

【072通所介護】

記入者名（ ） 電話番号（ - - ）

(3)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 通常規模型事業所 2 大規模型事業所(Ⅰ) 3 大規模型事業所(Ⅱ)

(4)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。

注)「地域密着型通所介護」については、「地域密着型サービス事業所票」に記入してください。

通所介護	定員 (19人以上)	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 (自費利用者、 認定申請中の者)
			1 あり 2 なし	利用実人員数 利用延人員数	人 人	人 人	人 人	人 人	人 人

(5)従事者数

注) (5)では、総合事業のみに従事する者、及び常勤兼務、非常勤の者が総合事業に従事する分(換算数)は含めません(記入の手引きを参照してください)。

★機能訓練指導員の再掲欄において、当該職員が複数の資格を有している場合は、主に従事している資格を1つ決めた上で、当該資格欄に記入してください。

	常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)		常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)
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					
(1) 4のうち 理学療法士						9 生活相談員					
(2) 4のうち 作業療法士						9のうち 社会福祉士					
(3) 4のうち 言語聴覚士						10 介護職員					
(4) 4のうち 看護師 (2の業務分除く)						10のうち 介護福祉士					
(5) 4のうち 准看護師 (3の業務分除く)						うち、勤続10年 以上(※)の者					
(6) 4のうち 柔道整復師						11 その他の職員 (管理者含む)					
(7) 4のうち あん摩マッサージ 指圧師						※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。					
(8) 4のうち はり師・きゅう師						(補問)※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合 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					

(6)総合事業(従前の介護予防通所介護相当のサービス)の一体的な実施の状況

同一法人・同一所在地における総合事業(従前の介護予防通所介護相当のサービスに限る*)の一体的な実施の状況について、該当する番号を○で囲んでください。
※緩和した基準によるサービス等は含みません。

1 実施している
2 実施していない

総合事業(従前の介護予防通所介護相当のサービス)事業所の介護職員数

常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)

(補問2)補問1の従事者(常勤兼務・非常勤に限る)のうち、総合事業だけでなく通所介護事業所の介護職員としても勤務している者の人数

人 人

【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】

記入者名（ ） 電話番号（ - - ）

(7) 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

※(7)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」を○で囲んだ事業所は、以下(8)、(9)に回答してください。
「3 空床型」、「6 空床型ユニット型」のみを○で囲んだ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 併設型」又は「5 併設型ユニット型」を○で囲んだ事業所は、併設型(ユニット型)分についてのみ記入してください。

(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、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。

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

1 あり

2 なし

利用実人員数

利用日数合計

要支援1

要支援2

その他
(自費利用者、認定申請中の者)

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

1 あり

2 なし

利用実人員数

利用日数合計

要介護1

要介護2

要介護3

要介護4

要介護5

その他
(自費利用者、認定申請中の者)

(9) 従事者数

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。

※「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。

※『常勤兼務』には、『常勤専従』分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。

※「換算数」には、『常勤兼務』または『非常勤』の人数分をそれぞれ計上します。

従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)

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

(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。)(換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。)

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。

	常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)	常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)
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				
(1) 4のうち理学療法士						9 生活相談員				
(2) 4のうち作業療法士						9のうち社会福祉士				
(3) 4のうち言語聴覚士						10 介護職員				
(4) 4のうち看護師 (2の業務分除く)						10のうち介護福祉士				
(5) 4のうち准看護師 (3の業務分除く)						うち、勤続10年以上(※)の者				
(6) 4のうち柔道整復師						11 その他の職員 (管理者含む)				
(7) 4のうちあん摩マッサージ指圧師						※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。				
(8) 4のうちはり師・きゅう師						<div> <div>(補問) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合</div> <div>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</div> <div>人</div> </div>				

★機能訓練指導員の再掲欄において、当該職員が複数の資格を有している場合は、主に従事している資格を1つ決めた上で、当該資格欄に記入してください。

【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。

3

記入者名（）電話番号（——）

(10)事業所の形態

該当する番号を1つ○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 サービス付き高齢者向け住宅
(4に該当するものを除く)

(11)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。

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

1 あり

2 なし

9月末日の利用者数

要支援1

要支援2

要支援認定申請中

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

1 あり

2 なし

9月末日の利用者数

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

(12)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○で囲んでください。

1 訪問介護・総合事業の訪問型サービス

2 (介護予防)訪問看護

3 通所介護・総合事業の通所型サービス

4 (介護予防)福祉用具貸与

5 (介護予防)その他

(13)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。

★機能訓練指導員の再掲欄において、当該職員が複数の資格を有している場合は、主に従事している資格を1つ決めた上で、当該資格欄に記入してください。

(14)従事者数

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。
※「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。
※『常勤兼務』には、『常勤専従』分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。
※「換算数」には、『常勤兼務』または『非常勤』の人数分をそれぞれ計上します。

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、記入の手引きを参照してください。)
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。

	常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)
1 介護職員					
1のうち介護福祉士					
うち、勤続10年以上(※)の者					
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					
※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。					
6 機能訓練指導員					
(1)6のうち理学療法士					
(2)6のうち作業療法士					
(3)6のうち言語聴覚士					
(4)6のうち看護師(3の業務分除く)					
(5)6のうち准看護師(4の業務分除く)					
(6)6のうち柔道整復師					
(7)6のうちあん摩マッサージ指圧師					
(8)6のうちはり師・きゅう師					
7 その他の職員(管理者含む)					

(補問)※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合
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

【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。

4

(15) 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。								
	訪問介護 介護予防 訪問入浴介護	9月中の利用者		利用実人員数	要支援1	要支援2	その他 (自費利用者、認定申請中の者)		
		1 あり							
		2 なし							
訪問入浴介護	9月中の利用者		利用実人員数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 (自費利用者、認定申請中の者)
1 あり									
2 なし									

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。
 ※「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。
 ※『常勤兼務』には、『常勤専従』分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。
 ※「換算数」には、『常勤兼務』または『非常勤』の人数分をそれぞれ計上します。

従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)

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、記入の手引きを参照してください。)

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。

(16) 従事者数

	常勤専従(人)		常勤兼務(専従分除く)(人)		非常勤(人)		常勤専従(人)		常勤兼務(専従分除く)(人)		非常勤(人)	
	人	換算数(人)	人	換算数(人)	人	換算数(人)	人	換算数(人)	人	換算数(人)	人	換算数(人)
1 介護職員												
(1) 1のうち介護福祉士												
うち、勤続10年以上(※)の者												
(2) 1のうち実務者研修修了者												
(3) 1のうち旧介護職員基礎研修課程修了者												
(4) 1のうち旧ホームヘルパー1級研修課程修了者												
(5) 1のうち初任者研修修了者(旧ホームヘルパー2級研修課程修了者を含む)												
2 看護師												
3 准看護師												
4 その他の職員(管理者含む)												

★資格(1)～(5)の中で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。

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

【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。

記入者名（

）

電話番号（

—

—

）

「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

(17)サービスの提供状況	介護予防福祉用具貸与	
	9月中の介護保険の利用者(9月以前からの継続利用者を含む)	
	<div>1 あり</div> <div>2 なし</div>	利用実人員 <div>人</div>
	福祉用具貸与	
	9月中の介護保険の利用者(9月以前からの継続利用者を含む)	
	<div>1 あり</div> <div>2 なし</div>	利用実人員 <div>人</div>

特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売

(18)サービスの提供状況	「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。					
	<div>1 あり</div> <div>2 なし</div>	腰掛便座	自動排泄処理装置の交換可能部品	入浴補助用具	簡易浴槽	移動用リフトのつり具の部分

【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

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。
※「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。
※『常勤兼務』には、『常勤専従』分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。
※「換算数」には、『常勤兼務』または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

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、記入の手引きを参照してください。)
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。

	常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)	常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)
(19)従事者数	1 福祉用具専門相談員			2 その他の職員 (管理者含む)						

「1 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、該当する資格すべてに記入してください。

1 介護福祉士	<div>人</div>	3 保健師	<div>人</div>	5 准看護師	<div>人</div>	7 作業療法士	<div>人</div>
2 義肢装具士	<div>人</div>	4 看護師	<div>人</div>	6 理学療法士	<div>人</div>	8 社会福祉士	<div>人</div>
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		<div>人</div>	
				10 1～9以外の有資格者		<div>人</div>	

【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。

(20) 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。

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 上記以外の施設・事業所と併設している

6 1～5との併設はない(独立事業所)

(21) 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。委託した場合は、**委託した人数**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 (自費利用者、認定申請中の者)
<div>1 委託あり</div> <div>2 委託なし</div>	利用実人員数	人	人	人
	うち9月中の新規の利用実人員数	人	人	人

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 (自費利用者、認定申請中の者)
<div>1 あり</div> <div>2 なし</div>	利用実人員数	人	人	人

(22) 従事者数

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。

※『常勤兼務』には、『常勤専従』分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。

※「換算数」には、『常勤兼務』または『非常勤』の人数分をそれぞれ計上します。

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。)(換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。)
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。

	常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)		常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)
1 専門職員						2 その他の職員 (管理者含む)					
(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											

★専門職員の再掲欄において、当該職員が複数の資格を有している場合は、主に従事している資格を1つ決めた上で、当該資格欄に記入してください。

(23)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。

1 介護保険施設と併設している

2 居宅サービス事業所、介護予防サービス事業所、地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所と併設している

3 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)と併設している

4 介護療養型医療施設以外の病院・診療所と併設している

5 上記以外の施設・事業所と併設している

6 1～5との併設はない(独立事業所)

(24)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 (自費利用者、 認定申請中の者)
1 あり	利用実人員数	人	人	人	人	人	人
2 なし	うち9月中の新規の 利用実人員数	人	人	人	人	人	人

(25)従事者数

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。
※『常勤兼務』には、『常勤専従』分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。
※「換算数」には、『常勤兼務』または『非常勤』の人数分をそれぞれ計上します。

従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)

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、記入の手引きを参照してください。)

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。

	常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)	常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)
1 介護支援専門員						2 その他の職員 (管理者含む)				
1のうち 主任介護支援専門員										

【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。

8

【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。

なお、利用者1人に対して、1日に2回以上訪問した場合は、1人とカウントし、9月30日の最後に訪問したとき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。

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。

*一連番号

利 用 者 1	<div>性別<div>1 男</div><div>2 女</div></div> <div>出生年<div>1 明治</div><div>2 大正</div><div>3 昭和</div>年</div> <div>要介護度<div>1 要介護1</div><div>3 要介護3</div><div>5 要介護5</div><div>2 要介護2</div><div>4 要介護4</div><div>6 その他（自費利用者、認定申請中の者）</div></div>	<div>介護報酬請求区分(複数回答) ※01～06,07～08内での複数回答はありません。</div> <div>01 身体中心 20分未満</div> <div>02 身体中心 20分以上30分未満</div> <div>03 身体中心 30分以上1時間未満</div> <div>04 身体中心 1時間以上1時間30分未満</div> <div>05 身体中心 1時間30分以上2時間未満</div> <div>06 身体中心 2時間以上</div> <div>07 生活援助 45分未満</div> <div>08 生活援助 45分以上</div> <div>09 通院等乗降介助</div>	<div>訪問介護の提供内容(複数回答)</div> <div>01 排泄介助</div> <div>02 食事介助</div> <div>03 清拭</div> <div>04 部分浴</div> <div>05 全身浴</div> <div>06 洗面等</div> <div>07 身体整容</div> <div>08 更衣介助</div> <div>09 体位変換</div> <div>10 移乗・移動介助</div> <div>11 通院・外出介助</div> <div>12 起床・就寝介助</div> <div>13 自立支援のための見守りの援助</div> <div>14 その他の身体介護</div> <div>15 掃除</div> <div>16 洗濯</div> <div>17 一般的な調理・配膳</div> <div>18 買い物・薬の受け取り</div> <div>19 その他の生活援助</div> <div>20 通院等乗降介助</div>
	<div>9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間</div> <div></div> 分		
利 用 者 2	<div>性別<div>1 男</div><div>2 女</div></div> <div>出生年<div>1 明治</div><div>2 大正</div><div>3 昭和</div>年</div> <div>要介護度<div>1 要介護1</div><div>3 要介護3</div><div>5 要介護5</div><div>2 要介護2</div><div>4 要介護4</div><div>6 その他（自費利用者、認定申請中の者）</div></div>	<div>介護報酬請求区分(複数回答) ※01～06,07～08内での複数回答はありません。</div> <div>01 身体中心 20分未満</div> <div>02 身体中心 20分以上30分未満</div> <div>03 身体中心 30分以上1時間未満</div> <div>04 身体中心 1時間以上1時間30分未満</div> <div>05 身体中心 1時間30分以上2時間未満</div> <div>06 身体中心 2時間以上</div> <div>07 生活援助 45分未満</div> <div>08 生活援助 45分以上</div> <div>09 通院等乗降介助</div>	<div>訪問介護の提供内容(複数回答)</div> <div>01 排泄介助</div> <div>02 食事介助</div> <div>03 清拭</div> <div>04 部分浴</div> <div>05 全身浴</div> <div>06 洗面等</div> <div>07 身体整容</div> <div>08 更衣介助</div> <div>09 体位変換</div> <div>10 移乗・移動介助</div> <div>11 通院・外出介助</div> <div>12 起床・就寝介助</div> <div>13 自立支援のための見守りの援助</div> <div>14 その他の身体介護</div> <div>15 掃除</div> <div>16 洗濯</div> <div>17 一般的な調理・配膳</div> <div>18 買い物・薬の受け取り</div> <div>19 その他の生活援助</div> <div>20 通院等乗降介助</div>
	<div>9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間</div> <div></div> 分		
利 用 者 3	<div>性別<div>1 男</div><div>2 女</div></div> <div>出生年<div>1 明治</div><div>2 大正</div><div>3 昭和</div>年</div> <div>要介護度<div>1 要介護1</div><div>3 要介護3</div><div>5 要介護5</div><div>2 要介護2</div><div>4 要介護4</div><div>6 その他（自費利用者、認定申請中の者）</div></div>	<div>介護報酬請求区分(複数回答) ※01～06,07～08内での複数回答はありません。</div> <div>01 身体中心 20分未満</div> <div>02 身体中心 20分以上30分未満</div> <div>03 身体中心 30分以上1時間未満</div> <div>04 身体中心 1時間以上1時間30分未満</div> <div>05 身体中心 1時間30分以上2時間未満</div> <div>06 身体中心 2時間以上</div> <div>07 生活援助 45分未満</div> <div>08 生活援助 45分以上</div> <div>09 通院等乗降介助</div>	<div>訪問介護の提供内容(複数回答)</div> <div>01 排泄介助</div> <div>02 食事介助</div> <div>03 清拭</div> <div>04 部分浴</div> <div>05 全身浴</div> <div>06 洗面等</div> <div>07 身体整容</div> <div>08 更衣介助</div> <div>09 体位変換</div> <div>10 移乗・移動介助</div> <div>11 通院・外出介助</div> <div>12 起床・就寝介助</div> <div>13 自立支援のための見守りの援助</div> <div>14 その他の身体介護</div> <div>15 掃除</div> <div>16 洗濯</div> <div>17 一般的な調理・配膳</div> <div>18 買い物・薬の受け取り</div> <div>19 その他の生活援助</div> <div>20 通院等乗降介助</div>
	<div>9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間</div> <div></div> 分		
利 用 者 4	<div>性別<div>1 男</div><div>2 女</div></div> <div>出生年<div>1 明治</div><div>2 大正</div><div>3 昭和</div>年</div> <div>要介護度<div>1 要介護1</div><div>3 要介護3</div><div>5 要介護5</div><div>2 要介護2</div><div>4 要介護4</div><div>6 その他（自費利用者、認定申請中の者）</div></div>	<div>介護報酬請求区分(複数回答) ※01～06,07～08内での複数回答はありません。</div> <div>01 身体中心 20分未満</div> <div>02 身体中心 20分以上30分未満</div> <div>03 身体中心 30分以上1時間未満</div> <div>04 身体中心 1時間以上1時間30分未満</div> <div>05 身体中心 1時間30分以上2時間未満</div> <div>06 身体中心 2時間以上</div> <div>07 生活援助 45分未満</div> <div>08 生活援助 45分以上</div> <div>09 通院等乗降介助</div>	<div>訪問介護の提供内容(複数回答)</div> <div>01 排泄介助</div> <div>02 食事介助</div> <div>03 清拭</div> <div>04 部分浴</div> <div>05 全身浴</div> <div>06 洗面等</div> <div>07 身体整容</div> <div>08 更衣介助</div> <div>09 体位変換</div> <div>10 移乗・移動介助</div> <div>11 通院・外出介助</div> <div>12 起床・就寝介助</div> <div>13 自立支援のための見守りの援助</div> <div>14 その他の身体介護</div> <div>15 掃除</div> <div>16 洗濯</div> <div>17 一般的な調理・配膳</div> <div>18 買い物・薬の受け取り</div> <div>19 その他の生活援助</div> <div>20 通院等乗降介助</div>
	<div>9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間</div> <div></div> 分		
利 用 者 5	<div>性別<div>1 男</div><div>2 女</div></div> <div>出生年<div>1 明治</div><div>2 大正</div><div>3 昭和</div>年</div> <div>要介護度<div>1 要介護1</div><div>3 要介護3</div><div>5 要介護5</div><div>2 要介護2</div><div>4 要介護4</div><div>6 その他（自費利用者、認定申請中の者）</div></div>	<div>介護報酬請求区分(複数回答) ※01～06,07～08内での複数回答はありません。</div> <div>01 身体中心 20分未満</div> <div>02 身体中心 20分以上30分未満</div> <div>03 身体中心 30分以上1時間未満</div> <div>04 身体中心 1時間以上1時間30分未満</div> <div>05 身体中心 1時間30分以上2時間未満</div> <div>06 身体中心 2時間以上</div> <div>07 生活援助 45分未満</div> <div>08 生活援助 45分以上</div> <div>09 通院等乗降介助</div>	<div>訪問介護の提供内容(複数回答)</div> <div>01 排泄介助</div> <div>02 食事介助</div> <div>03 清拭</div> <div>04 部分浴</div> <div>05 全身浴</div> <div>06 洗面等</div> <div>07 身体整容</div> <div>08 更衣介助</div> <div>09 体位変換</div> <div>10 移乗・移動介助</div> <div>11 通院・外出介助</div> <div>12 起床・就寝介助</div> <div>13 自立支援のための見守りの援助</div> <div>14 その他の身体介護</div> <div>15 掃除</div> <div>16 洗濯</div> <div>17 一般的な調理・配膳</div> <div>18 買い物・薬の受け取り</div> <div>19 その他の生活援助</div> <div>20 通院等乗降介助</div>
	<div>9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間</div> <div></div> 分		

〔注〕＊印の箇所は事業所では記入しないでください。

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。

なお、利用者1人に対して、1日に2回以上訪問した場合は、1人とカウントし、9月30日の最後に訪問したとき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。

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。

*一連番号

利 用 者 6	<div>性別<div>1 男</div><div>2 女</div></div> <div>出生年<div>1 明治</div><div>2 大正</div><div>3 昭和</div>年</div> <div>要介護度<div>1 要介護1 3 要介護3 5 要介護5</div><div>2 要介護2 4 要介護4 6 その他（自費利用者、認定申請中の者）</div></div>	<div>介護報酬請求区分（複数回答） ※01～06,07～08内での複数回答はありません。</div> <div>01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助</div>	<div>訪問介護の提供内容（複数回答）</div> <div>01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のための 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護</div>
	<div>9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間</div> <div>分</div>		
利 用 者 7	<div>性別<div>1 男</div><div>2 女</div></div> <div>出生年<div>1 明治</div><div>2 大正</div><div>3 昭和</div>年</div> <div>要介護度<div>1 要介護1 3 要介護3 5 要介護5</div><div>2 要介護2 4 要介護4 6 その他（自費利用者、認定申請中の者）</div></div>	<div>介護報酬請求区分（複数回答） ※01～06,07～08内での複数回答はありません。</div> <div>01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助</div>	<div>訪問介護の提供内容（複数回答）</div> <div>01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のための 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護</div>
	<div>9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間</div> <div>分</div>		
利 用 者 8	<div>性別<div>1 男</div><div>2 女</div></div> <div>出生年<div>1 明治</div><div>2 大正</div><div>3 昭和</div>年</div> <div>要介護度<div>1 要介護1 3 要介護3 5 要介護5</div><div>2 要介護2 4 要介護4 6 その他（自費利用者、認定申請中の者）</div></div>	<div>介護報酬請求区分（複数回答） ※01～06,07～08内での複数回答はありません。</div> <div>01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助</div>	<div>訪問介護の提供内容（複数回答）</div> <div>01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のための 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護</div>
	<div>9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間</div> <div>分</div>		
利 用 者 9	<div>性別<div>1 男</div><div>2 女</div></div> <div>出生年<div>1 明治</div><div>2 大正</div><div>3 昭和</div>年</div> <div>要介護度<div>1 要介護1 3 要介護3 5 要介護5</div><div>2 要介護2 4 要介護4 6 その他（自費利用者、認定申請中の者）</div></div>	<div>介護報酬請求区分（複数回答） ※01～06,07～08内での複数回答はありません。</div> <div>01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助</div>	<div>訪問介護の提供内容（複数回答）</div> <div>01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のための 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護</div>
	<div>9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間</div> <div>分</div>		
利 用 者 10	<div>性別<div>1 男</div><div>2 女</div></div> <div>出生年<div>1 明治</div><div>2 大正</div><div>3 昭和</div>年</div> <div>要介護度<div>1 要介護1 3 要介護3 5 要介護5</div><div>2 要介護2 4 要介護4 6 その他（自費利用者、認定申請中の者）</div></div>	<div>介護報酬請求区分（複数回答） ※01～06,07～08内での複数回答はありません。</div> <div>01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助</div>	<div>訪問介護の提供内容（複数回答）</div> <div>01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のための 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護</div>
	<div>9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間</div> <div>分</div>		

〔注〕＊印の箇所は事業所では記入しないでください。

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。

なお、利用者1人に対して、1日に2回以上訪問した場合は、1人とカウントし、9月30日の最後に訪問したとき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。

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。

*一連番号

利用者11

性別

1男
2女

出生年

1明治
2大正
3昭和

年

要介護度

1要介護1
2要介護2

3要介護3
4要介護4

5要介護5
6その他（自費利用者、認定申請中の者）

9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間

分

介護報酬請求区分(複数回答)

※01～06,07～08内での複数回答はありません。

01身体中心
02身体中心
03身体中心
04身体中心
05身体中心
06身体中心
07生活援助
08生活援助
09通院等乗降介助

20分未満
20分以上30分未満
30分以上1時間未満
1時間以上1時間30分未満
1時間30分以上2時間未満
2時間以上
45分未満
45分以上

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自立支援のための見守りの援助

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
14その他の身体介護

利用者12

性別

1男
2女

出生年

1明治
2大正
3昭和

年

要介護度

1要介護1
2要介護2

3要介護3
4要介護4

5要介護5
6その他（自費利用者、認定申請中の者）

9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間

分

介護報酬請求区分(複数回答)

※01～06,07～08内での複数回答はありません。

01身体中心
02身体中心
03身体中心
04身体中心
05身体中心
06身体中心
07生活援助
08生活援助
09通院等乗降介助

20分未満
20分以上30分未満
30分以上1時間未満
1時間以上1時間30分未満
1時間30分以上2時間未満
2時間以上
45分未満
45分以上

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自立支援のための見守りの援助

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
14その他の身体介護

利用者13

性別

1男
2女

出生年

1明治
2大正
3昭和

年

要介護度

1要介護1
2要介護2

3要介護3
4要介護4

5要介護5
6その他（自費利用者、認定申請中の者）

9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間

分

介護報酬請求区分(複数回答)

※01～06,07～08内での複数回答はありません。

01身体中心
02身体中心
03身体中心
04身体中心
05身体中心
06身体中心
07生活援助
08生活援助
09通院等乗降介助

20分未満
20分以上30分未満
30分以上1時間未満
1時間以上1時間30分未満
1時間30分以上2時間未満
2時間以上
45分未満
45分以上

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自立支援のための見守りの援助

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
14その他の身体介護

利用者14

性別

1男
2女

出生年

1明治
2大正
3昭和

年

要介護度

1要介護1
2要介護2

3要介護3
4要介護4

5要介護5
6その他（自費利用者、認定申請中の者）

9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間

分

介護報酬請求区分(複数回答)

※01～06,07～08内での複数回答はありません。

01身体中心
02身体中心
03身体中心
04身体中心
05身体中心
06身体中心
07生活援助
08生活援助
09通院等乗降介助

20分未満
20分以上30分未満
30分以上1時間未満
1時間以上1時間30分未満
1時間30分以上2時間未満
2時間以上
45分未満
45分以上

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自立支援のための見守りの援助

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
14その他の身体介護

利用者15

性別

1男
2女

出生年

1明治
2大正
3昭和

年

要介護度

1要介護1
2要介護2

3要介護3
4要介護4

5要介護5
6その他（自費利用者、認定申請中の者）

9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間

分

介護報酬請求区分(複数回答)

※01～06,07～08内での複数回答はありません。

01身体中心
02身体中心
03身体中心
04身体中心
05身体中心
06身体中心
07生活援助
08生活援助
09通院等乗降介助

20分未満
20分以上30分未満
30分以上1時間未満
1時間以上1時間30分未満
1時間30分以上2時間未満
2時間以上
45分未満
45分以上

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自立支援のための見守りの援助

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
14その他の身体介護

[注] *印の箇所は事業所では記入しないでください。

12