

令和5年度訪問看護推進実態調査



QRコードより
回答可能
URL(<https://x.gd/pE3MH>)

訪問看護ステーション管理者様

今後の訪問看護推進活動の参考としたいので、お忙しい中、質問項目も多く誠に恐縮とは存じますが、アンケートへの回答に、ご協力をお願いいたします。 公益社団法人香川県看護協会訪問看護推進委員会

事業所名	回答者名	連絡先
------	------	-----

以下の質問項目について、該当する番号に○を、()内は具体的にご記入ください。

I. 管理者ご自身のことについてお尋ねします。

1. ご自身が経営者ですか	1) はい	2) いいえ	
2. 訪問看護経験年数	1) 1年未満 4) 5～10年未満	2) 1年～3年未満 5) 10年以上	3) 3～5年未満
3. 訪問看護管理者年数 (現所属での経験年数)	1) 1年未満 4) 5～10年未満	2) 1年～3年未満 5) 10年以上	3) 3～5年未満

II. 事業所の概要についてお尋ねします。

1. 開設年月日	S · H · R 年 月
2. 住所	()市 · 町
3. 開設主体	1) 都道府県 2) 市町 9) 厚生労働省 3) 広域連合・一部事務組合 10) 独立行政法人 4) 医療法人 11) 宗教法人 5) 法人(医師会・看護協会) 12) 労働福祉事業団 6) 日本赤十字社 13) 営利法人 7) 農業協同組合連合会 14) 国家公務員共済組合連合会 8) 消費生活協同組合及び連合 15) その他()

4. 職員数:9月1日現在の人数と常勤換算をご記入ください。

区分	保健師	助産師	看護師	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	その他	合計
常勤	専任								人
	兼務								人
非常勤									人
合計人数									人
※常勤換算									

※常勤換算の計算方法:貴施設の1週間の所定時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位までご記入ください。
(例)1週間の所定時間が40時間の施設で、週4日(各日5時間)勤務の職員が1人いる場合

$$\text{非常勤看護職員数} = \frac{4日 \times 5時間 \times 1人}{40時間} = 0.5人$$

5. 職員の充足状況について

- 1) 十分足りている 2) まあまあ足りている 3) あまり足りていない 4) 足りていない

6. 前項5. で3)あまり足りていない 4)足りていないと回答された方は、不足していると思われる理由

{ }

7. 新卒看護師を採用することは可能ですか?

- 1) 採用できる (これまでの採用人数: 人)
2) 採用できるが希望者がいない
3) 採用できない

{ 理由 }

8. 前項7. で1)採用できると回答された方は、具体的にお教えてください。

- 1) 処遇(賃金、福利厚生、社会保険など)

{ }

- 2) 研修体制

{ }

9. 加算の算定状況についてお教えてください。

(令和5年4月～9月分)

医療保険			介護保険		
訪問看護基本療養費Ⅱ (同一建物居住者)	1.あり	2.なし	看護体制強化加算	1.あり	2.なし
訪問看護基本療養費Ⅲ(外泊時)	1.あり	2.なし	サービス提供体制加算	1.あり	2.なし
24時間対応体制加算	1.あり	2.なし	緊急時訪問看護加算	1.あり	2.なし
緊急訪問看護加算	1.あり	2.なし	特別管理加算	1.あり	2.なし
特別管理加算	1.あり	2.なし	退院時共同指導加算	1.あり	2.なし
特別管理加算(新型コロナ対応)	1.あり	2.なし	初回加算	1.あり	2.なし
乳幼児加算(6歳未満)	1.あり	2.なし	早朝・夜間・深夜の訪問看護	1.あり	2.なし
退院時共同指導加算	1.あり	2.なし	複数名訪問看護加算	1.あり	2.なし
退院支援指導加算	1.あり	2.なし	長時間訪問看護加算	1.あり	2.なし
複数名訪問看護加算	1.あり	2.なし	ターミナルケア加算	1.あり	2.なし
夜間・早朝・深夜訪問看護加算	1.あり	2.なし	看護・介護職員連携強化加算	1.あり	2.なし
難病等複数回訪問加算	1.あり	2.なし	定期巡回・随時対応サービス	1.あり	2.なし
長時間訪問看護加算	1.あり	2.なし			
訪問看護ターミナルケア療養費	1.あり	2.なし			
在宅患者連携指導加算	1.あり	2.なし			
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	1.あり	2.なし			
遠隔死亡診断補助加算	1.あり	2.なし			
専門管理加算	1.あり	2.なし			
看護・介護職員連携強化加算	1.あり	2.なし			

10. 令和5年9月1日時点の加算等の届出状況についてお教えてください。

区分	項目	届出	
1) 医療保険	① 機能強化型訪問看護管理療養費1	1.あり	2.なし
	② 機能強化型訪問看護管理療養費2	1.あり	2.なし
	③ 機能強化型訪問看護管理療養費3	1.あり	2.なし
	④ 24時間対応体制加算	1.あり	2.なし
	⑤ 特別管理体制	1.あり	2.なし
	⑥ 精神科訪問看護基本療養費	1.あり	2.なし
2) 介護保険	① 緊急時訪問看護加算	1.あり	2.なし
	② 特別管理体制	1.あり	2.なし
	③ サービス提供体制強化加算	1.あり	2.なし
	④ ターミナルケア体制	1.あり	2.なし
	⑤ 看護体制強化加算	1.あり	2.なし

11. 令和5年9月1日時点の公費負担対象医療に関する事業所指定状況についてお教えてください。

項目	届出	
① 生活保護指定医療機関、介護機関	1.あり	2.なし
② 労災保険指定訪問看護事業者	1.あり	2.なし
③ 指定自立支援医療機関 ※ありの場合、該当するものに○をつけて下さい (育成医療・更生医療・精神通院医療)	1.あり	2.なし
④ 難病医療指定医療機関	1.あり	2.なし
⑤ 小児慢性特定疾病指定医療機関	1.あり	2.なし

5. これまで自宅以外の場所(グループホーム等)への訪問看護を実施したことはありますか。

- 1)なし
- 2)あり

6. 前項5で、2)ありと答えた方は、具体的な訪問場所を記入し、契約方法について○を付けてください。

- () 1)施設契約 2)個人契約 3)その他()
- () 1)施設契約 2)個人契約 3)その他()
- () 1)施設契約 2)個人契約 3)その他()

7. 訪問看護の実習を受け入れ状況についてお教えてください。(令和4年度実績または計画)

- 1)受け入れている → 8. へ進んでください。
- 2)受け入れていない → 9. へ進んでくださ。

8. 前項7で、1)受け入れていると答えた方は依頼機関に○を付け、受け入れ人数をご記入ください。

- 1)看護大学 () 人
- 2)看護専門学校 () 人
- 3)看護協会 () 人
- 4)その他 () () 人
- () () 人

9. 前項7で、2)受け入れていないと答えた方にお尋ねします。

- 1)現在受け入れていない理由について(複数回答可)
 - ① 依頼がない ② スタッフ不足 ③ 指導者がいない
 - ④ その他()
- 2)今後の受け入れについて
 - ① 可能である ② 不可能である ③ どちらともいえない

IV. 事業所の教育体制についてお尋ねします。

1. 事業所の教育理念を具体的に示していますか。

- 1)はい 2)いいえ

2. 年間の教育計画を立案していますか。

- 1)はい 2)いいえ

3. 香川県訪問看護クリニカルラダーを活用していますか。

- 1)はい → 4. 5. へ進んでください。
- 2)いいえ → 6. 7. へ進んでください。

4. ラダーに沿った研修の実施を行っていますか。

- 1)はい 2)いいえ

5. 外部研修の受講を勧めていますか。

- 1)はい 2)いいえ

6. 活用されていない理由をお教え下さい。(複数回答可)

- 1)ラダーを知らない 2)ラダーの活用方法がわからない 3)時間がとれない 4)必要性を感じない
- 5)独自の評価方法がある 6)その他()

7. 今後、香川県訪問看護クリニカルラダーの活用を考えていますか。

- 1)はい 2)いいえ

