健 ⑦-② 入所・入院期間	a. 7日以内 b. 8日～1ヶ月 c. 1ヶ月～3ヶ月 d. 3ヶ月以上
⑧在宅での看取り	a. 希望していた b. 希望していなかった c. わからない	
⑨亡くなるまでの経緯(簡単に)		
⑩対応の際に困難だと感じたことまたは助けになったこと		

No. 3		
①性別	a. 男性 b. 女性	
②死亡時年齢	a. 50代以下 b. 60代 c. 70代 d. 80代 e. 90代 f. 100歳以上	
③死亡時介護度	a. 支 1 b. 支 2 c. 介 1 d. 介 2 e. 介 3 f. 介 4 g. 介 5	
④既往	a. がん b. 心血管疾患 c. 呼吸器疾患 d. 糖尿病 e. 認知症 f. その他 ()	
⑤在宅での医療	a. 訪問診療 (24時間対応 あり・なし) b. 訪問看護 (24時間対応 あり・なし) c. なし	
⑥在宅で受けていた医療行為	a. 在宅酸素 b. 人口呼吸器 c. 腹膜透析 d. 血液透析 e. 胃ろう・腸ろう f. インスリン注射 g. ストマ (人工肛門) h. 尿道カテーテル i. 痰の吸引 j. その他 ()	
⑦亡くなった場	a. 自宅 b. 親類宅 ⑦-① 介護を受けていた期間	a. 6ヶ月未満 b. 6ヶ月以上1年未満 c. 1年以上3年未満 d. 3年以上
	d. 特養 e. 老健 ⑦-② 入所・入院期間	a. 7日以内 b. 8日～1ヶ月 c. 1ヶ月～3ヶ月 d. 3ヶ月以上
⑧在宅での看取り	a. 希望していた b. 希望していなかった c. わからない	
⑨亡くなるまでの経緯(簡単に)		
⑩対応の際に困難だと感じたことまたは助けになったこと		

No. 4		
①性別	a. 男性 b. 女性	
②死亡時年齢	a. 50代以下 b. 60代 c. 70代 d. 80代 e. 90代 f. 100歳以上	
③死亡時介護度	a. 支 1 b. 支 2 c. 介 1 d. 介 2 e. 介 3 f. 介 4 g. 介 5	
④既往	a. がん b. 心血管疾患 c. 呼吸器疾患 d. 糖尿病 e. 認知症 f. その他 ()	
⑤在宅での医療	a. 訪問診療 (24時間対応 あり・なし) b. 訪問看護 (24時間対応 あり・なし) c. なし	
⑥在宅で受けていた医療行為	a. 在宅酸素 b. 人口呼吸器 c. 腹膜透析 d. 血液透析 e. 胃ろう・腸ろう f. インスリン注射 g. ストマ (人工肛門) h. 尿道カテーテル i. 痰の吸引 j. その他 ()	
⑦亡くなった場	a. 自宅 b. 親類宅 ⑦-① c. 有料ホーム 介護を受けていた期間	a. 6ヶ月未満 b. 6ヶ月以上1年未満 c. 1年以上3年未満 d. 3年以上
	d. 特養 e. 老健 ⑦-② f. 病院 g. その他 入所・入院期間	a. 7日以内 b. 8日～1ヶ月 c. 1ヶ月～3ヶ月 d. 3ヶ月以上
⑧在宅での看取り	a. 希望していた b. 希望していなかった c. わからない	
⑨亡くなるまでの経緯(簡単に)		
⑩対応の際に困難だと感じたことまたは助けになったこと		

No. 5		
①性別	a. 男性 b. 女性	
②死亡時年齢	a. 50代以下 b. 60代 c. 70代 d. 80代 e. 90代 f. 100歳以上	
③死亡時介護度	a. 支 1 b. 支 2 c. 介 1 d. 介 2 e. 介 3 f. 介 4 g. 介 5	
④既往	a. がん b. 心血管疾患 c. 呼吸器疾患 d. 糖尿病 e. 認知症 f. その他 ()	
⑤在宅での医療	a. 訪問診療 (24時間対応 あり・なし) b. 訪問看護 (24時間対応 あり・なし) c. なし	
⑥在宅で受けていた医療行為	a. 在宅酸素 b. 人口呼吸器 c. 腹膜透析 d. 血液透析 e. 胃ろう・腸ろう f. インスリン注射 g. ストマ (人工肛門) h. 尿道カテーテル i. 痰の吸引 j. その他 ()	
⑦亡くなった場	a. 自宅 b. 親類宅 ⑦-① c. 有料ホーム 介護を受けていた期間	a. 6ヶ月未満 b. 6ヶ月以上1年未満 c. 1年以上3年未満 d. 3年以上
	d. 特養 e. 老健 ⑦-② f. 病院 g. その他 入所・入院期間	a. 7日以内 b. 8日～1ヶ月 c. 1ヶ月～3ヶ月 d. 3ヶ月以上
⑧在宅での看取り	a. 希望していた b. 希望していなかった c. わからない	
⑨亡くなるまでの経緯(簡単に)		
⑩対応の際に困難だと感じたことまたは助けになったこと		

ご協力ありがとうございました。

FAX返信先:042-470-7808

東久留米市介護福祉課地域ケア係担当:原田・池・柴田宛

令和4年度 東久留米市在宅医療・介護連携推進事業 課題検討アンケート(第3回)

＜市内病院・診療所 機関回答用＞

市内医師の方に伺います。

貴機関名:

記入者名:

電話番号:

問1 この数年で、介護職との連携が取りやすくなったと感じますか。 はい いいえ

問2 問1で「はい」の方に伺います。

具体的にどのような変化がありましたか。(自由記述)

問3 問1で「いいえ」の方に伺います。

連携のとりにくい状況は、具体的にどのようなものですか。(自由記述)

問4 ACP(「人生会議」)を実施していますか。 はい いいえ

問5 問4で「いいえ」の方に伺います。

実施しにくい理由は、具体的にどのようなものですか。(自由記述)

問6 貴院では在宅看取りを実施していますか。 はい いいえ

問7 貴院での直近1年間の在宅看取り件数を教えてください。

約 件

問8 在宅看取りの実施上の困難・不安、または在宅看取りを実施していない理由等を教えてください。
(自由記述)

問9 患者をよく紹介する病院があれば教えてください。(自由記述)

ご協力ありがとうございました。

FAX返信先:042-470-7808

東久留米市介護福祉課地域ケア係担当:原田・池・柴田宛

令和4年度 東久留米市在宅医療・介護連携推進事業 課題検討アンケート(第3回)

＜市内訪問看護ステーション 機関回答用＞

市内訪問看護ステーション 管理者の方に伺います。

貴機関名:

記入者名:

電話番号:

問1 この数年で、介護職との連携が取りやすくなったと感じますか。 はい いいえ

問2 問1で「はい」の方に伺います。

具体的にどのような変化がありましたか。(自由記述)

--

問3 問1で「いいえ」の方に伺います。

連携のとりにくい状況は、具体的にどのようなものですか。(自由記述)

--

問4 ACP(「人生会議」)を実施していますか。 はい いいえ

問5 問4で「いいえ」の方に伺います。

実施しにくい理由は、具体的にどのようなものですか。(自由記述)

--

問6 貴ステーションでは在宅看取りを実施していますか。 はい いいえ

問7 貴ステーションの直近1年間の在宅看取り人数を教えてください。

※東久留米市内の人数に限る

(介護保険)

約	人
---	---

(医療保険)

約	人
---	---

問8 在宅看取りの実施上の困難・不安、または在宅看取りを実施していない理由等を教えてください。

(自由記載)

--

ご協力ありがとうございました。

FAX返信先:042-470-7808
東久留米市介護福祉課地域ケア係担当:原田・池・柴田宛

令和4年度 東久留米市在宅医療・介護連携推進事業 課題検討アンケート(第3回)

＜市内薬局 機関回答用＞

市内薬剤師の方に伺います。

貴機関名：

記入者名：

電話番号：

問1 在宅患者訪問薬剤管理指導(医療保険)を算定されていますか。 はい いいえ

問2 問1で「はい」の方に伺います。

直近1年間の算定人数を教えてください。(可能な範囲で)

約 人

問3 問1で「いいえ」の方に伺います。

算定していない理由を教えてください。(自由記述)

問4 居宅療養管理指導(介護保険)を算定されていますか。 はい いいえ

問5 問4で「はい」の方に伺います。

直近1年間の算定人数を教えてください。(可能な範囲で)

約 人

問6 問4で「いいえ」の方に伺います。

算定していない理由を教えてください。(自由記述)

問7 在宅訪問の実施上の困難・不安、または在宅訪問を実施していない理由を教えてください。
(自由記述)

問8 この数年で、介護職との連携が取りやすくなったと感じますか。 はい いいえ

問9 問8で「はい」の方に伺います。

具体的にどのような変化がありましたか。(自由記述)

問10 問8で「いいえ」の方に伺います。

連携のとりにくい状況は、具体的にどのようなものですか。(自由記述)

ご協力ありがとうございました。

FAX返信先:042-470-7808

東久留米市介護福祉課地域ケア係担当:原田・池・柴田宛

令和4年度 東久留米市在宅医療・介護連携推進事業 課題検討アンケート(第3回)

＜東久留米市歯科医師会 歯科医療機関回答用＞

市内歯科医師の方に伺います。

貴機関名：

記入者名：

電話番号：

問1 歯科訪問診療(医療保険)を算定されていますか。

はい いいえ

問2 問1で「はい」の方に伺います。

直近1年間の算定人数を教えてください。(可能な範囲で)

約 人

問3 居宅療養管理指導(介護保険)を算定されていますか。

はい いいえ

問4 問3で「はい」の方に伺います。

直近1年間の算定人数を教えてください。(可能な範囲で)

約 人

問5 問1・3で「いいえ」の方に伺います。

算定していない理由を教えてください。(自由記述)

問6 在宅訪問の実施上の困難・不安、または在宅訪問を実施していない理由を教えてください。

(自由記述)

問7 この数年で、介護職との連携が取りやすくなったと感じますか。

はい いいえ

問8 問7で「はい」の方に伺います。

具体的にどのような変化がありましたか。(自由記述)

問9 問7で「いいえ」の方に伺います。

連携のとりにくい状況は、具体的にどのようなものですか。(自由記述)

ご協力ありがとうございました。

FAX返信先:042-470-7808

東久留米市介護福祉課地域ケア係担当:原田・池・柴田宛

令和4年度 東久留米市在宅医療・介護連携推進事業 課題検討アンケート(第3回)

<栄養ケアステーション用>

市民の方の利用状況について伺います。

貴機関名:

記入者名:

電話番号:

【東久留米市在宅医療・介護連携推進協議会設置目的】

医療と介護の両方を必要とする高齢者等が、在宅において療養できる環境を整備することを目的として、介護・福祉・医療及び保健の各分野のサービス提供主体との連携体制の構築を推進するため。

【協議会のテーマ】

～わが家・わがまち東久留米で、さいごまで自分らしく暮らすために～

問1 当市の関係者又は市民から問い合わせがありますか。

ある ない

問2 問1で「ある」の場合

直近1年間の相談件数を教えてください。(可能な範囲で)

約 件

問3 直近1年間の指導件数を教えてください。(可能な範囲で)

約 件

問4 栄養ケアステーション(在宅訪問栄養指導)の実践の中で、課題と感ずることがあれば教えてください。(自由記述)

ご協力ありがとうございました。