



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                             |          |           |               |                                         |                                                                                                                           |  |      |  |                                        |  |            |  |       |  |      |  |      |  |     |  |     |  |     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|---------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|--|----------------------------------------|--|------------|--|-------|--|------|--|------|--|-----|--|-----|--|-----|--|
| 【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】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                             |          |           |               |                                         |                                                                                                                           |  |      |  | 記入者名（ <div></div> ）電話番号（ <div></div> ） |  |            |  |       |  |      |  |      |  |     |  |     |  |     |  |
| (7)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。<br>「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<br>認知症<br>対応型<br>通所介護                                                                  | 定員       |           | <div></div> 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。<br>※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 |           | <div></div> 日 |                                         |                                                                                                                           |  |      |  |                                        |  |            |  |       |  |      |  |      |  |     |  |     |  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                             | 9月中の利用者  |           | 1 あり          |                                         | 利用実人員数(人)                                                                                                                 |  | 要支援1 |  |                                        |  | 要支援2       |  |       |  | その他  |  |      |  |     |  |     |  |     |  |
| (8)事業所の形態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2 なし                                                                                        |          | 利用延人員数(人) |               |                                         |                                                                                                                           |  |      |  |                                        |  |            |  |       |  |      |  |      |  |     |  |     |  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 認知症対応型<br>通所介護                                                                              | 定員       |           | <div></div> 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。<br>※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 |           | <div></div> 日 |                                         |                                                                                                                           |  |      |  |                                        |  |            |  |       |  |      |  |      |  |     |  |     |  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                             | 9月中の利用者  |           | 1 あり          |                                         | 利用実人員数(人)                                                                                                                 |  | 要介護1 |  | 要介護2                                   |  | 要介護3       |  | 要介護4  |  | 要介護5 |  | その他  |  |     |  |     |  |     |  |
| (9)社会福祉法人等による軽減の状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2 なし                                                                                        |          | 利用延人員数(人) |               |                                         |                                                                                                                           |  |      |  |                                        |  |            |  |       |  |      |  |      |  |     |  |     |  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1 実施している                                                                                    |          | 2 実施していない |               | 9月中の軽減者数 <div></div> 人 (生活保護受給者等は含みません) |                                                                                                                           |  |      |  |                                        |  |            |  |       |  |      |  |      |  |     |  |     |  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | (10)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 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) 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、<br>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。<br>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。<br>※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。<br>※ 「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。<br><div>換算数 = <math display="block">\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}}</math><br/>(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。)<br/>(換算数の詳細は手引書を参照してください。)</div> |                                                                                             |          |           |               |                                         |                                                                                                                           |  |      |  |                                        |  |            |  |       |  |      |  |      |  |     |  |     |  |     |  |
| (11)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      |                                         | 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。<br>過去1年間で実習生を受け入れた日数 <div></div> 日/365日<br>受け入れた延人数 <div></div> 人日 |  |      |  |                                        |  |            |  |       |  |      |  |      |  |     |  |     |  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | (12)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      |                                         | 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。<br>過去1年間で実習生を受け入れた日数 <div></div> 日/365日<br>受け入れた延人数 <div></div> 人日 |  |      |  |                                        |  |            |  |       |  |      |  |      |  |     |  |     |  |     |  |

【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 ( - - )

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                       |      |      |      |      |      |     |  |  |                          |                                  |                                       |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |      |      |      |      |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------|------|------|------|------|-----|--|--|--------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| (13) 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。<br>「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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                       |      |      |      |      |      |     |  |  |                          |                                  |                                       |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |      |      |      |      |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">                     介護予防<br/>認知症<br/>対応型<br/>共同生活<br/>介護                 </td> <td>定員</td> <td colspan="10">                     ※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。                 </td> </tr> <tr> <td>9月中の利用者</td> <td colspan="2"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                         1 あり<br/>2 なし                     </div> <div style="margin: 0 5px;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                         9月末日の<br/>利用者数(人)                     </div> </div> </td> <td>要支援2</td> <td colspan="2">その他</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="6"></td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                       |      |      |      |      |      |     |  |  |                          | 介護予防<br>認知症<br>対応型<br>共同生活<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                         1 あり<br/>2 なし                     </div> <div style="margin: 0 5px;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                         9月末日の<br/>利用者数(人)                     </div> </div> |      | 要支援2 | その他  |      |      |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 介護予防<br>認知症<br>対応型<br>共同生活<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                         1 あり<br/>2 なし                     </div> <div style="margin: 0 5px;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                         9月末日の<br/>利用者数(人)                     </div> </div> |                                       | 要支援2 | その他  |      |      |      |     |  |  |                          |                                  |                                       |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |      |      |      |      |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                       |      |      |      |      |      |     |  |  |                          |                                  |                                       |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |      |      |      |      |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">                     認知症<br/>対応型<br/>共同生活<br/>介護                 </td> <td>定員</td> <td colspan="10">                     ※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。                 </td> </tr> <tr> <td>9月中の利用者</td> <td colspan="2"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                         1 あり<br/>2 なし                     </div> <div style="margin: 0 5px;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                         9月末日の<br/>利用者数(人)                     </div> </div> </td> <td>要介護1</td> <td>要介護2</td> <td>要介護3</td> <td>要介護4</td> <td>要介護5</td> <td colspan="3">その他</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                       |      |      |      |      |      |     |  |  | 認知症<br>対応型<br>共同生活<br>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 | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                         1 あり<br/>2 なし                     </div> <div style="margin: 0 5px;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                         9月末日の<br/>利用者数(人)                     </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 認知症<br>対応型<br>共同生活<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                         1 あり<br/>2 なし                     </div> <div style="margin: 0 5px;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                         9月末日の<br/>利用者数(人)                     </div> </div> |                                       | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他 |  |  |                          |                                  |                                       |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |      |      |      |      |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                       |      |      |      |      |      |     |  |  |                          |                                  |                                       |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |      |      |      |      |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

  

|                                          |            |         |                  |         |                  |
|------------------------------------------|------------|---------|------------------|---------|------------------|
| (14) ユニット及び居室の状況<br>※ 平均家賃は、整数で記入してください。 | ユニット数      | 2人室     |                  | 個室      |                  |
|                                          |            | 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          |

  

|                                                                   |                       |      |      |     |     |     |           |      |      |     |     |     |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|------|------|-----|-----|-----|-----------|------|------|-----|-----|-----|
| (15) 従事者数<br>※ 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 |           | 常勤専従 | 常勤兼務 | 換算数 | 非常勤 | 換算数 |
|                                                                   | 1 介護職員                |      |      |     |     |     | 2 計画作成担当者 |      |      |     |     |     |
|                                                                   | (1) 1のうち<br>看 護 師     |      |      |     |     |     | 3 その他の職員  |      |      |     |     |     |
|                                                                   | (2) 1のうち<br>准 看 護 師   |      |      |     |     |     |           |      |      |     |     |     |
|                                                                   | (3) 1のうち<br>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。  
 ※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。  
 ※ 「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。

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$$

(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。)

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                          |              |                               |              |          |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------|--------------|----------|
| (16) 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。                                                                                                                                                                                                   |              |                               |              |          |
|                                  | <table border="1"> <tr> <td>1 受け入れあり</td> <td rowspan="2">                         過去1年間で実習生を受け入れた日数<br/>                         受け入れた延人数                     </td> <td>_____ 日/365日</td> </tr> <tr> <td>2 受け入れなし</td> <td>_____ 人日</td> </tr> </table> | 1 受け入れあり     | 過去1年間で実習生を受け入れた日数<br>受け入れた延人数 | _____ 日/365日 | 2 受け入れなし |
| 1 受け入れあり                         | 過去1年間で実習生を受け入れた日数<br>受け入れた延人数                                                                                                                                                                                                                            | _____ 日/365日 |                               |              |          |
| 2 受け入れなし                         |                                                                                                                                                                                                                                                          | _____ 人日     |                               |              |          |
| (17) 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。                                                                                                                                                                                                   |              |                               |              |          |
|                                  | <table border="1"> <tr> <td>1 受け入れあり</td> <td rowspan="2">                         過去1年間で実習生を受け入れた日数<br/>                         受け入れた延人数                     </td> <td>_____ 日/365日</td> </tr> <tr> <td>2 受け入れなし</td> <td>_____ 人日</td> </tr> </table> | 1 受け入れあり     | 過去1年間で実習生を受け入れた日数<br>受け入れた延人数 | _____ 日/365日 | 2 受け入れなし |
| 1 受け入れあり                         | 過去1年間で実習生を受け入れた日数<br>受け入れた延人数                                                                                                                                                                                                                            | _____ 日/365日 |                               |              |          |
| 2 受け入れなし                         |                                                                                                                                                                                                                                                          | _____ 人日     |                               |              |          |

【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（ <div></div> ）電話番号（ <div></div> ） |                                       |      |      |                 |      |      |          |     |     |
| (18) サービスの状況                     | 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。<br>「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                                   |                                       |      |      |                 |      |      |          |     |     |
| (19) 事業所の形態                      | 有料老人ホーム（1 サテライト型以外 2 サテライト型）<br>軽費老人ホーム（3 サテライト型以外 4 サテライト型）<br>養護老人ホーム（5 サテライト型以外 6 サテライト型）<br>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）              |         |                                        |                                       |      |      |                 |      |      |          |     |     |
| (20) 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)                                                                                                                                         |         |                                        |                                       |      |      |                 |      |      |          |     |     |
| (21) 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。<br>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。<br>※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。        |         |                                        |                                       |      |      |                 |      |      |          |     |     |
|                                  | 換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$<br>(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。)<br>(換算数の詳細は手引きを参照してください。)   |         |                                        |                                       |      |      |                 |      |      |          |     |     |
| (22) 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。<br>1 受け入れあり → 過去1年間で実習生を受け入れた日数 <div>日/365日</div><br>2 受け入れなし → 受け入れた延人数 <div>人日</div> |         |                                        |                                       |      |      |                 |      |      |          |     |     |
| (23) 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。<br>1 受け入れあり → 過去1年間で実習生を受け入れた日数 <div>日/365日</div><br>2 受け入れなし → 受け入れた延人数 <div>人日</div> |         |                                        |                                       |      |      |                 |      |      |          |     |     |

【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。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                   |          |                            |                                       |           |      |      |               |      |      |      |     |     |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------|---------------------------------------|-----------|------|------|---------------|------|------|------|-----|-----|-----|
| 24 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。<br>「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 |                            | ※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  |                            | 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  |     |     |     |
| 25 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）                                                                            |          | 場所                         |                                       |           |      |      |               |      |      |      |     |     |     |
| 26 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） |                                       |           |      |      |               |      |      |      |     |     |     |
| 27 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 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                   |          |                            |                                       |           |      |      |               |      |      |      |     |     |     |
| <p>(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。<br/>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。<br/>※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。</p> <p style="text-align: right;"> <math display="block">\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}}</math>         （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。）<br/>         （換算数の詳細は手引きを参照してください。）       </p> |                                                                                                   |          |                            |                                       |           |      |      |               |      |      |      |     |     |     |
| 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                                                                                          |          | 過去1年間で実習生を受け入れた日数          |                                       |           |      |      |               |      |      |      |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2 受け入れなし                                                                                          |          | 受け入れた延人数                   |                                       |           |      |      |               |      |      |      |     |     |     |

|                                  |                                                                                             |                                                                                                                                        |              |      |             |            |      |     |             |     |      |     |      |                  |      |                                                                                                                       |     |                   |  |     |  |     |  |     |  |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|-------------|------------|------|-----|-------------|-----|------|-----|------|------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------|--|-----|--|-----|--|-----|--|
|                                  |                                                                                             | 記入者名 ( ) 電話番号 ( - - )                                                                                                                  |              |      |             |            |      |     |             |     |      |     |      |                  |      |                                                                                                                       |     |                   |  |     |  |     |  |     |  |
| (29) 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。<br>「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                                                                                        |                                                                                                                                        |              |      | 宿泊サービスの利用定員 |            |      |     | 通いサービスの利用定員 |     |      |     |      |                  |      |                                                                                                                       |     |                   |  |     |  |     |  |     |  |
|                                  | 9月中の利用者                                                                                     |                                                                                                                                        | 1 あり<br>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)                                                                           |                                                                                                                                        |              |      |             |            |      |     |             |     |      |     |      |                  |      |                                                                                                                       |     |                   |  |     |  |     |  |     |  |
|                                  | 計上してください。<br>※重複する場合は、それぞれに記入してください。                                                        | 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                                                                                                                                     | 利用実人員数(人)    |      |             |            |      |     |             |     |      |     |      |                  |      |                                                                                                                       |     |                   |  |     |  |     |  |     |  |
|                                  |                                                                                             |                                                                                                                                        | 利用延人員数(人)    |      |             |            |      |     |             |     |      |     |      |                  |      |                                                                                                                       |     |                   |  |     |  |     |  |     |  |
|                                  | 登録定員                                                                                        |                                                                                                                                        |              |      | 宿泊サービスの利用定員 |            |      |     | 通いサービスの利用定員 |     |      |     |      |                  |      |                                                                                                                       |     |                   |  |     |  |     |  |     |  |
|                                  | 9月中の利用者                                                                                     |                                                                                                                                        | 1 あり<br>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)                                                                           |                                                                                                                                        |              |      |             |            |      |     |             |     |      |     |      |                  |      |                                                                                                                       |     |                   |  |     |  |     |  |     |  |
|                                  | 計上してください。<br>※重複する場合は、それぞれに記入してください。                                                        | 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                                                                                                                                     | 利用実人員数(人)    |      |             |            |      |     |             |     |      |     |      |                  |      |                                                                                                                       |     |                   |  |     |  |     |  |     |  |
| 利用延人員数(人)                        |                                                                                             |                                                                                                                                        |              |      |             |            |      |     |             |     |      |     |      |                  |      |                                                                                                                       |     |                   |  |     |  |     |  |     |  |
| (30) 宿泊室の状況                      |                                                                                             | 個室の数                                                                                                                                   |              |      |             | 個室以外の宿泊室の数 |      |     |             |     |      |     |      |                  |      |                                                                                                                       |     |                   |  |     |  |     |  |     |  |
| (31) 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)                                                                                                                                |              |      |             |            |      |     |             |     |      |     |      |                  |      |                                                                                                                       |     |                   |  |     |  |     |  |     |  |
|                                  |                                                                                             | 室 定 員                                                                                                                                  |              | 人室   |             | 人室         |      | 人室  |             | 人室  |      | 人室  |      | 人室               |      |                                                                                                                       |     |                   |  |     |  |     |  |     |  |
|                                  |                                                                                             | 室 数                                                                                                                                    |              | 室    |             | 室          |      | 室   |             | 室   |      | 室   |      | 室                |      |                                                                                                                       |     |                   |  |     |  |     |  |     |  |
| (32) 社会福祉法人等による軽減の状況             |                                                                                             | 1 実施している<br>2 実施していない                                                                                                                  |              |      |             | 9月中の軽減者数   |      |     |             |     |      |     |      | (生活保護受給者等は含みません) |      |                                                                                                                       |     |                   |  |     |  |     |  |     |  |
| (33) 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 |      | 2 介護支援専門員        |      | 常勤専従                                                                                                                  |     | 常勤兼務              |  | 換算数 |  | 非常勤 |  | 換算数 |  |
|                                  |                                                                                             | (1) 1のうちの看護師                                                                                                                           |              |      |             |            |      |     |             |     |      |     |      |                  |      | 3 その他の職員                                                                                                              |     |                   |  |     |  |     |  |     |  |
|                                  |                                                                                             | (2) 1のうちの准看護師                                                                                                                          |              |      |             |            |      |     |             |     |      |     |      |                  |      |                                                                                                                       |     |                   |  |     |  |     |  |     |  |
|                                  |                                                                                             | (3) 1のうちの介護福祉士                                                                                                                         |              |      |             |            |      |     |             |     |      |     |      |                  |      |                                                                                                                       |     |                   |  |     |  |     |  |     |  |
|                                  |                                                                                             | (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。<br>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。<br>※ 常勤専従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 / 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<br>(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。)<br>(換算数の詳細は手引きを参照してください。) |     |                   |  |     |  |     |  |     |  |
| (34) 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<br>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                                                                                                              |     |                   |  |     |  |     |  |     |  |
| (35) 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<br>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          |  |     |  |     |  |     |  |

【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。