



政府統計

介護サービス施設・事業所調査
訪問看護ステーション票
(平成24年10月1日調査)



4

厚生労働省

*一連番号									
*調査番号									

[注] 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
2 *印の箇所は事業所では記入しないでください。

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

(1) サービスの種類・事業所番号

- ・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事業について、印字内容を確認し、活動状況の該当する番号を○で囲んでください。
- ・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、調査票は記入不要です。
- ・休止届や廃止届を提出している場合は「休止中」「廃止」に○をつけてください。以降の設問には記入不要です。

サービスの種類	事業所番号	ステーション名	活動状況
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	09 社会福祉協議会
02 市区町村	10 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
03 広域連合・一部事務組合	11 農業協同組合及び連合会
04 日本赤十字社・社会保険関係団体	12 消費生活協同組合及び連合会
05 医療法人	13 営利法人(会社)
06 医師会	14 特定非営利活動法人(NPO)
07 看護協会	15 01～14以外
08 社団・財団法人(06、07以外の公益・一般)	

(3) 加算等の届出の状況

介護保険法 ※該当する番号をそれぞれにつき1つ○で囲んでください。

緊急時訪問看護加算の届出	1 あり 2 なし
特別管理体制の届出	1 あり 2 なし
ターミナルケア体制の届出	1 あり 2 なし
サービス提供体制強化加算の届出	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。

1 24時間対応体制加算の届出あり 2 24時間連絡体制加算の届出あり 3 1, 2 いずれもなし		
1 または 2 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		

(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

次ページにつづきます

(5) 9 月 中 の サ ー ビ ス の 提 供 状 況

営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた(利用者がいれば実施できる状態であった)日のことをいいます。
介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。
※**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)の何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。(但し、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。)

介護
予
防
訪
問
看
護

9 月中の営業日数

日

9 月中の利用者

1 あり 2 なし

	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	人
訪 問 回 数 の 合 計 (回)	回	回	回
うちPT、OT、STのみによる 訪問回数の合計(回)(再掲)	回	回	回

訪 問 看 護 (介 護 給 付)

9 月中の営業日数

日

9 月中の利用者

1 あり 2 なし

	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	人
訪 問 回 数 の 合 計 (回)	回	回	回	回	回	回
うちPT、OT、STのみによる 訪問回数の合計(回)(再掲)	回	回	回	回	回	回

健康保険法等との併給者

	併給者
利 用 実 人 員 数 (人)	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)	回

※ 上記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 (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(回)(再掲)	回	

※ 「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、生活保護、労災保険等の医療保険及び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月中のすべ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。

(6) 9 月 中 の 利 用 者

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に同意をしている実人員数			人	人	24時間対応体制加算に同意をしている実人員数				
緊 急 時 訪 問 看 護	利 用 実 人 員 数 (人)		人	人	緊 急 時 訪 問 看 護	利 用 実 人 員 数 (人)	人		
	訪 問 回 数 の 合 計 (回)		回	回		訪 問 回 数 の 合 計 (回)	回		
			24時間連絡体制加算に同意をしている実人員数			人			
死 亡 に よ る の サ ー ビ ス 終 了 者		介 護 保 険 法		健 康 保 険 法 等					
		ターミナルケア加算		訪問看護ターミナルケア療養費					
		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 月中に死亡した利用者数		人		人		人	
		在宅で死亡した利用者数		人		人		人	
		在宅以外で死亡した利用者数		人		人		人	

次ページにつづきます

(7) 従 事 者 数	※常勤兼務と非常勤に記入した場合は、換算数を記入してください。										
	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
	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					
						1～7のうちサテライト事業所の従事者					
(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、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。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。 ※常勤兼務≥換算数、非常勤≥換算数となります。<u>常勤専従については、換算数の記入は不要です。</u> ※「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。 ※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。 換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$（換算数の詳細は手引き参照） （1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）											
(8)「居宅介護支援事業所」の併設の状況と従事者による介護支援専門員(ケアマネジャー)の兼務状況	「居宅介護支援事業所」と併設している場合は、「1 併設している」の番号を○で囲み、介護支援専門員と兼務の有無を回答してください。 1 併設している 2 併設していない ↓ 介護支援専門員と兼務している場合は、「1 兼務あり」の番号を○で囲み、その人数を記入してください。 1 兼務あり 人 2 兼務なし										
(9)居宅療養管理指導の指定事業者の届出の状況と利用者数	居宅療養管理指導(介護予防を含む)のサービス事業者としての指定を受けている場合は「1 指定あり」の番号を○で囲み、利用実人員数を記入してください。 1 指定あり 2 指定なし ↓ 平成24年9月中の利用実人員数 人										
(10) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護との連携の有無	定期巡回・随時対応型訪問介護看護の法2号型（連携型）事業所との連携がありますか。 1 連携あり 2 連携なし										
(11) 複合型サービス事業所の併設の有無	複合型サービス事業所を併設していますか。 1 併設している 2 併設していない										
※調査票記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、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（担当部署等）と連絡先（電話番号）を記入してください。						調査票記入者名・担当部署と連絡先（※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）					

ご協力ありがとうございました