



総務省承認 No. 27661
承認期限 平成22年 3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21年10月1日調査)

1

厚生労働省

*発送番号									
事業所番号									
*一連番号									
*市区町村 符 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						活動の 状 況	1 活動中 2 休止中 3 廃止	
(2) 施設名								
(3) 施設の所在地	〒 TEL()-()-()							
(4) 開設年月	1 昭和	2 平成		年		月		
(5) 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 <input type="checkbox"/> 01 都道府県 05 社会福祉協議会 02 市区町村 06 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 経営主体 <input type="checkbox"/> 03 広域連合・一部事務組合 07 社団・財団法人(公益・一般) 04 日本赤十字社 08 01~07以外							
(6) 介護報酬上の届出	該当する施設の種類の種類に○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	2 小規模介護福祉施設	3 ユニット型介護福祉施設	4 ユニット型小規模介護福祉施設	1 地域密着型介護福祉施設	2 サテライト型介護福祉施設	3 ユニット型地域密着型介護福祉施設	4 ユニット型サテライト型地域密着型介護福祉施設
(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。							
	多床室				従来型個室	ユニット型		
	5人以上室	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室(準個室を含む)	
室	室	室	室	室	室	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) ユニットの状況	「(6)介護報酬上の届出」の種類が「3」または「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。							
	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	
(9) 居住費の状況	各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。 居住費の室数と(7)居室の室数は一致させてください。							
	多床室	居住費(月額)	円	円	円	円	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

*組み合わせ	計	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

次ページにつづきます

(10) 施設サービスの状況	9月末日の在所者数(人)					
	短期入所生活介護の利用者は含めないでください。					
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
	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	
(11) 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
(12) 社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している \longrightarrow 9月中の軽減者数 _____ 人(生活保護受給者等は含みません) 2 実施していない					
(13) 苦情解決のための取組状況(複数回答)	該当する番号すべてを○で囲んでください。 1 苦情受付窓口を設置 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 5 1~4以外の取組を実施している 6 1~5のいずれも実施していない					
(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 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 15 (介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所 04 03以外の病院・診療所 16 夜間対応型訪問介護事業所 05 (介護予防)訪問介護事業所 17 (介護予防)認知症対応型通所介護事業所 06 (介護予防)訪問入浴介護事業所 18 (介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所 07 (介護予防)訪問看護ステーション 19 地域密着型特定施設 08 (介護予防)訪問リハビリテーション事業所 20 地域密着型介護老人福祉施設 09 (介護予防)通所介護事業所 21 介護予防支援事業所(地域包括支援センター) 10 (介護予防)通所リハビリテーション事業所 22 在宅介護支援センター 11 (介護予防)短期入所生活介護事業所 23 01~22との併設はない 12 (介護予防)短期入所療養介護事業所					
(15) 夜勤時間帯における勤務体制	平成21年9月30日から10月1日にかけて施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数を記入してください。					
	夜勤を行った看護職員がいましたか。 1 いた 2 いない ↓ 夜勤を行った看護職員 _____ 人		夜勤を行った介護職員がいましたか。 1 いた 2 いない ↓ 夜勤を行った介護職員 _____ 人			
(16) 夜勤職員の実人員数及び総時間	9月中(平成21年9月1日~30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)及び総時間を記入してください。 看護職員 実人員数 _____ 人 夜勤総時間 _____ 時間 介護職員 実人員数 _____ 人 夜勤総時間 _____ 時間					
(17) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成20年10月1日~平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり \longrightarrow { 過去1年間で実習生を受け入れた日数 _____ 日/365日 2 受け入れなし { 受け入れた延人数 _____ 人日					
(18) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成20年10月1日~平成21年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり \longrightarrow { 過去1年間で実習生を受け入れた日数 _____ 日/365日 2 受け入れなし { 受け入れた延人数 _____ 人日					

(19) 従事者数	常勤専従			非常勤				常勤専従			非常勤		
	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	常勤専従		常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		
1 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 介護支援専門員						
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													

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
 ※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

「(19)従事者数」で記入した従事者について、現在の施設に勤務してからの勤続年数(同一法人の経営する施設において勤務した年数を含める)別に従事者数を記入してください。

		1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 4年未満	4年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上 20年未満	20年以上
(20) 勤続年数別従事者数	4 生活相談員	常勤								
		非常勤								
	4 生活相談員のうち社会福祉士	常勤								
		非常勤								
	5 看護師	常勤								
		非常勤								
	6 准看護師	常勤								
		非常勤								
	7 介護職員	常勤								
		非常勤								
	7 介護職員のうち介護福祉士	常勤								
		非常勤								
10 機能訓練指導員	常勤									
	非常勤									

調査票記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -
	E-mail	

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用場合があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。
 なお、FAX、E-mailの記入は任意です。

ご協力ありがとうございました

*発送番号	
事業所番号	
*一連番号	
*市区町村 符 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							活動の状況	1 活動中 2 休止中 3 廃止
(2) 施設名								
(3) 施設の所在地	〒 TEL()-()-()							
(4) 開設年月	1 昭和	2 平成		年		月		
(5) 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(公益・一般) 09 その他の法人 10 個人 11 01~10以外				
(6) 介護報酬上の届出(複数回答)	介護保健施設(1 I型 2 II型 3 III型) ユニット型介護保健施設(4 I型 5 II型 6 III型)							
(7) 療養体制維持特別加算の状況	1 加算している 2 加算していない							
(8) 小規模介護老人保健施設等の設置状況	1から3の施設を設置している場合、該当する番号に○をしてください。 1 サテライト型小規模介護老人保健施設 2 医療機関併設型小規模介護老人保健施設 3 分館型介護老人保健施設							
(9) 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					
	療養室の状況							
			多床室		従来型個室	ユニット型		
		4人室	3人室	2人室	夫婦等の2人室		個室(準個室を含む)	
一般棟室数(室)								
認知症専門棟室数(室)								
(10) ユニットの状況	「(6)介護報酬上の届出」の種別でユニット型介護保健施設(I型、II型、III型)に該当する場合は記入してください。 なお、ユニット型として届け出た療養室について記入してください。							
	一般棟	ユニットの規模(定員)	人	人	人	人	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	
(11) 居住費の状況	各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。 居住費の室数と(9)療養室の室数は一致させてください。							
	多床室	居住費(月額)	円	円	円	円	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
	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

(12) 施設サービスの状況	9月末日の在所要者数(人)									
	短期入所療養介護の利用者は含みません。									
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他				
一般棟										
認知症専門棟										
(13) 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。 <div style="text-align: right;">1日あたりの食費 _____ 円</div>									
(14) 併設の状況 (複数回答) <small>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。</small>	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 02 介護老人保健施設 03 介護療養型医療施設 04 03以外の病院・診療所 05 (介護予防)訪問介護事業所 06 (介護予防)訪問入浴介護事業所 07 (介護予防)訪問看護ステーション 08 (介護予防)訪問リハビリテーション事業所 09 (介護予防)通所介護事業所 10 (介護予防)通所リハビリテーション事業所 11 (介護予防)短期入所生活介護事業所 12 (介護予防)短期入所療養介護事業所 13 (介護予防)特定施設入居者生活介護事業所 14 居宅介護支援事業所 15 (介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所 16 夜間対応型訪問介護事業所 17 (介護予防)認知症対応型通所介護事業所 18 (介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所 19 地域密着型特定施設 20 地域密着型介護老人福祉施設 21 介護予防支援事業所(地域包括支援センター) 22 在宅介護支援センター 23 01～22との併設はない									
(15) 夜勤時間帯における勤務体制	平成21年9月30日から10月1日にかけて施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数を記入してください。 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> 夜勤を行った看護職員がいましたか。 1 いた 2 いない ↓ 夜勤を行った看護職員 _____ 人 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> 夜勤を行った介護職員がいましたか。 1 いた 2 いない ↓ 夜勤を行った介護職員 _____ 人 </td> </tr> </table>						夜勤を行った看護職員がいましたか。 1 いた 2 いない ↓ 夜勤を行った看護職員 _____ 人	夜勤を行った介護職員がいましたか。 1 いた 2 いない ↓ 夜勤を行った介護職員 _____ 人		
夜勤を行った看護職員がいましたか。 1 いた 2 いない ↓ 夜勤を行った看護職員 _____ 人	夜勤を行った介護職員がいましたか。 1 いた 2 いない ↓ 夜勤を行った介護職員 _____ 人									
(16) 夜勤職員の実人員数及び総時間	9月中(平成21年9月1日～30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)及び総時間を記入してください。 看護職員 実人員数 _____ 人 夜勤総時間 _____ 時間 介護職員 実人員数 _____ 人 夜勤総時間 _____ 時間									
(17) 従事者数	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 医師						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) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。 ※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。 $\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}} \quad (\text{換算数の詳細は手引参照})$ (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)										

「(17)従事者数」で記入した従事者について、現在の施設に勤務してからの勤続年数(同一法人の経営する施設において勤務した年数を含める)別に従事者数を記入してください。

		1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 4年未満	4年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上 20年未満	20年以上
4 看護師	常勤									
	非常勤									
5 准看護師	常勤									
	非常勤									
6 介護職員	常勤									
	非常勤									
6 介護職員のうち 介護福祉士	常勤									
	非常勤									
7 支援相談員	常勤									
	非常勤									
7 支援相談員のうち 社会福祉士	常勤									
	非常勤									
8 理学療法士	常勤									
	非常勤									
9 作業療法士	常勤									
	非常勤									
10 言語聴覚士	常勤									
	非常勤									

(18) 勤続年数別従事者数

(19) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)

平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり \longrightarrow 過去1年間で実習生を受け入れた日数 _____ 日/365日

2 受け入れなし 受け入れた延人数 _____ 人日

(20) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)

平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり \longrightarrow 過去1年間で実習生を受け入れた日数 _____ 日/365日

2 受け入れなし 受け入れた延人数 _____ 人日

調査票記入者	氏名	
	TEL	— —
	FAX	— —
	E-mail	

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。
なお、FAX、E-mailの記入は任意です。

ご協力ありがとうございました

介護サービス施設・事業所調査
介護療養型医療施設票
(平成21年10月1日調査)

厚生労働省

*発送番号

事業所番号

*一連番号

*市区町村
符 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
(2) 施設名
(3) 施設の所在地 TEL()-()-()
(4) 開設主体
01 都道府県 07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
02 市区町村 08 社団・財団法人(公益・一般)
03 広域連合・一部事務組合 09 営利法人(会社)
04 日本赤十字社・社会保険関係団体 10 その他の法人
05 医療法人 11 個人
06 社会福祉協議会
(5) 介護報酬上の届出 (複数回答)
病院療養型 (1 I型 2 II型 3 III型)
ユニット型病院療養型 (1 I型 2 II型)
病院経過型 (1 I型 2 II型)
ユニット型病院経過型 (1 I型 2 II型)
診療所型 (1 I型 2 II型)
ユニット型診療所型 (1 I型 2 II型)
認知症患者型 (1 I型 2 II型 3 III型 4 IV型 5 V型)
ユニット型認知症患者型 (1 I型 2 II型)
認知症経過型 (1 I型 2 II型)
(6) 病床数
療養病床 老人性認知症患者療養病床
介護指定病床を有する病棟の病床数 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

以下の(7)~(10)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
多床室 従来型個室 ユニット型
5人以上室 4人室 3人室 2人室 夫婦等の2人室 個室(準個室を含む)
室 室 室 室 室 室

(8) ユニットの状況
「(5)介護報酬上の届出」の種別でユニット型として届け出た病室について記入してください。
療養病床 ユニットの規模(定員) 人 人 人 人 人 人
ユニット数 ユニット ユニット ユニット ユニット ユニット
老人性認知症患者療養病床 ユニットの規模(定員) 人 人 人 人 人 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

(9) 居住費の状況
各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。
居住費の室数と(7)病室の室数は一致させてください。
多床室 居住費(日額) 円 円 円 円 円
室定員 人室 人室 人室 人室 人室
室数 室 室 室 室 室
従来型個室 居住費(日額) 円 円 円 円 円
室数 室 室 室 室 室
ユニット型準個室(夫婦等の2人室を含む) 居住費(日額) 円 円 円 円 円
室定員 人室 人室 人室 人室 人室
室数 室 室 室 室 室
ユニット型個室(夫婦等の2人室を含む) 居住費(日額) 円 円 円 円 円
室定員 人室 人室 人室 人室 人室
室数 室 室 室 室 室

*組み合わせ 計 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

(10) 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)					
		短期入所療養介護の利用者は含みません。					
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
	療養病床						
	老人性認知症疾患療養病棟						

(11) 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

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

(13) 夜勤時間帯における勤務体制	平成21年9月30日から10月1日にかけて施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数を記入してください。	
	夜勤を行った看護職員がいましたか。 1 いた 2 いない ↓ 夜勤を行った看護職員 _____ 人	夜勤を行った介護職員がいましたか。 1 いた 2 いない ↓ 夜勤を行った介護職員 _____ 人

(14) 夜勤職員の実人員数及び総時間	9月中(平成21年9月1日~30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)及び総時間を記入してください。	
	看護職員 実人員数 _____ 人	夜勤総時間 _____ 時間
	介護職員 実人員数 _____ 人	夜勤総時間 _____ 時間

(15) 従事者数	施設に在籍する職員のうち、介護療養型医療施設サービスを行う病棟(診療所においては病室)の業務に携わる従事者について、職種別に記入してください。										
	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 医師					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) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
 ※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

換算数 =
$$\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}} \quad (\text{換算数の詳細は手引参照})$$
 (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

「(15)従事者数」で記入した従事者について、現在の施設に勤務してからの勤続年数(同一法人の経営する施設において勤務した年数を含める)別に従事者数を記入してください。

		1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 4年未満	4年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上 20年未満	20年以上
4 看護師	常勤									
	非常勤									
5 准看護師	常勤									
	非常勤									
6 介護職員	常勤									
	非常勤									
6 介護職員 のうち 介護福祉士	常勤									
	非常勤									
10 理学療法士	常勤									
	非常勤									
11 作業療法士	常勤									
	非常勤									

(17) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去一年間)

平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり → 過去1年間で実習生を受け入れた日数 _____ 日/365日

2 受け入れなし 受け入れた延人数 _____ 人日

(18) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去一年間)

平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり → 過去1年間で実習生を受け入れた日数 _____ 日/365日

2 受け入れなし 受け入れた延人数 _____ 人日

調査票記入者	氏名		
	TEL	-	-
	FAX	-	-
	E-mail		

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。
なお、FAX、E-mailの記入は任意です。

ご協力ありがとうございました

介護サービス施設・事業所調査
訪問看護ステーション票
(平成21年10月1日調査)

厚生労働省

* 発送番号

* 一連番号

* 市区町村
符 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	
(2) ステーション名	
(3) ステーションの所在地	〒 TEL () - () - ()

(4) サービスの種類・事業所番号
・10月1日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、印字内容を確認し、事業開始年月の記入及び活動状況の該当する番号を○で囲んでください。
・印字されていない事業があった場合は、該当するサービス欄に事業所番号、ステーション名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	事業開始月	活動状況
041 介護予防訪問看護			平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止
042 訪問看護			平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止

(5) 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（06、07以外の公益・一般）	

(6) 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
		ターミナルケア体制の届出	1 あり	2 なし
	健康保険法等	24時間対応体制加算の届出	1 あり	2 なし
		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

(7) 出張所等（サテライト事業所）の状況

サテライト事業所数 事業所

9月中のサテライト事業所の利用実人員数 人

9月中のサテライト事業所からの訪問回数合計 回

* 組み合わせ	計	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

次ページにつづきます

営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。
 ※利用実人員数欄には、介護保険法による（介護予防）訪問看護を1回でも利用した者については計上してください。
 ※訪問回数の合計欄には、支給限度額を超えた訪問回数及び健康保険法等併給による訪問回数も含めて計上してください。

(8) 9月中のサービスの提供状況

介護保険法

介護予防訪問看護

9月中の営業日数 日

9月中の利用者 1 あり 2 なし
↓

	要支援1	要支援2	要支援認定申請中
利用実人員数(人)			
訪問回数の合計(回)			

訪問看護（介護給付）

9月中の営業日数 日

9月中の利用者 1 あり 2 なし
↓

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護認定申請中
利用実人員数(人)						
訪問回数の合計(回)						

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

介護保険法による（介護予防）訪問看護を1回も利用せず健康保険法等のみによる訪問看護を利用した者について計上してください。健康保険法等とは、長寿医療制度（後期高齢者医療制度）、健康保険、国民健康保険等の医療保険及び公費負担医療をいいます。

利用実人員数 人 訪問回数の合計 回

その他

介護保険法及び健康保険法等いずれの保険制度も利用していない者で、9月中のすべての訪問看護を自費により受けた者及び市町村事業による者について計上してください。

利用実人員数 人 訪問回数の合計 回

(9) 9月中の利用者

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

健康保険法等の利用者

	健康保険法等
24時間対応体制加算に同意をしている実人員数	人
24時間連絡体制加算に同意をしている実人員数	人

利用者

	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	療養費ありの利用者数	療養費なしの利用者数
死亡によるサービスの終了者	加算ありの利用者数	加算なしの利用者数		
9月中に死亡した利用者数	人	人	人	人
在宅で死亡した利用者数	人	人	人	人
在宅以外で死亡した利用者数	人	人		人

(10) 従事者数	平成21年10月1日の従事者について記入してください。 ※常勤兼務と非常勤に記入した場合は、換算数を記入してください。										
	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	5 理学療法士	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 保健師			.		.					.	
2 助産師			.		.	6 作業療法士			.		.
3 看護師			.		.	7 言語聴覚士			.		.
4 准看護師			.		.	8 その他の職員			.		.
						1～7のうちサテライト事業所の従事者			.		.

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
 ※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。
 ※「介護予防訪問看護」と「訪問看護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(11) 「居宅介護支援事業所」の併設の状況と従事者による介護支援専門員（ケアマネジャー）の兼務状況

「居宅介護支援事業所」と併設している場合は「1 併設している」の番号を○で囲み、介護支援専門員と兼務の有無を回答してください。

1 併設している 2 併設していない

↓

介護支援専門員と兼務している場合は、「1 兼務あり」の番号を○で囲み、その人数を記入してください。

1 兼務あり 人 2 兼務なし

記入者	氏名		
	TEL	—	—
	FAX	—	—
	E-mail		

※ 調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用場合があります。事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名と連絡先を記入してください。
 なおFAX・E-mailの記入は任意です。

ご協力ありがとうございました

介護サービス施設・事業所調査
居宅サービス事業所
(福祉関係) 票
(平成21年10月1日調査)

厚生労働省

* 発送番号

* 一連番号

* 市区町村
符 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
(2) 事業所名
(3) 事業所の所在地 〒 TEL () - () - ()

(4) サービスの種類・事業所番号 ・10月1日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、「活動状況」の一つに○をつけ、印字されている事業所番号、事業所名を確認してください。変更・誤りがある場合は、赤字で修正してください。
・活動状況の記入後、「1 活動中」のみ、サービスの種類ごとの回答ページへ記入してください。
・印字されていない事業があった場合は、該当する「サービスの種類」欄の事業所番号、事業所名等を記入してください。

Table with columns: サービスの種類, 活動状況(一つに○), 事業所番号, 事業所名, 回答ページ. Rows include 071 介護予防施設, 072 通所介護, 081 介護予防短期入所生活介護, 082 短期入所生活介護, 091 介護予防特定施設入居者生活介護, 092 特定施設入居者生活介護, 111 介護予防訪問入浴介護, 112 訪問入浴介護, 121 介護予防福祉用具貸与, 122 福祉用具貸与, 131 特定介護予防福祉用具販売, 132 特定福祉用具販売, 191 介護予防支援, 201 居宅介護支援, 101 介護予防訪問介護, 102 訪問介護.

(5) 経営主体 該当する番号ひとつを○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(公益・一般) 11 特定非営利活動法人(NPO)
04 社会福祉協議会 08 農業協同組合及び連合会 12 その他の法人
13 01~12以外

(6) 苦情解決のための取組状況 (複数回答) 該当する番号すべてを○で囲んでください。
1 苦情受付窓口を設置 3 共同で第三者委員を設置 5 1~4以外の取組を実施している
2 苦情解決責任者を設置 4 単独で第三者委員を設置 6 1~5のいずれも実施していない

* 組み合わせ 計 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

(※) 調査票の記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名と連絡先(電話番号)を記入してください。なお、FAX、E-mailアドレスの記入は任意です。

記入者 氏名 TEL FAX E-mail

【071介護予防通所介護・072通所介護】

(7) 事業所の形態 都道府県に届出をしている事業所の形態について、該当する番号すべてを○で囲んでください。
 1 小規模型事業所 3 大規模型事業所 (I) 5 療養通所介護事業所
 2 通常規模型事業所 4 大規模型事業所 (II)

(8) 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・開催日数)を記入してください。「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。

※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数、単位数を記入してください。
 ※単位ごとの定員について該当する欄に単位数を記入してください。

介護予防通所介護	定員	人	単位数	1~10人の単位	11~20人の単位
	9月中の開催日数	日		21~30人の単位	31~40人の単位
				41~50人の単位	50人以上の単位

9月中の利用者

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

(8) サービスの提供状況 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数、単位数を記入してください。
 ※単位ごとの定員について該当する欄に単位数を記入してください。

通所介護	定員	人	単位数	1~10人の単位	11~20人の単位
	9月中の開催日数	日		21~30人の単位	31~40人の単位
				41~50人の単位	50人以上の単位

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	利用延人員数(人)						

療養通所介護

定員	人	9月中の開催日数	日
----	---	----------	---

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	利用延人員数(人)						

(9) 社会福祉法人等による軽減の状況

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

(10) 従事者数 (平成21年10月1日現在)

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 医師			.		.	5 調理員			.		.
2 看護師			.		.	6 管理栄養士			.		.
3 准看護師			.		.	7 栄養士			.		.
4 機能訓練指導員			.		.	8 歯科衛生士			.		.
4のうち理学療法士			.		.	9 生活相談員			.		.
4のうち作業療法士			.		.	9のうち社会福祉士			.		.
4のうち言語聴覚士			.		.	10 介護職員			.		.
4のうち柔道整復師			.		.	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) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
 得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
 ※専従は換算する必要はありません。
 ※「介護予防通所介護」と「通所介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。
 換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$
 (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は手引参照)

(11) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去1年間)

平成20年10月1日~平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり → 過去1年間で実習生を受け入れた日数 日/365日
 2 受け入れなし 受け入れた延人数 人日

(12) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去1年間)

平成20年10月1日~平成21年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり → 過去1年間で実習生を受け入れた日数 日/365日
 2 受け入れなし 受け入れた延人数 人日

【071介護予防通所介護・072通所介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【081介護予防短期入所生活介護・082短期入所生活介護】

(13) 介護報酬上の届出種別 (複数回答)	1 単独型 2 併設型	3 空床型 4 単独型ユニット型	5 併設型ユニット型 6 空床型ユニット型									
(13)において「3」、「6」以外に○をした方は、「(14)~(19)」に回答してください。 「2」と「5」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。												
(14) サービス提供状況	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」を○で囲んでください。 空床利用している利用者を含めず、指定を受けている事業でサービスの利用者を記入してください。											
	介護予防短期入所生活介護	定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者									
	人	1 あり →	利用実人員数(人)									
		2 なし	利用日数合計(日)									
短期入所生活介護	定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者										
人	1 あり →	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	利用実人員数(人)										
(15) 居室の状況	空床利用している居室を含めず、指定を受けている居室を記入してください。											
	多床室				従来型個室	ユニット型						
5人以上室	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室 (単個室を含む)						
室	室	室	室	室	室	室						
(16) 社会福祉法人等による軽減状況	1 実施している → 9月中の軽減者数 [] 人 (生活保護受給者等は含みません) 2 実施していない											
(17) 従事者数 (平成21年10月1日現在)		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
	1 医師			.		.		5 調理員				.
	2 看護師			.		.		6 管理栄養士				.
	3 准看護師			.		.		7 栄養士				.
	4 機能訓練指導員			.		.		8 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) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。 換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$ 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。 ※専従は換算する必要はありません。 ※「介護予防短期入所生活介護」と「短期入所生活介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。(換算数の詳細は手引参照)											
	(18) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去1年間)	平成20年10月1日~平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。										
1 受け入れあり →		過去1年間で実習生を受け入れた日数		[]	日/365日							
2 受け入れなし	受け入れた延人数		[]	人日								
(19) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去1年間)	平成20年10月1日~平成21年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。											
	1 受け入れあり →	過去1年間で実習生を受け入れた日数		[]	日/365日							
2 受け入れなし	受け入れた延人数		[]	人日								

【081介護予防短期入所生活介護・082短期入所生活介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【091 介護予防特定施設入居者生活介護・092 特定施設入居者生活介護】

⑳ 事業所の形態	該当する番号ひとつを○で囲んでください。 1 有料老人ホーム 2 軽費老人ホーム 3 養護老人ホーム 4 適合高齢者専用賃貸住宅											
㉑ 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」を○で囲んでください。											
	入居者生活介護	定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者	9月末日の利用者数(人)	要支援1	要支援2	要介護認定申請中					
		1 あり 2 なし	人									
生活介護入居者	定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者	9月末日の利用者数(人)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護認定申請中			
	1 あり 2 なし	人										
㉒ 人員配置区分状況	1 一般型 2 外部サービス利用型 「2 外部サービス利用型」を選択された場合には、利用しているサービスについてあてはまる番号すべてを○で囲んでください。 1 (介護予防) 訪問介護 4 (介護予防) 福祉用具貸与 2 (介護予防) 訪問看護 5 (介護予防) その他 3 (介護予防) 通所介護											
㉓ 介護専用型・混合型の区分	1 専用型 2 混合型 「専用型」とは、特定施設のうち入居者が要介護者とその配偶者などに限られるものをいいます。「混合型」とは、それ以外の特定施設をいいます。											
㉔ 従事者数 (平成21年10月1日現在)		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
	1 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 計画作成担当者			.		.	7 その他の職員			.		.	
(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.11に満たない場合は「0.1」と計上してください。 ※専従は換算する必要はありません。 ※「介護予防特定施設入居者生活介護」と「特定施設入居者生活介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。 $\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延長時間}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}} \quad (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)$ (換算数の詳細は手引参照)												
㉕ 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり → 過去1年間で実習生を受け入れた日数 <input type="text" value="日/365日"/> 2 受け入れなし → 受け入れた延人数 <input type="text" value="人日"/>											
㉖ 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり → 過去1年間で実習生を受け入れた日数 <input type="text" value="日/365日"/> 2 受け入れなし → 受け入れた延人数 <input type="text" value="人日"/>											

【091 介護予防特定施設入居者生活介護・092 特定施設入居者生活介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【111介護予防訪問入浴介護・112訪問入浴介護】

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（営業日数）を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。														
◎サービスの提供状況	訪問入浴介護 介護予防	9月中の営業日数 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。	9月中の利用者	要支援1	要支援2	その他								
		日	1 あり →	利用実人員数（人）										
			2 なし	訪問回数合計（回）										
◎従事者数 (平成21年10月1日現在)	訪問入浴介護	9月中の営業日数 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。	9月中の利用者	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他					
		日	1 あり →	利用実人員数（人）										
			2 なし	訪問回数合計（回）										
◎従事者数 (平成21年10月1日現在)	* 資格(1)～(5)を複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。	1 介護職員	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	2 看護師	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	
		(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		
(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。 得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。 ※専従は換算する必要はありません。 ※「介護予防訪問入浴介護」と「訪問入浴介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。 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)														
◎介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。													
	1 受け入れあり →	過去1年間で実習生を受け入れた日数	日/365日											
2 受け入れなし	受け入れた延人数	人日												

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

【1 2 1 介護予防福祉用具貸与・1 2 2 福祉用具貸与・1 3 1 特定介護予防福祉用具販売・1 3 2 特定福祉用具販売】

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（営業日数）を記入してください。
「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。

介護予防福祉用具貸与

9月中の営業日数 日 ※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。

9月中に介護保険の利用者（9月以前からの継続利用者を含む）

1 あり → 利用実人員 人
2 なし

福祉用具貸与

9月中の営業日数 日 ※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。

9月中に介護保険の利用者（9月以前からの継続利用者を含む）

1 あり → 利用実人員 人
2 なし

特定介護予防福祉用具販売

9月中の営業日数 日 ※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。

特定福祉用具販売

9月中の営業日数 日 ※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。

特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売

「9月中の福祉用具販売数（介護保険のみ）」を記入してください。

1 あり →

腰掛便座	特殊尿器	入浴補助用具	簡易浴槽	移動用リフトのつり具の部分
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 なし

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

32 従事者数 (平成21年10月1日現在)

	常勤専従		常勤兼務		非常勤	
	人数	換算数	人数	換算数	人数	換算数
1 福祉用具専門相談員	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 その他の職員	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
※専従は換算する必要はありません。
※「介護予防福祉用具貸与」「福祉用具貸与」「特定介護予防福祉用具販売」「特定福祉用具販売」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。
換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$ (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)
(換算数の詳細は手引参照)

33 福祉用具専門相談員の資格の状況 (平成21年10月1日現在)

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

1 介護福祉士 人 3 保健師 人 5 准看護師 人 7 作業療法士 人
2 義肢装具士 人 4 看護師 人 6 理学療法士 人 8 社会福祉士 人

上記1～8に該当しない者で → 9 福祉用具専門相談員指定講習会修了者 人
→ 10 1～9以外の有資格者 人

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

【191 介護予防支援（地域包括支援センター）】

<p>(94) 独立・併設の状況 (複数回答)</p>	<p>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。</p> <p>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）</p>																																																																							
<p>(95) サービスの提供状況</p>	<p>9月中の委託の状況についておたずねします。介護予防支援業務の一部を居宅介護支援事業所に委託しましたか。委託した場合、委託した人数、委託した事業所数をご記入ください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">9月中の委託</td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;">要支援1</td> <td style="width:15%;">要支援2</td> <td style="width:15%;">その他</td> </tr> <tr> <td>1 委託あり →</td> <td>利用実人員数（人）</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 委託なし</td> <td>うち9月中の新規の利用実人員数（人）</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>委託した事業所数は <input style="width:50px;" type="text"/> 事業所</p>										9月中の委託		要支援1	要支援2	その他	1 委託あり →	利用実人員数（人）				2 委託なし	うち9月中の新規の利用実人員数（人）																																																		
9月中の委託		要支援1	要支援2	その他																																																																				
1 委託あり →	利用実人員数（人）																																																																							
2 委託なし	うち9月中の新規の利用実人員数（人）																																																																							
	<p>9月中の利用者を記入してください。上記で回答した委託した人数は除きます。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">9月中の利用者</td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;">要支援1</td> <td style="width:15%;">要支援2</td> <td style="width:15%;">その他</td> </tr> <tr> <td>1 あり →</td> <td>利用実人員数（人）</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 なし</td> <td>うち9月中の新規の利用実人員数（人）</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										9月中の利用者		要支援1	要支援2	その他	1 あり →	利用実人員数（人）				2 なし	うち9月中の新規の利用実人員数（人）																																																		
9月中の利用者		要支援1	要支援2	その他																																																																				
1 あり →	利用実人員数（人）																																																																							
2 なし	うち9月中の新規の利用実人員数（人）																																																																							
<p>(96) 従事者数 (平成21年10月1日現在)</p> <p>* 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。</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">常勤専従</th> <th colspan="3">非常勤</th> </tr> <tr> <th>常勤専従</th> <th>常勤兼務</th> <th>換算数</th> <th>非常勤</th> <th>換算数</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 専門職員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 その他の職員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(1) 1のうち保健師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(2) 1のうち看護師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(3) 1のうち社会福祉士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(4) 1のうち介護支援専門員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(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</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。 換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$ 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。 ※専従は換算する必要はありません。 (換算数の詳細は手引参照)</p>											常勤専従			非常勤			常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		1 専門職員							2 その他の職員							(1) 1のうち保健師							(2) 1のうち看護師							(3) 1のうち社会福祉士							(4) 1のうち介護支援専門員							(5) 1のうち高齢者保健福祉に関する相談援助業務等に3年以上従事した社会福祉主事						
	常勤専従			非常勤																																																																				
	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数																																																																			
1 専門職員																																																																								
2 その他の職員																																																																								
(1) 1のうち保健師																																																																								
(2) 1のうち看護師																																																																								
(3) 1のうち社会福祉士																																																																								
(4) 1のうち介護支援専門員																																																																								
(5) 1のうち高齢者保健福祉に関する相談援助業務等に3年以上従事した社会福祉主事																																																																								
<p>(97) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去1年間)</p>	<p>平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。</p> <p>1 受け入れあり →</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">過去1年間で実習生を受け入れた日数</td> <td style="width:50%; text-align: center;">日/365日</td> </tr> <tr> <td>受け入れた延人数</td> <td style="text-align: center;">人日</td> </tr> </table> <p>2 受け入れなし</p>										過去1年間で実習生を受け入れた日数	日/365日	受け入れた延人数	人日																																																										
過去1年間で実習生を受け入れた日数	日/365日																																																																							
受け入れた延人数	人日																																																																							

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

【201 居宅介護支援】

<p>(38) 独立・併設の状況 (複数回答)</p>	<p>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。</p> <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） 																																		
<p>(39) サービスの提供状況</p>	<p>9月中の利用者</p> <p>1 あり →</p> <p>2 なし</p>	<p>利用実人員数（人）</p> <p>うち9月中の新規の利用実人員数（人）</p>	<p>要介護1</p>	<p>要介護2</p>	<p>要介護3</p>	<p>要介護4</p>	<p>要介護5</p>	<p>その他</p>																											
<p>(40) 従事者数 (平成21年10月1日現在)</p>	<p>1 介護支援専門員</p> <p>1のうち主任介護支援専門員</p>	<table border="1"> <tr> <td>常勤専従</td> <td>常勤兼務</td> <td>換算数</td> <td>非常勤</td> <td>換算数</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数						<p>2 その他の職員</p>	<table border="1"> <tr> <td>常勤専従</td> <td>常勤兼務</td> <td>換算数</td> <td>非常勤</td> <td>換算数</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数						<table border="1"> <tr> <td>常勤専従</td> <td>常勤兼務</td> <td>換算数</td> <td>非常勤</td> <td>換算数</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数					
常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数																															
常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数																															
常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数																															
<p>(注) 従事者数の常勤者の兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。（常勤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。）</p> <p style="text-align: center;">換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$</p> <p>(換算数の詳細は手引参照)</p>																																			
<p>(41) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去一年間)</p>	<p>平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。</p> <p>1 受け入れあり →</p> <p>2 受け入れなし</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>過去1年間で実習生を受け入れた日数</p> <p>受け入れた延人数</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>日/365日</p> <p>人日</p> </div> </div>																																		

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

【101介護予防訪問介護・102訪問介護】

(42) 特定事業所加算の状況	加算の届出状況について該当する番号を○で囲んでください。 1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ						
(43) サービスの提供体制	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。 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						
(44) サービスの提供状況	訪問介護 訪問介護 訪問介護	9月中の営業日数 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。 9月中の利用者 1 あり → 日 2 なし	9月中の利用者 1 あり → 日 2 なし	利用実人員数(人) 訪問回数合計(回)	要支援1 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	要支援2 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	その他 その他
(45) 社会福祉法人等の状況	1 実施している → 9月中の軽減者数 人 (生活保護受給者等は含みません) 2 実施していない						
(46) 従事者数 (平成21年10月1日現在) * 資格(1)~(5)を複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。	1 訪問介護員 (1) 1のうち介護福祉士 (2) 1のうち介護職員基礎研修課程修了者 (3) 1のうちホームヘルパー1級研修課程修了者 (4) 1のうちホームヘルパー2級研修課程修了者 (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	常勤専従 常勤兼務 非常勤	換算数 換算数	サービス提供責任者について 左記従事者のうち、サービス提供責任者について記入してください。 3 サービス提供責任者 (1) 3のうち介護福祉士 (2) 3のうち介護職員基礎研修課程修了者 (3) 3のうちホームヘルパー1級研修課程修了者 (4) 3のうちホームヘルパー2級研修課程修了者 * 資格(1)~(4)を複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。 (補問) サービス提供責任者の兼務の状況 管理者と兼務しているサービス提供責任者はいますか。 該当する番号ひとつを○で囲んでください。 1 兼務しているサービス提供責任者がいる 2 兼務していない	換算数 換算数		
(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。 ※専従は換算する必要はありません。 ※「介護予防訪問介護」と「訪問介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。	$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$ (換算数の詳細は手引参照)						
(47) 研修の機会の確保	研修の機会を確保していますか。それぞれについて、該当する番号を○で囲んでください。 (研修の参加実績に関わらず体制を記入してください)						
(48) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり → 過去1年間で実習生を受け入れた日数 日/365日 2 受け入れなし 受け入れた延人数 人日						

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

訪問介護の提供内容

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

この票には、出生月が「1月」「5月」「9月」の者のみ記入してください。

個人番号の欄は、同一の利用者に対し、同一の番号を記入してください。(例:Aさん→1、Bさん→2、…)

なお、1日に複数回訪問した場合は、その訪問毎にすべての訪問を記入してください。

足りない場合は、コピーをとり記入し、調査票にホチキスで留めてください。

個人番号 []	訪問回数が2回目以降は記入の必要はありません。	性別・出生年 1 男 1 明治 [] 2 女 2 大正 [] 3 昭和 [] 年	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 6 要介護4 2 要支援2 4 要介護2 7 要介護5 5 要介護3 8 他(自費等)	認知症高齢者自立度 1 自立 3 II 5 IV 2 I 4 III 6 M
		介護担当者の資格 (複数の担当者がある場合は若い番号の資格について記入してください) 1 介護福祉士 2 介護職員基礎研修 3 ホームヘルパー1級研修 4 ホームヘルパー2級研修 5 ホームヘルパー3級研修	訪問介護の提供開始時刻 1 午前 [] 2 午後 [] 時台~	報酬算定区分 1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 5 介護予防
1	の訪問内容 [] 回目	訪問滞在時間 [] 分		
個人番号 []	訪問回数が2回目以降は記入の必要はありません。	性別・出生年 1 男 1 明治 [] 2 女 2 大正 [] 3 昭和 [] 年	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 6 要介護4 2 要支援2 4 要介護2 7 要介護5 5 要介護3 8 他(自費等)	認知症高齢者自立度 1 自立 3 II 5 IV 2 I 4 III 6 M
		介護担当者の資格 (複数の担当者がある場合は若い番号の資格について記入してください)	訪問介護の提供開始時刻 1 午前 [] 2 午後 [] 時台~	報酬算定区分 1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 5 介護予防
2	の訪問内容 [] 回目	訪問滞在時間 [] 分		
個人番号 []	訪問回数が2回目以降は記入の必要はありません。	性別・出生年 1 男 1 明治 [] 2 女 2 大正 [] 3 昭和 [] 年	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 6 要介護4 2 要支援2 4 要介護2 7 要介護5 5 要介護3 8 他(自費等)	認知症高齢者自立度 1 自立 3 II 5 IV 2 I 4 III 6 M
		介護担当者の資格 (複数の担当者がある場合は若い番号の資格について記入してください)	訪問介護の提供開始時刻 1 午前 [] 2 午後 [] 時台~	報酬算定区分 1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 5 介護予防
3	の訪問内容 [] 回目	訪問滞在時間 [] 分		
個人番号 []	訪問回数が2回目以降は記入の必要はありません。	性別・出生年 1 男 1 明治 [] 2 女 2 大正 [] 3 昭和 [] 年	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 6 要介護4 2 要支援2 4 要介護2 7 要介護5 5 要介護3 8 他(自費等)	認知症高齢者自立度 1 自立 3 II 5 IV 2 I 4 III 6 M
		介護担当者の資格 (複数の担当者がある場合は若い番号の資格について記入してください)	訪問介護の提供開始時刻 1 午前 [] 2 午後 [] 時台~	報酬算定区分 1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 5 介護予防
4	の訪問内容 [] 回目	訪問滞在時間 [] 分		
個人番号 []	訪問回数が2回目以降は記入の必要はありません。	性別・出生年 1 男 1 明治 [] 2 女 2 大正 [] 3 昭和 [] 年	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 6 要介護4 2 要支援2 4 要介護2 7 要介護5 5 要介護3 8 他(自費等)	認知症高齢者自立度 1 自立 3 II 5 IV 2 I 4 III 6 M
		介護担当者の資格 (複数の担当者がある場合は若い番号の資格について記入してください)	訪問介護の提供開始時刻 1 午前 [] 2 午後 [] 時台~	報酬算定区分 1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 5 介護予防
5	の訪問内容 [] 回目	訪問滞在時間 [] 分		

訪問介護の提供内容

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

この票には、出生月が「1月」「5月」「9月」の者のみ記入してください。

個人番号の欄は、同一の利用者に対し、同一の番号を記入してください。(例:Aさん→1、Bさん→2、…)

なお、1日に複数回訪問した場合は、その訪問毎にすべての訪問を記入してください。

足りない場合は、コピーをとり記入し、調査票にホチキスで留めてください。

6	個人番号 訪問回数が2回目以降は記入の必要はありません。	性別・出生年 1 男 1 明治 2 大正 2 女 3 昭和 年	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 6 要介護4 2 要支援2 4 要介護2 7 要介護5 5 要介護3 8 他(自費等)	認知症高齢者自立度 1 自立 3 II 5 IV 2 I 4 III 6 M
	訪問内容 介護担当者の資格(複数の担当者がある場合は若い番号の資格について記入してください) 1 介護福祉士 2 介護職員基礎研修 3 ホームヘルパー1級研修 4 ホームヘルパー2級研修 5 ホームヘルパー3級研修	訪問介護の提供開始時刻 1 午前 2 午後 時台~	報酬算定区分 1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 5 介護予防	訪問介護の提供内容(複数回答) 01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭 04 部分浴 05 全身浴 06 洗面等 07 身体整容 08 更衣介助 09 体位変換 10 移乗・移動介助 11 通院・外出介助 12 起床・就寝介助 13 自立支援のため見守りの援助 14 その他の身体介護 15 掃除 16 洗濯 17 一般的な調理・配膳 18 買い物・薬の受け取り 19 その他の生活援助 20 通院等乗降介助
7	個人番号 訪問回数が2回目以降は記入の必要はありません。	性別・出生年 1 男 1 明治 2 大正 2 女 3 昭和 年	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 6 要介護4 2 要支援2 4 要介護2 7 要介護5 5 要介護3 8 他(自費等)	認知症高齢者自立度 1 自立 3 II 5 IV 2 I 4 III 6 M
	訪問内容 介護担当者の資格(複数の担当者がある場合は若い番号の資格について記入してください) 1 介護福祉士 2 介護職員基礎研修 3 ホームヘルパー1級研修 4 ホームヘルパー2級研修 5 ホームヘルパー3級研修	訪問介護の提供開始時刻 1 午前 2 午後 時台~	報酬算定区分 1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 5 介護予防	訪問介護の提供内容(複数回答) 01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭 04 部分浴 05 全身浴 06 洗面等 07 身体整容 08 更衣介助 09 体位変換 10 移乗・移動介助 11 通院・外出介助 12 起床・就寝介助 13 自立支援のため見守りの援助 14 その他の身体介護 15 掃除 16 洗濯 17 一般的な調理・配膳 18 買い物・薬の受け取り 19 その他の生活援助 20 通院等乗降介助
8	個人番号 訪問回数が2回目以降は記入の必要はありません。	性別・出生年 1 男 1 明治 2 大正 2 女 3 昭和 年	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 6 要介護4 2 要支援2 4 要介護2 7 要介護5 5 要介護3 8 他(自費等)	認知症高齢者自立度 1 自立 3 II 5 IV 2 I 4 III 6 M
	訪問内容 介護担当者の資格(複数の担当者がある場合は若い番号の資格について記入してください) 1 介護福祉士 2 介護職員基礎研修 3 ホームヘルパー1級研修 4 ホームヘルパー2級研修 5 ホームヘルパー3級研修	訪問介護の提供開始時刻 1 午前 2 午後 時台~	報酬算定区分 1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 5 介護予防	訪問介護の提供内容(複数回答) 01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭 04 部分浴 05 全身浴 06 洗面等 07 身体整容 08 更衣介助 09 体位変換 10 移乗・移動介助 11 通院・外出介助 12 起床・就寝介助 13 自立支援のため見守りの援助 14 その他の身体介護 15 掃除 16 洗濯 17 一般的な調理・配膳 18 買い物・薬の受け取り 19 その他の生活援助 20 通院等乗降介助
9	個人番号 訪問回数が2回目以降は記入の必要はありません。	性別・出生年 1 男 1 明治 2 大正 2 女 3 昭和 年	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 6 要介護4 2 要支援2 4 要介護2 7 要介護5 5 要介護3 8 他(自費等)	認知症高齢者自立度 1 自立 3 II 5 IV 2 I 4 III 6 M
	訪問内容 介護担当者の資格(複数の担当者がある場合は若い番号の資格について記入してください) 1 介護福祉士 2 介護職員基礎研修 3 ホームヘルパー1級研修 4 ホームヘルパー2級研修 5 ホームヘルパー3級研修	訪問介護の提供開始時刻 1 午前 2 午後 時台~	報酬算定区分 1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 5 介護予防	訪問介護の提供内容(複数回答) 01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭 04 部分浴 05 全身浴 06 洗面等 07 身体整容 08 更衣介助 09 体位変換 10 移乗・移動介助 11 通院・外出介助 12 起床・就寝介助 13 自立支援のため見守りの援助 14 その他の身体介護 15 掃除 16 洗濯 17 一般的な調理・配膳 18 買い物・薬の受け取り 19 その他の生活援助 20 通院等乗降介助
10	個人番号 訪問回数が2回目以降は記入の必要はありません。	性別・出生年 1 男 1 明治 2 大正 2 女 3 昭和 年	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 6 要介護4 2 要支援2 4 要介護2 7 要介護5 5 要介護3 8 他(自費等)	認知症高齢者自立度 1 自立 3 II 5 IV 2 I 4 III 6 M
	訪問内容 介護担当者の資格(複数の担当者がある場合は若い番号の資格について記入してください) 1 介護福祉士 2 介護職員基礎研修 3 ホームヘルパー1級研修 4 ホームヘルパー2級研修 5 ホームヘルパー3級研修	訪問介護の提供開始時刻 1 午前 2 午後 時台~	報酬算定区分 1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 5 介護予防	訪問介護の提供内容(複数回答) 01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭 04 部分浴 05 全身浴 06 洗面等 07 身体整容 08 更衣介助 09 体位変換 10 移乗・移動介助 11 通院・外出介助 12 起床・就寝介助 13 自立支援のため見守りの援助 14 その他の身体介護 15 掃除 16 洗濯 17 一般的な調理・配膳 18 買い物・薬の受け取り 19 その他の生活援助 20 通院等乗降介助

訪問介護の提供内容

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

この票には、出生月が「1月」「5月」「9月」の者のみ記入してください。

個人番号の欄は、同一の利用者に対し、同一の番号を記入してください。(例:Aさん→1、Bさん→2、…)

なお、1日に複数回訪問した場合は、その訪問毎にすべての訪問を記入してください。

足りない場合は、コピーをとり記入し、調査票にホチキスで留めてください。

11	個人番号 訪問回数が2回目以降は記入の必要はありません。	性別・出生年 1 男 1 明治 2 女 2 大正 3 昭和	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 6 要介護4 2 要支援2 4 要介護2 7 要介護5 5 要介護3 8 他(自費等)	認知症高齢者自立度 1 自立 3 II 5 IV 2 I 4 III 6 M
	訪問内容 介護担当者の資格(複数の担当者がある場合は若い番号の資格について記入してください) 1 介護福祉士 2 介護職員基礎研修 3 ホームヘルパー1級研修 4 ホームヘルパー2級研修 5 ホームヘルパー3級研修	訪問介護の提供開始時刻 1 午前 2 午後	報酬算定区分 1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 5 介護予防	訪問介護の提供内容(複数回答) 01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭 04 部分浴 05 全身浴 06 洗面等 07 身体整容 08 更衣介助 09 体位変換 10 移乗・移動介助 11 通院・外出介助 12 起床・就寝介助 13 自立支援のため 14 その他の身体介護
12	個人番号 訪問回数が2回目以降は記入の必要はありません。	性別・出生年 1 男 1 明治 2 女 2 大正 3 昭和	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 6 要介護4 2 要支援2 4 要介護2 7 要介護5 5 要介護3 8 他(自費等)	認知症高齢者自立度 1 自立 3 II 5 IV 2 I 4 III 6 M
	訪問内容 介護担当者の資格(複数の担当者がある場合は若い番号の資格について記入してください) 1 介護福祉士 2 介護職員基礎研修 3 ホームヘルパー1級研修 4 ホームヘルパー2級研修 5 ホームヘルパー3級研修	訪問介護の提供開始時刻 1 午前 2 午後	報酬算定区分 1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 5 介護予防	訪問介護の提供内容(複数回答) 01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭 04 部分浴 05 全身浴 06 洗面等 07 身体整容 08 更衣介助 09 体位変換 10 移乗・移動介助 11 通院・外出介助 12 起床・就寝介助 13 自立支援のため 14 その他の身体介護
13	個人番号 訪問回数が2回目以降は記入の必要はありません。	性別・出生年 1 男 1 明治 2 女 2 大正 3 昭和	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 6 要介護4 2 要支援2 4 要介護2 7 要介護5 5 要介護3 8 他(自費等)	認知症高齢者自立度 1 自立 3 II 5 IV 2 I 4 III 6 M
	訪問内容 介護担当者の資格(複数の担当者がある場合は若い番号の資格について記入してください) 1 介護福祉士 2 介護職員基礎研修 3 ホームヘルパー1級研修 4 ホームヘルパー2級研修 5 ホームヘルパー3級研修	訪問介護の提供開始時刻 1 午前 2 午後	報酬算定区分 1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 5 介護予防	訪問介護の提供内容(複数回答) 01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭 04 部分浴 05 全身浴 06 洗面等 07 身体整容 08 更衣介助 09 体位変換 10 移乗・移動介助 11 通院・外出介助 12 起床・就寝介助 13 自立支援のため 14 その他の身体介護
14	個人番号 訪問回数が2回目以降は記入の必要はありません。	性別・出生年 1 男 1 明治 2 女 2 大正 3 昭和	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 6 要介護4 2 要支援2 4 要介護2 7 要介護5 5 要介護3 8 他(自費等)	認知症高齢者自立度 1 自立 3 II 5 IV 2 I 4 III 6 M
	訪問内容 介護担当者の資格(複数の担当者がある場合は若い番号の資格について記入してください) 1 介護福祉士 2 介護職員基礎研修 3 ホームヘルパー1級研修 4 ホームヘルパー2級研修 5 ホームヘルパー3級研修	訪問介護の提供開始時刻 1 午前 2 午後	報酬算定区分 1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 5 介護予防	訪問介護の提供内容(複数回答) 01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭 04 部分浴 05 全身浴 06 洗面等 07 身体整容 08 更衣介助 09 体位変換 10 移乗・移動介助 11 通院・外出介助 12 起床・就寝介助 13 自立支援のため 14 その他の身体介護
15	個人番号 訪問回数が2回目以降は記入の必要はありません。	性別・出生年 1 男 1 明治 2 女 2 大正 3 昭和	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 6 要介護4 2 要支援2 4 要介護2 7 要介護5 5 要介護3 8 他(自費等)	認知症高齢者自立度 1 自立 3 II 5 IV 2 I 4 III 6 M
	訪問内容 介護担当者の資格(複数の担当者がある場合は若い番号の資格について記入してください) 1 介護福祉士 2 介護職員基礎研修 3 ホームヘルパー1級研修 4 ホームヘルパー2級研修 5 ホームヘルパー3級研修	訪問介護の提供開始時刻 1 午前 2 午後	報酬算定区分 1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 5 介護予防	訪問介護の提供内容(複数回答) 01 排泄介助 02 食事介助 03 清拭 04 部分浴 05 全身浴 06 洗面等 07 身体整容 08 更衣介助 09 体位変換 10 移乗・移動介助 11 通院・外出介助 12 起床・就寝介助 13 自立支援のため 14 その他の身体介護

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21年10月1日調査)

厚生労働省

* 発送番号

* 一連番号

* 市区町村
符 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	
(2) 事業所名	
(3) 事業所の所在地	〒 TEL()-()-()

(4) サービスの種類・事業所番号 ・10月1日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、「活動状況」の一つに○をつけ、印字されている事業所番号、事業所名を確認してください。変更・誤りがある場合は、赤字で修正してください。
 ・活動状況の記入後、「1 活動中」のみ、サービスの種類ごとの回答ページへ記入してください。
 ・印字されていない事業があった場合は、該当する「サービスの種類」欄の事業所番号、事業所名等を記入してください。

サービスの種類	活動状況 (一つに○)	事業所番号	事業所名	回答ページ
141 介護予防認知症 対応型通所介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			2ページに 記入して ください
142 認知症対応型 通所介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			
151 介護予防認知症対応型 共同生活介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			3ページに 記入して ください
152 認知症対応型 共同生活介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			
161 地域密着型特定施設 入居者生活介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			4ページに 記入して ください
171 夜間対応型 訪問介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			5ページに 記入して ください
181 介護予防 小規模多機能型 居宅介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			6ページに 記入して ください
182 小規模多機能型 居宅介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			

(5) 経営主体 該当する番号ひとつを○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(公益・一般)	11 特定非営利活動法人(NPO)
04 社会福祉協議会	08 農業協同組合及び連合会	12 その他の法人
		13 01~12以外

(6) 苦情解決のための
取組状況
(複数回答)

該当する番号すべてを○で囲んでください。

1 苦情受付窓口を設置	3 共同で第三者委員を設置	5 1~4以外の取組を実施している
2 苦情解決責任者を設置	4 単独で第三者委員を設置	6 1~5のいずれも実施していない

* 組み合わせ

計	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

(※) 調査票の記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用するため、事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名と連絡先(電話番号)を記入してください。なお、FAX、E-mailアドレスの記入は任意です。

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -
	E-mail	

【141介護予防認知症対応型通所介護・142認知症対応型通所介護】

(7) 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」を○で囲んでください。									
	対介護型 通所 認知症	定員	人	※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。						
		9月中の開催日数	日	※開催日数とは、利用者がいなくても事業所を開催していた日のことをいいます。						
	9月中の利用者	1 あり →		利用実人員数(人)	要支援1	要支援2	その他			
		2 なし		利用延人員数(人)						
	認知症 対応型 通所 介護	定員	人	※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。						
		9月中の開催日数	日	※開催日数とは、利用者がいなくても事業所を開催していた日のことをいいます。						
	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		利用延人員数(人)						
(8) 事業所の形態	1 単独型		2 併設型			3 共用型				
(9) 社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している →		9月中の軽減者数			人 (生活保護受給者等は含みません)				
	2 実施していない									
(10) 従事者数 (平成21年10月1日現在)	常勤専従	常勤兼務	非常勤	常勤専従	常勤兼務	非常勤				
		換算数	換算数		換算数	換算数				
	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) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。 換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$ ※ 専従は換算する必要はありません。 (換算数の詳細は手引参照)									
(11) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。									
	1 受け入れあり →		過去1年間で実習生を受け入れた日数			日/365日				
	2 受け入れなし		受け入れた延人数			人日				
(12) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。									
	1 受け入れあり →		過去1年間で実習生を受け入れた日数			日/365日				
	2 受け入れなし		受け入れた延人数			人日				

【141介護予防認知症対応型通所介護・142認知症対応型通所介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【151介護予防認知症対応型共同生活介護・152認知症対応型共同生活介護】

(13) 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」を○で囲んでください。								
	介護予防認知症対応型共同生活介護	定員	人	※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。					
	9月中の利用者			要支援2	その他				
	1 あり →	9月末日の利用者数(人)							
	2 なし								
(14) ユニット及び居室の状況	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」を○で囲んでください。								
	共同生活対応型	定員	人	※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。					
	9月中の利用者			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 →	9月末日の利用者数(人)							
	2 なし								
			うち「短期利用」の利用者数(人)						
(15) 従事者数 (平成21年10月1日現在)	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)		
※平均家賃は、整数で記入してください。	ユニット	室	円	室	円	室	円		
* 複数の資格を有している者については、(1)~(3)のうち最も若い番号の資格について記入してください。	常勤専従	常勤兼務	非常勤	常勤専従	常勤兼務	非常勤	換算数	換算数	
	1 介護職員			2 計画作成担当者					
	(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) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。 ※ 専従は換算する必要はありません。				$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$ (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)					
※「介護予防認知症対応型共同生活介護」と「認知症対応型共同生活介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。(換算数の詳細は手引参照)									
(16) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去一年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。								
	1 受け入れあり →	過去1年間で実習生を受け入れた日数			日/365日				
	2 受け入れなし	受け入れた延人数			人日				
(17) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去一年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。								
	1 受け入れあり →	過去1年間で実習生を受け入れた日数			日/365日				
	2 受け入れなし	受け入れた延人数			人日				

【151介護予防認知症対応型共同生活介護・152認知症対応型共同生活介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【161地域密着型特定施設入居者生活介護】

(18) 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」を○で囲んでください。									
	地域密着型特定施設入居者生活介護	定員	人							
(19) 事業所の形態	9月中の利用者	9月末日の利用者数(人)			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護認定申請中
	1 あり → 2 なし									
(20) 居室の状況	有料老人ホーム	(1 サテライト型以外		2 サテライト型)						
	軽費老人ホーム	(3 サテライト型以外		4 サテライト型)						
	養護老人ホーム	(5 サテライト型以外		6 サテライト型)						
	適合高齢者専用賃貸住宅	(7 サテライト型以外		8 サテライト型)						
(21) 従事者数 (平成21年10月1日現在)	個室(夫婦部屋含む)	2入室		3入室		4入室				
	室数(室)									
	1 介護職員	常勤専従	常勤兼務 換算数	非常勤 換算数	6 機能訓練指導員	常勤専従	常勤兼務 換算数	非常勤 換算数		
	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 計画作成担当者				7 その他の職員					
(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。 ※ 専従は換算する必要はありません。					$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$ (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)					
(換算数の詳細は手引参照)										
(22) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去1年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。									
	1 受け入れあり →	過去1年間で実習生を受け入れた日数			日/365日					
2 受け入れなし	受け入れた延人数			人日						
(23) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去1年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。									
	1 受け入れあり →	過去1年間で実習生を受け入れた日数			日/365日					
2 受け入れなし	受け入れた延人数			人日						

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

【171夜間対応型訪問介護】

(24) 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」を○で囲んでください。							
	夜間対応型訪問介護	9月中の営業日数	日	※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた日のことをいいます。				
(25) 事業所の区分	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)					
(26) 社会福祉法人等による軽減の状況	2 なし		訪問回数合計(回)					
	1 実施している	→	9月中の軽減者数					人 (生活保護受給者等は含みません)
(27) 従事者数 (平成21年10月1日現在) * 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。		常勤専従	常勤兼務 換算数	非常勤 換算数		常勤専従	常勤兼務 換算数	非常勤 換算数
	1 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					4 その他の職員		
	(1) 2のうち 医師							
	(2) 2のうち 保健師							
	(3) 2のうち 看護師							
	(4) 2のうち 准看護師							
(5) 2のうち 社会福祉士								
(6) 2のうち 介護福祉士								
(7) 2のうち 介護支援専門員								
(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。 ※ 専従は換算する必要はありません。		$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$ <p>(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。) (換算数の詳細は手引参照)</p>						
(28) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。							
1 受け入れあり	→	過去1年間で実習生を受け入れた日数		日/365日				
2 受け入れなし		受け入れた延人数		人日				

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

【181介護予防小規模多機能型居宅介護・182小規模多機能型居宅介護】

(29) 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」を○で囲んでください。													
		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							
介護予防小規模多機能型居宅介護	9月中の利用者		1 あり		2 なし				要支援1	要支援2	その他			
	事業所を利用した利用実人員数(人)													
	事業所を利用した利用延人員数(人)													
	計上してください。 ※重複する場合は、それぞれに計上してください。	宿泊	利用実人員数(人)											
			利用延人員数(人)											
	通い	利用実人員数(人)												
		利用延人員数(人)												
	訪問	利用実人員数(人)												
		利用延人員数(人)												
	登録定員 人 宿泊サービスの利用定員 人 通いサービスの利用定員 人													
9月中の利用者		1 あり		2 なし				要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	
事業所を利用した利用実人員数(人)														
事業所を利用した利用延人員数(人)														
計上してください。 ※重複する場合は、それぞれに計上してください。	宿泊	利用実人員数(人)												
		利用延人員数(人)												
通い	利用実人員数(人)													
	利用延人員数(人)													
訪問	利用実人員数(人)													
	利用延人員数(人)													
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														
(30) 宿泊室の状況	個室の数		室		個室以外の宿泊室の数		室							
(31) 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	円	円		
	室定員	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人		
室数														
(32) 社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している		→		9月中の軽減者数		人		(生活保護受給者等は含みません)					
2 実施していない														
(33) 従事者数 (平成21年10月1日現在)			常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数			常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
	1 介護職員							2 介護支援専門員						
	* 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。	(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) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。 得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。 ※ 専従は換算する必要はありません。 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)														
(34) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去1年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。													
	1 受け入れあり		→		過去1年間で実習生を受け入れた日数		日/365日		受け入れた延人数		人日			
2 受け入れなし														
(35) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去1年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。													
	1 受け入れあり		→		過去1年間で実習生を受け入れた日数		日/365日		受け入れた延人数		人日			
2 受け入れなし														

【181介護予防小規模多機能型居宅介護・182小規模多機能型居宅介護】については以上です。
他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

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21年10月1日調査)

厚生労働省

* 発送番号

* 一連番号

* 市区町村
符 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	
(2) 施設名	
(3) 施設の所在地	〒 TEL () - () - ()

(4) 施設の種類の状況
・10月1日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、印字内容を確認し、活動状況の該当する番号を○で囲んでください。
・印字されていない事業があった場合は、該当するサービス欄に事業所番号、事業所名を記入してください。

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

		事業所番号	事業所名	活動状況
通所リハビリテーション	061 介護予防通所 リハビリテーション			1 活動中 2 休止中 3 廃止
	062 通所 リハビリテーション			1 活動中 2 休止中 3 廃止
	事業所の種別	通常規模の事業所 (1 介護老人保健施設 2 病院 3 診療所) 大規模の事業所 (I) (4 介護老人保健施設 5 病院 6 診療所) 大規模の事業所 (II) (7 介護老人保健施設 8 病院 9 診療所)		

(5) 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	07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
02 市区町村	08 社団・財団法人(公益・一般)
03 広域連合・一部事務組合	09 営利法人(会社)
04 日本赤十字社・社会保険関係団体	10 その他の法人
05 医療法人	11 個人
06 社会福祉協議会	

* 組み合わせ	計	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

次ページにつづきます

【051 介護予防短期入所療養介護 ・ 052 短期入所療養介護】の状況

介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の指定病床数を記入してください。
空床利用型の場合は記入の必要はありません。

(6) サービスの提供状況

介護予防短期入所療養介護

指定病床数 床 ※ 利用者の有無に関わらず、指定病床数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
利用実人員数(人)			
利用延人員数(人)			

短期入所療養介護

指定病床数 床 ※ 利用者の有無に関わらず、指定病床数を記入してください。
9月中の利用者 1 あり 2 なし
↓

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
利用実人員数(人)						
利用延人員数(人)						

(7) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)

平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり → { 過去1年間で実習生を受け入れた日数 日 / 365日
2 受け入れなし { 受け入れた延人数 人日

(8) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)

平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり → { 過去1年間で実習生を受け入れた日数 日 / 365日
2 受け入れなし { 受け入れた延人数 人日

記入者	氏名		
	TEL	-	-
	FAX	-	-
	E-mail		

※ 調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。
事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名と連絡先を記入してください。
なおFAX・E-mailの記入は任意です。

次ページにつづきます

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

(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	開催日数とは、利用者がいなくても事業所を開催していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。																																																																																														
	定員 <input style="width:50px;" type="text"/> 人 9月中の開催日数 <input style="width:50px;" type="text"/> 日 9月中の利用者 1 あり 2 なし ↓																																																																																															
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%;"></th> <th style="width:15%;">要支援1</th> <th style="width:15%;">要支援2</th> <th style="width:15%;">その他</th> </tr> <tr> <td>利用実人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>利用延人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>											要支援1	要支援2	その他	利用実人員数(人)				利用延人員数(人)																																																																												
	要支援1	要支援2	その他																																																																																													
利用実人員数(人)																																																																																																
利用延人員数(人)																																																																																																
		通所リハビリテーション	定員 <input style="width:50px;" type="text"/> 人 9月中の開催日数 <input style="width:50px;" type="text"/> 日 9月中の利用者 1 あり 2 なし ↓																																																																																													
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%;"></th> <th style="width:10%;">要介護1</th> <th style="width:10%;">要介護2</th> <th style="width:10%;">要介護3</th> <th style="width:10%;">要介護4</th> <th style="width:10%;">要介護5</th> <th style="width:10%;">その他</th> </tr> <tr> <td>利用実人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>リハビリテーションマネジメント 実施実人員数(再掲)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>利用延人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>リハビリテーションマネジメント 実施延人員数(再掲)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>											要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	利用実人員数(人)							リハビリテーションマネジメント 実施実人員数(再掲)							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)																																																								
	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)																																																																																																
リハビリテーションマネジメント 実施実人員数(再掲)																																																																																																
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	平成21年10月1日に施設に在籍する職員のうち、通所リハビリテーションの業務に携わっている者を記入してください。 ※常勤兼務と非常勤に記入した場合は、換算数を記入してください。																																																																																															
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">常勤専従</th> <th colspan="2">常勤兼務</th> <th colspan="2">非常勤</th> <th colspan="2">常勤専従</th> <th colspan="2">常勤兼務</th> <th colspan="2">非常勤</th> </tr> <tr> <th></th> <th>換算数</th> <th></th> <th>換算数</th> <th></th> <th>換算数</th> <th></th> <th>換算数</th> <th></th> <th>換算数</th> <th></th> <th>換算数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 医師</td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> <td>5 理学療法士</td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> </tr> <tr> <td>2 看護師</td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> <td>6 作業療法士</td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> </tr> <tr> <td>3 准看護師</td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> <td>7 言語聴覚士</td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> </tr> <tr> <td>4 介護職員</td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> <td>8 歯科衛生士</td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> </tr> <tr> <td>4のうち 介護福祉士</td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>											常勤専従		常勤兼務		非常勤		常勤専従		常勤兼務		非常勤			換算数		換算数		換算数		換算数		換算数		換算数	1 医師		.		.	5 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		.		.							
	常勤専従		常勤兼務		非常勤		常勤専従		常勤兼務		非常勤																																																																																					
		換算数		換算数		換算数		換算数		換算数		換算数																																																																																				
1 医師		.		.	5 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		.		.																																																																																												
		(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。 ※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。 ※「介護予防通所リハビリテーション」と「通所リハビリテーション」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。																																																																																														
		換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$ (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。) (換算数の詳細は手引参照)																																																																																														
(11) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。																																																																																															
		1 受け入れあり → { 過去1年間で実習生を受け入れた日数 <input style="width:50px;" type="text"/> 日 / 365日 2 受け入れなし { 受け入れた延人数 <input style="width:50px;" type="text"/> 人日																																																																																														
(12) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。																																																																																															
		1 受け入れあり → { 過去1年間で実習生を受け入れた日数 <input style="width:50px;" type="text"/> 日 / 365日 2 受け入れなし { 受け入れた延人数 <input style="width:50px;" type="text"/> 人日																																																																																														

記入者	氏名										
	TEL	-	-								
	FAX	-	-								
	E-mail										

※ 調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名と連絡先を記入してください。なおFAX・E-mailの記入は任意です。

ご協力ありがとうございました