

⑥貴事業所は医療資源の少ない地域*に該当しますか。 *「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添3」の「別紙2」に掲げる「医療を提供しているが医療資源の少ない地域」	1. はい 2. いいえ
【⑤で「1. はい」と回答、または、⑥で「1. はい」と回答した場合】 ⑦複数の訪問看護ステーションが連携して24時間対応の体制を確保し、24時間対応体制加算を算定した利用者がいますか。(令和4年10月の1か月間)	1. いる → ()人 2. いない
⑧貴事業所は介護保険の訪問看護費の「中山間地域等の小規模事業所加算」の対象地域にありますか。	1. はい 2. いいえ
⑨業務継続計画(BCP: Business Continuity Plan)の策定状況	1. 業務継続計画を策定済み (研修・訓練を実施している) 2. 業務継続計画を策定済み (研修・訓練を今後実施する予定) 3. 業務継続計画を策定中 4. 業務継続計画をこれから策定予定

《人員体制》

⑩ 貴事業所の職員数を常勤換算* (請求する保険の種別を問わず訪問看護業務に従事する全職員を常勤換算)でお答えください。 ※1人の職員が複数の資格等に当てはまる場合は、主たる業務に従事するものとして計上してください。 (1人の職員を重複計上することはできません)。					
保健師・助産師 ・看護師	准看護師	リハビリ職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)			
		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	
.					
その他の職員					
	(うち) 精神保健福祉士	(うち) 介護支援専門員	(うち) 相談支援専門員	(うち) 事務職員	(うち) その他の職員 (看護補助者等)
.					

* 非常勤職員・兼務職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください(小数点以下第1位まで)。

- ・1週間に数回勤務の場合:(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴事業所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)
- ・1か月に数回勤務の場合:(非常勤職員の1か月の勤務時間)÷(貴事業所が定めている常勤職員の1か月の勤務時間)

⑪常勤看護職員の数(令和4年11月1日時点、サテライト配置の看護職員を含む)	人
⑫令和4年11月1日時点の認定看護師及び専門看護師の有無等について、いる場合の人数と活動実績をご記入ください。	
1) 認定看護師・専門看護師の有無と人数 (令和4年11月1日時点)	1. 認定看護師がいる(人) 2. 専門看護師がいる(人) 3. いない → ⑬へ
2) 認定看護師の専門分野(令和4年11月1日時点) ※あてはまるもの全てに○	
1. 感染管理 2. がん放射線療法看護 3. がん薬物療法看護 4. 緩和ケア 5. クリティカルケア 6. 呼吸器疾患看護 7. 在宅ケア 8. 手術看護 9. 小児プライマリケア 10. 新生児集中ケア 11. 心不全看護 12. 腎不全看護 13. 生殖看護 14. 摂食嚥下障害看護 15. 糖尿病看護 16. 乳がん看護 17. 認知症看護 18. 脳卒中看護 19. 皮膚・排泄ケア 20. 精神科看護(日本精神科看護協会認定)	
* 平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を修了している者については、下記のとおり回答してください。	
・「救急看護」「集中ケア」を修了→「クリティカルケア」を選択 ・「小児救急看護」を修了→「小児プライマリケア」を選択 ・「がん性疼痛看護」を修了→「緩和ケア」を選択 ・「脳卒中リハビリテーション看護」を修了→「脳卒中看護」を選択 ・「がん化学療法看護」を修了→「がん薬物療法看護」を選択 ・「慢性呼吸器疾患看護」を修了→「呼吸器疾患看護」を選択 ・「不妊症看護」を修了→「生殖看護」を選択 ・「慢性心不全看護」を修了→「心不全看護」を選択 ・「透析看護」を修了→「腎不全看護」を選択 ・「訪問看護」を修了→「在宅ケア」を選択 ・「摂食・嚥下障害看護」を修了→「摂食嚥下障害看護」を選択	
3) 専門看護師の専門分野(令和4年11月1日時点) ※あてはまるもの全てに○	
1. がん看護 2. 精神看護 3. 地域看護 4. 老人看護 5. 小児看護 6. 慢性疾患看護 7. 家族支援 8. 在宅看護 9. 母性看護 10. 急性・重症患者看護 11. 感染症看護 12. 遺伝看護 13. 災害看護 14. 放射線看護	
4) 認定看護師や専門看護師による他訪問看護ステーション又は他医療機関の職員に向けた研修や勉強会*の開催回数(令和4年5～10月の6か月間) *「研修や勉強会」とは、他機関が開催する研修や勉強会に講師として呼ばれた回数を含めず、自訪問看護ステーションや、専門性の高い看護師自身が主催した研修や勉強会の回数を記載してください。	回
⑬令和4年11月1日時点の特定行為研修修了者の有無、いる場合の人数と活動実績をご記入ください。	
1) 特定行為研修修了者の有無と特定行為研修修了者数	1. いる(人) → ⑬1)-1へ 2. いない → ⑭へ
1)-1 特定行為研修修了者が修了している特定行為区分 ※あてはまるもの全てに○	
1. 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 2. 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 3. 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 4. 循環器関連 5. 心嚢ドレーン管理関連 6. 胸腔ドレーン管理関連 7. 腹腔ドレーン管理関連 8. ろう孔管理関連 9. 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 10. 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 11. 創傷管理関連 12. 創部ドレーン管理関連 13. 動脈血液ガス分析関連 14. 透析管理関連 15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 16. 感染に係る薬剤投与関連 17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 18. 術後疼痛管理関連 19. 循環動態に係る薬剤投与関連 20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連	

1)-2 特定行為研修修了者が修了しているパッケージ研修 ※あてはまるもの全てに○

- | | | |
|-------------|---------------|-------------|
| 1. 在宅・慢性期領域 | 2. 外科術後病棟管理領域 | 3. 術中麻酔管理領域 |
| 4. 救急領域 | 5. 外科系基本領域 | 6. 集中治療領域 |

1)-3 特定行為研修修了者が行っている活動 ※あてはまるもの全てに○

1. 特定行為を実施している
2. ステーションの管理者として勤務している
3. 主治医との調整を担っている
4. 自ステーションの職員への指導や研修を行っている
5. 他ステーションや医療機関の職員への指導や研修を行っている
6. 他の看護師と同様の勤務をしている
7. その他(具体的に: _____)

【1)-3で、「1. 特定行為を実施している」を選択した場合、以下にご回答ください。】

1)-4 実施している特定行為 ※あてはまるもの全てに○

- | | | |
|---|-----------------------|-------------------|
| 1. 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 | 2. 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 | |
| 3. 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 | 4. 循環器関連 | 5. 心嚢ドレーン管理関連 |
| 6. 胸腔ドレーン管理関連 | 7. 腹腔ドレーン管理関連 | 8. ろう孔管理関連 |
| 9. 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 | | |
| 10. 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 | | |
| 11. 創傷管理関連 | 12. 創部ドレーン管理関連 | 13. 動脈血液ガス分析関連 |
| 14. 透析管理関連 | 15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 16. 感染に係る薬剤投与関連 |
| 17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | 18. 術後 疼痛管理関連 | 19. 循環動態に係る薬剤投与関連 |
| 20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | 21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 | |

《利用者の状況》

⑭令和4年8月から10月の3か月間における、新規利用者数(実人数)と対応が終了した利用者数をご記入ください。		
1) 新規利用者数(医療保険)		人
2) 対応が終了した利用者数(医療保険)		人
3) 2)のうち、亡くなった利用者数(医療保険)		人
⑮令和3年10月と令和4年10月の各1か月間の訪問看護の利用者数(実人数)をご記入ください。		
	令和3年10月	令和4年10月
1) 全利用者数(医療保険と介護保険の訪問看護の利用者を合わせた人数)(a+b)	人	人
a. 医療保険を算定した利用者数(a-1 + a-2)	人	人
a-1. 医療保険のみを算定した利用者数	人	人
a-2. 医療保険と介護保険の両方を同月に算定した利用者数	人	人
b. 介護保険のみを算定した利用者数	人	人

※参照A

【以下は、「a.医療保険を算定した利用者数」(参照A)を対象に回答してください。】

	令和3年10月	令和4年10月
2) a (参照A)のうち、医療保険の特掲診療料の施設基準等別表7(厚生労働大臣の定める疾病等)に該当する利用者数	人	人
3) a (参照A)のうち、医療保険の特掲診療料の施設基準等別表8(厚生労働大臣の定める状態等にあるもの)に該当する利用者数	人	人
4) a (参照A)のうち、「訪問看護指示書」が交付され、精神疾患を有する利用者数	人	人
5) a (参照A)のうち、精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者数	人	人
6) a (参照A)のうち、「精神科訪問看護指示書」が交付され、身体合併症を有する利用者数	人	人
7) a (参照A)のうち、「特別訪問看護指示書」を交付された利用者数	人	人
8) a (参照A)のうち、「精神科特別訪問看護指示書」を交付された利用者数	人	人
9) a (参照A)のうち、「訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者数	人	人
10) a (参照A)のうち、「精神科訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者数	人	人
11) a (参照A)のうち、リハビリ職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)が単独で1日以上医療保険の訪問看護を行った利用者数	人	人

※参照B

※参照C

⑯ a (参照A)のうち、15歳未満の利用者について、超重症児・準超重症児・医療的ケア児*・その他の人数をご記入ください。				
*「医療的ケア児」とは、人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な障害児を指します。				
	i)超重症児	ii)準超重症児	iii)医療的ケア児 ※(i)・ii)を除く	iv)その他
令和3年10月	人	人	人	人
令和4年10月	人	人	人	人

⑰ a (参照A)のうち、日常生活自立度(寝たきり度)別の人数をご記入ください。						
	自立	ランクJ	ランクA	ランクB	ランクC	不明
令和3年10月	人	人	人	人	人	人
令和4年10月	人	人	人	人	人	人

⑱ a (参照A)のうち、要介護度別の人数をご記入ください。								
	未申請	要支援1・2	要介護1・2・3	要介護4	要介護5	申請中	非該当	不明
令和3年10月	人	人	人	人	人	人	人	人
令和4年10月	人	人	人	人	人	人	人	人

⑲ a (参照A)のうち、要介護者等(要支援1～要介護5の利用者)について、認知症高齢者の日常生活自立度の区分別の人数をご記入ください。							
	自立	I	II	III	IV	M	不明
令和3年10月	人	人	人	人	人	人	人
令和4年10月	人	人	人	人	人	人	人

⑳ 精神科訪問看護療養費を算定している利用者(参照B)のうち、GAF尺度別の人数をご記入ください。							
	100-91	90-81	80-71	70-61	60-51	50-41	40-31
令和4年10月	人	人	人	人	人	人	人
	30-21	20-11	10-1	0			
	人	人	人	人			

㉑ 令和3年10月、および令和4年10月の医療保険の利用者数を対象に、利用者の延べ訪問回数(医療保険)*をご記入ください。			
*ここでいう訪問回数とは、基本療養費(I)、(II)及び精神科基本療養費(I)、(III)の算定回数を指す。			
		令和3年10月	令和4年10月
1) 医療保険による訪問看護利用者数(記入不要)およびその利用者への延べ訪問回数 (利用者数は、⑮ 1) a 参照A 対象)	利用者数	⑮ 1) a参照Aと同じ	⑮ 1) a参照Aと同じ
	延訪問回数	延____回	延____回
1)-1 ㉑1)のうち、精神科訪問看護基本療養費を算定している利用者数(記入不要)および延べ訪問回数 (利用者数は、⑮ 5) 参照B 対象)	利用者数	⑮ 5)参照Bと同じ	⑮ 5)参照Bと同じ
	延訪問回数	延____回	延____回
1)-2 ㉑1)のうち リハビリ職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)が単独で1日以上訪問看護を実施している利用者数(記入不要)および延べ訪問回数 (利用者数は、⑮ 11) 参照C 対象)	利用者数	⑮ 11)参照Cと同じ	⑮ 11)参照Cと同じ
	延訪問回数	延____回	延____回

《特別管理加算・訪問看護基本療養費》

③ 特別管理加算の届出の有無	1. あり	2. なし
④ 訪問看護基本療養費の注2、注4に規定する専門の研修を受けた看護師に係る届出の有無 ※「1.あり」の場合は、a～d のうち該当するもの全てに○	1. あり →	a.緩和ケア b.褥瘡ケア c.人工肛門ケア・人工膀胱ケア d.特定行為研修(褥瘡管理関連)
	2. なし	

《機能強化型訪問看護管理療養費》

⑤ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出の有無 ※「1.あり」の場合はa～c のうち該当するもの1つに○

1. あり → (a. 機能強化型1 b. 機能強化型2 c. 機能強化型3) → ⑤-1へ 2. なし → ⑤-3へ

【⑤で「1. あり」(機能強化型訪問看護管理療養費a～cの何れかの届出あり)を選択した場合、以下にご回答ください。】

⑤-1 人材育成のための研修等の実施状況 ※あてはまるもの全てに○

1. 看護学生を対象とした実習の受入れ
2. 病院もしくは地域において在宅療養を支援する医療従事者等の知識及び技術等の習得を目的とした研修
3. 地域の訪問看護ステーションと連携した業務継続計画の策定、研修及び訓練の主催
4. 地域の医療従事者等に対する同行訪問による訪問看護研修
5. その他(具体的に: _____)

【⑤で「1. あり」(機能強化型訪問看護管理療養費a～cの何れかの届出あり)を選択した場合、以下にご回答ください。】

⑤-2 地域の医療機関、訪看ステーション、住民等に対する情報提供又は相談の実績 ※あてはまるもの全てに○

【提供先】
1. 地域の医療機関 2. 訪問看護ステーション 3. 住民 4. 介護サービス事業所
5. 障害福祉サービス事業所 6. 学校等 7. その他(_____)

【実施している内容】

実施している事項	内容
1. 情報提供	1. 自訪問看護ステーションの利用方法 2. 自訪問看護ステーションの提供内容 3. 訪問看護利用者の事例 4. 認知症に関する普及啓発 5. 障害に関する普及啓発 6. 介護保険制度や介護保険サービスに関する普及啓発 7. 障害福祉制度や障害福祉サービスに関する普及啓発 8. その他(_____)
2. 相談	

【⑤で「2. なし」(機能強化型訪問看護管理療養費の届出なし)を選択した場合、以下にご回答ください。】

⑤-3 今後の機能強化型訪問看護管理療養費の届出意向
※「1. 届出の予定がある」の場合は、該当するもの1つに○

1. 届出の予定がある
 ↳ 予定がある届出: 該当する番号に○ (機能強化型訪問看護管理療養費 1・2・3) → ⑥へ

2. 届出について検討中 → ⑤-4へ

3. 届出の予定はない → ⑤-4へ

【⑤で「2. なし」(機能強化型訪問看護管理療養費の届出なし)を選択し、さらに⑤-3で「2. 届出について検討中」又は「3. 届出の予定はない」を選択した場合、以下にご回答ください。】

⑤-4 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 ※あてはまるもの全てに○

- | | | |
|--|------------|-----------|
| 1. 常勤の看護職員数 | 2. 看護職員割合 | 3. 24時間対応 |
| 4. ターミナルケアの実施 | 5. 重症児の受入れ | |
| 6. 重症度の高い利用者(特掲診療料の施設基準等別表第7)の受入れ | | |
| 7. 重症度の高い利用者(特掲診療料の施設基準等別表第8)の受入れ | | |
| 8. 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 | | |
| 9. 居宅介護支援事業所の設置 | | |
| 10. 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 | | |
| 11. 特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所の設置 | | |
| 12. 特定相談支援事業所又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 | | |
| 13. 休日、祝日も含めた計画的な訪問看護の実施 | | |
| 14. 退院時共同指導加算の算定実績 | | |
| 15. 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 | | |
| 16. 地域の保険医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績 | | |
| 17. 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 | | |
| 18. 地域の訪問看護ステーションや住民などへの情報提供や相談の実績 | | |
| 19. 要件は満たしているが届出はしない | | |

《専門管理加算》

⑥専門管理加算の届出の有無	1. あり	2. なし
【⑥で「1. あり」を選択した場合、以下にご回答ください。】		
⑥-1 専門管理加算を算定した利用者数をご記入ください (令和4年10月の1か月)		人

3. 精神科訪問看護の届出状況（令和4年11月1日時点）及び算定状況等についてお伺いします。

【精神科訪問看護の実施状況について、全ての事業所がご回答ください。】

① 精神科訪問看護基本療養費の届出の有無	1. あり	2. なし
【①で「1.あり(精神科訪問看護基本療養費の届出)」と回答した場合】		
1)精神科訪問看護基本療養費が算定できる従事者の届出状況についてご回答ください。 ※複数該当している場合は、該当するものそれぞれに人数を計上してください。		
1)精神科訪問看護基本療養費が算定できる従事者数		人
	該当者数	GAF尺度に関する研修 の修了者数*
2) 1)のうち、精神科を標榜する保険医療機関における精神科棟又は精神科外来の勤務経験のある者	人	人
3) 1)のうち、精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験のある者	人	人
4) 1)のうち、精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務経験のある者	人	人
5) 1)のうち、精神科訪問看護に関する知識・技術の習得を目的とした研修を修了した者	人	人
6) 5)のうち、2)～4)いずれにも該当せず5)のみに該当している者	人	人

*「GAF尺度に関する研修」とは、精神科訪問看護に関する知識・技術の習得を目的とした研修のうち、「GAF尺度による利用者の状態の評価方法」の内容に関する研修を指す。

② 精神科複数回訪問加算の届出の有無	1. あり	2. なし
③ 精神科重症患者支援管理連携加算の届出の有無	1. あり → ③-1へ	2. なし → ③-3へ
【③で「1.あり(精神科重症患者支援管理連携加算の届出)」と回答した場合】		
③-1 1. ⑮ 5) (参照B) (P.5参照)のうち、精神科重症患者支援管理連携加算を算定した利用者数をご記入ください。		
1) イ:精神科在宅患者支援管理料2のイを算定した利用者数 (令和4年10月)		人
2) ロ:精神科在宅患者支援管理料2のロを算定した利用者数 (令和4年10月)		人
【③-1で精神科重症患者支援管理連携加算の算定利用者数が0人の場合】		
③-2 精神科重症患者支援管理連携加算を算定していない理由をご回答ください。 ※あてはまるもの全てに○		
1. 精神科在宅患者支援管理料を算定した利用者がいない 2. チームカンファレンス(保険医療機関と連携して設置する専任のチームによるカンファレンス)の開催頻度の要件をクリアすることが難しい(ビデオ通話も含む) 3. チームカンファレンス(保険医療機関と連携して設置する専任のチームによるカンファレンス)の参加者の要件をクリアすることが難しい(ビデオ通話も含む) 4. 共同カンファレンス(保健所又は精神保健福祉センター等と共同した会議)の開催頻度の要件をクリアすることが難しい(ビデオ通話も含む) 5. 共同カンファレンス(保健所又は精神保健福祉センター等と共同した会議)の参加者の要件をクリアすることが難しい(ビデオ通話も含む) 6. 支援計画の内容を利用者、家族等に文書で説明をすることが難しい 7. カンファレンスでビデオ通話を使用する場合、個人情報の共有について、利用者の同意を得ることが難しい 8. その他(具体的に:)		

【③で「2. なし(精神科重症患者支援管理連携加算の届出)」と回答した場合】

③-3 届出を行っていない理由 ※あてはまるもの全てに○

1. 精神科訪問看護基本療養費の届出をしていない
2. 24時間対応体制加算の届出をしていない
3. 精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者の主治医が属する保険医療機関が、24時間の往診又は精神科訪問看護・指導を行う体制を確保できていない
4. 対象となる利用者が少ない(いない)
5. チームカンファレンス(保険医療機関と連携して設置する専任のチームによるカンファレンス)の要件をクリアすることが難しい
6. 共同カンファレンス(保健所又は精神保健福祉センター等と共同した会議)の要件をクリアすることが難しい
7. 支援計画の内容について、利用者、家族等に文書で説明して同意を得ることが難しい
8. その他(具体的に:)

④身体合併症に対応していますか。 ※○は1つだけ

1. 対応している
2. 対応していない

【④で「1. 対応している」と回答した施設】

④-1 下記の状態等の患者への対応の可否をご記入ください。(対応可能なものに○)

a. 在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態にある者	
b. 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者	
c. 気管カニューレを使用している状態にある者	
d. 留置カテーテルを使用している状態にある者	
e. 在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者	
f. 在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者	
g. 在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者	
h. 在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者	
i. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者	
j. 在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者	
k. 在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者	
l. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者	
m. 在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者	
n. 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者	
o. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者	
p. 真皮を越える褥瘡の状態にある者	
q. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者	
r. 向精神薬による副作用への対応	

⑤ 精神科訪問看護の届出をしている訪問看護ステーションのみご回答ください。

1. ⑮5（参照B）（P.5参照）のうち、複数名精神科訪問看護加算を算定した利用者数を看護職員と同行した職種ごとにご記入ください。（令和4年10月の1か月間） ※1人の利用者が複数の状態にあてまる場合は全てに計上

	a.保健師、 看護師	b.作業療法 士	c.准看護師	d.看護補助 者	e.精神保健 福祉士
⑤-1 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者	人	人	人	人	人
⑤-2 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者	人	人	人	人	人
⑤-3 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者	人	人	人	人	人
⑤-4 その他利用者の状況等から判断して、上記のいずれかに準ずると認められる者	人	人	人	人	人
（具体的に： ）					

4. 診療報酬の算定状況についてお伺いします。

《複数名訪問看護加算》

① a（参照A）（P.5参照）のうち、複数名訪問看護加算を算定した利用者数を看護職員と同行した職種ごとにご記入ください。（令和4年10月の1か月間） ※1人の利用者が複数の状態にあてまる場合は全てに計上

	a. 保健師、 助産師、 看護師	b. 理学療法士、 作業療法士、 言語聴覚士	c. 准看護師	d. 看護補助者
①-1 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の利用者	人	人	人	人
①-2 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者	人	人	人	人
①-3 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者	人	人	人	人
①-4 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者	人	人	人	人
①-5 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者	人	人	人	人
①-6 その他、利用者の状況等から判断して、上記のいずれかに準ずると認められる者	人	人	人	人
（具体的に： ）				

《訪問看護ターミナルケア療養費》

② 令和3年及び令和4年の5～10月の6か月間の訪問看護ターミナルケア療養費を算定した人数についてご回答ください。 ※小児は15歳未満とする。		
	令和3年5～10月	令和4年5～10月
1) 訪問看護ターミナルケア療養費1	人	人
うち、小児の患者	人	人
2) 訪問看護ターミナルケア療養費2	人	人
うち、小児の患者	人	人
3) ②1)2)で訪問看護ターミナルケア療養費を算定していない事業所はその理由をご回答ください。 ※あてはまるもの全てに○		
1. 死亡前15日間に2回以上、訪問看護の基本療養費を算定する要件のクリアが難しい 2. ターミナルケアの支援体制について利用者や家族等に説明することが難しい 3. 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等をふまえ、利用者や家族等と医療・ケアチームによる十分な話し合いにより、利用者本人の意思決定を基本にターミナルケアを実施することが難しい 4. 利用者の自己負担額が大きくなることに利用者、家族等の理解と納得を得ることが難しい 5. 介護保険のターミナルケア加算の算定を行った 6. 当該期間中にターミナルケアが必要な利用者がいなかった 7. ターミナルケアを実施する体制を有していない 8. その他(具体的に:)		

《訪問看護ステーションにおけるリハビリ職との連携状況等》

③ 1. ①1)-2(P.6参照)でリハビリ職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)が単独で1日以上以上の訪問看護を実施している実績がある場合、ご回答ください。		
1) 看護職員とリハビリ職の具体的な連携の方法として行っているもの ※あてはまるもの全てに○		
1. 退院前カンファレンスや契約前訪問時に看護職員とリハビリ職と一緒に参加している 2. 訪問看護開始後、看護職員とリハビリ職で定期的カンファレンスを開催している 3. 看護職員とリハビリ職が訪問の都度、日々利用者の情報を共有している 4. 看護職員がリハビリ職と協力して同じ訪問看護の目標を共有している 5. リハビリ職のアセスメント等も踏まえて、看護職員が訪問看護計画を作成している 6. 看護職員がリハビリ職と協力して各職種が実施した訪問看護の定期的な評価を行っている 7. その他(具体的に:)		
2) ③1)で1又は2の場合、リハビリテーション以外の看護について、具体的なケア内容が指示書に記載されていますか。	1.記載あり	2.記載なし

5. 貴訪問看護ステーションと関係機関との連携状況等

① (1. ⑮ 1)参照A) (P.5参照)のうち、令和3年10月、および 令和4年10月の訪問看護情報提供療養費を算定した利用者数について、ご回答ください。		
	令和3年10月	令和4年10月
1) 訪問看護情報提供療養費 1	人	人
2) 訪問看護情報提供療養費 2	人	人
3) 訪問看護情報提供療養費 3	人	人
② ① 2) において訪問看護情報提供療養費 2を算定した利用者がある場合、その利用者について以下に該当する人数をそれぞれ記入してください。		
<対象別> ※利用者1人につき 1) ~ 3)のいずれか1つに計上	令和4年10月	
1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の18歳未満の小児	人	
2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる18歳未満の小児	人	
3) 18歳未満の超重症児又は準超重症児	人	
<情報提供の依頼元別> ※利用者1人につき 4) ~ 6)のいずれか1つに計上	令和4年10月	
4) 保育所等・幼稚園・小学校・中学校・高等学校から情報提供の求めがあった者	保育所等・幼稚園()人・ 小学校()人・中学校()人 高等学校()人	
5) 特別支援学校から情報提供の求めがあった者	人	
6) 4)、5)以外の学校から求めがあった者	人	
③ 訪問看護情報提供療養費 2を算定できないが、小児の利用者について訪問看護の情報提供書の送付を求められたことがありますか。 ある場合、人数を記入ください。(令和4年10月の1か月間)	1. ある()人 2. ない	
③-1 訪問看護情報提供療養費 2を算定できないが、小児の利用者について訪問看護の情報提供書の送付を求められたことがある場合、算定できなかった理由をご回答ください。		
1. 算定対象となる利用者ではなかったから(具体的な疾患名や状態を記載:)		
2. 算定対象となる情報提供先ではなかったから(具体的な情報提供先を記載:)		
3. 算定回数の上限を超えていたから(具体的な頻度を記載* :) * 例: 1学期あたりに1回、入院の都度など		
4. その他(具体的に:)		

④医療機関・地域の医療・介護・障害福祉関係者との連携状況、地域での取組等として実施しているものをご回答ください。
 （研修、地域ケア会議、実習生の受け入れ等） ※あてはまるもの全てに○

1. 利用者が入院又は退院する際の入院医療機関との連絡・調整
2. 介護サービス事業所からの相談対応や訪問へ同行し、助言等を行っている
3. 障害福祉サービス事業所からの相談対応や訪問へ同行し、助言等を行っている
4. 個別の患者に関する他の医療機関への情報照会
5. 個別の患者に関するケアマネジャー等の介護関係者への情報照会
6. ネットワークを有する他の医療機関・介護関係者等との定期的な情報交換
7. 保健所・市町村保健センター等との連絡・調整
8. 医療・介護・障害福祉に関する研修の開催
9. 医療・介護・障害福祉に関する研修への参加
10. 地域の医療・介護関係者等が参画する会議（地域ケア会議、研修会等）への参加
11. 医療機関等と相互の人材交流の取組の実施
12. 医療機関等から訪問看護に関する研修等の受入れ
13. 看護学生等の実習生の受け入れ
14. 障害等に関する普及啓発活動
15. その他（具体的に： _____)
16. 特に行っている取組はない

⑤地域の薬剤師との連携状況等について、①連携している薬剤師が実施していること、②薬剤師の活動として期待することをご回答ください。 ※あてはまるもの全てに○

	①実施していること	②活動として期待すること
1. 夜間・休日、緊急時における医薬品の提供		
2. 麻薬の調剤（座薬、貼付剤等を含む）		
3. 衛生材料の供給		
4. 輸液ポンプ等高度管理医療機器の供給		
5. 看護師等に対する輸液等において薬剤の調製に関する助言		
6. 利用者の服薬状況・残薬の確認		
7. 服用薬の副作用に関する情報提供		
8. 薬剤の保管・管理に関する助言・指導		
9. 医師の指示とおりの服用が難しい場合の対応策の提案（お薬カレンダー、飲みにくい錠剤を粉砕、一包化等）		
10. その他（具体的に： _____)		

6. 明細書の無料発行の実施状況

※ 本設問については、令和4年6月末時点の状況についてご記入ください。

1 貴事業所のレセプト請求方法等についてお伺いします。

【レセプト請求方法等】

①レセプトコンピュータ等による医事会計システム ^{注1} の導入状況 ※○は1つだけ	1. 導入している 2. 導入の具体的な予定がある(令和 年頃に導入予定) 3. 導入を検討中(検討終了予定時期 令和 年頃) 4. 導入する予定はない
②医療保険のレセプト請求方法 ※最も多いものに○	1. 紙レセプトによる提出(レセプトコンピュータ等による医事会計システムを使用) 2. 紙レセプトによる提出(手書き) 3. その他(具体的に)

注1:「レセプトコンピュータ等による医事会計システム」とは、いわゆるレセコンのことです。

【ICT(情報通信技術)機器の使用状況】

③業務で使用している ICT 機器の状況 ※使用しているものすべてに○※台数を数字で記入	使用している機器	台数	公用／私用の区別
	1. PC	台	1. 公用 2. 私用 3. 公用兼私用
	2. タブレット	台	1. 公用 2. 私用 3. 公用兼私用
	3. スマートフォン	台	1. 公用 2. 私用 3. 公用兼私用
	4. その他()	台	1. 公用 2. 私用 3. 公用兼私用

<ここから先の質問は、医療保険の利用者への対応等についてのみお答えください>

- 2 貴事業所における明細書（訪問看護療養費の内容がわかる明細書）の発行状況、発行体制、利用者の反応等についてお伺いします。

【明細書の発行状況】

①貴事業所における、明細書の発行状況として、最もあてはまるものを選んでください。 ※○は1つだけ	
1. 全利用者に発行している →令和4年6月1か月間の発行件数()件	
2. 発行を希望しない利用者等を除き利用者に発行している →令和4年6月1か月間の発行件数()件	
3. 発行を希望する利用者にのみ発行している →令和4年6月1か月間の発行件数()件	
4. 明細書の発行は行っていない →18ページの質問3へ	
②現在、明細書発行について、利用者から費用を徴収していますか。費用を徴収している場合、1件当たりの金額はいくらですか。また、その金額の算出根拠を具体的にお書きください。 ※○は1つだけ	
1. 徴収していない	
2. 徴収している	→ { 1件当たりの徴収金額:()円 上記徴収金額の算出根拠:()
③貴事業所では、どのようなタイミング（頻度）で利用者に対して明細書を発行していますか。 ※○はいくつでも	
1. 会計の都度発行	2. 次回訪問時に発行
3. 月に1回まとめて発行	4. 利用者・家族の要望に応じて発行
5. その他(具体的に:)	

【明細書の発行体制等】

④貴事業所では、明細書の作成・発行について、どのような体制で対応していますか。 ※○はいくつでも	
1. 事務職員が対応している	2. 管理者が対応している
3. 看護職員が対応している	4. その他(具体的に:)
5. 特に対応する体制をとっていない	
⑤貴事業所では、明細書をどのような方法で作成・発行していますか。 ※○は1つだけ	
1. レセプトコンピュータで作成・出力している	2. パソコン等で作成・出力している
3. 手書きで作成・発行している	4. その他(具体的に:)
⑥明細書発行体制の整備にあたって、負担となることは何ですか。 ※○はいくつでも	
1. 設備投資のための初期費用	
2. 明細書発行のための人員体制整備	
3. 明細書発行のための運用経費(インク・紙などの消耗品代)	
4. 明細書発行に伴う業務負担の増加	
5. その他(具体的に:)	
6. 特に負担に感じることはない	

【利用者の反応】

⑦ 貴事業所において、令和4年6月1か月間で、利用者から明細書の内容について問合せはありましたか。
※〇は1つだけ

1. あった → 質問⑦-1・質問⑦-2へ 2. なかった → 質問③へ

【利用者から問合せがあった施設の方】

⑦-1 明細書についての利用者からの問合せ項目はどのようなものがありましたか。 ※〇はいくつでも

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1. 請求期間 | 2. 提供日 |
| 3. 訪問看護療養費の個別項目名 | 4. 訪問看護療養費の個別単価 |
| 5. 訪問看護療養費の個別回数 | 6. 保険外負担分の項目・単価・回数 |
| 7. 保険負担額 | 8. 保険外負担額 |
| 9. その他(具体的に |) |

⑦-2 上記⑦-1で最も多いものの番号1つをお答えください。

3 <発行を希望する利用者に対してのみ明細書を発行している、または発行を行っていない事業所の方>
(原則として全利用者に無料発行を行っている施設の方は質問⑤へ)

全利用者に明細書を無料発行していない理由等についてお伺いします。

① 全利用者に明細書を無料発行していないのはなぜですか。 ※〇はいくつでも

- 訪問看護ステーションでは、明細書の無料発行が義務化されていないため
- 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用しているため
- レセプトコンピュータを使用していないため
- 訪問看護では領収証にサービス提供日や項目等が記載されており、訪問看護の内容が十分わかるため
- 利用者の要望がないため
- その他(具体的に: _____)

② 貴事業所では、今後、全利用者に明細書を無料で発行する体制を整える予定ですか。 ※〇は1つだけ

- 具体的な予定がある → 明細書無料発行予定時期: 令和(____)年(____)月頃
- 予定はない
- その他(具体的に: _____)

4 明細書の無料発行に当たっての課題等についてお伺いします。

① 貴事業所において明細書の無料発行が可能となるために必要な期間は何年でしょうか。具体的な年数をお答えください。

1. (____)年 2. わからない

② 上記の年数が必要な理由について、具体的にご記入下さい。(①で「2. わからない」を選択した場合は、現時点で考えている課題点についてご記入下さい。)

5 <全事業所の方>

明細書の無料発行について、ご意見・ご要望等がありましたらご記入ください。

7. ICT(情報通信技術)の活用状況

① 他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うために、ICT(情報通信技術)を活用しているかお選びください。※○は1つだけ
また、「1. ICTを活用している」を選んだ場合、活用しているICTを全てお選びください。

1. ICTを活用している	
	活用しているICT ※あてはまる番号すべてに○
11. メール	12. 電子掲示板
13. グループチャット	14. 汎用ビデオ通話(オンライン会議システムを含む)
15. 専用アプリ	16. 地域医療情報連携ネットワーク
17. 自事業所を中心とした専用の情報連携システム	
18. その他(具体的に: _____)	
2. ICTを活用していない	

② 医療情報連携ネットワーク*への参加の有無 ※○は1つだけ
*「医療情報連携ネットワーク」とは、地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク

1. 参加あり	2. 参加なし
---------	---------

8. 新型コロナウイルス感染症の影響について

① 令和4年5月～10月の6か月間に、貴事業所で、新型コロナウイルス感染症と診断された利用者、または新型コロナウイルス感染症の疑いがある利用者*への訪問を行った人数をお答えください。

	全利用者数	うち、新型コロナウイルス感染症と診断された利用者	うち、新型コロナウイルス感染症の疑いのある利用者
1)医療保険	()人	()人	()人
2)介護保険	()人	()人	()人

*「新型コロナウイルス感染症の疑いがある利用者」は、訪問時点では新型コロナウイルス感染症と診断されていないが、濃厚接触者で発熱や倦怠感の症状がある場合等、感染の可能性があると考えられたケースをお考え下さい。

11)別表第七の疾病等の該当の有無 ※あてはまるもの全てに○	1. 無 2. 末期の悪性腫瘍 3. 多発性硬化症 4. 重症筋無力症 5. スモン 6. 筋萎縮性側索硬化症 7. 脊髄小脳変性症 8. ハンチントン病 9. 進行性筋ジストロフィー症 10. パーキンソン病関連疾患 11. 多系統萎縮症 12. プリオン病 13. 亜急性硬化性全脳炎 14. ライソゾーム病 15. 副腎白質ジストロフィー 16. 脊髄性筋萎縮症 17. 球脊髄性筋萎縮症 18. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 19. 後天性免疫不全症候群 20. 頸髄損傷 21. 人工呼吸器を使用している状態
12)別表第八に掲げる特別な管理の有無 ※あてはまるもの全てに○	1. 無 2. 在宅悪性腫瘍患者指導管理 3. 在宅気管切開患者指導管理 4. 気管カニューレ 5. 留置カテーテル 6. 在宅自己腹膜灌流指導管理 7. 在宅血液透析指導管理 8. 在宅酸素療法指導管理 9. 在宅中心静脈栄養法指導管理 10. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 11. 在宅自己導尿指導管理 12. 在宅人工呼吸指導管理 13. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 14. 在宅自己疼痛管理指導管理 15. 在宅肺高血圧症患者指導管理 16. 人工肛門・人工膀胱 17. 真皮を越える褥瘡 18. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定

13)人生の最終段階かどうか	1. 人生の最終段階 →余命の見込み()か月 2. ターミナル期でない
----------------	---

* 人生の最終段階とは、「末期がん、もしくは重い病気、認知症、老衰により、回復の見込みがなく、死期が近い場合」のこと

14)「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応について、課題になっていることをご回答ください。 ※該当するものすべてに○	1. 医療・介護従事者等との本人・家族等の意思等の変化に関わる情報の共有 2. 本人の意思の変化に伴う医療・ケアの方針の変更 3. 本人の意思が確認できない場合の対応 4. 本人・家族等及び医療・介護従事者等が一堂に会する話し合いの場の設定 5. 複数の専門家からなる話し合いの場の設定 6. 本人との医療・ケアの方針の共有 7. (8以外の)家族等との医療・ケアの方針の共有 8. 遠方にいる家族等との医療・ケアの方針の共有 9. 医療・介護従事者等との医療・ケアの方針の共有 10. 本人・家族等への相談体制の充実 11. 本人の変化に伴う、本人・家族等の不安への対応 12. その他()
---	--

15) 超重症児・準超重症児かどうか(15歳未満の場合)	1. 超重症児 2. 準超重症児 3. 非該当
------------------------------	-------------------------------

15)-1「1.超重症児」、「2.準超重症児」の場合における、特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の有無	1. 有 2. 無
--	--------------

16) 貴事業所でこの利用者に訪問看護を開始した時期	西暦()年()月頃
----------------------------	-------------

17) 在宅療養への移行前の居場所	※令和3年11月～令和4年10月における在宅療養移行前の直近の居場所について1つ選択。また、「2. 病院」を選択した場合は、a～fのうち該当するもの1つに○。 1. 特に入院・入所はしていない 2. 病院 →病床(a.一般 b.療養 c.回復期リハ d.地域包括ケア e.精神 f.その他()) 3. 有床診療所 4. 介護老人保健施設 5. 特別養護老人ホーム 6. 介護医療院 7. その他
-------------------	---

18)直近の退院月(令和4年5月～10月)	1. 退院実績あり → 西暦 年 月 2. なし 3. 不明
-----------------------	--------------------------------------

21) 貴事業所からの訪問日数および訪問回数(令和4年10月1か月間)		延訪問日数:()日 延訪問回数:()回
21)-1 うち、1回の訪問時間別延回数	a.30分未満	回
	b.30分以上45分未満	回
	c.45分以上60分未満	回
	d.60分以上75分未満	回
	e.75分以上90分以下	回
	f.90分超	回
21)-2 うち、緊急訪問の有無・回数・理由・訪問時間 ※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内の回数、理由、訪問時間を記入	1. あり → ()回 (理由:) (訪問時間:)分 2. なし	
21)-3 うち、1日につき複数回の訪問を行った日の有無・延日数 ※「1. あり」を選んだ場合には、カッコ内に延日数を記入	1. あり → ()日 2. なし	
22) 直近1回の訪問時間(分)(令和4年10月) ※移動時間は含まない	分	
23) 訪問看護を提供した職員の職種(令和4年10月) ※複数名で訪問した場合は、主となる訪問者のみ選択してください。 ※あてはまるもの全てに○。直近の訪問者は◎。	1. 保健師・助産師・看護師 2. 准看護師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士	
23)-1 訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数(令和4年10月)	保健師・助産師・看護師	回
	准看護師	回
	リハビリ職(PT,OT,ST)	回
24) 貴事業所以外に訪問看護を提供する施設・事業所の有無、種別・訪問者の職種(令和4年10月) ※「1.あり」を選んだ場合には、種別、主な訪問者の職種を選択	1. あり → 種別(a. 病院・診療所 b. 訪問看護ステーション) → 主な訪問者の職種(a. 看護職員 b. リハビリ職 c. その他) 2. なし	
25) 特別訪問看護指示書(精神科を含む)の交付の有無・回数(令和4年5~10月) ※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内に回数を記入	1. あり→()回 2. なし	
25)-1 (「1.あり」の場合)指示の内容 ※あてはまるもの全てに○	1. 褥瘡の処置 2. 点滴の投与・管理 3. 頻回のバイタルサインの測定及び観察 4. その他(具体的に:)	
26) 訪問看護指示書におけるリハビリ職が行う訪問看護の指示の有無と内容(令和4年10月1か月) ※「1.あり」を選んだ場合には、訪問看護指示書の記載事項を記入(職種についてアルファベットを選択し、指示内容は()内に数字を記入)	1. あり リハ職の職種: a. 理学療法士 b. 作業療法士 c. 言語聴覚士 内容: 1日あたり()分を週()回 2. なし	

26)-1 リハビリ職が1回以上訪問看護を行っている場合、訪問看護計画書および訪問看護報告書について、リハビリ職が提供する内容をどのように一体的に含み共有していますか。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 看護職員とリハビリ職が提供する内容について同じ様式に記載している 2. 看護職員とリハビリ職が提供する内容について別の様式に記載し、看護職員とリハビリ職で情報を共有している 3. その他()
26)-2 リハビリ職と看護職員の具体的な連携方策としてどのようなことを行いましたか。 ※○はいくつでも	<ol style="list-style-type: none"> 1. 退院前カンファレンスや契約前訪問時に、看護職員がリハビリ職と一緒に参加した 2. 訪問看護開始後、看護職員とリハビリ職で定期的カンファレンスを開催した 3. 看護職員とリハビリ職が訪問の都度、日々利用者の情報を共有した 4. リハビリ職のアセスメント等も踏まえて、看護職員が訪問看護計画を作成した 5. 看護職員がリハビリ職と協力して、同じ訪問看護の目標を共有した 6. 看護職員がリハビリ職と協力して、各職種が実施した訪問看護の定期的な評価を行った 7. その他()
26)-3 リハビリ職が提供している訪問看護の内容（複数回答）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 関節可動域訓練 2. 筋力増強訓練 3. 基本動作訓練 4. 移乗訓練 5. 歩行訓練 6. バランス訓練 7. 持久力(心肺機能)訓練 8. 呼吸機能訓練 9. 階段昇降訓練 10. 促通手技(上肢・下肢麻痺に対する) 11. 巧緻運動・調性運動訓練 12. 排泄機能訓練 13. 摂食嚥下機能訓練 14. 失語症訓練 15. 構音訓練 16. 高次脳機能障害等に対する認知機能訓練 17. ADL動作訓練 18. IADL動作訓練 19. 義肢装具の評価・調整・作成 20. 福祉用具の評価・調整 21. 家屋の評価・環境調整 22. その他()
【19】訪問看護の種別が「2. 精神科訪問看護基本療養費」の場合 27)精神科訪問看護報告書の記載内容 ※○はいくつでも	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の病状 2. 身体合併症の状況 3. 日常生活活動(ADL)の状況 4. 生活リズム 5. 対人関係の状況 6. 社会資源の活用状況(希望を含む) 7. 服薬状況 8. 本人の困りごと 9. その他()
28) 当利用者は訪問診療を受療していますか。 (令和4年10月1か月間)	<ol style="list-style-type: none"> 1. はい 2. いいえ
28)-1 「2.いいえ」の場合、訪問診療を受療していない理由 ※○はいくつでも	<ol style="list-style-type: none"> 1. 専門医などの診察が必要 2. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能 3. その他()

29) 医療機関・介護・障害福祉等関係者との連携状況について、連携等の有無と連携の頻度をご回答ください。

(令和4年10月)

※連携の有無は、連携している場合に○(未記載又は×は連携していないものとして集計します)

※連携の頻度は、該当する1つに○

	連携の有無	連携の頻度	
1. 医療機関との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
2. 薬局との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
3. ケアマネジャー等の介護関係者との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
4. 障害福祉関係者との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
5. 保健所・市町村保健センター等との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
6. 学校等との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
7. 利用者に関する地域ケア会議への参加		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
8. カンファレンス等への参加		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
9. その他()		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合

12)別表第八に掲げる特別な管理の有無 ※あてはまるもの全てに○	1. 無 2. 在宅悪性腫瘍患者指導管理 3. 在宅気管切開患者指導管理 4. 気管カニューレ 5. 留置カテーテル 6. 在宅自己腹膜灌流指導管理 7. 在宅血液透析指導管理 8. 在宅酸素療法指導管理 9. 在宅中心静脈栄養法指導管理 10. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 11. 在宅自己導尿指導管理 12. 在宅人工呼吸指導管理 13. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 14. 在宅自己疼痛管理指導管理 15. 在宅肺高血圧症患者指導管理 16. 人工肛門・人工膀胱 17. 真皮を越える褥瘡 18. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定
-------------------------------------	---

13)人生の最終段階かどうか	1. 人生の最終段階 →余命の見込み()か月	2. ターミナル期でない
----------------	-------------------------	--------------

* 人生の最終段階とは、「末期がん、もしくは重い病気、認知症、老衰により、回復の見込みがなく、死期が近い場合」のこと

14)「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応について、課題になっていることをご回答ください。 ※該当するものすべてに○	1. 医療・介護従事者等との本人・家族等の意思等の変化に関わる情報の共有 2. 本人の意思の変化に伴う医療・ケアの方針の変更 3. 本人の意思が確認できない場合の対応 4. 本人・家族等及び医療・介護従事者等が一堂に会する話し合いの場の設定 5. 複数の専門家からなる話し合いの場の設定 6. 本人との医療・ケアの方針の共有 7. (8以外の)家族等との医療・ケアの方針の共有 8. 遠方にいる家族等との医療・ケアの方針の共有 9. 医療・介護従事者等との医療・ケアの方針の共有 10. 本人・家族等への相談体制の充実 11. 本人の変化に伴う、本人・家族等の不安への対応 12. その他()
---	--

15) 超重症児・準超重症児かどうか(15歳未満の場合)	1. 超重症児	2. 準超重症児	3. 非該当
------------------------------	---------	----------	--------

15)-1 「1.超重症児」、「2.準超重症児」の場合における、特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の有無	1. 有	2. 無
---	------	------

16) 貴事業所でこの利用者に訪問看護を開始した時期	西暦()年()月頃
----------------------------	-------------

17) 在宅療養への移行前の居場所	※令和3年11月～令和4年10月における在宅療養移行前の直近の居場所について1つ選択。また、「2. 病院」を選択した場合は、a～fのうち該当するもの1つに○。 1. 特に入院・入所はしていない 2. 病院 →病床(a.一般 b.療養 c.回復期リハ d.地域包括ケア e.精神 f.その他()) 3. 有床診療所 4. 介護老人保健施設 5. 特別養護老人ホーム 6. 介護医療院 7. その他
-------------------	---

18)直近の退院月(令和4年5月～10月)	1. 退院実績あり → 西暦 年 月	2. なし	3. 不明
-----------------------	--------------------	-------	-------

19) 訪問看護の種別(令和4年10月)	1. 訪問看護基本療養費	2. 精神科訪問看護基本療養費
----------------------	--------------	-----------------

19)-1 訪問看護基本療養費Ⅱまたは精神科訪問看護基本療養費Ⅲの算定の有無	1. あり	2. なし
--	-------	-------

<p>【19）訪問看護の種別が「2.精神科訪問看護基本療養費」の場合】 19)-2精神科訪問看護指示書のうち、精神科訪問看護に関する留意事項及び指示内容をご回答ください(令和4年10月1か月) ※あてはまる番号全てに○</p>	<p>1. 生活リズムの確立 2. 家事能力、社会技能等の獲得 3. 対人関係の改善(家族含む) 4. 社会資源活用の支援 5. 薬物療法継続への援助 6. 身体合併症の発症・悪化の防止 7. その他</p>
--	--

19)-3 令和4年10月1か月間に訪問看護で提供したケア内容の番号を全て記入してください。また、直近1回の訪問時に行ったケア内容のうち、主なもの3つまで記入した番号に○をつけてください。
 ※【選択肢】よりあてはまる番号全て記入

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【選択肢】

1. ターミナル期のケア	2. 服薬援助(点眼薬等を含む)	3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理
4. 経鼻経管栄養	5. 吸入・吸引	6. 創傷処置
8. 褥瘡の処置	9. 皮膚潰瘍等の処置	7. 浣腸・排便
11. 採血	12. 検体採取(11.以外)	10. 褥瘡等の壊死組織除去・陰圧閉鎖療法
14. インスリン注射	15. 点滴・中心静脈栄養・注射(14.以外)	13. 血糖自己測定の管理
16. 栄養・水分管理に係る薬剤投与量の調整		17. 膀胱(留置)カテーテルの管理
18. 導尿	19. 人工肛門・人工膀胱の管理	20. 胃ろう・腸ろう・膀胱ろうカテーテルの交換
21. 人工呼吸器の管理	22. 陽圧換気機器の管理	23. 気管切開の処置
24. 気管カニューレの交換	25. 酸素療法管理(在宅酸素・酸素吸入)	26. 腹膜透析
27. がん末期の疼痛管理	28. 慢性疼痛の管理(27.以外)	29. 精神症状の観察
30. 心理的支援	31. 口腔ケア	32. 洗髪・清拭・入浴介助
33. リハビリテーション	34. 合併症予防ケア(肺炎予防等)	35. 頻回の観察・アセスメント
36. 家族への指導・支援	37. サービスの連絡調整	38. その他

19)-4 難病等複数回訪問加算又は精神科複数回訪問加算の算定の有無(令和4年10月1か月)	1. あり(日) → 19)-5へ 2. なし → 19)-6へ
--	--

19)-5 19)-4で「1.あり」と回答した場合
 複数回の訪問で提供した訪問看護の内容(直近の1日の複数回の訪問)(令和4年10月分)
 ※ 19)-3 の【選択肢】より、あてはまる番号全て記入
 1回目の訪問時: ※19)-3 と同じであれば 以下に“同じ”と記入ください。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2回目の訪問時:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3回目の訪問時:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

19)-6 複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算の算定の有無	1. あり(日) → 19)-7へ 2. なし → 20)へ
-------------------------------------	--

19)-7 【19)-6 で「1.あり」と回答した場合】
 複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護で提供した訪問看護の内容(直近1回の複数名の訪問)

21) 貴事業所からの訪問日数および訪問回数(令和4年10月1か月間)	延訪問日数:()日 延訪問回数:()回	
21)-1 うち、1回の訪問時間別延回数	a.30分未満	回
	b.30分以上45分未満	回
	c.45分以上60分未満	回
	d.60分以上75分未満	回
	e.75分以上90分以下	回
	f.90分超	回
21)-2 うち、緊急訪問の有無・回数・理由・訪問時間 ※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内の回数、理由、訪問時間を記入	1. あり → ()回 (理由:) (訪問時間:)分 2. なし	
21)-3 うち、1日につき複数回の訪問を行った日の有無・延日数 ※「1. あり」を選んだ場合には、カッコ内に延日数を記入	1. あり → ()日 2. なし	
22) 直近1回の訪問時間(分)(令和4年10月) ※移動時間は含まない	分	
23) 訪問看護を提供した職員の職種(令和4年10月) ※複数名で訪問した場合は、主となる訪問者のみ選択してください。 ※あてはまるもの全てに○。直近の訪問者は◎。	1. 保健師・助産師・看護師 2. 准看護師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士	
23)-1 訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数(令和4年10月)	保健師・助産師・看護師	回
	准看護師	回
	リハビリ職(PT,OT,ST)	回
24) 貴事業所以外に訪問看護を提供する施設・事業所の有無、種別・訪問者の職種(令和4年10月) ※「1.あり」を選んだ場合には、種別、主な訪問者の職種を選択	1. あり → 種別(a. 病院・診療所 b. 訪問看護ステーション) → 主な訪問者の職種(a. 看護職員 b. リハビリ職 c. その他) 2. なし	
25) 特別訪問看護指示書(精神科を含む)の交付の有無・回数(令和4年5～10月) ※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内に回数を記入	1. あり→()回 2. なし	
25)-1 (「1.あり」の場合)指示の内容 ※あてはまるもの全てに○	1. 褥瘡の処置 2. 点滴の投与・管理 3. 頻回のバイタルサインの測定及び観察 4. その他(具体的に:)	
26) 訪問看護指示書におけるリハビリ職が行う訪問看護の指示の有無と内容(令和4年10月1か月) ※「1.あり」を選んだ場合には、訪問看護指示書の記載事項を記入(職種についてアルファベットを選択し、指示内容は()内に数字を記入)	1. あり リハ職の職種: a. 理学療法士 b. 作業療法士 c. 言語聴覚士 内容: 1日あたり()分を週()回 2. なし	

26)-1 リハビリ職が1回以上訪問看護を行っている場合、訪問看護計画書および訪問看護報告書について、リハビリ職が提供する内容をどのように一体的に含み共有していますか。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 看護職員とリハビリ職が提供する内容について同じ様式に記載している 2. 看護職員とリハビリ職が提供する内容について別の様式に記載し、看護職員とリハビリ職で情報を共有している 3. その他()
26)-2 リハビリ職と看護職員の具体的な連携方策としてどのようなことを行いましたか。 ※○はいくつでも	<ol style="list-style-type: none"> 1. 退院前カンファレンスや契約前訪問時に、看護職員がリハビリ職と一緒に参加した 2. 訪問看護開始後、看護職員とリハビリ職で定期的カンファレンスを開催した 3. 看護職員とリハビリ職が訪問の都度、日々利用者の情報を共有した 4. リハビリ職のアセスメント等も踏まえて、看護職員が訪問看護計画を作成した 5. 看護職員がリハビリ職と協力して、同じ訪問看護の目標を共有した 6. 看護職員がリハビリ職と協力して、各職種が実施した訪問看護の定期的な評価を行った 7. その他()
26)-3 リハビリ職が提供している訪問看護の内容（複数回答）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 関節可動域訓練 2. 筋力増強訓練 3. 基本動作訓練 4. 移乗訓練 5. 歩行訓練 6. バランス訓練 7. 持久力(心肺機能)訓練 8. 呼吸機能訓練 9. 階段昇降訓練 10. 促通手技(上肢・下肢麻痺に対する) 11. 巧緻運動・調性運動訓練 12. 排泄機能訓練 13. 摂食嚥下機能訓練 14. 失語症訓練 15. 構音訓練 16. 高次脳機能障害等に対する認知機能訓練 17. ADL動作訓練 18. IADL動作訓練 19. 義肢装具の評価・調整・作成 20. 福祉用具の評価・調整 21. 家屋の評価・環境調整 22. その他()
【19】訪問看護の種別が「2. 精神科訪問看護基本療養費」の場合 27)精神科訪問看護報告書の記載内容 ※○はいくつでも	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の病状 2. 身体合併症の状況 3. 日常生活活動(ADL)の状況 4. 生活リズム 5. 対人関係の状況 6. 社会資源の活用状況(希望を含む) 7. 服薬状況 8. 本人の困りごと 9. その他()
28) 当利用者は訪問診療を受療していますか。 (令和4年10月1か月間)	<ol style="list-style-type: none"> 1. はい 2. いいえ
28)-1 「2.いいえ」の場合、訪問診療を受療していない理由 ※○はいくつでも	<ol style="list-style-type: none"> 1. 専門医などの診察が必要 2. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能 3. その他()

29) 医療機関・介護・障害福祉等関係者との連携状況について、連携等の有無と連携の頻度をご回答ください。

(令和4年10月)

※連携の有無は、連携している場合に○(未記載又は×は連携していないものとして集計します)

※連携の頻度は、該当する1つに○

	連携の有無	連携の頻度	
1. 医療機関との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
2. 薬局との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
3. ケアマネジャー等の介護関係者との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
4. 障害福祉関係者との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
5. 保健所・市町村保健センター等との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
6. 学校等との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
7. 利用者に関する地域ケア会議への参加		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
8. カンファレンス等への参加		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
9. その他()		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合

12)別表第八に掲げる特別な管理の有無 ※あてはまるもの全てに○	1. 無 2. 在宅悪性腫瘍患者指導管理 3. 在宅気管切開患者指導管理 4. 気管カニューレ 5. 留置カテーテル 6. 在宅自己腹膜灌流指導管理 7. 在宅血液透析指導管理 8. 在宅酸素療法指導管理 9. 在宅中心静脈栄養法指導管理 10. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 11. 在宅自己導尿指導管理 12. 在宅人工呼吸指導管理 13. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 14. 在宅自己疼痛管理指導管理 15. 在宅肺高血圧症患者指導管理 16. 人工肛門・人工膀胱 17. 真皮を越える褥瘡 18. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定
-------------------------------------	---

13)人生の最終段階かどうか	1. 人生の最終段階 →余命の見込み()か月	2. ターミナル期でない
----------------	-------------------------	--------------

* 人生の最終段階とは、「末期がん、もしくは重い病気、認知症、老衰により、回復の見込みがなく、死期が近い場合」のこと

14)「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応について、課題になっていることをご回答ください。 ※該当するものすべてに○	1. 医療・介護従事者等との本人・家族等の意思等の変化に関わる情報の共有 2. 本人の意思の変化に伴う医療・ケアの方針の変更 3. 本人の意思が確認できない場合の対応 4. 本人・家族等及び医療・介護従事者等が一堂に会する話し合いの場の設定 5. 複数の専門家からなる話し合いの場の設定 6. 本人との医療・ケアの方針の共有 7. (8以外の)家族等との医療・ケアの方針の共有 8. 遠方にいる家族等との医療・ケアの方針の共有 9. 医療・介護従事者等との医療・ケアの方針の共有 10. 本人・家族等への相談体制の充実 11. 本人の変化に伴う、本人・家族等の不安への対応 12. その他()
---	--

15) 超重症児・準超重症児かどうか(15歳未満の場合)	1. 超重症児	2. 準超重症児	3. 非該当
------------------------------	---------	----------	--------

15)-1 「1.超重症児」、「2.準超重症児」の場合における、特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の有無	1. 有	2. 無
---	------	------

16) 貴事業所でこの利用者に訪問看護を開始した時期	西暦()年()月頃
----------------------------	-------------

17) 在宅療養への移行前の居場所	※令和3年11月～令和4年10月における在宅療養移行前の直近の居場所について1つ選択。また、「2. 病院」を選択した場合は、a～fのうち該当するもの1つに○。 1. 特に入院・入所はしていない 2. 病院 →病床(a.一般 b.療養 c.回復期リハ d.地域包括ケア e.精神 f.その他()) 3. 有床診療所 4. 介護老人保健施設 5. 特別養護老人ホーム 6. 介護医療院 7. その他
-------------------	---

18)直近の退院月(令和4年5月～10月)	1. 退院実績あり → 西暦 年 月	2. なし	3. 不明
-----------------------	--------------------	-------	-------

19) 訪問看護の種別(令和4年10月)	1. 訪問看護基本療養費	2. 精神科訪問看護基本療養費
----------------------	--------------	-----------------

19)-1 訪問看護基本療養費Ⅱまたは精神科訪問看護基本療養費Ⅲの算定の有無	1. あり	2. なし
--	-------	-------

21) 貴事業所からの訪問日数および訪問回数(令和4年10月1か月間)		延訪問日数:()日 延訪問回数:()回
21)-1 うち、1回の訪問時間別延回数	a.30分未満	回
	b.30分以上45分未満	回
	c.45分以上60分未満	回
	d.60分以上75分未満	回
	e.75分以上90分以下	回
	f.90分超	回
21)-2 うち、緊急訪問の有無・回数・理由・訪問時間 ※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内の回数、理由、訪問時間を記入	1. あり → ()回 (理由:) (訪問時間:)分 2. なし	
21)-3 うち、1日につき複数回の訪問を行った日の有無・延日数 ※「1. あり」を選んだ場合には、カッコ内に延日数を記入	1. あり → ()日 2. なし	
22) 直近1回の訪問時間(分) (令和4年10月) ※移動時間は含まない	分	
23) 訪問看護を提供した職員の職種(令和4年10月) ※複数名で訪問した場合は、主となる訪問者のみ選択してください。 ※あてはまるもの全てに○。直近の訪問者は◎。	1. 保健師・助産師・看護師 2. 准看護師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士	
23)-1 訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数(令和4年10月)	保健師・助産師・看護師	回
	准看護師	回
	リハビリ職(PT,OT,ST)	回
24) 貴事業所以外に訪問看護を提供する施設・事業所の有無、種別・訪問者の職種(令和4年10月) ※「1.あり」を選んだ場合には、種別、主な訪問者の職種を選択	1. あり → 種別(a. 病院・診療所 b. 訪問看護ステーション) → 主な訪問者の職種(a. 看護職員 b. リハビリ職 c. その他) 2. なし	
25) 特別訪問看護指示書(精神科を含む)の交付の有無・回数(令和4年5~10月) ※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内に回数を記入	1. あり→()回 2. なし	
25)-1 (「1.あり」の場合)指示の内容 ※あてはまるもの全てに○	1. 褥瘡の処置 2. 点滴の投与・管理 3. 頻回のバイタルサインの測定及び観察 4. その他(具体的に:)	
26) 訪問看護指示書におけるリハビリ職が行う訪問看護の指示の有無と内容(令和4年10月1か月) ※「1.あり」を選んだ場合には、訪問看護指示書の記載事項を記入(職種についてアルファベットを選択し、指示内容は()内に数字を記入)	1. あり リハ職の職種: a. 理学療法士 b. 作業療法士 c. 言語聴覚士 内容: 1日あたり()分を週()回 2. なし	

26)-1 リハビリ職が1回以上訪問看護を行っている場合、訪問看護計画書および訪問看護報告書について、リハビリ職が提供する内容をどのように一体的に含み共有していますか。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 看護職員とリハビリ職が提供する内容について同じ様式に記載している 2. 看護職員とリハビリ職が提供する内容について別の様式に記載し、看護職員とリハビリ職で情報を共有している 3. その他()
26)-2 リハビリ職と看護職員の具体的な連携方策としてどのようなことを行いましたか。 ※○はいくつでも	<ol style="list-style-type: none"> 1. 退院前カンファレンスや契約前訪問時に、看護職員がリハビリ職と一緒に参加した 2. 訪問看護開始後、看護職員とリハビリ職で定期的にカンファレンスを開催した 3. 看護職員とリハビリ職が訪問の都度、日々利用者の情報を共有した 4. リハビリ職のアセスメント等も踏まえて、看護職員が訪問看護計画を作成した 5. 看護職員がリハビリ職と協力して、同じ訪問看護の目標を共有した 6. 看護職員がリハビリ職と協力して、各職種が実施した訪問看護の定期的な評価を行った 7. その他()
26)-3 リハビリ職が提供している訪問看護の内容（複数回答）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 関節可動域訓練 2. 筋力増強訓練 3. 基本動作訓練 4. 移乗訓練 5. 歩行訓練 6. バランス訓練 7. 持久力(心肺機能)訓練 8. 呼吸機能訓練 9. 階段昇降訓練 10. 促通手技(上肢・下肢麻痺に対する) 11. 巧緻運動・調性運動訓練 12. 排泄機能訓練 13. 摂食嚥下機能訓練 14. 失語症訓練 15. 構音訓練 16. 高次脳機能障害等に対する認知機能訓練 17. ADL動作訓練 18. IADL動作訓練 19. 義肢装具の評価・調整・作成 20. 福祉用具の評価・調整 21. 家屋の評価・環境調整 22. その他()
【19】訪問看護の種別が「2. 精神科訪問看護基本療養費」の場合 27)精神科訪問看護報告書の記載内容 ※○はいくつでも	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の病状 2. 身体合併症の状況 3. 日常生活活動(ADL)の状況 4. 生活リズム 5. 対人関係の状況 6. 社会資源の活用状況(希望を含む) 7. 服薬状況 8. 本人の困りごと 9. その他()
28) 当利用者は訪問診療を受療していますか。 (令和4年10月1か月間)	<ol style="list-style-type: none"> 1. はい 2. いいえ
28)-1 「2.いいえ」の場合、訪問診療を受療していない理由 ※○はいくつでも	<ol style="list-style-type: none"> 1. 専門医などの診察が必要 2. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能 3. その他()

29) 医療機関・介護・障害福祉等関係者との連携状況について、連携等の有無と連携の頻度をご回答ください。

(令和4年10月)

※連携の有無は、連携している場合に○(未記載又は×は連携していないものとして集計します)

※連携の頻度は、該当する1つに○

	連携の有無	連携の頻度	
1. 医療機関との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
2. 薬局との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
3. ケアマネジャー等の介護関係者との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
4. 障害福祉関係者との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
5. 保健所・市町村保健センター等との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
6. 学校等との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
7. 利用者に関する地域ケア会議への参加		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
8. カンファレンス等への参加		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
9. その他()		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合

12)別表第八に掲げる特別な管理の有無 ※あてはまるもの全てに○	1. 無 2. 在宅悪性腫瘍患者指導管理 3. 在宅気管切開患者指導管理 4. 気管カニューレ 5. 留置カテーテル 6. 在宅自己腹膜灌流指導管理 7. 在宅血液透析指導管理 8. 在宅酸素療法指導管理 9. 在宅中心静脈栄養法指導管理 10. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 11. 在宅自己導尿指導管理 12. 在宅人工呼吸指導管理 13. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 14. 在宅自己疼痛管理指導管理 15. 在宅肺高血圧症患者指導管理 16. 人工肛門・人工膀胱 17. 真皮を越える褥瘡 18. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定
-------------------------------------	---

13)人生の最終段階かどうか	1. 人生の最終段階 →余命の見込み()か月	2. ターミナル期でない
----------------	-------------------------	--------------

* 人生の最終段階とは、「末期がん、もしくは重い病気、認知症、老衰により、回復の見込みがなく、死期が近い場合」のこと

14)「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応について、課題になっていることをご回答ください。 ※該当するものすべてに○	1. 医療・介護従事者等との本人・家族等の意思等の変化に関わる情報の共有 2. 本人の意思の変化に伴う医療・ケアの方針の変更 3. 本人の意思が確認できない場合の対応 4. 本人・家族等及び医療・介護従事者等が一堂に会する話し合いの場の設定 5. 複数の専門家からなる話し合いの場の設定 6. 本人との医療・ケアの方針の共有 7. (8以外の)家族等との医療・ケアの方針の共有 8. 遠方にいる家族等との医療・ケアの方針の共有 9. 医療・介護従事者等との医療・ケアの方針の共有 10. 本人・家族等への相談体制の充実 11. 本人の変化に伴う、本人・家族等の不安への対応 12. その他()
---	--

15) 超重症児・準超重症児かどうか(15歳未満の場合)	1. 超重症児	2. 準超重症児	3. 非該当
------------------------------	---------	----------	--------

15)-1 「1.超重症児」、「2.準超重症児」の場合における、特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の有無	1. 有	2. 無
---	------	------

16) 貴事業所でこの利用者に訪問看護を開始した時期	西暦()年()月頃
----------------------------	-------------

17) 在宅療養への移行前の居場所	※令和3年11月～令和4年10月における在宅療養移行前の直近の居場所について1つ選択。また、「2. 病院」を選択した場合は、a～fのうち該当するもの1つに○。 1. 特に入院・入所はしていない 2. 病院 →病床(a.一般 b.療養 c.回復期リハ d.地域包括ケア e.精神 f.その他()) 3. 有床診療所 4. 介護老人保健施設 5. 特別養護老人ホーム 6. 介護医療院 7. その他
-------------------	---

18)直近の退院月(令和4年5月～10月)	1. 退院実績あり → 西暦 年 月	2. なし	3. 不明
-----------------------	--------------------	-------	-------

19) 訪問看護の種別(令和4年10月)	1. 訪問看護基本療養費	2. 精神科訪問看護基本療養費
----------------------	--------------	-----------------

19)-1 訪問看護基本療養費Ⅱまたは精神科訪問看護基本療養費Ⅲの算定の有無	1. あり	2. なし
--	-------	-------

21) 貴事業所からの訪問日数および訪問回数(令和4年10月1か月間)		延訪問日数:()日 延訪問回数:()回
21)-1 うち、1回の訪問時間別延回数	a.30分未満	回
	b.30分以上45分未満	回
	c.45分以上60分未満	回
	d.60分以上75分未満	回
	e.75分以上90分以下	回
	f.90分超	回
21)-2 うち、緊急訪問の有無・回数・理由・訪問時間 ※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内の回数、理由、訪問時間を記入	1. あり → ()回 (理由:) (訪問時間:)分 2. なし	
21)-3 うち、1日につき複数回の訪問を行った日の有無・延日数 ※「1. あり」を選んだ場合には、カッコ内に延日数を記入	1. あり → ()日 2. なし	
22) 直近1回の訪問時間(分)(令和4年10月) ※移動時間は含まない	分	
23) 訪問看護を提供した職員の職種(令和4年10月) ※複数名で訪問した場合は、主となる訪問者のみ選択してください。 ※あてはまるもの全てに○。直近の訪問者は◎。	1. 保健師・助産師・看護師 2. 准看護師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士	
23)-1 訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数(令和4年10月)	保健師・助産師・看護師	回
	准看護師	回
	リハビリ職(PT,OT,ST)	回
24) 貴事業所以外に訪問看護を提供する施設・事業所の有無、種別・訪問者の職種(令和4年10月) ※「1.あり」を選んだ場合には、種別、主な訪問者の職種を選択	1. あり → 種別(a. 病院・診療所 b. 訪問看護ステーション) → 主な訪問者の職種(a. 看護職員 b. リハビリ職 c. その他) 2. なし	
25) 特別訪問看護指示書(精神科を含む)の交付の有無・回数(令和4年5～10月) ※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内に回数を記入	1. あり → ()回 2. なし	
25)-1 (「1.あり」の場合)指示の内容 ※あてはまるもの全てに○	1. 褥瘡の処置 2. 点滴の投与・管理 3. 頻回のバイタルサインの測定及び観察 4. その他(具体的に:)	
26) 訪問看護指示書におけるリハビリ職が行う訪問看護の指示の有無と内容(令和4年10月1か月) ※「1.あり」を選んだ場合には、訪問看護指示書の記載事項を記入(職種についてアルファベットを選択し、指示内容は()内に数字を記入)	1. あり リハ職の職種: a. 理学療法士 b. 作業療法士 c. 言語聴覚士 内容: 1日あたり()分を週()回 2. なし	

26)-1 リハビリ職が1回以上訪問看護を行っている場合、訪問看護計画書および訪問看護報告書について、リハビリ職が提供する内容をどのように一体的に含み共有していますか。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 看護職員とリハビリ職が提供する内容について同じ様式に記載している 2. 看護職員とリハビリ職が提供する内容について別の様式に記載し、看護職員とリハビリ職で情報を共有している 3. その他()
26)-2 リハビリ職と看護職員の具体的な連携方策としてどのようなことを行いましたか。 ※○はいくつでも	<ol style="list-style-type: none"> 1. 退院前カンファレンスや契約前訪問時に、看護職員がリハビリ職と一緒に参加した 2. 訪問看護開始後、看護職員とリハビリ職で定期的にカンファレンスを開催した 3. 看護職員とリハビリ職が訪問の都度、日々利用者の情報を共有した 4. リハビリ職のアセスメント等も踏まえて、看護職員が訪問看護計画を作成した 5. 看護職員がリハビリ職と協力して、同じ訪問看護の目標を共有した 6. 看護職員がリハビリ職と協力して、各職種が実施した訪問看護の定期的な評価を行った 7. その他()
26)-3 リハビリ職が提供している訪問看護の内容（複数回答）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 関節可動域訓練 2. 筋力増強訓練 3. 基本動作訓練 4. 移乗訓練 5. 歩行訓練 6. バランス訓練 7. 持久力(心肺機能)訓練 8. 呼吸機能訓練 9. 階段昇降訓練 10. 促通手技(上肢・下肢麻痺に対する) 11. 巧緻運動・調性運動訓練 12. 排泄機能訓練 13. 摂食嚥下機能訓練 14. 失語症訓練 15. 構音訓練 16. 高次脳機能障害等に対する認知機能訓練 17. ADL動作訓練 18. IADL動作訓練 19. 義肢装具の評価・調整・作成 20. 福祉用具の評価・調整 21. 家屋の評価・環境調整 22. その他()
【19】訪問看護の種別が「2. 精神科訪問看護基本療養費」の場合 27)精神科訪問看護報告書の記載内容 ※○はいくつでも	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の病状 2. 身体合併症の状況 3. 日常生活活動(ADL)の状況 4. 生活リズム 5. 対人関係の状況 6. 社会資源の活用状況(希望を含む) 7. 服薬状況 8. 本人の困りごと 9. その他()
28) 当利用者は訪問診療を受療していますか。 (令和4年10月1か月間)	<ol style="list-style-type: none"> 1. はい 2. いいえ
28)-1 「2.いいえ」の場合、訪問診療を受療していない理由 ※○はいくつでも	<ol style="list-style-type: none"> 1. 専門医などの診察が必要 2. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能 3. その他()

29) 医療機関・介護・障害福祉等関係者との連携状況について、連携等の有無と連携の頻度をご回答ください。

(令和4年10月)

※連携の有無は、連携している場合に○(未記載又は×は連携していないものとして集計します)

※連携の頻度は、該当する1つに○

	連携の有無	連携の頻度	
1. 医療機関との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
2. 薬局との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
3. ケアマネジャー等の介護関係者との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
4. 障害福祉関係者との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
5. 保健所・市町村保健センター等との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
6. 学校等との連絡・調整		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
7. 利用者に関する地域ケア会議への参加		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
8. カンファレンス等への参加		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
9. その他()		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合

質問は以上です。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

お手数をおかけいたしますが、令和5年1月10日(火)までに

専用の返信用封筒(切手不要)に封入し、お近くのポストに投函してください。