

*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) 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ページへ進んでください。
・ 印字されていない事業があった場合は、該当する「サービスの種類」欄の事業所番号、事業所名等を記入してください。
・ 下記サービスについて、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。以降のページは記入不要です。
・ 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
071 介護予防 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
072 通所介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
081 介護予防短期 入所生活介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	3 ページ に記入して ください
082 短期入所 生活介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
091 介護予防特定施設 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
092 特定施設入居者 生活介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
101 介護予防 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
102 訪問介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
111 介護予防 訪問入浴介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	6 ページ に記入して ください
112 訪問入浴介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
121 介護予防 福祉用具貸与			1 活動中 2 休止中 3 廃止	7 ページ に記入して ください
122 福祉用具貸与			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
131 特定介護予防 福祉用具販売			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
132 特定福祉 用具販売			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
191 介護予防支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	8 ページ に記入して ください
201 居宅介護支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	9 ページ に記入して ください

		※右のリストから、該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。					
(5) 経営主体	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

(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		

※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。

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)	

2

(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「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、(14)～(19)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○をした方は、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。

(14) 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も含めず、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(人) 利用日数合計(日)	要支援1		要支援2		その他	
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(人) 利用日数合計(日)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	

(15) 居室の状況	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。					
	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

(16) 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)
--------------------------	-----------------------	----------	---	------------------

(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						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。 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。 ※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。 ※ 「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。 $\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$ (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きを参照してください。)											

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

記入者名 ()

電話番号 (-)

(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 介護老人ホーム 4 適合高齢者専用賃貸住宅

(21)サービスの提供状況

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。

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

1 あり

2 なし

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

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

1 あり

2 なし

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

(22)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)介護専用品・混合型の区分

1 専用品 2 混合型

「専用品」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

	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0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。
※ 「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。

従事者の1週間の勤務延時間数

換算数 = $\frac{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}{\text{1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。}}$

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

(25)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21年10月1日～平成22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

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

(26)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21年10月1日～平成22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

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

【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

【101介護予防訪問介護・102訪問介護】		記入者名（ ）		電話番号（ - - ）																	
27 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																			
28 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															
29 サービスの提供状況		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 1 あり 2 なし		要支援1		要支援2		その他									
								利用実人員数(人)													
								訪問回数合計(回)													
30 社会福祉法人等による軽減の状況		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 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)													
								訪問回数合計(回)													
31 従事者数		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)													
32 研修の機会の確保		1 訪問介護員 (1) 1のうちの介護福祉士 (2) 1のうちの介護職員基礎研修課程修了者 (3) 1のうちのホームヘルパー1級研修課程修了者 (4) 1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		常勤専従 換算数 非常勤 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		常勤 非常勤 換算数													
33 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21年10月1日～平成22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		過去1年間で実習生を受け入れた日数 受け入れた延人数		日/365日 人日															

【101介護予防訪問介護・102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。

【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 (- -)

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

37 サービスの提供状況	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 2 なし	利用実人員 人
	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 2 なし	利用実人員 人

特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売

38 サービスの提供状況	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 2 なし	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

【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

39 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 福祉用具専門相談員						2 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。 ※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。 ※ 「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。 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きを参照してください。)											

40 福祉用具専門相談員の資格状況	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			
					10 1～9以外の有資格者			

【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)】

記入者名 ()
電話番号 (- -)

(41) 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、該当する番号すべてを○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 上記以外と併設している
6 1～5との併設はない(独立事業所)

(42) 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

1 委託あり
2 委託なし

利用実人員数(人)
うち9月中の新規の利用実人員数(人)

要支援1
要支援2
その他

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

1 あり
2 なし

利用実人員数(人)
うち9月中の新規の利用実人員数(人)

要支援1
要支援2
その他

(43) 従事者数

* 従事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	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 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											

(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。
※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。

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を参照してください。)

(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21年10月1日～平成22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

過去1年間で実習生を受け入れた日数
受け入れた延人数

日/365日
 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。

8

(45) 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、該当する番号すべてを○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 上記以外と併設している 6 1～5との併設はない(独立事業所)													
(46) サービスの提供状況	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 2 なし	利用実人員数(人)												
(47) 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 介護支援専門員							2 その他の職員						
	1 のうち 主任介護支援専門員													
	(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。 ※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。 $\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$ (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きを参照してください。)													
(48) 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21年10月1日～平成22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													
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														

【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。