

N

千葉県保健医療計画改定に関する調査
在宅医療に関する調査

訪問看護ステーション調査票

千葉県保健医療計画改定に関する調査

在宅医療に関する調査

訪問看護ステーション調査票

○ 趣旨

本調査は、千葉県保健医療計画に位置づける循環型地域医療連携システムの構築にあたり、在宅医療に関する各施設の医療機能や地域における連携体制の実態について把握し、千葉県の保健医療施策を推進するための検討資料を得ることを目的とするものです。

なお、★印を付した項目の回答内容については、地域の医療連携を推進するため、千葉県ホームページに実施・対応している施設名のリストの形で公表することを予定しています。また、その他の回答は、施設名を匿名化のうえ、実態把握や課題検討に使用させていただきます。

○ 回答期限

平成29年7月20日（木）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します。

○ 質問項目、回答方法等に関する問い合わせ先

みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部 医療政策チーム

「千葉県保健医療計画改定に関する調査」ヘルプデスク

電話番号：0120-133-181（平日10：00～17：00）

* みずほ情報総研株式会社は、千葉県と守秘義務契約を締結の上、本調査業務の実施を受託しています。

○ 実施主体（千葉県保健医療計画に関する問い合わせ）

千葉県健康福祉部 健康福祉政策課 医療・介護連携室（担当：吉水・渡邊）

電話番号：043-223-2608（平日9：00～17：00）

○ 特に指示がある場合以外、平成 29 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・施設等がない場合は「0（ゼロ）」を記入してください。

計画の改定に合わせ、二次保健医療圏ごとに、在宅医療に係る医療機能を有する施設のリストを作成して公表する予定です。その作成に際しては、本調査の結果のほか、診療報酬上の施設基準等の届出状況や介護サービス情報公表制度により千葉県へ報告いただいた内容等の公表情報を用いる予定です。

なお、公表内容に変更等がある場合には、**本アンケート調査の回答とは別に、7月20日（木）**までに下記ホームページから修正報告していただけるよう協力をお願いします。

- 介護サービス情報 <http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>
- 介護サービス情報公表制度に関する問合せ先
千葉県介護サービス情報公表センター TEL：043（245）2344

1. 貴事業所の概況について

※施設名、所在地は、表紙に記載されている内容と異なる場合のみ、ご記入をお願いします。

施設名	
所在地	
記入者名及び連絡先	(電話)
連絡先メールアドレス	
記入日	平成 年 月 日

Q1 機能強化型訪問看護ステーションの届出状況について、該当する選択肢の番号 1 つに○をお付けください。また、届け出ていない場合は、その理由についてもご記入ください。		
01 機能強化型 1 02 機能強化型 2 03 届け出ていない（理由：)		
Q2 公費負担の指定を受けている項目について、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。★		
01 原爆被爆者医療	02 生活保護	03 指定難病医療
04 小児慢性特定疾病医療	05 自立支援医療（精神通院医療）	
Q3 併設事業所について、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。★		
01 病院	02 一般診療所	03 居宅介護支援事業所
04 訪問介護事業所	05 その他	

2. 貴事業所における訪問看護・訪問リハビリテーション等の実施状況

Q4 平成 29 年 3 月～5 月の 3 か月間における訪問看護等の訪問実人数と延べ回数をご記入ください。						
①医療保険による訪問看護 (看護職員が実施するもの)	同一建物居住者以外	実人数 () 人	延べ () 回			
	同一建物居住者	実人数 () 人	延べ () 回			
②介護保険による訪問看護 (介護予防給付含む) (看護職員が実施するもの)	同一建物居住者以外	実人数 () 人	延べ () 回			
	同一建物居住者	実人数 () 人	延べ () 回			
③医療保険による訪問看護 (PT、OT、ST が実施するもの)	同一建物居住者以外	実人数 () 人	延べ () 回			
	同一建物居住者	実人数 () 人	延べ () 回			
④介護保険による訪問看護 (介護予防給付含む) (PT、OT、ST が実施するもの)	同一建物居住者以外	実人数 () 人	延べ () 回			
	同一建物居住者	実人数 () 人	延べ () 回			
⑤介護保険による居宅療養管理指導 (介護予防給付含む) (看護職員が実施するもの)	同一建物居住者以外	実人数 () 人	延べ () 回			
	同一建物居住者	実人数 () 人	延べ () 回			
Q5 訪問看護を行っている患者の居住形態について、利用者数の割合をご記入ください。 * Q4①②③④の実人数に対する割合を記入してください。						
自宅	サービス付き 高齢者向け住宅	有料老人 ホーム	認知症対応型 生活介護	介護老人福祉 施設	その他	合計
() 割	() 割	() 割	() 割	() 割	() 割	10割
Q6 現在の貴事業所が訪問看護を提供している患者のうち、訪問診療を受けている割合を回答してください。 * Q4①②③④の実人数に対する割合について回答してください。						
01 50%未満	02 50%から 80%未満	03 80%以上	04 わからない			
Q7 乳幼児疾患、小児疾患に関する訪問看護の実施状況について、それぞれ該当する選択肢の番号 1 つに○をお付けください。また、対応可能な場合は平成 29 年 3 月～5 月の実施回数を、実施していない場合はその理由もご記入ください。						
乳幼児疾患★	01 対応可能 (平成 29 年 3 月～5 月の延べ実施回数：) 回					
	02 現在是对応不可であるが、今後対応を予定している					
	03 対応予定なし (理由：)					
小児疾患★	01 対応可能 (平成 29 年 3 月～5 月の延べ実施回数：) 回					
	02 現在是对応不可であるが、今後対応を予定している					
	03 対応予定なし (理由：)					
Q8 精神疾患に関する訪問看護の実施状況について、それぞれ該当する選択肢の番号 1 つに○をお付けください。また、対応可能な場合は対応可能な精神疾患等として該当する選択肢の番号に○をお付けください (複数回答可)。						
対応の可否 ★	01 対応可能 (平成 29 年 3 月～5 月の延べ実施回数：) 回					
	02 現在是对応不可であるが、今後対応を予定している					
	03 対応予定なし (理由：)					
対応可能な精神疾患等 ★	01 統合失調症	02 気分 (感情) 障害	03 認知症			
	04 児童・思春期精神疾患	05 発達障害	06 アルコール依存症			
	07 薬物依存症	08 ギャンブル等依存症	09 PTSD			
	10 高次脳機能障害	11 摂食障害	12 てんかん			

Q9 医療保険による訪問看護に関する療養費や診療報酬上の加算の算定の有無について、それぞれ該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。	
訪問看護基本療養費 ★	01 算定している 02 算定していない
訪問看護管理療養費 ★	01 算定している (平成29年3月～5月の算定回数：____回) 02 算定していない
特別管理加算(医療保険による)	01 算定している (平成29年3月～5月の算定回数：____回) 02 算定していない
退院支援指導加算	01 算定している (平成29年3月～5月の算定回数：____回) 02 算定していない
在宅患者連携指導加算	01 算定している (平成29年3月～5月の算定回数：____回) 02 算定していない
精神科訪問看護基本療養費	01 算定している (平成29年3月～5月の算定回数：____回) 02 算定していない
訪問看護情報提供療養費 ★	01 算定している (平成29年3月～5月の算定回数：____回) 02 算定していない
訪問看護ターミナルケア療養費 ★	01 算定している (平成29年3月～5月の算定回数：____回) 02 算定していない

3. サービス提供に至る経緯

Q10 訪問看護ステーションを開設しようとした契機について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。			
01 訪問看護を目的に独立			
02 設立母体(法人・医療機関等)による開設			
03 その他 ()			
Q11 利用者へ訪問(診療等・看護)を開始するに至ったルートについて利用者の割合についてご記入ください。			
患者または家族が 直接来所・連絡	病院からの紹介	診療所からの紹介	他の訪問看護 ステーションからの紹介
(____割)	(____割)	(____割)	(____割)
居宅介護支援事業所 からの紹介	行政 からの紹介	その他	計
(____割)	(____割)	(____割)	10割

4. 職員体制・確保

Q12 患者・利用者の居宅を訪問して行う業務（訪問看護等）に従事している職員体制について、職員1人当たり回答欄の1行を用いてご回答ください。

注：「看護師の前の勤務先」欄には、その行の職員（看護師に限る）の直前の勤務先について、下記のうちあてはまる番号をご記入ください。

【選択肢】 1：病院 2：診療所 3：施設 4：訪問看護ステーション 5：その他 6：前の勤務先なし

番号	職種 (1つに○) ★PT, OT, STの配置の有無について、公表します						勤務形態 (1つに○)			年齢	当該職種としての経験年数	↓看護師の前の勤務先 (番号を記入)	1ヶ月の勤務時間に占める おおよその従事時間の割合 a+b+c=10割となるように、 数値をご記入ください		
	1 看護師	2 准看護師	3 理学療法士 (PT) ★	4 作業療法士 (OT) ★	5 言語聴覚士 (ST) ★	6 その他の職種	A 常勤職員	B 非常勤職員	常勤換算人数 (注参照) Bを選択した場合				a 居宅でのサービス提供	b aに付随する業務 (準備、移動、後片付け・記録等)	c a, b以外の業務
例	①	2	3	4	5	6	Ⓐ	B	() 人	(36) 歳	(10) 年	1	(6) 割	(3) 割	(1) 割
例	①	2	3	4	5	6	A	Ⓑ	(0.5) 人	(28) 歳	(3) 年	5	(6) 割	(4) 割	(0) 割
1	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 歳	() 年		() 割	() 割	() 割
2	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 歳	() 年		() 割	() 割	() 割
3	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 歳	() 年		() 割	() 割	() 割
4	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 歳	() 年		() 割	() 割	() 割
5	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 歳	() 年		() 割	() 割	() 割
6	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 歳	() 年		() 割	() 割	() 割
7	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 歳	() 年		() 割	() 割	() 割
8	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 歳	() 年		() 割	() 割	() 割
9	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 歳	() 年		() 割	() 割	() 割
10	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 歳	() 年		() 割	() 割	() 割
11	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 歳	() 年		() 割	() 割	() 割
12	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 歳	() 年		() 割	() 割	() 割
13	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 歳	() 年		() 割	() 割	() 割
14	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 歳	() 年		() 割	() 割	() 割
15	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 歳	() 年		() 割	() 割	() 割
16	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 歳	() 年		() 割	() 割	() 割
17	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 歳	() 年		() 割	() 割	() 割
18	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 歳	() 年		() 割	() 割	() 割
19	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 歳	() 年		() 割	() 割	() 割
20	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 歳	() 年		() 割	() 割	() 割

注：非常勤職員数を常勤換算数でご回答頂く設問は、貴事業所の1週間の通常勤務時間を基本として、下記の方法で算出し、小数点以下第2位を四捨五入した数字をご記入ください。

【例】1週間の通常の勤務時間が40時間の医療機関で、週3日、各日5時間勤務の非常勤職員の場合

$$\frac{5 \text{ 時間} \times 3 \text{ 日}}{40 \text{ 時間}} = 0.375 \text{ 人} \rightarrow \underline{0.4 \text{ 人}}$$

Q13 平成28年度における看護師の募集状況等についてご回答ください。

採用状況 (○は1つ)	01 している () 人/年 02 していない (理由)
採用情報の把握経路 (複数回答可)	01 ハローワーク 02 ナースバンク 03 募集チラシ等 04 斡旋業者等 05 その他 ()
退職者の数 (平成28年度)	() 人/年 (その主な理由:)

Q14 訪問看護師の教育体制について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

研修等への参加の有無	01 している 02 していない (理由:)
------------	----------------------------

Q15 現体制で対応可能な1ヶ月当たり最大の訪問人数・回数についてご記入ください。

サービス	1ヶ月当たり最大の訪問人数	1ヶ月当たり最大の訪問回数
医療保険・介護保険 (介護予防給付含む) による訪問看護 (看護職員が実施するもの)	() 人	() 回
医療保険・介護保険 (介護予防給付含む) による訪問看護 (PT・OT・STが実施するもの)	() 人	() 回

Q16 24時間体制ができる体制確保の方法についてご記入ください。

01 人員を確保した 02 オンコール体制をとっている 03 その他 () 04 24時間体制をとっていない
--

Q17 訪問看護 (介護予防給付含む) の新規の依頼を断ったことがありますか。(平成28年6月から29年5月)

01 ある (理由:) 02 ない

5. 訪問可能エリア

Q18 対応可能なエリアについて、下記のリストより、全域を対象とする市町村には○、一部のみを対象としている市町村は△をつけてください。県外対応も可能な場合には、都県名・市町村名をご記入ください。

圏域名	対応可能市町村			圏域名	対応可能市町村			圏域名	対応可能市町村			県外	
	番号	○or△	構成市町村		番号	○or△	構成市町村		番号	○or△	構成市町村	都県名	市区町村名
千葉	01		千葉市	印旛	19		富里市	山武長生 夷隅	37		睦沢町		
	02		市川市		20		酒々井町		38		長生村		
	03		浦安市		21		栄町		39		白子町		
東葛南部	04		習志野市	香取海匝	22		香取市	山武長生 夷隅	40		長柄町		
	05		八千代市		23		神崎町		41		長南町		
	06		鎌ヶ谷市		24		多古町		42		勝浦市		
	07		船橋市		25		東庄町		43		いすみ市		
	08		野田市		26		銚子市		44		大多喜町		
東葛北部	09		松戸市	山武長生 夷隅	27		旭市	安房	45		御宿町		
	10		流山市		28		匝瑳市		46		館山市		
	11		我孫子市		29		東金市		47		鴨川市		
	12		柏市		30		山武市		48		南房総市		
印旛	13		成田市	山武長生 夷隅	31		大網白里市	君津 市原	49		鋸南町		
	14		佐倉市		32		九十九里町		50		木更津市		
	15		四街道市		33		芝山町		51		君津市		
	16		八街市		34		横芝光町		52		富津市		
	17		印西市		35		茂原市		53		袖ヶ浦市		
	18		白井市		36		一宮町		54		市原市		

6. 連携状況

Q19 在宅医療に関して、貴事業所が日ごろから連携している機関についてお伺いします。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。			
連携している機関はありますか	01 連携している機関がある 02 連携していない（その理由）		
* 上記で「01 連携している機関がある」を選択された場合のみ、以下の連携している機関ごとに回答してください。連携内容の番号に○をつけるとともに、連携機関数を以下から選択し、連携している内容ごとに○をつけてください。			
【選択肢】： A：1～4箇所 B：5～9箇所 C：10箇所以上			
	連携の内容	同一市町村内の 連携医療機関数	同一市町村外の 連携医療機関数
病院・有床診療所	01 24時間体制の確保・緊急時の受け入れ等	A B C	A B C
	02 退院後の同行訪問等、看護師との連携	A B C	A B C
	03 患者情報の共有（ICT、退院支援ルールなど）	A B C	A B C
	04 その他（ ）	A B C	A B C
無床診療所	01 24時間体制の確保等	A B C	A B C
	02 患者情報の共有（ICT、退院支援ルールなど）	A B C	A B C
	03 その他（ ）	A B C	A B C
歯科診療所	01 訪問歯科、口腔ケアの相談等	A B C	A B C
	02 患者情報の共有（ICT、退院支援ルールなど）	A B C	A B C
	03 その他（ ）	A B C	A B C
保険薬局	01 訪問薬剤指導の相談等	A B C	A B C
	02 患者情報の共有（ICT、退院支援ルールなど）	A B C	A B C
	03 その他（ ）	A B C	A B C
他の 訪問看護ステーション	01 24時間体制の確保等	A B C	A B C
	02 患者情報の共有（ICT、退院支援ルールなど）	A B C	A B C
	03 その他（ ）	A B C	A B C
地域包括支援センター	01 患者情報の共有（ICT、退院支援ルールなど）	A B C	A B C
	02 医療介護連携等の会議等		
	03 その他（ ）		
居宅介護支援事業所	01 患者情報の共有（ICT、退院支援ルールなど）	A B C	A B C
	02 会議・研修等への参加、協力		
	03 その他（ ）		
訪問介護事業所	01 患者情報の共有（ICT、退院支援ルールなど）	A B C	A B C
	02 その他（ ）		

7. 課題・今後の方針

Q20 今後の事業所の運営方針について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。		
01 拡大	()
02 現状維持	(その理由:)
03 縮小	(その理由:)
Q21 過去1年間の収支決算の状況を教えてください。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。		
01 赤字	02 赤字でも黒字でもない	03 黒字(収益あり)
Q22 経営や運営上の課題についてご記入ください。		
Q23 ターミナルケアや看取りをする上での課題についてご記入ください。		
Q24 在宅医療を提供する上での課題について該当するもの3つまで選んでください。		
<ul style="list-style-type: none"> 01 貴ステーションの看護師等の確保 02 在宅医療に関する研修機会の確保 03 24時間対応体制を維持するための連携医療機関の確保 04 緊急に入院が必要な患者への対応 05 連携する介護保険サービス機関の確保 06 在宅医療に関する病院の認識や理解 07 在宅歯科医療に関する医療機関の認識や理解 08 在宅療養患者に関する医療機関との情報の共有 09 在宅療養患者に関する歯科診療所との情報共有 10 居宅介護サービス事業所との在宅療養患者に関する情報の共有 11 居宅介護支援事業所との在宅療養者に関する情報の共有 12 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 13 診療報酬の引き上げ 14 診療報酬、介護報酬の仕組みが複雑で対応できない 15 利用者の経済的負担の軽減 16 その他 () 		
Q25 地域における在宅医療について、県で行っている事業に関するご意見、その他要望等を簡潔にご記入ください。		

8 患者属性について

Q26 6月1日時点における貴事業所が訪問看護（介護予防給付を除く）を提供している患者について、10名分をご記入ください（患者1人、1行）。

なお、6月1日時点の貴ステーションの訪問対象者が10名以上の場合は、無作為で10名を抽出して記入してください。

※抽出の方法の例：全対象者を誕生日月順にならべ、等間隔で10名の対象者を選択してください。

	年齢	性別	世帯類型 ※選択肢の番号を ご記入ください	居住場所 ※選択肢の番号を ご記入ください	要介護度 ※選択肢の番号を ご記入ください	医療区分 ※該当する区分1つに○
1	歳	男・女				医療区分3 医療区分2 医療区分1
2	歳	男・女				医療区分3 医療区分2 医療区分1
3	歳	男・女				医療区分3 医療区分2 医療区分1
4	歳	男・女				医療区分3 医療区分2 医療区分1
5	歳	男・女				医療区分3 医療区分2 医療区分1
6	歳	男・女				医療区分3 医療区分2 医療区分1
7	歳	男・女				医療区分3 医療区分2 医療区分1
8	歳	男・女				医療区分3 医療区分2 医療区分1
9	歳	男・女				医療区分3 医療区分2 医療区分1
10	歳	男・女				医療区分3 医療区分2 医療区分1

※下記の選択肢の番号をそれぞれご記入ください。

「選択肢」

世帯類型	
01 独居	02 夫婦のみ世帯
03 夫婦以外の同居者あり（世帯全員が65歳以上）	04 夫婦以外の同居者あり（64歳以下の世帯員あり）
05 不明	

居住場所	
01 患者の自宅（戸建て）	02 患者の自宅（集合住宅）
03 自宅以外の居宅（家族宅など）	04 サービス付き高齢者向け住宅
05 認知症高齢者グループホーム	06 有料老人ホーム
07 介護保険施設	08 その他

要介護度		
01 未申請	02 非該当	03 要支援1
04 要支援2	05 要介護1	06 要介護2
07 要介護3	08 要介護4	09 要介護5
10 申請中（更新含む）		

医療区分：療養病床入院基本料で用いられている医療区分

○医療区分3相当 = 下記のいずれか1つ以上に該当する

【疾患・状態】

- ◇スモン ◇医師及び看護師による常時の監視・管理が必要
- ◇隔離室における管理が必要な感染症

【医療処置】

- ◇24時間持続点滴 ◇中心静脈栄養 ◇人工呼吸器使用 ◇ドレーン法 ◇胸腹腔洗浄
- ◇気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ発熱を伴う
- ◇酸素療法（常時流量3L/分以上が必要、NYHA分類Ⅲ度以上の心疾患等、密度の高い治療を要する）

○医療区分2相当 = 医療区分3相当に該当せず、下記のいずれか1つ以上に該当する

【疾患・状態】

- ◇尿路感染症の治療が必要 ◇リハビリテーションが必要な傷病の発症後30日以内
- ◇脱水に対する治療が必要かつ発熱を伴う ◇消化管等の体内からの出血が反復継続
- ◇頻回の嘔吐に対する治療が必要かつ発熱を伴う ◇せん妄に対する治療が必要
- ◇筋ジストロフィー ◇多発性硬化症 ◇筋萎縮性側索硬化症
- ◇パーキンソン病関連疾患（明確な歩行障害があり、かつ日常生活や通院に介助が必要）
- ◇スモン以外の指定難病等 ◇脊髄損傷（頸髄損傷により四肢すべてに麻痺あり）
- ◇慢性閉塞性肺疾患（COPD）のため会話・着替えにも息切れがする
- ◇薬剤投与による疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ◇肺炎に対する治療が必要
- ◇褥瘡（皮膚の部分的喪失を伴う、または皮下組織まで及ぶ） ◇2箇所以上の褥瘡あり
- ◇末梢循環障害による下肢末端の開放創（皮膚の部分的喪失を伴う、または皮下組織まで及ぶ）
- ◇うつ状態であり治療が必要 ◇他者への暴行が毎日認められる
- ◇創傷・皮膚潰瘍・下腿や足部の蜂巣炎・膿等の感染症があり1日2回以上のガーゼ等の交換が必要

【医療処置】

- ◇経腸栄養が行われており、かつ発熱又は嘔吐を伴う ◇1日3回以上の血糖検査
- ◇人工腎臓 ◇持続緩徐式血液濾過 ◇腹膜灌流 ◇血漿交換療法
- ◇喀痰吸引（1日8回以上） ◇気管切開又は気管内挿管が行われており、発熱は伴わない
- ◇酸素療法（医療区分3の状態を除く）

○医療区分1相当 = 医療区分2・3相当のいずれにも該当しない

※本調査票の設問は以上です。返信用封筒（切手不要）を用いて、
7月20日(木)までにご返送くださいますようお願い致します。