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30年10月１日調査）

1

厚生労働省

＊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	法人番号	
(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	地域密着型介護老人福祉施設
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

(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（個室的多床室を含む）
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

(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
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)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
ユニット型個室的多床室（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

見本

裏面につづきます

(8) 施設サービスの状況

9月末日の在所者数

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	要介護認定申請中
人	人	人	人	人	人

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
2 実施していない

9月中の軽減者数　人
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

(11) 夜勤時間帯における勤務体制

平成30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
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。
1 いた
2 いない
→ 夜勤を行った**介護職員**　人

(12) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

9月中(平成30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

(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。 1 運営している　2 運営していない

(14) 併設の状況(複数回答)

併設事業所が予防介護事業・介護事業のいずれか一方のみを行っている場合であっても、該当する番号を○で囲んでください。

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
2 通所介護事業所
3 認知症対応型通所介護事業所
4 小規模多機能型居宅介護事業所
5 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)事業所
6 1～5との併設はない

(15) 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。

※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 ＝ 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(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)
1 施設長					
2 医師					
3 歯科医師					
4 生活相談員					
4のうち社会福祉士					
5 看護師					
6 准看護師					
7 介護職員					
7のうち介護福祉士					
8 管理栄養士					
9 栄養士					
10 歯科衛生士					
★ 11 機能訓練指導員					
(1) 11のうち理学療法士					
(2) 11のうち作業療法士					
(3) 11のうち言語聴覚士					
(4) 11のうち看護師(5の業務分除く)					
(5) 11のうち准看護師(6の業務分除く)					
(6) 11のうち柔道整復師					
(7) 11のうちあん摩マッサージ指圧師					
(8) 11のうちはり師・きゅう師					
12 障害者生活支援員					
13 介護支援専門員					
14 調理員					
15 その他の職員					

		常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)
11 機能訓練指導員						
★	(1) 11のうち理学療法士					
	(2) 11のうち作業療法士					
	(3) 11のうち言語聴覚士					
	(4) 11のうち看護師(5の業務分除く)					
	(5) 11のうち准看護師(6の業務分除く)					
	(6) 11のうち柔道整復師					
	(7) 11のうちあん摩マッサージ指圧師					
	(8) 11のうちはり師・きゅう師					
12 障害者生活支援員						
13 介護支援専門員						
14 調理員						
15 その他の職員						

(補問) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合
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) 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30年10月１日調査）

2

厚生労働省

＊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　　法人番号
(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 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	介護保健施設（1 Ⅰ型　2 Ⅱ型　3 Ⅲ型　4 Ⅳ型）　ユニット型介護保健施設（5 Ⅰ型　6 Ⅱ型　7 Ⅲ型　8 Ⅳ型）
(4) 在宅復帰・在宅療養支援機能加算の状況	「(3)介護報酬上の届出」の種別で、1、5（Ⅰ型）に該当する施設のみ記入してください。 算定している在宅復帰・在宅療養支援機能加算について、該当する番号を○で囲んでください。 1 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）　2 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）　3 算定していない
(5) 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、6（Ⅱ型）、3、7（Ⅲ型）に該当する施設のみ記入してください。 算定している療養体制維持特別加算について、該当する番号を○で囲んでください。（1、2の両方に該当する場合もあります。） 1 療養体制維持特別加算（Ⅰ）　2 療養体制維持特別加算（Ⅱ）　3 算定していない
入所定員	一般棟入所定員：　人　／　認知症専門棟入所定員：　人

(6) 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（個室的多床室を含む）
一般棟室数	室	室	室	室	室	室
認知症専門棟室数	室	室	室	室	室	室

(7) 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介護保健施設（Ⅰ型、Ⅱ型、Ⅲ型、Ⅳ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

(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
	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
ユニット型個室的多床室（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

(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。
なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。　１日あたりの食費　円

裏面につづきます

⑽施設サービスの状況

9月末日の在所者数

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	要介護認定申請中
一　般　棟	人	人	人	人	人	人
認知症専門棟	人	人	人	人	人	人

⑾夜勤時間帯における勤務体制

平成30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

⑿夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

9月中(平成30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

⑿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。

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(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	常勤兼務 換算数(人)	非常勤(人)	非常勤 換算数(人)
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					
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) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合
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) 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

秘

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30年10月１日調査）

3

厚生労働省

＊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
法人番号	

(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
12 個人

(2) 介護報酬上の届出

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）

(3) 療養機能強化型の届出の状況

「(2)介護報酬上の届出」の種別で、病院療養型（ユニット型含む）、診療所型（ユニット型含む）に該当する施設のみ記入してください。
1 療養機能強化型Ａ　2 療養機能強化型Ｂ　3 療養機能強化型の届出はしていない

(4) 重度者等の基準の状況

「(2)介護報酬上の届出」の種別で、病院経過型（ユニット型含む）、認知症疾患型（ユニット型含む）、認知症経過型に該当する施設と「(3)療養機能強化型の届出の状況」で３に該当する施設のみ記入してください。

療養病床	（1 基準型　2 減算型）
老人性認知症疾患療養病棟	（1 基準型　2 減算型）

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(5)～(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。

(5) 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(個室的多床室を含む)
室	室	室	室	室	室	室

(6) 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
	ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット
老人性認知症疾患療養病棟	ユニットの規模（定員）	人	人	人	人	人	人
	ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット

(7) 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)病室の室数は一致させてください。

多床室	居住費（日額）	円	円	円	円	円
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室
	室数	室	室	室	室	室
従来型個室	居住費（日額）	円	円	円	円	円
	室数	室	室	室	室	室
ユニット型個室的多床室（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

裏面につづきます

(9) 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

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	要介護認定申請中
療養病床	人	人	人	人	人	人
老人性認知症疾患療養病棟	人	人	人	人	人	人

(10) 夜勤時間帯における勤務体制

平成30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　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。
1　いた　2　いない
→ 夜勤を行った**介護職員**　　人

(11) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

９月中（平成30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

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

※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） 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

元本

秘

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30年10月１日調査）

4

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

(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（１つに○）
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。

開設主体

01　都道府県
02　市区町村
03　広域連合・一部事務組合
04　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　医師会
08　看護協会
09　公益社団・財団法人（07、08以外）
10　一般社団・財団法人（07、08、09以外）
11　社会福祉協議会
12　社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
13　農業協同組合及び連合会
14　消費生活協同組合及び連合会
15　営利法人（会社）
16　特定非営利活動法人（NPO）
17　01～16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
看護体制強化加算の届出	1　加算Ⅰ　2　加算Ⅱ　3　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。

24時間対応体制加算の届出	1　あり　2　なし

１ありの場合

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

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。

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
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（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
訪問回数の合計	回	回	回	回	回	回
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計（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
連携による訪問回数の合計	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
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

※ 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
訪問回数の合計	回	回
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計（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、労災保険等の医療保険及び生活保護等の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。

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	緊急時訪問看護	利用実人員数	人
	訪問回数の合計	回	回		訪問回数の合計	回

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

※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。

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

見本

(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

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」を併設している場合は、「1 併設している」の番号を○で囲み、介護支援専門員と兼務の有無を回答してください。

1 併設している
2 併設していない

→ 1 兼務あり / 2 兼務なし → 兼務している人数 ［　　］人

(9) 居宅療養管理指導の指定事業者の届出の状況と利用者数

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

1 指定あり
2 指定なし

→ 平成30年9月中の利用実人員数 ［　　］人

(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」を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。

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

居宅サービス事業所（福祉関係）票

（平成30年10月１日調査）

5

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	
事業所名	
事業所の所在地	〒　　TEL（　　）－（　　）－（　　）
法人番号	

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、以下のサービスのうち、事業所番号、事業所名が印字されているサービスについて、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
072 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
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
102 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

見本

（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)経営主体

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 公益社団・財団法人
08 一般社団・財団法人（公益社団・財団法人以外）
09 農業協同組合及び連合会
10 消費生活協同組合及び連合会
11 営利法人（会社）
12 特定非営利活動法人（NPO）
13 その他の法人
14 01～13以外（個人を含む）

(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
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。

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）	

【０７２通所介護】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(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　通常規模型事業所　　2　大規模型事業所（Ⅰ）　　3　大規模型事業所（Ⅱ）

(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。（詳細は、手引きを参照してください。）

注）**「地域密着型通所介護」**については、**「地域密着型サービス事業所票」**に記入してください。

通所介護

※右表「単位ごとの定員」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）。
※開催日数には、利用者がいない日も含めます。

定員	人
９月中の開催日数（１～30日）	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（自費利用者、認定申請中の者）
利用実人員数	人	人	人	人	人	人
利用延人員数	人	人	人	人	人	人

(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）

(6)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。

※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。

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。**）
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（人）	常勤兼務（専従分除く）（人）	換算数（人）	非常勤（人）	換算数（人）
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					
★ (8)4のうちはり師・きゅう師					

	常勤専従（人）	常勤兼務（専従分除く）（人）	換算数（人）	非常勤（人）	換算数（人）
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（管理者含む）					

（補問）※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合
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

【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。

記入例

【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（　　－　　－　　）

(7)介護報酬上の届出種別（複数回答）

介護報酬上の届出について、該当する番号を**すべて**○で囲んでください。

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

※(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。

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
人	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	人	人
利用日数合計	日	日	日

短期生活介護入所

定員（※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。）	9月中の利用者
人	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	人	人	人	人	人
利用日数合計	日	日	日	日	日	日

(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（個室的多床室を含む）
室	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 → 2　実施していない

9月中の軽減者数	人
うち生活保護受給者数	人

(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。

※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』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（人）	常勤兼務（専従分除く）（人）	換算数（人）	非常勤（人）	換算数（人）
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					
★（8）4のうちはり師・きゅう師					

	常勤専従（人）	常勤兼務（専従分除く）（人）	換算数（人）	非常勤（人）	換算数（人）
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）※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合

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。

記入例

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

⑿ 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）

⒀ サービスの提供状況

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

介護予防特定施設入居者生活介護

定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者	9月末日の利用者数	要支援1	要支援2	要支援認定申請中
人	1 あり → 2 なし		人	人	人

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	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
人	1 あり → 2 なし		人	人	人	人	人	人

⒁ 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　訪問介護・総合事業の訪問型サービス
2　（介護予防）訪問看護
3　通所介護・総合事業の通所型サービス
4　（介護予防）福祉用具貸与
5　（介護予防）その他

⒂ 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。

⒃ 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。

※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。

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。**）
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（人）	常勤兼務（専従分除く）（人）	換算数（人）	非常勤（人）	換算数（人）
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					
(8) 6のうち はり師・きゅう師					
7 その他の職員（管理者含む）					

（補問）※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合

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

【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。

記入見本

【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（　　－　　－　　）

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。

介護予防訪問入浴介護

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		要支援１	要支援２	その他（自費利用者、認定申請中の者）
日	１ あり →	利用実人員数	人	人	人
	２ なし	訪問回数合計	回	回	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		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）
日	１ あり →	利用実人員数	人	人	人	人	人	人
	２ なし	訪問回数合計	回	回	回	回	回	回

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。

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

	常勤専従（人）	常勤兼務（専従分除く）（人）	換算数（人）	非常勤（人）	換算数（人）
２ 看護師					
３ 准看護師					
４ その他の職員（管理者含む）					

【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。

記入例

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

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

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

介護予防福祉用具貸与・福祉用具貸与

(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）　　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。
※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（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。
※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

(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）　　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。
※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（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。
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。

「９月中の福祉用具販売数（介護保険のみ）」を記入してください。

1 あり →

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

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

(21) 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（人）	常勤兼務（専従分除く）（人）	換算数（人）	非常勤（人）	換算数（人）		常勤専従（人）	常勤兼務（専従分除く）（人）	換算数（人）	非常勤（人）	換算数（人）
1 福祉用具専門相談員						2 その他の職員（管理者含む）					

「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	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

【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（　　－　　－　　）

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。

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　上記以外の施設・事業所と併設している
6　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
1　委託あり
2　委託なし

	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	人	人
うち９月中の新規の利用実人員数	人	人	人

委託した事業所数　　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（自費利用者、認定申請中の者）
利用実人員数	人	人	人
うち９月中の新規の利用実人員数	人	人	人

㉔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。

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

	常勤専従（人）	常勤兼務（専従分除く）（人）	換算数（人）	非常勤（人）	換算数（人）
２その他の職員（管理者含む）					

★　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。

【２０１居宅介護支援】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

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。

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　上記以外の施設・事業所と併設している

6　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

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	人	人	人	人	人
うち９月中の新規の利用実人員数	人	人	人	人	人	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。

	常勤専従（人）	常勤兼務（専従分除く）（人）	換算数（人）	非常勤（人）	換算数（人）		常勤専従（人）	常勤兼務（専従分除く）（人）	換算数（人）	非常勤（人）	換算数（人）
１介護支援専門員						２その他の職員（管理者含む）					
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。

【１０２訪問介護】

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、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

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。

訪問介護

９月中の営業日数（１～30日）	９月中の利用者
日	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	人	人	人	人	人
訪問回数合計	回	回	回	回	回	回

㉚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）

㉛従事者数

★　資格(1)～(6)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。

※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。
※「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。

	常勤専従（人）	常勤兼務（専従分除く）（人）	換算数（人）	非常勤（人）	換算数（人）
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）					
★(6) 1のうち生活援助従事者研修修了者					
1のうちサテライト事業所の従事者					
2 その他の職員（管理者含む）					

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（人）	常勤兼務（専従分除く）（人）	換算数（人）	非常勤（人）	換算数（人）
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）～（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。

（補問）※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合
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

【102訪問介護】については次ページも記入し、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。

訪問介護の提供内容

９月30日（０時～24時）に訪問介護サービスを利用した人の状況を記入してください。
なお、利用者１人に対して、１日に２回以上訪問した場合は、１人とカウントし、最後に訪問したときの状況を記入してください。
この票には、出生月が「１月」「５月」「９月」の者のみ記入してください。
足りない場合は、コピーをとり記入し、調査票にホチキスで留めてください。

＊一連番号

利用者１

性別：1 男 / 2 女

出生年：1 明治 / 2 大正 / 3 昭和 ［　　］年

要介護度：1 要介護１ 3 要介護３ 5 要介護５ / 2 要介護２ 4 要介護４ 6 その他（自費利用者、認定申請中の者）

訪問滞在時間：［　　］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 身体中心 20分未満
02 身体中心 20分以上30分未満
03 身体中心 30分以上１時間未満
04 身体中心 １時間以上１時間30分未満
05 身体中心 １時間30分以上２時間未満
06 身体中心 ２時間以上
07 生活援助 45分未満
08 生活援助 45分以上
09 通院等乗降介助

訪問介護の提供内容（複数回答）

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 自立支援のための見守り的援助 20 通院等乗降介助
07 身体整容 14 その他の身体介護

利用者２

性別：1 男 / 2 女

出生年：1 明治 / 2 大正 / 3 昭和 ［　　］年

要介護度：1 要介護１ 3 要介護３ 5 要介護５ / 2 要介護２ 4 要介護４ 6 その他（自費利用者、認定申請中の者）

訪問滞在時間：［　　］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 身体中心 20分未満
02 身体中心 20分以上30分未満
03 身体中心 30分以上１時間未満
04 身体中心 １時間以上１時間30分未満
05 身体中心 １時間30分以上２時間未満
06 身体中心 ２時間以上
07 生活援助 45分未満
08 生活援助 45分以上
09 通院等乗降介助

訪問介護の提供内容（複数回答）

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 自立支援のための見守り的援助 20 通院等乗降介助
07 身体整容 14 その他の身体介護

利用者３

性別：1 男 / 2 女

出生年：1 明治 / 2 大正 / 3 昭和 ［　　］年

要介護度：1 要介護１ 3 要介護３ 5 要介護５ / 2 要介護２ 4 要介護４ 6 その他（自費利用者、認定申請中の者）

訪問滞在時間：［　　］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 身体中心 20分未満
02 身体中心 20分以上30分未満
03 身体中心 30分以上１時間未満
04 身体中心 １時間以上１時間30分未満
05 身体中心 １時間30分以上２時間未満
06 身体中心 ２時間以上
07 生活援助 45分未満
08 生活援助 45分以上
09 通院等乗降介助

訪問介護の提供内容（複数回答）

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 自立支援のための見守り的援助 20 通院等乗降介助
07 身体整容 14 その他の身体介護

利用者４

性別：1 男 / 2 女

出生年：1 明治 / 2 大正 / 3 昭和 ［　　］年

要介護度：1 要介護１ 3 要介護３ 5 要介護５ / 2 要介護２ 4 要介護４ 6 その他（自費利用者、認定申請中の者）

訪問滞在時間：［　　］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 身体中心 20分未満
02 身体中心 20分以上30分未満
03 身体中心 30分以上１時間未満
04 身体中心 １時間以上１時間30分未満
05 身体中心 １時間30分以上２時間未満
06 身体中心 ２時間以上
07 生活援助 45分未満
08 生活援助 45分以上
09 通院等乗降介助

訪問介護の提供内容（複数回答）

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 自立支援のための見守り的援助 20 通院等乗降介助
07 身体整容 14 その他の身体介護

利用者５

性別：1 男 / 2 女

出生年：1 明治 / 2 大正 / 3 昭和 ［　　］年

要介護度：1 要介護１ 3 要介護３ 5 要介護５ / 2 要介護２ 4 要介護４ 6 その他（自費利用者、認定申請中の者）

訪問滞在時間：［　　］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 身体中心 20分未満
02 身体中心 20分以上30分未満
03 身体中心 30分以上１時間未満
04 身体中心 １時間以上１時間30分未満
05 身体中心 １時間30分以上２時間未満
06 身体中心 ２時間以上
07 生活援助 45分未満
08 生活援助 45分以上
09 通院等乗降介助

訪問介護の提供内容（複数回答）

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 自立支援のための見守り的援助 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。

記入例

訪問介護の提供内容

９月30日（０時～24時）に訪問介護サービスを利用した人の状況を記入してください。
なお、利用者１人に対して、１日に２回以上訪問した場合は、１人とカウントし、**最後に訪問したときの状況**を記入してください。
この票には、**出生月が「１月」「５月」「９月」の者のみ**記入してください。
足りない場合は、コピーをとり記入し、調査票にホチキスで留めてください。

＊一連番号

利用者 6

性別
1 男
2 女

出生年
1 明治
2 大正
3 昭和
年

要介護度
1 要介護１　3 要介護３　5 要介護５
2 要介護２　4 要介護４　6 その他（自費利用者、認定申請中の者）

訪問滞在時間
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 身体中心　20分未満
02 身体中心　20分以上30分未満
03 身体中心　30分以上１時間未満
04 身体中心　１時間以上１時間30分未満
05 身体中心　１時間30分以上２時間未満
06 身体中心　２時間以上
07 生活援助　45分未満
08 生活援助　45分以上
09 通院等乗降介助

訪問介護の提供内容（複数回答）
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 自立支援のための見守り的援助　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
1 男
2 女

出生年
1 明治
2 大正
3 昭和
年

要介護度
1 要介護１　3 要介護３　5 要介護５
2 要介護２　4 要介護４　6 その他（自費利用者、認定申請中の者）

訪問滞在時間
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 身体中心　20分未満
02 身体中心　20分以上30分未満
03 身体中心　30分以上１時間未満
04 身体中心　１時間以上１時間30分未満
05 身体中心　１時間30分以上２時間未満
06 身体中心　２時間以上
07 生活援助　45分未満
08 生活援助　45分以上
09 通院等乗降介助

訪問介護の提供内容（複数回答）
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 自立支援のための見守り的援助　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
1 男
2 女

出生年
1 明治
2 大正
3 昭和
年

要介護度
1 要介護１　3 要介護３　5 要介護５
2 要介護２　4 要介護４　6 その他（自費利用者、認定申請中の者）

訪問滞在時間
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 身体中心　20分未満
02 身体中心　20分以上30分未満
03 身体中心　30分以上１時間未満
04 身体中心　１時間以上１時間30分未満
05 身体中心　１時間30分以上２時間未満
06 身体中心　２時間以上
07 生活援助　45分未満
08 生活援助　45分以上
09 通院等乗降介助

訪問介護の提供内容（複数回答）
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 自立支援のための見守り的援助　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
1 男
2 女

出生年
1 明治
2 大正
3 昭和
年

要介護度
1 要介護１　3 要介護３　5 要介護５
2 要介護２　4 要介護４　6 その他（自費利用者、認定申請中の者）

訪問滞在時間
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 身体中心　20分未満
02 身体中心　20分以上30分未満
03 身体中心　30分以上１時間未満
04 身体中心　１時間以上１時間30分未満
05 身体中心　１時間30分以上２時間未満
06 身体中心　２時間以上
07 生活援助　45分未満
08 生活援助　45分以上
09 通院等乗降介助

訪問介護の提供内容（複数回答）
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 自立支援のための見守り的援助　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
1 男
2 女

出生年
1 明治
2 大正
3 昭和
年

要介護度
1 要介護１　3 要介護３　5 要介護５
2 要介護２　4 要介護４　6 その他（自費利用者、認定申請中の者）

訪問滞在時間
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 身体中心　20分未満
02 身体中心　20分以上30分未満
03 身体中心　30分以上１時間未満
04 身体中心　１時間以上１時間30分未満
05 身体中心　１時間30分以上２時間未満
06 身体中心　２時間以上
07 生活援助　45分未満
08 生活援助　45分以上
09 通院等乗降介助

訪問介護の提供内容（複数回答）
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 自立支援のための見守り的援助　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。

記入例

訪問介護の提供内容

９月30日（０時～24時）に訪問介護サービスを利用した人の状況を記入してください。
なお、利用者１人に対して、１日に２回以上訪問した場合は、１人とカウントし、最後に訪問したときの状況を記入してください。
この票には、出生月が「１月」「５月」「９月」の者のみ記入してください。
足りない場合は、コピーをとり記入し、調査票にホチキスで留めてください。

＊一連番号

利用者 11

性別
1 男
2 女

出生年
1 明治
2 大正
3 昭和
年

要介護度
1 要介護１　3 要介護３　5 要介護５
2 要介護２　4 要介護４　6 その他（自費利用者、認定申請中の者）

訪問滞在時間
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 身体中心　20分未満
02 身体中心　20分以上30分未満
03 身体中心　30分以上１時間未満
04 身体中心　１時間以上１時間30分未満
05 身体中心　１時間30分以上２時間未満
06 身体中心　２時間以上
07 生活援助　45分未満
08 生活援助　45分以上
09 通院等乗降介助

訪問介護の提供内容（複数回答）
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 自立支援のための見守り的援助　20 通院等乗降介助
07 身体整容　14 その他の身体介護

利用者 12

性別
1 男
2 女

出生年
1 明治
2 大正
3 昭和
年

要介護度
1 要介護１　3 要介護３　5 要介護５
2 要介護２　4 要介護４　6 その他（自費利用者、認定申請中の者）

訪問滞在時間
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 身体中心　20分未満
02 身体中心　20分以上30分未満
03 身体中心　30分以上１時間未満
04 身体中心　１時間以上１時間30分未満
05 身体中心　１時間30分以上２時間未満
06 身体中心　２時間以上
07 生活援助　45分未満
08 生活援助　45分以上
09 通院等乗降介助

訪問介護の提供内容（複数回答）
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 自立支援のための見守り的援助　20 通院等乗降介助
07 身体整容　14 その他の身体介護

利用者 13

性別
1 男
2 女

出生年
1 明治
2 大正
3 昭和
年

要介護度
1 要介護１　3 要介護３　5 要介護５
2 要介護２　4 要介護４　6 その他（自費利用者、認定申請中の者）

訪問滞在時間
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 身体中心　20分未満
02 身体中心　20分以上30分未満
03 身体中心　30分以上１時間未満
04 身体中心　１時間以上１時間30分未満
05 身体中心　１時間30分以上２時間未満
06 身体中心　２時間以上
07 生活援助　45分未満
08 生活援助　45分以上
09 通院等乗降介助

訪問介護の提供内容（複数回答）
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 自立支援のための見守り的援助　20 通院等乗降介助
07 身体整容　14 その他の身体介護

利用者 14

性別
1 男
2 女

出生年
1 明治
2 大正
3 昭和
年

要介護度
1 要介護１　3 要介護３　5 要介護５
2 要介護２　4 要介護４　6 その他（自費利用者、認定申請中の者）

訪問滞在時間
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 身体中心　20分未満
02 身体中心　20分以上30分未満
03 身体中心　30分以上１時間未満
04 身体中心　１時間以上１時間30分未満
05 身体中心　１時間30分以上２時間未満
06 身体中心　２時間以上
07 生活援助　45分未満
08 生活援助　45分以上
09 通院等乗降介助

訪問介護の提供内容（複数回答）
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 自立支援のための見守り的援助　20 通院等乗降介助
07 身体整容　14 その他の身体介護

利用者 15

性別
1 男
2 女

出生年
1 明治
2 大正
3 昭和
年

要介護度
1 要介護１　3 要介護３　5 要介護５
2 要介護２　4 要介護４　6 その他（自費利用者、認定申請中の者）

訪問滞在時間
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 身体中心　20分未満
02 身体中心　20分以上30分未満
03 身体中心　30分以上１時間未満
04 身体中心　１時間以上１時間30分未満
05 身体中心　１時間30分以上２時間未満
06 身体中心　２時間以上
07 生活援助　45分未満
08 生活援助　45分以上
09 通院等乗降介助

訪問介護の提供内容（複数回答）
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 自立支援のための見守り的援助　20 通院等乗降介助
07 身体整容　14 その他の身体介護

記入例

〔注〕＊印の箇所は事業所では記入しないでください。

秘

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30年10月１日調査）

6

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	
事業所名	
事業所の所在地	〒　　TEL（　　）－（　　）－（　　）
法人番号	

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、以下のサービスのうち、事業所番号、事業所名が印字されているサービスについて、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
231 地域密着型通所介護			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

(1)経営主体

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。

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。）

【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（　　－　　－　　）

(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、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（１～30日）	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。
※開催日数には、利用者がいない日も含めます。

９月中の利用者　１　あり　２　なし

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

認知症対応型通所介護

定員	人
９月中の開催日数（１～30日）	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。
※開催日数には、利用者がいない日も含めます。

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（自費利用者、認定申請中の者）
利用実人員数	人	人	人	人	人	人
利用延人員数	人	人	人	人	人	人

(4)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

(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）

(6)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。

※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。
※『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 ＝ 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。)
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（人）	常勤兼務（専従分除く）（人）	換算数（人）	非常勤（人）	換算数（人）
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					
★(8)４のうちはり師・きゅう師					
５調理員					
６管理栄養士					
７栄養士					
８歯科衛生士					
９生活相談員					
９のうち社会福祉士					
10介護職員					
10のうち介護福祉士					
11その他の職員（管理者含む）					

（補問）※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合

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

【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。

見本

【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（　　－　　－　　）

(7)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（自費利用者、認定申請中の者）
９月末日の利用者数	人	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（自費利用者、認定申請中の者）
９月末日の利用者数	人	人	人	人	人	人
うち「短期利用」の利用者数	人	人	人	人	人	人

(8)ユニット及び居室の状況

※平均家賃(月額)は、整数で記入してください。

ユニット数　　ユニット

※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。

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)
室	円	室	円

(9)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。

※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。

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。)
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(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)
１介護職員					
★(1)１のうち看護師					
★(2)１のうち准看護師					
★(3)１のうち介護福祉士					

	常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)
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)※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合

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

【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（　　－　　－　　）

⑽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。

地域密着型特定施設入居者生活介護

定員　　人

９月中の利用者　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	人	人	人	人	人

⑾事業所の形態

１～８のうち、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

⑿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

⒀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。

※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。

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。**）
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（人）	常勤兼務（専従分除く）（人）	換算数（人）	非常勤（人）	換算数（人）
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					
★（８）６のうちはり師・きゅう師					
７その他の職員（管理者含む）					

（補問）※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合

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

【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。

【１７１夜間対応型訪問介護】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

⑭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。

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

※通報がなかった場合は、「０（ゼロ）」件と記入してください。

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（自費利用者、認定申請中の者）
利用実人員数	人	人	人	人	人	人
定期巡回訪問回数	回	回	回	回	回	回
随時訪問回数	回	回	回	回	回	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）　　か所
２　Ⅱ型（オペレーションセンターの設置なし）

⑯社会福祉法人等による軽減の状況

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

⑰従事者数

★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（経験）について記入してください。

※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。
※『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 ＝ 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。）
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（人）	常勤兼務（専従分除く）（人）	換算数（人）	非常勤（人）	換算数（人）
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）					
（6）１のうち生活援助従事者研修修了者					
２オペレーター					
（1）２のうち医師					
（2）２のうち保健師					
（3）２のうち看護師					
★（4）２のうち准看護師					
（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（人）	常勤兼務（専従分除く）（人）	換算数（人）	非常勤（人）	換算数（人）
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）					

（補問）※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合

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

【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（　　－　　－　　）

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（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（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 ※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。			人	人	人
事業所を利用した利用延人員数 ※宿泊、通い、訪問の利用延人員数の合計です。			人	人	人
※重複する場合は、それぞれに計上してください。	宿泊	利用実人員数	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人
	通い	利用実人員数	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人
	訪問	利用実人員数	人	人	人
		利用延人員数	人	人	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 ※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。			人	人	人	人	人	人
事業所を利用した利用延人員数 ※宿泊、通い、訪問の利用延人員数の合計です。			人	人	人	人	人	人
※重複する場合は、それぞれに計上してください。	宿泊	利用実人員数	人	人	人	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人	人	人	人
	通い	利用実人員数	人	人	人	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人	人	人	人
	訪問	利用実人員数	人	人	人	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人	人	人	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）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（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

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）

㉒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 ＝ 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。**）
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（人）	常勤兼務（専従分除く）（人）	換算数（人）	非常勤（人）	換算数（人）
1 介護職員					
1 のうち介護福祉士					
2 看護師					
3 准看護師					
4 介護支援専門員					
5 その他の職員（管理者含む）					

（補問）※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合

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

【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

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。

※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。）
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わせた場合の利用者も含めて計上してください。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

９月中の利用者　1　あり　2　なし　　９月中の通報件数　　件

介護保険法

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

訪問看護　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	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

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。

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		

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	介護職員	実人員数	人
	延べ夜勤回数	回		延べ夜勤回数	回

㉖９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
	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。）	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
	回	回	回	回	回

死亡によるサービスの終了者

	介護保険法		介護保険と健康保険等との併給者		健康保険等のみ利用者	
	ターミナルケア加算		訪問看護ターミナルケア療養費		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	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	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

㉗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

㉘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（経験）について記入してください。

※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。
※『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 ＝ 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。）
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（人）	常勤兼務（専従分除く）（人）	換算数（人）	非常勤（人）	換算数（人）
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					
★ 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（管理者含む）					

（補問１）※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合
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。

記入例

【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（　　－　　－　　）

(29) 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　サテライト型以外　　2　サテライト型看護小規模多機能型居宅介護

→「１サテライト型以外」の場合、サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所又はサテライト型小規模多機能型居宅介護事業所の本体事業所ですか。あてはまる番号をすべて○で囲んでください。

1　サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所の本体事業所である
2　サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所の本体事業所である
3　１及び２のいずれでもない

(30) 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。
※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。）

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 ※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。			人	人	人	人	人	人
事業所を利用した利用延人員数 ※宿泊、通い、訪問（介護・看護）の利用延人員数の合計です。			人	人	人	人	人	人
※重複する場合は、それぞれに計上してください。	宿泊	利用実人員数	人	人	人	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人	人	人	人
	通い	利用実人員数	人	人	人	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人	人	人	人
	訪問介護	利用実人員数	人	人	人	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人	人	人	人
	訪問看護	利用実人員数	人	人	人	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人	人	人	人
訪問看護指示書のある利用実人員数			人	人	人	人	人	人

(31) 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

(32) ９月中の利用者

医療保険による訪問看護の減算状況

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）による減算	人
特別訪問看護指示書による減算	人

(33) 宿泊室の状況

個室の数　　室　　個室以外の宿泊室の数　　室　　（補間）診療所の病床数　　床

(34) 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（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

(35) 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

(36) 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

(37) 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。

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

（補間）※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合
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

【２３１地域密着型通所介護】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

㊳事業所の形態

事業所の形態について、該当する番号を○で囲んでください。

1　地域密着型通所介護事業所　　2　療養通所介護事業所

㊴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。（詳細は、手引きを参照してください。）
※開催日数には、利用者がいない日も含めます。

地域密着型通所介護

※右表「単位ごとの定員」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）。

定員（18人以下）	人
９月中の開催日数（１～30日）	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（自費利用者、認定申請中の者）
利用実人員数	人	人	人	人	人	人
利用延人員数	人	人	人	人	人	人

療養通所介護

事業所番号	

※療養通所介護の指定を受けている事業所のみ記入してください。

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　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	人	人	人	人	人
利用延人員数	人	人	人	人	人	人

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

★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。

※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。

	常勤専従（人）	常勤兼務（専従分除く）（人）	換算数（人）	非常勤（人）	換算数（人）
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					
★（8）4のうちはり師・きゅう師					
5 調理員					
6 管理栄養士					
7 栄養士					
8 歯科衛生士					
9 生活相談員					
9 のうち社会福祉士					
10 介護職員					
10 のうち介護福祉士					
11 その他の職員（管理者含む）					

（補問）※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合

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

【231地域密着型通所介護】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。

秘　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30年10月１日調査）

7

※調査票の記入及び提出はインターネットでも可能です。

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（　　）－（　　）－（　　）
法人番号	

(1) サービスの状況・施設の種類・事業所の種別

・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（１つに○）
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 介護医療院　3 介護療養型医療施設　4 その他の病院・診療所

事業所の種別：
介護老人保健施設（01 Ⅰ型　02 Ⅱ型　03 Ⅲ型　04 Ⅳ型）
ユニット型介護老人保健施設（05 Ⅰ型　06 Ⅱ型　07 Ⅲ型　08 Ⅳ型）
介護医療院（09 Ⅰ型療養床　10 Ⅱ型療養床）
ユニット型介護医療院（11 Ⅰ型療養床　12 Ⅱ型療養床）
13 病院療養型
14 ユニット型病院療養型
15 病院経過型
16 ユニット型病院経過型
17 診療所型
18 ユニット型診療所型
19 認知症疾患型
20 ユニット型認知症疾患型
21 認知症経過型
注）９、10の両方又は11、12の両方に該当する場合があります。

通所リハビリテーション

	事業所番号	事業所名	活動状況（１つに○）
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 介護医療院　3 介護療養型医療施設　4 その他の病院・診療所

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。

事業所の種別								
	通常規模の事業所	（ 01	介護老人保健施設	02	介護医療院	03	病院	04	診療所 ）
	大規模の事業所（Ⅰ）	（ 05	介護老人保健施設	06	介護医療院	07	病院	08	診療所 ）
	大規模の事業所（Ⅱ）	（ 09	介護老人保健施設	10	介護医療院	11	病院	12	診療所 ）

(2) 開設主体

※該当する番号を１つ、左の欄に記入してください。

開設主体

01 都道府県
02 市区町村
03 広域連合・一部事務組合
04 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 営利法人（会社）
12 その他の法人
13 個人

次ページにつづきます

見本

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

記入例

※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。

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

(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。

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	人	人
利用延人員数	人	人	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	人	人	人	人	人
利用延人員数	人	人	人	人	人	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 ＝ 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。）**
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。

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

見本

※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。

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

介護医療院票

（平成30年10月１日調査）

8

厚生労働省

＊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	平成　　年　　月	法人番号			

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

(3) 介護報酬上の届出（複数回答）

Ⅰ型療養床	1　Ⅰ型サービス費（Ⅰ）	2　Ⅰ型サービス費（Ⅱ）	3　Ⅰ型サービス費（Ⅲ）	4　Ⅰ型特別サービス費）
Ⅱ型療養床	1　Ⅱ型サービス費（Ⅰ）	2　Ⅱ型サービス費（Ⅱ）	3　Ⅱ型サービス費（Ⅲ）	4　Ⅱ型特別サービス費）
ユニット型Ⅰ型療養床	1　Ⅰ型サービス費（Ⅰ）	2　Ⅰ型サービス費（Ⅱ）	3　Ⅰ型サービス費（Ⅲ）	4　Ⅰ型特別サービス費）
ユニット型Ⅱ型療養床	1　Ⅱ型サービス費（Ⅰ）	2　Ⅱ型サービス費（Ⅱ）	3　Ⅱ型サービス費（Ⅲ）	4　Ⅱ型特別サービス費）

注）Ⅰ型療養床、Ⅱ型療養床の両方又はユニット型Ⅰ型療養床、ユニット型Ⅱ型療養床の両方に該当する場合があります。

(4) 重度認知症疾患療養体制加算の状況

算定している重度認知症疾患療養体制加算について、該当する番号を○で囲んでください。

1　重度認知症疾患療養体制加算（Ⅰ）　2　重度認知症疾患療養体制加算（Ⅱ）　3　算定していない

入所定員

Ⅰ型療養床入所定員	Ⅱ型療養床入所定員
人	人

(5) 療養室の状況

	多床室			従来型個室	ユニット型	
	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室（個室的多床室を含む）
Ⅰ型療養床	室	室	室	室	室	室
Ⅱ型療養床	室	室	室	室	室	室

(6) 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療養室について記入してください。

Ⅰ型療養床	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
Ⅱ型療養床	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

(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)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
ユニット型個室的多床室（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

裏面につづきます

(9) 施設サービスの状況

9月末日の在所者数

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	要介護認定申請中
Ⅰ型療養床	人	人	人	人	人	人
Ⅱ型療養床	人	人	人	人	人	人

(10) 夜勤時間帯における勤務体制

平成30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　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。　1 いた　2 いない　→ 夜勤を行った**介護職員**　人

(11) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

9月中(平成30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

(12) 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、介護医療院サービスを行う病棟(診療所においては療養室)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(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	常勤兼務 換算数(人)	非常勤(人)	非常勤 換算数(人)
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					
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					

(補問) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合
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) 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

元本