

各介護事業所 御中

静岡市地域包括ケア推進課

## 在宅医療・介護連携に関する実態調査の実施について（依頼）

平素より本市の地域包括ケア推進にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本市では、在宅医療・介護の体制整備や多職種連携の強化に向けた取り組みを進めており、その一環として、地域における実態を把握し、今後の施策の検討資料とするため、医療機関及び介護事業所等を対象とした表記調査を実施いたします。本調査は定期的に実施しており（前回調査：令和 4 年度）、今回も継続的な実態把握の一環として行うものです。

つきましては、大変お忙しい中恐縮ではございますが、趣旨をご理解のうえ、次頁以降の調査票にご記入いただき、下記期限までにご提出ください。なお、本調査は匿名で実施し、回答機関名が特定されることはございません。

## 記

## 1 調査対象機関

**訪問介護、訪問入浴介護**

※以下の機関には別様式の調査票を送付しております。

病院、医科診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援事業所、通所リハビリテーション、通所介護（認知症対応型含む）

## 2 提出期限

令和 7 年 10 月 17 日（金）

## 3 提出方法

別添の返信用封筒に封入してください。

※オンラインでの回答をご希望の場合は、以下の URL よりご入力いただき、本状は破棄してください。

URL : <https://logoform.jp/form/79j2/1173746>

※回答には、本依頼文左上のアクセスキーの入力が必要です。



## 4 その他

- ・調査票は手入力で集計するため、多少の汚損等は支障ございません。
- ・調査票や返信用封筒の再送が必要な場合は、ご連絡ください。
- ・市 HP にも調査概要や調査票データを掲載しています。

URL : <https://www.city.shizuoka.lg.jp/s4523/s003106.html>

- ・調査結果は令和 8 年 3 月末までに市 HP（上記 URL）に掲載予定です。
- ・本調査は任意であり、無理のない範囲でご協力ください。

## 5 お問い合わせ先

静岡市 地域包括ケア推進課 在宅医療・介護連携係 橋本・平川

電話：054-221-1576（直通） メール：chiikikea@city.shizuoka.lg.jp

住所：〒420-8602 静岡市葵区追手町 5 番 1 号 静岡庁舎新館 14 階

## ※ご記入の留意点

1. 設問中、特に記載のないものに関しては、令和7年8月1日現在の状況でお答えください。
2. 調査票に示す「在宅医療」とは、自宅のみでなく、有料老人ホーム・サービス付高齢者住宅・ケアハウス・グループホーム等の介護施設での医療提供を含めます。
3. 本調査は無記名形式で実施しますが、圏域別の傾向を把握するため、調査票ごとに識別用 ID を付しております。また回答負担の軽減及び正確な現状把握・今後の施策検討のため、レセプト情報と回答内容を組み合わせた分析を行う場合がございます。個別の機関を特定した分析・公表を行うものではありません。ご了承くださいますようお願いいたします。

## 貴機関の属性について

問 1 貴機関の従事者数を職種別に記入してください。

※常勤、非常勤は問いません。

| 職種                         | 従事者数 |
|----------------------------|------|
| ① 看護師（正・准）                 | （ ）人 |
| ② リハビリ職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士） | （ ）人 |
| ③ 介護職員（介護支援専門員含む）          | （ ）人 |

問 2 サービスの対象範囲（移動距離）を定めていますか。【1つ選択】

|                                     |
|-------------------------------------|
| 1 決めている ⇒ 【 県内 ・ 市内 ・ 区内 ・ その他（ ） 】 |
| 2 決めていない                            |

問 3 対象とする疾患を決めていますか。【複数選択可】

|          |              |
|----------|--------------|
| 1 がん     | 2 糖尿病        |
| 3 高血圧性疾患 | 4 虚血性心疾患     |
| 5 脳血管疾患  | 6 認知症        |
| 7 神経難病   | 8 慢性呼吸不全     |
| 9 消化器疾患  | 10 泌尿器系疾患    |
| 11 肝臓疾患  | 12 腎疾患（透析含む） |
| 13 骨折    | 14 脊髄損傷      |
| 15 終末期   | 16 在宅における看取り |
| 17 口腔疾患  | 18 その他（ ）    |

問 4 対応する時間帯を決めていますか。【1つ選択】

1 決めている ⇒ さらに①～③の中から選んでください。

① 24 時間いつでも対応

② 曜日や時間を決めて対応

⇒ 【曜日】 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日

【時間】（ ）時（ ）分～（ ）時（ ）分

③ その他（ ）

2 決めていない

問 5 医療ケアが必要な利用者がいる場合、あてはまるものを選択してください。【複数選択可】

1 経管栄養療法（胃ろう・腸ろう・経鼻カテーテル）

2 在宅酸素療法

3 在宅注射療法（I V H・点滴注射・自己注射）

4 在宅腹膜灌流

5 人工呼吸器の管理

6 気管切開の処置

7 膀胱カテーテルの留置・導尿

8 人工肛門（ストーマケア）・人工膀胱

9 看取り（の処置）

10 がん末期の疼痛管理

11 がん末期以外の疼痛等の管理

12 リハビリテーション

13 褥瘡処置・皮膚処置

14 吸入・吸引

15 浣腸・排便

16 人工透析

17 歯科医療・口腔ケア（自費を含む）

18 歯周病治療

19 むし歯の治療

20 抜歯等の処置

21 義歯関係処置（自費を含む）

22 フッ素塗布

23 服薬管理・点眼指導

24 麻薬の取扱い

25 認知症患者の対応

26 その他（ ）

問 6 貴機関において今後対応していきたいと思う医療処置を選択してください。【複数選択可】

1 吸引

2 経管栄養

3 特にない

4 その他（ ）

問 7 現在の体制を維持した場合、今後利用者数を増やすことが可能ですか。【1つ選択】

1 利用者数を増やすことが可能 ⇒ （1 か月当たり 人程度）

2 利用者数を増やすことはできるが、現状を維持したい

3 利用者数を増やすことはできない

4 わからない

5 その他（ ）

## 多職種連携について

同法人内か否かを問わずにご回答ください。

問 8 次の関係機関との連携状況について、連携している事業所数を記入した上で、あてはまるものに○をしてください。

※判断が難しい場合や関わりがない場合は、無記入でも構いません。

| 関係機関                  | 連携している事業所数 | 左記の連携状況（いずれか1つに○をしてください） |                         |                         |                          |
|-----------------------|------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
|                       |            | 必要な協力・連携ができていない          | ある程度、協力・連携しているが、やや課題がある | あまり協力・連携していないが、今後していきたい | あまり協力・連携しておらず、現状必要性も高くない |
| ア 病院                  |            | 1                        | 2                       | 3                       | 4                        |
| イ 医科診療所（有床）           |            | 1                        | 2                       | 3                       | 4                        |
| ウ 医科診療所（無床）           |            | 1                        | 2                       | 3                       | 4                        |
| エ 歯科診療所               |            | 1                        | 2                       | 3                       | 4                        |
| オ 薬局                  |            | 1                        | 2                       | 3                       | 4                        |
| カ 訪問看護ステーション          |            | 1                        | 2                       | 3                       | 4                        |
| キ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 |            | 1                        | 2                       | 3                       | 4                        |
| ク 看護小規模多機能型居宅介護事業所    |            | 1                        | 2                       | 3                       | 4                        |
| ケ 居宅介護支援事業所           |            | 1                        | 2                       | 3                       | 4                        |
| コ 訪問介護事業所             |            | 1                        | 2                       | 3                       | 4                        |
| サ 通所介護事業所             |            | 1                        | 2                       | 3                       | 4                        |
| シ 訪問入浴介護事業所           |            | 1                        | 2                       | 3                       | 4                        |
| ス 訪問リハビリテーション事業所      |            | 1                        | 2                       | 3                       | 4                        |
| セ 通所リハビリテーション事業所      |            | 1                        | 2                       | 3                       | 4                        |
| ソ 施設（特養・老健等）          |            | 1                        | 2                       | 3                       | 4                        |
| タ 地域包括支援センター          |            | 1                        | 2                       | 3                       | 4                        |

問 9 全体的に医療・介護連携はうまくいっていると思いますか。【1つ選択】

|                |         |                |         |
|----------------|---------|----------------|---------|
| 1 うまくいっている     | →問 11 へ | 2 まあまあうまくいっている | →問 11 へ |
| 3 あまりうまくいっていない | →問 10 へ | 4 うまくいっていない    | →問 10 へ |
| 5 わからない        | →問 11 へ |                |         |

問 9 で、「3 あまりうまくいっていない」「4 うまくいっていない」と答えた機関のみ回答してください。

問 10 医療・介護連携でうまくいっていないと思う理由を選択してください。【複数選択可】

|    |                        |
|----|------------------------|
| 1  | 他の職種と顔の見える関係が作られていない   |
| 2  | 他の職種の業務内容が共有できていない     |
| 3  | 情報交換する会議などの機会がない       |
| 4  | 情報交換する時間がない            |
| 5  | 病状の急変時における連携体制が不十分     |
| 6  | 人材が育成されていない            |
| 7  | どこの機関が主導するのかがはっきりしていない |
| 8  | 諸制度が複雑で連携する機関がわかりにくい   |
| 9  | 関係職種に連携の必要性が理解されていない   |
| 10 | 情報交換する方法がわからない         |
| 11 | 必要な研修を受講する機会がない        |
| 12 | その他（ ）                 |

問 11 行政や関係機関等が進めている以下の取組について、該当するものにそれぞれ○をしてください。

【1つ選択】

| 取 組                                    | 取組が<br>進んでいる | 今後取組む<br>必要がある | わからない<br>(内容を知っている<br>が判断できない) | 内容を<br>知らない |
|----------------------------------------|--------------|----------------|--------------------------------|-------------|
| 1 圏域単位で他職種との情報交換・顔合わせの場を持つ（地域ケア会議の開催等） | 1            | 2              | 3                              | 4           |
| 2 多職種による事例検討会の開催                       | 1            | 2              | 3                              | 4           |
| 3 多職種が情報共有するためのツールの利用促進                | 1            | 2              | 3                              | 4           |
| 4 在宅医療・介護連携についての知識の習得（研修会等の開催）         | 1            | 2              | 3                              | 4           |
| 5 地域包括支援センター等、圏域中心機関の機能強化              | 1            | 2              | 3                              | 4           |
| 6 在宅医療連携パスの作成                          | 1            | 2              | 3                              | 4           |
| 7 一般市民への周知、啓発                          | 1            | 2              | 3                              | 4           |
| 8 スーパーバイザー（※）の配置・活用促進                  | 1            | 2              | 3                              | 4           |
| 9 その他（ ）                               | 1            | 2              | 3                              | 4           |

※静岡医師会「医療・介護連携推進センター」、清水医師会「在宅医療介護相談室」

調査票 4（訪問介護・訪問入浴介護用）

問 12 医科診療所、訪問看護、ケアマネジャーとの情報共有において、最も使用しているツールを情報共有先ごとに1つ○をつけてください。

※やりとりがない場合は、該当欄は空欄のままで構いません。

| 情報共有先   | I C Tシステム     |            | 郵送 | FAX | 電話 | 直接訪問 | その他<br>( ) |
|---------|---------------|------------|----|-----|----|------|------------|
|         | シズケア<br>＊かけはし | その他<br>( ) |    |     |    |      |            |
| 医科診療所   | 1             | 2          | 3  | 4   | 5  | 6    | 7          |
| 訪問看護    | 1             | 2          | 3  | 4   | 5  | 6    | 7          |
| ケアマネジャー | 1             | 2          | 3  | 4   | 5  | 6    | 7          |

問 13 貴機関の職員が以下の会議に参加したことがありますか。会議ごとに1つ○をつけてください。

|            | 参加したことがある | 参加したことがない | わからない |
|------------|-----------|-----------|-------|
| 地域ケア会議     | 1         | 2         | 3     |
| 退院前カンファレンス | 1         | 2         | 3     |
| サービス担当者会議  | 1         | 2         | 3     |

ACP（人生会議）等について

問 14 終末期の利用者の在宅介護に対応していますか。【1つ選択】

|           |         |
|-----------|---------|
| 1 対応している  | →問 16 へ |
| 2 対応していない | →問 15 へ |

問 14 で、「2 対応していない」と答えた機関のみ回答してください。

問 15 対応していない理由を選択してください。【複数選択可】

|                     |
|---------------------|
| 1 24 時間対応可能な体制がとれない |
| 2 対応できる技術・知識がない     |
| 3 その他 ( )           |

問 16 在宅における終末期の対応について、お考えを選択してください。【1つ選択】

|                                         |         |
|-----------------------------------------|---------|
| 1 在宅での終末期対応は困難と考えている                    | →問 17 へ |
| 2 可能な限り在宅を支援するが、死の直前は病院等医療機関で対応する方が望ましい | →問 18 へ |
| 3 可能な限り在宅を支援するが、自機関単独では難しい              | →問 18 へ |
| 4 可能な限り在宅で最期まで支援したい                     | →問 18 へ |
| 5 その他 ( )                               | →問 18 へ |

問 16 で、「1 在宅での終末期対応は困難と考えている」と答えた機関のみ回答してください。

問 17 その理由を選択してください。【複数選択可】

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1 | 利用者本人や家族に終末期医療等を在宅で行う意向がない |
| 2 | 介護する家族等に十分な知識がない           |
| 3 | 終末期の病状に対応する設備が不十分である       |
| 4 | 終末期の病状に対応する処置等の技術に不安がある    |
| 5 | 対応できるチーム体制が整っていない          |
| 6 | その他（ ）                     |

問 18 利用者・家族に対して ACP（人生会議）を実施していますか。【1つ選択】

- |   |         |         |
|---|---------|---------|
| 1 | 実施している  | →問 20 へ |
| 2 | 実施していない | →問 19 へ |

問 18 で、「2 実施していない」と答えた機関のみ回答してください。

問 19 実施していない理由を選択してください。【複数選択可】

- |   |                 |   |              |
|---|-----------------|---|--------------|
| 1 | 話し合いのためのノウハウがない | 2 | 話し合う余裕がない    |
| 3 | 話を切り出すことに抵抗を感じる | 4 | 話し合うきっかけがない  |
| 5 | 話し合う必要性を感じていない  | 6 | 対象となる利用者がいない |
| 7 | その他（ ）          |   |              |

問 20 ACP（人生会議）の推進に必要と考える取組を選択してください。【複数選択可】

- |   |                                        |
|---|----------------------------------------|
| 1 | 貴機関内での研修や勉強会の実施                        |
| 2 | 行政や関係団体が主催する研修や勉強会への参加                 |
| 3 | ACP（人生会議）を実施するためのツールの導入・利用（エンディングノート等） |
| 4 | 時間的余裕や人員の配置等の体制整備                      |
| 5 | わからない                                  |
| 6 | その他（ ）                                 |

問 21 静岡市がエンディングノートを作成していることを知っていますか。【1つ選択】

- |   |       |         |
|---|-------|---------|
| 1 | 知っている | →問 22 へ |
| 2 | 知らない  | →問 23 へ |

問 21 で、「1 知っている」と答えた機関のみ回答してください。

問 22 次の内容について、該当するものを選択してください。【複数選択可】

|   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| 1 | 市民向けの周知や配布を強化してほしい                 |   |
| 2 | 内容がわかりやすく、使いやすい                    |   |
| 3 | 記載内容を充実してほしい項目がある（具体的な項目：          | ） |
| 4 | 修正してほしい項目がある（具体的な項目：               | ） |
| 5 | 書き方が分かりづらく、活用しにくい                  |   |
| 6 | 市販等されているエンディングノートもあり、市独自で作成する必要はない |   |
| 7 | 作成していることは知っているが、内容は把握していない         |   |
| 8 | その他（                               | ） |

問 23 在宅医療と介護の連携等に関するご意見があれば、記入してください。【自由記述】

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

質問は以上です。ご協力いただきまして、ありがとうございました。  
 ※返信用封筒に封入の上、令和 7 年 10 月 17 日（金）までに、ご返送ください。