

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。

(1) 法人名 (運営法人名を記入してください。)	
(2) ステーション名	
(3) ステーションの所在地	〒 TEL ()-()-()

(4) 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。
- ・ 印字されていない事業があった場合は、該当するサービス欄に事業所番号、ステーション名等を記入してください。
- ・ 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

※該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。

開設主体		01 都道府県	09 社会福祉協議会
(5) 開設主体		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 その他の法人
		08 社団・財団法人(06、07以外の公益・一般)	

(6)加算等の届出の状況	介護保険法 ※該当する番号を○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 重症者管理加算の届出あり 2 重症者管理加算の届出なし			

(7)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

*利用者個票	*利用者一覽票

(8)

9月

中の

介護保険法

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)			
訪問回数の合計(回)			
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(回)(再掲)			

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)						
訪問回数の合計(回)						
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(回)(再掲)						

上記の介護保険法利用者のうち、月の途中で急性増悪等により健康保険法等に移った者を計上してください。

併給者の利用実人員数

人

併給者への訪問回数の合計

回

健康保険法等

利用実人員数

人

訪問回数の合計

回

その他

利用実人員数

人

訪問回数の合計

回

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)
緊急時訪問看護加算に同意をしている実人員数	人	人
緊急時訪問看護を受けた利用実人員数	人	人
緊急時訪問看護による訪問回数の合計	回	回

健康保険法等の利用者

	健康保険法等
24時間対応体制加算に同意をしている実人員数	人
緊急時訪問看護を受けた利用実人員数	人
緊急時訪問看護による訪問回数の合計	回
24時間連絡体制加算に同意をしている実人員数	人

死者の最終

	介護保険法		健康保険法等	
	ターミナルケア加算		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	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

(10) 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		非常勤			常勤専従		常勤兼務		非常勤	
		換算数		換算数		換算数			換算数		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。常勤専従は換算数の記入は不要です。
※「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。

換算数 =

従事者の1週間の勤務延時間数

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

(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。)

(11) 管理者が主に従事する職種

管理者は保健師又は看護師ですか。

1 はい

2 いいえ

↓

主に従事している職種を1つ○で囲んでください。

1 理学療法士

2 作業療法士

3 言語聴覚士

4 その他

(12) 「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

(13) 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22年9月中の利用実人員数

人

※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)
	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