**令和２年度障害者総合福祉推進事業**

**「障害者支援施設等と医療機関における連携状況に関する実態調査」**

**医療機関調査**

**Ⅰ．貴医療機関の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **依頼状のナンバリング番号**
 | （　　　　　） |
| 1. **開設者**（○は1つだけ）
 | 1. 国
2. 公立
3. 公的
4. 社会保険関係団体
5. 医療法人
6. 個人
7. その他
 |
| 1. **施設種別**（○は1つだけ）
 | 1. 病院
2. 有床診療所
3. 無床診療所
 |
|  | **【病院・有床診療所の場合】**1. **許可病床数**
 | （　　　　　）床 |
| 1. **標榜診療科**（複数回答）
 | 1. 内科
2. 外科
3. 整形外科
4. 小児科
5. 産婦人科
6. 呼吸器科
7. 消化器科
8. 循環器科
9. 精神科
10. 眼科
11. 耳鼻咽喉科
12. 歯科
13. 泌尿器科
14. 皮膚科
15. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 1. **法人・グループにおける障害福祉サービスの実施有無**（○は1つだけ）
 | 1. 実施あり
2. 実施なし
3. わからない
 |
| 1. **往診・訪問診療の実施状況**（○は1つだけ）
 | 1. 実施あり
2. 実施なし
 |
| 1. **地域で果たしている医療機能**（○は1つだけ）
 | 1. 高度・専門的な入院医療を提供し急性期疾患に対応
2. 急性期疾患で入院医療が必要な患者や比較的軽度な急性期患者に対応
3. 急性期・回復期・慢性期等の複数の機能を持ち地域のニーズに幅広く対応
4. 急性期病院の後方支援やリハビリテーション機能を持ち在宅復帰を支援
5. 長期にわたり療養が必要な疾患・障害児者に対応
6. 訪問診療を提供し在宅療養する患者に対応
7. 地域のかかりつけ医として比較的軽度な急性期疾患や健康管理に対応
8. その他（　　　　　　　　　　　　　）
 |

**Ⅱ．障害者支援施設等との連携状況**

**※本調査では、障害者支援施設・福祉型障害児入所施設・グループホームを「障害者支援施設等」とする**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **貴医療機関が連携している施設数**※連携とは、医師の勤務・派遣、定期健康診断の実施、健康管理、日常的な診療及び治療、急変時の診療及び治療、入院時の受入れ、職員への指導・研修等の実施等を行っている場合を指す
 | **障害者支援施設** | （　　　）施設 |
| **福祉型障害児入所施設** | （　　　）施設 |
| **グループホーム** | （　　　）施設 |
| 1. **貴医療機関の所属医師が勤務、又は、貴医療機関が医師の派遣をしている施設数**
 | **障害者支援施設** | （　　　）施設 |
| **福祉型障害児入所施設** | （　　　）施設 |
| **グループホーム** | （　　　）施設 |
| 1. **貴医療機関が障害者施設等との連携を始めた時期**（○は1つだけ）

※複数の障害者支援施設等と連携している場合は、最も昔から連携しているタイミングを回答 | 1. １年以内
2. 2~4年前
3. 5~9年前
4. 10年以上前
 |
| 1. **2020年11月時点で、貴医療機関受診をしている障害者支援施設等の入所者数（合計人数）**

※通院・入院・往診・訪問診療など受診方法は問わない※Ｑ９で回答した貴医療機関が連携している障害者支援施設等の入所者の患者数について回答 | （　　　　）人 |
| 1. **受診している入所者の主な障害特性**（複数回答）
 | 1. 視覚障害
2. 聴覚・平衡機能障害
3. 音声・言語・そしゃく機能障害
4. 肢体不自由
5. 内部障害
6. 精神障害
7. 知的障害
8. 発達障害（自閉症など）
9. 高次脳機能障害
10. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 1. **障害者支援施設等との連携にあたって行っている工夫**（複数回答）
 | 1. 受診方法について取り決め・相談をしている
2. 受診前に予約・一報をしてもらう
3. 指定した時間に受診してもらう
4. 障害特性について情報提供をしてもらう
5. 検査・診察等の待機時には個室や車内等で対応する
6. 検査・診療・説明時間等を長めにとっている
7. 障害特性に応じた説明方法をとっている
8. 障害特性に応じて、数回に分けて検査・治療を行っている
9. 障害者支援施設等の職員への指導・研修等の実施
10. 特にない
11. その他（　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 1. **障害者支援施設等との連携にあたって行っている工夫（自由記述）**
 | ＜受診前の工夫＞＜待合～受診時の工夫＞＜その他の工夫＞ |
| 1. **貴医療機関を受診した入所者について、受診目的となった傷病以外に、他診療科での治療が必要と感じたことはありますか**（○は1つだけ）
 | 1. ある
2. ない
3. わからない・覚えていない
 |
|  | **【ある場合】**1. **治療が必要と感じた診療科**（複数回答）
 | 1. 内科
2. 外科
3. 整形外科
4. 小児科
5. 産婦人科
6. 呼吸器科
7. 消化器科
8. 循環器科
9. 精神科
10. 眼科
11. 耳鼻咽喉科
12. 歯科
13. 泌尿器科
14. 皮膚科
15. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| **【ある場合】**1. **具体的な状態**
 |  |
| 1. **貴医療機関を受診した入所者で、別の医療機関での治療が必要な場合の対応**（複数回答）
 | 1. 他の医療機関を紹介する
2. 配置医・嘱託医に連絡して別の受診先の確保を依頼する
3. 施設に別の受診先の確保を依頼する
4. 医師会や自治体に相談する
5. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
|  | **【他の医療機関を紹介する場合】**1. **紹介先の確保で苦労した経験の有無**（○は1つだけ）
 | 1. ある
2. ない
 |
|  | **【ある場合】**1. **紹介先の確保で困った事例・理由**
 |  |
| 1. **障害児者の診療・治療にあたって、郡市区医師会における情報提供や情報共有等の支援はあるか**（○は1つだけ）
 | 1. ある
2. ない
 |
|  | **【ある場合】**1. **支援の内容**
 |  |
| 1. **2019年4月～2020年3月で、障害者支援施設等の入所者の受診で対応困難だった事例の有無**（○は1つだけ）
 | 1. ある
2. ない
 |
|  | **【ある場合】**1. **対応ができなかった理由**（複数回答）
 | 1. 専門外
2. かかりつけの患者でなかった
3. 時間外
4. 障害特性（治療が困難）
5. 障害特性（待合が困難）
6. 障害特性（機器・設備が十分でない）
7. 障害が重度（治療が困難）
8. 障害が重度（待合が困難）
9. 障害が重度（機器・設備が十分でない）
10. 症状が重症
11. 満床で入院対応不可
12. 往診・訪問診療対応不可
13. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| **【ある場合】**1. **対応困難だった入所者の状況や理由**
 |  |

**Ⅲ．障害児者の診療における課題、必要な支援**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **障害児者の診療における課題**
 |  |
| 1. **障害者支援施設等との連携において必要な支援**
 |  |

**今後、障害者支援施設等との連携状況等を詳しくお伺いするために、インタビューを行うことを予定しております。調査にご協力をいただける方は、差し支えなければ、施設名、ご担当者様名、ご連絡先をご記入ください。事務局よりインタビューのお願いをさせていただく場合がございます。**

※インタビューは、ご相談の上、対面・電話・オンラインなどの方法で実施させていただく予定です。

※次の文章にご同意いただいたうえでお申し込みをお願いいたします。

（個人情報の取り扱いについての確認事項）

1. お預かりした個人情報は、本事業のインタビュー調査に関するご連絡に限って利用いたします。

2. ご記入いただいた氏名等の個人情報は、当社の「個人情報保護方針」(<https://www.murc.jp/corporate/privacy/>）及び、「個人情報の取り扱いについて」(<https://www.murc.jp/privacy/>）に従って適切に取り扱います。

3. お預かりした個人情報は、業務委託等により当社以外の第三者にその取扱いを委託する場合がございます。そうした場合には、十分な個人情報保護の水準を備えるものを選定し、契約によって個人情報の保護水準を定めるよう定め、個人情報を適切に取り扱います。

4．お預かりした個人情報の開示、訂正、利用停止等若しくは利用目的の通知のご請求、または個人情報に関する苦情のお申し出、その他の問い合わせにつきましては、【お問い合わせ先】までご連絡ください。

(お問い合わせ先)三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 部署：共生・社会政策部 担当：清水、西尾、古賀

E-mai：m-renkei@murc.jp

※電話での連絡をご希望の方は、①お名前 ②電話番号 ③連絡希望曜日・時間帯 ④ご照会内容 を上記メールアドレス宛にご送付ください。弊社営業時間内（平日午前10時～午後5時、土日祝祭日を除く）に担当者よりご連絡いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名** |  |
| **担当者名** |  |
| **電話番号** |  |
| **メールアドレス** |  |