秘 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

介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設票

（令和８（2026）年10月１日調査）

※調査票の回答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　年　月	法人番号	

(2)開設主体及び経営主体

開設主体	
経営主体	

それぞれ該当する番号を1つ選択し、左の欄に記入してください。

01 都道府県
02 市区町村
03 広域連合・一部事務組合
04 日本赤十字社
05 社会福祉協議会
06 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
07 公益社団・財団法人
08 一般社団・財団法人（公益社団・財団法人以外）
09 01～08以外

(3)介護報酬上の届出

該当する施設の種類の番号を1つ○で囲んでください。

介護老人福祉施設	地域密着型介護老人福祉施設
1 介護福祉施設	1 地域密着型介護福祉施設
2 小規模介護福祉施設	2 サテライト型介護福祉施設
3 ユニット型介護福祉施設	3 ユニット型地域密着型介護福祉施設
4 ユニット型小規模介護福祉施設	4 ユニット型サテライト型地域密着型介護福祉施設

(4)入所定員　　人

短期入所生活介護（ショートステイ）床の定員は、入所定員に含みません。
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。
従来型とユニット型に分けて記入してください。

(5)居室の状況

短期入所生活介護（ショートステイ）のみに使用している居室は除いて記入してください。

多床室				従来型個室	ユニット型	
5人以上室	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室（個室的多床室を含む）
室	室	室	室	室	室	室

上記居室の一部に短期入所生活介護（ショートステイ）床を　1 含む　2 含まない

(6)ユニットの状況

「(3)介護報酬上の届出」の種別が「3」又は「4」に該当する場合のみ記入してください。
なお、ユニット型として届け出た居室について記入してください。

ユニットの規模（定員）	人	人	人	人	人	人
ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット

(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。）
室数の合計は「(5)居室の状況」の室数と一致させてください。

従来型	多床室（5人以上室、4人室、3人室、2人室）	居住費（日額）	円	円	円	円	円
		室定員（例：4人室は4を記入）	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室	室
	従来型個室	居住費（日額）	円	円	円	円	円
		室数	室	室	室	室	室
ユニット型		居住費（日額）	円	円	円	円	円
		室定員（1又は2に○）	1人室　2人室	1人室　2人室	1人室　2人室	1人室　2人室	1人室　2人室
		室数	室	室	室	室	室

次ページにつづきます

＜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）	

見本

(8) 施設サービスの状況 介護サービス情報公表システム（令和8（2026）年5月15日時点公表）の在所者数が印字されている場合があります（令和7（2025）年10月2日以降に更新された情報に限ります）。	9月末日の在所者数
	9月末日時点で在所者はいましたか。 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
人	人	人	人	人	人

（再掲）9月末日の在所者のうち、やむを得ない事由により介護保険法による施設への入所が困難であり、市町村の措置により入所している者	人

(9) 苦情解決のための取組状況（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
(10) 夜勤時間帯における勤務体制	**令和8（2026）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。	夜勤を行った**介護職員**がいましたか。
1 いた → 夜勤を行った**看護職員** 人	1 いた → 夜勤を行った**介護職員** 人
2 いない	2 いない

(11) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	**9月中（令和8（2026）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

(12) サテライト型地域密着型介護老人福祉施設の運営状況	本体施設として、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。 1 運営している　2 運営していない
(13) 併設の状況（複数回答） 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、該当する番号を**全て**○で囲んでください。 1 短期入所生活介護事業所　4 小規模多機能型居宅介護事業所 2 通所介護事業所　5 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）事業所 3 認知症対応型通所介護事業所　6 1～5との併設はない

見本

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8（2026）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7（2025）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」は、「換算数」も記入してください。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

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

└ 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

■**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	
	専従（人）	兼務（専従分除く）（人）	兼務（専従分除く）換算数（人）	非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
1 施設長					
2 医師					
3 歯科医師					
4 生活相談員					
4 のうち 社会福祉士					
5 看護師					
6 准看護師					
7 介護職員					
7 のうち 介護福祉士					
うち、勤続10年以上（※）の者					
8 管理栄養士					
9 栄養士					
10 歯科衛生士					

	常勤			非常勤	
	専従（人）	兼務（専従分除く）（人）	兼務（専従分除く）換算数（人）	非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
11 機能訓練指導員					
★ (1)11のうち 理学療法士					
★ (2)11のうち 作業療法士					
★ (3)11のうち 言語聴覚士					
★ (4)11のうち 看護師（5の業務分除く）					
★ (5)11のうち 准看護師（6の業務分除く）					
★ (6)11のうち 柔道整復師					
★ (7)11のうち あん摩マッサージ指圧師					
★ (8)11のうち はり師・きゅう師					
12 障害者生活支援員					
13 介護支援専門員					
14 調理員					
15 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）「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（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）					

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

※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。

見本

ご協力ありがとうございました

見　本

秘

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

介護老人保健施設票

（令和８（2026）年10月１日調査）

※調査票の回答及び提出はインターネットでも可能です。

2

＊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　　年　　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
- 02 市区町村
- 03 広域連合・一部事務組合
- 04 独立行政法人
- 05 日本赤十字社・社会保険関係団体
- 06 医療法人
- 07 社会福祉協議会
- 08 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
- 09 公益社団・財団法人
- 10 一般社団・財団法人（公益社団・財団法人以外）
- 11 その他の法人
- 12 個人

(3)入所定員：　　人

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。
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（個室的多床室を含む）
室	室	室	室	室	室

(6)ユニットの状況
ユニット型として届け出た療養室について記入してください。

ユニットの規模（定員）	人	人	人	人	人	人
ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット

(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。）
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（4人室、3人室、2人室）	居住費（日額）	円	円	円	円	円
		室定員（例:4人室は4を記入）	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室	室
	従来型個室	居住費（日額）	円	円	円	円	円
		室数	室	室	室	室	室
ユニット型		居住費（日額）	円	円	円	円	円
		室定員（1又は2に○）	1人室　2人室	1人室　2人室	1人室　2人室	1人室　2人室	1人室　2人室
		室数	室	室	室	室	室

見本

＜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）	

裏面につづきます

(8) 施設サービスの状況

介護サービス情報公表システム（令和8（2026）年5月15日時点公表）の在所者数が印字されている場合があります（令和7（2025）年10月2日以降に更新された情報に限ります）。

9月末日の在所者数

9月末日時点で在所者はいましたか。　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

(9) 夜勤時間帯における勤務体制

令和8（2026）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8（2026）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
延べ夜勤回数　回

介護職員　実人員数　人
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8（2026）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7（2025）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」は、「換算数」も記入してください。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

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

└ 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

■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）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 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			.		.

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

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。

	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)					

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

※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。

見本

ご協力ありがとうございました

秘

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

介護医療院票

（令和８（2026）年10月１日調査）

※調査票の回答及び提出はインターネットでも可能です。

3

＊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 平成　2 令和　　年　　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
02 市区町村
03 広域連合・一部事務組合
04 日本赤十字社・社会保険関係団体
05 医療法人
06 社会福祉協議会
07 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
08 公益社団・財団法人
09 一般社団・財団法人（公益社団・財団法人以外）
10 その他の法人
11 個人

（3）入所定員

Ⅰ型療養床入所定員	Ⅱ型療養床入所定員
人	人

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。従来型とユニット型に分けて記入してください。

（4）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（個室的多床室を含む）
Ⅰ型療養床	室	室	室	室	室	室
Ⅱ型療養床	室	室	室	室	室	室

（5）ユニットの状況

ユニット型として届け出た療養室について記入してください。

Ⅰ型療養床	ユニットの規模（定員）	人	人	人	人	人	人
	ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット
Ⅱ型療養床	ユニットの規模（定員）	人	人	人	人	人	人
	ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット

（6）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。）
室数の合計は「（4）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（4人室、3人室、2人室）	居住費（日額）	円	円	円	円	円
		室定員（例:4人室は4を記入）	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室	室
	従来型個室	居住費（日額）	円	円	円	円	円
		室数	室	室	室	室	室
ユニット型		居住費（日額）	円	円	円	円	円
		室定員（1又は2に○）	1人室　2人室	1人室　2人室	1人室　2人室	1人室　2人室	1人室　2人室
		室数	室	室	室	室	室

裏面につづきます

＜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）	

見本

(7) 施設サービスの状況

9月末日の在所者数

9月末日時点で在所者はいましたか。　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8(2026)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8(2026)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8(2026)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7(2025)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」は、「換算数」も記入してください。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

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

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

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

	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)					

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

※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。

ご協力ありがとうございました

見本

秘 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票

（令和８（2026）年10月１日調査）

※調査票の回答及び提出はインターネットでも可能です。

4

＊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	
ステーション名	
ステーションの所在地	〒　　TEL（　　）－（　　）－（　　）
法人番号	

（１）サービスの種類・事業所番号・ステーション名

・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。
・事業所番号、ステーション名が**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、以降は記入不要です。

サービスの種類	事業所番号	ステーション名	活動状況（１つに○）
041 介護予防訪問看護			1 活動中　2 休止中　3 廃止
042 訪問看護			1 活動中　2 休止中　3 廃止

（２）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。

開設主体

01　都道府県
02　市区町村
03　広域連合・一部事務組合
04　独立行政法人
05　日本赤十字社・社会保険関係団体
06　医療法人
07　医師会
08　看護協会
09　公益社団・財団法人（07、08以外）
10　一般社団・財団法人（07、08、09以外）
11　社会福祉協議会
12　社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
13　農業協同組合及び連合会
14　消費生活協同組合及び連合会
15　営利法人（会社）
16　特定非営利活動法人（NPO）
17　01～16以外

（３）加算等の届出の状況

介護保険法　※該当する番号を１つ○で囲んでください。	
ターミナルケア体制の届出	1　あり　　2　なし
健康保険法等　※該当する番号をそれぞれにつき１つ○で囲んでください。	
24時間対応体制加算の届出	1　あり　　2　なし
１ありの場合	1　特別管理加算の届出あり　　2　特別管理加算の届出なし
機能強化型訪問看護管理療養費の届出	1　療養費１　2　療養費２　3　療養費３　4　療養費４　5　なし
精神科訪問看護基本療養費の届出	1　あり　　2　なし

次ページにつづきます

＜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）	

見本

(4) 9月中のサービスの提供状況

介護保険法

介護サービス情報公表システム（令和8（2026）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7（2025）年10月2日以降に更新された情報に限ります）。

※**利用実人員数欄**には、介護保険法による（介護予防）訪問看護を1回でも利用した者について計上してください。

※**訪問回数の合計欄**には、支給限度額を超えた訪問回数及び健康保険法等併給による訪問回数も含めて計上してください。

※**訪問回数の合計の（再掲）**については、看護職員を伴わずにPT（理学療法士）、OT（作業療法士）、ST（言語聴覚士）のいずれかのみで訪問した回数を内数として再計上してください。（ただし、PT２人や、PTとOTなど１回に複数で訪問した場合も１回とします。）

※訪問時間が連続して20分以上の場合、介護報酬の算定回数にかかわらず訪問回数は「１回」とします。

※**複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）の登録者**に対して行った訪問看護は、**この調査票に記載せず**、別途配布される**「地域密着型サービス事業所票」**に記載してください。

①介護予防訪問看護

９月中の利用者　**1　あり　　2　なし**

	要支援１	要支援２	要支援認定申請中
利用実人員数	人	人	人
訪問回数の合計	回	回	回
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計（再掲）	回	回	回

②訪問看護（介護給付）

９月中の利用者　**1　あり　　2　なし**

※定期巡回・随時対応型訪問介護看護と連携して行った訪問看護については**この欄に記載せず**、下記の**「③定期巡回・随時対応型との連携」欄**に記載してください。

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	要介護認定申請中
利用実人員数	人	人	人	人	人	人
訪問回数の合計	回	回	回	回	回	回
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計（再掲）	回	回	回	回	回	回

③定期巡回・随時対応型訪問介護看護との連携

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の法２号型（連携型）事業所と連携している場合は、「**1** 連携あり」の番号を○で囲み、連携による利用実人員数及び訪問回数の合計を記入してください。

1　連携あり → 連携による利用実人員数（９月中）　人
2　連携なし　　連携による訪問回数の合計（９月中）　回

※定期巡回・随時対応型訪問介護看護の一体型事業所との契約に基づき、訪問看護サービスを行った場合の利用者は含めません。

④健康保険法等との併給者

９月中の利用者	併給者
利用実人員数	人
うち新たな疾病等の診断による（再掲）	人
うち特別訪問看護指示書による（再掲）	人
訪問回数の合計	回

※①～③の介護保険法利用者のうち、月の途中で健康保険法等による給付が行われた者を、該当する理由別に計上してください。

※「新たな疾病等の診断による」とは、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）として新たに診断を受けた場合をいいます。

健康保険法等及びその他

９月中の利用者	健康保険法等	その他
利用実人員数	人	人
訪問回数の合計	回	回

※「健康保険法等」欄には、介護保険法による（介護予防）訪問看護を１回も利用せず健康保険法等のみによる訪問看護を利用した者について計上してください。
（**健康保険法等**とは、後期高齢者医療制度、健康保険、国民健康保険、労災保険等の医療保険及び生活保護等の公費負担医療をいいます。）

※「その他」欄には、介護保険法及び健康保険法等いずれの保険制度も利用していない者で、９月中の全ての訪問看護を全額自費により受けた者及び市町村事業による者について計上してください。

(5) 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、訪問回数の合計には、（４）９月中のサービスの提供状況で回答した全ての利用実人員数、訪問回数の合計の中から、サテライト事業所で実施した分について計上してください。

９月中のサテライト事業所の利用実人員数　　人

９月中のサテライト事業所からの訪問回数の合計　　回

次ページにつづきます

見本

(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	人
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
緊急時訪問看護 訪問回数の合計	回	回	緊急時訪問看護 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	人

死亡によるサービスの終了者

	介護保険法 ターミナルケア加算		健康保険法等 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8（2026）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7（2025）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。
- ■「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」は、「換算数」も記入してください。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

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

└ 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

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

換算数（人）を全て記入しましたか ➡ （チェック）

(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。
※受け入れ実績の有無を問いません。
※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
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。

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

※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。

見本

ご協力ありがとうございました

見　本

秘 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
居宅サービス事業所（福祉関係）票

（令和８（2026）年10月１日調査）

※調査票の回答及び提出はインターネットでも可能です。

5

＊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
02 市区町村
03 広域連合・一部事務組合
04 社会福祉協議会
05 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
06 医療法人
07 公益社団・財団法人
08 一般社団・財団法人（公益社団・財団法人以外）
09 農業協同組合及び連合会
10 消費生活協同組合及び連合会
11 営利法人（会社）
12 特定非営利活動法人（NPO）
13 その他の法人
14 01～13以外（個人を含む）

（２）苦情解決のための取組状況（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
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

※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。

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

＜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）	

（記入ページのみを剥がしたりせず、冊子のままご返送ください。）

見本

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

（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8（2026）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7（2025）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」は、「換算数」も記入してください。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

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

└ 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

■ **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 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
1 医師					
2 看護師					
3 准看護師					
4 機能訓練指導員					
★（1）4のうち理学療法士					
★（2）4のうち作業療法士					
★（3）4のうち言語聴覚士					
★（4）4のうち看護師（2の業務分除く）					
★（5）4のうち准看護師（3の業務分除く）					
★（6）4のうち柔道整復師					
★（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					

	常勤 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
5 調理員					
6 管理栄養士					
7 栄養士					
8 歯科衛生士					
9 生活相談員					
9 のうち社会福祉士					
10 介護職員					
10 のうち介護福祉士					
うち、勤続10年以上（※）の者					
11 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）「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。
※通所型サービス・活動A（多様な主体によるサービス・活動）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 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 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

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

見本

【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8（2026）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7（2025）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」は、「換算数」も記入してください。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

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

└ 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

■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）

	常勤 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
1 医師					
2 看護師					
3 准看護師					
4 機能訓練指導員					
★（1）4のうち理学療法士					
★（2）4のうち作業療法士					
★（3）4のうち言語聴覚士					
★（4）4のうち看護師（2の業務分除く）					
★（5）4のうち准看護師（3の業務分除く）					
★（6）4のうち柔道整復師					
★（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					

	常勤 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
5 調理員					
6 管理栄養士					
7 栄養士					
8 介護支援専門員					
9 生活相談員					
9 のうち社会福祉士					
10 介護職員					
10 のうち介護福祉士					
うち、勤続10年以上（※）の者					
11 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。

★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。

記入例

【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】

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)事業所の形態

該当する番号を1つ○で囲んでください。

1　有料老人ホーム　　2　軽費老人ホーム　　3　養護老人ホーム　　4　サービス付き高齢者向け住宅

（4に該当するものを除く）

(8)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8（2026）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7（2025）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 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者		要支援1	要支援2	要支援認定申請中
介護予防特定施設入居者生活介護	人	1 あり → 2 なし	9月末日の利用者数	人	人	人

	定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者		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
特定施設入居者生活介護	人	1 あり → 2 なし	9月末日の利用者数	人	人	人	人	人	人

(9)人員配置区分の状況

1　一般型　　2　外部サービス利用型

「2 外部サービス利用型」を選択された場合は、利用しているサービスについてあてはまる番号を全て○で囲んでください。

1　訪問介護・総合事業の訪問型サービス
2　（介護予防）訪問看護
3　通所介護・総合事業の通所型サービス
4　（介護予防）福祉用具貸与
5　（介護予防）その他

(10)介護専用型・混合型の区分

1　専用型　　2　混合型

「専用型」とは、特定施設のうち入居者が要介護者（要介護1～5）とその配偶者などに限られるものをいいます。
「混合型」とは、それ以外の特定施設をいいます。

(11)従事者数

介護サービス情報公表システム（令和8（2026）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7（2025）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。
- ■「介護予防特定施設入居者生活介護」と「特定施設入居者生活介護」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。
- ■「常勤」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」は、「換算数」も記入してください。

「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

■**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）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 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					

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

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）※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）					

【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。

サンプル

【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、どちらかを○で囲んでください。

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

介護サービス情報公表システム（令和8（2026）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7（2025）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

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（自費利用者、認定申請中の者）
利用実人員数	人	人	人	人	人	人

(14) 従事者数

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）。

介護サービス情報公表システム（令和8（2026）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7（2025）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」は、「換算数」も記入してください。
- ■「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。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

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

└ 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

- ■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。
- ■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）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 兼務（専従分除く）換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
1 訪問介護員					
（1）1のうち介護福祉士					
うち、勤続10年以上（※）の者					
（2）1のうち実務者研修修了者					
★（3）1のうち旧介護職員基礎研修課程修了者					
（4）1のうち旧ホームヘルパー1級研修課程修了者					
（5）1のうち初任者研修修了者（旧ホームヘルパー2級研修課程修了者を含む）					
（6）1のうち生活援助従事者研修修了者					
1のうちサテライト事業所の従事者					

	常勤 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 兼務（専従分除く）換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
2 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。

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）～（6）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。

（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）					

(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

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。

※訪問型サービス・活動A（多様な主体によるサービス・活動）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訪問介護員数を記入してください。

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

（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

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。

記入見本

【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8（2026）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7（2025）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」は、「換算数」も記入してください。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

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

└ 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	
	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					
(1) 1のうち介護福祉士					
うち、勤続10年以上(※)の者					
(2) 1のうち実務者研修修了者					
(3) 1のうち旧介護職員基礎研修課程修了者					
(4) 1のうち旧ホームヘルパー1級研修課程修了者					
(5) 1のうち初任者研修修了者(旧ホームヘルパー2級研修課程修了者を含む)					

★

	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)
2 看護師					
3 准看護師					
4 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)					

【111 介護予防訪問入浴介護・112 訪問入浴介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

見本

【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】

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。
「1　あり」の場合、9月中の**販売数**を記入してください。

福祉用具販売の有無
1　あり
2　なし

（介護保険法による）9月中の福祉用具販売数

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

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

介護サービス情報公表システム（令和8（2026）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7（2025）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。
■「介護予防福祉用具貸与」「福祉用具貸与」「特定介護予防福祉用具販売」「特定福祉用具販売」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。
■「常勤」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」は、「換算数」も記入してください。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

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

└ 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

■**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。

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)

	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）
1 福祉用具専門相談員					

	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）
2 その他の職員（管理者含む）					

換算数(人)を全て記入しましたか

(チェック)

「**1 福祉用具専門相談員**」の**資格**についておたずねします。**保有している資格**に人数を記入してください。
1人の者が1～8の複数の資格を保有している場合は、**該当する資格全て**に記入してください。

1 介護福祉士　人	3 保健師　人	5 准看護師　人	7 作業療法士　人
2 義肢装具士　人	4 看護師　人	6 理学療法士　人	8 社会福祉士　人

上記1～8に該当しない者で

9 福祉用具専門相談員指定講習会修了者	人
10　1～9以外の有資格者	人

【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。

記入例

【191 介護予防支援】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

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。

(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」は、「換算数」も記入してください。

「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

「(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

	常勤 専従(人)	常勤 兼務(専従分除く)(人)	常勤 兼務 換算数(人)	非常勤 非常勤(人)	非常勤 換算数(人)
1 専門職員					
★(1) 1のうち 保健師					
★(2) 1のうち 看護師					
★(3) 1のうち 社会福祉士					
★(4) 1のうち 介護支援専門員					
★(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主事					
2 その他の職員(管理者含む)					

「2　居宅介護支援事業者」の場合

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

【191 介護予防支援】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。

【201 居宅介護支援】

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（　　－　　－　　）

(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8(2026)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7(2025)年10月2日以降に更新された情報に限ります）。

9月中の利用者を記入してください。**介護予防支援事業所から委託を受けた人数は除きます。**

9月中の利用者：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(自費利用者、認定申請中の者)
利用実人員数	人	人	人	人	人	人

(22) 従事者数

介護サービス情報公表システム（令和8(2026)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7(2025)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。
■「居宅介護支援」と「介護予防支援」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」は、「換算数」も記入してください。

「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

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

【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。

見本

秘

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

地域密着型サービス事業所票

（令和８（2026）年10月１日調査）

※調査票の回答及び提出はインターネットでも可能です。

6

＊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
141 介護予防認知症対応型通所介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	2ページに記入してください
142 認知症対応型通所介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	
151 介護予防認知症対応型共同生活介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	3ページに記入してください
152 認知症対応型共同生活介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	
161 地域密着型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
171 夜間対応型訪問介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	5ページに記入してください
181 介護予防小規模多機能型居宅介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	6ページに記入してください
182 小規模多機能型居宅介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	
211 定期巡回・随時対応型訪問介護看護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	
221 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）			1 活動中　2 休止中　3 廃止	7ページに記入してください
231 地域密着型通所介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	8ページに記入してください

（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
02 市区町村
03 広域連合・一部事務組合
04 社会福祉協議会
05 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
06 医療法人
07 公益社団・財団法人
08 一般社団・財団法人（公益社団・財団法人以外）
09 農業協同組合及び連合会
10 消費生活協同組合及び連合会
11 営利法人（会社）
12 特定非営利活動法人（NPO）
13 その他の法人
14 01～13以外（個人を含む）

（2）苦情解決のための取組状況（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
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

※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。

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

＜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）	

（記入ページのみを剥がしたりせず、冊子のままご返送ください。）

見本

【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8（2026）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7（2025）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」は、「換算数」も記入してください。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

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

└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 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
1 医師					
2 看護師					
3 准看護師					
4 機能訓練指導員					
★（1）4のうち 理学療法士					
★（2）4のうち 作業療法士					
★（3）4のうち 言語聴覚士					
★（4）4のうち 看護師（2の業務分除く）					
★（5）4のうち 准看護師（3の業務分除く）					
★（6）4のうち 柔道整復師					
★（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					

	常勤 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
5 調理員					
6 管理栄養士					
7 栄養士					
8 歯科衛生士					
9 生活相談員					
9 のうち 社会福祉士					
10 介護職員					
10 のうち 介護福祉士					
うち、勤続10年以上（※）の者					
11 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）「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）					

【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。

見本

【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】

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（　　－　　－　　）

（4）定員

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。
介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。

介護予防 認知症対応型 共同生活介護	定員
	人

認知症対応型 共同生活介護	定員
	人

（5）ユニットの状況

ユニット数　　ユニット

（6）従事者数

介護サービス情報公表システム（令和8（2026）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7（2025）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。
■「介護予防認知症対応型共同生活介護」と「認知症対応型共同生活介護」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。
■「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」は、「換算数」も記入してください。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

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

└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

■**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）

	常勤 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
1 介護職員					
★（1）1のうち 看護師					
★（2）1のうち 准看護師					
★（3）1のうち 介護福祉士					
うち、勤続10年以上（※）の者					

	常勤 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
2 計画作成担当者					
2 のうち 介護支援専門員					
3 その他の職員（管理者含む）					

★複数の資格を有している者については、（1）～（3）のうち最も若い番号の資格について記入してください。

※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）					

【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。

見本

【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8（2026）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7（2025）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

	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月末日の利用者数	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）
2　軽費老人ホーム
3　養護老人ホーム
4　サービス付き高齢者向け住宅

（9）従事者数

介護サービス情報公表システム（令和8（2026）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7（2025）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」は、「換算数」も記入してください。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

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

└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

■**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）

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

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

★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。

※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）					

見本

【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。

【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8（2026）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7（2025）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」は、「換算数」も記入してください。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

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

└─ 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

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 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 兼務 換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 非常勤 換算数（人）
1 訪問介護員					
★（1）1のうち 介護福祉士					
うち、勤続10年以上（※）の者					
★（2）1のうち 実務者研修修了者					
★（3）1のうち 旧介護職員基礎研修課程修了者					
★（4）1のうち 旧ホームヘルパー1級研修課程修了者					
★（5）1のうち 初任者研修修了者（旧ホームヘルパー2級研修課程修了者を含む）					
2 オペレーター					
★（1）2のうち 医師					
★（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					

	常勤 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 兼務 換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 非常勤 換算数（人）
3 面接相談員					
★（1）3のうち 医師					
★（2）3のうち 保健師					
★（3）3のうち 看護師					
★（4）3のうち 准看護師					
★（5）3のうち 社会福祉士					
★（6）3のうち 介護福祉士					
★（7）3のうち 介護支援専門員					
4 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」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。

見本

【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】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

■ 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8（2026）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7（2025）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」は、「換算数」も記入してください。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

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

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

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

	常勤 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
2 看護師					
3 准看護師					
4 介護支援専門員					
5 その他の職員（管理者含む）					

（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。

【211 定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

■ 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8（2026）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7（2025）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。
■「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」は、「換算数」も記入してください。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

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

└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 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
1 訪問介護員等					
1 のうち 介護福祉士					
うち、勤続10年以上（※）の者					
2 看護師					
3 准看護師					
4 理学療法士					
5 作業療法士					
6 言語聴覚士					

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

	常勤 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
7 オペレーター					
★（1）7のうち 医師					
★（2）7のうち 保健師					
★（3）7のうち 看護師					
★（4）7のうち 准看護師					
★（5）7のうち 社会福祉士					
★（6）7のうち 介護福祉士					
★（7）7のうち 介護支援専門員					
★（8）7のうち サービス提供責任者経験者					
8 その他の職員（管理者含む）					

★複数の資格（経験）を有している者については、（1）～（8）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。

（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。

見本

【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8（2026）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7（2025）年10月2日以降に更新された情報に限ります）。

※宿泊、通い、訪問介護、訪問看護の利用実人員数、利用延人員数が重複する場合は、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（自費利用者、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	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8（2026）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7（2025）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」は、「換算数」も記入してください。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

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

└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

■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）

	常勤 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 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 保健師					
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 介護支援専門員					
9 その他の職員（管理者含む）					

換算数（人）を全て記入しましたか

（チェック）

※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）					

【221複合型サービス（看護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。

見本

【231 地域密着型通所介護】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(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8（2026）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7（2025）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」は、「換算数」も記入してください。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

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

└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

■ **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 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
1 医師					
2 看護師					
3 准看護師					
4 機能訓練指導員					
★（1）4のうち理学療法士					
★（2）4のうち作業療法士					
★（3）4のうち言語聴覚士					
★（4）4のうち看護師（2の業務分除く）					
★（5）4のうち准看護師（3の業務分除く）					
★（6）4のうち柔道整復師					
★（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					

	常勤 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
5 調理員					
6 管理栄養士					
7 栄養士					
8 歯科衛生士					
9 生活相談員					
9のうち社会福祉士					
10 介護職員					
10のうち介護福祉士					
うち、勤続10年以上（※）の者					
11 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）「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

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。
※通所型サービス・活動A（多様な主体によるサービス・活動）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 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 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。

見本

秘 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

居宅サービス事業所（医療関係）票

（令和８（2026）年10月１日調査）

※調査票の回答及び提出はインターネットでも可能です。

7

＊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	
施設名	
施設の所在地	〒　　TEL（　　）－（　　）－（　　）
法人番号	

（１）サービスの状況・施設の種類

・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。
・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、以降は記入不要です。
・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、以下の全サービスについて、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。

短期入所療養介護	事業所番号	事業所名	活動状況（１つに○）
051 介護予防短期入所療養介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止
052 短期入所療養介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止
施設の種類	1 介護老人保健施設　2 介護医療院　3 診療所		

通所リハビリテーション	事業所番号	事業所名	活動状況（１つに○）
061 介護予防通所リハビリテーション			1 活動中　2 休止中　3 廃止
062 通所リハビリテーション			1 活動中　2 休止中　3 廃止
施設の種類	1 介護老人保健施設　2 介護医療院　3 病院・診療所		

（２）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。

開設主体

01 都道府県
02 市区町村
03 広域連合・一部事務組合
04 独立行政法人
05 日本赤十字社・社会保険関係団体
06 医療法人
07 社会福祉協議会
08 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
09 公益社団・財団法人
10 一般社団・財団法人（公益社団・財団法人以外）
11 営利法人（会社）
12 その他の法人
13 個人

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

※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＞

政府統計コード	

調査対象者ID	
パスワード（初期）	

（介護予防）通所リハビリテーションを実施している事業所は裏面をご回答ください。

見本

【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】

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（　　－　　－　　）

(3)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8（2026）年5月15日時点公表）の定員、利用実人員数が印字されている場合があります（令和7（2025）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。

介護予防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

	要支援1	要支援2	その他（自費利用者、認定申請中の者）
利用実人員数	人	人	人
利用延人員数	人	人	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（自費利用者、認定申請中の者）
利用実人員数	人	人	人	人	人	人
利用延人員数	人	人	人	人	人	人

(4)従事者数

介護サービス情報公表システム（令和8（2026）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7（2025）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」は、「換算数」も記入してください。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

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

└ 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

■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 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 兼務（専従分除く）換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
1 医師					
2 看護師					
3 准看護師					
4 介護職員					
4 のうち 介護福祉士					
うち、勤続10年以上（※）の者					

	常勤 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 兼務（専従分除く）換算数（人）	非常勤 非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
5 理学療法士					
6 作業療法士					
7 言語聴覚士					
8 歯科衛生士					
9 管理栄養士					
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（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)					

ご協力ありがとうございました