

秘

総務省承認No.26552

承認期限 平成19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・
地域密着型介護老人福祉施設票
(平成18年10月1日調査)

厚生労働省

事業所番号

*配付番号

*福祉事務所符号

*保健所符号

*市区町村符号

*一連番号

(1) 法人名・施設名 (法人名) (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 □□ 月

(4) 開設主体及び経営主体 (右から該当する番号を選んで記入してください) 開設主体 1 都道府県 5 社会福祉協議会 2 市区町村 6 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 経営主体 3 広域連合・一部事務組合 7 社団・財団法人 4 日本赤十字社 8 1~7以外

(5) 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 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) 1 介護福祉施設 1 地域密着型介護福祉施設 2 小規模介護福祉施設 2 ユニット型地域密着型介護福祉施設 3 ユニット型介護福祉施設 3 経過的地域密着型介護福祉施設 4 ユニット型小規模介護福祉施設 4 ユニット型指定介護福祉施設における経過的地域密着型介護福祉施設

(6)は、「(5)介護報酬上の届出」の種別が介護老人福祉施設は「3」、「4」、地域密着型介護老人福祉施設は「2」、「4」に該当する場合のみ記入してください。なお、ユニット型として届け出た居室について記入してください。

(6) ユニットの状況 ユニットの規模(定員) 人 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 ユニット

(7) 定員及び居室の状況 入所定員 (短期入所生活介護(ショートステイ)床の定員は含みません) 人 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) 5人以上室 4人室 3人室 2人室 個室 ユニット型 その他 ユニット型 その他 室 室 室 室 室 室 室 室 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)

*経由 *組み合わせ 数 特 老 療 ス 医 I II

[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。

		9月末日の在住所者数（人）						
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他(経過措置含む)	
(8) 施設サービスの状況	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						人	
	（再掲）9月末日の在住所者のうち、経過措置により入所を継続している者数							
	「その他」の在住所者のうち、要介護認定有効期間内に要支援認定を受けたが、経過措置により継続して入所している者					人		
	（再掲）9月末日の在住所者のうち、やむを得ない事由による措置の入所者数							
	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					人		
(9) 居住費の状況	各居室の種類ごとに施設として設定している料金の高い順に記入してください。							
多床室	居住費（日額）	円	円	円	円	円	円	
	室定員	人	人	人	人	人	人	
	室数	室	室	室	室	室	室	
従来型個室	居住費（日額）	円	円	円	円	円	円	
	室数	室	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	円	
	室定員	人	人	人	人	人	人	
	室数	室	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	円	
	室定員	人	人	人	人	人	人	
	室数	室	室	室	室	室	室	
(10) 食費の状況	施設が定める基本的な金額を日額で記入してください。 なお、基本的な金額が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。					円		
(11) 社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している ↳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					
(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			
(13) 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）					
(14) 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						13 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 特定施設入居者生活介護事業所	
	02 介護老人保健施設						14 居宅介護支援事業所	
	03 介護療養型医療施設							
	04 03以外の病院・診療所						15 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所 小規模多機能型居宅介護事業所	
	05 介護予防訪問介護事業所 訪問介護事業所						16 夜間対応型訪問介護事業所	
	06 介護予防訪問入浴介護事業所 訪問入浴介護事業所						17 介護予防認知症対応型通所介護事業所 認知症対応型通所介護事業所	
	07 介護予防訪問看護ステーション 訪問看護ステーション						18 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 認知症対応型共同生活介護事業所	
	08 介護予防訪問リハビリテーション事業所 訪問リハビリテーション事業所						19 地域密着型特定施設	
	09 介護予防通所介護事業所 通所介護事業所						20 地域密着型介護老人福祉施設	
	10 介護予防通所リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所						21 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)	
	11 介護予防短期入所生活介護事業所 短期入所生活介護事業所						22 在宅介護支援センター	
	12 介護予防短期入所療養介護事業所 短期入所療養介護事業所						23 01～22 との併設はない	

(15) 夜間及び深夜の時間帯における勤務体制 (9月30日から10月1日にかけて夜間及び深夜の時間帯における勤務者数を記入してください)
 看護職員 _____ 人 介護職員 _____ 人

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

(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。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。

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

(調査票記入者名：

連絡先 TEL：

— —)

ご協力ありがとうございました

秘

総務省承認No.26553

承認期限 平成19年1月31日まで

介護サービス施設・事業所調査

介護老人保健施設票

(平成18年10月1日調査)

厚生労働省

事業所番号

*配付番号

*福祉事務所符号

*保健所符号

*市区町村符号

*一連番号

(1) 法人名・施設名 (法人名) (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 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 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 09 その他の法人 10 1~09以外

(5) 介護報酬上の届出及び施設の区分(複数回答) 1 介護保健施設 小規模介護保健施設(2 サテライト型 3 医療施設併設型) 4 ユニット型介護保健施設 ユニット型小規模介護保健施設(5 サテライト型 6 医療施設併設型) 7 分館型

(6)は、「(5)介護報酬上の届出」の種別が「4」~「6」の施設のみ記入してください。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。

Table with 6 rows and 7 columns for unit status (ユニットの状況). Rows include general building and dementia specialist building, with columns for unit scale and unit count.

Table with 4 rows and 5 columns for staff and care room status (定員及び療養室の状況). Rows include general building and dementia specialist building, with columns for room types (4-person, 3-person, 2-person, individual).

Table with 4 rows and 7 columns for facility service status (施設サービスの状況). Rows include general building and dementia specialist building, with columns for number of residents requiring care levels 1-5 and other measures.

Table with 2 rows and 8 columns for reasons and combinations (*経由 *組み合わせ 数 特 老 療 ス 医 I II).

[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。

裏面につづきます

(9) 居住費の状況		各居室の種類ごとに施設として設定している料金の高い順に記入してください。					
多床室	居住費(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
従来型個室	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円
	室数	室	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(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
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	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

(10) 食費の状況 施設が定める基本的な金額を月額で記入してください。
 なお、基本的な金額が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。 円

(11) 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)

(12) 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。)

併設事業所が予防介護事業・介護事業のいずれか一方のみを行っている場合であっても、該当する番号を○で囲んでください。
 ただし、当該施設が右記表の10、12の事業についてみなしで行っている場合は併設とはいいません。

01 介護老人福祉施設	13 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 特定施設入居者生活介護事業所
02 介護老人保健施設	14 居宅介護支援事業所
03 介護療養型医療施設	
04 03 以外の病院・診療所	15 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所 小規模多機能型居宅介護事業所
05 介護予防訪問介護事業所 訪問介護事業所	16 夜間対応型訪問介護事業所
06 介護予防訪問入浴介護事業所 訪問入浴介護事業所	17 介護予防認知症対応型通所介護事業所 認知症対応型通所介護事業所
07 介護予防訪問看護ステーション 訪問看護ステーション	18 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 認知症対応型共同生活介護事業所
08 介護予防訪問リハビリテーション事業所 訪問リハビリテーション事業所	19 地域密着型特定施設
09 介護予防通所介護事業所 通所介護事業所	20 地域密着型介護老人福祉施設
10 介護予防通所リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所	21 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)
11 介護予防短期入所生活介護事業所 短期入所生活介護事業所	22 在宅介護支援センター
12 介護予防短期入所療養介護事業所 短期入所療養介護事業所	23 01~22 との併設はない

(13) 夜間及び深夜の時間帯における勤務体制 (9月30日から10月1日にかけて夜間及び深夜の時間帯における勤務者数を記入してください)
 看護職員 人 介護職員 人

(14) 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			.		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 介護支援専門員			.		
6のうち 介護福祉士			.		14 調理員			.		
7 支援相談員			.		15 その他の職員			.		
7のうち 社会福祉士			.					.		

(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。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。

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

(調査票記入者名: _____ 連絡先 TEL: _____)
 ご協力ありがとうございました



総務省承認No.26554

承認期限 平成19年1月31日まで

介護サービス施設・事業所調査
介護療養型医療施設票

(平成18年10月1日調査)

厚生労働省

事業所番号

*配付番号

*福祉事務所符号

*保健所符号

*市区町村符号

*一連番号

(1) 法人名・施設名 (法人名)
(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) 開設主体

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
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	

(4) 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)
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)
認知症疾患型	(1 I型 2 II型 3 III型 4 IV型 5 V型)
ユニット型認知症疾患型	(1 I型 2 II型)
認知症経過型	(1 I型 2 II型)

(5)は、「(4)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。

(5) ユニットの状況	療養病床	ユニットの規模(定員)	人	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	ユニット
	老人性認知症疾患療養病棟	ユニットの規模(定員)	人	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	ユニット

(6) 病床数	療養病床		老人性認知症疾患療養病棟			
	介護指定病床を有する病棟の病床数		介護指定病床を有する病棟の病床数			
	うち介護指定病床数		うち介護指定病床数			
	床	床	床	床	床	床

以下の(7)~(9)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。

(7) 病室の状況	5人以上室	4人室	3人室	2人室		個室	
				ユニット型	その他	ユニット型	その他
	室	室	室	室	室	室	室

(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)						
	療養病床	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他(経過措置含む)
	老人性認知症疾患療養病棟						
	(再掲) 9月末日の在院者のうち、経過措置により入院を継続している者						
	「その他」の在院者のうち、要介護認定有効期間内に要支援認定を受けたが、経過措置により継続して入院している者				療養病床	老人性認知症疾患療養病棟	
					人	人	

*経由	*組み合わせ	数	特	老	療	ス	医	I	II

[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。

裏面につづきます

(9) 居住費の状況		各居室の種類ごとに施設として設定している料金の高い順に記入してください。					
多床室	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円
	室定員	人	人	人	人	人	人
	室数	室	室	室	室	室	室
従来型個室	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円
	室数	室	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(月額)	円	円	円	円	円	円
	室定員	人	人	人	人	人	人
	室数	室	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(月額)	円	円	円	円	円	円
	室定員	人	人	人	人	人	人
	室数	室	室	室	室	室	室

(10) 食費の状況 施設が定める基本的な金額を月額で記入してください。
 なお、基本的な金額が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。 円

(11) 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)

(12) 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。)

併設事業所が予防介護事業・介護事業のいずれか一方のみを行っている場合であっても、該当する番号を○で囲んでください。ただし、当該施設が右記表の08、12の事業についてみなしで行っている場合は併設とは言いません。

01 介護老人福祉施設	13 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 特定施設入居者生活介護事業所
02 介護老人保健施設	14 居宅介護支援事業所
03 介護療養型医療施設	
04 03以外の病院・診療所	15 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所 小規模多機能型居宅介護事業所
05 介護予防訪問介護事業所 訪問介護事業所	16 夜間対応型訪問介護事業所
06 介護予防訪問入浴介護事業所 訪問入浴介護事業所	17 介護予防認知症対応型通所介護事業所 認知症対応型通所介護事業所
07 介護予防訪問看護ステーション 訪問看護ステーション	18 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 認知症対応型共同生活介護事業所
08 介護予防訪問リハビリテーション事業所 訪問リハビリテーション事業所	19 地域密着型特定施設
09 介護予防通所介護事業所 通所介護事業所	20 地域密着型介護老人福祉施設
10 介護予防通所リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所	21 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)
11 介護予防短期入所生活介護事業所 短期入所生活介護事業所	22 在宅介護支援センター
12 介護予防短期入所療養介護事業所 短期入所療養介護事業所	23 01~22との併設はない

(13) 夜間及び深夜の時間帯における勤務体制 (9月30日から10月1日にかけて夜間及び深夜の時間帯における勤務者数を記入してください)
 看護職員 人 介護職員 人

(14) 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				7 介護支援専門員					
2 歯科医師				8 管理栄養士					
3 薬剤師				9 栄養士					
4 看護師				10 理学療法士					
5 准看護師				11 作業療法士					
6 介護職員				12 言語聴覚士					
6のうち 介護福祉士				13 精神保健 福祉士等					

(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。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。

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

(調査票記入者名: 連絡先 TEL:)

ご協力ありがとうございました

秘

総務省承認No.26555

承認期限 平成19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

厚生労働省

(平成18年10月1日調査)

*配付番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*福祉事務所 符号				
--------------	--	--	--	--

*保健所 符号				
------------	--	--	--	--

*市区町村 符号				
-------------	--	--	--	--

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

(1) 法人名・ ステーション名・ 所在地	(法人名)				
	(ステーション名)				
	〒	□□□□	—	□□□□	TEL () - () - ()

居宅サービスの種類	事業所番号	ステーション名	事業開始年月	活動状況
	□□□□□□□□□□		平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止
	□□□□□□□□□□		平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止

(2) 開設主体	(該当する番号を○で囲んでください)	
	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 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

(3) 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
		ターミナルケア加算の届出	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
重症者管理加算の届出		1 あり	2 なし	

(4) 出張所等 (サテライト事業所)の状況	事業所数	事業所	
	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 訪問回数の合計	回

*経由	*組み合わせ	数	特	老	療	ス	医	I	II

[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。

裏面につづきます

(5) 9 月 中 の サービス の 提 供 状 況	介護予防訪問看護														
	「9月中」の営業日数			日	「9月中」の利用者			1 あり	2 なし						
				要支援1	要支援2	要支援認定申請中	その他								
	利用実人員数(人)														
	訪問回数の合計(回)														
	訪問看護(介護給付)														
	「9月中」の営業日数			日	「9月中」の利用者			1 あり	2 なし						
				経過的要介護	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	その他				
	利用実人員数(人)														
	訪問回数の合計(回)														
※ 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。															
(上記の介護保険法利用者のうち、月の途中で急性増悪等により健康保険法等に移った者を計上してください。)															
併給者の利用実人員数 _____ 人 併給者への訪問回数の合計 _____ 回															
健康保険法等															
利用実人員数(人)						訪問回数の合計(回)									
(6) 9 月 中 の 職 種 別 訪 問 回 数	介護予防訪問看護														
	看護師・保健師		准看護師		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士						
	回		回		回		回		回						
訪問看護(介護給付)															
看護師・保健師		准看護師		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士							
回		回		回		回		回							
(7) 9 月 中 の 利 用 者	介護保険法の利用者					介護予防訪問看護					訪問看護(介護給付)				
	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					健康保険法等				
	死亡によるサービスの終了者					介護保険法					健康保険法等				
	ターミナルケア加算(ターミナルケア療養費)					あり		なし			あり		なし		
9月中に死亡した利用者数					人		人			人		人			
在宅で死亡した利用者数					人		人			人		人			
在宅以外で死亡した利用者数					人		人			人		人			
(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 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のうちサテライトの従事者										
(9) 「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。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。

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

(調査票記入者名：

連絡先 TEL：

ご協力ありがとうございました

2【介護予防・介護サービス】介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護の状況

(2-1)介護報酬上の届出種別(複数回答)	1 単独型	2 併設型	3 ユニット型	4 空床型
(2-2)～(2-8)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 空床型」の両方に○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。				
(2-2)サービスの提供状況	介護予防短期入所生活介護事業所におけるサービスの提供状況			
	定員	人		
	「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	利用日数合計(日)			
(2-3)ユニットの状況	短期入所生活介護事業所におけるサービスの提供状況			
	定員	人		
	「9月中」の利用者	経過的要介護	要介護1	要介護2
	1 あり → 利用実人員数(人)			
2 なし	利用日数合計(日)			
(2-3)ユニットの状況	(2-3)ユニットの状況欄は、「(2-1)介護報酬上の届出種別」のうち「3」に該当した事業所のユニット型として届け出た居室について記入してください。			
	ユニットの規模(定員)	人	人	人
(2-4)居室の状況	ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット
	5人以上室	4人室	3人室	2人室
(2-4)居室の状況	室数(室)			ユニット型
				その他
(2-5)滞在費の状況	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。			
	滞在費(月額)	円	円	円
多床室	室定員	人室	人室	人室
	室数	室	室	室
従来型個室	滞在費(月額)	円	円	円
	室数	室	室	室
ユニット型準個室(夫婦等の2人室を含む)	滞在費(月額)	円	円	円
	室定員	人室	人室	人室
ユニット型個室(夫婦等の2人室を含む)	室数	室	室	室
	滞在費(月額)	円	円	円
(2-6)食費の状況	室定員	人室	人室	人室
	室数	室	室	室
(2-7)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
	→ 軽減者数			人(生活保護受給者等は含みません)
(2-8)従事者数	常勤者		非常勤者	
	専従	兼務	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のうち柔道整復師			10のうち介護福祉士
	4のうちあん摩マッサージ指圧師			11 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

3 【介護予防・介護サービス】介護予防特定施設入居者生活介護・特定施設入居者生活介護の状況

(3-1)事業所の形態	1 有料老人ホーム 3 養護老人ホーム	2 軽費老人ホーム 4 高齢者専用賃貸住宅										
(3-2)人員配置区分の状況	1 一般型	2 外部利用型 「2 外部利用型」を選択された場合には、利用しているサービスの全ての番号を○で囲んでください。 → <table border="0"> <tr> <td>1 (介護予防)訪問介護</td> <td>2 (介護予防)訪問看護</td> </tr> <tr> <td>3 (介護予防)通所介護</td> <td>4 (介護予防)福祉用具(貸与・販売)</td> </tr> <tr> <td>5 (介護予防)その他</td> <td></td> </tr> </table>	1 (介護予防)訪問介護	2 (介護予防)訪問看護	3 (介護予防)通所介護	4 (介護予防)福祉用具(貸与・販売)	5 (介護予防)その他					
1 (介護予防)訪問介護	2 (介護予防)訪問看護											
3 (介護予防)通所介護	4 (介護予防)福祉用具(貸与・販売)											
5 (介護予防)その他												
(3-3)介護専用型・混合型の区分	1 専用型	2 混合型										
(3-4)サービスの提供状況	介護予防特定施設入居者生活介護事業所におけるサービスの提供状況											
	定員	人										
	「9月中」の利用者		要支援1	要支援2	要支援認定申請中							
	1 あり → 2 なし	9月末日の利用者数(人)										
(3-4)サービスの提供状況	特定施設入居者生活介護事業所におけるサービスの提供状況											
	定員	人										
	「9月中」の利用者		経過的要介護	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	9月末日の利用者数(人)										
(3-5)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)											
(3-6)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			.	.	6 機能訓練指導員			.	.		
	1のうち介護福祉士			.	.	6のうち理学療法士			.	.		
	2 生活相談員			.	.	6のうち作業療法士			.	.		
	2のうち社会福祉士			.	.	6のうち言語聴覚士			.	.		
	3 看護師			.	.	6のうち柔道整復師			.	.		
	4 准看護師			.	.	6のうちあん摩マッサージ指圧師			.	.		
	5 介護支援専門員				

(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

4【介護予防・介護サービス】介護予防訪問介護・訪問介護の状況

(4-1)サービスの提供状況	介護予防訪問介護事業所におけるサービスの提供状況													
	営業日数	日												
	「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	訪問回数合計(回)												
	訪問介護事業所におけるサービスの提供状況													
営業日数	日													
「9月中」の利用者	経過的要介護		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	訪問回数合計(回)													
(4-2)社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している ↳ 軽減者数					2 実施していない 人 (生活保護受給者等は含みません)								
(4-3)24時間対応等の状況	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						
(4-4)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			
	1 訪問介護員						2 その他の職員							
	(1)1のうち介護福祉士						従事者のうちサービス提供責任者 _____ 人 その保有資格 1 介護福祉士 _____ 人 2 研修(介護職員基礎, ホームヘルパー1, 2級)修了者 _____ 人 ※複数の資格を有している者については若い番号の資格について記入してください。							
	(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													
(5)1のうちホームヘルパー3級研修課程修了者														
1のうちサテライトの従事者														

(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

5 【介護予防・介護サービス】 介護予防訪問入浴介護・訪問入浴介護の状況

(5-1)サービスの提供状況	介護予防訪問入浴介護事業所におけるサービスの提供状況											
	営業日数	日										
	「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	訪問回数合計(回)										
	訪問入浴介護事業所におけるサービスの提供状況											
	営業日数	日										
	「9月中」の利用者			経過的要介護	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	訪問回数合計(回)										
(5-2)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のうち介護職員基礎研修課程修了者							4 その他の職員				
	(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											
(5)1のうちホームヘルパー3級研修課程修了者												
※ 複数の資格を有している者については、(1)~(5)のうち最も若い番号の資格について記入してください。												

6 【介護予防・介護サービス】 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・特定福祉用具販売の状況

(6-1)サービスの提供状況	介護予防福祉用具貸与事業について											
	「9月中」の利用者	介護保険の利用実人員数（9月以前からの継続利用者を含む）										
	1 あり	_____人										
	2 なし	_____人										
(6-2)従事者数	福祉用具貸与事業について											
	「9月中」の利用者	介護保険の利用実人員数（9月以前からの継続利用者を含む）										
	1 あり	_____人										
	2 なし	_____人										
(6-3)福祉用具専門相談員の資格の状況			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				
1 有資格者（1人の者が複数の資格を有する場合は、その資格のいずれも計上してください）												
介護福祉士 _____人 義肢装具士 _____人 保健師 _____人 看護師 _____人												
准看護師 _____人 理学療法士 _____人 作業療法士 _____人 社会福祉士 _____人												
2 福祉用具専門相談員指定講習会修了者 _____人												
3 上記1, 2以外の有資格者 _____人												
※ 1~3の複数の資格に該当する者については、最も若い番号につい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。

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

7【地域密着型サービス】介護予防認知症対応型通所介護・認知症対応型通所介護の状況

(7-1)事業所の形態	1 単独型	2 併設型	3 共用型							
(7-2)併設の状況	1 生活支援ハウスの併設あり	2 生活支援ハウスの併設なし								
(7-3)サービスの提供状況	介護予防認知症対応型通所介護事業所におけるサービスの提供状況									
	定員	人	「9月中」の利用者 1 あり 2 なし							
	開催日数	日	要支援1							
			要支援2							
認知症対応型通所介護事業所におけるサービスの提供状況										
定員	人	「9月中」の利用者 1 あり 2 なし	経過的要介護	要支援1	要支援2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	
開催日数	日	利用実人員数(人)								
		利用延人員数(人)								
(7-4)食費(昼食)の状況	事業所が定めている基本的な昼食費を記入してください。 なお基本的な昼食費が複数ある場合は利用者が最も多い金額を記入してください。							昼食費	円	
(7-5)社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している ↳ 軽減者数				2 実施していない 人 (生活保護受給者等は含みません)					
(7-6)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 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のうち柔道整復師			.		10のうち介護福祉士			.	
	4のうちあん摩マッサージ指圧師			.		11 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

8【地域密着型サービス】介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護の状況

(8-1)サービスの提供状況	介護予防認知症対応型共同生活介護事業所におけるサービスの提供状況										
	定員	人									
	「9月中」の利用者		要支援2	その他							
	1 あり → 2 なし	9月末日の利用者数(人)									
(8-1)サービスの提供状況	認知症対応型共同生活介護事業所におけるサービスの提供状況										
	定員	人									
	「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	9月末日の利用者数(人) うち「短期利用」の利用者数(人)									
(8-2)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						
(8-3)食費の状況	事業所が定めている基本的な食費を記入してください。 なお基本的な食費が複数ある場合は利用者が最も多い金額を記入してください。					食費	_____ 円				
(8-4)夜間及び深夜の勤務体制	(9月30日から10月1日にかけての夜間及び深夜の時間帯における勤務者数を記入してください)										
	夜勤職員	_____ 人	→	うち併設施設との兼務	_____ 人						
	宿直職員	_____ 人	→	うち併設施設との兼務	_____ 人						
(8-5)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 介護支援専門員			.		
	(1)1のうち 看護師			.		3 その他の職員			.		
	(2)1のうち 准看護師			.					.		
(3)1のうち 介護福祉士			.					.			

(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

9【地域密着型サービス】地域密着型特定施設入居者生活介護の状況

(9-1)事業所の形態	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 高齢者専用賃貸住宅							
(9-2)サービスの提供状況	地域密着型特定施設入居者生活介護事業所におけるサービスの提供状況									
	定員	人								
	「9月中」の利用者	経過的要介護	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 →	9月末日の利用者数(人)									
2 なし										
(9-3)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)									
(9-4)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			.	.	6 機能訓練指導員			.	.
	1のうち介護福祉士			.	.	6のうち理学療法士			.	.
	2 生活相談員			.	.	6のうち作業療法士			.	.
	2のうち社会福祉士			.	.	6のうち言語聴覚士			.	.
	3 看護師			.	.	6のうち柔道整復師			.	.
	4 准看護師			.	.	6のうちあん摩マッサージ指圧師			.	.
5 介護支援専門員			.	.				.	.

(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

10【地域密着型サービス】夜間対応型訪問介護の状況

		夜間対応型訪問介護事業所におけるサービスの提供状況									
		営業日数		日							
(10-1)サービスの提供状況	「9月中」の利用者	1 あり →		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	
	2 なし			訪問回数合計(回)							
	(10-2)社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している ↳ 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					
(10-3)オペレーションセンターの数	_____ 箇所										
(10-4)従事者数	1 訪問介護員	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)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										
	(5)1のうちホームヘルパー3級研修課程修了者										
	2 オペレーター	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)2のうち医師										
(2)2のうち保健師											
(3)2のうち看護師											
(4)2のうち社会福祉士											
(5)2のうち介護福祉士											
3 面接相談員		常勤者			非常勤者		常勤者			非常勤者	
(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のうち社会福祉士											
(5)3のうち介護福祉士											

※ 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。

(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

11【地域密着型サービス】介護予防小規模多機能型居宅介護・小規模多機能型居宅介護の状況

(11-1)サービスの提供状況	介護予防小規模多機能型居宅介護事業所におけるサービスの提供状況										
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし										
	介護予防小規模多機能型居宅介護事業所における利用実人員数(人)			要支援1	要支援2	その他					
	※重複する場合は、それぞれに計上してください。	「宿泊サービス」の利用者数			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)									
		「通いサービス」の利用者数			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)									
	「訪問サービス」の利用者数			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)											
(11-2)宿泊室の状況	小規模多機能型居宅介護事業所におけるサービスの提供状況										
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし										
	小規模多機能型居宅介護事業所における利用実人員数(人)			経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	
	※重複する場合は、それぞれに計上してください。	「宿泊サービス」の利用者数			経過的要介護	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)									
		「通いサービス」の利用者数			経過的要介護	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)									
	「訪問サービス」の利用者数			経過的要介護	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)											
(11-3)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	円	円	円	円	円	円		
室定員	人	人	人	人	人	人	人	人	人		
室数	室	室	室	室	室	室	室	室	室		
(11-4)食費の状況	宿泊サービスの食費の状況 事業所が定めている基本的な食費を日額で記入してください。 なお基本的な食費が複数ある場合は利用者が最も多い金額を記入してください。								食費	円	
	通いサービスの食費(昼食)の状況 事業所が定めている基本的な昼食費を記入してください。 なお基本的な昼食費が複数ある場合は利用者が最も多い金額を記入してください。								昼食費	円	
(11-5)社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している → 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	
(11-6)従事者数			常勤者			非常勤者					
			専従	兼務	換算数	換算数					
	1 介護職員				.	2 介護支援専門員				.	
	1のうち介護福祉士				.	3 その他の職員				.	
	1のうち看護師				.					.	
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

12【居宅介護支援・居宅予防支援】居宅介護支援の状況

(12-1)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、該当する番号すべてを○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)									
(12-2)9月中における地域包括支援センターからの受託の状況	1 受託あり				2 受託なし					
		要支援1	要支援2	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)									
(12-3)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		
		経過的要介護	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)									
(12-4)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				

13【居宅介護支援・居宅予防支援】介護予防支援(地域包括支援センター)の状況

(13-1)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、該当する番号すべてを○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 居宅介護支援事業所と併設している 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)									
(13-2)9月中における委託の有無	1 委託あり					2 委託なし				
(13-3)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1			要支援2		その他			
	利用実人員数(人)									
(13-4)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					4 介護支援専門員				
	2 看護師					5 その他の職員				
	3 社会福祉士									

(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

ご協力ありがとうございました



総務省承認No.26557
承認期限 平成19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)・
地域密着型サービス事業所票(Ⅱ)
(平成18年10月1日調査)

厚生労働省

(調査票記入者名: _____ 連絡先 TEL: _____) *配付番号 _____

*福祉事務所 番号 _____ *保健所 番号 _____ *市区町村 番号 _____ *一連番号 _____

(1) 法人名・事業所名所在地

(法人名)
(事業所名)

〒 □□□□—□□□□ TEL ()—()—()

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、その種類、事業所名、事業開始年月及び活動状況を記入してください。

サービスの種類	事業所番号	事業所名	事業開始年月	活動の状況	ページ
			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	
			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	
			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	
			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	
			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	
			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	
			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	
			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	
			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	
			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	

(2) 経営主体 (該当する番号を○で囲んでください。)

01 都道府県	08 農業協同組合及び連合会
02 市区町村	09 消費生活協同組合及び連合会
03 広域連合・一部事務組合	10 営利法人(株式・合名・合資・合同会社)
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

*経由	*組み合わせ	数	特	老	療	ス	医	I	II

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

1 【介護予防・介護サービス】 介護予防訪問介護・訪問介護の状況

(1-1)サービスの提供状況	介護予防訪問介護事業所におけるサービスの提供状況									
	営業日数	日								
	「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	訪問回数合計(回)								
(1-2)社会福祉法人等による軽減の状況	訪問介護事業所におけるサービスの提供状況									
	営業日数	日								
	「9月中」の利用者	経過的要介護	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	訪問回数合計(回)								
(1-3)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					
(1-4)従事者数			常勤者			非常勤者				
			専従	兼務	換算数	換算数			常勤者	非常勤者
							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						従事者のうちサービス提供責任者 _____ 人 その保有資格 1 介護福祉士 _____ 人 2 研修(介護職員基礎, ホームヘルパー1, 2級)修了者 _____ 人 ※複数の資格を有している者については若い番号の資格について記入してください。			
	(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										
(5)1のうちホームヘルパー3級研修課程修了者										
1のうちサテライトの従事者										

(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

2 【介護予防・介護サービス】 介護予防訪問入浴介護・訪問入浴介護の状況

		介護予防訪問入浴介護事業所におけるサービスの提供状況																	
		営業日数		日		要支援1		要支援2		その他									
(2-1)サービスの提供状況	「9月中」の利用者																		
	1 あり →	利用実人員数(人)																	
	2 なし	訪問回数合計(回)																	
	訪問入浴介護事業所におけるサービスの提供状況																		
		営業日数		日		経過的要介護		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」の利用者																	
(2-2)従事者数	1 あり →	利用実人員数(人)																	
	2 なし	訪問回数合計(回)																	
	1 介護職員		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									
※ 複数の資格を有している者については、(1)~(5)のうち最も若い番号の資格について記入してください。	(1)1のうち介護福祉士							2 看護師											
	(2)1のうち介護職員基礎研修課程修了者							3 准看護師											
	(3)1のうちホームヘルパー1級研修課程修了者							4 その他の職員											
	(4)1のうちホームヘルパー2級研修課程修了者																		
	(5)1のうちホームヘルパー3級研修課程修了者																		

3 【介護予防・介護サービス】 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・特定福祉用具販売の状況

		介護予防福祉用具貸与事業について														
		「9月中」の利用者		介護保険の利用実人員数（9月以前からの継続利用者を含む）												
(3-1)サービスの提供状況	1 あり →			_____人												
	2 なし			_____人												
		福祉用具貸与事業について														
		「9月中」の利用者		介護保険の利用実人員数（9月以前からの継続利用者を含む）												
(3-2)従事者数	1 あり →			_____人												
	2 なし			_____人												
(3-3)福祉用具専門相談員の資格の状況	1 有資格者（1人の者が複数の資格を有する場合は、その資格のいずれも計上してください）		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						
※ 1~3の複数に該当する者については、最も若い番号について記入してください。	介護福祉士 _____人		義肢装具士 _____人		保健師 _____人		看護師 _____人		准看護師 _____人		理学療法士 _____人		作業療法士 _____人		社会福祉士 _____人	
	2 福祉用具専門相談員指定講習会修了者		_____人													
	3 上記1, 2以外の有資格者		_____人													

(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。

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

4【地域密着型サービス】夜間対応型訪問介護の状況

夜間対応型訪問介護事業所におけるサービスの提供状況											
営業日数		日									
(4-1)サービスの提供状況	「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	訪問回数合計(回)									
(4-2)社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している ↳ 軽減者数				2 実施していない 人(生活保護受給者等は含みません)						
(4-3)オペレーションセンターの数	か所										
(4-4)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						3 面接相談員				
	(1)1のうち介護福祉士						(1)3のうち医師				
	(2)1のうち介護職員基礎研修課程修了者						(2)3のうち保健師				
	(3)1のうちホームヘルパー1級研修課程修了者						(3)3のうち看護師				
	(4)1のうちホームヘルパー2級研修課程修了者						(4)3のうち社会福祉士				
	(5)1のうちホームヘルパー3級研修課程修了者						(5)3のうち介護福祉士				
	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のうち社会福祉士										
	(5)2のうち介護福祉士										

※ 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。

(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

5 【地域密着型サービス】介護予防小規模多機能型居宅介護・小規模多機能型居宅介護の状況

(5-1)サービスの提供状況	介護予防小規模多機能型居宅介護事業所におけるサービスの提供状況										
	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						
	介護予防小規模多機能型居宅介護事業所における利用実人員数(人)										
	※重複する場合は、それぞれに計上してください。	「宿泊サービス」の利用者数		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)									
		「通いサービス」の利用者数		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)									
	「訪問サービス」の利用者数		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)										
小規模多機能型居宅介護事業所におけるサービスの提供状況											
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											
		経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他			
小規模多機能型居宅介護事業所における利用実人員数(人)											
※重複する場合は、それぞれに計上してください。	「宿泊サービス」の利用者数		経過的要介護	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)										
	「通いサービス」の利用者数		経過的要介護	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)										
「訪問サービス」の利用者数		経過的要介護	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)											
(5-2)宿泊室の状況	個室の数	室	個室以外の宿泊室の数	室							
(5-3)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	円	円	円	円	円		
	室定員	人	人	人	人	人	人	人	人		
	室数	室	室	室	室	室	室	室	室		
(5-4)食費の状況	宿泊サービスの食費の状況 事業所が定めている基本的な食費を日額で記入してください。 なお基本的な食費が複数ある場合は利用者が最も多い金額を記入してください。							食費	円		
	通いサービスの食費(昼食)の状況 事業所が定めている基本的な昼食費を記入してください。 なお基本的な昼食費が複数ある場合は利用者が最も多い金額を記入してください。							昼食費	円		
(5-5)社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している → 軽減者数				2 実施していない 人(生活保護受給者等は含みません)						
(5-6)従事者数		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			.	.			.	.
	1のうち介護福祉士			.	.			.	.
	1のうち看護師			.	.			.	.
	1のうち准看護師			.	.			.	.
2 介護支援専門員			.	.			.	.
3 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

6 【居宅介護支援・居宅予防支援】居宅介護支援の状況

(6-1)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、該当する番号すべてを○で囲んでください)									
	<ol style="list-style-type: none"> 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 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 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) 									
(6-2)9月中における地域包括支援センターからの受託の状況	1 受託あり				2 受託なし					
		要支援1	要支援2	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)									
(6-3)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					
		経過的要介護	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)									
(6-4)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					

7 【居宅介護支援・居宅予防支援】介護予防支援(地域包括支援センター)の状況

(7-1)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、該当する番号すべてを○で囲んでください)									
	<ol style="list-style-type: none"> 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) 									
(7-2)9月中における委託の有無	1 委託あり					2 委託なし				
(7-3)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1			要支援2		その他			
	利用実人員数(人)									
(7-4)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				4 介護支援専門員					
	2 看護師				5 その他の職員					
	3 社会福祉士									

(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



総務省承認No.26558
承認期限 平成19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(医療関係)票
(平成18年10月1日調査)

厚生労働省

*配付番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*福祉事務所 符号				
--------------	--	--	--	--

*保健所 符号				
------------	--	--	--	--

*市区町村 符号				
-------------	--	--	--	--

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

(1) 法人名・施設名 所在地	(法人名)
	(施設名)
	〒□□□□—□□□□ TEL () — () — ()

(2) 施設の種類・サービスの状況	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	
居宅サービスの種類	事業所番号	施設名	活動状況	実施状況
			1 活動中 2 休止中 3 廃止	1 指定で実施 2 みなしで実施 3 実施していない
			1 活動中 2 休止中 3 廃止	1 指定で実施 2 みなしで実施 3 実施していない
			1 活動中 2 休止中 3 廃止	1 指定で実施 2 みなしで実施 3 実施していない
			1 活動中 2 休止中 3 廃止	1 指定で実施 2 みなしで実施 3 実施していない

(3) 開設主体	(該当する番号を○で囲んでください)											
	<table border="0"> <tr> <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</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>	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	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
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											
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												

(4) 短期入所療養介護事業所の種別 (複数回答)	1 介護老人保健施設	7 ユニット型診療所型
	2 ユニット型介護老人保健施設	8 認知症疾患型
	3 病院療養型	9 ユニット型認知症疾患型
	4 ユニット型病院療養型	10 認知症経過型
	5 病院経過型	11 基準適合診療所
	6 診療所療養型	

(5) 通所リハビリテーション事業所の種別	通常規模の医療機関 (1 病院 2 診療所)
	3 小規模診療所 4 介護老人保健施設

※ いずれかの居宅サービスを実施している場合は、裏面をご記入ください。

*経由	*組み合わせ	数	特	老	療	ス	医	I	II

[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。

裏面につづきます

介護予防短期入所療養介護・短期入所療養介護の状況

(6) サービスの提供状況	介護予防短期入所療養介護の状況							
	指定を受けた病床数 (みなしの場合は「-」を記入してください)				床	9月中の利用者	1 あり	2 なし
			要支援1	要支援2	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)							
	短期入所療養介護の状況							
指定を受けた病床数 (みなしの場合は「-」を記入してください)				床	9月中の利用者	1 あり	2 なし	
		経過的要介護	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)								
(7) 滞在費の状況	各居室の種類ごとに施設として設定している料金の高い順に記入してください。							
多床室	滞在費(月額)	円	円	円	円	円	円	円
	室定員	人	人	人	人	人	人	人
	室数	室	室	室	室	室	室	室
従来型個室	滞在費(月額)	円	円	円	円	円	円	円
	室数	室	室	室	室	室	室	室
ユニット型準個室 (夫婦等の2人室を含む)	滞在費(月額)	円	円	円	円	円	円	円
	室定員	人	人	人	人	人	人	人
	室数	室	室	室	室	室	室	室
ユニット型個室 (夫婦等の2人室を含む)	滞在費(月額)	円	円	円	円	円	円	円
	室定員	人	人	人	人	人	人	人
	室数	室	室	室	室	室	室	室
(8) 食費の状況	事業所が定めている基本的な食費を日額で記入してください。なお基本的な金額が複数ある場合は利用者が最も多い金額を記入してください。						食費	円

介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーションの状況

(9) サービスの提供状況	介護予防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						
	「9月中」の利用者				要支援1	要支援2	その他					
	1 あり		→	9月中の利用実人員数(人)								
	2 なし			9月中の利用延人員数(人)								
	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						
	1 「9月中」の利用者あり				2 「9月中」の利用者なし							
			経過的要介護	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)											
リハビリテーションマネジメント 実施実人員数(再掲)												
9月中の利用延人員数(人)												
リハビリテーションマネジメント 実施延人員数(再掲)												
(10) 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	専従	兼務	換算数	換算数
	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		
(11) 食費(昼食)の状況	事業所が定めている基本的な昼食費を記入してください。なお基本的な金額が複数ある場合は利用者が最も多い金額を記入してください。						昼食費	円				

(注) (10)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。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。

換算数=職員の1週間の勤務時間÷医療施設が定めている1週間の勤務時間

(調査票記入者名:

連絡先 TEL:

)
ご協力ありがとうございました

秘

総務省承認No.26559

承認期限 平成19年1月31日まで

介護サービス施設・事業所調査
介護保険施設利用者個票

(平成18年10月1日調査)

厚生労働省

一連番号

1 在所(院)者
2 退所(院)者

利用者
整理番号

(1) 性別 1 男 2 女 (2) 出生年月日 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日

(3) 利用者の住所 同一都道府県内 (1 同一市区町村 2 他の市区町村) 3 他都道府県

(4) 入・退所(院)の状況
入所(院)日 1 昭和 2 平成 年 月 日
入所(院)前の場所
退所(院)日 平成18年9月 日
退所(院)後の行先
<入所前の場所・退所後の行先>
01 家庭 07 診療所(介護療養型)
02 介護老人福祉施設 08 診療所
03 その他の社会福祉施設 (介護療養型以外)
04 介護老人保健施設 09 施設内での死亡
05 病院(介護療養型) 10 入院先での死亡
06 病院(介護療養型以外) 11 その他

(5) 要介護度 要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他

(6) 一年前の要介護度の状況
平成17年10月1日現在の要介護度について、該当する番号を○で囲んでください。
なお、要介護度が不明の場合には、「7 不明」を○で囲んでください。
要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他 7 不明

(7) 主傷病名 傷病番号

(8) 認知症高齢者の日常生活自立度 1 ランクⅠ 2 ランクⅡ 3 ランクⅢ 4 ランクⅣ 5 ランクⅤ 6 認知症なし

(9) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 1 ランクⅠ 2 ランクⅡ 3 ランクⅢ 4 ランクⅣ 5 障害なし

(10) 医療処置等の状況
施設内での処置
※介護保険施設の従事者である医師により行われた場合をいう。
01 点滴 07 酸素療法 13 ドレーン
02 膀胱カテーテル 08 気管切開 14 モニター測定
03 人工膀胱 09 人工呼吸器 (心拍・血圧・酸素飽和度)
04 人工肛門 10 中心静脈栄養 15 じょく瘡の処置(Ⅲ度以上)
05 喀痰吸引 11 経管栄養 16 疼痛管理
06 ネブライザー 12 透析 17 その他
※9月中に受けた医療行為
他の医療機関等での処置
※往診により、施設内で受けた処置を含む。
01 点滴 07 酸素療法 13 ドレーン
02 膀胱カテーテル 08 気管切開 14 モニター測定
03 人工膀胱 09 人工呼吸器 (心拍・血圧・酸素飽和度)
04 人工肛門 10 中心静脈栄養 15 じょく瘡の処置(Ⅲ度以上)
05 喀痰吸引 11 経管栄養 16 疼痛管理
06 ネブライザー 12 透析 17 その他

(11) 負担限度額認定の状況 1 第1段階 2 第2段階 3 第3段階 4 1~3以外

(12) 利用料
※9月中の本人負担分
1 介護サービス費(自己負担分) 円 7 日常生活品費 円
2 食費 円 8 教養娯楽費 円
3 居住費 円 9 私物の洗濯費 円
4 特別な室料 円 10 あずかり金の管理費 円
5 特別な食費 円 11 その他 円
6 理美容費 円

ご協力ありがとうございました



総務省承認No.26560

承認期限 平成19年1月31日まで

介護サービス施設・事業所調査
介護保険施設利用者一覧票

厚生労働省

(平成18年10月1日調査)

(_____ 枚のうち _____ 枚目)

一連番号

本票には、利用者の誕生日が偶数の者のみ記入してください

整理番号	性別	出生年月日	要介護度
1	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
2	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
3	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
4	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
5	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
6	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
7	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
8	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
9	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
10	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
11	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
12	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
13	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
14	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
15	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
16	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
17	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
18	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
19	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
20	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
21	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
22	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
23	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
24	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
25	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
26	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
27	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
28	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
29	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
30	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他

		訪 問 滞 在 時 間																																								
		30分未満 うち20分未満(早 朝・夜間、深夜)	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																																				
9月中の訪問回数の合計(回)																																										
(再掲) 介護保険法利用者の健康 保険法等による訪問回数																																										
9月中の訪問滞在時間等		合計 _____ 分		(再掲) 9月の最後の訪問 における滞在時間 _____ 分																																						
居宅までの片道時間		_____ 分																																								
(11) 訪問看護 等の状況	訪 問 看 護 の 提 供 内 容	<p>(9月中に行った看護内容について該当する番号すべてを○で囲んでください)</p> <table border="0"> <tr> <td>01 病状観察</td> <td>08 認知症・精神障害に対するケア</td> </tr> <tr> <td>02 本人の療養指導</td> <td>09 嚥下訓練</td> </tr> <tr> <td>03 家族等の介護指導・支援</td> <td>10 呼吸リハビリテーション・肺理学療法</td> </tr> <tr> <td>04 栄養・食事の援助</td> <td>11 その他リハビリテーション</td> </tr> <tr> <td>05 排せつの援助</td> <td>12 社会資源の活用への支援</td> </tr> <tr> <td>06 口腔ケア</td> <td>13 家屋改善・環境整備の支援</td> </tr> <tr> <td>07 身体の清潔保持の管理・援助</td> <td>14 その他</td> </tr> </table> <p>(9月中に行った医療処置にかかる看護内容について該当する番号すべてを○で 囲んでください)</p> <table border="0"> <tr> <td>01 気道内吸引</td> <td>11 気管カニューレの交換・管理</td> </tr> <tr> <td>02 在宅酸素療法の指導・援助</td> <td>12 人工呼吸器の管理</td> </tr> <tr> <td>03 膀胱留置カテーテルの交換・管理</td> <td>13 がん化学療法の管理</td> </tr> <tr> <td>04 じょく瘡の予防</td> <td>14 薬物を用いた疼痛管理</td> </tr> <tr> <td>05 じょく瘡の処置</td> <td>15 ターミナルケア</td> </tr> <tr> <td>06 じょく瘡以外の創傷部の処置</td> <td>16 緊急時の対応</td> </tr> <tr> <td>07 中心静脈栄養の実施・管理</td> <td>17 注射の実施</td> </tr> <tr> <td>08 経管栄養の実施・管理</td> <td>18 点滴の実施・管理</td> </tr> <tr> <td>09 胃瘻の管理</td> <td>19 服薬管理・点眼等の実施</td> </tr> <tr> <td>10 人工肛門・人工膀胱の管理</td> <td>20 浣腸・排便</td> </tr> <tr> <td></td> <td>21 その他</td> </tr> </table>					01 病状観察	08 認知症・精神障害に対するケア	02 本人の療養指導	09 嚥下訓練	03 家族等の介護指導・支援	10 呼吸リハビリテーション・肺理学療法	04 栄養・食事の援助	11 その他リハビリテーション	05 排せつの援助	12 社会資源の活用への支援	06 口腔ケア	13 家屋改善・環境整備の支援	07 身体の清潔保持の管理・援助	14 その他	01 気道内吸引	11 気管カニューレの交換・管理	02 在宅酸素療法の指導・援助	12 人工呼吸器の管理	03 膀胱留置カテーテルの交換・管理	13 がん化学療法の管理	04 じょく瘡の予防	14 薬物を用いた疼痛管理	05 じょく瘡の処置	15 ターミナルケア	06 じょく瘡以外の創傷部の処置	16 緊急時の対応	07 中心静脈栄養の実施・管理	17 注射の実施	08 経管栄養の実施・管理	18 点滴の実施・管理	09 胃瘻の管理	19 服薬管理・点眼等の実施	10 人工肛門・人工膀胱の管理	20 浣腸・排便		21 その他
	01 病状観察	08 認知症・精神障害に対するケア																																								
02 本人の療養指導	09 嚥下訓練																																									
03 家族等の介護指導・支援	10 呼吸リハビリテーション・肺理学療法																																									
04 栄養・食事の援助	11 その他リハビリテーション																																									
05 排せつの援助	12 社会資源の活用への支援																																									
06 口腔ケア	13 家屋改善・環境整備の支援																																									
07 身体の清潔保持の管理・援助	14 その他																																									
01 気道内吸引	11 気管カニューレの交換・管理																																									
02 在宅酸素療法の指導・援助	12 人工呼吸器の管理																																									
03 膀胱留置カテーテルの交換・管理	13 がん化学療法の管理																																									
04 じょく瘡の予防	14 薬物を用いた疼痛管理																																									
05 じょく瘡の処置	15 ターミナルケア																																									
06 じょく瘡以外の創傷部の処置	16 緊急時の対応																																									
07 中心静脈栄養の実施・管理	17 注射の実施																																									
08 経管栄養の実施・管理	18 点滴の実施・管理																																									
09 胃瘻の管理	19 服薬管理・点眼等の実施																																									
10 人工肛門・人工膀胱の管理	20 浣腸・排便																																									
	21 その他																																									

ご協力ありがとうございました



総務省承認No.26562

承認期限 平成19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利用者一覧票

厚生労働省

(平成18年10月1日調査)

(_____ 枚のうち _____ 枚目)

一連番号

--	--	--	--	--	--

本票には、利用者の誕生日が偶数の者のみ記入してください

整理番号	性別	出生年月日						要介護度														
								要支援		要介護												
1	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
2	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
3	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
4	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
5	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
6	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
7	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
8	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
9	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
10	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
11	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
12	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
13	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
14	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
15	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
16	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
17	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
18	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
19	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
20	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
21	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
22	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
23	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
24	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
25	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
26	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
27	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
28	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
29	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他
30	1男 2女	1	明治	2	大正	3	昭和	4	平成	年	月	日	1	2	経過	1	2	3	4	5	6	その他