

* 一連番号	
* 調査番号	
(1) 法人名 (運営法人名を記入してください)	
(2) 施設名	
(3) 施設の所在地	〒 () () () TEL()-()-()

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

事業所番号		(4) 活動状況	1 活動中	2 休止中	3 廃止	
(5) 開設年月	1 昭和	2 平成		年		月

(6) 開設主体及び 経営主体	開設主体		それぞれ該当する番号を選択し、左の各欄に記入してください。			
	経営主体		01 都道府県	05 社会福祉協議会	06 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	
			02 市区町村	07 社団・財団法人(公益・一般)	08 01~07以外	
			03 広域連合・一部事務組合			
			04 日本赤十字社			

(7) 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。「*」が付いた施設への変更がある場合は、事務局までご連絡ください。					
	介護老人福祉施設(複数回答)			地域密着型介護老人福祉施設(複数回答)		
	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	

(8) 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)
	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	

(9) ユニットの状況	「(7)介護報酬上の届出」の種別が「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)					
	ユニット数					

(10) 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(8)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
	室定員		人		人		人		人
	室数		室		室		室		室
従来型個室	居住費(月額)		円		円		円		円
	室数		室		室		室		室
ユニット型準個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(月額)		円		円		円		円
	室定員		人		人		人		人
	室数		室		室		室		室
ユニット型個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(月額)		円		円		円		円
	室定員		人		人		人		人
	室数		室		室		室		室

		9月末日の在所者数(人)								
		9月末日時点で在所者はいましたか。 <input checked="" type="checkbox"/> 1 いた <input type="checkbox"/> 2 いない								
		短期入所生活介護(ショートステイ)床の利用者は含めないでください。								
(11)施設サービスの状況		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他			
		短期入所生活介護(ショートステイ)床が空床利用型の場合の短期入所生活介護(ショートステイ)利用者数					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				
(12)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			
(13)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									
(14)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								
(15)夜勤時間帯における勤務体制	夜勤を行った看護職員がいましたか。			夜勤を行った介護職員がいましたか。						
	1 いた	→	夜勤を行った看護職員	1 いた	→	夜勤を行った介護職員				
	2 いない		人	2 いない		人				
(16)夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(平成23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)、1人平均の夜勤回数及び平成23年9月中の夜勤の最高回数を記入してください。									
	看護職員	実人員数	人	1人平均の夜勤回数(小数点は切り上げ)	回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数	回			
	介護職員	実人員数	人	1人平均の夜勤回数(小数点は切り上げ)	回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数	回			
(17)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22年10月1日~平成23年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。			平成22年10月1日~平成23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			1 受け入れあり						
	2 受け入れなし			2 受け入れなし						
(19)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 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のうち社会福祉士					10のうち言語聴覚士				
	5 看護師					10のうち柔道整復師				
	6 准看護師					10のうちあん摩マッサージ指圧師				
	7 介護職員					11 障害者生活支援員				
	7のうち介護福祉士					12 介護支援専門員				
	8 管理栄養士					13 調理員				
9 栄養士					14 その他の職員					

注:1) 「常勤専従」については換算数の記入は不要です。
従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

2) 雇用形態にかかわらず、施設が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(換算数の詳細は手引を参照してください)

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

ご協力ありがとうございました

* 一連番号									
* 調査番号									
(1) 法人名 (運営法人名を記入してください)									
(2) 施設名									
(3) 施設の所在地	〒 TEL()-()-()								

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

事業所番号						(4) 活動状況	1 活動中	2 休止中	3 廃止	
(5) 開設年月	1 昭和	2 平成		年		月				
(6) 開設主体	開設主体	該当する番号を選択し、左の回答欄に記入してください。 01 都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 05 医療法人 06 社会福祉協議会 07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 08 社団・財団法人(公益・一般) 09 その他法人 10 個人 11 01~10以外								
(7) 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)					
(8) 療養体制維持特別加算の状況	「(7)介護報酬上の届出」の種別で、2、3、5、6(II型、III型)に該当する施設は記入してください。 1 加算している 2 加算していない									
(9) 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									
(10) 定員及び療養室の状況	一般棟入所定員	人			認知症専門棟入所定員	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)									
(11) ユニットの状況	「(7)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	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	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	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	ユニット	
(12) 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(10)療養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	円	円	円	
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	
	室数	室	室	室	室	室	室	室	室	
従来型個室	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円	
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	
	室数	室	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)	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円	
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	
	室数	室	室	室	室	室	室	室	室	
ユニット型個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円	
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	
	室数	室	室	室	室	室	室	室	室	

		9月末日の在所要者数(人)								
		9月末日時点で在所要者はいましたか。		1 いた		2 いない				
(13) 施設サービスの状況		短期入所療養介護の利用者は含めなくて下さい。								
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他			
	一般棟									
	認知症専門棟									
(14) 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			
(15) 夜勤時間帯における勤務体制	平成23年9月30日から10月1日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の勤務体制を記入してください。 例えば、夕方から午前0時までが4名、午前0時から8時までが4名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は8名ではなく、4名となります。									
	夜勤を行った看護職員がいましたか。			夜勤を行った介護職員がいましたか。						
<input type="checkbox"/> 1 いた → <input type="text"/> 人 <input type="checkbox"/> 2 いない			<input type="checkbox"/> 1 いた → <input type="text"/> 人 <input type="checkbox"/> 2 いない							
(16) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(平成23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)、1人平均の夜勤回数及び平成23年9月中の夜勤の最高回数を記入してください。									
	看護職員	実人員数	<input type="text"/> 人	1人平均の夜勤回数 (小数点は切り上げ)	<input type="text"/> 回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数	<input type="text"/> 回			
	介護職員	実人員数	<input type="text"/> 人	1人平均の夜勤回数 (小数点は切り上げ)	<input type="text"/> 回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数	<input type="text"/> 回			
(17) 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22年10月1日～平成23年9月30日の間に、 介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。			平成22年10月1日～平成23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。						
	<input type="checkbox"/> 1 受け入れあり <input type="checkbox"/> 2 受け入れなし			<input type="checkbox"/> 1 受け入れあり <input type="checkbox"/> 2 受け入れなし						
(19) 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: 1) 「常勤専従」の換算数は記入不要です。 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。 $\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。) (換算数の詳細は手引を参照してください)										
※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。なお、FAXの記入は任意です。						調査票記入者名・ 担当部署と連絡先 (※必須)		(担当部署名) (調査票記入者名) ふりがな		
						上記以外連絡先 (携帯、FAX等)		電話 (- -)		

ご協力ありがとうございました

* 一連番号									
* 調査番号									
(1) 法人名 (運営法人名を記入してください)									
(2) 施設名									
(3) 施設の所在地	〒 TEL()-()-()								

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

事業所番号						(4) 活動状況	1 活動中	2 休止中	3 廃止
(5) 開設主体	開設主体	該当する番号を選択し、左の回答欄に記入してください。							
		01 都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 05 医療法人 06 社会福祉協議会 07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 08 社団・財団法人(公益・一般) 09 営利法人(会社) 10 その他の法人 11 個人							
(6) 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)						
(7) 病床数	療養病床				老人性認知症疾患療養病棟				
	介護指定病床を有する病棟の病床数				介護指定病床を有する病棟の病床数				
	うち介護指定病床数				うち介護指定病床数				
	床				床				

以下の(8)~(11)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。

(8) 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)	
(9) 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	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	

(10) 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(8)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	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(日額)	円	円	円	円	円	円
		室数	室	室	室	室	室	室
	ユニット型準個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円
		室定員	人室	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(日額)	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

(11)施設サービスの状況	【介護指定病床】における9月末日の在院者数(人)					
	9月末日時点で在院者はいましたか。 <input type="checkbox"/> 1 いた <input type="checkbox"/> 2 いない					
	短期入所療養介護の利用者は含めないで下さい。					
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
療養病床						
老人性認知症 疾患療養病棟						

(12) 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
------------	---	----------	---

(13)夜勤時間帯における勤務体制	平成23年9月30日から10月1日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の勤務体制を記入してください。 例えば、夕方から午前0時までが4名、午前0時から8時までが4名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は8名ではなく、4名となります。	
	夜勤を行った看護職員がいましたか。 <input type="checkbox"/> 1 いた <input type="checkbox"/> 2 いない 夜勤を行った看護職員 <input type="text"/> 人	夜勤を行った介護職員がいましたか。 <input type="checkbox"/> 1 いた <input type="checkbox"/> 2 いない 夜勤を行った介護職員 <input type="text"/> 人

(14)夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(平成23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)、1人平均の夜勤回数及び平成23年9月中の夜勤の最高回数を記入してください。						
	看護職員	実人員数	<input type="text"/> 人	1人平均の夜勤回数 (小数点は切り上げ)	<input type="text"/> 回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数	<input type="text"/> 回
	介護職員	実人員数	<input type="text"/> 人	1人平均の夜勤回数 (小数点は切り上げ)	<input type="text"/> 回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数	<input type="text"/> 回

(15)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22年10月1日～平成23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。 <input type="checkbox"/> 1 受け入れあり <input type="checkbox"/> 2 受け入れなし	(16)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22年10月1日～平成23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。 <input type="checkbox"/> 1 受け入れあり <input type="checkbox"/> 2 受け入れなし
---------------------------------	--	---------------------------------	--

(17)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:1) 【常勤専従】の換算数は記入不要です。
従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

2)雇用形態にかかわらず、施設が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)

換算数 = $\frac{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}{\text{1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。}}$

(換算数の詳細は手引を参照してください)

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

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

ご協力ありがとうございました

* 一連番号

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

* 調査番号

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

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

(1) 法人名
(運営法人名を記入してください。)

(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

- ・9月30日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、印字内容を確認し、活動状況の該当する番号を○で囲んでください。
- ・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、ステーション名等を記入してください。
- ・休止届や廃止届を提出している場合は「休止中」「廃止」に○をつけてください。以降の設問には記入不要です。

サービスの種類	事業所番号	ステーション名	活動状況		
041 介護予防訪問看護			1 活動中	2 休止中	3 廃止
042 訪問看護			1 活動中	2 休止中	3 廃止

(5) 開設主体

※該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。

01 都道府県	09 社会福祉協議会
02 市区町村	10 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
03 広域連合・一部事務組合	11 農業協同組合及び連合会
04 日本赤十字社・社会保険関係団体	12 消費生活協同組合及び連合会
05 医療法人	13 営利法人(会社)
06 医師会	14 特定非営利活動法人(NPO)
07 看護協会	15 01~14以外
08 社団・財団法人(06、07以外の公益・一般)	

(6) 加算等の届出の状況

介護保険法等 ※該当する番号をそれぞれにつき1つ○で囲んでください。

緊急時訪問看護加算の届出	1 あり	2 なし
特別管理体制の届出	1 あり	2 なし
ターミナルケア体制の届出	1 あり	2 なし
サービス提供体制強化加算の届出	1 あり	2 なし

健康保険法等 ※該当する番号をそれぞれにつき1つ○で囲んでください。

1 24時間対応体制加算の届出あり 2 24時間連絡体制加算の届出あり 3 1, 2いずれもなし

1または2の場合

1 重症者管理加算の届出あり 2 重症者管理加算の届出なし

(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

営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた(利用者がいれば実施できる状態であった)日のことをいいます。介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。
 ※利用実人員数欄には、介護保険法による(介護予防)訪問看護を1回でも利用した者について計上してください。
 ※訪問回数の合計欄には、支給限度額を超えた訪問回数及び健康保険法等併給による訪問回数も含めて計上してください。
 ※訪問回数の合計の(再掲)については、看護職員を伴わずにPT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)の何れかのみで訪問した回数を内数として再計上してください。(但し、PT2人や、PTとOTなど1回に複数で訪問した場合も1回とします。)

(8) 9月中の介護保険法のサービス提供状況

介護予防訪問看護

9月中の営業日数 日

9月中の利用者 1 あり 2 なし

	要支援1	要支援2	要支援認定申請中
利用実人員数(人)	人	人	人
訪問回数の合計(回)	回	回	回
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(回)(再掲)	回	回	回

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)	人	人	人	人	人	人
訪問回数の合計(回)	回	回	回	回	回	回
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(回)(再掲)	回	回	回	回	回	回

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、後期高齢者医療制度、健康保険、国民健康保険、生活保護、労災保険等の医療保険及び公費負担医療をいいます。

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全額自費により受けた者及び市町村事業による者について計上してください。

利用実人員数 人 訪問回数の合計 回

(9) 9月中の利用者の利用状況

		介護予防訪問看護	訪問看護(介護給付)		
介護保険法の利用者	緊急時訪問看護加算に同意をしている実人員数	人	人		
	緊急時訪問看護を受けた利用実人員数	人	人		
	緊急時訪問看護による訪問回数の合計	回	回		
健康保険法等の利用者			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		
	緊急時訪問看護を受けた利用実人員数		人		
	緊急時訪問看護による訪問回数の合計		回		
24時間連絡体制加算に同意をしている実人員数		人			
死亡によるサービスの終了者			介護保険法	健康保険法等	
			ターミナルケア加算		
			訪問看護ターミナルケア療養費		
			加算ありの利用者数	加算なしの利用者数	
			療養費ありの利用者数	療養費なしの利用者数	
9月中に死亡した利用者数		人	人	人	人
在宅で死亡した利用者数		人	人	人	人
在宅以外で死亡した利用者数		人	人	人	人

(10) 従事者数	※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		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	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					

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。常勤専従については、換算数の記入は不要です。

※ 「介護予防訪問看護」と「訪問看護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。

※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(11) 管理者が主に従事する職種
 管理者は保健師又は看護師ですか。

1 はい 2 いいえ

やむを得ない理由で管理者が保健師又は看護師以外の場合、その職種を1つ○で囲んでください。

1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 その他

(12) 「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

(13) 居宅療養管理指導の指定事業者の届出の状況と利用者数

居宅療養管理指導(介護予防を含む)のサービス事業者としての指定を受けている場合は「1 指定あり」の番号を○で囲み、利用実人員数を記入してください。

1 指定あり 2 指定なし

平成23年9月中の利用実人員数 人

※ 調査票記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名(担当部署等)と連絡先(電話番号)を記入してください。

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

ご協力ありがとうございました

介護サービス施設・事業所調査
居宅サービス事業所

(福祉関係)票

(平成23年10月1日調査)

秘

統計法に基づく一般統計調査

*一連番号
*調査番号

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

Table with 5 columns: サービスの種類, 事業所番号, 事業所名, 活動状況 (1つに○), 回答ページ. Rows include 071 介護予防, 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, 101 介護予防訪問介護, 102 訪問介護, 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.

(記入ページのみを剥がしたりせず、冊子のままご返送下さい。)

(5) 経営主体 ※右のリストから、該当する番号を1つ選択し、左の欄に記入してください。
経営主体 []
01 都道府県 05 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 09 消費生活協同組合及び連合会
02 市区町村 06 医療法人 10 営利法人(会社)
03 広域連合・一部事務組合 07 社団・財団法人(公益・一般) 11 特定非営利活動法人(NPO)
04 社会福祉協議会 08 農業協同組合及び連合会 12 その他の法人
13 01~12以外(個人を含む。)

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

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用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の記入は任意です。

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

(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、該当する番号をすべて○で囲んでください。
1 小規模型事業所 2 通常規模型事業所 3 大規模型事業所(I) 4 大規模型事業所(II) 5 療養通所介護事業所

(8) サービスの提供状況

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員・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。

介護予防通所介護

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

Table with columns for staff (定員), opening days (9月中の開催日数), and units (単位数) for various staff ranges (1-10, 11-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51+).

Table for user statistics (9月中の利用者) with columns for utilization status (1あり, 2なし), utilization staff count (利用実人員数), and utilization extension staff count (利用延人員数).

通所介護

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

Table with columns for staff (定員), opening days (9月中の開催日数), and units (単位数) for various staff ranges.

Table for user statistics (9月中の利用者) with columns for utilization status (1あり, 2なし), utilization staff count (利用実人員数), and utilization extension staff count (利用延人員数).

療養通所介護

Table with columns for staff (定員), opening days (9月中の開催日数), and utilization status (1あり, 2なし).

Table for user statistics (9月中の利用者) with columns for utilization status (1あり, 2なし), utilization staff count (利用実人員数), and utilization extension staff count (利用延人員数).

(9) 社会福祉法人等による軽減の状況

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

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

平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。
1 受け入れあり 2 受け入れなし

(11) 従事者数

Large table for staff counts categorized by profession (e.g., 医師, 看護師, 介護職員) and employment type (常勤専従, 常勤兼務, 非常勤).

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。 換算数 = 従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く) / 当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間) (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)
「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
※「介護予防通所介護」と「通所介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。
※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

【081介護予防短期入所生活介護・082短期入所生活介護】記入者名 () 電話番号 (- -)

(12) 介護報酬上の届出種別 (複数回答) 介護報酬上の届出について、該当する番号をすべて○で囲んでください。
 1 単独型 3 空床型 5 併設型ユニット型
 2 併設型 4 単独型ユニット型 6 空床型ユニット型

※(12)において「1 単独型」、「2 併設型」、「4 単独型ユニット型」、「5 併設型ユニット型」に○をした方は、以下(13)～(17)に回答してください。「3 空床型」、「6 空床型ユニット型」のみに○をした事業所で他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。「2」と「5」に○をつけた事業所は、併設型分についてのみ記入してください。

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

(13) サービスの提供状況	入所介護生活介護短期	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	利用実人員数(人)	要支援1 人	要支援2 人	その他 人		
		1 あり	利用日数合計(日)					日	日
生活期介護所	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	利用実人員数(人)	要介護1 人	要介護2 人	要介護3 人	要介護4 人	要介護5 人	その他 人
		1 あり							

空床利用している居室は含めず、指定を受けている居室を記入してください。

(14) 居室の状況	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	室

(15) 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

(16) 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去1年間)
 平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に
介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。
 1 受け入れあり
 2 受け入れなし
 平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に
社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。
 1 受け入れあり
 2 受け入れなし

(17) 従事者数		常勤専従				常勤兼務				非常勤		常勤専従				常勤兼務				非常勤	
		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	専従	兼務	換算数	換算数	専従	兼務		
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) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
 換算数 = 従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く) / 当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)
 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
 得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
 ※「介護予防短期入所生活介護」と「短期入所生活介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。
 ※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

【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。

(18) 事業所の形態	該当する番号を1つ〇で囲んでください。 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								
(19) サービスの提供状況	現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を〇で囲んでください。								
	介護予防特定施設入居者生活介護	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						
	特定施設入居者生活介護	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) 人員配置区分の状況	1 一般型 2 外部サービス利用型 「2 外部サービス利用型」を選択された場合には、利用しているサービスについてあてはまる番号をすべて〇で囲んでください。 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								
(21) 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。								
(22) 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。			平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。					
	1 受け入れあり 2 受け入れなし			1 受け入れあり 2 受け入れなし					
(23) 従事者数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数			
	1 介護職員								
	1のうち介護福祉士								
	2 生活相談員								
	2のうち社会福祉士								
	3 看護師								
	4 准看護師								
	5 計画作成担当者								
	6 機能訓練指導員								
	6のうち理学療法士								
	6のうち作業療法士								
	6のうち言語聴覚士								
	6のうち柔道整復師								
6のうちあん摩マッサージ指圧師									
7 その他の職員									

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
 「常勤兼務」「非常勤」については、下記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
 得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※ 「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。

※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

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

(換算数の詳細は手引書を参照してください。)

(24) 特定事業所加算の状況
 加算の届出状況について該当する番号を1つ○で囲んでください。
 1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ

(25) サービスの提供体制
次の提供体制について、利用者の有無に関わらずどちらかを○で囲んでください。

24時間訪問介護の提供体制	1 提供体制あり	2 提供体制なし
休日の提供体制	1 提供体制あり	2 提供体制なし
夜間の提供体制	1 提供体制あり	2 提供体制なし

(26) サービスの提供状況	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月中の延べ訪問時間 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の延べ訪問時間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		
	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月中の延べ訪問時間 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の延べ訪問時間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

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

(28) 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22年10月1日～平成23年9月30日の間に **介護福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。
 1 受け入れあり 2 受け入れなし

研修の機会を確保していますか。各研修の確保の有無、事業所負担の有無について該当する番号を1つ○で囲んでください。

事業所内研修	1 確保している	2 確保していない
--------	----------	-----------

事業所外研修	① 地方公共団体主催の研修	1 事業所負担あり	2 事業所負担なし	3
	② 社会福祉協議会主催の研修	1 事業所負担あり	2 事業所負担なし	3
	③ 関係団体主催の研修	1 事業所負担あり	2 事業所負担なし	3
	④ 民間教育の研修	1 事業所負担あり	2 事業所負担なし	3
	⑤ その他の研修	1 事業所負担あり	2 事業所負担なし	3

(30) 従事者数

1 訪問介護員	常勤専従	常勤兼務	非常勤
	換算数	換算数	換算数
* (1)のうちの介護福祉士 (2)のうちの介護職員基礎研修課程修了者 (3)のうちのホームヘルパー1級研修課程修了者 (4)のうちのホームヘルパー2級研修課程修了者 1のうちのサテライト事業所の従事者			
2 その他の職員			

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	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
* (1)3のうちの介護福祉士 (2)3のうちの介護職員基礎研修課程修了者 (3)3のうちのホームヘルパー1級研修課程修了者 (4)3のうちのホームヘルパー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1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

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

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延長時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$$
 (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)
 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
 得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
 ※ 「介護予防訪問介護」と「訪問介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。
 ※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてしてください。

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、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。

(31) サービスの提供状況	訪問介護予防	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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	利用実人員数(人)	訪問回数合計(回)	要支援1	要支援2	その他		
	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		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	利用実人員数(人)	訪問回数合計(回)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他

(32) 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22年10月1日～平成23年9月30日の間に、**介護福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり
2 受け入れなし

(33) 従事者数

* 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

	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 介護職員						
(1)1のうち 介護福祉士 (2)1のうち 介護職員基礎研修課程修了者 (3)1のうち ホームヘルパー1級研修課程修了者 (4)1のうち ホームヘルパー2級研修課程修了者						
2 看護師						
3 准看護師						
4 その他の職員						

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
 「常勤兼務」「非常勤」については、下記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
 得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

※ 「介護予防訪問入浴介護」と「訪問入浴介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。
 ※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

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

【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】

記入者名 () 電話番号 (- -)

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

介護予防福祉用具貸与・福祉用具貸与

介護予防福祉用具貸与

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

9月中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

(34) サービスの提供状況

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・特定福祉用具販売

特定介護予防福祉用具販売

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

特定福祉用具販売

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

「9月中の福祉用具販売数(介護保険のみ)」を記入してください。

1 あり →	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
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

(36) 福祉用具専門相談員の状況

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		

(37) 従事者数

	常勤専従		常勤兼務		非常勤		常勤専従		常勤兼務		非常勤		
		換算数		換算数		換算数		換算数		換算数		換算数	
1 福祉用具専門相談員		[]		[]		[]	2 その他の職員		[]		[]		[]

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
(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 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$

※「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」「特定福祉用具貸与」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。

※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。
(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

【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。

(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、該当する番号をすべて○で囲んでください。

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

(39) サービスの提供状況

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

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

委託した事業所数は 事業所

9月中の利用者を記入してください。上記で回答した委託した人数は除きます。

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

(40) 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22年10月1日～平成23年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり

2 受け入れなし

(41) 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。

	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 専門職員						
(1) 1のうちの保健師						
(2) 1のうちの看護師						
(3) 1のうちの社会福祉士						
(4) 1のうちの介護支援専門員						
(5) 1のうち高齢者保健福祉に関する相談援助業務等に3年以上従事した社会福祉士						
2 その他の職員						

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。「常勤兼務」「非常勤」については、下記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

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

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

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

(42) 独立・併設の状況 (複数回答)

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

- 介護保険施設と併設している
- 居宅サービス事業所、介護予防サービス事業所、地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所と併設している
- 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)

(43) サービスの提供状況

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

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

(44) 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22年10月1日～平成23年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり

2 受け入れなし

(45) 従事者数

	常勤専従		常勤兼務		非常勤	
		換算数		換算数		換算数
1 介護支援専門員						
1のうち 主任介護支援専門員						
2 その他の職員						

(注) 「常勤専従」欄は換算数の記入不要です。
「常勤兼務」「非常勤」については、下記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

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

【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。

*一連番号									
*調査番号									

[注]*印の箇所は事業所では記入しないでください。

(1) 運営法人名 <small>(運営法人名を記入してください。)</small>	
(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

- ・9月30日現在で、貴事業所において指定を受けている下記の各事業について、該当する「活動状況」の一つに○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、赤字で余白に修正をしてください。
- 記入後は、サービスの種類ごとに右側に示した回答ページへ進み、調査票を記入してください。
- ・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」欄に事業所番号、事業所名等を記入後、右側に示した回答ページへ進み、調査票を記入してください。
- ・下記サービスの「活動状況」欄は、休止届や廃止届を出している場合は、「休止中」、「廃止」に○をつけてください。その場合、以降のページは記入不要です。
- 上記以外で利用者がいない場合でも「活動中」に○をつけ、回答ページに進んでください。
- ・サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この調査票を事業所内で回覧の上、記入してください(同一法人・同一住所のサービス事業所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください)。
- ・調査票は住所ごとに送付していますので(同一法人・同一住所の事業所には、まとめて送付)、別住所におけるサービスの記入は不要です。

サービスの種類	事業所番号	事業所名	活動状況 (一つに○)	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

※右のリストから、該当する番号を1つ選択し、左の欄に記入してください。

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

13 01～12以外(個人を含む。)

(6) 苦情解決のための取組状況 (複数回答)

該当する番号をすべて○で囲んでください。

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

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用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の記入は任意です。	(担当部署名) (調査票記入者名) ふりがな ----- 電話 (- -)
	調査票記入者名・担当部署と連絡先 (※必須)
	上記以外連絡先 (携帯、FAX等)

(記入ページのみを剥がしたりせず、冊子のままに返送下さい。)

記入者名 () 電話番号 (- -)

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員・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。

(7) サービスの提供状況

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。 ※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月中の開催日数	日				
	9月中の利用者		要支援1	要支援2	その他	
	1 あり	利用実人員数(人)				
	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。 ※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月中の開催日数	日						
	9月中の利用者		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
	1 あり	利用実人員数(人)						
	2 なし	利用延人員数(人)						

(8) 事業所の形態

事業所の形態について、該当する番号を1つ○で囲んでください。
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) 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)

平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 介護福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。	平成22年10月1日～平成23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	1 受け入れあり
2 受け入れなし	2 受け入れなし

(11) 従事者数

	常勤専従		常勤兼務		非常勤		常勤専従		常勤兼務		非常勤	
		換算数		換算数		換算数		換算数		換算数		換算数
1 医師							5 調理員					
2 看護師							6 管理栄養士					
3 准看護師							7 栄養士					
4 機能訓練指導員							8 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) **「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。**
 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
 得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
 ※ 「介護予防認知症対応型通所介護」と「認知症対応型通所介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。
 ※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。
 換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$
 (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)
 (換算数の詳細は手引書を参照してください。)

【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。

記入者名 () 電話番号 (- -)

		現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。					
(12)サービスの提供状況	対応型 介護予防 認知症 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	要支援2		その他		
	1 あり →	9月末日の利用者数(人)					
	2 なし						
共同生活 認知症 対応型	定員	人 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。					
		9月中の利用	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)					
(13)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		
(14)介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。			平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。			
	1 受け入れあり 2 受け入れなし			1 受け入れあり 2 受け入れなし			
(15)従事者数	* 複数の資格を有している者については、(1)～(3)のうち最も若い番号の資格について記入してください。		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
		1 介護職員					
		(1)1のうち 看護師					
		(2)1のうち 准看護師					
(3)1のうち 介護福祉士							
2 計画作成担当者							
3 その他の職員							
<p>(注) 「常勤専従」については換算数の記入は不要です。 「常勤兼務」「非常勤」については、下記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。 得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。</p> <p>従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く) 換算数 = $\frac{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}{\text{1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。}}$</p> <p>※ 「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。</p> <p>※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。</p> <p>(換算数の詳細は手引書を参照してください。)</p>							

【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】

記入者名 () 電話番号 (- -)

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

(16) サービスの提供状況	地域密着型特定施設入居者生活介護	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	要介護認定申請中
		1 あり 2 なし	9月末日の利用者数(人)						

(17) 事業所の形態	該当する番号を1-2で囲んでください。							
	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)	

(18) 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)				

(19) 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 介護福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 社会福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。
	1 受け入れあり 2 受け入れなし	1 受け入れあり 2 受け入れなし

(20) 従事者数		常勤専従			常勤兼務			非常勤					
				換算数			換算数			換算数			
1	介護職員												
	1のうち 介護福祉士												
2	生活相談員												
	2のうち 社会福祉士												
3	看護師												
4	准看護師												
5	計画作成担当者												
	6 機能訓練指導員												
	6のうち 理学療法士												
	6のうち 作業療法士												
	6のうち 言語聴覚士												
	6のうち 柔道整復師												
	6のうち あん摩マッサージ指圧師												
	7 その他の職員												

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
 得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

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

※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

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

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

(21)サービスの提供状況	夜間対応型訪問介護	9月中の営業日数	※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた日のことをいいます。					
		9月中の利用者	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
		1 あり	利用実人員数(人)					
		2 なし	訪問回数合計(回)					

(22)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)	か所
	2 II型 (オペレーションセンターの設置なし)	

(23)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		

(24)介護福祉士養成校からの実習生の受け入れ状況(過去1年間)	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、 介護福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。	
	1 受け入れあり	
	2 受け入れなし	

(25)従事者数		常勤専従		非常勤			常勤専従		非常勤		
			換算数		換算数			換算数			
* 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。	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				
	2 オペレーター				(5)3のうち 介護福祉士						
	* (1)2のうち 医師					4 その他の職員					
		(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) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
 「常勤専従」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$$
 (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)
 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
 得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
 ※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。
 (換算数の詳細は手引きを参照してください。)

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

【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】

記入者名 () 電話番号 (- -)

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

(26) サービスの提供状況	登録定員		人	宿泊サービスの利用定員		人	通いサービスの利用定員		人	
	9月中の利用者		1 あり							
			2 なし			要支援1	要支援2	その他		
	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※重複してそれぞれに合は、 しそれぞれに合は、 だされに合は、 だされに合は、	宿泊	利用実人員数(人)							
			利用延人員数(人)							
		通い	利用実人員数(人)							
			利用延人員数(人)							
	訪問	利用実人員数(人)								
利用延人員数(人)										

小規模多機能型居宅介護	登録定員		人	宿泊サービスの利用定員		人	通いサービスの利用定員		人			
	9月中の利用者		1 あり									
			2 なし			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	
	事業所を利用した利用実人員数(人)											
	事業所を利用した利用延人員数(人)											
	計上※重複してそれぞれに合は、 しそれぞれに合は、 だされに合は、 だされに合は、	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)												

(27) 宿泊室の状況	個室の数	室	個室以外の宿泊室の数	室
-------------	------	---	------------	---

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

(29) 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			

(30) 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。
	1 受け入れあり 2 受け入れなし	1 受け入れあり 2 受け入れなし

(31) 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 介護職員							2 介護支援専門員				
	(1)1のうち 看護師							3 その他の職員				
	(2)1のうち 准看護師											
	(3)1のうち 介護福祉士											

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
 換算数 = 従事者の1週間の勤務延時間数(残業を除く) ÷ 当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)
 (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)
 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
 得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
 ※ 「介護予防小規模多機能型居宅介護」と「小規模多機能型居宅介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。
 ※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。
 (換算数の詳細は手引きを参照してください。)

【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】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。



*一連番号																				
*調査番号																				

[注] 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正してください。
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 (運営法人名を記入してください。)																			
(2)施設名																			
(3)施設の所在地	〒 () () () TEL () () - () () - () () ()																		
(4)開設主体	<p>※該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。</p> <table border="0"> <tr> <td>開設主体</td> <td>01 国・都道府県</td> <td>07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>02 市区町村</td> <td>08 社団・財団法人(公益・一般)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>03 広域連合・一部事務組合</td> <td>09 営利法人(会社)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>04 日本赤十字社・社会保険関係団体</td> <td>10 その他の法人</td> </tr> <tr> <td></td> <td>05 医療法人</td> <td>11 個人</td> </tr> <tr> <td></td> <td>06 社会福祉協議会</td> <td></td> </tr> </table>	開設主体	01 国・都道府県	07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)		02 市区町村	08 社団・財団法人(公益・一般)		03 広域連合・一部事務組合	09 営利法人(会社)		04 日本赤十字社・社会保険関係団体	10 その他の法人		05 医療法人	11 個人		06 社会福祉協議会	
開設主体	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																		
(5)サービスの状況・施設の種類の種類	<ul style="list-style-type: none"> 9月30日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、印字内容を確認し、活動状況の該当する番号を○で囲んでください。 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、事業所名等を記入してください。 休止届や廃止届を提出している場合は「休止中」「廃止」に○をつけてください。以降の設問には記入不要です。 サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この調査票を事業所内で回覧の上、記入してください。(同一法人、同一住所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください。) 																		

	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
	施設の種類の種類	1 介護老人保健施設 2 介護療養型医療施設 3 その他の病院・診療所			
	事業所の種類の種類 (複数回答可)	介護老人保健施設 (01 I型 02 II型 03 III型) ユニット型介護老人保健施設 (04 I型 05 II型 06 III型) 07 病院療養型 08 ユニット型病院療養型 09 病院経過型 10 ユニット型病院経過型	11 診療所型 12 ユニット型診療所型 13 認知症疾患型 14 ユニット型認知症疾患型 15 認知症経過型		

	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
	施設の種類の種類	1 介護老人保健施設 2 介護療養型医療施設 3 その他の病院・診療所			
	事業所の種類の種類	※該当する番号を1つ、左の欄に記入してください。 通常規模の事業所 (01 介護老人保健施設 02 病院 03 診療所) 大規模の事業所(I) (04 介護老人保健施設 05 病院 06 診療所) 大規模の事業所(II) (07 介護老人保健施設 08 病院 09 診療所)			

【051 介護予防短期入所療養介護 ・ 052 短期入所療養介護】の状況

現在指定を受けて活動中のサービスについて記入してください。

介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の指定病床数を記入してください。

(6) サービスの提供状況

介護予防短期入所療養介護

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

指定病床数 床

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

	要支援1	要支援2	その他
利用実人員数(人)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
利用日数合計(日)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

短期入所療養介護

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

指定病床数 床

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

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
利用実人員数(人)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
利用日数合計(日)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(7) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去一年間)

平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、**介護福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり 2 受け入れなし

(8) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去一年間)

平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、**社会福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり 2 受け入れなし

※ 調査票記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名（担当部署等）と連絡先（電話番号）を記入してください。

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

次ページにつづきます

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

現在指定を受けて活動中のサービスについて記入してください。
 開催日数とは、利用者がいなくても事業所を開催していた(利用者がいれば実施できる状態であった)日のことをいいます。
 介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。
 利用実人員数は利用回数に関係なく、1日利用した者も2日以上利用した者も「1」とカウントしてください。

(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

定員 人 9月中の開催日数 日

9月中の利用者 1 あり 2 なし

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

通所リハビリテーション

定員 人 9月中の開催日数 日

9月中の利用者 1 あり 2 なし

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
利用実人員数(人)						
うちリハビリテーションマネジメントに基づく通所リハビリテーション実施実人員数(再掲)						
利用延人員数(人)						
うちリハビリテーションマネジメントに基づく通所リハビリテーション実施延人員数(再掲)						

(10) 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22年10月1日～平成23年9月30日の間に、**介護福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり 2 受け入れなし

(11) 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22年10月1日～平成23年9月30日の間に、**社会福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり 2 受け入れなし

(12) 通所リハビリテーションの従事者数

施設に在籍する職員のうち、通所リハビリテーションの業務に携わっている者を記入してください。
 ※常勤兼務と非常勤に記入した場合は、換算数を記入してください。

	常勤専従		常勤兼務		非常勤			常勤専従		常勤兼務		非常勤	
		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。**常勤専従については、換算数の記入は不要です。**
 ※「介護予防通所リハビリテーション」と「通所リハビリテーション」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。
 ※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

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

※ 調査票記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名(担当部署等)と連絡先(電話番号)を記入してください。

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

ご協力ありがとうございました