



政府統計

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24年10月1日調査)



1

厚生労働省

*一連番号	
*調査番号	
法人名	
施設名	
施設の所在地	〒 TEL()-()-()

[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。

事業所番号		(1)活動状況	1 活動中	2 休止中	3 廃止	
(2)開設年月	1 昭和	2 平成	年	月		
(3)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			
(4)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				
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					
(5)居室の状況	短期入所生活介護(ショートステイ)のみに使用している居室は除いて記入してください。					
	多床室				ユニット型	
	5人以上室	4人室	3人室	2人室	従来型個室 夫婦等の2人室 個室(準個室を含む)	
	室	室	室	室	室	
	上記居室の一部に短期入所生活介護(ショートステイ)床を			1 含む	2 含まない	
(6)ユニットの状況	「(4)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	
	ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	
(7)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(5)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
		室定員	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室
	従来型個室	居住費(日額)	円	円	円	円
		室数	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
		室定員	人室	人室	人室	人室
		室数	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
		室定員	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室
(8)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	

裏面につづきます

(9) 施設サービスの状況	9月末日の在所要者数(人)					
	9月末日時点で在所要者はいましたか。 <input type="checkbox"/> 1 いた <input type="checkbox"/> 2 いない					
	短期入所生活介護(ショートステイ)床の利用者は含めないでください。					
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	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

(10) 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
	2 実施していない	うち生活保護受給者数	人

(11) 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			

(12) 夜勤時間帯における勤務体制	平成24年9月30日から10月1日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の勤務体制を記入してください。例えば、夕方から午前0時までが4名、午前0時から8時までが4名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は8名ではなく、4名となります。					
	夜勤を行った看護職員がいましたか。			夜勤を行った介護職員がいましたか。		
	<input type="checkbox"/> 1 いた	夜勤を行った看護職員	人	<input type="checkbox"/> 1 いた	夜勤を行った介護職員	人
	<input type="checkbox"/> 2 いない			<input type="checkbox"/> 2 いない		

(13) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(平成24年9月1日~30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)及び延べ夜勤回数を記入してください。					
	看護職員	実人員数	人	介護職員	実人員数	人
		延べ夜勤回数	回		延べ夜勤回数	回

(14) 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23年10月1日~平成24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。		(15) 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23年10月1日~平成24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。	
	<input type="checkbox"/> 1 受け入れあり		<input type="checkbox"/> 1 受け入れあり	<input type="checkbox"/> 2 受け入れなし	
	<input type="checkbox"/> 2 受け入れなし				

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

(補間) 認定特定行為業務従事者(介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者) 人

注:1) 「常勤専従」については換算数の記入は不要です。
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。

2) 雇用形態にかかわらず、施設が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

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

(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)

※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



*一連番号	
*調査番号	
法人名	
施設名	
施設の所在地	〒 TEL()-()-()

[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。

事業所番号		(1)活動状況	1 活動中	2 休止中	3 廃止		
(2)開設年月	1 昭和	2 平成	年	月			
(3)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					
(4)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)						
(5)療養体制維持特別加算の状況	「(4)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						
(6)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						
入所定員	一般棟入所定員	認知症専門棟入所定員					
	人	人					
(7)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)						
(8)ユニットの状況	「(4)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	
		ユニット数	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	
ユニット数		ユニット	ユニット	ユニット	ユニット		
(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。 居住費の室数と(7)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	
(10)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日あたりの食費 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。 円						

(11) 施設サービスの状況	9月末日の在所要者数(人)					
	9月末日時点で在所要者はいましたか。	1 いた		2 いない		
		短期入所療養介護の利用者は含めないでください。				
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
一般棟						
認知症専門棟						

(12) 夜勤時間帯における勤務体制	平成24年9月30日から10月1日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の勤務体制を記入してください。 例えば、夕方から午前0時までが4名、午前0時から8時までが4名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は8名ではなく、4名となります。					
	夜勤を行った看護職員がいましたか。			夜勤を行った介護職員がいましたか。		
	1 いた	→	夜勤を行った看護職員	1 いた	→	夜勤を行った介護職員
	2 いない		人	2 いない		人

(13) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(平成24年9月1日～30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)、及び延べ夜勤回数を記入してください。					
	看護職員	実人員数		介護職員	実人員数	
			人			人
		延べ夜勤回数			延べ夜勤回数	
		回			回	

(14) 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23年10月1日～平成24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			1 受け入れあり		
	2 受け入れなし			2 受け入れなし		

(16) 従事者数	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
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 歯科衛生士		
6のうち介護福祉士				14 介護支援専門員		
7 支援相談員				15 調理員		
7のうち社会福祉士				16 その他の職員		

(補問) 認定特定行為業務従事者(介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)	人
--	---

注:1) 「常勤専従」の換算数は記入不要です。
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。

2) 雇用形態にかかわらず、施設が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

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

(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)

※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) 〇〇
	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

〔介護指定病棟〕における9月末日の在院者数(人)						
(8) 施設サービスの状況	9月末日時点で在院者はいましたか。		1 いた		2 いない	
	短期入所療養介護の利用者は含めないでください。					
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
	療養病床					
	老人性認知症疾患療養病棟					

(9) 夜勤時間帯における勤務体制	平成24年9月30日から10月1日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の勤務体制を記入してください。 例えば、夕方から午前0時までが4名、午前0時から8時までが4名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は8名ではなく、4名となります。					
	夜勤を行った看護職員がいましたか。			夜勤を行った介護職員がいましたか。		
	1 いた	2 いない	夜勤を行った看護職員 [] 人	1 いた	2 いない	夜勤を行った介護職員 [] 人

(10) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(平成24年9月1日～30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)、及び延べ夜勤回数を記入してください。					
	看護職員	実人員数	[] 人	介護職員	実人員数	[] 人
		延べ夜勤回数	[] 回		延べ夜勤回数	[] 回

(11) 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23年10月1日～平成24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。		(12) 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23年10月1日～平成24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	2 受け入れなし		1 受け入れあり	2 受け入れなし

(13) 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	換算数
1 医師					8 管理栄養士					
2 歯科医師					9 栄養士					
3 薬剤師					10 理学療法士					
4 看護師					11 作業療法士					
5 准看護師					12 言語聴覚士					
6 介護職員					13 精神保健福祉士等					
6のうち 介護福祉士					14 歯科衛生士					
7 介護支援専門員										

注:1) 「常勤専従」の換算数は記入不要です。
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。

2) 雇用形態にかかわらず、施設が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

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

※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) ふりがな
	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



*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。

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

(1) サービスの種類・事業所番号
 ・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。
 ・事業所番号、ステーション名が印字されていない事業については、調査票は記入不要です。
 ・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

※該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。

(2) 開設主体	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 01~14以外
	08 社団・財団法人(06、07以外の公益・一般)	

介護保険法 ※該当する番号をそれぞれにつき1つ○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 ※該当する番号をそれぞれにつき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 特別管理加算の届出あり	2 特別管理加算の届出なし	

(4) 出張所等(サテライト事業所)の状況

サテライト事業所数 事業所

9月中のサテライト事業所の利用実人員数 人 9月中のサテライト事業所からの訪問回数の合計 回

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。)

(5) 9月中のサービスの提供状況

介護予防訪問看護

9月中の営業日数 日

9月中の利用者 あり なし

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

介護保険法

訪問看護(介護給付)

9月中の営業日数 日

9月中の利用者 あり 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)	人	人	人	人	人	人
訪問回数の合計(回)	回	回	回	回	回	回
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(回)(再掲)	回	回	回	回	回	回

健康保険法等との併給者

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

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

※ 「新たな疾病等の診断による」とは、厚生労働大臣が定める疾病等(末期の悪性腫瘍、神経難病等)として新たに診断を受けた場合をいいます。

健康保険法等及びその他

	健康保険法等	その他
利用実人員数(人)	人	人
訪問回数の合計(回)	回	回
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(回)(再掲)	回	

※ 「健康保険法等」欄には、介護保険法による(介護予防)訪問看護を1回も利用せず健康保険法等のみによる訪問看護を利用した者について計上してください。

(健康保険法等とは、後期高齢者医療制度、健康保険、国民健康保険、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。)

※ 「その他」欄には、介護保険法及び健康保険法等いずれの保険制度も利用していない者で、9月中の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。

(6) 9月中の利用者

介護保険法の利用者			介護予防訪問看護		訪問看護(介護給付)		健康保険法等の利用者					
緊急時訪問看護加算に同意をしている実人員数			人		人		24時間対応体制加算に同意をしている実人員数					
緊急時訪問看護	利用実人員数(人)		人		人		緊急時訪問看護	利用実人員数(人)			人	
	訪問回数の合計(回)		回		回			訪問回数の合計(回)			回	
							24時間連絡体制加算に同意をしている実人員数					人

	介護保険法		健康保険法等	
	ターミナルケア加算		訪問看護ターミナルケア療養費	
	加算ありの利用者数	加算なしの利用者数	療養費ありの利用者数	療養費なしの利用者数
9月中に死亡した利用者数	人	人	人	人
在宅で死亡した利用者数	人	人	人	人
在宅以外で死亡した利用者数	人	人	人	人

死亡によるサービスの利用者

次ページにつづきます

(7) 従事者数											
※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			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						
<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。</p> <p>※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。常勤専従については、換算数の記入は不要です。</p> <p>※「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。</p> <p>※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。</p>											
<p style="text-align: center;"> 従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く) 換算数 = $\frac{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}{\text{1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。}}$ (換算数の詳細は手引き参照) </p>											

(8) 「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

(9) 居宅療養管理指導の指定事業者の届出の状況と利用者数

居宅療養管理指導(介護予防を含む)のサービス事業者としての指定を受けている場合は「1 指定あり」の番号を○で囲み、利用実人員数を記入してください。

1 指定あり 2 指定なし

平成24年9月中の利用実人員数 人

(10) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護との連携の有無

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の法2号型(連携型)事業所との連携がありますか。

1 連携あり 2 連携なし

(11) 複合型サービス事業所の併設の有無

複合型サービス事業所を併設していますか。

1 併設している 2 併設していない

※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



政府統計

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24年10月1日調査)



5

厚生労働省

*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。

法人名
事業所名
事業所の所在地 TEL()-()-()

(1) 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1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。
確認後は、サービスの種類ごとに右側に示したページへ進み、調査票を記入してください。なお、印字されていない事業については記入不要です。
下記サービスの「活動状況」欄は、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。その場合、以降のページは記入不要です。
上記以外で利用者がいない場合でも「活動中」に○をつけ、回答ページに進んでください。
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(1つに○), 回答ページ. Rows include 071 介護予防通所介護, 072 通所介護, 081 介護予防短期入所生活介護, 082 短期入所生活介護, 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, 111 介護予防訪問入浴介護, 112 訪問入浴介護, 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, 191 介護予防支援, 201 居宅介護支援, 101 介護予防訪問介護, 102 訪問介護.

(2) 経営主体 ※右のリストから、該当する番号を1つ選択し、左の欄に記入してください。
経営主体 01 都道府県 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 その他法人
13 01~12以外(個人を含む。)

(3) 苦情解決のための取組状況(複数回答) 該当する番号をすべて○で囲んでください。
1 苦情受付窓口を設置 3 共同で第三者委員を設置 5 1~4以外の取組を実施している
2 苦情解決責任者を設置 4 単独で第三者委員を設置

※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()

(記入ページのみを剥がしたりせず、冊子のままご返送下さい。)

(4) 事業所の形態

事業所の形態について、該当する番号をすべて○で囲んでください。

1 小規模型事業所	3 大規模型事業所(I)	5 療養通所介護事業所
2 通常規模型事業所	4 大規模型事業所(II)	6 介護予防事業所

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・開催日数)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。
 なお、(4)において5に○をした事業所のみ、療養通所介護欄に記入してください。

介護予防通所介護

※右表「単位ごとの定員数」は、1週間のサービス提供実施単位ごとの定員を記入してください。
 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。
 ※定員の記入方法の詳細は、手引きを参照してください。

定員	人	単位1の定員		単位4の定員	
9月中の開催日数	日	単位2の定員		単位5の定員	
9月中の利用者		単位3の定員		単位6の定員	
1 あり	利用実人員数(人)	要支援1		要支援2	その他
2 なし	利用延人員数(人)				

通所介護

※右表「単位ごとの定員数」は、1週間のサービス提供実施単位ごとの定員を記入してください。
 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数、単位数を記入してください。
 ※定員の記入方法の詳細は、手引きを参照してください。

定員	人	単位1の定員		単位4の定員	
9月中の開催日数	日	単位2の定員		単位5の定員	
9月中の利用者		単位3の定員		単位6の定員	
1 あり	利用実人員数(人)	要介護1		要介護2	要介護3
2 なし	利用延人員数(人)	要介護4		要介護5	その他

療養通所介護

※印字されている療養通所介護サービスの事業所番号を確認し、変更・誤りの場合は修正をしてください。

事業所番号

定員	人	9月中の開催日数	日
9月中の利用者		要介護1	要介護2
1 あり	利用実人員数(人)	要介護3	要介護4
2 なし	利用延人員数(人)	要介護5	その他

(6) 社会福祉法人等による軽減の状況

1 実施している
 2 実施していない

9月中の軽減者数 人 (生活保護受給者等は含みません)

(7) 介護福祉士養成校及び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23年10月1日～平成24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
 2 受け入れなし

平成23年10月1日～平成24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
 2 受け入れなし

(8) 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 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のうち看護師						10のうち介護福祉士					
4のうち准看護師						11 その他の職員					
4のうち柔道整復師											
4のうちあん摩マッサージ指圧師											

(補間) 認定特定行為業務従事者
 (介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)
 人

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
 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。
 ※「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。
 ※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。
 換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$
 (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。)

(9) 介護報酬上の届出種別 (複数回答)	介護報酬上の届出について、該当する番号をすべて○で囲んでください。					
	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

※(9)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、以下(10)～(14)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○をした事業所で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は含めず、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。

(10) サービスの提供状況	入所介護/生活介護/短期介護	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	<table border="1"> <tr> <td>要支援1</td> <td>要支援2</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>利用実人員数(人)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>利用日数合計(日)</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)			利用日数合計(日)										
		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)																					
1 あり	2 なし	人																			
生活期介護所	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	<table border="1"> <tr> <td>要介護1</td> <td>要介護2</td> <td>要介護3</td> <td>要介護4</td> <td>要介護5</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>利用実人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>利用日数合計(日)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	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)					
		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)																					
1 あり	2 なし	人																			

空床利用している居室は含めず、指定を受けている居室を記入してください。

(11) 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)
	室	室	室	室	室	室	

(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
	2 実施していない	うち生活保護受給者数	人

(13) 介護福祉士養成校及び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23年10月1日～平成24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。	平成23年10月1日～平成24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 2 受け入れなし	1 受け入れあり 2 受け入れなし

(14) 従事者数		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	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のうち看護師								10のうち介護福祉士						
	4のうち准看護師								11	その他の職員					
	4のうち柔道整復師								(補問) 認定特定行為業務従事者 (介護職員等であって、略痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者) 人						
	4のうちあん摩マッサージ指圧師														

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
 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。
 ※ 「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。
 ※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。
 換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$
 (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。)

記入者名 () 電話番号 (- -)

<p>(15) 事業所の形態</p> <p>(16) サービスの提供状況</p> <p>(17) 人員配置区分の状況</p> <p>(18) 介護専用型・混合型の区分</p> <p>(19) 介護福祉士養成校及び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)</p> <p>(20) 従事者数</p>	<p>該当する番号を1つ○で囲んでください。</p> <p>1 有料老人ホーム 2 軽費老人ホーム 3 養護老人ホーム 4 サービス付き高齢者向け住宅 (4に該当するものを除く)</p>															
<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>																
<p>介護予防特定施設入居者生活介護</p>		<p>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。</p>		<p>9月中の利用者</p>	<p>要支援1</p>		<p>要支援2</p>		<p>要支援認定申請中</p>							
<p>人</p>		<p>1 あり 2 なし</p>		<p>9月末日の利用者数(人)</p>												
<p>特定施設入居者生活介護</p>		<p>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。</p>		<p>9月中の利用者</p>	<p>要介護1</p>		<p>要介護2</p>		<p>要介護3</p>		<p>要介護4</p>		<p>要介護5</p>		<p>要介護認定申請中</p>	
<p>人</p>		<p>1 あり 2 なし</p>		<p>9月末日の利用者数(人)</p>												
<p>1 一般型 2 外部サービス利用型</p>		<p>「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をすべて○で囲んでください。</p> <p>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</p>														
<p>1 専用型 2 混合型</p>		<p>「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。</p>														
<p>平成23年10月1日～平成24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。</p>				<p>平成23年10月1日～平成24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>												
<p>1 受け入れあり 2 受け入れなし</p>				<p>1 受け入れあり 2 受け入れなし</p>												
		<p>常勤専従</p>		<p>常勤兼務</p>		<p>換算数</p>		<p>非常勤</p>		<p>換算数</p>						
<p>1 介護職員</p>												<p>(補問) 認定特定行為業務従事者 (介護職員等であって、略痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)</p> <p>人</p>				
<p>1のうち 介護福祉士</p>																
<p>2 生活相談員</p>																
<p>2のうち 社会福祉士</p>																
<p>3 看護師</p>																
<p>4 准看護師</p>																
<p>5 計画作成担当者</p>																
<p>6 機能訓練指導員</p>																
<p>6のうち 理学療法士</p>																
<p>6のうち 作業療法士</p>																
<p>6のうち 言語聴覚士</p>																
<p>6のうち 看護師</p>																
<p>6のうち 准看護師</p>																
<p>6のうち 柔道整復師</p>																
<p>6のうち あん摩マッサージ 指圧師</p>																
<p>7 その他の職員</p>																
<p>(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。 「常勤兼務」「非常勤」については、下記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。 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。</p> <p>※ 「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。</p> <p>※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。</p> <p>換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$</p> <p>(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。)</p> <p>(換算数の詳細は手引きを参照してください。)</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。

(21) 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		要支援1	要支援2	その他			
		日	1 あり 2 なし	利用実人員数(人) 訪問回数合計(回)						
(22) 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)	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
		日	1 あり 2 なし	利用実人員数(人) 訪問回数合計(回)						

平成23年10月1日～平成24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
- 2 受け入れなし

(23) 従事者数		常勤専従		非常勤		換算数
		常勤専従	常勤兼務	非常勤	換算数	
* 資格(1)～(4)の中で複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。	1 介護職員					(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。 「常勤兼務」「非常勤」については、下記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。 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。 $\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ (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。)
	(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					
	2 看護師					※ 「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。 ※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。
	3 准看護師					
	4 その他の職員					

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

【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。

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

介護予防福祉用具貸与

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(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 → 利用実人員 人
2 なし

福祉用具貸与

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(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 → 利用実人員 人
2 なし

(24) サービスの提供状況

特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売

特定介護予防福祉用具販売

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(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 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 2 なし	腰掛便座	自動排泄処理装置の交換可能部品	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"/>				

(25) サービスの提供状況

【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

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			

(26) 福祉用具専門相談員の資格状況

	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 福祉用具専門相談員	<input type="text"/>	2 その他の職員	<input type="text"/>										

(27) 従事者数

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
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。
(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。
※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」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。)

【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。

(28) 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、該当する番号をすべて○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)

(29) サービスの提供状況

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(要支援者のケアプラン作成)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月中の委託		要支援1	要支援2	その他
1 委託あり 2 委託なし	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		

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。

9月中の利用者		要支援1	要支援2	その他
1 あり 2 なし	利用実人員数(人)			
	うち9月中の新規の利用実人員数(人)			

(30) 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23年10月1日～平成24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
2 受け入れなし

(31) 従事者数

* 従事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		非常勤	
		換算数		換算数		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) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。「常勤兼務」「非常勤」については、下記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。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。

※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

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

【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 (- -)

(32) 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、該当する番号をすべて○で囲んでください。

- 介護保険施設と併設している
- 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
- 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
- 介護療養型医療施設以外の病院・診療所と併設している
- 上記以外と併設している
- 1～5との併設はない(独立事業所)

(33) サービスの提供状況

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

9月中の利用者		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)						

(34) 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23年10月1日～平成24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。

- 受け入れあり
- 受け入れなし

(35) 従事者数

	常勤専従		常勤兼務		非常勤	
		換算数		換算数		換算数
1 介護支援専門員						
1のうち主任介護支援専門員						
2 その他の職員						

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。「常勤兼務」「非常勤」については、下記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。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。

※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

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

【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。

36 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1つ〇で囲んでください。
1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ

37 サービスの提供体制
次の提供体制について、利用者の有無に関わらずどちらかを〇で囲んでください。
24時間訪問介護の提供体制 1 提供体制あり 2 提供体制なし
休日の提供体制 1 提供体制あり 2 提供体制なし
夜間の提供体制 1 提供体制あり 2 提供体制なし

38 サービスの提供状況
訪問介護予防: 9月中の営業日数, 9月中の利用者, 利用実人員数(人), 訪問回数合計(回), 要支援1, 要支援2, その他
訪問介護: 9月中の営業日数, 9月中の利用者, 利用実人員数(人), 訪問回数合計(回), 要介護1, 要介護2, 要介護3, 要介護4, 要介護5, その他

39 社会福祉法人等による軽減の状況
1 実施している 2 実施していない
9月中の軽減者数 人 (生活保護受給者等を含みません)

40 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23年10月1日～平成24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 2 受け入れなし

41 研修の機会の確保
研修の機会を確保していますか。各研修の確保の有無、事業所負担の有無について該当する番号を1つ〇で囲んでください。
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 確保している 2 確保していない
1 事業所負担あり 2 事業所負担なし

42 従事者数
常勤専従, 常勤兼務, 非常勤
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
2 その他の職員
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。
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
* 資格(1)～(4)の中で複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。
(補問2) サービス提供責任者の兼務の状況
管理者と兼務しているサービス提供責任者はいますか。該当する番号ひとつを〇で囲んでください。
1 兼務しているサービス提供責任者がいる
2 兼務していない

(補問1) 認定特定行為業務従事者(介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)
人

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
換算数 = (従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)) / (当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間))
(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。)

訪問介護の提供内容

9月30日（0時～24時）に訪問介護サービスを利用した人の状況を記入してください。

なお、利用者1人に対して、1日に2回以上訪問した場合は、1人とカウントし、最後に訪問したときの状況を記入してください。

この票には、出生月が「1月」「5月」「9月」の者のみ記入してください。

足りない場合は、コピーをとり記入し、調査票にホチキスで留めてください。

*一連番号

利用者1	性別・出生年 <table border="1"> <tr> <td>1 男</td> <td>1 明治</td> <td rowspan="3">年</td> </tr> <tr> <td>2 女</td> <td>2 大正</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 昭和</td> </tr> </table>	1 男	1 明治	年	2 女	2 大正		3 昭和	要介護度 <table border="1"> <tr> <td>1 要支援 1</td> <td>3 要介護 1</td> <td>5 要介護 3</td> <td>7 要介護 5</td> </tr> <tr> <td>2 要支援 2</td> <td>4 要介護 2</td> <td>6 要介護 4</td> <td>8 他(自費等)</td> </tr> </table>	1 要支援 1	3 要介護 1	5 要介護 3	7 要介護 5	2 要支援 2	4 要介護 2	6 要介護 4	8 他(自費等)																
	1 男	1 明治	年																														
2 女	2 大正																																
	3 昭和																																
1 要支援 1	3 要介護 1	5 要介護 3	7 要介護 5																														
2 要支援 2	4 要介護 2	6 要介護 4	8 他(自費等)																														
訪問滞在時間 [] 分	介護報酬請求区分 <table border="1"> <tr> <td>01 身体中心 20分未満</td> <td>02 身体中心 20分以上30分未満</td> <td>03 身体中心 30分以上1時間未満</td> <td>04 身体中心 1時間以上1時間30分未満</td> <td>05 身体中心 1時間30分以上2時間未満</td> <td>06 身体中心 2時間以上</td> <td>07 生活援助 45分未満</td> <td>08 生活援助 45分以上</td> <td>09 通院等乗降介助</td> <td>10 介護予防</td> </tr> </table>	01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防	訪問介護の提供内容（複数回答） <table border="1"> <tr> <td>01 排泄介助</td> <td>08 更衣介助</td> <td>15 掃除</td> </tr> <tr> <td>02 食事介助</td> <td>09 体位変換</td> <td>16 洗濯</td> </tr> <tr> <td>03 清拭</td> <td>10 移乗・移動介助</td> <td>17 一般的な調理・配膳</td> </tr> <tr> <td>04 部分浴</td> <td>11 通院・外出介助</td> <td>18 買い物・薬の受け取り</td> </tr> <tr> <td>05 全身浴</td> <td>12 起床・就寝介助</td> <td>19 その他の生活援助</td> </tr> <tr> <td>06 洗面等</td> <td>13 自立支援のため見守りの援助</td> <td>20 通院等乗降介助</td> </tr> <tr> <td>07 身体整容</td> <td>14 その他の身体介護</td> <td></td> </tr> </table>	01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除	02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯	03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳	04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り	05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助	06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助	07 身体整容	14 その他の身体介護	
01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防																								
01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除																															
02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯																															
03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳																															
04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り																															
05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助																															
06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助																															
07 身体整容	14 その他の身体介護																																
利用者2	性別・出生年 <table border="1"> <tr> <td>1 男</td> <td>1 明治</td> <td rowspan="3">年</td> </tr> <tr> <td>2 女</td> <td>2 大正</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 昭和</td> </tr> </table>	1 男	1 明治	年	2 女	2 大正		3 昭和	要介護度 <table border="1"> <tr> <td>1 要支援 1</td> <td>3 要介護 1</td> <td>5 要介護 3</td> <td>7 要介護 5</td> </tr> <tr> <td>2 要支援 2</td> <td>4 要介護 2</td> <td>6 要介護 4</td> <td>8 他(自費等)</td> </tr> </table>	1 要支援 1	3 要介護 1	5 要介護 3	7 要介護 5	2 要支援 2	4 要介護 2	6 要介護 4	8 他(自費等)																
	1 男	1 明治	年																														
2 女	2 大正																																
	3 昭和																																
1 要支援 1	3 要介護 1	5 要介護 3	7 要介護 5																														
2 要支援 2	4 要介護 2	6 要介護 4	8 他(自費等)																														
訪問滞在時間 [] 分	介護報酬請求区分 <table border="1"> <tr> <td>01 身体中心 20分未満</td> <td>02 身体中心 20分以上30分未満</td> <td>03 身体中心 30分以上1時間未満</td> <td>04 身体中心 1時間以上1時間30分未満</td> <td>05 身体中心 1時間30分以上2時間未満</td> <td>06 身体中心 2時間以上</td> <td>07 生活援助 45分未満</td> <td>08 生活援助 45分以上</td> <td>09 通院等乗降介助</td> <td>10 介護予防</td> </tr> </table>	01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防	訪問介護の提供内容（複数回答） <table border="1"> <tr> <td>01 排泄介助</td> <td>08 更衣介助</td> <td>15 掃除</td> </tr> <tr> <td>02 食事介助</td> <td>09 体位変換</td> <td>16 洗濯</td> </tr> <tr> <td>03 清拭</td> <td>10 移乗・移動介助</td> <td>17 一般的な調理・配膳</td> </tr> <tr> <td>04 部分浴</td> <td>11 通院・外出介助</td> <td>18 買い物・薬の受け取り</td> </tr> <tr> <td>05 全身浴</td> <td>12 起床・就寝介助</td> <td>19 その他の生活援助</td> </tr> <tr> <td>06 洗面等</td> <td>13 自立支援のため見守りの援助</td> <td>20 通院等乗降介助</td> </tr> <tr> <td>07 身体整容</td> <td>14 その他の身体介護</td> <td></td> </tr> </table>	01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除	02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯	03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳	04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り	05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助	06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助	07 身体整容	14 その他の身体介護	
01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防																								
01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除																															
02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯																															
03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳																															
04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り																															
05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助																															
06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助																															
07 身体整容	14 その他の身体介護																																
利用者3	性別・出生年 <table border="1"> <tr> <td>1 男</td> <td>1 明治</td> <td rowspan="3">年</td> </tr> <tr> <td>2 女</td> <td>2 大正</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 昭和</td> </tr> </table>	1 男	1 明治	年	2 女	2 大正		3 昭和	要介護度 <table border="1"> <tr> <td>1 要支援 1</td> <td>3 要介護 1</td> <td>5 要介護 3</td> <td>7 要介護 5</td> </tr> <tr> <td>2 要支援 2</td> <td>4 要介護 2</td> <td>6 要介護 4</td> <td>8 他(自費等)</td> </tr> </table>	1 要支援 1	3 要介護 1	5 要介護 3	7 要介護 5	2 要支援 2	4 要介護 2	6 要介護 4	8 他(自費等)																
	1 男	1 明治	年																														
2 女	2 大正																																
	3 昭和																																
1 要支援 1	3 要介護 1	5 要介護 3	7 要介護 5																														
2 要支援 2	4 要介護 2	6 要介護 4	8 他(自費等)																														
訪問滞在時間 [] 分	介護報酬請求区分 <table border="1"> <tr> <td>01 身体中心 20分未満</td> <td>02 身体中心 20分以上30分未満</td> <td>03 身体中心 30分以上1時間未満</td> <td>04 身体中心 1時間以上1時間30分未満</td> <td>05 身体中心 1時間30分以上2時間未満</td> <td>06 身体中心 2時間以上</td> <td>07 生活援助 45分未満</td> <td>08 生活援助 45分以上</td> <td>09 通院等乗降介助</td> <td>10 介護予防</td> </tr> </table>	01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防	訪問介護の提供内容（複数回答） <table border="1"> <tr> <td>01 排泄介助</td> <td>08 更衣介助</td> <td>15 掃除</td> </tr> <tr> <td>02 食事介助</td> <td>09 体位変換</td> <td>16 洗濯</td> </tr> <tr> <td>03 清拭</td> <td>10 移乗・移動介助</td> <td>17 一般的な調理・配膳</td> </tr> <tr> <td>04 部分浴</td> <td>11 通院・外出介助</td> <td>18 買い物・薬の受け取り</td> </tr> <tr> <td>05 全身浴</td> <td>12 起床・就寝介助</td> <td>19 その他の生活援助</td> </tr> <tr> <td>06 洗面等</td> <td>13 自立支援のため見守りの援助</td> <td>20 通院等乗降介助</td> </tr> <tr> <td>07 身体整容</td> <td>14 その他の身体介護</td> <td></td> </tr> </table>	01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除	02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯	03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳	04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り	05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助	06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助	07 身体整容	14 その他の身体介護	
01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防																								
01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除																															
02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯																															
03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳																															
04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り																															
05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助																															
06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助																															
07 身体整容	14 その他の身体介護																																
利用者4	性別・出生年 <table border="1"> <tr> <td>1 男</td> <td>1 明治</td> <td rowspan="3">年</td> </tr> <tr> <td>2 女</td> <td>2 大正</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 昭和</td> </tr> </table>	1 男	1 明治	年	2 女	2 大正		3 昭和	要介護度 <table border="1"> <tr> <td>1 要支援 1</td> <td>3 要介護 1</td> <td>5 要介護 3</td> <td>7 要介護 5</td> </tr> <tr> <td>2 要支援 2</td> <td>4 要介護 2</td> <td>6 要介護 4</td> <td>8 他(自費等)</td> </tr> </table>	1 要支援 1	3 要介護 1	5 要介護 3	7 要介護 5	2 要支援 2	4 要介護 2	6 要介護 4	8 他(自費等)																
	1 男	1 明治	年																														
2 女	2 大正																																
	3 昭和																																
1 要支援 1	3 要介護 1	5 要介護 3	7 要介護 5																														
2 要支援 2	4 要介護 2	6 要介護 4	8 他(自費等)																														
訪問滞在時間 [] 分	介護報酬請求区分 <table border="1"> <tr> <td>01 身体中心 20分未満</td> <td>02 身体中心 20分以上30分未満</td> <td>03 身体中心 30分以上1時間未満</td> <td>04 身体中心 1時間以上1時間30分未満</td> <td>05 身体中心 1時間30分以上2時間未満</td> <td>06 身体中心 2時間以上</td> <td>07 生活援助 45分未満</td> <td>08 生活援助 45分以上</td> <td>09 通院等乗降介助</td> <td>10 介護予防</td> </tr> </table>	01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防	訪問介護の提供内容（複数回答） <table border="1"> <tr> <td>01 排泄介助</td> <td>08 更衣介助</td> <td>15 掃除</td> </tr> <tr> <td>02 食事介助</td> <td>09 体位変換</td> <td>16 洗濯</td> </tr> <tr> <td>03 清拭</td> <td>10 移乗・移動介助</td> <td>17 一般的な調理・配膳</td> </tr> <tr> <td>04 部分浴</td> <td>11 通院・外出介助</td> <td>18 買い物・薬の受け取り</td> </tr> <tr> <td>05 全身浴</td> <td>12 起床・就寝介助</td> <td>19 その他の生活援助</td> </tr> <tr> <td>06 洗面等</td> <td>13 自立支援のため見守りの援助</td> <td>20 通院等乗降介助</td> </tr> <tr> <td>07 身体整容</td> <td>14 その他の身体介護</td> <td></td> </tr> </table>	01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除	02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯	03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳	04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り	05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助	06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助	07 身体整容	14 その他の身体介護	
01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防																								
01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除																															
02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯																															
03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳																															
04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り																															
05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助																															
06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助																															
07 身体整容	14 その他の身体介護																																
利用者5	性別・出生年 <table border="1"> <tr> <td>1 男</td> <td>1 明治</td> <td rowspan="3">年</td> </tr> <tr> <td>2 女</td> <td>2 大正</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 昭和</td> </tr> </table>	1 男	1 明治	年	2 女	2 大正		3 昭和	要介護度 <table border="1"> <tr> <td>1 要支援 1</td> <td>3 要介護 1</td> <td>5 要介護 3</td> <td>7 要介護 5</td> </tr> <tr> <td>2 要支援 2</td> <td>4 要介護 2</td> <td>6 要介護 4</td> <td>8 他(自費等)</td> </tr> </table>	1 要支援 1	3 要介護 1	5 要介護 3	7 要介護 5	2 要支援 2	4 要介護 2	6 要介護 4	8 他(自費等)																
	1 男	1 明治	年																														
2 女	2 大正																																
	3 昭和																																
1 要支援 1	3 要介護 1	5 要介護 3	7 要介護 5																														
2 要支援 2	4 要介護 2	6 要介護 4	8 他(自費等)																														
訪問滞在時間 [] 分	介護報酬請求区分 <table border="1"> <tr> <td>01 身体中心 20分未満</td> <td>02 身体中心 20分以上30分未満</td> <td>03 身体中心 30分以上1時間未満</td> <td>04 身体中心 1時間以上1時間30分未満</td> <td>05 身体中心 1時間30分以上2時間未満</td> <td>06 身体中心 2時間以上</td> <td>07 生活援助 45分未満</td> <td>08 生活援助 45分以上</td> <td>09 通院等乗降介助</td> <td>10 介護予防</td> </tr> </table>	01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防	訪問介護の提供内容（複数回答） <table border="1"> <tr> <td>01 排泄介助</td> <td>08 更衣介助</td> <td>15 掃除</td> </tr> <tr> <td>02 食事介助</td> <td>09 体位変換</td> <td>16 洗濯</td> </tr> <tr> <td>03 清拭</td> <td>10 移乗・移動介助</td> <td>17 一般的な調理・配膳</td> </tr> <tr> <td>04 部分浴</td> <td>11 通院・外出介助</td> <td>18 買い物・薬の受け取り</td> </tr> <tr> <td>05 全身浴</td> <td>12 起床・就寝介助</td> <td>19 その他の生活援助</td> </tr> <tr> <td>06 洗面等</td> <td>13 自立支援のため見守りの援助</td> <td>20 通院等乗降介助</td> </tr> <tr> <td>07 身体整容</td> <td>14 その他の身体介護</td> <td></td> </tr> </table>	01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除	02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯	03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳	04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り	05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助	06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助	07 身体整容	14 その他の身体介護	
01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防																								
01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除																															
02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯																															
03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳																															
04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り																															
05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助																															
06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助																															
07 身体整容	14 その他の身体介護																																

[注] *印の箇所は事業所では記入しないでください。

訪問介護の提供内容

9月30日（0時～24時）に訪問介護サービスを利用した人の状況を記入してください。

なお、利用者1人に対して、1日に2回以上訪問した場合は、1人とカウントし、最後に訪問したときの状況を記入してください。

この票には、出生月が「1月」「5月」「9月」の者のみ記入してください。
足りない場合は、コピーをとり記入し、調査票にホチキスで留めてください。

*一連番号

利用者6	性別・出生年 1 男 1 明治 2 女 2 大正 3 昭和 年	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 5 要介護3 7 要介護5 2 要支援2 4 要介護2 6 要介護4 8 他(自費等)			
	訪問滞在時間 [] 分	<table border="1"> <tr> <td>介護報酬請求区分</td> <td>訪問介護の提供内容（複数回答）</td> </tr> <tr> <td>01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防</td> <td>01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護</td> </tr> </table>	介護報酬請求区分	訪問介護の提供内容（複数回答）	01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防
介護報酬請求区分	訪問介護の提供内容（複数回答）				
01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防	01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護				
利用者7	性別・出生年 1 男 1 明治 2 女 2 大正 3 昭和 年	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 5 要介護3 7 要介護5 2 要支援2 4 要介護2 6 要介護4 8 他(自費等)			
	訪問滞在時間 [] 分	<table border="1"> <tr> <td>介護報酬請求区分</td> <td>訪問介護の提供内容（複数回答）</td> </tr> <tr> <td>01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防</td> <td>01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護</td> </tr> </table>	介護報酬請求区分	訪問介護の提供内容（複数回答）	01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防
介護報酬請求区分	訪問介護の提供内容（複数回答）				
01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防	01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護				
利用者8	性別・出生年 1 男 1 明治 2 女 2 大正 3 昭和 年	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 5 要介護3 7 要介護5 2 要支援2 4 要介護2 6 要介護4 8 他(自費等)			
	訪問滞在時間 [] 分	<table border="1"> <tr> <td>介護報酬請求区分</td> <td>訪問介護の提供内容（複数回答）</td> </tr> <tr> <td>01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防</td> <td>01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護</td> </tr> </table>	介護報酬請求区分	訪問介護の提供内容（複数回答）	01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防
介護報酬請求区分	訪問介護の提供内容（複数回答）				
01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防	01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護				
利用者9	性別・出生年 1 男 1 明治 2 女 2 大正 3 昭和 年	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 5 要介護3 7 要介護5 2 要支援2 4 要介護2 6 要介護4 8 他(自費等)			
	訪問滞在時間 [] 分	<table border="1"> <tr> <td>介護報酬請求区分</td> <td>訪問介護の提供内容（複数回答）</td> </tr> <tr> <td>01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防</td> <td>01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護</td> </tr> </table>	介護報酬請求区分	訪問介護の提供内容（複数回答）	01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防
介護報酬請求区分	訪問介護の提供内容（複数回答）				
01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防	01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護				
利用者10	性別・出生年 1 男 1 明治 2 女 2 大正 3 昭和 年	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 5 要介護3 7 要介護5 2 要支援2 4 要介護2 6 要介護4 8 他(自費等)			
	訪問滞在時間 [] 分	<table border="1"> <tr> <td>介護報酬請求区分</td> <td>訪問介護の提供内容（複数回答）</td> </tr> <tr> <td>01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防</td> <td>01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護</td> </tr> </table>	介護報酬請求区分	訪問介護の提供内容（複数回答）	01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防
介護報酬請求区分	訪問介護の提供内容（複数回答）				
01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助 10 介護予防	01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護				

[注] *印の箇所は事業所では記入しないでください。

訪問介護の提供内容

9月30日（0時～24時）に訪問介護サービスを利用した人の状況を記入してください。

なお、利用者1人に対して、1日に2回以上訪問した場合は、1人とカウントし、最後に訪問したときの状況を記入してください。

この票には、出生月が「1月」「5月」「9月」の者のみ記入してください。

足りない場合は、コピーをとり記入し、調査票にホチキスで留めてください。

*一連番号

利用者11	性別・出生年 <table border="1"> <tr> <td>1 男</td> <td>1 明治</td> <td rowspan="3">年</td> </tr> <tr> <td>2 女</td> <td>2 大正</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 昭和</td> </tr> </table>	1 男	1 明治	年	2 女	2 大正		3 昭和	要介護度 <table border="1"> <tr> <td>1 要支援 1</td> <td>3 要介護 1</td> <td>5 要介護 3</td> <td>7 要介護 5</td> </tr> <tr> <td>2 要支援 2</td> <td>4 要介護 2</td> <td>6 要介護 4</td> <td>8 他(自費等)</td> </tr> </table>	1 要支援 1	3 要介護 1	5 要介護 3	7 要介護 5	2 要支援 2	4 要介護 2	6 要介護 4	8 他(自費等)																
	1 男	1 明治	年																														
2 女	2 大正																																
	3 昭和																																
1 要支援 1	3 要介護 1	5 要介護 3	7 要介護 5																														
2 要支援 2	4 要介護 2	6 要介護 4	8 他(自費等)																														
訪問滞在時間 [] 分	介護報酬請求区分 <table border="1"> <tr> <td>01 身体中心 20分未満</td> <td>02 身体中心 20分以上30分未満</td> <td>03 身体中心 30分以上1時間未満</td> <td>04 身体中心 1時間以上1時間30分未満</td> <td>05 身体中心 1時間30分以上2時間未満</td> <td>06 身体中心 2時間以上</td> <td>07 生活援助 45分未満</td> <td>08 生活援助 45分以上</td> <td>09 通院等乗降介助</td> <td>10 介護予防</td> </tr> </table>	01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防	訪問介護の提供内容（複数回答） <table border="1"> <tr> <td>01 排泄介助</td> <td>08 更衣介助</td> <td>15 掃除</td> </tr> <tr> <td>02 食事介助</td> <td>09 体位変換</td> <td>16 洗濯</td> </tr> <tr> <td>03 清拭</td> <td>10 移乗・移動介助</td> <td>17 一般的な調理・配膳</td> </tr> <tr> <td>04 部分浴</td> <td>11 通院・外出介助</td> <td>18 買い物・薬の受け取り</td> </tr> <tr> <td>05 全身浴</td> <td>12 起床・就寝介助</td> <td>19 その他の生活援助</td> </tr> <tr> <td>06 洗面等</td> <td>13 自立支援のため見守りの援助</td> <td>20 通院等乗降介助</td> </tr> <tr> <td>07 身体整容</td> <td>14 その他の身体介護</td> <td></td> </tr> </table>	01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除	02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯	03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳	04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り	05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助	06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助	07 身体整容	14 その他の身体介護	
01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防																								
01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除																															
02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯																															
03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳																															
04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り																															
05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助																															
06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助																															
07 身体整容	14 その他の身体介護																																
利用者12	性別・出生年 <table border="1"> <tr> <td>1 男</td> <td>1 明治</td> <td rowspan="3">年</td> </tr> <tr> <td>2 女</td> <td>2 大正</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 昭和</td> </tr> </table>	1 男	1 明治	年	2 女	2 大正		3 昭和	要介護度 <table border="1"> <tr> <td>1 要支援 1</td> <td>3 要介護 1</td> <td>5 要介護 3</td> <td>7 要介護 5</td> </tr> <tr> <td>2 要支援 2</td> <td>4 要介護 2</td> <td>6 要介護 4</td> <td>8 他(自費等)</td> </tr> </table>	1 要支援 1	3 要介護 1	5 要介護 3	7 要介護 5	2 要支援 2	4 要介護 2	6 要介護 4	8 他(自費等)																
	1 男	1 明治	年																														
2 女	2 大正																																
	3 昭和																																
1 要支援 1	3 要介護 1	5 要介護 3	7 要介護 5																														
2 要支援 2	4 要介護 2	6 要介護 4	8 他(自費等)																														
訪問滞在時間 [] 分	介護報酬請求区分 <table border="1"> <tr> <td>01 身体中心 20分未満</td> <td>02 身体中心 20分以上30分未満</td> <td>03 身体中心 30分以上1時間未満</td> <td>04 身体中心 1時間以上1時間30分未満</td> <td>05 身体中心 1時間30分以上2時間未満</td> <td>06 身体中心 2時間以上</td> <td>07 生活援助 45分未満</td> <td>08 生活援助 45分以上</td> <td>09 通院等乗降介助</td> <td>10 介護予防</td> </tr> </table>	01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防	訪問介護の提供内容（複数回答） <table border="1"> <tr> <td>01 排泄介助</td> <td>08 更衣介助</td> <td>15 掃除</td> </tr> <tr> <td>02 食事介助</td> <td>09 体位変換</td> <td>16 洗濯</td> </tr> <tr> <td>03 清拭</td> <td>10 移乗・移動介助</td> <td>17 一般的な調理・配膳</td> </tr> <tr> <td>04 部分浴</td> <td>11 通院・外出介助</td> <td>18 買い物・薬の受け取り</td> </tr> <tr> <td>05 全身浴</td> <td>12 起床・就寝介助</td> <td>19 その他の生活援助</td> </tr> <tr> <td>06 洗面等</td> <td>13 自立支援のため見守りの援助</td> <td>20 通院等乗降介助</td> </tr> <tr> <td>07 身体整容</td> <td>14 その他の身体介護</td> <td></td> </tr> </table>	01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除	02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯	03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳	04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り	05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助	06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助	07 身体整容	14 その他の身体介護	
01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防																								
01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除																															
02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯																															
03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳																															
04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り																															
05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助																															
06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助																															
07 身体整容	14 その他の身体介護																																
利用者13	性別・出生年 <table border="1"> <tr> <td>1 男</td> <td>1 明治</td> <td rowspan="3">年</td> </tr> <tr> <td>2 女</td> <td>2 大正</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 昭和</td> </tr> </table>	1 男	1 明治	年	2 女	2 大正		3 昭和	要介護度 <table border="1"> <tr> <td>1 要支援 1</td> <td>3 要介護 1</td> <td>5 要介護 3</td> <td>7 要介護 5</td> </tr> <tr> <td>2 要支援 2</td> <td>4 要介護 2</td> <td>6 要介護 4</td> <td>8 他(自費等)</td> </tr> </table>	1 要支援 1	3 要介護 1	5 要介護 3	7 要介護 5	2 要支援 2	4 要介護 2	6 要介護 4	8 他(自費等)																
	1 男	1 明治	年																														
2 女	2 大正																																
	3 昭和																																
1 要支援 1	3 要介護 1	5 要介護 3	7 要介護 5																														
2 要支援 2	4 要介護 2	6 要介護 4	8 他(自費等)																														
訪問滞在時間 [] 分	介護報酬請求区分 <table border="1"> <tr> <td>01 身体中心 20分未満</td> <td>02 身体中心 20分以上30分未満</td> <td>03 身体中心 30分以上1時間未満</td> <td>04 身体中心 1時間以上1時間30分未満</td> <td>05 身体中心 1時間30分以上2時間未満</td> <td>06 身体中心 2時間以上</td> <td>07 生活援助 45分未満</td> <td>08 生活援助 45分以上</td> <td>09 通院等乗降介助</td> <td>10 介護予防</td> </tr> </table>	01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防	訪問介護の提供内容（複数回答） <table border="1"> <tr> <td>01 排泄介助</td> <td>08 更衣介助</td> <td>15 掃除</td> </tr> <tr> <td>02 食事介助</td> <td>09 体位変換</td> <td>16 洗濯</td> </tr> <tr> <td>03 清拭</td> <td>10 移乗・移動介助</td> <td>17 一般的な調理・配膳</td> </tr> <tr> <td>04 部分浴</td> <td>11 通院・外出介助</td> <td>18 買い物・薬の受け取り</td> </tr> <tr> <td>05 全身浴</td> <td>12 起床・就寝介助</td> <td>19 その他の生活援助</td> </tr> <tr> <td>06 洗面等</td> <td>13 自立支援のため見守りの援助</td> <td>20 通院等乗降介助</td> </tr> <tr> <td>07 身体整容</td> <td>14 その他の身体介護</td> <td></td> </tr> </table>	01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除	02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯	03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳	04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り	05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助	06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助	07 身体整容	14 その他の身体介護	
01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防																								
01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除																															
02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯																															
03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳																															
04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り																															
05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助																															
06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助																															
07 身体整容	14 その他の身体介護																																
利用者14	性別・出生年 <table border="1"> <tr> <td>1 男</td> <td>1 明治</td> <td rowspan="3">年</td> </tr> <tr> <td>2 女</td> <td>2 大正</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 昭和</td> </tr> </table>	1 男	1 明治	年	2 女	2 大正		3 昭和	要介護度 <table border="1"> <tr> <td>1 要支援 1</td> <td>3 要介護 1</td> <td>5 要介護 3</td> <td>7 要介護 5</td> </tr> <tr> <td>2 要支援 2</td> <td>4 要介護 2</td> <td>6 要介護 4</td> <td>8 他(自費等)</td> </tr> </table>	1 要支援 1	3 要介護 1	5 要介護 3	7 要介護 5	2 要支援 2	4 要介護 2	6 要介護 4	8 他(自費等)																
	1 男	1 明治	年																														
2 女	2 大正																																
	3 昭和																																
1 要支援 1	3 要介護 1	5 要介護 3	7 要介護 5																														
2 要支援 2	4 要介護 2	6 要介護 4	8 他(自費等)																														
訪問滞在時間 [] 分	介護報酬請求区分 <table border="1"> <tr> <td>01 身体中心 20分未満</td> <td>02 身体中心 20分以上30分未満</td> <td>03 身体中心 30分以上1時間未満</td> <td>04 身体中心 1時間以上1時間30分未満</td> <td>05 身体中心 1時間30分以上2時間未満</td> <td>06 身体中心 2時間以上</td> <td>07 生活援助 45分未満</td> <td>08 生活援助 45分以上</td> <td>09 通院等乗降介助</td> <td>10 介護予防</td> </tr> </table>	01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防	訪問介護の提供内容（複数回答） <table border="1"> <tr> <td>01 排泄介助</td> <td>08 更衣介助</td> <td>15 掃除</td> </tr> <tr> <td>02 食事介助</td> <td>09 体位変換</td> <td>16 洗濯</td> </tr> <tr> <td>03 清拭</td> <td>10 移乗・移動介助</td> <td>17 一般的な調理・配膳</td> </tr> <tr> <td>04 部分浴</td> <td>11 通院・外出介助</td> <td>18 買い物・薬の受け取り</td> </tr> <tr> <td>05 全身浴</td> <td>12 起床・就寝介助</td> <td>19 その他の生活援助</td> </tr> <tr> <td>06 洗面等</td> <td>13 自立支援のため見守りの援助</td> <td>20 通院等乗降介助</td> </tr> <tr> <td>07 身体整容</td> <td>14 その他の身体介護</td> <td></td> </tr> </table>	01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除	02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯	03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳	04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り	05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助	06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助	07 身体整容	14 その他の身体介護	
01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防																								
01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除																															
02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯																															
03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳																															
04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り																															
05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助																															
06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助																															
07 身体整容	14 その他の身体介護																																
利用者15	性別・出生年 <table border="1"> <tr> <td>1 男</td> <td>1 明治</td> <td rowspan="3">年</td> </tr> <tr> <td>2 女</td> <td>2 大正</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 昭和</td> </tr> </table>	1 男	1 明治	年	2 女	2 大正		3 昭和	要介護度 <table border="1"> <tr> <td>1 要支援 1</td> <td>3 要介護 1</td> <td>5 要介護 3</td> <td>7 要介護 5</td> </tr> <tr> <td>2 要支援 2</td> <td>4 要介護 2</td> <td>6 要介護 4</td> <td>8 他(自費等)</td> </tr> </table>	1 要支援 1	3 要介護 1	5 要介護 3	7 要介護 5	2 要支援 2	4 要介護 2	6 要介護 4	8 他(自費等)																
	1 男	1 明治	年																														
2 女	2 大正																																
	3 昭和																																
1 要支援 1	3 要介護 1	5 要介護 3	7 要介護 5																														
2 要支援 2	4 要介護 2	6 要介護 4	8 他(自費等)																														
訪問滞在時間 [] 分	介護報酬請求区分 <table border="1"> <tr> <td>01 身体中心 20分未満</td> <td>02 身体中心 20分以上30分未満</td> <td>03 身体中心 30分以上1時間未満</td> <td>04 身体中心 1時間以上1時間30分未満</td> <td>05 身体中心 1時間30分以上2時間未満</td> <td>06 身体中心 2時間以上</td> <td>07 生活援助 45分未満</td> <td>08 生活援助 45分以上</td> <td>09 通院等乗降介助</td> <td>10 介護予防</td> </tr> </table>	01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防	訪問介護の提供内容（複数回答） <table border="1"> <tr> <td>01 排泄介助</td> <td>08 更衣介助</td> <td>15 掃除</td> </tr> <tr> <td>02 食事介助</td> <td>09 体位変換</td> <td>16 洗濯</td> </tr> <tr> <td>03 清拭</td> <td>10 移乗・移動介助</td> <td>17 一般的な調理・配膳</td> </tr> <tr> <td>04 部分浴</td> <td>11 通院・外出介助</td> <td>18 買い物・薬の受け取り</td> </tr> <tr> <td>05 全身浴</td> <td>12 起床・就寝介助</td> <td>19 その他の生活援助</td> </tr> <tr> <td>06 洗面等</td> <td>13 自立支援のため見守りの援助</td> <td>20 通院等乗降介助</td> </tr> <tr> <td>07 身体整容</td> <td>14 その他の身体介護</td> <td></td> </tr> </table>	01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除	02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯	03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳	04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り	05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助	06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助	07 身体整容	14 その他の身体介護	
01 身体中心 20分未満	02 身体中心 20分以上30分未満	03 身体中心 30分以上1時間未満	04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	05 身体中心 1時間30分以上2時間未満	06 身体中心 2時間以上	07 生活援助 45分未満	08 生活援助 45分以上	09 通院等乗降介助	10 介護予防																								
01 排泄介助	08 更衣介助	15 掃除																															
02 食事介助	09 体位変換	16 洗濯																															
03 清拭	10 移乗・移動介助	17 一般的な調理・配膳																															
04 部分浴	11 通院・外出介助	18 買い物・薬の受け取り																															
05 全身浴	12 起床・就寝介助	19 その他の生活援助																															
06 洗面等	13 自立支援のため見守りの援助	20 通院等乗降介助																															
07 身体整容	14 その他の身体介護																																

[注] *印の箇所は事業所では記入しないでください。



*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。

運営法人名 (運営法人名を記入してください)
事業所名
事業所の所在地 〒 TEL()-()-()

(1) 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1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。なお、印字されていない事業については記入不要です。
- 確認後は、サービスの種類ごとに右側に示した回答ページへ進み、調査票を記入してください。
- 下記サービスの「活動状況」欄は、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。その場合、以降のページは記入不要です。上記以外で利用者がいない場合でも「活動中」に○をつけ、回答ページに進んでください。
- 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 (1つに○)	回答ページ
141 介護予防型認知症対応型通所介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	2ページに記入してください
142 認知症対応型通所介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
151 介護予防型認知症対応型共同生活介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	3ページに記入してください
152 認知症対応型共同生活介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
161 地域密着型特定施設入居者生活介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	4ページに記入してください
171 夜間対応型訪問介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	5ページに記入してください
181 介護予防小規模多機能型居宅介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	6ページに記入してください
182 小規模多機能型居宅介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	
211 定期巡回・随時対応型訪問介護看護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	7ページに記入してください
221 複合型サービス			1 活動中 2 休止中 3 廃止	8ページに記入してください

(2) 経営主体 ※右のリストから、該当する番号を1つ選択し、左の欄に記入してください。

経営主体	01 都道府県	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(個人を含む。)

(3) 苦情解決のための取組状況 (複数回答) 該当する番号をすべて○で囲んでください。

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

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名と連絡先を記入してください。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) ぶりがない
	電話 (- -)
上記以外連絡先 (携帯、FAX等)	

(記入ページのみを剥がしたりせず、冊子のままご返送下さい。)

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)、開催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
認知症
通所介護

定 員		人
9月中の開催日数		日

※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)			

認知症
対応型
通所介護

定 員		人
9月中の開催日数		日

※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)						

(4)サービスの提供状況

(5)事業所の形態

事業所の形態について、該当する番号を1つ○で囲んでください。

- 1 単独型 2 併設型 3 共用型

(6)社会福祉法人等による軽減の状況

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

(7)介護福祉士養成校及び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23年10月1日～平成24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 2 受け入れなし

平成23年10月1日～平成24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 2 受け入れなし

(8)従事者数

	常勤専従			常勤兼務			非常勤			
	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 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のうち看護師						10のうち介護福祉士				
4のうち准看護師						11 その他の職員				
4のうち柔道整復師						(補問) 認定特定行為業務従事者 (介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者) <input type="text"/> 人				
4のうちあん摩マッサージ指圧師										

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
 得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$
 (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。
 ※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」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。)

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。

(9)サービスの提供状況	対介護予防認知症	定員 <input type="text"/> 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		要支援2	その他				
		1 あり → 2 なし	9月末日の利用者数(人)							
(10)ユニット及び居室の状況 ※平均家賃は、整数で記入してください。	共通認知症生活対応型	定員 <input type="text"/> 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		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 → 2 なし	9月末日の利用者数(人)	うち「短期利用」の利用者数(人)						
(11)介護福祉士養成校及び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)	介護福祉士養成校	平成23年10月1日～平成24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 2 受け入れなし	社会福祉士養成校		平成23年10月1日～平成24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 2 受け入れなし					
	(12)従事者数 *複数の資格を有している者については、(1)～(3)のうち最も若い番号の資格について記入してください。		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	(補問)認定特定行為業務従事者 (介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者) <input type="text"/> 人		
	1 介護職員						(注)「常勤専従」については換算数の記入は不要です。 「常勤兼務」「非常勤」については、下記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。 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。 ※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」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。			
	(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									
	2 計画作成担当者									
	2のうち 介護支援専門員									
	3 その他の職員									
		換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\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(所定労働時間)}} \\ (\text{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。)								

【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。

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。

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	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							

該当する番号を1つ○で囲んでください。

ア 有料老人ホーム (エに該当するものを除く) (1 サテライト型以外 2 サテライト型)
 イ 軽費老人ホーム (3 サテライト型以外 4 サテライト型)
 ウ 養護老人ホーム (5 サテライト型以外 6 サテライト型)
 エ サービス付き高齢者向け住宅 (7 サテライト型以外 8 サテライト型)

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)				

平成23年10月1日～平成24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
 2 受け入れなし

平成23年10月1日～平成24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
 2 受け入れなし

	常勤専従			常勤兼務			非常勤		
			換算数			換算数			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									
(補問)認定特定行為業務従事者 (介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)									
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のうち看護師									
6のうち准看護師									
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) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
 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。

※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

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

【171 夜間対応型訪問介護】

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(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。

(18) サービスの提供状況

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月中の通報件数 件

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)						
定期巡回訪問回数(回)						
随時訪問回数(回)						

(19) 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)
2 II型(オペレーションセンターの設置なし)

場所

(20) 社会福祉法人等による軽減の状況

1 実施している
2 実施していない

9月中の軽減者数 人 (生活保護受給者等は含みません)

(21) 介護福祉士養成校からの実習生の受け入れ状況(過去1年間)

平成23年10月1日~平成24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
2 受け入れなし

(22) 従事者数

*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			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のうち准看護師											
2 オペレーター							(5) 3のうち社会福祉士											
(1) 2のうち医師							(6) 3のうち介護福祉士											
(2) 2のうち保健師							(7) 3のうち介護支援専門員											
(3) 2のうち看護師							4 その他の職員											
(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																		

(補問) 認定特定行為業務従事者 (介護職員等であって、喫煙吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)

人

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}} \quad (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)$$

「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
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。

*雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」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。)

【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。

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。

23 サービスの提供状況	介護予防小規模多機能型居宅介護									
	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	1 あり 2 なし		要支援1			要支援2			
	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)									
	※重複する場合は、それぞれに計上してください。	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			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	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)										
※重複する場合は、それぞれに計上してください。	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)								

24 宿泊室の状況	個室の数			個室以外の宿泊室の数		
-----------	------	--	--	------------	--	--

25 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
	室定員	人	人	人	人	人	人
	室数	室	室	室	室	室	室

26 社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している 2 実施していない	9月中の軽減者数			(生活保護受給者等は含まれません)
--------------------	-----------------------	----------	--	--	-------------------

27 介護福祉士養成校及び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23年10月1日～平成24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。	平成23年10月1日～平成24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 2 受け入れなし	1 受け入れあり 2 受け入れなし

28 従事者数		常勤専従			常勤兼務			非常勤		
		常勤専従	常勤兼務	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	1 のうち介護福祉士									
	4 介護支援専門員									
2 看護師	5 その他の職員									
	3 准看護師									

(補問) 認定特定行為業務従事者(介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)		
--	--	--

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
 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。
 ※「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。
 ※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」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。)

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

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。

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)									
複合型サービス ※重複する場合は、 それぞれに 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)								
訪問介護	利用実人員数(人)								
	利用延人員数(人)								
訪問看護	利用実人員数(人)								
	利用延人員数(人)								

(35) サービスの状況

(36) 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・事務所について、該当する番号をすべて○で囲んでください。

- 1 訪問看護事業所と併設している
- 2 認知症対応型共同生活介護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 地域密着型特定施設と併設している
- 5 地域密着型介護老人福祉施設と併設している
- 6 介護療養型医療施設(有床診療所に限る)と併設している
- 7 1~6との併設はない

(37) 宿泊室の状況

個室の数		室	個室以外の宿泊室の数		室
------	--	---	------------	--	---

(38) 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(日額)		円		円		円		円		円
室定員		人		人		人		人		人
室数		室		室		室		室		室

(39) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

9月中に、事業所が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数、延べ夜勤回数を記入してください。

看護職員	実人員数		人	介護職員	実人員数		人
	延べ夜勤回数		回		延べ夜勤回数		回

(40) 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				

(41) 従事者数

	常勤専従			非常勤			常勤専従			非常勤		
	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						4 介護支援専門員						
1のうち介護福祉士						5 その他の職員						
2 看護師												
3 准看護師												

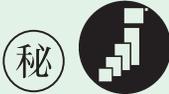
(補間) 認定特定行為業務従事者
 (介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)

人

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
 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。

※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」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。)

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延長時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}} \quad (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)$$



政府統計

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24年10月1日調査)



7

厚生労働省

*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。

法人名
施設名
施設の所在地
(1)開設主体
(2)サービスの状況・施設の種類の説明

Table with 4 columns: 事業所番号, 事業所名, 活動状況, 事業所の種別. Rows include 051, 052, and 施設の種類.

Table with 4 columns: 事業所番号, 事業所名, 活動状況, 事業所の種別. Rows include 061, 062, and 事業所の種別.

【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。

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 ※利用者の有無に関わらず、**空床利用型以外は**、介護予防短期入所療養介護としての指定病床数を記入してください。

指定病床数 床

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)			
利用日数合計(日)			

短期入所療養介護

空床利用型ですか 1 はい 2 いいえ ※利用者の有無に関わらず、**空床利用型以外は**、短期入所療養介護としての指定病床数を記入してください。

指定病床数 床

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	その他
利用実人員数(人)						
利用日数合計(日)						

(3) サービスの提供状況

(4) 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23年10月1日～平成24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 2 受け入れなし

(5) 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23年10月1日～平成24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 2 受け入れなし

※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) ふりがな
	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。

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)						
利用延人員数(人)						

(7) 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23年10月1日～平成24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 2 受け入れなし

(8) 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23年10月1日～平成24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 2 受け入れなし

(9) 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			常勤専従		常勤兼務		非常勤	
	人数	換算数	人数	換算数	人数	換算数		人数	換算数	人数	換算数	人数	換算数
1 医師							5 理学療法士						
2 看護師							6 作業療法士						
3 准看護師							7 言語聴覚士						
4 介護職員							8 歯科衛生士						
4のうち介護福祉士							9 管理栄養士						
							10 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。常勤専従については、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。
 ※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

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

(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