

※調査票の記入及び提出はインターネットでも可能です。

*一連番号																				
*調査番号																				

[注] 1 *印の箇所は事業所では記入しないでください。
 2 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更や誤りがある場合は、訂正してください。

法人名	
ステーション名	
ステーションの所在地	〒 TEL()-()-()
法人番号	

(1) サービスの種類・事業所番号・ステーション名

・9月30日現在、貴事業所において指定を受けている下記の各事業について、「活動状況」の該当する番号を○で囲み、印字内容を確認してください。
 ・事業所番号、ステーション名が印字されていない事業については、記入(追記)不要です。
 ・「活動状況」は、休止届や廃止届を提出している場合は、「2 休止中」、「3 廃止」を○で囲んでください。その場合、以降は記入不要です。

サービスの種類	事業所番号	ステーション名	活動状況(1つに○)
041 介護予防訪問看護			1 活動中 2 休止中 3 廃止
042 訪問看護			1 活動中 2 休止中 3 廃止

(2) 開設主体

※該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。

01 都道府県	10 一般社団・財団法人(07、08、09以外)
02 市区町村	11 社会福祉協議会
03 広域連合・一部事務組合	12 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
04 独立行政法人	13 農業協同組合及び連合会
05 日本赤十字社・社会保険関係団体	14 消費生活協同組合及び連合会
06 医療法人	15 営利法人(会社)
07 医師会	16 特定非営利活動法人(NPO)
08 看護協会	17 01~16以外
09 公益社団・財団法人(07、08以外)	

(3) 加算等の届出の状況

介護保険法 ※該当する番号を1つ○で囲んでください。

ターミナルケア体制の届出	1 あり	2 なし
--------------	------	------

健康保険法等 ※該当する番号をそれぞれにつき1つ○で囲んでください。

24時間対応体制加算の届出	1 あり	2 なし
---------------	------	------

1ありの場合

1 特別管理加算の届出あり	2 特別管理加算の届出なし
---------------	---------------

機能強化型訪問看護管理療養費の届出	1 療養費1	2 療養費2	3 療養費3	4 なし
精神科訪問看護基本療養費の届出	1 あり	2 なし		

次ページにつづきます

<オンライン回答のログイン情報>

政府統計コード	
調査対象者ID	
パスワード(初期)	

(4) 出張所等(サテライト事業所)の状況

サテライト事業所数 事業所

9月中のサテライト事業所の利用実人員数 人

9月中のサテライト事業所からの訪問回数の合計 回

※利用実人員数欄には、介護保険法による(介護予防)訪問看護を1回でも利用した者について計上してください。

※訪問回数の合計欄には、支給限度額を超えた訪問回数及び健康保険法等併給による訪問回数も含めて計上してください。

※訪問回数の合計の(再掲)については、看護職員を伴わずにPT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)のいずれかのみで訪問した回数を内数として再計上してください。(ただし、PT2人や、PTとOTなど1回に複数で訪問した場合も1回とします。)

※訪問時間が連続して20分以上の場合、介護報酬の算定回数にかかわらず訪問回数は「1回」とします。

※複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)の登録者に対して行った訪問看護は、この調査票に記載せず、別途配布される「地域密着型サービス事業所票」に記載してください。

9月中の利用者 1 あり 2 なし

① 介護予防訪問看護

	要支援1	要支援2	要支援認定申請中
利用実人員数	人	人	人
訪問回数の合計	回	回	回
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(再掲)	回	回	回

9月中の利用者 1 あり 2 なし

② 訪問看護(介護給付)

※ 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この欄に記載せず、下記の「③定期巡回・随時対応型との連携」欄に記載してください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護認定申請中
利用実人員数	人	人	人	人	人	人
訪問回数の合計	回	回	回	回	回	回
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(再掲)	回	回	回	回	回	回

③ 対応型巡回・随時

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の法2号型(連携型)事業所と連携している場合は、「1 連携あり」の番号を○で囲み、連携による利用実人員数を記入してください。

1 連携あり → 連携による利用実人員数(9月中) 人

2 連携なし

※ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の一体型事業所との契約に基づき、訪問看護サービスを行った場合の利用者は含めません。

④ 健康保険法等との併給者

	併給者(9月中)
利用実人員数	人
うち新たな疾病等の診断による(再掲)	人
うち特別訪問看護指示書による(再掲)	人
訪問回数の合計	回

※ ①～③の介護保険法利用者のうち、月の途中で健康保険法等による給付が行われた者を、該当する理由別に計上してください。

※ 「新たな疾病等の診断による」とは、厚生労働大臣が定める疾病等(末期の悪性腫瘍、神経難病等)として新たに診断を受けた場合をいいます。

健康保険法等及びその他

	健康保険法等	その他
利用実人員数(9月中)	人	人

※ 「健康保険法等」欄には、介護保険法による(介護予防)訪問看護を1回も利用せず健康保険法等のみによる訪問看護を利用した者について計上してください。

(健康保険法等とは、後期高齢者医療制度、健康保険、国民健康保険、労災保険等の医療保険及び生活保護等の公費負担医療をいいます。)

※ 「その他」欄には、介護保険法及び健康保険法等いずれの保険制度も利用していない者で、9月中の全ての訪問看護を全額自費により受けた者及び市町村事業による者について計上してください。

次ページにつづきます

9 月 中 の 利 用 者	緊急時等の 利用状況	介護保険法の利用者		介護予防 訪問看護	訪問看護 (介護給付)	健康保険法等の利用者		
		緊急時訪問看護加算を算定している実人員数		人	人	24時間対応体制加算を算定している実人員数		人
		緊急時 訪問看護	利用実人員数	人	人	緊急時 訪問看護	利用実人員数	人
	訪問回数の合計		回	回	訪問回数の合計		回	
	特別管理加算の 算定状況	介護保険法の利用者		介護予防 訪問看護	訪問看護 (介護給付)	健康保険法等の利用者		
		利用実人員数		人	人	利用実人員数		人
死亡による サービスの 終了	介護保険法		ターミナルケア加算		健康保険法等			
			加算ありの利用者数	加算なしの利用者数	療養費ありの利用者数	療養費なしの利用者数		
	9月中旬に死亡した利用者数		人	人	人	人		
	在宅で死亡した利用者数		人	人	人	人		
	在宅以外で死亡した利用者数		人	人	人	人		

(7) 従事者数

介護サービス情報公表システム(令和5年5月15日時点公表)の従事者数が印字されています(令和4年10月2日以降に更新された情報に限ります)。

記入上の注意

- 雇用形態にかかわらず(派遣職員を含む)、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。
- 「介護予防訪問看護」と「訪問看護」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。
- 「常勤」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
- 「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$$

・小数点以下第2位を四捨五入し、
小数点第1位まで計上する
・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

32時間を下回る場合は32時間とする

■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

	常勤			非常勤			常勤			非常勤	
	専従(人)	兼務(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)		専従(人)	兼務(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)
1 保健師						5 理学療法士					
2 助産師						6 作業療法士					
3 看護師						7 言語聴覚士					
4 准看護師						8 その他の職員(管理者含む)					
						1~7のうちサテライト事業所の従事者					

事業所に従事している職種を全て記入しましたか (チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか (チェック)

(8) 小児(0~19歳)の受け入れ体制の有無

1 あり 2 なし

10月1日時点で受け入れ可能な場合のみ「1 あり」を○で囲んでください。
※受け入れ実績の有無を問いません。
※一部年齢のみ受け入れ可の場合は「2 なし」を○で囲んでください。

(9) 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)事業所の併設の有無

1 併設している
2 併設していない

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「複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)事業所」を併設している場合は、「1 併設している」の番号を○で囲んでください。

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名と連絡先を記入してください。

担当部署・調査票記入者名と連絡先(※必須)	担当部署名
	(調査票記入者名)ふりがな
	電話 (- -)
上記以外連絡先(携帯、FAX等)	