高島健康福祉事務所　医療福祉連携係　楠原あて

MAIL：[ea3501@pref.shiga.lg.jp](mailto:ea3501@pref.shiga.lg.jp)　　　　ＦＡＸ：０７４０-２２-５６９３

**〔回答締切日　令和５年７月３１日（月）〕**

**医療との連携に関するアンケート回答票**（送信枚数：全　　　枚）

◎　このアンケートは介護支援専門員お一人につき１部ずつご記入をお願いします

◎　回答いただく方についてお聞かせください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基礎資格 | 例）看護師、介護福祉士等 | | 実務開始時期 | |
| 介護支援専門員 | 平成・令和　　年　　月～ |
| 主任介護支援専門員 | 平成・令和　　年　　月～ |
| 事業所の種別  (該当事業所欄に○してください) | ①居宅介護支援事業所 | ②（看護）小規模多機能居宅介護事業所 | ③地域包括支援センター | ④入所施設（老人福祉施設・老人保健施設・地域密着） |
| 所在市町名 | 市　・　町 | | | |
| 事業所名・  氏　名 | 事業所：  連絡先：電話）　　　　－　　　　－  　　　　Mail)  氏　名： | | | |

＊利用者とは、要支援1･2、要介護1～5、認定審査中、総合事業対象者とします。

総合事業対象者とは、「訪問型サービス」「通所型サービス」を利用している人のことを言います。

**【質問１】各圏域の「入退院支援ルール」の活用状況についてお聞かせください。**

（１）「入退院支援ルール」を知っていますか。

　　① 知っている　　　② 知らない（⇒【質問２】へ）

（２）「入退院支援ルール」は入退院支援の際に参考にしていますか。

①参考にしている 　　　　　　　② 参考にしていない

　　　　　　　　　　　　　　その理由を具体的に教えてください

**【質問２】入院時情報提供時にどのような様式を使用していますか。（複数回答可）**

1. 圏域様式　　② 医師会様式　　③ 滋賀県介護支援専門員連絡協議会様式

④その他任意様式（　　　　　　　　　　　　　　）

**【質問３】退院に向けた情報収集時にどのような様式を使用していますか。（複数回答可）**

①圏域様式　　②国の様式　　③滋賀県介護支援専門員連絡協議会様式（退院に向けてのききとり

シート）　④その他任意様式（　　　　　　　　　　　　　　）

**以下の質問は【令和5年6月中に*「入院した」*利用者について】お伺いします。**

**【質問４】入院した利用者数、介護支援専門員の方から病院に入院時情報提供書(様式は問いません)を提供した人数を教えてください。　　（入院した利用者数0件の場合は→【質問８】へ）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 要介護1～5 | 要支援1・2 | 認定  審査中 | 総合事業  対象者 |
| 入院した利用者数 | | | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 入院時情報提供書 | 提供あり | 自ら提供した | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 病院から  求められて提供した | 件 | 件 | 件 | 件 | (左記の各理由) |
| 提供していない | | 件 | 件 | 件 | 件 | (左記の各理由) |

**【質問５】入院後「何日目」に利用者の入院を把握しましたか。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院前 | 件 | ２日  以内 | 件 | ３日 | 件 | 4～7日 | 件 | ★8日以降 | 件 |

★８日以降になった理由

**【質問６】入院後「何日目」に病院へ情報提供をしましたか。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院前 | 件 | ２日  以内 | 件 | ３日 | 件 | 4～7日 | 件 | ★8日以降 | 件 |

★８日以降になった理由

**【質問７】入院時情報提供書はどのように渡しましたか。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 説明付き  郵送 | 件 | 説明付き  FAX | 件 | 説明付き  手渡し | 件 | 説明付き  びわこあさがおネット | 件 |
| 説明なし  郵送 | 件 | 説明なし  FAX | 件 | 説明なし  手渡し | 件 | 説明なし  びわこあさがおネット | 件 |

**以下の質問は【令和5年6月中に*「退院した」*利用者について】お伺いします。**

**【質問８】R5.6月中に退院した利用者数を教えてください。今後の取り組みの参考とするため（6月中に退院した利用者）について［質問８－別紙］に記入願います。**

**（退院した利用者数0件の場合は【質問９】へ）**

|  |  |
| --- | --- |
| **R5.6に退院した利用者数** | **人** |

**以下の質問はこの１年で対応された利用者についてお伺いします。**

**【質問９】**

**リモートでのカンファレンスについて、１）２）該当する方に記載してください。**

**１）参加したことがある**

①良かった点は何ですか。該当するものすべてにレ点をつけてください。

　　□移動時間がいらない　　　　□これまで参加できなかった在宅側のメンバーも参加できた

　　□必要な情報共有ができた　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　②困った点は何ですか。該当するものすべてにレ点をつけてください。

　　□相手の反応がわかりにくい　□急なネット環境のトラブルに対応できない

　　□聞きたいことが聞きにくい　□関係性がつくりにくい

　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**２）参加したことがない**

理由として当てはまるものすべてにレ点をつけてください。

　　□病院からの提案がない　　　□事業所に十分なネット環境がない

□やり方がわからない　　　　□病院から提案はあったが対面がよいので断った

□事業所に必要な機器がない　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**【質問１０】**

（１）退院カンファレンスの際に、本人の動き・歩行動作・移乗・立ち上がり・ベッド上での状態・食事の状況等を動画等で共有されたことがありますか。

　　①ある　　　　　　　　　　　　　　　　②ない（⇒【質問１１】へ）

（２）動画等で確認したことで、退院に向けた調整を行う際どういったメリットがありましたか。

**【質問１１】＜自由記載＞**

コロナ禍において工夫して連携を行い、現在もよい連携につながっていると感じる点や、コロナ禍を経て引き続き課題に感じておられる（困っている）点、現状の病院との連携において困られた事例などご自由にお書きください。（可能な限り病院名・病棟も記入願います。必要な時は別紙を追加してください）

※例： ○A 病院では、退院前カンファレンス等でオンラインでの参加が可能になったことから、遠方の家族やこれまで参加できなかった専門職などにも引き続き参加してもらえている。

○B病院ではコロナ禍において情報共有シートに加え、電話での情報共有を行っていた。現在、面会は可能となったが、必要タイミングで電話連絡などの連携を行うことができている。

○他圏域のC病院に入院された際に、自身の圏域とルールが異なり、連携に困った。

○D病院に入院されたが、入院されたという連絡がもらえず困った。

（１）よい連携につながっていると感じること

（２）課題に感じておられる点

**排尿支援についてお伺いします。**

排尿支援とは、尿パットやおむつの使用、ポータブルトイレ等の使用、自己導尿や留置カテー

テルの使用など、尿漏れ、頻尿、尿閉等、排尿への困りごとがある方への支援のことです。

現在、県では排尿支援における検討会の開催、排尿支援を行う者の人材育成、県民への普及啓発などを行っています。今後、高島圏域での取り組みを検討するために排尿支援に関する状況を教えていただきたく思います。

**【質問１２】排尿障害の診療を行う医療機関リスト、排尿障害のケアを行う訪問看護ステーションリストを知っていますか？** 該当する番号に○印をつけて下さい。

1. **知っている　　　　　　　②　知らない**

**【質問１３】令和５年６月１日現在、受け持っている利用者について教えてください。**

**（１）受け持ち利用者の数を教えてください（　　　人）**

**（２）上記(１)の利用者のうち、排尿支援が必要な人はいますか？**

1. **い　る（　　　人）　　 　 ② いない（ 人）**

**（３）支援の内容を教えてください（延べ人数）**

尿パット・おむつ　　　　　（　　人）　尿もれ・頻尿・尿閉等　　　（　　人）

ポータブルトイレなどの用具（　　人） 自己導尿や留置カテーテル　（　　人）

衣類の調整　　　　　　　　（　　人） 環境の整備　　　　　　　　（　　人）

その他（　　　　　　 　　）（　　人） その他（　　　　　　　　 ）（　　人）

**（４）上記(２)①いる のうち、排尿支援で困っていることがある人はいますか？**

1. **い　る（　　　人）　　　　②　いない（　　　人）**

**（５）困りごとの内容を教えてください。**該当する内容に○印をつけて下さい。

尿パット・おむつ 、 尿もれ・頻尿・尿閉等 、 ポータブルトイレなどの用具

自己導尿や留置カテーテル 、 衣類の調整　、 環境の整備 、その他（　　 　　）

**（６）その困りごとについて、具体的に教えてください。**

**【質問１４】排尿支援における要望がありましたら教えてください。**

**例：研修会の開催(排尿障害の基礎知識・日常生活支援、吸水シートやオムツの種類 等)**

**退院時に医療機関から排尿支援の情報提供がほしい　、住民への啓発が必要　など**

**＊ご協力ありがとうございました**