

お手数をおかけしますが、別紙の回答票（1枚もの）に回答をご記入いただき、FAXにてお送りください。

大阪府訪問看護ステーション実態調査票

【調査実施：大阪府 保健医療企画課】

回答欄（網掛け箇所）に選択値（数字）又は理由等をご記入ください

貴事業所について、お答えください。

(1) 貴事業所について、教えてください。

・法人名

・ステーション名

・回答者

職種

氏名

電話番号

・ステーションの所在地
(市町村名)

(大阪市、堺市の場合)
所在地 区

・開設主体

1. 地方公共団体 2. 医療法人 3. 公益社団・財団法人 4. 社会福祉法人（社協） 5. 社会福祉法人（社協以外）
6. 営利法人（会社） 7. 特定非営利活動法人（NPO） 8. その他

・開設年

西暦

年

月

(2) 出張所等サテライト事業所（※）の状況を教えてください。 ※サテライトを持たない場合は「0」を記載してください。

・サテライト事業所数

事業所

※指定訪問看護事業者の指定は、原則として事業所ごとに行うものとしているが、職員の管理が一化されているなど一定の要件を満たした出張所（いわゆる「サテライト」）について、一体のものとして当該事業所に含めて指定することができる。

・設置場所（市区町村名）

(3) 平成30年12月31日現在の貴事業所における従事者数を教えてください。

	延べ人数	常勤 換算数 (※)	採用者数	退職者数
			過去1年間 (30年1月～12月)	
記入例) 保健師・助産師・看護師	3人	2.5人	1人	1人
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) その他（事務職員等）				

※常勤換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上してください。

(4) 同一敷地内の併設事業を教えてください。（複数回答可）

1. 居宅介護支援事業所 2. 看護小規模多機能 3. 療養通所介護 4. デイサービス 5. デイケア 6. 診療所
7. 病院 8. 特別養護老人ホーム 9. 老人保健施設 10. 有料老人ホーム 11. サービス付高齢者向け住宅
12. その他高齢者住宅 13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 14. 放課後等デイサービス

お手数をおかけしますが、別紙の回答票（1枚もの）に回答をご記入いただき、FAXにてお送りください。

■大阪府訪問看護ステーション実態調査票

【調査実施：大阪府 保健医療企画課】

(5) 貴事業所の営業日を教えてください。 ※営業は、正式に届出を行っている運営規定に営業日と記載している場合に限る。

曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	祝日
営業状況								

○：営業している

×：営業していない

※振替休日、国民の休日を含む

(6) (5) の届出上の営業日以外の計画的な訪問の対応状況を教えてください。

1. 必要な場合はほぼ対応可能 2. 対応できないこともある 3. 対応しない

(7) 平成30年12月現在の（1か月間）の介護報酬（介護保険）、診療報酬（医療保険）の利用者数（実数）を教えてください。

また、精神、リハビリテーション、小児に関するサービスの利用者数（実数）を教えてください。

	利用者数	
総利用者数		名
うち	利用者数	
介護保険利用者数（※）		名
医療保険利用者数（※）		名
うち	利用者数	
精神（精神訪問看護指示書の交付がある利用者）		名
PT/OT/STによるリハビリテーション（看護との併用利用含む）		名

うち	利用者数	
乳児（1歳未満）		名
幼児（1～3歳未満）		名
幼児（3～6歳未満）		名
小児（6～12歳未満）		名
小児（12～18歳未満）		名

※介護保険、医療保険重複利用の場合は、両方に人数を加えてください。

(8) 貴事業所における加算（等）の届出状況を教えてください。

- ・緊急時訪問看護加算（介護保険） 1.有 2.無
- ・24時間連絡対応体制加算（医療保険） 1.有 2.無
- ・機能強化型訪問看護ステーションⅠ（機能強化型管理療養費Ⅰ） 1.有 2.無
- ・機能強化型訪問看護ステーションⅡ（機能強化型管理療養費Ⅱ） 1.有 2.無
- ・機能強化型訪問看護ステーションⅢ（機能強化型管理療養費Ⅲ） 1.有 2.無
- ・精神訪問看護療養費の算定のための届出 1.有 2.無

(9) 精神訪問看護療養費算定のための届出している職員数を教えてください。

看護師（保健師・准看護師含む） 人 作業療法士 人

(10) 現在、看護職の求人を行っていますか。行っている場合は求人数を教えてください。

1. 求人を行っている 2. 行っていない 実施の場合の人数 人

(11) 貴事業所の職員で、特定行為研修の受講（予定）者はいですか。（複数回答可）

1. 27～29年度までの受講者あり 2. 30年度を受講者あり
3. 31年度に受講予定者あり 4. いずれもない

1→ 人
 2→ 人
 3→ 人

(12) 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. 30年度中 3. 31年度中の予定 4. 32年度以降の予定 5. 予定なし

※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のステーションとの共有など、訪問看護ステーションの事務の効率化や訪問看護サービスの質の向上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）

■災害対策（在宅患者への支援体制）について、お答えください。

(13) 貴事業所独自の「災害対策マニュアル」を備えているか教えてください。 ※在宅療養者への対応が明記されていない法人内共通のマニュアルは除く

1. 備えている 2. 備えていない

(14) 貴事業所において、災害訓練を実施していますか。

1. 事業所独自で実施している 2. 法人内で共同実施している 3. 実施していない

お手数をおかけしますが、別紙の回答票（1枚もの）に回答をご記入いただき、FAXにてお送りください。

大阪府訪問看護ステーション実態調査票

【調査実施：大阪府 保健医療企画課】

(15) 下記の医療機器の使用者あるいは要医療管理者の利用状況について教えてください。（複数回答可）

	① 利用者数	② ①のうち複数のステーション で対応している利用者 数	③ ①のうち非常時の電源 (※)を確保している 利用者数
人工呼吸器（マスク）	名	名	名
人工呼吸器（気管切開）	名	名	名
在宅酸素	名	名	名
吸引	名	名	名
透析	名	名	
腹膜透析	名	名	
胃ろう・経腸栄養等	名	名	
中心静脈栄養	名	名	
ストマ・ウロストミー	名	名	
インスリン注射	名	名	

※内蔵及び外部（予備）バッテリー
以外の非常時の電源

(16) 貴事業所内の災害備品の設置の有無を教えてください。また、設置有の場合、緊急貸与用として追加で設置が必要か教えてください。

項目	1. 設置有 2. 無	設置有 ⇒	1. 追加必要 2. 不要
発電機			
蓄電池			
手動吸引器			
足踏み吸引器			
人工鼻			

(17) 貴事業所における利用者への指導や情報共有の状況を教えてください。

項目	回答
停電時・断水時の対応	
搬送先・避難所の確認	
防災用医療資材（ストマ等）の備蓄	
関係機関の連絡先	
災害拠点病院の周知	
訪問看護ステーションへの緊急時の連絡方法	

1. 全利用者に実施
2. 一部の利用者に実施
3. 実施していない

※2、3の回答のうち、主な理由がある場合は教えてください。

(18) (17)での指導や情報共有にあたり、個別に利用者へ書面を作成、配布しているか教えてください。

1. 書面を作成・配布している
2. 書面を作成・配布していない

(19) (18)で1と答えた方にお聞きします。作成した書面は、利用者がどのように保管しているか教えてください。（複数回答可）

1. 利用者宅の室内（壁など）に貼り付け
2. 医療機器に貼り付け
3. 防災用医療資材と一緒に保管
4. 利用者との連絡ノートに記載（一緒に保管含む）
5. その他（具体的に記載してください）

(参考) 大阪府訪問看護推進事業に関するホームページアドレス <http://www.pref.osaka.lg.jp/hokeniryokikaku/houkan/index.html>

・郵送の場合 〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目 大阪府健康医療部保健医療室保健医療企画課在宅医療推進グループ あて
 問い合わせ先 電話番号：06-6944-6025（直通）

ご協力いただき、ありがとうございました。