

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) 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 <input type="text"/> |
| 10. 看護小規模多機能 | |

2) 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) 貴事業所には「休業日」はありますか。

1. ある 2. ない

☞ (2) 上記2) - (1) の設問で、休業日があると回答した事業所は、休業日を以下から選択してください。(複数回答可)

1. 土曜日 2. 日曜日 3. 祝日 4. 平日

--	--	--

☞ (3) 上記2) - (1) の設問で、休業日の回答があると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

3) 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 イ(6,800円) 2. 有 口(6,520円) 3. 無

(1)

(2) 緊急時訪問看護加算(介護保険)

1. 有 I(600単位) 2. 有 II(574単位) 3. 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)

☞ a) 上記(3) の設問で、「届出なし」と回答した事業所にお聞きします。届出していない理由は何ですか。

1. 算定要件が満たせない 2. 算定要件は満たしているが算定していない

(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)

☞ a) 上記(4) の設問で、「届出なし」と回答した事業所にお聞きします。届出していない理由は何ですか。

1. 算定要件が満たせない 2. 算定要件は満たしているが算定していない

(5) サービス提供体制強化加算(介護保険)

1. サービス提供体制強化加算 I 2. サービス提供体制強化加算 II 3. 届出なし

(5)

☞ a) 上記(5) の設問で、「届出なし」と回答した事業所にお聞きします。届出していない理由は何ですか。

1. 算定要件が満たせない 2. 算定要件は満たしているが算定していない

4) 貴事業所における訪問看護管理療養費2日目以降に関する届出状況を教えてください。

1. 3,000円 2. 2,500円

☞ (1) 上記4) の設問で、「2,500円」と回答した事業所にお聞きます。理由は何ですか。(複数回答可)

1. 同一建物居住者が7割以上 2. 別表第七及び別表第八の利用者数
3. GAF尺度判定利用者数

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(医療保険)

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(医療保険)

1. 届出している 2. 届出していない

(2)

6) 訪問看護ベースアップ評価料を算定しましたか。

1. はい 2. いいえ

7) 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

8) 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8) - (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

☞ (3) 上記8) - (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

(4) 訪問看護ステーションの規模拡大に大阪府の補助事業がありますが、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) 訪問看護管理者研修の受講について

(1) 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」と回答した方にお聞きます。

受講した研修を以下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 管理者初任者コース (Aコース)
2. 大阪府訪問看護ステーション協会 実務実践コース (中級Bコース)
3. 大阪府訪問看護ステーション協会 レベルアップコース (上級Cコース)
4. 大阪府訪問看護ステーション協会 経営コース (経営Dコース)
5. 日本訪問看護財団主催 管理者研修
6. 全国訪問看護事業協会主催 管理者研修
7. その他

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

☞ (3) 上記3) - (1) の設問で「2. 受講していない」と回答した方にお聞きます。

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. 研修の開催案内情報がない |
| 2. 必要性を感じない | 7. オンライン通信環境がない |
| 3. 受講したいが日時が合わない | 8. オンライン通信受講に自信がない |
| 4. 受講したい研修がない | 9. 制度上、管理者研修受講義務が無いため |
| 5. 上司の許可が得にくい | 10. その他 <input type="text"/> |

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

4) 看護協会等主催による以下の認定看護管理者カリキュラムを受講したことがありますか。

1. あり
2. なし

☞ (1) 上記4) の設問で「1. あり」と答えた方にお聞きます。どの勤務時期に受講されましたか。

該当時期に○をつけてください。 ※受講されていないレベルは、「未受講」に○をつけてください。

	病院等勤務時	訪問看護ステーション勤務時	未受講
1. ファーストレベル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. セカンドレベル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. サードレベル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. 職員に関すること、利用者や訪問回数に関すること

1. 2024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	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>			
(2) 准看護師	<input checked="" 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。

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) 貴事業所で、2023年4月～2024年3月末の期間で、離職した人はいましたか。

※離職者には期間限定の派遣職員の数を含みません。

1. いた
2. いなかった

☞ 2) 上記1) の設問で「いた」と回答した方にお聞きます。

(1) 離職人数 (2023年4月～2024年3月末) を教えてください。

※離職者には期間限定の派遣職員の数を含みません。

 人

(2) 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

--	--

(3) 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. 2024年7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			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」を記入してください。	
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	人
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)	人

※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) 2024年7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

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) 医療保険等 ※0回の場合は「0」を記入のこと

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時間対応体制加算		人
乳幼児加算		人
精神科重症患者支援管理連携加算		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
退院支援指導加算(6000円)		回
退院支援指導加算(8400円)		回
訪問看護医療DX情報活用加算		人

2) 2024年7月度の以下の医療的ケアを受けている人数について教えてください。

※医療保険と介護保険の利用者合計数を記入のこと。一人で何種類も医療的ケアを実施している人は夫々に計上してください。

※0人の場合は「0」を記入のこと

	全体	うち、小児0歳から18歳未満
1. 在宅麻薬等注射指導管理を受けている状態	人	人
2. 在宅腫瘍化学療法注射指導管理を受けている状態	人	人
3. 在宅強心剤持続投与指導管理を受けている状態	人	人
4. 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態	人	人
5. 気管カニューレを使用している状態	人	人
6. 留置カテーテルを使用している状態	人	人
7. 在宅自己腹膜還流指導管理を受けている状態	人	人
8. 在宅血液透析指導管理を受けている状態	人	人
9. 在宅酸素療法指導管理を受けている状態	人	人
10. 在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態	人	人
11. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態	人	人
12. 在宅自己導尿指導管理を受けている状態	人	人
13. 在宅人工呼吸指導管理を受けている状態	人	人
14. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態	人	人
15. 在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態	人	人
16. 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態	人	人
17. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態	人	人
18. 真皮を越える褥瘡の状態	人	人
19. 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態	人	人

3) 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 3. 実施したいが利用者がいない

☞ (2) 上記3) - (1) の設問で「2. 実施していない」と回答した方にお聞きます。

実施していない主な理由をひとつ教えてください。

1. スタッフが少なく、対応できない
2. 人数的に対応可能だが、経験や技術が不足している
3. 経営判断により対応していない

☞☞ (3) 上記3) - (2) の設問で「2. 人数的には対応可能だが、経験や技術が不足している」と回答した方は、どのような支援があれば実施に繋がりますか。(複数回答可)

1. 相談できる窓口(医師・協会・教育ステーション等) 2. 小児に特化した研修
3. 医ケアの演習ができる研修 4. 相談できる在宅医(小児科医)
5. 病院やクリニックなど実際の小児科現場での研修 6. 他ステーションでの同行訪問
7. 複数ステーションで介入し、連携しながらの訪問
8. その他

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

☞ (4) 上記3) - (1) の設問で「1. 実施している」と回答した方にお聞きます。

対応する上での問題や困難なことについて教えてください。(上位3つまで)

1. 特に問題や困難感はない
2. 小児訪問看護は難病等の特殊性・個性が高いため、医療的ケアに不安がある
3. 病状だけではなく、成長に合わせたケアを行うことが難しい。
4. 小児在宅医療に関わる職種(医療、福祉、教育)が多く、連携を取るのが難しい。
5. 小児の地域支援についての制度や法律が複雑である
6. 親との関わり方が難しい
7. 地域で訪問診療を行っている医療機関が少ない
8. レスパイト先の確保が難しい
9. 夕方訪問の希望への対応が難しい
10. 長時間訪問の希望への対応が難しい
11. その他

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

Ⅲ. 質評価と訪問看護システム(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」と回答した方にお聞きます。

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

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

2. 質向上の取り組みについてお答えください。

1) 貴事業所では、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」と回答した方にお聞きます。

貴事業所で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. 事業所独自で評価指標を作成をしている
4. 第三者評価を受けている
5. その他

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

☞ 3) 上記1) の設問で「2. 行っていない」と回答し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. 質評価の方法等の情報が無い
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。

※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) 貴事業所は、訪問看護記録はモバイル端末を使用していますか。

1. 個々にモバイル端末を使用している
2. 数台を共有している
3. モバイル端末は使用していない

☞ 2) 上記1) の設問でモバイル端末を「2. 共有している」「3. 使用していない」と回答した方にお聞きします。

その主な理由をひとつ教えてください。

1. 購入費用の負担が大きい
2. 使用スキルがない
3. 必要と思わない
4. その他

3) 医療保険のレセプト請求のオンライン化進捗状況について

(1) 貴事業所は医療保険レセプトオンライン請求の開始を予定していますか。

1. 既にオンライン請求を開始している
2. 12月請求分までには開始予定
3. 12月以後も難しい

☞ (2) 上記3) - (1) の設問で「3. 12月以後も難しい」と回答した方にお聞きします。

10月31日までに届け出が必要な「猶予届出書提出」の該当項目を教えてください。

1. 令和6年10月末までにベンダーと契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了（システム整備中）
2. オンライン請求／オンライン資格確認に必要な光回線ネットワーク環境が整備されていない（ネットワーク環境事情）
3. 改築工事の場合
4. 廃止・休止に関する計画を定めている
5. その他特に困難な事情がある

IV. 専門性の高い訪問看護に関すること

1. 専門性の高い訪問看護の2023年4月1日～2024年3月31日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」と回答した方にお聞きします。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します。

(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今年度（2024年度）の受講（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

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

2024年度の受講（予定）者数

<input type="text"/>	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」と回答した方にお聞きします。

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. 研修に出す人力的余裕がない | 8. その他 <input type="text"/> |

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

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)についてお聞きします。

(1) 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)は、ご存知ですか。

1. 知っており活用した(する予定) 2. 知っているが活用していない 2. 知らない

☞ (2) 上記2) - (1) の設問で「2. 知っているが活用していない」と回答した方にお聞きします。

その理由を教えてください。(複数回答可)

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| 1. 制度がよくわからない | 2. 書類作成に手間がかかる |
| 3. 補助金額が少ない | 4. 補助条件が厳しい |
| 5. その他 <input type="text"/> | |

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

3) 特定行為を実施している事業所にお聞きします。

(1) 医師から発行される「特定行為手順書」の交付を受けましたか。(期間:2023年4月1日~2024年3月31日)

1. 受けた 2. 受けていない

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

交付を受けた特定行為の件数についてお答えください。 ※0件の場合は「0」を記入してください。

- | | | |
|------------------------------------|----------------------|---|
| 1. 気管カニューレの交換 | <input type="text"/> | 件 |
| 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 | <input type="text"/> | 件 |
| 3. 膀胱ろうカテーテルの交換 | <input type="text"/> | 件 |
| 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 | <input type="text"/> | 件 |
| 5. 創傷に対する陰圧閉鎖療法 | <input type="text"/> | 件 |
| 6. 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 | <input type="text"/> | 件 |
| 7. 脱水症状に対する輸液による補正 | <input type="text"/> | 件 |
| 8. その他(上記以外) | <input type="text"/> | 件 |

<input type="text"/>	件

V. 災害に関すること

1. 事業継続計画(BCP)の策定後の状況についてお答えください。

1) 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. 災害を想定した連絡網の確認 | 2. 災害を想定した役割・行動の確認 |
| 3. 発電機や蓄電池の使い方 | 4. 利用者の避難誘導訓練 |
| 6. 地域での災害訓練への参加 | 7. その他 <input type="text"/> |

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

2) 人工呼吸器装着中の利用者に対し、個別避難計画は策定されていますか。

※個別避難計画は、自事業所作成でなく、行政作成の計画でも良いです。

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1. 全員作成されている | 2. 概ね作成されている |
| 3. ほとんど作成されていない | 4. 人工呼吸器装着者がいない |

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」と回答した方にお聞きます。

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. 設置ステーションについて

1) 災害時に備え、設置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) 設置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」と回答した方にお聞きます。

貴事業所の人工呼吸器装着患者で、設置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」できるような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. 積極的に実施している 2. 実施している 3. あまり実施していない 4. 実施していない

☞ 3) 上記2) の設問で「1~3(実施)」と回答した方にお聞きます。

(1) どのタイミングで実施していますか。(複数回答)

1. 訪問看護が始まったとき(契約時や訪問初期) 2. 病状の進行や衰弱傾向を認めるとき
3. 本人や家族から人生会議について相談があったとき
4. 医師より回復の見込みがないと診断されたとき(終末期) 5. 要介護認定更新やケア内容の変更時
6. 日常の訪問の際(特にタイミングはない)
7. 月1回程度、実施している
8. その他

(2) 実施時に、資料等を使用していますか。(複数回答)

1. 大阪府が作成している資料 2. 自治体が作成している資料
3. 大阪府看護協会が作成している資料 4. 自事業所で作成している資料
5. 利用者が持っている資料 6. 資料は使用していない(口頭のみ)
7. その他

(3) 実施した内容の多職種間での共有方法はどれですか。(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. 特に共有していない
7. その他

☞ 4) 上記2) の設問で「4. 実施していない」と回答した方にお聞きします。

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. 実施する時間がない
4. 実施する必要性を感じない 5. その他

5) ACPを推進する際に困難に感じること（複数回答）

1. 特に困難と感じていない 2. ACPをする時間が確保できない 3. ACPの実践方法がわからない
4. 利用者がACPの実施を嫌がる 5. 多職種間の情報共有がしづらい
6. 医療機関との情報が共有しづらい 7. 実施するタイミングが難しい
8. その他

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

Ⅶ. 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受けることに限定します。

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。

1. 経験あり 2. 経験なし

☞ (2) 上記1) - (1) で「1.経験あり」と回答した方にお聞きします。

貴事業所では、どのように対応しましたか。（複数回答可）

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. 看護職能団体に相談した
13. 行政（役所）に相談した
14. 弁護士に相談した（顧問・行政無料相談等）
15. 警察に相談した
16. 防犯ベルを持たせた
17. 特に何もしていない

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

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を教えてください。（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. 看護職による相談窓口
5. 複数名訪問等、報酬算定要件の緩和
6. 弁護士等専門家相談
7. ハラスメント対策マニュアルの作成
8. 定期的な研修の機会（事業者）

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

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。

1. 受講した 2. 受講していない

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。

1. マニュアルあり 2. マニュアルなし

Ⅷ. 医療安全に関すること

※インシデント（ヒヤリ・ハット）とは、**訪問看護の過程において**、エラーが発生したか、あるいは発生しかけたが、**患者や職員に障害を及ぼすことなく、医療事故には至らなかったものを指します。**（患者影響レベル0～3a）

※アクシデント（医療事故）とは、医療に関わる場所で、**訪問看護の過程において**、不適切な医療行為が、結果として**患者や職員に意図しない傷害を生じ、その経過が一定程度以上の影響を与えた事象を指します。**（患者影響レベル3b～5）
[患者影響レベル]

- ・レベル0 間違ったことが実施される前に気づいた場合
- ・レベル1 間違ったことが実施されたが、患者には影響がなかった場合
- ・レベル2 処置や治療は行わなかったが、バイタルサインの経度変化や観察強化、安全確認のための検査等の必要性が生じた場合
- ・レベル3a 簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤投与など）
- ・レベル3b 濃厚な処置や治療を要した（人工呼吸器装着、手術、入院、骨折など）
- ・レベル4 永続的な障害や後遺症が残った
- ・レベル5 事故が原因による死亡

1. インシデント（ヒヤリ・ハット）・医療事故（アクシデント）事例についてお答えください。

1) 貴事業所では、2024年度7月のインシデント・アクシデントはありましたか。

1. あり 2. なし

☞ 2) 上記1) の設問で「1. あり」と回答した方にお聞きます。報告事例の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. ケアに係る事項
2. 個人情報の漏洩に関する事項
3. 利用者宅での器物破損等に関する事項
4. 移動中の交通事故
5. 訪問スケジュールに関する事項（訪問忘れ・時間間違い）
6. その他

インシデント事例	件数	アクシデント事例	件数
<input type="text"/>	件	<input type="text"/>	件
<input type="text"/>	件	<input type="text"/>	件
<input type="text"/>	件	<input type="text"/>	件
<input type="text"/>	件	<input type="text"/>	件
<input type="text"/>	件	<input type="text"/>	件
<input type="text"/>	件	<input type="text"/>	件

3) 貴事業所では、インシデント・アクシデント報告事例について再発予防のための検討を実施していますか。

1. 実施している 2. 実施していない

☞ 4) 上記3) の設問で「1. 実施している」と回答した方にお聞きます。

(1) 事例検討の実施状況を教えてください。

1. 全報告を実施している 2. アクシデント報告のみ実施している
3. 重要な案件のみ実施している

(2) 事例検討を開催する頻度を教えてください。

1. 1回/1月程度 2. 3回程度/年 3. 2回程度/年 4. 1回程度/年

Ⅸ. 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2) の設問で「3. 採用予定はない」と回答した方へお聞きます。採用しない理由を教えてください。

1. 自事業所での教育体制が整っていないため
2. 経営が安定していないため
3. 新卒の看護師では、訪問看護は難しいと考えるため
4. その他

(複数回答可)

4) 大阪府訪問看護ステーション協会の新卒訪問看護師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）