富山市医療・介護資源把握調査

この調査票は、富山市内の介護保険事業所、保険薬局、訪問看護ステーション、介護タクシー事業所を対象としております。そのため、調査項目の内容によっては該当しない場合があることと思います。その場合には、該当項目のみ回答をお願いいたします。また、選択方式の設問には番号に○を付けて下さい。

Ⅰ．属性等基本情報（すべての事業所様　対象）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | |
| 事業所分類 | 例）訪問介護、薬局、介護タクシーなど | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | 地区 |  |
| 電話番号 |  | | | FAX番号 | |  | | | |
| メールアドレス |  | | | | | | | | |
| 一般公開 | １．可　　　２．否 | | | 市からの案内（研修等） | | | | １．可　　　２．否 |
| ホームページ  URL |  | | | | | | | | |
| 運営母体  （法人） |  | | | | | | | | |
| 管理者名 |  | | | | | | | | |
| 医療・介護連携  担当者(２名) |  | | | |  | | | | |
| 営業日 |  | | 営業時間 | | | |  | | |
| 定休日 |  | | 時間外対応 | | | | １．あり　　　　　２．なし | | |
| 日曜営業 | １．あり　　　　　２．なし | | 祝日営業 | | | | １．あり　　　　　２．なし | | |
| 対応可能地域 | 例）半径〇㎞、富山市内など | | | | | | | | |
| 定員 | １．あり（　　　　　　　　）名　　　　２．なし | | | | | | | | |
| 要介護者対応 | １．可　　　　２．不可 | | 要支援者対応 | | | | １．可　　　　２．不可 | | |
| アピールポイント  強調したい長所や  優れているところ |  | | | | | | | | |

※以下の設問は事業所分類に該当する項目をお答え下さい。

Ⅱ．居宅サービス事業所、地域密着型サービス事業所、介護保険施設・・・・Ｐ２～３

Ⅲ．居宅介護支援事業所・・・Ｐ３　　　　Ⅳ．地域包括支援センター・・・Ｐ３

Ⅴ．保険薬局・・・・・・・・Ｐ３～４

Ⅵ．乗降介助実施訪問介護、介護タクシー事業所・・・・・・・・・・・・・Ｐ４

Ⅱ．居宅介護サービス事業所（訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハ、通所介護、療養型通所介護、通所リハ、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、居宅介護支援、介護予防支援）、地域密着型サービス事業所（小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、地域密着型特養、定期巡回・随時対応型、認知症対応型通所介護、グループホーム、夜間対応型訪問介護）、介護保険施設（特養、老健、療養型、介護医療院） 様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 専門職配置数 | 医師 　　　　名 | | 看護師 　　　　名 | | | 准看護師 　　　　名 | | |
| 理学療法士 　　　　名 | | 作業療法士 　　　　名 | | | 言語聴覚士 　　　　名 | | |
| 管理栄養士 　　　　名 | | 社会福祉士 　　　　名 | | | 介護福祉士 　　　　名 | | |
| 介護職員初任者研修修了者 　　　　　　名 | | | | | 介護職員 　　　　名 | | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 時間外対応 | 「可」…〇、「条件付きで可」…△、「不可」…×　をご記入ください | | | | | | | |
| 早朝 |  | 夜間 | |  | 深夜 |  | |
| 利用者の受け入れ・  医療が必要な在宅  患者への訪問対応  【対応】  「可」…〇  「条件付可」…△  【実績】  「あり」…〇  をご記入ください。  注）ヘルパーは基本的に  医療行為はできません。 | 項　目 | | 対応 | 実績 | 項　目 | | 対応 | 実績 |
| 経管栄養（胃瘻を含む） | |  |  | 在宅酸素療法 | |  |  |
| 気管切開 | |  |  | 中心静脈栄養 | |  |  |
| インスリン注射 | |  |  | 褥瘡、創処置 | |  |  |
| 浣腸・摘便 | |  |  | 疼痛看護（麻薬有り） | |  |  |
| 人工肛門管理 | |  |  | 痰の吸引 | |  |  |
| 人工呼吸器 | |  |  | 輸液ポンプ | |  |  |
| 留置カテーテル | |  |  | 人工膀胱 | |  |  |
| 透析（腹膜透析を含む） | |  |  | 間歇導尿 | |  |  |
| 終末期・看取り | |  |  | 認知症 | |  |  |
| 難病 | |  |  | 精神疾患・精神障害 | |  |  |
| 障害者 | |  |  | 小児 | |  |  |
| 「条件」などの  特記事項 |  | | | | | | | |
| 併設している  介護サービス |  | | | | | | | |

Ⅱ－１．訪問看護事業所　様

|  |  |
| --- | --- |
| ２４時間電話相談 | １．あり　　　　　　２．なし |
| 急な病気の変化があった場合の訪問看護 | １．あり　　　　　　２．なし |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携 | １．あり　　　　　　２．なし |
| 私費サービス（医療保険） | １．あり（交通費・休日等時間外・その他　　　　　　　　　　　）  　２．なし |

Ⅱ－２．定期巡回・随時訪問介護看護事業所　様

|  |  |
| --- | --- |
| サービス類型 | １．一体型　　　　２．連携型 |

Ⅱ－３．訪問介護・訪問入浴介護事業所　様

|  |  |
| --- | --- |
| 私費サービス | １．あり　　　　　　２．なし |

Ⅱ－４．①介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護医療院、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護　事業所　様

　　　　　②通所介護、地域密着型通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護　事業所　様

「①」の事業所のみお答えください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 個室 | 室 | 多床室（２床以上） | 室 |
| 余暇活動 | １．個別　　　　　　２．集団 | | |

「②」の事業所のみお答えください。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者の男女比 | 男性　　　　　　　名　、　女性　　　　　　　名 |

「①」、「②」両事業所お答えください。

|  |  |
| --- | --- |
| トイレ | １．部屋ごと　　　　　　　　　　２．フロア共有 |
| 温水洗浄便座 | １．あり　　　　　　　　　　　　　２．なし |
| リハビリ | １．あり（週　　　　　回）　　　　２．なし |

Ⅲ．居宅介護支援事業所　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特定事業所加算取得 | １．あり　　　　　　２．なし | | | | | | |
| 介護支援専門員数 | 名 | 内訳 | 男性　　　　　　　　名 | | 主任介護支援専門員 | | 名 |
| 女性　　　　　　　　名 | |
| 介護支援専門員の  基礎資格 | 看護師 　　　　名 | | | 介護福祉士 　　　　名 | | 社会福祉士 　　　　名 | |
| 栄養士 　　　　名 | | | 歯科衛生士 　　　　名 | | その他（　　　　　　　　　　　　） | |
| 併設している  介護サービス |  | | | | | | |

Ⅳ．地域包括支援センター　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職員配置数  （常勤数/総数） | 主任介護支援専門員（　　　　　/　　　　　） | 介護支援専門員　　　　（　　　　　/　　　　　） |
| 保健師　　　　　　　　　（　　　　　/　　　　　） | 看護師　　　　　　　　　　（　　　　　/　　　　　） |
| 社会福祉士　　　　　　（　　　　　/　　　　　） | 管理栄養士　　　　　　　（　　　　　/　　　　　） |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

Ⅴ．保険薬局　様

対応が可能なもの、実績があるものに〇を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　目 | 対応 | 実績 | 項　目 | 対応 | 実績 |
| 在宅医療への取組 |  |  | サービス担当者会議 |  |  |
| 退院時共同指導 |  |  | 特定医療保険材料 |  |  |
| 注射剤の調剤 |  |  | 医療材料 |  |  |
| 無菌調剤 |  |  | 介護用品の取寄せ |  |  |
| 一般医薬品の取寄せ |  |  | 富山市おむつ引換券 |  |  |

あてはまる番号に〇を付けてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 麻薬小売業免許 | １．あり　　　　２．なし | 高度管理医療機器販売許可 | １．あり　　　　２．なし |
| 地域支援体制加算算定 | １．あり　　　　２．なし | 在宅調剤加算の算定 | １．あり　　　　２．なし |
| 一般医薬品の取扱 | １．あり　　　　２．なし | 介護用品の取扱 | １．あり　　　　２．なし |
| 第一類医薬品・  要指導医薬品の取扱 | １．あり　　　　２．なし | 24時間対応  （電話対応含む） | １．あり　　　　２．なし |

Ⅵ．乗降介助を実施している訪問介護、介護タクシー事業所　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス分類 | １．介護保険サービスによる乗降介助　　　　２．介護保険外（私費）サービスによる乗降介助 | | | | | | | | |
| 保持する車両 | 小型車　　　　　　　　　　　台 | | | 中型車　　　　　　　　　　　台 | | | 大型車　　　　　　　　　　　台 | | |
| 車輌対応 | 車椅子 | | １．可　　　２．不可 | | | ストレッチャー | | １．可　　　２．不可 | |
| 保有する器具  「あり  （標準仕様）」　…○  「有料貸出  （別途仕様）」…△  「なし」…×  をご記入下さい。 | 車椅子 | | | |  | リクライニング車椅子 | | |  |
| ストレッチャー | | | |  | 担架 | | |  |
| インバータまたはコンセント | | | |  | 点滴棒 | | |  |
| パルスオキシメーター | | | |  | AED | | |  |
| 吸引器 | | | |  | アンビューバッグ | | |  |
| 毛布 | | | |  | 酸素 | | |  |
| バッテリー | | | |  | カニューラ | | |  |
| スロープ | | | |  | 救急用品 | | |  |
| 血圧計 | | | |  | 聴診器 | | |  |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 付き添い者同乗 | １．可　　　　　　　２．不可 | | | | | | | | |
| 専門職対応 | 看護師 | １．可　　　　　２．条件付きで可　　　　　３．不可 | | | | | | | |
| 介護職員 | １．可　　　　　２．条件付きで可　　　　　３．不可 | | | | | | | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |

※すべての事業所　様**（１）～（４）のアンケートにご協力をお願いします。**

（１）「富山市暮らしを支える　医療と介護の情報」ホームページを閲覧したことがありますか。

①週１回以上　　　　②月１回以上　　　　③年に数回　　　　④閲覧したことがない

（２）どのようなことを知りたいときに閲覧しますか。

①利用者の居住地域のサービス　　　　②事業所の所在地の地図　　　　③連携担当者や連絡先

④営業日や時間外の対応　　　⑤専門職配置数　　　⑥医療対応　　　⑦その他（　　　　　　　　　）

（３）車椅子の方でも気軽に利用できるお店情報やドライブコースなど情報提供をお願いします。

（４）利用者支援を行うにあたり、困ったことなどをご記入ください。

お手数ですが、記入漏れがないか再度ご確認のうえ、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、

　１２月２７日（金）　までにポストに投函してください。ご協力ありがとうございました。