

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
(平成20年10月1日調査)

厚生労働省

事業所 番号											*配付 番号										
*福祉事務所 番号											*保健所 番号										
										*市区町村 番号											
										*一連番号											

[注] 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
2 *印の箇所は施設では記入しないでください。

(1) 法人名											活動の 状況	1 活動中 2 休止中 3 廃止
(2) 施設名												
(3) 施設の所在地	〒□□□-□□□□ TEL () - () - ()											
(4) 開設年月	1 昭和 2 平成 □□ 年 □□ 月											
(5) 開設主体及び 経営主体	開設主体 □□□□ 1 都道府県 5 社会福祉協議会 経営主体 □□□□ 2 市区町村 6 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 3 広域連合・一部事務組合 7 社団・財団法人 4 日本赤十字社 8 1~7以外											
(6) 介護報酬上の届出	該当する施設の種類の○をつけてください。 介護老人福祉施設(複数回答) 地域密着型介護老人福祉施設(複数回答) 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											
(7) ユニットの状況	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											
(8) 定員及び 居室の状況	入所定員 (短期入所生活介護(ショートステイ) 床の定員は含みません) 人 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) 5人以上室 4人室 3人室 2人室 個室 ユニット型 その他 ユニット型 その他 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)											
(9) 居住費の状況	各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。											
多床室	居住費(月額)	円	円	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	人室	人室	
従来型個室	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	室数	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	
ユニット型準個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(月額)	円	円	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	人室	人室	
ユニット型個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(月額)	円	円	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	人室	人室	
	室数	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	

*経由	*組み合わせ	数	特	老	療	ス	医	福	地

		9 月末日の在住所数（人） ※短期入所生活介護の利用者は含みません。					
		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	その他(経過措置含む)
(10) 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 月末日の在住所の「その他（経過措置含む）」のうち、要介護認定の 更新の申請を行った結果要支援認定を受けたが、経過措置により継続 して入所している者					_____人
		9 月末日の在住所のうち、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
(11) 食 費 の 状 況	施設が設定している料金を日額で記入してください。 1 日あたりの なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。 食 費 _____ 円						
(12) 社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している ⇨ 9 月中の軽減者数 _____ 人（生活保護受給者等は含みません） 2 実施していない						
(13) 苦情解決のための取組状況（複数回答）	該当する番号すべてを○で囲んでください。 1 苦情受付窓口の設置 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 6 1～5 でいずれも実施していない						
(14) 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 介護老人保健施設 03 介護療養型医療施設 04 03 以外の病院・診療所 05 〔介護予防訪問介護事業所 訪問介護事業所〕 06 〔介護予防訪問入浴介護事業所 訪問入浴介護事業所〕 07 〔介護予防訪問看護ステーション 訪問看護ステーション〕 08 〔介護予防訪問リハビリテーション事業所 訪問リハビリテーション事業所〕 09 〔介護予防通所介護事業所 通所介護事業所〕 10 〔介護予防通所リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所〕 11 〔介護予防短期入所生活介護事業所 短期入所生活介護事業所〕 12 〔介護予防短期入所療養介護事業所 短期入所療養介護事業所〕 13 〔介護予防特定施設入居者生活介護事業所 特定施設入居者生活介護事業所〕 14 居宅介護支援事業所 15 〔介護予防小規模多機能型居宅介護事業所 小規模多機能型居宅介護事業所〕 16 夜間対応型訪問介護事業所 17 〔介護予防認知症対応型通所介護事業所 認知症対応型通所介護事業所〕 18 〔介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 認知症対応型共同生活介護事業所〕 19 地域密着型特定施設 20 地域密着型介護老人福祉施設 21 介護予防支援事業所（地域包括支援センター） 22 在宅介護支援センター 23 01～22 との併設はない						
(15) 夜 勤 時 間 帯 に おける勤務体制	9 月30日から10月 1 日にかけて夜勤時間帯（午後10時から翌日午前 5 時を含めた連続する16時間）に夜勤を行った職員の 実人員数を記入してください。 看護職員 _____ 人 介護職員 _____ 人						
(16) 夜勤職員の実人員 数 及 び 総 時 間	9 月中の夜勤時間帯（午後10時から翌日午前 5 時を含めた連続する16時間）に夜勤を行った職員の実人員数及び総時間を 記入してください。 看護師 実人員数 _____ 人 准看護師 実人員数 _____ 人 介護職員 実人員数 _____ 人 夜勤総時間 _____ 時間 夜勤総時間 _____ 時間 夜勤総時間 _____ 時間						

(17) 従 事 者 数	常勤専従	常勤兼務		非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務		非常勤	換算数	
		換算数						換算数				
1 施 設 長			.		.	10 機能訓練指導員			.		.	
2 医 師			.		.		10のうち 理 学 療 法 士			.		.
3 歯 科 医 師			.		.		10のうち 作 業 療 法 士			.		.
4 生活相談員			.		.		10のうち 言 語 聴 覚 士			.		.
4のうち 社会福祉士			.		.		10のうち 柔道整復師			.		.
5 看 護 師			.		.		10のうち あん摩マッサージ 指 圧 師			.		.
6 准 看 護 師			.		.	11 障害者生活支援員			.		.	
7 介 護 職 員			.		.	12 介護支援専門員			.		.	
7のうち 介護福祉士			.		.	13 調 理 員			.		.	
8 管理栄養士			.		.	14 その他の職員			.		.	
9 栄 養 士			.		.				.		.	

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}} \quad (\text{換算数の詳細は手引参照})$$

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(18) 就 職 者 数 及 び 退 職 者 数		下記の職種（常勤専従・常勤兼務・非常勤）の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に 就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号を○で囲み、それぞれの人数を記入してください。			
		下記の職種に就職者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓ 4 生活相談員 _____ 人 5 看護師 _____ 人 6 准看護師 _____ 人 7 介護職員 _____ 人		下記の職種に退職者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓ 4 生活相談員 _____ 人 5 看護師 _____ 人 6 准看護師 _____ 人 7 介護職員 _____ 人	
※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。 ※兼務している場合は、それぞれに計上してください。					

記 入 者	氏 名		
	TEL	—	—
	FAX	—	—
	E-mail		

FAX・E-mailの記入は任意です。

ご協力ありがとうございました

		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 (経過措置含む)				
(11) 施設サービスの状況	一 般 棟										
	認 知 症 専 門 棟										
	(再掲)	9 月末日の「その他（経過措置含む）」の在所要者のうち、要介護認定有効期間内に要支援認定を受けたが、経過措置により継続して入所している者				一 般 棟 _____ 人	認知症専門棟 _____ 人				
(12) 食 費 の 状 況	施設が設定している料金を日額で記入してください。 なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。 1 日あたりの食費 _____ 円										
(13) 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。 併設事業所が予防介護事業・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。 ただし、当該施設が右記表の 10、12 の事業についてみなして行っている場合は併設とは言いません。 01 介護老人福祉施設 02 介護老人保健施設 03 介護療養型医療施設 04 03 以外の病院・診療所 05 介護予防訪問介護事業所 訪問介護事業所 06 介護予防訪問入浴介護事業所 訪問入浴介護事業所 07 介護予防訪問看護ステーション 訪問看護ステーション 08 介護予防訪問リハビリテーション事業所 訪問リハビリテーション事業所 09 介護予防通所介護事業所 通所介護事業所 10 介護予防通所リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所 11 介護予防短期入所生活介護事業所 短期入所生活介護事業所 12 介護予防短期入所療養介護事業所 短期入所療養介護事業所 13 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 特定施設入居者生活介護事業所 14 居宅介護支援事業所 15 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所 小規模多機能型居宅介護事業所 16 夜間対応型訪問介護事業所 17 介護予防認知症対応型通所介護事業所 認知症対応型通所介護事業所 18 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 認知症対応型共同生活介護事業所 19 地域密着型特定施設 20 地域密着型介護老人福祉施設 21 介護予防支援事業所（地域包括支援センター） 22 在宅介護支援センター 23 01～22 との併設はない										
(14) 夜 勤 時 間 帯 に おける勤務体制	9 月 30 日から 10 月 1 日にかけて夜勤時間帯（午後 10 時から翌日午前 5 時を含めた連続する 16 時間）に夜勤を行った職員の実人員数を記入してください。 看護職員 _____ 人 介護職員 _____ 人										
(15) 夜勤職員の実人員数 及 び 総 時 間	9 月中の夜勤時間帯（午後 10 時から翌日午前 5 時を含めた連続する 16 時間）に夜勤を行った職員の実人員数及び総時間を記入してください。 看護師 実人員数 _____ 人 准看護師 実人員数 _____ 人 介護職員 実人員数 _____ 人 夜勤総時間 _____ 時間 夜勤総時間 _____ 時間 夜勤総時間 _____ 時間										

(16) 従事者数	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 医師			.		.	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 管理栄養士			.		.
5 准看護師			.		.	12 栄養士			.		.
6 介護職員			.		.	13 介護支援専門員			.		.
6のうち 介護福祉士			.		.	14 調理員			.		.
7 支援相談員			.		.	15 その他の職員			.		.
7のうち 社会福祉士			.		.				.		.

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$ (換算数の詳細は手引参照)
(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

下記の職種（常勤専従・常勤兼務・非常勤）の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号を○で囲み、それぞれの人数を記入してください。				
(17) 就職者数及び退職者数	就職者数	下記の職種に就職者はいましたか。 1 いた 2 いない	退職者数	下記の職種に退職者はいましたか。 1 いた 2 いない
		4 看護師 _____ 人		4 看護師 _____ 人
		5 准看護師 _____ 人		5 准看護師 _____ 人
		6 介護職員 _____ 人		6 介護職員 _____ 人
		7 支援相談員 _____ 人		7 支援相談員 _____ 人
※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。 ※兼務している場合は、それぞれに計上してください。				

記入者	氏名	
	TEL	— —
	FAX	— —
	E-mail	

FAX・E-mailの記入は任意です。

ご協力ありがとうございました

(平成20年10月1日調査)

[illegible]

[注] 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
2 *印の箇所は施設では記入しないでください。

(1) 法人名						活動の 状 況	1 活動中	
(2) 施設名							2 休止中 3 廃止	
(3) 施設の所在地	〒 - TEL () - () - ()							
(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 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							
(5) 介護報酬上の届出 （複数回答）	病院療養型 (1 I型 2 II型 3 III型) ユニット型病院療養型 (1 I型 2 II型) 病院経過型 (1 I型 2 II型) ユニット型病院経過型 (1 I型 2 II型) 診療所型 (1 I型 2 II型) ユニット型診療所型 (1 I型 2 II型) 認知症疾患型 (1 I型 2 II型 3 III型 4 IV型 5 V型) ユニット型認知症疾患型 (1 I型 2 II型) 認知症経過型 (1 I型 2 II型)							
(6)は、「(5)介護報酬上の届出」の種別でユニット型として届け出た病室について記入してください。								
(6) ユニットの状況	療養病床	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
	老人性認知症 疾患療養病棟	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) 病床数	療養病床 介護指定病床を有する病棟の病床数			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			うち介護指定病床数				
	床	床	床	床	床	床	床	
以下の(8)～(10)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。								
(8) 病室の状況	5人以上室	4人室	3人室	2人室		個室		
	室	室	室	ユニット型 室	その他 室	ユニット型 室	その他 室	
(9) 居住費の状況	各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。							
多床室	居住費(月額)	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	
従来型個室	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円	
	室数	室	室	室	室	室	室	
ユニット型準個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(月額)	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	
ユニット型個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(月額)	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	

* 経過	* 組み合わせ	数	特	老	療	ス	医	福	地

		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 （経過措置含む）
(10) 施設サービスの状況	療養病床						
	老人性認知症 疾患療養病棟						
	(再掲)	9月末日の「その他（経過措置含む）」の在院者のうち、要介護認定有効期間内に要支援認定を受けたが、経過措置により継続して入院している者				療養病床 _____人	老人性認知症 疾患療養病棟 _____人
(11) 食費の状況		施設が設定している料金を日額で記入してください。 なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。 1日あたりの食費 _____ 円					
(12) 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。 併設事業所が予防介護事業・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。 ただし、当該施設が右記表の08、12の事業についてみなしで行っている場合は併設とは言いません。					
		01 介護老人福祉施設	13			介護予防特定施設入居者生活介護事業所 特定施設入居者生活介護事業所	
		02 介護老人保健施設	14			居宅介護支援事業所	
		03 介護療養型医療施設	15			介護予防小規模多機能型居宅介護事業所 小規模多機能型居宅介護事業所	
		04 03 以外の病院・診療所	16			夜間対応型訪問介護事業所	
		05 介護予防訪問介護事業所 訪問介護事業所	17			介護予防認知症対応型通所介護事業所 認知症対応型通所介護事業所	
		06 介護予防訪問入浴介護事業所 訪問入浴介護事業所	18			介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 認知症対応型共同生活介護事業所	
		07 介護予防訪問看護ステーション 訪問看護ステーション	19			地域密着型特定施設	
		08 介護予防訪問リハビリテーション事業所 訪問リハビリテーション事業所	20			地域密着型介護老人福祉施設	
		09 介護予防通所介護事業所 通所介護事業所	21			介護予防支援事業所（地域包括支援センター）	
		10 介護予防通所リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所	22			在宅介護支援センター	
		11 介護予防短期入所生活介護事業所 短期入所生活介護事業所	23			01～22 との併設はない	
		12 介護予防短期入所療養介護事業所 短期入所療養介護事業所					
(13) 夜勤時間帯における勤務体制		9月30日から10月1日にかけて夜勤時間帯（午後10時から翌日午前5時を含めた連続する16時間）に夜勤を行った職員の実人員数を記入してください。 看護職員 _____ 人 介護職員 _____ 人					
(14) 夜勤職員の実人員数及び総時間		9月中の夜勤時間帯（午後10時から翌日午前5時を含めた連続する16時間）に夜勤を行った職員の実人員数及び総時間を記入してください。 看護師 実人員数 _____ 人 夜勤総時間 _____ 時間 准看護師 実人員数 _____ 人 夜勤総時間 _____ 時間 介護職員 実人員数 _____ 人 夜勤総時間 _____ 時間					

(15) 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。									
		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤
1 医 師						7 介護支援専門員					
2 歯 科 医 師						8 管理栄養士					
3 薬 剤 師						9 栄 養 士					
4 看 護 師						10 理学療法士					
5 准 看 護 師						11 作業療法士					
6 介 護 職 員						12 言語聴覚士					
6のうち 介護福祉士						13 精神保健福祉士等					

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
 ※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$ (換算数の詳細は手引参照)

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(16) 就 職 者 数 及 び 退 職 者 数		下記の職種（常勤専従・常勤兼務・非常勤）の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号を○で囲み、それぞれの人数を記入してください。									
		下記の職種に就職者はいましたか。 1 いた 2 いない					下記の職種に退職者はいましたか。 1 いた 2 いない				
就 職 者 数	4 看 護 師				人	退 職 者 数	4 看 護 師				人
	5 准 看 護 師				人		5 准 看 護 師				人
	6 介 護 職 員				人		6 介 護 職 員				人

※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。
 ※兼務している場合は、それぞれに計上してください。

記 入 者	氏 名		
	TEL	—	—
	FAX	—	—
	E-mail		

FAX・E-mailの記入は任意です。

ご協力ありがとうございました



総務省承認 No.27422
承認期限 平成21年3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20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

- [注] 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
2 *印の箇所は事業所では記入しないでください。

(1) 法 人 名																									
(2) ス テ ー シ ョ ン 名																									
(3) ステーションの所在地	〒 - TEL () - () - ()																								
(4) サービスの種類・事業所番号	・10月1日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、印字内容を確認し、事業開始年月の記入及び活動状況の該当する番号を○で囲んでください。 ・印字されていない事業があった場合は、該当するサービス欄に事業所番号、ステーション名を記入してください。 <table><thead><tr><th>サービスの種類</th><th>事業所番号</th><th>ステーション名</th><th>事業開始年 月</th><th>活動状況</th></tr></thead><tbody><tr><td>041 介護予防訪問看護</td><td> </td><td></td><td>平成 年 月</td><td>1 活動中 2 休止中 3 廃止</td></tr><tr><td>042 訪問看護</td><td> </td><td></td><td>平成 年 月</td><td>1 活動中 2 休止中 3 廃止</td></tr></tbody></table>				サービスの種類	事業所番号	ステーション名	事業開始年 月	活動状況	041 介護予防訪問看護			平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止	042 訪問看護			平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止						
サービスの種類	事業所番号	ステーション名	事業開始年 月	活動状況																					
041 介護予防訪問看護			平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止																					
042 訪問看護			平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止																					
(5) 開設主体	該当する番号を○で囲んでください。 <table><tbody><tr><td>01 都道府県</td><td>09 社会福祉協議会</td></tr><tr><td>02 市区町村</td><td>10 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）</td></tr><tr><td>03 広域連合・一部事務組合</td><td>11 農業協同組合及び連合会</td></tr><tr><td>04 日本赤十字社・社会保険関係団体</td><td>12 消費生活協同組合及び連合会</td></tr><tr><td>05 医療法人</td><td>13 営利法人（会社）</td></tr><tr><td>06 医師会</td><td>14 特定非営利活動法人（NPO）</td></tr><tr><td>07 看護協会</td><td>15 その他の法人</td></tr><tr><td>08 社団・財団法人（医師会、看護協会以外）</td><td></td></tr></tbody></table>				01 都道府県	09 社会福祉協議会	02 市区町村	10 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）	03 広域連合・一部事務組合	11 農業協同組合及び連合会	04 日本赤十字社・社会保険関係団体	12 消費生活協同組合及び連合会	05 医療法人	13 営利法人（会社）	06 医師会	14 特定非営利活動法人（NPO）	07 看護協会	15 その他の法人	08 社団・財団法人（医師会、看護協会以外）						
01 都道府県	09 社会福祉協議会																								
02 市区町村	10 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）																								
03 広域連合・一部事務組合	11 農業協同組合及び連合会																								
04 日本赤十字社・社会保険関係団体	12 消費生活協同組合及び連合会																								
05 医療法人	13 営利法人（会社）																								
06 医師会	14 特定非営利活動法人（NPO）																								
07 看護協会	15 その他の法人																								
08 社団・財団法人（医師会、看護協会以外）																									
(6) 加算等の届出の状況	<table><thead><tr><th></th><th>緊急時訪問看護加算の届出</th><th>1 あり</th><th>2 なし</th></tr></thead><tbody><tr><td rowspan="3">介護保険法</td><td>特別管理体制の届出</td><td>1 あり</td><td>2 なし</td></tr><tr><td>ターミナルケア体制の届出</td><td>1 あり</td><td>2 なし</td></tr><tr><td>24時間対応体制加算の届出</td><td>1 あり</td><td>2 なし</td></tr><tr><td rowspan="3">健康保険法等</td><td>24時間連絡体制加算の届出</td><td>1 あり</td><td>2 なし</td></tr><tr><td>重症者管理加算の届出</td><td>1 あり</td><td>2 なし</td></tr></tbody></table>					緊急時訪問看護加算の届出	1 あり	2 なし	介護保険法	特別管理体制の届出	1 あり	2 なし	ターミナルケア体制の届出	1 あり	2 なし	24時間対応体制加算の届出	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	重症者管理加算の届出	1 あり	2 なし
	緊急時訪問看護加算の届出	1 あり	2 なし																						
介護保険法	特別管理体制の届出	1 あり	2 なし																						
	ターミナルケア体制の届出	1 あり	2 なし																						
	24時間対応体制加算の届出	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																						
	重症者管理加算の届出	1 あり	2 なし																						
	(7) 出張所等（サテライト事業所）の状況	<table><tbody><tr><td>サテライト事業所数</td><td> </td><td>事業所</td><td></td></tr><tr><td>9月中のサテライト事業所の利用実人員数</td><td> </td><td>人</td><td>9月中のサテライト事業所からの訪問回数の合計 回</td></tr></tbody></table>				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	9月中のサテライト事業所からの訪問回数の合計 回												
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	9月中のサテライト事業所からの訪問回数の合計 回																						

* 経由	* 組み合わせ	数	特	老	療	ス	医	福	地

平成20年10月1日の従事者について記入してください。 ※常勤兼務と非常勤に記入した場合は、換算数を記入してください。											
(10) 従事者数	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
	1 保健師							5 理学療法士			
2 助産師						6 作業療法士					
3 看護師						7 言語聴覚士					
4 准看護師						8 その他の職員					
						1～7のうち サテライト事業所 の従事者					

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
 ※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。
 ※「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。

換算数 =
$$\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}} \quad (\text{換算数の詳細は手引参照})$$

 (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(11) 就職者数及び退職者数		下記の職種（常勤専従・常勤兼務・非常勤）の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間における就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号を○で囲み、それぞれの人数を記入してください。	
就職者数	下記の職種に就職者はいましたか。 1 いた 2 いない	退職者数	下記の職種に退職者はいましたか。 1 いた 2 いない
	1 保健師 人		1 保健師 人
	2 助産師 人		2 助産師 人
	3 看護師 人		3 看護師 人
	4 准看護師 人		4 准看護師 人

※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。

(12) 「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」と併設している場合は、「1 併設している」の番号を○で囲み、介護支援専門員と兼務の有無を回答してください。 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している場合は、「1 兼務あり」の番号を○で囲み、その人数を記入してください。 1 兼務あり 人 2 兼務なし

記入者	氏名		
	TEL	-	-
	FAX	-	-
	E-mail		

FAX・E-mailの記入は任意です。

ご協力ありがとうございました



総務省承認 No.27423
承認期限 平成21年3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
(平成20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

[注] 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
2 *印の箇所は事業所では記入しないでください。

(1) 法 人 名	
(2) 事 業 所 名	
(3) 事業所の所在地	〒 - TEL () - () - ()

(4) サービスの種類・事業所番号	・10月1日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、印字内容を確認し、事業開始年月を記入してください。指定を受けている事業の回答ページに、回答を記入してください。 ・印字されていない事業があった場合は、該当するサービスの欄に事業所番号、事業所名等を記入してください。							
サービスの種類	事業所番号					事業所名	事業開始年月	回答ページ
071 介護予防施設							2 平成 年 月	2～3ページに記入してください
072 通所介護							1 昭和 年 月 2 平成 年 月	
081 介護予防短期入所生活介護							2 平成 年 月	4～5ページに記入してください
082 短期入所生活介護							1 昭和 年 月 2 平成 年 月	
091 介護予防特定施設入居者生活介護							2 平成 年 月	6～7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 昭和 年 月 2 平成 年 月	
101 介護予防訪問介護							2 平成 年 月	8ページに記入してください
102 訪問介護							1 昭和 年 月 2 平成 年 月	
111 介護予防訪問介護							2 平成 年 月	9ページに記入してください
112 訪問入浴介護							1 昭和 年 月 2 平成 年 月	
121 介護福祉用具貸与							2 平成 年 月	10ページに記入してください
122 福祉用具貸与							1 昭和 年 月 2 平成 年 月	
131 特定介護予防福祉用具販売							2 平成 年 月	
132 特定福祉用具販売							1 昭和 年 月 2 平成 年 月	
191 介護予防支援							2 平成 年 月	11ページに記入してください
201 居宅介護支援							1 昭和 年 月 2 平成 年 月	12ページに記入してください

(5) 経 営 主 体	あてはまる番号ひとつに○をつけてください。											
	01 都道府県	02 市区町村	03 広域連合・一部事務組合	04 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 社団・財団法人	08 農業協同組合及び連合会	09 消費生活協同組合及び連合会	10 営利法人（会社）	11 特定非営利活動法人（NPO）	12 その他の法人
(6) 苦情解決のための取組状況（複数回答）	あてはまる番号すべてに○をつけてください。											
	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	6 1～5のいずれも実施していない						

* 経由	* 組み合わせ	数	特	老	療	ス	医	福	地

次ページにつづきます

【071 介護予防通所介護・072 通所介護】

の指定を受けている場合は問1～6について、ご記入ください。

問1 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

問1-1 介護予防通所介護			問1-2 通所介護		
1 活動中	2 休止	3 廃止	1 活動中	2 休止	3 廃止
↓ 問2-1へ		→ 問2～6の回答の必要はありません	↓ 問2-2へ		→ 問2～6の回答の必要はありません

問2 「定員」「9月中の開催日数」「9月中の利用者」を記入してください。

※開催日数とは、利用者がいなくても事業所を開催していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。
※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。

問2-1 介護予防通所介護				問2-2 通所介護							
定員 人 9月中の開催日数 日 9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓				通所介護 定員 人 9月中の開催日数 日 9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓							
	要支援1	要支援2	その他		経過的要介護	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)				利用実人員数 (人)							
利用延人員数 (人)				利用延人員数 (人)							
				療養通所介護							
				定員 人 9月中の開催日数 日 9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓							
				経過的要介護 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)							

問3 事業所の形態についておたずねします。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1 小規模型（月平均300人以内）	3 大規模型（月平均900人超）
2 通常規模型（月平均301～900人）	4 療養通所介護

問4 社会福祉法人等の軽減についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1 実施している	⇒	9月中の軽減者数 人（生活保護受給者等は含みません）
2 実施していない		

問5へ ⇒

問5 平成20年10月1日の従事者を記入してください。(常勤兼務と非常勤に記入した場合は換算数を記入してください。)

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
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			.		.
4のうち あん摩マッサージ 指 圧 師			.		.

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
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			.		.
11 その他の職員			.		.

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

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

※「介護予防通所介護」と「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。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(換算数の詳細は手引参照)

問6 下記の職種(常勤専従・常勤兼務・非常勤)の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号に○をつけ、それぞれの人数を記入してください。

	下記の職種に就職者はいましたか。	1 いた	2 いない
就職者数		↓	
	2 看 護 師		人
	3 准 看 護 師		人
	9 生 活 相 談 員		人
	10 介 護 職 員		人

	下記の職種に退職者はいましたか。	1 いた	2 いない
退職者数		↓	
	2 看 護 師		人
	3 准 看 護 師		人
	9 生 活 相 談 員		人
	10 介 護 職 員		人

※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。
※兼務している場合はそれぞれに計上してください。

記入者	氏 名	
	TEL	- -
	FAX	- -
	E-mail	

FAX・E-mailの記入は任意です。

【081 介護予防短期入所生活介護・082 短期入所生活介護】

の指定を受けている場合は問7～12について、ご記入ください。

問7 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

問7-1 介護予防短期入所生活介護			問7-2 短期入所生活介護		
1 活動中	2 休止	3 廃止	1 活動中	2 休止	3 廃止
↓ 問8へ			↓ 問8へ		
→ 問8～12の回答の必要はありません			→ 問8～12の回答の必要はありません		

問8 介護報酬上の届出についておたずねします。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1 単独型
2 併設型
3 空床型
4 単独型ユニット型
5 併設型ユニット型
6 空床型ユニット型

(注) 問8の回答が「3」、「6」、「3」と「6」のみに該当した場合は、問9～問12の回答の必要はありません。

問9 「定員」「9月中の利用者」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。

※「空床（ユニット）型」と「併設（ユニット）型」を行っている事業所は「併設（ユニット）型」分についてのみ記入してください。

問9-1 介護予防短期入所生活介護				問9-2 短期入所生活介護							
定員 人				定員 人							
9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓				9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓							
	要支援1	要支援2	その他		経過的要介護	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)				利用実人員数 (人)							
利用日数合計 (日)				利用日数合計 (日)							

問10 社会福祉法人等の軽減についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

※「空床（ユニット）型」と「併設（ユニット）型」を行っている事業所は「併設（ユニット）型」分についてのみ記入してください。

1 実施している	→	9月中の軽減者数 人 (生活保護受給者等は含みません)
2 実施していない		

問11へ →

問11 平成20年10月1日の従事者を記入してください。(常勤兼務と非常勤に記入した場合は換算数を記入してください。)
※「空床(ユニット)型」と「併設(ユニット)型」を行っている事業所は「併設(ユニット)型」分についてのみ記入してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 医師			.		.	5 調理員			.		.
2 看護師			.		.	6 管理栄養士			.		.
3 准看護師			.		.	7 栄養士			.		.
4 機能訓練指導員			.		.	8 介護支援専門員			.		.
4のうち 理学療法士			.		.	9 生活相談員			.		.
4のうち 作業療法士			.		.	9のうち 社会福祉士			.		.
4のうち 言語聴覚士			.		.	10 介護職員			.		.
4のうち 柔道整復師			.		.	10のうち 介護福祉士			.		.
4のうち あん摩マッサージ 指圧師			.		.	11 その他の職員			.		.

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。
※「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。

換算数＝

従事者の1週間の勤務延時間数
当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数
(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(換算数の詳細は手引参照)

問12 下記の職種(常勤専従・常勤兼務・非常勤)の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号に○をつけ、それぞれの人数を記入してください。
※「空床(ユニット)型」と「併設(ユニット)型」を行っている事業所は「併設(ユニット)型」分についてのみ記入してください。

就職者数	下記の職種に就職者はいましたか。	1 いた	2 いない
		↓	
	2 看護師		人
	3 准看護師		人
	9 生活相談員		人
	10 介護職員		人

退職者数	下記の職種に退職者はいましたか。	1 いた	2 いない
		↓	
	2 看護師		人
	3 准看護師		人
	9 生活相談員		人
	10 介護職員		人

※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。
※兼務している場合はそれぞれに計上してください。

記入者	氏名	
	TEL	— —
	FAX	— —
	E-mail	

FAX・E-mailの記入は任意です。

【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】

の指定を受けている場合は問13～19について、ご記入ください。

問13 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

問13-1 介護予防特定施設入居者生活介護			問13-2 特定施設入居者生活介護		
1 活動中	2 休止	3 廃止	1 活動中	2 休止	3 廃止
↓ 問14-1へ		→ 問14～19の回答の必要はありません	↓ 問14-2へ		→ 問14～19の回答の必要はありません

問14 「定員」「9月中の利用者」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。

問14-1 介護予防特定施設入居者生活介護				問14-2 特定施設入居者生活介護							
定員 人				定員 人							
9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓				9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓							
	要支援1	要支援2	要支援認定申請中		経過的要介護	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)				9月末日の利用者数(人)							

問15 事業所の形態についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

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 適合高齢者専用賃貸住宅
-----------	-----------	-----------	---------------

問16 人員配置区分の状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1 一般型	2 外部サービス利用型
-------	-------------

利用している外部サービスについて、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1 (介護予防) 訪問介護	4 (介護予防) 福祉用具貸与
2 (介護予防) 訪問看護	5 (介護予防) その他
3 (介護予防) 通所介護	

問17 介護専用型か、混合型についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

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。

問18へ ⇒

問18 平成20年10月1日の従事者を記入してください。(常勤兼務と非常勤に記入した場合は換算数を記入してください。)

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 介護職員			.		.
1のうち 介護福祉士			.		.
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	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
6 機能訓練指導員			.		.
6のうち 理学療法士			.		.
6のうち 作業療法士			.		.
6のうち 言語聴覚士			.		.
6のうち 柔道整復師			.		.
6のうち あん摩マッサージ 指圧師			.		.
7 その他の職員			.		.

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

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

※「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。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(換算数の詳細は手引参照)

問19 下記の職種(常勤専従・常勤兼務・非常勤)の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1いた」の番号に○をつけ、それぞれ的人数を記入してください。

就職者数	下記の職種に就職者はいましたか。		1 いた	2 いない
			↓	
	1 介護職員		人	
	2 生活相談員		人	
	3 看護師		人	
	4 准看護師		人	

退職者数	下記の職種に退職者はいましたか。		1 いた	2 いない
			↓	
	1 介護職員		人	
	2 生活相談員		人	
	3 看護師		人	
	4 准看護師		人	

※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。

※兼務している場合はそれぞれに計上してください。

記入者	氏名		
	TEL	-	-
	FAX	-	-
	E-mail		

FAX・E-mailの記入は任意です。

【101 介護予防訪問介護・102 訪問介護】

の指定を受けている場合は問20～25について、ご記入ください。

問20 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

問20-1 介護予防訪問介護			問20-2 訪問介護		
1 活動中	2 休止	3 廃止	1 活動中	2 休止	3 廃止
↓ 問21-1へ			↓ 問21-2へ		
→ 問21～25の回答の必要はありません			→ 問21～25の回答の必要はありません		

問21 「9月中の営業日数」「9月中の利用者」を記入してください。

※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。

問21-1 介護予防訪問介護				問21-2 訪問介護							
9月中の営業日数 日				9月中の営業日数 日							
9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない				9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない							
↓				↓							
	要支援1	要支援2	その他		経過的要介護	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)				利用実人員数 (人)							
訪問回数合計 (回)				訪問回数合計 (回)							

問22 社会福祉法人等の軽減についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1 実施している	⇒	9月中の軽減者数 人（生活保護受給者等は含みません）
2 実施していない		

問23 平成20年10月1日の従事者を記入してください。（常勤兼務と非常勤に記入した場合は換算数を記入してください。）

*資格(1)～(5)を複数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。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 訪問介護員					
(1)1のうち 介護福祉士					
(2)1のうち 介護職員基礎研修 課程修了者					
(3)1のうち ホームヘルパー1級 研修課程修了者					
(4)1のうち ホームヘルパー2級 研修課程修了者					
(5)1のうち ホームヘルパー3級 研修課程修了者					
1のうち サテライト事業所の従事者					
2 その他の職員					

サービス提供責任者について

サービス提供責任者は何人ですか 人

↓

サービス提供責任者の保有資格をおたずねします。

1 介護福祉士の資格を保有している 人

2 1以外の者で
研修（介護職員基礎、ホームヘルパー1、2級）修了者 人

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。
※「介護予防訪問介護」と「訪問介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。
換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$
(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)
(換算数の詳細は手引参照)

問24 下記の職種（常勤専従・常勤兼務・非常勤）の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号に○をつけ、それぞれの人数を記入してください。

就職者数	下記の職種に就職者はいましたか。 1 いた 2 いない	↓
	1 訪問介護員 人	
退職者数	下記の職種に退職者はいましたか。 1 いた 2 いない	↓
	1 訪問介護員 人	

※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。

問25 研修の機会を確保していますか。あてはまる番号に○をつけてください。（研修の参加実績に関わらず体制を記入してください。）

	確保している	確保していない
事業所内研修	1	2

	確保している		確保していない
	事業所負担あり	事業所負担なし	
① 地方公共団体主催の研修	1	2	3
② 社会福祉協議会主催の研修	1	2	3
③ 関係団体主催の研修	1	2	3
④ 民間教育の研修	1	2	3
⑤ その他の研修	1	2	3

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -
	E-mail	

FAX・E-mailの記入は任意です。

【1 1 1 介護予防訪問入浴介護・1 1 2 訪問入浴介護】

の指定を受けている場合は問26～29について、ご記入ください。

問26 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

問26-1 介護予防訪問入浴介護			問26-2 訪問入浴介護		
1 活動中	2 休止	3 廃止	1 活動中	2 休止	3 廃止
↓ 問27-1へ			↓ 問27-2へ		
→ 問27～29の回答の必要はありません			→ 問27～29の回答の必要はありません		

問27 「9月中の営業日数」「9月中の利用者」を記入してください。

※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。
 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。

問27-1 介護予防入浴訪問介護				問27-2 訪問入浴介護							
9月中の営業日数 日				9月中の営業日数 日							
9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない				9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない							
↓				↓							
	要支援1	要支援2	その他		経過的要介護	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)				利用実人員数 (人)							
訪問回数合計 (回)				訪問回数合計 (回)							

問28 平成20年10月1日の従事者を記入してください。（常勤兼務と非常勤に記入した場合は換算数を記入してください。）

* 資格(1)～(5)を複数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。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 介護職員					
(1)1のうち 介護福祉士					
(2)1のうち 介護職員基礎研修 課程修了者					
(3)1のうち ホームヘルパー1級 研修課程修了者					
(4)1のうち ホームヘルパー2級 研修課程修了者					
(5)1のうち ホームヘルパー3級 研修課程修了者					

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
2 看護師					
3 准看護師					
4 その他の職員					

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

換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$
 (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)
 (換算数の詳細は手引参照)

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
 ※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。
 ※ 「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。

問29 下記の職種（常勤専従・常勤兼務・非常勤）の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号に○をつけ、それぞれの人数を記入してください。

就職者数		退職者数	
下記の職種に就職者はいましたか。 1 いた 2 いない		下記の職種に退職者はいましたか。 1 いた 2 いない	
↓		↓	
1 介護職員	人	1 介護職員	人
2 看護師	人	2 看護師	人
3 准看護師	人	3 准看護師	人

※同一法人内の異動は、就職・退職に含まれません。
 ※兼務している場合はそれぞれに計上してください。

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -
	E-mail	

FAX・E-mailの記入は任意です。

【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】

の指定を受けている場合は問30～34について、ご記入ください。

問30 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

問30-1 介護予防福祉用具貸与			問30-2 福祉用具貸与		
1 活動中	2 休止	3 廃止	1 活動中	2 休止	3 廃止
→ 問31-1へ		→ 問31～34の回答の必要はありません		→ 問31-2へ	
問30-3 特定介護予防福祉用具販売			問30-4 特定福祉用具販売		
1 活動中	2 休止	3 廃止	1 活動中	2 休止	3 廃止
→ 問32-1へ		→ 問32～34の回答の必要はありません		→ 問32-2へ	

問31 介護予防福祉用具貸与または福祉用具貸与を行っている事業所におたずねします。

「9月中の営業日数」「9月中の利用者」を記入してください。

※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。

問31-1 介護予防福祉用具貸与		問31-2 福祉用具貸与	
9月中の営業日数	日	9月中の営業日数	日
9月中の介護保険の利用者はいましたか。	1 いた 2 いない	9月中の介護保険の利用者はいましたか。	1 いた 2 いない
(9月以前からの継続利用者を含む)		(9月以前からの継続利用者を含む)	
↓		↓	
利用実人員	人	利用実人員	人

問32 特定介護予防福祉用具販売または特定福祉用具販売を行っている事業所におたずねします。

「9月中の営業日数」「9月中の利用者」「9月中の福祉用具販売数（介護保険のみ）」を記入してください。

※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。

問32-1 特定介護予防福祉用具販売		問32-2 特定福祉用具販売	
9月中の営業日数	日	9月中の営業日数	日
9月中の介護保険の利用者はいましたか。	1 いた 2 いない	9月中の介護保険の利用者はいましたか。	1 いた 2 いない
↓		↓	
「9月中の福祉用具販売数（介護保険のみ）」を記入してください。			
	腰掛便座	特殊尿器	入浴補助用具
			簡易浴槽
			移動用リフトのつり具の部分
「9月中」の福祉用具販売数（介護保険のみ）			

問33 平成20年10月1日の従事者を記入してください。（常勤兼務と非常勤に記入した場合は換算数を記入してください。）

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 福祉用具専門相談員					
2 その他の職員					

（注）従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。
※「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貸与」「特定福祉用具貸与」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。

換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$
（1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）
（換算数の詳細は手引参照）

問34 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

記入者	氏名		
	TEL	-	-
	FAX	-	-
	E-mail		

FAX・E-mailの記入は任意です。

【191介護予防支援（地域包括支援センター）】

の指定を受けている場合は問35～39について、ご記入ください。

問35 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

介護予防支援（地域包括支援センター）		
1 活動中	2 休止	3 廃止

↓ 問36へ → 問36～39の回答の必要はありません

問36 9月中の委託の状況についておたずねします。介護予防支援業務の一部を居宅介護支援事業所に委託しましたか。委託した場合、委託した人数、委託した事業所数をご記入ください。

9月中に委託しましたか。 1 委託した 2 委託しなかった

↓ 委託した人数を記入してください

	要支援1	要支援2	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）			

委託した事業所数は 事業所

問37 「9月中の利用者」を記入してください。問36で回答した委託した人数は含めません。

9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない

↓

	要支援1	要支援2	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）			

問38 独立・併設の状況についておたずねします。あてはまる番号すべてに○をつけてください。
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 居宅サービス事業所、介護予防サービス事業所、地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所と併設している
3 居宅介護支援事業所と併設している
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）

問39 平成20年10月1日の従事者を記入してください。（常勤兼務と非常勤に記入した場合は換算数を記入してください。）

*従業者数の再掲欄において、当該専門職員が複数の資格を有している場合は、通常標榜している資格を1つ決めた上で、当該資格欄に記載してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
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					
(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					

(注) 従業者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$
(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)
(換算数の詳細は手引参照)

記入者	氏名	TEL	FAX	E-mail
		-	-	
		-	-	

FAX・E-mailの記入は任意です。

【201 居宅介護支援】の指定を受けている場合は問40～43について、ご記入ください。

問40 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

居宅介護支援		
1 活動中	2 休止	3 廃止

↓ 問41へ

→ 問41～43の回答の必要はありません

問41 「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より委託された利用者は含めません。

9月中の利用者はいましたか。		1 いた	2 いない				
		↓					
	経過的要介護	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）							

問42 独立・併設の状況についておたずねします。あてはまる番号すべてに○をつけてください。
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 居宅サービス事業所、介護予防サービス事業所、地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所と併設している
3 介護予防支援（地域包括支援センター）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）

問43 平成20年10月1日の従事者を記入してください。（常勤兼務と非常勤に記入した場合は換算数を記入してください。）

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 介護支援専門員			.		.
2 その他の職員			.		.

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

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

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

（1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

（換算数の詳細は手引参照）

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -
	E-mail	

FAX・E-mailの記入は任意です。

ご協力ありがとうございました

[illegible][illegible]

* 保健所 保符 号	
---------------	--

* 市区町村号			
---------	--	--	--

[illegible]

[注] 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。

2 *印の箇所は事業所では記入しないでください。

(1) 法人名	
(2) 事業所名	
(3) 事業所の所在地	〒 - TEL () - () - ()

(4) サービスの種類・事業所番号

- ・10月1日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、印字内容を確認し、事業開始年月を記入してください。指定を受けている事業の回答ページに、回答を記入してください。
- ・印字されていない事業があった場合は、該当するサービスの欄に事業所番号、事業所名等を記入してください。

サービスの種類	事業所番号	事業所名	事業開始年月	回答ページ
141 介護予防認知症 対応型通所介護			2 平成 年 月	2～3ページ に記入して ください
142 認知症対応型 通所介護			1 昭和 2 平成 年 月	
181 介護予防機能型 小規模多機能 居宅介護			2 平成 年 月	4～5ページ に記入して ください
182 小規模多機能型 居宅介護			2 平成 年 月	
151 介護予防認知症 共同生活介護			2 平成 年 月	6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 昭和 2 平成 年 月	
161 地域密着型 特定施設入居 者生活介護			2 平成 年 月	7ページに 記入して ください
171 夜間対応型 訪問介護			2 平成 年 月	8ページに 記入して ください

(5) 経 営 主 体	あてはまる番号ひとつに○をつけてください。		
	01 都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 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 社団・財団法人 08 農業協同組合及び連合会	09 消費生活協同組合及び連合会 10 営利法人（会社） 11 特定非営利活動法人（NPO） 12 その他の法人 13 01～12以外
(6) 苦情解決のための取組状況 （複数回答）	あてはまる番号すべてに○をつけてください。		
	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 6 1～5のいずれも実施していない

* 經由		数	特	老	療	ス	医	福	地
	* 組み合わせ								

【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】

の指定を受けている場合は問1～6について、ご記入ください。

問1 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

問1-1 介護予防認知症対応型通所介護			問1-2 認知症対応型通所介護		
1 活動中	2 休止	3 廃止	1 活動中	2 休止	3 廃止
↓ 問2-1へ			↓ 問2-2へ		
→ 問2～6の回答の必要はありません			→ 問2～6の回答の必要はありません		

問2 「定員」「9月中の開催日数」「9月中の利用者」を記入してください。

※開催日数とは、利用者がいなくても事業所を開催していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。

※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。

問2-1 介護予防認知症対応型通所介護				問2-2 認知症対応型通所介護							
定員 人 9月中の開催日数 日				定員 人 9月中の開催日数 日							
9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓				9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓							
	要支援1	要支援2	その他		経過的要介護	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)				利用実人員数 (人)							
利用延人員数 (人)				利用延人員数 (人)							

問3 事業所の形態についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1 単独型	2 併設型	3 共用型
-------	-------	-------

問4 社会福祉法人等の軽減についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1 実施している	→ 9月中の軽減者数 人（生活保護受給者等を含みません）
2 実施していない	

問5へ ⇒

問5 平成20年10月1日の従事者についてご記入ください。(常勤兼務と非常勤に記入した場合は換算数を記入してください。)

		常勤専従		常勤兼務		非常勤	
			換算数		換算数		換算数
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						
	4のうちあん摩マッサージ指圧師						
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						
11	その他の職員						

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

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

※ 「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。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(換算数の詳細は手引参照)

問6 下記の職種（常勤専従・常勤兼務・非常勤）の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号を○をつけ、それぞれの人数を記入してください。

就職者数	下記の職種に就職者はいましたか。	1 いた	2 いない
		↓	
	2 看護師		人
	3 准看護師		人
	9 生活相談員		人
退職者数	10 介護職員		人
	下記の職種に退職者はいましたか。	1 いた	2 いない
		↓	
	2 看護師		人
	3 准看護師		人
	9 生活相談員		人
	10 介護職員		人

※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。
※兼務している場合はそれぞれに計上してください。

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -
	E-mail	

FAX・E-mailの記入は任意です。

【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】

の指定を受けている場合は問7～12について、ご記入ください。

問7 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

問7-1 介護予防小規模多機能型居宅介護			問7-2 小規模多機能型居宅介護		
1 活動中	2 休止	3 廃止	1 活動中	2 休止	3 廃止
↓ 問8-1へ		→ 問8～12の回答の必要はありません	↓ 問8-2へ		→ 問8～12の回答の必要はありません

問8 「定員」「9月中の利用者」を記入してください。

※介護と介護予防と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。

問8-1 介護予防小規模多機能型居宅介護				問8-2 小規模多機能型居宅介護																																														
<table border="1"> <tr> <th>登録定員</th> <th>宿泊サービスの利用定員</th> <th>通いサービスの利用定員</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				登録定員	宿泊サービスの利用定員	通いサービスの利用定員				<table border="1"> <tr> <th>登録定員</th> <th>宿泊サービスの利用定員</th> <th>通いサービスの利用定員</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								登録定員	宿泊サービスの利用定員	通いサービスの利用定員																														
登録定員	宿泊サービスの利用定員	通いサービスの利用定員																																																
登録定員	宿泊サービスの利用定員	通いサービスの利用定員																																																
9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓ 介護予防小規模多機能型居宅介護を利用した者を記入してください。				9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓ 小規模多機能型居宅介護を利用した者を記入してください。																																														
<table border="1"> <tr> <th></th> <th>要支援1</th> <th>要支援2</th> <th>その他</th> </tr> <tr> <td rowspan="2">事業所 利用実人員数 (人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">事業所 利用延人員数 (人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					要支援1	要支援2	その他	事業所 利用実人員数 (人)							事業所 利用延人員数 (人)							<table border="1"> <tr> <th>経過的要介護</th> <th>要介護1</th> <th>要介護2</th> <th>要介護3</th> <th>要介護4</th> <th>要介護5</th> <th>その他</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他														
	要支援1	要支援2	その他																																															
事業所 利用実人員数 (人)																																																		
事業所 利用延人員数 (人)																																																		
経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他																																												
↓ 上記の利用した者をサービス別に記入してください。一人の者が重複してサービスを利用した場合はそれぞれのサービスに計上してください。				↓ 上記の利用した者をサービス別に記入してください。一人の者が重複してサービスを利用した場合はそれぞれのサービスに計上してください。																																														
<table border="1"> <tr> <th></th> <th>要支援1</th> <th>要支援2</th> <th>その他</th> </tr> <tr> <td rowspan="2">事業所 利用実人員数 (人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">事業所 利用延人員数 (人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					要支援1	要支援2	その他	事業所 利用実人員数 (人)							事業所 利用延人員数 (人)							<table border="1"> <tr> <th>経過的要介護</th> <th>要介護1</th> <th>要介護2</th> <th>要介護3</th> <th>要介護4</th> <th>要介護5</th> <th>その他</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他														
	要支援1	要支援2	その他																																															
事業所 利用実人員数 (人)																																																		
事業所 利用延人員数 (人)																																																		
経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他																																												
サービス	宿泊	利用実人員数 (人)																																																
		利用延人員数 (人)																																																
	通い	利用実人員数 (人)																																																
		利用延人員数 (人)																																																
	訪問	利用実人員数 (人)																																																
		利用延人員数 (人)																																																

問9 社会福祉法人等の軽減についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1 実施している	⇒	9月中の軽減者数		人 (生活保護受給者等は含みません)
2 実施していない				

問10へ ⇒

問10 併設の状況についておたずねします。以下の併設しているものすべてに○をつけてください。

1 認知症対応型共同生活介護事業所

2 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所

3 地域密着型介護老人福祉施設

4 介護老人福祉施設

5 介護老人保健施設

6 介護療養型医療施設

7 特定施設入居者生活介護事業所

8 特定施設以外の有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅等

9 上記以外の居宅サービス事業所

10 1～9の併設なし

問11 平成20年10月1日の従事者についてご記入ください。（常勤兼務と非常勤に記入した場合は換算数を記入してください。）

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 介護職員					
1のうち 介護福祉士					
1のうち 看護師					
1のうち 准看護師					

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
2 介護支援専門員					
3 その他の職員					

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

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

※ 「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。

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

（1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

（換算数の詳細は手引参照）

問12 下記の職種（常勤専従・常勤兼務・非常勤）の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号を○をつけ、それぞれの人数を記入してください。

就職者数

下記の職種に就職者はいましたか。 1 いた 2 いない

↓

1 介護職員 人

退職者数

下記の職種に退職者はいましたか。 1 いた 2 いない

↓

1 介護職員 人

※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -
	E-mail	

FAX・E-mailの記入は任意です。

【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】

の指定を受けている場合は問13～16について、ご記入ください。

問13 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

問13-1 介護予防認知症対応型共同生活介護			問13-2 認知症対応型共同生活介護		
1 活動中	2 休止	3 廃止	1 活動中	2 休止	3 廃止
↓ 問14-1へ		→ 問14～16の回答の必要はありません	↓ 問14-2へ		→ 問14～16の回答の必要はありません

問14 「定員」「9月中の利用者」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。

問14-1 介護予防認知症対応型共同生活介護			問14-2 認知症対応型共同生活介護						
定員 人			定員 人						
9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓			9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓						
	要支援2	その他		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)			9月末日の利用者数(人)						
			うち「短期利用」の利用者数(人)						

問15 平成20年10月1日の従事者についてご記入ください。(常勤兼務と非常勤に記入した場合は換算数を記入してください。)

*複数の資格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について記入してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
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					

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
2 計画作成担当者					
3 その他の職員					

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

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

※ 「介護予防認知症対応型共同生活介護」と「認知症対応型共同生活介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(換算数の詳細は手引参照)

問16 下記の職種(常勤専従・常勤兼務・非常勤)の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号を○をつけ、それぞれの人数を記入してください。

就職者数	下記の職種に就職者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓
	1 介護職員 人

退職者数	下記の職種に退職者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓
	1 介護職員 人

※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -
	E-mail	

FAX・E-mailの記入は任意です。

【161 地域密着型特定施設入居者生活介護】

の指定を受けている場合は問17～21について、ご記入ください。

問17 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

地域密着型特定施設入居者生活介護		
1 活動中	2 休止	3 廃止

↓ 問18へ → 問18～21の回答の必要はありません

問18 「定員」「9月中の利用者」を記入してください。

地域密着型特定施設入居者生活介護							
定員 人							
9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない							
↓							
	経過的要介護	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)							

問19 事業所の形態についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

有料老人ホーム	(1 サテライト型以外	2 サテライト型)
軽費老人ホーム	(3 サテライト型以外	4 サテライト型)
養護老人ホーム	(5 サテライト型以外	6 サテライト型)
適合高齢者専用賃貸住宅	(7 サテライト型以外	8 サテライト型)

問20 平成20年10月1日の従事者についてご記入ください。(常勤兼務と非常勤に記入した場合は換算数を記入してください。)

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 介護職員					
1のうち 介護福祉士					
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	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
6 機能訓練指導員					
6のうち 理学療法士					
6のうち 作業療法士					
6のうち 言語聴覚士					
6のうち 柔道整復師					
6のうち あん摩マッサージ師					
7 その他の職員					

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

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$
(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)
(換算数の詳細は手引参照)

問21 下記の職種(常勤専従・常勤兼務・非常勤)の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号を○をつけ、それぞれの人数を記入してください。

	下記の職種に就職者はいましたか。	1 いた	2 いない
就職者数		↓	
	1 介護職員	人	
	2 生活相談員	人	
	3 看護師	人	
	4 准看護師	人	

	下記の職種に退職者はいましたか。	1 いた	2 いない
退職者数		↓	
	1 介護職員	人	
	2 生活相談員	人	
	3 看護師	人	
	4 准看護師	人	

※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。
※兼務している場合はそれぞれに計上してください。

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -
	E-mail	

FAX・E-mailの記入は任意です。

【171 夜間対応型訪問介護】の指定を受けている場合は問22～27について、ご記入ください。

問22 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

夜間対応型訪問介護		
1 活動中	2 休止	3 廃止

↓ 問23へ → 問23～27の回答の必要はありません

問23 「9月中の営業日数」「9月中の利用者」を記入してください。

※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。

夜間対応型訪問介護								
9月中の営業日数								
9月中の利用者はいましたか。		1 いた						
		2 いない						
		利用実人員数(人)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
		訪問回数合計(回)						

問24 オペレーションセンターを設置していますか。

1 I型（オペレーションセンターを設置している）	→	か所
2 II型（オペレーションセンターを設置していない）		

問25 社会福祉法人等の軽減についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1 実施している	→	9月中の軽減者数	人（生活保護受給者等は含みません）
2 実施していない			

問26 平成20年10月1日の従事者についてご記入ください。（常勤兼務と非常勤に記入した場合は換算数を記入してください。）

※複数の資格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について記入してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 訪問介護員					
(1) 1のうち 介護福祉士					
(2) 1のうち 介護職員基礎研修課程修了者					
(3) 1のうち ホームヘルパー1級研修課程修了者					
(4) 1のうち ホームヘルパー2級研修課程修了者					
(5) 1のうち ホームヘルパー3級研修課程修了者					
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 社会福祉士					
(5) 2のうち 介護福祉士					
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 社会福祉士					
(5) 3のうち 介護福祉士					
4 その他の職員					

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$
(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)
(換算数の詳細は手引参照)

問27 下記の職種（常勤専従・常勤兼務・非常勤）の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号を○をつけ、それぞれの人数を記入してください。

就職者数	下記の職種に就職者はいましたか。	1 いた	2 いない
	↓		
	1 訪問介護員	人	
退職者数	下記の職種に退職者はいましたか。	1 いた	2 いない
	↓		
	1 訪問介護員	人	

※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。

記入者	氏名		
	TEL	-	-
	FAX	-	-
	E-mail		

FAX・E-mailの記入は任意です。

ご協力ありがとうございました



総務省承認 No.27425
承認期限 平成21年3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

(平成20年10月1日調査)

厚生労働省

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

* 福祉事務所 付 号					
----------------	--	--	--	--	--

* 保健所 付 号					
--------------	--	--	--	--	--

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

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

- [注] 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
2 * 印の箇所は事業所では記入しないでください。

(1) 法 人 名			
(2) 施 設 名			
(3) 施 設 の 所 在 地	〒 - TEL () - () - ()		

(4) 施 設 の 種 類 ・
サ ー ビ ス の 状 況

- ・10月1日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、印字内容を確認し、活動状況の該当する番号を○で囲んでください。
・印字されていない事業があった場合は、該当するサービス欄に事業所番号、事業所名を記入してください。

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

	事業所番号	事業所名	活動状況
短期入所療養介護	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
	事業所の種別 (複数回答)	1 介護老人保健施設 2 ユニット型介護老人保健施設 3 病院療養型 4 ユニット型病院療養型 5 病院経過型 6 ユニット型病院経過型 7 診療所療養型 8 ユニット型診療所療養型 9 認知症疾患型 10 ユニット型認知症疾患型 11 認知症経過型 12 基準適合診療所型	

	事業所番号	事業所名	活動状況
通所リハビリテーション	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
	事業所の種別	通常規模の医療機関 (1 病院 2 診療所) 3 小規模診療所 4 介護老人保健施設	

(5) 開 設 主 体	該当する番号を○で囲んでください。
	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

* 経由	* 組み合わせ	数	特	老	療	ス	医	福	地

(6) サービスの提供状況	介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の指定病床数を記入してください。空床利用型の場合は指定病床数の記入の必要はありません。								
	介護予防短期入所療養介護	利用者の有無に関わらず、指定病床数を記入してください。 床							
		9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない							
		↓							
			要支援1	要支援2	その他				
		利用実人員数 (人)							
		利用延人員数 (人)							
	短期入所療養介護	利用者の有無に関わらず、指定病床数を記入してください。 床							
		9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない							
		↓							
		経過的要介護	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)									

記入者	氏名	
	TEL	— —
	FAX	— —
	E-mail	

FAX・E-mailの記入は任意です。

次ページにつづきます

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

(7) サービスの提供状況		開催日数とは、利用者がいなくても事業所を開催していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。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。																																															
		介護予防通所リハビリテーション 定員を記入してください。 人 9月中の開催日数を記入してください。 日 9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓																																															
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 20%;">要支援1</th> <th style="width: 20%;">要支援2</th> <th style="width: 30%;">その他</th> </tr> <tr> <td>利用実人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>利用延人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>											要支援1	要支援2	その他	利用実人員数(人)				利用延人員数(人)																													
			要支援1	要支援2	その他																																												
		利用実人員数(人)																																															
利用延人員数(人)																																																	
通所リハビリテーション 定員を記入してください。 人 9月中の開催日数を記入してください。 日 9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 10%;">経過的要介護</th> <th style="width: 10%;">要介護1</th> <th style="width: 10%;">要介護2</th> <th style="width: 10%;">要介護3</th> <th style="width: 10%;">要介護4</th> <th style="width: 10%;">要介護5</th> <th style="width: 10%;">その他</th> </tr> <tr> <td>利用実人員数(人)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>リハビリテーションマネジメント 実施実人員数(再掲)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>利用延人員数(人)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>リハビリテーションマネジメント 実施延人員数(再掲)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											経過的要介護	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)								リハビリテーションマネジメント 実施実人員数(再掲)								利用延人員数(人)								リハビリテーションマネジメント 実施延人員数(再掲)							
	経過的要介護	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)																																																	
リハビリテーションマネジメント 実施実人員数(再掲)																																																	
利用延人員数(人)																																																	
リハビリテーションマネジメント 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 平成20年10月1日に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記入してください。 ※常勤兼務と非常勤に記入した場合は、換算数を記入してください。											
		常勤専従		常勤兼務		換算数		非常勤		換算数	
1	医 師							5	理学療法士		
2	看 護 師							6	作業療法士		
3	准 看 護 師							7	言語聴覚士		
4	介 護 職 員							8	歯科衛生士		
4のうち 介護福祉士											

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
 ※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。
 ※「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。

従事者の1週間の勤務延時間数
 換算数 = ÷
 当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数 (換算数の詳細は手引参照)
 (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(9) 就職者数及び退職者数 下記の職種（常勤専従・常勤兼務・非常勤）の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間における就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号を○で囲み、それぞれの人数を記入してください。															
就職者数		下記の職種に就職者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓						退職者数		下記の職種に退職者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓					
		2 看 護 師 人								2 看 護 師 人					
		3 准 看 護 師 人								3 准 看 護 師 人					
		4 介 護 職 員 人								4 介 護 職 員 人					
		※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。 ※兼務している場合は、それぞれに計上してください。													

記入者	氏 名		
	TEL	—	—
	FAX	—	—
	E-mail		

FAX・E-mailの記入は任意です。

ご協力ありがとうございました