

(介23)

平成24年8月28日

都道府県医師会

介護保険担当理事 殿

日本医師会常任理事

高杉 敬久

平成24年介護サービス施設・事業所調査の実施に関する協力依頼について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は介護保険制度運営に関し、格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成12年より実施されております標記調査につきまして、本年も実施されることとなり、別添のとおり厚生労働省より本会宛に調査協力依頼がありました。

当該調査は、全国の介護サービスについて提供体制・提供内容等を把握し、今後の介護サービス提供の基盤整備に関する基礎資料を得ることを目的としているもので、調査客体は、介護保険施設、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、介護予防サービス事業所、介護予防支援事業所、地域密着型サービス事業所、地域密着型介護予防サービス事業所の全数が対象であり、調査期日は本年10月1日現在において実施することになっております。

本会においては、本調査に協力することと致しましたので、貴会におかれましても、調査の円滑な実施にご協力を賜りたくご高配方宜しくお願い申し上げます。

敬具

記

(添付資料)

- ・「平成24年介護サービス施設・事業所調査の協力依頼について」  
(平24.8.15統発0815第1号 厚生労働省大臣官房統計情報部長)
- ・参考資料 平成24年介護サービス施設・事業所調査の概要
- ・調査票一式

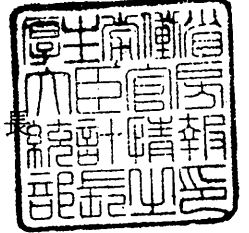
以上



統発0815第1号  
平成24年8月15日

社団法人 日本医師会長 殿

厚生労働省大臣官房統計情報部長



## 平成24年介護サービス施設・事業所調査の協力依頼について

介護サービス施設・事業所調査につきましては、かねてから多大なる御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本年においても下記のとおり実施することといたしましたので、引き続き貴会の御協力を賜りたく、御配意方お願い申し上げます。

### 記

#### 1 調査の目的

この調査は、全国の介護サービスの提供体制、提供内容等を把握することにより、介護サービスの提供面に着目した基盤整備に関する基礎資料を得ることを目的とする。

#### 2 調査の対象及び客体

以下に掲げる介護保険施設、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、介護予防サービス事業所、介護予防支援事業所、地域密着型サービス事業所、地域密着型介護予防サービス事業所を対象とし、その全数を客体とする。

##### ア 介護保険施設

指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設

##### イ 居宅サービス事業所

訪問看護ステーション、訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所、通所介護事業所、短期入所生活介護事業所、特定施設入居者生活介護事業所、福祉用具貸与事業所、特定福祉用具販売事業所、通所リハビリテーション事業所、短期入所療養介護事業所

##### ウ 居宅介護支援事業所

##### エ 介護予防サービス事業所

介護予防訪問看護ステーション、介護予防訪問介護事業所、介護予防訪問入浴介護事業所、介護予防通所介護事業所、介護予防短期入所生活介護事業所、介護予防特定施設入居者生活介護事業所、介護予防福祉用具貸与事業所、特定介護予防福祉用具販売事業所、介護予防通所リハビリテーション事業所、

- 介護予防短期入所療養介護事業所
- オ 介護予防支援事業所
- カ 地域密着型サービス事業所
  - 地域密着型介護老人福祉施設、夜間対応型訪問介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、複合型サービス事業所
- キ 地域密着型介護予防サービス事業所
  - 介護予防認知症対応型通所介護事業所、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、介護予防認知症対応型共同生活介護事業所

### 3 調査の期日

平成24年10月1日（月）現在において実施する。

### 4 調査の事項

次の調査票に掲げる事項とする。

#### (1) 基本票

- ①施設基本票（別紙1-1）
- ②事業所基本票（別紙1-2）

#### (2) 詳細票

- ①介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設票（別紙2）
- ②介護老人保健施設票（別紙3）
- ③介護療養型医療施設票（別紙4）
- ④訪問看護ステーション票（別紙5）
- ⑤居宅サービス事業所（福祉関係）票（別紙6）
- ⑥地域密着型サービス事業所票（別紙7）
- ⑦居宅サービス事業所（医療関係）票（別紙8）

### 5 調査の実施体制

- (1) 厚生労働省が、調査に関する事務を民間事業者に委託して行う。
- (2) 都道府県は、それぞれの区域内の調査対象施設・事業所について、「平成24年介護サービス施設・事業所調査調査対象名簿」及び基本票の作成等、円滑な調査の実施に向け、必要な作業を行う。

### 6 調査の方法

- (1) 基本票は、厚生労働省から都道府県に配布し、各担当者が記入する。
- (2) 詳細票は、都道府県により更新された「平成24年介護サービス施設・事業所調査調査対象名簿」を基に、民間事業者から全施設・事業所に配布し、各管理者が記入する。

### 7 集計及び結果の公表

集計及び結果の公表は、厚生労働省大臣官房統計情報部が行い、調査結果は速やかに公表する。

## 平成24年介護サービス施設・事業所調査の概要

### 1 調査の目的

この調査は、全国の介護サービスの提供体制、提供内容等を把握することにより、介護サービスの提供面に着目した基盤整備に関する基礎資料を得ることを目的とする。

### 2 調査の対象及び客体

以下に掲げる介護保険施設及び事業所（詳細は「別記」）を対象とし、その全数を客体とする。

- ア 介護保険施設
  - イ 居宅サービス事業所
  - ウ 居宅介護支援事業所
  - エ 介護予防サービス事業所
  - オ 介護予防支援事業所
  - カ 地域密着型サービス事業所
  - キ 地域密着型介護予防サービス事業所
- 以下、「居宅サービス事業所等」という。

### 3 調査の期日

平成24年10月1日

### 4 調査の事項

#### 基本票

法人名、施設・事業所名、所在地、活動状況、介護保険施設の定員

#### 詳細票

#### (1) 介護保険施設

開設主体、在所者数、居室の状況、従事者数等

#### (2) 居宅サービス事業所等

開設（経営）主体、利用者数、従事者数等

### 5 調査の方法及び系統

#### (1) 調査の方法

基本票：厚生労働省から都道府県へ配付し、各担当者が調査票に記入する。

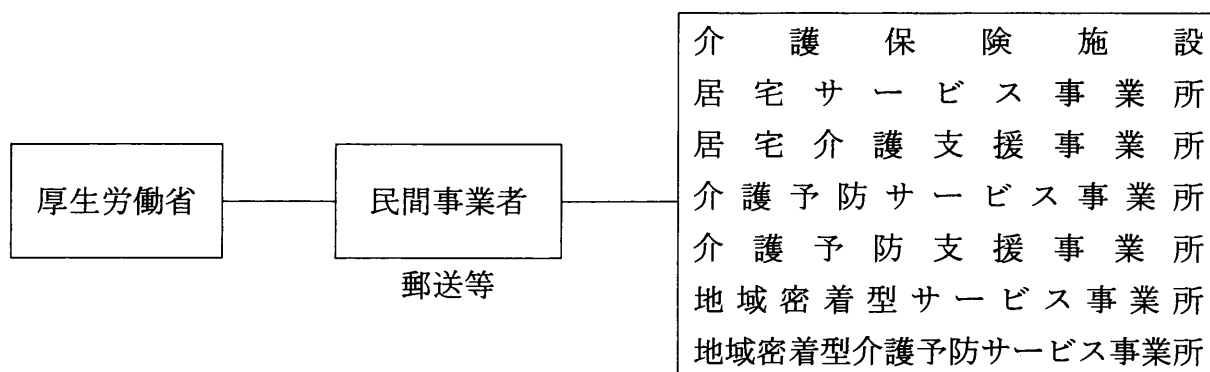
詳細票：民間事業者から全施設・事業所へ配付し、各管理者が調査票に記入する。

#### (2) 調査の系統

〈基本票〉



〈詳細票〉



## 6 集計及び結果の公表

集計及び結果の公表は、厚生労働省大臣官房統計情報部が行う。調査結果は、「平成24年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」及び「平成24年介護サービス施設・事業所調査報告」として集計完了後速やかに公表するとともに、厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/>) 及び政府統計の総合窓口 (e-Stat) に掲載する。

別記

**【 調査対象施設・事業所 】**

**【介護保険施設】**

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設

**【居宅サービス事業所】**

訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所、訪問看護ステーション、通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所、短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、特定施設入居者生活介護事業所、福祉用具貸与事業所、特定福祉用具販売事業所

**【居宅介護支援事業所】**

居宅介護支援事業所

**【介護予防サービス事業所】**

介護予防訪問介護事業所、介護予防訪問入浴介護事業所、介護予防訪問看護ステーション、介護予防通所介護事業所、介護予防通所リハビリテーション事業所、介護予防短期入所生活介護事業所、介護予防短期入所療養介護事業所、介護予防特定施設入居者生活介護事業所、介護予防福祉用具貸与事業所、特定介護予防福祉用具販売事業所

**【介護予防支援事業所】**

介護予防支援事業所

**【地域密着型サービス事業所】**

地域密着型介護老人福祉施設、夜間対応型訪問介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、複合型サービス事業所

**【地域密着型介護予防サービス事業所】**

介護予防認知症対応型通所介護事業所、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、介護予防認知症対応型共同生活介護事業所









*一連番号	
*調査番号	
法人名	
施設名	
施設の所在地	〒 TEL( )-( )-( )

[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 \*印の箇所は施設では記入しないでください。

事業所番号		(1)活動状況	1 活動中	2 休止中	3 廃止	
(2)開設年月	1 昭和	2 平成	年	月		
(3)開設主体及び経営主体	開設主体	それぞれ該当する番号を選択し、左の各欄に記入してください。				
	経営主体	01 都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 日本赤十字社	05 社会福祉協議会 06 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 07 社団・財団法人(公益・一般) 08 01~07以外			
(4)介護報酬上の届出	該当する施設の種類の○をつけてください。[*]が付いた施設への変更がある場合は、事務局までご連絡ください。					
	介護老人福祉施設(複数回答)		地域密着型介護老人福祉施設(複数回答)			
(5)居室の状況	短期入所生活介護(ショートステイ)のみに使用している居室は除いて記入してください。					
	多床室		従来型個室	ユニット型		
(6)ユニットの状況	5人以上室	4人室	3人室	2人室	夫婦等の2人室 個室(準個室を含む)	
	上記居室の一部に短期入所生活介護(ショートステイ)床を		1 含む	2 含まない		
(7)居住費の状況	各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。居住費の室数と(5)居室の室数は一致させてください。					
	ユニットの規模(定員)	人	人	人	人	
(8)食費の状況	施設が設定している料金を日額で記入してください。1日あたりの食費					
	多床室	居住費(日額)	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室
	従来型個室	居住費(日額)	円	円	円	円
		室数	室	室	室	室
	ユニット型準個室(夫婦等の2人室を含む)	居住費(日額)	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室
	ユニット型個室(夫婦等の2人室を含む)	居住費(日額)	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室

9月末日の在所有者数(人)

9月末日時点で在所有者はいましたか。

1 いた 2 いない

短期入所生活介護(ショートステイ)床の利用者は含めないでください。

(9) 施設サービスの状況

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他

短期入所生活介護(ショートステイ)床が空床利用型の場合の短期入所生活介護(ショートステイ)利用者数

(再掲) 9月末日の在所有者のうち、やむを得ない事由により介護保険法による施設への入所が困難であり、市町村の措置により入所している者

(10) 社会福祉法人等による軽減の状況

1 実施している	9月中の軽減者数	人
2 実施していない	うち生活保護受給者数	人

(11) 苦情解決のための取組状況(複数回答)

該当する番号すべてを○で囲んでください。
1 苦情受付窓口を設置 3 共同で第三者委員を設置 5 1~4以外の取組を実施している
2 苦情解決責任者を設置 4 単独で第三者委員を設置

(12) 夜勤時間帯における勤務体制

夜勤を行った看護職員がいましたか。	夜勤を行った介護職員がいましたか。
1 いた 2 いない	1 いた 2 いない
夜勤を行った看護職員 人	夜勤を行った介護職員 人

(13) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

9月中(平成24年9月1日~30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)及び延べ夜勤回数を記入してください。	
看護職員 実人員数 人	介護職員 実人員数 人
延べ夜勤回数 回	延べ夜勤回数 回

(14) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)

平成23年10月1日~平成24年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。
1 受け入れあり
2 受け入れなし

(15) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)
平成23年10月1日~平成24年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。
1 受け入れあり
2 受け入れなし

(16) 従事者数

	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		換算数
1 施設長							11 機能訓練指導員						
2 医師							11のうち理学療法士						
3 歯科医師							11のうち作業療法士						
4 生活相談員							11のうち言語聴覚士						
4のうち社会福祉士							11のうち看護師						
5 看護師							11のうち准看護師						
6 准看護師							11のうち柔道整復師						
7 介護職員							11のうちあん摩マッサージ指圧師						
7のうち介護福祉士							12 障害者生活支援員						
8 管理栄養士							13 介護支援専門員						
9 栄養士							14 調理員						
10 歯科衛生士							15 その他の職員						

(補問) 認定特定行為業務従事者(介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)

人

注:1) 「常勤専従」については換算数の記入は不要です。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。
2) 雇用形態にかかわらず、施設が定める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 =  $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$   
(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。)

(換算数の詳細は手引を参照してください)

※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。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。なお、FAXの記入は任意です。

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



*一連番号	
*調査番号	
法人名	
施設名	
施設の所在地	〒 TEL( )-( )-( )

[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 \*印の箇所は施設では記入しないでください。

事業所番号		(1)活動状況	1 活動中	2 休止中	3 廃止	
(2)開設年月	1 昭和	2 平成	年	月		
(3)開設主体	開設主体	該当する番号を選択し、左の回答欄に記入してください。 01 都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 05 医療法人 06 社会福祉協議会 07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 08 社団・財団法人(公益・一般) 09 その他の法人 10 個人 11 01~10以外				
(4)介護報酬上の届出(複数回答)	介護保健施設(1 I型 2 II型 3 III型) ユニット型介護保健施設(4 I型 5 II型 6 III型)					
(5)療養体制維持特別加算の状況	「(4)介護報酬上の届出」の種別で、2、3、5、6(II型、III型)に該当する施設は記入してください。 1 加算している 2 加算していない					
(6)小規模介護老人保健施設等の設置状況	1 から3の施設を設置している場合、該当する番号に○をしてください。 1 サテライト型小規模介護老人保健施設 2 医療機関併設型小規模介護老人保健施設 3 分館型介護老人保健施設					
入所定員	一般棟入所定員	認知症専門棟入所定員				
	人	人				
(7)療養室の状況	一般棟室数(室)	多床室			従来型個室	ユニット型
		4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室 個室(準個室を含む)
	認知症専門棟室数(室)					
(8)ユニットの状況	「(4)介護報酬上の届出」の種別でユニット型介護保健施設(I型、II型、III型)に該当する場合は記入してください。なお、ユニット型として届け出た療養室について記入してください。					
	一般棟	ユニットの規模(定員)	人	人	人	人
		ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット
	認知症専門棟	ユニットの規模(定員)	人	人	人	人
ユニット数		ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	
(9)居住費の状況	各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。居住費の室数と(7)療養室の室数は一致させてください。					
多床室	居住費(月額)	円	円	円	円	
	室定員	人室	人室	人室	人室	
	室数	室	室	室	室	
従来型個室	居住費(月額)	円	円	円	円	
	室数	室	室	室	室	
ユニット型準個室(夫婦等の2人室を含む)	居住費(月額)	円	円	円	円	
	室定員	人室	人室	人室	人室	
	室数	室	室	室	室	
ユニット型個室(夫婦等の2人室を含む)	居住費(月額)	円	円	円	円	
	室定員	人室	人室	人室	人室	
	室数	室	室	室	室	
(10)食費の状況	施設が設定している料金を月額で記入してください。1日あたりの食費				円	

(11) 施設サービスの状況	9月末日の在在所者数(人)					
	9月末日時点で在在所者はいましたか。			1 いた	2 いない	
	短期入所療養介護の利用者は含めないでください。					
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
一般棟						
認知症専門棟						

(12) 夜勤時間帯における勤務体制	平成24年9月30日から10月1日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の勤務体制を記入してください。 例えば、夕方から午前0時までが4名、午前0時から8時までが4名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は8名ではなく、4名となります。					
	夜勤を行った看護職員がいましたか。			夜勤を行った介護職員がいましたか。		
	1 いた	→	夜勤を行った看護職員 [ ] 人	1 いた	→	夜勤を行った介護職員 [ ] 人
	2 いない			2 いない		

(13) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(平成24年9月1日～30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)、及び延べ夜勤回数を記入してください。					
	看護職員	実人員数	[ ] 人	介護職員	実人員数	[ ] 人
		延べ夜勤回数	[ ] 回		延べ夜勤回数	[ ] 回

(14) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。		(15) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。	
	1 受け入れあり	2 受け入れなし		1 受け入れあり	2 受け入れなし

(16) 従事者数	常勤専従		常勤兼務		非常勤		備考
		換算数		換算数		換算数	
1 医師					8 理学療法士		
2 歯科医師					9 作業療法士		
3 薬剤師					10 言語聴覚士		
4 看護師					11 管理栄養士		
5 准看護師					12 栄養士		
6 介護職員					13 歯科衛生士		
6のうち介護福祉士					14 介護支援専門員		
7 支援相談員					15 調理員		
7のうち社会福祉士					16 その他の職員		
(補問) 認定特定行為業務従事者(介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者) [ ] 人							

注:1) 「常勤専従」の換算数は記入不要です。  
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。

2) 雇用形態にかかわらず、施設が定める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 = 
$$\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$$
 (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。)

(換算数の詳細は手引を参照してください)

※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。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。なお、FAXの記入は任意です。

調査票記入者名・担当部署と連絡先(※必須)	(担当部署署名)
	(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



*一連番号	
*調査番号	
法人名	
施設名	
施設の所在地	〒 TEL( )-( )-( )

[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 \*印の箇所は施設では記入しないでください。

事業所番号	(1)活動状況	1 活動中	2 休止中	3 廃止
(2)開設主体	開設主体	該当する番号を選択し、左の回答欄に記入してください。		
		01 都道府県	07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	
		02 市区町村	08 社団・財団法人(公益・一般)	
		03 広域連合・一部事務組合	09 営利法人(会社)	
		04 日本赤十字社・社会保険関係団体	10 その他の法人	
		05 医療法人	11 個人	
(3)介護報酬上の届出 (複数回答)	病院療養型 (1 I型 2 II型 3 III型)			
	ユニット型病院療養型 (1 I型 2 II型)			
	病院経過型 (1 I型 2 II型)			
	ユニット型病院経過型 (1 I型 2 II型)			
	診療所型 (1 I型 2 II型)			
	ユニット型診療所型 (1 I型 2 II型)			
	認知症患者型 (1 I型 2 II型 3 III型 4 IV型 5 V型)			
	ユニット型認知症患者型 (1 I型 2 II型)			
	認知症経過型 (1 I型 2 II型)			
病床数	療養病床		老人性認知症患者療養病床	
	介護指定病床を有する病床の病床数		介護指定病床を有する病床の病床数	
	うち介護指定病床数		うち介護指定病床数	

以下の(4)~(8)の項目は、「介護指定病床」についての状況を記入してください。

(4)病室の状況	多床室				従来型個室	ユニット型	
	5人以上室	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室(準個室を含む)
(5)ユニットの状況	「(3)介護報酬上の届出」の種別でユニット型として届け出た病室について記入してください。						
	療養病床	ユニットの規模(定員)	人	人	人	人	人
		ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット
	老人性認知症患者療養病床	ユニットの規模(定員)	人	人	人	人	人
ユニット数		ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	
(6)居住費の状況	各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。 居住費の室数と(4)病室の室数は一致させてください。						
	多床室	居住費(日額)	円	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室	室
	従来型個室	居住費(日額)	円	円	円	円	円
		室数	室	室	室	室	室
	ユニット型準個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(日額)	円	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室	室
	ユニット型個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(日額)	円	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室	室

(7)食費の状況	施設が設定している料金を日額で記入してください。 1日あたりの食費	円
----------	--------------------------------------	---

(8) 施設サービスの状況	[介護指定病床]における9月末日の在院者数(人)					
	9月末日時点で在院者はいましたか。			1 いた	2 いない	
	短期入所療養介護の利用者は含めないでください。					
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
療養病床						
老人性認知症疾患療養病棟						

(9) 夜勤時間帯における勤務体制	平成24年9月30日から10月1日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の勤務体制を記入してください。 例えば、夕方から午前0時までが4名、午前0時から8時までが4名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は8名ではなく、4名となります。					
	夜勤を行った看護職員がいましたか。			夜勤を行った介護職員がいましたか。		
	1 いた	→	夜勤を行った看護職員 [ ]人	1 いた	→	夜勤を行った介護職員 [ ]人
	2 いない			2 いない		

(10) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(平成24年9月1日～30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)、及び延べ夜勤回数を記入してください。					
	看護職員	実人員数	[ ]人	介護職員	実人員数	[ ]人
		延べ夜勤回数	[ ]回		延べ夜勤回数	[ ]回

(11) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。		(12) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。	
	1 受け入れあり	2 受け入れなし		1 受け入れあり	2 受け入れなし

(13) 従事者数	施設に在籍する職員のうち、介護療養型医療施設サービスを行う病棟(診療所においては病室)の業務に携わる従事者について、職種別に記入してください。									
	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 医師					8 管理栄養士					
2 歯科医師					9 栄養士					
3 薬剤師					10 理学療法士					
4 看護師					11 作業療法士					
5 准看護師					12 言語聴覚士					
6 介護職員					13 精神保健福祉士等					
6のうち介護福祉士					14 歯科衛生士					
7 介護支援専門員										

注:1) 「常勤専従」の換算数は記入不要です。  
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。

2) 雇用形態にかかわらず、施設が定める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 =  $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$   
(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。)(換算数の詳細は手引を参照してください)

※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。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。なお、FAXの記入は任意です。

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

ご協力ありがとうございました



*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。

開設主体 <input type="text"/>	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合計  回

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は1回とします。)

9月中の営業日数  日  
 9月中の利用者  あり  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

9月中の営業日数  日  
 9月中の利用者  あり  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

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	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。

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)
	訪問回数の合計(回)	回	回		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	
		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
死亡による利用者	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



※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。													
(7) 従 事 者 数	常勤専従			常勤兼務			非常勤			換算数			
	専従	兼務	換算数	専従	兼務	換算数	専従	兼務	換算数	専従	兼務		
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。常勤専従については、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。  
 ※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。

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

(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(ケアマネージャー)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



介護サービス施設・事業所調査  
居宅サービス事業所  
(福祉関係)票  
(平成24年10月1日調査)



*一連番号									
*調査番号									

[注] \*印の箇所は事業所では記入しないでください。

法人名	
事業所名	
事業所の所在地	〒 TEL( )-( )-( )

(1) サービスの種類・事業所番号  
 ・9月30日現在で、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、該当する「活動状況」の1つに○をつけ、印字されている事業所番号、事業所名を確認してください。変更・誤りがある場合は、赤字で余白に修正してください。  
 確認後は、サービスの種類ごとに右側に示したページへ進み、調査票を記入してください。なお、印字されていない事業については記入不要です。  
 ・下記サービスの「活動状況」欄は、休止届や廃止届を出している場合は、「休止中」、「廃止」に○をつけてください。その場合、以降のページは記入不要です。  
 上記以外で利用者がいない場合でも「活動中」に○をつけ、回答ページに進んでください。  
 ・サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この調査票を事業所内で回覧の上、記入してください(同一法人・同一住所のサービス事業所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください)。  
 ・調査票は住所ごとに送付していますので(同一法人・同一住所の事業所には、まとめて送付)、別住所におけるサービスの記入は不要です。

サービスの種類	事業所番号	事業所名	活動状況(1つに○)	回答ページ
071 介護予防通所介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	2ページに記入してください
072 通所介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
081 介護予防短期入所生活介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	3ページに記入してください
082 短期入所生活介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
091 介護予防特定施設入居者生活介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	4ページに記入してください
092 特定施設入居者生活介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
111 介護予防訪問入浴介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	5ページに記入してください
112 訪問入浴介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
121 介護予防福祉用具貸与			1 活動中 2 休止中 3 廃止	6ページに記入してください
122 福祉用具貸与			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
131 特定介護予防福祉用具販売			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
132 特定福祉用具販売			1 活動中 2 休止中 3 廃止	7ページに記入してください
191 介護予防支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
201 居宅介護支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	8ページに記入してください
101 介護予防訪問介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	9ページに記入してください
102 訪問介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	

(2) 経営主体 ※右のリストから、該当する番号を1つ選択し、左の欄に記入してください。

経営主体	01 都道府県	05 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	09 消費生活協同組合及び連合会
	02 市区町村	06 医療法人	10 営利法人(会社)
	03 広域連合・一部事務組合	07 社団・財団法人(公益・一般)	11 特定非営利活動法人(NPO)
	04 社会福祉協議会	08 農業協同組合及び連合会	12 その他の法人
			13 01~12以外(個人を含む。)

(3) 苦情解決のための取組状況 (複数回答) 該当する番号をすべて○で囲んでください。

1 苦情受付窓口を設置	3 共同で第三者委員を設置	5 1~4以外の取組を実施している
2 苦情解決責任者を設置	4 単独で第三者委員を設置	

※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。なお、FAXの記入は任意です。

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) ありがな
	電話 ( - - )
上記以外連絡先 (携帯、FAX等)	

(記入ページのみを剥がしたりせず、冊子のままご返送下さい。)

(4) 事業所の形態

事業所の形態について、該当する番号をすべて○で囲んでください。

1 小規模型事業所	3 大規模型事業所(I)	5 療養通所介護事業所
2 通常規模型事業所	4 大規模型事業所(II)	6 介護予防事業所

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員・開催日数)を記入してください。  
 ※「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。  
 なお、(4)において5に○をした事業所のみ、療養通所介護欄に記入してください。

介護予防通所介護

※右表「単位ごとの定員数」は、1週間のサービス提供実施単位ごとの定員を記入してください。  
 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。  
 ※定員の記入方法は、手引きを参照してください。

定員	人	単位1の定員	単位4の定員
9月中の開催日数	日	単位2の定員	単位5の定員
9月中の利用者		単位3の定員	単位6の定員
1 あり	利用実人員数(人)	要支援1	要支援2
2 なし	利用延人員数(人)		その他

(5) サービスの提供状況

通所介護

※右表「単位ごとの定員数」は、1週間のサービス提供実施単位ごとの定員を記入してください。  
 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数、単位数を記入してください。  
 ※定員の記入方法は、手引きを参照してください。

定員	人	単位1の定員	単位4の定員
9月中の開催日数	日	単位2の定員	単位5の定員
9月中の利用者		単位3の定員	単位6の定員
1 あり	利用実人員数(人)	要介護1	要介護2
2 なし	利用延人員数(人)	要介護3	要介護4
		要介護5	その他

療養通所介護

※印字されている療養通所介護サービスの事業所番号を確認し、変更・誤りのある場合は修正をしてください。

事業所番号

定員

9月中の開催日数

9月中の利用者		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
1 あり	利用実人員数(人)						
2 なし	利用延人員数(人)						

(6) 社会福祉法人等による軽減の状況

1 実施している

2 実施していない

9月中の軽減者数

人 (生活保護受給者等は含みません)

(7) 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり

2 受け入れなし

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり

2 受け入れなし

(8) 従事者数

	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 医師						5 調理員				
2 看護師						6 管理栄養士				
3 准看護師						7 栄養士				
4 機能訓練指導員						8 歯科衛生士				
4のうち理学療法士						9 生活相談員				
4のうち作業療法士						9のうち社会福祉士				
4のうち言語聴覚士						10 介護職員				
4のうち看護師						10のうち介護福祉士				
4のうち准看護師						11 その他の職員				
4のうち柔道整復師										
4のうちあん摩マッサージ指圧師										

(補用) 認定特定行為業務従事者 (介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)

人

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。  
 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。  
 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。  
 ※「介護予防通所介護」と「通所介護」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 =  $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$

(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。)

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

(9) 介護報酬上の届出種別 (複数回答)

介護報酬上の届出について、該当する番号をすべて○で囲んでください。

1 単独型	3 空床型	5 併設型ユニット型
2 併設型	4 単独型ユニット型	6 空床型ユニット型

※(9)において「1 単独型」、「2 併設型」、「4 単独型ユニット型」、「5 併設型ユニット型」に○をした方は、以下(10)～(14)に回答してください  
 (「3 空床型」、「6 空床型ユニット型」のみに○をした事業所で他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。  
 「2」と「5」に○をつけた事業所は、併設型分についてのみ記入してください。

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、提供体制(定員)を記入してください。  
 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。  
 空床利用している利用者は含めず、指定を受けている事業でサービスの利用者を記入してください。

(10) サービスの提供状況	介護予防短期入所生活介護	定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者	要支援1	要支援2	その他			
			1 あり 2 なし	利用実人員数(人)					
				利用日数合計(日)					
(10) サービスの提供状況	短期入所生活介護	定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
			1 あり 2 なし	利用実人員数(人)					
				利用日数合計(日)					

(11) 居室の状況

空床利用している居室は含めず、指定を受けている居室を記入してください。

多床室				従来型個室	ユニット型	
5人以上室	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室(準個室を含む)
室	室	室	室	室	室	

(12) 社会福祉法人等による軽減の状況

1 実施している	9月中の軽減者数	人
2 実施していない	うち生活保護受給者数	人

(13) 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去1年間)

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。	平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。
1 受け入れあり 2 受け入れなし	1 受け入れあり 2 受け入れなし

(14) 従事者数

	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		換算数
1 医師							5 調理員						
2 看護師							6 管理栄養士						
3 准看護師							7 栄養士						
4 機能訓練指導員							8 介護支援専門員						
4のうち理学療法士							9 生活相談員						
4のうち作業療法士							9のうち社会福祉士						
4のうち言語聴覚士							10 介護職員						
4のうち看護師							10のうち介護福祉士						
4のうち准看護師							11 その他の職員						
4のうち柔道整復師							(補完)認定特定行為業務従事者 (介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)						
4のうちあん摩マッサージ指圧師							人						

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。  
 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。  
 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。  
 ※「介護予防短期入所生活介護」と「短期入所生活介護」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。  
 (換算数の詳細は手引きを参照してください。)

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

記入者名 ( ) 電話番号 ( - - )

(15) 事業所の形態	該当する番号を1つ○で囲んでください。 1 有料老人ホーム      2 軽費老人ホーム      3 養護老人ホーム      4 サービス付き高齢者向け住宅 (4に該当するものを除く)																																																																																													
(16) サービスの提供状況	現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。																																																																																													
	介護予防特定施設 定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者	1 あり 2 なし	9月末日の利用者数(人)	要支援1      要支援2      要支援認定申請中																																																																																									
	特定施設入居者 定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者	1 あり 2 なし	9月末日の利用者数(人)	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																																																																																									
	人	人																																																																																												
(17) 人員配置区分の状況	1 一般型      2 外部サービス利用型 「2 外部サービス利用型」を選択された場合には、利用しているサービスについてあてはまる番号をすべて○で囲んでください。 1 (介護予防)訪問介護      4 (介護予防)福祉用具貸与 2 (介護予防)訪問看護      5 (介護予防)その他 3 (介護予防)通所介護																																																																																													
(18) 介護専用型・混合型の区分	1 専用型      2 混合型      「専用型」とは、特定施設のうち入居者が要介護者とその配偶者などに限られるものをいいます。「混合型」とは、それ以外の特定施設をいいます。																																																																																													
(19) 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に 介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし		平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に 社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし																																																																																											
(20) 従事者数	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">常勤専従</th> <th colspan="2">非常勤</th> </tr> <tr> <th>常勤兼務</th> <th>換算数</th> <th>非常勤</th> <th>換算数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 介護職員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1のうち介護福祉士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 生活相談員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2のうち社会福祉士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 看護師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 准看護師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 計画作成担当者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 機能訓練指導員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6のうち理学療法士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6のうち作業療法士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6のうち言語聴覚士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6のうち看護師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6のうち准看護師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6のうち柔道整復師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6のうちあん摩マッサージ指圧師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7 その他の職員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                     (補問) 認定特定行為業務従事者                      (介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)                      人                 </div> <p style="font-size: small;">(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。                  「常勤兼務」「非常勤」については、下記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。                  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。</p> <p style="font-size: small;">※ 「介護予防特定施設入居者生活介護」と「特定施設入居者生活介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。</p> <p style="font-size: small;">※ 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。</p> <p style="font-size: small;">換算数 = <math>\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)}}</math>                  (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。)</p> <p style="font-size: x-small; text-align: right;">(換算数の詳細は手引きを参照してください。)</p>						常勤専従		非常勤		常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	1 介護職員					1のうち介護福祉士					2 生活相談員					2のうち社会福祉士					3 看護師					4 准看護師					5 計画作成担当者					6 機能訓練指導員					6のうち理学療法士					6のうち作業療法士					6のうち言語聴覚士					6のうち看護師					6のうち准看護師					6のうち柔道整復師					6のうちあん摩マッサージ指圧師					7 その他の職員				
	常勤専従		非常勤																																																																																											
	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数																																																																																										
1 介護職員																																																																																														
1のうち介護福祉士																																																																																														
2 生活相談員																																																																																														
2のうち社会福祉士																																																																																														
3 看護師																																																																																														
4 准看護師																																																																																														
5 計画作成担当者																																																																																														
6 機能訓練指導員																																																																																														
6のうち理学療法士																																																																																														
6のうち作業療法士																																																																																														
6のうち言語聴覚士																																																																																														
6のうち看護師																																																																																														
6のうち准看護師																																																																																														
6のうち柔道整復師																																																																																														
6のうちあん摩マッサージ指圧師																																																																																														
7 その他の職員																																																																																														

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(営業日数)を記入してください。  
 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。

② サービスの提供状況	訪問入浴介護	9月中の営業日数 ※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。	9月中の利用者	<table border="1"> <tr> <td>要支援1</td> <td>要支援2</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>利用実人員数(人)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>訪問回数合計(回)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	要支援1	要支援2	その他	利用実人員数(人)			訪問回数合計(回)									
		要支援1	要支援2		その他															
	利用実人員数(人)																			
	訪問回数合計(回)																			
1 あり 2 なし																				
9月中の営業日数 ※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。	9月中の利用者	<table border="1"> <tr> <td>要介護1</td> <td>要介護2</td> <td>要介護3</td> <td>要介護4</td> <td>要介護5</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>利用実人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>訪問回数合計(回)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	利用実人員数(人)						訪問回数合計(回)					
要介護1	要介護2		要介護3	要介護4	要介護5	その他														
利用実人員数(人)																				
訪問回数合計(回)																				
1 あり 2 なし																				

② 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。
	1 受け入れあり 2 受け入れなし

② 従事者数		常勤専従		非常勤		換算数
		人数	換算数	人数	換算数	
* 資格(1)～(4)の中で複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。	1 介護職員					
	(1) 1のうち介護福祉士					
	(2) 1のうち介護職員基礎研修課程修了者					
	(3) 1のうちホームヘルパー1級研修課程修了者					
	(4) 1のうちホームヘルパー2級研修課程修了者					
	2 看護師					
	3 准看護師					
	4 その他の職員					

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。  
 「常勤兼務」「非常勤」については、下記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。  
 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。

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

(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。)

※ 「介護予防訪問入浴介護」と「訪問入浴介護」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。

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

【111介護予防訪問入浴介護・112訪問入浴介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

記入者名 ( ) 電話番号 ( - - )

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(営業日数)を記入してください。  
 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。

介護予防福祉用具貸与・福祉用具貸与

介護予防福祉用具貸与

9月中の営業日数  日 ※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。

9月中の介護保険の利用者(9月以前からの継続利用者を含む)

1 あり → 利用実人員  人  
 2 なし

福祉用具貸与

9月中の営業日数  日 ※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。

9月中の介護保険の利用者(9月以前からの継続利用者を含む)

1 あり → 利用実人員  人  
 2 なし

24 サービスの提供状況

特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売

特定介護予防福祉用具販売

9月中の営業日数  日 ※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。

特定福祉用具販売

9月中の営業日数  日 ※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。

「9月中の福祉用具販売数(介護保険のみ)」を記入してください。

1 あり → 2 なし	腰掛便座	自動排泄処理装置の交換可能部品	入浴補助用具	簡易浴槽	移動用リフトのつり具の部分
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

25 サービスの提供状況

【共通】介護予防福祉用具貸与・福祉用具貸与・特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売

福祉用具専門相談員の資格についておたずねします。保有している資格に人数を記入してください。  
 1人の者が1～8の複数の資格を保有している場合は、該当する資格全てに記入してください。

1 介護福祉士 <input type="text"/> 人	3 保健師 <input type="text"/> 人	5 准看護師 <input type="text"/> 人	7 作業療法士 <input type="text"/> 人
2 義肢装具士 <input type="text"/> 人	4 看護師 <input type="text"/> 人	6 理学療法士 <input type="text"/> 人	8 社会福祉士 <input type="text"/> 人
上記1～8に該当しない者で			
			9 福祉用具専門相談員指定講習会修了者 <input type="text"/> 人
			10 1～9以外の有資格者 <input type="text"/> 人

26 福祉用具専門相談員の資格状況

	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		換算数
1 福祉用具専門相談員	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 その他の職員	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。  
 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。  
 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。

※ 「介護予防福祉用具貸与」「福祉用具貸与」「特定介護予防福祉用具販売」「特定福祉用具販売」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。(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

27 従事者数

【121介護予防福祉用具貸与・122福祉用具貸与・131特定介護予防福祉用具販売・132特定福祉用具販売】については以上です。  
 他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

(28) 独立・併設の状況 (複数回答)

同一法人(法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む。)が同一又は隣接の敷地内で運営している異なる施設・事業所について、該当する番号をすべて○で囲んでください。

- 介護保険施設と併設している
- 居宅サービス事業所、介護予防サービス事業所、地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所と併設している
- 居宅介護支援事業所と併設している
- 介護療養型医療施設以外の病院・診療所と併設している
- 上記以外と併設している
- 1～5との併設はない(独立事業所)

(29) サービスの提供状況

9月中の委託の状況についておたずねします。介護予防支援業務の一部(要支援者のケアプラン作成)を居宅介護支援事業所に委託しましたか。委託した場合、委託した人数、委託した事業所数をご記入ください。

9月中の委託		要支援1	要支援2	その他
1 委託あり	利用実人員数(人)			
2 委託なし	うち9月中の新規の利用実人員数(人)			

委託した事業所数は  事業所

9月中の利用者を記入してください。上記で回答した委託した人数は除きます。

9月中の利用者		要支援1	要支援2	その他
1 あり	利用実人員数(人)			
2 なし	うち9月中の新規の利用実人員数(人)			

(30) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり  
2 受け入れなし

(31) 従事者数

\* 従事者数の再掲欄において、当該専門職員が複数の資格を有している場合は、通常標榜している資格を1つ決めた上で、当該資格欄に記載してください。

	常勤専従		常勤兼務		非常勤	
		換算数		換算数		換算数
1 専門職員						
(1) 1のうち保健師						
(2) 1のうち看護師						
(3) 1のうち社会福祉士						
(4) 1のうち介護支援専門員						
(5) 1のうち高齢者保健福祉に関する相談援助業務等に3年以上従事した社会福祉士						
2 その他の職員						

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。「常勤兼務」「非常勤」については、下記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。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。

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

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

【191 介護予防支援(地域包括支援センター)】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。



同一法人(法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む。)が同一又は隣接の敷地内で運営している異なる施設・事業所について、該当する番号をすべて○で囲んでください。

1 介護保険施設と併設している  
 2 居宅サービス事業所、介護予防サービス事業所、地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所と併設している  
 3 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)と併設している  
 4 介護療養型医療施設以外の病院・診療所と併設している  
 5 上記以外と併設している  
 6 1～5との併設はない(独立事業所)

9月中の利用者を記入してください。介護予防支援事業所から委託を受けた人数は除きます。

9月中の利用者		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
1 あり	利用実人員数(人)						
2 なし	うち9月中の新規の利用実人員数(人)						

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり  
 2 受け入れなし

	常勤専従			非常勤		
	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	
1 介護支援専門員						(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。 「常勤兼務」「非常勤」については、下記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。 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。  ※ 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。  $\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ (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。)  (換算数の詳細は手引きを参照してください。)
1のうち主任介護支援専門員						
2 その他の職員						

【201居宅介護支援】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【101介護予防訪問介護・102訪問介護】

記入者名 ( ) 電話番号 ( - - )

36) 特定事業所加算の状況	加算の届出状況について該当する番号を1つ○で囲んでください。 1 なし                      2 加算Ⅰ                      3 加算Ⅱ                      4 加算Ⅲ																																																																															
37) サービスの提供体制	次の提供体制について、利用者の有無に関わらずどちらかを○で囲んでください。																																																																															
	24時間訪問介護の提供体制		1 提供体制あり		2 提供体制なし																																																																											
	休日の提供体制		1 提供体制あり		2 提供体制なし																																																																											
夜間の提供体制		1 提供体制あり		2 提供体制なし																																																																												
38) サービスの提供状況	9月中の営業日数 *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。	9月中の利用者	<table border="1"> <tr> <td>利用実人員数(人)</td> <td></td> <td>要支援1</td> <td>要支援2</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>訪問回数合計(回)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	利用実人員数(人)		要支援1	要支援2	その他	訪問回数合計(回)																																																																							
	利用実人員数(人)			要支援1	要支援2	その他																																																																										
訪問回数合計(回)																																																																																
9月中の営業日数 *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。	9月中の利用者	<table border="1"> <tr> <td>利用実人員数(人)</td> <td></td> <td>要介護1</td> <td>要介護2</td> <td>要介護3</td> <td>要介護4</td> <td>要介護5</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>訪問回数合計(回)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	利用実人員数(人)		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	訪問回数合計(回)																																																																					
利用実人員数(人)			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他																																																																								
訪問回数合計(回)																																																																																
39) 社会福祉法人等による軽減の状況	<table border="1"> <tr> <td>1 実施している</td> <td>→</td> <td>9月中の軽減者数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>2 実施していない</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1 実施している	→	9月中の軽減者数	人	2 実施していない				(生活保護受給者等は含みません)																																																																					
1 実施している	→	9月中の軽減者数	人																																																																													
2 実施していない																																																																																
40) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 <table border="1"> <tr> <td>1 受け入れあり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 受け入れなし</td> <td></td> </tr> </table>						1 受け入れあり		2 受け入れなし																																																																							
1 受け入れあり																																																																																
2 受け入れなし																																																																																
41) 研修の機会の確保	研修の機会を確保していますか。各研修の確保の有無、事業所負担の有無について該当する番号を1つ○で囲んでください。																																																																															
	事業所内研修		1 確保している		2 確保していない																																																																											
事業所外研修		1 確保している		2 確保していない																																																																												
				1 事業所負担あり    2 事業所負担なし																																																																												
42) 従事者数	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>常勤専従</th> <th>常勤兼務</th> <th>非常勤</th> <th>換算数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 訪問介護員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>① 1のうち介護福祉士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>② 1のうち介護職員基礎研修課程修了者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>③ 1のうちホームヘルパー1級研修課程修了者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>④ 1のうちホームヘルパー2級研修課程修了者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1のうちサテライト事業所の従事者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 その他の職員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					常勤専従	常勤兼務	非常勤	換算数	1 訪問介護員					① 1のうち介護福祉士					② 1のうち介護職員基礎研修課程修了者					③ 1のうちホームヘルパー1級研修課程修了者					④ 1のうちホームヘルパー2級研修課程修了者					1のうちサテライト事業所の従事者					2 その他の職員					<p>サービス提供責任者について 左記従事者のうち、サービス提供責任者について記入してください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>常勤専従</th> <th>常勤兼務</th> <th>非常勤</th> <th>換算数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 サービス提供責任者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>① 3のうち介護福祉士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>② 3のうち介護職員基礎研修課程修了者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>③ 3のうちホームヘルパー1級研修課程修了者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>④ 3のうちホームヘルパー2級研修課程修了者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>* 資格①～④の中で複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。</p> <p>(補問2) サービス提供責任者の兼務の状況 管理者と兼務しているサービス提供責任者はいますか。 該当する番号ひとつを○で囲んでください。</p> <table border="1"> <tr> <td>1 兼務しているサービス提供責任者がいる</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 兼務していない</td> <td></td> </tr> </table>			常勤専従	常勤兼務	非常勤	換算数	3 サービス提供責任者					① 3のうち介護福祉士					② 3のうち介護職員基礎研修課程修了者					③ 3のうちホームヘルパー1級研修課程修了者					④ 3のうちホームヘルパー2級研修課程修了者					1 兼務しているサービス提供責任者がいる		2 兼務していない	
		常勤専従	常勤兼務	非常勤	換算数																																																																											
1 訪問介護員																																																																																
① 1のうち介護福祉士																																																																																
② 1のうち介護職員基礎研修課程修了者																																																																																
③ 1のうちホームヘルパー1級研修課程修了者																																																																																
④ 1のうちホームヘルパー2級研修課程修了者																																																																																
1のうちサテライト事業所の従事者																																																																																
2 その他の職員																																																																																
	常勤専従	常勤兼務	非常勤	換算数																																																																												
3 サービス提供責任者																																																																																
① 3のうち介護福祉士																																																																																
② 3のうち介護職員基礎研修課程修了者																																																																																
③ 3のうちホームヘルパー1級研修課程修了者																																																																																
④ 3のうちホームヘルパー2級研修課程修了者																																																																																
1 兼務しているサービス提供責任者がいる																																																																																
2 兼務していない																																																																																
<p>(補問1) 認定特定行為業務従事者 (介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)</p> <p>人</p>																																																																																
<p>(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。 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。 * 「介護予防訪問介護」と「訪問介護」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。</p> <p style="text-align: right;">(換算数の詳細は手引きを参照してください。)</p>																																																																																

【101介護予防訪問介護・102訪問介護】については次ページも記入し、他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

訪問介護の提供内容

9月30日（0時～24時）に訪問介護サービスを利用した人の状況を記入してください。

なお、利用者1人に対して、1日に2回以上訪問した場合は、1人とカウントし、最後に訪問したときの状況を記入してください。

この票には、出生月が「1月」「5月」「9月」の者のみ記入してください。足りない場合は、コピーをとり記入し、調査票にホチキスで留めてください。

\*一連番号

利用者1	性別・出生年 1 男   1 明治 2 女   2 大正 3 昭和      年	要介護度 1 要支援1    3 要介護1    5 要介護3    7 要介護5 2 要支援2    4 要介護2    6 要介護4    8 他(自費等)
	訪問滞在時間 [ ] 分	介護報酬請求区分 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防
利用者2	性別・出生年 1 男   1 明治 2 女   2 大正 3 昭和      年	要介護度 1 要支援1    3 要介護1    5 要介護3    7 要介護5 2 要支援2    4 要介護2    6 要介護4    8 他(自費等)
	訪問滞在時間 [ ] 分	介護報酬請求区分 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防
利用者3	性別・出生年 1 男   1 明治 2 女   2 大正 3 昭和      年	要介護度 1 要支援1    3 要介護1    5 要介護3    7 要介護5 2 要支援2    4 要介護2    6 要介護4    8 他(自費等)
	訪問滞在時間 [ ] 分	介護報酬請求区分 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防
利用者4	性別・出生年 1 男   1 明治 2 女   2 大正 3 昭和      年	要介護度 1 要支援1    3 要介護1    5 要介護3    7 要介護5 2 要支援2    4 要介護2    6 要介護4    8 他(自費等)
	訪問滞在時間 [ ] 分	介護報酬請求区分 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防
利用者5	性別・出生年 1 男   1 明治 2 女   2 大正 3 昭和      年	要介護度 1 要支援1    3 要介護1    5 要介護3    7 要介護5 2 要支援2    4 要介護2    6 要介護4    8 他(自費等)
	訪問滞在時間 [ ] 分	介護報酬請求区分 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防

[注] \*印の箇所は事業所では記入しないでください。

訪問介護の提供内容

9月30日（0時～24時）に訪問介護サービスを利用した人の状況を記入してください。

なお、利用者1人に対して、1日に2回以上訪問した場合は、1人とカウントし、最後に訪問したときの状況を記入してください。

この票には、出生月が「1月」「5月」「9月」の者のみ記入してください。

足りない場合は、コピーをとり記入し、調査票にホチキスで留めてください。

\*一連番号

利用者6	性別・出生年 <table border="1"> <tr> <td>1 男</td> <td>1 明治</td> <td rowspan="3">年</td> </tr> <tr> <td>2 女</td> <td>2 大正</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 昭和</td> </tr> </table>	1 男	1 明治	年	2 女	2 大正		3 昭和	要介護度 <table border="1"> <tr> <td>1 要支援1</td> <td>3 要介護1</td> <td>5 要介護3</td> <td>7 要介護5</td> </tr> <tr> <td>2 要支援2</td> <td>4 要介護2</td> <td>6 要介護4</td> <td>8 他(自費等)</td> </tr> </table>	1 要支援1	3 要介護1	5 要介護3	7 要介護5	2 要支援2	4 要介護2	6 要介護4	8 他(自費等)
	1 男	1 明治	年														
2 女	2 大正																
	3 昭和																
1 要支援1	3 要介護1	5 要介護3	7 要介護5														
2 要支援2	4 要介護2	6 要介護4	8 他(自費等)														
訪問滞在時間 [ ] 分	介護報酬請求区分 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防	訪問介護の提供内容（複数回答） 01 排泄介助    08 更衣介助    15 掃除 02 食事介助    09 体位変換    16 洗濯 03 清拭    10 移乗・移動介助    17 一般的な調理・配膳 04 部分浴    11 通院・外出介助    18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴    12 起床・就寝介助    19 その他の生活援助 06 洗面等    13 自立支援のため    20 通院等乗降介助 07 身体整容    見守りの援助 14 その他の身体介護															
利用者7	性別・出生年 <table border="1"> <tr> <td>1 男</td> <td>1 明治</td> <td rowspan="3">年</td> </tr> <tr> <td>2 女</td> <td>2 大正</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 昭和</td> </tr> </table>	1 男	1 明治	年	2 女	2 大正		3 昭和	要介護度 <table border="1"> <tr> <td>1 要支援1</td> <td>3 要介護1</td> <td>5 要介護3</td> <td>7 要介護5</td> </tr> <tr> <td>2 要支援2</td> <td>4 要介護2</td> <td>6 要介護4</td> <td>8 他(自費等)</td> </tr> </table>	1 要支援1	3 要介護1	5 要介護3	7 要介護5	2 要支援2	4 要介護2	6 要介護4	8 他(自費等)
	1 男	1 明治	年														
2 女	2 大正																
	3 昭和																
1 要支援1	3 要介護1	5 要介護3	7 要介護5														
2 要支援2	4 要介護2	6 要介護4	8 他(自費等)														
訪問滞在時間 [ ] 分	介護報酬請求区分 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防	訪問介護の提供内容（複数回答） 01 排泄介助    08 更衣介助    15 掃除 02 食事介助    09 体位変換    16 洗濯 03 清拭    10 移乗・移動介助    17 一般的な調理・配膳 04 部分浴    11 通院・外出介助    18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴    12 起床・就寝介助    19 その他の生活援助 06 洗面等    13 自立支援のため    20 通院等乗降介助 07 身体整容    見守りの援助 14 その他の身体介護															
利用者8	性別・出生年 <table border="1"> <tr> <td>1 男</td> <td>1 明治</td> <td rowspan="3">年</td> </tr> <tr> <td>2 女</td> <td>2 大正</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 昭和</td> </tr> </table>	1 男	1 明治	年	2 女	2 大正		3 昭和	要介護度 <table border="1"> <tr> <td>1 要支援1</td> <td>3 要介護1</td> <td>5 要介護3</td> <td>7 要介護5</td> </tr> <tr> <td>2 要支援2</td> <td>4 要介護2</td> <td>6 要介護4</td> <td>8 他(自費等)</td> </tr> </table>	1 要支援1	3 要介護1	5 要介護3	7 要介護5	2 要支援2	4 要介護2	6 要介護4	8 他(自費等)
	1 男	1 明治	年														
2 女	2 大正																
	3 昭和																
1 要支援1	3 要介護1	5 要介護3	7 要介護5														
2 要支援2	4 要介護2	6 要介護4	8 他(自費等)														
訪問滞在時間 [ ] 分	介護報酬請求区分 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防	訪問介護の提供内容（複数回答） 01 排泄介助    08 更衣介助    15 掃除 02 食事介助    09 体位変換    16 洗濯 03 清拭    10 移乗・移動介助    17 一般的な調理・配膳 04 部分浴    11 通院・外出介助    18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴    12 起床・就寝介助    19 その他の生活援助 06 洗面等    13 自立支援のため    20 通院等乗降介助 07 身体整容    見守りの援助 14 その他の身体介護															
利用者9	性別・出生年 <table border="1"> <tr> <td>1 男</td> <td>1 明治</td> <td rowspan="3">年</td> </tr> <tr> <td>2 女</td> <td>2 大正</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 昭和</td> </tr> </table>	1 男	1 明治	年	2 女	2 大正		3 昭和	要介護度 <table border="1"> <tr> <td>1 要支援1</td> <td>3 要介護1</td> <td>5 要介護3</td> <td>7 要介護5</td> </tr> <tr> <td>2 要支援2</td> <td>4 要介護2</td> <td>6 要介護4</td> <td>8 他(自費等)</td> </tr> </table>	1 要支援1	3 要介護1	5 要介護3	7 要介護5	2 要支援2	4 要介護2	6 要介護4	8 他(自費等)
	1 男	1 明治	年														
2 女	2 大正																
	3 昭和																
1 要支援1	3 要介護1	5 要介護3	7 要介護5														
2 要支援2	4 要介護2	6 要介護4	8 他(自費等)														
訪問滞在時間 [ ] 分	介護報酬請求区分 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防	訪問介護の提供内容（複数回答） 01 排泄介助    08 更衣介助    15 掃除 02 食事介助    09 体位変換    16 洗濯 03 清拭    10 移乗・移動介助    17 一般的な調理・配膳 04 部分浴    11 通院・外出介助    18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴    12 起床・就寝介助    19 その他の生活援助 06 洗面等    13 自立支援のため    20 通院等乗降介助 07 身体整容    見守りの援助 14 その他の身体介護															
利用者10	性別・出生年 <table border="1"> <tr> <td>1 男</td> <td>1 明治</td> <td rowspan="3">年</td> </tr> <tr> <td>2 女</td> <td>2 大正</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 昭和</td> </tr> </table>	1 男	1 明治	年	2 女	2 大正		3 昭和	要介護度 <table border="1"> <tr> <td>1 要支援1</td> <td>3 要介護1</td> <td>5 要介護3</td> <td>7 要介護5</td> </tr> <tr> <td>2 要支援2</td> <td>4 要介護2</td> <td>6 要介護4</td> <td>8 他(自費等)</td> </tr> </table>	1 要支援1	3 要介護1	5 要介護3	7 要介護5	2 要支援2	4 要介護2	6 要介護4	8 他(自費等)
	1 男	1 明治	年														
2 女	2 大正																
	3 昭和																
1 要支援1	3 要介護1	5 要介護3	7 要介護5														
2 要支援2	4 要介護2	6 要介護4	8 他(自費等)														
訪問滞在時間 [ ] 分	介護報酬請求区分 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防	訪問介護の提供内容（複数回答） 01 排泄介助    08 更衣介助    15 掃除 02 食事介助    09 体位変換    16 洗濯 03 清拭    10 移乗・移動介助    17 一般的な調理・配膳 04 部分浴    11 通院・外出介助    18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴    12 起床・就寝介助    19 その他の生活援助 06 洗面等    13 自立支援のため    20 通院等乗降介助 07 身体整容    見守りの援助 14 その他の身体介護															

[注] \*印の箇所は事業所では記入しないでください。

訪問介護の提供内容

9月30日（0時～24時）に訪問介護サービスを利用した人の状況を記入してください。

なお、利用者1人に対して、1日に2回以上訪問した場合は、1人とカウントし、最後に訪問したときの状況を記入してください。

この票には、出生月が「1月」「5月」「9月」の者のみ記入してください。

足りない場合は、コピーをとり記入し、調査票にホチキスで留めてください。

\*一連番号

利用者11	性別・出生年 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%;">1 男</td> <td style="width:5%;">1 明治</td> <td rowspan="3" style="width:5%; text-align:center;">年</td> </tr> <tr> <td>2 女</td> <td>2 大正</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 昭和</td> </tr> </table>	1 男	1 明治	年	2 女	2 大正		3 昭和	要介護度 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">1 要支援1</td> <td style="width:15%;">3 要介護1</td> <td style="width:15%;">5 要介護3</td> <td style="width:15%;">7 要介護5</td> </tr> <tr> <td>2 要支援2</td> <td>4 要介護2</td> <td>6 要介護4</td> <td>8 他(自費等)</td> </tr> </table>	1 要支援1	3 要介護1	5 要介護3	7 要介護5	2 要支援2	4 要介護2	6 要介護4	8 他(自費等)																
	1 男	1 明治	年																														
2 女	2 大正																																
	3 昭和																																
1 要支援1	3 要介護1	5 要介護3	7 要介護5																														
2 要支援2	4 要介護2	6 要介護4	8 他(自費等)																														
訪問滞在時間  <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> 分	介護報酬請求区分 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>01 身体中心 20分未満</td></tr> <tr><td>02 身体中心 20分以上30分未満</td></tr> <tr><td>03 身体中心 30分以上1時間未満</td></tr> <tr><td>04 身体中心 1時間以上1時間30分未満</td></tr> <tr><td>05 身体中心 1時間30分以上2時間未満</td></tr> <tr><td>06 身体中心 2時間以上</td></tr> <tr><td>07 生活援助 45分未満</td></tr> <tr><td>08 生活援助 45分以上</td></tr> <tr><td>09 通院等乗降介助</td></tr> <tr><td>10 介護予防</td></tr> </table>	01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防	訪問介護の提供内容（複数回答） <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">01 排泄介助</td> <td style="width:33%;">08 更衣介助</td> <td style="width:33%;">15 掃除</td> </tr> <tr> <td>02 食事介助</td> <td>09 体位変換</td> <td>16 洗濯</td> </tr> <tr> <td>03 清拭</td> <td>10 移乗・移動介助</td> <td>17 一般的な調理・配膳</td> </tr> <tr> <td>04 部分浴</td> <td>11 通院・外出介助</td> <td>18 買い物・薬の受け取り</td> </tr> <tr> <td>05 全身浴</td> <td>12 起床・就寝介助</td> <td>19 その他の生活援助</td> </tr> <tr> <td>06 洗面等</td> <td>13 自立支援のため見守りの援助</td> <td>20 通院等乗降介助</td> </tr> <tr> <td>07 身体整容</td> <td>14 その他の身体介護</td> <td></td> </tr> </table>	01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除	02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯	03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳	04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り	05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助	06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助	07 身体整容	14 その他の身体介護	
01 身体中心 20分未満																																	
02 身体中心 20分以上30分未満																																	
03 身体中心 30分以上1時間未満																																	
04 身体中心 1時間以上1時間30分未満																																	
05 身体中心 1時間30分以上2時間未満																																	
06 身体中心 2時間以上																																	
07 生活援助 45分未満																																	
08 生活援助 45分以上																																	
09 通院等乗降介助																																	
10 介護予防																																	
01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除																															
02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯																															
03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳																															
04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り																															
05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助																															
06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助																															
07 身体整容	14 その他の身体介護																																
利用者12	性別・出生年 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%;">1 男</td> <td style="width:5%;">1 明治</td> <td rowspan="3" style="width:5%; text-align:center;">年</td> </tr> <tr> <td>2 女</td> <td>2 大正</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 昭和</td> </tr> </table>	1 男	1 明治	年	2 女	2 大正		3 昭和	要介護度 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">1 要支援1</td> <td style="width:15%;">3 要介護1</td> <td style="width:15%;">5 要介護3</td> <td style="width:15%;">7 要介護5</td> </tr> <tr> <td>2 要支援2</td> <td>4 要介護2</td> <td>6 要介護4</td> <td>8 他(自費等)</td> </tr> </table>	1 要支援1	3 要介護1	5 要介護3	7 要介護5	2 要支援2	4 要介護2	6 要介護4	8 他(自費等)																
	1 男	1 明治	年																														
2 女	2 大正																																
	3 昭和																																
1 要支援1	3 要介護1	5 要介護3	7 要介護5																														
2 要支援2	4 要介護2	6 要介護4	8 他(自費等)																														
訪問滞在時間  <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> 分	介護報酬請求区分 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>01 身体中心 20分未満</td></tr> <tr><td>02 身体中心 20分以上30分未満</td></tr> <tr><td>03 身体中心 30分以上1時間未満</td></tr> <tr><td>04 身体中心 1時間以上1時間30分未満</td></tr> <tr><td>05 身体中心 1時間30分以上2時間未満</td></tr> <tr><td>06 身体中心 2時間以上</td></tr> <tr><td>07 生活援助 45分未満</td></tr> <tr><td>08 生活援助 45分以上</td></tr> <tr><td>09 通院等乗降介助</td></tr> <tr><td>10 介護予防</td></tr> </table>	01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防	訪問介護の提供内容（複数回答） <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">01 排泄介助</td> <td style="width:33%;">08 更衣介助</td> <td style="width:33%;">15 掃除</td> </tr> <tr> <td>02 食事介助</td> <td>09 体位変換</td> <td>16 洗濯</td> </tr> <tr> <td>03 清拭</td> <td>10 移乗・移動介助</td> <td>17 一般的な調理・配膳</td> </tr> <tr> <td>04 部分浴</td> <td>11 通院・外出介助</td> <td>18 買い物・薬の受け取り</td> </tr> <tr> <td>05 全身浴</td> <td>12 起床・就寝介助</td> <td>19 その他の生活援助</td> </tr> <tr> <td>06 洗面等</td> <td>13 自立支援のため見守りの援助</td> <td>20 通院等乗降介助</td> </tr> <tr> <td>07 身体整容</td> <td>14 その他の身体介護</td> <td></td> </tr> </table>	01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除	02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯	03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳	04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り	05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助	06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助	07 身体整容	14 その他の身体介護	
01 身体中心 20分未満																																	
02 身体中心 20分以上30分未満																																	
03 身体中心 30分以上1時間未満																																	
04 身体中心 1時間以上1時間30分未満																																	
05 身体中心 1時間30分以上2時間未満																																	
06 身体中心 2時間以上																																	
07 生活援助 45分未満																																	
08 生活援助 45分以上																																	
09 通院等乗降介助																																	
10 介護予防																																	
01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除																															
02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯																															
03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳																															
04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り																															
05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助																															
06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助																															
07 身体整容	14 その他の身体介護																																
利用者13	性別・出生年 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%;">1 男</td> <td style="width:5%;">1 明治</td> <td rowspan="3" style="width:5%; text-align:center;">年</td> </tr> <tr> <td>2 女</td> <td>2 大正</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 昭和</td> </tr> </table>	1 男	1 明治	年	2 女	2 大正		3 昭和	要介護度 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">1 要支援1</td> <td style="width:15%;">3 要介護1</td> <td style="width:15%;">5 要介護3</td> <td style="width:15%;">7 要介護5</td> </tr> <tr> <td>2 要支援2</td> <td>4 要介護2</td> <td>6 要介護4</td> <td>8 他(自費等)</td> </tr> </table>	1 要支援1	3 要介護1	5 要介護3	7 要介護5	2 要支援2	4 要介護2	6 要介護4	8 他(自費等)																
	1 男	1 明治	年																														
2 女	2 大正																																
	3 昭和																																
1 要支援1	3 要介護1	5 要介護3	7 要介護5																														
2 要支援2	4 要介護2	6 要介護4	8 他(自費等)																														
訪問滞在時間  <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> 分	介護報酬請求区分 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>01 身体中心 20分未満</td></tr> <tr><td>02 身体中心 20分以上30分未満</td></tr> <tr><td>03 身体中心 30分以上1時間未満</td></tr> <tr><td>04 身体中心 1時間以上1時間30分未満</td></tr> <tr><td>05 身体中心 1時間30分以上2時間未満</td></tr> <tr><td>06 身体中心 2時間以上</td></tr> <tr><td>07 生活援助 45分未満</td></tr> <tr><td>08 生活援助 45分以上</td></tr> <tr><td>09 通院等乗降介助</td></tr> <tr><td>10 介護予防</td></tr> </table>	01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防	訪問介護の提供内容（複数回答） <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">01 排泄介助</td> <td style="width:33%;">08 更衣介助</td> <td style="width:33%;">15 掃除</td> </tr> <tr> <td>02 食事介助</td> <td>09 体位変換</td> <td>16 洗濯</td> </tr> <tr> <td>03 清拭</td> <td>10 移乗・移動介助</td> <td>17 一般的な調理・配膳</td> </tr> <tr> <td>04 部分浴</td> <td>11 通院・外出介助</td> <td>18 買い物・薬の受け取り</td> </tr> <tr> <td>05 全身浴</td> <td>12 起床・就寝介助</td> <td>19 その他の生活援助</td> </tr> <tr> <td>06 洗面等</td> <td>13 自立支援のため見守りの援助</td> <td>20 通院等乗降介助</td> </tr> <tr> <td>07 身体整容</td> <td>14 その他の身体介護</td> <td></td> </tr> </table>	01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除	02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯	03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳	04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り	05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助	06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助	07 身体整容	14 その他の身体介護	
01 身体中心 20分未満																																	
02 身体中心 20分以上30分未満																																	
03 身体中心 30分以上1時間未満																																	
04 身体中心 1時間以上1時間30分未満																																	
05 身体中心 1時間30分以上2時間未満																																	
06 身体中心 2時間以上																																	
07 生活援助 45分未満																																	
08 生活援助 45分以上																																	
09 通院等乗降介助																																	
10 介護予防																																	
01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除																															
02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯																															
03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳																															
04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り																															
05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助																															
06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助																															
07 身体整容	14 その他の身体介護																																
利用者14	性別・出生年 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%;">1 男</td> <td style="width:5%;">1 明治</td> <td rowspan="3" style="width:5%; text-align:center;">年</td> </tr> <tr> <td>2 女</td> <td>2 大正</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 昭和</td> </tr> </table>	1 男	1 明治	年	2 女	2 大正		3 昭和	要介護度 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">1 要支援1</td> <td style="width:15%;">3 要介護1</td> <td style="width:15%;">5 要介護3</td> <td style="width:15%;">7 要介護5</td> </tr> <tr> <td>2 要支援2</td> <td>4 要介護2</td> <td>6 要介護4</td> <td>8 他(自費等)</td> </tr> </table>	1 要支援1	3 要介護1	5 要介護3	7 要介護5	2 要支援2	4 要介護2	6 要介護4	8 他(自費等)																
	1 男	1 明治	年																														
2 女	2 大正																																
	3 昭和																																
1 要支援1	3 要介護1	5 要介護3	7 要介護5																														
2 要支援2	4 要介護2	6 要介護4	8 他(自費等)																														
訪問滞在時間  <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> 分	介護報酬請求区分 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>01 身体中心 20分未満</td></tr> <tr><td>02 身体中心 20分以上30分未満</td></tr> <tr><td>03 身体中心 30分以上1時間未満</td></tr> <tr><td>04 身体中心 1時間以上1時間30分未満</td></tr> <tr><td>05 身体中心 1時間30分以上2時間未満</td></tr> <tr><td>06 身体中心 2時間以上</td></tr> <tr><td>07 生活援助 45分未満</td></tr> <tr><td>08 生活援助 45分以上</td></tr> <tr><td>09 通院等乗降介助</td></tr> <tr><td>10 介護予防</td></tr> </table>	01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防	訪問介護の提供内容（複数回答） <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">01 排泄介助</td> <td style="width:33%;">08 更衣介助</td> <td style="width:33%;">15 掃除</td> </tr> <tr> <td>02 食事介助</td> <td>09 体位変換</td> <td>16 洗濯</td> </tr> <tr> <td>03 清拭</td> <td>10 移乗・移動介助</td> <td>17 一般的な調理・配膳</td> </tr> <tr> <td>04 部分浴</td> <td>11 通院・外出介助</td> <td>18 買い物・薬の受け取り</td> </tr> <tr> <td>05 全身浴</td> <td>12 起床・就寝介助</td> <td>19 その他の生活援助</td> </tr> <tr> <td>06 洗面等</td> <td>13 自立支援のため見守りの援助</td> <td>20 通院等乗降介助</td> </tr> <tr> <td>07 身体整容</td> <td>14 その他の身体介護</td> <td></td> </tr> </table>	01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除	02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯	03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳	04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り	05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助	06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助	07 身体整容	14 その他の身体介護	
01 身体中心 20分未満																																	
02 身体中心 20分以上30分未満																																	
03 身体中心 30分以上1時間未満																																	
04 身体中心 1時間以上1時間30分未満																																	
05 身体中心 1時間30分以上2時間未満																																	
06 身体中心 2時間以上																																	
07 生活援助 45分未満																																	
08 生活援助 45分以上																																	
09 通院等乗降介助																																	
10 介護予防																																	
01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除																															
02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯																															
03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳																															
04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り																															
05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助																															
06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助																															
07 身体整容	14 その他の身体介護																																
利用者15	性別・出生年 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%;">1 男</td> <td style="width:5%;">1 明治</td> <td rowspan="3" style="width:5%; text-align:center;">年</td> </tr> <tr> <td>2 女</td> <td>2 大正</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 昭和</td> </tr> </table>	1 男	1 明治	年	2 女	2 大正		3 昭和	要介護度 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">1 要支援1</td> <td style="width:15%;">3 要介護1</td> <td style="width:15%;">5 要介護3</td> <td style="width:15%;">7 要介護5</td> </tr> <tr> <td>2 要支援2</td> <td>4 要介護2</td> <td>6 要介護4</td> <td>8 他(自費等)</td> </tr> </table>	1 要支援1	3 要介護1	5 要介護3	7 要介護5	2 要支援2	4 要介護2	6 要介護4	8 他(自費等)																
	1 男	1 明治	年																														
2 女	2 大正																																
	3 昭和																																
1 要支援1	3 要介護1	5 要介護3	7 要介護5																														
2 要支援2	4 要介護2	6 要介護4	8 他(自費等)																														
訪問滞在時間  <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> 分	介護報酬請求区分 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>01 身体中心 20分未満</td></tr> <tr><td>02 身体中心 20分以上30分未満</td></tr> <tr><td>03 身体中心 30分以上1時間未満</td></tr> <tr><td>04 身体中心 1時間以上1時間30分未満</td></tr> <tr><td>05 身体中心 1時間30分以上2時間未満</td></tr> <tr><td>06 身体中心 2時間以上</td></tr> <tr><td>07 生活援助 45分未満</td></tr> <tr><td>08 生活援助 45分以上</td></tr> <tr><td>09 通院等乗降介助</td></tr> <tr><td>10 介護予防</td></tr> </table>	01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防	訪問介護の提供内容（複数回答） <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">01 排泄介助</td> <td style="width:33%;">08 更衣介助</td> <td style="width:33%;">15 掃除</td> </tr> <tr> <td>02 食事介助</td> <td>09 体位変換</td> <td>16 洗濯</td> </tr> <tr> <td>03 清拭</td> <td>10 移乗・移動介助</td> <td>17 一般的な調理・配膳</td> </tr> <tr> <td>04 部分浴</td> <td>11 通院・外出介助</td> <td>18 買い物・薬の受け取り</td> </tr> <tr> <td>05 全身浴</td> <td>12 起床・就寝介助</td> <td>19 その他の生活援助</td> </tr> <tr> <td>06 洗面等</td> <td>13 自立支援のため見守りの援助</td> <td>20 通院等乗降介助</td> </tr> <tr> <td>07 身体整容</td> <td>14 その他の身体介護</td> <td></td> </tr> </table>	01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除	02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯	03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳	04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り	05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助	06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助	07 身体整容	14 その他の身体介護	
01 身体中心 20分未満																																	
02 身体中心 20分以上30分未満																																	
03 身体中心 30分以上1時間未満																																	
04 身体中心 1時間以上1時間30分未満																																	
05 身体中心 1時間30分以上2時間未満																																	
06 身体中心 2時間以上																																	
07 生活援助 45分未満																																	
08 生活援助 45分以上																																	
09 通院等乗降介助																																	
10 介護予防																																	
01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除																															
02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯																															
03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳																															
04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り																															
05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助																															
06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助																															
07 身体整容	14 その他の身体介護																																

[注] \*印の箇所は事業所では記入しないでください。



\*一連番号

\*調査番号

[注] \*印の箇所は事業所では記入しないでください。

運営法人名  
(運営法人名を記入してください。)

事業所名

〒 TEL ( )-( )-( )

事業所の所在地

(1) サービスの種類・事業所番号

・9月30日現在で、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、該当する「活動状況」の1つに○をつけ、印字されている事業所番号、事業所名を確認してください。変更・誤りがある場合は、赤字で余白に修正をしてください。

・確認後は、サービスの種類ごとに右側に示した回答ページへ進み、調査票を記入してください。なお、印字されていない事業については記入不要です。

・下記サービスの「活動状況」欄は、休止届や廃止届を出している場合は、「休止中」、「廃止」に○をつけてください。その場合、以降のページは記入不要です。

・上記以外で利用者がいない場合でも「活動中」に○をつけ、回答ページに進んでください。

・サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この調査票を事業所内で回覧の上、記入してください(同一法人・同一住所のサービス事業所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください)。

・調査票は住所ごとに送付していますので(同一法人・同一住所の事業所には、まとめて送付)、別住所におけるサービスの記入は不要です。

サービスの種類	事業所番号	事業所名	活動状況 (1つに○)	回答ページ
141 介護予防 認知症対応型 通所介護			1 2 3 活動中 休止中 廃止	2ページ に記入して ください
142 認知症対応型 通所介護			1 2 3 活動中 休止中 廃止	
151 介護予防 認知症対応型 共同生活介護			1 2 3 活動中 休止中 廃止	3ページ に記入して ください
152 認知症対応型 共同生活介護			1 2 3 活動中 休止中 廃止	
161 地域密着型 特定施設入居者 生活介護			1 2 3 活動中 休止中 廃止	4ページ に記入して ください
171 夜間対応型 訪問介護			1 2 3 活動中 休止中 廃止	5ページ に記入して ください
181 介護予防 小規模多機能型 居宅介護			1 2 3 活動中 休止中 廃止	6ページ に記入して ください
182 小規模多機能型 居宅介護			1 2 3 活動中 休止中 廃止	
211 定期巡回・ 随時対応型 訪問介護看護			1 2 3 活動中 休止中 廃止	7ページ に記入して ください
221 複合型サービス			1 2 3 活動中 休止中 廃止	8ページ に記入して ください

(2) 経営主体

※右のリストから、該当する番号を1つ選択し、左の欄に記入してください。

経営主体	01 都道府県	05 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	09 消費生活協同組合及び連合会
	02 市区町村	06 医療法人	10 営利法人(会社)
	03 広域連合・一部事務組合	07 社団・財団法人(公益・一般)	11 特定非営利活動法人(NPO)
	04 社会福祉協議会	08 農業協同組合及び連合会	12 その他の法人
			13 01~12以外(個人を含む。)

(3) 苦情解決のための  
取組状況  
(複数回答)

該当する番号をすべて○で囲んでください。

1 苦情受付窓口を設置	3 共同で第三者委員を設置	5 1~4以外の取組を実施している
2 苦情解決責任者を設置	4 単独で第三者委員を設置	

※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。なお、FAXの記入は任意です。

(担当部署署名)

調査票記入者名・  
担当部署と連絡先  
(※必須)

電話 ( - - )

上記以外連絡先  
(携帯、FAX等)

(記入ページのみを剥がしたりせず、冊子のままご返送下さい。)



記入者名 ( ) 電話番号 ( - - )

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。  
 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。

介護予防  
共同生活  
認知症  
対応型

定員  人 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。

9月中の利用者

1 あり  
2 なし

9月末日の  
利用者数(人)

要支援2

その他

共同  
認知症  
生活対  
応型

定員  人 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。

9月中の利用者

1 あり  
2 なし

9月末日の  
利用者数(人)

うち「短期利用」の  
利用者数(人)

要介護1

要介護2

要介護3

要介護4

要介護5

その他

(9)サービスの  
提供状況

(10)ユニット及び  
居室の状況  
※平均家賃は、整数で  
記入してください。

ユニット数

2人室

個室

室数

1部屋当たりの  
平均家賃(1か月)

室数

1部屋当たりの  
平均家賃(1か月)

ユニット

室

円

室

円

(11)介護福祉士養成校  
及び社会福祉士  
養成校からの  
実習生受け入れ状況  
(過去1年間)

1 受け入れあり  
2 受け入れなし

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に  
社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり  
2 受け入れなし

(12)従事者数  
\*複数の資格を有  
している者につ  
いては、(1)～(3)  
のうち最も若い  
番号の資格につ  
いて記入してく  
ださい。

	常勤専従			非常勤	
	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 介護職員					
(1) 1のうち 看護師					
(2) 1のうち 准看護師					
(3) 1のうち 介護福祉士					
2 計画作成担当者					
2のうち 介護支援専門員					
3 その他の職員					

(補問)認定特定行為業務従事者  
(介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)

人

(注) 「常勤専従」については換算数の記入は不要です。  
 「常勤兼務」「非常勤」については、下記の計算式により換算数を計算し、  
 それぞれの「換算数」欄に記入してください。  
 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。

※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。

※「介護予防認知症対応型共同生活介護」と「認知症対応型共同生活介護」を一体的  
 に行っている場合は、兼務ではありません。

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

(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。)

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)



【161 地域密着型特定施設入居者生活介護】

記入者名 ( ) 電話番号 ( - - )

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。  
 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。

13 サービスの状況	地域密着型特定施設入居者生活介護	定員	人	※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。					
		9月中の利用者	9月末日の利用者数(人)	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
		1 あり							
		2 なし							

該当する番号を1つ○で囲んでください。

14 事業所の形態	ア 有料老人ホーム (エに該当するものを除く)	( 1 サテライト型以外	2 サテライト型 )
	イ 軽費老人ホーム	( 3 サテライト型以外	4 サテライト型 )
	ウ 養護老人ホーム	( 5 サテライト型以外	6 サテライト型 )
	エ サービス付き高齢者向け住宅	( 7 サテライト型以外	8 サテライト型 )

15 居室の状況	個室(夫婦部屋含む)	2人室	3人室	4人室
	室数(室)			

16 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。	平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。
	1 受け入れあり 2 受け入れなし	1 受け入れあり 2 受け入れなし

17 従事者数		常勤専従			非常勤		
		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	換算数
1 介護職員	1 介護職員						
	1のうち介護福祉士						
2 生活相談員	2 生活相談員						
	2のうち社会福祉士						
3 看護師	3 看護師						
	6 機能訓練指導員						
4 准看護師	6のうち理学療法士						
	6のうち作業療法士						
5 計画作成担当者	6のうち言語聴覚士						
	6のうち看護師						
(補間)認定特定行為業務従事者 (介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)	6のうち准看護師						
	6のうち柔道整復師						
	6のうちあん摩マッサージ指圧師						
	7 その他の職員						

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。  
 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。  
 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。

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

(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。)

※ 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。

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

【161地域密着型特定施設入居者生活介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【171 夜間対応型訪問介護】

記入者名 ( ) 電話番号 ( - - )

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(9月中の営業日数)を記入してください。  
 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。

夜間対応型訪問介護

9月中の営業日数  日 ※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日のことをいいます。

9月中の通報件数  件

9月中の利用者

1 あり 2 なし	利用実人員数(人)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
	定期巡回訪問回数(回)						
	随時訪問回数(回)						

(19) 事業所の区分

1 I型(オペレーションセンターの設置あり)   事務所

2 II型(オペレーションセンターの設置なし)

(20) 社会福祉法人等による軽減の状況

1 実施している  9月中の軽減者数  人 (生活保護受給者等は含みません)

2 実施していない

(21) 介護福祉士養成校からの実習生の受け入れ状況(過去1年間)

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり

2 受け入れなし

	常勤専従			常勤兼務			非常勤			換算数		
	専従	兼務	換算数	専従	兼務	換算数	専従	兼務	換算数	専従	兼務	換算数
1 訪問介護員												
(1) 1のうち介護福祉士												
(2) 1のうち介護職員基礎研修課程修了者												
(3) 1のうちホームヘルパー1級研修課程修了者												
(4) 1のうちホームヘルパー2級研修課程修了者												
2 オペレーター												
(1) 2のうち医師												
(2) 2のうち保健師												
(3) 2のうち看護師												
(4) 2のうち准看護師												
(5) 2のうち社会福祉士												
(6) 2のうち介護福祉士												
(7) 2のうち介護支援専門員												
3 面接相談員												
(1) 3のうち医師												
(2) 3のうち保健師												
(3) 3のうち看護師												
(4) 3のうち准看護師												
(5) 3のうち社会福祉士												
(6) 3のうち介護福祉士												
(7) 3のうち介護支援専門員												
4 その他の職員												

\*複数の資格を有している者については、それぞれのうち最も若い番号の資格について記入してください。

(補問) 認定特定行為業務従事者  
 (介護職員等であって、略痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)

人

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。

換算数 =  $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}} \times \text{1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。}$

「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。  
 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。

\* 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。(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

【171夜間対応型訪問介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

記入者名 ( ) 電話番号 ( - - )

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。  
 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。

(23) サービスの提供状況

介護予防小規模多機能型居宅介護	登録定員	人	宿泊サービスの利用定員	人	通いサービスの利用定員	人	
	9月中の利用者	1 あり 2 なし	要支援1	要支援2	その他		
	事業所を利用した利用実人員数(人)						
	事業所を利用した利用延人員数(人)						
	計上してください。 ※重複する場合は、それぞれに	宿泊	利用実人員数(人)				
			利用延人員数(人)				
	通い	利用実人員数(人)					
		利用延人員数(人)					
	訪問	利用実人員数(人)					
		利用延人員数(人)					

小規模多機能型居宅介護	登録定員	人	宿泊サービスの利用定員	人	通いサービスの利用定員	人			
	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	その他	
	事業所を利用した利用実人員数(人)								
	事業所を利用した利用延人員数(人)								
	計上してください。 ※重複する場合は、それぞれに	宿泊	利用実人員数(人)						
			利用延人員数(人)						
	通い	利用実人員数(人)							
		利用延人員数(人)							
	訪問	利用実人員数(人)							
		利用延人員数(人)							

(24) 宿泊室の状況

個室の数	室	個室以外の宿泊室の数	室
------	---	------------	---

(25) 宿泊費の状況

各居室の種類ごとに、事業所が設定している料金の高い順に記入してください。

宿泊費(月額)	円	円	円	円	円	円
室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室
室数	室	室	室	室	室	室

(26) 社会福祉法人等による軽減の状況

1 実施している	9月中の軽減者数	人	(生活保護受給者等は含みません)
2 実施していない			

(27) 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。	平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。
1 受け入れあり 2 受け入れなし	1 受け入れあり 2 受け入れなし

(28) 従事者数

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 介護職員					
1のうち介護福祉士					
2 看護師					
3 准看護師					
4 介護支援専門員					
5 その他の職員					

(補間) 認定特定行為業務従事者(介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)  
 人

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。  
 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。  
 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。  
 ※「介護予防小規模多機能型居宅介護」と「小規模多機能型居宅介護」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。  
 (換算数の詳細は手引書を参照してください。)

(29) 事業所の種別		1 一体型      2 連携型												
<p>※利用実人員数欄には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を1回でも利用した者について計上してください。          ※訪問回数については、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。)</p>														
(30) サービスの提供状況 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	9月中の利用者		1 あり      2 なし		9月中の通報件数						件		
		利用実人員数(人)		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					
		訪問介護	利用実人員数(人)											
			定期巡回訪問回数(回)											
			随時訪問回数(回)											
		訪問看護	利用実人員数(人)											
			定期巡回訪問回数(回)											
			随時訪問回数(回)											
		健康保険法等との併給者		上記の訪問看護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計上してください。		利用実人員数		人	訪問回数の合計				回	
		健康保険法等		健康保険法等でサービスを受けた者を計上して下さい。		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		回
その他		介護保険法及び健康保険法等いずれも利用していない者で全額自費によりサービスを受けた者を計上して下さい。		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		回		
(31) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数		9月中に、事業所が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数、延べ夜勤回数を記入してください。		看護職員 実人員数	人	介護職員 実人員数	人	延べ夜勤回数	回	延べ夜勤回数	回			
(32) 9月中の利用者		定期的なアセスメント・モニタリングのための訪問回数	医師の指示書がない利用者に対する看護職員の訪問回数(9月の状況についてお答えください。)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
			医師の指示書がある利用者に対する医師の指示書に基づかない看護職員の訪問回数(9月の状況についてお答えください。)	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	
		死亡によるサービスの終了者	介護保険法		介護保険と健康保険等との併給者		健康保険等のみ利用者							
			ターミナルケア加算		訪問看護ターミナルケア療養費		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		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	人	人	人	人	人	人
		在宅で死亡した利用者数		人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
		在宅以外で死亡した利用者数		人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
(33) 社会福祉法人等による軽減の状況		1 実施している      2 実施していない		9月中の軽減者数		人 (生活保護受給者等は含みません)								
(34) 従事者数		* 複数の資格を有している者については、(1)~(7)のうち最も若い番号の資格について記入してください。		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	7 オペレーター	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
		1 訪問介護員等							(1) 7のうち 医師					
		1のうち 介護福祉士							(2) 7のうち 保健師					
		2 看護師							(3) 7のうち 看護師					
		3 准看護師							(4) 7のうち 准看護師					
		4 理学療法士							(5) 7のうち 社会福祉士					
		5 作業療法士							(6) 7のうち 介護福祉士					
		6 言語聴覚士							(7) 7のうち 介護支援専門員					
		換算数 =		従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)				8 その他の職員						
				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を参照してください。)						
				(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。)				(補問1) 認定特定行為業務従事者						
								(補問2) 計画作成責任者						

【221 複合型サービス】

記入者名 ( ) 電話番号 ( - - )

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。  
 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。

35 サービスの状況 複合型サービス	登録定員		人	宿泊サービスの利用定員		人	通いサービスの利用定員		人
	9月中の利用者	1 あり		要介護1		要介護2		要介護3	
		2 なし		要介護4		要介護5		その他	
	事業所を利用した利用実人員数(人)								
	事業所を利用した利用延人員数(人)								
	宿泊	利用実人員数(人)							
		利用延人員数(人)							
	通い	利用実人員数(人)							
		利用延人員数(人)							
	訪問介護	利用実人員数(人)							
利用延人員数(人)									
訪問看護	利用実人員数(人)								
	利用延人員数(人)								

※重複する場合は、それぞれに計上してください。

36 併設の状況 (複数回答)	同一法人(法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む。)が同一又は隣接の敷地内で運営している異なる施設・事務所について、該当する番号をすべて○で囲んでください。 1 訪問看護事業所と併設している 2 認知症対応型共同生活介護事業所と併設している 3 居宅介護支援事業所と併設している 4 地域密着型特定施設と併設している 5 地域密着型介護老人福祉施設と併設している 6 介護療養型医療施設(有床診療所に限る)と併設している 7 1~6との併設はない
--------------------	--

37 宿泊室の状況	個室の数		室	個室以外の宿泊室の数		室
-----------	------	--	---	------------	--	---

38 宿泊費の状況	各居室の種類ごとに、事業所が設定している料金の高い順に記入してください。						
	宿泊費(日額)		円		円		円
	室定員		人		人		人
	室数		室		室		室

39 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中に、事業所が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数、延べ夜勤回数を記入してください。							
	看護職員	実人員数		人	介護職員	実人員数		人
		延べ夜勤回数		回		延べ夜勤回数		回

40 社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している	→	9月中の軽減者数		人	(生活保護受給者等は含みません)
	2 実施していない					

	常勤専従			常勤兼務			非常勤		
	実人員数	換算数		実人員数	換算数		実人員数	換算数	
1 介護職員									
1のうち介護福祉士									
2 看護師									
3 准看護師									
4 介護支援専門員									
5 その他の職員									

(補間) 認定特定行為業務従事者  
 (介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)  
 人

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。  
 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。  
 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。  
 ※ 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 =  $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延長時間(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$   
 (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。)  
 (換算数の詳細は手引きを参照してください。)



政府統計

介護サービス施設・事業所調査  
居宅サービス事業所(医療関係)票  
(平成24年10月1日調査)



*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																																
施設名																																
施設の所在地	〒 TEL( )-( )-( )																															
(1)開設主体	<p>※該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。</p> <table border="0"> <tr> <td rowspan="6">開設主体 <input type="checkbox"/></td> <td>01 国・都道府県</td> <td>07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)</td> </tr> <tr> <td>02 市区町村</td> <td>08 社団・財団法人(公益・一般)</td> </tr> <tr> <td>03 広域連合・一部事務組合</td> <td>09 営利法人(会社)</td> </tr> <tr> <td>04 日本赤十字社・社会保険関係団体</td> <td>10 その他の法人</td> </tr> <tr> <td>05 医療法人</td> <td>11 個人</td> </tr> <tr> <td>06 社会福祉協議会</td> <td></td> </tr> </table>																			開設主体 <input type="checkbox"/>	01 国・都道府県	07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	02 市区町村	08 社団・財団法人(公益・一般)	03 広域連合・一部事務組合	09 営利法人(会社)	04 日本赤十字社・社会保険関係団体	10 その他の法人	05 医療法人	11 個人	06 社会福祉協議会	
開設主体 <input type="checkbox"/>	01 国・都道府県	07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)																														
	02 市区町村	08 社団・財団法人(公益・一般)																														
	03 広域連合・一部事務組合	09 営利法人(会社)																														
	04 日本赤十字社・社会保険関係団体	10 その他の法人																														
	05 医療法人	11 個人																														
	06 社会福祉協議会																															
(2)サービスの状況・施設の種類の	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・事業所番号、事業所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。</li> <li>・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。</li> <li>・サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この調査票を事業所内で回覧の上、記入してください。(同一法人、同一住所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください。)</li> </ul>																															

	事業所番号	事業所名	活動状況
	051 介護予防短期入所療養介護		
052 短期入所療養介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止
施設の種類の	1 介護老人保健施設 2 介護療養型医療施設 3 その他の病院・診療所		
事業所の種別(複数回答可)	介護老人保健施設 (01 I型 02 II型 03 III型) 11 診療所型 ユニット型介護老人保健施設 (04 I型 05 II型 06 III型) 12 ユニット型診療所型 07 病院療養型 13 認知症患者型 08 ユニット型病院療養型 14 ユニット型認知症患者型 09 病院経過型 15 認知症経過型 10 ユニット型病院経過型		

	事業所番号	事業所名	活動状況			
	061 介護予防通所リハビリテーション			1 活動中 2 休止中 3 廃止		
062 通所リハビリテーション			1 活動中 2 休止中 3 廃止			
施設の種類の	1 介護老人保健施設 2 介護療養型医療施設 3 その他の病院・診療所					
事業所の種別	<p>※該当する番号を1つ、左の欄に記入してください。</p> <table border="0"> <tr> <td>通常規模の事業所 ( 01 介護老人保健施設 02 病院 03 診療所 )</td> </tr> <tr> <td>大規模の事業所(I) ( 04 介護老人保健施設 05 病院 06 診療所 )</td> </tr> <tr> <td>大規模の事業所(II) ( 07 介護老人保健施設 08 病院 09 診療所 )</td> </tr> </table>			通常規模の事業所 ( 01 介護老人保健施設 02 病院 03 診療所 )	大規模の事業所(I) ( 04 介護老人保健施設 05 病院 06 診療所 )	大規模の事業所(II) ( 07 介護老人保健施設 08 病院 09 診療所 )
通常規模の事業所 ( 01 介護老人保健施設 02 病院 03 診療所 )						
大規模の事業所(I) ( 04 介護老人保健施設 05 病院 06 診療所 )						
大規模の事業所(II) ( 07 介護老人保健施設 08 病院 09 診療所 )						

【051 介護予防短期入所療養介護・052 短期入所療養介護】の状況

現在指定を受けて活動中のサービスについて記入してください。  
介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の指定病床数を記入してください。

**(3) サービスの提供状況**

**介護予防短期入所療養介護**

空床利用型ですか  1 はい  2 いいえ ※利用者の有無に関わらず、空床利用型以外は、介護予防短期入所療養介護としての指定病床数を記入してください。

指定病床数  床

9月中の利用者  1 あり  2 なし ※空床利用型の場合でも、利用者ありの場合は、「利用実人員数」「利用日数合計」にご記入ください。

	要支援1	要支援2	その他
利用実人員数(人)			
利用日数合計(日)			

**短期入所療養介護**

空床利用型ですか  1 はい  2 いいえ ※利用者の有無に関わらず、空床利用型以外は、短期入所療養介護としての指定病床数を記入してください。

指定病床数  床

9月中の利用者  1 あり  2 なし ※空床利用型の場合でも、利用者ありの場合は、「利用実人員数」「利用日数合計」にご記入ください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
利用実人員数(人)						
利用日数合計(日)						

**(4) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去一年間)**

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり  2 受け入れなし

**(5) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去一年間)**

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり  2 受け入れなし

※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
上記以外連絡先 (携帯、FAX等)	電話 (      -      -      )

次ページにつづきます

【061介護予防通所リハビリテーション・062通所リハビリテーション】の状況

現在指定を受けて活動中のサービスについて記入してください。  
 開催日数とは、利用者がいなくても事業所を開催していた(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、同一の定員、開催日数を記入してください。  
 利用実人員数は利用回数に関係なく、1日利用した者も2日以上利用した者も「1」とカウントしてください。

介護予防通所リハビリテーション

定員  人 9月中の開催日数  日

9月中の利用者  1 あり  2 なし

	要支援1	要支援2	その他
利用実人員数(人)			
利用延人員数(人)			

通所リハビリテーション

定員  人 9月中の開催日数  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	その他
利用実人員数(人)						
利用延人員数(人)						

(7) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり  2 受け入れなし

(8) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり  2 受け入れなし

(9) 通所リハビリテーションの従事者数

施設に在籍する職員のうち、通所リハビリテーションの業務に携わっている者を記入してください。  
 ※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	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
1 医師							5 理学療法士					
2 看護師							6 作業療法士					
3 准看護師							7 言語聴覚士					
4 介護職員							8 歯科衛生士					
4のうち介護福祉士							9 管理栄養士					
							10 栄養士					

(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。常勤専従については、換算数の記入は不要です。  
 ※「介護予防通所リハビリテーション」と「通所リハビリテーション」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。

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

(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。)

※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) ありがな
	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