

秘

総務省承認No. 25761  
承認期限 平成17年1月31日まで

介護サービス施設・事業所調査  
介護老人福祉施設票  
(平成16年10月1日調査)

厚生労働省

事業所番号

\*福祉事務所符号

\*市区町村符号

\*一連番号

(1)施設名			活動の状況	1 活動中 2 休止中 3 廃止
(2)施設の所在地	〒□□□-□□□□ TEL ( )-( )-( )			
(3)開設年月	1 昭和	2 平成	□□	年 □□
(4)開設主体及び経営主体	開設主体 <input type="checkbox"/>	経営主体 <input type="checkbox"/>	(右から該当する番号を選んで記入してください) 1 都道府県 2 市区町村 3 広域連合・一部事務組合 4 日本赤十字社 5 社会福祉協議会 6 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 7 社団・財団法人 8 1~7以外	
(5)施設の定員及びユニットの状況	入所定員	人	ユニットケア対象床の有無 1 有 2 無 → (6)へ進んでください ↓	
	ユニットケアの介護報酬上の届出種別 1 小規模生活単位型 2 一部小規模生活単位型 3 従来型			
	ユニットの規模(定員)			
	ユニット数			
	以下は、ユニットケアの介護報酬上の届出種別が「1」または「2」の施設のみ記入してください。			
居住費(日額/円)				
室定員(人室)				
室数(室)				

(注) \*印の箇所は施設では記入しないでください。

次ページにつづきます

(6)居室の状況	室数(室)	①5人以上室	②4人室	③3人室	④2人室		⑤個室		
					小規模生活単位型ユニット	左記以外	小規模生活単位型ユニット	左記以外	
(7)施設サービスの状況		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	空床利用の短期入所生活介護利用者数	
	9月末日の在在所者数								
	9月中の延在所者数								
	(再掲) 9月末日在在所者のうち、やむを得ない措置による利用者数								
	9月末日在在所者のうち、介護保険法による施設への入所が困難であり、やむを得ず市町村の措置により入所している者							_____人	
			(再掲) 入院中の利用者数(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月中の延利用者数									
(8)9月中の外泊の状況	外泊者数	_____人			外泊延日数	_____日			
(9)短期入所生活介護床の特例利用者の状況	9月中の利用実人員数	9月中の利用延人員数							
		_____人			_____人				
(10)介護給付費割引実施の状況	実施している { 1 一種類の割引率    2 二種類以上の割引率 }    3 実施していない								
(11)社会福祉法人等による減免の状況	1 実施している    2 実施していない ↳ 減免者数 _____人 (生活保護受給者は含みません)								
(12)苦情解決のための取組状況(複数回答)	1 苦情受付窓口の設置				2 苦情解決責任者を設置				
	3 共同で第三者委員を設置				4 単独で第三者委員を設置				

次ページにつづきます

(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、該当する番号すべてを○で囲んでください。)

01 介護老人保健施設  
02 介護療養型医療施設  
03 02以外の病院・診療所  
04 訪問介護事業所  
05 訪問入浴介護事業所  
06 通所介護事業所  
07 短期入所生活介護事業所  
08 痴呆対応型共同生活介護事業所  
09 居宅介護支援事業所  
10 軽費老人ホーム（ケアハウス）  
11 在宅介護支援センター  
12 01～11との併設はない

(14)従事者数	常勤者			非常勤者 換算数		常勤者			非常勤者 換算数
	専従	兼務	換算数			専従	兼務	換算数	
1 施設長									
2 医師					12 機能訓練指導員				
3 歯科医師					13 理学療法士(再掲)				
4 生活相談員					14 作業療法士(再掲)				
5 社会福祉士(再掲)					15 言語聴覚士(再掲)				
6 看護師					16 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師(再掲)				
7 准看護師					17 障害者生活支援員				
8 介護職員					18 介護支援専門員				
9 介護福祉士(再掲)					19 調理員				
10 栄養士					20 その他の職員				
11 管理栄養士(再掲)									
(15)調理業務の委託状況	委託している（1 全部委託 2 一部委託） 3 委託していない（直営）								
(16)調理の方法	1 施設内でクックチル、真空調理等の調理方法を採用している。 2 施設内で上記の調理方法を採用していない。 3 施設外で調理を行っている。								

(注) 従事者数の常勤者の兼務、非常勤者については、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。

$$\text{換算数} = \frac{\text{職員の1週間の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間}}$$

ご協力ありがとうございました



(7)新・増設及び 転用の状況 <small>(平成15年10月1日～ 平成16年9月30日ま での状況について記 入してください)</small>	1 新設	病院・診療所の 病床転用の有無	1 有	転用元・転用病床数		療養環境改善計画の有無		
	2 増設		1 有	1 病院 ( 床)	1 有			
3 新・増設なし	2 無		2 診療所 ( 床)	2 無				
(8)療養室の状況		①4人室	②3人室	③2人室		④個室		
				ユニット	左記以外	ユニット	左記以外	
	一般棟 室数(室)							
	痴呆専門棟 室数(室)							
(9)特別な室料	室料(円)							
	室定員(人室)							
	室数(室)							
(10)施設サービスの 状況		9月末日の在所要者数						
		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							
	痴呆専門棟							
(11)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、該当する番号すべてを○で囲んでくださ い。)							
	01 介護老人福祉施設	07 通所介護事業所						
	02 介護療養型医療施設	08 短期入所生活介護事業所						
	03 02以外の病院・診療所	09 痴呆対応型共同生活介護事業所						
	04 訪問看護ステーション	10 居宅介護支援事業所						
	05 訪問介護事業所	11 在宅介護支援センター						
	06 訪問入浴介護事業所	12 01～11との併設はない						
(12)短期入所療養 介護の状況	実施の有無	実施している { 1 「9月中」の 利用者あり 2 「9月中」の 利用者なし } 3 実施していない						
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
	9月中の利用 実人員数(人)							
	9月中の利用 延人員数(人)							

次ページにつづきます

(13)従事者数	常勤者			非常勤者 換算数	/	常勤者			非常勤者 換算数
	専従	兼務	換算数			専従	兼務	換算数	
1 医師					10 理学療法士				
2 歯科医師					11 作業療法士				
3 薬剤師					12 言語聴覚士				
4 看護師					13 栄養士				
5 准看護師					14 管理栄養士 (再掲)				
6 介護職員					15 介護支援 専門員				
7 介護福祉士 (再掲)					16 調理員				
8 支援相談員					17 その他の職員				
9 社会福祉士 (再掲)									
(14)調理業務の 委託状況	委託している (1 全部委託 2 一部委託) 3 委託していない (直営)								
(15)調理の方法	1 施設内でクックチル、真空調理等の調理方法を採用している。 2 施設内で上記の調理方法を採用していない。 3 施設外で調理を行っている。								
(16)通所リハビリ テーション の状況	定員	人	9月中の開催日数			日			
	利用者の有無	1 「9月中」の利用者あり			2 「9月中」の利用者なし				
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	
	9月中の利用 実人員数(人)								
	個別リハビリテーション 実施実人員数 (再掲)								
	9月中の利用 延人員数(人)								
個別リハビリテーション 実施延人員数 (再掲)									

【換算数の計算式】

$$\frac{\text{職員の1週間の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間}}$$

※1か月に数回の勤務である場合

$$\frac{\text{職員の1か月の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間} \times 4 \text{ (週)}}$$

上記計算式によって得られた数値を、小数点以下第2位を四捨五入して  
小数点第1位まで計算してください。  
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

次ページにつづきます

(17)通所リハビリ テーション の従事者数	常勤者			非常勤者			常勤者			非常勤者	
	専従	兼務	換算数		換算数		専従	兼務	換算数		換算数
1 医師			.		.	6 支援相談員			.		.
2 看護師			.		.	7 社会福祉士 (再掲)			.		.
3 准看護師			.		.	8 理学療法士			.		.
4 介護職員			.		.	9 作業療法士			.		.
5 介護福祉士 (再掲)			.		.	10 言語聴覚士			.		.
(18)訪問リハビリ テーション の状況	実施の有無		実施している ( 1 「9月中」の 利用者あり      2 「9月中」の 利用者なし )      3 実施していない								
			要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他		
	9月中の利用 実人員数(人)										
	9月中の利用 延人員数(人)										

ご協力ありがとうございました

SAMPLE









総務省承認No. 25764  
承認期限 平成17年1月31日まで

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16年10月1日調査)

厚生労働省

事業所番号

\*保健所符号

\*市区町村符号

\*一連番号

(1)ステーションの名称				活動の状況	1 活動中 2 休止中 3 廃止
(2)ステーションの所在地	〒 □□□□ - □□□□ TEL ( ) - ( ) - ( )				
(3)事業開始年	平成 □□ 年 □□ 月				
(4)開設主体	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・社会保険関係団体 05 医療法人 06 医師会 07 看護協会 08 社団・財団法人(医師会、看護協会以外) 09 社会福祉協議会 10 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 11 農業協同組合及び連合会 12 消費生活協同組合及び連合会 13 営利法人(会社) 14 特定非営利活動法人(NPO) 15 その他の法人				
(5)加算等の届出の状況	介護保険法	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	
	健康保険法等	24時間連絡体制加算の届出	1 あり	2 なし	
		(再掲)重症者管理加算の届出	1 あり	2 なし	
(6)出張所等(サテライト事業所)の状況	箇所数 _____ 箇所				
	9月中のサテライトの利用実人員数 _____ 人	9月中のサテライトからの訪問回数合計 _____ 回			

(注) \*印の箇所は事業所では記入しないでください。

次ページにつづきます

		9月中の営業日数 _____ 日										
		1 「9月中」の利用者あり					2 「9月中」の利用者なし					
(7)9月中のサービスの提供状況	介護保険法利用者の要介護度別の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。	介護保険法の利用者								健康保険法等	その他	
		要支援	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)										
		30分未満										
		30分以上1時間未満										
		1時間以上1時間30分未満										
1時間30分以上2時間未満												
2時間以上												
(8)介護保険法利用者のうち健康保険法等による併給者	(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						
(9)9月中の利用者	介護保険法の利用者	緊急時訪問看護加算に同意をしている実人員数 _____ 人					_____ 人					
		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	24時間連絡体制加算に同意をしている実人員数 _____ 人					_____ 人					
							総数	介護保険法	健康保険法等			
	死亡によるサービスの終了者	9月中に死亡した利用者数 _____ 人					人	人	人			
		うち在宅で死亡した利用者数 _____ 人					人	人	人			
うちターミナルケアの算定者数 _____ 人					人	人	人					
(10)従事者数	常勤者			非常勤者			常勤者			非常勤者		
	専従	兼務	換算数	換算数	専従	兼務	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 その他の職員							
4 准看護師				1~6のうちサテライトの従事者								
(11)「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」との併設の有無 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の有無 1 兼務あり      _____ 人 2 兼務なし											

(注) 従事者数の常勤者の兼務、非常勤者については、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。

換算数=職員の1週間の勤務時間÷施設が定めている1週間の勤務時間

訪問看護の提供内容

9月30日に訪問看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、訪問したときの内容すべてを記入してください。

この票には、誕生日が奇数の者のみ記入してください。

性別・出生年月		主傷病名		9月30日の訪問看護の提供内容（複数回答）	
要介護度—適用法		訪問回数・滞在時間			
1	1 男 2 女	1 明治 年 月 2 大正 3 昭和 4 平成	主傷病 番 号	訪問回数	回
	要介護（1 2 3 4 5） 6 要支援 7 要介護認定申請中 8 健康保険法等 9 その他		訪問滞 在時間		分
				01 本人の療養指導 02 家族等の介護指導・支援 03 社会資源活用の相談・支援 04 痴呆・精神障害に対するケア 05 リハビリテーション 06 褥そう・創傷部の管理・処置 07 経口栄養の管理・指導・援助 08 経管栄養の管理・実施 09 排泄の管理・指導・援助	10 身体の清潔保持の管理・指導・援助 11 在宅酸素療法の指導・援助 12 喀痰及び気道内吸引 13 気管カニューレ・人工呼吸器の管理 14 在宅輸液管理・実施 15 服薬管理、点眼等の処置 16 がんの在宅（緩和）ケア 17 ターミナルケア 18 緊急時の対応や指示による処置 19 01～18以外
2	1 男 2 女	1 明治 年 月 2 大正 3 昭和 4 平成	主傷病 番 号	訪問回数	回
	要介護（1 2 3 4 5） 6 要支援 7 要介護認定申請中 8 健康保険法等 9 その他		訪問滞 在時間		分
				01 本人の療養指導 02 家族等の介護指導・支援 03 社会資源活用の相談・支援 04 痴呆・精神障害に対するケア 05 リハビリテーション 06 褥そう・創傷部の管理・処置 07 経口栄養の管理・指導・援助 08 経管栄養の管理・実施 09 排泄の管理・指導・援助	10 身体の清潔保持の管理・指導・援助 11 在宅酸素療法の指導・援助 12 喀痰及び気道内吸引 13 気管カニューレ・人工呼吸器の管理 14 在宅輸液管理・実施 15 服薬管理、点眼等の処置 16 がんの在宅（緩和）ケア 17 ターミナルケア 18 緊急時の対応や指示による処置 19 01～18以外
3	1 男 2 女	1 明治 年 月 2 大正 3 昭和 4 平成	主傷病 番 号	訪問回数	回
	要介護（1 2 3 4 5） 6 要支援 7 要介護認定申請中 8 健康保険法等 9 その他		訪問滞 在時間		分
				01 本人の療養指導 02 家族等の介護指導・支援 03 社会資源活用の相談・支援 04 痴呆・精神障害に対するケア 05 リハビリテーション 06 褥そう・創傷部の管理・処置 07 経口栄養の管理・指導・援助 08 経管栄養の管理・実施 09 排泄の管理・指導・援助	10 身体の清潔保持の管理・指導・援助 11 在宅酸素療法の指導・援助 12 喀痰及び気道内吸引 13 気管カニューレ・人工呼吸器の管理 14 在宅輸液管理・実施 15 服薬管理、点眼等の処置 16 がんの在宅（緩和）ケア 17 ターミナルケア 18 緊急時の対応や指示による処置 19 01～18以外
4	1 男 2 女	1 明治 年 月 2 大正 3 昭和 4 平成	主傷病 番 号	訪問回数	回
	要介護（1 2 3 4 5） 6 要支援 7 要介護認定申請中 8 健康保険法等 9 その他		訪問滞 在時間		分
				01 本人の療養指導 02 家族等の介護指導・支援 03 社会資源活用の相談・支援 04 痴呆・精神障害に対するケア 05 リハビリテーション 06 褥そう・創傷部の管理・処置 07 経口栄養の管理・指導・援助 08 経管栄養の管理・実施 09 排泄の管理・指導・援助	10 身体の清潔保持の管理・指導・援助 11 在宅酸素療法の指導・援助 12 喀痰及び気道内吸引 13 気管カニューレ・人工呼吸器の管理 14 在宅輸液管理・実施 15 服薬管理、点眼等の処置 16 がんの在宅（緩和）ケア 17 ターミナルケア 18 緊急時の対応や指示による処置 19 01～18以外
5	1 男 2 女	1 明治 年 月 2 大正 3 昭和 4 平成	主傷病 番 号	訪問回数	回
	要介護（1 2 3 4 5） 6 要支援 7 要介護認定申請中 8 健康保険法等 9 その他		訪問滞 在時間		分
				01 本人の療養指導 02 家族等の介護指導・支援 03 社会資源活用の相談・支援 04 痴呆・精神障害に対するケア 05 リハビリテーション 06 褥そう・創傷部の管理・処置 07 経口栄養の管理・指導・援助 08 経管栄養の管理・実施 09 排泄の管理・指導・援助	10 身体の清潔保持の管理・指導・援助 11 在宅酸素療法の指導・援助 12 喀痰及び気道内吸引 13 気管カニューレ・人工呼吸器の管理 14 在宅輸液管理・実施 15 服薬管理、点眼等の処置 16 がんの在宅（緩和）ケア 17 ターミナルケア 18 緊急時の対応や指示による処置 19 01～18以外

性別・出生年月		主傷病名		9月30日の訪問看護の提供内容（複数回答）	
要介護度－適用法		訪問回数・滞在時間			
6	1 男 2 女	1 明治 年 月 2 大正 3 昭和 4 平成	主傷病 番 号	訪問回数	回
	要介護（1 2 3 4 5） 6 要支援 7 要介護認定申請中 8 健康保険法等 9 その他		訪問滞 在時間	分	
				01 本人の療養指導 02 家族等の介護指導・支援 03 社会資源活用の相談・支援 04 痴呆・精神障害に対するケア 05 リハビリテーション 06 褥そう・創傷部の管理・処置 07 経口栄養の管理・指導・援助 08 経管栄養の管理・実施 09 排泄の管理・指導・援助	10 身体の清潔保持の管理・指導・援助 11 在宅酸素療法の指導・援助 12 喀痰及び気道内吸引 13 気管カニューレ・人工呼吸器の管理 14 在宅輸液管理・実施 15 服薬管理、点眼等の処置 16 がんの在宅（緩和）ケア 17 ターミナルケア 18 緊急時の対応や指示による処置 19 01～18以外
7	1 男 2 女	1 明治 年 月 2 大正 3 昭和 4 平成	主傷病 番 号	訪問回数	回
	要介護（1 2 3 4 5） 6 要支援 7 要介護認定申請中 8 健康保険法等 9 その他		訪問滞 在時間	分	
				01 本人の療養指導 02 家族等の介護指導・支援 03 社会資源活用の相談・支援 04 痴呆・精神障害に対するケア 05 リハビリテーション 06 褥そう・創傷部の管理・処置 07 経口栄養の管理・指導・援助 08 経管栄養の管理・実施 09 排泄の管理・指導・援助	10 身体の清潔保持の管理・指導・援助 11 在宅酸素療法の指導・援助 12 喀痰及び気道内吸引 13 気管カニューレ・人工呼吸器の管理 14 在宅輸液管理・実施 15 服薬管理、点眼等の処置 16 がんの在宅（緩和）ケア 17 ターミナルケア 18 緊急時の対応や指示による処置 19 01～18以外
8	1 男 2 女	1 明治 年 月 2 大正 3 昭和 4 平成	主傷病 番 号	訪問回数	回
	要介護（1 2 3 4 5） 6 要支援 7 要介護認定申請中 8 健康保険法等 9 その他		訪問滞 在時間	分	
				01 本人の療養指導 02 家族等の介護指導・支援 03 社会資源活用の相談・支援 04 痴呆・精神障害に対するケア 05 リハビリテーション 06 褥そう・創傷部の管理・処置 07 経口栄養の管理・指導・援助 08 経管栄養の管理・実施 09 排泄の管理・指導・援助	10 身体の清潔保持の管理・指導・援助 11 在宅酸素療法の指導・援助 12 喀痰及び気道内吸引 13 気管カニューレ・人工呼吸器の管理 14 在宅輸液管理・実施 15 服薬管理、点眼等の処置 16 がんの在宅（緩和）ケア 17 ターミナルケア 18 緊急時の対応や指示による処置 19 01～18以外
9	1 男 2 女	1 明治 年 月 2 大正 3 昭和 4 平成	主傷病 番 号	訪問回数	回
	要介護（1 2 3 4 5） 6 要支援 7 要介護認定申請中 8 健康保険法等 9 その他		訪問滞 在時間	分	
				01 本人の療養指導 02 家族等の介護指導・支援 03 社会資源活用の相談・支援 04 痴呆・精神障害に対するケア 05 リハビリテーション 06 褥そう・創傷部の管理・処置 07 経口栄養の管理・指導・援助 08 経管栄養の管理・実施 09 排泄の管理・指導・援助	10 身体の清潔保持の管理・指導・援助 11 在宅酸素療法の指導・援助 12 喀痰及び気道内吸引 13 気管カニューレ・人工呼吸器の管理 14 在宅輸液管理・実施 15 服薬管理、点眼等の処置 16 がんの在宅（緩和）ケア 17 ターミナルケア 18 緊急時の対応や指示による処置 19 01～18以外
10	1 男 2 女	1 明治 年 月 2 大正 3 昭和 4 平成	主傷病 番 号	訪問回数	回
	要介護（1 2 3 4 5） 6 要支援 7 要介護認定申請中 8 健康保険法等 9 その他		訪問滞 在時間	分	
				01 本人の療養指導 02 家族等の介護指導・支援 03 社会資源活用の相談・支援 04 痴呆・精神障害に対するケア 05 リハビリテーション 06 褥そう・創傷部の管理・処置 07 経口栄養の管理・指導・援助 08 経管栄養の管理・実施 09 排泄の管理・指導・援助	10 身体の清潔保持の管理・指導・援助 11 在宅酸素療法の指導・援助 12 喀痰及び気道内吸引 13 気管カニューレ・人工呼吸器の管理 14 在宅輸液管理・実施 15 服薬管理、点眼等の処置 16 がんの在宅（緩和）ケア 17 ターミナルケア 18 緊急時の対応や指示による処置 19 01～18以外

ご協力ありがとうございました



総務省承認No. 25765

承認期限 平成17年1月31日まで

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(I)  
 (平成16年10月1日調査)

厚生労働省

*福祉事務所 符 号	
---------------	--

*市区町村 符 号	
--------------	--

*一連番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

(1)法人名、所在地、事業所名				
	〒 □□□-□□□□ TEL ( )-( )-( )			
※ 誤りがありましたら、余白に赤字で訂正をしてください。	下の1~8の居宅サービス事業のうち、10月1日現在、貴事業所において指定を受けているすべての事業について、事業所番号、事業所名及び事業開始年月を記入してください。			
居宅サービスの種別	事業所番号	事業所名	事業開始年月	活動中=1 休止中=2 廃止=3
1 通所介護	□□□□□□□□		1 昭和 2 平成 年 月	
2 短期入所生活介護	□□□□□□□□		1 昭和 2 平成 年 月	
3 痴呆対応型共同生活介護	□□□□□□□□		平成 年 月	
4 特定施設入所者生活介護	□□□□□□□□		平成 年 月	
5 訪問介護	□□□□□□□□		1 昭和 2 平成 年 月	
6 訪問入浴介護	□□□□□□□□		1 昭和 2 平成 年 月	
7 福祉用具貸与	□□□□□□□□		1 昭和 2 平成 年 月	
8 居宅介護支援事業	□□□□□□□□		平成 年 月	
(2)経営主体及び開設主体	(右から該当番号を選んで記入してください)			
経営主体 □□□	01 都道府県 08 農業協同組合及び連合会			
通所介護事業所の開設主体 □□□	02 市区町村 09 消費生活協同組合及び連合会			
短期入所生活介護事業所(単独型)の開設主体 □□□	03 広域連合・一部事務組合 10 営利法人(株式・合名・合資・有限会社)			
	04 社会福祉協議会 11 特定非営利活動法人(NPO)			
	05 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 12 その他の法人			
	06 医療法人 13 01~12以外			
	07 社団・財団法人			
(3)苦情解決のための取組状況(複数回答)	1 苦情受付窓口を設置 2 苦情解決責任者を設置 3 共同で第三者委員を設置 4 単独で第三者委員を設置			

(注) \*印の箇所は事業所では記入しないでください。

次ページにつづきます

# 1 通所介護の状況

(4)事業所の形態 (複数回答)	1 単独型    2 併設型    3 痴呆専用単独型    4 痴呆専用併設型										
(5)サービスの提供状況	①定員 (一般) _____人 (痴呆) _____人										
	②9月中の開催日数 (一般) _____日 (痴呆) _____日										
	└ 1「9月中」の利用者あり    2「9月中」の利用者なし										
	一般		要支援	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)										
痴呆		要支援	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)										
(6)延長サービスの実施の有無	(9月中の延長サービス実施の状況について、該当する番号を○で囲んでください) 1 実施している    2 実施していない										
(7)事業所の設備状況 (複数回答)		専用・兼用の状況									
	①食 堂	1 専用室	2 他の目的室と兼用	3 併設施設・事業所と兼用							
	②機能訓練室	1 専用室	2 他の目的室と兼用	3 併設施設・事業所と兼用							
	③浴 室	1 専用室	2 他の目的室と兼用	3 併設施設・事業所と兼用							
	④調 理 室	1 専用室	2 他の目的室と兼用	3 併設施設・事業所と兼用							
(8)介護給付費割引実施の状況	実施している (1 一種類の割引率    2 二種類以上の割引率)    3 実施していない										
(9)社会福祉法人等による減免の状況	1 実施している    2 実施していない └ 減免者数 _____人 (生活保護受給者は含みません)										
(10)従事者数		常 勤 者			非常勤者		常 勤 者			非常勤者	
		専従	兼務	換算数	換算数		専従	兼務	換算数	換算数	
	1 医師			.	.	5 調理員			.	.	
	2 看護師			.	.	6 栄養士			.	.	
	3 准看護師			.	.	6のうち 管理栄養士			.	.	
	4 機能訓練指導員			.	.	7 生活相談員			.	.	
	4のうち 理学療法士			.	.	7のうち 社会福祉士			.	.	
	4のうち 作業療法士			.	.	8 介護職員			.	.	
	4のうち 言語聴覚士			.	.	8のうち 介護福祉士			.	.	
	4のうち 柔道整復師・ あん摩マッサ ージ指圧師			.	.	9 その他の職員			.	.	

(注) 従事者数の常勤者の兼務、非常勤者については、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。

換算数 = 職員の1週間の勤務時間 ÷ 事業所が定めている1週間の勤務時間

## 2 短期入所生活介護の状況

(11)事業所の形態 (複数回答)	1 単独型    2 併設型    3 空床利用型									
(12)～(17)については、「1 単独型」または「2 併設型」に○をつけた事業所のみ記入してください。 「2 併設型」と「3 空床利用型」の両方に○をつけた事業所は、併設部分についてのみ記入してください。										
(12)サービスの提供状況	1 「9月中」の利用者あり    2 「9月中」の利用者なし									
		要支援	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)									
(13)定員及びユニットの状況	定員	_____人	ユニットケア対象床の有無 1 有    2 無→(14)へ進んでください ↓							
	ユニットケアの介護報酬上の届出種別 1 小規模生活単位型    2 一部小規模生活単位型    3 従来型									
	ユニットの規模(定員)									
	ユニット数									
	以下は、ユニットケアの介護報酬上の届出種別が「1」または「2」の施設のみ記入してください。									
	ユニットケアの居室の状況	居住費(円/月)								
	室定員(人/室)									
	室数(室)									
(14)居室の状況		①5人以上室	②4人室	③3人室	④2人室	⑤個室				
	室数(室)				小規模生活単位型ユニット 左記以外	小規模生活単位型ユニット 左記以外	左記以外			
(15)介護給付費割引実施の状況	実施している(1 一種類の割引率    2 二種類以上の割引率)    3 実施していない									
(16)社会福祉法人等による減免の状況	1 実施している    2 実施していない ↳ 減免者数 _____人(生活保護受給者は含みません)									
(17)従事者数		常勤者			非常勤者		常勤者			非常勤者
		専従	兼務	換算数	換算数	専従	兼務	換算数	換算数	
	1 医師			.	.	6 栄養士			.	.
	2 看護師			.	.	6のうち 管理栄養士			.	.
	3 准看護師			.	.	7 介護支援専門員			.	.
	4 機能訓練指導員			.	.	8 生活相談員			.	.
	4のうち 理学療法士			.	.	8のうち 社会福祉士			.	.
	4のうち 作業療法士			.	.	9 介護職員			.	.
	4のうち 言語聴覚士			.	.	9のうち 介護福祉士			.	.
	4のうち 柔道整復師・あん摩 マッサージ指圧師			.	.	10 その他の職員			.	.
	5 調理員									

(注) 従事者数の常勤者の兼務、非常勤者については、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。

換算数＝職員の1週間の勤務時間÷事業所が定めている1週間の勤務時間

### 3 痴呆対応型共同生活介護の状況

(18)建物の状況	建物の構造		使用部分		建物の種類					
	1 木造	階建て	1 建物の全部を使用	1 民家改修型	2 鉄骨・鉄筋	階建て	2 「1」以外			
(19)居室の状況	2人室			個室						
	室数	延床面積	1部屋当たりの平均家賃(1か月)	室数	延床面積	1部屋当たりの平均家賃(1か月)				
	室	m <sup>2</sup>	円	室	m <sup>2</sup>	円				
(20)サービスの提供状況	①ユニット数 _____ ユニット									
	②定員(全ユニットの合計数) _____ 人									
	1 「9月中」の利用者あり    2 「9月中」の利用者なし									
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他			
	9月末日の利用者数(人)									
9月中の外泊・入院日数の合計										
①外泊延べ日数 _____ 日    ②入院延べ日数 _____ 日										
(21)介護給付費割引実施の状況	実施している(1 一種類の割引率    2 二種類以上の割引率)    3 実施していない									
(22)職員の資質向上等のための取組状況(複数回答)	(平成15年10月1日～平成16年9月30日の間に行った取組について、該当する番号すべてを○で囲んでください)									
1 事業所独自の研修を実施した										
2 都道府県・指定都市が実施する痴呆介護実務者研修の基礎課程に参加した										
3 都道府県・指定都市が実施する痴呆介護実務者研修の専門課程に参加した										
4 民間団体や協会等が実施する研修に参加した										
5 1～4は実施していない										
(23)従事者数	常勤者			非常勤者		常勤者			非常勤者	
	専従			兼務		専従			兼務	
	換算数			換算数		換算数			換算数	
	1 介護職員					2 その他の職員				
1のうち 看護師					従事者のうち計画作成担当者が介護支援専門員である者 _____ 人					
1のうち 准看護師										

(注) 従事者数の常勤者の兼務、非常勤者については、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。

換算数=職員の1週間の勤務時間÷事業所が定めている1週間の勤務時間

次ページにつづきます

#### 4 特定施設入所者生活介護の状況

(24)事業所の形態	1 有料老人ホーム      2 軽費老人ホーム													
(25)建物の状況	1 既存の建物を転用    2 「1」以外													
(26)サービスの提供状況 ※ 特定施設入所者生活介護を受けている要介護の入所者の状況を記入してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 1 「9月中」の利用者あり    2 「9月中」の利用者なし													
	9月末日の利用者数(人)	<table border="1"> <tr> <th>要支援</th> <th>要介護1</th> <th>要介護2</th> <th>要介護3</th> <th>要介護4</th> <th>要介護5</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5						
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5								
利用者の入所前の住所 ①同一市区町村 _____人    ②他市区町村 _____人														
(27)居室の状況 (一時介護室は除く) ※ 特定施設入所者生活介護を受けている要介護の入所者の状況を記入してください。	個室(夫婦部屋含む)	2人室	3人室	4人室										
	室数	延床面積	室数	延床面積	室数	延床面積	室数	延床面積						
		m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>						
(28)夜間及び深夜の時間帯における勤務体制	最少となる時間帯の人数    ①看護職員 _____人    ②介護職員 _____人 ※特定施設入所者生活介護を受けている入所者の相当の状況を記入してください。なお、分けられない場合は、施設全体の状況を記入してください。													
(29)従事者数 ※ 特定施設入所者生活介護を受けている入所者の相当の状況を記入してください。		常勤者			非常勤者				常勤者			非常勤者		
		専従	兼務	換算数	換算数	専従	兼務		換算数	換算数				
	1 介護職員					3 生活相談員								
	2 機能訓練指導員					4 看護師								
	2のうち 理学療法士					5 准看護師								
	2のうち 作業療法士					従事者のうち計画作成担当者が 介護支援専門員である者 _____人								
	2のうち 言語聴覚士													
2のうち 柔道整復師・あん摩 マッサージ指圧師														

(注) 従事者数の常勤者の兼務、非常勤者については、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。

$$\text{換算数} = \text{職員の1週間の勤務時間} \div \text{事業所が定めている1週間の勤務時間}$$

次ページにつづきます



## 6 訪問入浴介護の状況

(36)サービスの提供状況	9月中の営業日数 _____ 日									
	<input type="checkbox"/> 1 「9月中」の利用者あり <input type="checkbox"/> 2 「9月中」の利用者なし									
		要支援	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)									
(37)介護給付費割引実施の状況	実施している (1 一種類の割引率    2 二種類以上の割引率)    3 実施していない									
(38)従事者数		常勤者			非常勤者		常勤者			非常勤者
		専従	兼務	換算数	換算数		専従	兼務	換算数	換算数
		1 介護職員				2 看護師				
		(1)1のうち 介護福祉士				3 准看護師				
		(2)1のうちホームヘルパー1級				4 その他の職員				
		(3)1のうちホームヘルパー2級								
	(4)1のうちホームヘルパー3級									
* 複数の資格を有している者については、( )内の若い番号の資格を優先して記入してください。										

## 7 福祉用具貸与の状況

(39)サービスの提供状況	1 「9月中」の利用者あり    2 「9月中」の利用者なし									
	福祉用具貸与の利用実人員数 _____ 人 (9月以前からの継続利用者を含みます)									
	↳ うち介護保険の利用実人員数 _____ 人									
(40)従事者数		常勤者			非常勤者		常勤者			非常勤者
		専従	兼務	換算数	換算数		専従	兼務	換算数	換算数
		1 福祉用具専門相談員				2 その他の職員				

(注) 従事者数の常勤者の兼務、非常勤者については、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。

換算数 = 職員の1週間の勤務時間 ÷ 事業所が定めている1週間の勤務時間

次ページにつづきます

## 8 居宅介護支援事業の状況

(41)独立・併設の状況 (複数回答)	1 当該事業所と同法人の介護保険施設・居宅サービス事業所がある 2 1に該当する施設・事業所はない 3 在宅介護支援センターと併設している											
(42)サービスの提供状況	1「9月中」の利用者あり      2「9月中」の利用者なし											
		要支援	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)											
	うち9月中の新規の利用実人員数(人)											
	9月中のサービス担当者会議の開催回数      回 上記会議において対象となった要介護者数      人  居宅を訪問して面接を行った要介護者数      人											
(43)職員の資質向上等のための取組状況 (複数回答)	(平成15年10月1日～平成16年9月30日の間に行った取組について、該当する番号すべてを○で囲んでください) 1 事業所独自の研修を実施した 2 都道府県が実施するサービス提供責任者を対象とした研修に参加した 3 都道府県が実施する研修に参加した(2の研修を除く) 4 民間団体や協会等が実施する研修に参加した 5 1～4は実施していない											
(44)従事者数		常勤者			非常勤者			常勤者			非常勤者	
		専従	兼務	換算数	換算数		専従	兼務	換算数		換算数	
	1介護支援専門員						2その他の職員					

(注) 従事者数の常勤者の兼務、非常勤者については、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。

換算数＝職員の1週間の勤務時間÷事業所が定めている1週間の勤務時間

次ページにつづきます

[訪問介護事業所のみ記入してください。]

訪問介護利用者の行為状況

9月30日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。

①9月30日の利用者数合計 \_\_\_\_\_ 人（介護保険法の利用者のみ）

下の表に、①の利用者のうち誕生日が奇数の者のみ記入してください。

	性・出生年月	要介護度	9月30日の訪問介護の状況（最後に訪問したときの状況）			
	居室までの片道時間	9月30日の訪問回数	類型	行為の内容（複数回答）・滞在時間		
1	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護	01 排泄介助	08 調理	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)	2 生活援助	02 食事介助	09 清掃	
			3 身体・生活	03 清拭・部分浴	10 洗濯	
			4 通院等乗降介助	04 全身浴	11 買い物	
				05 洗面・整容等	12 その他の生活援助	
				06 外出・通院介助	13 通院等乗降介助	
				07 その他の身体介助		
2	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護	01 排泄介助	08 調理	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)	2 生活援助	02 食事介助	09 清掃	
			3 身体・生活	03 清拭・部分浴	10 洗濯	
			4 通院等乗降介助	04 全身浴	11 買い物	
				05 洗面・整容等	12 その他の生活援助	
				06 外出・通院介助	13 通院等乗降介助	
				07 その他の身体介助		
3	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護	01 排泄介助	08 調理	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)	2 生活援助	02 食事介助	09 清掃	
			3 身体・生活	03 清拭・部分浴	10 洗濯	
			4 通院等乗降介助	04 全身浴	11 買い物	
				05 洗面・整容等	12 その他の生活援助	
				06 外出・通院介助	13 通院等乗降介助	
				07 その他の身体介助		
4	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護	01 排泄介助	08 調理	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)	2 生活援助	02 食事介助	09 清掃	
			3 身体・生活	03 清拭・部分浴	10 洗濯	
			4 通院等乗降介助	04 全身浴	11 買い物	
				05 洗面・整容等	12 その他の生活援助	
				06 外出・通院介助	13 通院等乗降介助	
				07 その他の身体介助		
5	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護	01 排泄介助	08 調理	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)	2 生活援助	02 食事介助	09 清掃	
			3 身体・生活	03 清拭・部分浴	10 洗濯	
			4 通院等乗降介助	04 全身浴	11 買い物	
				05 洗面・整容等	12 その他の生活援助	
				06 外出・通院介助	13 通院等乗降介助	
				07 その他の身体介助		
6	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護	01 排泄介助	08 調理	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)	2 生活援助	02 食事介助	09 清掃	
			3 身体・生活	03 清拭・部分浴	10 洗濯	
			4 通院等乗降介助	04 全身浴	11 買い物	
				05 洗面・整容等	12 その他の生活援助	
				06 外出・通院介助	13 通院等乗降介助	
				07 その他の身体介助		
7	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護	01 排泄介助	08 調理	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)	2 生活援助	02 食事介助	09 清掃	
			3 身体・生活	03 清拭・部分浴	10 洗濯	
			4 通院等乗降介助	04 全身浴	11 買い物	
				05 洗面・整容等	12 その他の生活援助	
				06 外出・通院介助	13 通院等乗降介助	
				07 その他の身体介助		
8	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護	01 排泄介助	08 調理	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)	2 生活援助	02 食事介助	09 清掃	
			3 身体・生活	03 清拭・部分浴	10 洗濯	
			4 通院等乗降介助	04 全身浴	11 買い物	
				05 洗面・整容等	12 その他の生活援助	
				06 外出・通院介助	13 通院等乗降介助	
				07 その他の身体介助		

	性・出生年月		要介護度		9月30日の訪問介護の状況 (最後に訪問したときの状況)		
	居宅までの片道時間		9月30日の訪問回数		類型	行為の内容 (複数回答)・滞在時間	
9	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)	
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)				
10	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)	
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)				
11	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)	
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)				
12	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)	
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)				
13	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)	
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)				
14	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)	
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)				
15	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)	
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)				
16	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)	
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)				

	性・出生年月		要介護度		9月30日の訪問介護の状況（最後に訪問したときの状況）			
	居宅までの片道時間		9月30日の訪問回数		類型	行為の内容（複数回答）・滞在時間		
17	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		1 身体介護	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降介助	05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介助	13 通院等乗降介助	滞在時間 ( 分)
18	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		1 身体介護	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降介助	05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介助	13 通院等乗降介助	滞在時間 ( 分)
19	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		1 身体介護	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降介助	05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介助	13 通院等乗降介助	滞在時間 ( 分)
20	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		1 身体介護	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降介助	05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介助	13 通院等乗降介助	滞在時間 ( 分)
21	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		1 身体介護	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降介助	05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介助	13 通院等乗降介助	滞在時間 ( 分)
22	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		1 身体介護	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降介助	05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介助	13 通院等乗降介助	滞在時間 ( 分)
23	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		1 身体介護	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降介助	05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介助	13 通院等乗降介助	滞在時間 ( 分)
24	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		1 身体介護	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降介助	05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介助	13 通院等乗降介助	滞在時間 ( 分)

	性・出生年月		要介護度		9月30日の訪問介護の状況（最後に訪問したときの状況）			
	居宅までの片道時間		9月30日の訪問回数		類型	行為の内容（複数回答）・滞在時間		
25	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無		
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		滞在時間 ( 分)			
26	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無		
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		滞在時間 ( 分)			
27	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無		
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		滞在時間 ( 分)			
28	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無		
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		滞在時間 ( 分)			
29	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無		
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		滞在時間 ( 分)			
30	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無		
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		滞在時間 ( 分)			
31	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無		
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		滞在時間 ( 分)			
32	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無		
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		滞在時間 ( 分)			

ご協力ありがとうございました



# 1 訪問介護の状況

(訪問介護事業を行っている場合には、5ページの「訪問介護利用者の行為状況」についても記入してください。)

(3)サービスの提供状況	9月中の営業日数 _____ 日										
	<input type="checkbox"/> 1 「9月中」の利用者あり <input type="checkbox"/> 2 「9月中」の利用者なし										
		要支援	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)										
(4)24時間対応の状況等	24時間訪問介護の有無		1 有		2 無						
	休日の対応状況		1 訪問対応している		2 訪問対応していない						
	夜間の対応状況		1 訪問対応している		2 訪問対応していない						
(5)介護給付費割引実施の状況	実施している (1 一種類の割引率    2 二種類以上の割引率)    3 実施していない										
(6)社会福祉法人等による減免の状況	1 実施している    2 実施していない ↳ 減免者数 _____ 人 (生活保護受給者は含みません)										
(7)職員の資質向上等のための取組状況 (複数回答)	(平成15年10月1日～平成16年9月30日の間に行った取組について、該当する番号すべてを○で囲んでください) 1 事業所独自の研修を実施した 2 都道府県が実施するサービス提供責任者を対象とした研修に参加した 3 都道府県が実施する研修に参加した (2の研修を除く) 4 民間団体や協会等が実施する研修に参加した 5 1～4は実施していない										
(8)従事者数		常勤者			非常勤者		常勤者			非常勤者	
		専従	兼務	換算数	換算数	専従	兼務	換算数	換算数		
	1 訪問介護員					2 その他の職員					
	(1)1のうち介護福祉士					訪問介護員のうちサテライトの従事者					
	(2)1のうちホームヘルパー1級					従事者のうちサービス提供責任者 _____ 人	その保有資格				
(3)1のうちホームヘルパー2級					介護福祉士 _____ 人	研修(ホームヘルパー1,2級)修了者 _____ 人					
(4)1のうちホームヘルパー3級											

\* 複数の資格を有している者については、( )内の若い番号の資格を優先して記入してください。

(注) 従事者数の常勤者の兼務、非常勤者については、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。

$$\text{換算数} = \text{職員の1週間の勤務時間} \div \text{事業所が定めている1週間の勤務時間}$$

次ページにつづきます

## 2 訪問入浴介護の状況

(9)サービスの提供状況	9月中の営業日数 _____ 日									
	1 「9月中」の利用者あり      2 「9月中」の利用者なし ↓									
		要支援	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)									
(10)介護給付費割引実施の状況	実施している (1 一種類の割引率      2 二種類以上の割引率)      3 実施していない									
(11)従事者数		常勤者			非常勤者		常勤者			非常勤者
		専従	兼務	換算数	換算数		専従	兼務	換算数	換算数
		1 介護職員					2 看護師			
		(1)1のうち 介護福祉士					3 准看護師			
		(2)1のうちホームヘルパー1級					4 その他の職員			
		(3)1のうちホームヘルパー2級								
	(4)1のうちホームヘルパー3級									
* 複数の資格を有している者については、( )内の若い番号の資格を優先して記入してください。										

## 3 福祉用具貸与の状況

(12)サービスの提供状況	1 「9月中」の利用者あり      2 「9月中」の利用者なし ↓									
	福祉用具貸与の利用実人員数 _____ 人 (9月以前からの継続利用者を含む) ↓									
	うち介護保険の利用実人員数 _____ 人									
(13)従事者数		常勤者			非常勤者		常勤者			非常勤者
		専従	兼務	換算数	換算数		専従	兼務	換算数	換算数
		1 福祉用具専門相談員					2 その他の職員			

(注) 従事者数の常勤者の兼務、非常勤者については、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。

$$\text{換算数} = \text{職員の1週間の勤務時間} \div \text{事業所が定めている1週間の勤務時間}$$

次ページにつづきます

#### 4 居宅介護支援事業の状況

(14)独立・併設の状況 (複数回答)	1 当該事業所と同法人の介護保険施設・居宅サービス事業所がある 2 1に該当する施設・事業所はない 3 在宅介護支援センターと併設している										
(15)サービスの提供状況	1「9月中」の利用者あり      2「9月中」の利用者なし										
		要支援	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)										
	うち9月中の新規の利用実人員数(人)										
9月中のサービス担当者会議の開催回数      _____ 回 上記会議において対象となった要介護者数      _____ 人 居宅を訪問して面接を行った要介護者数      _____ 人											
(16)職員の資質向上等のための取組状況 (複数回答)	(平成15年10月1日～平成16年9月30日の間に行った取組について、該当する番号すべてを○で囲んでください) 1 事業所独自の研修を実施した 2 都道府県が実施するサービス提供責任者を対象とした研修に参加した 3 都道府県が実施する研修に参加した(2の研修を除く) 4 民間団体や協会等が実施する研修に参加した 5 1～4は実施していない										
(17)従事者数	常勤者			非常勤者			常勤者			非常勤者	
	専従	兼務	換算数	換算数		専従	兼務	換算数	換算数		
	1 介護支援専門員						2 その他の職員				

(注) 従事者数の常勤者の兼務、非常勤者については、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。

$$\text{換算数} = \text{職員の1週間の勤務時間} \div \text{事業所が定めている1週間の勤務時間}$$

次ページにつづきます

[訪問介護事業所のみ記入してください。]

訪問介護利用者の行為状況

9月30日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。

① 9月30日の利用者数合計 \_\_\_\_\_人 (介護保険法の利用者のみ)

下の表に、①の利用者のうち誕生日が奇数の者のみ記入してください。

	性・出生年月	要介護度	9月30日の訪問介護の状況 (最後に訪問したときの状況)			
	居室までの片道時間	9月30日の訪問回数	類型	行為の内容 (複数回答)・滞在時間		
1	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護	01 排泄介助	08 調理	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)	2 生活援助	02 食事介助	09 清掃	
2	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護	03 清拭・部分浴	10 洗濯	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)	2 生活援助	04 全身浴	11 買い物	
3	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護	05 洗面・整容等	12 その他の生活援助	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)	2 生活援助	06 外出・通院介助	13 通院等乗降介助	
4	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護	07 その他の身体介助		介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)	2 生活援助			
5	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護			介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)	2 生活援助			
6	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護			介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)	2 生活援助			
7	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護			介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)	2 生活援助			
8	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護			介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)	2 生活援助			

	性・出生年月	要介護度	9月30日の訪問介護の状況（最後に訪問したときの状況）			
	居室までの片道時間	9月30日の訪問回数	類型	行為の内容（複数回答）・滞在時間		
9	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)				
10	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)				
11	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)				
12	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)				
13	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)				
14	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)				
15	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)				
16	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 ____年 ____月	要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援	1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助	01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭・部分浴 04 全身浴 05 洗面・整容等 06 外出・通院介助 07 その他の身体介 助	08 調理 09 清掃 10 洗濯 11 買い物 12 その他の 生活援助 13 通院等乗 降介助	介護担当者の介護福 社士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)	9月30日の訪問回数 ( 回)				

	性・出生年月		要介護度		9月30日の訪問介護の状況（最後に訪問したときの状況）			
	居宅までの片道時間		9月30日の訪問回数		類型	行為の内容（複数回答）・滞在時間		
17	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		1 身体介護	01 排泄介助	08 調理	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		2 生活援助	02 食事介助	09 清掃	
18	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		3 身体・生活	03 清拭・部分浴	10 洗濯	1 有 2 無
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		4 通院等乗降介助	04 全身浴	11 買い物	
19	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		1 身体介護	05 洗面・整容等	12 その他の生活援助	1 有 2 無
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		2 生活援助	06 外出・通院介助	13 通院等乗降介助	
20	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		3 身体・生活	07 その他の身体介助	08 調理	1 有 2 無
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		4 通院等乗降介助	09 清掃	09 洗濯	
21	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		1 身体介護	10 洗濯	11 買い物	1 有 2 無
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		2 生活援助	12 その他の生活援助	13 通院等乗降介助	
22	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		3 身体・生活	01 排泄介助	08 調理	1 有 2 無
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		4 通院等乗降介助	02 食事介助	09 清掃	
23	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		1 身体介護	03 清拭・部分浴	10 洗濯	1 有 2 無
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		2 生活援助	04 全身浴	11 買い物	
24	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		3 身体・生活	05 洗面・整容等	12 その他の生活援助	1 有 2 無
	居宅までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		4 通院等乗降介助	06 外出・通院介助	13 通院等乗降介助	

	性・出生年月		要介護度		9月30日の訪問介護の状況（最後に訪問したときの状況）			
	居室までの片道時間		9月30日の訪問回数		類型	行為の内容（複数回答）・滞在時間		
25	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		1 身体介護	01 排泄介助	08 調理	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		2 生活援助	02 食事介助	09 清掃	
26	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		3 身体・生活	03 清拭・部分浴	10 洗濯	1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		4 通院等乗降介助	04 全身浴	11 買い物	
27	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		3 身体・生活	05 洗面・整容等	12 その他の生活援助	1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		4 通院等乗降介助	06 外出・通院介助	13 通院等乗降介助	
28	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		1 身体介護	01 排泄介助	08 調理	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		2 生活援助	02 食事介助	09 清掃	
29	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		3 身体・生活	03 清拭・部分浴	10 洗濯	1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		4 通院等乗降介助	04 全身浴	11 買い物	
30	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		3 身体・生活	05 洗面・整容等	12 その他の生活援助	1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		4 通院等乗降介助	06 外出・通院介助	13 通院等乗降介助	
31	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		1 身体介護	01 排泄介助	08 調理	介護担当者の介護福祉士資格の有無 1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		2 生活援助	02 食事介助	09 清掃	
32	1 男 2 女 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月		要介護 (1 2 3 4 5) 6 要支援		3 身体・生活	03 清拭・部分浴	10 洗濯	1 有 2 無 滞在時間 ( 分)
	居室までの片道時間 ( 分)		9月30日の訪問回数 ( 回)		4 通院等乗降介助	04 全身浴	11 買い物	

ご協力ありがとうございました



通所リハビリテーションの状況

(6)サービスの提供状況	① 定員 _____ 人									
	② 9月中の開催日数 _____ 日									
	↓ 1 「9月中」の利用者あり      2 「9月中」の利用者なし									
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他		
	9月中の利用実人員数(人)									
	個別リハビリテーション実施実人員数(再掲)									
9月中の利用延人員数(人)										
	個別リハビリテーション実施延人員数(再掲)									
(7)通所リハビリテーションの従事者数	常勤者			非常勤者		常勤者			非常勤者	
	専従	兼務	換算数	換算数	専従	兼務	換算数	換算数		
1 医師					6 理学療法士					
2 看護師					7 作業療法士					
3 准看護師					8 言語聴覚士					
4 介護職員										
5 介護福祉士(再掲)										

(注) (7)通所リハビリテーションの従事者数は、医療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計上してください。

従事者数の常勤の兼務、非常勤者については、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。

$$\text{換算数} = \frac{\text{職員の1週間の勤務時間}}{\text{医療施設が定めている1週間の勤務時間}}$$

※1か月に数回の勤務である場合

$$\frac{\text{職員の1か月の勤務時間}}{\text{医療施設が定めている1週間の勤務時間} \times 4 (\text{週})}$$

ご協力ありがとうございました



総務省承認No. 25768

承認期限 平成17年1月31日まで

介護サービス施設・事業所調査

従 事 者 票

(平成16年10月1日調査)

厚生労働省

この調査は、介護サービス施設・事業所に勤務する方々の労働条件等の実態や就業意識を把握し、介護サービス提供の基盤整備に関する基礎資料とするものです。

お答えいただいた内容は統計以外の目的には使用いたしませんので、この調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

ご記入が終わりましたら、お渡しした回収用封筒に入れてのりづけのうえ、勤務されている施設、事業所の施設長や管理者の方にお渡しください。

事業所番号	<input type="text"/>	一連番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------	----------------------	------	----------------------	----------------------

性別	出生年月			
1 男	1 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年生
2 女	2 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月生
	3 大正	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

問1 あなたが最後に卒業された学校(学部)は次のどれにあてはまりますか。該当する番号に○をつけてください。

1 福祉系の学校(学部)	2 医療・看護系の学校(学部)	3 左記以外の学校(学部)
--------------	-----------------	---------------

問2 あなたの現在の職種は次のどれですか。あてはまる番号1つに○をつけてください。

1 介護職員(訪問介護員)	2 看護職員	3 介護支援専門員
---------------	--------	-----------

問3 あなたがもっている資格のうち、あてはまるものすべての番号に○をつけてください。

1 社会福祉士	14 言語聴覚士
2 介護福祉士	15 視能訓練士
3 精神保健福祉士	16 義肢装具士
4 医師	17 歯科衛生士
5 歯科医師	18 柔道整復師
6 薬剤師	19 あん摩マッサージ指圧師
7 保健師	20 はり師
8 助産師	21 きゅう師
9 看護師	22 介護支援専門員
10 准看護師	23 ホームヘルパー1級
11 栄養士・管理栄養士	24 ホームヘルパー2級
12 理学療法士	25 ホームヘルパー3級
13 作業療法士	26 1~25の資格はもっていない

問4 あなたが現在の勤務先に採用された年月を記入してください。

1 平成	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月
2 昭和	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

問5 平成16年9月24日(金)から平成16年9月30日(木)までの1週間の実労働時間(休暇や休憩時間を除いた実際に働いた時間)を記入してください。

実労働時間	<input type="text"/>	時間	<input type="text"/>	分
-------	----------------------	----	----------------------	---

問6 あなたの勤務形態について、あてはまる番号1つに○をつけてください。また、夜勤がある場合には、平成16年9月中の夜勤日数(宿直を含む)を記入してください。

1 日勤	
2 三交替制	→ <input type="text"/> 9月中の夜勤日数
3 二交替制	
4 変則二交替制	
5 宿直制	
6 その他	<input type="text"/> 日

問7 平成16年9月中に支払われた給与総額を記入してください。

平成16年9月中に支払われた給与総額	<input type="text"/>	万	<input type="text"/>	千円
(基本給のほか、通勤手当、時間外手当等の諸手当を含め、税金・社会保険料を差し引く前の給与総額)	(千円未満は、四捨五入してください)			

問8 あなたが昨年(平成15年1月から12月までの)1年間に取得することが可能な有給休暇は何日ありましたか(取得可能な有給休暇日数には、前年から繰越された日数も含めます)。また、取得した日数も記入してください。

昨年(平成15年)中に取得することが可能であった有給休暇日数 (前年から繰越された有給休暇の日数も含めます。)	<input type="text"/>	日
昨年(平成15年)中に取得した有給休暇日数	<input type="text"/>	日

問9 現在の職種の経験年数を記入してください。

過去に、現在の職種と同一職種で、他の施設、事業所で勤務したことがある方は、その経験年数も合算してお答えください。

<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	ヵ月
----------------------	---	----------------------	----

問10 あなたは、これまでに、今と同じ職種で、施設や事業所を変わったことがありますか。あてはまる番号に○をつけ、変わった場合には、その回数を記入してください。

1 変わった	→	<input type="text"/>	回
2 変わったことはない	→	問14にお進みください	

問11 直前に勤めていた勤務先について、就職した時期と、離職した時期を記入してください。直前の勤務先が現在の職種と異なる場合は、同じ職種で直近の勤務先の状況を記入してください。(同一グループ内の人事異動は含みません。また、育児休業、産前産後休暇中は変わらないものとします。)

現在の勤務先の直前に勤めていた勤務先に就職した時期	1 平成	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月
	2 昭和	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
現在の勤務先の直前の勤務先を辞めた時期	1 平成	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月
	2 昭和	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

問12 あなたが問11で答えた直前の勤務先をお辞めになった理由は次のどれですか。あてはまるものすべての番号に○をつけてください。

1 給与等収入が低かった	8 結婚のため
2 能力・実績が正当に評価されなかった	9 出産・育児・介護のため
3 労働時間が希望に合わなかった	10 健康を害した
4 有給休暇が取りにくかった	11 定年・勤務先の都合
5 仕事がきつかった	12 新しい勤務先が見つかった
6 人間関係がうまくいかなかった	13 その他
7 事業、勤務先の将来に不安を感じた	

問13 あなたが現在の勤務先に就職した方法について、あてはまる番号1つに○をつけてください。

1 ハローワーク（公共職業安定所）	5 インターネットのホームページ
2 福祉人材バンク・福祉人材センター	6 民間職業紹介所
3 ナースセンター	7 新聞・チラシ等
4 求人情報専門誌等	8 知人の紹介

問14 あなたが現在の仕事や勤務先を選んだ理由について、あてはまるものすべての番号に○をつけてください。

1 働きがいのある仕事だと思ったから	5 労働時間、休日等の労働条件がよいから
2 自分の能力・個性・資格を活かせると思ったから	6 通勤が便利だから
3 子供のころからの希望だったから	7 その他
4 給与等の収入が多いから	

問15 あなたが現在の仕事をしていく上での不満や悩み事について、あてはまるものすべての番号に○をつけてください。

1 給与等収入が低い	7 自分の能力を伸ばすゆとりがない
2 労働時間が希望に合わない	8 自分の資格や能力が評価されない
3 有給休暇を取りにくい	9 他の職員との関係がうまくいかない
4 入所者（利用者）とのコミュニケーションがうまくとれない	10 仕事の内容に展望がもてない
5 仕事がきつくて体力的に不安がある	11 その他
6 業務の負担や責任が大きすぎる	12 特にない

問16 あなたは現在の仕事をされていて悩んだときの相談相手はどなたですか。あてはまるものすべての番号に○をつけてください。

1 職場における悩み相談窓口相談する	6 出身校の先生
2 勤務先の上司	7 家族
3 勤務先の同僚	8 その他
4 自分と同様の介護の仕事をしている友人	9 特にな
5 その他の友人・知人	

問17 あなたは今後も現在の仕事を続けたいと思いますか。あてはまる番号1つに○をつけてください。

1 現在の施設・事業所で現在の職種	5 独立して関連事業を始める
2 現在の施設・事業所で他の職種	6 福祉や介護の仕事は辞めたい
3 他の施設・事業所で現在の職種	7 その他
4 他の施設・事業所で他の職種	

問18 平成15年10月1日から平成16年9月30日の一年間に、あなたの参加した研修についてあてはまるものすべての番号に○をつけてください。職場内研修、職場外研修については、参加回数を記入してください。また、職場外研修に参加された方は、その研修の費用負担についてあてはまる番号に○をつけてください。

1 職場内研修に参加 (企業内研修を含む) <input type="text"/> 回	2 職場外研修に参加 <input type="text"/> 回	3 参加しなかった
--	--------------------------------------	-----------

実施主体別研修の種類	自 負 あ	己 担 り	自 負 な	己 担 し
地方公共団体の研修		1		2
社会福祉協議会の研修		1		2
関係団体の研修(上記を除く)		1		2
民間教育機関の研修		1		2

※ 交通費のみの自己負担は、「自己負担なし」としてください。

問19 あなたは次のような活動に自主的に取り組んでいますか。あてはまるものすべての番号に○をつけてください。

1 日々の業務に関する学習会・講演会などを主催している。
2 団体・機関が行う業務に関するセミナー等に積極的に参加している。
3 自主的に個人やグループで研究活動に取り組んでいる。
4 現在保有している以外の、福祉や介護に関連する資格の取得をめざし学習している。
5 その他
6 特になにもしていない。

質問は以上です。調査にご協力いただきありがとうございました。

回収用の封筒に入れてのりづけのうえ、勤務されている施設や事業所の施設長や管理者の方にお渡しください。