（添書不要）回答期限：令和６年１１月２２日（金）回答先：福島県県北保健福祉事務所総務企画課　宍戸　行

　　　　　　ＦＡＸ：024-534-4105　　E-mail：kenpokuhofuku\_kikaku@pref.fukushima.lg.jp

在宅緩和ケア提供体制に関する調査票　　【診療所】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署 |  |
| 回答者名 |  |

１　基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 電話　　　　　（　　　　）　　　　　　　FAX　　　　　　（　　　　） |
| E-mail |
| ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞURL |  |
| 併設関連  機関 | □地域包括支援センター　□居宅介護支援事業所　□訪問看護　□訪問介護  □訪問入浴介護　□通所介護　□通所リハビリテーション　□訪問リハビリテーション  □短期入所生活介護　□短期入所療養介護　□福祉用具貸与　□介護老人福祉施設  □介護老人保健施設　□特定施設入居者生活介護　□その他（　　　　　　　　　　　）  □関連機関の併設はない |

２　在宅医療実施状況

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問診療患者数(①) | R5年7月1日～R6年6月30日の１年間に、  訪問診療を実施した患者数（実人数）　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 死亡患者数(②) | 訪問診療を実施した患者（①）のうち、  亡くなった患者数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 自宅看取り数 | 死亡患者数（②）のうち、  自宅（患者宅・家族宅）で亡くなった患者数 　　　　　　　人 |
| 入所施設看取り数 | 死亡患者数（②）のうち、  施設（老人ホーム・グループホーム・サ高住、その他医療機関以外の施設）で  亡くなった患者数　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　人 |
| 訪問診療で対応している項目 | 該当する番号に○を付けてください。（複数回答可）  　１　小児　２　精神疾患　３　終末期（ターミナル）  ４　難病　５　がん　　　６　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 訪問診療の対象地域 |  |

医療機関名：

|  |  |
| --- | --- |
| 人工呼吸器装着者への対応 | 該当する番号に○をつけてください。  　１　現在対象者がおり、対応している。  　２　現在対象者はいないが、対象者がいれば対応可能。  　３　対応できない。 |
| 往診への対応 | R5年7月1日～R6年6月30日の１年間の対応状況で該当する番号に○をつけてください。  ※１，２を選ばれた場合は、「（　）内のア～エで該当するもの全て」に○をつけてください。  １　対応実績あり　（実施数　　　　　　　　回）  　（ア：平日日中　イ：平日夜間　ウ：休日日中　エ：休日夜間）  ２　対応は可能であるが、往診依頼がなかった。  　（ア：平日日中　イ：平日夜間　ウ：休日日中　エ：休日夜間）  ３　対応できない。 |

３　緩和ケア実施状況

|  |  |
| --- | --- |
| 在宅緩和ケアの実施 | 該当する番号に○をつけてください。  １　現在対象者がおり、対応している。  ２　現在対象者はいないが、対象者がいれば対応可能。  ３　対応できない。 |
| 終末期の在宅ケア（医療）の実施 | 該当する番号に○をつけてください。  １　現在対象者がおり、対応している。  ２　現在対象者はいないが、対象者がいれば対応可能。  ３　対応できない。 |

４　上記情報の公開への同意（掲載に同意しない場合☑を入れてください）

* 社会資源情報冊子へ掲載することに同意しない。
* 福島市在宅医療・介護連携支援センターのホームページへ掲載することに同意しない。
* 伊達地方在宅医療・介護連携支援センターのホームページへ掲載することに同意しない。

ご協力ありがとうございました。