



|                                                                                               |                                                                                                                                                                                               |      |                                                     |      |      |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------|------|------|----------|
| (8) 施設サービスの状況<br>介護サービス情報公表システム（令和7年5月15日時点公表）の在籍者数が印字されている場合があります（令和6年10月2日以降に更新された情報に限ります）。 | 9月末日の在籍者数                                                                                                                                                                                     |      |                                                     |      |      |          |
|                                                                                               | 9月末日時点で在籍者はいましたか。 <div>1 いた2 いない</div>                                                                                                                                                        |      |                                                     |      |      |          |
|                                                                                               | 「1 いた」の場合、9月末日の在籍者数を記入してください。短期入所生活介護（ショートステイ）床の利用者は含めないでください。                                                                                                                                |      |                                                     |      |      |          |
|                                                                                               | 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 |
|                                                                                               |                                                                                                                                                                                               |      |                                                     |      |      |          |
| (9) 苦情解決のための<br>取組状況<br>（複数回答）                                                                | 該当する番号を全て○で囲んでください。 <div>1 苦情受付窓口を設置2 苦情解決責任者を設置3 共同で第三者委員を設置4 単独で第三者委員を設置5 1～4以外の取組を実施している</div>                                                                                             |      |                                                     |      |      |          |
|                                                                                               | 令和7年9月30日から10月1日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の勤務体制を記入してください。<br>例えば、夕方から午前0時までが4名、午前0時から8時までが3名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は7名ではなく、3名となります。<br>看護職員、介護職員のいずれについても回答してください（該当する職員がいない場合は、「2 いない」を○で囲んでください）。 |      |                                                     |      |      |          |
| (10) 夜勤時間帯における<br>勤務体制                                                                        | 夜勤を行った看護職員がいましたか。 <div>1 いた2 いない</div> →夜勤を行った看護職員人                                                                                                                                           |      | 夜勤を行った介護職員がいましたか。 <div>1 いた2 いない</div> →夜勤を行った介護職員人 |      |      |          |
| (11) 夜勤職員の実人員数<br>及び夜勤回数                                                                      | 9月中（令和7年9月1日～30日）に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数（延人数ではありません）<br>及び延べ夜勤回数を記入してください。<br>看護職員、介護職員のいずれについても回答してください（該当する職員がいない場合は、「0」を記入してください）。                                                      |      |                                                     |      |      |          |
| (12) サテライト型地域<br>密着型介護老人福祉<br>施設の運営状況                                                         | 看護職員 実人員数 人<br>延べ夜勤回数 回                                                                                                                                                                       |      |                                                     |      |      |          |
|                                                                                               | 介護職員 実人員数 人<br>延べ夜勤回数 回                                                                                                                                                                       |      |                                                     |      |      |          |
| (13) 併設の状況<br>（複数回答）<br>併設事業所が介護予防事業・介護事業のいずれか一方のみを行っている場合であっても、該当する番号を○で囲んでください。             | 同一施設として、サテライト型地域密着型介護老人福祉施設を運営していますか。 <div>1 運営している2 運営していない</div>                                                                                                                            |      |                                                     |      |      |          |
|                                                                                               | 同一法人（法人が異なっても実質的に同一経営の場合を含む。）が、同一又は隣接する敷地内で運営している、異なる事業所について、<br>該当する番号を全て○で囲んでください。 <div>1 短期入所生活介護事業所2 通所介護事業所3 認知症対応型通所介護事業所4 小規模多機能型居宅介護事業所5 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）事業所6 1～5との併設はない</div>  |      |                                                     |      |      |          |

次ページにつづきます

(14) 従 事 者 数

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

介護サービス情報公表システム（令和7年5月15日時点公表）の従事者数が印字されている場合があります（令和6年10月2日以降に更新された情報に限ります）。

記入上の注意

- 雇用形態にかかわらず（派遣職員を含む）、施設が定める1週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。
- 「常勤」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
- 「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

換算数 = 
$$\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$$
  
└ 32時間を下回る場合は32時間とする

- ・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する
- ・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

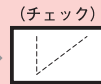
|                                                   |  | 常勤        |           |        | 非常勤        |        |  | 常勤        |           |        | 非常勤        |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|--|-----------|-----------|--------|------------|--------|--|-----------|-----------|--------|------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                                   |  | 専従<br>(人) | 兼務(専従分除く) |        | 非常勤<br>(人) | 換算数(人) |  | 専従<br>(人) | 兼務(専従分除く) |        | 非常勤<br>(人) | 換算数(人) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                   |  |           | (人)       | 換算数(人) |            |        |  |           | (人)       | 換算数(人) |            |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※者数が印字されている場合があります(令和6年10月2日以降に更新された情報に限り<br>ます)。 |  |           |           |        |            |        |  |           |           |        |            |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

施設に従事している  
職種を全て記入しましたか



換算数(人)を  
全て記入しましたか



(補問1) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合  
介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者

人

(補問2) 「7 介護職員」のうち、外国籍の介護職員はいますか。  
該当する番号を○で囲んでください。

1 いる  
2 いない

(補問3) 「1 いる」の場合は、介護職員の人数を10月1日時点の在留資格別に記入してください。  
外国籍の介護職員のうち、介護福祉士の資格を有している場合は、その人数も記入してください。

|             | 在留資格          |    |      |      |      |
|-------------|---------------|----|------|------|------|
|             | 特定活動<br>(EPA) | 介護 | 技能実習 | 特定技能 | 左記以外 |
| 外国籍の介護職員(人) |               |    |      |      |      |
| うち、介護福祉士(人) |               |    |      |      |      |

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。

|                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| 担当部署・調査票<br>記入者名と連絡先<br>(※必須) | (担当部署名)                   |
|                               | (調査票記入者名)<br>ふりがな         |
|                               | 電話 (      —      —      ) |
| 上記以外連絡先<br>(携帯、FAX等)          |                           |





政府統計

※調査票の記入及び提出はインターネットでも可能です。

|       |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| *一連番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| *調査番号 |  |  |  |  |  |  |  |

[注] 1 \*印の箇所は施設では記入しないでください。

2 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更や誤りがある場合は、訂正してください。

|                                                    |                      |                                                                                              |         |     |       |  |                                                                                                       |  |                        |  |  |
|----------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|-------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|--|
| 法人名                                                |                      |                                                                                              |         |     |       |  |                                                                                                       |  |                        |  |  |
| 施設名                                                |                      |                                                                                              |         |     |       |  |                                                                                                       |  |                        |  |  |
| 施設の所在地                                             |                      | 〒 TEL (            )-(            )-(            )                                           |         |     |       |  |                                                                                                       |  |                        |  |  |
| 事業所番号                                              |                      |                                                                                              |         |     |       |  | 活動状況                                                                                                  |  | 1 活動中    2 休止中    3 廃止 |  |  |
| (1)開設年月                                            |                      | 1 昭和    2 平成    3 令和 <div></div> 年 <div></div> 月                                             |         |     |       |  | 法人番号                                                                                                  |  |                        |  |  |
| (2)開設主体                                            |                      | 開設主体    該当する番号を1つ選択し、左の欄に記入してください。                                                           |         |     |       |  |                                                                                                       |  |                        |  |  |
|                                                    |                      | 01 都道府県<br>02 市区町村<br>03 広域連合・一部事務組合<br>04 独立行政法人<br>05 日本赤十字社・社会保険関係団体<br>06 医療法人           |         |     |       |  | 07 社会福祉協議会<br>08 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)<br>09 公益社団・財団法人<br>10 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外)<br>11 その他の法人<br>12 個人 |  |                        |  |  |
| (3)入所定員                                            |                      | 従来型、ユニット型は別施設扱いのため、調査票がそれぞれ送付されます。<br>従来型とユニット型に分けて記入してください。                                 |         |     |       |  |                                                                                                       |  |                        |  |  |
| (4)施設の類型                                           |                      | 1 超強化型    2 在宅強化型    3 加算型    4 基本型    5 その他型    6 療養型                                       |         |     |       |  |                                                                                                       |  |                        |  |  |
| (5)療養室の状況                                          |                      | 多床室                                                                                          |         |     | 従来型個室 |  | ユニット型                                                                                                 |  |                        |  |  |
|                                                    |                      | 4人室                                                                                          | 3人室     | 2人室 |       |  | 夫婦等の2人室                                                                                               |  | 個室<br>(個室的多床室を含む)      |  |  |
| (6)ユニットの状況<br>ユニット型として届け<br>出た療養室について<br>記入してください。 |                      | ユニットの規模<br>(定員)                                                                              |         |     |       |  |                                                                                                       |  |                        |  |  |
|                                                    |                      | ユニット数                                                                                        |         |     |       |  |                                                                                                       |  |                        |  |  |
| (7)居住費の状況                                          |                      | 施設が設定している居住費・室定員別の室数を記入してください。(居室の種類ごとに、左から料金の高い順に記入します。)<br>室数の合計は「(5)療養室の状況」の室数と一致させてください。 |         |     |       |  |                                                                                                       |  |                        |  |  |
| 従来型                                                | 多床室<br>(4人室、3人室、2人室) | 居住費(月額)                                                                                      |         |     |       |  |                                                                                                       |  |                        |  |  |
|                                                    |                      | 室定員<br>(例:4人室は4を記入)                                                                          |         |     |       |  |                                                                                                       |  |                        |  |  |
|                                                    |                      | 室数                                                                                           |         |     |       |  |                                                                                                       |  |                        |  |  |
|                                                    | 従来型個室                | 居住費(月額)                                                                                      |         |     |       |  |                                                                                                       |  |                        |  |  |
|                                                    |                      | 室数                                                                                           |         |     |       |  |                                                                                                       |  |                        |  |  |
|                                                    |                      | ユニット型                                                                                        | 居住費(月額) |     |       |  |                                                                                                       |  |                        |  |  |
| 室定員<br>(1又は2を記入)                                   |                      |                                                                                              |         |     |       |  |                                                                                                       |  |                        |  |  |
| 室数                                                 |                      |                                                                                              |         |     |       |  |                                                                                                       |  |                        |  |  |

### ＜オンライン回答のログイン情報＞

裏面につづきます

|         |  |
|---------|--|
| 政府統計コード |  |
|---------|--|

|           |  |
|-----------|--|
| 調査対象者ID   |  |
| パスワード(初期) |  |

9 月末日の在所有者数

9 月末日時点で在所有者はいましたか。

1

いた

2

いない

「1 いた」の場合、9 月末日の在所有者数を記入してください。

↓

短期入所療養介護の利用者は含めないでください。

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

人

人

人

人

人

人

( 8 ) 施設サービスの状況

( 9 ) 夜勤時間帯における勤務体制

令和 7 年 9 月 30 日から 10 月 1 日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の勤務体制を記入してください。  
例えば、夕方から午前 0 時までが 4 名、午前 0 時から 8 時までが 3 名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は 7 名ではなく、3 名となります。  
看護職員、介護職員のいずれについても回答してください (該当する職員がいない場合は、「2 いない」を○で囲んでください)。

夜勤を行った看護職員がいましたか。

1

いた

2

いない

夜勤を行った看護職員

人

夜勤を行った介護職員がいましたか。

1

いた

2

いない

夜勤を行った介護職員

人

(10) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

9 月中 (令和 7 年 9 月 1 日～30 日) に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数 (延人数ではありません) 及び延べ夜勤回数を記入してください。  
看護職員、介護職員のいずれについても回答してください (該当する職員がいない場合は、「0」を記入してください)。

看護職員

実人員数

人

介護職員

実人員数

人

延べ夜勤回数

回

延べ夜勤回数

回

(11) 従事者数

介護サービス情報公表システム (令和 7 年 5 月 15 日時点公表) の従事者数が印字されている場合があります (令和 6 年 10 月 2 日以降に更新された情報に限りません)。

記入上の注意

■雇用形態にかかわらず (派遣職員を含む)、施設が定める 1 週間の勤務時間 (所定労働時間) の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
■「常勤」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。  
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法 (詳細は記入の手引きを参照)

換算数 = 
$$\frac{\text{従事者の 1 週間の勤務延時間数 (残業は除く)}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき 1 週間の時間数 (所定労働時間)}}$$

32 時間を下回る場合は 32 時間とする

・小数点以下第 2 位を四捨五入し、小数点第 1 位まで計上する  
・計算結果が 0.1 に満たない場合は、「0.1」と計上する

■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

常勤

専従 (人)

兼務 (専従分除く) (人)

換算数 (人)

非常勤

非常勤 (人)

換算数 (人)

常勤

専従 (人)

兼務 (専従分除く) (人)

換算数 (人)

非常勤

非常勤 (人)

換算数 (人)

1 医 師

2 歯 科 医 師

3 薬 剤 師

4 看 護 師

5 准 看 護 師

6 介 護 職 員

6 の うち 介 護 福 祉 士

うち、勤続 10 年以上 (※) の者

7 支 援 相 談 員

7 の うち 社 会 福 祉 士

8 理 学 療 法 士

9 作 業 療 法 士

10 言 語 聴 覚 士

11 管 理 栄 養 士

12 栄 養 士

13 歯 科 衛 生 士

14 介 護 支 援 専 門 員

15 調 理 員

16 そ の 他 の 職 員

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

(補問 1) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合  
介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者

人

(補問 2) 「6 介護職員」のうち、外国籍の介護職員はいますか。  
該当する番号を○で囲んでください。

1 いる

2 いない

(補問 3) 「1 いる」の場合は、介護職員の人数を 10 月 1 日時点の在留資格別に記入してください。  
外国籍の介護職員のうち、介護福祉士の資格を有している場合は、その人数も記入してください。

在留資格

特定活動 (EPA)

介護

技能実習

特定技能

左記以外

外国籍の介護職員 (人)

うち、介護福祉士 (人)

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。

担当部署・調査票記入者名と連絡先 (※必須)

上記以外連絡先 (携帯、FAX 等)

(担当部署名)

(調査票記入者名) ふりがな

電話 ( - - )

ご協力ありがとうございました



(7)施設サービスの状況

9月末日の在所要者数

9月末日時点で在所要者はいましたか。

1 いた

2 いない

「1 いた」の場合、9月末日の在所要者数を記入してください。↓短期入所療養介護の利用者は含めないでください。

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

I型療養床

人

人

人

人

人

人

II型療養床

人

人

人

人

人

人

(8)夜勤時間帯における勤務体制

令和7年9月30日から10月1日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の勤務体制を記入してください。  
例えば、夕方から午前0時までが4名、午前0時から8時までが3名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は7名ではなく、3名となります。  
看護職員、介護職員のいずれについても回答してください(該当する職員がいない場合は、「2 いない」を○で囲んでください)。

夜勤を行った看護職員がいましたか。

1 いた

2 いない

夜勤を行った看護職員

人

夜勤を行った介護職員がいましたか。

1 いた

2 いない

夜勤を行った介護職員

人

(9)夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

9月中(令和7年9月1日～30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)及び延べ夜勤回数を記入してください。  
看護職員、介護職員のいずれについても回答してください(該当する職員がいない場合は、「0」を記入してください)。

看護職員

実人員数

人

介護職員

実人員数

人

延べ夜勤回数

回

延べ夜勤回数

回

(10)従事者数

介護サービス情報公表システム(令和7年5月15日時点公表)の従事者数が印字されている場合があります(令和6年10月2日以降に更新された情報に限ります)。

記入上の注意

■雇用形態にかかわらず(派遣職員を含む)、施設が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
■「常勤」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。  
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

換算数

=

従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)

当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)

32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する  
・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

■施設に在籍する職員のうち、介護医療院サービスを行う療養棟又は療養室の業務に携わる従事者について、職種別に記入してください。  
■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

常勤

非常勤

常勤

非常勤

専従(人)

兼務(専従分除く)(人)

換算数(人)

非常勤(人)

換算数(人)

専従(人)

兼務(専従分除く)(人)

換算数(人)

非常勤(人)

換算数(人)

1 医師

2 歯科医師

3 薬剤師

4 看護師

5 准看護師

6 介護職員

6のうち介護福祉士

うち、勤続10年以上(※)の者

7 介護支援専門員

8 管理栄養士

9 栄養士

10 理学療法士

11 作業療法士

12 言語聴覚士

13 診療放射線技師

14 歯科衛生士

15 調理員

16 その他の職員

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

施設に従事している職種を全て記入しましたか

(チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか

(チェック)

(補問1)  
※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合  
介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者

人

(補問2)「6 介護職員」のうち、外国籍の介護職員はいますか。  
該当する番号を○で囲んでください。

1 いる

2 いない

(補問3)「1 いる」の場合は、介護職員の人数を10月1日時点の在留資格別に記入してください。  
外国籍の介護職員のうち、介護福祉士の資格を有している場合は、その人数も記入してください。

外国籍の介護職員(人)

うち、介護福祉士(人)

在留資格

特定活動(EPA)

介護

技能実習

特定技能

左記以外

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。

担当部署・調査票記入者名と連絡先(※必須)

上記以外連絡先(携帯、FAX等)

(担当部署名)

(調査票記入者名)ふりがな

電話( - - )

ご協力ありがとうございました





|               |             |                      |         |           |            |                       |            |   |
|---------------|-------------|----------------------|---------|-----------|------------|-----------------------|------------|---|
| (6) 9月中の利用者   | 緊急時等の利用状況   | 介護保険法の利用者            |         | 介護予防訪問看護  | 訪問看護(介護給付) | 健康保険法等の利用者            |            |   |
|               |             | 緊急時訪問看護加算を算定している実人員数 |         | 人         | 人          | 24時間対応体制加算を算定している実人員数 |            |   |
|               |             | 緊急時訪問看護              | 利用実人員数  | 人         | 人          | 緊急時訪問看護               | 利用実人員数     | 人 |
|               |             |                      | 訪問回数の合計 | 回         | 回          |                       | 訪問回数の合計    | 回 |
|               | 特別管理加算の算定状況 | 介護保険法の利用者            |         | 介護予防訪問看護  | 訪問看護(介護給付) | 健康保険法等の利用者            |            |   |
|               |             | 利用実人員数               |         | 人         | 人          | 利用実人員数                |            |   |
|               | 死亡による者のサ終了  |                      |         | 介護保険法     |            | 健康保険法等                |            |   |
|               |             |                      |         | ターミナルケア加算 |            | 訪問看護ターミナルケア療養費        |            |   |
|               |             |                      |         | 加算ありの利用者数 | 加算なしの利用者数  | 療養費ありの利用者数            | 療養費なしの利用者数 |   |
|               |             | 9月中に死亡した利用者数         |         | 人         | 人          | 人                     | 人          |   |
| 在宅で死亡した利用者数   |             | 人                    | 人       | 人         | 人          |                       |            |   |
| 在宅以外で死亡した利用者数 |             | 人                    | 人       | 人         | 人          |                       |            |   |

|          |                                                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                            |              |                    |        |  |         |              |        |        |  |
|----------|-------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------|--------|--|---------|--------------|--------|--------|--|
| (7) 従事者数 | 介護サービス情報公表システム(令和7年5月15日時点公表)の従事者数が印字されています(令和6年10月2日以降に更新された情報に限りません)。 | 記入上の注意 | ■雇用形態にかかわらず(派遣職員を含む)、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。<br>■「介護予防訪問看護」と「訪問看護」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。<br>■「常勤」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。<br>■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。                                      |              |                    |        |  |         |              |        |        |  |
|          |                                                                         |        | <div>「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)</div> <div>換算数 = <math display="block">\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}</math><div>・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する<br/>・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する</div></div> |              |                    |        |  |         |              |        |        |  |
|          |                                                                         |        | ■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、 <b>従事者数・換算数</b> を記入してください。                                                                                                                                                                             |              |                    |        |  |         |              |        |        |  |
|          |                                                                         |        | 常勤                                                                                                                                                                                                                                         |              | 非常勤                |        |  | 常勤      |              | 非常勤    |        |  |
|          |                                                                         |        | 専従(人)                                                                                                                                                                                                                                      | 兼務(専従分除く)(人) | 非常勤(人)             | 換算数(人) |  | 専従(人)   | 兼務(専従分除く)(人) | 非常勤(人) | 換算数(人) |  |
|          |                                                                         |        | 1 保健師                                                                                                                                                                                                                                      |              |                    |        |  |         |              |        |        |  |
|          |                                                                         |        | 2 助産師                                                                                                                                                                                                                                      |              |                    |        |  |         |              |        |        |  |
|          |                                                                         |        | 3 看護師                                                                                                                                                                                                                                      |              |                    |        |  |         |              |        |        |  |
|          |                                                                         |        | 4 准看護師                                                                                                                                                                                                                                     |              |                    |        |  |         |              |        |        |  |
|          |                                                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                            |              |                    |        |  | 5 理学療法士 |              |        |        |  |
|          |                                                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                            |              | 6 作業療法士            |        |  |         |              |        |        |  |
|          |                                                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                            |              | 7 言語聴覚士            |        |  |         |              |        |        |  |
|          |                                                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                            |              | 8 その他の職員(管理者含む)    |        |  |         |              |        |        |  |
|          |                                                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                            |              | 1~7のうちサテライト事業所の従事者 |        |  |         |              |        |        |  |

|                                     |                       |                                                                                                           |                  |  |                                 |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--|---------------------------------|
| 事業所に従事している職種を全て記入しましたか              |                       | (チェック) <input type="checkbox"/>                                                                           | 換算数(人)を全て記入しましたか |  | (チェック) <input type="checkbox"/> |
| (8) 小児(0~19歳)の受け入れ体制の有無             | 1 あり    2 なし          | 10月1日時点で受け入れ可能な場合のみ「1 あり」を○で囲んでください。<br>※受け入れ実績の有無を問いません。<br>※一部年齢のみ受け入れ可の場合は「2 なし」を○で囲んでください。            |                  |  |                                 |
| (9) 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)事業所の併設の有無 | 1 併設している<br>2 併設していない | 同一法人(法人が異なっても実質的に同一経営の場合を含む。)が、同一又は隣接する敷地内で「複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)事業所」を併設している場合は、「1 併設している」の番号を○で囲んでください。 |                  |  |                                 |

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名と連絡先を記入してください。

|                       |                           |
|-----------------------|---------------------------|
| 担当部署・調査票記入者名と連絡先(※必須) | (担当部署名)                   |
|                       | (調査票記入者名)ふりがな             |
|                       | 電話 (      -      -      ) |
|                       | 上記以外連絡先(携帯、FAX等)          |

見 本



|       |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| *一連番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| *調査番号 |  |  |  |  |  |  |  |

[注] 1 \*印の箇所は事業所では記入しないでください。

2 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更や誤りがある場合は、訂正してください。

|         |                  |
|---------|------------------|
| 法 人 名   |                  |
| 事 業 所 名 |                  |
| 事業所の所在地 | 〒 TEL( )-( )-( ) |
| 法 人 番 号 |                  |

サービスの種類・事業所番号・事業所名・活動状況

- ・ 9月30日現在、貴事業所において指定を受けている下記の各事業について、「活動状況」の該当する番号を○で囲み、印字内容を確認してください。確認後は、サービスの種類ごとに右側の「回答ページ」に示したページへ進んでください。
- ・ 事業所番号、事業所名が印字されていない事業については、記入(追記)不要です。
- ・ 「活動状況」は、休止届や廃止届を提出している場合は、「2 休止中」、「3 廃止」を○で囲んでください。その場合、次ページ以降は記入不要です。上記以外で利用者がいない場合も「1 活動中」を○で囲み、回答ページへ進んでください。
- ・ サービスの種類により記入者が異なる場合は、お手数ですが、調査票を事業所内で回覧の上、記入してください(同一法人・同一所在地の場合は、以下のサービスのうち、事業所番号、事業所名が印字されているサービスについて、調査票に記入してください)。
- ・ 調査票は所在地ごとに送付しているため(同一法人・同一所在地の事業所には、まとめて送付)、別所在地におけるサービスの記入は不要です。

| サービスの種類             | 事業所番号 | 事業所名 | 活動状況(1つに○)       | 回答ページ         |
|---------------------|-------|------|------------------|---------------|
| 072 通 所 介 護         |       |      | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | 2ページに記入してください |
| 081 介護予防短期入所生活介護    |       |      | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | 3ページに記入してください |
| 082 短期入所生活介護        |       |      | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 |               |
| 091 介護予防特定施設入居者生活介護 |       |      | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | 4ページに記入してください |
| 092 特定施設入居者生活介護     |       |      | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 |               |
| 102 訪問介護            |       |      | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | 5ページに記入してください |
| 111 介護予防訪問入浴介護      |       |      | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | 6ページに記入してください |
| 112 訪問入浴介護          |       |      | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 |               |
| 121 介護予防福祉用具貸与      |       |      | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | 7ページに記入してください |
| 122 福祉用具貸与          |       |      | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 |               |
| 131 特定介護予防福祉用具販売    |       |      | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 |               |
| 132 特定福祉用具販売        |       |      | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 |               |
| 191 介護予防支援          |       |      | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | 8ページに記入してください |
| 201 居宅介護支援          |       |      | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 |               |

|                                |                            |            |                   |             |                        |                 |                |
|--------------------------------|----------------------------|------------|-------------------|-------------|------------------------|-----------------|----------------|
| (1) 経営主体                       | 該当する番号を1つ選択し、左の欄に記入してください。 |            |                   |             |                        |                 |                |
|                                | 経営主体                       | 01         | 都道府県              | 06          | 医療法人                   | 11              | 営利法人(会社)       |
|                                |                            | 02         | 市区町村              | 07          | 公益社団・財団法人              | 12              | 特定非営利活動法人(NPO) |
|                                |                            | 03         | 広域連合・一部事務組合       | 08          | 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外) | 13              | その他の法人         |
|                                |                            | 04         | 社会福祉協議会           | 09          | 農業協同組合及び連合会            | 14              | 01～13以外(個人を含む) |
|                                |                            | 05         | 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) | 10          | 消費生活協同組合及び連合会          |                 |                |
| (2) 苦情解決のための<br>取組状況<br>(複数回答) | 該当する番号を全て○で囲んでください。        |            |                   |             |                        |                 |                |
|                                | 1                          | 苦情受付窓口を設置  | 3                 | 共同で第三者委員を設置 | 5                      | 1～4以外の取組を実施している |                |
|                                | 2                          | 苦情解決責任者を設置 | 4                 | 単独で第三者委員を設置 |                        |                 |                |

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の相当者の氏名と連絡先を記入してください。

### ＜オンライン回答のログイン情報＞

|           |  |
|-----------|--|
| 政府統計コード   |  |
| 調査対象者ID   |  |
| パスワード(初期) |  |

|                               |                                                      |
|-------------------------------|------------------------------------------------------|
| 担当部署・調査票<br>記入者名と連絡先<br>(※必須) | (担当部署名)                                              |
|                               | (調査票記入者名)<br>ふりがな                                    |
|                               | 電話 (                      -                      - ) |
| 上記以外連絡先<br>(携帯、FAX等)          |                                                      |

(3) 従事者数

注) (3)では、総合事業のみに従事する者、及び常勤兼務、非常勤の者が総合事業に従事する分(換算数)は含めません(記入の手引きを参照してください)。

介護サービス情報公表システム(令和7年5月15日時点公表)の従事者数が印字されている場合があります(令和6年10月2日以降に更新された情報に限ります)。

事業所に従事している職種を全て記入しましたか

(チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか

(チェック)

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

記入上の注意

- 雇用形態にかかわらず(派遣職員を含む)、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。
- 「常勤」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
- 「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

換算数 = 
$$\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$$
  
32時間を下回る場合は32時間とする

- ・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する
- ・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

- あらかじめ調査票に印字されている箇所に変更や誤りがある場合は、訂正してください。
- あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

|                       | 常勤    |              |        | 非常勤    |        |                       | 常勤    |              |        | 非常勤    |        |
|-----------------------|-------|--------------|--------|--------|--------|-----------------------|-------|--------------|--------|--------|--------|
|                       | 専従(人) | 兼務(専従分除く)(人) | 換算数(人) | 非常勤(人) | 換算数(人) |                       | 専従(人) | 兼務(専従分除く)(人) | 換算数(人) | 非常勤(人) | 換算数(人) |
| 1 医師                  |       |              |        |        |        | 5 調理員                 |       |              |        |        |        |
| 2 看護師                 |       |              |        |        |        | 6 管理栄養士               |       |              |        |        |        |
| 3 准看護師                |       |              |        |        |        | 7 栄養士                 |       |              |        |        |        |
| 4 機能訓練指導員             |       |              |        |        |        | 8 歯科衛生士               |       |              |        |        |        |
| (1) 4のうち理学療法士         |       |              |        |        |        | 9 生活相談員               |       |              |        |        |        |
| (2) 4のうち作業療法士         |       |              |        |        |        | 9のうち社会福祉士             |       |              |        |        |        |
| (3) 4のうち言語聴覚士         |       |              |        |        |        | 10 介護職員               |       |              |        |        |        |
| (4) 4のうち看護師(2の業務分除く)  |       |              |        |        |        | 10のうち介護福祉士            |       |              |        |        |        |
| (5) 4のうち准看護師(3の業務分除く) |       |              |        |        |        | うち、勤続10年以上(※)の者       |       |              |        |        |        |
| (6) 4のうち柔道整復師         |       |              |        |        |        | 11 その他の職員(管理者含む)      |       |              |        |        |        |
| (7) 4のうちあん摩マッサージ指圧師   |       |              |        |        |        | ※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。 |       |              |        |        |        |
| (8) 4のうちはり師・きゅう師      |       |              |        |        |        |                       |       |              |        |        |        |

(補問1) 「10 介護職員」のうち、外国籍の介護職員はいますか。該当する番号を○で囲んでください。

1 いる  
2 いない

(補問2) 「1 いる」の場合は、介護職員の人数を10月1日時点の在留資格別に記入してください。外国籍の介護職員のうち、介護福祉士の資格を有している場合は、その人数も記入してください。

|             | 在留資格      |    |      |      |      |
|-------------|-----------|----|------|------|------|
|             | 特定活動(EPA) | 介護 | 技能実習 | 特定技能 | 左記以外 |
| 外国籍の介護職員(人) |           |    |      |      |      |
| うち、介護福祉士(人) |           |    |      |      |      |

(4) 総合事業(従前の介護予防通所介護相当のサービス)の一体的な実施の状況

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

1 実施している  
2 実施していない

(補問1) 「1 実施している」の場合は、総合事業に従事している介護職員数を記入してください。

|                                   | 常勤    |              |        | 非常勤    |        |
|-----------------------------------|-------|--------------|--------|--------|--------|
|                                   | 専従(人) | 兼務(専従分除く)(人) | 換算数(人) | 非常勤(人) | 換算数(人) |
| 総合事業(従前の介護予防通所介護相当のサービス)事業所の介護職員数 |       |              |        |        |        |

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

人 人

【081 介護予防短期入所生活介護・082 短期入所生活介護】

あらかじめ調査票に印字されている項目に変更や誤りがある場合は、訂正してください。

記入者名（ ） 電話番号（ — — ）

(5)事業所の形態

事業所の形態について、該当する番号を 1 つ ○で囲んでください。

1 単独型、併設型、併設型（空床利用あり） 2 空床利用型（空床利用のみ）

(5)において「1 単独型、併設型、併設型（空床利用あり）」を○で囲んだ事業所は、以下(6)に回答してください。

- ・「2 空床利用型（空床利用のみ）」を○で囲んだ事業所で他のサービスを提供している場合は、1 ページに戻り、該当ページにご記入ください。
- ・併設型、併設型（空床利用あり）の事業所は、併設型分についてのみ以下(6)に記入してください。

(6)従事者数

介護サービス情報公表システム（令和7年5月15日時点公表）の従事者数が印字されています（令和6年10月2日以降に更新された情報に限りま

記入上の注意

- 雇用形態にかかわらず（派遣職員を含む）、事業所が定める1週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。
- 「介護予防短期入所生活介護」と「短期入所生活介護」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。
- 「常勤」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
- 「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$$

32時間を下回る場合は32時間とする

- ・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する
- ・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

- あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

|                       | 常勤    |              |        | 非常勤    |        |                       | 常勤    |              |        | 非常勤    |        |
|-----------------------|-------|--------------|--------|--------|--------|-----------------------|-------|--------------|--------|--------|--------|
|                       | 専従(人) | 兼務(専従分除く)(人) | 換算数(人) | 非常勤(人) | 換算数(人) |                       | 専従(人) | 兼務(専従分除く)(人) | 換算数(人) | 非常勤(人) | 換算数(人) |
| 1 医師                  |       |              |        |        |        | 5 調理員                 |       |              |        |        |        |
| 2 看護師                 |       |              |        |        |        | 6 管理栄養士               |       |              |        |        |        |
| 3 准看護師                |       |              |        |        |        | 7 栄養士                 |       |              |        |        |        |
| 4 機能訓練指導員             |       |              |        |        |        | 8 介護支援専門員             |       |              |        |        |        |
| (1) 4のうち理学療法士         |       |              |        |        |        | 9 生活相談員               |       |              |        |        |        |
| (2) 4のうち作業療法士         |       |              |        |        |        | 9のうち社会福祉士             |       |              |        |        |        |
| (3) 4のうち言語聴覚士         |       |              |        |        |        | 10 介護職員               |       |              |        |        |        |
| (4) 4のうち看護師(2の業務分除く)  |       |              |        |        |        | 10のうち介護福祉士            |       |              |        |        |        |
| (5) 4のうち准看護師(3の業務分除く) |       |              |        |        |        | うち、勤続10年以上(※)の者       |       |              |        |        |        |
| (6) 4のうち柔道整復師         |       |              |        |        |        | 11 その他の職員(管理者含む)      |       |              |        |        |        |
| (7) 4のうちあん摩マッサージ指圧師   |       |              |        |        |        | ※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。 |       |              |        |        |        |
| (8) 4のうちはり師・きゅう師      |       |              |        |        |        |                       |       |              |        |        |        |

事業所に従事している職種を全て記入しましたか

(チェック)



換算数(人)を全て記入しましたか

(チェック)



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

(補問1) 「10 介護職員」のうち、外国籍の介護職員はいますか。該当する番号を○で囲んでください。

1 いる  
2 いない

(補問2) 「1 いる」の場合は、介護職員の人数を10月1日時点の在留資格別に記入してください。外国籍の介護職員のうち、介護福祉士の資格を有している場合は、その人数も記入してください。

|             | 在留資格      |    |      |      |      |
|-------------|-----------|----|------|------|------|
|             | 特定活動(EPA) | 介護 | 技能実習 | 特定技能 | 左記以外 |
| 外国籍の介護職員(人) |           |    |      |      |      |
| うち、介護福祉士(人) |           |    |      |      |      |

【081 介護予防短期入所生活介護・082 短期入所生活介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1 ページに戻り、該当ページにご記入ください。

あらかじめ調査票に印字されている項目に変更や誤りがある場合は、訂正してください。

【091 介護予防特定施設入居者生活介護・092 特定施設入居者生活介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1 ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【102 訪問介護】

あらかじめ調査票に印字されている項目に変更や誤りがある場合は、訂正してください。

記入者名 ( ) 電話番号 ( - )

| (12) サービスの提供体制                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               | 次の提供体制について、利用者の有無にかかわらず、 <u>どちらかを○で囲んで</u> ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|---------------------|----------|-----------|----------------------------|----------------------|--------|------------|----------------------|--------|------------|------------------------------------|------|--------------|-----|---|-----------|----------------------|--------|-------------|--------|-----------|----------------------|--------|------------|--------|---------|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | 24時間訪問介護の提供体制                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1 提供体制あり                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      | 2 提供体制なし |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | 休日の提供体制                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1 提供体制あり                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      | 2 提供体制なし |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | 夜間の提供体制                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1 提供体制あり                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      | 2 提供体制なし |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (13) サービスの提供状況<br>介護サービス情報公表システム（令和7年5月15日時点公表）の利用実人員数が印字されています（令和6年10月2日以降に更新された情報に限ります）。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               | 「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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | 9月中の利用者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <table border="1"> <tr> <td>1 あり</td> <td rowspan="2">利用実人員数</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>その他<br/>(自費利用者、<br/>認定申請中の者)</td> </tr> <tr> <td>2 なし</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </table> |                      |          |                     |          |           | 1 あり                       | 利用実人員数               | 要介護1   | 要介護2       | 要介護3                 | 要介護4   | 要介護5       | その他<br>(自費利用者、<br>認定申請中の者)         | 2 なし | 人            | 人   | 人 | 人         | 人                    | 人      |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | 1 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 利用実人員数                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 要介護1                 | 要介護2     | 要介護3                | 要介護4     | 要介護5      | その他<br>(自費利用者、<br>認定申請中の者) |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 人             | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 人                    | 人        | 人                   | 人        |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (14) 従事者数<br>注）(14)では、総合事業のみに従事する者、及び常勤兼務、非常勤の者が総合事業に従事する分(換算数)は含めません(記入の手引きを参照してください)。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | <p>■雇用形態にかかわらず(派遣職員を含む)、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。</p> <p>■「常勤」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。</p> <p>■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。</p> <p>■「管理者」と「訪問介護員」を「兼務」し、換算数を按分できない場合は、「その他の職員(管理者含む)=0.5」、「訪問介護員=0.5」、「該当する資格=0.5」としてください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)</p> <math display="block">\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}</math> <p style="text-align: right;">・小数点以下第2位を四捨五入し、<br/>・小数点第1位まで計上する<br/>・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する</p> </div> <p>■訪問介護員の内数(資格ごとの従事者数、サテライト事業所の従事者数)についても記入してください。</p> <p>■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">常勤</th> <th colspan="2">非常勤</th> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">常勤</th> <th colspan="2">非常勤</th> </tr> <tr> <th>専従<br/>(人)</th> <th>兼務<br/>(専従分除く)<br/>(人)</th> <th>換算数(人)</th> <th>非常勤<br/>(人)</th> <th>換算数(人)</th> <th>専従<br/>(人)</th> <th>兼務<br/>(専従分除く)<br/>(人)</th> <th>換算数(人)</th> <th>非常勤<br/>(人)</th> <th>換算数(人)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 訪問介護員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="7">2 その他の職員<br/>(管理者含む)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(1) 1のうち<br/>介護福祉士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>うち、勤続10年<br/>以上(※)の者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(2) 1のうち<br/>実務者研修修了者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(3) 1のうち<br/>旧介護職員基礎<br/>研修課程修了者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(4) 1のうち<br/>旧ホームヘルパー級<br/>研修課程修了者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(5) 1のうち<br/>初任者研修修了者<br/>(旧ホームヘルパー2級<br/>研修課程修了者を含む)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(6) 1のうち<br/>生活援助従事者<br/>研修修了者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1のうち<br/>サテライト事業所の<br/>従事者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          |           |                            | 常勤                   |        |            | 非常勤                  |        |            | 常勤                                 |      |              | 非常勤 |   | 専従<br>(人) | 兼務<br>(専従分除く)<br>(人) | 換算数(人) | 非常勤<br>(人)  | 換算数(人) | 専従<br>(人) | 兼務<br>(専従分除く)<br>(人) | 換算数(人) | 非常勤<br>(人) | 換算数(人) | 1 訪問介護員 |  |  |  |  |  | 2 その他の職員<br>(管理者含む) |  |  |  |  |  | (1) 1のうち<br>介護福祉士 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | うち、勤続10年<br>以上(※)の者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (2) 1のうち<br>実務者研修修了者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (3) 1のうち<br>旧介護職員基礎<br>研修課程修了者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (4) 1のうち<br>旧ホームヘルパー級<br>研修課程修了者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (5) 1のうち<br>初任者研修修了者<br>(旧ホームヘルパー2級<br>研修課程修了者を含む) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (6) 1のうち<br>生活援助従事者<br>研修修了者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1のうち<br>サテライト事業所の<br>従事者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 常勤                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |          | 非常勤                 |          |           |                            | 常勤                   |        |            | 非常勤                  |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 専従<br>(人)                                                                                                                                                                                                                                                                               | 兼務<br>(専従分除く)<br>(人) | 換算数(人)   | 非常勤<br>(人)          | 換算数(人)   |           | 専従<br>(人)                  | 兼務<br>(専従分除く)<br>(人) | 換算数(人) | 非常勤<br>(人) | 換算数(人)               |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 訪問介護員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          | 2 その他の職員<br>(管理者含む) |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (1) 1のうち<br>介護福祉士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| うち、勤続10年<br>以上(※)の者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (2) 1のうち<br>実務者研修修了者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (3) 1のうち<br>旧介護職員基礎<br>研修課程修了者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (4) 1のうち<br>旧ホームヘルパー級<br>研修課程修了者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (5) 1のうち<br>初任者研修修了者<br>(旧ホームヘルパー2級<br>研修課程修了者を含む)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (6) 1のうち<br>生活援助従事者<br>研修修了者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1のうち<br>サテライト事業所の<br>従事者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>(補問1) 「1 訪問介護員」のうち、<u>外国籍の訪問介護員</u>はいますか。<br/>該当する番号を○で囲んでください。</p> <table border="1"> <tr> <td>1 いる</td> <td>2 いない</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     | 1 いる     | 2 いない     |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 いる                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2 いない         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>(補問2) 「1 いる」の場合は、訪問介護員の人数を10月1日時点の在留資格別に記入してください。<br/>外国籍の訪問介護員のうち、介護福祉士の資格を有している場合は、その人数も記入してください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="5">在留資格</th> </tr> <tr> <th>特定活動<br/>(EPA)</th> <th>介護</th> <th>技能実習</th> <th>特定技能</th> <th>左記以外</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>外国籍の訪問介護員(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>うち、介護福祉士(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          | 在留資格      |                            |                      |        |            | 特定活動<br>(EPA)        | 介護     | 技能実習       | 特定技能                               | 左記以外 | 外国籍の訪問介護員(人) |     |   |           |                      |        | うち、介護福祉士(人) |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 在留資格          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 特定活動<br>(EPA) | 介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 技能実習                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 特定技能                 | 左記以外     |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 外国籍の訪問介護員(人)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| うち、介護福祉士(人)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (15) 総合事業（従前の介護予防訪問介護相当のサービスの一体的な実施の状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               | <p>同一法人・同一所在地における総合事業（従前の介護予防訪問介護相当のサービスに限る*）の一体的な実施の状況について、該当する番号を○で囲んでください。<br/>※緩和した基準によるサービス等は含みません。</p> <table border="1"> <tr> <td>1 実施している</td> <td>2 実施していない</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     | 1 実施している | 2 実施していない |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | 1 実施している                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2 実施していない                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | <p>(補問1) 「1 実施している」の場合は、総合事業に従事している訪問介護員数を記入してください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">常勤</th> <th colspan="2">非常勤</th> </tr> <tr> <th>専従<br/>(人)</th> <th>兼務<br/>(専従分除く)<br/>(人)</th> <th>換算数(人)</th> <th>非常勤<br/>(人)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>総合事業(従前の介護予防訪問介護相当のサービス)事業所の訪問介護員数</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          | 常勤        |                            | 非常勤                  |        | 専従<br>(人)  | 兼務<br>(専従分除く)<br>(人) | 換算数(人) | 非常勤<br>(人) | 総合事業(従前の介護予防訪問介護相当のサービス)事業所の訪問介護員数 |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 常勤            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 非常勤                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 専従<br>(人)     | 兼務<br>(専従分除く)<br>(人)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 換算数(人)                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 非常勤<br>(人)           |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 総合事業(従前の介護予防訪問介護相当のサービス)事業所の訪問介護員数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>(補問2) 補問1の従事者(常勤兼務・非常勤に限る)のうち、総合事業だけでなく訪問介護事業所の訪問介護員としても勤務している者の人数</p> <table border="1"> <tr> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      | 人        | 人                   |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 人             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |                     |          |           |                            |                      |        |            |                      |        |            |                                    |      |              |     |   |           |                      |        |             |        |           |                      |        |            |        |         |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【102 訪問介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【111 介護予防訪問入浴介護・112 訪問入浴介護】

■ あらかじめ調査票に印字されている箇所に変更や誤りがある場合は、訂正してください。

■ あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

記入者名（ ） 電話番号（ - - ）

(16) 従事者数

介護サービス情報公表システム（令和7年5月15日時点公表）の従事者数が印字されています（令和6年10月2日以降に更新された情報に限ります）。

事業所に従事している職種を全て記入しましたか

(チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか

(チェック)

★資格(1)～(5)の中で複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。

記入上の注意

■雇用形態にかかわらず(派遣職員を含む)、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。

■「介護予防訪問入浴介護」と「訪問入浴介護」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。

■「常勤」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。

■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

換算数 = 従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く) / 当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)

32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する

・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

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

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

(補問1) 「1 介護職員」のうち、外国籍の介護職員はいいますか。該当する番号を○で囲んでください。

1 いる

2 いない

(補問2) 「1 いる」の場合は、介護職員の人数を10月1日時点の在留資格別に記入してください。外国籍の介護職員のうち、介護福祉士の資格を有している場合は、その人数も記入してください。

|             | 在留資格      |    |      |      |      |
|-------------|-----------|----|------|------|------|
|             | 特定活動(EPA) | 介護 | 技能実習 | 特定技能 | 左記以外 |
| 外国籍の介護職員(人) |           |    |      |      |      |
| うち、介護福祉士(人) |           |    |      |      |      |

6

記入者名 ( ) 電話番号 ( - )

## 特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |                         |          |        |      |               |  |      |      |                 |          |        |      |               |      |  |  |  |  |  |  |  |      |     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|----------|--------|------|---------------|--|------|------|-----------------|----------|--------|------|---------------|------|--|--|--|--|--|--|--|------|-----|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| (17)サービスの提供状況           | 9 月中の介護保険法による福祉用具販売の有無を選択してください。<br>「1 あり」の場合、以下の福祉用具については9 月中の <b>販売数</b> を記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |                         |          |        |      |               |  |      |      |                 |          |        |      |               |      |  |  |  |  |  |  |  |      |     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                         | <table><tr><td>福祉用具販売の有無</td><td colspan="6">(介護保険法による) 9 月中の福祉用具販売数</td></tr><tr><td>1 あり</td><td>腰掛便座</td><td>自動排泄処理装置の交換可能部品</td><td>排泄予測支援機器</td><td>入浴補助用具</td><td>簡易浴槽</td><td>移動用リフトのつり具の部分</td></tr><tr><td>2 なし</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>スロープ</td><td>歩行器</td><td>歩行補助つえ</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | 福祉用具販売の有無               | (介護保険法による) 9 月中の福祉用具販売数 |          |        |      |               |  | 1 あり | 腰掛便座 | 自動排泄処理装置の交換可能部品 | 排泄予測支援機器 | 入浴補助用具 | 簡易浴槽 | 移動用リフトのつり具の部分 | 2 なし |  |  |  |  |  |  |  | スロープ | 歩行器 | 歩行補助つえ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                         | 福祉用具販売の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (介護保険法による) 9 月中の福祉用具販売数 |                         |          |        |      |               |  |      |      |                 |          |        |      |               |      |  |  |  |  |  |  |  |      |     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                         | 1 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 腰掛便座                    | 自動排泄処理装置の交換可能部品         | 排泄予測支援機器 | 入浴補助用具 | 簡易浴槽 | 移動用リフトのつり具の部分 |  |      |      |                 |          |        |      |               |      |  |  |  |  |  |  |  |      |     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                         | 2 なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |                         |          |        |      |               |  |      |      |                 |          |        |      |               |      |  |  |  |  |  |  |  |      |     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                         | スロープ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 歩行器                     | 歩行補助つえ                  |          |        |      |               |  |      |      |                 |          |        |      |               |      |  |  |  |  |  |  |  |      |     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |                         |          |        |      |               |  |      |      |                 |          |        |      |               |      |  |  |  |  |  |  |  |      |     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貸与分は含めず、販売数のみを記入してください。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |                         |          |        |      |               |  |      |      |                 |          |        |      |               |      |  |  |  |  |  |  |  |      |     |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 【共通】介護予防福祉用具貸与・福祉用具貸与・特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売

| (18)従事者数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 記入上の注意      | <p>■雇用形態にかかわらず(派遣職員を含む)、事業所が定める1 週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。</p> <p>■「介護予防福祉用具貸与」「福祉用具貸与」「特定介護予防福祉用具販売」「特定福祉用具販売」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。</p> <p>■「常勤」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。</p> <p>■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。</p>                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |        |       |                 |        |  |         |        |        |         |         |       |         |         |                     |  |    |  |                                    |     |  |  |       |             |        |       |        |       |             |        |       |        |             |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|--------|-------|-----------------|--------|--|---------|--------|--------|---------|---------|-------|---------|---------|---------------------|--|----|--|------------------------------------|-----|--|--|-------|-------------|--------|-------|--------|-------|-------------|--------|-------|--------|-------------|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             | <p>「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)</p> $\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1 週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1 週間の時間数(所定労働時間)}}$ <p>・ 小数点以下第2 位を四捨五入し、<br/>・ 小数点第1 位まで計上する<br/>・ 計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |       |        |       |                 |        |  |         |        |        |         |         |       |         |         |                     |  |    |  |                                    |     |  |  |       |             |        |       |        |       |             |        |       |        |             |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             | <p>■あらかじめ調査票に印字されている箇所に変更や誤りがある場合は、訂正してください。</p> <p>■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、<b>従事者数・換算数</b>を記入してください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |        |       |                 |        |  |         |        |        |         |         |       |         |         |                     |  |    |  |                                    |     |  |  |       |             |        |       |        |       |             |        |       |        |             |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             | <table><tr><th rowspan="2"></th><th colspan="3">常勤</th><th colspan="3">非常勤</th><th rowspan="2"></th><th colspan="3">常勤</th><th colspan="3">非常勤</th></tr><tr><th>専従(人)</th><th>兼務(専従除く)(人)</th><th>換算数(人)</th><th>専従(人)</th><th>換算数(人)</th><th>専従(人)</th><th>兼務(専従除く)(人)</th><th>換算数(人)</th><th>専従(人)</th><th>換算数(人)</th></tr><tr><td>1 福祉用具専門相談員</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2 その他の職員(管理者含む)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |         |       |        |       |                 |        |  |         |        |        | 常勤      |         |       | 非常勤     |         |                     |  | 常勤 |  |                                    | 非常勤 |  |  | 専従(人) | 兼務(専従除く)(人) | 換算数(人) | 専従(人) | 換算数(人) | 専従(人) | 兼務(専従除く)(人) | 換算数(人) | 専従(人) | 換算数(人) | 1 福祉用具専門相談員 |  |  |  |  |  |  | 2 その他の職員(管理者含む) |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 常勤      |       |        | 非常勤   |                 |        |  | 常勤      |        |        | 非常勤     |         |       |         |         |                     |  |    |  |                                    |     |  |  |       |             |        |       |        |       |             |        |       |        |             |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |
| 専従(人)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 兼務(専従除く)(人) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 換算数(人)  | 専従(人) | 換算数(人) | 専従(人) | 兼務(専従除く)(人)     | 換算数(人) |  | 専従(人)   | 換算数(人) |        |         |         |       |         |         |                     |  |    |  |                                    |     |  |  |       |             |        |       |        |       |             |        |       |        |             |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |
| 1 福祉用具専門相談員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |       |        |       | 2 その他の職員(管理者含む) |        |  |         |        |        |         |         |       |         |         |                     |  |    |  |                                    |     |  |  |       |             |        |       |        |       |             |        |       |        |             |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |
| <p>「1 福祉用具専門相談員」の資格についておたずねします。保有している資格に人数を記入してください。</p> <p>1 人の者が1 ～8 の複数の資格を保有している場合は、<b>該当する資格全て</b>に記入してください。</p> <table><tr><td>1 介護福祉士</td><td>3 保健師</td><td>5 准看護師</td><td>7 作業療法士</td></tr><tr><td>2 義肢装具士</td><td>4 看護師</td><td>6 理学療法士</td><td>8 社会福祉士</td></tr><tr><td colspan="4">9 福祉用具専門相談員指定講習会修了者</td></tr><tr><td colspan="4">10 上記1 ～8 に該当しない者で<br/>1 ～9 以外の有資格者</td></tr></table> |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |       |        |       |                 |        |  | 1 介護福祉士 | 3 保健師  | 5 准看護師 | 7 作業療法士 | 2 義肢装具士 | 4 看護師 | 6 理学療法士 | 8 社会福祉士 | 9 福祉用具専門相談員指定講習会修了者 |  |    |  | 10 上記1 ～8 に該当しない者で<br>1 ～9 以外の有資格者 |     |  |  |       |             |        |       |        |       |             |        |       |        |             |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |
| 1 介護福祉士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3 保健師       | 5 准看護師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 7 作業療法士 |       |        |       |                 |        |  |         |        |        |         |         |       |         |         |                     |  |    |  |                                    |     |  |  |       |             |        |       |        |       |             |        |       |        |             |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |
| 2 義肢装具士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 4 看護師       | 6 理学療法士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 8 社会福祉士 |       |        |       |                 |        |  |         |        |        |         |         |       |         |         |                     |  |    |  |                                    |     |  |  |       |             |        |       |        |       |             |        |       |        |             |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |
| 9 福祉用具専門相談員指定講習会修了者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |       |        |       |                 |        |  |         |        |        |         |         |       |         |         |                     |  |    |  |                                    |     |  |  |       |             |        |       |        |       |             |        |       |        |             |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |
| 10 上記1 ～8 に該当しない者で<br>1 ～9 以外の有資格者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |       |        |       |                 |        |  |         |        |        |         |         |       |         |         |                     |  |    |  |                                    |     |  |  |       |             |        |       |        |       |             |        |       |        |             |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |

【121 介護予防福祉用具貸与・122 福祉用具貸与・131 特定介護予防福祉用具販売・132 特定福祉用具販売】については以上です。  
他のサービスを提供している場合は、1 ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【191 介護予防支援】

記入者名 ( ) 電話番号 ( - - )

(19) 事業所の形態

事業所の形態について、該当する番号を 1 つ ○ で囲んでください。  
1 地域包括支援センター 2 居宅介護支援事業者

(20) 従事者数

事業所に従事している職種を全て記入しましたか  
(チェック) ☐

換算数(人)を全て記入しましたか  
(チェック) ☐

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

記入上の注意

■雇用形態にかかわらず(派遣職員を含む)、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
■「介護予防支援」と「居宅介護支援」を一体的に行っている場合は、「兼務」としてください。  
■「常勤」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。  
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)  
換算数 = 
$$\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}} \times 32$$
  
・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する  
・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

「(19)事業所の形態」に応じて、どちらかの欄のみに記入してください。

「1 地域包括支援センター」の場合

「2 居宅介護支援事業者」の場合

|                                          | 常勤    |              |        | 非常勤 |        |                 | 常勤    |              |        | 非常勤 |        |
|------------------------------------------|-------|--------------|--------|-----|--------|-----------------|-------|--------------|--------|-----|--------|
|                                          | 専従(人) | 兼務(専従分除く)(人) | 換算数(人) | (人) | 換算数(人) |                 | 専従(人) | 兼務(専従分除く)(人) | 換算数(人) | (人) | 換算数(人) |
| 1 専門職員                                   |       |              |        |     |        | 1 介護支援専門員       |       |              |        |     |        |
| (1) 1のうち保健師                              |       |              |        |     |        | 1のうち主任介護支援専門員   |       |              |        |     |        |
| (2) 1のうち看護師                              |       |              |        |     |        | 2 その他の職員(管理者含む) |       |              |        |     |        |
| (3) 1のうち社会福祉士                            |       |              |        |     |        |                 |       |              |        |     |        |
| (4) 1のうち介護支援専門員                          |       |              |        |     |        |                 |       |              |        |     |        |
| (4)のうち主任介護支援専門員                          |       |              |        |     |        |                 |       |              |        |     |        |
| (5) 1のうち高齢者保健福祉に関する相談援助業務等に3年以上従事した社会福祉士 |       |              |        |     |        |                 |       |              |        |     |        |
| 2 その他の職員(管理者含む)                          |       |              |        |     |        |                 |       |              |        |     |        |

【201 居宅介護支援】

記入者名 ( ) 電話番号 ( - - )

(21) サービスの提供状況

介護サービス情報公表システム(令和7年5月15日時点公表)の利用実人員数が印字されている場合があります(令和6年10月2日以降に更新された情報に限ります)。

9月中の利用者

1 あり 2 なし

利用実人員数

要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 その他(自費利用者、認定申請中の者)

(22) 従事者数

介護サービス情報公表システム(令和7年5月15日時点公表)の従事者数が印字されています(令和6年10月2日以降に更新された情報に限ります)。

事業所に従事している職種を全て記入しましたか  
(チェック) ☐

換算数(人)を全て記入しましたか  
(チェック) ☐

記入上の注意

■雇用形態にかかわらず(派遣職員を含む)、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
■「介護予防支援」と「居宅介護支援」を一体的に行っている場合は、「兼務」としてください。  
■「常勤」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。  
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)  
換算数 = 
$$\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}} \times 32$$
  
・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する  
・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

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

【201 居宅介護支援】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

8

1

【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】

■ あらかじめ調査票に印字されている箇所に変更や誤りがある場合は、訂正してください。

■ あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

記入者名（ ） 電話番号（ - - ）

（3）従事者数

介護サービス情報公表システム（令和7年5月15日時点公表）の従事者数が印字されている場合があります（令和6年10月2日以降に更新された情報に限ります）。

事業所に従事している職種を全て記入しましたか

（チェック）

換算数（人）を全て記入しましたか

（チェック）

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

記入上の注意

■雇用形態にかかわらず（派遣職員を含む）、事業所が定める1週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。

■「介護予防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。

■「常勤」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。

■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

換算数＝
$$\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数（残業は除く）}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数（所定労働時間）}}$$

32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する

・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

|                      | 常勤    |              |        | 非常勤    |        |                       | 常勤    |              |        | 非常勤    |        |
|----------------------|-------|--------------|--------|--------|--------|-----------------------|-------|--------------|--------|--------|--------|
|                      | 専従（人） | 兼務（専従分除く）（人） | 換算数（人） | 非常勤（人） | 換算数（人） |                       | 専従（人） | 兼務（専従分除く）（人） | 換算数（人） | 非常勤（人） | 換算数（人） |
| 1 医師                 |       |              |        |        |        | 5 調理員                 |       |              |        |        |        |
| 2 看護師                |       |              |        |        |        | 6 管理栄養士               |       |              |        |        |        |
| 3 准看護師               |       |              |        |        |        | 7 栄養士                 |       |              |        |        |        |
| 4 機能訓練指導員            |       |              |        |        |        | 8 歯科衛生士               |       |              |        |        |        |
| （1）4のうち理学療法士         |       |              |        |        |        | 9 生活相談員               |       |              |        |        |        |
| （2）4のうち作業療法士         |       |              |        |        |        | 9のうち社会福祉士             |       |              |        |        |        |
| （3）4のうち言語聴覚士         |       |              |        |        |        | 10 介護職員               |       |              |        |        |        |
| （4）4のうち看護師（2の業務分除く）  |       |              |        |        |        | 10のうち介護福祉士            |       |              |        |        |        |
| （5）4のうち准看護師（3の業務分除く） |       |              |        |        |        | うち、勤続10年以上（※）の者       |       |              |        |        |        |
| （6）4のうち柔道整復師         |       |              |        |        |        | 11 その他の職員（管理者含む）      |       |              |        |        |        |
| （7）4のうちあん摩マッサージ指圧師   |       |              |        |        |        | ※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。 |       |              |        |        |        |
| （8）4のうちはり師・きゅう師      |       |              |        |        |        |                       |       |              |        |        |        |

（補間1）「10 介護職員」のうち、外国籍の介護職員はいますか。該当する番号を○で囲んでください。

1 いる

2 いない

（補間2）「1 いる」の場合は、介護職員の人数を10月1日時点の在留資格別に記入してください。外国籍の介護職員のうち、介護福祉士の資格を有している場合は、その人数も記入してください。

|             | 在留資格      |    |      |      |      |
|-------------|-----------|----|------|------|------|
|             | 特定活動（EPA） | 介護 | 技能実習 | 特定技能 | 左記以外 |
| 外国籍の介護職員（人） |           |    |      |      |      |
| うち、介護福祉士（人） |           |    |      |      |      |

【141介護予防認知症対応型通所介護・142認知症対応型通所介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

2

あらかじめ調査票に印字されている項目に変更や誤りがある場合は、訂正してください。

記入者名 ( ) 電話番号 ( - - )

【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】

あらかじめ調査票に印字されている項目に変更や誤りがある場合は、訂正してください。

記入者名（）

電話番号（

—

—

）

（7）サービスの提供状況

介護サービス情報公表システム（令和7年5月15日時点公表）の利用者数が印字されている場合があります（令和6年10月2日以降に更新された情報に限ります）。

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無にかかわらず、提供体制（定員）を記入してください。「9月中」の利用者がいた場合は「1 あり」を○で囲み、「9月末日」の利用者数を記入してください。「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。

定員

人

9月中の利用者

1 あり

2 なし

9月末日の利用者数

要介護1

要介護2

要介護3

要介護4

要介護5

要介護認定申請中

人

人

人

人

人

人

（8）事業所の形態

1～4のうち、該当する番号を1つ○で囲んでください。

1 有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅に該当するものを除く）

3 養護老人ホーム

2 軽費老人ホーム

4 サービス付き高齢者向け住宅

（9）従事者数

介護サービス情報公表システム（令和7年5月15日時点公表）の従事者数が印字されている場合があります（令和6年10月2日以降に更新された情報に限ります）。

記入上の注意

■雇用形態にかかわらず（派遣職員を含む）、事業所が定める1週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。

■「常勤」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。

■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

換算数 = 
$$\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数（残業は除く）}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数（所定労働時間）}}$$

32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する

・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

事業所に従事している職種を全て記入しましたか

(チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか

(チェック)

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

常勤

専従(人)

兼務(専従分除く)(人)

換算数(人)

非常勤

非常勤(人)

換算数(人)

1 介護職員

1のうち介護福祉士

うち、勤続10年以上(※)の者

2 生活相談員

2のうち社会福祉士

3 看護師

4 准看護師

5 計画作成担当者

6 機能訓練指導員

(1)6のうち理学療法士

(2)6のうち作業療法士

(3)6のうち言語聴覚士

(4)6のうち看護師(3の業務分除く)

★(5)6のうち准看護師(4の業務分除く)

(6)6のうち柔道整復師

(7)6のうちあん摩マッサージ指圧師

(8)6のうちはり師・きゅう師

7 その他の職員(管理者含む)

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

(補問1)※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合

介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者

人

(補問2)「1 介護職員」のうち、外国籍の介護職員はいますか。該当する番号を○で囲んでください。

1 いる

2 いない

(補問3)「1 いる」の場合は、介護職員の人数を10月1日時点の在留資格別に記入してください。外国籍の介護職員のうち、介護福祉士の資格を有している場合は、その人数も記入してください。

在留資格

特定活動(EPA)

介護

技能実習

特定技能

左記以外

外国籍の介護職員(人)

うち、介護福祉士(人)

【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。

4

【171 夜間対応型訪問介護】

- あらかじめ調査票に印字されている箇所に変更や誤りがある場合は、訂正してください。
- あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

記入者名 ( ) 電話番号 ( - - )

(10) 従事者数

介護サービス情報公表システム（令和7年5月15日時点公表）の従事者数が印字されている場合があります（令和6年10月2日以降に更新された情報に限りません）。

記入上の注意

- 雇用形態にかかわらず（派遣職員を含む）、事業所が定める1週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。
- 「常勤」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
- 「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数（残業は除く）}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数（所定労働時間）}}$$

32時間を下回る場合は32時間とする

- ・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する
- ・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

事業所に従事している職種を全て記入しましたか

(チェック)



換算数(人)を全て記入しましたか

(チェック)



★複数の資格(経験)を有している者については、それぞれのうち最も若い番号の資格(経験)について記入してください。

|                                        | 常勤    |              |        | 非常勤 |        |                 | 常勤    |              |        | 非常勤 |        |
|----------------------------------------|-------|--------------|--------|-----|--------|-----------------|-------|--------------|--------|-----|--------|
|                                        | 専従(人) | 兼務(専従分除く)(人) | 換算数(人) | (人) | 換算数(人) |                 | 専従(人) | 兼務(専従分除く)(人) | 換算数(人) | (人) | 換算数(人) |
| 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      |       |              |        |     |        |
| うち、勤続10年以上(※)の者                        |       |              |        |     |        | (2) 3のうち保健師     |       |              |        |     |        |
| (2) 1のうち実務者研修修了者                       |       |              |        |     |        | (3) 3のうち看護師     |       |              |        |     |        |
| (3) 1のうち旧介護職員基礎研修課程修了者                 |       |              |        |     |        | (4) 3のうち准看護師    |       |              |        |     |        |
| (4) 1のうち旧ホームヘルパー1級研修課程修了者              |       |              |        |     |        | (5) 3のうち社会福祉士   |       |              |        |     |        |
| (5) 1のうち初任者研修修了者(旧ホームヘルパー2級研修課程修了者を含む) |       |              |        |     |        | (6) 3のうち介護福祉士   |       |              |        |     |        |
| 2 オペレーター                               |       |              |        |     |        | (7) 3のうち介護支援専門員 |       |              |        |     |        |
| (1) 2のうち医師                             |       |              |        |     |        | 4 その他の職員(管理者含む) |       |              |        |     |        |
| (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                        |       |              |        |     |        |                 |       |              |        |     |        |
| (8) 2のうちサービス提供責任者経験者                   |       |              |        |     |        |                 |       |              |        |     |        |

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

(補問1) 「1 訪問介護員」のうち、外国籍の訪問介護員はいますか。  
該当する番号を○で囲んでください。

1 いる  
2 いない

(補問2) 「1 いる」の場合は、訪問介護員の人数を10月1日時点の在留資格別に記入してください。  
外国籍の訪問介護員のうち、介護福祉士の資格を有している場合は、その人数も記入してください。

|              | 在留資格      |    |      |      |      |
|--------------|-----------|----|------|------|------|
|              | 特定活動(EPA) | 介護 | 技能実習 | 特定技能 | 左記以外 |
| 外国籍の訪問介護員(人) |           |    |      |      |      |
| うち、介護福祉士(人)  |           |    |      |      |      |

【171夜間対応型訪問介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

■ あらかじめ調査票に印字されている箇所に変更や誤りがある場合は、訂正してください。

■ あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

(11) 従事者数

介護サービス情報公表システム（令和7年5月15日時点公表）の従事者数が印字されている場合があります（令和6年10月2日以降に更新された情報に限りです）。

事業所に従事している職種を全て記入しましたか

(チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか

(チェック)

記入上の注意

■雇用形態にかかわらず(派遣職員を含む)、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。

■「介護予防小規模多機能型居宅介護」と「小規模多機能型居宅介護」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。

■「常勤」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。 ■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

換算数 = 従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く) / 当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)

32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する

・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

|                 | 常勤    |              |        | 非常勤    |        |                 | 常勤    |              |        | 非常勤    |        |
|-----------------|-------|--------------|--------|--------|--------|-----------------|-------|--------------|--------|--------|--------|
|                 | 専従(人) | 兼務(専従分除く)(人) | 換算数(人) | 非常勤(人) | 換算数(人) |                 | 専従(人) | 兼務(専従分除く)(人) | 換算数(人) | 非常勤(人) | 換算数(人) |
| 1 介護職員          |       |              |        |        |        | 2 看護師           |       |              |        |        |        |
| 1のうち介護福祉士       |       |              |        |        |        | 3 准看護師          |       |              |        |        |        |
| うち、勤続10年以上(※)の者 |       |              |        |        |        | 4 介護支援専門員       |       |              |        |        |        |
|                 |       |              |        |        |        | 5 その他の職員(管理者含む) |       |              |        |        |        |

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

(補問1)「1 介護職員」のうち、外国籍の介護職員はいますか。該当する番号を○で囲んでください。

1 いる

2 いない

(補問2)「1 いる」の場合は、介護職員の人数を10月1日時点の在留資格別に記入してください。外国籍の介護職員のうち、介護福祉士の資格を有している場合は、その人数も記入してください。

在留資格

特定活動(EPA) 介護 技能実習 特定技能 左記以外

外国籍の介護職員(人)

うち、介護福祉士(人)

【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。

■ あらかじめ調査票に印字されている箇所に変更や誤りがある場合は、訂正してください。

■ あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

(12) 従事者数

介護サービス情報公表システム（令和7年5月15日時点公表）の従事者数が印字されている場合があります（令和6年10月2日以降に更新された情報に限りです）。

事業所に従事している職種を全て記入しましたか

(チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか

(チェック)

記入上の注意

■雇用形態にかかわらず(派遣職員を含む)、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。

■「常勤」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。 ■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

換算数 = 従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く) / 当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)

32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する

・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

|                 | 常勤    |              |        | 非常勤    |        |                   | 常勤    |              |        | 非常勤    |        |
|-----------------|-------|--------------|--------|--------|--------|-------------------|-------|--------------|--------|--------|--------|
|                 | 専従(人) | 兼務(専従分除く)(人) | 換算数(人) | 非常勤(人) | 換算数(人) |                   | 専従(人) | 兼務(専従分除く)(人) | 換算数(人) | 非常勤(人) | 換算数(人) |
| 1 訪問介護員等        |       |              |        |        |        | 7 オペレーター          |       |              |        |        |        |
| 1のうち介護福祉士       |       |              |        |        |        | (1)7のうち医師         |       |              |        |        |        |
| うち、勤続10年以上(※)の者 |       |              |        |        |        | (2)7のうち保健師        |       |              |        |        |        |
|                 |       |              |        |        |        | (3)7のうち看護師        |       |              |        |        |        |
| 2 看護師           |       |              |        |        |        | (4)7のうち准看護師       |       |              |        |        |        |
| 3 准看護師          |       |              |        |        |        | ★(5)7のうち社会福祉士     |       |              |        |        |        |
| 4 理学療法士         |       |              |        |        |        | (6)7のうち介護福祉士      |       |              |        |        |        |
| 5 作業療法士         |       |              |        |        |        | (7)7のうち介護支援専門員    |       |              |        |        |        |
| 6 言語聴覚士         |       |              |        |        |        | (8)7のうちサービス提供者経験者 |       |              |        |        |        |
|                 |       |              |        |        |        | 8 その他の職員(管理者含む)   |       |              |        |        |        |

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

(補問1)「1 訪問介護員等」のうち、外国籍の訪問介護員等はいますか。該当する番号を○で囲んでください。

1 いる

2 いない

(補問2)「1 いる」の場合は、訪問介護員等の人数を10月1日時点の在留資格別に記入してください。外国籍の訪問介護員等のうち、介護福祉士の資格を有している場合は、その人数も記入してください。

在留資格

特定活動(EPA) 介護 技能実習 特定技能 左記以外

外国籍の訪問介護員等(人)

うち、介護福祉士(人)

【211定期巡回・随時対応型訪問介護看護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【221 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）】

あらかじめ調査票に印字されている項目に変更や誤りがある場合は、訂正してください。

記入者名（）

電話番号（

—

—

—

）

(13)サービスの提供状況

介護サービス情報公表システム（令和7年5月15日時点公表）の利用実人員数が印字されている場合があります（令和6年10月2日以降に更新された情報に限ります）。

※重複する場合は、それぞれに計上してください。

9月中の利用者

1あり2なし

■利用者については、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）の登録者に対し、健康保険法等により行われる訪問看護の利用者も含めて計上してください。  
■複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）の登録者以外への訪問看護の提供状況については、「訪問看護ステーション票」へ記入してください。

|                                                 |      |        | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他<br>（自費利用者、<br>認定申請中の者） |
|-------------------------------------------------|------|--------|------|------|------|------|------|----------------------------|
| 事業所を利用した利用実人員数※同一の人が宿泊、通い、訪問を利用した場合は、「1人」と数えます。 |      |        | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人                          |
| 事業所を利用した利用延人員数※宿泊、通い、訪問（介護・看護）の利用延人員数の合計です。     |      |        | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人                          |
| ※                                               | 宿泊   | 利用実人員数 | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人                          |
|                                                 |      | 利用延人員数 | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人                          |
|                                                 | 通い   | 利用実人員数 | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人                          |
|                                                 |      | 利用延人員数 | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人                          |
|                                                 | 訪問介護 | 利用実人員数 | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人                          |
|                                                 |      | 利用延人員数 | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人                          |
|                                                 | 訪問看護 | 利用実人員数 | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人                          |
|                                                 |      | 利用延人員数 | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人                          |
| 訪問看護指示書のある利用実人員数                                |      |        | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    |                            |

(14)出張所等(サテライト事業所)の状況

サテライト事業所数事業所

9月中のサテライト事業所の利用実人員数

人

(15)医療保険による訪問看護の減算状況

9月中の利用者

厚生労働大臣が定める疾病等（末期の悪性腫瘍、神経難病等）による減算

人

特別訪問看護指示書による減算

人

(16)従事者数

介護サービス情報公表システム（令和7年5月15日時点公表）の従事者数が印字されている場合があります（令和6年10月2日以降に更新された情報に限ります）。

事業所に従事している職種を全て記入しましたか

(チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか

(チェック)

■雇用形態にかかわらず(派遣職員を含む)、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
■「常勤」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。  
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。  
「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)  
$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$$

32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する  
・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

  
■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

|                 | 常勤    |              |        | 非常勤    |        |                | 常勤    |              |        | 非常勤    |        |
|-----------------|-------|--------------|--------|--------|--------|----------------|-------|--------------|--------|--------|--------|
|                 | 専従(人) | 兼務(専従分除く)(人) | 換算数(人) | 非常勤(人) | 換算数(人) |                | 専従(人) | 兼務(専従分除く)(人) | 換算数(人) | 非常勤(人) | 換算数(人) |
| 1介護職員           |       |              | .      |        |        | 5理学療法士         |       |              | .      |        |        |
| 1のうち介護福祉士       |       |              |        |        |        | 6作業療法士         |       |              | .      |        |        |
| うち、勤続10年以上(※)の者 |       |              |        |        |        | 7言語聴覚士         |       |              |        |        |        |
| 2保健師            |       |              | .      |        |        | 8介護支援専門員       |       |              | .      |        |        |
| 3看護師            |       |              | .      |        |        | 9その他の職員(管理者含む) |       |              |        |        |        |
| 4准看護師           |       |              | .      |        |        |                |       |              |        |        |        |

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

(補問1)「1 介護職員」のうち、外国籍の介護職員はいますか。  
該当する番号を○で囲んでください。

1 いる —  
2 いない

(補問2)「1 いる」の場合は、介護職員の人数を10月1日時点の在留資格別に記入してください。  
外国籍の介護職員のうち、介護福祉士の資格を有している場合は、その人数も記入してください。

|             | 在留資格      |    |      |      |      |
|-------------|-----------|----|------|------|------|
|             | 特定活動(EPA) | 介護 | 技能実習 | 特定技能 | 左記以外 |
| 外国籍の介護職員(人) |           |    |      |      |      |
| うち、介護福祉士(人) |           |    |      |      |      |

(17) 従事者数

注) (17)では、総合事業のみに従事する者、及び常勤兼務、非常勤の者が総合事業に従事する分(換算数)は含めません(記入の手引きを参照してください)。

介護サービス情報公表システム(令和7年5月15日時点公表)の従事者数が印字されている場合があります(令和6年10月2日以降に更新された情報に限ります)。

事業所に従事している職種を全て記入しましたか

(チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか

(チェック)

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

記入上の注意

■雇用形態にかかわらず(派遣職員を含む)、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
■「常勤」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。  
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。  
「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)  
$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$$

32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第2位を四捨五入し、  
・小数点第1位まで計上する  
・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

■あらかじめ調査票に印字されている箇所に変更や誤りがある場合は、訂正してください。  
■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

|                       | 常勤    |              |        | 非常勤    |        |                  | 常勤    |              |        | 非常勤    |        |
|-----------------------|-------|--------------|--------|--------|--------|------------------|-------|--------------|--------|--------|--------|
|                       | 専従(人) | 兼務(専従分除く)(人) | 換算数(人) | 非常勤(人) | 換算数(人) |                  | 専従(人) | 兼務(専従分除く)(人) | 換算数(人) | 非常勤(人) | 換算数(人) |
| 1 医師                  |       |              |        |        |        | 5 調理員            |       |              |        |        |        |
| 2 看護師                 |       |              |        |        |        | 6 管理栄養士          |       |              |        |        |        |
| 3 准看護師                |       |              |        |        |        | 7 栄養士            |       |              |        |        |        |
| 4 機能訓練指導員             |       |              |        |        |        | 8 歯科衛生士          |       |              |        |        |        |
| (1) 4のうち理学療法士         |       |              |        |        |        | 9 生活相談員          |       |              |        |        |        |
| (2) 4のうち作業療法士         |       |              |        |        |        | 9のうち社会福祉士        |       |              |        |        |        |
| (3) 4のうち言語聴覚士         |       |              |        |        |        | 10 介護職員          |       |              |        |        |        |
| (4) 4のうち看護師(2の業務分除く)  |       |              |        |        |        | 10のうち介護福祉士       |       |              |        |        |        |
| (5) 4のうち准看護師(3の業務分除く) |       |              |        |        |        | うち、勤続10年以上(※)の者  |       |              |        |        |        |
| (6) 4のうち柔道整復師         |       |              |        |        |        | 11 その他の職員(管理者含む) |       |              |        |        |        |
| (7) 4のうちあん摩マッサージ指圧師   |       |              |        |        |        |                  |       |              |        |        |        |
| (8) 4のうちはり師・きゅう師      |       |              |        |        |        |                  |       |              |        |        |        |

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

(補問1) 「10 介護職員」のうち、外国籍の介護職員はいますか。  
該当する番号を○で囲んでください。

1 いる  
2 いない

(補問2) 「1 いる」の場合は、介護職員の人数を10月1日時点の在留資格別に記入してください。  
外国籍の介護職員のうち、介護福祉士の資格を有している場合は、その人数も記入してください。

|             | 在留資格      |    |      |      |      |
|-------------|-----------|----|------|------|------|
|             | 特定活動(EPA) | 介護 | 技能実習 | 特定技能 | 左記以外 |
| 外国籍の介護職員(人) |           |    |      |      |      |
| うち、介護福祉士(人) |           |    |      |      |      |

(18) 総合事業(従前の介護予防通所介護相当のサービス)の一体的な実施の状況

1 実施している  
2 実施していない

(補問1) 「1 実施している」の場合は、総合事業に従事している介護職員数を記入してください。

|                                   | 常勤    |              |        | 非常勤    |        |
|-----------------------------------|-------|--------------|--------|--------|--------|
|                                   | 専従(人) | 兼務(専従分除く)(人) | 換算数(人) | 非常勤(人) | 換算数(人) |
| 総合事業(従前の介護予防通所介護相当のサービス)事業所の介護職員数 |       |              |        |        |        |

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

人 人

【231 地域密着型通所介護】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。

8

[注] 1 \*印の箇所は事業所では記入しないでください。

2 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更や誤りがある場合は、訂正してください。

【051介護予防短期入所療養介護・052短期入所療養介護】の状況

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名と連絡先を記入してください。

### ＜オンライン回答のログイン情報＞

|                                   |                                                                           |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 担当部署・<br>調査票記入者名と<br>連絡先<br>(※必須) | (担当部署名)                                                                   |
|                                   | (調査票記入者名)<br>ふりがな                                                         |
|                                   | 電話 (                      —                      —                      ) |
| 上記以外連絡先<br>(携帯電話 FAX等)            |                                                                           |

裏面につづきます

【061介護予防通所リハビリテーション・062通所リハビリテーション】の状況

(4)サービスの提供状況

介護予防通所リハビリテーション

現在指定を受けて活動中のサービスについて記入してください。  
開催日数には、利用者がいない日(利用者がいれば提供可能であった日)も含めます。  
介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。  
利用実人員数は利用回数に関係なく、1日利用した者も2日以上利用した者も「1」とカウントしてください。

定員  人 9月中の開催日数  日

9月中の利用者  1  あり  2  なし

|        | 要支援1                   | 要支援2                   | その他<br>(自費利用者、<br>認定申請中の者) |
|--------|------------------------|------------------------|----------------------------|
| 利用実人員数 | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人     |
| 利用延人員数 | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人     |

通所リハビリテーション

定員  人 9月中の開催日数  日

9月中の利用者  1  あり  2  なし

|        | 要介護1                   | 要介護2                   | 要介護3                   | 要介護4                   | 要介護5                   | その他<br>(自費利用者、<br>認定申請中の者) |
|--------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------------|
| 利用実人員数 | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人     |
| 利用延人員数 | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人     |

(5)従事者数

介護サービス情報公表システム（令和7年5月15日時点公表）の従事者数が印字されている場合があります（令和6年10月2日以降に更新された情報に限ります）。

記入上の注意

■雇用形態にかかわらず（派遣職員を含む）、事業所が定める1週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
■「介護予防通所リハビリテーション」と「通所リハビリテーション」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。  
■「常勤」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。  
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数（残業は除く）}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数（所定労働時間）}}$$

32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第2位を四捨五入し、  
・小数点第1位まで計上する  
・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

■施設に在籍する職員のうち、「介護予防通所リハビリテーション」又は「通所リハビリテーション」の業務に携わっている者を記入してください。  
■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

|                     | 常勤        |                      |            | 非常勤        |            |         | 常勤        |                      |            | 非常勤        |            |
|---------------------|-----------|----------------------|------------|------------|------------|---------|-----------|----------------------|------------|------------|------------|
|                     | 専従<br>(人) | 兼務<br>(専従分除く)<br>(人) | 換算数<br>(人) | 非常勤<br>(人) | 換算数<br>(人) |         | 専従<br>(人) | 兼務<br>(専従分除く)<br>(人) | 換算数<br>(人) | 非常勤<br>(人) | 換算数<br>(人) |
| 1 医師                |           |                      |            |            |            | 5 理学療法士 |           |                      |            |            |            |
| 2 看護師               |           |                      |            |            |            | 6 作業療法士 |           |                      |            |            |            |
| 3 准看護師              |           |                      |            |            |            | 7 言語聴覚士 |           |                      |            |            |            |
| 4 介護職員              |           |                      |            |            |            | 8 歯科衛生士 |           |                      |            |            |            |
| 4のうち<br>介護福祉士       |           |                      |            |            |            | 9 管理栄養士 |           |                      |            |            |            |
| うち、勤続10年<br>以上(※)の者 |           |                      |            |            |            | 10 栄養士  |           |                      |            |            |            |

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

事業所に従事している  
職種を全て記入しましたか

(チェック)

☐

換算数(人)を  
全て記入しましたか

(チェック)

☐

(補問1)「4 介護職員」のうち、外国籍の介護職員はいますか。  
該当する番号を○で囲んでください。

1 いる  
2 いない

(補問2)「1 いる」の場合は、介護職員の人数を10月1日時点の在留資格別に記入してください。  
外国籍の介護職員のうち、介護福祉士の資格を有している場合は、その人数も記入してください。

|             | 在留資格                 |                      |                      |                      |                      |
|-------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|             | 特定活動<br>(EPA)        | 介護                   | 技能実習                 | 特定技能                 | 左記以外                 |
| 外国籍の介護職員(人) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| うち、介護福祉士(人) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名と連絡先を記入してください。

担当部署・  
調査票記入者名と  
連絡先  
(※必須)

担当部署名  
(調査票記入者名)  
ふりがな

電話 (      —      —      )

上記以外連絡先  
(携帯、FAX等)

※本票には、9の調査票を作成しない、出生月が偶数（2月、4月、6月、8月、10月、12月）の者のみ記入してください。  
退所者については記入する必要はありません。

一連番号

調査番号

( \_\_\_\_\_ 枚のうち \_\_\_\_\_ 枚目)

| 整理<br>番号 | 性 別     | 出 生 年 月                      |                        | 要 介 護 度                |
|----------|---------|------------------------------|------------------------|------------------------|
|          |         | 出生元号・年                       | 出生月<br>(出生月を○で囲んでください) |                        |
| 1        | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 2        | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 3        | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 4        | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 5        | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 6        | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 7        | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 8        | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 9        | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 10       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 11       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 12       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 13       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 14       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 15       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 16       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 17       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 18       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 19       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 20       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 21       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 22       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 23       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 24       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 25       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 26       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 27       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 28       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 29       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 30       | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 <div></div> 年 | 2月 4月 6月 8月 10月 12月    | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |







※本票には、11の調査票を作成しない、出生月が偶数(2月、4月、6月、8月、10月、12月)の者のみ記入してください。

|      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 一連番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 調査番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

( \_\_\_\_\_ 枚のうち \_\_\_\_\_ 枚目)

| 整理番号 | 性 別   | 出 生 年 月 |      |      |      |      |                        |   |    |    |    | 要介護・要支援度 |     |     |           |     |     |
|------|-------|---------|------|------|------|------|------------------------|---|----|----|----|----------|-----|-----|-----------|-----|-----|
|      |       | 出生元号・年  |      |      |      |      | 出生月<br>(出生月を○で囲んでください) |   |    |    |    | 要介護      | 要支援 | その他 |           |     |     |
| 1    | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 2    | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 3    | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 4    | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 5    | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 6    | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 7    | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 8    | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 9    | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 10   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 11   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 12   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 13   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 14   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 15   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 16   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 17   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 18   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 19   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 20   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 21   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 22   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 23   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 24   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 25   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 26   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 27   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 28   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 29   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 30   | 1男 2女 | 1 明治    | 2 大正 | 3 昭和 | 4 平成 | 5 令和 | <div></div>            | 年 | 2月 | 4月 | 6月 | 8月       | 10月 | 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |





政府統計



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

介護サービス施設・事業所調査  
訪問看護ステーション利用者個票  
(令和7年10月1日調査)

11

※本票には、出生月が奇数（1月、3月、5月、7月、9月、11月）の者のみ記入してください。

|      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 一連番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 調査番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|             |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|
| 利用者<br>整理番号 |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 性別                            | 1 男 2 女                                                                                                                                                                                                                                               |
| (2) 出生年月<br>(元号・出生月に○<br>をしてください) | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 年 1 月 3 月 5 月 7 月 9 月 11 月                                                                                                                                                                                                   |
| (3) 適用法等(支払方法)<br>(複数回答)          | 01 介護保険法(02以外) 06 生活保護法<br>02 介護保険法(定期巡回・随時対応型訪問介護<br>看護と連携する場合の訪問看護費を算定) 07 原爆被爆者援護法<br>03 後期高齢者医療制度 08 難病の患者に対する医療等に関する法律<br>04 健康保険法等 09 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業<br>10 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った<br>者の医療及び観察等に関する法律<br>05 障害者総合支援法 11 その他(上記05～10以外の公費負担医療等) |
| (4) 指示書の種類<br>(複数回答)              | 1 訪問看護指示書 2 在宅患者訪問点滴注射指示書<br>3 精神科訪問看護指示書 4 特別訪問看護指示書                                                                                                                                                                                                 |
| (5) 要介護度                          | 1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5<br>6 要支援1 7 要支援2 8 その他                                                                                                                                                                                             |
| (6) 主傷病名                          | 傷病番号 <input type="text"/> ※記入の手引きに示す「傷病一覧表」の中から該当する番号を選択して<br>記入してください。                                                                                                                                                                               |
| (7) 認知症高齢者の<br>日常生活自立度            | 1 ランクⅠ 2 ランクⅡ 3 ランクⅢ 4 ランクⅣ 5 ランクⅤ 6 認知症なし                                                                                                                                                                                                            |
| (8) 障害高齢者の<br>日常生活自立度<br>(寝たきり度)  | 1 ランクⅠ 2 ランクⅡ 3 ランクⅢ 4 ランクⅣ 5 障害なし                                                                                                                                                                                                                    |
| (9) 訪問先の状況                        | 1 自宅<br>2 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護<br>3 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護<br>4 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設<br>5 その他                                                                                                                        |
| (10) 同居家族の状況<br>(複数回答)            | 同居者の状況について該当する番号全てを○で囲んでください<br>1 夫又は妻 2 息子 3 娘 4 息子の妻 5 娘の夫<br>6 父母 7 孫 8 その他 9 一人暮らし                                                                                                                                                                |
| (11) 利用料<br>※9月中の本人負担分            | 1 介護保険法の法定代理受領にかかる自己負担額 円<br>2 介護保険法の支給限度額を超えたサービス費 円<br>3 健康保険法等の基本利用料 円<br>4 交通費 円<br>5 延長料金 円<br>6 営業日以外の日又は営業時間以外の時間の料金 円<br>7 その他 円                                                                                                              |
| (12) 他の訪問看護ステー<br>ションの利用状況        | 9月中に他の訪問看護ステーションの利用はありましたか<br>1 あり <input type="text"/> 箇所 2 なし<br>※貴訪問看護ステーションを除いた箇所数をご記入ください                                                                                                                                                        |

(13) 訪問看護等の状況

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|-------------------|----------|------------------|-------------------------------------------------------|-------------|-----------------|----------------|--------------------|---------------------------------|-----------------|-------------|----------------|-----------|-----------------|----------|------------------|------------------|------------------|----------------|------------------|----------|------------------|---------------|---------------------|-------------|-----------------|-------|---------------|--------|
| <p>9月中に利用者が訪問看護を受けた回数を、適用法等にかかわらず記入してください。(1日に2度訪問した場合は2)(再掲)とある項目については、9月中の訪問回数の合計のうち下記の訪問についてそれぞれ再計上してください。</p> <p>・「うち 介護保険法利用者の健康保険法等による訪問回数 (再掲)」は、介護保険法利用者が訪問看護を受けた回数<br/>のうち、健康保険法等による支払を受けた訪問の回数</p> <p>・「うち 夜間、早朝又は深夜の訪問回数 (再掲)」は、夜間、早朝又は深夜の時間帯に行った訪問の回数</p> <p>・「うち 緊急時訪問看護による訪問回数 (再掲)」は、訪問看護計画外に行った緊急時訪問の回数</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 9月中の訪問滞在時間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 30分未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | うち20分未満           | 30分以上<br>1時間未満 | 1時間以上<br>1時間30分未満 | 1時間30分以上 |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 保健師・看護師・准看護師による<br>訪問回数の合計(回)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 回                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 回                 | 回              | 回                 | 回        |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| うち 介護保険法利用者の健康<br>保険法等による訪問回数(再掲)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 回                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 回                 | 回              | 回                 | 回        |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| うち 夜間、早朝又は深夜の<br>訪問回数(再掲)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 回                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 回                 | 回              | 回                 | 回        |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| うち 緊急時訪問看護による<br>訪問回数(再掲)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <table><tr><td>合 計</td><td>うち、夜間、<br/>早朝又は深夜</td></tr><tr><td>回</td><td>回</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   | 合 計            | うち、夜間、<br>早朝又は深夜  | 回        | 回                | ※緊急時訪問看護のうち、「夜間、早朝又は<br>深夜」の時間帯に訪問した回数を再計上し<br>てください。 |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 合 計                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | うち、夜間、<br>早朝又は深夜                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 回                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 回                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 9月中の訪問滞在時間の合計<br>(分)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 合計                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 分                 |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 主に理学療法士・作業療法士・<br>言語聴覚士による訪問                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ※理学療法士等が主となって訪問看護を実施した場合に、報酬の算定回数に関わらず、実際に訪問<br>した回数の合計をご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 訪問回数の合計                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 回                 | 9月中の滞在時間の合計    | 分                 |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 事業所から居宅までの片道時間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 訪<br>問<br>看<br>護<br>の<br>提<br>供<br>内<br>容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 9月中に行った看護内容について該当する番号 <u>全て</u> を○で囲んでください                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <table><tr><td>01 病状観察</td><td>09 認知症・精神障害に対するケア</td></tr><tr><td>02 本人の療養指導</td><td>10 嚥下訓練</td></tr><tr><td>03 家族等の介護指導・支援</td><td>11 呼吸ケア・肺理学療法</td></tr><tr><td>04 介護職員によるたんの吸引等の実施状況<br/>の確認・支援</td><td>12 その他リハビリテーション</td></tr><tr><td>05 栄養・食事の援助</td><td>13 社会資源の活用 の支援</td></tr><tr><td>06 排せつの援助</td><td>14 家屋改善・環境整備の支援</td></tr><tr><td>07 口腔ケア</td><td>15 その他</td></tr><tr><td>08 身体の清潔保持の管理・援助</td><td></td></tr></table> |                   |                |                   |          | 01 病状観察          | 09 認知症・精神障害に対するケア                                     | 02 本人の療養指導  | 10 嚥下訓練         | 03 家族等の介護指導・支援 | 11 呼吸ケア・肺理学療法      | 04 介護職員によるたんの吸引等の実施状況<br>の確認・支援 | 12 その他リハビリテーション | 05 栄養・食事の援助 | 13 社会資源の活用 の支援 | 06 排せつの援助 | 14 家屋改善・環境整備の支援 | 07 口腔ケア  | 15 その他           | 08 身体の清潔保持の管理・援助 |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 01 病状観察                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 09 認知症・精神障害に対するケア |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 02 本人の療養指導                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 10 嚥下訓練                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 03 家族等の介護指導・支援                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 11 呼吸ケア・肺理学療法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 04 介護職員によるたんの吸引等の実施状況<br>の確認・支援                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 12 その他リハビリテーション                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 05 栄養・食事の援助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 13 社会資源の活用 の支援                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 06 排せつの援助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 14 家屋改善・環境整備の支援                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 07 口腔ケア                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 15 その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 08 身体の清潔保持の管理・援助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 9月中に行った医療処置にかかる看護内容について該当する番号 <u>全て</u> を○で囲んでください                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| <table><tr><td>01 気管内吸引</td><td>15 気管カニューレの交換・管理</td></tr><tr><td>02 その他の吸引</td><td>16 人工呼吸器の管理</td></tr><tr><td>03 在宅酸素療法の指導・援助</td><td>17 がん化学療法の管理</td></tr><tr><td>04 膀胱留置カテーテルの交換・管理</td><td>18 薬物を用いた疼痛管理</td></tr><tr><td>05 ドレーンチューブの管理</td><td>19 ターミナルケア</td></tr><tr><td>06 じょく瘡の予防</td><td>20 緊急時の対応</td></tr><tr><td>07 じょく瘡の処置</td><td>21 注射の実施</td></tr><tr><td>08 じょく瘡以外の創傷部の処置</td><td>22 点滴の実施・管理</td></tr><tr><td>09 重度のじょく瘡の処置・管理</td><td>23 服薬管理・点眼等の実施</td></tr><tr><td>10 中心静脈栄養法の実施・管理</td><td>24 浣腸・排便</td></tr><tr><td>11 経鼻経管栄養法の実施・管理</td><td>25 在宅透析の指導・援助</td></tr><tr><td>12 胃瘻による経管栄養法の実施・管理</td><td>26 採血等の検体採取</td></tr><tr><td>13 人工肛門・人工膀胱の管理</td><td>27 吸入</td></tr><tr><td>14 自己導尿の指導・管理</td><td>28 その他</td></tr></table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                |                   | 01 気管内吸引 | 15 気管カニューレの交換・管理 | 02 その他の吸引                                             | 16 人工呼吸器の管理 | 03 在宅酸素療法の指導・援助 | 17 がん化学療法の管理   | 04 膀胱留置カテーテルの交換・管理 | 18 薬物を用いた疼痛管理                   | 05 ドレーンチューブの管理  | 19 ターミナルケア  | 06 じょく瘡の予防     | 20 緊急時の対応 | 07 じょく瘡の処置      | 21 注射の実施 | 08 じょく瘡以外の創傷部の処置 | 22 点滴の実施・管理      | 09 重度のじょく瘡の処置・管理 | 23 服薬管理・点眼等の実施 | 10 中心静脈栄養法の実施・管理 | 24 浣腸・排便 | 11 経鼻経管栄養法の実施・管理 | 25 在宅透析の指導・援助 | 12 胃瘻による経管栄養法の実施・管理 | 26 採血等の検体採取 | 13 人工肛門・人工膀胱の管理 | 27 吸入 | 14 自己導尿の指導・管理 | 28 その他 |
| 01 気管内吸引                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 15 気管カニューレの交換・管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 02 その他の吸引                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 16 人工呼吸器の管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 03 在宅酸素療法の指導・援助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 17 がん化学療法の管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 04 膀胱留置カテーテルの交換・管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 18 薬物を用いた疼痛管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 05 ドレーンチューブの管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 19 ターミナルケア                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 06 じょく瘡の予防                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 20 緊急時の対応                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 07 じょく瘡の処置                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 21 注射の実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 08 じょく瘡以外の創傷部の処置                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 22 点滴の実施・管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 09 重度のじょく瘡の処置・管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 23 服薬管理・点眼等の実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 10 中心静脈栄養法の実施・管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 24 浣腸・排便                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 11 経鼻経管栄養法の実施・管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 25 在宅透析の指導・援助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 12 胃瘻による経管栄養法の実施・管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 26 採血等の検体採取                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 13 人工肛門・人工膀胱の管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 27 吸入                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |
| 14 自己導尿の指導・管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 28 その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                |                   |          |                  |                                                       |             |                 |                |                    |                                 |                 |             |                |           |                 |          |                  |                  |                  |                |                  |          |                  |               |                     |             |                 |       |               |        |