

WEBによる回答をお願いします。(大阪府訪問看護ステーション協会 ホームページより)

調査用事業所番号

調査用事業所番号は別紙「訪問看護実態調査へのご協力のお願ひ」の左上
及び封筒の宛名シールに記載しています。必ずご記入下さい。(5桁の数字)

注意) ☞マークは、前質問で選択した方のみへの追加設問項目となります。

WEBでは、☞マークの設問が表示された場合のみご回答いただけます。

I. 事業所及び法人に関すること

1. 事業所名、法人名、設立主体についてお答え下さい。

1) 法人名

2) 法人の種類について教えてください

- 1.医療法人 2.営利法人(会社) 3.社会福祉法人 4. 特定非営利活動法人(NPO)
- 5.社団法人・財団法人(公益含) 6. 生活協同組合 7. 地方公共団体 8. その他

★説明★ 医療法人=社会医療法人 特定医療法人含みませぬ 営利法人=株式、有限、合同、合名、合資
上記項目に含まれないものは、その他へ

3) 訪問看護ステーション名

ふりがな

4) 訪問看護ステーションの住所地(市区町村)と地域区分をお答えください

住所

〇〇市〇〇区までを記入。

地域区分

(地域区分は手引き参照)

1. 三島 2. 豊能 3. 北河内 4. 中河内
5. 大阪市北 6. 大阪市西 7. 大阪市東 8. 大阪市南
9. 堺 10. 南河内 11. 泉南

5) 電話番号とFAX番号を教えてください

TEL番号

FAX番号

6) 貴訪問看護ステーションの指定年を西暦でご回答ください。

指定年月日

西暦

年

※1992年以前(訪問看護ST制度創設前)に、事業所指定がなされた場合、1992年としてください。

7) 貴訪問看護ステーションの法人代表者の職種をお教えてください。 ※管理者ではなく、「法人代表者」の職種です

1. 看護職 2. 医師 3. セラピスト(PT,OT,ST) 4. その他医療専門職
5. 介護専門職 6. その他 7. わからない

8) 本調査票の記入者氏名と職位(問い合わせさせていただく場合がありますので正しく記入してください)

氏名

職位

1. 管理者 2. 主任等 3. 統括責任者等
4. 事務員 5. 経営者 6. その他スタッフ等

2. 貴訪問看護ステーションの運営についてお答え下さい。

1) 貴訪問看護ステーションのサテライト個数を教えてください ※サテライトなし(0カ所)の場合は必ず「0」を記入

・サテライト数 カ所

※サテライトとは、職員の管理が一元化しているなどの要件を満たす市町村等への届出が正式になされた出張所のことをいいます。

2) 同一敷地内の併設事業の種類を以下の中からお答えください(複数回答)

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 0. 併設事業はなし | 11. 小規模多機能 |
| 1. 居宅介護支援事業所 | 12. 療養通所介護 |
| 2. 訪問介護 | 13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 3. 通所介護・通所リハ | 14. 福祉用具 |
| 4. 病院(200床以上) | 15. 放課後等デイサービス |
| 5. 病院(200床未満) | 16. グループホーム |
| 6. 診療所 | 17. 有料老人ホーム |
| 7. 介護医療院・介護療養型医療施設 | 18. サービス付高齢者向け住宅 |
| 8. 特別養護老人ホーム | 19. その他高齢者向け住宅 |
| 9. 老人保健施設 | 20. その他 |
| 10. 看護小規模多機能 | |

3) 土日祝の休業日の状況についてお教え下さい

★注意★ 指定機関への届出(運営規定)に基づきお答えください

(1) 貴事業所の「休業日」を以下から選択して下さい。(複数回答可)

1. 土曜日 2. 日曜日 3. 祝日 4. 休業日はない

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

☞ (2) 上記3) - (1) の設問で、休業日の回答があった事業所にお聞きます。休業日(営業日以外の日)に、計画的な訪問(※)を実施していますか ※ 計画的な訪問とは、緊急訪問以外の訪問を指します。

1. 要望があれば(概ね)計画的に訪問をしている
 2. 必要時のみ選択し計画的に訪問をしている
 3. 休業日(営業日以外)は計画的訪問をしていない

4) 貴事業所における加算(等)の届出状況を教えてください。

(1) 24時間対応体制加算(医療保険) 0.無 1.有 (1)

(2) 緊急時訪問看護加算(介護保険) 0.無 1.有 (2)

(3) 機能強化型管理療養費(医療保険)
 0.届出なし 1.機能強化型Ⅰ 2.機能強化型Ⅱ 3.機能強化型Ⅲ (3)

(4) 看護体制強化加算(介護保険)
 0.届出なし 1.看護体制強化加算Ⅰ 2.看護体制強化加算Ⅱ (4)

5) 貴事業所における精神訪問看護に関する届出状況を教えてください。

(1) 精神訪問看護の療養費算定の届出
 0.届出していない 1.届け出している (1)

(2) 精神科重症患者支援管理連携加算の届出
 0.届出していない 1.届け出している (2)

6) 貴事業所の経営状態(※)で当てはまると思うものを以下から一つお選びください。

※ 直近の1年間又は、直近の決算の状況から勘案しお答えください。

1. 赤字 2. 黒字 3. わからない

7) 今後(※)の事業規模の拡大・維持・縮小の意向について以下から一つお選びください。

※今後とは、2～3年をイメージしてお答えください

1. 規模拡大する予定 2. 現状維持 3. 縮小の予定 4. わからない

3. 管理者についてお答え下さい

1) 管理者の看護師経験年数

①看護師経験年数(通算)

年

②うち訪問看護経験年数

年

2) 管理者としての経験の年数

①管理者経験年数
(訪問看護+その他)

年

②うち、訪問看護の
管理者経験年数

年

3) 管理者研修の受講について

(1) 過去3年間に管理者研修を受講しましたか?

0. 受講していない 1. 受講した

☞ (2) 上記3) - (1)の設問で「1.受講した」と答えた方はお答えください。
過去3年間に受講した研修を以下の中から選んでください(複数回答可)

1. 大阪府訪問看護ステーション協会 管理者研修
2. 看護協会主催等による管理者研修(ファースト・セカンド・サード)
3. 全国訪問看護事業協会・日本訪問看護財団主催等による管理者研修
4. その他

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☞ (3) 上記3) - (2)の問いで「1.大阪府訪問看護ステーション協会 管理者研修」と答えた方はお答えください。
あなたが受講された研修を以下からお選び下さい(複数回答可)

1. 管理者初任者Aコース(訪問看護制度、労務管理(基礎)、法令順守、人的資源管理(基礎)等)
2. 管理者中級Bコース[マネジメントI](労務 人材育成 経営総論 リスクマネジメント、多機能他)
3. 管理者上級Cコース[マネジメントII](地域マネジメント、組織論、経営運営能力の強化)
4. 管理者経営Dコース(社会情勢と経営 経営分析経営改善、教育、人材育成と経営)
5. その他

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☞ (4) 上記3) - (1)の問いで「0.受講していない」と答えた方はお答えください。
受講していない理由を以下から選択してください。(2つまで)

1. 忙しく時間がとれない 6. 上司の許可が得にくい
2. 必要性を感じない 7. 研修の開催案内情報がない
3. 過去受講した 8. オンライン通信環境がない
4. 受講したい研修がない 9. オンライン通信受講に自信がない
5. 日時が合わなかった 10. その他

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. 職員に関すること、利用者数や訪問回数に関すること

1. 2021年10月1日現在の貴事業所（サテライト含む）における従事者の「①在籍人数（延べ人数）」と「②常勤換算数」を教えてください。

※常勤換算数は小数点第一位までを記入。小数点第2位を四捨五入してください。

※対象者なしの場合は「0」を記入してください。（未入力不可）

	在籍あり	①在籍人数 (延べ数)		②常勤換算数 (※)
		常勤	非常勤	常勤+非常勤
記入例)保健師・助産師・看護師	<input checked="" type="checkbox"/>	7人	2人	8.0人
(1) 保健師・助産師・看護師	<input type="checkbox"/>			
(2) 准看護師	<input type="checkbox"/>			
(3) 理学療法士	<input type="checkbox"/>			
(4) 作業療法士	<input type="checkbox"/>			
(5) 言語聴覚士	<input type="checkbox"/>			
(6) 事務職員	<input type="checkbox"/>			

2. 現在、看護職の求人を行っていますか。

0. 求人を行っていない

1. 求人を行っている

3. 2021年10月度（1か月間）の利用者人数について教えてください。

利用者数			
1) 総利用者数 (※1)		人	※1 必須回答です。0人の場合は「0」を記入して下さい
利用者数			利用者数
2) ①介護保険（予防含）利用者数 (※1) (※2)		人	3) 医療保険等のうち、精神訪問看護指示書の交付がある利用者数
②医療保険等利用者数 (※1) (※2) (※3)		人	4) 総利用者のうち、PT/OT/STが訪問している利用者数（看護との併用含）

※2 特別指示書交付等による介護保険、医療保険等の両保険利用時は、両方に人数を計上

※3 医療保険等には、介護保険、自費以外の全てを含めてください【自立支援、生活保護（医療）など】

4. 訪問看護回数について

1) 2021年10月度の介護保険、医療保険のそれぞれの区分の訪問回数等を教えてください。

※0回の場合は「0」を記入のこと

(1) 介護保険

訪看 I 1 (20分)		回
訪看 I 2 (30分未満)		回
訪看 I 3 (30~60分未満)		回
訪看 I 4 (60~90分未満)		回
訪看 I 5 (PT等)		回
訪看 I 5・2超 (PT等)		回
緊急時訪問看護加算		人
ターミナルケア加算		人

(2) 健康保険等

訪問看護基本療養費（看護）		回
精神科訪問看護基本療養費（精神）		回
24時間緊急対応体制		人
ターミナルケア療養費1		人
ターミナルケア療養費2		人
精神科重症患者支援管理連携加算		人

Ⅲ. 質評価、特定行為研修、訪問看護システム（モバイル）導入に関すること

1. 質評価についてお答えください。

1) 事業所の質向上の取り組みについてお聞きます。

(1) 貴事業所では、毎年「自主点検表」（大阪府等）を用いて運営の点検を行っていますか。

0. 行っていない 1. 行っている

(2) 貴事業所の質評価の方法を教えてください。（複数回答可）

0. 取り組んだことはない
1. 「訪問看護ステーションにおける事業所自己評価のガイドライン」（全国訪問看護事業協会）
2. 「訪問看護サービス質評価のためのガイド」（日本訪問看護財団）を使用
3. 「自己評価シート」（大阪府）を使用
4. 第三者評価を実施
5. 利用者などのアンケート調査を実施
6. その他

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(3) 貴事業所での過去1年間の質評価の回数について教えてください。

0. 取り組んだことはない
1. 1回
2. 2回以上

2. 特定行為研修受講者についてお答えください。

（手引き「特定行為研修とは」参照）

※特定行為研修受講者とは、厚生労働大臣が指定する指定機関の研修を受講し、修了証が交付された方を指します。

1) 貴事業所の職員で、特定行為研修の受講（予定）者はいますか。 いる場合はその人数を教えてください。

※0人の場合は「0」を記入して下さい

2022年度の受講予定者数

人

3. 訪問看護システム（モバイル）導入についてお答えください。

1) 貴事業所における、今後の「訪問看護連携システム（※）」の導入予定を教えてください。

- a. 現在予定無し b. 2021年3月までに導入済 c. 2021年4月～2022年3月（予定含）
d. 2022年度4月～2023年3月の予定 e. 2023年4月以降の予定

※訪問先でのモバイル端末での患者情報の入力や、入力した患者情報のステーション内及び連携する他機関との共有などで事務・看護記録の効率化を目的としたシステム（単なる保険請求の機能のみのパソコン端末ではありません）

IV. 災害・新型コロナウイルス感染症対策（在宅療養者への支援体制）に関すること

1. 災害対策についてお答えください。

1) 貴事業所独自の「BCP（事業継続計画）」を備えているか教えてください。

- 0.備えていない 1.備えている 2.作成中

2) 過去一年間に、災害訓練を実施しましたか？

0. 実地していない 1. 実地した

☞ 3) 上記2)で「1 実施した」と回答した方にお聞きます。

実施した災害訓練の内容を具体的に教えてください。（複数回答可）

1. 発電機の使い方 2. 蓄電池の使い方
3. 消火器の使い方 4. 地域での災害訓練の参加
5. 災害を想定した連絡網の確認
6. 災害を想定した役割・行動の確認 7. その他

4) 過去一年間に災害対策研修を受講しましたか？（事業所内で1名以上）

- 0.受講していない 1. 受講した

5) 貴事業所内の災害備品の設置の有無を教えてください

- (1) 発電機 0.設置していない 1.設置している

- (2) 蓄電池 0.設置していない 1.設置している

6) 医療機器使用の利用者に対し、個別に災害対策の指導を行っていますか？（一つ選択）

- 0 特に実施していない
1 一部の利用者を実施（口頭で）
2 すべての利用者を実施（口頭で）
3 一部の利用者を実施（書面+口頭）
4 すべての利用者を実施（書面+口頭）

2. 新型コロナウイルス感染症の影響についてお答えください。

1) 陽性患者への訪問について

(1) (大阪府健康観察事業を除く) 陽性患者への訪問を実施しましたか？

0. 実施していない 1. 実施した

☞ (2) 上記1) - (1) で「1 実施した」と回答した方にお聞きます。

現時点までで何人実施しましたか

人

2) 電話サポートについて

(1) 新型コロナウイルス感染症の影響により、訪問看護が実施できなかった場合、訪問の代わりに看護職員が電話サポート（電話等で病状確認や療養指導等のサポート）をしていますか？

0. 実施していない 1. 実施している

☞ (2) 上記2) - (1) で「1 実施している」と回答した方にお聞きます。電話サポートを実施した場合に報酬請求を行っていますか？

注) 診療報酬（管理療養費のみ）では、主治医の指示 本人同意、月1回以上の訪問看護等の要件 が必要
介護報酬（20分未満 週1回）では、主治医指示、本人同意、月1回以上の訪問、ケアプラン変更等の要件が必要

0. 報酬請求していない 1. 報酬請求をしている

3) 人材管理（職員等）への影響について

(1) 新型コロナウイルス感染症の影響により、職員等の人材管理について、貴事業所が最も困っていると
感じるものを選択してください。現時点での状況でご回答ください（回答は2つまで）

- 0. 特に困っていない
- 1. 感染予防のための勤務体制（時間差・直行直帰など）
- 2. 賃金規定（休業者への対応・勤務体制の変更）
- 3. 人員確保が難しい（職員の休業、退職など）
- 4. 人員確保が難しい（職員の応募がない）
- 5. 雇用調整の課題（勤務時間調整 人員削減など）
- 6. 職員の教育研修が進まない
- 7. ICTの導入と整備の課題
- 8. 職員間のコミュニケーションの不足
- 9. スタッフのメンタルヘルス
- 10. 管理者負担の増加
- 11. その他一部の職員への負担の増加

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

V. 理学療法士等のリハビリを中心とする訪問看護に関すること

1. 平成30年4月、理学療法士等のリハビリを中心とする訪問看護について、当該事業所の看護職員の適切な評価の必要性が位置付けられました。貴事業所での、理学療法士等のリハビリを中心とする訪問看護についての看護職員の訪問状況についてお聞かせください。

1) 貴事業所では、理学療法士等のリハビリテーションを中心とする訪問看護を行っていますか？

0. 理学療法士等によるリハビリ中心の訪問看護は行っていない
1. 理学療法士等によるリハビリ中心の訪問看護を行っている

☞ 2) 当該利用者への看護職員の訪問回数について、貴事業所での対応（取り決め等）を教えてください

(1) 介護保険利用者の場合（貴事業所で、最も多い状態を選んでください）

注）介護保険では、「利用開始時及び概ね3か月に1回以上」と位置づけられています

1. 月一回以上は訪問 2. 二か月一回以上は訪問 3. 三か月に一回以上は訪問

(2) 医療保険等利用者の場合（貴事業所で、最も多い状態を選んでください）

注）医療保険等では「利用開始時及び状態の変化に応じて定期的に」と位置づけられています

1. 月一回以上は訪問 2. 二か月一回以上は訪問 3. 三か月に一回以上は訪問

☞ 3) 当該利用者への 看護職員の（評価のための）訪問の報酬請求について教えてください

注）報酬請求の有無について、両方が混在する場合は、最も多い状態を選択してください

(1) 介護保険利用者の場合

0. 報酬請求していない 1. 報酬請求している

(2) 医療保険等利用者の場合

0. 報酬請求していない 1. 報酬請求している

4) 理学療法士等と看護職員の連携について取れていると思いますか？

1. 十分できていると思う 2. まあまあできていると思う
3. あまりできていないと思う 4. できていないと思う

5) 理学療法士等と看護職員の連携について貴事業所で行っているものを、以下よりお答えください（複数回答）

1. カルテを通して情報共有をしている。
2. 対面による担当者同士の情報交換を密にしている
3. ICT活用による担当者同士の情報交換を密にしている
4. カンファレンスや事例検討会を、定期的で開催している
5. 自分が担当している利用者の看護場面やリハ場面の見学をする
6. イベントや勉強会、委員会等の 事業所運営を協働して企画、運営している
7. 特になにもしていない

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. 看護職員等への暴力・ハラスメント被害に関すること

注) ここでは、訪問看護師等が利用者等からうけることに限定します。 ※暴力・ハラスメントについて手引きを参照

1. 利用者・家族から看護職員等への暴力・ハラスメントについてお答えください。

1) 被害を受けた経験について

(1) 貴事業所では、過去、利用者やご家族からの暴力・ハラスメント被害を受けた経験はありますか？

0. 経験なし 1. 経験あり

☞ (2) 前質問 1) - (1) で「1.経験あり」と回答された方にお訊ねします。

貴事業所では、どのように対応しましたか？（複数回答可）

- 0 特に何もしていない
- 1 スタッフのケアの方法を見直すなど所内で相談しながら進めた
- 2 二人訪問で対応した
- 3 男性看護師による訪問とした
- 4 他職種と訪問を同行した
- 5 管理者が訪問を担当した
- 6 管理者等より利用者に注意を促した
- 7 訪問を中断した（断った）
- 8（対応可能な）他の訪問看護ステーションに引き継いだ
- 9 主治医に相談した
- 10 地域包括支援センターに相談した
- 11 担当者会議や地域ケア会議で相談しながら進めた
- 12 行政（役所）に相談した
- 13 弁護士に相談した（顧問・行政無料相談等）

2) 暴力・ハラスメント被害への対策において必要と考えるものはなんですか （複数回答可）

※回答数は上位3つまで選択してください

- 1 行政による相談窓口の設置
- 2 ハラスメント禁止等の制度整備・利用者への啓発等
- 3 他職種チームによる介入
- 4 複数名訪問等、報酬算定要件の緩和
- 5 弁護士等専門家相談
- 6 ハラスメント対策マニュアルの作成
- 7 定期的な研修の機会（事業者）

--	--	--

3) 現在までに「暴力・ハラスメント」に関する研修を受講しましたか

0. 受講していない 1. 受講した

4) 事業所内で「暴力・ハラスメント」に関するマニュアルがありますか

0. マニュアルなし 1. マニュアルあり

Ⅶ. 実習生の受け入れに関すること

1. 看護学生の臨地実習についてお答えください。

1) 看護学生の臨地実習について、2021年度「受入れ予定」がありましたか？

★説明★ 今期コロナで受入れなかった場合も予定があった場合は「1.受入れ予定があった」を選択して下さい

0. 受入れ予定はなかった 1. 受入れ予定があった

☞ 2) 上記1) の設問で「1. 受入れ予定があった」と回答した事業所にお聞きします。

(1) 受入れ予定であった学校数をお答えください。

 校

(2) 上記2) - (1) のうち、2021年度の「実際の受入れ状況」とその学校数をお答えください。

★注意★ 0校の場合は「0」を記入してください。

- | | | |
|-------------------|----------------------|---|
| 1 実際に受け入れた学校数 | <input type="text"/> | 校 |
| 2 学校から実習中止となった学校数 | <input type="text"/> | 校 |
| 3 事業所から中止を申し出た学校数 | <input type="text"/> | 校 |

(3) 2021年度受け入れしている実習生の一人当たりの1日の受け入れ金額をお答えください。

★注意★ 金額に当てはまる学校数でお答えください。0校の場合は「0」を記入してください。

- | | | |
|-------------------|----------------------|---|
| 1 0～1000円未満 | <input type="text"/> | 校 |
| 2 1000円以上～2000円未満 | <input type="text"/> | 校 |
| 3 2000円以上～3000円未満 | <input type="text"/> | 校 |
| 4 3000円以上～4000円未満 | <input type="text"/> | 校 |
| 5 4000円以上～5000円未満 | <input type="text"/> | 校 |
| 6 5000円以上 | <input type="text"/> | 校 |

Ⅷ. 新卒看護師の採用に関すること

1 貴事業所における新卒看護師の採用についてお答えください。

1) 貴事業所における新卒看護師の採用経験や予定を教えてください。

(1) これまでに新卒看護師を採用したことがありますか。

0. 採用したことがない 1. 採用したことがある

(2) 新卒訪問看護師の次年度の採用予定を教えてください。

0. 次年度の採用予定はない 1. 次年度採用予定がある

☞ 2) 上記(1)(2)で「1. 採用したことがある」又は「1. 次年度の採用予定がある」と回答した事業所へお聞きします。

(1) これまでに採用した新卒看護師の人数 及び 次年度採用予定人数を教えてください。

(0人の場合は、0を記入)

1. 今年度までの新卒採用者 (計)

 人

2. 次年度新卒採用予定者数

 人

(2) 採用後の教育方法についてお答えください。(複数回答可)

1. 大阪府訪問看護ステーション協会の新卒育成プログラム
2. 日本訪問看護財団などの eラーニング
3. 自施設独自の新卒教育研修プログラム
4. 母体病院等の新卒教育研修プログラム
5. 新任訪問看護師研修など (他団体開催分含む)
6. OJT (同行訪問等)
7. プリセプター制度
8. その他

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(3) 新卒採用についての課題について教えてください。(自由回答)

質問は以上です ご協力誠にありがとうございます。

引き続き、意向調査回答へのご協力をお願いいたします。(設問数は2問です)