

在宅看取りに関するアンケート調査とその後の支援について（案）

<目的>

函館市における在宅看取りに関する現状を把握し、課題を明確にするためアンケート調査、訪問調査を実施する。

さらに、在宅看取りの場面における多職種間の望ましい連携のあり方を、広く関係者に伝播することを通じて、函館市における「在宅看取り」を推進する。

<方法>

1, アンケート調査

調査目的：在宅看取りに関する実態の把握と課題の抽出。

調査期間：令和元年10月～11月

調査対象：医療～医師

（平成30年度の在宅医療・介護連携マップの調査において、『訪問診療を行っている』と回答した診療所・病院）

介護～地域包括支援センター職員，介護支援専門員，訪問看護師，訪問介護員

（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，定期巡回・随時対応型訪問介護看護，夜間対応型訪問介護）

調査内容：平成27年度のアンケート分析結果（別紙1）をもとに、在宅看取りに関する設問を設定し、その差異をみて課題の分析を行う。事業所単位，個人単位と2種類実施。

（事業所の基本属性，在宅看取りの実績数，在宅看取りに関する体制等）

（回答者の基本属性，回答者自身の在宅看取りの経験，在宅看取りにおける多職種との連携等）

調査方法：質問紙法。郵送配布，郵送（FAX）回収。

※令和元年度の在宅医療・介護連携マップの調査と同封し実施。

2, 訪問調査

調査目的：アンケート調査結果から在宅看取りの多職種連携含めた具体的な事例等の詳細の調査，確認。

調査期間：令和2年1月～

調査対象：10月実施のアンケート結果から，在宅看取りの経験がある，または多い事業所や回答者。（各種別2～3件程度）

調査内容：在宅看取りの経験がある，または多い理由の詳細。なぜそのような対応がとれるのか。工夫している点，課題となっていること。具体的な多職種連携の事例。

調査方法：事業所訪問，担当者へのインタビュー。

3, 在宅看取りへの支援

期間：令和2年度

内容：①研修会の企画（在宅看取り研修会）。

②在宅看取りに苦慮していると回答した事業所等については、必要に応じて、対応できている事業所等の体制・取組やマニュアルやポイント等を参考に（在宅看取りガイドの作成）、職員配置など事業所ごとの事情を勘案したうえで、センター職員が個別に事業所等を訪問して相談に応じる。

病医院長 様

函館市医療・介護連携支援センター
センター長 檜木 賢三

「在宅看取りにかかわる調査」へのご協力のお願いについて

拝啓 秋冷の候、時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、函館市医療・介護連携支援センターでは、函館市全域における医療・介護連携における在宅看取りの実態を把握することを目的に、下記の内容で調査を実施いたしますのでご協力を賜りますようお願い申し上げます。

敬具

記

<調査名称> 在宅看取りにかかわる調査

<調査内容>

別添アンケート用紙のとおり

①医療機関用（回答は貴医療機関に所属するどの職種の方でもかまいません。）

②個人用（回答は貴医療機関にて訪問診療に携わっている医師にお願いします。）

※大変お手数ですが、個人用アンケート用紙は人数分をコピーしてお使いください。

<調査対象>

平成30年度の在宅医療・介護連携マップの調査において、『訪問診療を行っている』と回答した診療所・病院

※令和元年10月1日現在の状況についてご回答ください。

※ご多用のところ大変お手数をおかけいたしますが、別添アンケート用紙にご記入のうえ、**令和元年11月30日(土)まで**にFAXまたは郵送にてご回答をお願いいたします。

【お問い合わせ先】

函館市医療・介護連携支援センター(函館市医師会病院内)

担当：佐藤，長谷川，中村

電話：43-3939 FAX：43-1199

E-mail：ikr-center@hakodate-ishikai-hp.jp

医療機関用

在宅看取りにかかわる調査（医療機関用）

貴機関について

貴機関名等 名称 _____
 連絡先（電話番号） _____
 ご記入者名 _____（職種）

(1) 種別 診療所 病院 在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院

(2) 訪問診療に携っている医師の人数 _____ 人

在宅看取りについて

※ここでいう『在宅看取り』とは、自宅、または高齢者住宅等（住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅）における人生の最終段階にある患者に対し、患者本人の意思と権利を最大限に尊重し、本人の尊厳を保つと共に安らかな死を迎えるための人生の最終段階にふさわしい最善の医療、看護、介護、リハビリテーション等を行う一連の過程をさします。

(1) 貴医療機関において在宅看取りを行っていますか？また、その理由を教えてください。

<input type="checkbox"/> ①行っている	<input type="checkbox"/> ②行っていない
理由)	

(2) 貴医療機関においてこの地域の在宅看取りに関して問題だと思うことや、その解決策があれば教えてください。

※在宅看取りの有無にかかわらずお答えください。

アンケート調査へのご協力ありがとうございました。

FAXでの返信にご協力をお願いいたします。

個人用

在宅看取りにかかわる調査（医師用）

基本属性について

所属機関名等 名称 _____

年齢 _____ 歳 性別 _____ 男 _____ 女

訪問診療の経験年数 _____ 年

在宅看取りについて

※ここでいう『在宅看取り』とは、自宅、または高齢者住宅等（住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅）における人生の最終段階にある患者に対し、患者本人の意思と権利を最大限に尊重し、本人の尊厳を保つと共に安らかな死を迎えるための人生の最終段階にふさわしい最善の医療、看護、介護、リハビリテーション等を行う一連の過程をさします。

(1) 先生は在宅看取りを行っていますか？また、その理由を教えてください。

※在宅看取りを行っている場合は平成30年10月1日から令和元年9月30日までの1年間で在宅看取りにかかわったおよその件数を教えてください。

※所属されている医療機関での在宅看取りの有無にかかわらずお答えください。

①行っている⇒ (_____ 件) ②行っていない

理由)

(2) 在宅看取りをすることは、医師にとって負担が大きいと思いますか？また、その理由を教えてください。※在宅看取りの有無にかかわらずお答えください。

①非常にそう思う ②そう思う ③どちらとも言えない ④そう思わない ⑤全くそう思わない

理由)

(3) 今後、この地域で在宅看取りのケースは増えていくと思いますか？また、その理由を教えてください。※在宅看取りの有無にかかわらずお答えください。

①非常にそう思う ②そう思う ③どちらとも言えない ④そう思わない ⑤全くそう思わない

理由)

(4) この地域で在宅看取りをする場合、連携できる職種（ケアマネジャー、訪問看護師、ヘルパー等）が整っていると思いますか？また、その理由を教えてください。

※在宅看取りの有無にかかわらずお答えください。

①非常にそう思う ②そう思う ③どちらとも言えない ④そう思わない ⑤全くそう思わない

理由)

(5) この地域で在宅看取りに関して問題だと思うことや、その解決策があれば教えてください。

※在宅看取りの有無にかかわらずお答えください。