

千葉県保健医療計画策定に関する調査

訪問看護ステーション調査票

～循環型地域医療連携システムに関する調査～

趣 旨

本調査は、医療法第30条の5に基づいて、地域医療の担い手である訪問看護ステーションの体制や医療提供状況、連携先等について実態を調査することを通じて、本県の在宅医療に対する訪問看護ステーションの現状と課題を把握し、「千葉県保健医療計画」に反映させるものです。

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。

問1の前半部分（2重枠で示した部分）の回答内容については、「千葉県保健医療計画」に収載することを予定しています。

また、その他のご回答については、訪問看護ステーション名を匿名化のうえ、実態把握や課題検討に使用させていただきます。

対象医療機関

千葉県内に所在する訪問看護ステーション（191ヶ所）

回答期限

平成22年8月31日（火）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いたします。

実施主体・問い合わせ

千葉県健康福祉部 健康福祉政策課政策室

電話番号：043（223）2609

FAX番号：043（222）9023

担 当：川野・石出

〔その他 ステーション名を匿名化した調査結果を「訪問看護ステーションの実態調査」（東京大学大学院：村嶋幸代教授）に提供し、当該内容を本県計画の策定等の参考とします。〕

以下の設問には、特に指示がある場合以外平成22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・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入ください。

問1 貴ステーションについてお伺いします

2重枠の内容については「千葉県保健医療計画」に収載することを予定しています。

訪問看護 ステーション名	(個人・法人)
郵便番号 住所	〒 - 千葉県
訪問看護の 対応状況	(1)から(3)全てについて、 (...実績あり、 ...要望があれば対応できる、 x...対応予定なし)
	(1)乳幼児疾患() (2)小児疾患() (3)精神疾患()
医療管理項目の 対応状況	(1)から(15)全てについて、 (...実績あり、 ...要望があれば対応できる、 x...対応予定なし)
	(1)経管栄養法〔胃ろう・食道ろう〕() (9)人工呼吸器() (2)経管栄養法〔腸管ろう〕() (10)在宅酸素療法〔HOT〕() (3)経管栄養法〔経鼻〕() (11)気管カニューレ() (4)中心静脈栄養法〔IVH〕() (12)吸引() (5)点滴・静脈注射() (13)在宅自己腹膜灌流〔CAPD〕() (6)膀胱留置カテーテル() (14)麻薬を用いた疼痛管理() (7)腎ろう・膀胱ろう() (15)終末期ケア() (8)人工肛門〔ストマ〕()
医療保険 給付の実績 (診療報酬の請求 実績のある医療 内容についてご 記入ください。)	(1)から(4)全てについて、 (...請求実績あり、 ...要望があれば提供できる、 x...提供予定なし)
	(1)訪問看護基本療養費() (2)訪問看護管理療養費() (3)訪問看護情報提供療養費() (4)訪問看護ターミナルケア療養費()
介護保険 給付の実績 (介護報酬の請求 実績のある介護 内容についてご 記入ください。)	(1)から(4)全てについて、 (...請求実績あり、 ...要望があれば提供できる、 x...提供予定なし)
	(1)訪問看護費() (2)介護予防訪問看護費() (3)緊急時訪問看護加算() (4)居宅療養管理指導費()

以下の内容については訪問看護ステーション名を匿名化の上、実態把握・課題検討に使用させていただきます。

貴ステーションの概況についてご記入ください。

管理者氏名	
連絡先電話番号	
訪問看護基本療養費 届出年月日	平成 年 月 日
営業日および営業時間	平日： 時 分 ~ 時 分 土曜日： 時 分 ~ 時 分 日曜日： 時 分 ~ 時 分 祝日： 時 分 ~ 時 分
届け出を行っている時間をご記入ください	

平成22年6月1日時点の従事者数についてお伺いします。

常勤換算数：常勤職員の勤務時間に対する比率で常勤換算した人数をご記入ください

職 種	常勤者			非常勤者	
	専従	兼務	合計 常勤換算数		常勤換算数
保健師	人	人	.	人	.
助産師	人	人	.	人	.
看護師	人	人	.	人	.
准看護師	人	人	.	人	.
管理者	人	人	.	人	.

職 種	常勤者			非常勤者	
	専従	兼務	合計 常勤換算数		常勤換算数
理学療法士	人	人	.	人	.
作業療法士	人	人	.	人	.
言語聴覚士	人	人	.	人	.
事務職員	人	人	.	人	.
その他	人	人	.	人	.

平成22年6月（1ヶ月間）の診療報酬（医療保険）、介護報酬（介護保険）加算算定状況をご記入ください。

医療保険	24時間連絡体制加算	件
	24時間対応体制加算	件
	重症者管理加算	件
	訪問看護ターミナルケア療養費	件
介護保険	緊急時訪問看護加算	件
	特別管理加算	件
	ターミナルケア加算	件
	二人の看護師等が同時に 訪問看護を行う場合の加算	回
	長時間訪問看護加算	回
	特別地域訪問看護加算	回
	サービス提供体制強化加算	算定あり ・ 算定なし

問2 貴ステーションの利用者についてお伺いします。

平成22年6月(1ヶ月間)の**実利用者数**および、**のべ訪問回数**をご記入ください。

	医療保険	介護保険	その他
実利用者数(人)	人	人	人
のべ訪問回数(回)	回	回	回

介護保険対象者で、急性増悪等により医療保険に移った利用者の訪問回数は「介護保険」に含めて計上してください。

平成22年6月(1ヶ月間)に訪問看護を提供した実利用者数
(医療保険・介護保険共に含む)

総数 人
(1) 利用者の主たる傷病名を1つだけ記載してください。がんについては、原発性のがんを内訳に記載してください。

a.がん	_____人
(内訳)	
肺がん	_____人
大腸がん	_____人
肝がん	_____人
胃がん	_____人
子宮頸がん	_____人
子宮体がん	_____人
乳がん	_____人
その他のがん	_____人
b.脳血管疾患	_____人
c.急性心筋梗塞	_____人
d.糖尿病	_____人
e.神経難病	_____人
f.慢性呼吸器疾患	_____人
g.整形外科疾患	_____人
h.精神障害	_____人
i.小児疾患	_____人
j.その他()	_____人

aからjの合計が、総数と一致するように記入してください。

(2) 訪問看護を提供した利用者の場所別数

k.自宅	_____人
l.自宅以外	_____人
(グループホーム、介護老人福祉施設、有料老人ホーム等)	

kとlの合計が、総数と一致するように記入してください。

訪問可能エリア 距離：半径_____km以内
時間：(自動車またはバイク ・ 自転車 ・ 徒歩)で
片道_____分以内

平成22年6月(1ヶ月)の実利用者数のうち、
移動時間が片道30分以上かかる訪問：_____件

平成22年6月(1ヶ月間)の実利用者数の年齢構成をご記入ください。

利用者数(実人数)	
0歳から3歳未満	人
3歳から6歳未満	人
6歳から13歳未満	人
13歳から20歳未満	人
20歳以上	人
うち40歳以上	人
うち65歳以上	人

利用者の状況

貴ステーションが利用者を訪問することになったルートについてお伺いします。以下の項目につき、大体の割合をご記入ください(医療保険・介護保険共に含む)。

- (1) 患者(家族)が直接来院・連絡 _____ 割
- (2) 病院からの紹介 _____ 割
- (3) 診療所からの紹介 _____ 割
- (4) 他の訪問看護ステーションからの紹介 _____ 割
- (5) 居宅介護支援事業所からの紹介 _____ 割
- (6) 居宅サービス提供事業所からの紹介 _____ 割
- (7) 行政(福祉事務所、保健センター等)からの紹介 _____ 割
- (8) その他 _____ 割

その他の事例を具体的にご記入ください。_____

(1)から(8)の合計が、10割になるように記入してください。

訪問看護終了利用者の状況

貴ステーションが利用者の訪問を終えた状況についてお伺いします。以下の項目につき、大体の割合をご記入ください(医療保険・介護保険共に含む)。

- (1) 利用者の死亡 _____ 割
- (2) 利用者の入院(他医療機関への転院) _____ 割
- (3) 施設等への入所 _____ 割
- (4) それ以外の転居 _____ 割
- (5) 治癒・軽快 _____ 割
- (6) その他 _____ 割

(1)から(6)の合計が、10割になるように記入してください。

問3 在宅医療に関わる連携状況についてお伺いします。

連携実績のある医療機関等の実数をご記入ください。

	連携実績のある医療機関等の実数		
	総数	うち 貴施設と 同一の二次保健 医療圏に立地	うち 貴施設と 異なる二次保健 医療圏に立地
病院	施設	施設	施設
一般診療所	施設	施設	施設
うち 在宅療養支援診療所	施設	施設	施設
歯科診療所	施設	施設	施設
他の訪問看護ステーション	施設	施設	施設
保険調剤薬局	施設	施設	施設
介護老人福祉施設	施設	施設	施設
介護老人保健施設	施設	施設	施設
居宅介護支援事業所	施設	施設	施設
居宅サービス提供事業所	施設	施設	施設
その他	施設	施設	施設

問4 在宅医療の課題についてお伺いします。

在宅医療の課題として重要であると考えられるものの記号を で囲んでください(3つまで 選択してください)。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> a . 貴ステーションの看護師等の確保 b . 在宅医療に関する研修機会の確保 c . 24時間対応体制を維持するための連携医療機関の確保 d . 緊急に入院が必要な患者への対応 e . 連携する介護保険サービス機関の確保 f . 在宅医療に関する病院の認識や理解 g . 在宅療養患者に関する医療機関との情報の共有 h . 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 i . 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 j . 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 k . 診療報酬の引き上げ l . 診療報酬、介護報酬の仕組みが複雑で対応できない m . 利用者の経済的負担の軽減 n . その他 () |
|--|

平成22年6月(1ヶ月間)の訪問実績に関して、貴ステーションが現在の体制を維持した場合、1回あたり1時間程度の訪問は何回程度増やすことが可能ですか(あてはまるもの1つに)。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> a . 訪問回数を増やすことが可能(回程度) b . 訪問回数を増やすことはできない c . その他 () |
|---|

問5 貴ステーションの収支状況についてお伺いします。

平成22年6月(1ヶ月間)の事業収入をご記入ください。

	科目	注意事項	事業収入金額							円	
			千 万	百 万	十 万	万	千	百	十		一
事業 収入	1. 医療費等収入 (医療保険) 1	訪問看護療養費							0	0	円
		基本利用料収入							0	0	円
		その他利用料							0	0	円
	2. 介護報酬等収入 (介護保険) 2	訪問看護費							0	0	円
		利用料収入							0	0	円
		その他利用料							0	0	円
	3. その他事業収入 (上記1, 2以外) 3								0	0	円
合計								0	0	円	

- 1 訪問看護療養費収入、基本利用料収入、その他利用料収入(長時間利用料、休日・時間外利用料、物品費、交通費収入)など
- 2 介護報酬収入、介護保険利用料収入、保険外利用料収入(物品費、交通費収入、事業区域外利用者交通費等)など。支給限度基準額を超えた全額自費による訪問看護は「その他利用料」に。
- 3 実習謝礼、利子補給金・事務取扱手数料、委託事業費など。

平成22年6月(1ヶ月間)の事業費用をご記入ください。

	科目	注意事項	事業支出金額							円	
			千 万	百 万	十 万	万	千	百	十		一
事業 費用	1. 給与費	(手取り金額ではなく、法定福利費を含めた総支給額をご記入ください)							0	0	円
	うち常勤							0	0	円	
	うち非常勤							0	0	円	
	2. 材料費	訪問看護材料費、器具費、医薬品費							0	0	円
	3. 経費	事務消耗品費、事務設備・備品費、車両費(燃料費、車両検査、修理等)、光熱水費、賃借料、保険料、通信費、交通費(訪問時)、その他							0	0	円
	うち家賃							0	0	円	
	4. 研修費								0	0	円
	5. 減価償却費	(21年度の1/2で計上)							0	0	円
	6. その他 事業費用								0	0	円
	合計								0	0	円

問6 医療保険、介護保険の請求上の規定により、訪問看護を提供する上での問題点があれば具体的にご記入ください。

問7 本アンケートに対する意見等、在宅医療に関するご意見をご自由にご記入ください。

アンケートは以上です。ご協力いただき、ありがとうございました。
8月31日（火）までに返信用封筒をお使いの上ご投函ください。