

総務省承認No. 23392

承認期限 平成16年1月31日まで

介護サービス施設・事業所調査

介護老人福祉施設票

(平成15年10月1日調査)

厚生労働省

[illegible]

*福祉事務所 符 号			
---------------	--	--	--

*市区町村 符 号			
--------------	--	--	--

*一連番号					
-------	--	--	--	--	--

(1)施設名						活動の状況	1 活動中 2 休止中 3 廃止
(2)施設の所在地	〒□□□-□□□□ TEL () - () - ()						
(3)開設年月	1 昭和	2 平成	□□	年	□□	月	
(4)開設主体及び経営主体	[右から該当する番号を選んで記入してください] 開設主体 ☐ 経営主体 ☐		1 都道府県 2 市区町村 3 広域連合・一部事務組合 4 日本赤十字社 5 社会福祉協議会 6 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 7 社団・財団法人 8 1～7 以外				
(5)施設の定員及びユニットの状況	入所定員	人		ユニットケア対象床の有無 1 有 2 無 → (6)へ進んでください ↓			
	ユニットケアの介護報酬上の届出種別						
	1 小規模生活単位型 2 一部小規模生活単位型 3 従来型						
	ユニットの規模(定員)	□	□	□	□	□	□
ユニット数	□	□	□	□	□	□	□
以下は、ユニットケアの介護報酬上の届出種別が「1」または「2」の施設のみ記入してください。							
居住費	室料(円)	□	□	□	□	□	□
	室定員(人室)	□	□	□	□	□	□

(注) *の箇所は施設では記入しないでください。

次ページにつづきます

(12)従事者数	常勤者						非常勤者			
	専従		兼務		換算数		男		換算数	
	男	女	男	女	男	女				
1 施設長					.	.			.	.
2 医師					.	.			.	.
3 歯科医師					.	.			.	.
4 生活相談員					.	.			.	.
5 社会福祉士（再掲）					.	.			.	.
6 看護師					.	.			.	.
7 准看護師					.	.			.	.
8 介護職員					.	.			.	.
9 介護福祉士（再掲）					.	.			.	.
10 栄養士					.	.			.	.
11 管理栄養士（再掲）					.	.			.	.
12 機能訓練指導員					.	.			.	.
13 理学療法士（再掲）					.	.			.	.
14 作業療法士（再掲）					.	.			.	.
15 言語聴覚士（再掲）					.	.			.	.
16 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師（再掲）					.	.			.	.
17 障害者生活支援員					.	.			.	.
18 介護支援専門員					.	.			.	.
19 調理員					.	.			.	.
20 その他の職員					.	.			.	.

【換算数の計算式】

$$\frac{\text{職員の1週間の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間}}$$

※1か月に数回の勤務である場合

$$\frac{\text{職員の1か月の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間} \times 4 (\text{週})}$$

上記計算式によって得られた数値を、小数点以下第2位を四捨五入して
小数点第1位まで計算してください。

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

ご協力ありがとうございました

総務省承認No. 23393

承認期限 平成16年1月31日まで

介護サービス施設・事業所調査

介護老人保健施設票

(平成15年10月1日調査)

厚生労働省

[illegible]

所号	
健	
*保符	

*市区町村 符 号	
--------------	--

*一連番号				
-------	--	--	--	--

(1)施設名						活動の状況	1 活動中 2 休止中 3 廃止
(2)施設の所在地	〒 □□□—□□□□ TEL () - () - ()						
(3)開設年月	1 昭和 2 平成 □□ 年 □□ 月						
(4)開設主体	01 都道府県 05 医療法人 08 社団・財団法人 02 市区町村 06 社会福祉協議会 09 その他の法人 03 広域連合・一部事務組合 07 社会福祉法人 10 01～09以外 (社会福祉協議会以外) 04 日本赤十字社・ 社会保険関係団体						
(5)サービス費の種類	1 I型(看護・介護職員の配置3:1以上の施設) 2 II型(看護・介護職員の配置3.6:1以上の施設)						
(6)施設の定員及びユニットの状況	一般棟 入所定員	痴呆専門棟 入所定員			ユニットケア対象床の有無		
	人	人			1 有 2 無 →(7)へ進んで ↓ ください		
	ユニットの規模(定員)						
	ユニット数						
(7)新・増設及び 転用の状況 (平成14年10月1日～ 平成15年9月30日ま での状況について記 入してください)	1 新設 病院・診療所の 1 有 転用元・転用病床数 療養環境改善計画の有無 病床転用の有無 1 病院 (床) 1 有 2 増設 2 診療所 (床) 2 無 3 新・増設なし 2 無						

(注) *の箇所は施設では記入しないでください。

次ページにつづきます

(8)療養室の状況		①4人室	②3人室	③2人室		④個室		
				ユニット	左記以外	ユニット	左記以外	
	一般棟 室数(室)							
	痴呆専門棟 室数(室)							
(9)特別な室料	室料(円)							
	室定員(人室)							
	室数(室)							
(10)施設サービスの状況		9月末日の在所要者数						
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	
	一般棟							
	痴呆専門棟							
(11)併設の状況 (複数回答)	(同一法人(法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む。)が同一又は隣接の敷地内で運営している異なる施設・事業所について、該当する番号すべてを○で囲んでください。) 1 介護老人福祉施設 4 訪問看護ステーション 2 介護療養型医療施設 5 居宅介護支援 3 2以外の病院・診療所 6 1～5との併設はない							
(12)短期入所療養介護の状況	実施の有無	実施している 1 「9月中」の利用者あり 2 「9月中」の利用者なし 3 実施していない						
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
	9月中の利用 実人員数(人)							
	9月中の利用 延人員数(人)							

次ページにつづきます

(13)従事者数	常勤者						非常勤者			
	専従		兼務		換算数		男		換算数	
	男	女	男	女	男	女				
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					.	.			.	.
7 介護福祉士(再掲)					.	.			.	.
8 支援相談員					.	.			.	.
9 社会福祉士(再掲)					.	.			.	.
10 理学療法士					.	.			.	.
11 作業療法士					.	.			.	.
12 言語聴覚士					.	.			.	.
13 栄養士					.	.			.	.
14 管理栄養士(再掲)					.	.			.	.
15 介護支援専門員					.	.			.	.
16 調理員					.	.			.	.
17 その他の職員					.	.			.	.

【換算数の計算式】

$$\frac{\text{職員の1週間の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間}}$$

※ 1か月に数回の勤務である場合

$$\frac{\text{職員の1か月の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間} \times 4 (\text{週})}$$

上記計算式によって得られた数値を、小数点以下第2位を四捨五入して
小数点第1位まで計算してください。

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

次ページにつづきます

(14)通所リハビリテーションの状況	定員	人		9月中の開催日数		日								
	利用者の有無	1 「9月中」の利用者あり				2 「9月中」の利用者なし								
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他						
	9月中の利用実人員数(人)													
	個別リハビリテーション実施実人員数(再掲)													
	9月中の利用延人員数(人)													
(15)通所リハビリテーションの従事者数	常勤者										非常勤者		換算数	
	専従		兼務		換算数									
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女		
	1 医師													
	2 看護師													
	3 准看護師													
	4 介護職員													
	5 介護福祉士(再掲)													
	6 支援相談員													
	7 社会福祉士(再掲)													
	8 理学療法士													
9 作業療法士														
10 言語聴覚士														
(16)訪問リハビリテーションの状況	実施の有無	実施している							1 「9月中」の利用者あり		2 「9月中」の利用者なし		3 実施していない	
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他						
	9月中の利用実人員数(人)													
	9月中の利用延人員数(人)													

ご協力ありがとうございました

総務省承認No. 23394

承認期限 平成16年1月31日まで

介護サービス施設・事業所調査

介護療養型医療施設票

(平成15年10月1日調査)

厚生労働省

[illegible][illegible]

所号	
健	
* 保符	

*市区町村 符 号			
--------------	--	--	--

*一連番号				
-------	--	--	--	--

(1)施設名						活動の状況	1 活動中 2 休止中 3 廃止
(2)施設の所在地	〒□□□-□□□□ TEL () - () - ()						
(3)施設の種類 (複数回答)	1 療養病床を有する病院 (1 I型 2 II型 3 III型) 2 療養病床を有する診療所 (1 I型 2 II型) 3 老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院 (1 I型 2 II型 3 III型)						
(4)病床数	療養病床			老人性痴呆疾患療養病棟			
	介護指定病床を有する 病棟の病床数			介護指定病床を有する 病棟の病床数			
	うち介護指定病床数			うち介護指定病床数			
(5)病室の状況	①5人以上室	②4人室	③3人室	④2人室	⑤個室		
(6)特別な室料	室数(室)						
	室料(円)						
	室定員(人室)						
(7)施設サービスの状況	室数(室)						
	療養病床						
	老人性痴呆疾患療養病棟						

(注) *の箇所は施設では記入しないでください。

次ページにつづきます

(8)併設の状況 (複数回答)	(同一法人(法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む。)が同一又は隣接の敷地内で運営している異なる施設・事業所について、該当する番号すべてを○で囲んでください。)													
	1 介護老人福祉施設		4 訪問リハビリテーション											
	2 介護老人保健施設		5 居宅介護支援											
	3 訪問看護ステーション		6 1～5との併設はない											
(9)短期入所療養 介護の状況	実施の有無	実施している { 1 「9月中」の利用者あり 2 「9月中」の利用者なし } 3 実施していない												
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他						
	9月中の利用 実人員数(人)													
	9月中の利用 延人員数(人)													
(10)従事者数	常勤者										非常勤者			
	専従		兼務		換算数				換算数					
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女		
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					.	.				.	.			
7 介護福祉士(再掲)					.	.				.	.			
8 介護支援専門員					.	.				.	.			
9 栄養士					.	.				.	.			
10 管理栄養士(再掲)					.	.				.	.			
11 理学療法士					.	.				.	.			
12 作業療法士					.	.				.	.			
13 言語聴覚士					.	.				.	.			
14 精神保健福祉士等					.	.				.	.			

[指定を受けて通所リハビリテーション事業を実施している場合に記入してください。]

[illegible]

(1)事業所の種別		1 病院・一定基準の診療所		2 その他の診療所							
(12)通所リハビリテーションの状況	定員	人		9月中の開催日数		日					
	利用者の有無	1 「9月中」の利用者あり		2 「9月中」の利用者なし							
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他			
	9月中の利用実人員数(人)										
	個別リハビリテーション実施実人員数(再掲)										
	9月中の利用延人員数(人)										
	個別リハビリテーション実施延人員数(再掲)										
(13)通所リハビリテーションの従事者数		常勤者						非常勤者		換算数	
		専従		兼務		換算数				換算数	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
1 医師						.	.			.	.
2 看護師						.	.			.	.
3 准看護師						.	.			.	.
4 介護職員						.	.			.	.
5 介護福祉士(再掲)						.	.			.	.
6 理学療法士						.	.			.	.
7 作業療法士						.	.			.	.
8 言語聴覚士						.	.			.	.

【換算数の計算式】

職員の1週間の勤務時間

施設が定めている1週間の勤務時間

※ 1 か月に数回の勤務である場合

職員の1か月の勤務時間

施設が定めている 1 週間の勤務時間 $\times$ 4 (週)

上記計算式によって得られた数値を、小数点以下第2位を四捨五入して
小数点第1位まで計算してください。

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

ご協力ありがとうございました

総務省承認No. 23395

承認期限 平成16年1月31日まで

介護サービス施設・事業所調査
訪問看護ステーション票
(平成15年10月1日調査)

厚生労働省

[illegible]

所号	健	*保符
----	---	-----

*市区町村号			
符 号			

*一連番号					
-------	--	--	--	--	--

(1)ステーション の名称			活動の 状 況	1 活動中 2 休止中 3 廃止
(2)ステーション の所在地	〒 □□□—□□□□ TEL () - () - ()			
(3)事業開始 年 月	平成 □□ 年 □□ 月			
(4)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 日本赤十字社・社会保険関係団体 05 医療法人 06 医師会 07 看護協会 08 社団・財団法人（医師会、看護協会以外） 09 社会福祉協議会 10 社会福祉法人（社会福祉協議会以外） 11 農業協同組合及び連合会 12 消費生活協同組合及び連合会 13 営利法人（株式・合名・合資・有限会社） 14 特定非営利活動法人（NPO） 15 その他の法人			
(5)加算等の 届出の状況	介護保険法	緊急時訪問看護加算の届出	1 あり	2 なし
		特別管理体制の届出	1 あり	2 なし
	健康保険法等	24時間連絡体制加算の届出	1 あり	2 なし
		（再掲）重症者管理加算の届出	1 あり	2 なし
(6)出張所等（サ テライト事業 所）の状況	箇所数 箇所 9月中のサテライトの 利用実人員数 人 9月中のサテライトからの 訪問回数 回			

(注) *印の箇所は事業所では記入しないでください。

裏面につづきます

(7) 9 月中のサービスの提供状況 介護保険法利用者の要介護度別の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。		9 月中の営業日数 _____ 日									
		1 「9 月中」の利用者あり 2 「9 月中」の利用者なし ↓									
		介護保険法の利用者							健康保険法等	その他	
			要支援	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)											
訪問回数の合計(回)											
(8) 介護保険法利用者のうち健康保険法等による併給者		(上記の介護保険法利用者のうち、月の途中で急性増悪等により健康保険法等に移った者を計上してください) 併給者の利用実人員数 _____ 人 併給者への訪問回数の合計 _____ 回									
9 月中の利用者	介護保険法の利用者	緊急時訪問看護加算に同意をしている実人員数							_____ 人		
		緊急時訪問看護を受けた利用実人員数							_____ 人		
		緊急時訪問看護による訪問回数の合計							_____ 回		
	健康保険法等の利用者	24時間連絡体制加算に同意をしている実人員数							_____ 人		
	死亡によるサービスの終了者	9 月中に死亡した利用者数							総数	介護保険法	健康保険法等
		うち在宅で死亡した利用者数							人	人	人
うちターミナルケアの算定者数							人	人	人		
(10) 従事者数		常 勤 者						非 常 勤 者			
		専 従		兼 務		換 算 数				換 算 数	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
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 その他の職員											
1～6のうちサテライトの従事者											
(11) 「居宅介護支援事業所」の併設の状況と従事者による介護支援専門員(ケアマネジャー)の兼務状況		「居宅介護支援事業所」との併設の有無 1 併設している 2 併設していない ↓ 介護支援専門員と兼務の有無 1 兼務あり _____ 人 2 兼務なし									

(注) 従事者数の常勤者の兼務、非常勤者については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

$$\text{換算数} = \frac{\text{職員の1週間の勤務時間}}{\text{事業所が定めている1週間の勤務時間}}$$

ご協力ありがとうございました



総務省承認No. 23396

承認期限 平成16年1月31日まで

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(I)
(平成15年10月1日調査)

厚生労働省

*市区町村
符 号

*一連番号

(1) 法人名、所在地、事業所名	〒 □□□-□□□□ TEL () - () - ()			
※ 誤りがありましたら、余白に赤字で訂正をしてください。	下の1～7の居宅サービス事業のうち、10月1日現在、貴事業所において指定を受けているすべての事業について、事業所番号、事業所名、事業開始年月及び活動の状況を記入してください。			
	居宅サービスの種類	事業所番号	事業所名	事業開始年月
1 通所介護	□□□□□□□□		1 昭和 2 平成 年 月	活動中=1 休止中=2 廃止=3
2 短期入所生活介護	□□□□□□□□		1 昭和 2 平成 年 月	
3 痴呆対応型共同生活介護	□□□□□□□□		平成 年 月	
4 訪問介護	□□□□□□□□		1 昭和 2 平成 年 月	
5 訪問入浴介護	□□□□□□□□		1 昭和 2 平成 年 月	
6 福祉用具貸与	□□□□□□□□		1 昭和 2 平成 年 月	
7 居宅介護支援事業	□□□□□□□□		平成 年 月	
(2) 経営主体及び開設主体	(右から該当番号を選んで記入してください)			
	経営主体 □□	01 都道府県 08 農業協同組合及び連合会		
	通所介護事業所の開設主体 □□	02 市区町村 09 消費生活協同組合及び連合会		
	短期入所生活介護事業所(単独型)の開設主体 □□	03 広域連合・一部事務組合 10 営利法人(株式・合名・合資・有限会社)		
		04 社会福祉協議会 11 特定非営利活動法人(NPO)		
		05 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 12 その他の法人		
		06 医療法人 13 01～12以外		
		07 社団・財団法人		
(3) 苦情解決のための取組み状況(複数回答)	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			

(注) *の箇所は事業所では記入しないでください。

次ページにつづきます

1 通所介護の状況

(4)事業所の形態 (複数回答)	1 単独型 2 併設型 3 痴呆専用単独型 4 痴呆専用併設型								
(5)サービスの提供状況	①定員 (一般) _____ 人 (痴呆) _____ 人 ②9月中の開催日数 (一般) _____ 日 (痴呆) _____ 日								
	↓ 1 「9月中」の利用者あり 2 「9月中」の利用者なし								
	一般		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
	利用実人員数(人)								
	利用延人員数(人)								
痴呆		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	
	利用実人員数(人)								
	利用延人員数(人)								
(6)出張所等(サテライト事業所)の状況	箇所数 _____ 箇所 (「(5)サービスの提供状況」の利用者のうち、出張所等(サテライト事業所)の利用者数を記入してください) 9月中のサテライトの利用実人員数 _____ 人 9月中のサテライトの利用延人員数 _____ 人								
(7)介護給付費割引実施の状況	実施している (1 一種類の割引率 2 二種類以上の割引率) 3 実施していない								

※ 6 ページに従事者数を記入してください。

2 短期入所生活介護の状況

(8)事業所の形態 (複数回答)	1 単独型 2 併設型 3 空床利用型								
(9)～(12)については、「1 単独型」または「2 併設型」に○をつけた事業所のみ記入してください。 「2 併設型」と「3 空床利用型」の両方に○をつけた事業所は、併設型分についてのみ記入してください。									
(9)サービスの提供状況	定員	1 「9月中」の利用者あり 2 「9月中」の利用者なし							
			要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
	____人	利用実人員数(人)							
		利用日数合計(日)							
(10)介護給付費割引実施の状況	実施している (1 一種類の割引率 2 二種類以上の割引率) 3 実施していない								
(11)ユニットケアの状況	1 有 2 無 → (12)へ進んでください → 介護報酬上の届出 1 小規模生活単位型 2 一部小規模生活単位型 3 従来型 → ユニットの定員等 (単独型の事業所のみ記入してください)								
	ユニットの規模(定員)								
	ユニット数								
(12)居室の状況		①5人以上室	②4人室	③3人室	④2人室		⑤個室		
					小規模生活単位型ユニット	左記以外	小規模生活単位型ユニット	左記以外	
	室数(室)								

※ 6 ページに従事者数を記入してください。

3 痴呆対応型共同生活介護の状況

	建 物 の 構 造			使 用 部 分		建 物 の 種 類	
(13)建 物 の 状 況	1 木 造 階建て			1 建物の全部を使用		1 民家改修型	
	2 鉄骨・鉄筋 階建て			2 建物の一部を使用		2 「1」以外	
(14)居 室 の 状 況	2 人 室				個 室		
※ 延床面積及び平均家賃は整数で記入してください。	室 数	延床面積	1部屋当たりの平均家賃(1か月)	室 数	延床面積	1部屋当たりの平均家賃(1か月)	
	室	m ²	円	室	m ²	円	
(15)サ ー ビ ス の 提 供 状 況	①ユニット数 _____ ユニット						
	②定員(全ユニットの合計数) _____ 人						
	1 「9月中」の利用者あり 2 「9月中」の利用者なし						
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	そ の 他
	9月末日の利用者数(人)						
(16)入・退 所 者 の 状 況	利用者の入所前の住所						
	①同一市区町村 _____ 人 ②他市区町村 _____ 人						
	(平成14年10月1日～平成15年9月30日の間に入所した者について「入所前の場所」別に、退所した者について「退所後の行先」別に人数を記入してください)						
		①家 庭	②介護老人福祉施設	③介護老人保健施設	④介護療養型医療施設	⑤病院・診療所(④以外)	⑥死 亡
	入所者の入所前の場所						
	退所者の退所後の行先						
(17)介護給付費割引実施の状況	実施している (1 一種類の割引率 2 二種類以上の割引率) 3 実施していない						
(18)夜間及び深夜の時間帯における勤務体制(複数回答)	(9月30日から10月1日にかけての夜間及び深夜の時間帯における勤務者数を記入してください)						
	夜勤職員 _____ 人	→ うち併設施設との兼務 _____ 人					
	宿直職員 _____ 人	→ うち併設施設との兼務 _____ 人					
(19)職員の資質向上等のための取組状況(複数回答)	(平成14年10月1日～平成15年9月30日の間に行った取組みについて、該当する番号すべてを○で囲んでください)						
	1 事業所独自の研修を実施した						
	2 都道府県・指定都市が実施する痴呆介護実務者研修の基礎課程に参加した						
	3 都道府県・指定都市が実施する痴呆介護実務者研修の専門課程に参加した						
	4 民間団体や協会等が実施する研修に参加した						
	5 1～4は実施していない						
(20)サービス評価の実施状況(複数回答)	(平成14年10月1日～平成15年9月30日の間の実施状況について、該当する番号すべてを○で囲んでください)						
	1 都道府県が定める基準に基づく自己評価を行った						
	2 都道府県が選定した評価機関による外部評価を受けた						
	3 実施していない						

※ 7 ページに従事者数を記入してください。

4 訪問介護の状況

(21)サービスの提供状況	9月中の営業日数 _____ 日							
	☐ 1 「9月中」の利用者あり ☐ 2 「9月中」の利用者なし							
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
	利用実人員数(人)							
	訪問回数合計(回)							
(22)出張所等(サテライト事業所)の状況	箇所数 _____ 箇所 ((21)サービスの提供状況)の利用者のうち、出張所等(サテライト事業所)の利用者数を記入してください							
	9月中のサテライトの利用実人員数 _____ 人 9月中のサテライトからの訪問回数の合計 _____ 回							
(23)24時間対応の状況等	24時間訪問介護の有無		1 有 2 無					
	休日の対応状況		1 訪問対応している 2 訪問対応していない					
	夜間の対応状況		1 訪問対応している 2 訪問対応していない					
(24)介護給付費割引実施の状況	実施している (1 一種類の割引率 2 二種類以上の割引率) 3 実施していない							
(25)職員の資質向上等のための取組み状況(複数回答)	(平成14年10月1日～平成15年9月30日の間に行った取組みについて、該当する番号すべてを○で囲み、2、3を○で囲んだ場合は、その参加人数も記入してください) 1 事業所独自の研修を実施した 2 都道府県が実施するサービス提供責任者を対象とした研修に参加した → 参加人数 _____ 人 3 都道府県が実施する研修に参加した(2の研修を除く) → 参加人数 _____ 人 4 民間団体や協会等が実施する研修に参加した 5 1～4は実施していない							

※7ページに従事者数を記入してください。

5 訪問入浴介護の状況

(26)サービスの提供状況	9月中の営業日数 _____ 日							
	☐ 1 「9月中」の利用者あり ☐ 2 「9月中」の利用者なし							
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
	利用実人員数(人)							
	訪問回数合計(回)							
(27)介護給付費割引実施の状況	実施している (1 一種類の割引率 2 二種類以上の割引率) 3 実施していない							

※7ページに従事者数を記入してください。

6 福祉用具貸与の状況

(28)サービスの提供状況	1 「9月中」の利用者あり 2 「9月中」の利用者なし ↳ 福祉用具貸与の利用実人員数 人 (9月以前からの継続利用者を含みます) ↳ うち介護保険の利用実人員数 人
(29)福祉用具専門相談員の資格の状況 (複数回答)	(「福祉用具専門相談員」が有する資格の状況について、該当する欄すべてに人数を記入してください) ① 有資格者 介護福祉士 人 看護師等 人 作業療法士 人 義肢装具士 人 理学療法士 人 社会福祉士 人 ② 福祉用具専門相談員指定講習会修了者 人 ③ 都道府県知事認定者 人

※7ページに従事者数を記入してください。

7 居宅介護支援事業の状況

(30)独立・併設の状況 (複数回答)	1 当該事業所と同法人の介護保険施設・居宅サービス事業所がある 2 1に該当する施設・事業所はない 3 在宅介護支援センターと併設している																																				
(31)サービスの提供状況	<table border="1"> <tr> <td colspan="2"> ↓ 1 「9月中」の利用者あり 2 「9月中」の利用者なし </td><td colspan="7"></td></tr> <tr> <td></td><td>要支援</td><td>要介護1</td><td>要介護2</td><td>要介護3</td><td>要介護4</td><td>要介護5</td><td colspan="2">その他</td></tr> <tr> <td>利用実人員数(人)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr> <tr> <td>うち9月中の新規の利用実人員数(人)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr> </table> (太枠で囲んだ利用実人員数について、介護支援専門員の勤務形態別に利用実人員数を記入してください) ① 常勤の専従者の利用実人員数 人 ② 常勤の兼務者の利用実人員数 人 ③ 非常勤者の利用実人員数 人	↓ 1 「9月中」の利用者あり 2 「9月中」の利用者なし										要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他		利用実人員数(人)									うち9月中の新規の利用実人員数(人)								
↓ 1 「9月中」の利用者あり 2 「9月中」の利用者なし																																					
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他																														
利用実人員数(人)																																					
うち9月中の新規の利用実人員数(人)																																					
(32)職員の資質向上等のための取組み状況 (複数回答)	(平成14年10月1日～平成15年9月30日の間に行った取組みについて、該当する番号すべてを○で囲んでください) 1 事業所独自の研修を実施した 2 都道府県が実施する介護支援専門員現任研修の基礎研修課程に参加した 3 都道府県が実施する介護支援専門員現任研修の専門研修課程に参加した 4 民間団体や協会等が実施する研修に参加した 5 1～4は実施していない																																				

※7ページに従事者数を記入してください。

次ページにつづきます

(33)従業者数		常 勤 者						非常勤者			
		専 従		兼 務		換 算 数				換 算 数	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
通 所 介 護	1 医師					.	.			.	.
	2 看護師					.	.			.	.
	3 准看護師					.	.			.	.
	4 機能訓練指導員					.	.			.	.
	4のうち理学療法士					.	.			.	.
	4のうち作業療法士					.	.			.	.
	4のうち言語聴覚士					.	.			.	.
	4のうち柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師					.	.			.	.
	5 調理員					.	.			.	.
	6 栄養士					.	.			.	.
	6のうち管理栄養士					.	.			.	.
	7 生活相談員					.	.			.	.
	7のうち社会福祉士					.	.			.	.
	8 介護職員					.	.			.	.
	8のうち介護福祉士					.	.			.	.
	9 その他の職員					.	.			.	.
短 期 入 所 生 活 介 護	1 医師					.	.			.	.
	2 看護師					.	.			.	.
	3 准看護師					.	.			.	.
	4 機能訓練指導員					.	.			.	.
	4のうち理学療法士					.	.			.	.
	4のうち作業療法士					.	.			.	.
	4のうち言語聴覚士					.	.			.	.
	4のうち柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師					.	.			.	.
	5 調理員					.	.			.	.
	6 栄養士					.	.			.	.
	6のうち管理栄養士					.	.			.	.
	7 介護支援専門員					.	.			.	.
	8 生活相談員					.	.			.	.
	8のうち社会福祉士					.	.			.	.
	9 介護職員					.	.			.	.
	9のうち介護福祉士					.	.			.	.
	10 その他の職員					.	.			.	.

※ 単独型または併設型の事業所のみ記入してください。
併設型と空床利用型の事業所は、併設型のみ記入してください。

		常 勤 者						非常勤者			
		専 従		兼 務		換 算 数				換 算 数	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
痴呆対応型 共同生活介護	1 介護職員										
	1のうち看護師										
	1のうち准看護師										
	2 その他の職員										
	計画作成担当者 _____ 人 → うち介護支援専門員 _____ 人										
訪 問 介 護	1 訪問介護員										
	(1)1のうち介護福祉士										
	(2)1のうちホームヘルパー1級										
	(3)1のうちホームヘルパー2級										
	(4)1のうちホームヘルパー3級										
	2 その他の職員										
	「訪問介護員」のうち サテライトの従事者										
サービス提供責任者 _____ 人											
訪問入浴介護	1 介護職員										
	(1)1のうち介護福祉士										
	(2)1のうちホームヘルパー1級										
	(3)1のうちホームヘルパー2級										
	(4)1のうちホームヘルパー3級										
	2 看護師										
	3 准看護師										
4 その他の職員											
福祉用具貸与	1 福祉用具専門相談員										
	2 その他の職員										
居宅介護支援事業	1 介護支援専門員										
	2 その他の職員										

【換算数の計算式】

職員の1週間の勤務時間

事業所が定めている1週間の勤務時間

※1か月に数回の勤務である場合

職員の1か月の勤務時間

事業所が定めている1週間の勤務時間×4(週)

上記計算式によって得られた数値を、小数点以下第2位を四捨五入して
小数点第1位まで計算してください。

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

ご協力ありがとうございました

総務省承認No. 23397

承認期限 平成16年1月31日まで

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(Ⅱ)
(平成15年10月1日調査)

厚生労働省

*一連番号					*市区町村 符 号		
-------	--	--	--	--	--------------	--	--

ご回答者氏名 _____

所 属(部署) _____

(1) 法人名、所在地、事業所名 ※ 誤りがありましたら、余白に赤字で訂正をしてください。	〒 — TEL () — () — ()																				
	下の1～4の居宅サービス事業のうち、10月1日現在、貴事業所において指定を受けているすべての事業について、事業所番号、事業所名及び事業開始年月を記入してください。																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">居宅サービスの種別</th> <th style="width: 35%;">事業所番号</th> <th style="width: 35%;">事業所名</th> <th style="width: 20%;">事業開始年月</th> </tr> <tr> <td>1 訪問介護</td> <td> </td> <td></td> <td>1 昭和 2 平成 年 月</td> </tr> <tr> <td>2 訪問入浴介護</td> <td> </td> <td></td> <td>1 昭和 2 平成 年 月</td> </tr> <tr> <td>3 福祉用具貸与</td> <td> </td> <td></td> <td>1 昭和 2 平成 年 月</td> </tr> <tr> <td>4 居宅介護支援事業</td> <td> </td> <td></td> <td>平成 年 月</td> </tr> </table>	居宅サービスの種別	事業所番号	事業所名	事業開始年月	1 訪問介護			1 昭和 2 平成 年 月	2 訪問入浴介護			1 昭和 2 平成 年 月	3 福祉用具貸与			1 昭和 2 平成 年 月	4 居宅介護支援事業			平成 年 月	
居宅サービスの種別	事業所番号	事業所名	事業開始年月																		
1 訪問介護			1 昭和 2 平成 年 月																		
2 訪問入浴介護			1 昭和 2 平成 年 月																		
3 福祉用具貸与			1 昭和 2 平成 年 月																		
4 居宅介護支援事業			平成 年 月																		
(2) 経営主体	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">01 都道府県</td> <td style="width: 33%;">05 社会福祉法人 (社会福祉協議会以外)</td> <td style="width: 33%;">09 消費生活協同組合及び連合会</td> </tr> <tr> <td>02 市区町村</td> <td>06 医療法人</td> <td>10 営利法人 (株式・合名・合資・有限会社)</td> </tr> <tr> <td>03 広域連合・一部事務組合</td> <td>07 社団・財団法人</td> <td>11 特定非営利活動法人 (NPO)</td> </tr> <tr> <td>04 社会福祉協議会</td> <td>08 農業協同組合及び連合会</td> <td>12 その他の法人</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>13 01～12以外</td> </tr> </table>	01 都道府県	05 社会福祉法人 (社会福祉協議会以外)	09 消費生活協同組合及び連合会	02 市区町村	06 医療法人	10 営利法人 (株式・合名・合資・有限会社)	03 広域連合・一部事務組合	07 社団・財団法人	11 特定非営利活動法人 (NPO)	04 社会福祉協議会	08 農業協同組合及び連合会	12 その他の法人			13 01～12以外					
01 都道府県	05 社会福祉法人 (社会福祉協議会以外)	09 消費生活協同組合及び連合会																			
02 市区町村	06 医療法人	10 営利法人 (株式・合名・合資・有限会社)																			
03 広域連合・一部事務組合	07 社団・財団法人	11 特定非営利活動法人 (NPO)																			
04 社会福祉協議会	08 農業協同組合及び連合会	12 その他の法人																			
		13 01～12以外																			

(注) *印の箇所は事業所では記入しないでください。

次ページにつづきます

1 訪問介護の状況

(3)サービスの提供状況	9月中の営業日数 _____ 日									
	☒ 1 「9月中」の利用者あり 2 「9月中」の利用者なし									
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他		
	利用実人員数(人)									
	訪問回数合計(回)									
(4)出張所等(サテライト事業所)の状況	箇所数 _____ 箇所 (「(6)サービスの提供状況」の利用者のうち、出張所等(サテライト事業所)の利用者数を記入してください)									
	9月中のサテライトの利用実人員数 _____ 人				9月中のサテライトからの訪問回数の合計 _____ 回					
(5)24時間対応の状況等	24時間訪問介護の有無		1 有 2 無							
	休日の対応状況		1 訪問対応している 2 訪問対応していない							
	夜間の対応状況		1 訪問対応している 2 訪問対応していない							
(6)介護給付費割引実施の状況	実施している (1 一種類の割引率 2 二種類以上の割引率) 3 実施していない									
(7)職員の資質向上等のための取組状況(複数回答)	(平成14年10月1日～平成15年9月30日の間に行った取組について、該当する番号すべてを○で囲み、2、3を○で囲んだ場合は、その参加人数も記入してください) 1 事業所独自の研修を実施した 2 都道府県が実施するサービス提供責任者を対象とした研修に参加した → 参加人数 _____ 人 3 都道府県が実施する研修に参加した(2の研修を除く) → 参加人数 _____ 人 4 民間団体や協会等が実施する研修に参加した 5 1～4は実施していない									
(8)従事者数	常勤者						非常勤者			
	専従		兼務		換算数				換算数	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
	1 訪問介護員									
	(1)1のうち介護福祉士									
	(2)1のうちホームヘルパー1級									
	(3)1のうちホームヘルパー2級									
	(4)1のうちホームヘルパー3級									
	2 その他の職員									
	「訪問介護員」のうちサテライトの従事者									
サービス提供責任者 _____ 人										

(注) 従事者数の常勤者の兼務、非常勤者については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。

換算数＝職員の1週間の勤務時間÷事業所が定めている1週間の勤務時間

2 訪問入浴介護の状況

(9)サービスの提供状況	9月中の営業日数 _____ 日											
	☐ 1 「9月中」の利用者あり ☐ 2 「9月中」の利用者なし											
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他				
	利用実人員数(人)											
	訪問回数合計(回)											
(10)介護給付費割引実施の状況	実施している (☐ 1 一種類の割引率 ☐ 2 二種類以上の割引率) ☐ 3 実施していない											
(11)従事者数	※複数の資格を有している者については()内の若い番号を優先して記入してください。		常勤者						非常勤者			
			専従		兼務		換算数				換算数	
			男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
		1 介護職員					.	.			.	.
		(1)Iのうち介護福祉士					.	.			.	.
		(2)Iのうちホームヘルパー1級					.	.			.	.
		(3)Iのうちホームヘルパー2級					.	.			.	.
		(4)Iのうちホームヘルパー3級					.	.			.	.
		2 看護師					.	.			.	.
		3 准看護師					.	.			.	.
4 その他の職員					.	.			.	.		

3 福祉用具貸与の状況

(12)サービスの提供状況	1 「9月中」の利用者あり 2 「9月中」の利用者なし										
	↳ 福祉用具貸与の利用実人員数 _____ 人 (9月以前からの継続利用者を含む) ↳ うち介護保険の利用実人員数 _____ 人										
(13)従事者数		常勤者						非常勤者			
		専従		兼務		換算数				換算数	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
	1 福祉用具専門相談員					.	.			.	.
	2 その他の職員					.	.			.	.
(14)福祉用具専門相談員の資格の状況 (複数回答)	(上記の従事者のうち太枠で囲んだ「福祉用具専門相談員」が有する資格の状況について、該当する欄すべてに人数を記入してください) ① 有資格者 介護福祉士 _____ 人 看護師等 _____ 人 作業療法士 _____ 人 義肢装具士 _____ 人 理学療法士 _____ 人 社会福祉士 _____ 人 ② 福祉用具専門相談員指定講習会修了者 _____ 人 ③ 都道府県知事認定者 _____ 人										

(注) 従事者数の常勤者の兼務、非常勤者については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。

換算数＝職員の1週間の勤務時間÷事業所が定めている1週間の勤務時間

次ページにつづきます

4 居宅介護支援事業の状況

(15)独立・併設の状況 (複数回答)	1 当該事業所と同法人の介護保険施設・居宅サービス事業所がある 2 1に該当する施設・事業所はない 3 在宅介護支援センターと併設している										
(16)サービスの提供状況	1 「9月中」の利用者あり 2 「9月中」の利用者なし										
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他			
	利用実人員数(人)										
	うち9月中の新規の利用実人員数(人)										
	(太枠で囲んだ利用実人員数について、介護支援専門員の勤務形態別に利用実人員数を記入してください) ① 常勤の専従者の利用実人員数 _____人 ② 常勤の兼務者の利用実人員数 _____人 ③ 非常勤者の利用実人員数 _____人										
(17)職員の資質向上等のための取組み状況 (複数回答)	(平成14年10月1日～平成15年9月30日の間に行った取組みについて、該当する番号すべてを○で囲んでください) 1 事業所独自の研修を実施した 2 都道府県が実施する介護支援専門員現任研修の基礎研修課程に参加した 3 都道府県が実施する介護支援専門員現任研修の専門研修課程に参加した 4 民間団体や協会等が実施する研修に参加した 5 1～4は実施していない										
(18)従事者数	常勤者						非常勤者				
	専従		兼務		換算数				換算数		
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
	1 介護支援専門員					.	.			.	.
	2 その他の職員					.	.			.	.

(注) 従事者数の常勤者の兼務、非常勤者については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。

換算数＝職員の1週間の勤務時間÷事業所が定めている1週間の勤務時間

ご協力ありがとうございました

通所リハビリテーションの状況

(5)サービスの提供状況	① 定 員 人									
	② 9 月中の開催日数 日									
	1 「9 月中」の利用者あり 2 「9 月中」の利用者なし									
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他		
	9 月中の利用実人員数(人)									
	個別リハビリテーション 実施実人員数 (再掲)									
	9 月中の利用延人員数(人)									
(6)通所リハビリテーションの従事者数	常 勤 者						非 常 勤 者			
	専 従		兼 務		換 算 数				換 算 数	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
	1 医 師									
	2 看 護 師									
	3 准 看 護 師									
	4 介 護 職 員									
	5 介護福祉士 (再掲)									
	6 理学療法士									
	7 作業療法士									
8 言語聴覚士										

(注) (6)通所リハビリテーションの従事者数は、医療施設に在籍する職員のうち、通所リハビリテーションの業務に携わっている者を計上してください。

従事者数の常勤の兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

$$\text{換算数} = \frac{\text{職員の1週間の勤務時間}}{\text{医療施設が定めている1週間の勤務時間}}$$

※ 1 か月に数回の勤務である場合

$$\frac{\text{職員の1か月の勤務時間}}{\text{医療施設が定めている1週間の勤務時間} \times 4 (\text{週})}$$

ご協力ありがとうございました



総務省承認No. 23399

承認期限 平成16年1月31日まで

介護サービス施設・事業所調査
介護保険施設利用者個票
(平成15年10月1日調査)

厚生労働省

一連番号					
------	--	--	--	--	--

1 在所(院)者
2 退所(院)者

利用者 整理番号				
-------------	--	--	--	--

(1)性 別	1 男 2 女	(2)出生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和	年 月 日
(3)利用者の住所	同一都道府県内 (1 同一市区町村 2 他の市区町村) 3 他都道府県			
(4)入・退所(院)の状況	入所(院)日 1 昭和 2 平成 年 月 日	入所(院)前の場所 ☐	<入所前の場所・退所後の行先> 01 家庭 07 診療所(介護療養型) 02 介護老人福祉施設 08 診療所 03 その他の社会福祉施設 (介護療養型以外) 04 介護老人保健施設 09 施設内での死亡 05 病院(介護療養型) 10 入院先での死亡 06 病院(介護療養型以外) 11 その他	
	退所(院)日 平成15年 9 月 日	退所(院)後の行先 ☐		
(5)要介護度	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他			
(6)一年前の要介護度の状況	平成14年10月1日現在の要介護度について、該当する番号を○で囲んでください。 なお、要介護度が不明の場合には、「7 不明」を○で囲んでください。 要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他 7 不明			
(7)主 傷 病 名	傷 病 番 号 ☐ (該当する番号のない傷病は、傷病名を記入してください。) 傷 病 名 _____			
(8)痴呆性老人の日常生活自立度	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 痴呆なし
(9)障害老人の日常生活自立度(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

裏面につづきます

(10)機能訓練等の実施状況 ※9月中の実施日数	1 物理療法 () 日 2 運動療法 () 日 3 作業療法 () 日 4 言語療法 () 日 ↳ (再掲) 摂食機能療法 () 日 5 日常生活動作訓練 () 日 6 レクリエーション () 日
(11)利用料 ※9月中の本人負担分	1 介護サービス費 自己負担分 _____ 円 2 食費 (標準負担分) _____ 円 3 居住費 (ホテルコスト) _____ 円 4 特別な室料 _____ 円 5 特別な食費 _____ 円 6 理美容費 _____ 円 7 日用生活品費 _____ 円 8 教養娯楽費 _____ 円 9 私物の洗濯費 _____ 円 10 あずかり金の管理費 _____ 円 11 その他 _____ 円

※ 次の問は、介護老人福祉施設に入所されている方のみ記入してください。

(12)入所の申込時期	平成14年10月1日から平成15年9月30日の間に入所された方について、入所の申込をされた年月を記入してください。 入所申込 - 平成 年 月
--------------------	---

ご協力ありがとうございました



総務省承認No. 23400

承認期限 平成16年1月31日まで

介護サービス施設・事業所調査
介護保険施設利用者一覧票
(平成15年10月1日調査)

厚生労働省

(枚のうち 枚目)

一連番号									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

本票には、利用者の誕生日が偶数の者のみ記入してください

整理番号	性別	出生年月日	要介護度
1	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
2	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
3	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
4	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
5	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
6	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
7	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
8	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
9	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
10	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
11	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
12	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
13	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
14	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
15	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
16	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
17	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
18	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
19	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
20	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
21	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
22	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
23	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
24	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
25	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
26	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
27	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
28	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
29	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他
30	1 男女	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日	要介護 (1 2 3 4 5) 6 その他