

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い」の
左上部及び封筒の宛名シールに記載しています。(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ください。

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(200床未満) 2. 医療法人(200床以上) 3. 営利法人(会社) 4. 社会福祉法人
5. 特定非営利活動法人(NPO) 6. 社団法人・財団法人(公益含) 7. 生活協同組合
8. 地方公共団体 9. その他

★説明★ 医療法人=社会医療法人 特定医療法人含みます 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。

①住所

〇〇市〇〇区までを記入。

②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. わからない 7. その他

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ください。

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

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

3) 休業日について教えてください。

★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ください。(複数回答可)

- 0. 休業日はない
- 1. 土曜日
- 2. 日曜日
- 3. 祝日
- 4. 平日

<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します。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) 1.有 2.無 (1)

(2) 緊急時訪問看護加算(介護保険) 1.有 2.無 (2)

(3) 機能強化型管理療養費(医療保険)
1. 機能強化型 I 2. 機能強化型 II 3. 機能強化型 III 4. 届出なし (3)

(4) 看護体制強化加算(介護保険)
1. 看護体制強化加算 I 2. 看護体制強化加算 II 3. 届出なし (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
1. 届出している 2. 届出していない (1)

(2) 精神科重症患者支援管理連携加算の届出
1. 届出している 2. 届出していない (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. 黒字 2. 赤字 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教えてください。

(1) 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

☞ (2) 上記7) - (1) の設問で、「1. 規模拡大する予定」と回答した事業所にお聞きます。

規模拡大する理由は何ですか(複数回答)。

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| 1. 経営の安定化 | 2. 働きやすい環境作り(産休育休対応など) |
| 3. 利用者の増加 | 4. 近隣事業所の閉鎖による統合 |
| 5. 設置主体の意向(規模拡大を望んでいる) | 6. その他 <input type="text"/> |

☞ (3) 上記7) - (1) の設問で、「2. 現状維持」「3. 縮小の予定」「4. わからない」と回答した

事業所にお聞きます。規模拡大への課題は何ですか。

- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| 1. 職員の確保(が難しい) | 2. 利用者獲得(が難しい) |
| 3. 設置主体の意向(規模拡大を望んでいない) | 4. その他 <input type="text"/> |

(4) 訪問看護ステーションの規模拡大に大阪府の補助金事業がありますが、知っていますか。

1. 知っており活用した 2. 知っているが活用していない 3. 知らない

3. 管理者についてお答えください。

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) 過去に管理者研修を受講しましたか。

1. 受講した 2. 受講していない

☞ (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)

- 受講から3年以上経過している
- 大阪府訪問看護ステーション協会 管理者研修
- 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)
- 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
- その他

☞ (3) 上記3) - (2) の設問で「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ください。(複数回答可)

- 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)
- 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)
- 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)
- 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)
- その他

☞ (4) 上記3) - (1) の設問で「2. 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="text"/> |

--	--

II. 職員に関すること、利用者や訪問回数に関すること

1. 2023年7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	☑	7人 (実人数)	2人 (実人数)	8.0人 (小数点一位まで)
(1) 保健師・助産師・看護師	-			
(2) 准看護師	☐			
(3) 理学療法士	☐			
(4) 作業療法士	☐			
(5) 言語聴覚士	☐			
(6) 事務職員	☐			

2. 現在、看護職の求人を行っていますか。

1. 求人を行っている 2. 求人を行っていない

3. 離職についてお答えください。

1) 貴事業所における、離職人数(2022年4月~2023年3月末)を教えてください。

※0人の場合は「0」を記入してください。

 人

☞ 2) 上記1) の設問で「1人以上」で答えた方はお答えください。

(1) 離職後の状況を教えてください。(複数回答可)

1. 病院へ就職(移動を含む) 2. 他の訪問看護事業所へ転職 3. 他の施設(福祉施設など)に就職
4. 結婚・出産・介護などで退職(看護師としては働かない)
5. 看護師以外の仕事に就職 6. 不明

--	--

(2) 離職理由は何ですか。(複数回答可)

1. やりがいが無い 2. 体力的に無理だと感じた 3. 一人訪問が不安
4. 家庭の事情 5. 事業所内の人間関係 6. 不明 7. その他

--	--	--

4. 2023年6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)	<input type="text"/>	人	※1 必須回答です。0人の場合は「0」を記入してください
2) ①介護保険(予防含)利用者数(※1)(※2)	<input type="text"/>	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)	<input type="text"/>	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]

5. 訪問看護回数について

1) 2023年6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。

(1) 介護保険 ※0回の場合は「0」を記入のこと	(2) 健康保険等 ※0回の場合は「0」を記入のこと
訪看 I 1 (20分) <input type="text"/> 回	訪問看護基本療養費 (看護) <input type="text"/> 回
訪看 I 2 (30分未満) <input type="text"/> 回	精神科訪問看護基本療養費 (精神) <input type="text"/> 回
訪看 I 3 (30~60分未満) <input type="text"/> 回	24時間対応体制加算 <input type="text"/> 人
訪看 I 4 (60~90分未満) <input type="text"/> 回	乳幼児加算 <input type="text"/> 人
訪看 I 5 (PT等) <input type="text"/> 回	精神科重症患者支援管理連携加算 <input type="text"/> 人
訪看 I 5・2超 (PT等) <input type="text"/> 回	ターミナルケア療養費1 <input type="text"/> 人
緊急時訪問看護加算 <input type="text"/> 人	ターミナルケア療養費2 <input type="text"/> 人
ターミナルケア加算 <input type="text"/> 人	

2) 小児訪問看護について教えてください。

(1) 小児への訪問看護を実施していますか。

1. 実施している 2. 実施していない

(2) 小児訪問看護に取り組むために、必要なサポートを教えてください。(複数回答可)

1. 研修 2. 経験豊富な訪問看護師との同行訪問 3. 小児科医との連携
 4. 人員の確保 5. 学童期加算 6. 夕方訪問への加算
 7. 週5日でも3か所対応が可能となる 8. その他

Ⅲ. 質評価、訪問看護システム(モバイル)導入に関すること

1. 運営の点検についてお答えください。

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。

1. 行っている 2. 行っていない

☞ 2) 上記1) の設問で「2. 行っていない」と答えた方にお聞きします。

行っていない理由を以下から選択してください。(2つまで)

1. 忘れていた 2. 忙しく時間がとれない
 3. 必要性を感じない 4. 自主点検表(大阪府等)を知らない
 5. 情報がない 6. その他

2. 質向上の取り組みについてお答えください。

1) 貴事業所による質評価を行っていますか。

1. 行っている 2. 行っていない

☞ 2) 上記1) の設問で「1. 行っている」と答えた方にお聞きします。

貴事業所の質評価の方法を教えてください。(複数回答可)

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)を使用
 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. 利用者などのアンケート調査を実施
 5. 介護サービス情報公表制度を実施
 6. その他

☞ 3) 上記1) の設問で「2. 行っていない」と答えた方にお聞きします。

行っていない理由を以下から選択してください。(2つまで)

1. 忙しくて時間が取れない 2. 必要性を感じない
 3. 質評価の情報が無い 4. どの質評価の方法が良いかわからない
 5. その他

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。

1. 導入済 2. 2024年3月までに導入予定 3. 2024年度4月～2025年3月に導入予定
4. 2025年4月以降の予定 5. 現在予定無し

※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）

☞ (1) 上記 1) の設問で「1. 導入済」と答えた方にお聞きます。導入の際に大阪府の補助事業を活用されましたか。

1. 活用した 2. 事業は知っていたが、申請しなかった 3. 事業を知らなかった

☞☞ (2) 上記 1) - (1) の設問で「2. 事業は知っていたが、申請しなかった」と答えた方にお聞きます。

申請しなかった理由を以下から選択してください（複数回答可）。

1. 条件に合わなかった 2. 事業（制度）がよくわからない 3. 書類作成に手間がかかる
4. 補助金額が少ない 5. その他

2) 医療保険のレセプト請求のオンライン化について

※訪問看護の医療保険のレセプトが、2024年5月（2024年4月診療分）からオンライン請求開始になります。

(1) 医療保険請求について貴事業所での現状を教えてください。

1. 請求ソフトで計算・印字した紙媒体を提出し請求している
2. 手書き（または計算したものを手入力）した紙媒体で請求している
3. その他

(2) 医療保険レセプトのオンライン請求・オンライン資格確認の導入について不安はありますか。

1. 不安がある 2. 不安はない

☞ (3) 上記 2) - (2) の設問で「1. 不安がある」と答えた方にお聞きます。その最も不安な内容を教えてください。

1. 経済的な負担について 2. 操作方法などについて
3. 業務の負担について 4. その他

IV. 専門性の高い訪問看護に関すること

1. 貴事業所における専門性の高い訪問看護の2023年1月～6月末の実施状況についてお答えください。

1) 訪問看護管理療養費における専門管理加算を算定されましたか。

1. 算定した 2. 算定していない

☞ 2) 上記 1) の設問で「1. 算定した」と回答された方にお聞きます。その内容を教えてください。（複数回答可）

1. 緩和ケアに係る専門の研修を受けた看護師
2. 褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師
3. 「特定行為研修」を修了した看護師

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) 特定行為研修受講者についてお聞きます。

(1) 貴事業所の職員で、特定行為研修の受講を終えた人員数と2024年度を受講予定者数を教えてください。

※0人の場合は「0」を記入してください。

受講を終えた人員数

	人
--	---

2024年度を受講予定者数

	人
--	---

(2) 貴事業所の職員で、2025年度以降の特定行為研修の受講の予定を教えてください。

1. ある 2. ない

--

☞ (3) 上記1) - (2) の設問で「2. ない」と答えた方にお聞きます。その理由を教えてください。

受講していない(予定がない)理由を以下から選択してください。(4つまで)

- | | |
|------------------|-----------------|
| 1. 特定行為研修を知らない | 5. 組織の許可が得られない |
| 2. 受講の必要性を感じない | 6. 研修の開催案内情報がない |
| 3. 研修に出す経済的余裕がない | 7. 指定研修機関に通えない |
| 4. 研修に出す人員的余裕がない | 8. その他 |

--

2) 特定行為研修に関する大阪府の補助事業(特定行為研修等の代替職員確保支援事業)についてお聞きます。

(1) 補助金の活用をした、またはする予定ですか。

1. 活用した(する予定) 2. 活用しない

--

☞ (2) 上記2) - (1) の設問で「2. 活用しない」と答えた方にお聞きます。

その理由を教えてください。(複数回答可)

1. 知らなかった 2. 制度がよくわからない 3. 書類作成に手間がかかる
4. 補助金額が少ない 5. 補助条件が厳しい 6. その他

--

--	--

3) 特定行為を実施している事業所にお聞きます。

医師から発行される「特定行為手順書」の交付を受けた件数を教えてください(今年度)。

(1) 特定行為手順書の交付を受けた件数を教えてください。

※0件の場合は「0」を記入してください。

1. 2023年1月～6月末までの交付件数

	件
--	---

☞ (2) 上記3) - (1) の設問で「1」件以上と答えた方にお聞きます。

交付を受けた特定行為の内容についてお答えください。(複数回答可)

1. 気管カニューレの交換
2. 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
3. 膀胱ろうカテーテルの交換
4. 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
5. 創傷に対する陰圧閉鎖療法
6. 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
7. 脱水症状に対する輸液による補正
8. その他

--

V. 災害に関すること

1. 業務継続計画（BCP）の策定状況についてお答えください。

1) 事業所の業務継続計画を策定していますか。

1. 策定済み 2. 策定中 3. 策定していない

☞ 2) 上記1) の設問で「1. 策定済み」と答えた方にお聞きます。

(1) 実施内容を教えてください。（複数回答可）

1. 業務継続計画の策定のみ 2. 研修の実施 3. 訓練(シミュレーション)の実施
4. その他

(2) 策定後の見直しはどの程度行っていますか。

1. 毎年見直している 2. 2～3年に一度見直している
3. 5年に1度程度見直している 4. 策定後見直していない

3) 過去一年間に、防災対応訓練を実施しましたか。

1. 実施した 2. 実施していない

☞ 4) 上記3) の設問で「1. 実施した」と答えた方にお聞きます。

実施した防災対応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

5) 過去一年間に防災対応研修を受講しましたか。（事業所内で1名以上）

1. 受講した 2. 受講していない

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）

1. 一部の選択した利用者を実施（口頭で）
2. すべての利用者を実施（口頭で）
3. 一部の選択した利用者を実施（書面+口頭）
4. すべての利用者を実施（書面+口頭）
5. 特に実施していない

2. 近隣他施設とのBCP策定に向けた取り組みについて

1) 近隣他施設とともにBCP策定に向けた取り組みを行っていますか。

1. 取り組んでいる 2. 取り組んでいない

☞ 2) 上記1) の設問で「1. 取り組んでいる」と答えた方にお聞きます。

その取り組み内容を教えてください。（複数回答可）

1. 訪問看護ステーション連携型BCP 2. 他施設含む連携型BCP
3. 行政含む連携型BCP 4. その他

3. 拠点ステーションについて

1) 災害時に備え、拠点ステーションに簡易発電機等を整備し、在宅患者の自助行為を促進していることを知っていますか。

1. 知っている 2. 知らない

2) 拠点ステーションにて簡易発電機の使用法の研修を受けたことがありますか。

1. 受けたことがある 2. 受けたことがない

☞ 3) 上記2) の設問で「1. 受けたことがある」と答えた方にお聞きます。

貴事業所の人工呼吸器装着患者で、拠点ステーションへ利用者登録されている方はいますか。

1. いる 2. いない

VI. アドバンス・ケア・プランニング（ACP：人生会議※）に関すること

1. 厚生労働省では、2024年度からの第8次医療計画に向けて、「在宅医療」において患者の意思を確認するための
ルールの策定などを、今後は検討していくことが話し合われました。
そこで、現在のACPの状況についてお聞かせください。

※定義（厚生労働省）：人生の最終段階において、本人の意思が尊重され、本人が希望する「生を全う」できるよ
う年齢を問わず健康な時から、人生の最終段階における医療・ケアについて考える機会を持ち、本人が家族等や医療・
ケアチームと繰り返し話し合うこと

- 1) 貴事業所で、ACPの研修を受講したことがあるスタッフはいますか。

1. いる 2. いない

- 2) 貴事業所では、ACPを積極的に実施していますか。

1. 選択した利用者に実施（口頭で） 2. すべての利用者に実施（口頭で）
3. 選択した利用者に実施（書面+口頭） 4. すべての利用者に実施（書面+口頭）
5. 特に実施していない

- ☞ 3) 上記2) の設問で「1~4（実施）」と回答した方にお聞きします。

- (1) 誰と実施していますか。（一番多いものを選択）

1. 利用者のみ 2. 利用者と家族 3. 利用者・家族と多職種

- ☞☞ (2) 上記3) - (1) の設問で「3. 利用者・家族と多職種」と回答した方にお聞きします。

- a) 多職種とは具体的に誰ですか。（複数回答可）

1. 医師 2. ケアマネジャー 3. 介護士 4. 療法士 5. その他

- b) 多職種との連携・共有方法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。（複数回答可）

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共有を密にしている
3. ICT活用による担当者同士の情報共有を密にしている
4. カンファレンスや事例検討会を、定期的に開催している
5. 利用者宅においている連絡ノートで情報共有をしている
6. その他

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

- (3) 実施時にはどの資料を使用していますか。

1. 厚生労働省の資料を使用 2. 大阪府看護協会の資料を使用
3. 自治体が推奨している資料を使用 4. 独自で作成した資料を使用
5. 特に使用していない 6. その他

- ☞ 4) 上記2) の設問で「1. 選択した利用者に実施（口頭で）」「3. 選択した利用者に実施（書面+口頭）」と
回答した方にお聞きします。

- どのような状況の時にACPの話をしていますか。（一番多いものを選択）

1. 契約時 2. 訪問初期 3. 病状の悪化時 4. 終末期の利用者
5. 利用者からの希望 6. その他

- ☞ 5) 上記2) の設問で「5. 特に実施していない」と回答した方にお聞きします。

- (1) その理由で最も当てはまるものを教えてください。

1. 対象となる利用者がいない 2. 実施できる訪問看護師がいない 3. 時間がない
4. 実施する必要性を感じない

- ☞☞ (2) 上記5) - (1) の設問で「1. 対象となる利用者がいない」と回答した方にお聞きします。
あなたが考えるACPの対象者はどのような方ですか。（自由記載）

- 6) ACPを推進する際に困難に感じることを（一番多いものを選択）

1. ACPをする時間が確保できない 2. ACPの進め方がわからない
3. 利用者や家族の意見が異なる場合どうすればよいかわからない
4. ACPの捉え方が人や職種により異なることがある 5. その他

Ⅶ. 薬局薬剤師等との連携に関すること

1. 薬局薬剤師との連携について教えてください。

1) 薬局薬剤師と連携をしていますか。

1. 連携している 2. 連携していない 3. 把握していない

☞ 2) 上記1) の設問で「1. 連携している」と回答した方にお聞きします。

(1) 連携方法を教えてください。(複数回答可)

1. 同行訪問 2. 電話 3. 報告書等 4. メール・SNS等
5. その他

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

(2) 薬局薬剤師への依頼内容を教えてください。(自由記載)

(3) 連携の効果で当てはまるものを教えてください。(上位3つ)

1. 多剤服用薬剤が整理された 2. 利用者の病状が安定した
3. 利用者のアドヒアランスが改善した 4. 家族の負担が軽減した
5. 不安が軽減した 6. 一包化の負担が軽減した
7. 残薬が少なくなった 8. 薬に関する医師との連携がスムーズになった
9. 患者に合った医薬品を在庫してくれる 9. その他

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

(4) 薬剤師との連携について、改善してほしいことがあれば記載してください。(自由記載)

☞ 3) 上記1) の設問で「2. 連携していない」と回答した方にお聞きします。

連携していない理由を教えてください。(最も多い事項2つ)

1. 以前利用者がいたが、現在はいない
2. 対象となる利用者がいない
3. 薬剤師と連携したいが、依頼先がわからない
4. 薬剤師と連携したいが、利用者に断られた
5. その他

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

Ⅷ. 新卒看護師の採用に関すること

*本調査では、新卒看護師は「看護師養成学校卒業から1年以内の訪問看護経験のない看護師」のことを指します。

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) これまでに新卒看護師を採用したことがありますか。

1. 採用したことがある 2. 採用したことがない

2) 新卒訪問看護師の今後の採用予定を教えてください。

1. 次年度採用予定がある 2. 希望があれば採用したい 3. 今後も採用予定はない

☞ 3) 上記1) 2) の設問で「1.採用したことがある」又は「1. 次年度採用予定がある」と回答した方へお聞きします。

(1) 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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(2) 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をご存知ですか。

1. 知っている 2. 知らない

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)