

福岡県医発第1163号(地)
平成20年8月22日



各医師会長 殿

福岡県医師会
会長 横倉義武
(公印省略)

平成20年介護サービス施設・事業所調査の実施に関する協力依頼について

厚生労働省により平成12年から実施されております標記調査につきまして、本年も実施されることを受け、日本医師会より本会宛に調査協力依頼がありました。

当該調査は、現在の介護サービスについて提供体制・提供内容等を把握し、今後の介護サービス提供の基盤整備に関する基礎資料を得ることを目的としているもので、調査客体は、介護保険施設、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、介護予防サービス事業所、介護予防支援事業所、地域密着型サービス事業所、地域密着型介護予防サービス事業所の全数が対象であり、調査期日は本年10月1日現在において実施することになっております。

今般、平成20年8月20日第15回理事会におきまして、本会としても本調査に協力することと致しましたので、貴会におかれましても、調査の円滑な実施にご協力を賜りたくご高配方宜しくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

介護保険担当理事 名取一幸
介護保険副担当理事 廣瀬真恵
会長 丸山 泉

上記調査にご協力お願いいたします。



(介18)

平成20年8月8日

都道府県医師会
介護保険担当理事 殿

日本医師会常任理事

三上 裕司



平成20年介護サービス施設・事業所調査の実施に関する協力依頼について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は介護保険制度にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、厚生労働省は平成12年より実施されております標記調査に関し、本年も実施することとし、別添のとおり本会宛に調査協力依頼がありました。

当該調査は、現在の介護サービスについて提供体制・提供内容等を把握し、今後の介護サービス提供の基盤整備に関する基礎資料を得ることを目的としているもので、調査客体は、介護保険施設、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、介護予防サービス事業所、介護予防支援事業所、地域密着型サービス事業所、地域密着型介護予防サービス事業所の全数が対象であり、調査期日は本年10月1日現在において実施することになっております。

本会においては、本調査に協力することと致しましたので、貴会におかれましても、調査の円滑な実施にご協力を賜りたくご高配方宜しくお願い申し上げます。

敬具

記

(添付資料)

・平成20年介護サービス施設・事業所調査の協力依頼について

(平20.7.25 統発第0722002号 厚生労働省大臣官房統計情報部長)

・参考資料 「調査の概要」および「調査実施上の注意事項」

(「平成20年介護サービス施設・事業所調査 調査の手引」より抜粋)

以上



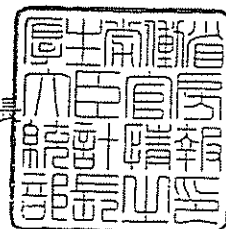


統発第0722002号

平成20年7月25日

社団法人 日本医師会長 殿

厚生労働省大臣官房統計情報部長



平成20年介護サービス施設・事業所調査の協力依頼について

介護サービス施設・事業所調査につきましては、かねてから多大なる御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本年においても下記のとおり実施することといたしましたので、引き続き貴会の御協力を賜りたく、御配慮方お願い申し上げます。

記

1 調査の目的

この調査は、全国の介護サービスの提供体制、提供内容等を把握することにより、介護サービスの提供面に着目した基盤整備に関する基礎資料を得るとともに、介護サービス施設・事業所名簿を作成することを目的とする。

2 調査の対象及び客体

以下に掲げる介護保険施設、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、介護予防サービス事業所、介護予防支援事業所、地域密着型サービス事業所、地域密着型介護予防サービス事業所を対象とし、その全数を客体とする。

ア 介護保険施設

指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設

イ 居宅サービス事業所

訪問看護ステーション、訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所、通所介護事業所、短期入所生活介護事業所、特定施設入居者生活介護事業所、福祉用具貸与事業所、特定福祉用具販売事業所、通所リハビリテーション事業所、短期入所療養介護事業所

ウ 居宅介護支援事業所

エ 介護予防サービス事業所

介護予防訪問看護ステーション、介護予防訪問介護事業所、介護予防訪問入浴介護事業所、介護予防通所介護事業所、介護予防短期入所生活介護事業所、介護予防特定施設入居者生活介護事業所、介護予防福祉用具貸与事業所、特定

介護予防福祉用具販売事業所、介護予防通所リハビリテーション事業所、介護
予防短期入所療養介護事業所

オ 介護予防支援事業所

カ 地域密着型サービス事業所

地域密着型介護老人福祉施設、夜間対応型訪問介護事業所、認知症対応型通
所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事
業所、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所

キ 地域密着型介護予防サービス事業所

介護予防認知症対応型通所介護事業所、介護予防小規模多機能型居宅介護事
業所、介護予防認知症対応型共同生活介護事業所

3 調査の期日

平成20年10月1日（水）現在において実施する。

4 調査の事項

次の調査票に掲げる事項とする。

- (1) 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設票（別紙1）
- (2) 介護老人保健施設票（別紙2）
- (3) 介護療養型医療施設票（別紙3）
- (4) 訪問看護ステーション票（別紙4）
- (5) 居宅サービス事業所（福祉関係）票（別紙5）
- (6) 地域密着型サービス事業所票（別紙6）
- (7) 居宅サービス事業所（医療関係）票（別紙7）

5 調査の方法

介護保険施設及び各居宅サービス事業所等の管理者が調査票に記入する。

6 集計及び結果の公表

集計及び結果の公表は、厚生労働省大臣官房統計情報部が行い、調査結果は速やか
に公表する。



I 調査の概要

1 調査の目的

この調査は、全国の介護サービスの提供体制、提供内容等を把握することにより、介護サービスの提供面に着目した基盤整備に関する基礎資料を得るとともに、介護サービス施設・事業所名簿を作成することを目的とします。

2 調査の対象及び客体

介護保険施設、各事業所

以下に掲げる介護保険施設、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、介護予防サービス事業所、介護予防支援事業所、地域密着型サービス事業所、地域密着型介護予防サービス事業所を対象とし、その全数を客体とします。

ア 介護保険施設

指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設

イ 居宅サービス事業所（訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導を除く）

訪問看護ステーション、訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所、通所介護事業所、短期入所生活介護事業所、特定施設入居者生活介護事業所、福祉用具貸与事業所、特定福祉用具販売事業所、通所リハビリテーション事業所、短期入所療養介護事業所

ウ 居宅介護支援事業所

エ 介護予防サービス事業所（介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導を除く）

介護予防訪問看護ステーション、介護予防訪問介護事業所、介護予防訪問入浴介護事業所、介護予防通所介護事業所、介護予防短期入所生活介護事業所、介護予防特定施設入居者生活介護事業所、介護予防福祉用具貸与事業所、特定介護予防福祉用具販売事業所、介護予防通所リハビリテーション事業所、介護予防短期入所療養介護事業所

オ 介護予防支援事業所

カ 地域密着型サービス事業所

地域密着型介護老人福祉施設、夜間対応型訪問介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所

キ 地域密着型介護予防サービス事業所

介護予防認知症対応型通所介護事業所、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、介護予防認知症対応型共同生活介護事業所

3 調査の時期

平成20年10月1日（水）

4 調査票の種類及び主な調査事項

（1）介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設票

法人名、施設名、施設の所在地、開設主体及び経営主体、介護報酬上の届出、ユニットの状況、定員及び居室の状況、居住費の状況、施設サービスの状況、食費の状況、併設の状況、従事者数等

（2）介護老人保健施設票

法人名、施設名、施設の所在地、開設主体、介護報酬上の届出及び施設の区分、ユニットの状況、定員及び療養室の状況、居住費の状況、施設サービスの状況、食費の状況、併設の状況、従事者数等

（3）介護療養型医療施設票

法人名、施設名、施設の所在地、開設主体、介護報酬上の届出、ユニットの状況、病床数、病室の状況、居住費の状況、施設サービスの状況、食費の状況、併設の状況、従事者数等

（4）訪問看護ステーション票

法人名、ステーション名・ステーションの所在地、サービスの種類、開設主体、加算等の届出の状況、出張所等（サテライト事業所）の状況、9月中のサービスの提供状況、従事者数等

(5) 居宅サービス事業所（福祉関係）票

法人名、事業所名、事業所の所在地、サービスの種類、経営主体、サービスの提供状況、従事者数等

(6) 地域密着型サービス事業所票

法人名、事業所名、事業所の所在地、サービスの種類、経営主体、サービスの提供状況、従事者数等

(7) 居宅サービス事業所（医療関係）票

法人名、施設名、施設の所在地、施設の種類・サービスの状況、開設主体、サービスの提供状況、従事者数等

5 調査の方法

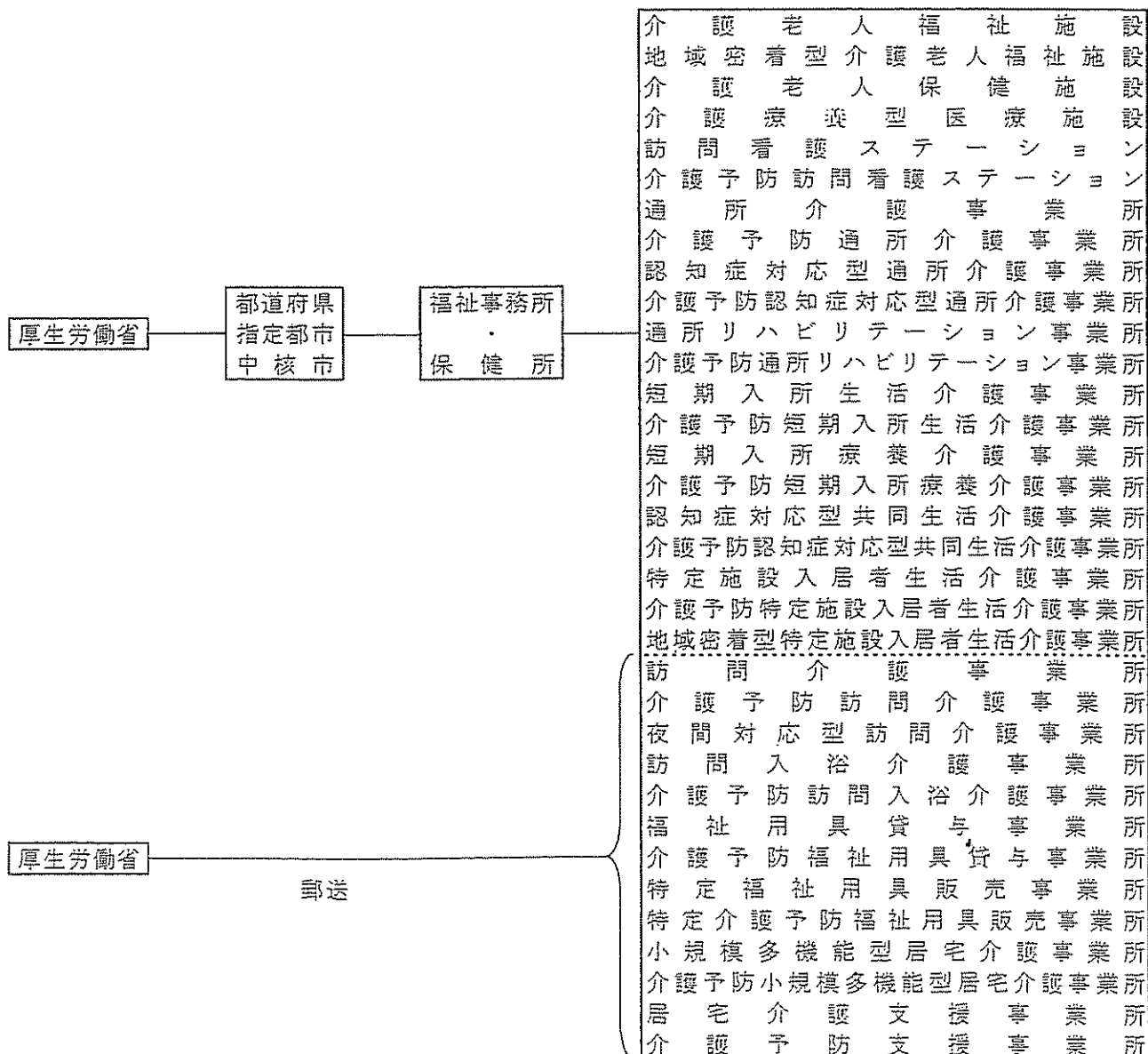
(1) 介護保険施設、各事業所の管理者が調査票に記入します。

(2) 福祉事務所、保健所を通じて配布する調査票の他に郵送等により国が直接、配布する対象施設・事業所は、民間委託により実施します。（「6 調査の系統」を参照のこと。）

郵送調査分の委託会社：アクセント株式会社

（連絡先：03-3361-2104、フリーダイヤル：0120-997-939）

6 調査の系統



7 集計及び結果の公表

集計は厚生労働省大臣官房統計情報部が行い、調査結果は「平成20年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」を公表するとともに、厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp>) に掲載する。その後、「平成20年介護サービス施設・事業所調査」(報告書)を刊行する。名簿については「平成20年介護サービス施設・事業所名簿」として速やかに公表する。

Ⅱ 調査実施上の注意事項

1 秘密の保護

この調査は、統計報告調整法（昭和27年法律第148号）の規定により承認を受けた調査です。

本調査は記入者負担軽減を図るため、「事業所名」「事業所の所在地」など、最新の名簿情報から調査事項の一部を印字して、変更のあった場合に修正していただく「プレプリント方式」を採用しています。調査実施の各段階において、プレプリントの内容が他に漏れることのないよう、秘密の保護に十分注意してください。

各事業所への調査票の配付については、事業所名等を確認の上、誤配付のないよう注意してください。

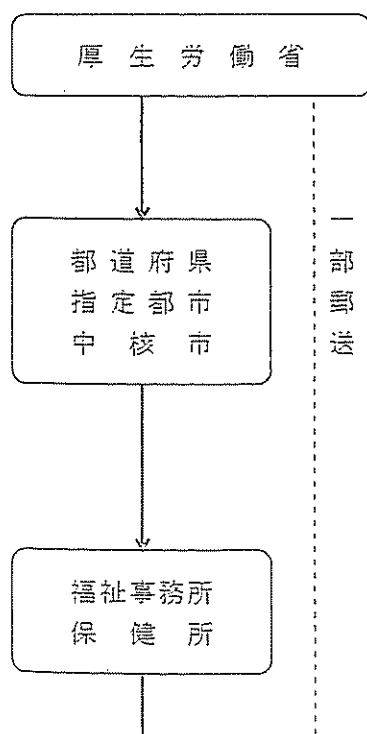
2 調査対象

平成20年10月1日午前零時現在における介護保険施設、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、介護予防サービス事業所、介護予防支援事業所、地域密着型サービス事業所、地域密着型介護予防サービス事業所の全数を対象として調査を実施します。

なお、10月1日に新規に認可・届出・設置された施設・事業所については、調査の対象にはなりません。但し、10月1日に廃止予定の施設・事業所には調査票を配布します。

3 調査の実施方法

調査の流れは以下のとおりです。ただし、福祉事務所・保健所の事務系統につきましては各都道府県・指定都市・中核市（以下、「都道府県・市」といいます）の実情に合わせて変更して実施していただいても構いません。また、都道府県・市、福祉事務所・保健所における具体的な事務内容については「Ⅳ 都道府県・指定都市・中核市における事務」「Ⅴ 福祉事務所・保健所における事務」を参照してください。



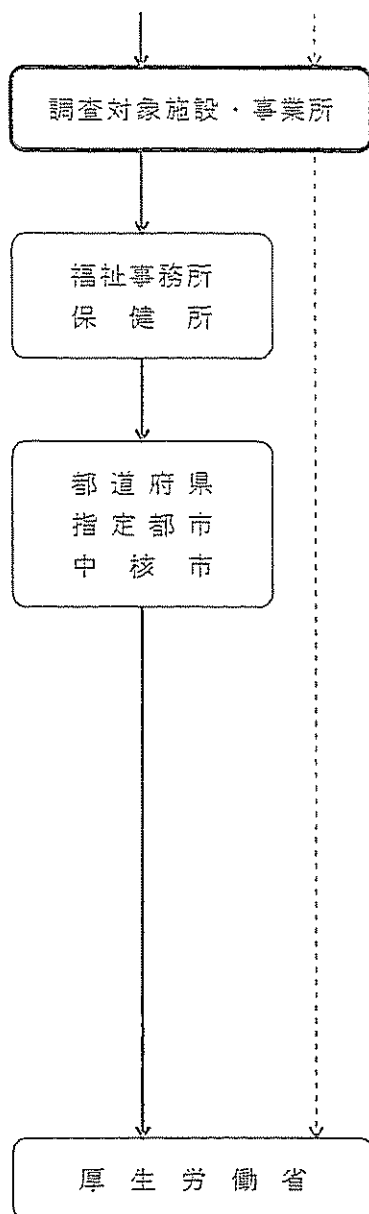
○ 調査票、調査対象名簿など、調査関係書類を都道府県・市に送付します。

○ 一部の居宅サービスだけを行っている事業所については、厚生労働省から直接、郵送で調査を実施します。

○ 調査関係書類を受け取り、調査対象名簿の内容確認を行います。
※ 厚生労働省から送付する「平成20年介護サービス施設・事業所調査対象名簿」に掲載されていない施設及び事業所があった場合は調査票の作成を行ってください。また、そのような施設・事業所については、別途、新規に名簿を作成します。

○ 調査系統に従い、福祉事務所、保健所への調査関係書類の配付を行います。

○ 調査対象名簿に基づき、施設・事業所への調査票の配付を行います。



施設・事業所の管理者が調査票の記入を行います。

- 記入済み調査票を回収し、記入漏れがないか等を確認します。
- 都道府県・市が定めた期日までに提出します。

- 提出された記入済み調査票の審査を行います。
必要に応じて、記入内容(記入漏れ等)について、照会します。

- 5月1日現在調査対象名簿にない施設・事業所であって、9月30日現在の施設・事業所(新設・名簿漏れ等)と名簿と調査票を確認し、併せて、休止、廃止の事業所は、厚生労働省から提供した5月1日現在の調査対象名簿の「活動状況」欄に「休止」は“2”を「廃止」は“3”と入力し、当該名簿等(新設名簿と休止・廃止等の訂正名簿)を電子媒体でメールに添付の上、厚生労働省に送付します。

- 調査票等は、下記の~~~~で囲まれた送付先「厚生労働省 社会福祉施設等調査及び介護サービス施設・事業所調査 事務局」(以下、「調査事務局」という。)に送付してください。

- それぞれ平成20年11月14日までに提出してください。

送付先：〒060-0041

北海道札幌市中央区大通東8-1-100 デジタルビル1階
「厚生労働省 社会福祉施設等調査及び介護サービス施設・事業所調査 事務局」

4 作成上の注意事項

- (1) 居宅サービス事業所(福祉関係)票にあるサービスを複数行っている事業所は、1冊の居宅サービス事業所(福祉関係)票に記入してください。
- (2) 地域密着型サービス事業所票にあるサービスを複数行っている事業所は、1冊の地域密着型サービス事業所票に記入してください。

5 調査対象・調査票種類の注意事項

この調査が対象とするのは、平成20年10月1日午前零時現在における次の①～⑦の事業所に応じた調査票によって調査を実施します。市町村が認定する基準該当事業所も対象に含みます。

① 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設（調査票：介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設票）

老人福祉法に規定する特別養護老人ホームであって、介護保険法による都道府県知事または市町村長の指定を受けているすべての施設（介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設）が対象になります。

② 介護老人保健施設（調査票：介護老人保健施設票）

介護保険法に規定する介護老人保健施設であって、都道府県知事の許可を受けているすべての施設が対象になります。

③ 介護療養型医療施設（調査票：介護療養型医療施設票）

医療法に規定する病院・診療所であって、介護保険法による都道府県知事の指定を受けているすべての施設（介護療養型医療施設）が対象になります。

④ 訪問看護ステーション（調査票：訪問看護ステーション票）

介護保険法に規定する（介護予防）訪問看護※サービスを行う事業所であって、都道府県知事の指定を受けているすべての事業所が対象になります。ただし、みなしで訪問看護サービスを行うことができる医療施設を除きます。

※「（介護予防）訪問看護サービス」は、「介護予防訪問看護」および「訪問看護」をいいます。

⑤ 居宅サービス事業所（福祉関係）（調査票：居宅サービス事業所（福祉関係）票）

介護保険法に規定する（介護予防）通所介護、（介護予防）短期入所生活介護、（介護予防）特定施設入居者生活介護、（介護予防）訪問介護、（介護予防）訪問入浴介護、（介護予防）福祉用福祉用具貸与、特定（介護予防）福祉用具販売、介護予防支援（地域包括支援センター）、居宅介護支援のいずれかを行う事業所であって、都道府県知事の指定を受けているすべての事業所が対象になります。

⑥ 地域密着型サービス事業所（調査票：地域密着型サービス事業所票）

介護保険法に規定する夜間対応型訪問介護、（介護予防）小規模多機能型居宅介護、（介護予防）認知症対応型通所介護、（介護予防）認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護のいずれかを行う事業所であって、市町村長の指定を受けているすべての事業所が対象になります。

「⑤居宅サービス事業所（福祉関係）」のうち、厚生労働省から送付する調査対象名簿において、その事業所の事業範囲が「介護予防訪問介護」「訪問介護」「介護予防訪問入浴介護」「訪問入浴介護」「介護予防福祉用具貸与」「福祉用具貸与」「介護予防特定福祉用具販売」「特定福祉用具販売」「居宅介護支援」「介護予防支援」のみと判断された事業所については、厚生労働省から郵送で調査を行います。

「⑥地域密着型サービス事業所」のうち、「夜間対応型訪問介護」「介護予防小規模多機能型居宅介護」「小規模多機能型居宅介護」のみと判断された事業所については、厚生労働省から郵送で調査を行います。

いずれの場合も、厚生労働省から送付した調査対象名簿に新たに開設されたサービス等で記載のない事業所が存在した場合には、調査票の作成等（名簿等の作成を含む。）を行ってください。ただし、名簿に記載のある事業所において新たにサービスが追加となった場合は、既存の調査票を使用してください。（名簿の追加の必要はありません。）

⑦ 居宅サービス事業所（医療関係） （調査票：居宅サービス事業所（医療関係）票）

介護老人保健施設、介護療養型医療施設並びに介護保険法に規定する通所リハビリテーション、短期入所療養介護のいずれかを行う事業所であって、都道府県知事の指定を受けているすべての医療施設が対象になります。

6 調査票配布の留意点

調査は事業所の種類に応じた7種類の調査票で行いますが、同一の施設・事業所で複数の事業を行っている場合もあるため、調査対象名簿ではそれらの名寄せ（各事業種別ごとの事業所情報を一つの事業所としてまとめる作業）を行っています。

この名寄せの結果に基づいてまとめられた施設・事業所ごとに「配付番号」を付与し、調査対象施設・事業所への調査票の配付は、配付番号ごとに一括して行います。

【名寄せを行う基準】

名寄せを行う基準は、単一の経営主体のもとにおいて同一の区画を占めて事業が行われている場合です。単一の経営主体であっても事業所が異なる場所にある場合（出張所等、他の事業所と一体のものとして指定を受けている場合は除く。）や、同一の場所にあっても経営主体が異なる場合は、それぞれを別事業所として扱います。

なお、介護老人福祉施設調査票などで調査項目としている「併設」とは定義が異なりますので注意してください。

7 調査票の提出時の注意事項

都道府県・市は、福祉事務所から提出された調査票の内容等を審査し、平成20年11月14日（金）までに「調査事務局」宛に送付してください。

送付先：〒060-0041

北海道札幌市中央区大通東8-1-100 デジタルビル1階
「厚生労働省 社会福祉施設等調査及び介護サービス施設・事業所調査 事務局」

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20年10月1日調査)

厚生労働省

[illegible]

[注] 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
2 *印の箇所は施設では記入しないでください。

(1) 法人名						活動の 状 況	1 活動中
(2) 施設名							2 休止中
(3) 施設の所在地	〒 - TEL () - () - ()					3 廃止	
(4) 開設年月	1 昭和	2 平成	年	月			
(5) 開設主体及び 経営主体	右から該当する番号を選んで記入してください。 開設主体 1 都道府県 5 社会福祉協議会 経営主体 2 市区町村 6 社会福祉法人（社会福祉協議会以外） 3 広域連合・一部事務組合 7 社団・財団法人 4 日本赤十字社 8 1～7以外						
(6) 介護報酬上の届出	該当する施設の種類の○をつけてください。						
	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			
(7) ユニットの状況							
	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) 定員及び 居室の状況	入所定員 (短期入所生活介護（ショートステイ） 床の定員は含みません)		人				
	居室の状況（短期入所生活介護（ショートステイ）のみに使用している居室は除いて記入してください）						
	5人以上室	4人室	3人室	2人室		個室	
				ユニット型	その他	ユニット型	その他
	室	室	室	室	室	室	室
上記居室の一部に短期入所生活介護（ショートステイ）床を（ 1 含む 2 含まない ）							
(9) 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。						
多床室	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円
	定員	人	人	人	人	人	人
	数	室	室	室	室	室	室
従来型個室	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円
	数	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(月額)	円	円	円	円	円	円
	定員	人	人	人	人	人	人
	数	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(月額)	円	円	円	円	円	円
	定員	人	人	人	人	人	人
	数	室	室	室	室	室	室

*経由		数	特	老	療	ス	医	福	地
	*組み合わせ								

(10) 施設サービスの状況	9月末日の在所要者数(人) ※短期入所生活介護の利用者は含みません。									
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他(経過措置含む)				
	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月末日の在所要者の「その他(経過措置含む)」のうち、要介護認定の 更新の申請を行った結果要支援認定を受けたが、経過措置により継続 して入所している者				_____人				
		9月末日の在所要者のうち、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				
(11) 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 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。 食費 _____円									
(12) 社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している ⇨ 9月中の軽減者数 _____人(生活保護受給者等は含みません) 2 実施していない									
(13) 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 苦情受付窓口の設置 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 6 1～5でいずれも実施していない									
(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同一経営の場合を含む。)が同一又は隣接の敷地内で運営している、異なる施設・事業所について、該当する番号すべてを○で囲んでください。 01 介護老人福祉施設 02 介護老人保健施設 03 介護療養型医療施設 04 03 以外の病院・診療所 05 介護予防訪問介護事業所 訪問介護事業所 06 介護予防訪問入浴介護事業所 訪問入浴介護事業所 07 介護予防訪問看護ステーション 訪問看護ステーション 08 介護予防訪問リハビリテーション事業所 訪問リハビリテーション事業所 09 介護予防通所介護事業所 通所介護事業所 10 介護予防通所リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所 11 介護予防短期入所生活介護事業所 短期入所生活介護事業所 12 介護予防短期入所療養介護事業所 短期入所療養介護事業所 13 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 特定施設入居者生活介護事業所 14 居宅介護支援事業所 15 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所 小規模多機能型居宅介護事業所 16 夜間対応型訪問介護事業所 17 介護予防認知症対応型通所介護事業所 認知症対応型通所介護事業所 18 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 認知症対応型共同生活介護事業所 19 地域密着型特定施設 20 地域密着型介護老人福祉施設 21 介護予防支援事業所(地域包括支援センター) 22 在宅介護支援センター 23 01～22 との併設はない									
(15) 夜勤時間帯における勤務体制	9月30日から10月1日にかけて夜勤時間帯(午後10時から翌日午前5時を含めた連続する16時間)に夜勤を行った職員の 実人員数を記入してください。 看護職員 _____人 介護職員 _____人									
(16) 夜勤職員の実人員数及び総時間	9月中の夜勤時間帯(午後10時から翌日午前5時を含めた連続する16時間)に夜勤を行った職員の実人員数及び総時間を 記入してください。 看護師 実人員数 _____人 准看護師 実人員数 _____人 介護職員 実人員数 _____人 夜勤総時間 _____時間 夜勤総時間 _____時間 夜勤総時間 _____時間									

(07) 従 事 者 数	常勤専従		常勤兼務		非常勤			常勤専従		常勤兼務		非常勤	
		換算数		換算数		換算数			換算数		換算数		換算数
1 施設長							10 機能訓練指導員						
2 医師							10のうち 理学療法士						
3 歯科医師							10のうち 作業療法士						
4 生活相談員							10のうち 言語聴覚士						
4のうち 社会福祉士							10のうち 柔道整復師						
5 看護師							10のうち あん摩マッサージ 指 圧 師						
6 准看護師							11 障害者生活支援員						
7 介護職員							12 介護支援専門員						
7のうち 介護福祉士							13 調 理 員						
8 管理栄養士							14 その他の職員						
9 栄 養 士													

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

※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(08) 就職者数及び退職者数	下記の職種（常勤専従・常勤兼務・非常勤）の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号を○で囲み、それぞれの人数を記入してください。					
	就職者数	下記の職種に就職者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓		退職者数	下記の職種に退職者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓	
		4 生活相談員	_____人		4 生活相談員	_____人
		5 看護師	_____人		5 看護師	_____人
	6 准看護師	_____人	6 准看護師	_____人		
	7 介護職員	_____人	7 介護職員	_____人		
※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。 ※兼務している場合は、それぞれに計上してください。						

記入者	氏名	_____	
	TEL	_____	_____
	FAX	_____	_____
	E-mail	_____	

FAX・E-mailの記入は任意です。

ご協力ありがとうございました



総務省承認 №27420
承認期限 平成21年 3月31日まで

介護サービス施設・事業所調査
介護老人保健施設票
(平成20年10月1日調査)

厚生労働省

事業所番号

*配付番号

*福祉事務所番号

*保健所番号

*市区町村番号

*一連番号

[注] 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
2 *印の箇所は施設では記入しないでください。

(1)法人名							活動の状況	1 活動中
(2)施設名								2 休止中
(3)施設の所在地	〒□□□-□□□□ TEL ()-()-()						3 廃止	
(4)開設年月	1 昭和 2 平成 □□ 年 □□ 月							
(5)開設主体	01 都道府県 07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 02 市区町村 08 社団・財団法人 03 広域連合・一部事務組合 09 その他の法人 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 10 個人 05 医療法人 11 01~10以外 06 社会福祉協議会							
(6)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)							
(7)は、該当する施設のみ記入してください。								
(7)小規模介護老人保健施設等の状況	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							
(8)は、「(6)介護報酬上の届出」の種別が「4」~「6」の施設のみ記入してください。 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。								
(8)ユニットの状況	一般棟	ユニットの規模(定員)	人	人	人	人	人	人
		ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット
	認知症専門棟	ユニットの規模(定員)	人	人	人	人	人	人
		ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット
(9)定員及び療養室の状況	一般棟入所定員		認知症専門棟入所定員					
	人		人					
	一般棟室数(室)	4人室	3人室	2人室		個室		
				ユニット型	その他	ユニット型	その他	
認知症専門棟室数(室)								
(10)居住費の状況 各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。								
多床室	居住費(月額)	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(月額)	円	円	円	円	円		
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室		
	室数	室	室	室	室	室		
ユニット型準個室(夫婦等の2人室を含む)	居住費(月額)	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(月額)	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		

*経由	*組み合わせ	数	特	老	療	ス	医	福	地

		9 月末日の在所要者数（人）														
		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	その他 (経過措置含む)									
	一 般 棟															
(1) 施設サービスの状況	認 知 症 専 門 棟															
	(再掲)	9 月末日の「その他（経過措置含む）」の在所要者のうち、要介護認定有効期間内に要支援認定を受けたが、経過措置により継続して入所している者				一 般 棟 _____ 人	認知症専門棟 _____ 人									
(12) 食 費 の 状 況	施設が設定している料金を日額で記入してください。 なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。 1 日あたりの食費 _____ 円															
(13) 併 設 の 状 況 (複数回答)	同一法人（法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む。）が同一又は隣接の敷地内で運営している、異なる施設・事業所について、該当する番号すべてを○で囲んでください。 01 介護老人福祉施設 02 介護老人保健施設 03 介護療養型医療施設 04 03 以外の病院・診療所 05 介護予防訪問介護事業所 訪問介護事業所 06 介護予防訪問入浴介護事業所 訪問入浴介護事業所 07 介護予防訪問看護ステーション 訪問看護ステーション 08 介護予防訪問リハビリテーション事業所 訪問リハビリテーション事業所 09 介護予防通所介護事業所 通所介護事業所 10 介護予防通所リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所 11 介護予防短期入所生活介護事業所 短期入所生活介護事業所 12 介護予防短期入所療養介護事業所 短期入所療養介護事業所 13 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 特定施設入居者生活介護事業所 14 居宅介護支援事業所 15 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所 小規模多機能型居宅介護事業所 16 夜間対応型訪問介護事業所 17 介護予防認知症対応型通所介護事業所 認知症対応型通所介護事業所 18 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 認知症対応型共同生活介護事業所 19 地域密着型特定施設 20 地域密着型介護老人福祉施設 21 介護予防支援事業所（地域包括支援センター） 22 在宅介護支援センター 23 01～22 との併設はない 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。 ただし、当該施設が右記表の 10、12 の事業についてみなしで行っている場合は併設とは言いません。															
(14) 夜 勤 時 間 帯 に お け る 勤 務 体 制	9 月 30 日から 10 月 1 日にかけて夜勤時間帯（午後 10 時から翌日午前 5 時を含めた連続する 16 時間）に夜勤を行った職員の 実人員数を記入してください。 看護職員 _____ 人 介護職員 _____ 人															
(15) 夜勤職員の実人員 数 及 び 総 時 間	9 月中の夜勤時間帯（午後 10 時から翌日午前 5 時を含めた連続する 16 時間）に夜勤を行った職員の実人員数及び総時間を 記入してください。 <table style="width: 100%;"> <tr> <td>看護師</td><td>実人員数 _____ 人</td><td>夜勤総時間 _____ 時間</td></tr> <tr> <td>准看護師</td><td>実人員数 _____ 人</td><td>夜勤総時間 _____ 時間</td></tr> <tr> <td>介護職員</td><td>実人員数 _____ 人</td><td>夜勤総時間 _____ 時間</td></tr> </table>							看護師	実人員数 _____ 人	夜勤総時間 _____ 時間	准看護師	実人員数 _____ 人	夜勤総時間 _____ 時間	介護職員	実人員数 _____ 人	夜勤総時間 _____ 時間
看護師	実人員数 _____ 人	夜勤総時間 _____ 時間														
准看護師	実人員数 _____ 人	夜勤総時間 _____ 時間														
介護職員	実人員数 _____ 人	夜勤総時間 _____ 時間														

06 従 事 者 数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1	医 師						8 理学療法士					
2	歯 科 医 師						9 作業療法士					
3	薬 劑 師						10 言語聴覚士					
4	看 護 師						11 管理栄養士					
5	准 看 護 師						12 栄 養 士					
6	介 護 職 員						13 介護支援専門員					
	6のうち 介護福祉士						14 調 理 員					
7	支 援 相 談 員						15 その他の職員					
	7のうち 社会福祉士											

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

※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

07 就 職 者 数 及 び 退 職 者 数		下記の職種（常勤専従・常勤兼務・非常勤）の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号を○で囲み、それぞれの人数を記入してください。									
		下記の職種に就職者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓					下記の職種に退職者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓				
		就職者数	4 看 護 師	_____人		退職者数	4 看 護 師	_____人			
			5 准 看 護 師	_____人			5 准 看 護 師	_____人			
			6 介 護 職 員	_____人			6 介 護 職 員	_____人			
			7 支 援 相 談 員	_____人			7 支 援 相 談 員	_____人			
※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。 ※兼務している場合は、それぞれに計上してください。											

記入者	氏 名	
	TEL	- -
	FAX	- -
	E-mail	

FAX・E-mailの記入は任意です。

ご協力ありがとうございました

厚生労働省

[illegible]

[注] 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
2 *印の箇所は施設では記入しないでください。

(1) 法人名						活動の状況	1 活動中
(2) 施設名							2 休止中
(3) 施設の所在地	〒□□□□-□□□□ TEL () - () - ()					3 廃止	
(4) 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 日本赤十字社・社会保険関係団体 05 医療法人 06 社会福祉協議会 07 社会福祉法人（社会福祉協議会以外） 08 社団・財団法人 09 営利法人（会社） 10 その他の法人 11 個人						
(5) 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)						
(6)は、「(5)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。							
(6) ユニットの状況	療養病床	ユニットの規模（定員）	人	人	人	人	人
		ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット
	老人性認知症疾患療養病棟	ユニットの規模（定員）	人	人	人	人	人
		ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット
(7) 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			介護指定病床を有する病棟の病床数			
	うち介護指定病床数			うち介護指定病床数			
以下の(8)～(10)の項目は、介護指定病床についての状況を記入してください。							
(8) 病室の状況	5人以上室	4人室	3人室	2人室		個室	
	室	室	室	ユニット型 室	その他 室	ユニット型 室	その他 室
(9) 居住費の状況	各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。						
	多床室	居住費（月額）	円	円	円	円	円
		室定員	人	人	人	人	人
室数		室	室	室	室	室	
従来型個室	居住費（月額）	円	円	円	円	円	
	室定員	人	人	人	人	人	
	室数	室	室	室	室	室	
ユニット型準個室 （夫婦等の2人室を含む）	居住費（月額）	円	円	円	円	円	
	室定員	人	人	人	人	人	
	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（月額）	円	円	円	円	円	
	室定員	人	人	人	人	人	
	室数	室	室	室	室	室	

*理由		数	特	老	原	ス	医	福	地
	*組み合わせ								

		介護指定病床における9月末日の在院者数（人）														
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 （経過措置含む）									
⑩ 施設サービスの状況	療養病床															
	老人性認知症 疾患療養病床															
	(再掲)	9月末日の「その他（経過措置含む）」の在院者のうち、要介護認定有効期間内に要支援認定を受けたが、経過措置により継続して入院している者			療養病床 _____人	老人性認知症 疾患療養病床 _____人										
⑪ 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															
⑫ 併設の状況 (複数回答)	同一法人（法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む。）が同一又は隣接の敷地内で運営している、異なる施設・事業所について、該当する番号すべてを○で囲んでください。 01 介護老人福祉施設 02 介護老人保健施設 03 介護療養型医療施設 04 03 以外の病院・診療所 05 介護予防訪問介護事業所 訪問介護事業所 06 介護予防訪問入浴介護事業所 訪問入浴介護事業所 07 介護予防訪問看護ステーション 訪問看護ステーション 08 介護予防訪問リハビリテーション事業所 訪問リハビリテーション事業所 09 介護予防通所介護事業所 通所介護事業所 10 介護予防通所リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所 11 介護予防短期入所生活介護事業所 短期入所生活介護事業所 12 介護予防短期入所療養介護事業所 短期入所療養介護事業所 13 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 特定施設入居者生活介護事業所 14 居宅介護支援事業所 15 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所 小規模多機能型居宅介護事業所 16 夜間対応型訪問介護事業所 17 介護予防認知症対応型通所介護事業所 認知症対応型通所介護事業所 18 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 認知症対応型共同生活介護事業所 19 地域密着型特定施設 20 地域密着型介護老人福祉施設 21 介護予防支援事業所（地域包括支援センター） 22 在宅介護支援センター 23 01～22 との併設はない 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。 ただし、当該施設が右記表の08、12の事業についてみなしで行っている場合は併設とは言いません。															
⑬ 夜勤時間帯における勤務体制	9月30日から10月1日にかけて夜勤時間帯（午後10時から翌日午前5時を含めた連続する16時間）に夜勤を行った職員の実人員数を記入してください。 看護職員 _____ 人 介護職員 _____ 人															
⑭ 夜勤職員の実人員数及び総時間	9月中の夜勤時間帯（午後10時から翌日午前5時を含めた連続する16時間）に夜勤を行った職員の実人員数及び総時間を記入してください。 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>看護師</td><td>実人員数 _____ 人</td><td>夜勤総時間 _____ 時間</td></tr> <tr> <td>准看護師</td><td>実人員数 _____ 人</td><td>夜勤総時間 _____ 時間</td></tr> <tr> <td>介護職員</td><td>実人員数 _____ 人</td><td>夜勤総時間 _____ 時間</td></tr> </table>							看護師	実人員数 _____ 人	夜勤総時間 _____ 時間	准看護師	実人員数 _____ 人	夜勤総時間 _____ 時間	介護職員	実人員数 _____ 人	夜勤総時間 _____ 時間
看護師	実人員数 _____ 人	夜勤総時間 _____ 時間														
准看護師	実人員数 _____ 人	夜勤総時間 _____ 時間														
介護職員	実人員数 _____ 人	夜勤総時間 _____ 時間														

従 事 者 数		施設に在籍する職員のうち、介護療養型医療施設サービスを行う病棟（診療所においては病室）の業務に携わる従事者について、職種別に記入してください。									
		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤
1 医 師						7 介護支援専門員					
2 歯 科 医 師						8 管理栄養士					
3 薬 劑 師						9 栄 養 士					
4 看 護 師						10 理学療法士					
5 准 看 護 師						11 作業療法士					
6 介 護 職 員						12 言語聴覚士					
6のうち 介護福祉士						13 精神保健福祉士等					

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
 ※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

換算数＝ $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$ (換算数の詳細は手引参照)
 (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

就 職 者 数 及 び 退 職 者 数		下記の職種（常勤専従・常勤兼務・非常勤）の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号を○で囲み、それぞれの人数を記入してください。									
		下記の職種に就職者はいましたか。 1 いた 2 いない					下記の職種に退職者はいましたか。 1 いた 2 いない				
就 職 者 数	4 看 護 師	_____人				退 職 者 数	4 看 護 師	_____人			
	5 准 看 護 師	_____人					5 准 看 護 師	_____人			
	6 介 護 職 員	_____人					6 介 護 職 員	_____人			

※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。
 ※兼務している場合は、それぞれに計上してください。

記 入 者	氏 名		
	TEL	-	-
	FAX	-	-
	E-mail		

FAX・E-mailの記入は任意です。

ご協力ありがとうございました

[illegible]

【注】 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
2 *印の箇所は事業所では記入しないでください。

(4) サービスの種類・事業所番号

- ・10月1日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、印字内容を確認し、事業開始年月の記入及び活動状況の該当する番号を○で囲んでください。
- ・印字されていない事業があった場合は、該当するサービス欄に事業所番号、ステーション名を記入してください。

営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。
 介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。
 ※利用実人員数欄には、介護保険法による（介護予防）訪問看護を1回でも利用した者について計上してください。
 ※訪問回数の合計欄には、支給限度額を超えた訪問回数及び健康保険法等併給による訪問回数も含めて計上してください。

(8)	9 月 中 の サ ー ビ ス の 提 供 状 況	介護 予 防 訪 問 看 護	9月中の営業日数 日							
			9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓							
				要支援1	要支援2	要支援認定申請中				
			利用実人員数 (人)							
			訪問回数の合計 (回)							
		訪問看護 (介護 給付)	9月中の営業日数 日							
			9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓							
				経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護認定申請中
			利用実人員数 (人)							
			訪問回数の合計 (回)							
上記の介護保険法利用者のうち、月の途中で急性増悪等により健康保険法等に移った者を計上してください。										
併給者の利用実人員数 人 併給者への訪問回数の合計 回										
健康保険法等		介護保険法による（介護予防）訪問看護を1回も利用せず健康保険法等のみによる訪問看護を利用した者について計上してください。健康保険法等とは、長寿医療制度（後期高齢者医療制度）、健康保険、国民健康保険等の医療保険及び公費負担医療をいいます。								
		利用実人員数 人 訪問回数の合計 回								
そ の 他		介護保険法及び健康保険法等いずれの保険制度も利用していない者で、9月中のすべての訪問看護を自費により受けた者及び市町村事業による者について計上してください。								
		利用実人員数 人 訪問回数の合計 回								
(9)	9 月 中 の 利 用 者	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）			
			緊急時訪問看護加算に同意をしている実人員数		人		人			
			緊急時訪問看護を受けた利用実人員数		人		人			
				緊急時訪問看護による訪問回数の合計		回		回		
		健康保険法等 の 利 用 者							健康保険法等	
			24時間対応体制加算に同意をしている実人員数						人	
			24時間連絡体制加算に同意をしている実人員数						人	
		死亡による サービス 終了者			介護保険法		健康保険法等			
					ターミナルケア加算		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			

(00) 従 事 者 数		平成20年10月1日の従事者について記入してください。 ※常勤兼務と非常勤に記入した場合は、換算数を記入してください。									
		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤
1 保 健 師						5 理学療法士					
2 助 産 師						6 作業療法士					
3 看 護 師						7 言語聴覚士					
4 准看護師						8 その他の職員					
						1～7のうち サテライト事業所 の 従 事 者					

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
 ※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。
 ※「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。

従事者の1週間の勤務延時間数

換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$ (換算数の詳細は手引参照)
 (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(01) 就 職 者 数 及 び 退 職 者 数		下記の職種に就職者はいましたか。 1 いた 2 いない				下記の職種に退職者はいましたか。 1 いた 2 いない			
		就職者数	1 いた	2 いない		退職者数	1 いた	2 いない	
1 保 健 師					1 保 健 師				
2 助 産 師					2 助 産 師				
3 看 護 師					3 看 護 師				
4 准看護師					4 准看護師				

※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。

(02) 「居宅介護支援事業所」の併設の状況と従事者による介護支援専門員(ケアマネジャー)の兼務状況		「居宅介護支援事業所」と併設している場合は、「1 併設している」の番号を○で囲み、介護支援専門員と兼務の有無を回答してください。	
		1 併設している	2 併設していない
		↓	
		介護支援専門員と兼務している場合は、「1 兼務あり」の番号を○で囲み、その人数を記入してください。	
		1 兼務あり	2 兼務なし

記入者	氏 名	
	TEL	-
	FAX	-
	E-mail	

FAX・E-mailの記入は任意です。

ご協力ありがとうございました



総務省承認 No.27423
承認期限 平成21年 3月31日まで

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20年10月 1日調査)

厚生労働省

*福祉事務所 符 号	*保健所 符 号	*市区町村 符 号	*配付 番号	*一連 番号
---------------	-------------	--------------	-----------	-----------

[注] 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
2 *印の箇所は事業所では記入しないでください。

(1) 法 人 名	
(2) 事 業 所 名	
(3) 事業所の所在地	〒 - TEL () - () - ()

(4) サービスの種類・事業所番号

・10月1日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、印字内容を確認し、事業開始年月を記入してください。指定を受けている事業の回答ページに、回答を記入してください。
・印字されていない事業があった場合は、該当するサービスの欄に事業所番号、事業所名等を記入してください。

サービスの種類	事業所番号	事業所名	事業開始年月	回答ページ
071 介護予防施設			2 平成 年 月	2～3ページに記入してください
072 通所介護			1 昭和 2 平成 年 月	
081 介護予防短期入所生活介護			2 平成 年 月	4～5ページに記入してください
082 短期入所生活介護			1 昭和 2 平成 年 月	
091 介護予防特定施設入居者生活介護			2 平成 年 月	6～7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 昭和 2 平成 年 月	
101 介護予防訪問介護			2 平成 年 月	8ページに記入してください
102 訪問介護			1 昭和 2 平成 年 月	
111 介護予防訪問入浴介護			2 平成 年 月	9ページに記入してください
112 訪問入浴介護			1 昭和 2 平成 年 月	
121 介護予防福祉用具貸与			2 平成 年 月	10ページに記入してください
122 福祉用具貸与			1 昭和 2 平成 年 月	
131 特定介護予防福祉用具販売			2 平成 年 月	
132 特定福祉用具販売			1 昭和 2 平成 年 月	
191 介護予防支援			2 平成 年 月	11ページに記入してください
201 居宅介護支援			1 昭和 2 平成 年 月	12ページに記入してください

(5) 経営主体	あてはまる番号ひとつに○をつけてください。		
	01 都道府県	05 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）	09 消費生活協同組合及び連合会
	02 市区町村	06 医療法人	10 営利法人（会社）
	03 広域連合・一部事務組合	07 社団・財団法人	11 特定非営利活動法人（NPO）
	04 社会福祉協議会	08 農業協同組合及び連合会	12 その他の法人
		13 01～12以外	

(6) 苦情解決のための取組状況 (複数回答)	あてはまる番号すべてに○をつけてください。		
	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	6 1～5のいずれも実施していない

*経由	*組み合わせ	数	特	老	療	ス	医	福	地

次ページにつづきます

【071 介護予防通所介護・072 通所介護】

の指定を受けている場合は問1～6について、ご記入ください。

問1 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

問1-1 介護予防通所介護			問1-2 通所介護		
1 活動中	2 休止	3 廃止	1 活動中	2 休止	3 廃止
↓ 問2-1へ		→ 問2～6の回答の必要はありません	↓ 問2-2へ		→ 問2～6の回答の必要はありません

問2 「定員」「9月中の開催日数」「9月中の利用者」を記入してください。

※開催日数とは、利用者がいなくても事業所を開催していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。
 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。

問2-1 介護予防通所介護				問2-2 通所介護							
定員 人 9月中の開催日数 日 9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓				通所介護 定員 人 9月中の開催日数 日 9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓							
	要支援1	要支援2	その他		経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
利用実人員数 (人)				利用実人員数 (人)							
利用延人員数 (人)				利用延人員数 (人)							
				療養通所介護							
				定員 人 9月中の開催日数 日 9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓							
				経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 その他							
				利用実人員数 (人)							
				利用延人員数 (人)							

問3 事業所の形態についておたずねします。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1 小規模型（月平均300人以内）	3 大規模型（月平均900人超）
2 通常規模型（月平均301～900人）	4 療養通所介護

問4 社会福祉法人等の軽減についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

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	

問5へ⇒

問5 平成20年10月1日の従事者を記入してください。(常勤兼務と非常勤に記入した場合は換算数を記入してください。)

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 医 師			.		.
2 看 護 師			.		.
3 准 看 護 師			.		.
4 機能訓練指導員			.		.
4のうち 理学療法士			.		.
4のうち 作業療法士			.		.
4のうち 言語聴覚士			.		.
4のうち 柔道整復師			.		.
4のうち あん摩マッサージ 指 圧 師			.		.

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
5 調 理 員			.		.
6 管 理 栄 養 士			.		.
7 栄 養 士			.		.
8 歯 科 衛 生 士			.		.
9 生 活 相 談 員			.		.
9のうち 社 会 福 祉 士			.		.
10 介 護 職 員			.		.
10のうち 介 護 福 祉 士			.		.
11 そ の 他 の 職 員			.		.

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

※「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。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(換算数の詳細は手引参照)

問6 下記の職種(常勤専従・常勤兼務・非常勤)の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号に○をつけ、それぞれの人数を記入してください。

就職者数	下記の職種に就職者はいましたか。	1 いた	2 いない
		↓	
	2 看 護 師		人
	3 准 看 護 師		人
	9 生 活 相 談 員		人
	10 介 護 職 員		人

退職者数	下記の職種に退職者はいましたか。	1 いた	2 いない
		↓	
	2 看 護 師		人
	3 准 看 護 師		人
	9 生 活 相 談 員		人
	10 介 護 職 員		人

※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。

※兼務している場合はそれぞれに計上してください。

記入者	氏 名		
	TEL	-	-
	FAX	-	-
	E-mail		

FAX・E-mailの記入は任意です。

【081 介護予防短期入所生活介護・082 短期入所生活介護】

の指定を受けている場合は問7～12について、ご記入ください。

問7 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

問7-1 介護予防短期入所生活介護			問7-2 短期入所生活介護		
1 活動中	2 休止	3 廃止	1 活動中	2 休止	3 廃止
↓ 問8へ			↓ 問8へ		
→ 問8～12の回答の必要はありません			→ 問8～12の回答の必要はありません		

問8 介護報酬上の届出についておたずねします。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

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

(注) 問8の回答が「3」、「6」、「3」と「6」のみに該当した場合は、問9～問12の回答の必要はありません。

問9 「定員」「9月中の利用者」を記入してください。

※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。

※「空床（ユニット）型」と「併設（ユニット）型」を行っている事業所は「併設（ユニット）型」分についてのみ記入してください。

問9-1 介護予防短期入所生活介護				問9-2 短期入所生活介護							
定員 人				定員 人							
9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓				9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓							
	要支援1	要支援2	その他		経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
利用実人員数 (人)				利用実人員数 (人)							
利用日数合計 (日)				利用日数合計 (日)							

問10 社会福祉法人等の軽減についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

※「空床（ユニット）型」と「併設（ユニット）型」を行っている事業所は「併設（ユニット）型」分についてのみ記入してください。

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		

問11へ ⇒

問11 平成20年10月1日の従事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。)

※「空床(ユニット)型」と「併設(ユニット)型」を行っている事業所は「併設(ユニット)型」分についてのみ記入してください。

		常勤専従	常勤兼務		非常勤	
			換算数		換算数	
1	医 師					
2	看 護 師					
3	准 看 護 師					
4	機能訓練指導員					
	4のうち 理 学 療 法 士					
	4のうち 作 業 療 法 士					
	4のうち 言 語 聴 覚 士					
	4のうち 柔 道 整 復 師					
	4のうち あん摩マッサージ 指 圧 師					

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

※「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。

		常勤専従	常勤兼務		非常勤	
			換算数		換算数	
5	調 理 員					
6	管 理 栄 養 士					
7	栄 養 士					
8	介護支援専門員					
9	生 活 相 談 員					
	9のうち 社 会 福 祉 士					
10	介 護 職 員					
	10のうち 介 護 福 祉 士					
11	そ の 他 の 職 員					

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(換算数の詳細は手引参照)

問12 下記の職種(常勤専従・常勤兼務・非常勤)の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号に○をつけ、それぞれの人数を記入してください。

※「空床(ユニット)型」と「併設(ユニット)型」を行っている事業所は「併設(ユニット)型」分についてのみ記入してください。

就職者数

下記の職種に就職者はいましたか。

1 いた 2 いない

↓

2 看 護 師

3 准 看 護 師

9 生 活 相 談 員

10 介 護 職 員

人

人

人

人

退職者数

下記の職種に退職者はいましたか。

1 いた 2 いない

↓

2 看 護 師

3 准 看 護 師

9 生 活 相 談 員

10 介 護 職 員

人

人

人

人

※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。

※兼務している場合はそれぞれに計上してください。

記入者	氏 名		
	TEL	-	-
	FAX	-	-
	E-mail		

FAX・E-mailの記入は任意です。

【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】

の指定を受けている場合は問13～19について、ご記入ください。

問13 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

問13-1 介護予防特定施設入居者生活介護			問13-2 特定施設入居者生活介護		
1 活動中	2 休止	3 廃止	1 活動中	2 休止	3 廃止
↓ 問14-1へ		→ 問14～19の回答の必要はありません	↓ 問14-2へ		→ 問14～19の回答の必要はありません

問14 「定員」「9月中の利用者」を記入してください。

※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。

問14-1 介護予防特定施設入居者生活介護				問14-2 特定施設入居者生活介護							
定員 人				定員 人							
9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓				9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓							
	要支援1	要支援2	要支援認定申請中		経過的要介護	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)				9月末日の利用者数(人)							

問15 事業所の形態についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1 有料老人ホーム	2 軽費老人ホーム	3 養護老人ホーム	4 適合高齢者専用賃貸住宅
-----------	-----------	-----------	---------------

問16 人員配置区分の状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1 一般型	2 外部サービス利用型
-------	-------------

利用している外部サービスについて、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

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	

問17 介護専用型か、混合型についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

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。

問18へ ⇒

問18 平成20年10月1日の従事者を記入してください。(常勤兼務と非常勤に記入した場合は換算数を記入してください。)

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 介護職員			.		.
1のうち 介護福祉士			.		.
2 生活相談員			.		.
2のうち 社会福祉士			.		.
3 看護師			.		.
4 准看護師			.		.
5 計画作成担当者			.		.

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
6 機能訓練指導員			.		.
6のうち 理学療法士			.		.
6のうち 作業療法士			.		.
6のうち 言語聴覚士			.		.
6のうち 柔道整復師			.		.
6のうち あん摩マッサージ 指圧師			.		.
7 その他の職員			.		.

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

※ 「介護予防特定施設入居者生活介護」と「特定施設入居者生活介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(換算数の詳細は手引参照)

問19 下記の職種（常勤専従・常勤兼務・非常勤）の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1いた」の番号に○をつけ、それぞれの人数を記入してください。

就職者数	下記の職種に就職者はいましたか。		1 いた	2 いない
			↓	
	1 介護職員		人	
	2 生活相談員		人	
	3 看護師		人	
	4 准看護師		人	

退職者数	下記の職種に退職者はいましたか。		1 いた	2 いない
			↓	
	1 介護職員		人	
	2 生活相談員		人	
	3 看護師		人	
	4 准看護師		人	

※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。

※兼務している場合はそれぞれに計上してください。

記入者	氏名		
	TEL		
	FAX		
	E-mail		

FAX・E-mailの記入は任意です。

【101 介護予防訪問介護・102 訪問介護】

の指定を受けている場合は問20～25について、ご記入ください。

問20 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

問20-1 介護予防訪問介護			問20-2 訪問介護		
1 活動中	2 休止	3 廃止	1 活動中	2 休止	3 廃止
↓ 問21-1へ			↓ 問21-2へ		
→ 問21～25の回答の必要はありません			→ 問21～25の回答の必要はありません		

問21 「9月中の営業日数」「9月中の利用者」を記入してください。

※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。

問21-1 介護予防訪問介護				問21-2 訪問介護							
9月中の営業日数 日				9月中の営業日数 日							
9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない				9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない							
↓				↓							
	要支援1	要支援2	その他		経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
利用実人員数 (人)				利用実人員数 (人)							
訪問回数合計 (回)				訪問回数合計 (回)							

問22 社会福祉法人等の軽減についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

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		

問23 平成20年10月1日の従事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。)

*資格(1)～(5)を複数有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 訪問介護員					
(1)1のうち 介護福祉士					
(2)1のうち 介護職員基礎研修 課程修了者					
(3)1のうち ホームヘルパー1級 研修課程修了者					
(4)1のうち ホームヘルパー2級 研修課程修了者					
(5)1のうち ホームヘルパー3級 研修課程修了者					
1のうち サテライト事業所の従事者					
2 その他の職員					

サービス提供責任者について

サービス提供責任者は何人ですか 人

↓

サービス提供責任者の保有資格をおたずねします。

1 介護福祉士の資格を保有している 人

2 1以外の者で
研修(介護職員基礎、ホームヘルパー1,2級)修了者 人

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。取扱は換算する必要はありません。
※ 「介護予防訪問介護」と「訪問介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。
換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$
(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)
(換算数の詳細は手引参照)

問24 下記の職種(常勤専従・常勤兼務・非常勤)の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号に○をつけ、それぞれの人数を記入してください。

就職者数	下記の職種に就職者はいましたか。 1 いた 2 いない	↓	1 訪問介護員 人
退職者数	下記の職種に退職者はいましたか。 1 いた 2 いない	↓	1 訪問介護員 人

※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。

問25 研修の機会を確保していますか。あてはまる番号に○をつけてください。(研修の参加実績に関わらず体制を記入してください。)

	確保している		確保していない	
	事業所負担あり	事業所負担なし		
事業所内研修	1	2	3	
事業所外研修	① 地方公共団体主催の研修	1	2	3
	② 社会福祉協議会主催の研修	1	2	3
	③ 関係団体主催の研修	1	2	3
	④ 民間教育の研修	1	2	3
	⑤ その他の研修	1	2	3

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -
	E-mail	

FAX・E-mailの記入は任意です。

【111介護予防訪問入浴介護・112訪問入浴介護】

の指定を受けている場合は問26～29について、ご記入ください。

問26 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

問26-1 介護予防訪問入浴介護			問26-2 訪問入浴介護		
1 活動中	2 休止	3 廃止	1 活動中	2 休止	3 廃止
↓ 問27-1へ		→ 問27～29の回答の必要はありません	↓ 問27-2へ		→ 問27～29の回答の必要はありません

問27 「9月中の営業日数」「9月中の利用者」を記入してください。

※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。
 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。

問27-1 介護予防入浴訪問介護			問27-2 訪問入浴介護							
9月中の営業日数 日			9月中の営業日数 日							
9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない			9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない							
↓			↓							
	要支援1	要支援2	その他	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
利用実人員数 (人)				利用実人員数 (人)						
訪問回数合計 (回)				訪問回数合計 (回)						

問28 平成20年10月1日の従事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。）

* 資格(1)～(5)を複数有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 介護職員					
(1)1のうち 介護福祉士					
(2)1のうち 介護職員基礎研修 課程修了者					
(3)1のうち ホームヘルパー1級 研修課程修了者					
(4)1のうち ホームヘルパー2級 研修課程修了者					
(5)1のうち ホームヘルパー3級 研修課程修了者					

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
2 看護師					
3 准看護師					
4 その他の職員					

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

※ 「介護予防訪問入浴介護」と「訪問入浴介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(換算数の詳細は手引参照)

問29 下記の職種（常勤専従・常勤兼務・非常勤）の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号に○をつけ、それぞれの人数を記入してください。

	1 いた	2 いない
↓		
1 介護職員	人	
2 看護師	人	
3 准看護師	人	

	1 いた	2 いない
↓		
1 介護職員	人	
2 看護師	人	
3 准看護師	人	

※同一法人内の異動は、就職・退職に含まれません。
 ※兼務している場合はそれぞれに計上してください。

記入者	氏名	TEL	FAX	E-mail
		-	-	
		-	-	

FAX・E-mailの記入は任意です。

【1 2 1 介護予防福祉用具貸与・1 2 2 福祉用具貸与
1 3 1 特定介護予防福祉用具販売・1 3 2 特定福祉用具販売】

の指定を受けている場合は問30～34について、ご記入ください。

問30 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

問30-1 介護予防福祉用具貸与			問30-2 福祉用具貸与		
1 活動中	2 休止	3 廃止	1 活動中	2 休止	3 廃止
→ 問31-1へ		→ 問31～34の回答の必要はありません	→ 問31-2へ		→ 問31～34の回答の必要はありません

問30-3 特定介護予防福祉用具販売			問30-4 特定福祉用具販売		
1 活動中	2 休止	3 廃止	1 活動中	2 休止	3 廃止
→ 問32-1へ		→ 問32～34の回答の必要はありません	→ 問32-2へ		→ 問32～34の回答の必要はありません

問31 介護予防福祉用具貸与または福祉用具貸与を行っている事業所におたずねします。

「9月中の営業日数」「9月中の利用者」を記入してください。

※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。

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

問31-1 介護予防福祉用具貸与		問31-2 福祉用具貸与	
9月中の営業日数	日	9月中の営業日数	日
9月中の介護保険の利用者はいましたか。 (9月以前からの継続利用者を含む)	1 いた 2 いない	9月中の介護保険の利用者はいましたか。 (9月以前からの継続利用者を含む)	1 いた 2 いない
↓ 利用実人員		↓ 利用実人員	
	人		人

問32 特定介護予防福祉用具販売または特定福祉用具販売を行っている事業所におたずねします。

「9月中の営業日数」「9月中の利用者」「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。

※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。

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

問32-1 特定介護予防福祉用具販売		問32-2 特定福祉用具販売			
9月中の営業日数	日	9月中の営業日数	日		
9月中の介護保険の利用者はいましたか。	1 いた 2 いない	9月中の介護保険の利用者はいましたか。	1 いた 2 いない		
↓		↓			
「9月中の福祉用具販売数（介護保険のみ）」を記入してください。					
	腰掛便座	特殊尿器	入浴補助用具	簡易浴槽	移動用リフトの つり具の部分
「9月中」の 福祉用具販売数 (介護保険のみ)					

問33 平成20年10月1日の従事者を記入してください。（常勤業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	常勤業務	換算数	非常勤	換算数
1 福祉用具専門相談員					
2 その他の職員					

（注）従事者数の常勤業務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※ 常勤業務を換算数、非常勤を換算数となります。専従は換算する必要はありません。

※ 「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貸与」「特定福祉用具貸与」を一体的に行っている場合は、業務ではありません。

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

（1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

（換算数の詳細は手引参照）

問34 福祉用具専門相談員の資格についておたずねします。保有している資格に人数を記入してください。

1人の者が1～8の複数の資格を保有している場合は、該当する資格全てに記入してください。

1 介護福祉士	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	

記入者	氏名		
	TEL	-	-
	FAX	-	-
	E-mail		

FAX・E-mailの記入は任意です。

【191 介護予防支援（地域包括支援センター）】

の指定を受けている場合は問35～39について、ご記入ください。

問35 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

介護予防支援（地域包括支援センター）		
1 活動中	2 休止	3 廃止

↓ 問36へ

→ 問36～39の回答の必要はありません

問36 9月中の委託の状況についておたずねします。介護予防支援業務の一部を居宅介護支援事業所に委託しましたか。委託した場合、委託した人数、委託した事業所数をご記入ください。

9月中に委託しましたか。	1 委託した	2 委託しなかった
	↓ 委託した人数を記入してください	
	要支援1	要支援2
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	

問37 「9月中の利用者」を記入してください。問36で回答した委託した人数は含めません。

9月中の利用者はいましたか。	1 いた	2 いない
	↓	
	要支援1	要支援2
利用実人員数（人）		
うち9月中の新規の利用実人員数（人）		

問38 独立・併設の状況についておたずねします。あてはまる番号すべてに○をつけてください。同一法人（法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む。）が同一又は隣接の敷地内で運営している異なる施設・事業所について、該当する番号すべてを○で囲んでください。

1 介護保険施設と併設している
2 居宅サービス事業所、介護予防サービス事業所、地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所と併設している
3 居宅介護支援事業所と併設している
4 介護療養型医療施設以外の病院・診療所と併設している
5 上記以外と併設している
6 1～5との併設はない（独立事業所）

問39 平成20年10月1日の従事者を記入してください。（常勤業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。）

* 従業者数の再掲欄において、当該専門職員が複数の資格を有している場合は、通常標榜している資格を1つ決めた上で、当該資格欄に記載してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 専門職員					
(1) 1のうち 保健師					
(2) 1のうち 看護師					
(3) 1のうち 社会福祉士					
(4) 1のうち 介護支援専門員					
(5) 1のうち 高齢者保健福祉に関する相談援助業務等に3年以上従事した社会福祉主事					

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
2 その他の職員					

(注) 従業者数の常勤業務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※ 常勤業務は換算数、非常勤は換算数となります。専従は換算する必要はありません。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(換算数の詳細は手引参照)

記入者	氏名	
	TEL	— —
	FAX	— —
	E-mail	

FAX・E-mailの記入は任意です。

【201 居宅介護支援】の指定を受けている場合は問40～43について、ご記入ください。

問40 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

居宅介護支援		
1 活動中	2 休止	3 廃止

↓ 問41へ

→ 問41～43の回答の必要はありません

問41 「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より委託された利用者は含めません。

9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない							
	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
利用実人員数（人）							
うち9月中の新規の利用実人員数（人）							

問42 独立・併設の状況についておたずねします。あてはまる番号すべてに○をつけてください。
同一法人（法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む。）が同一又は隣接の敷地内で運営している異なる施設・事業所について、該当する番号すべてを○で囲んでください。

- 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（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）

問43 平成20年10月1日の従事者を記入してください。（常勤兼務と非常勤に記入した場合は換算数を記入してください。）

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

（注）従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

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

（1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

（換算数の詳細は手引参照）

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -
	E-mail	

FAX・E-mailの記入は任意です。

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
地域密着型サービス事業所票

(平成20年10月1日調査)

厚生労働省

* 配付 番号									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* 福祉事務所 付 号				
----------------	--	--	--	--

* 保健所 付 号				
--------------	--	--	--	--

* 市区町村 付 号				
---------------	--	--	--	--

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

[注] 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
2 *印の箇所は事業所では記入しないでください。

(1) 法 人 名										
(2) 事 業 所 名										
(3) 事業所の所在地	〒 - TEL () - () - ()									

(4) サービスの種類・事業所番号

- ・10月1日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、印字内容を確認し、事業開始年月を記入してください。指定を受けている事業の回答ページに、回答を記入してください。
- ・印字されていない事業があった場合は、該当するサービスの欄に事業所番号、事業所名等を記入してください。

サービスの種類	事業所番号	事業所名	事業開始年月	回答ページ
141 介護予防認知症対応型通所介護			2 平成 年 月	2～3ページ に記入して ください
142 認知症対応型通所介護			1 昭和 2 平成 年 月	
181 介護予防防犯型小規模多機能型居宅介護			2 平成 年 月	4～5ページ に記入して ください
182 小規模多機能型居宅介護			2 平成 年 月	
151 介護予防防犯型認知症対応型共同生活介護			2 平成 年 月	6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 昭和 2 平成 年 月	
161 地域密着型特定施設入居者生活介護			2 平成 年 月	7ページに 記入して ください
171 夜間対応型訪問介護			2 平成 年 月	8ページに 記入して ください

(5) 経 営 主 体	あてはまる番号ひとつに○をつけてください。		
	01 都道府県	05 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）	09 消費生活協同組合及び連合会
	02 市区町村	06 医療法人	10 営利法人（会社）
	03 広域連合・一部事務組合	07 社団・財団法人	11 特定非営利活動法人（NPO）
	04 社会福祉協議会	08 農業協同組合及び連合会	12 その他の法人
		13 01～12以外	

(6) 苦情解決のための取組状況（複数回答）	あてはまる番号すべてに○をつけてください。		
	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	6 1～5のいずれも実施していない

* 経由	* 組み合わせ	数	特	老	療	ス	医	福	地

【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】

の指定を受けている場合は問1～6について、ご記入ください。

問1 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

問1-1 介護予防認知症対応型通所介護			問1-2 認知症対応型通所介護		
1 活動中	2 休止	3 廃止	1 活動中	2 休止	3 廃止
↓ 問2-1へ		→ 問2～6の回答の必要はありません	↓ 問2-2へ		→ 問2～6の回答の必要はありません

問2 「定員」「9月中の開催日数」「9月中の利用者」を記入してください。

※開催日数とは、利用者がいなくても事業所を開催していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。

※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。

問2-1 介護予防認知症対応型通所介護				問2-2 認知症対応型通所介護							
定員 人 9月中の開催日数 日				定員 人 9月中の開催日数 日							
9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓				9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓							
	要支援1	要支援2	その他		経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
利用実人員数 (人)				利用実人員数 (人)							
利用延人員数 (人)				利用延人員数 (人)							

問3 事業所の形態についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1 単独型	2 併設型	3 共用型
-------	-------	-------

問4 社会福祉法人等の軽減についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

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		

問5へ ⇒

問5 平成20年10月1日の従事者についてご記入ください。(常勤兼務と非常勤に記入した場合は換算数を記入してください。)

		常勤専従	常勤兼務	換算数		非常勤	換算数	
1	医師							
2	看護師							
3	准看護師							
4	機能訓練指導員							
	4のうち理学療法士							
	4のうち作業療法士							
	4のうち言語聴覚士							
	4のうち柔道整復師							
	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	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							

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

※ 「介護予防認知症対応型通所介護」と「認知症対応型通所介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。

換算数 =

従事者の1週間の勤務延時間数

当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数

(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参照)

問6 下記の職種(常勤専従・常勤兼務・非常勤)の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号を○をつけ、それぞれの人数を記入してください。

就職者数

下記の職種に就職者はいましたか。 1 いた 2 いない

↓

2 看護師 人

3 准看護師 人

9 生活相談員 人

10 介護職員 人

退職者数

下記の職種に退職者はいましたか。 1 いた 2 いない

↓

2 看護師 人

3 准看護師 人

9 生活相談員 人

10 介護職員 人

※同一法人内の異動は、就職・退職に含まれません。

※兼務している場合はそれぞれに計上してください。

記入者	氏名		
	TEL	-	-
	FAX	-	-
	E-mail		

FAX・E-mailの記入は任意です。

【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】

の指定を受けている場合は問7～12について、ご記入ください。

問7 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

問7-1 介護予防小規模多機能型居宅介護			問7-2 小規模多機能型居宅介護		
1 活動中	2 休止	3 廃止	1 活動中	2 休止	3 廃止
↓ 問8-1へ			↓ 問8-2へ		
→ 問8～12の回答の必要はありません			→ 問8～12の回答の必要はありません		

問8 「定員」「9月中の利用者」を記入してください。

※介護と介護予防と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。

問8-1 介護予防小規模多機能型居宅介護				問8-2 小規模多機能型居宅介護																											
<table border="1"> <tr> <td>登録定員</td> <td>宿泊サービスの利用定員</td> <td>通いサービスの利用定員</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				登録定員	宿泊サービスの利用定員	通いサービスの利用定員				<table border="1"> <tr> <td>登録定員</td> <td>宿泊サービスの利用定員</td> <td>通いサービスの利用定員</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								登録定員	宿泊サービスの利用定員	通いサービスの利用定員											
登録定員	宿泊サービスの利用定員	通いサービスの利用定員																													
登録定員	宿泊サービスの利用定員	通いサービスの利用定員																													
9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない				9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない																											
↓				↓																											
介護予防小規模多機能型居宅介護を利用した者を記入してください。				小規模多機能型居宅介護を利用した者を記入してください。																											
<table border="1"> <tr> <td>要支援1</td> <td>要支援2</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				要支援1	要支援2	その他				<table border="1"> <tr> <td>経過的要介護</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</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他							
要支援1	要支援2	その他																													
経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他																									
事業所 利用した 人数	利用実人員数 (人)																														
	利用延人員数 (人)																														
↓				↓																											
上記の利用した者をサービス別に記入してください。一人の者が重複してサービスを利用した場合はそれぞれのサービスに計上してください。				上記の利用した者をサービス別に記入してください。一人の者が重複してサービスを利用した場合はそれぞれのサービスに計上してください。																											
<table border="1"> <tr> <td>要支援1</td> <td>要支援2</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				要支援1	要支援2	その他				<table border="1"> <tr> <td>経過的要介護</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</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他							
要支援1	要支援2	その他																													
経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他																									
サービス	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)																													

問9 社会福祉法人等の軽減についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

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				

問10へ ⇒

問10 併設の状況についておたずねします。以下の併設しているものすべてに○をつけてください。

- 1 認知症対応型共同生活介護事業所
- 2 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所
- 3 地域密着型介護老人福祉施設
- 4 介護老人福祉施設
- 5 介護老人保健施設
- 6 介護療養型医療施設
- 7 特定施設入居者生活介護事業所
- 8 特定施設以外の有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅等
- 9 上記以外の居宅サービス事業所
- 10 1～9の併設なし

問11 平成20年10月1日の従事者についてご記入ください。（常勤兼務と非常勤に記入した場合は換算数を記入してください。）

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 介護職員					
1のうち 介護福祉士					
1のうち 看護師					
1のうち 准看護師					

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
2 介護支援専門員					
3 その他の職員					

（注）従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

※ 「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。

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

（1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

（換算数の詳細は手引参照）

問12 下記の職種（常勤専従・常勤兼務・非常勤）の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号を○をつけ、それぞれの人数を記入してください。

就職者数	下記の職種に就職者はいましたか。 1 いた 2 いない
	↓ 1 介護職員 人

退職者数	下記の職種に退職者はいましたか。 1 いた 2 いない
	↓ 1 介護職員 人

※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -
	E-mail	

FAX・E-mailの記入は任意です。

【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】

の指定を受けている場合は問13～16について、ご記入ください。

問13 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

問13-1 介護予防認知症対応型共同生活介護			問13-2 認知症対応型共同生活介護		
1 活動中	2 休止	3 廃止	1 活動中	2 休止	3 廃止
↓ 問14-1へ		→ 問14～16の回答の必要はありません	↓ 問14-2へ		→ 問14～16の回答の必要はありません

問14 「定員」「9月中の利用者」を記入してください。

※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。

問14-1 介護予防認知症対応型共同生活介護			問14-2 認知症対応型共同生活介護						
定員 人			定員 人						
9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓			9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓						
	要支援2	その他		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
9月末日の利用者数(人)			9月末日の利用者数(人)						
			うち「短期利用」の利用者数(人)						

問15 平成20年10月1日の従事者についてご記入ください。(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。)

*複数の資格を有している者については、それぞれのうち最も若い番号の資格について記入してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	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					

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
2 計画作成担当者					
3 その他の職員					

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。

得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

※ 「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。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(換算数の詳細は手引参照)

問16 下記の職種(常勤専従・常勤兼務・非常勤)の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号を○をつけ、それぞれの人数を記入してください。

就職者数	下記の職種に就職者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓
1 介護職員 人	

退職者数	下記の職種に退職者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓
1 介護職員 人	

※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -
	E-mail	

FAX・E-mailの記入は任意です。

【161 地域密着型特定施設入居者生活介護】

の指定を受けている場合は問17～21について、ご記入ください。

問17 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

地域密着型特定施設入居者生活介護		
1 活動中	2 休止	3 廃止
↓ 問18へ → 問18～21の回答の必要はありません		

問18 「定員」「9月中の利用者」を記入してください。

地域密着型特定施設入居者生活介護							
定員 人							
9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない							
↓							
	経過的要介護	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)							

問19 事業所の形態についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

有料老人ホーム	(1 サテライト型以外	2 サテライト型)
軽費老人ホーム	(3 サテライト型以外	4 サテライト型)
養護老人ホーム	(5 サテライト型以外	6 サテライト型)
適合高齢者専用賃貸住宅	(7 サテライト型以外	8 サテライト型)

問20 平成20年10月1日の従事者についてご記入ください。(常勤兼務と非常勤に記入した場合は換算数を記入してください。)

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 介護職員					
1のうち 介護福祉士					
2 生活相談員					
2のうち 社会福祉士					
3 看護師					
4 准看護師					
5 計画作成担当者					

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
6 機能訓練指導員					
6のうち 理学療法士					
6のうち 作業療法士					
6のうち 言語聴覚士					
6のうち 柔道整復師					
6のうち あん摩マッサージ師					
7 その他の職員					

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$
(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)
(換算数の詳細は手引参照)

問21 下記の職種(常勤専従・常勤兼務・非常勤)の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号を○をつけ、それぞれの人数を記入してください。

就職者数	下記の職種に就職者はいましたか。 1 いた 2 いない	
	↓	
	1 介護職員	人
	2 生活相談員	人
	3 看護師	人
4 准看護師	人	

退職者数	下記の職種に退職者はいましたか。 1 いた 2 いない	
	↓	
	1 介護職員	人
	2 生活相談員	人
	3 看護師	人
4 准看護師	人	

※同一法人内の異動は、就職・退職に含まれません。
※兼務している場合はそれぞれに計上してください。

記入者	氏名		
	TEL	-	-
	FAX	-	-
	E-mail		

FAX・E-mailの記入は任意です。

【17.1 夜間対応型訪問介護】の指定を受けている場合は問22～27について、ご記入ください。

問22 活動状況についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

夜間対応型訪問介護		
1 活動中	2 休止	3 廃止

↓ 問23へ

→ 問23～27の回答の必要はありません

問23 「9月中の営業日数」「9月中の利用者」を記入してください。

※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。

夜間対応型訪問介護								
9月中の営業日数	日		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
9月中の利用者はいましたか。	1 いた	→	利用実人員数 (人)					
	2 いない		訪問回数合計 (回)					

問24 オペレーションセンターを設置していますか。

1 I型（オペレーションセンターを設置している）	→	か所
2 II型（オペレーションセンターを設置していない）		

問25 社会福祉法人等の軽減についておたずねします。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

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		

問26 平成20年10月1日の従事者についてご記入ください。（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。）

*複数の資格を有している者については、それぞれのうち最も若い番号の資格について記入してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 訪問介護員			.		.
(1)1のうち 介護福祉士			.		.
(2)1のうち 介護職員基礎研修 課程修了者			.		.
(3)1のうち ホームヘルパー1級 研修課程修了者			.		.
(4)1のうち ホームヘルパー2級 研修課程修了者			.		.
(5)1のうち ホームヘルパー3級 研修課程修了者			.		.
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 社会福祉士			.		.
(5)2のうち 介護福祉士			.		.

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
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 社会福祉士			.		.
(5)3のうち 介護福祉士			.		.
4 その他の職員			.		.

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$
(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)
(換算数の詳細は手引参照)

問27 下記の職種（常勤専従・常勤兼務・非常勤）の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間に就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号を○をつけ、それぞれの人数を記入してください。

就職者数	下記の職種に就職者はいましたか。	1 いた	2 いない
	↓		
	1 訪問介護員	人	

退職者数	下記の職種に退職者はいましたか。	1 いた	2 いない
	↓		
	1 訪問介護員	人	

※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -
	E-mail	

FAX・E-mailの記入は任意です。

ご協力ありがとうございました



総務省承認 No.27425

承認期限 平成21年3月31日まで

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20年10月1日調査)

厚生労働省

*配付
番号*福祉事務
所番号*保健所
番号*市区町村
番号

*一連番号

[注] 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。

2 *印の箇所は事業所では記入しないでください。

(1) 法人名																															
(2) 施設名																															
(3) 施設の所在地	〒 - TEL () - () - ()																														
(4) 施設の種類の状況	・10月1日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、印字内容を確認し、活動状況の該当する番号を○で囲んでください。 ・印字されていない事業があった場合は、該当するサービス欄に事業所番号、事業所名を記入してください。 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 <table><thead><tr><th></th><th>事業所番号</th><th>事業所名</th><th>活動状況</th></tr></thead><tbody><tr><td rowspan="3">短期入所療養介護</td><td>051 介護予防短期入所療養介護</td><td> </td><td>1 活動中 2 休止中 3 廃止</td></tr><tr><td>052 短期入所療養介護</td><td> </td><td>1 活動中 2 休止中 3 廃止</td></tr><tr><td>事業所の種別 (複数回答)</td><td>1 介護老人保健施設 2 ユニット型介護老人保健施設 3 病院療養型 4 ユニット型病院療養型 5 病院経過型 6 ユニット型病院経過型 7 診療所療養型 8 ユニット型診療所療養型 9 認知症疾患型 10 ユニット型認知症疾患型 11 認知症経過型 12 基準適合診療所型</td><td></td></tr></tbody></table> <table><thead><tr><th></th><th>事業所番号</th><th>事業所名</th><th>活動状況</th></tr></thead><tbody><tr><td rowspan="3">通所リハビリテーション</td><td>061 介護予防通所リハビリテーション</td><td> </td><td>1 活動中 2 休止中 3 廃止</td></tr><tr><td>062 通所リハビリテーション</td><td> </td><td>1 活動中 2 休止中 3 廃止</td></tr><tr><td>事業所の種別</td><td>通常規模の医療機関 (1 病院 2 診療所) 3 小規模診療所 4 介護老人保健施設</td><td></td></tr></tbody></table> (5) 開設主体 該当する番号を○で囲んでください。 01 国・都道府県 07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 02 市区町村 08 社団・財団法人 03 広域連合・一部事務組合 09 営利法人(会社) 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 10 その他の法人 05 医療法人 11 個人 06 社会福祉協議会				事業所番号	事業所名	活動状況	短期入所療養介護	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	事業所の種別 (複数回答)	1 介護老人保健施設 2 ユニット型介護老人保健施設 3 病院療養型 4 ユニット型病院療養型 5 病院経過型 6 ユニット型病院経過型 7 診療所療養型 8 ユニット型診療所療養型 9 認知症疾患型 10 ユニット型認知症疾患型 11 認知症経過型 12 基準適合診療所型			事業所番号	事業所名	活動状況	通所リハビリテーション	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	事業所の種別	通常規模の医療機関 (1 病院 2 診療所) 3 小規模診療所 4 介護老人保健施設	
	事業所番号	事業所名	活動状況																												
短期入所療養介護	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																												
	事業所の種別 (複数回答)	1 介護老人保健施設 2 ユニット型介護老人保健施設 3 病院療養型 4 ユニット型病院療養型 5 病院経過型 6 ユニット型病院経過型 7 診療所療養型 8 ユニット型診療所療養型 9 認知症疾患型 10 ユニット型認知症疾患型 11 認知症経過型 12 基準適合診療所型																													
	事業所番号	事業所名	活動状況																												
通所リハビリテーション	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																												
	事業所の種別	通常規模の医療機関 (1 病院 2 診療所) 3 小規模診療所 4 介護老人保健施設																													

*経由

*組み合わせ

数 特 老 療 ス 医 福 地

次ページにつづきます

(6) サービスの
提供状況

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。空床利用型の場合は指定病床数の記入の必要はありません。

介護予防短期入所療養介護

利用者の有無に関わらず、指定病床数を記入してください。

 床

9月中の利用者はいましたか。

1 いた

2 いない



	要支援1	要支援2	その他
利用実人員数 (人)			
利用延人員数 (人)			

短期入所療養介護

利用者の有無に関わらず、指定病床数を記入してください。

 床

9月中の利用者はいましたか。

1 いた

2 いない



	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
利用実人員数 (人)							
利用延人員数 (人)							

記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -
	E-mail	

FAX・E-mailの記入は任意です。

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

		開催日数とは、利用者がいなくても事業所を開催していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。 介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。																																															
(7) サービスの提供状況		介護予防通所リハビリテーション		定員を記入してください。 人 9月中の開催日数を記入してください。 日 9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓ <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%;"></th> <th style="width:20%;">要支援1</th> <th style="width:20%;">要支援2</th> <th style="width:30%;">その他</th> </tr> <tr> <td>利用実人員数(人)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>利用延人員数(人)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>									要支援1	要支援2	その他	利用実人員数(人)				利用延人員数(人)																													
			要支援1	要支援2	その他																																												
		利用実人員数(人)																																															
		利用延人員数(人)																																															
		通所リハビリテーション		定員を記入してください。 人 9月中の開催日数を記入してください。 日 9月中の利用者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓ <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%;"></th> <th style="width:10%;">経過的要介護</th> <th style="width:10%;">要介護1</th> <th style="width:10%;">要介護2</th> <th style="width:10%;">要介護3</th> <th style="width:10%;">要介護4</th> <th style="width:10%;">要介護5</th> <th style="width:10%;">その他</th> </tr> <tr> <td>利用実人員数(人)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>リハビリテーションマネジメント 実施実人員数(再掲)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>利用延人員数(人)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>リハビリテーションマネジメント 実施延人員数(再掲)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>									経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	利用実人員数(人)								リハビリテーションマネジメント 実施実人員数(再掲)								利用延人員数(人)								リハビリテーションマネジメント 実施延人員数(再掲)					
	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他																																										
利用実人員数(人)																																																	
リハビリテーションマネジメント 実施実人員数(再掲)																																																	
利用延人員数(人)																																																	
リハビリテーションマネジメント 実施延人員数(再掲)																																																	
(8) 通所リハビリテーションの従事者数		平成20年10月1日に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。 ※常勤業務と非常勤に記入した場合は、換算数を記入してください。																																															
		常勤専従		常勤兼務		換算数		非常勤		換算数				常勤専従		常勤兼務		換算数		非常勤		換算数																											
		1 医師								5 理学療法士																																							
		2 看護師								6 作業療法士																																							
		3 准看護師								7 言語聴覚士																																							
		4 介護職員								8 歯科衛生士																																							
		4のうち 介護福祉士																																															
(注) 従事者数の常勤業務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。 ※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。 ※「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。 従事者の1週間の勤務延時間数 換算数＝ (換算数の詳細は手引参照) (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)																																																	
(9) 就職者数及び退職者数		下記の職種（常勤専従・常勤兼務・非常勤）の従事者について平成19年10月1日から平成20年9月30日の期間における就職者及び退職者がいた場合、「1 いた」の番号を○で囲み、それぞれの人数を記入してください。																																															
		下記の職種に就職者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓										下記の職種に退職者はいましたか。 1 いた 2 いない ↓																																					
		就職者数		2 看護師 人								退職者数		2 看護師 人																																			
				3 准看護師 人										3 准看護師 人																																			
				4 介護職員 人										4 介護職員 人																																			
※同一法人内の異動は、就職・退職に含みません。 ※兼務している場合は、それぞれに計上してください。																																																	

記入者	氏名		
	TEL	-	-
	FAX	-	-
	E-mail		

FAX・E-mailの記入は任意です。

ご協力ありがとうございました