（様式）HP掲示用統合版

富山市医療・介護資源把握調査票

調査１　富山市医療・介護資源把握調査の情報公開等に関するアンケート（全事業所対象）

（１）「富山市くらしを支える　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（　　　　　　　　　）

【在宅医療・介護連携に関することについて伺います。】

（３）現在、医療・介護の関係機関との連携は図れていますか。

　　　①十分図れている　　　②概ね図れている　　　③あまり図れていない　　　④図れていない

（４）現在、医療・介護の関係機関とサービス担当者会議以外で「どんな時」に「どこ（関係機関）」と

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | どんな時 | どこ（関係機関） | どのように（情報共有の手段・工夫点） |
| （例） | ADLの急な変化があり、利用者の情報を共有したい時 | 利用者支援に関わる関係機関（病院、居宅介護支援事業所など） | ICTを活用したシステム、メーリングリストでタイムリーな情報を支援者同士共有している |
| ① |  |  |  |
| ② |  |  |  |
| ③ |  |  |  |

「どのように（情報共有の手段・工夫点）」情報共有をしていますか。3つまでお書きください。

（５）医療・介護の関係機関と連携を推進するため、今後どのように情報共有していきたいですか。

ご意見がありましたらご自由にお書きください。

上記アンケートでご回答いただいた内容は、まちなか総合ケアセンターの各種事業で活用させていただく

場合があります。

調査２　令和３年度富山市医療・介護資源把握調査票

●最初に下表を参照し、貴事業所が提供するサービス分類をご確認ください。

●サービス分類ごとに回答いただく質問番号が決まっています。下表の「回答する質問番号」をご確認のうえ、該当する質問項目にご記入をお願します。

●記入後、漏れがないか再度ご確認のうえ、**１２月２４日（金）**までにご送付をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 事業所分類・サービス分類名 | 回答する質問番号 |
| 施設サービス事業所 | 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | ①　②　⑥　⑧ |
| 介護老人保健施設（老人保健施設） |
| 介護療養型医療施設（療養病床等） |
| 介護医療院 |
| 居宅サービス事業所 | 訪問介護（ホームヘルプ） | ①　②　⑤　⑫ |
| 訪問入浴介護 | ①　②　⑤ |
| 訪問看護 | ①　②　③ |
| 訪問リハビリテーション | ①　② |
| 居宅療養管理指導 |
| 通所介護（デイサービス） | ①　②　⑦　⑧ |
| 通所介護・地域密着型通所介護（デイサービス） |
| 療養通所介護 |
| 通所リハビリテーション |
| 短期入所生活介護（ショートステイ） | ①　②　⑥　⑧ |
| 短期入所療養介護（医療型ショートステイ） |
| 特定施設入居生活介護 |
| 居宅介護支援 | ①　⑨ |
| 介護予防支援（地域包括支援センター） | ①　⑩ |
| 地域密着型サービス事業所 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | ①　②　④ |
| 夜間対応型訪問介護 | ①　② |
| 認知症対応型通所介護 | ①　②　⑦　⑧ |
| 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） | ①　②　⑥　⑧ |
| 小規模多機能型居宅介護 | ①　② |
| 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | ①　②　⑥　⑧ |
|  | 福祉用具貸与 | ① |
|  | 送迎サービス（介護タクシー） | ①　⑫ |
|  | 保険薬局 | ①　⑪ |

1. 属性等基本情報　（すべての事業所様がご記入ください）

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒 | 地区（校下）／地域名 |  |
| 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・介護連携担当者名(２名) | （1） | （2） |
| 営業日 | **【営業曜日】**例) 「年中無休」「月～金」「土」など | **【営業時間】**例) 「24時間」「9：00～17：00」など |
| 1） |  |  |
| 2） |  |  |
| 3） |  |  |
| 日曜営業 | 　１．あり　　　　　２．なし | 祝日営業 | 　１．あり　　　　　２．なし |
| 定休日 | 　１．あり　　　　　２．なし | 特記事項 | 例）「なし」「土・日・祝」など |
| 時間外対応 | 　１．あり　　　　　２．なし | 特記事項 |  |
| 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 |
| 併設しているサービス |  |
| アピールポイント | ※強調したい長所や優れているところを、自由にご記入ください |
| 専門職配置数 | 医師 　　　　　名 | 薬剤師　　　　　　　　　　　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 |
| 介護支援専門員　　　　　　名 | 介護福祉士 　　　　名 | 介護職員 　　　　名 |
| 介護職員初任者研修修了者　　　　　名 | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

1. サービスの提供状況

【対応欄】対応が可能なものに「〇」、条件付きで可能なものに「△」を記入してください。

【実績欄】実績ありの場合「〇」を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療が必要な利用者・在宅患者への訪問対応の可否および実績注）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 |  |

1. サービスの提供情報（訪問看護事業所様のみ）

|  |  |
| --- | --- |
| ２４時間電話相談 | 　１．あり　　　　　　２．なし |
| 急な病状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 | 　１．あり　（交通費・休日等時間外・その他　　　　　　　　　　）　２．なし |

1. サービス類型（定期巡回・随時訪問介護看護事業所様のみ）

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

1. 私費サービスの有無（訪問介護および訪問入浴介護事業所様のみ）

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

1. 部屋数、余暇活動等

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

1. 利用者男女比

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者の男女比 | 　男性　（　　　　　　　　名）　　　　　女性　（　　　　　　　　名） |

1. トイレ環境等

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

　　　　　　　　　 　　※施設系サービス事業所のみご回答ください。

1. 介護支援専門員の人数等（居宅介護支援事業所様のみ）

|  |  |
| --- | --- |
| 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（　　　　　　　　　　　　） |

1. 職員数等（地域包括支援センター様のみ）

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

1. 取扱いサービス等（保険薬局様のみ）

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 |
| 在宅医療への取組み |  |  | 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 |

1. 保有車両、保有器具等（訪問介護乗降介助サービス、介護タクシー事業所様のみ）

※「訪問介護」で乗降介護サービスを実施の場合は、ご回答をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| 保有する車両 | 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 |
| 付き添い者同乗 | 　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」…×をご記入ください。** |
| 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 |  |
| その他器具（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |