


見本

回答は同封の書類でご案内しているインターネット画面でお願いいたします

「2024 年度診療報酬・介護報酬改定等に向けた訪問看護実態調査」

調査の趣旨を理解し、 調査への参加に同意します	<input type="checkbox"/>	 調査の趣旨をご理解いただき、回答にご協力いただける場合は、左のチェックボックスにチェック☑を入れて下さい。次画面から調査が開始します。
----------------------------	--------------------------	---

同意しません	<input type="checkbox"/>	調査は以上となります。ありがとうございました。
--------	--------------------------	-------------------------

※本調査は皆様の自由意思によるご協力をお願いするものであり、ご協力いただけない場合であつても不利益が生じることはございません。

※回答いただいたデータは統計的な処理のみを行い、貴事業所名や回答者のお名前が特定されることはございません。

- 特に期日や期間の指定のない場合は、9月1日時点の状況をお答え下さい
 9月1日現在の状況が把握しづらい場合や、指定の期間の集計が難しい場合等は、
 直近の状況をご回答下さい

I. 貴事業所についてお伺いします。

問1_貴事業所の所在する都道府県をお答え下さい

1. <input type="checkbox"/> 北海道	2. <input type="checkbox"/> 青森県	3. <input type="checkbox"/> 岩手県	4. <input type="checkbox"/> 宮城県
5. <input type="checkbox"/> 秋田県	6. <input type="checkbox"/> 山形県	7. <input type="checkbox"/> 福島県	8. <input type="checkbox"/> 茨城県
9. <input type="checkbox"/> 栃木県	10. <input type="checkbox"/> 群馬県	11. <input type="checkbox"/> 埼玉県	12. <input type="checkbox"/> 千葉県
13. <input type="checkbox"/> 東京都	14. <input type="checkbox"/> 神奈川県	15. <input type="checkbox"/> 新潟県	16. <input type="checkbox"/> 富山県
17. <input type="checkbox"/> 石川県	18. <input type="checkbox"/> 福井県	19. <input type="checkbox"/> 山梨県	20. <input type="checkbox"/> 長野県
21. <input type="checkbox"/> 岐阜県	22. <input type="checkbox"/> 静岡県	23. <input type="checkbox"/> 愛知県	24. <input type="checkbox"/> 三重県
25. <input type="checkbox"/> 滋賀県	26. <input type="checkbox"/> 京都府	27. <input type="checkbox"/> 大阪府	28. <input type="checkbox"/> 兵庫県
29. <input type="checkbox"/> 奈良県	30. <input type="checkbox"/> 和歌山県	31. <input type="checkbox"/> 鳥取県	32. <input type="checkbox"/> 島根県
33. <input type="checkbox"/> 岡山県	34. <input type="checkbox"/> 広島県	35. <input type="checkbox"/> 山口県	36. <input type="checkbox"/> 徳島県
37. <input type="checkbox"/> 香川県	38. <input type="checkbox"/> 愛媛県	39. <input type="checkbox"/> 高知県	40. <input type="checkbox"/> 福岡県
41. <input type="checkbox"/> 佐賀県	42. <input type="checkbox"/> 長崎県	43. <input type="checkbox"/> 熊本県	44. <input type="checkbox"/> 大分県
45. <input type="checkbox"/> 宮崎県	46. <input type="checkbox"/> 鹿児島県	47. <input type="checkbox"/> 沖縄県	

問2_貴事業所の所在地をお答え下さい

1. <input type="checkbox"/> 東京都特別区（東京23区）	2. <input type="checkbox"/> 政令指定都市 ^{注1)} ・中核市 ^{注2)}
3. <input type="checkbox"/> 上記以外の市	4. <input type="checkbox"/> 町村

注1)政令指定都市・注2)中核市 全国一覧

北海道・東北地区	政令指定都市	札幌市 仙台市
	中核市	函館市 旭川市 青森市 八戸市 盛岡市 秋田市 山形市 福島市 郡山市 いわき市
関東・甲信越地区	政令指定都市	さいたま市 千葉市 横浜市 川崎市 相模原市 新潟市
	中核市	水戸市 宇都宮市 前橋市 高崎市 川崎市 川口市 越谷市 船橋市 柏市 八王子市 横須賀市 甲府市 長野市 松本市
東海・北陸地区	政令指定都市	静岡市 浜松市 名古屋市
	中核市	富山市 金沢市 福井市 岐阜市 豊橋市 岡崎市 一宮市 豊田市
近畿地区	政令指定都市	京都市 大阪市 堺市 神戸市
	中核市	大津市 豊中市 吹田市 高槻市 枚方市 八尾市 寝屋川市 東大阪市 姫路市 尼崎市 明石市 西宮市 奈良市 和歌山市
中国・四国地区	政令指定都市	岡山市 広島市
	中核市	鳥取市 松江市 倉敷市 呉市 福山市 下関市 高松市 松山市 高知市
九州地区	政令指定都市	福岡市 北九州市 熊本市
	中核市	久留米市 長崎市 佐世保市 大分市 宮崎市 鹿児島市 那覇市

問3_貴事業所の開設年をお答え下さい

西暦 年

問4_貴事業所の開設主体をお答え下さい

1. <input type="checkbox"/> 都道府県	2. <input type="checkbox"/> 市区町村
3. <input type="checkbox"/> 広域連合・一部事務組合	4. <input type="checkbox"/> 独立行政法人
5. <input type="checkbox"/> 日本赤十字社・社会保険関係団体	6. <input type="checkbox"/> 医療法人
7. <input type="checkbox"/> 医師会	8. <input type="checkbox"/> 看護協会
9. <input type="checkbox"/> 公益社団・財団法人（7,8以外）	10. <input type="checkbox"/> 一般社団・財団法人（7,8,9以外）
11. <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会	12. <input type="checkbox"/> 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
13. <input type="checkbox"/> 農業協同組合及び連合会	14. <input type="checkbox"/> 消費生活協同組合及び連合会
15. <input type="checkbox"/> 営利法人（会社）	16. <input type="checkbox"/> 特定非営利活動法人（NPO）
17. <input type="checkbox"/> 1～16以外	

問5_貴事業所の併設する施設・事業所^注について、あてはまるものをすべてお答え下さい [複数回答]

1. <input type="checkbox"/> 病院	2. <input type="checkbox"/> 診療所
3. <input type="checkbox"/> 訪問介護	4. <input type="checkbox"/> 通所介護
5. <input type="checkbox"/> 療養通所介護	6. <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護
7. <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	8. <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護
9. <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	10. <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所
11. <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	12. <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設
13. <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、軽費老人ホーム等）	
14. <input type="checkbox"/> その他の介護保険サービス	15. <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス
16. <input type="checkbox"/> 助産所	17. <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> ）
18. <input type="checkbox"/> 併設する施設・事業所はない	

注) 同一法人（法人が異なっても実質的に同一経営の場合を含む。）が、同一または隣接する敷地内で運営している、異なる施設・事業所を指します

問6_サテライト事業所の有無^注をお答え下さい

1. <input type="checkbox"/> ある → 問6-1へ	2. <input type="checkbox"/> ない → 問7へ
--	--------------------------------------

注) 法人内の別事業所のサテライトは含まず、貴事業所のサテライトの有無をお答え下さい

⇒ 問6-1_「1. ある」と回答された場合、サテライト事業所数 箇所

問7_貴事業所から訪問対象としている地域への事業所からのおよその距離をお答え下さい

事業所からの距離 キロメートル以内（小数点以下第1位を四捨五入）

問8_貴事業所から最も時間がかかる場所にある利用者宅への訪問手段と移動時間（片道）^注をお答え下さい

1) 訪問手段

1. <input type="checkbox"/> 自転車	2. <input type="checkbox"/> バイク	3. <input type="checkbox"/> 自動車	4. <input type="checkbox"/> その他
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

2) 移動時間（片道） 分

注) 分換算してご記入下さい

II. 貴事業所の体制についてお伺いします。

問9_2022年9月1日現在の従事者の職種別の常勤換算人数をお答え下さい

小数点第2位を四捨五入して、小数点第1位までを記入して下さい

※常勤換算人数= 従事者の1週間の勤務時間（所定労働時間数）（残業は除く）÷ 常勤専従の従事者が勤務すべき1週間の時間数（所定労働時間）

（1週間の時間数が32時間を下回る場合は、分母を32時間として下さい）

- | | | |
|------------------------|----------------------|---|
| 1) 総計（サテライト事業所の従業者も含む） | <input type="text"/> | 人 |
| 2) 看護師（保健師・助産師含む） | <input type="text"/> | 人 |
| 3)（再掲）うち、専門看護師 | <input type="text"/> | 人 |
| 4)（再掲）うち、認定看護師 | <input type="text"/> | 人 |
| 5)（再掲）うち、特定行為研修の修了者 | <input type="text"/> | 人 |
| 6) 准看護師 | <input type="text"/> | 人 |
| 7) 看護補助者 | <input type="text"/> | 人 |
| 8) 理学療法士（PT） | <input type="text"/> | 人 |
| 9) 作業療法士（OT） | <input type="text"/> | 人 |
| 10) 言語聴覚士（ST） | <input type="text"/> | 人 |
| 11) 事務職員 | <input type="text"/> | 人 |
| 12) その他の職員 | <input type="text"/> | 人 |

⇒ 問9_1_貴事業所の管理者が保有されている資格等について、あてはまるものをすべてお答え下さい
【複数回答】

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> 訪問看護認定看護師・在宅ケア認定看護師 | |
| 2. <input type="checkbox"/> 1.以外の認定看護師（ | ） |
| 3. <input type="checkbox"/> 在宅看護専門看護師 | |
| 4. <input type="checkbox"/> 3.以外の専門看護師（ | ） |
| 5. <input type="checkbox"/> 認定看護管理者 | |
| 6. <input type="checkbox"/> 特定行為研修の修了者 | |
| 7. <input type="checkbox"/> その他（ | ） |

問 10_貴事業所の正規雇用の看護師（非管理職）で、名字が50音順で、最も早い方を1名と最も遅い方を1名の計2名について、それぞれの年齢、訪問看護師としての通算経験年数、給与額をお答え下さい

1) 最も早い方

年齢	訪問看護師としての通算経験年数	基本給与額	税込給与額 ^{注1)}
<input type="text"/> 歳	<input type="text"/> 年目	<input type="text"/> 万 <input type="text"/> 千円 ^{注2)}	<input type="text"/> 万 <input type="text"/> 千円 ^{注2)}

2) 最も遅い方

年齢	訪問看護師としての通算経験年数	基本給与額	税込給与額 ^{注1)}
<input type="text"/> 歳	<input type="text"/> 年目	<input type="text"/> 万 <input type="text"/> 千円 ^{注2)}	<input type="text"/> 万 <input type="text"/> 千円 ^{注2)}

注1) 税込み給与総額は、基本給与額に調整手当・夜勤手当・住宅手当・育児手当等の諸手当を含めた額（2022年8月支給分）

注2) 百円以下を四捨五入して、千円までご記入下さい

Ⅲ. 貴事業所の看護職員の夜間勤務体制についてお伺いします。

問 11_看護職員注1)の主な夜間の勤務体制注1)について、あてはまるものをすべてお答え下さい [複数回答]

1. <input type="checkbox"/> オンコール <small>注2)</small> → 問 11-1 へ	2. <input type="checkbox"/> 夜勤体制 <small>注3)</small> → 問 11-1 へ
3. <input type="checkbox"/> 当直制 <small>注4)</small> → 問 11-1 へ	4. <input type="checkbox"/> 夜間対応なし → 問 12 へ

注 1) 例えば、夜勤体制をとりつつ、オンコールも行っている等、主な夜勤体制に加えて、追加的な体制がある場合、最も多い体制についてお答え下さい
注 2) 「オンコール」とは、夜間・休日に利用者・家族からの電話による相談・要請を受け、必要な場合は緊急訪問等を行うことを指します
注 3) 「夜勤体制」とは、事業所内で夜間の時間帯に勤務することを指します
注 4) 「当直制」とは、事業所内で待機し、必要時に勤務に就くことを指します

⇒ 問 11-1_「1. オンコール」「2. 夜勤体制」「3. 当直制」と回答された場合、一晩あたりの看護職員の対応体制をお答え下さい

1. <input type="checkbox"/> 1人の看護職員が対応 → 問 11-2 へ
2. <input type="checkbox"/> 2人以上の看護職員が対応 → 問 11-2 へ
3. <input type="checkbox"/> その他 () → 問 12 へ

問 11-2_2022年8月の1か月間でオンコール、夜勤、当直を担当した看護職員数注)を 人
お答え下さい

注) 常勤、非常勤、雇用形態等にかかわらずご回答下さい

問 11-3_2022年8月の1か月間で緊急電話対応をした延べ回数をお答え下さい 回

問 11-4_2022年8月の1か月間で緊急訪問をした延べ回数をお答え下さい 回

問 12_夜間・休日対応とその体制に関する課題について、あてはまるものをすべてお答え下さい [複数回答]

1. <input type="checkbox"/> 看護職員の精神的・身体的負担が大きい
2. <input type="checkbox"/> 夜間・休日対応できる看護職員が限られているため負担が偏る
3. <input type="checkbox"/> 夜間訪問時の看護職員の安全確保が難しい
4. <input type="checkbox"/> 看護職員の離職につながってしまう
5. <input type="checkbox"/> 夜間・休日対応がネックとなり看護職員の新規採用が難しい
6. <input type="checkbox"/> 他事業所とオンコール対応のシェアができない
7. <input type="checkbox"/> 緊急訪問しても報酬が算定できないケースがある
8. <input type="checkbox"/> 主治医や多職種との連携が難しい
9. <input type="checkbox"/> その他 ()

IV. 貴事業所の2022年8月中の保険サービスの提供状況についてお伺いします。

問13_介護保険（要介護度別）、医療保険別の利用者数をお答え下さい

1) 8月中の全利用者数の合計 ^{注1)}				人
2) <u>介護保険法による訪問看護の利用者数の合計</u>				人
(1) 介護予防訪問看護	要支援1			人
	要支援2			人
	要支援認定申請中			人
(2) 訪問看護（介護給付）	要介護1			人
	要介護2			人
	要介護3			人
	要介護4			人
	要介護5			人
	要介護認定申請中			人
(3) (再掲) うち、医療保険との併給者 ^{注2)}				人
3) <u>健康保険法による訪問看護の利用者数の合計</u>				人
	(再掲) うち、小児訪問看護 ^{注3)}			人
	(再掲) うち、精神科訪問看護			人

注1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護と連携して行った訪問看護については除きます

注2) 医療保険との併給者は、介護保険法利用者のうち、月の途中で医療保険による給付が行われた利用者数

注3) 18歳未満

問 14_2022 年 8 月の【介護保険】による訪問看護の加算等の届出または算定の状況をお答え下さい

1) 緊急時訪問看護加算 1. 届出あり 2. 届出なし

2) 特別管理加算 1. 算定あり → 問 14-2) -1 へ
2. 算定なし → 問 14-3) へ

⇒ 問 14-2) -1_「1. 算定あり」と回答された場合の人数をお答え下さい

(1) 特別管理加算 (I) の利用者数 [] [] [] 人

(2) 特別管理加算 (II) の利用者数 [] [] [] 人

3) ターミナルケア加算 1. 算定あり 2. 算定なし

⇒ 問 14-3) -1_「1. 算定あり」と回答された場合の人数をお答え下さい [] [] [] 人

4) 看護体制強化加算 1. 看護体制強化加算 I → 問 14-5) へ
2. 看護体制強化加算 II → 問 14-5) へ
3. 算定なし → 問 14-4) -1 へ

⇒ 問 14-4) -1_看護体制強化加算を「3. 算定なし」と回答された場合、その理由について、
 あてはまるものをすべてお答え下さい [複数回答]

- 1. 緊急時訪問看護加算の算定対象となる利用者が少ない
- 2. 他の訪問看護事業所で緊急時訪問看護加算を算定している利用者が多い
- 3. 医療保険で 24 時間対応体制加算を算定している利用者が多い
- 4. 特別管理加算の対象となる利用者が少ない
- 5. 他の訪問看護事業所で特別管理加算を算定している利用者が多い
- 6. 医療保険で特別管理加算を算定している利用者が多い
- 7. 特別管理加算の算定者割合の変動が大きく、維持が難しい
- 8. 看取りを行う時期に医療保険の訪問看護に切り替わり、ターミナルケア加算の算定要件を満たせないため
- 9. ターミナル期で在宅看取りの希望がある利用者・家族が少ないため
- 10. 月によって算定要件を満たせる月、満たせない月があり、その都度利用者への説明や届出変更が煩雑なため
- 11. その他 ()

5) 特別地域訪問看護加算 1. 算定あり 2. 算定なし

6) 中山間地域等における小規模事業所加算 1. 算定あり 2. 算定なし

7) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 1. 算定あり 2. 算定なし

問 15_ 2022 年 6 月～8 月の間、ケアプランで設定された訪問回数（訪問時間）を超えて頻回または長時間の訪問が必要となり、利用者負担または貴事業所の持ち出し等により、別途訪問したケースの有無をお答え下さい

1. あった → 問 15-1 へ

2. なかった → 問 16 へ

➡ 問 15-1_ 「1. あった」と回答された場合、人数をお答え下さい

--	--	--	--

 人

➡ 問 15-2_ 「1. あった」と回答された場合、利用者の状態について、あてはまるものをすべてお答え下さい [複数回答]

1. 認知症、BPSD 等

2. がん以外の終末期 → （回答された場合）問 15-2-1 についてもご回答下さい

3. 血糖測定やインスリン注射、在宅酸素、腹膜透析等、自己注射や医療機器等の導入

4. 難治性皮膚潰瘍

5. 一時的な摂食障害や感染症等への点滴投与（補液、抗生剤等）

6. その他（

）

➡ 問 15-2-1_ 「2. がん以外の終末期」を回答された場合、実施した訪問看護の主な内容についてあてはまるものをすべてお答え下さい [複数回答]

1. 疼痛管理

2. 呼吸苦等の緩和

3. せん妄への対応

4. 睡眠障害や排泄障害への支援

5. 家族支援

6. 清潔ケア

7. その他（

）

問 16_2022 年 8 月の【医療保険】による訪問看護の加算等の届出または算定の状況をお答え下さい

1) 24 時間対応体制加算

1. 届出あり → 問 16-1)-1 へ 2. 届出なし → 2) へ

⇒ 問 16-1)-1_24 時間対応体制加算の届出が「1. 届出あり」と回答された場合、貴事業所は単独ではなく、2つの訪問看護ステーションの連携による 24 時間対応体制を実施していますか。

1. 実施している → 問 16-1)-2 へ

2. 実施していない → 2) へ

⇒ 問 16-1)-2_24 時間対応体制加算の届出を「1. 実施している」と回答された場合、該当する算定要件について、あてはまるものをすべてお答え下さい [複数回答]

1. 医療資源の少ない地域に所在

2. 業務継続計画を策定した上で、自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークに参画

2) 特別管理加算

1. 算定あり → 問 16-2) -1 へ 2. 算定なし → 3) へ

⇒ 問 16-2) -1_「1. 算定あり」と回答された場合の人数をお答え下さい

(1) 重症度の高い利用者数

人

(2) 上記以外の利用者数

人

3) ターミナルケア療養費

1. ターミナルケア療養費 1 → 問 16-3) -1 へ

2. ターミナルケア療養費 2 → 問 16-3) -2 へ

3. 算定なし → 4) へ

⇒ 問 16-3) -1_「ターミナルケア療養費 1」を回答された場合、人数をお答え下さい

人

⇒ 問 16-3) -2_「ターミナルケア療養費 2」を回答された場合、人数をお答え下さい

人

4) 特別地域訪問看護加算

1. 算定あり

2. 算定なし

問 17_機能強化型訪問看護管理療養費の届出の有無をご回答下さい

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> 届出あり → 問 17-1 へ | 2. <input type="checkbox"/> 届出なし → 問 17-2 へ |
|---|---|

⇒ 問 17-1_届け出ている機能強化型訪問看護管理療養費をお答え下さい

- | |
|---|
| 1. <input type="checkbox"/> 機能強化型訪問看護管理療養費 1 → 問 18 へ |
| 2. <input type="checkbox"/> 機能強化型訪問看護管理療養費 2 → 問 18 へ |
| 3. <input type="checkbox"/> 機能強化型訪問看護管理療養費 3 → 問 18 へ |

⇒ 問 17-2_今後の機能強化型訪問看護管理療養費の届出の予定や状況をお答え下さい

- | |
|---|
| 1. <input type="checkbox"/> 機能強化型訪問看護管理療養費 1 を届出の予定がある → 問 18 へ |
| 2. <input type="checkbox"/> 機能強化型訪問看護管理療養費 2 を届出の予定がある → 問 18 へ |
| 3. <input type="checkbox"/> 機能強化型訪問看護管理療養費 3 を届出の予定がある → 問 18 へ |
| 4. <input type="checkbox"/> 届出について検討中 → 問 17-3 へ |
| 5. <input type="checkbox"/> 届出の予定はない → 問 17-3 へ |

⇒ 問 17-3_機能強化型訪問看護管理療養費の届出を行っていない場合、満たせない要件について、あてはまるものをすべてお答え下さい [複数回答]

- | |
|--|
| 1. <input type="checkbox"/> 常勤の看護職員数 |
| 2. <input type="checkbox"/> 看護職員割合 |
| 3. <input type="checkbox"/> 24 時間対応 |
| 4. <input type="checkbox"/> ターミナルケアの実施 |
| 5. <input type="checkbox"/> 重症児の受入れ |
| 6. <input type="checkbox"/> 重症度の高い利用者（特掲診療料の施設基準等別表第 7、または別表第 8）の受入れ |
| 7. <input type="checkbox"/> 精神科重症患者支援管理連携加算を算定する利用者の受入れ |
| 8. <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所の設置 |
| 9. <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所における介護サービス計画等の作成 |
| 10. <input type="checkbox"/> 特定相談支援事業所または障害児相談支援事業所の設置 |
| 11. <input type="checkbox"/> 特定相談支援事業所または障害児相談支援事業所におけるサービス等利用計画等の作成 |
| 12. <input type="checkbox"/> 休日、祝日も含めた計画的な訪問看護の実施 |
| 13. <input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算の算定実績 |
| 14. <input type="checkbox"/> 同一敷地内・同一開設者の保険医療機関における主治医の割合 |
| 15. <input type="checkbox"/> 地域の保険医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績 |
| 16. <input type="checkbox"/> 地域の保険医療機関や訪問看護ステーションへの研修の実施 |
| 17. <input type="checkbox"/> 地域の訪問看護ステーションや住民等への情報提供や相談の実績 |
| 18. <input type="checkbox"/> 要件は満たしているが届出はしない |

問 18_2022 年 6 月～8 月の間に、以下の介護施設や認知症グループホームに対して、① 医療保険による訪問看護、② 業務委託契約による訪問・支援、③ ①②以外の訪問・支援の実施の有無について、あてはまるものをすべてお答え下さい [複数回答]

	① 医療保険による訪問看護	② 業務委託契約による訪問・支援	③ ①②以外の訪問・支援
1. 介護老人福祉施設（特養）（地域密着型を含む）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 短期入所生活介護（ショートステイ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 特定施設入居者生活介護（介護付きホーム等）（地域密着型を含む）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問 19_2022 年 6 月～8 月の間に、医師の指示はあっても薬剤等が手元にないために訪問看護の利用者にタイムリーに対応できず、症状が悪化した事例の有無をお答え下さい

1. あり → 問 19-1 へ

2. なし → 問 20 へ

⇒ 問 19-1_「1. あり」と回答された場合、症状が悪化した事例について、すべてお答え下さい [複数回答]

1. <input type="checkbox"/> 被覆材	2. <input type="checkbox"/> 脱水症状に対する輸液
3. <input type="checkbox"/> 鎮痛剤	4. <input type="checkbox"/> 抗生剤
5. <input type="checkbox"/> 浣腸液	6. <input type="checkbox"/> ステロイド以外の軟膏
7. <input type="checkbox"/> 緩下剤	8. <input type="checkbox"/> ステロイド軟膏
9. <input type="checkbox"/> 利尿剤	10. <input type="checkbox"/> 止痢剤
11. <input type="checkbox"/> 湿布	12. <input type="checkbox"/> 抗不安薬
13. <input type="checkbox"/> 抗精神病薬	14. <input type="checkbox"/> 目薬（人工涙液やビタミン剤）・眼軟膏
15. <input type="checkbox"/> 抗けいれん剤	16. <input type="checkbox"/> その他（)

問 20_2022 年 6 月～8 月の間に、特別訪問看護指示書により医療保険の訪問看護を実施した際、1 回の特別訪問看護指示書の有効期間（14 日間）を超えて、頻回または長時間の訪問が必要となり、利用者負担または事業所の持ち出し等により、訪問したケースの有無をお答え下さい

1. あり → 問 20-1 へ

2. なし → 問 21 へ

⇒ 問 20-1_「1. あり」と回答された場合、人数をお答え下さい

人

⇒ 問 20-2_「1. あり」と回答された場合、利用者の状態について、あてはまるものをすべてお答え下さい [複数回答]

1. <input type="checkbox"/> 急性増悪
2. <input type="checkbox"/> がん以外の終末期 → （回答された場合）問 20-2-1 についてもお答え下さい
3. <input type="checkbox"/> 退院直後
4. <input type="checkbox"/> 難治性皮膚潰瘍
5. <input type="checkbox"/> その他（)

⇒ 問 20-2-1_「2. がん以外の終末期」を回答された場合、実施した訪問看護の主な内容について、あてはまるものをすべてお答え下さい [複数回答]

1. <input type="checkbox"/> 疼痛管理	2. <input type="checkbox"/> 呼吸苦等の緩和	3. <input type="checkbox"/> せん妄への対応
4. <input type="checkbox"/> 睡眠障害や排泄障害への支援	5. <input type="checkbox"/> 家族支援	6. <input type="checkbox"/> 清潔ケア
7. <input type="checkbox"/> その他（)		

V. 貴事業所の経営状況についてお伺いします。

問 21_貴事業所の 2021 年度の収支差率^{注)} をお答え下さい

1. <input type="checkbox"/> -20%未満	2. <input type="checkbox"/> -20%~-10%未満	3. <input type="checkbox"/> -10%~-5%未満
4. <input type="checkbox"/> -5%~0%未満	5. <input type="checkbox"/> 0%~5%未満	6. <input type="checkbox"/> 5%~10%未満
7. <input type="checkbox"/> 10%~20%未満	8. <input type="checkbox"/> 20%以上	

注) 開設主体全体または併設の施設・事業所を合わせて計算している場合、貴事業所単独での収支をご記入下さい
 収支差率 (%) : (収入-支出) / 収入 × 100

VI. 貴事業所の業務の効率化や労働環境の整備についてお伺いします。

問 22_貴事業所における ICT 導入による業務の効率化に関して、以下の 1~7 の取り組みについて、

①実施の有無や予定をお答え下さい [回答はひとつ]

また、「実施の予定なし」と回答された場合、②その理由について、あてはまるものをすべてお答え下さい [複数回答]

	① 実施の有無 や予定			② その理由				
	実施している	検討中・準備中	実施の予定なし	導入・維持のコストが高い	職員の負担感・抵抗感が高い	機器や方法に関する情報がない	導入の必要性を感じない	その他
1. 看護記録システム・ソフトの導入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 利用者との契約・事務手続きにおける電子署名の導入	<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. 主治医との指示書、報告書等のやりとり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 事業所外（訪問先等）でのスマートフォン・タブレットを用いた記録・報告	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ICT（テレビ電話等）を活用した健康観察	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ポータブルエコー等の医療デバイスの導入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. バイタルセンサー、IoT 機器等を活用した健康観察	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問 23_貴事業所における利用者・家族等からの暴力・ハラスメントに対する以下の1~7の対策について、

① 実施の有無をお答え下さい

また、「実施していない」と回答された場合、② 対策の必要性についてお答え下さい

	① 実施の有無		② 対策の必要性		
	実施している	実施していない	必要と考えている	必要と考えていない	わからない
1. リスクの高い利用者に対する医療保険または介護保険による複数名での訪問（複数名訪問加算を算定）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 必要に応じ管理者等が同行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 訪問の時間帯の調整	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 報告・相談窓口（第三者機関等を含む）の設置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 携帯電話や防犯ブザー等を携帯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. セキュリティサービスの導入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問 24_貴事業所で、過去1年間に、利用者や家族等からの暴力行為等により2人以上の訪問が必要と考えられるケースで、利用者・家族等の同意が得られないために、複数名訪問看護加算が算定できなかったケースの有無をお答え下さい

1. <input type="checkbox"/> あった → 問 24-1 へ	2. <input type="checkbox"/> なかった → 問 25 へ
--	---

⇒ 問 24-1_「1. あった」と回答された場合、人数をお答え下さい

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

VII 保険外のサービス、事業、活動等の実施の状況

問 25_貴事業所、または同一・隣接敷地内の併設事業所における保険適用外のサービス・事業・活動に関して、以下の1~9の活動について ① 保険外サービスの実施の有無をお答え下さい【回答はひとつ】
また、「実施している」と回答された場合、② サービスの主な財源について、あてはまるものすべてをお答え下さい【複数回答】

	① 保険外サービス		② サービスの主な財源			
	実施していない	実施している	利用者や参加者が負担	自治体等が全額を補助	自治体等が一部を補助	全て事業所の負担
1. 利用者の通院支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 医療的ケア児等の通園・通学支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 医療的ケア児の学校等でのケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 外出支援・旅行支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 運動・リハビリテーション・機能訓練 (自治体による保険事業のフレイル予防・誤嚥性肺炎予防等を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 通いの場・サロン・カフェ等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 利用者家族・介護者・地域住民への相談窓口	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 地域の訪問看護事業者や医療職・介護職への支援 (相談、同行訪問、勉強会等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIII. 専門性の高い看護師の活動についてお伺いします。

問 26_以下の 1~9 のケアに関して、過去 1 年間に受けた、①自事業所以外の認定看護師あるいは専門看護師からの支援や助言の内容について、あてはまるものをすべてお答え下さい [複数回答]

また、支援や助言を受けた実績の有無にかかわらず、今後、1~9 のケアに関して、②専門性の高い看護師からの支援や助言を受けたい意向の有無をお答え下さい。

	① 過去 1 年間に受けたことがある支援や助言の内容			② 今後支援や助言を受けたい意向	
	同行訪問による支援や助言	問題発生時や困難事例の相談(電話・メール等)	ケア手法や手技の実践指導	ある	ない
1. 認知症の BPSD やせん妄への対応・ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 精神疾患（認知症以外）のケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 摂食・嚥下障害のケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 排泄障害のケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 感染症の予防や発生時の対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 小児（医療的ケア児）への対応・ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 看取りのケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 非がん疾患の緩和ケア（慢性心不全等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 呼吸器のケア（在宅人工呼吸療法等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ⅷ. 地域の訪問看護の充実にに向けた支援拠点についてお伺いします。

問 27_本会では、地域の訪問看護に係るさまざまな課題を、総合的に解決する拠点（多様な課題について対応する支援センター）を、都道府県ごとに設置する必要があると考えています。

このような拠点を設置する場合、どのような機能を期待されますか。あてはまるものをすべてお答え下さい〔複数回答〕

- | |
|---|
| 1. <input type="checkbox"/> 事業所運営・経営支援（相談対応・業務効率化の支援等） |
| 2. <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所の新規開設や規模拡大を目指す事業所への支援（相談対応・情報提供等） |
| 3. <input type="checkbox"/> 潜在看護師等の訪問看護への就業促進（ナースセンターと連携しての個別のマッチング等） |
| 4. <input type="checkbox"/> 医療機関等からの訪問看護事業所への人材出向のコーディネート |
| 5. <input type="checkbox"/> 新卒看護師採用に向けた取り組み（教育者・学生向けの訪問看護の周知等） |
| 6. <input type="checkbox"/> 訪問看護に関する情報収集・分析（地域の訪問看護の実態調査等） |
| 7. <input type="checkbox"/> 教育・研修実施体制の構築・強化 |
| 8. <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 9. <input type="checkbox"/> 特になし |

X. 今後の事業展開等についてお伺いします。

問 28_貴事業所の 今から 5 年後を目途にした事業規模の拡大のご意向をお答え下さい

- 1. 看護職員数を増やし、事業規模を拡大する方向で取り組んでいる → 問 28-1 へ
- 2. 看護職員数を増やし、事業規模を拡大したいが、難しい → 問 28-1、問 28-2 へ
- 3. 事業規模拡大の意向はなく、現状維持したい → 問 28-3 へ
- 4. 事業規模を縮小、または事業所を廃止したい → 問 28-3 へ

➡ 問 28-1_「1. 看護職員数を増やし、事業規模を拡大する方向で取り組んでいる」、あるいは「2. 看護職員数を増やし、事業規模を拡大したいが、難しい」と回答された場合、拡大意向の理由について、あてはまるものをすべてお答え下さい【複数回答】

- 1. 地域において訪問看護のニーズが増大している
- 2. 地域において他に訪問看護を提供する事業所が少ない
- 3. 重症者対応や看取り対応を強化したい
- 4. 提供できるサービスの幅（小児、難病、精神等）を広げたい
- 5. 規模を拡大し収益の増加、経営安定を図りたい
- 6. 職員の給与・手当を増額したい
- 7. 職員の夜間・休日対応の負担を減らしたい
- 8. 管理業務や採用業務を効率化したい
- 9. 職員育成・研修等を強化したい
- 10. その他（)

➡ 問 28-2_「2. 看護職員数を増やし、事業規模を拡大したいが、難しい」と回答された場合、拡大が困難な理由について、あてはまるものをすべてお答え下さい【複数回答】

- 1. 安定的な利用者確保が難しい
- 2. 看護職員の人材確保が難しい
- 3. 看護職員以外の職員の人材確保が難しい
- 4. 事業所規模の維持・拡大による管理業務の増大に対応できない
- 5. 運営法人等の方針
- 6. 大規模化に関して職員の理解が得られない
- 7. その他（)

- ⇒ 問 28-3_ 「3. 事業規模拡大の意向はなく、現状維持したい」、あるいは「4. 事業規模を縮小、または事業所を廃止したい」と回答された場合、その理由について、あてはまるものをすべてお答え下さい [複数回答]

- 1. 地域における訪問看護のニーズの見込みと自事業所のサービス提供量が釣りあっている
- 2. 地域における訪問看護のニーズの減少が見込まれる
- 3. 競合する訪問看護事業所がありシェア拡大が難しい
- 4. 看護職員の人材確保が難しい
- 5. 看護職員以外の職員の人材確保が難しい
- 6. 事業所規模の維持・拡大による管理業務の増大に対応できない
- 7. 現管理者・経営者が退職を予定しており、事業継承が困難
- 8. 運営法人等の方針
- 9. 大規模化に関して職員の理解が得られない
- 10. 特にない（事業規模の拡大を考えたことがない）
- 11. その他（)

- 問 29_看護小規模多機能型居宅介護の併設や、看護小規模多機能型居宅介護への転換の意向をお答え下さい

- 1. 併設済み → 問 30 へ
- 2. 併設・転換を検討している → 問 30 へ
- 3. 併設・転換を検討していない → 問 29-1 へ
- 4. その他（) → 問 30 へ

- ⇒ 問 29-1_ 「3. 併設・転換を検討していない」と回答された場合、看護小規模多機能型居宅介護の併設、あるいは転換を検討していない理由について、あてはまるものをすべてお答え下さい [複数回答]

- 1. 開設用地や資金の確保が難しい
- 2. 看護職員の人材確保が難しい
- 3. 介護職員の人材確保が難しい
- 4. 職員の理解が得られない
- 5. 運営法人等の方針
- 6. 地域に既に看護小規模多機能型居宅介護事業所が十分ある
- 7. 地域で利用のニーズがない
- 8. 開設に向けた相談先がない
- 9. 特にない（考えたことがない）
- 10. 新しい取り組みを検討する余裕がない
- 11. その他（)

X I . 貴事業所における医療事故の発生防止、再発防止への対応についてお伺いします。

問 30_訪問看護における医療事故の発生防止、再発防止に向けて、自事業所内でのみで対応することが困難であるものをすべてお答え下さい [複数回答]

- | |
|--|
| 1. <input type="checkbox"/> 職員に対する事故防止に関する研修 |
| 2. <input type="checkbox"/> 管理者として必要な医療事故に関する知識の習得 |
| 3. <input type="checkbox"/> 医療事故発生時の利用者・家族への対応 |
| 4. <input type="checkbox"/> 当事者である職員への支援 |
| 5. <input type="checkbox"/> 行政や保険者に対する対応 |
| 6. <input type="checkbox"/> 事故の発生原因や対応の分析 |
| 7. <input type="checkbox"/> 事故の再発防止策の検討 |
| 8. <input type="checkbox"/> その他 () |

問 31_都道府県内で発生した訪問看護事業所の医療事故について、過去 1 年間で、発生事例に基づく情報を得る機会がありましたか。あてはまる情報の提供先をすべてお答え下さい [複数回答]

- | | | |
|---|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> 都道府県から情報を得た | 2. <input type="checkbox"/> 保険者から情報を得た | 3. <input type="checkbox"/> 関係団体から情報を得た |
| 4. <input type="checkbox"/> その他から情報を得た (具体的に:) | | |
| 5. <input type="checkbox"/> 情報を得る機会はなかった | | |

※ 調査は以上で終了です。ご回答ありがとうございました。

日本看護協会に対してのご意見、診療報酬・介護報酬改定に関するご意見がございましたらお聞かせ下さい
