**返答先　浜名医師会（FAX　053-576-5540）**　　　　　　　　　　　　1枚目／2枚

**2021年公開用　在宅医療対応医療機関情報アンケート調査のお願い**

湖西市在宅医療・介護連携推進事業として湖西市内の在宅医療対応機関にお聞きいたします。

ご多忙中とは存じますが、下記アンケートにご回答頂き浜名医師会事務局に10月26日（月）までにご回答ください。何卒よろしくお願い申し上げます。

**＜＜　在宅医療　対応医療機関　データベース　アンケート（医）　＞＞**

※アンケートを湖西市作成の冊子・ホームページに記載しても良いですか？　　□　可　□　否

※2020年3月公開データから変更はありますか？　□　変更あり　　□　変更なし

変更がない場合でも医療機関名、医師名、年齢、実績数のお願いします。また、コメント欄もご活用ください。（昨年度とレイアウト変更しています）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※**医療機関名等（記入必須）** |  | | | | | |
| 実状把握の為、ご協力ください | 医師名（非公開） |  | | | 年齢（非公開） | 歳 |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  | | □公開可　□公開不可 | |
| メールアドレス |  | | | | □公開可　□公開不可 | |
| 訪問診療または往診に対応している（予定がある） | | | | □はい　　□いいえ　□検討中 | | |

※　専門とする科目・・・・

□内科　□外科　□整形外科　□眼科　□皮膚科　□脳外科

□耳鼻咽喉科　□　小児科　□その他（　　　　　　　　　　）

※　訪問診療・往診で対応

できる領域・疾患・・・・・

□認知症　　　□がん性疾患　　　　□消化器疾患

□脳血管障害　□整形外科的疾患　　□老衰

□神経難病　　□呼吸器疾患　　　　□小児在宅

□循環器疾患　□その他（　　　　　　　　）

※　対応の出来る地域・・・・

※　診療所区分（施設基準届出）

在宅療養支援診療所（強化型・病院含む）□届出あり　□　なし

**※　実績調査（記入必須）**非公開とし湖西市の実績として集計値のみ現状分析で使用。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 前年度　訪問診療実績 | 実件数　　　　　　件 | 延べ訪問回数　　　　　　回 |
| 前年度　看取り加算実績（施設除く） | 件 | |
| 前年度　在宅ターミナルケア加算実績 | 件 | |

**※　非公開事項　医師会調査（記入必須）**

|  |  |
| --- | --- |
| 前年度　死亡診断書作成数 | 件 |
| 前年度　警察協力医検死数 | 件 |

コメント欄

|  |
| --- |
|  |

次のページへ

|  |  |
| --- | --- |
| 看取り | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 麻薬管理 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 疼痛管理 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 抹消点滴 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 皮下点滴 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 中心静脈栄養（IVH）管理 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| CVポート管理 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 輸血管理 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 経鼻経管栄養管理 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 胃瘻栄養管理 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 在宅酸素 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 気管切開部管理 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 人工呼吸器管理（NIPPV等） | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 人工肛門管理 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 人工膀胱管理 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 尿道バルーン管理 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 透析管理 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 褥瘡対応 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 訪問診療 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 往診 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 時間外対応 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |

※在宅医療への対応　各項目について自己評価で結構ですのでチェックをお願いします。2枚目／2枚

|  |  |
| --- | --- |
| 看取り | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 麻薬管理 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 疼痛管理 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 抹消点滴 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 皮下点滴 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 中心静脈栄養（IVH）管理 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| CVポート管理 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 輸血管理 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 経鼻経管栄養管理 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |

|  |  |
| --- | --- |
| 上記の項目（可）の場合の連絡先 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 輸液ポンプ管理 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 導尿処置 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| インスリン管理 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 抗がん剤治療 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| ※湖西市独自追加項目　※退院時カンファレンスへの参加 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| ※地域ケア会議への参加 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| ※サービス担当者会議への参加 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 上記（※印）会議等不参加時の情報提供書提出 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 車いすでの受診 | □可　　　　□可（条件付き）　　□不可 |
| 多職種関係者訪問の際　よい時間帯 |  |
| 多職種連絡時の方法 | □電話□シズケア□FAX　□その他（　　　　） |
| 上記項目にて、電話の場合のよい時間帯 |  |
| 問合せ窓口者、不明な点等確認させて頂きます。 |  |

問い合わせ先　　　　　湖西市長寿介護課在宅医療・介護連携推進事業担当　吉野沙織　☎576-1212

連携支援センター〝縁“　相談員　　白井まり子☎576-4900

※このアンケートは湖西市在宅医療・介護連携推進協議会にて企画し実施しています。

お忙しい中、ご協力ありがとうございました。