

*一連番号																				
*調査番号																				

[注] 1 \*印の箇所は施設では記入しないでください。  
 2 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。

法人名																					
施設名																					
施設の所在地	〒 TEL( )-( )-( )																				
事業所番号																					
活動状況	1 活動中 2 休止中 3 廃止																				
(1)開設年月	1 昭和 2 平成 年 月																				
(2)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。 01 都道府県 06 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 02 市区町村 07 公益社団・財団法人 03 広域連合・一部事務組合 08 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外) 04 日本赤十字社 09 01~08以外 05 社会福祉協議会																			
	経営主体																				
(3)介護報酬上の届出	該当する施設の種類の番号を○で囲んでください。「*」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																				
(4)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	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	
上記居室の一部に短期入所生活介護(ショートステイ)床を									1 含む 2 含まない												
(5)ユニットの状況	「(3)介護報酬上の届出」の種別が「3」または「4」に該当する場合のみ記入してください。 なお、ユニット型として届け出た居室について記入してください。																				
	ユニットの規模(定員)		人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
ユニット数		ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	
(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)居室の室数は一致させてください。																				
	多床室	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室
	従来型個室	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
		室数	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室
	ユニット型準個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室
	ユニット型個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	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	

		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。 <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。				
(8) 施設サービスの状況	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
	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	
(9) 社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している	9月中の軽減者数		人		
	2 実施していない	うち生活保護受給者数		人		
(10) 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					
(11) 夜勤時間帯における勤務体制	夜勤を行った看護職員がいましたか。 <input type="checkbox"/> 1 いた <input type="checkbox"/> 2 いない      夜勤を行った看護職員 人			夜勤を行った介護職員がいましたか。 <input type="checkbox"/> 1 いた <input type="checkbox"/> 2 いない      夜勤を行った介護職員 人		
	9月中(平成27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。					
(12) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	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
(13) サテライト型地域密着型介護老人福祉施設の運営状況	本体施設として、サテライト型地域密着型介護老人福祉施設を運営していますか。 <input type="checkbox"/> 1 運営している <input type="checkbox"/> 2 運営していない					
(14) 併設の状況(複数回答)	同一法人(法人が異なっても実質的に同一経営の場合を含む。)が、同一または隣接する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 短期入所生活介護事業所	3 認知症対応型通所介護事業所	5 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)事業所			
	2 通所介護事業所	4 小規模多機能型居宅介護事業所	6 1~5との併設はない			
(15) 従事者数	※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。 ※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。 ※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。					
	$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延長時間数(残業は除く)}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ <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。)(換算数の詳細は、手引きを参照してください。) 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>					
	常勤専従	常勤兼務(専従分除く)	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の兼務分除く)
5 看護師						11のうち准看護師(6の兼務分除く)
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<登録特定行為事業者のみ>(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						

※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。

調査票記入者名・担当部署と連絡先(※必須)	(担当部署署名)
	(調査票記入者名) 〇〇〇
	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

*一連番号										
*調査番号										

[注] 1 \*印の箇所は施設では記入しないでください。  
2 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。

法人名										
施設名										
施設の所在地	〒 TEL( )-( )-( )									
事業所番号							活動状況	1 活動中	2 休止中	3 廃止
(1)開設年月	1 昭和	2 平成		年		月				
(2)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 独立行政法人 05 日本赤十字社・社会保険関係団体 06 医療法人 07 社会福祉協議会 08 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 09 公益社団・財団法人 10 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外) 11 その他の法人 12 個人 13 01~12以外								
(3)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)				
(4)療養体制維持特別加算の状況	「(3)介護報酬上の届出」の種別で、2、3、5、6(II型、III型)に該当する施設のみ記入してください。療養体制維持特別加算をしている場合は、「1 加算している」の番号を○で囲んでください。 1 加算している 2 加算していない									
(5)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、該当する番号を○で囲んでください。 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							
(6)療養室の状況	一般棟室数(室)		認知症専門棟室数(室)		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)
(7)ユニットの状況	一般棟		認知症専門棟		「(3)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。					
	ユニットの規模(定員)		ユニットの規模(定員)							
	ユニット数		ユニット数							
(8)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(6)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	円	円	円	円
	室定員	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	室数	室	室	室	室	室	室	室	室	室
従来型個室	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円	円
	室数	室	室	室	室	室	室	室	室	室
ユニット型準個室(夫婦等の2人室を含む)	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円	円
	室定員	人	人	人	人	人	人	人	人	人
ユニット型個室(夫婦等の2人室を含む)	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円	円
	室定員	人	人	人	人	人	人	人	人	人
(9)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	円								
	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								

(10)施設サービスの状況	9月末日の在在者数(人)					
	9月末日時点で在在者はいましたか。		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	要介護認定申請中
一般棟						
認知症専門棟						

(11)夜勤時間帯における勤務体制	平成27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。			夜勤を行った介護職員がいましたか。		
1 いた → <input type="text"/> 人 2 いない			1 いた → <input type="text"/> 人 2 いない			

(12)夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(平成27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	<input type="text"/> 人	介護職員	実人員数	<input type="text"/> 人
		延べ夜勤回数	<input type="text"/> 回		延べ夜勤回数	<input type="text"/> 回

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
 ※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。  
 ※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

換算数 = 
$$\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}} \times 1$$
  
 (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。)  
 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

	常勤専従		非常勤			常勤専従		非常勤	
	常勤兼務(専従分除く)	換算数		換算数		常勤兼務(専従分除く)	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				

(補間) 認定特定行為業務従事者<登録特定行為事業者のみ>  
 (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

※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。

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									

[注] 1 \*印の箇所は施設では記入しないでください。  
2 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。

法人名												
施設名												
施設の所在地	〒 TEL( )-( )-( )											
事業所番号												
活動状況	1 活動中			2 休止中			3 廃止					
(1) 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 社会福祉協議会	07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	08 公益社団・財団法人	09 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外)	10 営利法人(会社)	11 その他の法人
(2) 介護報酬上の届出 (複数回答)	病院療養型	(1 I型	2 II型	3 III型)								
	ユニット型病院療養型	(1 I型	2 II型)									
	病院経過型	(1 I型	2 II型)									
	ユニット型病院経過型	(1 I型	2 II型)									
	診療所型	(1 I型	2 II型)									
	ユニット型診療所型	(1 I型	2 II型)									
	認知症患者型	(1 I型	2 II型	3 III型	4 IV型	5 V型)						
	ユニット型認知症患者型	(1 I型	2 II型)									
病床数	療養病床					老人性認知症患者療養病床						
	介護指定病床を有する病床の病床数					介護指定病床を有する病床の病床数						
	うち介護指定病床数					うち介護指定病床数						
	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床		
以下の(3)～(7)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。												
(3) 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)				
(4) ユニットの状況	「(2) 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	人	人		
		ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット		
	老人性認知症患者療養病床	ユニットの規模(定員)	人	人	人	人	人	人	人	人		
ユニット数		ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット			
(5) 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(3)病室の室数は一致させてください。											
多床室	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円			
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室			
	室数	室	室	室	室	室	室	室	室			
従来型個室	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円			
	室数	室	室	室	室	室	室	室	室			
ユニット型準個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円			
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室			
	室数	室	室	室	室	室	室	室	室			
ユニット型個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円			
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室			
	室数	室	室	室	室	室	室	室	室			
(6) 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		

(7) 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
	療養病床					
	老人性認知症疾患療養病棟					

(8) 夜勤時間帯における勤務体制	平成27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。			夜勤を行った介護職員がいましたか。		
	<input type="checkbox"/> 1 いた <input type="checkbox"/> 2 いない → 夜勤を行った看護職員 <input type="text"/> 人		<input type="checkbox"/> 1 いた <input type="checkbox"/> 2 いない → 夜勤を行った介護職員 <input type="text"/> 人			

(9) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(平成27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	<input type="text"/> 人	介護職員	実人員数	<input type="text"/> 人
		延べ夜勤回数	<input type="text"/> 回		延べ夜勤回数	<input type="text"/> 回

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
 ※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。  
 ※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

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

(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、手引きを参照してください。)  
 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。

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 (専従分除く)	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務 (専従分除く)	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											

※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。

調査票記入者名・ 担当部署と連絡先 (※必須)	(担当部署署名)
	(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



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27年10月1日調査)

*一連番号																				
*調査番号																				

[注] 1 \*印の箇所は事業所では記入しないでください。  
 2 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。

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・ステーション名  
 ・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各事業について、「活動状況」の該当する番号を○で囲み、印字内容を確認してください。  
 ・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、記入（追記）不要です。  
 ・「活動状況」は、休止届や廃止届を提出している場合は、「2 休止中」、「3 廃止」を○で囲んでください。その場合、以降は記入不要です。

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

※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	10 一般社団・財団法人(07、08、09以外)
02 市区町村	11 社会福祉協議会
03 広域連合・一部事務組合	12 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
04 独立行政法人	13 農業協同組合及び連合会
05 日本赤十字社・社会保険関係団体	14 消費生活協同組合及び連合会
06 医療法人	15 営利法人(会社)
07 医師会	16 特定非営利活動法人(NPO)
08 看護協会	17 01~16以外
09 公益社団・財団法人(07、08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

営業日数には、利用者がいない日(利用者がいれば提供可能であった日)も含めます。  
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)のいず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(看護小規模多機能型居宅介護)の登録者に対して行った訪問看護は、この調査票に記載せず、別途配布される「地域密着型サービス事業所票」に記載してください。

---

9月中の営業日数  日

9月中の利用者

	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

---

9月中の営業日数  日

9月中の利用者

※ 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載せず、下記の「定期巡回・随時対応型との連携」欄に記載してください。

	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。

→ 連携先の事業所数  事業所

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

※ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の一体型事業所との契約に基づき、訪問看護サービスを行った場合の利用者は含めません。

---

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。

(5) 9月中のサービスの提供状況

介護保険法

健康保険法等及びその他

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 者 の 数	9 月 中 に 死 亡 し た 利 用 者 数	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	
		在宅で死亡した利用者数	在宅以外で死亡した利用者数			

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
 ※「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。  
 ※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。  
 ※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

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

(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。)  
 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 (専従分除く)		非常勤	常勤専従		常勤兼務 (専従分除く)		非常勤
		換算数		換算数			換算数		換算数	
1 保健師										
2 助産師										
3 看護師										
4 准看護師										

(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

同一法人(法人が異なっても実質的に同一経営の場合を含む。)が、同一または隣接する敷地内で「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27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(看護小規模多機能型居宅介護)事業所の併設の有無

1 併設している  
 2 併設していない

同一法人(法人が異なっても実質的に同一経営の場合を含む。)が、同一または隣接する敷地内で「複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)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者の担当者の氏名(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



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27年10月1日調査)

\*一連番号

\*調査番号

[注] 1 \*印の箇所は事業所では記入しないでください。  
2 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、赤字で修正をしてください。

法人名

事業所名

事業所の所在地 TEL( )-( )-( )

サービスの種類・事業所番号・事業所名・活動状況

- 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、「活動状況」の該当する番号を○で囲み、印字内容を確認してください。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、記入(追記)不要です。
- 「活動状況」は、休止届や廃止届を提出している場合は、「2 休止中」、「3 廃止」を○で囲んでください。その場合、次ページ以降は記入不要です。上記以外で利用者がいない場合も「1 活動中」を○で囲み、回答ページへ進んでください。
- 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、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・同一所在地の場合は、以下の全サービスについて、調査票に記入してください)。
- 調査票は所在地ごとに送付しているため(同一法人・同一所在地の事業所には、まとめて送付)、別所在地におけるサービスの記入は不要です。

(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。)

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	
111 介護予防訪問入浴介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	5ページに記入してください
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	6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	7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	8ページに記入してください
101 介護予防訪問介護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	9ページ以降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	

(1) 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	06 医療法人	11 営利法人(会社)
	02 市区町村	07 公益社団・財団法人	12 特定非営利活動法人(NPO)
	03 広域連合・一部事務組合	08 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外)	13 その他の法人
	04 社会福祉協議会	09 農業協同組合及び連合会	14 01~13以外(個人を含む)
	05 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	10 消費生活協同組合及び連合会	

(2) 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。

(担当部署名)

調査票記入者名・担当部署と連絡先(※必須)

(調査票記入者名)

電話( - - )

上記以外連絡先(携帯、FAX等)

(3) 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

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。(詳細は、手引きを参照してください。)

※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。(定員≧単位1の定員 ※単位2～6も同様)。  
 ※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。なお、開催日数には、利用者がいない日も含めます。

定員	人	単位1の定員	人	単位4の定員	人
9月中の開催日数(1～30日)	日	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	利用実人員数(人)	要支援1	要支援2	その他(自費利用者、認定申請中の者)
	※総合事業の利用者は含めません。			
2 なし	利用延人員数(人)			
	※総合事業の利用者は含めません。			

※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。(定員≧単位1の定員 ※単位2～6も同様)。  
 ※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。なお、開催日数には、利用者がいない日も含めます。

定員	人	単位1の定員	人	単位4の定員	人
9月中の開催日数(1～30日)	日	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	利用実人員数(人)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他(自費利用者、認定申請中の者)
	利用延人員数(人)						
2 なし							

(3) において「5 療養通所介護事業所」を○で囲んだ事業所のみ、記入してください。

事業所番号

定員	人	9月中の開催日数(1～30日)	日
----	---	-----------------	---

9月中の利用者

1 あり	利用実人員数(人)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他(自費利用者、認定申請中の者)
	利用延人員数(人)						
2 なし							

(5) 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)

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
 ※「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。  
 ※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。  
 ※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

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。)  
 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。

注) 総合事業のみへ従事する者、及び常勤兼務、非常勤の者が総合事業へ従事する分(換算数)は含めません(手引きを参照してください)。

\* 機能訓練指導員の再掲欄において、当該職員が複数の資格を有している場合は、主に従事している資格を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(専従分除く)	換算数	非常勤	換算数	常勤専従	常勤兼務(専従分除く)	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				
(1) 4のうち理学療法士						9 生活相談員				
(2) 4のうち作業療法士						9のうち社会福祉士				
(3) 4のうち言語聴覚士						10 介護職員				
(4) 4のうち看護師(2の業務分除く)						10のうち介護福祉士				
(5) 4のうち准看護師(3の業務分除く)						11 その他の職員(管理者含む)				
(6) 4のうち柔道整復師										
(7) 4のうちあん摩マッサージ指圧師										

(補問) 認定特定行為業務従事者<登録特定行為事業者のみ>  
 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

(7) 介護報酬上の届出種別 (複数回答)

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

※(7)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」を○で囲んだ事業所は、以下(8)～(11)に回答してください。  
 (「3 空床型」、「6 空床型ユニット型」のみを○で囲んだ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 併設型」又は「5 併設型ユニット型」を○で囲んだ事業所は、併設型(ユニット型)分についてのみ記入してください。

(8) 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○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。

入所介護 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 (自費利用者、認定申請中の者)	
			利用実人員数(人)	利用日数合計(日)				
	1 あり							
	2 なし							
人								

  

生活介護 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	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5		その他 (自費利用者、認定申請中の者)	
			利用実人員数(人)	利用日数合計(日)										
	1 あり													
	2 なし													
人														

(9) 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(特別養護老人ホーム等の室数ではありません)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	

(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

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
 ※「介護予防短期入所生活介護」と「短期入所生活介護」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。  
 ※「常勤兼務」には、「常勤専従」は含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。  
 ※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

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

(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。)  
 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。

(11) 従事者数

\* 機能訓練指導員の再掲欄において、当該職員が複数の資格を有している場合は、主に従事している資格を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 (専従分除く)		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										
(1) 4のうち理学療法士										
(2) 4のうち作業療法士										
(3) 4のうち言語聴覚士										
(4) 4のうち看護師 (2の業務分除く)										
(5) 4のうち准看護師 (3の業務分除く)										
(6) 4のうち柔道整復師										
(7) 4のうちあん摩マッサージ指圧師										
5 調理員										
6 管理栄養士										
7 栄養士										
8 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 (管理者含む)										

(補問) 認定特定行為業務従事者<登録特定行為事業者のみ>  
 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

【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。

記入者名 ( ) 電話番号 ( - - )

(12) 事業所の形態  
 該当する番号を1つ○で囲んでください。  
 1 有料老人ホーム      2 軽費老人ホーム      3 養護老人ホーム      4 サービス付き高齢者向け住宅  
 (4に該当するものを除く)

(13) 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。

生活介護 施設入居者	定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者	9月末日の利用者数(人)	要支援1	要支援2	要支援認定申請中			
	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし							
特定施設 入居者生活介護	定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者	9月末日の利用者数(人)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護認定申請中
	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし							

(14) 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。  
 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

(15) 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。

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
 ※「介護予防特定施設入居者生活介護」と「特定施設入居者生活介護」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。  
 ※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。  
 ※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

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

(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。)  
 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

	常勤専従		常勤兼務(専従分除く)		非常勤	
	人数	換算数	人数	換算数	人数	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						
6 機能訓練指導員						
	(1) 6のうち理学療法士					
	(2) 6のうち作業療法士					
	(3) 6のうち言語聴覚士					
	(4) 6のうち看護師(3の業務分除く)					
	(5) 6のうち准看護師(4の業務分除く)					
	(6) 6のうち柔道整復師					
(7) 6のうちあん摩マッサージ指圧師						
7 その他の職員(管理者含む)						

\* 機能訓練指導員の再掲欄において、当該職員が複数の資格を有している場合は、主に従事している資格を1つ決めた上で、当該資格欄に記入してください。

(補問) 認定特定行為業務従事者<登録特定行為事業者のみ>  
 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

(17) 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。 ※営業日数には、利用者がいない日(利用者がいれば提供可能であった日)も含めます。																									
	訪問入浴介護	9月中の営業日数 (1~30日) ※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 1 あり 2 なし	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>要支援1</td> <td>要支援2</td> <td>その他 (自費利用者、認定申請中の者)</td> </tr> <tr> <td>利用実人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>訪問回数合計(回)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		要支援1	要支援2	その他 (自費利用者、認定申請中の者)	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 (自費利用者、認定申請中の者)																						
	利用実人員数(人)																									
訪問回数合計(回)																										
訪問入浴介護	9月中の営業日数 (1~30日) ※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 1 あり 2 なし	<table border="1"> <tr> <td></td> <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 (自費利用者、認定申請中の者)</td> </tr> <tr> <td>利用実人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>訪問回数合計(回)</td> <td></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 (自費利用者、認定申請中の者)	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 (自費利用者、認定申請中の者)																				
利用実人員数(人)																										
訪問回数合計(回)																										

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
 ※「介護予防訪問入浴介護」と「訪問入浴介護」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。  
 ※『常勤兼務』には、『常勤専従』分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。  
 ※「換算数」には、『常勤兼務』または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

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

(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。)  
 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

	常勤専従		常勤兼務 (専従分除く)		非常勤		常勤専従		常勤兼務 (専従分除く)		非常勤	
		換算数		換算数		換算数		換算数		換算数		換算数
1 介護職員							2 看護師					
(1) 1のうち 介護福祉士							3 准看護師					
(2) 1のうち 実務者研修修了者							4 その他の職員 (管理者含む)					
(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)												

(18) 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。

【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

(19) 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 (1~30日)	<input type="text"/> 日 <small>※営業日数には、利用者がいない日(利用者がいれば提供可能であった日)も含まれます。                  ※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。</small>
	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 → <input type="text"/> 人 2 なし	利用実人員 <input type="text"/> 人
福祉用具貸与		
9月中の営業日数 (1~30日)	<input type="text"/> 日 <small>※営業日数には、利用者がいない日(利用者がいれば提供可能であった日)も含まれます。                  ※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。</small>	
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 → <input type="text"/> 人 2 なし	利用実人員 <input type="text"/> 人	

特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売

(20) 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 (1~30日)	<input type="text"/> 日 <small>※営業日数には、利用者がいない日(利用者がいれば提供可能であった日)も含まれます。                  ※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。</small>			
	特定福祉用具販売				
	9月中の営業日数 (1~30日)	<input type="text"/> 日 <small>※営業日数には、利用者がいない日(利用者がいれば提供可能であった日)も含まれます。                  ※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。</small>			
「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 → <input type="text"/> 人 2 なし	腰掛便座 <input type="text"/>	自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="text"/>	入浴補助用具 <input type="text"/>	簡易浴槽 <input type="text"/>	移動用リフトのつり具の部分 <input type="text"/>

【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

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
 ※「介護予防福祉用具貸与」「福祉用具貸与」「特定介護予防福祉用具販売」「特定福祉用具販売」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。  
 ※『常勤兼務』には、『常勤専従』分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。  
 ※「換算数」には、『常勤兼務』または『非常勤』の人数分をそれぞれ計上します。

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

(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。)  
 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

	常勤専従		非常勤		常勤専従		非常勤	
	常勤兼務(専従分除く)	換算数	換算数	換算数	常勤兼務(専従分除く)	換算数	換算数	
1 福祉用具専門相談員	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 その他の職員(管理者含む)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

「1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	<input type="text"/> 人	3 保健師	<input type="text"/> 人	5 准看護師	<input type="text"/> 人	7 作業療法士	<input type="text"/> 人
2 義肢装具士	<input type="text"/> 人	4 看護師	<input type="text"/> 人	6 理学療法士	<input type="text"/> 人	8 社会福祉士	<input type="text"/> 人
上記1~8に該当しない者で				9 福祉用具専門相談員指定講習会修了者	<input type="text"/> 人		
				10 1~9以外の有資格者	<input type="text"/> 人		

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

(22) 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
- 居宅介護支援事業所と併設している
- 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)

(23) 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。委託した場合は、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 (自費利用者、認定申請中の者)
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 (自費利用者、認定申請中の者)
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)			

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
 ※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。  
 ※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

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

(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。)  
 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 専門職員	常勤専従		常勤兼務 (専従分除く)		非常勤		2 その他の職員 (管理者含む)	常勤専従		常勤兼務 (専従分除く)		非常勤	
				換算数		換算数					換算数		換算数
(1) 1のうち保健師													
(2) 1のうち看護師													
(3) 1のうち社会福祉士													
(4) 1のうち介護支援専門員													
(5) 1のうち高齢者保健福祉に関する相談援助業務等に3年以上従事した社会福祉士													

\* 専門職員の再掲欄において、当該職員が複数の資格を有している場合は、主に従事している資格を1つ決めた上で、当該資格欄に記入してください。

【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。

25 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)

26 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 (自費利用者、 認定申請中の者)
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                     1 あり 2 なし                 </div>	利用実人員数(人)						
	うち9月中の新規の利用実人員数(人)						

27 従事者数

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
 ※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。  
 ※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

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

(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。)  
 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 介護支援専門員			2 その他の職員 (管理者含む)			
	常勤専従	常勤兼務 (専従分除く)	換算数	非常勤	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							

【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。

記入者名 ( ) 電話番号 ( - - )

(28) 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、 <b>どちらか</b> 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						
(29) 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」がない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。 ※営業日数には、利用者がいない日(利用者がいれば提供可能であった日)も含めます。								
	訪問介護	9月中の営業日数(1~30日) ※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	利用実人員数(人) ※総合事業の利用者は含めません。 訪問回数合計(回) ※総合事業の利用者は含めません。	要支援1	要支援2	その他 (自費利用者、認定申請中の者)		
	1 あり	2 なし							
	日								
訪問介護	9月中の営業日数(1~30日) ※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	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 (自費利用者、認定申請中の者)
1 あり	2 なし								
日									
(30) 社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している → 9月中の軽減者数 <input type="text"/> 人 (生活保護受給者等は含みません) 2 実施していない								

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
 ※「介護予防訪問介護」と「訪問介護」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。  
 ※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。  
 ※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。  
 ※「管理者」と「訪問介護員」を「兼務」し、換算数を按分できない場合は、「その他の職員(管理者含む)=0.5」、「訪問介護員=0.5」、「該当する資格=0.5」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。)  
 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。

注) 訪問介護員とサービス提供責任者の内数(資格ごとの従事者数、サテライト事業所の従事者数)についても記入してください。

(3) 従事者数		常勤専従		非常勤		サービス提供責任者について 左記従事者(訪問介護員、その他の職員)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(専従分除く)	換算数	換算数	常勤専従	常勤兼務(専従分除く)	換算数	非常勤	換算数		
(注) 総合事業のみへ従事する者、及び常勤兼務、非常勤の者が総合事業へ従事する分(換算数)は含めません。(手引きを参照してください)。 * 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。	1 訪問介護員					3 サービス提供責任者						
	(1) 1のうち介護福祉士					(1) 3のうち介護福祉士						
	(2) 1のうち実務者研修修了者					(2) 3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					(3) 3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					(4) 3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)					(5) 3のうち(1)~(4)以外の従事者						
	1のうちサテライト事業所の従事者					*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。						
	2 その他の職員(管理者含む)					(補問) 認定特定行為業務従事者<登録特定行為事業者のみ> 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						

訪問介護の提供内容

9月30日（0時～24時）に訪問介護（介護予防訪問介護）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、出生日が「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	要介護度
	1 男 2 女	1 明治 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 その他（自費利用者、認定申請中の者）
	訪問滞在時間	訪問介護の提供内容（複数回答）	
分	介護報酬請求区分（複数回答）※01～06,07～08内での複数回答はありません。		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 自立支援のための 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
01 身体中心 20分未満	07 生活援助 45分未満		
02 身体中心 20分以上30分未満	08 生活援助 45分以上		
03 身体中心 30分以上1時間未満	09 通院等乗降介助		
04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	10 介護予防		
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			
利用者 2	性別	出生年	要介護度
	1 男 2 女	1 明治 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 その他（自費利用者、認定申請中の者）
	訪問滞在時間	訪問介護の提供内容（複数回答）	
分	介護報酬請求区分（複数回答）※01～06,07～08内での複数回答はありません。		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 自立支援のための 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
01 身体中心 20分未満	07 生活援助 45分未満		
02 身体中心 20分以上30分未満	08 生活援助 45分以上		
03 身体中心 30分以上1時間未満	09 通院等乗降介助		
04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	10 介護予防		
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			
利用者 3	性別	出生年	要介護度
	1 男 2 女	1 明治 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 その他（自費利用者、認定申請中の者）
	訪問滞在時間	訪問介護の提供内容（複数回答）	
分	介護報酬請求区分（複数回答）※01～06,07～08内での複数回答はありません。		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 自立支援のための 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
01 身体中心 20分未満	07 生活援助 45分未満		
02 身体中心 20分以上30分未満	08 生活援助 45分以上		
03 身体中心 30分以上1時間未満	09 通院等乗降介助		
04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	10 介護予防		
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			
利用者 4	性別	出生年	要介護度
	1 男 2 女	1 明治 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 その他（自費利用者、認定申請中の者）
	訪問滞在時間	訪問介護の提供内容（複数回答）	
分	介護報酬請求区分（複数回答）※01～06,07～08内での複数回答はありません。		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 自立支援のための 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
01 身体中心 20分未満	07 生活援助 45分未満		
02 身体中心 20分以上30分未満	08 生活援助 45分以上		
03 身体中心 30分以上1時間未満	09 通院等乗降介助		
04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	10 介護予防		
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			
利用者 5	性別	出生年	要介護度
	1 男 2 女	1 明治 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 その他（自費利用者、認定申請中の者）
	訪問滞在時間	訪問介護の提供内容（複数回答）	
分	介護報酬請求区分（複数回答）※01～06,07～08内での複数回答はありません。		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 自立支援のための 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
01 身体中心 20分未満	07 生活援助 45分未満		
02 身体中心 20分以上30分未満	08 生活援助 45分以上		
03 身体中心 30分以上1時間未満	09 通院等乗降介助		
04 身体中心 1時間以上1時間30分未満	10 介護予防		
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			

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

[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] 1 \*印の箇所は事業所では記入しないでください。  
2 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、赤字で修正をしてください。

法人名  
事業所名  
事業所の所在地  
TEL ( )-( )-( )

サービスの種類・事業所番号・事業所名・活動状況  
 ・9月30日現在、貴事業所において指定を受けている下記の各事業について、「活動状況」の該当する番号を○で囲み、印字内容を確認してください。  
 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、記入(追記)不要です。  
 ・「活動状況」は、休止届や廃止届を提出している場合は、「2 休止中」、「3 廃止」を○で囲んでください。その場合、次ページ以降は記入不要です。  
 上記以外で利用者がいない場合も「1 活動中」を○で囲み、回答ページへ進んでください。  
 ・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、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・同一所在地の場合は、以下の全サービスについて、調査票に記入してください)。  
 ・調査票は所在地ごとに送付しているため(同一法人・同一所在地の事業所には、まとめて送付)、別所在地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(看護小規模多機能型居宅介護)			1 活動中 2 休止中 3 廃止	8ページに記入してください

(1) 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 06 医療法人 11 営利法人(会社)  
 02 市区町村 07 公益社団・財団法人 12 特定非営利活動法人(NPO)  
 03 広域連合・一部事務組合 08 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外) 13 その他の法人  
 04 社会福祉協議会 09 農業協同組合及び連合会 14 01~13以外(個人を含む)  
 05 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 10 消費生活協同組合及び連合会

(2) 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。

(担当部署名)  
 (調査票記入者名)  
 調査票記入者名・担当部署と連絡先(※必須)  
 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。)



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。

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	9月末日の利用者数(人)	要支援2	その他 (自費利用者、認定申請中の者)
			<input type="text"/>	<input type="text"/>

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	9月末日の利用者数(人)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 (自費利用者、認定申請中の者)
			<input type="text"/>					
		うち「短期利用」の利用者数(人)	<input type="text"/>					

ユニット数 ※左記ユニットを構成する居室の状況について記入してください。

ユニット数	2人室		個室	
	室数	1部屋当たりの平均家賃(月額)	室数	1部屋当たりの平均家賃(月額)
<input type="text"/> ユニット	<input type="text"/> 室	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 室	<input type="text"/> 円

※平均家賃(月額)は、整数で記入してください。

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
 ※「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。  
 ※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。  
 ※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

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

(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。)  
 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

	常勤専従			非常勤			常勤専従			非常勤		
	常勤専従	常勤兼務 (専従分除く)	換算数	非常勤	換算数	常勤専従	常勤兼務 (専従分除く)	換算数	非常勤	換算数		
1 介護職員												
* (1) 1のうち 看護師												
(2) 1のうち 准看護師												
(3) 1のうち 介護福祉士												
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 (管理者含む)												
(補問) 認定特定行為業務従事者<登録特定行為事業者のみ> 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 <input type="text"/> 人												

【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 ( - - )

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。

(10) サービスの提供状況 地域密着型特定施設入居者生活介護	定員						
	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
	1 あり 2 なし	9月末日の利用者数(人)					

該当する番号を1つ○で囲んでください。

有料老人ホーム (サービス付き高齢者向け住宅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 )
軽費老人ホーム	→	( 3 サテライト型以外	4 サテライト型 )
養護老人ホーム	→	( 5 サテライト型以外	6 サテライト型 )
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 )

(12) 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	室	室	室

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
 ※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。  
 ※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

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

(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。)  
 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。

(13) 従事者数		常勤専従		常勤兼務(専従分除く)		非常勤		換算数	
		人数	換算数	人数	換算数	人数	換算数	人数	換算数
*機能訓練指導員の再掲欄において、当該職員が複数の資格を有している場合は、主に従事している資格を1つ決めた上で、当該資格欄に記入してください。	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								
	(1) 6のうち理学療法士								
	(2) 6のうち作業療法士								
	(3) 6のうち言語聴覚士								
	(4) 6のうち看護師(3の業務分除く)								
	(5) 6のうち准看護師(4の業務分除く)								
	(6) 6のうち柔道整復師								
	(7) 6のうちあん摩マッサージ指圧師								
	7 その他の職員(管理者含む)								
(補間) 認定特定行為業務従事者<登録特定行為事業者のみ>		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							

【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。

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。

(14) 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 (1~30日)  日 ※営業日数には、利用者がいない日(利用者がいれば提供可能であった日)も含めます。

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 (自費利用者、 認定申請中の者)
利用実人員数(人)						
定期巡回 訪問回数(回)						
随時 訪問回数(回)						

(15) 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)

か所

(16) 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)

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含みません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。  
※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}} \times 32$$

(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。)  
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。

(17) 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 (専従分除く)		非常勤		常勤専従		常勤兼務 (専従分除く)		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 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												
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 (管理者含む)												
(補間) 認定特定行為業務従事者<登録特定行為事業者のみ> 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												

【181介護予防小規模多機能型居宅介護・182小規模多機能型居宅介護】

記入者名 ( ) 電話番号 ( - - )

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

(18)サービスの提供状況	登録定員		人	宿泊サービスの利用定員	人	通いサービスの利用定員	人
	9月中の利用者		1 あり 2 なし	要支援1	要支援2	その他 (自費利用者、認定申請中の者)	
	事業所を利用した利用実人員数(人) ※同一の人が宿泊、通い、訪問を利用した場合は、「1人」と数えます。						
	事業所を利用した利用延人員数(人) ※宿泊、通い、訪問の利用延人員数の合計です。						
	計上してください。 ※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		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 (自費利用者、認定申請中の者)
	事業所を利用した利用実人員数(人) ※同一の人が宿泊、通い、訪問を利用した場合は、「1人」と数えます。								
	事業所を利用した利用延人員数(人) ※宿泊、通い、訪問の利用延人員数の合計です。								
	計上してください。 ※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)							

(19) 宿泊室の状況	個室の数	室	個室以外の宿泊室の数	室
-------------	------	---	------------	---

(20) 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。 ※要介護(要支援)別別に宿泊費を設定している場合は、平均額を記入してください。					
	宿泊費(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

(21) 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)
----------------------	-----------------------	----------	---	------------------

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
 ※「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。  
 ※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含みません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。  
 ※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

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

(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。)  
 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。

(22) 従事者数		常勤専従		常勤兼務 (専従分除く)		非常勤				
		換算数	換算数	換算数	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 (管理者含む)			
2 看護師						(補問) 認定特定行為業務従事者<登録特定行為事業者のみ> 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				
3 准看護師										人

【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。

【211 定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

記入者名 ( ) 電話番号 ( - - )

(23) 事業所の種別 (複数回答)		1 一体型      2 連携型	
※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)のいず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は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。 ※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提供状況については、記入不要です。 ※「1 一体型」の事業所が、契約に基づき、訪問看護サービスの一部を他の訪問看護事業所に行かせた場合の利用者も含めて計上してください。また、「1 一体型」の事業所が、契約に基づき、訪問看護サービスの一部を他の訪問看護事業所に行かせた場合の利用者も含めて計上してください。			
(24) 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。	定期巡回・随時対応型訪問介護看護  介護保険法  訪問看護  健康保険法等との併給者  健康保険法等	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) <small>※同一の人が訪問介護、訪問看護を利用した場合は、「1人」と数えます。</small>	
		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)	
		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。	
		健康保険法等 利用実人員数      人      訪問回数の合計      回 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	
		健康保険法等でサービスを受けた者(介護保険法による訪問看護を利用していない者)を計上してください。	
		その他 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	
		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			
(25) 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	
(26) 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 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)      要介護1      要介護2      要介護3      要介護4      要介護5 医師の指示書がある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)      要介護1      要介護2      要介護3      要介護4      要介護5			
死亡によるサービス終了 9月中に死亡した利用者数      人      在宅で死亡した利用者数      人      在宅以外で死亡した利用者数      人			
(27) 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)			
(28) 従事者数 ※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。 ※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含みません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。 ※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。 $\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}} \times \text{(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)} \text{(換算数の詳細は、手引きを参照してください。)}$ 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。			
常勤専従      常勤兼務(専従分除く)      換算数      非常勤      換算数		常勤専従      常勤兼務(専従分除く)      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		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	
2 看護師		*	
3 准看護師		8 その他の職員(管理者含む)	
4 理学療法士		(補間1) 認定特定行為業務従事者<登録特定行為事業者のみ> 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	
5 作業療法士		(補間2) 計画作成責任者      人	
6 言語聴覚士			

【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（看護小規模多機能型居宅介護）】

記入者名（ ） 電話番号（ - - ）

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制（定員）を記入してください。  
 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。  
 ※利用者については、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）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（看護小規模多機能型居宅介護）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。）

(29) サービスの提供状況

複合型サービス（看護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 (自費利用者、認定申請中の者)			
	事業所を利用した利用実人員数(人) ※同一の人が宿泊、通い、訪問を利用した場合は、「1人」と数えます。										
	事業所を利用した利用延人員数(人) ※宿泊、通い、訪問(介護・看護)の利用延人員数の合計です。										
	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)										
訪問看護指示書のある利用実人員数(人)											

(30) 9月中の利用者

重症度の高い利用者への加算・減算の状況				死亡によるサービスの終了者			
介護保険法 または 健康保険法等の利用者				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	
医療保険による訪問看護に係る減算 あり	人			9月中に死亡した利用者数	人	人	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			在宅または複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)事業所で死亡した利用者数	人	人	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			上記以外で死亡した利用者数	人	人	人

(31) 宿泊室の状況

個室の数  室 個室以外の宿泊室の数  室

(32) 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。  
 ※要介護度別に宿泊費を設定している場合は、平均額を記入してください。

宿泊費(月額)	円	円	円	円	円	円
室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室
室数	室	室	室	室	室	室

(33) 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

(34) 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

(35) 従事者数

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
 ※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含みません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。  
 ※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

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

(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。)  
 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

	常勤専従		常勤兼務(専従分除く)		非常勤	
	専従	換算数	専従	換算数	非常勤	換算数
1 介護職員					5 理学療法士	
1のうち介護福祉士					6 作業療法士	
2 保健師					7 言語聴覚士	
3 看護師					8 介護支援専門員	
4 准看護師					9 その他の職員(管理者含む)	

(補問) 認定特定行為業務従事者<登録特定行為事業者のみ>  
 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

【221複合型サービス(看護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。



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27年10月1日調査)

厚生労働省

*一連番号																				
*調査番号																				

[注] 1 \*印の箇所は事業所では記入しないでください。  
 2 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。

法人名	
施設名	
施設の所在地	〒 TEL( )-( )-( )

(1) サービスの状況・施設の種類・事業所の種類

- ・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各事業について、「活動状況」の該当する番号を○で囲み、印字内容を確認してください。
- ・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、記入(追記)不要です。
- ・「活動状況」は、休止届や廃止届を提出している場合は、「2 休止中」、「3 廃止」を○で囲んでください。その場合、以降は記入不要です。
- ・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、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・同一所在地の場合は、以下の全サービスについて、調査票に記入してください)。
- ・調査票は所在地ごとに送付しているため(同一法人・同一所在地の事業所には、まとめて送付)、別所在地におけるサービスの記入は不要です。

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		
052 短期入所療養介護			1 2 3 活動中 休止中 廃止
施設の種類の種類	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		
事業所の種類の種類(複数回答可)	介護老人保健施設 (01 I型    02 II型    03 III型)      11 診療所型 ユニット型介護老人保健施設 (04 I型    05 II型    06 III型)      12 ユニット型診療所型 07 病院療養型      13 認知症疾患型 08 ユニット型病院療養型      14 ユニット型認知症疾患型 09 病院経過型      15 認知症経過型 10 ユニット型病院経過型		

通所リハビリテーション	事業所番号	事業所名	活動状況
	061 介護予防通所リハビリテーション		
062 通所リハビリテーション			1 2 3 活動中 休止中 廃止
施設の種類の種類	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		
事業所の種類の種類	※該当する番号を1つ、左の欄に記入してください。 事業所の種類 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 )		

(2) 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	08 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
02 市区町村	09 公益社団・財団法人
03 広域連合・一部事務組合	10 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外)
04 独立行政法人	11 営利法人(会社)
05 日本赤十字社・社会保険関係団体	12 その他の法人
06 医療法人	13 個人
07 社会福祉協議会	

【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。

(3) サービスの提供状況

介護予防短期入所療養介護

空床利用型ですか

1 はい 2 いいえ

※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 (自費利用者、 認定申請中の者)
利用実人員数(人)	人	人	人
利用日数合計(日)	日	日	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 (自費利用者、 認定申請中の者)
利用実人員数(人)	人	人	人	人	人	人
利用日数合計(日)	日	日	日	日	日	日

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

調査票記入者名・ 担当部署と連絡先 (※必須)	(担当部署名)
	(調査票記入者名) 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。  
 開催日数には、利用者がいない日(利用者がいれば提供可能であった日)も含めます。  
 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。

**(4) サービスの提供状況**

介護予防通所リハビリテーション

定員  人 9月中の開催日数  日

9月中の利用者  1 あり  2 なし

	要支援1	要支援2	その他 (自費利用者、 認定申請中の者)
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 (自費利用者、 認定申請中の者)
利用実人員数(人)						
利用延人員数(人)						

**(5) 通所リハビリテーションの従事者数**

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。  
 ※「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。  
 ※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。  
 ※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

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。)  
 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。

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		非常勤			常勤専従		非常勤	
	常勤兼務 (専従分除く)	換算数		換算数		常勤兼務 (専従分除く)	換算数		換算数
1 医師					5 理学療法士				
2 看護師					6 作業療法士				
3 准看護師					7 言語聴覚士				
4 介護職員					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				

※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