

2024 年度 大阪府訪問看護実態調査

回答期間：2024年9月5日～2024年9月26日
(WEBによる回答をお願いします)

実態調査実施要領	1 ページ
WEB回答の手引き	2～3 ページ
実態調査票	4～14 ページ
実習生受け入れ・新卒訪問看護師採用 に関する意向調査票	15 ページ

訪問看護ステーション現状把握の大切な調査です。
ご協力いただけますよう何卒よろしくお願ひいたします。

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
調査実施（委託）：一般社団法人 大阪府訪問看護ステーション協会

《お問合せ》 ★お問合せ時は、「大阪府訪問看護実態調査について」とお伝えください。

一般社団法人 大阪府訪問看護ステーション協会

ホームページ <http://daihoukan.or.jp/>

TEL 06-6767-3800 FAX 06-6767-3801

大阪府訪問看護実態調査 2024 実施要領

— 必ずお読みください（共通事項） —

留意事項1 回答方法について

1. 回答は WEB でお願いいたします

- ◆インターネット使用可能なコンピューターからお願ひします。タブレット端末による入力も可能です。
- ◆途中保存は出来ませんので、入力前の準備として調査用紙（調査票4～14ページ）に回答内容を直接筆記具等でご記入いただいた後、下記フォームよりご入力いただくことをお勧めします。
- ◆詳しくは、2ページの「WEB回答の手引き」をご参照ください。

大阪府訪問看護ステーション協会 ホームページにアクセス

« コンピューターからの場合（推奨）»

トップページ「重要なお知らせ」より

- ⇒ [「2024年度大阪府訪問看護実態調査ご協力のお願い」](#)
- ⇒ [「2024年度大阪府訪問看護実態調査のページ」](#)
- ⇒ [「実態調査WEB回答 入力フォーム」](#)から



« タブレット端末からの場合 »

右の2次元コードを読み取り、

直接入力フォームにジャンプすることも可能です。

※当協会ホームページではなく、直接専用入力フォームのページが表示されます。



実態調査専用
入力フォーム
(フォームランサイト)

留意事項2 事業所名と調査用事業所番号について

訪問看護ステーションにはそれぞれ、調査用事業所番号を付与しております。

調査用事業所番号は**5桁の数字**で、**依頼文の左上及び封筒の宛名シールに記載**しています。

間違いを防ぐため、事業所名と調査用事業所番号は、正しくご記入ください。

留意事項3 回答者について

回答は出来る限り管理者がお答えください。管理者の回答が難しい場合は、他の職の方でも結構です。

回答内容について、不明な点は、問合せをさせていただく場合がありますので、記入担当者の氏名、連絡先を必ずご記入ください。

留意事項4 回答に困った場合は

選択項目等で回答に困った場合は、「貴事業所にとって一番近い状態」を選択してください。

実態調査 WEB 回答の手引き

《WEB回答 入力前の準備》

- ① 実態調査票（本冊子4～14ページ）に、回答内容を鉛筆等で直接ご記入ください。
- ② 調査用事業所番号5桁をご準備ください。



《WEB回答 入力の方法》

- ① 大阪府訪問看護ステーション協会のホームページにアクセス。（1ページ参照）
- ② 設問及び回答の画面が現れます。
- ③ 調査用事業所番号を入力してください。
- ④ 以降、回答内容を、順次ご入力ください。
- ⑤ 最後に、自分のメールアドレスを入力し、**送信ボタン**を押せば完了です。

ご入力は途中保存ができません！
事前に回答内容を「調査票」に記入してご準備ください。
WEB入力がスムーズになります。
(入力にかかる時間は約20分です)

《送信(内容)の確認方法》

- ① **正しく送信されると、ご入力いただいたメールアドレスに、回答結果が送られます。**
必ずご確認ください。

(後ほど問合せをさせていただく場合があります。送られてきた自動返信による回答結果は印刷し、調査票とともに、保管していただくようお願いいたします。)

- ② 入力を間違えて送信された場合、再度ご回答いただくこともできます。但し全項目のご入力となります。ご了承ください。(最新のご入力いただいた回答を採用させていただきます。)

送信できない場合

1. 入力漏れがある場合には、**送信ボタン**が押せません。記入漏れがないかどうか確認をお願いいたします。
2. アクセスが集中した場合に送信が困難となる場合があります。送信できない場合は、再度時間をおいてお試しください。

《回答上の注意事項》

設問Ⅰ-1-4)-②:地域区分について

は、以下を参考し選択してください。

- 【1. 三島】 茨木市・高槻市・三島郡・摂津市
- 【2. 豊能】 豊中市・池田市・吹田市・箕面市・豊能郡
- 【3. 北河内】 枚方市・寝屋川市・守口市・門真市・大東市・交野市・四条畷市
- 【4. 中河内】 東大阪市・八尾市・柏原市
- 【5. 大阪市北】 北区・淀川区・東淀川区・旭区・都島区
- 【6. 大阪市西】 福島区・此花区・西淀川区・西区・港区・大正区
- 【7. 大阪市東】 中央区・浪速区・東成区・生野区・天王寺区・城東区・鶴見区
- 【8. 大阪市南】 阿倍野区・住之江区・平野区・東住吉区・住吉区・西成区
- 【9. 堺】 中区・北区・西区・東区・堺区・南区・美原区
- 【10. 南河内】 松原市・羽曳野市・藤井寺市・富田林市・河内長野市・大阪狭山市・南河内郡
- 【11. 泉南】 和泉市・泉大津市・高石市・泉北郡・岸和田市・貝塚市・泉佐野市・泉南市・阪南市・泉南郡

設問IV-2:特定行為研修受講者について

※【特定行為とは】

特定行為は、診療の補助であり、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる次の38行為です。

特定行為区分の名称	特定行為
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	・経口用気管チューブ又は経鼻気管チューブの位置の調整
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	・侵襲的陽圧換気の設定の変更 ・非侵襲的陽圧換気の設定の変更 ・人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整 ・人工呼吸器からの離脱
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	・気管カニューレの交換
循環器関連	・一時的ペースメーカーの操作及び管理 ・一時的ペースメカーリードの抜去 ・経皮的心肺補助装置の操作及び管理 ・大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度調整
心臓ドレーン管理関連	・心臓ドレーンの抜去
胸腔ドレーン管理関連	・低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更 ・胸腔ドレーンの抜去
腹腔ドレーン管理関連	・腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む）
ろう孔管理関連	・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 ・膀胱ろうカテーテルの交換
栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連	・中心静脈カテーテルの抜去
栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連	・末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入
創傷管理関連	・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 ・創傷に対する陰圧閉鎖療法
創部ドレーン管理関連	・創部ドレーンの抜去
動脈血液ガス分析関連	・直接動脈穿刺法による採血 ・橈骨動脈ラインの確保
透析管理関連	・急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	・持続点滴中の高カリヨー輸液の投与量の調整 ・脱水症状に対する輸液による補正
感染に係る薬剤投与関連	・感染徵候がある者に対する薬剤の臨時の投与
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	・インスリン投与量の調整
術後疼痛管理関連	・硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
循環動態に係る薬剤投与関連	・持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整 ・持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整 ・持続点滴中の降圧剤の投与量の調整 ・持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整 ・持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	・抗けいれん剤の臨時の投与 ・抗精神病薬の臨時の投与 ・抗不安薬の臨時の投与
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	・抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整

《本調査へのお問合せ》

お問合せ時は、「大阪府訪問看護実態調査について」とお伝えください。

一般社団法人 大阪府訪問看護ステーション協会

TEL 06-6767-3800 FAX 06-6767-3801

ホームページ <https://daihoukan.or.jp/>



★実態調査2024のページへのリンクはこちら⇒

■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】

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

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

2) 休業日について教えてください。

(1) 貴事業所には「休業日」はありますか。

1. ある 2. ない

★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。

☞ (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

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

☞ (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 □（6,520円） 3. 無

(1)

<input type="checkbox"/>

(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)

<input type="checkbox"/>

(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)

<input type="checkbox"/>

☞ 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

<input type="checkbox"/>

(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)

<input type="checkbox"/>

☞ 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

<input type="checkbox"/>

(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)

<input type="checkbox"/>

☞ 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

<input type="checkbox"/>

4) 責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します。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

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

5) 責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) 責事業所の経営状態(※)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します。

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

☞ (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します。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

 年

②うち、訪問看護の
管理者経験年数

 年

(訪問看護+その他)

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します。

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

☞ (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します。

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"/> |

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します。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			
2. セカンドレベル			
3. サードレベル			

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	—			
(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) 責事業所で、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は含みません。

1. いた
2. いなかつた

--

☞ 2) 上記1) の設問で「いた」と回答した方にお聞きします。

(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は含みません。

	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します。

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

☞ (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します。

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・個別性が高いため、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. レスバ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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

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) 責事業所では、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

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

2. 質向上の取り組みについてお答えください。

1) 責事業所では、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します。

責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が「ドライ」（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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☞ 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. 改築工事中の場合 |
| 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

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

	人
	人

2024年度の受講（予定）者数

(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. 研修に出す人員的余裕がない | 8. その他 |

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

<input type="text"/>	件

V. 災害のこと

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"/>
----------------------	----------------------

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 |

<input type="text"/>

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します。

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方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します。

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の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します。

(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 | | |

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たことに限定します。

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) 責事業所では、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。

責事業所では、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. 看護機能団体に相談した | | | |
| 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 | | | |

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お教えてください。 （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） | | | |

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

※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つたものを指します。（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、患者には影響が無かった場合
- ・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します。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	アクシデント事例
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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します。

(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

*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」のことを持

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します。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ひいたします。（設問数は2問です）

2024年度 実習生受け入れ・新卒訪問看護師採用についての意向調査

<ご注意！！>

本調査は、大阪府訪問看護実態調査ではありません。
訪問看護実習生の受け入れ・新卒看護師採用に関する意向調査です。
任意でのご回答になりますが、
何卒ご協力いただけますよう宜しくお願ひいたします。

- ◆WEB回答は、実態調査全項目の最後に続けて回答いただけるようになっています。
- ◆任意での回答となっておりますので、ご注意ください。
- ◆回答いただいた情報は、事業所をリスト化して大阪府訪問看護ステーション協会が管理します。
- ◆本調査へのお問合せは大阪府訪問看護ステーション協会にお願いいたします。

■大阪府訪問看護ステーション意向調査票 【調査実施：大阪府訪問看護ステーション協会】

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）

注意！これより、実習生の受け入れ・新卒看護師の採用に関する意向調査となります。

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。

X. 実習生の受け入れに関するこ

1) 次年度以降の実習受け入れの意向についてお聞きします。以下の項目の中からお選びください。

- 受け入れは不可能（又はすでに受け入れており新たな受け入れはできない）
- 受け入れが可能（又はすでに受け入れているが、新たに受け入れが可能）

☞ 2) 上記1) の設問で「2. 受け入れが可能」と回答した事業所へお聞きします。

看護学校から当会に問い合わせのあった場合、情報提供することに同意をいただけますか。

- はい、同意いたします
- いいえ、同意いたしません

XI. 新卒看護師の採用に関するこ

1) 次年度以降の新卒看護師の採用について、貴事業所の意向をお聞きします。以下よりお選びください。

- 新卒の採用は考えていない
- 2025年度より新卒の採用をしたいと考えている
- 2026年度以降、新卒の採用をしたいと考えている

☞ 2) 上記1) の設問で、2又は3と回答した事業所へお聞きします。

看護学校から当会に問い合わせのあった場合、情報提供することに同意をいただけますか。

- はい、同意いたします
- いいえ、同意いたしません

意向調査は以上です。ご協力誠にありがとうございます。