

集合住宅における訪問系サービス等の評価のあり方に関する 調査研究事業の調査検討組織 設置要綱

1. 設置目的

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社は集合住宅における訪問系サービス等の評価のあり方に関する調査研究事業の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり集合住宅における訪問系サービス等の評価のあり方に関する調査研究事業の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

2. 実施体制

- (1) 本調査検討組織は、株式会社明治安田生活福祉研究所 主席研究員 松原由美を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- (2) 委員長が必要があると認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

3. 調査検討組織の運営

- (1) 調査検討組織の運営は、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社が行う。
- (2) 前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

集合住宅における訪問系サービス等の評価のあり方に関する調査研究事業の 調査検討組織 委員等

| | | |
|-----|--------|---|
| 委員長 | 松原 由美 | (明治安田生活福祉研究所 主席研究員) |
| 委員 | 秋山 正子 | (株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション統括所長 暮らしの保健室 室長) |
| | 井上 智貴 | (医療法人社団輝生会 在宅総合ケアセンター成城 センター長 成城リハケアクリニック院長) |
| | 上野 桂子 | (一般社団法人全国訪問看護事業協会 常務理事) |
| | 奥村 孝行 | (一般財団法人サービス付き高齢者向け住宅協会 事務局長) |
| | 鈴木 理恵 | (公益社団法人日本看護協会 医療政策部医療制度課 課長) |
| | 平原 優美 | (公益財団法人日本訪問看護財団 あすか山訪問看護ステーション 統括所長) |
| | 福井 小紀子 | (日本赤十字看護大学 教授) |
| | 山田 雅子 | (聖路加看護大学 教授) |

(敬称略、50音順)

【オブザーバー】

- 厚生労働省 老健局 老人保健課 猿渡 央子 看護専門官
小田 純子

集合住宅における訪問系サービス等の評価のあり方に関する調査研究事業（案）

1. 調査の目的

介護報酬改定検証・研究委員会において、集合住宅における訪問系サービスの提供実態や短時間の訪問の実態を把握することとされている。

訪問看護については、集合住宅と併設し、そこに居住する住民のみにサービス提供する事業所が増加しているとの声がある。また、平成24年改定で、20分未満の訪問看護の算定について要件を見直し、短時間の訪問について、より報酬上の評価を行ったところである。そこで、同一建物についての減算を含む平成24年度改定後の訪問看護の提供実態について把握し、次期改定にむけての参考資料とする。

2. 調査客体

訪問看護ステーション約3,000か所、無作為抽出

3. 主な調査項目

- ・事業所の基本属性（設置主体、人員、利用者数、サービス提供回数、医療保険の訪問看護の実施状況、各種加算の算定状況）
- ・居住系施設との併設の有無、他のサービスとの併設の有無
- ・利用者ごとのサービス提供内容 等

4. 調査内容（調査票種類、調査内容等）

調査票は、「事業所票」と「職員票」、「利用者票」の三部構成とする。

○事業所票

訪問看護ステーションの基本的な属性等を把握し、居住系施設との併設状況や地域の集合住宅へのサービスの提供の実態を把握する。また、20分未満の訪問看護の提供状況を把握する。

○職員票

調査日における職員の具体的な訪問経路や移動時間、滞在時間等を把握する。

○利用者票

主に、20分未満の利用者や併設の居住系施設へのサービス提供の詳細を把握することを目的として、利用者の基本属性や訪問看護の利用状況、実施した処置内容等を調査する。

5. 調査方法（郵送調査等）

- ・郵送配布、郵送回収

厚生労働省 平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成25年度調査）
集合住宅における訪問系サービス等の評価のあり方に関する調査研究事業

訪問看護ステーション調査票（案）

- ※本調査票は、訪問看護事業所の管理者の方がご記入ください。
 ※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。
 ※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。
 分からない場合は「-」と記入してください。
 ※調査時点は、平成25年9月1日または平成25年9月分、もしくは質問に記載している期間とします。

1. 貴事業所の基本情報についてお伺いします。

（1）貴事業所の概要について

| | |
|-------------------------|--|
| 1) 所在地 | () 都・道・府・県 () 市・区・町・村 |
| 2) 地域区分 | 1 1級地 2 2級地 3 3級地 4 4級地 5 5級地 6 6級地 7 その他 |
| 3) 特別地域・ 中山間地域加算 | 1 特別地域訪問看護加算 2 中山間地域等における小規模事業所加算 3 該当なし |
| 4) 地域の特別養護 老人ホームの充足度 | 1 充足している 2 まあまあ充足している 3 やや不足している 4 不足している 5 分からない |
| 5) 開設年月 | 昭和・平成 () 年 () 月 |
| 6) サテライト | 1 なし 2 あり → 開設数 () か所 |

（2）貴事業所の開設主体や同一建物内の施設・事業所等について

| | |
|---|--|
| 1) 開設主体 の法人種類 | 1 医療法人 2 営利法人（会社） 3 社会福祉法人 4 医師会 5 看護協会 6 その他の社団・財団法人 7 協同組合 8 地方公共団体 9 その他（) |
| 2) 貴法人・団体は、貴事業所以外に、訪問看護事業所を運営していますか。 | 1 はい 2 いいえ |
| ※「はい」の場合は、以下の設問にも回答してください。 | |
| 訪問看護事業所の運営数（貴事業所も含んだ数） | () か所 |
| 貴法人・団体で最初に開設された訪問看護事業所の開設年 | 1 昭和・平成 () 年 2 分からない |
| 3) 貴法人・団体が訪問 看護事業以外に、運営 する医療・介護施設・ 事業所（複数回答可） | 1 病院 2 診療所 3 介護老人保健施設 4 特別養護老人ホーム 5 居宅介護支援事業所 6 訪問介護事業所 7 小規模多機能事業所 8 複合型サービス事業所 9 その他 10 なし |
| 4) 貴事業所と「同一建物 内」にある医療・介護 施設・事業所等（複数 回答可） ※貴事業所の開設主体 と異なる場合も含みます。 | 1 病院 2 診療所 3 介護老人保健施設 4 特別養護老人ホーム 5 居宅介護支援事業所 6 訪問介護事業所 7 小規模多機能事業所 8 複合型サービス事業所 9 有料老人ホーム 10 認知症グループホーム（認知症対応型共同生活介護事業所） 11 養護老人ホーム 12 軽費老人ホーム 13 サービス付高齢者向け住宅 14 マンション・アパート・団地 15 その他 () 16 なし |
| 5) 介護保険において、事業所と「同一の建物」に居住する利用者 への訪問による減算がありますか。 | 1 ある 2 ない |

（3）加算等の届け出等の有無（平成25年9月）

| | | |
|-------|---------------------------------|--------------------------------------|
| 介護保険 | 1) 緊急時訪問看護加算の届出 | 1 あり 2 なし |
| | 2) 特別管理体制の届出 | 1 あり →算定件数()件 2 なし |
| | 3) ターミナルケア体制の届出 | 1 あり 2 なし |
| | 4) サービス提供体制強化加算の届出 | 1 あり 2 なし |
| 医療保険等 | 5) 24時間対応体制加算・ 24時間連絡体制加算の届出 | 1 24時間対応体制加算 2 24時間連絡体制加算 3 なし |
| | 6) 特別管理加算の届出 | 1 あり →算定件数()件 2 なし |
| | 7) 精神科訪問看護基本療養費の届出 | 1 あり 2 なし |

2. 貴事業所の職員体制についてお伺いします

1) 平成25年9月1日時点の職員数について、実人数および常勤換算数を記入してください。

※常勤換算数は「従事者の1週間の勤務延時間÷当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」で計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。常勤専従・常勤兼務・非常勤を合算してください。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上してください。

| | | 保健師・助産師・ 看護師・准看護師 (看護職員) | 理学療法士・ 作業療法士・ 言語聴覚士 | 介護職員・ 看護補助者 | 事務職員 | その他の職員 |
|----------------------------|------|--------------------------------|---------------------------|----------------|------|--------|
| 実人数 | 常勤専従 | | | | | |
| | 常勤兼務 | | | | | |
| | 非常勤 | | | | | |
| 常勤換算数(常勤専従+ 常勤兼務+非常勤合計) | | | | | | |

3. 貴事業所の利用者数と訪問回数等（平成25年9月分）についてお伺いします。

（1）平成25年9月の利用者数について、実人数をご記入ください。

| | 介護保険の 利用者 | 医療保険等のみの 利用者（①を除く） | | | 合計 (①+②) |
|------------------------------------|--------------|-----------------------|--------|-------|-------------|
| 1) 平成25年9月の利用者 | ① 人 | ② 人 | | | 人 |
| 2) 年齢別利用者数の内訳 | 0～14歳 | 15～39歳 | 40～64歳 | 65歳以上 | |
| 介護保険の利用者(=①) | | | | 人 | 人 |
| 医療保険等のみの利用者(=②) (介護保険を利用していない人) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

3) 介護保険の利用者について、要介護度別人数をご記入ください

| | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 認定 申請中 |
|------------------|------|------|------|------|------|------|------|-----------|
| 介護保険の 利用者(=①) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

4) 40歳以上の利用者(介護・医療全員)について、日常生活自立度(寝たきり度)をご記入ください。

| | 自立・J(自立) | A(室内自立) | B(床上自立) | C(寝たきり) |
|-----------|----------|---------|---------|---------|
| 40歳以上の利用者 | 人 | 人 | 人 | 人 |

| | | | | | |
|---|------|----|-----|------|-----|
| 5) 40歳以上の利用者(介護・医療全員)について、認知症高齢者の自立度をご記入ください。 | | | | | |
| | 自立・I | II | III | IV | M |
| 40歳以上の利用者 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 6) 平成25年9月の看護・介護連携強化加算算定の有無 | | | | 1 有 | 2 無 |
| 7) 平成25年4月～9月の半年間にターミナルケア加算(介護保険)算定者数 | | | | ()人 | |
| 8) 平成25年4月～9月の半年間に訪問看護ターミナルケア療養費(医療保険)を算定者数 | | | | ()人 | |

(2) 平成25年9月と平成24年9月の介護保険による訪問回数についてご記入ください

| | | | | | |
|--|-------|-------|----------------|-----------------------|-----------------|
| 1) 看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)による訪問回数 | | | | | |
| | 20分未満 | 30分未満 | 30分以上 1時間未満 | 1時間以上 1時間30分 未満 | 長時間訪問看護 加算算定 |
| 平成25(今年) 9月分 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| 平成24(昨年) 9月分 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| 2) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問回数 ※1回の実訪問時間が20分以上×2回の場合は40分以上が1回と数えてください。 | | | | | |
| | 20分以上 | 40分以上 | 60分以上 | | |
| 平成25年(今年) 9月分 | 回 | 回 | 回 | | |
| 平成24年(昨年) 9月分 | 回 | 回 | 回 | | |
| 3) 計画外で訪問した回数 | | | 回 | | |

(3) 平成25年9月の利用者の住まいの詳細について

(1) の1) の①介護保険の利用者+②医療保険等のみの利用者全員についてご回答ください。医療保険と介護保険の別は問いません。

| | | |
|---|---|-----------------|
| 1) 戸建ての住宅(集合住宅以外)に住む利用者のうち、同居家族内に複数の利用者がある家は何戸、合計で何人ですか。 | ()戸、計()人 | |
| 2) 戸建て以外の訪問先(集合住宅・施設等)の建物において、同一建物内に複数の利用者がある建物の数、合計の利用者数をご記入ください。(該当がない場合は、「0」棟、「0」人とご記入ください。) | | |
| | 棟数 | 利用者数 |
| (記入例) マンション、アパート、団地 | (15)棟 | 計(40)人 |
| 養護老人ホーム | ()棟 | 計()人 |
| 軽費老人ホーム | ()棟 | 計()人 |
| 有料老人ホーム | ()棟 | 計()人 |
| サービス付高齢者向け住宅 | ()棟 | 計()人 |
| マンション、アパート、団地 | ()棟 | 計()人 |
| 認知症グループホーム | ()棟 | 計()人 |
| その他() | ()棟 | 計()人 |
| 3) 訪問対象地域は、事業所からどのくらいの距離の範囲ですか。 | 約()キロメートル | |
| 4) 貴事業所から最も移動時間がかかる利用者宅までは片道でどのくらいの時間ですか。 | 主な手段：1 自転車(電動自転車) 2 バイク 3 自動車 4 バス 5 電車 6 徒歩のみ | |

| | |
|--|----------------|
| | 時 間：（ ）分 |
| 5) 貴事業所と同一建物内に居住する利用者はいいますか。 いる場合は人数もご記入ください。 | 1 いる（ ）人 2 いない |

(4) 事業所と同一建物に居住する利用者の人数、訪問回数（平成25年9月分）等ご記入ください。
該当者がいない場合は、(5)へ進んでください。

| | 介護保険の 利用者 | | 医療保険等のみの 利用者（①を除く） | | 合計 (①+②) | | | |
|--|--------------|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------|------|------|-----------|
| 1) 平成25年9月の利用者 | ① 人 | | ② 人 | | 人 | | | |
| 2) 介護保険の利用者について、要介護度別人数をご記入ください | | | | | | | | |
| | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 認定 申請中 |
| 介護保険の 利用者(=①) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 3) 介護保険の利用者について、看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)による訪問回数 | | | | | | | | |
| | 20分未満 | 30分未満 | 30分以上 1時間未満 | 1時間以上 1時間30分 未満 | 長時間訪問看護 加算算定 | | | |
| 平成25年9月分 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | | | |
| 4) 介護保険の利用者について、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問回数 ※1回の実訪問時間が20分以上×2回の場合は40分以上が1回と数えてください | | | | | | | | |
| | 20分以上 | | 40分以上 | | 60分以上 | | | |
| 平成25年9月分 | 回 | | 回 | | 回 | | | |
| 5) 計画外で訪問した回数 | | | | 回 | | | | |

(5) 職員の移動や訪問予定の組み方について、ご回答ください。

| | |
|--|-------------------|
| 1) 予定の訪問において、職員が自宅から利用者宅に直接、訪問することはありますか。(ステーションに立ち寄らない) | |
| 1 (原則的には、) ない | 2 ある |
| 2) 予定の訪問において、職員が利用者宅から直接自宅に、帰宅することはありますか。(ステーションに戻らない) | |
| 1 (原則的には、) ない | 2 ある |
| 3) 訪問予定を組む場合、利用者の住まい同士の近さは考慮していますか。 | |
| 1 はい | 2 いいえ 3 どちらともいえない |
| 4) 訪問先の同一建物内に複数の利用者がある場合、訪問予定はどのように組むようにしていますか。 (複数回答可) | |
| 1 なるべく同じ日に計画し、効率的に訪問するようにしている | |
| 2 診療報酬(医療保険)の場合、訪問看護基本療養費(Ⅱ)(同一建物居住者)での算定とならないよう、同じ日には訪問しないようにしている | |
| 3 特に意識はしない | |
| 4 その他(具体的に:) | |

4. 他の事業の運営意向や他の事業所との連携について

(1) 他の事業の実施状況・実施意向

| | | |
|--|----------------|----------------|
| 1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業を実施したいですか。 | | |
| 1 既に行っている | 2 今年度中に実施予定である | 3 予定はないが、実施したい |
| 4 特に実施したくない | 5 分からない。 | |
| 2) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護と連携して、訪問看護を実施したいですか。 | | |
| 1 既に行っている | 2 今年度中に実施予定である | 3 予定はないが、実施したい |
| 4 特に実施したくない | 5 分からない | |
| 3) 短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、(地域密着型)介護老人福祉施設との委託契約による健康管理は行っていますか。 | | |
| 1 既に行っている | 2 今年度中に実施予定である | 3 予定はないが、実施したい |
| 4 特に実施したくない | 5 分からない | |

(2) 複数の訪問看護事業所の運営や他の事業所との連携について

| | |
|---|-------------------------|
| 1) 同一法人で複数の訪問看護事業所を運営されている場合におうかがいします。同一法人内に、他に訪問看護事業所があることの利点がありますか。ある場合、具体的な利点全てに○を付け、最もあてはまるもの1つに◎を付けてください。 | |
| 1 他に訪問看護事業所はない | 2 他に訪問看護事業所はあるが、特に利点はない |
| 3 利点はある | |
| <ul style="list-style-type: none"> a 利用者を紹介する・されることで、利用人数の調整が可能である b 必要などときには、職員の応援を受けることができる c 職員を異動させることにより、事業規模の調整ができる d 他ステーションの管理者等にステーションの運営やケア提供についての相談ができる e 研修やケース検討を共同で実施することができる f 職員のローテーションができる g 看護の質の向上に効果的である h 収支が1ステーションだけに比べて安定する i その他 () | |
| 2) 貴事業所で訪問看護指示書を受け取った医療機関数(平成25年9月分) | ()か所 |
| 3) 貴事業所の利用者を担当している居宅介護支援事業所数(平成25年9月分) | ()か所 |

5 事業所の収支の状況

| 1) 貴事業所の平成24年度の収益についてお伺いします。 | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|---------|----------------------|-----|
| 介護保険等（介護報酬収益） | 医療保険等（療養費収益） | 保険外事業収益 | 収益計 | |
| 円 | 円 | 円 | 円 | |
| 2) 貴事業所の平成24年度の費用についてお伺いします。 | | | | |
| 給与費 | (うち)移動にかかる手当やガソリン代(職員に支給している費用) | その他 | (うち)自動車等の移動手段にかかる物件費 | 費用計 |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 3) 貴事業所の収支比率についてお伺いします。 | | | | |
| 1 黒字 | 2 ほぼ均衡している | 3 赤字 | 4 不明 | |

質問は以上で終わりです。記入済みの調査票は、返信用封筒（切手は不要です）に入れ、●月●日までにポストに投函してください。ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。なお、記入内容についておうかがいする場合があります。事業所名と連絡先電話番号をご記入ください。

| | |
|------|------|
| 事業所名 | 電話番号 |
|------|------|

厚生労働省 平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成25年度調査）
 集合住宅における訪問系サービス等の評価のあり方に関する調査研究事業

職員調査票（案）

※本調査票は、訪問職員の利用者宅への訪問の状況についておうかがいします。職員本人がご記入ください。
 ※調査日は、平成25年10月1日～10月31日までの任意の1日とします。
 ※回答の際は、記入欄に選択肢や時間の数字をご記入ください。

1 訪問職員の基本属性等

| | |
|---|------------------------------------|
| 1)年齢 | () 歳 ※平成25年10月1日時点 |
| 2)職種 | 1 看護師 2 保健師 3 准看護師 4 理学療法士 5 作業療法士 |
| 3)雇用形態 | 1 常勤専従 2 常勤兼務 3 非常勤 |
| 4)1週間の平均的な勤務時間 | () 時間 |
| 5)調査日 | 平成25年()月()日 |
| 6)調査日の勤務時間 | ()時()分～()時()分 |
| 7)調査日に訪問した利用者数(実人数、1人に対して2回以上訪問した場合1人と計上してください) | ()人 |

2 調査日の勤務・訪問の詳細

以下の記入例を参考に、裏面の表に記載してください。

| 出発場所 | 移動先 | 主な移動手段 (単数回答) | 移動時間 | 滞在時間 | 移動先が利用者宅等の場合： 事業所から直接訪問した場合の移動時間 |
|--------------------|------------|---|-----------|-----------|-------------------------------------|
| | ※下記選択肢参照 | 1 自転車・電動自転車 2 バイク 3 自動車 4 バス 5 電車 6 徒歩のみ | 約()分 | 約()分 | 約()分 |
| (記入例) 自宅 | 2 | 1 | 15 | 20 | |
| →次の移動へ | 1-c | 1 | 10 | 60 | 10 |
| →次の移動へ | 1-b | 6 | 1 | 20 | 10 |
| →次の移動へ | | | | | |

【移動先の選択肢】

1 利用者宅・施設・居室 2 事業所 3 サテライト事業所 4 その他（具体的に）

↳「1 利用者宅・施設・居室」の場合、以下もご回答ください（複数回答可）

a 訪問看護事業所と同一建物内 b 直前の利用者宅等と同一建物内 c a・b以外

| 出発場所 | 移動先 | 主な移動手段 (単数回答) | 移動時間 | 滞在時間 | 移動先が利用者宅 等の場合： 事業所から直接訪 問した場合の移動 時間 |
|--------|---------------|---|-------|-------|---|
| | ※前頁の 選択肢参照 | 1 自転車・ 電動自転車 2 バイク 3 自動車 4 バス 5 電車 6 徒歩のみ | 約（ ）分 | 約（ ）分 | 約（ ）分 |
| 自宅 | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |
| ⇒次の移動へ | | | | | |

※記入欄が不足する場合には、本頁をコピーして、ご記入ください。

厚生労働省 平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成25年度調査）
集合住宅における訪問系サービス等の評価のあり方に関する調査研究事業

利用者調査票（案）

※本調査票は、当該利用者の状況について、詳しい職員の方がご記入ください。

※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。

※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。

※調査時点は、平成25年9月1日または平成25年9月分、もしくは質問に記載している期間とします。

1 利用者の基本属性

| | | | |
|-----------------------------------|---|-------|---------|
| 1) 年齢（平成25年9月1日） | () 歳 | 2) 性別 | 1 男 2 女 |
| 3) 住まい① | 1 戸建て 2 マンション、アパート、団地 3 養護老人ホーム 4 軽費老人ホーム 5 有料老人ホーム 6 サービス付き高齢者向け住宅 7 その他 () | | |
| 4) 訪問看護ステーションと同一建物内かどうか | 1 同一建物である 2 ない | | |
| 5) ステーションから利用者宅まで一般的な移動時間 | 約 () 分 | | |
| 6) 住まい② | 1 持家 2 民間賃貸住宅 3 公営賃貸住宅（市・県営、都市機構、公社等） 4 借間 5 その他 | | |
| 7) 世帯構成 | 1 独居 2 夫婦のみ世帯 3 その他同居 ➡ (a 65歳以上のみ b それ以外) | | |
| 8) 介護力 | 1 介護できる人はいない 2 時間帯によって介護できる人がいる 3 常時、介護できる人がいる | | |
| 9) 要介護度（直近） | 1 要支援1 2 要支援2 3 要介護1 4 要介護2 5 要介護3 6 要介護4 7 要介護5 8 その他（申請中含む） | | |
| 10) 障害高齢者の日常生活自立度 | 1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2 10 不明 | | |
| 11) 認知症高齢者の日常生活自立度 | 1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明 | | |
| 12) 傷病 該当するもの全てに○、 主な傷病1つに◎ | 1 高血圧 2 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3 心臓病 4 糖尿病 5 高脂血症(脂質異常) 6 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等） 7 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8 腎臓・前立腺の病気 9 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等） 10 外傷（転倒・骨折等） 11 がん（新生物） 12 血液・免疫の病気 13 うつ病 14 認知症(アルツハイマー病等) 15 パーキンソン病 16 目の病気 17 耳の病気 18 その他 () 19 ない | | |
| 13) 日常生活に支障のある痛み | 1 あり 2 なし | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------|----------|----------------|-------------------|----------------|---------|----------|--------------|------------|-------------|----------|------------|---------|----------|---------|-------|-------|---------|-------|-------|
| 14) 移動 | 1 自立 | 2 見守り | 3 一部介助 | 4 全介助 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15) 食事 | 1 自立 | 2 見守り | 3 一部介助 | 4 全介助 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16) 排泄 | 1 自立 | 2 見守り | 3 一部介助 | 4 全介助 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17) 入浴 | 1 自立 | 2 見守り | 3 一部介助 | 4 全介助 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18) 着替え | 1 自立 | 2 見守り | 3 一部介助 | 4 全介助 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19) 医療ニーズの有無 (複数回答可) | 1 看取り期のケア | 2 胃ろう、腸ろうによる栄養管理 | 3 経鼻経管栄養 | 4 中心静脈栄養管理 | 5 膀胱（留置）カテーテルの管理 | 6 人工肛門（ストマ）のケア | 7 たんの吸引 | 8 ネブライザー | 9 酸素療法（酸素吸入） | 10 気管切開のケア | 11 人工呼吸器の管理 | 12 注射・点滴 | 13 インスリン注射 | 14 創傷処置 | 15 褥瘡の処置 | 16 服薬管理 | 17 透析 | 18 導尿 | 19 疼痛管理 | 20 浣腸 | 21 摘便 |
| 20) 特別管理加算の有無 | 1 有 0 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21) ターミナル期かどうか（医師が余命6か月以内と判断） | 1 はい 2 いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22) 訪問看護の利用開始時期 | 平成（ ）年（ ）月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23) 訪問看護で利用している保険の種類（平成25年9月分） | 1 介護保険のみ 2 介護保険と医療保険の両方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24) 平成25年7月～9月の3か月間における特別訪問看護指示書の交付の有無 | 1 有 2 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 20分未満 (日中) | 20分未満 (夜間・早朝・深夜) | 30分未満 | 30分以上 1時間未満 | 1時間以上 1時間30分未満 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25) 貴事業所の看護職員による訪問看護の訪問回数 (1週間あたりのケアプラン) | 回/週 | 回/週 | 回/週 | 回/週 | 回/週 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26) 貴事業所のリハビリ職員による訪問回数（1週間あたりのケアプラン） | | | | | 回/週 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27) 他の訪問看護事業所からの訪問予定回数（1週間あたりのケアプラン） | | | | | 回/週 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28) 他の介護保険サービス 利用実績 (9月分であてはまるもの 全てに○を付けてください) | 1 訪問介護 → () 回/週 2 訪問入浴介護 3 訪問リハビリテーション 4 通所介護 5 通所リハビリテーション 6 短期入所生活介護 7 短期入所療養介護 8 その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29) 訪問診療・往診または外来受診の有無 (平成25年9月) | 1 訪問診療・往診を利用した 2 外来受診した 3 いずれも利用していない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29) -① (1 訪問診療・往診を利用した場合) 利用した医療機関の種類 | 1 在宅療養支援診療所 2 1以外の診療所 3 在宅療養支援病院 4 3以外の病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2 平成25年9月分の訪問看護の実施状況

| 訪問日 | 緊急訪問 | 訪問者の職種 | 訪問者の人数 | 滞在時間 | 報酬請求上の時間 | 実施した処置等の内容 |
|------------|------------|--|----------|----------------------|---|---|
| 9月 ()日 | 緊急の場合 ○ | 【選択肢】 (複数回答可) 1 看護師・保健師 2 准看護師 3 理学療法士 4 作業療法士 5 言語聴覚士 6 看護補助者・介護職員 | | ():() ~ ():() | 【選択肢】 1 20分未満 2 30分未満 3 30分以上 4 1時間未満 5 1時間以上 6 1時間30分未満 7 PT,OT,STによる訪問 | 【選択肢】(複数回答可) 1 観察・バイタルサイン測定 2 医療処置 (※右記コード表ご参照) 3 療養上の世話 (※右記コード表ご参照) 4 その他 () |
| 記入例) | | | | | | |
| 1 | | 1 | 2 | 10:00~10:18 | 1 | 1, N |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

【実施した処置等の内容 コード表】

| 3 医療処置 | |
|----------|------------------------|
| A | 服薬介助(含点眼・点鼻・軟膏) |
| B | 吸入 |
| C | 注射 |
| D | 点滴・中心静脈栄養 |
| E | 採血など検体採取 |
| F | 褥瘡の処置 |
| G | 創傷部の処置 |
| H | 口・鼻腔内吸引 |
| I | 気管内吸引 |
| J | 気管カニューレの管理 |
| K | 排痰・呼吸ケア |
| L | 在宅酸素療法・酸素吸入 |
| M | 人工呼吸器の管理 |
| N | 経管栄養(胃瘻・腸瘻) |
| O | 経管栄養(経鼻) |
| P | 導尿・泌尿器系の処置 |
| Q | 排便・浣腸 |
| R | 人工肛門・人工膀胱の管理 |
| S | リハビリテーション |
| T | マッサージ |
| U | その他の医療処置:具体的にご記入ください |
| 4 療養上の世話 | |
| ア | 入浴・シャワー浴介助 |
| イ | 歯磨き・口腔内ケア |
| ウ | その他の清潔保持 |
| エ | 整容・更衣 |
| オ | 排泄介助(おむつ交換等) |
| カ | 食事・経口摂取援助 |
| キ | 体位変換、起居の援助 |
| ク | 移動・移乗 |
| ケ | 環境整備、寝具交換 |
| コ | その他の療養上の世話:具体的にご記入ください |