



*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。

運営法人名
(運営法人名を記入してください。)

事業所名

事業所の所在地
〒 TEL ()-()-()

(1) 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。**確認後は、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。**なお、印字されていない事業については記入不要です。**
- ・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 (1つに○)	回答ページ
141 介護予防型 認知症対応型 通所介護			1 2 3 活動中 休止中 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 2 3 活動中 休止中 廃止	
151 介護予防型 認知症対応型 共同生活介護			1 2 3 活動中 休止中 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 2 3 活動中 休止中 廃止	
161 地域密着型 特定施設入居者 生活介護			1 2 3 活動中 休止中 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 2 3 活動中 休止中 廃止	5 ページ に記入して ください
181 介護予防型 小規模多機能型 居宅介護			1 2 3 活動中 休止中 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 2 3 活動中 休止中 廃止	
211 定期巡回・ 随時対応型 訪問介護看護			1 2 3 活動中 休止中 廃止	7 ページ に記入して ください
221 複合型サービス			1 2 3 活動中 休止中 廃止	8 ページ に記入して ください

(2) 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。)

(3) 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。

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

電話 (-)

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、冊子のままご返送下さい。)

(4)サービスの提供状況

介護予防認知症対応型通所介護

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。

定員

人

9月中の開催日数

日

※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月中の利用者

1 あり

2 なし

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

認知症対応型通所介護

定員

人

9月中の開催日数

日

※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月中の利用者

1 あり

2 なし

利用実人員数(人)

利用延人員数(人)

要介護1

要介護2

要介護3

要介護4

要介護5

その他

(5)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

(6)社会福祉法人等による軽減の状況

1 実施している

2 実施していない

9月中の軽減者数

人 (生活保護受給者等は含みません)

(7)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23年10月1日～平成24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23年10月1日～平成24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

(8)従事者数

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 医師					
2 看護師					
3 准看護師					
4 機能訓練指導員					
4のうち理学療法士					
4のうち作業療法士					
4のうち言語聴覚士					
4のうち看護師					
4のうち准看護師					
4のうち柔道整復師					
4のうちあん摩マッサージ指圧師					
5 調理員					
6 管理栄養士					
7 栄養士					
8 歯科衛生士					
9 生活相談員					
9のうち社会福祉士					
10 介護職員					
10のうち介護福祉士					
11 その他の職員					

(補間)認定特定行為業務従事者
(介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)

人

(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。

従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)
換算数 = 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。)

【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。

2

記入者名（）電話番号（

—

—

—

）

(9)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○で囲んでください。

対介護予防共同生活介護型

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

1 あり

2 なし

9月末日の利用者数(人)

要支援2

その他

共通認知症対応型

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月中の利用者

1 あり

2 なし

9月末日の利用者数(人)

うち「短期利用」の利用者数(人)

要介護1

要介護2

要介護3

要介護4

要介護5

その他

(10)ユニット及び居室の状況

※平均家賃は、整数で記入してください。

ユニット数

ユニット

2人室

室数

室

1部屋当たりの平均家賃(1か月)

円

個室

室数

室

1部屋当たりの平均家賃(1か月)

円

(11)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23年10月1日～平成24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23年10月1日～平成24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)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

2のうち
介護支援専門員

3 その他の職員

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。)

(補問)認定特定行為業務従事者
(介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)

人

(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。

※「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。

【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。

3

(13) サービス提供状況	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○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		※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										
(14) 事業所の形態	該当する番号を 1 つ ○ で囲んでください。 ア 有料老人ホーム (エに該当するものを除く) (1 サテライト型以外 2 サテライト型) イ 軽費老人ホーム (3 サテライト型以外 4 サテライト型) ウ 養護老人ホーム (5 サテライト型以外 6 サテライト型) エ サービス付き高齢者向け住宅 (7 サテライト型以外 8 サテライト型)											
(15) 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)											
(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23年10月1日～平成24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23年10月1日～平成24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						
(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 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 看護師					
	4 准看護師						6 のうち 准看護師					
	5 計画作成担当者						6 のうち 柔道整復師					
	(補間) 認定特定行為業務従事者 (介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)						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。 ※ 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 = 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。)												
(換算数の詳細は手引きを参照してください。)												

(18) 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(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。								
		9月中の通報件数			件									
		9月中の利用者	1 あり	2 なし	利用実人員数(人)	定期巡回訪問回数(回)	随時訪問回数(回)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	
(19) 事業所の区分	1 I型(オペレーションセンターの設置あり) 2 II型(オペレーションセンターの設置なし) 場所													
(20) 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)													
(21) 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23年10月1日～平成24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													
(22) 従事者数 *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	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	3 面接相談員	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							(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のうち准看護師					
		2 オペレーター							(5) 3のうち社会福祉士					
		(1) 2のうち医師							(6) 3のうち介護福祉士					
		(2) 2のうち保健師							(7) 3のうち介護支援専門員					
		(3) 2のうち看護師							4 その他の職員					
		(4) 2のうち准看護師							(補間) 認定特定行為業務従事者 (介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者) 人					
(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。 ※ 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。)														

【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】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。

【211 定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

記入者名（ ） 電話番号（ - - ）

(29) 事業所の種別	1 一体型 2 連携型																
(30) サービスの提供状況 「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。	※利用実人員数欄には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を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。)																
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	介護保険法 との併給者	9月中の利用者		1 あり 2 なし		9月中の通報件数 件										
					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)														
			訪問介護	利用実人員数(人)													
				定期巡回 訪問回数(回)													
				随時 訪問回数(回)													
			訪問看護	利用実人員数(人)													
				定期巡回 訪問回数(回)													
				随時 訪問回数(回)													
健康保険法等 の併給者			上記の訪問看護利用者のうち月の途中で健康保険法等による給付が行われた者を計上してください。														
	利用実人員数		人	訪問回数の合計 回													
	うち新たな疾病等の診断による		人														
健康保険法等	健康保険法等でサービスを受けた者を計上して下さい。																
	利用実人員数		人	その他	介護保険法及び健康保険法等いずれも利用していない者で全額自費によりサービスを受けた者を計上して下さい。												
	訪問回数の合計		回		利用実人員数 人												
		うちPT、OT、STのみによる訪問回数		回			訪問回数の合計		回	うちPT、OT、STのみによる訪問回数 回							
(31) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中に、事業所が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の实人員数、延べ夜勤回数を記入してください。																
	看護職員	実人員数		人	介護職員	実人員数		人									
	延べ夜勤回数			回	延べ夜勤回数			回									
(32) 9月中の利用者	定期的なアセスメント・モニタリングのための訪問回数	医師の指示書がない利用者に対する看護職員の訪問回数(9月の状況についてお答えください。)	要介護1		回	要介護2		回	要介護3		回	要介護4		回	要介護5		回
		医師の指示書がある利用者に対する医師の指示書に基づかない看護職員の訪問回数(9月の状況についてお答えください。)	要介護1		回	要介護2		回	要介護3		回	要介護4		回	要介護5		回
	死亡によるサービスの終了者	介護保険法		介護保険と健康保険等との併給者				健康保険等のみ利用者									
		ターミナルケア加算		訪問看護ターミナルケア療養費				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		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		人		人		
		在宅で死亡した利用者数			人		人		人		人		人		人		
		在宅以外で死亡した利用者数			人		人		人		人		人		人		
	(33) 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)													
(34) 従事者数 *複数の資格を有している者については、(1)~(7)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 訪問介護員等						7 オペレーター										
	1 のうち介護福祉士						(1) 7のうち医師										
	2 看護師						(2) 7のうち保健師										
	3 准看護師						(3) 7のうち看護師										
	4 理学療法士						(4) 7のうち准看護師										
	5 作業療法士						(5) 7のうち社会福祉士										
	6 言語聴覚士						(6) 7のうち介護福祉士										
							(7) 7のうち介護支援専門員										
	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。)						8 その他の職員										
(補間1) 認定特定行為業務従事者 (介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)												(補間2) 計画作成責任者					

【211定期巡回・随時対応型訪問介護看護】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。

7

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。

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)														
※重複する場合は、 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)												
	訪問介護	利用実人員数(人)												
		利用延人員数(人)												
訪問看護	利用実人員数(人)													
	利用延人員数(人)													

(35) サービスの状況

複合型サービス

(36) 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・事務所について、該当する番号をすべて○で囲んでください。

- 訪問看護事業所と併設している
- 認知症対応型共同生活介護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
- 地域密着型特定施設と併設している
- 地域密着型介護老人福祉施設と併設している
- 介護療養型医療施設(有床診療所に限る)と併設している
- 1～6との併設はない

(37) 宿泊室の状況

個室の数 室 個室以外の宿泊室の数 室

(38) 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	
室定員		人室		人室		人室		人室		人室		人室	
室数		室		室		室		室		室		室	

(39) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

9月中に、事業所が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数、延べ夜勤回数を記入してください。

看護職員	実人員数		人	介護職員	実人員数		人
	延べ夜勤回数		回		延べ夜勤回数		回

(40) 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)

(41) 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						4 介護支援専門員					
1のうち介護福祉士						5 その他の職員					
2 看護師											
3 准看護師											

(補間) 認定特定行為業務従事者
(介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)
人

(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。
※ 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。)

【221複合型サービス】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。

8