島根県医療政策課地域医療支援第一Ｇ　今岡（0852-22-6040）　行き

**【 別紙 】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 回答者氏名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話／FAX | (電話) | （FAX） |

訪問診療等設備整備事業　活用状況確認票

|  |
| --- |
| 機器の名称・整備年度・活用状況 |

1. **整備年度・整備機器（車両を含む）名を記入してください。**

⇒整備年度：　　 　年度　　整備機器名：

**② 機器の活用状況を簡潔に記入してください。（利用頻度、利用方法等）**

|  |
| --- |
| 訪問診療等の実施状況 |

１　令和２年度の実施体制

① 携わる職種を記入してください。　⇒

② 従事する人員数を記入してください。⇒

２　条件不利地域での訪問診療・訪問看護の実施状況

 　　（注）条件不利地域とは、原則として訪問に要する時間が片道３０分以上の地域を指します。

　**① 条件不利地域での訪問診療・訪問看護実施の有無について記入してください。**

　　　 ⇒（　　　有　　・　　　無　　）

　　　　→「有」の場合は②、「無」の場合は④へお進みください。

**② 条件不利地域での活動について、直近３年間（Ｈ３０～Ｒ２年度）に訪問　　した地域名を記入してください。**

※訪問地域は、可能な限り旧市町村単位で記入してください。

　⇒Ｈ３０実績（年・年度）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⇒Ｒ１実績（年・年度）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⇒Ｒ２計画（年・年度）（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**③ 条件不利地域での活動について、市町村が行う補助事業の活用状況について記入してください。（該当するものに○をしてください）**

⇒（活用している　・　活用したいが市町村制度がない　・　活用の必要性を感じない）

**④ 条件不利地域で活動を行っていない要因について記入してください。**

**（該当するもの全てに○をしてください）**

⇒（人員体制　・　経営状況　・　設備の整備状況　・　地理的状況　・　その他）

４　機器を整備したことによる効果を具体的に記入してください。

|  |
| --- |
| （例）月間の訪問回数が○○回増えた、訪問範囲に○○地区が加わった、○○症例に対応できるようになった　等 |
|  |

５　訪問診療設備整備事業費補助金について、またはその他の在宅医療推進に関す

る県補助金について、ご意見・ご要望ご記入ください。

（注）記入頂いたご意見は、在宅医療推進に係る施策検討の参考にさせて頂きますが、ご意見に対しての回答は行いませんので、予めご承知おき願います。

|  |
| --- |
|  |