

■大阪府訪問看護ステーション実態調査票 【調査実施：大阪府委託/大阪府訪問看護ステーション協会】

出来る限り、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 新ホームページより）
インターネット環境がない方は、回答票（10ページ）に回答を転記いただき、FAXにてお送りください。

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」の左上部に記載してあります。お間違えないよう確認の上、必ずご記入下さい。（1桁～4桁までの半角数字です）

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 6. 生活協同組合 7. 地方公共団体 8. その他

3) ステーション名

ふりがな

4) -①ステーションの住所地

〇〇市〇〇区までを記入。番地不要

-② 地域区分

わからない場合は未回答可

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

5) 電話番号とFAX番号をお教え下さい

TEL番号

FAX番号

6) 貴訪問看護ステーションの指定年月日（西暦で回答：1992（H4年）～2020年（令和2年））

指定年月日

西暦

年

※1992年以前（訪問看護ST制度創設前）に訪問看護事業所を開設された場合、1992年としてください。（制度創設は1992年です）

7) 上記2)で「2.営利法人」「4.NPO法人」と回答した方はお答え下さい。法人代表者の職種は何ですか。

1. 看護職 2. 医師 3. セラピスト（PT,OT,ST） 4. その他医療介護専門職種 5. その他

8) 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) 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

カ所

※サテライトとは、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、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を教えてください。

(1) 同一敷地内で行う併設事業の有無をお答えください

0. 併設事業なし

1. 併設事業あり

3) 上記で「1.あり」と回答した方へ。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）

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

4) 貴事業所の土曜・日曜・祝日の営業状況を教えてください。

- | | | |
|-----|-----------|----------|
| 土曜日 | 0：営業していない | 1：営業している |
| 日曜日 | 0：営業していない | 1：営業している |
| 祝日 | 0：営業していない | 1：営業している |

※営業日とは、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。

5) 上記設問で、「0. 営業していない」の回答があった方にお聞きします。

営業日以外に、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さします。

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

--

6) 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.無 | 1.有 | (4) | | |

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. 赤字 | 2. 黒字 | 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（通算）

- | | | | |
|----------|------------------------|-------------|------------------------|
| ①看護師経験年数 | <input type="text"/> 年 | ②うち訪問看護経験年数 | <input type="text"/> 年 |
|----------|------------------------|-------------|------------------------|

2) 管理者としての経験の年数（通算）

- | | | | |
|--------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| ①管理者経験年数
(訪問看護 + その他) | <input type="text"/> 年 | ②うち、訪問看護の
管理者経験年数 | <input type="text"/> 年 |
|--------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|

3) 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 |
|------------|---------|

--

4) 前設問3)で管理者研修を「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()

5) 前設問3)で管理者研修を「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は何ですか? (複数回答: 2つ以内)

1. 忙しく時間がとれない
2. 必要性を感じない
3. 過去受講した
4. 受講したい研修がない
5. 日程が厳しい(2日連続等)
6. 上司の許可が得にくい
7. 研修会場が遠い
8. その他

--	--

II. 職員に関する事、利用者数や訪問回数に関する事

1. 2019年10月1日現在の貴事業所における従事者数を教えてください。 ※常勤換算数は小数点第1位を四捨五入して「整数」で記載してください。 ※対象者なし場合は「0」を記入してください。

	在籍人数(延べ人数)		在籍者の常勤換算数(※) (整数)	2)-① 入職者数	2)-② 退職者数
	常勤	非常勤	常勤+非常勤	過去1年間 (2018年11月~2019年10)	
記入例)保健師・助産師・看護師	4人	4人	6人	1人	1人
(1) 保健師・助産師・看護師・准看護師					
(2) 理学療法士					
(3) 作業療法士					
(4) 言語聴覚士					
(5) その他(事務職員等)					
(6) その他(看護補助者等)					

3) 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

--

2. 利用者の人数について教えてください。

2019年10月度の介護報酬(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			
1) 総利用者数	名	0人の場合は「0」を記入のこと	
うち	利用者数		
2) -①介護保険利用者数(※)	名	3) 精神(精神訪問看護指示書の交付がある利用者)	名
②医療保険利用者数(※)	名	4) 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

※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。

3. 訪問看護回数について

1) 2019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れた0回の場合は「0」を記入のこと

(1) 介護保険

訪看 I 1 (20分)	<input type="text"/>	回
訪看 I 2 (30分未満)	<input type="text"/>	回
訪看 I 3 (30~60分未満)	<input type="text"/>	回
訪看 I 4 (60~90分未満)	<input type="text"/>	回
訪看 I 5 (PT等)	<input type="text"/>	回
訪看 I 5・2超 (PT等)	<input type="text"/>	回
緊急時訪問看護加算	<input type="text"/>	人

(2) 健康保険等

訪問看護基本療養費 (看護)	<input type="text"/>	回
精神科訪問看護基本療養費 (精神)	<input type="text"/>	回
24時間緊急対応体制	<input type="text"/>	人
精神科重症患者支援管理連携加算	<input type="text"/>	人

Ⅲ. 精神科訪問看護 小児科訪問看護、学生実習、特定行為研修などについてお教えてください

1. 精神訪問看護について

1) 貴事業所では精神訪問看護の療養費算定の届出をしていますか？

0. 届出していない 1. 届出している

2) 貴事業所では精神科重症患者支援管理連携加算の届出をしていますか？

0. 届出していない 1. 届出している

3) 上記設問1)で、精神科訪問看護療養費算定を「1.届出している」と回答された方へ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。

①看護師 (保健師・准看護師含む)

 人

②作業療法士

 人

4) 精神訪問看護を行う上で、貴ステーションが最も連携している機関を次の中から3つ選んでください

1. 精神病院医師 2. 精神病棟Ns 3. 精神診療所医師 4. 精神外来Ns 5. 医療機関のPSW等
6. 行政の保健師等 7. 地域包括支援センター 8. 介護支援専門員 9. 相談支援専門員等
10. 高齢者施設等職員 11. 他の訪問看護ST 12. 就労支援事業所職員 13. その他介護関連職種

5) 精神訪問看護を行う上で、困っていることについて以下の中から5つ以内で(※)お答えください。

1. 緊急時に入院を受け入れてくれる精神科病院を探すのが難しい
2. 緊急時に入院を受け入れてくれる精神科以外の病院を探すのが難しい
3. 退院時の病院との連携が難しい
4. 在宅療養における支援(介護)体制を作るのが難しい
5. 往診してくれる医師が少なくて困る
6. 行政に相談窓口がなく困っている
7. 精神訪問看護のスキルアップのための研修機会が少なくて困っている
8. 内科疾患等の合併症のある利用者の訪問看護について困っている
9. 緊急時訪問看護の対応について困っている
10. 精神訪問看護の知識が不足しており困っている
11. リハビリテーションが必要になった場合に制度がなくて困る
12. 制度がややこしいのでケアマネジャー等に理解してもらいにくくて困る

※ 6つ以上お答えいただいた場合は、未回答扱いとなります。

2. 小児訪問看護について

1) 貴事業所では小児訪問看護の受け入れ（受け入れ体制）はありますか

0. 受けいれていない 1. 受けいれる体制がある 2. 相談により受け入れする体制がある

2) 2019年度10月度に小児の利用者はいますか（ここでの小児とは、0歳～18歳未満をさします）

0. なし 1. あり

3) 上記設問2)で、小児利用者が「1. あり」と答えた方へ。小児訪問看護の年齢別の利用者数をお答え下さい

0人の場合は「0」を記入して下さい	利用者数			うち人工呼吸器装着又は吸引が必要な児	
乳 児（1歳未満）		名	⇒		名
幼 児（1～3歳未満）		名	⇒		名
幼 児（3～6歳未満）		名	⇒		名
学 童（6～12歳未満）		名	⇒		名
中学生（12～15歳未満）		名	⇒		名
高校生（15～18歳未満）		名	⇒		名

4) 小児訪問看護の対象児の通学や学校との連携について

貴事業所における特別支援学校、普通学校（地域の学校）との連携の状況をおきかせください。（複数回答可）

①特別支援学校

0. 特に連携していない
1. 電話や書面等による訪問看護利用児の相談や報告（学校への情報提供書含む）
2. 訪問看護利用児の定期的なカンファレンス（自宅での開催）
3. 訪問看護利用児の定期的なカンファレンス（学校での開催）
4. 学校や行政機関等が行う会議への参加
5. 学校への訪問（訪問看護報酬外）

②普通学校

0. 特に連携していない
1. 電話や書面等による訪問看護利用児の相談や報告（学校への情報提供書含む）
2. 訪問看護利用児の定期的なカンファレンス（自宅での開催）
3. 訪問看護利用児の定期的なカンファレンス（学校での開催）
4. 学校や行政機関等が行う会議への参加
5. 学校への訪問（訪問看護報酬外）

5) 病気や障害を持つこどもの学校環境（通学含む）をより良くするために、どのような事が必要だと思いますか。

（自由記載）

3. 看護学生の実習について

1) 貴事業所は、看護学生の臨地実習（看護基礎教育－在宅看護論等）の受け入れを行っていますか？

受け入れしている場合は何校か教えてください。

0. 受け入れしていない 1. 受け入れしている

受け入れしている場合 ⇒

校

2) 上記で「0.受け入れしていない」と回答された事業所に、今後受け入れの意向をお聞かせください。

1. 受け入れできる 2. 検討できる 3. 今後も受け入れはできない

--

3) 上記で「3. 今後も受け入れはできない」と回答した事業所にお聞きします
受け入れできないと考える理由は何ですか？次の中から2つお答えください。

0. 特に理由はない 1. 忙しい 2. 指導者がいない
3. 事業所内の環境がない（狭い・ロッカー他） 4. 謝金があまわない 5. メリットがない

4. 特定行為研修について

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。 0人の場合は「0」と回答してください。

- ① 2018年度までの受講者数
② 2019年度の受講者数
③ 2020年度の受講（予定）者数

①→		人
②→		人
③→		人

5. 訪問看護システム（モバイル）導入について

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。

0. 現在予定無し 1. 2019年3月までに 導入済 2. 2019年4月～2020年3月（予定含む）
4. 2020年度4月～2021年3月の予定 4. 2021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、ステーション内及び連携する他のステーションとの 患者情報の共有など、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）

IV. 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。

1) 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。

0. 備えていない 1. 備えている

--

※在宅療養者への対応が明記されていない法人内マニュアルは除く

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) 過去一年間に災害対策研修を受講しましたか？（事業所職員・管理者いずれか1名以上）

0. 受講していない 1. 受講した

--

4) 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. 設置なし 1. 設置あり
② 蓄電池 0. 設置なし 1. 設置あり

5) 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？

0. 特に実施していない 1. 一部の利用者を実施（口頭） 2. すべての利用者を実施（口頭）
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）

--

ご協力いただき、ありがとうございました。