



総務省承認 No.26945
承認期限 平成20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19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			

[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。

(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 □□			
(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 □□□□ □□□□ 経営主体 □□□□ □□□□ 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) 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)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)					
(8)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。					
多床室	居住費(月額)	円	円	円	円	円
	室定員	人	人	人	人	人
	室数	室	室	室	室	室
従来型個室	居住費(月額)	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(月額)	円	円	円	円	円
	室定員	人	人	人	人	人
	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(月額)	円	円	円	円	円
	室定員	人	人	人	人	人
	室数	室	室	室	室	室

*経由	*組み合わせ	数	特	老	療	ス	医	福	地

*利用者個票	*利用者一覧票

	9月末日の在所者数（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)	
(9) 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「その他」の在所者のうち、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	
		9月末日の在所者のうち、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				_____ 人	
(10) 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。 なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。				1日あたりの食費 _____ 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		4 単独で第三者委員を設置				
(13) 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
(14) 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						
(15) 夜勤職員の平均夜勤時間	9月中の夜間及び深夜の時間帯における勤務者の1人当たり月平均夜勤時間を記入してください。 看護職員 _____ 時間 [看護師 _____ 時間 准看護師 _____ 時間] 介護職員 _____ 時間						

(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	換算数		専従	兼務	換算数	換算数	
											専従
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											

下記の職種（常勤者・非常勤者）の従事者について平成18年10月1日から平成19年9月30日の期間における就職者及び退職者の人数を記入してください。（兼務している場合はそれぞれに計上してください。）

就職者数	4 生活相談員	_____人	退職者数	4 生活相談員	_____人
	5 看護師	_____人		5 看護師	_____人
	6 准看護師	_____人		6 准看護師	_____人
	7 介護職員	_____人		7 介護職員	_____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。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。（常勤の従事者が勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$$

(換算数の詳細は手引参照)

記入者	氏名		
	TEL	-	-
	FAX	-	-

ご協力ありがとうございました



総務省承認 No.26946
承認期限 平成20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19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

*保健所号

*市区町村号

*一連番号

[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 *印の箇所は施設では記入しないでください。

(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	06 社会福祉協議会
02 市区町村	07 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	08 社団・財団法人
04 日本赤十字社・社会保険関係団体	09 その他の法人
05 医療法人	10 01~09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。

(6)ユニットの状況	一般棟	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
	認知症専門棟	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

(7)定員及び療養室の状況

一般棟入所定員	認知症専門棟入所定員						
	人	人					
	一般棟室数(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		
認知症専門棟室数(室)							

(8)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。

多床室	居住費(月額)	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(月額)	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
ユニット型準個室(夫婦等の2人室を含む)	居住費(月額)	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(月額)	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

*経由 *組み合わせ 数 特 老 療 ス 医 福 地

*利用者個票 *利用者一覧票

裏面につづきます

(9) 施設サービスの状況	9月末日の在所要者数(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)
	一般棟						
	認知症専門棟						
(再掲)	9月末日の「その他」の在所要者のうち、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				一般棟	認知症専門棟	
					人	人	

(10) 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。
なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。 1日あたりの食費 _____ 円

(11) 併設の状況 (複数回答)

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

(12) 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

(13) 夜勤職員の平均夜勤時間
9月中の夜間及び深夜の時間帯における勤務者の1人あたり月平均夜勤時間を記入してください。
看護職員 _____ 時間 [看護師 _____ 時間 准看護師 _____ 時間]
介護職員 _____ 時間

(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			.					.		.

下記の職種(常勤者・非常勤者)の従事者について平成18年10月1日から平成19年9月30日の期間における就職者及び退職者の人数を記入してください。(兼務している場合はそれぞれに計上してください。)

就職者数	4 看護師	_____ 人	退職者数	4 看護師	_____ 人
	5 准看護師	_____ 人		5 准看護師	_____ 人
	6 介護職員	_____ 人		6 介護職員	_____ 人
	7 支援相談員	_____ 人		7 支援相談員	_____ 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。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。(常勤の従事者が勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)

換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$
(換算数の詳細は手引参照)

記入者	氏名	_____
	TEL	_____
	FAX	_____

ご協力ありがとうございました



総務省承認 No.26947
承認期限 平成20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19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

*保健所符

*市区町村号

*一連番号

[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 *印の箇所は施設では記入しないでください。

(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 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 営利法人(会社) 10 その他の法人 11 個人
---------	--

(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			

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

(8)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。

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

*経由 *組み合わせ 数 特 老 療 ス 医 福 地

*利用者個票 *利用者一覧票

裏面につづきます

(9)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	老人性認知症疾患療養病棟	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)		
(再掲)	9月末日の「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			
(10)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。 なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。 1日あたりの食費 _____ 円									
(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。 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				
(12)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									
(13)夜勤職員の平均夜勤時間	9月中の夜間及び深夜の時間帯における勤務者の1人当たり月平均夜勤時間を記入してください。 看護職員 _____ 時間 [看護師 _____ 時間 准看護師 _____ 時間] 介護職員 _____ 時間									
(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		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			.		.	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				.
下記の職種(常勤者・非常勤者)の従事者について平成18年10月1日から平成19年9月30日の期間における就職者及び退職者の人数を記入してください。(兼務している場合はそれぞれに計上してください。)										
就職者数	4 看護師	_____ 人			退職者数	4 看護師	_____ 人			
	5 准看護師	_____ 人				5 准看護師	_____ 人			
	6 介護職員	_____ 人				6 介護職員	_____ 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。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。(常勤の従事者が勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$$

(換算数の詳細は手引参照)

記入者	氏名	_____
	TEL	_____
	FAX	_____

ご協力ありがとうございました



総務省承認 No.26948
承認期限 平成20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19年10月1日調査)

厚生労働省

* 配付番号

* 福祉事務所
* 号

* 保健所
* 号

* 市区町村
* 号

* 一連番号

[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 * 印の箇所は施設では記入しないでください。

(1) 法人名・ステーション名・ステーションの所在地

(法人名)
(ステーション名)

〒 - TEL () - () - ()

10月1日現在、貴事業所において指定を受けている事業について、その種類、ステーション名、事業開始年月及び活動状況を記入してください。印字されていない事業があった場合は、事業所番号、ステーション名を記入してください。

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
041 介護予防訪問看護	<input type="text"/>		平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止
042 訪問看護	<input type="text"/>		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	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 その他の法人
08 社団・財団法人（医師会、看護協会以外）	

(3) 加算等の届出の状況

介護保険法	健康保険法等	1	2
緊急時訪問看護加算の届出	24時間連絡体制加算の届出	あり	なし
特別管理体制の届出	重症者管理加算の届出	あり	なし
ターミナルケア体制の届出		あり	なし

(4) 出張所等（サテライト事業所）の状況

サテライト事業所数 _____ 事業所

9月中のサテライト事業所の利用実人員数 _____ 人

9月中のサテライト事業所からの訪問回数の合計 _____ 回

* 経由 * 組み合わせ

数	特	老	療	ス	医	福	地
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* 利用者個票 * 利用者一覧票

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

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					「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					「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					併給者への訪問回数の合計								
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										健康保険法等									
	24時間連絡体制加算に同意をしている実人員数										人									
	死亡によるサービスの終了										介護保険法					健康保険法等				
	ターミナルケア加算					ターミナルケア療養費														
	加算ありの利用者数					加算なしの利用者数					療養費ありの利用者数					療養費なしの利用者数				
	9月中に死亡した利用者数					人					人					人				
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					

(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のうちサテライト事業所の従事者													
	下記の職種(常勤者・非常勤者)の従事者について平成18年10月1日から平成19年9月30日の期間における就職者及び退職者の人数を記入してください。(兼務している場合はそれぞれに計上してください。)																							
	就職者数				3 看護師				人				退職者数				3 看護師				人			
					4 准看護師				人								4 准看護師				人			

(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。(常勤の従事者が勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)

換算数 =	従事者の1週間の勤務延時間数	記入者	氏名	
	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		TEL	- -
	(換算数の詳細は手引き参照)		FAX	- -

ご協力ありがとうございました

秘

総務省承認 No.26949
承認期限 平成20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

(平成19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

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

(1) 法人名・事業所名
事業所の所在地
(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1-1~8-1の事業について、印字内容を確認し、事業開始年月及び活動状況を記入してください。印字されていない事業があった場合は、該当するサービスの欄に事業所番号、事業所名等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	頁
1-1 介護予防通所介護			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	1頁
1-2 通所介護			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	1頁
2-1 介護予防短期入所生活介護			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	2頁
2-2 短期入所生活介護			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	2頁
3-1 介護予防特定施設入居者生活介護			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	3頁
3-2 特定施設入居者生活介護			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	3頁
4-1 介護予防訪問介護			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	4頁
4-2 訪問介護			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	4頁
5-1 介護予防訪問入浴介護			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	5頁
5-2 訪問入浴介護			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	5頁
6-1 介護予防福祉用具貸与			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	6頁
6-2 福祉用具貸与			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	6頁
6-3 特定介護予防福祉用具販売			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	6頁
6-4 特定福祉用具販売			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	6頁
7-1 介護予防支援			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	7頁
8-1 居宅介護支援			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	8頁

(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 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 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

(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 福 地

* 利用者個票 * 利用者一覧票

【介護予防・介護サービス】 1-1 介護予防通所介護・1-2 通所介護の状況

(4) 事業所の形態	1 小規模型	2 通常規模型	3 大規模型	4 療養通所介護						
(5) 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							
(6) サービスの提供状況	サービスの提供を行っている場合には、利用者の有無に関わらず、提供体制（定員、9月中の開催日数）を記入してください。提供体制があり、「9月中」の利用者がいない場合には、利用者「2 なし」に○をしてください。									
	介護予防通所介護	定員	人	「9月中」の利用者						
		9月中の開催日数	日	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)						
	通所介護	定員	人	「9月中」の利用者						
		9月中の開催日数	日	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						
				利用実人員数(人)						
				利用延人員数(人)						
	療養通所介護	定員	人	「9月中」の利用者						
		9月中の開催日数	日	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						
				利用実人員数(人)						
				利用延人員数(人)						
(7) 選択的サービス等提供の組み合わせ(複数回答)	介護予防通所介護を実施している場合にのみ、選択的サービス等提供の組み合わせについて該当する番号を○で囲んでください。(利用者の有無に関わらず、提供体制を記入してください)									
	1 運動器機能向上	2 栄養改善	3 口腔機能向上							
	4 アクティビティ	5 1~4は行っていない								
(8) 食費(昼食)の状況	昼食の提供状況について該当する番号を○で囲み、昼食を提供している場合は事業所が設定している料金を日額で記入してください。なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。									
	1 昼食を提供している	→ 1日あたりの昼食費	円	2 昼食を提供していない						
(9) 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)							
(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	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			
	下記の職種(常勤者・非常勤者)の従事者について平成18年10月1日から平成19年9月30日の期間における就職者及び退職者の人数を記入してください。(兼務している場合はそれぞれに計上してください。)									
		就職者数	2	看護師	人	退職者数	2	看護師	人	
			3	准看護師	人		3	准看護師	人	
			9	生活相談員	人		9	生活相談員	人	
		10	介護職員	人		10	介護職員	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。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。(常勤の従事者が勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$$

(換算数の詳細は手引参照)

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -

【介護予防・介護サービス】 2-1 介護予防短期入所生活介護・2-2 短期入所生活介護の状況

(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					
(12~18)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「4 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。									
(12) サービスの提供状況	短期入所生活介護	定員	「9月中」の利用者 1 あり 2 なし 要支援1 要支援2 その他						
	人		利用実人員数(人)						
			利用日数合計(日)						
(13) ユニットの状況	短期入所生活介護	定員	「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						
	人		利用実人員数(人)						
			利用日数合計(日)						
「(13)ユニットの状況」欄は、「(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。									
(14) 居室の状況	ユニットの規模(定員)	人	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	ユニット	
(15) 滞在費の状況	多床室	滞 在 費(日額)	円	円	円	円	円	円	
	室 定 員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	
(16) 食費の状況	室 数	室	室	室	室	室	室	室	
	従来型個室	滞 在 費(日額)	円	円	円	円	円	円	
(17) 社会福祉法人等による軽減の状況	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(日額)	円	円	円	円	円	円	
(18) 従事者数	室 定 員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	
	室 数	室	室	室	室	室	室	室	
(19) 従事者数	ユニット型個室(夫婦等の2人室を含む)	滞 在 費(日額)	円	円	円	円	円	円	
	室 定 員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	
	室 数	室	室	室	室	室	室	室	
(16) 食費の状況 事業所が設定している料金を日額で記入してください。 なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。 1日あたりの食費 _____ 円									
(17) 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									
(18) 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	専従	兼務	専従	兼務	
	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師				11 その他の職員					
下記の職種(常勤者・非常勤者)の従事者について平成18年10月1日から平成19年9月30日の期間における就職者及び退職者の人数を記入してください。(兼務している場合はそれぞれに計上してください。)									
就職者数			退職者数						
2 看護師		人	2 看護師		人				
3 准看護師		人	3 准看護師		人				
9 生活相談員		人	9 生活相談員		人				
10 介護職員		人	10 介護職員		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。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。(常勤の従事者が勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$$

(換算数の詳細は手引参照)

記入者	氏名	
	TEL	-
	FAX	-

次ページにつづきます

【介護予防・介護サービス】 3-1 介護予防特定施設入居者生活介護・3-2 特定施設入居者生活介護の状況

(19) 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 適合高齢者専用賃貸住宅																																																																																								
(20) 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の全ての番号を○で囲んでください。 → <table border="1"> <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</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	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																																																																																								
5 (介護予防) その他																																																																																									
(21) 介護専用型・混合型の区分	1 専用型 2 混合型																																																																																								
(22) サービスの提供状況	サービスの提供を行っている場合には、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」に○をしてください。																																																																																								
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">介護予防特定施設 入居者生活介護</td> <td>定員</td> <td colspan="5">「9月中」の利用者</td> </tr> <tr> <td>人</td> <td>1 あり 2 なし</td> <td>要支援1</td> <td>要支援2</td> <td>要支援認定申請中</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>→</td> <td>9月末日の利用者数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	介護予防特定施設 入居者生活介護	定員	「9月中」の利用者					人	1 あり 2 なし	要支援1	要支援2	要支援認定申請中				→	9月末日の利用者数(人)																																																																							
介護予防特定施設 入居者生活介護	定員		「9月中」の利用者																																																																																						
	人	1 あり 2 なし	要支援1	要支援2	要支援認定申請中																																																																																				
		→	9月末日の利用者数(人)																																																																																						
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">特定施設 入居者生活介護</td> <td>定員</td> <td colspan="8">「9月中」の利用者</td> </tr> <tr> <td>人</td> <td>1 あり 2 なし</td> <td>経過的要介護</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>要介護認定申請中</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>→</td> <td>9月末日の利用者数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	特定施設 入居者生活介護	定員	「9月中」の利用者								人	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			→	9月末日の利用者数(人)																																																																	
特定施設 入居者生活介護	定員		「9月中」の利用者																																																																																						
	人	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																																																																																
		→	9月末日の利用者数(人)																																																																																						
(23) 居室の状況	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>個室(夫婦部屋含む)</td> <td>2人室</td> <td>3人室</td> <td>4人室</td> </tr> <tr> <td>室数(室)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		個室(夫婦部屋含む)	2人室	3人室	4人室	室数(室)																																																																																		
	個室(夫婦部屋含む)	2人室	3人室	4人室																																																																																					
室数(室)																																																																																									
(24) 従事者数	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">常勤者</th> <th>非常勤者</th> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">常勤者</th> <th>非常勤者</th> </tr> <tr> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>換算数</th> <th>換算数</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>換算数</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> <td>6 機能訓練指導員</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> <td>6のうち 理学療法士</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> <td>6のうち 作業療法士</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> <td>6のうち 言語聴覚士</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> <td>6のうち 柔道整復師</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> <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>5 介護支援専門員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		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									
			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																																																																																									
	下記の職種(常勤者・非常勤者)の従事者について平成18年10月1日から平成19年9月30日の期間における就職者及び退職者の人数を記入してください。(兼務している場合はそれぞれに計上してください)																																																																																								
	<table border="1"> <tr> <td>就職者数</td> <td>1 介護職員</td> <td>人</td> <td>退職者数</td> <td>1 介護職員</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 生活相談員</td> <td>人</td> <td></td> <td>2 生活相談員</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 看護師</td> <td>人</td> <td></td> <td>3 看護師</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4 准看護師</td> <td>人</td> <td></td> <td>4 准看護師</td> <td>人</td> </tr> </table>	就職者数	1 介護職員	人	退職者数	1 介護職員	人		2 生活相談員	人		2 生活相談員	人		3 看護師	人		3 看護師	人		4 准看護師	人		4 准看護師	人																																																																
就職者数	1 介護職員	人	退職者数	1 介護職員	人																																																																																				
	2 生活相談員	人		2 生活相談員	人																																																																																				
	3 看護師	人		3 看護師	人																																																																																				
	4 准看護師	人		4 准看護師	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。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。(常勤の従事者が勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$$

(換算数の詳細は手引参照)

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -

次ページにつづきます

【介護予防・介護サービス】 4-1 介護予防訪問介護・4-2 訪問介護の状況

サービスの提供を行っている場合には、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」に○をしてください。											
⑤ サービスの提供状況	介護予防訪問介護	9月中の営業日数	「9月中」の利用者								
		日	1 あり	2 なし	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)									
⑥ 訪問介護	訪問介護	9月中の営業日数	「9月中」の利用者								
		日	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
			利用実人員数(人)								
		訪問回数合計(回)									
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）							
利用者の有無にかかわらず、提供体制を記入してください。											
⑧ サービスの提供体制	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					
⑨ 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					
※ 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					従事者のうちサービス提供責任者 _____ 人 サービス提供責任者の保有資格 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のうちサテライト事業所の従事者										
下記の職種（常勤者・非常勤者）の従事者について平成18年10月1日から平成19年9月30日の期間における就職者及び退職者の人数を記入してください。											
1 訪問介護員の就職者数 _____ 人						1 訪問介護員の退職者数 _____ 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。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。(常勤の従事者が勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$$

(換算数の詳細は手引参照)

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -

次ページにつづきます

【介護予防・介護サービス】 5-1 介護予防訪問入浴介護・5-2 訪問入浴介護の状況

サービスの提供を行っている場合には、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」に○をしてください。											
(29) サービスの提供状況	訪問介護予防	9月中の営業日数	「9月中」の利用者								
		日	1 あり	2 なし	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)							
(30) 従事者数	訪問入浴介護	9月中の営業日数	「9月中」の利用者								
		日	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
				利用実人員数(人)							
				訪問回数合計(回)							
		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。 下記の職種（常勤者・非常勤者）の従事者について平成18年10月1日から平成19年9月30日の期間における就職者及び退職者の人数を記入してください。（兼務している場合はそれぞれに計上してください。）											
就職者数		1 介護職員	_____人		退職者数		1 介護職員	_____人			
		2 看護師	_____人				2 看護師	_____人			
		3 准看護師	_____人				3 准看護師	_____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。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。（常勤の従事者が勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）

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

記入者	氏名		
	TEL	-	-
	FAX	-	-

次ページにつづきます

【介護予防・介護サービス】 6-1 介護予防福祉用具貸与・6-2 福祉用具貸与
6-3 特定介護予防福祉用具販売・6-4 特定福祉用具販売の状況

③1は介護予防福祉用具貸与・福祉用具貸与を行っている事業所のみ記入してください。 サービスの提供を行っている場合には、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」に○をしてください。															
③1 サービスの提供状況	介護予防福祉用具貸与	9月中の営業日数 日	「9月中」の利用者 1 あり → 2 なし			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） _____人									
	福祉用具貸与	9月中の営業日数 日	「9月中」の利用者 1 あり → 2 なし			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） _____人									
③2 従事者数	専従			常勤者			非常勤者			専従			非常勤者		
				換算数			換算数						換算数		
1 福祉用具専門相談員								2 その他の職員							
③3 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） 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														
	※ 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。														
	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。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。(常勤の従事者が勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$$

(換算数の詳細は手引参照)

記入者	氏名		
	TEL	—	—
	FAX	—	—

次ページにつづきます

【介護予防支援】 7-1 介護予防支援（地域包括支援センター）の状況

③④ 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）																
③⑤ 9月中における委託の有無	1 委託あり					2 委託なし											
③⑥ 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																
③⑦ 従事者数 ※ 従業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。	1 専門職員			常勤者 専従 兼務 換算数			非常勤者 換算数			2 その他の職員			常勤者 専従 兼務 換算数			非常勤者 換算数	
	(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主事																

(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。（常勤の従事者が勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$$

(換算数の詳細は手引参照)

記入者	氏名		
	TEL	-	-
	FAX	-	-

次ページにつづきます

【居宅介護支援】 8-1 居宅介護支援の状況

(38) 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）										
(39) 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）										
(40) 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）										
(41) 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。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。（常勤の従事者が勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$$

(換算数の詳細は手引参照)

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -

ご協力ありがとうございました



総務省承認 No.26950
承認期限 平成20年1月31日まで

介護サービス施設・事業所調査
地域密着型サービス事業所票

(平成19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

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

(1) 法人名・事業所名・事業所の所在地

(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1-1~5-1の事業について、印字内容を確認し、事業開始年月及び活動状況を記入してください。印字されていない事業があった場合は、該当するサービスの欄に事業所番号、事業所名等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	頁
1-1 夜間対応型訪問介護			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	1頁
2-1 介護予防認知症対応型通所介護			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	2頁
2-2 認知症対応型通所介護			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	2頁
3-1 介護予防小規模多機能型居宅介護			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	3頁
3-2 小規模多機能型居宅介護			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	3頁
4-1 介護予防認知症対応型共同生活介護			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	4頁
4-2 認知症対応型共同生活介護			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	4頁
5-1 地域密着型特定施設入居者生活介護			1 昭和 2 平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	5頁

(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	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	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

(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	福	地

* 利用者個票

* 利用者一覧票

次ページにつづきます

【地域密着型サービス】 1-1 夜間対応型訪問介護の状況

(4) 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)		2 II型 (オペレーションセンターの設置なし)											
(5) サービスの提供状況	サービスの提供を行っている場合には、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」に○をしてください。													
	夜間対応型訪問介護	9月中の営業日数	「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	2 なし										
			利用実人員数(人)											
日	訪問回数合計(回)													
(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											
	→ 軽減者数		人 (生活保護受給者等は含みません)											
(7) オペレーションセンターの数	か所													
(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	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。													
下記の職種（常勤者・非常勤者）の従事者について平成18年10月1日から平成19年9月30日の期間における就職者及び退職者の人数を記入してください。														
1 訪問介護員の就職者数 _____ 人 1 訪問介護員の退職者数 _____ 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。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。(常勤の従事者が勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$$

(換算数の詳細は手引参照)

記入者	氏名		
	TEL	-	-
	FAX	-	-

次ページにつづきます

【地域密着型サービス】 2-1 介護予防認知症対応型通所介護・2-2 認知症対応型通所介護の状況

(9) 事業所の形態	1 単独型	2 併設型	3 共用型									
(10) 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									
(11) サービスの提供状況	サービスの提供を行っている場合には、利用者の有無に関わらず、提供体制（定員、9月中の開催日数）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」に○をしてください。											
	対介護型 予防 通所 認知 症	定員	人	「9月中」の利用者								
		9月中の開催日数	日	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 認知 症 対応 型	定員	人	「9月中」の利用者									
	9月中の開催日数	日	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				
		利用実人員数(人)										
		利用延人員数(人)										
(12) 選択的サービスの提供の組み合わせ（複数回答）	介護予防認知症対応型通所介護を実施している場合にのみ、選択的サービス提供の組み合わせについて該当する番号を○で囲んでください。（利用者の有無に関わらず、提供体制を記入してください）											
1 個別機能訓練		2 栄養改善										
3 口腔機能向上		4 1～3は行っていない										
(13) 食費（昼食）の状況	昼食の提供状況について該当する番号を○で囲み、昼食を提供している場合は事業所が設定している料金を日額で記入してください。なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。											
1 昼食を提供している		→ 1日あたりの昼食費	円									
2 昼食を提供していない												
(14) 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）										
(15) 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	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						
	下記の職種（常勤者・非常勤者）の従事者について平成18年10月1日から平成19年9月30日の期間における就職者及び退職者の人数を記入してください。（兼務している場合はそれぞれに計上してください。）											
就職者数		2	看護師	人	退職者数		2	看護師	人			
		3	准看護師	人			3	准看護師	人			
		9	生活相談員	人			9	生活相談員	人			
		10	介護職員	人			10	介護職員	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。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。（常勤の従事者が勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$$

(換算数の詳細は手引参照)

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -

次ページにつづきます

【地域密着型サービス】 3-1 介護予防小規模多機能型居宅介護・3-2 小規模多機能型居宅介護の状況

(16) サービスの提供状況 ※ サービスの提供を行っている場合には、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」に○をしてください。	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					
	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		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	
	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）										
(17) 宿泊室の状況	個室の数 _____ 室	個室以外の宿泊室の数 _____ 室								
(18) 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	
(19) 食費の状況	宿泊サービスの食費の状況 事業所が設定している料金を日額で記入してください。 なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。 1日あたりの食費 _____ 円									
	通いサービスの食費（昼食）の状況 昼食の提供状況について該当する番号を○で囲み、昼食を提供している場合は事業所が設定している料金を日額で記入してください。 なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。 1 昼食を提供している → 1日あたりの昼食費 _____ 円 2 昼食を提供していない									
(20) 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							
(21) 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	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								
下記の職種（常勤者・非常勤者）の従事者について平成18年10月1日から平成19年9月30日の期間における就職者及び退職者の人数を記入してください。										
1 介護職員の就職者数 _____ 人					1 介護職員の退職者数 _____ 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。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。（常勤の従事者が勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$$

(換算数の詳細は手引参照)

記入者	氏名	
	TEL	— —
	FAX	— —

【地域密着型サービス】 4-1 介護予防認知症対応型共同生活介護・4-2 認知症対応型共同生活介護の状況

サービスの提供を行っている場合には、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」に○をしてください。

22 サービスの提供状況	対応型介護予防認知症	定員	「9月中」の利用者								
	人	1 あり 2 なし	要支援2	その他							
			9月末日の利用者数(人)								
	共同認知症対応型	定員	「9月中」の利用者								
	人	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			
			9月末日の利用者数(人)								
			うち「短期利用」の利用者数(人)								
23 加算等の届出状況	医療連携体制加算		1 あり		2 なし						
24 ユニット及び居室の状況	ユニット数	2人室		個室							
	※ 平均家賃は、整数で記入してください。	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						
25 食費の状況	事業所が設定している料金を日額で記入してください。 なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。						1日あたりの食費	円			
26 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						
27 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						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											
※ 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。											
下記の職種（常勤者・非常勤者）の従事者について平成18年10月1日から平成19年9月30日の期間における就職者及び退職者の人数を記入してください。											
1 介護職員の就職者数					人	1 介護職員の退職者数					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。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。(常勤の従事者が勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$$

(換算数の詳細は手引参照)

記入者	氏名		
	TEL	-	-
	FAX	-	-

次ページにつづきます

【地域密着型サービス】 5-1 地域密着型特定施設入居者生活介護の状況

② 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 適合高齢者専用賃貸住宅									
② サービスの提供状況	サービスの提供を行っている場合には、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」に○をしてください。											
	地域密着型特定施設入居者生活介護	定員	「9月中」の利用者									
		人	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		
		9月末日の利用者数(人)										
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）											
③ 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 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											
	下記の職種（常勤者・非常勤者）の従事者について平成18年10月1日から平成19年9月30日の期間における就職者及び退職者の人数を記入してください。（兼務している場合はそれぞれに計上してください。）											
就職者数		1 介護職員	_____人	退職者数		1 介護職員	_____人					
		2 生活相談員	_____人			2 生活相談員	_____人					
		3 看護師	_____人			3 看護師	_____人					
		4 准看護師	_____人			4 准看護師	_____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。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。（常勤の従事者が勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$$

(換算数の詳細は手引参照)

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -

ご協力ありがとうございました



総務省承認 No.26951

承認期限 平成20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19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									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[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。

(1) 法人名・施設名・施設の所在地	(法人名)
	(施設名)
〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TEL (<input type="text"/>) - (<input type="text"/>) - (<input type="text"/>)	

10月1日現在、貴事業所において指定を受けている事業について、印字内容を確認し、活動状況及び実施状況を記入してください。
印字されていない事業があった場合は、事業所番号、事業所名を記入してください。

(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	
	事業所番号	事業所名	活動状況	実施状況
短期入所療養介護	051 介護予防短期入所療養介護	<input type="text"/>	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
	052 短期入所療養介護	<input type="text"/>	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
	事業所の種別(複数回答)	1 介護老人保健施設 2 ユニット型介護老人保健施設 3 病院療養型 4 ユニット型病院療養型 5 病院経過型 6 診療所療養型	7 ユニット型診療所型 8 認知症疾患型 9 ユニット型認知症疾患型 10 認知症経過型 11 基準適合診療所	

通所リハビリテーション	事業所番号	事業所名	活動状況	実施状況
	061 介護予防通所リハビリテーション	<input type="text"/>		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
062 通所リハビリテーション	<input type="text"/>		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
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			

(3) 開設主体	該当する番号を○で囲んでください。
	01 国・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 営利法人(会社) 10 その他の法人 11 個人

* 経由	* 組み合わせ	数	特	老	療	ス	医	福	地

* 利用者個票	* 利用者一覧票

いずれかの居宅サービスを実施している場合は、次ページにつづきます

介護予防短期入所療養介護・短期入所療養介護の状況

		サービスの提供を行っている場合には、利用者の有無に関わらず、提供体制（病床数）を記入してください。提供体制があり、「9月中」の利用者がいない場合には、利用者「2 なし」に○をしてください。							
(4)サービスの提供状況	入介所 療養予 養防介 護期	指定を受けた病床数（空床利用、みなしの場合は「-」を記入してください）	「9月中」の利用者						
			1 あり 2 なし	要支援1	要支援2	その他			
	床	9月中の利用実人員数(人)							
		9月中の利用延人員数(人)							
療短 養期 介入 護所	指定を受けた病床数（空床利用、みなしの場合は「-」を記入してください）	「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
	床	9月中の利用実人員数(人)							
		9月中の利用延人員数(人)							

(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。

多 床 室	滞 在 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	滞 在 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)	滞 在 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)	滞 在 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

(6)食 費 の 状 況 事業所が設定している料金を記入してください。
 なお、設定している料金が複数ある場合は利用者が最も多い額を日額で記入してください。
 1日あたりの食費 _____ 円

記 入 者	氏 名	
	TEL	- -
	FAX	- -

次ページにつづきます

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

サービスの提供を行っている場合には、利用者の有無に関わらず、提供体制（定員、9月中の開催日数）を記入してください。提供体制があり、「9月中」の利用者がいない場合には、利用者「2 なし」に○をしてください。

(7) サービスの提供状況	リハビリテーション	定員	人	「9月中」の利用者							
	介護予防通所	9月中の開催日数	日	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)							
	通所リハビリテーション	定員	人	「9月中」の利用者							
		9月中の開催日数	日	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)							
				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)							
(8) 選択的サービス提供の組み合わせ(複数回答)	介護予防通所リハビリテーションを実施している場合にのみ、選択的サービス提供の組み合わせについて該当する番号を○で囲んでください。(利用者の有無に関わらず、提供体制を記入してください)										
	1 運動器機能向上		2 栄養改善								
	3 口腔機能向上		4 1～3は行っていない								
(9) 食費(昼食)の状況	昼食の提供状況について該当する番号を○で囲み、昼食を提供している場合は事業所が設定している料金を日額で記入してください。なお、料金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。										
	1 昼食を提供している		→ 1日あたりの昼食費		円		2 昼食を提供していない				
(10) 通所リハビリテーションの従事者数	通所リハビリテーションの従事者数は、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。										
	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 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			.	.				.	.
下記の職種（常勤者・非常勤者）の従事者について平成18年10月1日から平成19年9月30日の期間における就職者及び退職者の人数を記入してください。(兼務している場合はそれぞれに計上してください。)											
就職者数	2	看護師	人	退職者数	2	看護師	人				
	3	准看護師	人		3	准看護師	人				
	4	介護職員	人		4	介護職員	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。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。(常勤の従事者が勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$$

(換算数の詳細は手引参照)

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -

ご協力ありがとうございました



総務省承認 No.26952
承認期限 平成20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19年10月1日調査)

厚生労働省

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

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 <input type="text"/>	入所前の場所 / 退所後の行先 01 家庭 08 病院(05~07以外) 02 介護老人福祉施設 09 診療所(介護療養型) 03 その他の社会福祉施設 10 診療所(介護療養型以外) 04 介護老人保健施設 11 施設内での死亡 05 病院(介護療養型) 12 入院先での死亡 06 病院(医療療養病床) 13 その他 07 病院(一般病床)	
	退所(院)日 平成19年9月 日	退所(院)後の行先 <input type="text"/>		
(5)要介護度	1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 その他			
(6)一年前の要介護度の状況	平成18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、「10 不明」を○で囲んでください。 1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 経過的要介護 7 要支援1 8 要支援2 9 その他 10 不明			
(7)主傷病名	傷病番号 <input type="text"/>			
(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)負担限度額認定状況	1 第1段階 2 第2段階 3 第3段階 4 1~3以外			
(11)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 日用品生活費	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		

裏面につづきます

(12) 医療処置等の状況	施設内での処置	日中 (午前6時～午後6時)	01 点滴	07 酸素療法	13 透析	18 服薬
			02 膀胱カテーテル	08 気管切開	14 ドレーン	19 その他
		03 人工膀胱	09 人工呼吸器	15 モニター測定 (心拍・血圧・酸素飽和度)	20 医療処置なし	
		04 人工肛門	10 中心静脈栄養			
		05 喀痰吸引	11 経管栄養	16 じょく瘡の処置 (Ⅲ度以上)		
		06 ネブライザー	12 胃瘻	17 疼痛管理		
	※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。	夜間および深夜 (午後6時～午前6時)	01 点滴	07 酸素療法	13 透析	18 服薬
			02 膀胱カテーテル	08 気管切開	14 ドレーン	19 その他
			03 人工膀胱	09 人工呼吸器	15 モニター測定 (心拍・血圧・酸素飽和度)	20 医療処置なし
			04 人工肛門	10 中心静脈栄養		
			05 喀痰吸引	11 経管栄養	16 じょく瘡の処置 (Ⅲ度以上)	
			06 ネブライザー	12 胃瘻	17 疼痛管理	
※9月中に受けた医療行為	他の医療機関等での処置	日中 (午前6時～午後6時)	01 点滴	07 酸素療法	13 透析	18 服薬
			02 膀胱カテーテル	08 気管切開	14 ドレーン	19 その他
		03 人工膀胱	09 人工呼吸器	15 モニター測定 (心拍・血圧・酸素飽和度)	20 医療処置なし	
		04 人工肛門	10 中心静脈栄養			
		05 喀痰吸引	11 経管栄養	16 じょく瘡の処置 (Ⅲ度以上)		
		06 ネブライザー	12 胃瘻	17 疼痛管理		
	※往診により、施設内で受けた処置を含む。	夜間および深夜 (午後6時～午前6時)	01 点滴	07 酸素療法	13 透析	18 服薬
			02 膀胱カテーテル	08 気管切開	14 ドレーン	19 その他
			03 人工膀胱	09 人工呼吸器	15 モニター測定 (心拍・血圧・酸素飽和度)	20 医療処置なし
			04 人工肛門	10 中心静脈栄養		
			05 喀痰吸引	11 経管栄養	16 じょく瘡の処置 (Ⅲ度以上)	
			06 ネブライザー	12 胃瘻	17 疼痛管理	

注：日中、夜間および深夜にかかり処置している場合はそれぞれに○をお願いします。

ご協力ありがとうございました



総務省承認 No.26953
承認期限 平成20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

(平成19年10月1日調査)

厚生労働省

配付号

(_____ 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	2	1	2	3	年	月	日	要介護	(	1	2	3	4	5	)	6	その他			
1	1	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	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	2	1	明治	2	大正	3	昭和	年	月	日	要介護	(	1	2	3	4	5	)	6	その他

整理 番号	性別	出生年月日						要介護度					
31	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					
32	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					
33	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					
34	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					
35	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					
36	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					
37	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					
38	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					
39	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					
40	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					
41	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					
42	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					
43	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					
44	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					
45	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					
46	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					
47	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					
48	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					
49	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					
50	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					
51	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					
52	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					
53	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					
54	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					
55	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					
56	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					
57	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					
58	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					
59	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					
60	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					

ご協力ありがとうございました



総務省承認 No.26954
承認期限 平成20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個票
(平成19年10月1日調査)

厚生労働省

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

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

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	4 平成	年	月	日				
(3)適用法等(支払方法) (複数回答)	01 介護保険法	02 老人保健法	03 健康保険法等	04 障害者自立支援法	05 生活保護法	06 原爆被爆者援護法	07 特定疾患治療研究事業	08 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業	09 その他(上記04~08以外の公費負担医療等)		
(4)指示書の種類 (複数回答)	1 訪問看護指示書	2 在宅患者訪問点滴注射指示書	3 精神訪問看護指示書	4 特別訪問看護指示書							
(5)要介護度	1 要介護1	2 要介護2	3 要介護3	4 要介護4	5 要介護5	6 経過的要介護	7 要支援1	8 要支援2	9 その他		
(6)主傷病名	傷病番号										
(7)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M	6 認知症なし					
(8)障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	1 ランクJ	2 ランクA	3 ランクB	4 ランクC	5 障害なし						
(9)訪問先の状況	1 自宅	2 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護	3 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護	4 その他							
(10)同居家族の状況	同居者の状況について該当する番号すべてを○で囲んでください										
	1 夫又は妻	2 息子	3 娘	4 息子の妻	5 娘の夫	6 父母	7 孫	8 その他	9 一人暮らし		
(11)利用料 ※9月中の本人負担分	1 介護保険法の法定代理受領にかかる自己負担額										円
	2 介護保険法の支給限度額を超えたサービス費										円
	3 健康保険法等の基本利用料										円
	4 交通費										円
	5 延長料金										円
	6 その他										円

裏面につづきます

		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																																								
(12) 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 呼吸ケア・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> <hr/> <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 中心静脈栄養法の実施・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・摘便</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 呼吸ケア・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 中心静脈栄養法の実施・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・摘便		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 呼吸ケア・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 中心静脈栄養法の実施・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・摘便																																									
	21 その他																																									

ご協力ありがとうございました



総務省承認 No.26955
承認期限 平成20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

(平成19年10月1日調査)

厚生労働省

配付番号

(_____ 枚のうち _____ 枚目)

一連番号

本票には、利用者の出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					要支援		その他	
		1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1		2	9
1	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
2	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
3	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
4	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
5	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
6	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
7	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
8	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
9	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
10	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
11	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
12	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
13	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
14	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
15	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
16	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
17	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
18	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
19	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
20	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
21	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
22	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
23	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
24	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
25	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
26	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
27	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
28	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
29	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
30	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9

裏面につづきます

整理番号	性別	出生年月日							要介護					要支援		その他	
31	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
32	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
33	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
34	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
35	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
36	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
37	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
38	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
39	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
40	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
41	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
42	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
43	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
44	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
45	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
46	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
47	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
48	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
49	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
50	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
51	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
52	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
53	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
54	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
55	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
56	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
57	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
58	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
59	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9
60	1 男 2 女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	1	2	3	4	5	経過	1	2	9

ご協力ありがとうございました