



平成27年度 在宅医療（訪問看護）推進支援事業

## 地域包括ケアにおける訪問看護の活用についての

### 実態調査報告書 別添資料

神奈川県訪問看護推進協議会  
神奈川県保健福祉局保健医療保健人材課

平成28年3月

# 目 次

## 資料1 調査依頼文

資料1-1 在宅療養支援診療所.....1

資料2-2 地域包括支援センター.....6

資料2-3 居宅介護支援事業所.....12

## 資料2 調査用紙

資料1-1 在宅療養支援診療所.....2

資料2-2 地域包括支援センター.....7

資料2-3 居宅介護支援事業所.....13

平成27年10月1日

在宅療養支援診療所 院長(所長) 様

神奈川県訪問看護推進協議会会長

## 地域包括ケアにおける訪問看護の活用についての実態調査について(依頼)

時下ますます御清栄のことと御喜び申し上げます。

さて、神奈川県訪問看護推進協議会は、平成17年度に神奈川県訪問看護推進支援事業の一環として設置されて以来、本県における訪問看護サービスの充実と質の向上に取り組んでおります。

このたび、今般の地域包括ケアシステム推進のためには、訪問看護の活用方法について、関係機関の方々からの御理解を得ることが大変重要であると考え、標記調査を実施することといたしました。この調査は、在宅支援診療所(機能強化型)の医師等が訪問看護を導入する際の判断基準や視点を明らかにし、訪問看護を活用していただくための連携方法等について検討することを目的に実施するものです。

つきましては、皆様からの御回答が貴重な資料となりますので、お忙しいところ大変恐縮ですが、本調査の趣旨を御理解いただき、何卒御協力くださいますようお願いいたします。

なお、回答にあたっては、本調査の目的から在宅支援診療所(機能強化型)の院長様をお願いいたします。

1. 調査名 地域包括ケアにおける訪問看護の活用についての実態調査
2. 調査対象 県内の在宅療養支援診療所(機能強化型)206箇所(全数対象)
3. 回答者 **在宅療養支援診療所 院長(所長)**
4. 調査方法 無記名自記式質問紙調査(郵送法)

別紙調査用紙にご記入のうえ、同封の返信用封筒でご返送ください。

5. 返信期日 **平成27年10月19日(月)まで**
6. 返送先 神奈川県保健福祉局保健医療部保健人材課看護指導グループ 宛
7. 調査実施における倫理的配慮の方法について

- 1) 本調査は無記名調査です。調査で得られたデータは、本調査以外の目的に使用しません。また、データは統計的に処理し、事業所や回答者個人が特定されることはありません。
- 2) 調査へのご協力は自由意思によるものであり、調査に協力されない場合も不利益が生じることはありません。なお、調査票へのご回答、ご返信をもって調査へのご協力に関して同意されたものとみなします。
- 3) 調査結果は報告書としてまとめ、県のホームページに掲載させていただくとともに、学会及び専門雑誌への投稿により公表させていただく場合があります。

問い合わせ先

神奈川県保健福祉局保健医療部保健人材課  
看護指導グループ

電話 045-210-1111(内線4744)



<訪問看護の活用について> (回答者個人としてお答えください。)

問2. 訪問看護の必要性の判断について伺います。

1. 訪問看護の必要性を判断する際の基準として、どのような視点から判断をされていますか。該当する番号に○印を付けてください。(複数回答可)

**【食事・栄養について】**

- |                     |              |                 |
|---------------------|--------------|-----------------|
| 1 食事療法が必要           | 2 食事の摂取量が少ない | 3 食事内容に極端な偏りがある |
| 4 水分摂取が少ない          | 5 誤嚥しやすい     | 6 脱水を起こしやすい     |
| 7 経管栄養をしている(経鼻・胃ろう) | 8 その他(具体的に   | )               |

**【排泄について】**

- |                              |             |
|------------------------------|-------------|
| 1 排尿障害がある(頻尿・尿が出にくいなど)       | 2 自己導尿をしている |
| 3 排便のコントロールがうまくできない(下痢・便秘など) | 4 浣腸や摘便が必要  |
| 5 膀胱瘻または留置カテーテルがある           | 6 ストーマがある   |
| 7 その他(具体的に                   | )           |

**【清潔について】**

- |               |               |            |   |
|---------------|---------------|------------|---|
| 1 入浴や清拭の介助が必要 | 2 口腔内の清潔が保てない | 3 その他(具体的に | ) |
|---------------|---------------|------------|---|

**【移動について】**

- |              |                |   |
|--------------|----------------|---|
| 1 転倒の既往がある   | 2 移動時に介助が必要である |   |
| 3 一人で起き上がれない | 4 その他(具体的に     | ) |

**【医療的管理について】**

- |                   |                   |             |
|-------------------|-------------------|-------------|
| 1 注射をしている(自己注射含む) | 2 吸引をしている         | 3 点滴をしている   |
| 4 疼痛コントロールをしている   | 5 服薬管理が必要である      | 6 酸素を使用している |
| 7 人工呼吸器を使用している    | 8 その他の医療機器を使用している |             |

**【疾患や病状について】**

- |                            |                    |         |
|----------------------------|--------------------|---------|
| 1 難病や進行性の疾患                | 2 ターミナル期           | 3 認知症   |
| 4 精神的に不安定                  | 5 精神疾患がある          | 6 不眠がある |
| 7 寝たきり                     | 8 入退院を繰り返している      |         |
| 9 創傷や褥瘡がある(生じる可能性含む)       | 10 リハビリテーションが必要である |         |
| 11 高血圧や糖尿病などの慢性疾患のコントロール不良 | 12 疾患に関わらず退院直後である  |         |
| 13 その他(具体的に                | )                  |         |

【その他の状況について】

- |                  |                   |             |
|------------------|-------------------|-------------|
| 1 独居             | 2 介護度が高い          | 3 利用者・家族の希望 |
| 4 予防的な関わりが必要である  | 5 介護者の精神的支援が必要である |             |
| 6 利用者の経済状況に余裕がある | 7 利用限度額に余裕がある     |             |
| 8 家族関係調整が必要な状況   | 9 その他(具体的に        | )           |

2. どのような時点(タイミング)で訪問看護を導入する契機としていますか。該当する番号に○印を付けてください。(複数回答可)

- |                      |                              |          |
|----------------------|------------------------------|----------|
| 1 在宅移行時              | 2 状態変化時                      | 3 本人の希望時 |
| 4 介護者の希望時            | 5 ケアマネジャーまたは、地域包括職員から依頼が来たとき |          |
| 6 サービス担当者会議で意見があったとき | 7 介護判定が出たとき                  |          |
| 8 介護者が介護できなくなったとき    | 9 必要性を判断した時                  |          |
| 10 その他(具体的に          |                              | )        |

3. 訪問看護の必要性を判断する際、指標や基準を明文化した文書やチェックリスト等を活用していますか。

- |           |   |       |
|-----------|---|-------|
| 1 はい(具体的に | ) | 2 いいえ |
|-----------|---|-------|

問3. 平成26年度における、訪問看護の導入状況について伺います。

1. 平成26年度、訪問看護が必要であると判断したが、利用につながらなかった事例はありますか。

- |      |      |
|------|------|
| 1 あり | 2 なし |
|------|------|

2. 上記1. で「1 あり」と回答した場合、その理由について該当する番号に○印をつけてください。(複数回答可)

- |                       |                          |   |
|-----------------------|--------------------------|---|
| 1 介護者の理解が得られなかった      | 2 利用者の理解が得られなかった         |   |
| 3 利用限度額を超えてしまった       | 4 訪問看護ステーションに必要性がないと言われた |   |
| 5 訪問看護ステーションがみつからなかった | 6 その他(具体的に               | ) |

3. 訪問看護の導入について相談したいと考えたとき、どこに相談をしていますか。該当する番号に○印をつけてください。(複数回答可)

- |                       |                    |   |
|-----------------------|--------------------|---|
| 1 市区町村・保健所            | 2 病院(地域連携室等)       |   |
| 3 県看護協会               | 4 県訪問看護ステーション連絡協議会 |   |
| 5 居宅介護支援事業所           | 6 地域包括支援センター       |   |
| 7 利用したことのある訪問看護ステーション | 8 その他(具体的に         | ) |

4. 訪問看護が必要と判断し、依頼をしようとした際にハードルと感ずることについて、該当する番号上位3つに○印をつけてください。(上位3つを選択)

- 1 どのように利用(相談)したら良いかわからない
- 2 どのステーションを選択していいかわからない
- 3 訪問看護ステーションと連絡を取るのが困難(連絡がつかない)
- 4 他のサービスと比較して報酬単価が高い
- 5 介護者の理解が得られない
- 6 利用者の理解が得られない
- 7 利用限度額を超えてしまう
- 8 制度の活用方法が分からない
- 9 指示書の記載方法が分からない
- 10 その他(具体的に )

問4. 訪問看護を導入してよかったと思った事例があれば教えてください。

( )

問5. 回答者ご自身の、訪問診療の経験年数について、該当する番号に○印をつけてください。

(平成27年9月現在)

- 1)1年未満    2)1年～3年未満    3)3年～5年未満    4)5年～10年未満    5)10年以上 ( 年)

ご協力いただき、ありがとうございました。

平成27年9月1日

地域包括支援センター所長 様

神奈川県訪問看護推進協議会会長

## 地域包括ケアにおける訪問看護の活用についての実態調査について(依頼)

時下ますます御清栄のことと御喜び申し上げます。

さて、神奈川県訪問看護推進協議会では、平成17年に神奈川県訪問看護推進支援事業の一環として設置されて以来、本県における訪問看護サービスの充実と質の向上に取り組んでおります。

このたび、今般の地域包括ケアシステム推進のためには、訪問看護の活用方法について、関係機関の方々からの御理解を得ることが大変重要であると考え、標記調査を実施することといたしました。この調査は、ケアマネージャー等が訪問看護を導入する際の判断基準や視点を明らかにし、訪問看護を活用していただくための連携方法等について検討することを目的に実施するものです。

つきましては、皆様からの御回答が貴重な資料となりますので、お忙しいところ大変恐縮ですが、本調査の趣旨を御理解いただき、何卒御協力くださいますようお願いいたします。

なお、回答にあたっては、本調査の目的から主任ケアマネージャーまたは社会福祉士の方をお願いいたします。

1. 調査名 地域包括ケアにおける訪問看護の活用についての実態調査
2. 調査対象 県内の地域包括支援センター200箇所（無作為抽出）
3. 回答者 **主任ケアマネージャーまたは社会福祉士**
4. 調査方法 無記名自記式質問紙調査（郵送法）  
別紙調査用紙にご記入のうえ、同封の返信用封筒でご返送ください。

5. 返信期日 **平成27年9月18日（金）まで**

6. 返送先 神奈川県保健福祉局保健医療部保健人材課看護指導グループ 宛

7. 調査実施における倫理的配慮について

- 1) 本調査は無記名調査です。調査で得られたデータは、本調査以外の目的に使用しません。また、データは統計的に処理し、事業所や回答者個人が特定されることはありません。
- 2) 調査へのご協力は自由意思によるものであり、調査に協力されない場合も不利益が生じることはありません。なお、調査票へのご回答、ご返信をもって調査へのご協力に関して同意されたものとみなします。
- 3) 調査結果は報告書としてまとめ、県のホームページに掲載させていただくとともに、学会及び専門雑誌への投稿により公表させていただく場合があります。

問い合わせ先

神奈川県保健福祉局保健医療部保健人材課  
看護指導グループ

電話 045-210-1111(内線4744)



## 調査票【地域包括支援センター(主任ケアマネまたは社会福祉士)】

## &lt;事業所の概要について&gt;

問1. 貴事業所の概要について伺います。

1. 設置主体について、該当する番号に○印をつけてください。

- |                              |                   |                        |
|------------------------------|-------------------|------------------------|
| 1 市町村                        | 2 医療法人            | 3 日本赤十字社・社会保険関係団体      |
| 4 看護協会                       | 5 医師会             | 6 社団・財団法人(4、5以外の公益・一般) |
| 7 社会福祉協議会                    | 8 社会福祉法人(社協以外)    | 9 営利法人(株式・合名・合資・有限会社)  |
| 10 農業協同組合及び連合会・消費生活協同組合及び連合会 | 11 特定非営利活動法人(NPO) |                        |
| 12 その他( )                    |                   |                        |

2. 同一設置主体で併設している施設または、サービスについて、該当番号に○印をつけてください。  
(複数回答可) (併設:同一法人等で設置している)

- |      |      |
|------|------|
| 1 あり | 2 なし |
|------|------|

## 【医療機関】

- |      |       |
|------|-------|
| 1 病院 | 2 診療所 |
|------|-------|

## 【介護保険施設】

- |            |            |             |
|------------|------------|-------------|
| 3 介護老人保健施設 | 4 介護老人福祉施設 | 5 介護療養型医療施設 |
|------------|------------|-------------|

## 【居宅サービス】

- |             |                |                |
|-------------|----------------|----------------|
| 6 訪問介護      | 7 訪問入浴介護       | 8 訪問リハビリテーション  |
| 9 居宅療養管理指導  | 10 通所介護        | 11 通所リハビリテーション |
| 12 療養通所介護   | 13 短期入所生活介護    | 14 訪問看護        |
| 15 短期入所療養介護 | 16 特定施設入居者生活介護 | 17 福祉用具貸与      |
| 18 特定福祉用具販売 | 19 居宅介護支援事業所   |                |

## 【地域密着型サービス】

- |                            |                     |
|----------------------------|---------------------|
| 20 定期巡回随時対応型訪問介護看護         | 21 夜間対応型訪問介護        |
| 22 認知症対応型共同生活介護            | 23 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| 24 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護    | 25 小規模多機能型居宅介護      |
| 26 看護小規模多機能型居宅介護 (複合型サービス) |                     |

## 【その他】

- |                |            |            |
|----------------|------------|------------|
| 27 サービス付き高齢者住宅 | 28 有料老人ホーム | 29 それ以外( ) |
|----------------|------------|------------|

3. 設置されている地域について、該当する番号に○印をつけてください。

- 1 横浜北部 (鶴見区・神奈川区・港北区・緑区・青葉区・都筑区)
- 2 横浜西部 (西区・保土ヶ谷区・旭区・戸塚区・泉区・瀬谷区)
- 3 横浜南部 (中区・南区・港南区・磯子区・金沢区・栄区)
- 4 川崎北部 (高津区・宮前区・多摩区・麻生区)
- 5 川崎南部 (川崎区・幸区・中原区)
- 6 相模原 (中央区・南区・緑区)
- 7 横須賀・三浦 (横須賀市・鎌倉市・逗子市・三浦市・葉山町)
- 8 湘南東部 (藤沢市・茅ヶ崎市・寒川町)
- 9 湘南西部 (平塚市・秦野市・伊勢原市・大磯町・二宮町)
- 10 県央 (厚木市・大和市・海老名市・座間市・綾瀬市・愛川町・清川村)
- 11 県西 (小田原市・南足柄市・中井町・大井町・松田町・山北町・開成町・箱根町・真鶴町・湯河原町)

4. 開設してからの年数について、該当する番号に○印をつけてください。(平成27年9月現在)

- 1)1年未満    2)1年～3年未満    3)3年～5年未満    4)5年～10年未満    5)10年以上 ( 年)

5. 平成26年度に、介護予防ケアプランを作成した利用者数(実数)をご記入ください。(委託を除く)

(                      件)

6. 上記5. のうち、訪問看護をケアプランに組み入れた利用者数(実数)をご記入ください。(委託を除く)

(                      件)

7. 平成26年度、ケアマネジャー支援をした件数(実数)をご記入ください。(                      件)

8. 上記8. のうち、訪問看護の導入の助言をした件数をご記入ください。(                      件)

<訪問看護の活用について> (回答者個人としてお答えください。)

問2. 訪問看護の必要性の判断について伺います。

1. 訪問看護の必要性を判断する際の基準として、どのような視点から判断をされていますか。該当する番号に○印を付けてください。(複数回答可)

**【食事・栄養について】**

- |                     |              |                 |
|---------------------|--------------|-----------------|
| 1 食事療法が必要           | 2 食事の摂取量が少ない | 3 食事内容に極端な偏りがある |
| 4 水分摂取が少ない          | 5 誤嚥しやすい     | 6 脱水を起こしやすい     |
| 7 経管栄養をしている(経鼻・胃ろう) | 8 その他(具体的に   | )               |

**【排泄について】**

- |                              |             |
|------------------------------|-------------|
| 1 排尿障害がある(頻尿・尿が出にくいなど)       | 2 自己導尿をしている |
| 3 排便のコントロールがうまくできない(下痢・便秘など) | 4 浣腸や摘便が必要  |
| 5 膀胱瘻または留置カテーテルがある           | 6 ストーマがある   |
| 7 その他(具体的に                   | )           |

**【清潔について】**

- |               |               |            |   |
|---------------|---------------|------------|---|
| 1 入浴や清拭の介助が必要 | 2 口腔内の清潔が保てない | 3 その他(具体的に | ) |
|---------------|---------------|------------|---|

**【移動について】**

- |              |                |   |
|--------------|----------------|---|
| 1 転倒の既往がある   | 2 移動時に介助が必要である |   |
| 3 一人で起き上がれない | 4 その他(具体的に     | ) |

**【医療的管理について】**

- |                   |                   |             |
|-------------------|-------------------|-------------|
| 1 注射をしている(自己注射含む) | 2 吸引をしている         | 3 点滴をしている   |
| 4 疼痛コントロールをしている   | 5 服薬管理が必要である      | 6 酸素を使用している |
| 7 人工呼吸器を使用している    | 8 その他の医療機器を使用している |             |

**【疾患や病状について】**

- |                            |                    |         |
|----------------------------|--------------------|---------|
| 1 難病や進行性の疾患                | 2 ターミナル期           | 3 認知症   |
| 4 精神的に不安定                  | 5 精神疾患がある          | 6 不眠がある |
| 7 寝たきり                     | 8 入退院を繰り返している      |         |
| 9 創傷や褥瘡がある(生じる可能性含む)       | 10 リハビリテーションが必要である |         |
| 11 高血圧や糖尿病などの慢性疾患のコントロール不良 | 12 疾患に関わらず退院直後である  |         |
| 13 その他(具体的に                | )                  |         |

【その他の状況について】

- |                  |                   |             |
|------------------|-------------------|-------------|
| 1 独居             | 2 介護度が高い          | 3 利用者・家族の希望 |
| 4 予防的な関わりが必要である  | 5 介護者の精神的支援が必要である |             |
| 6 利用者の経済状況に余裕がある | 7 利用限度額に余裕がある     |             |
| 8 家族関係調整が必要な状況   | 9 その他(具体的に        | )           |

2. どのような時点(タイミング)で訪問看護を導入する契機としていますか。該当する番号に○印を付けてください。(複数回答可)

- |                      |                   |             |
|----------------------|-------------------|-------------|
| 1 在宅移行時              | 2 状態変化時           | 3 本人の希望時    |
| 4 介護者の希望時            | 5 医師からの相談時        | 6 介護判定が出たとき |
| 7 サービス担当者会議で意見があったとき | 8 介護者が介護できなくなったとき |             |
| 9 必要性を判断した時          | 10 その他(具体的に       | )           |

3. 訪問看護の必要性を判断する際、指標や基準を明文化した文書やチェックリスト等を活用していますか。

- |           |   |       |
|-----------|---|-------|
| 1 はい(具体的に | ) | 2 いいえ |
|-----------|---|-------|

問3. 平成26年度における、訪問看護の導入状況について伺います。

1. 平成26年度、訪問看護が必要であると判断したが、利用につながらなかった事例はありますか。

- |        |    |      |
|--------|----|------|
| 1 あり ( | 件) | 2 なし |
|--------|----|------|

2. 上記1. で「1 あり」と回答した場合、その理由について該当する番号に○印をつけてください。(複数回答可)

- |                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| 1 医師に指示をもらえなかった          | 2 介護者の理解が得られなかった |
| 3 利用者の理解が得られなかった         | 4 利用限度額を超えてしまった  |
| 5 訪問看護ステーションに必要性がないと言われた |                  |
| 6 その他(具体的に               | )                |

3. 訪問看護の導入について相談したいと考えたとき、どこに相談をしていますか。該当する番号に○印をつけてください。(複数回答可)

- |                    |                       |   |
|--------------------|-----------------------|---|
| 1 市区町村・保健所         | 2 地域のかかりつけ医           |   |
| 3 病院 (地域連携室等)      | 4 県看護協会               |   |
| 5 県訪問看護ステーション連絡協議会 | 6 利用したことのある訪問看護ステーション |   |
| 7 居宅介護支援事業所        | 8 その他(具体的に            | ) |

4. 訪問看護が必要と判断し、依頼をしようとした際にハードルと感ずることについて、該当する番号上位3つに○印をつけてください。(上位3つを選択)

- 1 連絡すること自体に抵抗がある(敷居が高い等) (具体的に )
- 2 どうやって利用(相談)したら良いかわからない
- 3 どのステーションを選択していいかわからない
- 4 訪問看護ステーションと連絡を取るのが困難(連絡がつかない)
- 5 他のサービスと比較して報酬単価が高い
- 6 医師に必要性を理解してもらえない
- 7 介護者の理解が得られない
- 8 利用者の理解が得られない
- 9 利用限度額を超えてしまう
- 10 その他(具体的に )

問4. 訪問看護を導入してよかったと思った事例があれば教えてください。

( )

問5. 回答者ご自身のことについてお伺いします。

1. 職種について、該当する番号に○印をつけてください。

- 1 主任ケアマネジャー          2 社会福祉士

2. 上記職種の経験年数について、該当する番号に○印をつけてください。(平成27年9月現在)

- 1)1年未満      2)1年～3年未満      3)3年～5年未満      4)5年～10年未満      5)10年以上 ( 年)

3. 地域包括支援センターでの経験年数について、該当する番号に○印を付けてください。

(平成27年9月現在)

- 1)1年未満      2)1年～3年未満      3)3年～5年未満      4)5年～10年未満      5)10年以上 ( 年)

ご協力いただき、ありがとうございました。

平成27年9月1日

居宅介護支援事業所管理者 様

神奈川県訪問看護推進協議会会長

## 地域包括ケアにおける訪問看護の活用についての実態調査について(依頼)

時下ますます御清栄のことと御喜び申し上げます。

さて、神奈川県訪問看護推進協議会では、平成17年に神奈川県訪問看護推進支援事業の一環として設置されて以来、本県における訪問看護サービスの充実と質の向上に取り組んでおります。

このたび、今般の地域包括ケアシステム推進のためには、訪問看護の活用方法について、関係機関の方々からの御理解を得ることが大変重要であると考え、標記調査を実施することといたしました。この調査は、居宅介護支援事業所の管理者等が訪問看護を導入する際の判断基準や視点を明らかにし、訪問看護を活用していただくための連携方法等について検討することを目的に実施するものです。

つきましては、皆様からの御回答が貴重な資料となりますので、お忙しいところ大変恐縮ですが、本調査の趣旨を御理解いただき、何卒御協力くださいますようお願いいたします。

なお、回答にあたっては、本調査の目的から居宅支援事業所管理者の方をお願いいたします。

1. 調査名 地域包括ケアにおける訪問看護の活用についての実態調査

2. 調査対象 県内の居宅介護支援事業所500箇所(無作為抽出)

3. 回答者 **居宅介護支援事業所 管理者**

4. 調査方法 無記名自記式質問紙調査(郵送法)

別紙調査用紙にご記入のうえ、同封の返信用封筒でご返送ください。

5. 返信期日 **平成27年9月18日(金)まで**

6. 返送先 神奈川県保健福祉局保健医療部保健人材課看護指導グループ 宛

7. 調査実施における倫理的配慮の方法について

1) 本調査は無記名調査です。調査で得られたデータは、本調査以外の目的に使用しません。また、データは統計的に処理し、事業所や回答者個人が特定されることはありません。

2) 調査へのご協力は自由意思によるものであり、調査に協力されない場合も不利益が生じることはありません。なお、調査票へのご回答、ご返信をもって調査へのご協力に関して同意されたものとみなします。

3) 調査結果は報告書としてまとめ、県のホームページに掲載させていただくとともに、学会及び専門雑誌への投稿により公表させていただく場合があります。

問い合わせ先

神奈川県保健福祉局保健医療部保健人材課  
看護指導グループ

電話 045-210-1111(内線4744)

## 調査票【居宅介護支援事業所(管理者)】

## &lt;事業所の概要について&gt;

問1. 貴事業所の概要について伺います。

1. 設置主体について、該当する番号に○印をつけてください。

- |                              |                   |                        |
|------------------------------|-------------------|------------------------|
| 1 市町村                        | 2 医療法人            | 3 日本赤十字社・社会保険関係団体      |
| 4 看護協会                       | 5 医師会             | 6 社団・財団法人(4、5以外の公益・一般) |
| 7 社会福祉協議会                    | 8 社会福祉法人(社協以外)    | 9 営利法人(株式・合名・合資・有限会社)  |
| 10 農業協同組合及び連合会・消費生活協同組合及び連合会 | 11 特定非営利活動法人(NPO) |                        |
| 12 その他( )                    |                   |                        |

2. 同一設置主体で併設している施設または、サービスについて、該当番号に○印をつけてください。  
(複数回答可) (併設:同一法人等で設置している)

- |      |      |
|------|------|
| 1 あり | 2 なし |
|------|------|

## 【医療機関】

- |      |       |
|------|-------|
| 1 病院 | 2 診療所 |
|------|-------|

## 【介護保険施設】

- |            |            |             |
|------------|------------|-------------|
| 3 介護老人保健施設 | 4 介護老人福祉施設 | 5 介護療養型医療施設 |
|------------|------------|-------------|

## 【居宅サービス】

- |             |                |                |
|-------------|----------------|----------------|
| 6 訪問介護      | 7 訪問入浴介護       | 8 訪問リハビリテーション  |
| 9 居宅療養管理指導  | 10 通所介護        | 11 通所リハビリテーション |
| 12 療養通所介護   | 13 短期入所生活介護    | 14 訪問看護        |
| 15 短期入所療養介護 | 16 特定施設入居者生活介護 | 17 福祉用具貸与      |
| 18 特定福祉用具販売 |                |                |

## 【地域密着型サービス】

- |                            |                     |
|----------------------------|---------------------|
| 19 定期巡回随時対応型訪問介護看護         | 20 夜間対応型訪問介護        |
| 21 認知症対応型共同生活介護            | 22 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| 23 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護    | 24 小規模多機能型居宅介護      |
| 25 看護小規模多機能型居宅介護 (複合型サービス) |                     |

## 【その他】

- |                |            |            |
|----------------|------------|------------|
| 26 サービス付き高齢者住宅 | 27 有料老人ホーム | 28 それ以外( ) |
|----------------|------------|------------|

3. 設置されている地域について、該当する番号に○印をつけてください。

- 1 横浜北部 (鶴見区・神奈川区・港北区・緑区・青葉区・都筑区)
- 2 横浜西部 (西区・保土ヶ谷区・旭区・戸塚区・泉区・瀬谷区)
- 3 横浜南部 (中区・南区・港南区・磯子区・金沢区・栄区)
- 4 川崎北部 (高津区・宮前区・多摩区・麻生区)
- 5 川崎南部 (川崎区・幸区・中原区)
- 6 相模原 (中央区・南区・緑区)
- 7 横須賀・三浦 (横須賀市・鎌倉市・逗子市・三浦市・葉山町)
- 8 湘南東部 (藤沢市・茅ヶ崎市・寒川町)
- 9 湘南西部 (平塚市・秦野市・伊勢原市・大磯町・二宮町)
- 10 県央 (厚木市・大和市・海老名市・座間市・綾瀬市・愛川町・清川村)
- 11 県西 (小田原市・南足柄市・中井町・大井町・松田町・山北町・開成町・箱根町・真鶴町・湯河原町)

4. 開設してからの年数について、該当する番号に○印をつけてください。(平成27年9月現在)

- 1)1年未満    2)1年～3年未満    3)3年～5年未満    4)5年～10年未満    5)10年以上 ( 年)

5. 平成26年度に、ケアプランを作成した利用者数(実数)をご記入ください。

要介護者(                      人)                      要支援者委託(                      人)

6. 上記5.のうち、訪問看護をケアプランに組み入れた利用者数(実数)をご記入ください。

要介護者(                      人)                      要支援者委託(                      人)



<訪問看護の活用について> (回答者個人としてご回答ください。)

問2. 訪問看護の必要性の判断について伺います。

1. 訪問看護の必要性を判断する際の基準として、どのような視点から判断をされていますか。該当する番号に○印を付けてください。(複数回答可)

**【食事・栄養について】**

- 1 食事療法が必要                      2 食事の摂取量が少ない                      3 食事内容に極端な偏りがある  
4 水分摂取が少ない                      5 誤嚥しやすい                      6 脱水を起こしやすい  
7 経管栄養をしている(経鼻・胃ろう)                      8 その他(具体的に )

**【排泄について】**

- 1 排尿障害がある(頻尿・尿が出にくいなど)                      2 自己導尿をしている  
3 排便のコントロールがうまくできない(下痢・便秘など)                      4 浣腸や摘便が必要  
5 膀胱瘻または留置カテーテルがある                      6 ストーマがある  
7 その他(具体的に )

**【清潔について】**

- 1 入浴や清拭の介助が必要                      2 口腔内の清潔が保てない                      3 その他(具体的に )

**【移動について】**

- 1 転倒の既往がある                      2 移動時に介助が必要である  
3 一人で起き上がれない                      4 その他(具体的に )

**【医療的管理について】**

- 1 注射をしている(自己注射含む)                      2 吸引をしている                      3 点滴をしている  
4 疼痛コントロールをしている                      5 服薬管理が必要である                      6 酸素を使用している  
7 人工呼吸器を使用している                      8 その他の医療機器を使用している

**【疾患や病状について】**

- 1 難病や進行性の疾患                      2 ターミナル期                      3 認知症  
4 精神的に不安定                      5 精神疾患がある                      6 不眠がある  
7 寝たきり                      8 入退院を繰り返している  
9 創傷や褥瘡がある(生じる可能性含む)                      10 リハビリテーションが必要である  
11 高血圧や糖尿病などの慢性疾患のコントロール不良                      12 疾患に関わらず退院直後である  
13 その他(具体的に )

【その他の状況について】

- |                  |                   |             |
|------------------|-------------------|-------------|
| 1 独居             | 2 介護度が高い          | 3 利用者・家族の希望 |
| 4 予防的な関わりが必要である  | 5 介護者の精神的支援が必要である |             |
| 6 利用者の経済状況に余裕がある | 7 利用限度額に余裕がある     |             |
| 8 家族関係調整が必要な状況   | 9 その他(具体的に )      |             |

2. どのような時点(タイミング)で訪問看護を導入する契機としていますか。該当する番号に○印を付けてください。(複数回答可)

- |                      |                   |             |
|----------------------|-------------------|-------------|
| 1 在宅移行時              | 2 状態変化時           | 3 本人の希望時    |
| 4 介護者の希望時            | 5 医師からの相談時        | 6 介護判定が出たとき |
| 7 サービス担当者会議で意見があったとき | 8 介護者が介護できなくなったとき |             |
| 9 必要性を判断した時          | 10 その他(具体的に )     |             |

3. 訪問看護の必要性を判断する際、指標や基準を明文化した文書やチェックリスト等を活用していますか。

- |             |       |
|-------------|-------|
| 1 はい(具体的に ) | 2 いいえ |
|-------------|-------|

問3. 平成26年度における、訪問看護の導入状況について伺います。

1. 平成26年度、訪問看護が必要であると判断したが、利用につながらなかった事例はありますか。

- |           |      |
|-----------|------|
| 1 あり ( 件) | 2 なし |
|-----------|------|

2. 上記1. で「1 あり」と回答した場合、その理由について該当する番号に○印をつけてください。(複数回答可)

- |                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| 1 医師に指示をもらえなかった          | 2 介護者の理解が得られなかった |
| 3 利用者の理解が得られなかった         | 4 利用限度額を超えてしまった  |
| 5 訪問看護ステーションに必要性がないと言われた |                  |
| 6 その他(具体的に )             |                  |

3. 訪問看護の導入について相談したいと考えたとき、どこに相談をしていますか。該当する番号に○印をつけてください。(複数回答可)

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| 1 市区町村・保健所         | 2 地域のかかりつけ医           |
| 3 病院(地域連携室等)       | 4 県看護協会               |
| 5 県訪問看護ステーション連絡協議会 | 6 利用したことのある訪問看護ステーション |
| 7 その他(具体的に )       |                       |



