

介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設票

(平成22年10月1日調査)

* 一連番号

* 調査番号

* 事業所番号

[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 (運営法人名を記入してください)											
(2) 施設名											
(3) 施設の所在地	〒□□□-□□□□ TEL()-()-()										
(4) 活動の状況	1 活動中 2 休止中 3 廃止										
(5) 開設年月	1 昭和 2 平成 □□年 □□月										
(6) 開設主体及び経営主体	開設主体	それぞれ該当する番号を選択し、左の各欄に記入してください。									
	経営主体	01 都道府県	02 市区町村	03 広域連合・一部事務組合	04 日本赤十字社	05 社会福祉協議会	06 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	07 社団・財団法人(公益・一般)	08 01~07以外		
(7) 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。「*」が付いた施設への変更がある場合は、事務局までご連絡ください。										
	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	2 小規模介護福祉施設	3 ユニット型介護福祉施設	4 ユニット型小規模介護福祉施設	1 地域密着型介護福祉施設	2 サテライト型介護福祉施設	3 ユニット型地域密着型介護福祉施設	4 ユニット型サテライト型地域密着型介護福祉施設			
(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。										
	多床室										
	5人以上室	4人室	3人室	2人室	従来型個室	ユニット型 夫婦等の2人室 個室(準個室を含む)					
室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	
上記居室の一部に短期入所生活介護(ショートステイ)床を (1 含む 2 含まない)											
(9) ユニットの状況	「(7)介護報酬上の届出」の種別が「3」または「4」に該当する場合のみ記入してください。 なお、ユニット型として届け出た居室について記入してください。										
	ユニットの規模(定員)	人	人	人	人	人	人	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	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	
(10) 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。 居住費の室数と(8)居室の室数は一致させてください。										
	多床室	居住費(日額)	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
		室数	室	室	室	室	室	室	室	室	室
	従来型個室	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円	円
		室数	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(日額)	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
		室数	室	室	室	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(日額)	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
		室数	室	室	室	室	室	室	室	室	室

*利用者個票 *利用者一覧票

裏面につづきます

(11) 施設サービスの状況	9月末日の在住所数(人)									
	短期入所生活介護(ショートステイ)の利用者は含めないでください。									
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他				
	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					
(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) 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									
(14) 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									
(15) 夜勤時間帯における勤務体制	平成22年9月30日から10月1日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数を記入してください。									
	夜勤を行った看護職員がいましたか。 1 いた ⇨ 夜勤を行った看護職員 _____ 人 2 いない		夜勤を行った介護職員がいましたか。 1 いた ⇨ 夜勤を行った介護職員 _____ 人 2 いない							
(16) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(平成22年9月1日~30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)、1人平均の夜勤回数及び平成22年9月中の夜勤の最高回数を記入してください。									
	看護職員	実人員数 _____ 人	1人平均の夜勤回数 _____ 回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数 _____ 回						
	介護職員	実人員数 _____ 人	1人平均の夜勤回数 _____ 回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数 _____ 回						
(17) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去1年間)	平成21年10月1日~平成22年9月30日の間に、 介護福祉士養成校 からの実習生を受け入れたことがありますか。									
	1 受け入れあり	⇨	過去1年間で実習生を受け入れた日数 _____ 日/365日	受け入れた延人数 _____ 人日						
	2 受け入れなし									
(18) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去1年間)	平成21年10月1日~平成22年9月30日の間に、 社会福祉士養成校 からの実習生を受け入れたことがありますか。									
	1 受け入れあり	⇨	過去1年間で実習生を受け入れた日数 _____ 日/365日	受け入れた延人数 _____ 人日						
	2 受け入れなし									
(19) 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 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。

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

(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。)

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

調査票記入者名・担当部署と連絡先 (※必須)	(担当部署名)
	(調査票記入者名)
	電話 (_____)
上記以外連絡先 (携帯、FAX等)	

ご協力ありがとうございました



統計法に基づく一般統計調査

介護サービス施設・事業所調査

介護老人保健施設票

(平成22年10月1日調査)

2

厚生労働省

* 一連番号	
* 調査番号	
* 事業所番号	

[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 (運営法人名を記入してください)							
(2) 施設名							
(3) 施設の所在地	〒□□□-□□□□ TEL()-()-()						
(4) 活動の状況	1 活動中 2 休止中 3 廃止						
(5) 開設年月	1 昭和 2 平成		□	年	□	月	
(6) 開設主体	開設主体	該当する番号を選択し、左の回答欄に記入してください。					
		01 都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 05 医療法人 06 社会福祉協議会	07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 08 社団・財団法人(公益・一般) 09 その他の法人 10 個人 11 01~10以外				
(7) 介護報酬上の届出 (複数回答)	介護保健施設 (1 I型 2 II型 3 III型)			ユニット型介護保健施設 (4 I型 5 II型 6 III型)			
(8) 療養体制維持特別加算の状況	「(7)介護報酬上の届出」の種別で、2、3、5、6(II型、III型)に該当する施設は記入してください。 1 加算している 2 加算していない						
(9) 小規模介護老人保健施設等の設置状況	1から3の施設を設置している場合、該当する番号に○をしてください。 1 サテライト型小規模介護老人保健施設 2 医療機関併設型小規模介護老人保健施設 3 分館型介護老人保健施設						
(10) 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					
	療養室の状況						
		多床室			従来型個室	ユニット型	
	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室(準個室を含む)	
	一般棟室数(室)						
	認知症専門棟室数(室)						
(11) ユニットの状況	「(7)介護報酬上の届出」の種別でユニット型介護保健施設(I型、II型、III型)に該当する場合は記入してください。 なお、ユニット型として届け出た療養室について記入してください。						
	一般棟	ユニットの規模(定員)	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
	認知症専門棟	ユニットの規模(定員)	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	
(12) 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。 居住費の室数と(10)療養室の室数は一致させてください。						
多床室	居住費(日額)	円	円	円	円	円	
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	
	室数	室	室	室	室	室	
従来型個室	居住費(日額)	円	円	円	円	円	
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	
	室数	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(日額)	円	円	円	円	円	
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	
	室数	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(日額)	円	円	円	円	円	
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	
	室数	室	室	室	室	室	

*利用者個票	*利用者一覧票

裏面につづきます

(13) 施設サービスの状況	9月末日の在所要者数(人)									
	短期入所療養介護の利用者は含めないで下さい。									
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他				
	一般棟									
	認知症専門棟									
(14) 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									
(15) 夜勤時間帯における勤務体制	平成22年9月30日から10月1日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数を記入してください。									
	夜勤を行った看護職員がいましたか。 1 いた \rightarrow 夜勤を行った看護職員 _____ 人 2 いない			夜勤を行った介護職員がいましたか。 1 いた \rightarrow 夜勤を行った介護職員 _____ 人 2 いない						
(16) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(平成22年9月1日～30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)、1人平均の夜勤回数及び平成22年9月中の夜勤の最高回数を記入してください。									
	看護職員	実人員数 _____ 人	1人平均の夜勤回数 _____ 回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数 _____ 回						
	介護職員	実人員数 _____ 人	1人平均の夜勤回数 _____ 回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数 _____ 回						
(17) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。									
	1 受け入れあり	\rightarrow	過去1年間で実習生を受け入れた日数 _____ 日/365日							
	2 受け入れなし		受け入れた延人数 _____ 人日							
(18) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。									
	1 受け入れあり	\rightarrow	過去1年間で実習生を受け入れた日数 _____ 日/365日							
	2 受け入れなし		受け入れた延人数 _____ 人日							
(19) 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。)

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

調査票記入者名・担当部署と連絡先 (※必須)	(担当部署名)
	(調査票記入者名)
	電話 (_____)
上記以外連絡先(携帯、FAX等)	

ご協力ありがとうございました



統計法に基づく一般統計調査

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22年10月1日調査)

3

厚生労働省

* 一連番号																				
* 調査番号																				
* 事業所番号																				

[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 (運営法人名を記入してください)				
(2) 施設名				
(3) 施設の所在地	〒□□□-□□□□ TEL()-()-()			
(4) 活動の状況	1 活動中 2 休止中 3 廃止			
(5) 開設主体	開設主体	該当する番号を選択し、左の回答欄に記入してください。		
		01 都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 05 医療法人 06 社会福祉協議会	07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 08 社団・財団法人(公益・一般) 09 営利法人(会社) 10 その他の法人 11 個人	
(6) 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)	
	認知症患者型	(1 I型	2 II型	3 III型 4 IV型 5 V型)
	ユニット型認知症患者型	(1 I型	2 II型)	
(7) 病床数	療養病床	老人性認知症患者療養病床		
	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		
	床	床	床	床

以下の(8)~(11)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	多床室				従来型個室	ユニット型	
	5人以上室	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室(準個室を含む)
(9) ユニットの状況	「(6)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。						
	療養病床	ユニットの規模(定員)	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
	老人性認知症患者療養病床	ユニットの規模(定員)	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	
(10) 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。 居住費の室数と(8)病室の室数は一致させてください。						
	多床室	居住費(日額)	円	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室	室
	従来型個室	居住費(日額)	円	円	円	円	円
		室数	室	室	室	室	室
	ユニット型準個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(日額)	円	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	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(日額)	円	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室	室

*利用者個票	*利用者一覧票

裏面につづきます

(11) 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)					
	9月末日時点で在院者はいましたか。 1 いた 2 いびない ↓					
	短期入所療養介護の利用者は含めなさい。					
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
療養病床						
老人性認知症 疾患療養病棟						
(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) 夜勤時間帯における勤務体制	平成22年9月30日から10月1日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数を記入してください。					
	夜勤を行った看護職員がいましたか。 1 いた \Rightarrow 夜勤を行った看護職員 _____ 人 2 いびない _____			夜勤を行った介護職員がいましたか。 1 いた \Rightarrow 夜勤を行った介護職員 _____ 人 2 いびない _____		
(14) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(平成22年9月1日～30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)、1人平均の夜勤回数及び平成22年9月中の夜勤の最高回数を記入してください。					
看護職員	実人員数 _____ 人	1人平均の夜勤回数 _____ 回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数 _____ 回			
介護職員	実人員数 _____ 人	1人平均の夜勤回数 _____ 回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数 _____ 回			
(15) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。					
1 受け入れあり \Rightarrow	過去1年間で実習生を受け入れた日数 _____ 日/365日		受け入れた延人数 _____ 人日			
2 受け入れなし						
(16) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。					
1 受け入れあり \Rightarrow	過去1年間で実習生を受け入れた日数 _____ 日/365日		受け入れた延人数 _____ 人日			
2 受け入れなし						
(17) 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	
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) 従事者数の常勤専従、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 \equiv 換算数、非常勤 \equiv 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。)						
※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があり。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。なお、FAXの記入は任意です。						(担当部署名) (調査票記入者名) 電話 (_____) 上記以外連絡先(携帯、FAX等)

ご協力ありがとうございました



統計法に基づく一般統計調査

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22年10月1日調査)

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

* 調査番号									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

〔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(運営法人名を記入してください。)																			
(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	<p>・9月30日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、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、ステーション名等を記入してください。 ・休止届や廃止届を提出している場合は「休止中」「廃止」に○をつけてください。以降の設問には記入不要です。</p>																		
サービスの種類	事業所番号	ステーション名	活動状況																
041 介護予防訪問看護			1 活動中 2 休止中 3 廃止																
042 訪問看護			1 活動中 2 休止中 3 廃止																
(5) 開設主体	<p>※該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。</p> <table border="0"> <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(06、07以外の公益・一般)</td> <td></td> </tr> </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(06、07以外の公益・一般)	
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(06、07以外の公益・一般)																			
(6) 加算等の届出の状況	介護保険法 ※該当する番号を○で囲んでください。																		
	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																
	ターミナルケア体制の届出	1 あり	2 なし																
	サービス提供体制強化加算の届出	1 あり	2 なし																
健康保険法等 ※該当する番号を1つ○で囲んでください。																			
1 24時間対応体制加算の届出あり 2 24時間連絡体制加算の届出あり 3 1, 2いずれもなし																			
1または2の場合																			
→ 1 重症者管理加算の届出あり 2 重症者管理加算の届出なし																			
(7) 出張所等(サテライト事業所)の状況	<p>サテライト事業所数 <input type="text"/> 事業所</p> <p>9月中のサテライト事業所の利用実人員数 <input type="text"/> 人 9月中のサテライト事業所からの訪問回数の合計 <input type="text"/> 回</p>																		

*利用者個票

*利用者一覧票

次ページにつづきます

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。
 ※利用実人員数欄には、介護保険法による(介護予防)訪問看護を1回でも利用した者について計上してください。
 ※訪問回数の合計欄には、支給限度額を超えた訪問回数及び健康保険法等併給による訪問回数も含めて計上してください。
 ※訪問回数の合計の(再掲)については、看護職員を伴わずにPT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)の何れかのみで訪問した回数を内数として再計上してください。(但し、PT2人や、PTとOTなど1回に複数で訪問した場合も1回とします。)

(8) 9月中の介護予防訪問看護

9月中の営業日数 日
 9月中の利用者 1 あり 2 なし
 ↓

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

介護保険法の訪問看護(介護給付)

9月中の営業日数 日
 9月中の利用者 1 あり 2 なし
 ↓

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

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

健康保険法等

介護保険法による(介護予防)訪問看護を1回も利用せず健康保険法等のみによる訪問看護を利用した者について計上してください。
健康保険法等とは、後期高齢者医療制度、健康保険、国民健康保険、生活保護、労災保険等の医療保険及び公費負担医療をいいます。
 利用実人員数 人 訪問回数の合計 回

その他

介護保険法及び健康保険法等いずれの保険制度も利用していない者で、9月中のすべての訪問看護を全額自費により受けた者及び市町村事業による者について計上してください。
 利用実人員数 人 訪問回数の合計 回

(9) 9月中の利用者の介護保険法

	介護予防訪問看護	訪問看護(介護給付)
緊急時訪問看護加算に同意をしている実人員数	人	人
緊急時訪問看護を受けた利用実人員数	人	人
緊急時訪問看護による訪問回数の合計	回	回

健康保険法等の利用者

	健康保険法等
24時間対応体制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
24時間連絡体制加算に同意をしている実人員数	人

利用者

	介護保険法		健康保険法等	
	加算ありの利用者数	加算なしの利用者数	療養費ありの利用者数	療養費なしの利用者数
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	人	人	人	人
在宅で死亡した利用者数	人	人	人	人
在宅以外で死亡した利用者数	人	人	人	人



統計法に基づく一般統計調査

介護サービス施設・事業所調査
居宅サービス事業所

厚生労働省

5

*一連番号

*調査番号

(福祉関係)票
(平成22年10月1日調査)

[注]*印の箇所は事業所では記入しないでください。

(1) 法人名(運営法人名を記入してください。)

(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

- ・9月30日現在で、貴事業所において指定を受けている下記の各事業について、該当する「活動状況」の一つに○をつけ、印字されている事業所番号、事業所名を確認してください。**変更・誤りがある場合は、赤字で余白に修正をしてください。**
- 記入後は、サービスの種類ごとに右側に示したページへ進んでください。
- ・印字されていない事業があった場合は、該当する「サービスの種類」欄の事業所番号、事業所名等を記入してください。
- ・下記サービスについて、休止届や廃止届を出している場合は、「休止中」、「廃止」に○をつけてください。以降のページは記入不要です。
- ・サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この調査票を事業所内で回覧の上、記入してください(同一法人・同一住所のサービス事業所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください。)
- ・調査票は住所ごとに送付していますので(同一法人・同一住所の事業所には、まとめて送付)、別住所におけるサービスの記入は不要です。

サービスの種類	事業所番号	事業所名	活動状況 (一つに○)	回答ページ
071 介護予防 通所介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	2ページ に記入して ください
072 通所介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
081 介護予防短期 入所生活介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	3ページ に記入して ください
082 短期入所 生活介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
091 介護予防 特定施設入居者 生活介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	4ページ に記入して ください
092 特定施設入居者 生活介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
101 介護予防 訪問介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	5ページに 記入して ください
102 訪問介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
111 介護予防訪問 入浴介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	6ページに 記入して ください
112 訪問入浴介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
121 介護予防 福祉用具貸与			1 活動中 2 休止中 3 廃止	7ページに 記入して ください
122 福祉用具貸与			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
131 特定介護予防 福祉用具販売			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
132 特定福祉 用具販売			1 活動中 2 休止中 3 廃止	8ページに 記入して ください
191 介護予防支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
201 居宅介護支援			1 活動中 2 休止中 3 廃止	9ページに 記入して ください

(5) 経営主体 ※右のリストから、該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。

経営主体	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(会社)
	03 広域連合・一部事務組合	07 社団・財団法人(公益・一般)	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

(6) 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 苦情受付窓口を設置 2 苦情解決責任者を設置 3 共同で第三者委員を設置 4 単独で第三者委員を設置 5 1~4以外の取組を実施している

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

【081介護予防短期入所生活介護・082短期入所生活介護】

記入者名 () 電話番号 (- -)

(13) 介護報酬上の届出種別 (複数回答)	1 単独型	3 空床型	5 併設型ユニット型								
	2 併設型	4 単独型ユニット型	6 空床型ユニット型								
※(13)において「1 単独型」、「2 併設型」、「4 単独型ユニット型」、「5 併設型ユニット型」に○をした方は、(14)～(19)に回答してください。「3 空床型」、「6 空床型ユニット型」のみに○をした方は、他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。 「2」と「5」に○をつけた事業所は、併設型分についてのみに記入してください。											
現在、指定を受けて活動中のサービスについて、提供体制(定員)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。 空床利用している利用者を含めず、指定を受けている事業でサービスの利用者を記入してください。											
(14) サービスの提供状況	入所介護生活介護短期	定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。 9月中の利用者 1 あり → 2 なし	要支援1 要支援2 その他 利用実人員数(人) 利用日数合計(日)								
	生活介護短期入所	定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。 9月中の利用者 1 あり → 2 なし	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 その他 利用実人員数(人) 利用日数合計(日)								
空床利用している居室を含めず、指定を受けている居室を記入してください。											
(15) 居室の状況	多床室			従来型個室	ユニット型						
	5人以上室	4人室	3人室	2人室	夫婦等の2人室	個室 (準個室を含む)					
(16) 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										
(17) 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						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。 ※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。 ※ 「介護予防短期入所生活介護」と「短期入所生活介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。 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書を参照してください。)										
(18) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去一年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、 介護福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。										
	1 受け入れあり	→	過去1年間で実習生を受け入れた日数	日/365日							
	2 受け入れなし		受け入れた延人数	人日							
(19) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去一年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、 社会福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。										
	1 受け入れあり	→	過去1年間で実習生を受け入れた日数	日/365日							
	2 受け入れなし		受け入れた延人数	人日							

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

【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】

記入者名 () 電話番号 (- -)

(20)事業所の形態	該当する番号ひとつを○で囲んでください。 1 有料老人ホーム 2 軽費老人ホーム 3 養護老人ホーム 4 適合高齢者専用賃貸住宅										
(21)サービスの提供状況	現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。										
	介護予防特定施設入居者生活介護	定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者	9月末日の利用者数(人)		要支援1	要支援2	要介護認定申請中			
		1 あり →	2 なし								
	特定施設入居者生活介護	定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者	9月末日の利用者数(人)		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
1 あり →		2 なし									
(22)人員配置区分の状況	1 一般型 2 外部サービス利用型 「2 外部サービス利用型」を選択された場合には、利用しているサービスについてあてはまる番号すべてを○で囲んでください。 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										
(23)介護専用型・混合型の区分	1 専用型 2 混合型 「専用型」とは、特定施設のうち入居者が要介護者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。										
(24)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 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 計画作成担当者						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。 $\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$ (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。) ※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。 ※ 「介護予防特定施設入居者生活介護」と「特定施設入居者生活介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。(換算数の詳細は手引きを参照してください。)											
(25)介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、 介護福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり → { 過去1年間で実習生を受け入れた日数 <input type="text"/> 日/365日 2 受け入れなし { 受け入れた延人数 <input type="text"/> 人日										
(26)社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、 社会福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり → { 過去1年間で実習生を受け入れた日数 <input type="text"/> 日/365日 2 受け入れなし { 受け入れた延人数 <input type="text"/> 人日										

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

(27) 特定事業所 加算の状況	加算の届出状況について該当する番号を○で囲んでください。 1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ										
(28) サービスの 提供体制	利用者の有無にかかわらず、提供体制を記入してください。										
	24時間訪問介護の提供体制		1 提供体制あり		2 提供体制なし						
	休日の提供体制		1 提供体制あり		2 提供体制なし						
夜間の提供体制		1 提供体制あり		2 提供体制なし							
(29) サービスの 提供状況	訪問介護 予防	9月中の営業日数 ※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。	9月中の延べ訪問時間 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の延べ訪問時間を記入してください。	9月中の利用者 1 あり → 2 なし	利用実人員数(人)	要支援1	要支援2	その他			
		日	時間						訪問回数合計(回)		
	訪問介護	9月中の営業日数 ※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。	9月中の延べ訪問時間 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の延べ訪問時間を記入してください。	9月中の利用者 1 あり → 2 なし	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
		日	時間								
(30) 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 <input type="text"/> 人 (生活保護受給者等は含みません) 2 実施していない										
(31) 従事者数 * 資格(1)~(4)を複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。	1 訪問介護員	常勤専従	常勤兼務	非常勤	換算数	換算数	サービス提供責任者について 左記従事者のうち、サービス提供責任者について記入してください。				
		(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 1のうち サテライト事業所の従事者									
	2 その他の職員	常勤専従	常勤兼務	非常勤	換算数	換算数	3 サービス提供責任者				
		(1)3のうち 介護福祉士 (2)3のうち 介護職員基礎研修課程修了者 (3)3のうち ホームヘルパー1級研修課程修了者 (4)3のうち ホームヘルパー2級研修課程修了者									
(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。 ※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。 ※ 「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を参照してください。)				
(32) 研修の機会 の確保	研修の機会を確保していますか。それぞれについて、該当する番号を○で囲んでください。 (研修の参加実績に関わらず体制を記入してください。)										
	事業所内研修		(1 確保している 2 確保していない)								
	事業所外研修	① 地方公共団体主催の研修	② 社会福祉協議会主催の研修	③ 関係団体主催の研修	④ 民間教育の研修	⑤ その他の研修	確保している (1 事業所負担あり 2 事業所負担なし) 3 確保していない 確保している (1 事業所負担あり 2 事業所負担なし) 3 確保していない 確保している (1 事業所負担あり 2 事業所負担なし) 3 確保していない 確保している (1 事業所負担あり 2 事業所負担なし) 3 確保していない 確保している (1 事業所負担あり 2 事業所負担なし) 3 確保していない				
(33) 介護福祉士養成校 からの実習生 受け入れ状況 (過去1年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、 介護福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。										
1 受け入れあり	→		過去1年間で実習生を受け入れた日数		<input type="text"/> 日/365日						
2 受け入れなし	→		受け入れた延人数		<input type="text"/> 人日						

【101介護予防訪問介護・102訪問介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【 111 介護予防訪問入浴介護・112 訪問入浴介護】

記入者名 () 電話番号 (- -)

<p>現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(営業日数)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。</p>														
(34) サービスの提供状況	訪問介護予防	9月中の営業日数 ※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。	9月中の利用者		要支援1	要支援2	その他							
			1 あり →	利用実人員数(人)										
		2 なし	訪問回数合計(回)											
	日													
(34) サービスの提供状況	訪問入浴介護	9月中の営業日数 ※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。	9月中の利用者		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他				
			1 あり →	利用実人員数(人)										
		2 なし	訪問回数合計(回)											
	日													
(35) 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 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 介護職員基礎研修課程修了者							4 その他の職員						
	(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													
<p>*資格(1)～(4)を複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。</p>														
<p>(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。 $\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$ <small>(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。)</small> ※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。 ※ 「介護予防訪問入浴介護」と「訪問入浴介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。 (換算数の詳細は手引きを参照してください。)</p>														
(36) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、 介護福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。													
	1 受け入れあり →	過去1年間で実習生を受け入れた日数		日/365日										
2 受け入れなし	受け入れた延人数		人日											

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

【121介護予防福祉用具貸与・122福祉用具貸与・131特定介護予防福祉用具販売・132特定福祉用具販売】

記入者名 () 電話番号 (- -)

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(営業日数)を記入してください。
「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。

介護予防福祉用具貸与・福祉用具貸与				
(37)サービスの提供状況	介護予防福祉用具貸与 9月中の営業日数 <input type="text"/> 日 ※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。			
	9月中に介護保険の利用者(9月以前からの継続利用者を含む) 1 あり → <table border="1"> <tr> <td>利用実人員</td> <td><input type="text"/></td> <td>人</td> </tr> </table> 2 なし	利用実人員	<input type="text"/>	人
	利用実人員	<input type="text"/>	人	
	福祉用具貸与			
9月中の営業日数 <input type="text"/> 日 ※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。				
	9月中に介護保険の利用者(9月以前からの継続利用者を含む) 1 あり → <table border="1"> <tr> <td>利用実人員</td> <td><input type="text"/></td> <td>人</td> </tr> </table> 2 なし	利用実人員	<input type="text"/>	人
利用実人員	<input type="text"/>	人		

特定介護福祉用具販売・特定福祉用具販売											
(38)サービスの提供状況	特定介護予防福祉用具販売 9月中の営業日数 <input type="text"/> 日 ※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。										
	特定福祉用具販売 9月中の営業日数 <input type="text"/> 日 ※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。										
	「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。 1 あり → <table border="1"> <tr> <td>腰掛便座</td> <td>特殊尿器</td> <td>入浴補助用具</td> <td>簡易浴槽</td> <td>移動用リフトの つり具の部分</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	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						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
2 なし											

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

(39)従事者数	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>常勤専従</td> <td>常勤兼務</td> <td>換算数</td> <td>非常勤</td> <td>換算数</td> <td></td> <td>常勤専従</td> <td>常勤兼務</td> <td>換算数</td> <td>非常勤</td> <td>換算数</td> </tr> <tr> <td>1 福祉用具専門相談員</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>2 その他の職員</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>		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 福祉用具専門相談員	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 その他の職員	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		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 福祉用具専門相談員	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 その他の職員	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>													
(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。 ※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。 ※ 「介護予防福祉用具貸与」「福祉用具貸与」「特定介護予防福祉用具販売」「特定福祉用具販売」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。 (換算数の詳細は手引きを参照してください。)																								

(40)福祉用具専門相談員の資格の状況	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	<input type="text"/> 人	3 保健師	<input type="text"/> 人	5 准看護師	<input type="text"/> 人	7 作業療法士	<input type="text"/> 人
	2 義肢装具士	<input type="text"/> 人	4 看護師	<input type="text"/> 人	6 理学療法士	<input type="text"/> 人	8 社会福祉士	<input type="text"/> 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	<input type="text"/> 人		
				10 1～9 以外の有資格者	<input type="text"/> 人			

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

<p>(41) 独立・併設の状況 (複数回答)</p>	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 																																																																																																																				
<p>(42) サービスの提供状況</p>	<p>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。</p> <table border="1" data-bbox="351 492 1481 683"> <tr> <td>9月中の委託</td> <td></td> <td>要支援1</td> <td>要支援2</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>1 委託あり →</td> <td>利用実人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 委託なし</td> <td>うち9月中の新規の利用実人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>委託した事業所数は <input type="text"/> 事業所</p>	9月中の委託		要支援1	要支援2	その他	1 委託あり →	利用実人員数(人)				2 委託なし	うち9月中の新規の利用実人員数(人)																																																																																																								
9月中の委託		要支援1	要支援2	その他																																																																																																																	
1 委託あり →	利用実人員数(人)																																																																																																																				
2 委託なし	うち9月中の新規の利用実人員数(人)																																																																																																																				
	<p>9月中の利用者を記入してください。上記で回答した委託した人数は除きます。</p> <table border="1" data-bbox="351 828 1481 1010"> <tr> <td>9月中の利用者</td> <td></td> <td>要支援1</td> <td>要支援2</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>1 あり →</td> <td>利用実人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 なし</td> <td>うち9月中の新規の利用実人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	9月中の利用者		要支援1	要支援2	その他	1 あり →	利用実人員数(人)				2 なし	うち9月中の新規の利用実人員数(人)																																																																																																								
9月中の利用者		要支援1	要支援2	その他																																																																																																																	
1 あり →	利用実人員数(人)																																																																																																																				
2 なし	うち9月中の新規の利用実人員数(人)																																																																																																																				
<p>(43) 従事者数</p> <p>*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。</p>	<table border="1" data-bbox="319 1019 1481 1512"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">常勤専従</th> <th colspan="2">常勤兼務</th> <th colspan="2">非常勤</th> <th colspan="2">常勤専従</th> <th colspan="2">常勤兼務</th> <th colspan="2">非常勤</th> </tr> <tr> <th></th> <th>換算数</th> <th></th> <th>換算数</th> <th></th> <th>換算数</th> <th></th> <th>換算数</th> <th></th> <th>換算数</th> <th></th> <th>換算数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 専門職員</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2 その他の職員</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>(1)1のうち 保健師</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>(2)1のうち 看護師</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>(3)1のうち 社会福祉士</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>(4)1のうち 介護支援専門員</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>(5)1のうち 高齢者保健福祉に関する相談援助業務等に3年以上従事した社会福祉士</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(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。) ※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。 (換算数の詳細は手引きを参照してください。)</p>		常勤専従		常勤兼務		非常勤		常勤専従		常勤兼務		非常勤			換算数		換算数		換算数		換算数		換算数		換算数	1 専門職員													2 その他の職員													(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士												
	常勤専従		常勤兼務		非常勤		常勤専従		常勤兼務		非常勤																																																																																																										
		換算数		換算数		換算数		換算数		換算数		換算数																																																																																																									
1 専門職員																																																																																																																					
2 その他の職員																																																																																																																					
(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士																																																																																																																					
<p>(44) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去一年間)</p>	<p>平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。</p> <table border="1" data-bbox="351 1668 1481 1762"> <tr> <td>1 受け入れあり →</td> <td>過去1年間で実習生を受け入れた日数</td> <td><input type="text"/> 日/365日</td> </tr> <tr> <td>2 受け入れなし</td> <td>受け入れた延人数</td> <td><input type="text"/> 人日</td> </tr> </table>	1 受け入れあり →	過去1年間で実習生を受け入れた日数	<input type="text"/> 日/365日	2 受け入れなし	受け入れた延人数	<input type="text"/> 人日																																																																																																														
1 受け入れあり →	過去1年間で実習生を受け入れた日数	<input type="text"/> 日/365日																																																																																																																			
2 受け入れなし	受け入れた延人数	<input type="text"/> 人日																																																																																																																			

【191介護予防支援(地域包括支援センター)】 については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【201 居宅介護支援】

記入者名() 電話番号(- -)

(45) 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。													
	<ol style="list-style-type: none"> 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 介護予防支援事業所(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) 													
(46) サービスの提供状況	9月中の利用者				要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他				
	1 あり →	利用実人員数(人)												
	2 なし	うち9月中の新規の利用実人員数(人)												
(47) 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 介護支援専門員							2 その他の職員						
	1のうち 主任介護支援専門員													
	<p>(注) 従事者数の常勤者の兼務、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。 ※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。</p> <p>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きを参照してください。)</p>													
(48) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去1年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、 社会福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。													
1 受け入れあり →	過去1年間で実習生を受け入れた日数				日/365日									
2 受け入れなし	受け入れた延人数				人日									

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

(平成22年10月1日調査)

*一連番号

*調査番号

[注]*印の箇所は事業所では記入しないでください。

(1) 運営法人名(運営法人名を記入してください。)
(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
・9月30日現在で、貴事業所において指定を受けている下記の各事業について、該当する「活動状況」の一つに○をつけ、印字されている事業所番号、事業所名を確認してください。変更・誤りがある場合は、赤字で余白に修正をしてください。
記入後は、サービスの種類ごとに右側に示したページへ進んでください。
・印字されていない事業があった場合は、該当する「サービスの種類」欄の事業所番号、事業所名等を記入してください。
・下記サービスについて、休止届や廃止届を出している場合は、「休止中」、「廃止」に○をつけてください。以降のページは記入不要です。
・サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この調査票を事業所内で回覧の上、記入してください(同一法人・同一住所のサービス事業所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください。)
・調査票は住所ごとに送付していますので(同一法人・同一住所の事業所には、まとめて送付)、別住所におけるサービスの記入は不要です。

Table with 5 columns: サービスの種類, 事業所番号, 事業所名, 活動状況(一つに○), 回答ページ. Rows include 141, 142, 151, 152, 161, 171, 181, 182.

(5) 経営主体 ※右のリストから、該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。
経営主体 []
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(会社)
03 広域連合・一部事務組合 07 社団・財団法人(公益・一般) 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

(6) 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 苦情受付窓口を設置 3 共同で第三者委員を設置 5 1~4以外の取組を実施している
2 苦情解決責任者を設置 4 単独で第三者委員を設置

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

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

【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】

記入者名 () 電話番号 (- -)

		現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。										
(7) サービスの提供状況	介護予防認知症対応型通所介護	定員	人		※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。 ※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日のことをいいます。							
		9月中の開催日数	日									
		9月中の利用者			要支援1	要支援2	その他					
		1 あり →	利用実人員数(人)									
2 なし	利用延人員数(人)											
(7) サービスの提供状況	認知症対応型通所介護	定員	人		※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。 ※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日のことをいいます。							
		9月中の開催日数	日									
		9月中の利用者			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他		
		1 あり →	利用実人員数(人)									
2 なし	利用延人員数(人)											
(8) 事業所の形態	1 単独型		2 併設型			3 共用型						
(9) 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												
(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 医師							5 調理員				
	2 看護師							6 理士				
	3 准看護師							7 栄養士				
	4 機能訓練指導員							8 歯科衛生士				
	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				
	<small>(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。) ※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。 ※ 「介護予防認知症対応型通所介護」と「認知症対応型通所介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。 (換算数の詳細は手引書を参照してください。)</small>											
	(11) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、 介護福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。		1 受け入れあり →		過去1年間で実習生を受け入れた日数		日/365日				
	2 受け入れなし				受け入れた延人数		人日					
(12) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、 社会福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。		1 受け入れあり →		過去1年間で実習生を受け入れた日数		日/365日					
	2 受け入れなし				受け入れた延人数		人日					

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

【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】

記入者名 () 電話番号 (- -)

		現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。											
(13) サービスの提供状況	対応型 介護予防認知症共同生活介護	定員	人	※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。									
	9月中の利用者	1 あり →	9月末日の利用者数(人)	要支援2	その他								
		2 なし											
	認知症対応型共同生活介護	定員	人	※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。									
	9月中の利用者	1 あり →	9月末日の利用者数(人)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他				
		2 なし	うち「短期利用」の利用者数(人)										
(14) ユニット及び居室の状況	ユニット数	2 人室			個室								
※ 平均家賃は、整数で記入してください。		室数	1 部屋当たりの平均家賃(1か月)	室数	1 部屋当たりの平均家賃(1か月)								
	ユニット	室	円	室	円								
(15) 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。	1 介護職員	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	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
		(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、 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 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。 ※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。 (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。) ※ 「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。 (換算数の詳細は手引きを参照してください。)											
(16) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、 介護福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。												
	1 受け入れあり →	過去1年間で実習生を受け入れた日数	日/365日										
	2 受け入れなし	受け入れた延人数	人日										
(17) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、 社会福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。												
	1 受け入れあり →	過去1年間で実習生を受け入れた日数	日/365日										
	2 受け入れなし	受け入れた延人数	人日										

【151介護予防認知症対応型共同生活介護・152認知症対応型共同生活介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【161 地域密着型特定施設入居者生活介護】

記入者名 () 電話番号 (- -)

<p>現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。</p>														
(18) サービスの提供状況	地域密着型特定施設入居者生活介護	定員	人									※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。		
		9月中の利用者	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 あり</div> <div style="margin: 0 5px;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9月末日の利用者数(人)</div> </div>			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			
(19) 事業所の形態	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)										
(20) 居室の状況	個室(夫婦部屋含む)		2人室			3人室			4人室					
	室数(室)													
(21) 従事者数	1 介護職員		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		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
	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 計画作成担当者							7 その他の職員						
<p>(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。 ※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。</p> <p style="text-align: right;">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書を参照してください。)</p>														
(22) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、 介護福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。													
	1 受け入れあり	→		過去1年間で実習生を受け入れた日数	日/365日									
2 受け入れなし			受け入れた延人数	人日										
(23) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、 社会福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。													
	1 受け入れあり	→		過去1年間で実習生を受け入れた日数	日/365日									
2 受け入れなし			受け入れた延人数	人日										

【161地域密着型特定施設入居者生活介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

(24) サービスの提供状況	現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(9月中の営業日数)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。										
	夜間対応型訪問介護	9月中の営業日数	日	※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日のことをいいます。							
	9月中の利用者		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他			
	1 あり	利用実人員数(人)									
	2 なし	訪問回数合計(回)									
(25) 事業所の区分	1 I型(オペレーションセンターの設置あり)	か所									
	2 II型(オペレーションセンターの設置なし)										
(26) 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										
(27) 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 訪問介護員						3 面接相談員				
	(1)1のうち 介護福祉士						(1)3のうち 医師				
	(2)1のうち 介護職員基礎研修課程修了者						(2)3のうち 保健師				
	(3)1のうち ホームヘルパー1級研修課程修了者						(3)3のうち 看護師				
	(4)1のうち ホームヘルパー2級研修課程修了者						(4)3のうち 社会福祉士				
	2 オペレーター						(5)3のうち 介護福祉士				
	(1)2のうち 医師						4 その他の職員				
	(2)2のうち 保健師										
	(3)2のうち 看護師										
(4)2のうち 准看護師											
(5)2のうち 社会福祉士											
(6)2のうち 介護福祉士											
(7)2のうち 介護支援専門員											
(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。 ※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。											
$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$ (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きを参照してください。)											
(28) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、 介護福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。										
1 受け入れあり	過去1年間で実習生を受け入れた日数		日/365日								
2 受け入れなし	受け入れた延人数		人日								

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

【181介護予防小規模多機能型居宅介護・182小規模多機能型居宅介護】

記入者名 () 電話番号 (- -)

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

(29)サービスの提供状況	登録定員		人	宿泊サービスの利用定員	人	通いサービスの利用定員	人					
	9月中の利用者		1 あり 2 なし	要支援1	要支援2	その他						
	事業所を利用した利用実人員数(人)											
	事業所を利用した利用延人員数(人)											
	※重複する場合、計上してください。	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)									
小規模多機能型居宅介護	登録定員		人	宿泊サービスの利用定員	人	通いサービスの利用定員	人					
	9月中の利用者		1 あり 2 なし	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他			
	事業所を利用した利用実人員数(人)											
	事業所を利用した利用延人員数(人)											
	※重複する場合、計上してください。	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)									
(30)宿泊室の状況	個室の数	室	個室以外の宿泊室の数	室								
(31)宿泊費の状況	各居室の種類ごとに、事業所が設定している料金の高い順に記入してください。											
	宿泊費(月額)	円	円	円	円	円	円	円				
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室				
	室数	室	室	室	室	室	室	室				
(32)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											
(33)従事者数	1 介護職員	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	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
	* 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。	(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。 $\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$ (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。) ※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。 (換算数の詳細は手引きを参照してください。)											
(34)介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成21年10月1日~平成22年9月30日の間に、 介護福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。	1 受け入れあり	→	過去1年間で実習生を受け入れた日数	日/365日	2 受け入れなし	→	受け入れた延人数	人日			
(35)社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成21年10月1日~平成22年9月30日の間に、 社会福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。	1 受け入れあり	→	過去1年間で実習生を受け入れた日数	日/365日	2 受け入れなし	→	受け入れた延人数	人日			



統計法に基づく一般統計調査

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22年10月1日調査)

*一連番号

*調査番号

〔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(運営法人名を記入してください。)															
(2) 施設名															
(3) 施設の所在地	〒 TEL () - () - ()														
(4) 開設主体	※該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。 開設主体 <input type="checkbox"/> <table border="0"> <tr> <td>01 国・都道府県</td> <td>07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)</td> </tr> <tr> <td>02 市区町村</td> <td>08 社団・財団法人(公益・一般)</td> </tr> <tr> <td>03 広域連合・一部事務組合</td> <td>09 営利法人(会社)</td> </tr> <tr> <td>04 日本赤十字社・社会保険関係団体</td> <td>10 その他の法人</td> </tr> <tr> <td>05 医療法人</td> <td>11 個人</td> </tr> <tr> <td>06 社会福祉協議会</td> <td></td> </tr> </table>			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(公益・一般)	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	
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(公益・一般)														
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															
(5) 施設の種類の	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														
(6) サービスの状況	・9月30日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、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、事業所名等を記入してください。 ・休止届や廃止届を提出している場合は「休止中」「廃止」に○をつけてください。以降の設問には記入不要です。 ・サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この調査票を事業所内で回覧の上、記入してください。(同一法人、同一住所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください。) <div style="text-align: center; font-size: 2em; color: red; opacity: 0.5;"> </div>														
短期入所療養介護	事業所番号	事業所名	活動状況												
	051 介護予防短期入所療養介護	<input type="text"/>	1 活動中 2 休止中 3 廃止												
	052 短期入所療養介護	<input type="text"/>	1 活動中 2 休止中 3 廃止												
事業所の種別 (複数回答可)	介護老人保健施設 (01 I型 02 II型 03 III型) 11 診療所型 ユニット型介護老人保健施設 (04 I型 05 II型 06 III型) 12 ユニット型診療所型 07 病院療養型 13 認知症疾患型 08 ユニット型病院療養型 14 ユニット型認知症疾患型 09 病院経過型 15 認知症経過型 10 ユニット型病院経過型														
通所リハビリテーション	事業所番号	事業所名	活動状況												
	061 介護予防通所リハビリテーション	<input type="text"/>	1 活動中 2 休止中 3 廃止												
	062 通所リハビリテーション	<input type="text"/>	1 活動中 2 休止中 3 廃止												
事業所の種別	※該当する番号を1つ、左の欄に記入してください。 <table border="0"> <tr> <td>通常規模の事業所 (01 介護老人保健施設</td> <td>02 病院</td> <td>03 診療所)</td> </tr> <tr> <td>大規模の事業所(I) (04 介護老人保健施設</td> <td>05 病院</td> <td>06 診療所)</td> </tr> <tr> <td>大規模の事業所(II) (07 介護老人保健施設</td> <td>08 病院</td> <td>09 診療所)</td> </tr> </table>			通常規模の事業所 (01 介護老人保健施設	02 病院	03 診療所)	大規模の事業所(I) (04 介護老人保健施設	05 病院	06 診療所)	大規模の事業所(II) (07 介護老人保健施設	08 病院	09 診療所)			
通常規模の事業所 (01 介護老人保健施設	02 病院	03 診療所)													
大規模の事業所(I) (04 介護老人保健施設	05 病院	06 診療所)													
大規模の事業所(II) (07 介護老人保健施設	08 病院	09 診療所)													

【051 介護予防短期入所療養介護 ・ 052 短期入所療養介護】の状況

現在指定を受けて活動中のサービスについて記入してください。
 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。

(7) サービスの提供状況	介護 予防 短期 入所 療養 介護	空床利用型ですか	1 はい	2 いいえ	→ 指定病床数 <input style="width:30px;" type="text"/> 床	※ 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。	
		9月中の利用者	1 あり	2 なし	※空床利用型の場合でも、利用者ありの場合は、「利用実人員数」「利用日数合計」にご記入ください。		
			↓				
			要支援1	要支援2	その他		
	利用実人員数(人)	<input style="width:50px;" type="text"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>	<input style="width:100px;" type="text"/>			
	利用日数合計(日)	<input style="width:50px;" type="text"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>	<input style="width:100px;" type="text"/>			

(7) サービスの提供状況	短期 入所 療養 介護	空床利用型ですか	1 はい	2 いいえ	→ 指定病床数 <input style="width:30px;" type="text"/> 床	※ 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。	
		9月中の利用者	1 あり	2 なし	※空床利用型の場合でも、利用者ありの場合は、「利用実人員数」「利用日数合計」にご記入ください。		
			↓				
			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	利用実人員数(人)	<input style="width:50px;" type="text"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>	
	利用日数合計(日)	<input style="width:50px;" type="text"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>	

(8) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、 介護福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。
1 受け入れあり	→ 過去1年間で実習生を受け入れた日数 <input style="width:30px;" type="text"/> 日 / 365日
2 受け入れなし	→ 受け入れた延人数 <input style="width:30px;" type="text"/> 人日

(9) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、 社会福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。
1 受け入れあり	→ 過去1年間で実習生を受け入れた日数 <input style="width:30px;" type="text"/> 日 / 365日
2 受け入れなし	→ 受け入れた延人数 <input style="width:30px;" type="text"/> 人日

※ 調査票記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名（担当部署等）と連絡先（電話番号）を記入してください。

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

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

現在指定を受けて活動中のサービスについて記入してください。
 開催日数とは、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。
 利用実人員数は利用回数に関係なく、1日利用した者も2日以上利用した者も「1」とカウントしてください。

(10) サービスの提供状況

介護予防通所リハビリテーション

定員 人 9月中の開催日数 日

9月中の利用者 1 あり 2 なし

	要支援1	要支援2	その他
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 人 9月中の開催日数 日

9月中の利用者 1 あり 2 なし

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
利用実人員数(人)						
うち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)						
うちリハビリテーションマネジメント 実施延人員数(再掲)						

(11) 通所リハビリテーションの従事者数

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			非常勤			
	専従	兼務	換算数	専従	兼務	換算数	専従	兼務	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。常勤専従は換算数の記入は不要です。
 ※「介護予防通所リハビリテーション」と「通所リハビリテーション」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。

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

(12) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)

平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、**介護福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり 過去1年間で実習生を受け入れた日数 日 / 365日

2 受け入れなし 受け入れた延人数 人日

(13) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)

平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、**社会福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり 過去1年間で実習生を受け入れた日数 日 / 365日

2 受け入れなし 受け入れた延人数 人日

※ 調査票記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名(担当部署等)と連絡先(電話番号)を記入してください。

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

ご協力ありがとうございました



※本票には、9の調査票を作成しない、**出生月が偶数(2月、4月、6月、8月、10月、12月)の者のみ**記入してください。

退所(院)者については記入する必要はありません。

一連番号

調査番号

(_____枚のうち _____枚目)

整理番号	性別	出生年月		要介護度
		出生元号・年	出生月 (出生月に○をしてください)	
1	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
2	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
3	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
4	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
5	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
6	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
7	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
8	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
9	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
10	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
11	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
12	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
13	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
14	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
15	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
16	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
17	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
18	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
19	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
20	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
21	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
22	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
23	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
24	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
25	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
26	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
27	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
28	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
29	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他
30	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他

裏面につづきます



※介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設【病院】の在所(院)者については、利用者の出生月が奇数(1月、3月、5月、7月、9月、11月)の者のみ記入してください。

※退所(院)者及び介護療養型医療施設【診療所】の在院者については、出生月に関係なく、すべての者を記入してください。

一連番号											1 在所(院)者			
調査番号											2 退所(院)者	利用者整理番号		
(1) 性別	1 男 2 女		(2) 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										
(3) 出生年月 ※①、②のうち、該当する方に記入してください。	① 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設【病院】の在所(院)者 ↓ 1 明治 2 大正 3 昭和 [] 年 1月 3月 5月 7月 9月 11月 (出生月に○をしてください)										② すべての施設の退所(院)者、介護療養型医療施設【診療所】の在院者 ↓ 1 明治 2 大正 3 昭和 [] 年 [] 月			
(4) 入・退所(院)の状況	入所(院)前の場所/退所(院)後の行先													
	01 家庭			05 病院(介護療養型)			09 診療所(介護療養型)			13 その他				
	02 介護老人福祉施設			06 病院(医療療養病床)			10 診療所(介護療養型以外)							
03 その他の社会福祉施設			07 病院(一般病床)			11 施設内での死亡								
04 介護老人保健施設			08 病院(05~07以外)			12 入院先での死亡								
入所(院)日		入所(院)前の場所		退所(院)日		退所(院)後の行先								
1 昭和 [] 年 [] 月 [] 日		[]		平成 22年 9月 [] 日		[]								
2 平成 [] 年 [] 月 [] 日		[]												
(5) 要介護度	1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 その他													
(6) 一年前の要介護度の状況	平成21年10月1日現在(一年前)の要介護度について、該当する番号を1つ、○で囲んでください。 なお、要介護度が不明の場合には、「09 不明」を○で囲んでください。													
01 要介護1		02 要介護2		03 要介護3		04 要介護4		05 要介護5						
06 要支援1		07 要支援2		08 その他		09 不明								
(7) 主傷病名	傷病番号 [] [] []													
(8) 認知症高齢者の日常生活自立度	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 認知症なし													
(9) 障害高齢者の日常生活自立度(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													
(10) 負担限度額認定の状況	1 第1段階 2 第2段階 3 第3段階 4 1~3以外													
(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		7 日常生活用品費		円							
	2 食費		円		8 教養娯楽費		円							
	3 居住費		円		9 私物の洗濯費		円							
	4 特別な室料		円		10 あずかり金の管理費		円							
	5 特別な食費		円		11 その他		円							
	6 理美容費		円											
(12) 医療処置等の状況 ※9月中に受けた医療処置	施設内での処置	日中 (午前6時~午後6時)	01 点滴 07 酸素療法 13 透析 18 服薬				02 膀胱カテーテル 08 気管切開 14 ドレーン 19 その他				03 人工膀胱 09 人工呼吸器 15 モニター測定 20 医療処置なし			
		夜間および深夜 (午後6時~午前6時)	04 人工肛門 10 中心静脈栄養 (心拍・血圧・酸素飽和度)				05 喀痰吸引 11 経管栄養 16 じよく瘡の処置(Ⅲ度以上)				06 ネブライザー 12 胃瘻 17 疼痛管理			
	他の医療機関等での処置	日中 (午前6時~午後6時)	01 点滴 07 酸素療法 13 透析 18 服薬				02 膀胱カテーテル 08 気管切開 14 ドレーン 19 その他				03 人工膀胱 09 人工呼吸器 15 モニター測定 20 医療処置なし			
		夜間および深夜 (午後6時~午前6時)	04 人工肛門 10 中心静脈栄養 (心拍・血圧・酸素飽和度)				05 喀痰吸引 11 経管栄養 16 じよく瘡の処置(Ⅲ度以上)				06 ネブライザー 12 胃瘻 17 疼痛管理			
注:「日中」から処置を始めて、「夜間および深夜」に処置が終わった場合はそれぞれに○をお願いします。														



※ 本票には、利用者の出生月が偶数（2月、4月、6月、8月、10月、12月）の者のみ記入してください。

*一連番号

*調査番号

(_____枚のうち _____枚目)

整理番号	性別	出生年月		要介護	要支援	その他
		出生元号・年	出生月 (出生月に○をしてください)			
1	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
2	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
3	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
4	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
5	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
6	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
7	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
8	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
9	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
10	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
11	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
12	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
13	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
14	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
15	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
16	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
17	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
18	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
19	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
20	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
21	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
22	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
23	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
24	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
25	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
26	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
27	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
28	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
29	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
30	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他

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

一連番号

調査番号

利用者整理番号

(1) 性別	1 男 2 女	
(2) 出生年月 (出生月に○をしてください)	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 1月 3月 5月 7月 9月 11月	
(3) 適用法等（支払方法） (複数回答)	01 介護保険法 06 原爆被爆者援護法 02 後期高齢者医療制度 07 特定疾患治療研究事業 03 健康保険法等 08 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業 04 障害者自立支援法 09 心身喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律 05 生活保護法 10 その他(上記04～09以外の公費負担医療等)	
(4) 指示書の種類 (複数回答)	1 訪問看護指示書 2 在宅患者訪問点滴注射指示書 3 精神訪問看護指示書 4 特別訪問看護指示書	
(5) 要介護度	1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 要支援1 7 要支援2 8 その他	
(6) 主傷病名	傷病番号 <input type="text"/>	
(7) 認知症高齢者の日常生活自立度	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 認知症なし	
(8) 障害高齢者の日常生活自立度(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	
(9) 訪問先の状況	1 自宅 2 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護 3 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護 4 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設 5 その他	
(10) 同居家族の状況	同居者の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 夫又は妻 2 息子 3 娘 4 息子の妻 5 娘の夫 6 父母 7 孫 8 その他 9 一人暮らし	
(11) 利用料 ※9月中の本人負担分	1 介護保険法の法定代理受領にかかる自己負担額	円
	2 介護保険法の支給限度額を超えたサービス費	円
	3 健康保険法等の基本利用料	円
	4 交通費	円
	5 延長料金	円
	6 営業日以外の日又は営業時間以外の時間の料金	円
	7 その他	円
(12) 他の訪問看護ステーションの利用状況	9月中に他の訪問看護ステーションの利用はありましたか 1 あり ⇨ <input type="text"/> 箇所 2 なし ※当該訪問看護ステーションを除いた箇所数をご記入ください	

<p>9月中に利用者が訪問看護を受けた回数を記入してください。(1日に2度訪問した場合は2)</p> <p>※「うち 介護保険法利用者の健康保険法等による訪問回数(再掲)」については、9月中の訪問回数の合計のうち、介護保険法利用者が訪問看護を受けた回数のうち、健康保険法等との併給者に対して行った訪問回数を訪問滞在時間別に再計上してください</p> <p>※「うち 複数名による訪問回数(再掲)」については、9月中の訪問回数の合計のうち、複数名による訪問回数を訪問滞在時間別に再計上してください(同じ職種でも、異なる職種でも複数名で訪問した場合は1としてください)</p>																										
	訪 問 滞 在 時 間																									
	<small>30分未満</small> <small>うち20分未満(早朝・夜間、深夜)</small>																									
	<small>30分以上 1時間未満</small>																									
	<small>1時間以上 1時間30分未満</small>																									
	<small>1時間30分以上 2時間未満</small>																									
	<small>2時間以上</small>																									
9月中の訪問回数の合計(回)																										
うち 介護保険法利用者の健康保険法等による訪問回数(再掲)																										
うち 複数名による訪問回数(再掲)																										
うち 長時間訪問看護加算を算定した訪問回数の合計(再掲)	※上記の9月中の訪問回数の合計のうち、長時間訪問看護加算を算定した訪問回数の合計をご記入ください。 _____ 回																									
9月中の訪問滞在時間等	合計 _____ 分 うち 9月の最後の訪問における滞在時間(再掲) _____ 分																									
居宅までの片道時間	_____ 分																									
(13) 訪問看護等の状況	<p>9月中に行った看護内容について該当する番号すべてを○で囲んでください</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">01 病状観察</td> <td style="width: 50%;">08 認知症・精神障害に対するケア</td> </tr> <tr> <td>02 本人の療養指導</td> <td>09 嚥下訓練</td> </tr> <tr> <td>03 家族等の介護指導・支援</td> <td>10 呼吸ケア・肺理学療法</td> </tr> <tr> <td>04 栄養・食事の援助</td> <td>11 その他リハビリテーション</td> </tr> <tr> <td>05 排せつの援助</td> <td>12 社会資源の活用への支援</td> </tr> <tr> <td>06 口腔ケア</td> <td>13 家屋改善・環境整備の支援</td> </tr> <tr> <td>07 身体の清潔保持の管理・援助</td> <td>14 その他</td> </tr> </table>	01 病状観察	08 認知症・精神障害に対するケア	02 本人の療養指導	09 嚥下訓練	03 家族等の介護指導・支援	10 呼吸ケア・肺理学療法	04 栄養・食事の援助	11 その他リハビリテーション	05 排せつの援助	12 社会資源の活用への支援	06 口腔ケア	13 家屋改善・環境整備の支援	07 身体の清潔保持の管理・援助	14 その他											
	01 病状観察	08 認知症・精神障害に対するケア																								
02 本人の療養指導	09 嚥下訓練																									
03 家族等の介護指導・支援	10 呼吸ケア・肺理学療法																									
04 栄養・食事の援助	11 その他リハビリテーション																									
05 排せつの援助	12 社会資源の活用への支援																									
06 口腔ケア	13 家屋改善・環境整備の支援																									
07 身体の清潔保持の管理・援助	14 その他																									
<p>9月中に行った医療処置にかかる看護内容について該当する番号すべてを○で囲んでください</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">01 気道内吸引</td> <td style="width: 50%;">14 気管カニューレの交換・管理</td> </tr> <tr> <td>02 在宅酸素療法の指導・援助</td> <td>15 人工呼吸器の管理</td> </tr> <tr> <td>03 膀胱留置カテーテルの交換・管理</td> <td>16 がん化学療法の管理</td> </tr> <tr> <td>04 ドレーンチューブの管理</td> <td>17 薬物を用いた疼痛管理</td> </tr> <tr> <td>05 じょく瘡の予防</td> <td>18 ターミナルケア</td> </tr> <tr> <td>06 じょく瘡の処置</td> <td>19 緊急時の対応</td> </tr> <tr> <td>07 じょく瘡以外の創傷部の処置</td> <td>20 注射の実施</td> </tr> <tr> <td>08 重度のじょく瘡の処置・管理</td> <td>21 点滴の実施・管理</td> </tr> <tr> <td>09 中心静脈栄養の実施・管理</td> <td>22 服薬管理・点眼等の実施</td> </tr> <tr> <td>10 経管栄養の実施・管理</td> <td>23 浣腸・摘便</td> </tr> <tr> <td>11 胃瘻の管理</td> <td>24 在宅透析の指導・援助</td> </tr> <tr> <td>12 人工肛門・人工膀胱の管理</td> <td>25 その他</td> </tr> <tr> <td>13 自己導尿の指導・管理</td> <td></td> </tr> </table>	01 気道内吸引	14 気管カニューレの交換・管理	02 在宅酸素療法の指導・援助	15 人工呼吸器の管理	03 膀胱留置カテーテルの交換・管理	16 がん化学療法の管理	04 ドレーンチューブの管理	17 薬物を用いた疼痛管理	05 じょく瘡の予防	18 ターミナルケア	06 じょく瘡の処置	19 緊急時の対応	07 じょく瘡以外の創傷部の処置	20 注射の実施	08 重度のじょく瘡の処置・管理	21 点滴の実施・管理	09 中心静脈栄養の実施・管理	22 服薬管理・点眼等の実施	10 経管栄養の実施・管理	23 浣腸・摘便	11 胃瘻の管理	24 在宅透析の指導・援助	12 人工肛門・人工膀胱の管理	25 その他	13 自己導尿の指導・管理	
01 気道内吸引	14 気管カニューレの交換・管理																									
02 在宅酸素療法の指導・援助	15 人工呼吸器の管理																									
03 膀胱留置カテーテルの交換・管理	16 がん化学療法の管理																									
04 ドレーンチューブの管理	17 薬物を用いた疼痛管理																									
05 じょく瘡の予防	18 ターミナルケア																									
06 じょく瘡の処置	19 緊急時の対応																									
07 じょく瘡以外の創傷部の処置	20 注射の実施																									
08 重度のじょく瘡の処置・管理	21 点滴の実施・管理																									
09 中心静脈栄養の実施・管理	22 服薬管理・点眼等の実施																									
10 経管栄養の実施・管理	23 浣腸・摘便																									
11 胃瘻の管理	24 在宅透析の指導・援助																									
12 人工肛門・人工膀胱の管理	25 その他																									
13 自己導尿の指導・管理																										