

千葉県保健医療計画策定に関する調査

在宅患者訪問薬剤管理指導等対応薬局調査票 ～循環型地域医療連携システムに関する調査～

趣 旨

本調査は、医療法第30条の5に基づいて、地域医療の担い手である薬局のうち「訪問薬剤管理指導対応及び麻薬調剤の両方を実施している薬局」の体制や医療提供状況、連携先等について実態を調査することを通じて、本県の在宅医療に対する薬局の現状と課題を把握し、「千葉県保健医療計画」に反映させるものです。

医療法第30条の5 都道府県は、医療計画を作成し、又は医療計画に基づく事業を実施するために必要があると認めるときは、市町村その他の官公署、介護保険法第7条第7項に規定する医療保険者又は医療提供施設の開設者若しくは管理者に対し、当該都道府県の区域内における医療機能に関する情報その他の必要な情報の提供を求めることができる。

問1の中で2重枠で示した部分の回答内容については、「千葉県保健医療計画」に収載することを予定しています。

また、その他のご回答については、薬局名を匿名化のうえ、実態把握や課題検討に使用させていただきます。

対象医療機関

「ちば医療ナビ」に登録されている、千葉県内所在の訪問薬剤管理指導対応及び麻薬調剤の両方を実施している薬局（554ヶ所）

回答期限

平成22年8月31日(火)までに同封の返信用封筒により、ご返信願います。

調査結果

調査結果に基づいて作成された「千葉県保健医療計画」は、千葉県ホームページ等にて公表いたします。

実施主体・問い合わせ

千葉県健康福祉部 健康福祉政策課政策室

電話番号：043(223)2609

FAX番号：043(222)9023

担 当：吉田・石出

以下の設問には、特に指示がある場合以外平成22年6月1日現在の状況に基づいてお答えください。
 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入ください。

問1 貴薬局についてお伺いします。

2重枠の内容については、「千葉県保健医療計画」に収載することを予定しています。

薬局名		(個人・法人)		
郵便番号 住所		〒 - 千葉県		
各種報酬の請求状況 在宅療養に関連する	下記の項目に関する請求状況について、()内に「 」「 ×」のいずれかをご記入ください。 【 ...請求実績あり、 ...要望があれば提供できる、 × ...提供予定なし】			
	調剤報酬	(1) 基準調剤加算(1または2)	()	
		(2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料	()	
		(3) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	()	
		(4) 在宅患者緊急時等共同指導料	()	
		(5) 上記(2)~(4)にかかる麻薬管理指導加算	()	
		(6) 退院時共同指導料	()	
	介護保険報酬 (在宅利用者に対するもののみ)	(1) 居宅療養管理指導費(在宅利用者)	()	
		(2) 介護予防居宅療養管理指導費(在宅利用者)	()	
衛生材料の販売状況 在宅医療に必要な	下記の衛生材料等の販売状況について、()内に「 」「 ×」をご記入ください。 【 ...販売実績あり、 ...要望があれば提供できる、 × ...提供予定なし】			
	A群 加算に含まれない	A	(1) 滅菌ガーゼ(ハツ折等)	()
			(2) 切込み滅菌ガーゼ(Yガーゼ)	()
			(3) 口腔ケアスポンジ	()
(4) ディスポグローブ			()	
(5) 経管栄養セット			()	
(6) 閉鎖式導尿バッグ			()	
(7) 喀痰用吸引カテーテル			()	
B群 加算に含まれる	B	(1) 栄養カテーテル(経鼻用)	()	
		(2) 気管切開後留置用チューブ	()	
		(3) 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル	()	

以下の内容については薬局名を匿名化の上、実態把握・課題検討に使用させていただきます。

貴薬局の概況についてご記入ください。

管理者氏名	
連絡先電話番号	
在宅患者訪問薬剤管理 指導料 届出年月日	平成 年 月 日
貴薬局の従事者数を実人数 でご記入ください。	薬剤師：常勤()人、非常勤()人 その他職員：常勤()人、非常勤()人
後発医薬品調剤体制加算 (該当するものを つけてください)	なし ・ 1 ・ 2 ・ 3

問2 貴薬局が訪問している患者についてお伺いします。

平成22年6月(1ヶ月間)に訪問した実患者数

総数 _____ 人

(1) 患者の主な傷病名を1つだけご記入ください。
 がんについては、原発性のがんを内訳にご記入ください。

a.がん	_____人
(内訳)	
肺がん	_____人
大腸がん	_____人
肝がん	_____人
胃がん	_____人
子宮頸がん	_____人
子宮体がん	_____人
乳がん	_____人
その他のがん	_____人
b.脳血管疾患	_____人
c.急性心筋梗塞	_____人
d.糖尿病	_____人
e.神経難病	_____人
f.慢性呼吸器疾患	_____人
g.整形外科疾患	_____人
h.小児疾患	_____人
i.その他()	_____人

aからiの合計が、総数と一致するように記入してください。

(2) 訪問した患者の居場所別 実人数

j.自宅	_____人
k.自宅以外	_____人
(グループホーム、介護老人福祉施設、有料老人ホーム等)	

jとkの合計が、総数と一致するように記入してください。

訪問可能エリア 距離：半径_____km以内
 時間：(自動車またはバイク ・ 自転車 ・ 徒歩)で
 片道_____分以内

患者の状況

貴薬局が、患者を訪問することに至ったルートについてお伺いします。
 以下の項目につき、大体の割合をご記入ください。

(1) 患者(家族)が直接来院・連絡	_____割
(2) 病院からの紹介	_____割
(3) 診療所からの紹介	_____割
(4) 訪問看護ステーションからの紹介	_____割
(5) 居宅介護支援事業所からの紹介	_____割
(6) 居宅サービス提供事業所からの紹介	_____割
(7) 行政(福祉事務所、保健センター等)からの紹介	_____割
(8) その他	_____割

(1)から(8)の合計が、10割になるように記入してください。

その他の事例を具体的にご記入ください。 _____

在宅訪問終了患者の状況

貴薬局が、患者の訪問を終えた状況についてお伺いします。

以下の項目につき、平成22年6月(1ヶ月間)の訪問患者実人数を対象に、大体の割合をご記入ください。訪問終了者がいなかった場合には、0割と記入してください。

- (1) 患者の死亡 _____ 割
- (2) 患者の入院(他医療機関への転院) _____ 割
- (3) 施設等への入所 _____ 割
- (4) それ以外の転居 _____ 割
- (5) 治癒・軽快 _____ 割
- (6) その他 _____ 割

(1)から(6)の合計が、10割になるように記入してください。

その他の事例を具体的にご記入ください。 _____

問3 在宅医療に関わる連携状況についてお伺いします。

連携実績のある医療機関の実数をご記入ください。

	連携実績のある医療機関の実数		
	総数	うち 貴施設と同一の二次保健医療圏に立地	うち 貴施設と異なる二次保健医療圏に立地
病院	施設	施設	施設
一般診療所	施設	施設	施設
うち 在宅療養支援診療所	施設	施設	施設
歯科診療所	施設	施設	施設
訪問看護ステーション	施設	施設	施設

問4 居宅療養管理指導についてお伺いします。

平成22年6月(1ヶ月間)に訪問を行った実人数をご記入ください。

- 要支援1・2 ()人
 要介護度1 ()人 要介護度2 ()人 要介護度3 ()人
 要介護度4 ()人 要介護度5 ()人

問5 在宅医療の課題についてお伺いします。

在宅医療の課題として重要であると考えられものの記号に を付けてください(3つまで選択してください)

- a . 貴薬局における薬剤師の確保
- b . 在宅医療に関する研修機会の確保
- c . 24時間対応体制を維持するための連携医療機関の確保
- d . 連携する訪問看護ステーションの確保
- e . 在宅医療に関する病院の認識や理解
- f . 在宅療養患者に関する医療機関との情報共有
- g . 在宅療養患者に関する居宅介護サービス事業所との情報共有
- h . 在宅療養患者に関する居宅介護支援事業所との情報共有
- i . 地域住民の在宅医療への理解を促進するための情報の提供
- j . 患者への「訪問薬剤管理指導同意書」の交付
- k . 医療機関からの「訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書」の交付
- l . 薬学的管理指導計画書の作成
- m . 診療報酬の引き上げ
- n . 患者の経済的負担の軽減
- o . その他 ()

今後、貴薬局が現在の体制を維持した場合、1ヶ月あたりの在宅患者訪問管理指導算定患者数を何人程度増やすことが可能ですか(あてはまるもの1つに)

- a . 患者数を増やすことが可能(人程度)
- b . " 増やすことはできるが現状を維持するつもり
- c . " 増やすことはできない
- d . わからない
- e . その他 ()

問6 本アンケートに対する意見等、在宅医療に関するご意見をご自由にお書きください。

**アンケートは以上です。ご協力いただき、ありがとうございました。
8月31日(火)までに返信用封筒をお使いの上ご投函ください。**