

平成 年 月 日

医療機関 管理者 様

公益社団法人函館市医師会 会長 本間 哲
函館市医療・介護連携推進協議会 座長 藤田 秀樹
(函館市保健福祉部長)

医療・介護連携に関する調査につきまして（ご依頼）

日頃より、格別のご支援ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

この調査の目的は、地域において医療および介護のニーズの両方を併せ持つ高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で継続して日常生活を営むことができるよう、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の様々な局面に関し、医療の提供に携わることが可能な医療機関の情報の収集・把握することを目的としています。

ご多忙中、大変恐縮ですが、ご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

（調査依頼内容）

別紙「調査用紙」への回答・返送にご協力をお願いいたします。

（説明）

団塊の世代がすべて後期高齢者となる平成37年（2025年）に向けて、持続可能な社会保障制度の確立を図るため、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築や地域包括ケアシステムの構築を通じて、地域における医療および介護の総合的な確保を推進していくことが必要となっております。

そのため医療法や介護保険法が改正され、医療においては病床の機能分化・連携を図っていくための地域医療構想（ビジョン）の策定、介護においては在宅医療・介護連携の推進などの地域支事業充実の取り組みが求められています。

とりわけ在宅医療・介護連携の推進については、函館市の第6期介護保険事業計画（平成27年3月策定）の中で、共に支え合う地域包括ケアシステムの構築のための重点事項の一つとしており、本年4月に設置した医療・介護の関係団体で構成する「函館市医療・介護連携推進協議会」において、医療・介護連携にかかる課題の抽出、解決に向けた協議を順次、進めています。

この協議会での取り組みの一つとして、在宅医療に関する医療機関の情報を収集、リスト化し、市民や医療・介護関係者に公開したいと考えており、リスト化に必要な情報を収集するため、本調査を実施することといたしました。

（調査基準日）平成27年〇〇月1日現在の状況についてご回答ください。

（回答期限）回答は郵送（返信用封筒）またはFAXにより平成27年〇〇月〇〇日（〇）までをお願いします。 FAX：32-1505

（回答内容の取り扱い）

回答いただき公表の承認を得た情報は、函館市医療・介護連携推進協議会のホームページで公表するほか、協議会の会議資料として利用させていただく予定です。

（お問い合わせ）

函館市保健福祉部 介護保険課 医療・介護連携担当（総合保健センター内）
電話：32-1512

調査用紙 1-1（在宅医療関係）

貴医療機関名称 _____

記入者(職・氏名) _____

(この調査用紙 1-1 の回答方法：該当する項目に○をお付けください。)

設問1 在宅医療（訪問診療(※1)または往診(※2)）を、

※1 訪問診療 ～ 医師が計画的に訪問し、診療、治療、処方、療養上の相談や指導等を行うこと。

※2 往診 ～ 突発的な病状変化などがあった場合、通院困難な患者の要請を受けて医師が訪問し、診療、治療、処方、療養上の相談や指導等を行うこと。

(1) 実施している。 → **設問2**にお進みください。

(2) 現在は実施していないが、今後実施予定である。

実施予定の内容 {
・ 訪問診療 (① 概ね2年以内 ② それ以外の期間内)
・ 往診 (① 概ね2年以内 ② それ以外の期間内)

→ 質問は以上です。別添の返信用封筒にてこの調査用紙を返送願います。
ご協力ありがとうございます。

(3) 実施していない。または実施が困難。

差し支えなければ、実施が困難な理由を以下にご記入願います。

()

→ 質問は以上です。別添の返信用封筒にてこの調査用紙を返送願います。
ご協力ありがとうございます。

設問2 貴医療機関の情報について、別紙**調査用紙 1-2**にご記入をお願いします。

設問3 上の**設問2**の情報について、函館市医療・介護連携推進協議会で作成し公表する「(仮称)在宅医療・介護連携関係機関リスト」へ掲載することについて、

(1) 承諾する。

(2) 承諾しない。

→ 質問は以上です。別添の返信用封筒にてこの調査用紙を返送願います。
ご協力ありがとうございます。

調査用紙 1-2 (在宅医療関係)

〈基礎情報〉

<input type="checkbox"/> 貴医療機関名称	前ページに記載済み
<input type="checkbox"/> 所在地	〒 —
<input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所	届出している 届出していない
<input type="checkbox"/> 連携支援を担う担当者氏名	担当者1:
	担当者2:
<input type="checkbox"/> 電話番号	
<input type="checkbox"/> FAX番号	
<input type="checkbox"/> ホームページアドレス	(公表・非公表)
<input type="checkbox"/> メールアドレス	(公表・非公表)
<input type="checkbox"/> 診療日・診療時間	月 (午前 : ~ : 午後 : ~ :)
	火 (午前 : ~ : 午後 : ~ :)
	水 (午前 : ~ : 午後 : ~ :)
	木 (午前 : ~ : 午後 : ~ :)
	金 (午前 : ~ : 午後 : ~ :)
	土 (午前 : ~ : 午後 : ~ :)
	日 (午前 : ~ : 午後 : ~ :)
	祝日(午前 : ~ : 午後 : ~ :)
<input type="checkbox"/> 診療科	

〈訪問診療等の対応〉

<input type="checkbox"/> 訪問診療	実施している 実施していないが可能
実施条件があれば記入ください (例: かかりつけ患者のみ, など)	
<input type="checkbox"/> 往診	実施している 実施していないが可能
実施条件があれば記入ください (例: かかりつけ患者のみ, など)	
<input type="checkbox"/> 訪問看護	実施している 実施していないが可能
実施条件があれば記入ください (例: かかりつけ患者のみ, など)	
<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導	実施している 実施していないが可能
実施条件があれば記入ください (例: かかりつけ患者のみ, など)	
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	実施している 実施していないが可能
実施条件があれば記入ください (例: かかりつけ患者のみ, など)	
<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導	実施している 実施していないが可能
実施条件があれば記入ください (例: かかりつけ患者のみ, など)	

<input type="checkbox"/> 時間外における対応	可・不可
<input type="checkbox"/> 訪問可能な範囲 条件を記入ください (例:車で15分以内, など)	
<input type="checkbox"/> 後方支援を受けている入院医療機関	有・無
	(医療機関名称)
<input type="checkbox"/> 訪問診療日・時間	曜日(午前・午後 : ~ :)
	曜日(午前・午後 : ~ :)
<input type="checkbox"/> ケアマネタイム※	曜日(午前・午後 : ~ :)
	曜日(午前・午後 : ~ :)
	連絡方法(電話・FAX・Eメール) (その他)
※ケアマネタイムとは ~	介護支援専門員(ケアマネジャー)が医療機関へ連絡する場合の、できるだけ都合のよい曜日や時間帯, 連絡方法
<input type="checkbox"/> 退院時カンファレンス※への参加	可・不可
※退院時カンファレンスとは ~	入院中の患者(利用者)の病状や在宅療養上の問題等の情報共有と支援内容や方法の検討や確認
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議※への参加	可・不可
※サービス担当者会議とは ~	居宅サービス計画の策定に当たってケアマネジャーが開催する会議
<input type="checkbox"/> 主治医意見書※の記載	可・不可
※主治医意見書とは ~	患者の介護保険の要介護認定の申請に当たり, 身体上または精神上の障害の原因である疾病または負傷の状況等に関し記載する書類
<input type="checkbox"/> 在宅で対応可能な専門診療科目	

<対応可能な訪問診療等の内容>

<input type="checkbox"/> 在宅ターミナルケアの対応	可・不可
<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	可・不可
<input type="checkbox"/> 経管栄養	可・不可
<input type="checkbox"/> 気管切開部の管理・処置	可・不可
<input type="checkbox"/> 疼痛の管理	可・不可
<input type="checkbox"/> レスピレーター(人工呼吸器)等	可・不可
<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法	可・不可
<input type="checkbox"/> その他在宅で対応可能な訪問診療の内容(自由記述)	

<その他>

<input type="checkbox"/> 在宅医療に係る研修等の講師協力	可・不可
	(協力者氏名:)

調査用紙 2-1（入院医療機関関係）

貴医療機関名称 _____

記入者(職・氏名) _____

(この調査用紙 2-1 の回答方法 : 該当する項目に○をお付けください。)

設問1 在宅医療に関し、患者の急変時の後方支援(入院受入)を、

(1) 実施している。または実施が可能である。 → **設問2**にお進みください。

(2) 実施していない。または実施が困難。

→ 質問は以上です。別添の返信用封筒にてこの調査用紙を返送願います。
ご協力ありがとうございます。

設問2 貴医療機関の情報について、別紙調査用紙 2-2 の項目にご記入をお願いします。

設問3 上の**設問2**の情報について、函館市医療・介護連携推進協議会で作成し公表する
「(仮称)在宅医療・介護連携関係機関リスト」へ掲載することについて、

(1) 承諾する。

(2) 承諾しない。

→ 質問は以上です。別添の返信用封筒にてこの調査用紙を返送願います。
ご協力ありがとうございます。

