秘 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25年10月１日調査）

1

厚生労働省

見本

＊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	
経営主体	

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。

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に○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	1　地域密着型介護福祉施設
2　小規模介護福祉施設	2　サテライト型介護福祉施設
3　ユニット型介護福祉施設	3　ユニット型地域密着型介護福祉施設
4　ユニット型小規模介護福祉施設	4　ユニット型サテライト型地域密着型介護福祉施設

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				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	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	人	人
ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット

(7)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	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

(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

＊利用者個票	＊利用者一覧票

裏面につづきます

見本

(9) 施設サービスの状況

9月末日の在所者数（人）

9月末日時点で在所者はいましたか。 1 いた 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
（再掲） 9月末日の在所者のうち、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

(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 / うち生活保護受給者数 ＿人
2 実施していない

(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25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3名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は7名ではなく、3名となります。

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

(13) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

9月中（平成25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24年10月1日～平成25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

(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24年10月1日～平成25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

(16) 従事者数

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

秘　政府統計

介護サービス施設・事業所調査

介護老人保健施設票

（平成25年10月１日調査）

2

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	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：　人　　認知症専門棟入所定員：　人

(7)療養室の状況

	多床室 4人室	多床室 3人室	多床室 2人室	従来型個室	ユニット型 夫婦等の2人室	ユニット型 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	人	人
	ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット
認知症専門棟	ユニットの規模（定員）	人	人	人	人	人	人
	ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット

(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。 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

＊利用者個票	＊利用者一覧票

見本

裏面につづきます

見本

(11) 施設サービスの状況

9月末日の在所者数(人)

9月末日時点で在所者はいましたか。 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
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25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3名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は7名ではなく、3名となります。

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

(13) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

9月中(平成25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
延べ夜勤回数 [　　]回

介護職員 実人員数 [　　]人
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24年10月1日～平成25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

(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24年10月1日～平成25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

(16) 従事者数

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 医師			.		.
2 歯科医師			.		.
3 薬剤師			.		.
4 看護師			.		.
5 准看護師			.		.
6 介護職員			.		.
6のうち介護福祉士			.		.
7 支援相談員			.		.
7のうち社会福祉士			.		.

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
8 理学療法士			.		.
9 作業療法士			.		.
10 言語聴覚士			.		.
11 管理栄養士			.		.
12 栄養士			.		.
13 歯科衛生士			.		.
14 介護支援専門員			.		.
15 調理員			.		.
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) 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

㊙ 政府統計

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25年10月１日調査）

3

厚生労働省

見本

＊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　主　体

開設主体：（回答欄）

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

(3)介護報酬上の届出（複数回答）

種別	型
病院療養型	（1　Ⅰ型　2　Ⅱ型　3　Ⅲ型）
ユニット型病院療養型	（1　Ⅰ型　2　Ⅱ型）
病院経過型	（1　Ⅰ型　2　Ⅱ型）
ユニット型病院経過型	（1　Ⅰ型　2　Ⅱ型）
診療所型	（1　Ⅰ型　2　Ⅱ型）
ユニット型診療所型	（1　Ⅰ型　2　Ⅱ型）
認知症疾患型	（1　Ⅰ型　2　Ⅱ型　3　Ⅲ型　4　Ⅳ型　5　Ⅴ型）
ユニット型認知症疾患型	（1　Ⅰ型　2　Ⅱ型）
認知症経過型	（1　Ⅰ型　2　Ⅱ型）

病　床　数

療養病床		老人性認知症疾患療養病棟	
介護指定病床を有する病棟の病床数	うち介護指定病床数	介護指定病床を有する病棟の病床数	うち介護指定病床数
床	床	床	床

以下の(4)～(8)の項目は、「介護指定病床」についての状況を記入してください。

(4)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）
室	室	室	室	室	室	室

(5)ユニットの状況

「(3)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	人
	ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット
老人性認知症疾患療養病棟	ユニットの規模（定員）	人	人	人	人	人	人
	ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット

(6)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(4)病室の状況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

(7)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

＊利用者個票	＊利用者一覧票

裏面につづきます

見本

⑻ 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						

⑼ 夜勤時間帯における勤務体制

平成25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３名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は７名ではなく、３名となります。

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

⑽ 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

９月中（平成25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
	延べ夜勤回数	回
介護職員	実人員数	人
	延べ夜勤回数	回

⑾ 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24年10月１日～平成25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

⑿ 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24年10月１日～平成25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

⒀ 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	常勤兼務 換算数	非常勤	非常勤 換算数
１ 医師			.		.
２ 歯科医師			.		.
３ 薬剤師			.		.
４ 看護師			.		.
５ 准看護師			.		.
６ 介護職員			.		.
６のうち介護福祉士			.		.
７ 介護支援専門員			.		.

	常勤専従	常勤兼務	常勤兼務 換算数	非常勤	非常勤 換算数
８ 管理栄養士			.		.
９ 栄養士			.		.
10 理学療法士			.		.
11 作業療法士			.		.
12 言語聴覚士			.		.
13 精神保健福祉士等			.		.
14 歯科衛生士			.		.

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 ＝ 従事者の１週間の勤務延時間数（残業は除く） ／ 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

㊙ 政府統計

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25年10月１日調査）

4

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	
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

(2) 開設主体

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。

01 都道府県
02 市区町村
03 広域連合・一部事務組合
04 日本赤十字社・社会保険関係団体
05 医療法人
06 医師会
07 看護協会
08 社団・財団法人（06、07以外の公益・一般）
09 社会福祉協議会
10 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
11 農業協同組合及び連合会
12 消費生活協同組合及び連合会
13 営利法人（会社）
14 特定非営利活動法人（NPO）
15 01〜14以外

(3) 加算等の届出の状況

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

＊利用者個票	＊利用者一覧票

次ページにつづきます

見本

(5) 9月中のサービスの提供状況

介護保険法

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。)
訪問時間が連続して20分以上の場合、介護報酬の算定回数に関わらず訪問回数は「１回」とします。

※**複合型サービスの登録者**に対して行った訪問看護は、**この調査票に記入せず、**別途配布される「**地域密着型サービス事業所票**」に記入してください。

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）	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

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

※　定期巡回・随時対応型訪問介護看護と連携して行った訪問看護については**この欄に記入せず、**下記の「**定期巡回・随時対応型との連携**」欄に記入してください。

	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

定期巡回・随時対応型との連携

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の法２号型(連携型)事業所と連携している場合は、「１　連携あり」の番号を○で囲み、連携先の事業所数、連携による利用実人員数及び訪問回数の合計を記入してください。

１　連携あり → 連携先の事業所数 [　　] 事業所

２　連携なし

連携による利用実人員数（人）	人
連携による訪問回数の合計（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。

見本

次ページにつづきます

(6) 9月中の利用者

緊急時等の利用状況

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		人
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

死亡によるサービスの終了者

	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

(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	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 保健師			.		.	5 理学療法士			.		.
2 助産師			.		.	6 作業療法士			.		.
3 看護師			.		.	7 言語聴覚士			.		.
4 准看護師			.		.	8 その他の職員			.		.
						1～7のうちサテライト事業所の従事者			.		.

（注）従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、**小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。**得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。**常勤専従については、換算数の記入は不要です。**

※「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。

※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 ＝ 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）　（換算数の詳細は手引き参照）

（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。）

(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（ケアマネージャー）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 → 1　兼務あり → 兼務している人数 [　　] 人

2　併設していない　　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 → 平成25年9月中の利用実人員数 [　　] 人

2　指定なし

(10) 複合型サービス事業所の併設の有無

1　併設している

2　併設していない

「複合型サービス事業所」と併設している場合は、「1　併設している」の番号を○で囲んでください。

※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）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

見本

㊙ 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25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回答ページに進み、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（追記）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。
・サービスの種類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
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	
191 介護予防支援			1 活動中　2 休止中　3 廃止	8ページに記入してください
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

見本

(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
02 市区町村
03 広域連合・一部事務組合
04 社会福祉協議会
05 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
06 医療法人
07 社団・財団法人（公益・一般）
08 農業協同組合及び連合会
09 消費生活協同組合及び連合会
10 営利法人（会社）
11 特定非営利活動法人（NPO）
12 その他の法人
13 01～12以外（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
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等の記入は任意です。

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）	

（記入ページのみを剥がしたりせず、冊子のまま ご返送ください。）

【０７１介護予防通所介護・０７２通所介護】

記入者名（　　　　　　　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(4) 事業所の形態（複数回答）

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

(5) 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・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
９月中の開催日数	日

単位１の定員	人	単位４の定員	人
単位２の定員	人	単位５の定員	人
単位３の定員	人	単位６の定員	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
利用実人員数（人）			
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
９月中の開催日数	日

単位１の定員	人	単位４の定員	人
単位２の定員	人	単位５の定員	人
単位３の定員	人	単位６の定員	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
利用実人員数（人）						
利用延人員数（人）						

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・誤りのある場合は修正してください。

事業所番号：

定員	人	９月中の開催日数	日

９月中の利用者：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）						

見本

(6) 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

(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24年10月１日～平成25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24年10月１日～平成25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
1 医師			.		.
2 看護師			.		.
3 准看護師			.		.
4 機能訓練指導員			.		.
4のうち理学療法士			.		.
4のうち作業療法士			.		.
4のうち言語聴覚士			.		.
4のうち看護師			.		.
4のうち准看護師			.		.
4のうち柔道整復師			.		.
4のうちあん摩マッサージ指圧師			.		.

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
5 調理員			.		.
6 管理栄養士			.		.
7 栄養士			.		.
8 歯科衛生士			.		.
9 生活相談員			.		.
9のうち社会福祉士			.		.
10 介護職員			.		.
10のうち介護福祉士			.		.
11 その他の職員			.		.

（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）**「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。

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

（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。）

（換算数の詳細は手引きを参照してください。）

【071介護予防通所介護・072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。

【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（　　―　　―　　）

(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〇で囲んでください。 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」に〇をした方は、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」のみに〇をした事業所で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」又は「5」に〇をした事業所は、併設型（ユニット型）分についてのみ記入してください。

(10) サービスの提供状況

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」を〇で囲んでください。
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。

介護予防短期入所生活介護	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		要支援１	要支援２	その他
	人	1　あり →	利用実人員数（人）			
		2　なし	利用日数合計（日）			

短期入所生活介護	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		要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他
	人	1　あり →	利用実人員数（人）						
		2　なし	利用日数合計（日）						

(11) 居室の状況

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。

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	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24年10月１日～平成25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24年10月１日～平成25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

(14) 従事者数

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 医師			.		.
2 看護師			.		.
3 准看護師			.		.
4 機能訓練指導員			.		.
4のうち理学療法士			.		.
4のうち作業療法士			.		.
4のうち言語聴覚士			.		.
4のうち看護師			.		.
4のうち准看護師			.		.
4のうち柔道整復師			.		.
4のうちあん摩マッサージ指圧師			.		.

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
5 調理員			.		.
6 管理栄養士			.		.
7 栄養士			.		.
8 介護支援専門員			.		.
9 生活相談員			.		.
9のうち社会福祉士			.		.
10 介護職員			.		.
10のうち介護福祉士			.		.
11 その他の職員			.		.

（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）**「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 ＝ 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。）

【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。

見本

記入者名（　　　　　　　　　　　　　　　　）　電話番号（　　　　－　　　　－　　　　）

⒂ 事業所の形態

該当する番号を1つ〇で囲んでください。

1　有料老人ホーム（4に該当するものを除く）　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

⒃ 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」を〇で囲んでください。

	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		要支援1	要支援2	要支援認定申請中
介護予防特定施設入居者生活介護	人	1　あり 2　なし	9月末日の利用者数（人）			

	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		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
特定施設入居者生活介護	人	1　あり 2　なし	9月末日の利用者数（人）						

⒄ 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をすべて〇で囲んでください。

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

⒅ 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。

⒆ 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24年10月1日～平成25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24年10月1日～平成25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

⒇ 従事者数

	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			.		.
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			.		.
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			.		.

（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）**「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。

※「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。

※ 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。

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

（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。）

【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。

見本

【１０１介護予防訪問介護・１０２訪問介護】

記入者名（　　　　　　　　　　　　　　）　電話番号（　　　―　　　―　　　）

(21)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○で囲んでください。 1　なし　　2　加算Ⅰ　　3　加算Ⅱ　　4　加算Ⅲ

(22)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○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

(23)サービスの提供状況

介護予防訪問介護

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月中の利用者		要支援1	要支援2	その他
日	1　あり→	利用実人員数(人)			
	2　なし	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→	利用実人員数(人)						
	2　なし	訪問回数合計(回)						

(24)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

(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24年10月1日～平成25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

(26)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○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

(27)従事者数

＊　資格(1)～(5)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。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 訪問介護員			.		.
(1) 1のうち介護福祉士			.		.
(2) 1のうち実務者研修修了者			.		.
(3) 1のうち旧介護職員基礎研修課程修了者			.		.
(4) 1のうち旧ホームヘルパー1級研修課程修了者			.		.
(5) 1のうち初任者研修修了者(旧ホームヘルパー2級研修課程修了者を含む)			.		.
1のうちサテライト事業所の従事者			.		.
2 その他の職員			.		.

サービス提供責任者について
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。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	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のうち実務者研修修了者			.		.
(3) 3のうち旧介護職員基礎研修課程修了者			.		.
(4) 3のうち旧ホームヘルパー1級研修課程修了者			.		.
(5) 3のうち(1)～(4)以外の従事者			.		.

＊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

(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。
該当する番号を1つ○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

(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。
※　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 ＝ 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。）

【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。

見本

【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（　　　－　　　－　　　）

㉘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（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 →	利用実人員数（人）			
	２　なし	訪問回数合計（回）			

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 →	利用実人員数（人）						
	２　なし	訪問回数合計（回）						

㉙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24年10月１日～平成25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

㉚従事者数

＊　資格(1)～(5)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。

	常勤専従	常勤兼務	常勤兼務 換算数	非常勤	非常勤 換算数
１介護職員			.		.
＊(1) １のうち介護福祉士			.		.
＊(2) １のうち実務者研修修了者			.		.
＊(3) １のうち旧介護職員基礎研修課程修了者			.		.
＊(4) １のうち旧ホームヘルパー1級研修課程修了者			.		.
＊(5) １のうち初任者研修修了者（旧ホームヘルパー２級研修課程修了者を含む）			.		.
２看護師			.		.
３准看護師			.		.
４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。

※「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。

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

（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。）

【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。

見本

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

(31) 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　[　　]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

特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売

(32) 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　[　　]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。

	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
１　あり →					
２　なし					

見本

【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

(33) 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、**該当する資格すべて**に記入してください。

１ 介護福祉士 [　]人	３ 保健師 [　]人	５ 准看護師 [　]人	７ 作業療法士 [　]人
２ 義肢装具士 [　]人	４ 看護師 [　]人	６ 理学療法士 [　]人	８ 社会福祉士 [　]人

上記１～８に該当しない者で
- ９ 福祉用具専門相談員指定講習会修了者 [　]人
- 10 １～９以外の有資格者 [　]人

(34) 従事者数

	常勤専従	常勤兼務	常勤兼務 換算数	非常勤	非常勤 換算数
１ 福祉用具専門相談員			.		.
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、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 ＝ **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。）

※　「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。

【１９１介護予防支援（地域包括支援センター）】

記入者名（　　　　　　　　　　　）　電話番号（　　　－　　　－　　　）

㉟ 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〇で囲んでください。

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）

㊱ 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

1　委託あり →
2　委託なし

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

委託した事業所数は　　　事業所

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

1　あり →
2　なし

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

㊲ 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24年10月１日～平成25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

㊳ 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 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 ＝ **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。）

【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。

見本

【２０１居宅介護支援】

記入者名（　　　　　　　　　　　　　　）　電話番号（　　　−　　　−　　　）

(39) 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　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)

(40) 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

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９月中の新規の利用実人員数(人)						

(41) 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24年10月１日～平成25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

(42) 従事者数

	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			.		.
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。

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

（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。）

（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。

見本

㊙ 政府統計

介護サービス施設・事業所調査

地域密着型サービス事業所票

（平成25年10月１日調査）

6

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（ ）－（ ）－（ ）

（記入ページのみを剥がしたりせず、冊子のまま ご返送ください。）

(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回答ページへ進み、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（追記）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。
・サービスの種類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

見本

(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
02 市区町村
03 広域連合・一部事務組合
04 社会福祉協議会
05 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
06 医療法人
07 社団・財団法人（公益・一般）
08 農業協同組合及び連合会
09 消費生活協同組合及び連合会
10 営利法人（会社）
11 特定非営利活動法人（NPO）
12 その他の法人
13 01～12以外（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
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等の記入は任意です。

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）	

【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（　　－　　－　　）

見本

(4) 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）、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　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）			

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　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）						

(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 → 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

(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24年10月１日～平成25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24年10月１日～平成25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
1 医師			.		.
2 看護師			.		.
3 准看護師			.		.
4 機能訓練指導員			.		.
4のうち理学療法士			.		.
4のうち作業療法士			.		.
4のうち言語聴覚士			.		.
4のうち看護師			.		.
4のうち准看護師			.		.
4のうち柔道整復師			.		.
4のうちあん摩マッサージ指圧師			.		.

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
5 調理員			.		.
6 管理栄養士			.		.
7 栄養士			.		.
8 歯科衛生士			.		.
9 生活相談員			.		.
9のうち社会福祉士			.		.
10 介護職員			.		.
10のうち介護福祉士			.		.
11 その他の職員			.		.

（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）**「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。

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

（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。）

※「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。）

【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（　　　ー　　　ー　　　）

(9) 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 →
2　なし

	要支援２	その他
９月末日の利用者数（人）		

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 →
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
９月末日の利用者数（人）						
うち「短期利用」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。

ユニット数	２人室 室数	２人室 １部屋当たりの平均家賃（１か月）	個室 室数	個室 １部屋当たりの平均家賃（１か月）
ユニット	室	円	室	円

(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）

平成24年10月１日～平成25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24年10月１日～平成25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

見本

(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	常勤兼務 換算数	非常勤	非常勤 換算数
1 介護職員			.		.
＊(1) 1のうち看護師			.		.
＊(2) 1のうち准看護師			.		.
＊(3) 1のうち介護福祉士			.		.
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			.		.

(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) **「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。

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

（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。）

※「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。

※ 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。）

【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（　　－　　－　　）

(13) 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）

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。

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 →
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
９月末日の利用者数（人）						

(14) 事業所の形態

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　）

(15) 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）				

(16) 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24年10月１日～平成25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24年10月１日～平成25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

(17) 従事者数

	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			.		.
2 生活相談員			.		.
2のうち社会福祉士			.		.
3 看護師			.		.
4 准看護師			.		.
5 計画作成担当者			.		.

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
6 機能訓練指導員			.		.
6のうち理学療法士			.		.
6のうち作業療法士			.		.
6のうち言語聴覚士			.		.
6のうち看護師			.		.
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			.		.

（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）**「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。

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

（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。）

※ 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。）

【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。

見本

【１７１夜間対応型訪問介護】

記入者名（　　　　　　　　　　）　電話番号（　　－　　－　　）

見本

(18) 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）→［　　　　］か所
２　Ⅱ型（オペレーションセンターの設置なし）

(20) 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

(21) 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24年10月１日～平成25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（経験）を有している者については、それぞれのうち最も若い番号の資格について記入してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
１ 訪問介護員			.		.
＊ (1) １のうち介護福祉士			.		.
＊ (2) １のうち実務者研修修了者			.		.
＊ (3) １のうち旧介護職員基礎研修課程修了者			.		.
＊ (4) １のうち旧ホームヘルパー1級研修課程修了者			.		.
＊ (5) １のうち初任者研修修了者（旧ホームヘルパー2級研修課程修了者を含む）			.		.
２ オペレーター			.		.
＊ (1) ２のうち医師			.		.
＊ (2) ２のうち保健師			.		.
＊ (3) ２のうち看護師			.		.
＊ (4) ２のうち准看護師			.		.
＊ (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			.		.
＊ (8) ２のうちサービス提供責任者経験者			.		.

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
３ 面接相談員			.		.
＊ (1) ３のうち医師			.		.
＊ (2) ３のうち保健師			.		.
＊ (3) ３のうち看護師			.		.
＊ (4) ３のうち准看護師			.		.
＊ (5) ３のうち社会福祉士			.		.
＊ (6) ３のうち介護福祉士			.		.
＊ (7) ３のうち介護支援専門員			.		.
４ 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）**「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 ＝ 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。）

※　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。

【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**（　　－　　－　　）

㉓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）				
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）			

※重複する場合は、それぞれに計上してください。

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）							
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）						

※重複する場合は、それぞれに計上してください。

㉔宿泊室の状況

個室の数	室	個室以外の宿泊室の数	室

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（日額）	円	円	円	円	円	円
室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室
室数	室	室	室	室	室	室

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24年10月１日～平成25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24年10月１日～平成25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

㉘従事者数

	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			.		.
２看護師			.		.
３准看護師			.		.

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
４介護支援専門員			.		.
５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）**「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 ＝ **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。）

※「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。）

【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】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。

見本

【２１１定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

記入者名（　　　　　　　　　　）　電話番号（　　―　　―　　）

見本

(29) 事業所の種別（複数回答）	1 一体型　　2 連携型

(30) サービスの提供状況

「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。

※利用実人員数欄には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を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。（ただし、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。）
※訪問看護については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用者に対し、「１ 一体型」の事業所が行った場合のみ記入してください。
（「２ 連携型」の事業所が行った訪問看護の提供状況については、記入不要です。）

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

介護保険法

９月中の利用者　1 あり　2 なし　　９月中の通報件数　　件

		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）							
訪問介護	利用実人員数（人）						
	定期巡回訪問回数（回）						
	随時対応訪問回数（回）						
訪問看護	利用実人員数（人）						
	定期巡回訪問回数（回）						
	随時対応訪問回数（回）						

健康保険法等との併給者

上記の訪問看護利用者のうち、月の途中で健康保険法等による給付が行われた者を計上してください。

利用実人員数	人
うち新たな疾病等の診断による	人
うち特別訪問看護指示書による	人

訪問回数の合計　　回

健康保険法等

健康保険法等でサービスを受けた者を計上してください。

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	回

その他

介護保険法及び健康保険法等いずれも利用していない者で全額自費によりサービスを受けた者を計上してください。

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	回

(31) 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
	延べ夜勤回数	回
介護職員	実人員数	人
	延べ夜勤回数	回

(32) ９月中の利用者

定期的なアセスメント・モニタリングのための訪問回数

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
医師の指示書がない利用者に対する看護職員の訪問回数（9月の状況についてお答えください。）	回	回	回	回	回
医師の指示書がある利用者に対する**医師の指示書に基づかない**看護職員の訪問回数（9月の状況についてお答えください。）	回	回	回	回	回

死亡によるサービスの終了者

	介護保険法 ターミナルケア加算 加算ありの利用者数	介護保険法 ターミナルケア加算 加算なしの利用者数	介護保険と健康保険等との併給者 訪問看護ターミナルケア療養費 療養費ありの利用者数	介護保険と健康保険等との併給者 訪問看護ターミナルケア療養費 療養費なしの利用者数	健康保険等のみ利用者 訪問看護ターミナルケア療養費 療養費ありの利用者数	健康保険等のみ利用者 訪問看護ターミナルケア療養費 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	人	人
在宅で死亡した利用者数	人	人	人	人	人	人
在宅以外で死亡した利用者数	人	人	人	人	人	人

(33) 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

(34) 従事者数

＊複数の資格（経験）を有している者については、(1)～(8)のうち最も若い番号の資格について記入してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 訪問介護員等			.		.
1のうち介護福祉士			.		.
2 看護師			.		.
3 准看護師			.		.
4 理学療法士			.		.
5 作業療法士			.		.
6 言語聴覚士			.		.

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
7 オペレーター			.		.
＊(1) 7のうち医師			.		.
＊(2) 7のうち保健師			.		.
＊(3) 7のうち看護師			.		.
＊(4) 7のうち准看護師			.		.
＊(5) 7のうち社会福祉士			.		.
＊(6) 7のうち介護福祉士			.		.
＊(7) 7のうち介護支援専門員			.		.
＊(8) 7のうちサービス提供責任者経験者			.		.
8 その他の職員			.		.

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。）

（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

（補問２）計画作成責任者　　人

【211定期巡回･随時対応型訪問介護看護】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。

【２２１複合型サービス】

記入者名（　　　　　　　　　　　　　）　電話番号（　　　－　　　－　　　）

㉟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。
※複合型サービスの登録者に対し、健康保険法等により行われる訪問看護の利用者も含めて計上してください。
（複合型サービスの登録者以外への訪問看護の提供状況については、訪問看護ステーション票へ記入してください。）

複合型サービス

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
人	人	人

９月中の利用者　１　あり　２　なし

※重複する場合は、それぞれに計上してください。

		要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他
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）							
宿泊	利用実人員数（人）						
宿泊	利用延人員数（人）						
通い	利用実人員数（人）						
通い	利用延人員数（人）						
訪問介護	利用実人員数（人）						
訪問介護	利用延人員数（人）						
訪問看護	利用実人員数（人）						
訪問看護	利用延人員数（人）						
訪問看護指示書のある利用実人員数（人）							

㊱９月中の利用者

重症度の高い利用者への加算・減算の状況

介護保険法　または　健康保険法等の利用者	
複合型医療訪問看護減算　あり	人
特別管理加算（Ⅰ）（介護保険）あり または 特別管理加算（重症度の高いもの）（健康保険等）あり	人
特別管理加算（Ⅱ）（介護保険）あり または 特別管理加算（健康保険等）あり	人

死亡によるサービスの終了者

介護保険法 または 健康保険法等	ターミナルケア加算　または　訪問看護ターミナルケア療養費 加算あり　または　療養費あり	ターミナルケア加算　または　訪問看護ターミナルケア療養費 加算なし　または　療養費なし
９月中に死亡した利用者数	人	人
在宅または複合型サービス事業所で死亡した利用者数	人	人
在宅以外で死亡した利用者数	人	人

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	円
室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室
室数	室	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	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
１介護職員			.		.
１のうち介護福祉士			.		.
２保健師			.		.
３看護師			.		.
４准看護師			.		.

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
５理学療法士			.		.
６作業療法士			.		.
７言語聴覚士			.		.
８介護支援専門員			.		.
９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）**「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。

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

（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。）

※ 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。）

【221複合型サービス】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。

見本

㊙ 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25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	〒 TEL（ ）－（ ）－（ ）

(1) 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 □

01 国・都道府県
02 市区町村
03 広域連合・一部事務組合
04 日本赤十字社・社会保険関係団体
05 医療法人
06 社会福祉協議会
07 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
08 社団・財団法人（公益・一般）
09 営利法人（会社）
10 その他の法人
11 個人

(2) サービスの状況・施設の種類

・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、事業所名が**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。）

見本

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			1 活動中　2 休止中　3 廃止
052 短期入所療養介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止
施設の種類	1 介護老人保健施設　2 介護療養型医療施設　3 その他の病院・診療所		
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） ユニット型介護老人保健施設 （04 Ⅰ型 05 Ⅱ型 06 Ⅲ型） 07 病院療養型 08 ユニット型病院療養型 09 病院経過型 10 ユニット型病院経過型 11 診療所型 12 ユニット型診療所型 13 認知症疾患型 14 ユニット型認知症疾患型 15 認知症経過型		

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			1 活動中　2 休止中　3 廃止
062 通所リハビリテーション			1 活動中　2 休止中　3 廃止
施設の種類	1 介護老人保健施設　2 介護療養型医療施設　3 その他の病院・診療所		
事業所の種別	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。 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）		

次ページにつづきます

【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

(3) 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）						

(4) 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24年10月１日～平成25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（過去一年間）

平成24年10月１日～平成25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

見本

※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

(6) 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24年10月１日～平成25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24年10月１日～平成25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	換算数	非常勤	換算数
1 医師			.		.
2 看護師			.		.
3 准看護師			.		.
4 介護職員			.		.
4のうち介護福祉士			.		.

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
5 理学療法士			.		.
6 作業療法士			.		.
7 言語聴覚士			.		.
8 歯科衛生士			.		.
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。

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

（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) 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

見本

㊙ 政府統計

介護サービス施設・事業所調査

介護保険施設利用者一覧票

（平成25年10月１日調査）

8 厚生労働省

※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 出生元号・年	出生年月 出生月（出生月に○をしてください）	要介護度
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

見本

裏面につづきます

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）	
31	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
32	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
33	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
34	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
35	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
36	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
37	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
38	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
39	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
40	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
41	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
42	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
43	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
44	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
45	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
46	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
47	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
48	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
49	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
50	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
51	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
52	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
53	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
54	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
55	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
56	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
57	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
58	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
59	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
60	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

見本

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

介護保険施設利用者個票

(平成25年10月１日調査)

9

厚生労働省

※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	
調査番号	

1　在所（院）者
2　退所（院）者

利用者整理番号

項目	内容
(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（出生月に○をしてください） 1 明治　2 大正　3 昭和　□年　1月 3月 5月 7月 9月 11月 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　02 介護老人福祉施設　03 その他の社会福祉施設　04 介護老人保健施設　05 病院（介護療養型）　06 病院（医療療養病床）　07 病院（一般病床）　08 病院（05～07以外）　09 診療所（介護療養型）　10 診療所（介護療養型以外）　11 施設内での死亡　12 入院先での死亡　13 その他 入所（院）日　1 昭和　2 平成　□年　□月　□日　入所（院）前の場所 □ 退所（院）日　平成25年　9月　□日　退所（院）後の行先 □
(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24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M　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J　2　ランクA　3　ランクB　4　ランクC　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

項目	金額	項目	金額
1　介護サービス費（自己負担分）	円	7　日用生活品費	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

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。

区分	時間帯	処置
施設内での処置 ※介護保険施設の従事者である医療従事者により行われた場合をいう。	日中（午前６時～午後６時）	01 点滴　02 膀胱カテーテル　03 人工膀胱　04 人工肛門　05 喀痰吸引　06 ネブライザー　07 酸素療法　08 気管切開　09 人工呼吸器　10 中心静脈栄養　11 経管栄養　12 胃瘻　13 透析　14 ドレーン　15 モニター測定（心拍・血圧・酸素飽和度）　16 じょく瘡の処置（Ⅲ度以上）　17 疼痛管理　18 服薬　19 その他　20 医療処置なし
	夜間および深夜（午後６時～午前６時）	01 点滴　02 膀胱カテーテル　03 人工膀胱　04 人工肛門　05 喀痰吸引　06 ネブライザー　07 酸素療法　08 気管切開　09 人工呼吸器　10 中心静脈栄養　11 経管栄養　12 胃瘻　13 透析　14 ドレーン　15 モニター測定（心拍・血圧・酸素飽和度）　16 じょく瘡の処置（Ⅲ度以上）　17 疼痛管理　18 服薬　19 その他　20 医療処置なし
他の医療機関等での処置 ※往診により、施設内で受けた処置を含む。	日中（午前６時～午後６時）	01 点滴　02 膀胱カテーテル　03 人工膀胱　04 人工肛門　05 喀痰吸引　06 ネブライザー　07 酸素療法　08 気管切開　09 人工呼吸器　10 中心静脈栄養　11 経管栄養　12 胃瘻　13 透析　14 ドレーン　15 モニター測定（心拍・血圧・酸素飽和度）　16 じょく瘡の処置（Ⅲ度以上）　17 疼痛管理　18 服薬　19 その他　20 医療処置なし
	夜間および深夜（午後６時～午前６時）	01 点滴　02 膀胱カテーテル　03 人工膀胱　04 人工肛門　05 喀痰吸引　06 ネブライザー　07 酸素療法　08 気管切開　09 人工呼吸器　10 中心静脈栄養　11 経管栄養　12 胃瘻　13 透析　14 ドレーン　15 モニター測定（心拍・血圧・酸素飽和度）　16 じょく瘡の処置（Ⅲ度以上）　17 疼痛管理　18 服薬　19 その他　20 医療処置なし

ご協力ありがとうございました

見本

㊙ 政府統計

介護サービス施設・事業所調査

訪問看護ステーション利用者一覧票

（平成25年10月１日調査）

10

厚生労働省

※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）

見本

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

裏面につづきます

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）			
31	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
32	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
33	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
34	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
35	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
36	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
37	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
38	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
39	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
40	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
41	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
42	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
43	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
44	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
45	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
46	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
47	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
48	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
49	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
50	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
51	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
52	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
53	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
54	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
55	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
56	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
57	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
58	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
59	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
60	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

ご協力ありがとうございました

見本

㊙ 政府統計

介護サービス施設・事業所調査

訪問看護ステーション利用者個票

（平成25年10月１日調査）

11

厚生労働省

※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

見本

(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　　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（02以外） 02 介護保険法（定期巡回･随時対応型訪問介護看護と連動する場合の訪問看護費を算定） 03 後期高齢者医療制度 04 健康保険法等 05 障害者総合支援法 06 生活保護法 07 原爆被爆者援護法 08 特定疾患治療研究事業 09 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業 10 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 11 その他（上記05～10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**
(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M　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J　2 ランクA　3 ランクB　4 ランクC　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（複数回答）	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 ⇒ 　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

裏面につづきます

見本

⒀ 訪問看護等の状況

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）
（再掲）とある項目については、９月中の訪問回数の合計のうち下記の訪問についてそれぞれ再計上してください。

- **「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）」**は、介護保険法利用者が訪問看護を受けた回数のうち、健康保険法等による支払を受けた訪問の回数
- **「うち 夜間、早朝又は深夜の訪問回数（再掲）」**は、夜間、早朝又は深夜の時間帯に行った訪問の回数
- **「うち 緊急時訪問看護による訪問回数（再掲）」**は、訪問看護計画外に行った緊急時訪問の回数

	９月中の訪問滞在時間				
	30分未満	うち20分未満	30分以上 １時間未満	１時間以上 １時間30分未満	１時間30分以上
保健師･看護師･准看護師による訪問回数の合計（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　夜間、早朝又は深夜の訪問回数（再掲）					

	合　計	うち、夜間、早朝又は深夜
うち　緊急時訪問看護による訪問回数（再掲）	回	回

※緊急時訪問看護のうち、「夜間、早朝又は深夜」の時間帯に訪問した回数を再計上してください。

９月中の訪問滞在時間の合計（分）　合計　　分

主に理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問

※理学療法士等が主となって訪問看護を実施した場合に、報酬の算定回数に関わらず、実際に訪問した回数の合計をご記入ください。

訪問回数の合計　　回　　９月中の滞在時間の合計　　分

事業所から居宅までの片道時間　　分

訪問看護の提供内容

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〇で囲んでください

01 病状観察
02 本人の療養指導
03 家族等の介護指導・支援
04 介護職員によるたんの吸引等の実施状況の確認・支援
05 栄養・食事の援助
06 排せつの援助
07 口腔ケア
08 身体の清潔保持の管理・援助
09 認知症・精神障害に対するケア
10 嚥下訓練
11 呼吸ケア・肺理学療法
12 その他リハビリテーション
13 社会資源の活用の支援
14 家屋改善・環境整備の支援
15 その他

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〇で囲んでください

01 気管内吸引
02 その他の吸引
03 在宅酸素療法の指導・援助
04 膀胱留置カテーテルの交換・管理
05 ドレーンチューブの管理
06 じょく瘡の予防
07 じょく瘡の処置
08 じょく瘡以外の創傷部の処置
09 重度のじょく瘡の処置・管理
10 中心静脈栄養法の実施・管理
11 経鼻経管栄養法の実施・管理
12 胃瘻による経管栄養法の実施・管理
13 人工肛門・人工膀胱の管理
14 自己導尿の指導・管理
15 気管カニューレの交換・管理
16 人工呼吸器の管理
17 がん化学療法の管理
18 薬物を用いた疼痛管理
19 ターミナルケア
20 緊急時の対応
21 注射の実施
22 点滴の実施・管理
23 服薬管理・点眼等の実施
24 浣腸・摘便
25 在宅透析の指導・援助
26 採血等の検体採取
27 吸入
28 その他

ご協力ありがとうございました