在宅医療の提供状況調査について【訪問看護ステーション用 調査票】

|  |
| --- |
| 回答者様のご連絡先 |
| 訪問看護ステーション名 |  |
| 所在地 | （〒　　　 　　　）島根県 |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |

ご提出期日：令和３年７月１２日（月）まで

島根県健康福祉部医療政策課　今岡あて

（FAX番号：0852-22-6040）

# １　貴事業所における訪問サービスの提供状況

　**令和３年４月（1ヶ月間）**の利用者数・訪問回数をお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 利用者の実人数 | 訪問回数（延） |
| （３）介護保険の訪問看護 | 人 | 回 |
| （３）の利用者のうち、医療保険の訪問看護も受けた人 | 人 | 回 |
| （４）医療保険のみの利用者 | 人 | 回 |

|  |
| --- |
| １～５のいずれかを記載 |
|  |

# ２　訪問依頼の受諾状況について（該当する番号を記載してください。）

## １　依頼数が多く断っている

## ２　依頼数が多く業務過剰傾向

## ３　依頼数と業務がほぼ一緒

## ４　依頼数が少ない

## ５　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

## ３　条件不利地域（訪問先までの移動時間が片道３０分以上の地域）への訪問について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貴事業所の訪問対象地域のうち、条件不利地域に該当する地域 |  | 　←地区名を記載（旧市町村単位）例：松江市西忌部町　等 |
| 条件不利地域への訪問回数（延）（R2年度実績、1年間） | 回 |  |
| 訪問先のうち、条件不利地域が占める割合（R2年度実績、1年間） | ％ | （細かい算出が難しい場合、おおむねで結構です） |

##

##

４　訪問看護ステーション支援事業について

条件不利地域（片道３０分以上）への訪問診療を行う医療機関に対しては、この事業により運営支援が行われています。

（詳細は別紙１のとおり）

## 　事業の効果を検証するため、下記①～⑤についてご意見をお聞かせ下さい。　　　　　　　　　　　　　　　　 ↓いずれかに◯

|  |  |
| --- | --- |
| ①条件不利地域に訪問する日は移動時間が長いため、当該地域に訪問していない日と比べて訪問件数が少ない。 | （当てはまる　・　当てはまらない） |
| ②条件不利地域へ訪問することで、受託できる依頼が減っている。 | （当てはまる　・　当てはまらない） |
| ③この補助金があることで、条件不利地域へ訪問するメリットを感じている。 | （当てはまる　・　当てはまらない） |
| ④補助額について（訪問1回あたり1，000円） | （ 適当 ・　 高い ・ 　低い ） |

## ⑤条件不利地域などの遠隔地への訪問を効率的に行うため、貴事業所が工夫している事があれば教えてください。（自由記載）

# ５　貴事業所の人員体制について（令和３年４月１日時点）

事業所全体の人員について記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種 | ①常勤職員数（実人数）※２ | ②非常勤職員数 |
| 実人数 ※２ | 所定労働時間※３ |
| 看護職員　※１ | 　人 | 　人 |  |
| リハビリ職員 | 　人 | 　人 |  |
| 看護補助者　　※１ | 　人 | 　人 |  |
| 事務職員 | 　人 | 　人 |  |

※１　看護職員：看護師、准看護師、保健師、助産師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　看護補助者：看護職員に該当しない者で、看護職員のサポートを行う者

※２　看護補助者と事務員を兼務している場合などは、人数は主たる業務に「１」と計上してください。

※３　非常勤職員のみ記載してください。

記載例：週３日、1日５時間

６　貴事業所の収支の状況について（該当する番号を記載してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 年度 | 1～5のいずれかを記載 |
| 令和２年度 |  |
| 令和元年度 |  |

＜選択肢＞

１　収支均衡

２　赤字

３　黒字

４　不明

５　答えたくない

## ７　貴事業所の経営上の問題点と考えられる事項として、あてはまるものに◯してください。（上位６つまで）

|  |
| --- |
| あてはまるものに◯してください。（上位６つまで） |
| 項目 | **上位６つまで◯** |
| 新規利用者の確保 |  |
| 継続利用者の確保 |  |
| 職員の不足（採用） |  |
| 職員の継続性（早期離職） |  |
| 職員の質の向上（人材育成） |  |
| 勤務環境（ワークライフバランス改善等） |  |
| 給与・待遇面 |  |
| 訪問回数が少ない |  |
| 立地条件（利用者確保が困難な地域） |  |
| 業務の効率化（ICTの活用等） |  |
| 営業外収支（訪問サービス外の収入や支出） |  |
| 利用者への広報 |  |
| 利用者の満足度の向上 |  |
| その他 |  |

「その他」へ◯した場合、具体的内容を下記へ記載してください。

## ８．しまね医療情報ネットワーク「まめネット」について（詳細は別紙２参照）

（１）在宅医療の提供に当たり、まめネットを利用していますか。　（いずれかに◯）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| はい（利用している） | 　　　 | →問（２）へお進みください。 |
| いいえ（利用していない） |  | →問（４）へお進みください。 |

### （２）（１）で「はい」を選択した方のみ

ご利用のサービスを教えてください。（複数選択可）

|  |
| --- |
| あてはまる番号をすべて記載 |
|  |

１　基本サービス　（掲示板・紹介状・共有ファイル）

２　連携カルテサービス

３　在宅ケア情報共有サービス（在宅ケアに係る他職種の情報共有）

４　ケアプラン交換サービス（居宅介護支援事業所と介護サービス事業者間でケアプランの予定・

実績データを交換）

５　WEB会議サービス

### （３）（１）で「はい」を選択した方のみ

　まめネットの各サービスを、どのように利用されているか教えてください。

　（例：連携カルテサービスで○○という情報を閲覧している、在宅ケア情報共有サービスで◇◇ができている、等）

### （４）（１）で「いいえ」を選択した方のみ

|  |
| --- |
| あてはまる番号をすべて記載 |
|  |

　その理由は何ですか。（複数選択可）

1. まめネットを知らない
2. 導入したいが、まめネットでできることが何か分からない。
3. 導入したいが、費用面の問題がある。
4. 導入するメリットがない
5. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（５）まめネット全般について、既存のサービスに限らずご意見があれば教えてください。

## ９　在宅医療推進について（自由意見）

貴医療機関が在宅医療を提供する上で、課題と考えていること、県へ期待する支援（ご意見・ご要望・ご提案）をお答えください。

ご意見の内容（あてはまるものに◯↓）

人材確保と人材育成　 ・ 　在宅療養者の日常生活支援（住まい・通院等）　 ・　 病診連携、医療介護連携

医療機関への運営支援　 ・　 医療機関や住民への普及啓発　 ・　 その他

### 　ご意見記載欄

質問は以上になります。

お忙しい中、ご協力ありがとうございました。