

訪問看護実態調査
(訪問看護ステーション用)

調査実施主体：長崎県訪問看護サポートセンター・長崎県

平成30年9月

訪問看護責任者の方にご記入をお願いします。

訪問看護実態調査

各項目について該当する（ ）に○、もしくは空欄にご記入ください

I 貴施設の概要について伺います。

1. 施設名 ()

2. 設置主体

() 医療法人 () 営利法人 () 医師会 () 看護協会
() 社団・財団法人(医師会・看護協会以外) () 社会福祉法人(社会福祉協議会含)
() その他の法人()

3. 所在地 () 市町

4. ステーション開設年と機能

開設年：昭和・平成 _____ 年

1) サテライトをもちますか。(あり・なし)

5. 従事者の状況

1) 平成30年7月1日現在、貴施設に在職中の看護職について、**別紙1**にご記入ください。

2) 特定行為に係る看護師の研修制度について、以下の問いにご回答下さい。

①特定行為に係る看護師の研修受講や研修修了者として活動するときに、何か課題はありますか。

(課題あり・特に課題はない)

(具体的な課題)

②今後、特定行為に係る看護師の研修を受講する予定はありますか。

(予定あり・予定なし) (予定ありの看護師 _____ 名)

③特定行為に係る看護師の研修を受講したいができない理由はありますか。

(受講できない理由)

2) 利用者年齢及び実人数【人／月】、保険別利用実人数【人／月】

年齢階級別	実人数	年齢階級別	介護保険	医療保険
0～9歳		40～64歳		
10～14歳		65～74歳		
15～39歳		75歳以上		

3) 特別管理加算1を受けている患者 () 実人数／月

特別管理加算2を受けている患者 () 実人数／月

4) 介護保険対象者の要介護度別及び医療保険対象者の実人数、訪問看護実施延回数

要介護度別	実人数	訪問延回数	要介護度別	実人数	訪問延回数
要支援1・2			要介護4		
要介護1			要介護5		
要介護2			医療保険		
要介護3					

5) 対応可能な訪問看護の回数の上限見込み () 回／月

6) 将来に向けた訪問看護実施の意向について、あてはまる番号に○を付けてください。

1. 現在も実施しており、今後も継続する。

2. 現在は実施しているが、今後は中止する。(理由)

7) 保険外の支援をされていますか。利用内容・者(実人数をご記入ください)

(例)：福祉施設等の入所者、入院中の外出支援、旅行に同伴する等

- ・内容 [] () 人
- ・内容 [] () 人
- ・内容 [] () 人

2. 現在実施できる訪問看護提供内容 (可能な内容に全て○をつけて下さい)

- () 人工呼吸器管理 (非侵襲的 侵襲的) () 吸入・吸引
- () 気管カニューレ・気管切開管理 () 在宅酸素療法管理
- () 在宅中心静脈栄養管理
- () 経管栄養管理 (経鼻カテーテル 胃瘻 腸瘻)
- () 透析 (通院透析者の管理 在宅腹膜透析の看護 在宅血液透析の看護)
- () 排泄援助 (浣腸 導尿 膀胱留置カテーテル)
- () ストマケア (人工肛門 膀胱瘻 腎瘻)
- () 注射 (皮下 筋肉 静脈 CVポート)
- () 麻薬管理 (経口 外用 注射 PCAポンプ インフューザーポンプ)
- () 服薬管理・指導 () 創傷処置・褥瘡処置
- () 機能訓練及び指導 () 口腔ケア等の身体清潔の援助
- () 食事・栄養・水分に関する管理指導 () 家族への介護指導
- () 医療、保健、福祉サービスの情報提供 () グリーフケア
- () エンゼルケア () その他()

3. 看取りの依頼の受け入れについて

1) 看取りの依頼があれば、実施可能ですか (可能 ・ 不可能)

2) 看取りの実施状況について (H29.4~H30.3)

①在宅ターミナル期の依頼数 () 人 うち在宅看取りの数 () 人

②入院中の外泊支援 () 人

3) 看取りを対応するにあたっての課題はありますか。(有 ・ 無)

[具体的な課題 (例) 看護職員数が少なく、頻回の訪問対応が難しい。]

4. 24時間対応体制について

1) 24時間対応体制加算をとっている

() はい ⇒ その連絡方法は () 携帯電話への連絡

() 病院・診療所への連絡

() いいえ

[理由 (例) 看護職員数が少なく、夜間の対応が難しい。]

5. 緊急対応体制について

1) 平成30年4月~6月の3ヶ月の間、貴施設で緊急対応体制加算をとった件数をご記入下さい。

() 件

2) 緊急連絡の内容に○をして下さい。

() 病状変化

() 死亡時の処置

() カテーテルなど医療器具のトラブル

() その他(右に内容を記入して下さい)

[]

3) 県において、緊急時に速やかに患者様の基本的な情報を関係者で共有できる「緊急時の情報共有シート」が必要と考えていますが、現状では、「緊急時の情報共有シート」を活用されていますか。

(すでに活用している ・ 必要だが活用していない ・ あまり必要性を感じない)

具体的にどのようなシート(内容)を活用されていますか。

[]

4) 緊急対応をするにあたっての課題はありますか。(有 ・ 無)

具体的な課題 (例) 看護職員数が少なく、緊急時の対応が難しい。

6. 貴ステーションへの訪問看護の依頼経路について (該当するものすべてを選んで下さい)

- 利用者が入院していた診療科の医師からの連絡
- 利用者が入院していた病棟の看護師からの連絡
- 病院の医療相談室の相談員からの連絡 (看護師以外)
- 病院の医療相談室や連携室看護師からの連絡
- かかりつけ医師からの連絡
- 利用者・家族から直接の連絡
- 自施設のケアマネージャーからの連絡
- 他施設のケアマネージャーからの連絡
- その他 (.....)

1) 依頼元の実数について (H29 実績)

- 利用者の同意のもとで、訪問看護の依頼があった居宅介護支援事業所実数 () 箇所
- 利用者の同意のもとで、訪問看護の依頼があった医療機関実数 () 箇所

7. ケースカンファレンスについて

1) ケースカンファレンスの開催状況を下記に記入ください。

- 開催している

開催時期 (新規時のみ	・	病状変化時のみ	・	終修了時)
定例のみ						()
定例+随時						()
随時のみ						()
- 開催していない

参加者は	()	施設内職員のみ	(複数回答可)
	()	主治医	
	()	関係機関の担当者	
	()	家族	
	()	利用者	
	()	地域包括支援センター等関係者	

2) 他機関で実施する退院前のケースカンファレンスへの出席 (あり ・ なし)

3) ケースカンファレンス時に患者の情報を多職種で共有するための入退院情報に関する共有シート等の活用をしていますか。(活用している ・ 活用していない)

4) 患者の情報を多職種で共有するための入退院に関する情報共有シートは必要と思いますか。
(必要 ・ 不要)

5) 県において、県共有の「入退院情報共有シート」や活用にあたっての方針（手引き）等の作成を検討していますが、効果的に活用されるためには、何が必要と考えますか。

[]

6) 地域包括支援センターが開催する地域ケア会議への参加の有無

(あり ・ なし)

[地域ケア会議に参加される場合、どの機関からの依頼で参加されていますか。]

7) 地域ケア会議への参加を希望しますか。

(希望する ・ 希望しない)

8. 直近の他機関、多職種との連携について

1) 連携をとっている機関の実数をご記入下さい。

(箇所) 病院 (精神科を含む)
 (箇所) 診療所 【→うち在宅療養支援診療所 (箇所)】
 (箇所) 障害児・者等福祉機関・施設 (箇所) 保健所
 (箇所) 市町村 (箇所) 介護老人福祉施設
 (箇所) 地域包括支援センター (箇所) ヘルパーステーション
 (箇所) 居宅介護支援事業所 (箇所) グループホーム
 (箇所) 外部サービス利用型特定施設 (箇所) その他 ()

2) 後方支援医療施設等に関して

- ・併設医療施設等あり → () 病院 () 診療所 () 療養型医療施設
 () 介護老人保健施設 () 介護老人福祉施設
 () 居宅介護支援事業所 () その他 ()
- ・併設医療施設等なし → 緊急等の入院(入所)の場合の現状について、
 () 困っている
 () 特に困っていない

○困っていると回答した場合、必要とする支援について以下にご記入ください。

[(例)緊急入院(入所)の際の受け入れ体制の整備]

3) 病院や多職種との情報共有のため、あじさいネット等のICT導入をされていますか。

(既に活用している ・ これから導入する予定 ・ 導入の予定はない)

[あじさいネット等のICT導入を図るうえで課題があれば記入下さい。]

Ⅲ 訪問看護サービスの質評価・機能の強化等について伺います。

1. 訪問看護研修カリキュラムで希望するものは何ですか。(複数回答可)

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 緩和ケア | <input type="checkbox"/> 精神障害者の看護 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器装着している人への看護 | <input type="checkbox"/> 難病患者の看護 |
| <input type="checkbox"/> 認知症症状のある人への看護 | <input type="checkbox"/> 小児・障害児看護 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸管理 | <input type="checkbox"/> 訪問看護経営管理 |
| <input type="checkbox"/> リハビリテーション看護 | <input type="checkbox"/> 摂食嚥下・口腔ケア |
| <input type="checkbox"/> リスクマネジメント | <input type="checkbox"/> 創傷ケア |
| <input type="checkbox"/> 看取り、ACP | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

2. 質評価基準や自己評価表がありますか

- ある ⇒ よく活用している
 時々活用している
 活用していない

⇒それはどこが作成したものでしょうか

- 日本看護協会訪問看護質評価基準・自己評価票
 自施設で作成した評価表
 その他 ()
 ない

3. 加算等の届け出の状況について

1) 介護保険法

- | | |
|------------------|---|
| ①緊急時訪問看護加算の届出 | <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) |
| ②特別管理体制の届出 | <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) |
| ③ターミナルケア体制の届出 | <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) |
| ④サービス提供体制強化加算の届出 | <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) |
| ⑤サービス提供体制加算 | <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) |
| ⑥看護体制強化加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) |
| ⑦看護体制強化加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) |

2) 上記の加算を受けたいと思いますか (受けたい ・ 受けたいが、できない ・ 受けない)

○受けたい場合、具体的な課題について以下にご記入ください。

(支援内容) 例 機能強化型Ⅰを受けたいが、常勤看護師数が3名足りない。

3) 健康保険法等

- | | |
|-------------------------|---|
| ① () 24時間対応体制加算の届出あり | <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) |
| ② () 特別管理加算の届出 | <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) |
| ③ () 精神科訪問看護基本療養費加算の届出 | <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) |
| ④ () 機能強化型基本療養費Ⅰの届出 | <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) |

3) 業務量等の問題

- 多職種との連携や情報共有のための報告等の業務に時間がかかっている。
- 夜間の依頼や緊急な依頼に対応が困難である。
- 報酬の請求、記録等に関する事務手続きが多い。
- その他 ()

4) 報酬の問題

- 訪問は時間がかかるため、時間と報酬が見合わない
- 医療的処置等や人件費に費用がかかるため、収益が少ない。
- その他 ()

5) 利用者の苦情等の問題

- 苦情の対応が難しい
- 利用者や家族の意見の対立
- 利用者からの暴言、暴力、セクハラ等への対応
- その他 ()

6) 事故や駐車場等の問題

- 職員の事故の問題（交通事故や物損事故等）
- 訪問看護中の駐車に関する苦情への対応について
- その他 ()

7) その他、訪問看護に関する課題があれば具体的にご記入下さい。

[]

2. 柔道整復師等の利用について（複数回答可）

- 1) 自宅における訪問看護の利用者で、セラピスト（OT・PT・ST）以外の柔道整復師、針灸による訪問サービスを医療保険で受けている事例はありますか。（あり・なし）
- 2) 事例がある場合、何名くらいおられますか（ 名）

3. 問題点の相談先について（複数回答可）

- 1) 1. の問題点について、相談先はありますか（ 有 ・ 無 ）
- 2) 1) で有の場合、相談先は、以下のあてはまる内容に○をつけてください。
 - 長崎県訪問看護サポートセンターの相談窓口
 - 長崎県訪問看護ステーション連絡協議会の役員等
 - 経営母体の管理者等
 - 同じ規模のステーション管理者等
 - その他（主な相談先 ）

V その他ご意見

1. 今後、新卒の看護師を採用する予定はありますか？

(今すぐ採用したい ・ 今後予定あり ・ 予定なし)



【理由】

[]

2. 訪問看護について、訪問看護サポートセンターまたは訪問看護ステーション連絡協議会、県行政に望むことがありましたらお書き下さい。

1) 人材の確保・育成の充実について（研修も含む）

.....
.....
.....

2) ステーション運営・経営・リスクマネジメントについて

.....
.....
.....

3) 県民への認知度を高めるための周知・啓発について

.....
.....
.....

4) その他

.....
.....
.....

ご協力ありがとうございました。