

C 在宅療養支援歯科診療所

(案)

健福第 号
平成29年6月 日

各医療機関等の長 様

千葉県健康福祉部長
(公印省略)

「千葉県保健医療計画改定に関する調査」について (依頼)

本県の保健医療行政の推進につきましては、日頃格別の御高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、県では、本県の医療提供体制について定めた「千葉県保健医療計画」の改定に向けて検討を行うため、医療法第30条の5の規定に基づき、県内の病院、一般診療所、在宅療養支援歯科診療所、訪問薬剤管理指導対応薬局及び訪問看護ステーションを対象に「千葉県保健医療計画改定に関する調査」を実施することといたしました。

本調査は、各医療機関等の医療機能や地域との連携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施策を検討するための資料とすることを目的としています。

つきましては、御多忙のところを大変恐縮ですが、本調査の趣旨を御理解いただき、調査に御協力くださるようお願い申し上げます。

回答にあたっては、平成29年7月〇日(〇)までに御提出くださるようお願い申し上げます。

なお、調査の実施・分析業務については、みずほ情報総研株式会社に委託していることを申し添えます。

【留意事項】

- ・本調査は、同時期に実施される「病床機能報告制度」や、「平成26年患者調査」とは別の調査です。
- ・各医療機関には御負担をお掛け致しますが、各調査はいずれも今後の医療提供体制のあり方を検討する上で重要な調査ですので、御協力くださるよう重ねてお願い申し上げます。

■回答先・回答方法等に関する問い合わせ【調査業務委託先】

みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部

TEL :

e-mail :

■調査実施主体

千葉県健康福祉部健康福祉政策課医療・介護連携室 吉水・渡邊

TEL 043-223-2608

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～（在宅療養支援歯科診療所）

○ 趣旨

本調査は、医療法第30条の5*に基づいて、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医療機関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・対応している医療機関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。

※ 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提供施設の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。

○ 回答期限

平成29年○月○日（○）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：XXX-XXX-XXXX

* 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

- 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疾病・事業別医療機能別の医療機関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医療情報提供制度により千葉県へ報告いただいた内容（「ちば医療なび」で公表されている情報）等の公表情報を用いる予定です。

なお、「ちば医療なび」での公表内容に変更等がある場合には、千葉県医療整備課から発行されているID、パスワードを用いて、本調査の回答期限までに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。

- ちば医療なび <http://www.iryō.pref.chiba.lg.jp/>
- 「ちば医療なび」に関する問合せ先（パスワードの再発行等）
 - ① 診療所（千葉市、船橋市、柏市）：千葉県医療整備課 TEL 043-223-3884
 - ② 診療所（①以外）：管轄の健康福祉センター（保健所）

貴院の概況について

| | |
|--------------|----------|
| 施設名 | |
| 所在地 | |
| 記入者及び連絡先 | (電話) |
| 連絡先メールアドレス | |
| 貴院のホームページURL | |
| 記入日 | 平成 年 月 日 |

1 貴院における在宅医療の実施状況

| Q1 在宅医療の実施状況についてご記入ください。(平成29年3月から5月) | | | | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 訪問歯科診療延べ回数 (平成29年3月から5月) | 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 | | | |
| 歯科衛生指導延べ回数 (平成29年3月から5月) | | | 実人数 () 人 | 延べ () 回 | | | |
| 小児への訪問歯科診療等の可否 | 01 対応可 | | | 02 対応不可 | | | |
| Q2 介護保険における居宅療養管理指導の実施状況についてご記入ください。(平成29年3月から5月) | | | | | | | |
| 歯科医師 (平成29年3月から5月) | 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 | | | |
| | 同一建物居住者 | | 実人数 () 人 | 延べ () 回 | | | |
| 居宅療養管理指導の算定回数 | 要支援1 回 | 要支援2 回 | 要介護1 回 | 要介護2 回 | 要介護3 回 | 要介護4 回 | 要介護5 回 |

2 訪問歯科診療を行っている患者の居住形態の種類

| Q3 訪問歯科診療を行っている患者の居住形態についておおよその割合をご記入ください。 ※Q1の実人数に対して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 |

3 患者・居住者の居宅を訪問して行う業務に従事している職員体制

Q4 患者・居住者の居宅を訪問して行う業務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。

| 例 | 職種 (1つに○) | | | | 勤務形態 (1つに○) | | 年齢・ 経年数 | | 1ヶ月の勤務時間に占める おおよその従事時間の割合 | | | 合計 (abcの 合計) |
|----|--------------|------------|-----------|-------------|----------------|------------|------------|-----|---|--------------------------------------|---|--------------------|
| | 1 歯科医師 | 2 歯科衛生士 | 3 事務職員 | 4 その他の職種 | 1 常勤職員 | 2 非常勤職員 | 年齢 | 経年数 | 居宅を訪問して行う業務 ※居宅を訪問する業務に 関わる、準備、移動、実 施、後片付け・記録等の 全ての時間が対象です。 | | c a, b 以外の業務 (入院、外 来に関する 業務) | |
| | | | | | | | | | a 訪問診療 および 訪問看護 (医療保 険・介護保 険含む) | b a以外の 居宅を訪問し て行う その他の業務 | | |
| 例1 | ① | 2 | 3 | 4 | ① | 2 | 36歳 | 10年 | (3)割 | (0)割 | (7)割 | 10割 |
| 例2 | 1 | ② | 3 | 4 | 1 | ② | 25歳 | 3年 | (1)割 | (0)割 | (9)割 | 10割 |
| 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 歳 | 年 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 歳 | 年 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 歳 | 年 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 歳 | 年 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 歳 | 年 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 歳 | 年 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 歳 | 年 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 8 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 歳 | 年 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 9 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 歳 | 年 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 歳 | 年 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 11 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 歳 | 年 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 歳 | 年 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 13 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 歳 | 年 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 14 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 歳 | 年 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 15 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 歳 | 年 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 16 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 歳 | 年 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 17 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 歳 | 年 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 18 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 歳 | 年 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 19 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 歳 | 年 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 20 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 歳 | 年 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |

4. 対応可能な1ヶ月当たり最大の訪問人数・回数

Q5 現体制を維持したままで対応可能な1ヶ月当たり最大の訪問人数・回数について、その見込みをご記入ください。

| | | |
|--------|---------------|---|
| 訪問歯科診療 | 1ヶ月当たり最大の訪問人数 | 人 |
| | 1ヶ月当たり最大の訪問回数 | 回 |

5 歯科衛生士の状況

Q6 平成28年度中の歯科衛生士の状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

| | | |
|-------|-------------------------------|----------|
| 採用状況 | 01 している (_____ 人/年) | 02 していない |
| 退職者の数 | _____ 人/年 (その主な理由: _____) | |

6 訪問可能エリア

**Q7 対応可能なエリアはどこですか。下記のリストから該当する市町村の番号に○をつけてください。県外への対応も可能な場合には、県名・市町村名をご記入ください。
*当該市町村の一部が訪問範囲に含まれる場合には、○を付けてください。**

| 区域名 | 構成市町村 | 区域名 | 構成市町村 | 区域名 | 構成市町村 | 県外 | | |
|------|---------|--------|----------|---------|---------|---------|------|--|
| | | | | | | 県名 | 市町村名 | |
| 千葉県 | 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 | | 22 香取市 | 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 | | |
| 東葛北部 | 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 | | | | | |
| | 09 松戸市 | 27 旭市 | 45 御宿町 | | | | | |
| | 10 流山市 | 28 匝瑳市 | 46 館山市 | | | | | |
| 印旛 | 11 我孫子市 | 山武長生夷隅 | 29 東金市 | 安房 | 47 鴨川市 | | | |
| | 12 柏市 | | 30 山武市 | | 48 南房総市 | | | |
| | 13 成田市 | | 31 大網白里市 | | 49 鋸南町 | | | |
| | 14 佐倉市 | | 32 九十九里町 | | 君津 | 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 | 市原 | 54 市原市 | | | |

7 患者の状況

Q8 利用者へ訪問歯科診療等を開始するに至ったルートについて概ねの割合をご記入ください。

| 患者(家族)が 直接来院・連絡 | 病院から紹介 | 診療所から紹介 | 訪問看護ステーション からの紹介 |
|--------------------|---------|---------|---------------------|
| 割 | 割 | 割 | 割 |
| 居宅介護事業所からの 紹介 | 行政からの紹介 | その他 | 計 |
| 割 | 割 | 割 | 10割 |

8 在宅医療の提供状況

Q9 貴院が得意としているケア領域やケア内容について、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 歯科衛生士による口腔ケア | 02 摂食・嚥下指導 | 03 小児歯科 |
| 04 特になし | 05 その他 (_____) | |

Q10 下記の在宅医療の提供状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

| | | |
|----------------------------|-------|------------|
| 在宅患者等急性歯科疾患対応加算の提供が可能ですか。★ | 01 可能 | 02 実施していない |
| 歯科疾患在宅療養管理料の加算の提供が可能ですか。★ | 01 可能 | 02 実施していない |
| 在宅患者連携指導料の加算の提供が可能ですか。★ | 01 可能 | 02 実施していない |
| 在宅患者緊急時カンファレンス料の提供が可能ですか。★ | 01 可能 | 02 実施していない |

9 連携の状況

**Q11 連携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。また、「01 連携している」を選ばれた場合は、連携施設数、連携内容についてご記入ください。
*この設問で「連携」とは、退院後の同行訪問、緊急時等の一時入院受け入れ、患者情報の共有、相談窓口の共有などを指します。**

| | |
|----------------|--|
| 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 連携している機関はない（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、設問に回答してください。（下記設問の中で該当しない施設がある場合は0をご記入ください。）

| | | |
|------------|--------|-----------|
| 病院・診療所 | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容） |
| 他の歯科診療所 | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容） |
| 保険薬局 | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容） |
| 訪問看護ステーション | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容） |
| 地域包括支援センター | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容） |
| 介護事業所（居宅） | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容） |
| 介護事業所（施設） | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容） |

10 今後の在宅医療の取組予定

Q12 今後の在宅医療への取組予定について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

| |
|--------------------------------------|
| 01 拡充を予定している 02 拡充は予定していない（その理由：） |
|--------------------------------------|

11 在宅医療の課題について

Q13 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。

- 01 貴診療所における歯科医師の確保
- 02 貴診療所における歯科衛生士の確保
- 03 在宅医療に関する研修機会の確保
- 04 緊急時に入院が必要な患者への対応
- 05 連携する訪問看護ステーションの確保
- 06 在宅医療に関する医療機関の認識や理解
- 07 在宅歯科医療に関する歯科診療所の認識や理解
- 08 在宅療養患者に関する医療機関との情報共有
- 09 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
- 10 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
- 11 地域住民の在宅医療への理解を促進するための情報提供
- 12 診療報酬の引き上げ
- 13 患者の経済的負担の軽減
- 14 その他（ ）

★：千葉県ホームページで医療機関名と共に公表することを予定している項目

Q14 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。

D 訪問薬剤管理指導対応薬局



(案)

健福第 号
平成29年6月 日

各医療機関等の長 様

千葉県健康福祉部長
(公印省略)

「千葉県保健医療計画改定に関する調査」について (依頼)

本県の保健医療行政の推進につきましては、日頃格別の御高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、県では、本県の医療提供体制について定めた「千葉県保健医療計画」の改定に向けて検討を行うため、医療法第30条の5の規定に基づき、県内の病院、一般診療所、在宅療養支援歯科診療所、訪問薬剤管理指導対応薬局及び訪問看護ステーションを対象に「千葉県保健医療計画改定に関する調査」を実施することといたしました。

本調査は、各医療機関等の医療機能や地域との連携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施策を検討するための資料とすることを目的としています。

つきましては、御多忙のところを大変恐縮ですが、本調査の趣旨を御理解いただき、調査に御協力くださるようお願い申し上げます。

回答にあたっては、平成29年7月〇日(〇)までに御提出くださるようお願い申し上げます。

なお、調査の実施・分析業務については、みずほ情報総研株式会社に委託していることを申し添えます。

【留意事項】

- ・本調査は、同時期に実施される「病床機能報告制度」や、「平成26年患者調査」とは別の調査です。
- ・各医療機関には御負担をお掛け致しますが、各調査はいずれも今後の医療提供体制のあり方を検討する上で重要な調査ですので、御協力くださるよう重ねてお願い申し上げます。

■回答先・回答方法等に関する問い合わせ【調査業務委託先】

みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部

TEL :

e-mail :

■調査実施主体

千葉県健康福祉部健康福祉政策課医療・介護連携室 吉水・渡邊

TEL 043-223-2608



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～（訪問薬剤管理指導対応薬局）

○ 趣旨

本調査は、医療法第30条の5*に基づいて、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医療機関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・対応している医療機関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。

※ 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提供施設の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。

○ 回答期限

平成29年○月○日（○）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：XXX-XXX-XXXX

* 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

- 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疾病・事業別医療機能別の医療機関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医療情報提供制度により千葉県へ報告いただいた内容（「ちば医療なび」で公表されている情報）等の公表情報を用いる予定です。

なお、「ちば医療なび」での公表内容に変更等がある場合には、千葉県薬務課から発行されているID、パスワードを用いて、本調査の回答期限までに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。

- ちば医療なび <http://www.iryu.pref.chiba.lg.jp/>
- 「ちば医療なび」に関する問合せ先（パスワードの再発行等）
千葉県 健康福祉部 薬務課 TEL 043-223-2614

1 貴施設の概況について

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

麻薬小売業免許取得薬局に該当するかについて、該当する選択肢に○をお付けください。

01 該当する

02 該当しない

1 貴施設における在宅医療の実施状況

| Q1 在宅医療の実施状況についてご記入ください。(平成29年3月から5月) | | | |
|---|-----------|---------|--------|
| 在宅患者訪問薬剤管理指導 延べ回数(平成29年3月から5月) | 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 |
| Q2 介護保険における居宅療養管理指導の実施状況についてご記入ください(平成29年3月から5月)。 | | | |
| 薬剤師(平成29年3月から5月) | 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 訪問薬剤管理指導を行っている患者の居住形態の種類

| Q3 訪問薬剤管理指導を行っている患者の居住形態別に1か月間の訪問回数をご記入ください。(平成29年5月分) | | | | | | |
|--|-------------------|-------------|----------------|--------------|-----|----|
| 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 |
| 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |

3 患者・居住者の居宅を訪問して行う業務に従事している職員体制

Q4 患者・居住者の居宅を訪問して行う業務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。

| | 職種 (1つに○) | | 勤務形態 (1つに○) | | 1ヶ月の勤務時間に占める おおよその従事時間の割合 | | | 合計 (abcの 合計) |
|----|--------------|-------------|----------------|------------|---|--------------------------------------|--|--------------------|
| | 1 薬剤師 | 2 その他の職種 | 1 常勤職員 | 2 非常勤職員 | 居宅を訪問して行う業務 ※居宅を訪問する業務に関わる、 準備、移動、実施、後片付け、電 話等の全ての時間が対象です。 | | | |
| | | | | | a 訪問診療 および 訪問看護 (医療保険・介護 保険含む) | b a以外の 居宅を訪問して 行う その他の業務 | c a、b 以外の業務 (入院、外来に関 わる業務) | |
| 例1 | ① | 2 | ① | 2 | (3)割 | (0)割 | (7)割 | 10割 |
| 例2 | 1 | ② | 1 | ② | (1)割 | (0)割 | (9)割 | 10割 |
| 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 4 | 1 | 2 | 1 | 2 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 5 | 1 | 2 | 1 | 2 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 7 | 1 | 2 | 1 | 2 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 8 | 1 | 2 | 1 | 2 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 9 | 1 | 2 | 1 | 2 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 10 | 1 | 2 | 1 | 2 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 11 | 1 | 2 | 1 | 2 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 12 | 1 | 2 | 1 | 2 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 13 | 1 | 2 | 1 | 2 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 14 | 1 | 2 | 1 | 2 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 15 | 1 | 2 | 1 | 2 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 16 | 1 | 2 | 1 | 2 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 17 | 1 | 2 | 1 | 2 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 18 | 1 | 2 | 1 | 2 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 19 | 1 | 2 | 1 | 2 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 20 | 1 | 2 | 1 | 2 | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |

4 対応可能な1ヶ月当たり最大の訪問人数・回数

Q5 現体制を維持したままで対応可能な1ヶ月当たり最大の訪問人数・回数について、その見込みをご記入ください。

| | | |
|----------|---------------|---|
| 訪問薬剤管理指導 | 1ヶ月当たり最大の訪問人数 | 人 |
| | 1ヶ月当たり最大の訪問回数 | 回 |
| 居宅療養管理指導 | 1ヶ月当たり最大の訪問人数 | 人 |
| | 1ヶ月当たり最大の訪問回数 | 回 |

5 訪問可能エリア

Q6 対応可能なエリアはどこですか。下記のリストより該当する市町村の番号に○をお付けください。
 県外もある場合、県名・市町村名をご記入ください。
 ※訪問範囲に部分的に含まれる場合は○を付けてください。

| 区域名 | 構成市町村 | 区域名 | 構成市町村 | 区域名 | 構成市町村 | 県外 | |
|------|---------|--------|----------|--------|---------|----|------|
| 千葉 | 01 千葉市 | 印旛 | 19 富里市 | 山武長生夷隅 | 37 睦沢町 | 県名 | 市町村名 |
| | 02 市川市 | | 20 酒々井町 | | 38 長生村 | | |
| | 03 浦安市 | | 21 栄町 | | 39 白子町 | | |
| | 04 習志野市 | | 22 香取市 | | 40 長柄町 | | |
| | 05 八千代市 | | 23 神崎町 | | 41 長南町 | | |
| | 06 鎌ケ谷市 | | 24 多古町 | | 42 勝浦市 | | |
| | 07 船橋市 | | 25 東庄町 | | 43 いすみ市 | | |
| 東葛南部 | 08 野田市 | 香取海匝 | 26 銚子市 | 安房 | 44 大多喜町 | | |
| | 09 松戸市 | | 27 旭市 | | 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 | | |
| 東葛北部 | 12 柏市 | 山武長生夷隅 | 30 山武市 | 君津 | 48 南房総市 | | |
| | 13 成田市 | | 31 大網白里市 | | 49 鋸南町 | | |
| | 14 佐倉市 | | 32 九十九里町 | | 50 木更津市 | | |
| 印旛 | 15 四街道市 | 市原 | 33 芝山町 | 市原 | 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 患者の紹介元等

Q7 利用者へ訪問を開始するに至ったルートについて概ねの割合をご記入ください。

| 患者(家族)が 直接来院・連絡 | 病院から紹介 | 診療所から紹介 | 訪問看護ステーション からの紹介 |
|--------------------|---------|---------|---------------------|
| 割 | 割 | 割 | 割 |
| 居宅介護事業所からの 紹介 | 行政からの紹介 | その他 | 計 |
| 割 | 割 | 割 | 10割 |

7 在宅医療等の提供状況

Q8 下記の在宅医療の実施状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください。また、お薬手帳を持参した患者数(1日当たり平均)について、人数をご記入ください。

| | | |
|-------------------------------|----------------|------------|
| 基準調剤加算の提供 ★ | 01 可能 | 02 実施していない |
| 24時間調剤に対応できる体制(自らの薬局のみ) ★ | 01 可能 | 02 実施していない |
| 24時間調剤に対応できる体制(近隣の保険薬局との連携) ★ | 01 可能 | 02 実施していない |
| 無菌調剤処理に係る調剤体制(自施設で対応) ★ | 01 可能 | 02 実施していない |
| 無菌調剤処理に係る調剤体制(他施設で対応) ★ | 01 可能 | 02 実施していない |
| 医療材料及び衛生材料が供給できる体制 ★ | 01 可能 | 02 実施していない |
| 後発医薬品調剤体制加算1 | 01 可能 | 02 実施していない |
| 後発医薬品調剤体制加算2 | 01 可能 | 02 実施していない |
| お薬手帳を持参した患者数 | 平均 約 _____ 人/日 | |

8 連携の状況

Q9 連携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。また、「01 連携している」を選ばれた場合は、連携施設数、連携内容についてご記入ください。
 ※この設問で「連携」とは、退院後の同行訪問、患者情報の共有、相談窓口の共有などを指します。

| | |
|----------------|--|
| 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、設問に回答してください。（下記設問の中で該当しない施設がある場合は0をご記入ください。）

| | | |
|------------|--------|-----------------|
| 病院・診療所 | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容：_____） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容：_____） |
| 歯科診療所 | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容：_____） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容：_____） |
| 他の保険薬局 | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容：_____） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容：_____） |
| 訪問看護ステーション | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容：_____） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容：_____） |
| 地域包括支援センター | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容：_____） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容：_____） |
| 介護事業所（居宅） | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容：_____） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容：_____） |
| 介護事業所（施設） | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容：_____） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容：_____） |

9 今後の在宅医療の取組予定

Q10 今後の在宅医療への取組予定について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

| | |
|---------------------------|--------|
| 01 拡充を予定している | _____） |
| 02 拡充は予定していない（その理由：_____） | _____） |
| 03 今後取組みを開始する予定でいる | _____） |
| 04 要望があれば検討する | _____） |
| 05 取り組む予定はない（その理由：_____） | _____） |

*
0.



E 訪問看護ステーション

(案)

健福第 号
平成29年6月 日

各医療機関等の長 様

千葉県健康福祉部長
(公印省略)

「千葉県保健医療計画改定に関する調査」について (依頼)

本県の保健医療行政の推進につきましては、日頃格別の御高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、県では、本県の医療提供体制について定めた「千葉県保健医療計画」の改定に向けて検討を行うため、医療法第30条の5の規定に基づき、県内の病院、一般診療所、在宅療養支援歯科診療所、訪問薬剤管理指導対応薬局及び訪問看護ステーションを対象に「千葉県保健医療計画改定に関する調査」を実施することといたしました。

本調査は、各医療機関等の医療機能や地域との連携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施策を検討するための資料とすることを目的としています。

つきましては、御多忙のところを大変恐縮ですが、本調査の趣旨を御理解いただき、調査に御協力くださるようお願い申し上げます。

回答にあたっては、平成29年7月〇日(〇)までに御提出くださるようお願い申し上げます。

なお、調査の実施・分析業務については、みずほ情報総研株式会社に委託していることを申し添えます。

【留意事項】

- ・本調査は、同時期に実施される「病床機能報告制度」や、「平成26年患者調査」とは別の調査です。
- ・各医療機関には御負担をお掛け致しますが、各調査はいずれも今後の医療提供体制のあり方を検討する上で重要な調査ですので、御協力くださるよう重ねてお願い申し上げます。

■回答先・回答方法等に関する問い合わせ【調査業務委託先】

みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部

TEL :

e-mail :

■調査実施主体

千葉県健康福祉部健康福祉政策課医療・介護連携室 吉水・渡邊

TEL 043-223-2608



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）

○ 趣旨

本調査は、医療法第30条の5*に基づいて、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医療機関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・対応している医療機関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。

※ 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提供施設の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。

○ 回答期限

平成29年○月○日（○）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：XXX-XXX-XXXX

* 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

- 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疾病・事業別医療機能別の医療機関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、本調査の回答期限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

貴施設の概況について

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

1 訪問看護等の実施状況

| Q1 医療保険における在宅医療の実施状況についてご記入ください。(平成29年3月から5月) | | | | | | | |
|---|-----------|-------------|------------|-------------|------------|------|------|
| 訪問看護延べ回数 (平成29年3月から5月) | 同一建物居住者以外 | 実人数医療分 ()人 | 延べ医療分 ()人 | 実人数介護分 ()人 | 延べ介護分 ()人 | | |
| | 同一建物居住者 | 実人数医療分 ()人 | 延べ医療分 ()人 | 実人数介護分 ()人 | 延べ介護分 ()人 | | |
| 訪問リハビリ延べ回数 (平成29年3月から5月) | 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 | | | | |
| Q2 介護保険における居宅療養管理指導の実施状況についてご記入ください。(平成29年3月から5月) | | | | | | | |
| 理学療法士等 (平成29年3月から5月) | 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 | | | | |
| 看護師 (平成29年3月から5月) | 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 | | | | |
| 居宅療養管理指導の算定回数 | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
| | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |

| Q3 訪問看護を行っている患者の居住形態についておおよその割合をご記入ください。 ※Q1の男女別と対して、その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 |
| | | | | | | |

| Q4 訪問看護の実施状況について、それぞれご記入又は該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。 | | |
|---|---|--|
| 訪問看護の対象実患者数 | 実患者数 _____人/平成29年3月から5月 | |
| 訪問看護の提供延べ回数 | 延べ回数 _____回/平成29年3月から5月 | |
| 訪問看護の対象 | 乳幼児疾患★ | 01 対応可能 02 対応予定なし(理由 _____) |
| | 小児疾患★ | 01 対応可能 02 対応予定なし(理由 _____) |
| | 精神疾患 (疾患毎の対応の可否のみ★) | 01 対応可能疾患について☑をつけてください <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 気分(感情)障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 児童・思春期精神疾患 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> アルコール依存症 <input type="checkbox"/> 薬物依存症 <input type="checkbox"/> ギャンブル等依存症 <input type="checkbox"/> PTSD <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 摂食障害 <input type="checkbox"/> てんかん 02 対応予定なし(理由 _____) |
| 特別管理加算を算定していますか | 01 している (_____回/平成29年3月から5月) 02 していない | |
| 訪問看護ターミナルケア療養費を算定していますか★ | 01 している (_____回/平成29年3月から5月) 02 していない | |

(次ページへ続く)

★：千葉県ホームページで施設名と共に公表することを予定している項目

| | |
|--|---|
| 訪問看護基本療養費を算定していますか★ | 01 している（ 回／平成 29 年 3 月から 5 月） 02 していない |
| 訪問看護管理療養費を算定していますか★ | 01 している（ 回／平成 29 年 3 月から 5 月） 02 していない |
| 退院支援指導加算を算定していますか | 01 している（ 回／平成 29 年 3 月から 5 月） 02 していない |
| 在宅患者連携指導加算を算定していますか | 01 している（ 回／平成 29 年 3 月から 5 月） 02 していない |
| 訪問看護情報提供療養費を算定していますか★ | 01 している（ 回／平成 29 年 3 月から 5 月） 02 していない |
| 訪問看護・指導料を算定していますか | 01 している（ 回／平成 29 年 3 月から 5 月） 02 していない |
| <p>Q5 Q4の訪問看護の対象実患者数のうち、訪問診療を受けている患者の割合について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください</p> | |
| 01 80%以上 | 02 50%から 80%未満 |
| | 03 50%未満 |

2 患者・居住者の居宅を訪問して行う業務に従事している職員体制

06 患者・居住者の居宅を訪問して行う業務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。

| 例 | 職種について | | | | | | | 勤務形態について | | 年齢・経年数 | | | 1ヶ月の勤務時間に占めるおおよその従事時間の割合 | | | 合計 (abcの合計) |
|----|----------|-----------|---------|---------|---------|-----------|-------------|-----------|------------|--------|-----|---|---|---|--|----------------|
| | 1 看護師 | 2 准看護師 | 3 PT | 4 OT | 5 ST | 6 事務職員 | 7 その他の職種 | 1 常勤職員 | 2 非常勤職員 | 年齢 | 経年数 | 看護師のみ前歴 入してください 1 病歴あり 2 転居 3 転居なし 4 在宅 等 | 居宅を訪問して行う業務 ※居宅を訪問する業務に 関わる。準備・移動、装 束、靴片付け・履替等の 全ての時間が対象です。 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | a 訪問診療 および 訪問看護 (医療保険・ 介護保険 等) | b 以外の 居宅を訪問 して行う その他の業 務 | c a、b 以外の業務 (入院、外 来に関わる 業務) | |
| 例1 | ① | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | ① | 2 | 36歳 | 10年 | | (3)割 | (0)割 | (7)割 | 10割 |
| 例2 | 1 | ② | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | ② | 25歳 | 3年 | 1 | (1)割 | (0)割 | (9)割 | 10割 |
| 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 歳 | 年 | | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 歳 | 年 | | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 歳 | 年 | | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 歳 | 年 | | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 歳 | 年 | | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 歳 | 年 | | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 歳 | 年 | | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 8 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 歳 | 年 | | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 9 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 歳 | 年 | | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 歳 | 年 | | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 11 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 歳 | 年 | | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 歳 | 年 | | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 13 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 歳 | 年 | | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 14 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 歳 | 年 | | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 15 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 歳 | 年 | | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 16 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 歳 | 年 | | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 17 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 歳 | 年 | | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 18 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 歳 | 年 | | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 19 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 歳 | 年 | | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |
| 20 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 歳 | 年 | | ()割 | ()割 | ()割 | 10割 |

3 訪問看護を断った経験

07 訪問看護を断ったことがありますか。(平成28年12月から平成29年5月)

- 01 ある (_____人/6ヶ月) (主な理由 _____)
- 02 ない

4 対応可能な1ヶ月当たり最大の訪問人数・回数

Q8 現体制を維持したままで対応可能な1ヶ月当たり最大の訪問人数・回数について、その見込みをご記入ください。

| | | |
|------------|---------------|---|
| 訪問看護（医療保険） | 1ヶ月当たり最大の訪問人数 | 人 |
| | 1ヶ月当たり最大の訪問回数 | 回 |
| 訪問看護（介護保険） | 1ヶ月当たり最大の訪問人数 | 人 |
| | 1ヶ月当たり最大の訪問回数 | 回 |
| 居宅療養管理指導 | 1ヶ月当たり最大の訪問人数 | 人 |
| | 1ヶ月当たり最大の訪問回数 | 回 |

5 職員の状況等

Q9 看護師の募集状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

| | | |
|-----------|---|----------|
| 採用状況 | 01 している (_____ 人/年) | 02 していない |
| 採用情報の把握経路 | 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 | _____ 人/年 (その主な理由: _____) | |

Q10 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: _____) |
|------------|---------|-----------------------|

6 訪問可能エリア

Q11 対応可能なエリアはどこですか。下記のリストから該当する市町村の番号に○をつけてください。県外への対応も可能な場合には、県名・市町村名をご記入ください。
※当該市町村の一部が訪問範囲に含まれる場合には、○を付けてください。

| 圏域名 | 構成市町村 | 圏域名 | 構成市町村 | 圏域名 | 構成市町村 | 県外 | |
|--------|---------|--------|----------|---------|---------|--------|------|
| 千葉 | 01 千葉市 | 印旛 | 19 富里市 | 山武長生夷隅 | 37 睦沢町 | 県名 | 市町村名 |
| 東葛南部 | 02 市川市 | 香取海国 | 20 酒々井町 | 山武長生夷隅 | 38 長生村 | | |
| | 03 浦安市 | | 21 栄町 | | 39 白子町 | | |
| | 04 習志野市 | | 22 香取市 | | 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 | | |
| 東葛北部 | 08 野田市 | 26 銚子市 | 27 旭市 | 安房 | 44 大多喜町 | | |
| | 09 松戸市 | 28 匝瑳市 | 29 東金市 | | 45 御宿町 | | |
| | 10 流山市 | 30 山武市 | 31 大網白里市 | | 46 館山市 | | |
| | 11 我孫子市 | 山武長生夷隅 | 32 九十九里町 | | 君津 | 47 鴨川市 | |
| 12 柏市 | 33 芝山町 | | 48 南房総市 | | | | |
| 13 成田市 | 34 横芝光町 | | 49 鋸南町 | | | | |
| 14 佐倉市 | 35 茂原市 | | 50 木更津市 | | | | |
| 印旛 | 15 四街道市 | 36 一宮町 | 市原 | 51 君津市 | | | |
| | 16 八街市 | | | 52 富津市 | | | |
| | 17 印西市 | | | 53 袖ヶ浦市 | | | |
| | 18 白井市 | | | 54 市原市 | | | |

7 患者の紹介元等

Q12 利用者へ訪問看護を開始するに至ったルートについて概ねの割合をご記入ください。

| 患者：家族 直接来院・連絡 | 病院からの紹介 | 診療所からの紹介 | 訪問看護ステーション からの紹介 |
|------------------|---------|----------|---------------------|
| 割 | 割 | 割 | 割 |
| 居宅介護支援等からの 紹介 | 行政からの紹介 | その他 | 計 |
| 割 | 割 | 割 | 10割 |

8 貴施設の体制等

Q13 24時間対応体制をしていますか

01 している
02 24時間体制を確保していない（理由 _____）

Q14 Q13で24時間体制をされているステーションで伺います
24時間体制ができる体制確保の方法について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 人員を確保
02 連絡体制の工夫
03 その他工夫されている内容を記載してください（ _____）

Q15 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。

01 機能強化型1
02 機能強化型2
03 届け出ていない（理由 _____）

Q16 公費負担の指定の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 原爆被爆者医療費
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）

Q17 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 居宅介護事業所
04 訪問介護
05 その他

Q18 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

Q19 事業所が得意としているケア領域やケア内容についてご記入ください。（訪問看護）

01 ターミナルケア
02 精神疾患
03 小児
04 がん
05 リハビリテーション
06 呼吸器系
07 認知症
08 神経難病
09 特になし
10 その他（ _____）

Q20 ターミナルケアや看取りをする上での課題があればご記入ください。

9 連携の状況

021 連携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。また、「01 連携している」を選択された場合は、連携施設、連携内容についてご記入ください。
 ※この設問で「連携」とは、退院後の同行訪問、患者情報の共有、相談窓口の共有、研修会への参加などを指します。

| | |
|----------------|--|
| 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、設問に回答してください。（下記設問の中で該当しない施設がある場合は0をご記入ください。）

| | | |
|--------------|--------|-----------------|
| 病院・診療所 | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容：_____） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容：_____） |
| 歯科診療所 | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容：_____） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容：_____） |
| 保険薬局 | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容：_____） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容：_____） |
| 他の訪問看護ステーション | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容：_____） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容：_____） |
| 地域包括支援センター | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容：_____） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容：_____） |
| 介護事業所（居宅） | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容：_____） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容：_____） |
| 介護事業所（施設） | 同一市町村内 | 箇所（連携の内容：_____） |
| | 同一市町村外 | 箇所（連携の内容：_____） |

1.0 今後の訪問看護の取組予定

022 今後の訪問看護への取組予定について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

| | |
|--------------------------|--|
| 01 拡充を予定している | |
| 02 現状維持 | |
| 02 縮小を予定している（その理由：_____） | |

1.1 貴施設の運営

023 今後の施設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（その理由：_____） | |
| 02 現状維持（その理由：_____） | |
| 03 縮小（その理由：_____） | |

024 過去1年間の収支決算の状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

| | | |
|-------|---------------|-------------|
| 01 赤字 | 02 赤字でも黒字でもない | 03 黒字（収益あり） |
|-------|---------------|-------------|

025 経営上の課題がありましたらご記入ください。

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

1.3 患者属性について

Q28 平成29年6月1日時点における貴事業所が訪問看護を提供している患者についてご記入ください
 (患者1人、1行)
 ※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、全対象者を誕生日月順にからべ、無作為に10名が抽出されるように等間隔で対象者を選択してください。

| | 年齢 | 性別 | 世帯類型 | 居住場所 | 要介護度 | 医療区分 | 医療機器の有無 | | |
|----|----|-----|------|------|------|------|---------|-------|-------|
| | | | | | | | 人工呼吸器 | 在宅酸素 | IVH |
| 1 | 歳 | 男・女 | | | | | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 2 | 歳 | 男・女 | | | | | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 3 | 歳 | 男・女 | | | | | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 4 | 歳 | 男・女 | | | | | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 5 | 歳 | 男・女 | | | | | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 6 | 歳 | 男・女 | | | | | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 7 | 歳 | 男・女 | | | | | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 8 | 歳 | 男・女 | | | | | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 9 | 歳 | 男・女 | | | | | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 10 | 歳 | 男・女 | | | | | あり・なし | あり・なし | あり・なし |

「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 | |
|------------------|-----------------|
| 1 患者の自宅（戸建て） | 2 患者の自宅（集合住宅） |
| 3 自宅以外の居宅（家族宅など） | 4 サービス付き高齢者向け住宅 |
| 5 認知症高齢者グループホーム | 6 有料老人ホーム |
| 7 介護保険施設 | 8 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 |
|---|
| 01 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】 ◇多量シク ◇医師が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 ◇中心静脈系 ◇人工呼吸器使用 ◇ドレーン法 ◇胸口留置 ◇気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ常時を伴う ◇治療法（常時流量3L/分以上が必要、NYHA分類Ⅲ度以上の心疾患等、容赦のない治療を要する） |

02 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
 - ◇消化管等の体因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
 - ◇せき痰に対する治療が必要
 - ◇前ストロブリン
 - ◇多発性硬化症
 - ◇筋萎縮性側索硬化症
 - ◇入浴キーン病関連疾患(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)
 - ◇スモシ以外の指定難病等
 - ◇脊髄損傷(頸髄損傷に基の四肢すべてに麻痺あり)
 - ◇慢性閉塞性肺疾患(COPD)のための会話・着替えにも息切れがする
 - ◇薬剤投与に長る疼痛コントロールが必要悪性腫瘍
 - ◇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)
 - ◇かつ状態での治療が必要
 - ◇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
 - ◇持続体外式血液濾過
 - ◇腹膜灌流
 - ◇血液交換療法
 - ◇喀痰吸引(1日3回以上)等
 - ◇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)

03 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

