

	9月末日の在所要者数（人）									
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他				
(8) 施設サービスの状況	短期入所生活介護（ショートステイ）床が空床利用型の場合の短期入所生活介護（ショートステイ）利用者数				人					
	（再掲）9月末日在所要者のうち、やむを得ない事由による措置の入所要者数									
	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) 短期入所生活介護（ショートステイ）床の特例利用者の状況	9月中の利用実人員数		9月中の利用延人員数							
	人		人							
(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) 社会福祉法人等による減免の状況	1 実施している 2 実施していない → 減免者数 人（生活保護受給者は含みません）									
(12) 苦情解決のための取組状況（複数回答）	1 苦情受付窓口の設置 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									
(13) 調理業務の委託状況	委託している （ 1 全部委託 2 一部委託 ） 3 委託していない（直営）									
(14) 調理の方法	1 施設内でクックチル、真空調理等の調理方法を採用している 2 施設内で上記の調理方法を採用していない 3 施設外で調理を行っている									
(15) 訪問理容・美容の状況	1 訪問理容を利用している 2 訪問理容の業者がみつからないため利用していない 3 訪問理容の必要性がないため利用していない			1 訪問美容を利用している 2 訪問美容の業者がみつからないため利用していない 3 訪問美容の必要性がないため利用していない						
(16) 受動喫煙防止対策の状況	1 施設内を全面禁煙としている 2 喫煙場所を設置し、非喫煙場所に煙が流れ出ないように措置している 3 喫煙場所を設置しているが、非喫煙場所に煙が流れ出ないように措置していない 4 その他（1～3以外の措置を講じている） 5 何ら措置を講じていない									

次ページにつづきます

(17) 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。)											
	01 介護老人保健施設					07 短期入所生活介護事業所						
	02 介護療養型医療施設					08 認知症対応型共同生活介護事業所						
	03 02 以外の病院・診療所					09 居宅介護支援事業所						
	04 訪問介護事業所					10 軽費老人ホーム（ケアハウス）						
	05 訪問入浴介護事業所					11 在宅介護支援センター						
	06 通所介護事業所					12 01～11との併設はない						
(18) 従事者数	常勤者			非常勤者			常勤者			非常勤者		
	専従	兼務	換算数		換算数		専従	兼務	換算数		換算数	
	1 施設長			.		.	9 機能訓練指導員			.		.
	2 医師			.		.	9のうち理学療法士			.		.
	3 歯科医師			.		.	9のうち作業療法士			.		.
	4 生活相談員			.		.	9のうち言語聴覚士			.		.
	4のうち社会福祉士			.		.	9のうち柔道整復師			.		.
	5 看護師			.		.	9のうちあん摩マッサージ指圧師			.		.
	6 准看護師			.		.	10 障害者生活支援員			.		.
	7 介護職員			.		.	11 介護専門員			.		.
	7のうち介護福祉士			.		.	12 調理員			.		.
	8 栄養士			.		.	13 その他の職員			.		.
	8のうち管理栄養士			.		.						

(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。

(調査票記入者名：)

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

ご協力ありがとうございました

厚生労働省

[illegible][illegible][illegible]

*保健所 符号	
------------	--

[illegible]

*一連番号					
-------	--	--	--	--	--

(1) 施設名		活動状況						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（社会福祉協議会以外） 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 10 01～09以外									
(5) 定員及び療養室の状況	一般棟入所定員		認知症専門棟入所定員							
	人		人							
					2人室		個室			
					ユニット内 その他		ユニット内 その他			
	一般棟 一室数(室)		4人室 3人室							
(6) ユニットの状況	一般棟		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
	認知症専門棟		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) 特別な室料	室料(日額)		円	円	円	円	円	円	円	円
	室定員		人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室
	室数		室	室	室	室	室	室	室	室
(8) 施設サービスの状況			9月末日の在所要者数(人)							
			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他		
	一般棟									
	認知症専門棟									

* 経由		数	特	老	療	ス	医	I	II
	* 組み合わせ								

(注) *印欄は施設では記入しないでください。

裏面につづきます

(9) 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。)										
	01 介護老人福祉施設	02 介護療養型医療施設	03 02 以外の病院・診療所	04 訪問看護ステーション	05 訪問介護事業所	06 訪問入浴介護事業所	07 通所介護事業所	08 短期入所生活介護事業所	09 認知症対応型共同生活介護事業所	10 居宅介護支援事業所	11 在宅介護支援センター
(10) 従事者数	常勤者			非常勤者			常勤者			非常勤者	
	専従	兼務	換算数		換算数		専従	兼務	換算数		換算数
1 医師			.		.	8 理学療法士			.		.
2 歯科医師			.		.	9 作業療法士			.		.
3 薬剤師			.		.	10 言語聴覚士			.		.
4 看護師			.		.	11 栄養士			.		.
5 准看護師			.		.	11のうち 管理栄養士			.		.
6 介護職員			.		.	12 介護支援 専門員			.		.
6のうち 介護福祉士			.		.	13 調理員			.		.
7 支援相談員			.		.	14 その他の職員			.		.
7のうち 社会福祉士			.		.				.		.
(11) 調理業務の委託状況	委託している (1 全部委託 2 一部委託) 3 委託していない(直営)										
(12) 調理の方法	1 施設内でクックチル、真空調理等の調理方法を採用している 2 施設内で上記の調理方法を採用していない 3 施設外で調理を行っている										
(13) 訪問理容・美容の状況	1 訪問理容を利用している 2 訪問理容の業者がみつからないため利用していない 3 訪問理容の必要性がないため利用していない					1 訪問美容を利用している 2 訪問美容の業者がみつからないため利用していない 3 訪問美容の必要性がないため利用していない					
(14) 受動喫煙防止対策の状況	1 施設内を全面禁煙としている 2 喫煙場所を設置し、非喫煙場所に煙が流れないように措置している 3 喫煙場所を設置しているが、非喫煙場所に煙が流れないように措置していない 4 その他(1～3以外の措置を講じている) 5 何ら措置を講じていない										
(15) 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)										

(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÷施設が定めている1週間の勤務時間

(調査票記入者名：)

ご協力ありがとうございました

[illegible][illegible][illegible]

*保健所 符合	
------------	--

[illegible]

*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) 開設主体	01 国・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 社団・財団法人 09 営利法人（会社） 10 その他の法人 11 個人			
(4) 介護報酬上の施設の種類 (複数回答)	療養病床を有する病院 (1 I型 2 II型 3 III型) 療養病床を有する診療所 (1 I型 2 II型) 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院 (1 I型 2 II型 3 III型)			
(5) 病床数	療養病床		老人性認知症疾患療養病棟	
	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	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
	床	床	床	床

以下の(6)～(8)の項目は、介護指定病床についての状況を記入してください。

(6)病室の状況		5人以上室	4人室	3人室	2人室	個室
	室数(室)					

(7)特別な室料	室料(日額)	円	円	円	円	円	円
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室
	室数	室	室	室	室	室	室

* 経由		数	特	老	療	ス	医	I	II
	* 組み合わせ								

(注) *印欄は施設では記入しないでください。

裏面につづきます

(8) 施設サービスの状況		介護指定病床における9月末日の在院者数(人)																																																																																																																		
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他																																																																																																													
		療養病床																																																																																																																		
	老人性認知症疾患療養病棟																																																																																																																			
(9) 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。) 01 介護老人福祉施設 07 通所介護事業所 02 介護老人保健施設 08 短期入所生活介護事業所 03 訪問看護ステーション 09 認知症対応型共同生活介護事業所 04 介護保険法による訪問リハビリテーション事業所 10 居宅介護支援事業所 05 訪問介護事業所 11 在宅介護支援センター 06 訪問入浴介護事業所 12 01～11との併設はない																																																																																																																			
(10) 従事者数	施設に在籍する職員のうち、介護療養型医療施設サービスを行う病棟(診療所においては病室)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。 <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">常勤者</th> <th colspan="2">非常勤者</th> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">常勤者</th> <th colspan="2">非常勤者</th> </tr> <tr> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>換算数</th> <th></th> <th>換算数</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>換算数</th> <th></th> <th>換算数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 医師</td> <td></td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> <td>7 介護支援専門員</td> <td></td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> </tr> <tr> <td>2 歯科医師</td> <td></td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> <td>8 栄養士</td> <td></td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> </tr> <tr> <td>3 薬剤師</td> <td></td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> <td>8のうち 管理栄養士</td> <td></td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> </tr> <tr> <td>4 看護師</td> <td></td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> <td>9 理学療法士</td> <td></td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> </tr> <tr> <td>5 准看護師</td> <td></td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> <td>10 作業療法士</td> <td></td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> </tr> <tr> <td>6 介護職員</td> <td></td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> <td>11 言語聴覚士</td> <td></td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> </tr> <tr> <td>6のうち 介護福祉士</td> <td></td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> <td>12 精神保健福祉士等</td> <td></td> <td></td> <td>.</td> <td></td> <td>.</td> </tr> </tbody> </table>											常勤者			非常勤者			常勤者			非常勤者		専従	兼務	換算数		換算数	専従	兼務	換算数		換算数	1 医師			.		.	7 介護支援専門員			.		.	2 歯科医師			.		.	8 栄養士			.		.	3 薬剤師			.		.	8のうち 管理栄養士			.		.	4 看護師			.		.	9 理学療法士			.		.	5 准看護師			.		.	10 作業療法士			.		.	6 介護職員			.		.	11 言語聴覚士			.		.	6のうち 介護福祉士			.		.	12 精神保健福祉士等			.		.
	常勤者			非常勤者			常勤者			非常勤者																																																																																																										
	専従	兼務	換算数		換算数		専従	兼務	換算数		換算数																																																																																																									
1 医師			.		.	7 介護支援専門員			.		.																																																																																																									
2 歯科医師			.		.	8 栄養士			.		.																																																																																																									
3 薬剤師			.		.	8のうち 管理栄養士			.		.																																																																																																									
4 看護師			.		.	9 理学療法士			.		.																																																																																																									
5 准看護師			.		.	10 作業療法士			.		.																																																																																																									
6 介護職員			.		.	11 言語聴覚士			.		.																																																																																																									
6のうち 介護福祉士			.		.	12 精神保健福祉士等			.		.																																																																																																									
(11) 調理業務の委託状況	委託している (1 全部委託 2 一部委託) 3 委託していない(直営)																																																																																																																			
(12) 調理の方法	1 施設内でクックチル、真空調理等の調理方法を採用している 2 施設内で上記の調理方法を採用していない 3 施設外で調理を行っている																																																																																																																			
(13) 訪問理容・美容の状況	1 訪問理容を利用している 2 訪問理容の業者がみつからないため利用していない 3 訪問理容の必要性がないため利用していない					1 訪問美容を利用している 2 訪問美容の業者がみつからないため利用していない 3 訪問美容の必要性がないため利用していない																																																																																																														

(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。

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

(調査票記入者名:)

ご協力ありがとうございました

*一連番号				
-------	--	--	--	--

* 經由		数	特	老	療	ス	医	I	II
	* 組み合わせ								

裏面につづきます

(7) 9 月 中 の 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						
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。		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）											
		30分未満											
		30分以上1時間未満											
		1時間以上1時間30分未満											
		1時間30分以上2時間未満											
2時間以上													
(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) 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	
									人		人	人	
									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		常 勤 者			非常勤者			
		専 従	兼 務	換算数	換算数	専 従	兼 務	換算数	換算数				
1 保 健 師				.		.	5 理学療法士				.		.
2 助 産 師				.		.	6 作業療法士				.		.
3 看 護 師				.		.	7 その他の職員				.		.
4 准 看 護 師				.		.	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。

換算数＝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

(調査票記入者名： _____)

ご協力ありがとうございました



総務省承認No.26100
承認期限 平成18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17年10月1日調査)

厚生労働省

* 配付番号

* 福祉事務所
符 号

* 保 健 所
符 号

* 市 区 町 村
符 号

* 一連番号

(1) 法人名、所在地、事業所名

(法 人 名)

(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1～8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	活動中=1 休止中=2 廃止=3
1 通所介護			1 昭和 2 平成 年 月	
2 短期入所生活介護			1 昭和 2 平成 年 月	
3 認知症対応型共同生活介護			平成 年 月	
4 特定施設入所者生活介護			平成 年 月	
5 訪問介護			1 昭和 2 平成 年 月	
6 訪問入浴介護			1 昭和 2 平成 年 月	
7 福祉用具貸与			1 昭和 2 平成 年 月	
8 居宅介護支援事業			平成 年 月	

(2) 経営主体及び開設主体

(右から該当する番号を選んで記入してください)

経営主体

通所介護事業所の開設主体

短期入所生活介護事業所(単独型)の開設主体

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 01 都道府県 | 08 農業協同組合及び連合会 |
| 02 市区町村 | 09 消費生活協同組合及び連合会 |
| 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 |

* 経由	数	特	老	療	ス	医	I	II
* 組み合わせ								

(注) * 印欄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 認知症専用単独型 4 認知症専用併設型									
(5) サービスの 提供状況	①定員 (一般) _____ 人 (認知症) _____ 人 ②9月中の開催日数 (一般) _____ 日 (認知症) _____ 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)								
認知症		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) 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) 社会福祉法人 等による減免 の状況	1 実施している 2 実施していない → 減免者数 _____ 人 (生活保護受給者は含みません)									
(8) 従事者数		常勤者			非常勤者		常勤者			非常勤者
		専従	兼務	換算数	換算数		専従	兼務	換算数	換算数
	1 医師			.	.	5 調理員			.	.
	2 看護師			.	.	6 栄養士			.	.
	3 准看護師			.	.	6のうち 管理栄養士			.	.
	4 機能訓練指導員			.	.	7 生活相談員			.	.
	4のうち 理学療法士			.	.	7のうち 社会福祉士			.	.
	4のうち 作業療法士			.	.	8 介護職員			.	.
	4のうち 言語聴覚士			.	.	8のうち 介護福祉士			.	.
	4のうち 柔道整復師			.	.	9 その他の職員			.	.
	4のうち あん摩マッサージ 指圧師			.	.					

(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

2 短期入所生活介護の状況

(9) 事業所の形態 (複数回答)	1 単独型 2 併設型 3 空床利用型												
(10)～(16)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。													
(10) 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)											
(11) 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												
(12) ユニットの 状況	以下の①～③は、介護報酬上の届出種別が「1」または「2」の事業所のみ記入してください。 なお、「2」の場合には、小規模生活単位型に該当する居室について記入してください。												
	①ユニットの規模(定員)		人	人	人	人	人	人	人	人			
	②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	ユニット	ユニット			
	③ユニット ケアの居室 の状況	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円			
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室			
		室数	室	室	室	室	室	室	室				
(13) 居室の状況		5人以上室	4人室	3人室	2人室		個室						
	室数(室)				小規模生活単位 型ユニット内	その他	小規模生活単位 型ユニット内	その他					
(14) 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												
(15) 社会福祉法人 等による減免の 状況	1 実施している 2 実施していない → 減免者数 人 (生活保護受給者は含みません)												
(16) 従事者数			常勤者			非常勤者				常勤者		非常勤者	
			専従	兼務	換算数	換算数				専従	兼務	換算数	換算数
	1 医師						5 調理員						
	2 看護師						6 栄養士						
	3 准看護師						6のうち 管理栄養士						
	4 機能訓練指導員						7 介護支援専門員						
	4のうち 理学療法士						8 生活相談員						
	4のうち 作業療法士						8のうち 社会福祉士						
	4のうち 言語聴覚士						9 介護職員						
	4のうち 柔道整復師						9のうち 介護福祉士						
	4のうち あん摩マッサージ 指圧師						10 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

次ページにつづきます

3 認知症対応型共同生活介護の状況

(17) 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）												
(18) 居室の状況 ※ 延床面積及び平均家賃は整数で記入してください。	2 人 室			個 室								
	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						
(19) 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											
(20) 入・退所者の状況	（平成16年10月1日～平成17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	⑦その他				
	入所者の入所前の場所											
	退所者の退所後の行先											
(21) 夜間及び深夜の勤務体制（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										
(22) 職員の資質向上等のための取組状況（複数回答）	（平成16年10月1日～平成17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・市町村が実施する認知症介護実務者研修の基礎課程に参加した 3 都道府県・市町村が実施する認知症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											
(23) 従事者数 ※ 複数の資格を有している者については、(1)～(3)のうち最も若い番号の資格について記入してください。			常 勤 者			非 常 勤 者		常 勤 者			非 常 勤 者	
			専従	兼務	換算数			専従	兼務	換算数		
	1 介護職員							2 介護支援専門員				
	(1) 1 のうち 看護師							3 その他の職員				
	(2) 1 のうち 准看護師											
	(3) 1 のうち 介護福祉士											

（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 特定施設入所者生活介護の状況

24 事業所の形態	1 有料老人ホーム 2 軽費老人ホーム									
25 サービスの提供状況 ※ 特定施設入所者生活介護を受けている要介護の入所者の状況を記入してください。	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 9月末日の利用者数(人)									
26 居室の状況(一時介護室は除く) ※ 特定施設入所者生活介護を受けている要介護の入所者の状況を記入してください。	個室(夫婦部屋含む)		2人室		3人室		4人室			
	室数	延床面積	室数	延床面積	室数	延床面積	室数	延床面積		
	室	m ²	室	m ²	室	m ²	室	m ²		
27 夜間及び深夜の時間帯における勤務体制	最少となる時間帯の人数 ① 看護職員 _____ 人 ② 介護職員 _____ 人 ※ 特定施設入所者生活介護を受けている入所者の担当の状況を記入してください。なお、分けられていない場合は、施設全体の状況を記入してください。									
28 従事者数 ※ 特定施設入所者生活介護を受けている入所者の担当の状況を記入してください。		常勤者			非常勤者		常勤者			非常勤者
		専従	兼務	換算数	換算数		専従	兼務	換算数	換算数
	1 介護職員			.	.	6 機能訓練指導員			.	.
	1のうち介護福祉士			.	.	6のうち理学療法士			.	.
	2 生活相談員			.	.	6のうち作業療法士			.	.
	2のうち社会福祉士			.	.	6のうち言語聴覚士			.	.
	3 看護師			.	.	6のうち柔道整復師			.	.
	4 准看護師			.	.	6のうちあん摩マッサージ指圧師			.	.
	5 介護支援専門員			.	.				.	.

(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

次ページにつづきます

5 訪問介護の状況

(29) 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)									
(30) 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								
(31) 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									
(32) 社会福祉法人等による減免の状況	1 実施している 2 実施していない → 減免者数 _____ 人 (生活保護受給者は含みません)									
(33) 職員の資質向上等のための取組状況 (複数回答)	(平成16年10月1日～平成17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・市町村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 3 都道府県・市町村が実施する研修に参加した (2の研修を除く) 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									
(34) 従事者数		常勤者			非常勤者		常勤者			非常勤者
		専従	兼務	換算数	換算数		専従	兼務	換算数	換算数
	1 訪問介護員					2 その他の職員				
	(1) 1のうち介護福祉士					訪問介護員のうちサテライトの従事者				
	(2) 1のうちホームヘルパー1級					従事者のうちサービス提供責任者				人
	(3) 1のうちホームヘルパー2級					その保有資格				人
(4) 1のうちホームヘルパー3級					介護福祉士				人	
※ 複数の資格を有している者については、(1)～(4)のうち最も若い番号の資格について記入してください。										
研修 (ホームヘルパー1, 2級) 修了者 _____ 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

6 訪問入浴介護の状況

(35) 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)										
(36) 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										
(37) 従事者数	※ 複数の資格を有している者については、(1)～(4)のうち最も若い番号の資格について記入してください。		常勤者			非常勤者		常勤者			非常勤者
			専従	兼務	換算数			換算数	専従	兼務	
		1 介護職員					2 看護師				
		(1) 1のうち介護福祉士					3 准看護師				
		(2) 1のうちホームヘルパー1級					4 その他の職員				
		(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									

7 福祉用具貸与の状況

(38) 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									
(39) 職員の資質向上等のための取組状況 (複数回答)	(平成16年10月1日～平成17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・市町村が実施する研修に参加した ☐ 3 民間団体や協会等が実施する研修に参加した ☐ 4 1～3は実施していない									
(40) 従事者数		常勤者			非常勤者		常勤者			非常勤者
		専従	兼務	換算数			換算数	専従	兼務	
		1 福祉用具専門相談員				2 その他の職員				
(41) 福祉用具専門相談員の資格の状況	1 有資格者(「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。) 介護福祉士 _____ 人 義肢装具士 _____ 人 保健師 _____ 人 看護師 _____ 人 准看護師 _____ 人 理学療法士 _____ 人 作業療法士 _____ 人 社会福祉士 _____ 人									
	※ 1～3の複数に該当する者については、最も若い番号について記入してください。									
	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

8 居宅介護支援事業の状況

(42) 独立・併設の状況 (複数回答)	(同一法人(法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む。)が同一又は隣接の敷地内で運営している異なる施設・事業所について、該当する番号すべてを○で囲んでください) 1 介護保険施設と併設している 2 居宅介護サービス事業所と併設している 3 在宅介護支援センターと併設している 4 介護療養型医療施設以外の病院・診療所と併設している 5 上記以外と併設している 6 1～5との併設はない(独立事業所)									
(43) 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)										
(44) 職員の資質向上等のための取組状況 (複数回答)	(平成16年10月1日～平成17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・市町村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・市町村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									
(45) 従事者数	常勤者			非常勤者		常勤者			非常勤者	
	専従	兼務	換算数	換算数	専従	兼務	換算数	換算数		
	1 介護支援専門員				2 その他の職員					

(調査票記入者名:)

(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



総務省承認No.26101
承認期限 平成18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)

厚生労働省

(平成17年10月1日調査)

* 配付番号									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ご回答者氏名

所属(部署)

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

* 保 健 所 符 号									
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* 市区町村 符 号									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

(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。	(法 人 名)			
	(事業所名)			
	〒□□□—□□□□ 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、事業開始年月及び活動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	活動中=1 休止中=2 廃止=3
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	01 都道府県 05 社会福祉法人 09 消費生活協同組合及び連合会 (社会福祉協議会以外)			
	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			

* 経由		数	特	老	療	ス	医	I	II
* 組み合わせ									

(注) * 印欄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) 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									
(5) 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) 社会福祉法人等による減免の状況	1 実施している 2 実施していない → 減免者数 _____ 人（生活保護受給者は含みません）											
(7) 職員の資質向上等のための取組状況（複数回答）	（平成16年10月1日～平成17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・市町村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 3 都道府県・市町村が実施する研修に参加した（2の研修を除く） 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				常勤者		非常勤者	
			専従	兼務	換算数	換算数			専従	兼務	換算数	換算数
	1 訪問介護員						2 その他の職員					
	(1) 1のうち介護福祉士						訪問介護員のうちサテライトの従事者					
	(2) 1のうちホームヘルパー1級						従事者のうちサービス提供責任者 _____ 人 その保有資格 介護福祉士 _____ 人 研修（ホームヘルパー1, 2級）修了者 _____ 人					
	(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											
	※ 複数の資格を有している者については、(1)～(4)のうち最も若い番号の資格について記入してください。											

（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

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、(1)～(4)のうち最も若い番号の資格について記入してください。		常勤者			非常勤者		常勤者			非常勤者
			専従	兼務	換算数			換算数	専従	兼務	
		1 介護職員					2 看護師				
		(1) 1のうち介護福祉士					3 准看護師				
		(2) 1のうちホームヘルパー1級					4 その他の職員				
		(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										

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) 職員の資質向上等のための取組状況 (複数回答)	(平成16年10月1日～平成17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・市町村が実施する研修に参加した 3 民間団体や協会等が実施する研修に参加した 4 1～3は実施していない									
(14) 従事者数		常勤者			非常勤者		常勤者			非常勤者
		専従	兼務	換算数			換算数	専従	兼務	
	1 福祉用具専門相談員					2 その他の職員				
(15) 福祉用具専門相談員の資格の状況	1 有資格者 (「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。) 介護福祉士 _____ 人 義肢装具士 _____ 人 保健師 _____ 人 看護師 _____ 人 准看護師 _____ 人 理学療法士 _____ 人 作業療法士 _____ 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

(16) 独立・併設の状況 (複数回答)	(同一法人(法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む。)が同一又は隣接の敷地内で運営している異なる施設・事業所について、該当する番号すべてを○で囲んでください) 1 介護保険施設と併設している 2 居宅介護サービス事業所と併設している 3 在宅介護支援センターと併設している 4 介護療養型医療施設以外の病院・診療所と併設している 5 上記以外と併設している 6 1～5との併設はない(独立事業所)											
(17) 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)												
(18) 職員の資質向上等のための取組状況 (複数回答)	(平成16年10月1日～平成17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・市町村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・市町村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											
(19) 従事者数		常勤者			非常勤者			常勤者			非常勤者	
		専従	兼務	換算数	換算数	専従		兼務	換算数		換算数	
	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



総務省承認No.26102

承認期限 平成18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(医療関係)票

厚生労働省

(平成17年10月1日調査)

*配付
番号*福祉事務所
符 号*保 健 所
符 号*市区町村
符 号

*一連番号

(1)施 設 名										
(2)施 設 の 所 在 地	〒□□□—□□□□ TEL () — () — ()									
(3)施 設 の 種 類	1 介護老人保健施設 2 介護療養型医療施設 3 その他の病院・診療所									
(4)居 宅 サ ー ビ ス の 種 類 ・ 活 動 状 況 ・ 事 業 所 の 種 別	短期入所療養介護	事業所 番 号 □□□□□□□□□□								活動状況 1 活動中 2 休止中 3 廃止
		介護老人保健施設・介護療養型医療施設における 実施の有無 1 有 2 無								
		(事業所の種別) *介護老人保健施設は記入しないでください。 1 療養病床を有する病院 3 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院 2 療養病床を有する診療所 4 基準適合診療所								
	テ 通 ー 所 リ シ ハ ヨ ビ ン リ	事業所 番 号 □□□□□□□□□□								活動状況 1 活動中 2 休止中 3 廃止
		介護老人保健施設における 実施の有無 1 有 2 無								
		(事業所の種別) *介護老人保健施設は記入しないでください。 通常規模の医療機関 (1 病院 2 診療所) 3 小規模診療所								
(5)開 設 主 体	01 国・都道府県 07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 02 市区町村 08 社団・財団法人 03 広域連合・一部事務組合 09 営利法人(会社) 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 10 その他の法人 05 医療法人 11 個人 06 社会福祉協議会									

短期入所療養介護の状況

(6)サ ー ビ ス の 提 供 状 況	指定を受けた病床数 _____ 床							
	↓ 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)							
	9月中の利用 延人員数(人)							

*経由		数	特	老	療	ス	医	I	II
*組み合わせ									

(注) *印欄は事業所では記入しないでください。

裏面につづきます

通所リハビリテーションの状況

(7)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)									
個別リハビリテーション 実施延人員数(再掲)										
(8)通所リハビリテーションの従事者数	常 勤 者			非常勤者		常 勤 者			非常勤者	
	専 従	兼 務	換算数	換算数		専 従	兼 務	換算数	換算数	
	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									
	4のうち 介護福祉士									

(注) (8)通所リハビリテーションの従事者数は、施設に在籍する職員のうち、(調査票記入者名： _____)
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。

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

※ 1か月に数回の勤務である場合

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

ご協力ありがとうございました