

(9月中)	定員超過利用の減算	1 減算有 2 無
	職員の欠員による減算	1 減算有 2 無
	個別機能訓練体制	1 加算有 2 無
	加算対象となった時間の合計	<input type="text"/> 時間
	機能訓練指導員の職種 (該当する番号すべてに○)	1 理学療法士 3 言語聴覚士 5 柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師 2 作業療法士 4 看護職員

☞「介護予防認知症対応型通所介護のサービスの提供状況」については「認知症対応型通所介護のサービスの提供状況」の後ろの「【共通項目】介護予防認知症対応型通所介護・認知症対応型通所介護を合わせたサービスの提供状況」にも記入欄があります。記入漏れのないようご注意ください。

認知症対応型通所介護のサービスの提供状況									
指定年月	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月								
事業所の形態 (複数回答可)	1 単独型 2 併設型 3 共用型								
事業所の箇所数	<input type="text"/> 箇所								
単位 ^{※1} 別利用定員	①	人	②	人	③	人			
単位 ^{※1} 別開催日数 (9月中)	①	日	②	日	③	日			
	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 ^{※2}		
実利用者数 (9月中)	人	人	人	人	人	人	人		
時間区分別 サービス延べ利用者数 (9月中)	2時間以上 3時間未満	人	人	人	人	人	人		
	3時間以上 4時間未満	人	人	人	人	人	人		
	4時間以上 6時間未満	人	人	人	人	人	人		
	6時間以上 8時間未満	人	人	人	人	人	人		
	8時間以上 9時間未満	人	人	人	人	人	人		
	9時間以上 10時間未満	人	人	人	人	人	人		
	10時間未満	人	人	人	人	人	人		
	事業所の箇所数	<input type="text"/> 箇所							
	単位 ^{※1} 別利用定員	①	人	②	人	③	人		
	単位 ^{※1} 別開催日数 (9月中)	①	日	②	日	③	日		
	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 ^{※2}		
実利用者数 (9月中)	人	人	人	人	人	人	人		
時間区分別 サービス延べ利用者数 (9月中)	2時間以上 3時間未満	人	人	人	人	人	人		
	3時間以上 4時間未満	人	人	人	人	人	人		
	4時間以上 6時間未満	人	人	人	人	人	人		
	6時間以上 8時間未満	人	人	人	人	人	人		
	8時間以上 9時間未満	人	人	人	人	人	人		
	9時間以上 10時間未満	人	人	人	人	人	人		
	10時間未満	人	人	人	人	人	人		

※1: 提供時間帯及び実施場所が同一である通所介護を1単位としてください。

※2: 非該当の人であって自費でサービスを利用している人や要介護認定申請中の人を計上してください。

共用型	事業所の箇所数	<input type="text"/>	箇所					
	単位 ^{※1} 別利用定員	① <input type="text"/> 人	② <input type="text"/> 人	③ <input type="text"/> 人				
	単位 ^{※1} 別開催日数 (9月中)	① <input type="text"/> 日	② <input type="text"/> 日	③ <input type="text"/> 日				
		経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 ^{※2}
	実利用者数 (9月中)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
	時間区分別 サービス延べ利用者数 (9月中)	2時間以上 3時間未満	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
		3時間以上 4時間未満	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
		4時間以上 6時間未満	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
		6時間以上 8時間未満	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
		8時間以上 9時間未満	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
9時間以上 10時間未満		<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	
体制・加減算の状況 (9月中)		定員超過利用の減算	1 減算有	2 無				
職員の欠員による減算		1 減算有	2 無					
個別機能訓練体制	1 加算有	2 無						
加算対象となった時間の合計	<input type="text"/>	時間						
機能訓練指導員の職種 (該当する番号すべてに○)	1 理学療法士 2 作業療法士	3 言語聴覚士 4 看護職員	5 柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師					
(共通項目) 介護予防認知症対応型通所介護・認知症対応型通所介護をあわせたサービスの提供状況								
通常の事業実施地域以外の利用者	延べ利用者数 (9月中)	<input type="text"/>	人					
食事延べ提供数 (9月中)	<input type="text"/>	食						
送迎の状況 (9月中)	送迎延べ実施回数	<input type="text"/>	回 ※1人に対して片道の送迎を行った場合を1回と数えてください。					
	通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数 (再掲)	<input type="text"/>	回 ※1人に対して片道の送迎を行った場合を1回と数えてください。					
時間超過分の費用を徴収した延べ利用者数 (9月中)	<input type="text"/>	人 ※通常の認知症対応型通所介護に要する時間を超えてサービスを提供した場合に、利用者の選定に係るものの費用を徴収した延べ利用者数を記入してください。						
社会福祉法人等による軽減の状況	実施の有無	1 軽減有	2 無					
介護給付費の割引実施の有無	1 割引有 → 介護給付費の割引率: <input type="text"/> %	2 無						

※1: 提供時間帯及び実施場所が同一である通所介護を1単位としてください。

※2: 非該当の人であって自費でサービスを利用している人や要介護認定申請中の人を計上してください。

5 介護予防訪問介護・訪問介護
 (介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護と一体的に経営・会計を行っている場合に記入)

事業開始年月		西暦	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	※介護保険法の施行前から当該事業を実施している場合には、当該事業の開始年月を記入してください。		
介護予防訪問介護のサービスの提供状況									
指定年月		西暦	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月			
		要支援1			要支援2		その他(認定申請中等)		
実利用者数 (9月中)	週1回			人			人	人	
	週2回			人			人	人	
	週3回以上			人			人	人	
延べ訪問回数 (9月中)	30分未満			回			回	回	
	30分以上 1時間未満			回			回	回	
	1時間以上 1時間半未満			回			回	回	
	1時間半以上 2時間未満			回			回	回	
	2時間以上 2時間半未満			回			回	回	
	2時間半以上 3時間未満			回			回	回	
	3時間以上 3時間半未満			回			回	回	
	3時間半以上 4時間未満			回			回	回	
	4時間以上			回			回	回	
	3級訪問介護員により行われる場合		1 減算有 →算定回数：延べ <input type="text"/> 回 2 無						

☞「介護予防訪問介護のサービスの提供状況」については「訪問介護のサービスの提供状況」の後ろの「【共通項目】介護予防訪問介護・訪問介護を合わせたサービスの提供状況」にも記入欄があります。記入漏れのないようご注意ください。

訪問介護のサービスの提供状況

指定年月	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月							
	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	認定申請中	その他(障害者等)
実利用者数(9月中)	人	人	人	人	人	人	人	人

※介護保険の訪問介護利用者に対するサービス提供状況を記入

介護保険利用者へのサービス	類型別・要介護度別延べ訪問回数(9月中)						
	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	認定申請中
	身体介護	回	回	回	回	回	回
	身体生活	回	回	回	回	回	回
	生活援助	回	回	回	回	回	回
	通院等乗降介助	回	回	回	回	回	回

介護保険利用者へのサービス	類型別・時間区分別延べ訪問回数(9月中)										
		30分未満	30分以上1時間未満	1時間以上1時間半未満	1時間半以上2時間未満	2時間以上2時間半未満	2時間半以上3時間未満	3時間以上3時間半未満	3時間半以上4時間未満	4時間以上	
	身体介護	回	回	回	回	回	回	回	回	回	
	身体生活		回	回	回	回	回	回	回	回	
	生活援助		回	回	回	回	回	回	回	回	
	(再掲)	夜間又は早朝	回	回	回	回	回	回	回	回	
		深夜	回	回	回	回	回	回	回	回	
	状況・加減算の(9月中)	身体介護に引き続き生活援助を行なった場合	1 加算有 →算定回数: 83単位延べ <input type="text"/> 回、166単位延べ <input type="text"/> 回、249単位延べ <input type="text"/> 回 2 無								
		3級訪問介護員により行われる場合	1 減算有 →算定回数: 延べ <input type="text"/> 回 2 無								
		2人の訪問介護職員等による場合	1 加算有 →算定回数: 延べ <input type="text"/> 回 2 無								
その他の利用者(障害者等)へのサービス	延べ訪問回数(9月中)	<input type="text"/> 回									
	訪問時間合計(9月中)	<input type="text"/> 時間									

(共通項目) 介護予防訪問介護・訪問介護を合わせたサービスの提供状況

社会福祉法人等による軽減の状況	実施の有無	1 軽減有	2 無	
介護給付費の割引実施の有無	1 割引有	→ 介護給付費の割引率: <input type="text"/> %		2 無
出張所等(サテライト事業所)の箇所数	<input type="text"/> 箇所			

6 夜間対応型訪問介護
 (介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護と一体的に経営・会計を行っている場合に記入)

事業開始年月	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	※介護保険法の施行前から当該事業を実施している場合には、当該事業の開始年月を記入してください。					
夜間対応型訪問介護のサービスの提供状況							
指定年月	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月						
事業所基準	1 夜間対応型訪問介護費 (I) 2 夜間対応型訪問介護費 (II)						
	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 ^{※1}
実利用者数 (9月中)	人	人	人	人	人	人	人
回数 (9月中)	合計	回	回	回	回	回	回
	うち定期巡回	回	回	回	回	回	回
	うち3級訪問介護員が実施	回	回	回	回	回	回
	うち随時訪問	回	回	回	回	回	回
	回	回	回	回	回	回	回
社会福祉法人等による軽減の状況	実施の有無	1 軽減有 2 無					
介護給付費の割引実施の有無	1 割引有 → 介護給付費の割引率: <input type="text"/> % 2 無						

※1: 非該当の人であって自費でサービスを利用している人や要介護認定申請中の人を計上してください。

7 介護予防訪問入浴介護・訪問入浴介護
 (介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護と一体的に経営・会計を行っている場合に記入)

事業開始年月	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	※介護保険法の施行前から当該事業を実施している場合には、当該事業の開始年月を記入してください。					
介護予防訪問入浴介護のサービスの提供状況							
指定年月	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月						
	要支援1	要支援2		その他 ^{※1}			
実利用者数 (9月中)		人	人	人			
(9月中)	訪問	回	回	回	回	回	回
	入浴	回	回	回	回	回	回
	清拭・部分浴	回	回	回	回	回	回
	回	回	回	回	回	回	回
訪問入浴介護のサービスの提供状況							
指定年月	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月						
	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 ^{※1}
実利用者数 (9月中)	人	人	人	人	人	人	人
(9月中)	訪問	回	回	回	回	回	回
	入浴	回	回	回	回	回	回
	清拭・部分浴	回	回	回	回	回	回
	回	回	回	回	回	回	回
【共通項目】介護予防訪問入浴介護・訪問入浴介護を合わせたサービスの提供状況							
介護給付費の割引実施の有無	1 割引有 → 介護給付費の割引率: <input type="text"/> % 2 無						

※1: 非該当の人であって自費でサービスを利用している人や要介護認定申請中の人を計上してください。

8 介護予防支援、居宅介護支援 (介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護と一体的に経営、会計を行っている場合に記入)							
事業開始年月	西暦	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	※介護保険法の施行前から当該事業を実施している場合には、当該事業の開始年月を記入してください。	
介護予防支援のサービスの提供状況							
指定年月	西暦	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月		
		要支援 1		要支援 2		その他 ^{※1}	
実利用者数 (9月中)		人		人		人	
うち新規の実利用者数 (9月中)		人		人		人	
うち居宅介護支援事業所に委託している実利用者数 (9月中)	<input type="text"/>	人					
居宅介護支援のサービスの提供状況							
指定年月	西暦	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月		
事業所基準	1 居宅介護支援費 (I) 2 居宅介護支援費 (II) 3 居宅介護支援費 (III)						
	経過的要介護	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	その他 ^{※1}
実利用者数 (9月中)	人	人	人	人	人	人	人
うち新規の実利用者数 (9月中)	人	人	人	人	人	人	人
うち介護予防支援事業所から委託している実利用者数 (9月中)	<input type="text"/>	人					
運営基準減算	1 減算有 (70/100 ・ 50/100) 2 無						
運営基準減算適用の実利用者	経過的要介護	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	その他 ^{※1}
	人	人	人	人	人	人	人
【共通項目】 介護予防支援、居宅介護支援を合わせたサービスの提供状況							
要介護認定調査の受託件数 (9月中)	<input type="text"/>	件					
住宅改修理由書の作成件数 (9月中)	<input type="text"/>	件					
サービス担当者会議の開催回数と	<input type="text"/>	回					
対象要介護者・要支援者数 ^{※2} (9月中)	<input type="text"/>	人					

※1：その他にはケアプランの依頼を受けたが給付管理に至らなかった利用者の人数を記入してください。

※2：サービス担当者会議とは、あらかじめ日時、場所等を決めて、各種サービス担当者等を招集して行う会議を指します。朝礼・引継ぎなど、利用者のレビューを行うものは含めないでください。

第2 居室・設備等の状況

1 建築延べ面積			m ²							
2 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（空床利用の短期入所生活介護（介護予防含む）を含む）、通所介護（介護予防含む）、認知症対応型通所介護（介護予防含む）の各施設・設備に係る延べ床面積										
	室数			延べ床面積（m ² ）						
	介護老人福祉施設	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	短期入所生活介護（介護予防含む）（併設型）	介護老人福祉施設	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	短期入所生活介護（介護予防含む）（併設型）	通所部分 通所介護（介護予防含む）	認知症対応型通所介護（介護予防含む）	入所・通所共用部分 ^{※1} （再掲）	
ユニットケア ^{※2} 以外	①5人以上室	室	室	室	m ²	m ²	m ²			
	②4人室	室	室	室	m ²	m ²	m ²			
	③3人室	室	室	室	m ²	m ²	m ²			
	④2人室	室	室	室	m ²	m ²	m ²			
	⑤個室	室	室	室	m ²	m ²	m ²			
	⑥静養室						m ²	m ²	m ²	m ²
	⑦浴室						m ²	m ²	m ²	m ²
	⑧医務室						m ²	m ²	m ²	m ²
	⑨食堂				1:専用室 2:他の目的室と兼用				m ² ※3	m ²
	⑩機能訓練室	1:専用室 2:他の目的室と兼用				m ² ※3	m ²	m ²	m ²	
ユニットケア ^{※2}	⑪2人室	室	室	室	m ²	m ²	m ²			
	⑫個室	室	室	室	m ²	m ²	m ²			
	⑬共同生活室						m ²			
3 通所介護（介護予防含む）・認知症対応型通所介護（介護予防含む）以外の居宅介護サービスに係る専用延べ床面積（m ² ）										
訪問介護（介護予防含む）	夜間対応型訪問介護	訪問入浴介護（介護予防含む）	介護予防支援・居宅介護支援							
m ²	m ²	m ²	m ²							

※1：入所部分、通所部分の利用者が共用している諸室の延べ床面積を再掲してください。（詳細は記入要領を参照してください。）

※2：ユニットケアとは、居室をいくつかのグループに分け、少数の居室と食堂や談話スペース（居宅での居間に相当する）等によって一体的に構成された居室環境（ユニット）によるケアをいいます。

※3：⑨食堂と⑩機能訓練室が共用の場合、⑨食堂に記入し⑩機能訓練室の面積は記入しないでください。

食堂記入例：160m²の食堂のうち、100m²は入所専用、40m²は通所専用、20m²は入所と通所で共用している。



○入所部分 → 120m²
=入所専用（100）+共用（20）

○通所部分 → 60m²
=通所専用（40）+共用（20）

○共用部分 → 20m²

第3 職員配置（その1）

※複数の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して記入してください。

※介護支援専門員として従事している者は、1～20のいずれかに分類して記入してください。

※主として従事している職種を決めがたい場合は、1～20の数字の若い順で優先して記入してください。

※「全体」には、介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護と一体的に経営・会計を行っている、市区町村からの委託事業等の職員を含めて記入してください。（その場合には「全体」と各事業の合計は一致しません。）

職員配置（平成19年9月1日現在）	全体				介護老人福祉施設 (地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は別)			
	常勤者		非常勤者		常勤者		非常勤者	
	専従	兼務 換算数	換算数	換算数	専従	兼務 換算数	換算数	
1 介護老人福祉施設の管理者	人	人	人	人	人	人	人	人
2 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の管理者								
3 その他介護保険事業の管理者								
4 医師								
5 看護師								
6 准看護師								
7 介護福祉士								
8 その他の介護職員								
9 理学療法士								
10 作業療法士								
11 言語聴覚士								
12 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師								
13 生活相談員（社会福祉士）								
14 その他の生活相談員								
15 福祉用具専門相談員								
16 管理栄養士								
17 その他の栄養士								
18 調理員								
19 事務職員								
20 その他								
合計								
うちサービス提供責任者（再掲）								

【換算数の計算式】

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

<※1ヶ月に数回の勤務である場合>

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

※職員の勤務時間は実態に応じて、算出してください。
管理者等の職種で、事業別に従事した時間を把握することが困難である場合には、おおよその時間によって算出してください。

上記計算式によって得られた数値を、小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位まで計上してください。
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。