



福岡医発第939号(地)

平成21年 8月13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21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

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、平成12年より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となり、別紙のとおり日本医師会より調査協力依頼がありました。

当該調査は、全国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。

本会におきましては、平成21年8月6日開催の第15回全理事会協議の結果、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



(介28)

平成21年7月31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21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運営に関し、格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成12年より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となり、別添のとおり厚生労働省より本会宛に調査協力依頼がありました。

当該調査は、全国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21年介護サービス施設・事業所調査の協力依頼について」
(平21.7.13統発0713第1号 厚生労働省大臣官房統計情報部長)
- ・平成21年介護サービス施設・事業所調査の概要
- ・調査票一式

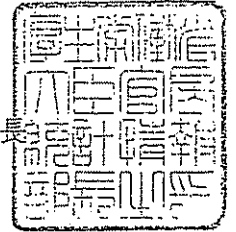
以上





社団法人 日本医師会会長 殿

厚生労働省大臣官房統計情報部長



平成21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21年10月1日（木）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 調査の実施体制

厚生労働省が、調査に関する事務を民間事業者に委託して行う。

6 調査の方法

民間事業者から全施設・事業所に調査票を配付し、各管理者が記入する。

7 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。

平成21年介護サービス施設・事業所調査の概要

1 調査の目的

本調査は、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

別記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。

3 調査の期日

平成21年10月1日

4 調査の事項

施設・事業所票

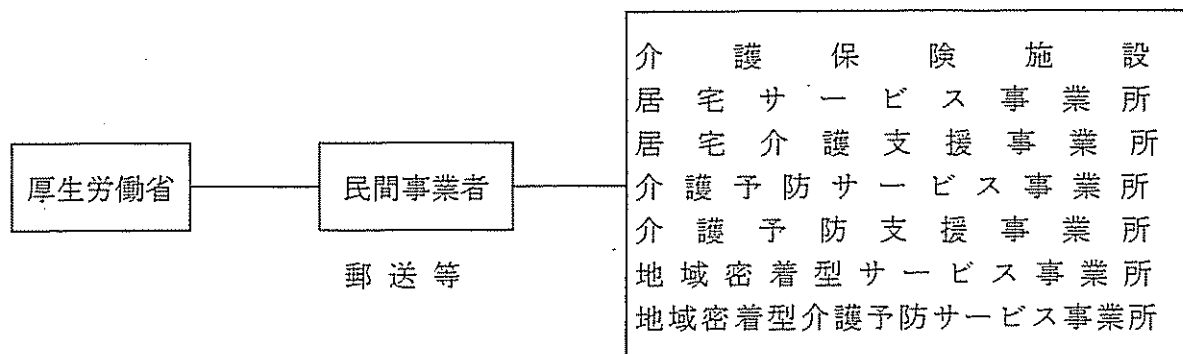
施設（事業所）名、所在地、定員、利用者数、従事者数、居室等の状況等

5 調査の方法及び系統

(1) 調査の方法

民間事業者から介護保険施設、各事業所へ配布し、各管理者が調査票に記入する。

(2) 調査の系統



6 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21年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」及び「平成21年介護サービス施設・事業所調査報告」（報告書）として集計完了後速やかに公表するとともに、厚生労働省ホームページ（<http://www.mhlw.go.jp/>）に掲載する。

秘

総務省承認No. 27661

承認期限 平成22年 3月31日まで

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21年10月1日調査)

厚生労働省

* 送付番号

* 事業所番号

* 一連番号

* 市区町村
行 号

シール貼り付け

(バーコード)

[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 休止中 3 廃止
(2) 施設名								
(3) 施設の所在地	〒□□□-□□□□ TEL()-()-()							
(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 01 都道府県 05 社会福祉協議会 経営主体 02 市区町村 06 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 03 広域連合・一部事務組合 07 社団・財団法人(公益・一般) 04 日本赤十字社 08 01～07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) 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。							
	多床室				従来型個室		ユニット型	
	5人以上室	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室(準個室を含む)	
	室	室	室	室	室	室	室	
上記居室の一部に短期入所生活介護(ショートステイ)床を (1 含む 2 含まない)								
(8) ユニットの状況	「(6)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
(9) 居住費の状況	各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。 居住費の室数と(7)居室の室数は一致させてください。							
	多床室	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室	室	室
	従来型個室	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円
		室定員	室	室	室	室	室	室
		室数	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
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	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	
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	
	室数	室	室	室	室	室	室	

* 組み合わせ

次ページにつづきます

(19) 従事者数		常勤専従		常勤業務		非常勤			常勤専従		常勤業務		非常勤	
			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≧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。)

「(19)従事者数」で記入した従事者について、現在の施設に勤務してからの勤続年数(同一法人の経営する施設において勤務した年数を含める)別に従事者数を記入してください。

		1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 4年未満	4年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上 20年未満	20年以上
(20)勤続年数別従事者数	4 生活相談員	常勤								
		非常勤								
	4 生活相談員 のうち 社会福祉士	常勤								
		非常勤								
	5 看護師	常勤								
		非常勤								
	6 准看護師	常勤								
		非常勤								
	7 介護職員	常勤								
		非常勤								
	7 介護職員 のうち 介護福祉士	常勤								
		非常勤								
	10 機能訓練指導員	常勤								
		非常勤								

調査票記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -
	E-mail	

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。なお、FAX、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. 27662

承認期限 平成22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21年10月1日調査)

厚生労働省

* 送付番号

* 事業所番号

* 一連番号

* 市区町村
符 号

シール貼り付け

(バーコード)

[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 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 05 医療法人 06 社会福祉協議会 07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 08 社団・財団法人(公益・一般) 09 その他の法人 10 個人 11 01~10以外							
(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) 療養体制維持特別 加算の状況	1 加算している 2 加算していない							
(8) 小規模介護老人保健 施設等の設置状況	1から3の施設を設置している場合、該当する番号に○をしてください。 1 サテライト型小規模介護老人保健施設 2 医療機関併設型小規模介護老人保健施設 3 分館型介護老人保健施設							
(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					
	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(単居室を含む)	
	一般棟室数(室)							
	認知症専門棟室数(室)							
(10) 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
(11) 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(9)療養室の室数は一致させてください。							
多床室	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円	
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	
	室数	室	室	室	室	室	室	
従来型個室	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円	
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	
	室数	室	室	室	室	室	室	
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	
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	
	室数	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	
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	
	室数	室	室	室	室	室	室	

* 組み合わせ	計	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

次ページにつづきます

「(17)従事者数」で記入した従事者について、現在の施設に勤務してからの勤続年数(同一法人の経営する施設において勤務した年数を含める)別に従事者数を記入してください。

(18)勤続年数別
従事者数

		1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 4年未満	4年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上 20年未満	20年以上
4 看護師	常 勤									
	非常勤									
5 准看護師	常 勤									
	非常勤									
6 介護職員	常 勤									
	非常勤									
6 介護職員 のうち 介護福祉士	常 勤									
	非常勤									
7 支援相談員	常 勤									
	非常勤									
7 支援相 談員 のうち 社会福祉士	常 勤									
	非常勤									
8 理学療法士	常 勤									
	非常勤									
9 作業療法士	常 勤									
	非常勤									
10 言語聴覚士	常 勤									
	非常勤									

(19)介護福祉士
養成校からの実
習生受け入れ状
況(過去一年間)

平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

- 1 受け入れあり → 過去1年間で実習生を受け入れた日数 _____ 日/365日
- 2 受け入れなし → 受け入れた延人数 _____ 人日

(20)社会福祉士
養成校からの実
習生受け入れ状
況(過去一年間)

平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

- 1 受け入れあり → 過去1年間で実習生を受け入れた日数 _____ 日/365日
- 2 受け入れなし → 受け入れた延人数 _____ 人日

調 査 票 記 入 者	氏 名	
	TEL	- -
	FAX	- -
	E-mail	

※調査票の記入内容について質問する際の
問い合わせ先として使用場合があります。
施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票
を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を
記入してください。
なお、FAX、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. 27663

承認期限 平成22年 3月31日まで

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21年10月1日調査)

厚生労働省

* 送付番号	
--------	--

* 事業所番号	
---------	--

* 一連番号	
--------	--

* 市区町村 行 号	
---------------	--

シール貼り付け

(バーコード)

[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()-()-()		
(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(公益・一般) 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) 病床数	療養病床		老人性認知症疾患療養病床
	介護指定病床を有する病床の病床数		介護指定病床を有する病床の病床数
	うち介護指定病床数		うち介護指定病床数
	床	床	床

以下の(7)～(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。

(7) 病室の状況	多床室				従来型個室	ユニット型	
	5人以上室	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室(準個室を含む)
	室	室	室	室	室	室	室
(8) ユニットの状況	「(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。						
	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	
(9) 居住費の状況	各居室の種別ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。 居住費の室数と(7)病室の室数は一致させてください。						
	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	

* 組み合わせ

計	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

次ページにつづきます

「(15)従事者数」で記入した従事者について、現在の施設に勤務してからの勤続年数(同一法人の経営する施設において勤務した年数を含める)別に従事者数を記入してください。

		1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 4年未満	4年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上 20年未満	20年以上
(16)勤続年数別従事者数	4 看護師	常勤								
		非常勤								
	5 准看護師	常勤								
		非常勤								
	6 介護職員	常勤								
		非常勤								
	6 介護職員 のうち 介護福祉士	常勤								
		非常勤								
	10 理学療法士	常勤								
		非常勤								
	11 作業療法士	常勤								
		非常勤								

(17)介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)

平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり



過去1年間で実習生を受け入れた日数

日/365日

2 受け入れなし

受け入れた延人数

人日

(18)社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)

平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり



過去1年間で実習生を受け入れた日数

日/365日

2 受け入れなし

受け入れた延人数

人日

調査票記入者	氏名	
	TEL	- -
	FAX	- -
	E-mail	

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用場合があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。
なお、FAX、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. 27664
承認期限 平成22年 3月31日まで

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21年10月1日調査)

* 発送
番号

* 一連番号

* 市区町村
符 号

シール貼り付け (バーコード)

[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) ス テ ー シ ョ ン 名				
(3) ステーションの所在地	〒 □□□-□□□□ 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。			
サービスの種類	事業所番号	ステーション名	事業開始年 月	活動状況
041 介護予防訪問看護			平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止
042 訪問看護			平成 年 月	1 活動中 2 休止中 3 廃止
(5) 開 設 主 体	該当する番号を○で囲んでください。 01 都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 05 医療法人 06 医師会 07 看護協会 08 社団・財団法人 (06、07以外の公益・一般) 09 社会福祉協議会 10 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 11 農業協同組合及び連合会 12 消費生活協同組合及び連合会 13 営利法人(会社) 14 特定非営利活動法人(NPO) 15 その他の法人			
(6) 加算等の届出の状況	介護保険法	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
	健康保険法等	24時間対応体制加算の届出	1 あり	2 なし
		24時間連絡体制加算の届出	1 あり	2 なし
		重症者管理加算の届出	1 あり	2 なし
(7) 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			

* 組み合わせ

計	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

(10) 従事者数		平成21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$\geq$換算数、非常勤$\geq$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。											
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き参照) (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)											
(11) 「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 $\downarrow$ 介護支援専門員と兼務している場合は、「1 兼務あり」の番号を○で囲み、その人数を記入してください。 1 兼務あり 人 2 兼務なし									



総務省承認No. 27665
承認期限 平成22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

厚生労働省

5

* 発送番号

* 一連番号

* 市区町村
符 号

シール貼り付け (バーコード)

【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。

(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、「活動状況」の一つに○をつけ、印字されている事業所番号、事業所名を確認してください。変更・誤りがある場合は、赤字で修正してください。
・活動状況の記入後、「1 活動中」のみ、サービスの種類ごとの回答ページへ記入してください。
・印字されていない事業があった場合は、該当する「サービスの種類」欄の事業所番号、事業所名等を記入してください。

サービスの種類	活動状況 (一つに○)	事業所番号	事業所名	回答ページ
071 介護予防 通所介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			2ページ に記入して ください
072 通所介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			
081 介護予防短期 入所生活介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			3ページ に記入して ください
082 短期入所 生活介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			
091 介護予防特定 施設入居者生活介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			4ページ に記入して ください
092 特定施設入居者 生活介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			
111 介護予防訪問 入浴介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			5ページに 記入して ください
112 訪問入浴介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			
121 介護予防 福祉用具貸与	1 活動中 2 休止中 3 廃止			6ページに 記入して ください
122 福祉用具貸与	1 活動中 2 休止中 3 廃止			
131 特定介護予防 福祉用具販売	1 活動中 2 休止中 3 廃止			
132 特定福祉 用具販売	1 活動中 2 休止中 3 廃止			
191 介護予防支援	1 活動中 2 休止中 3 廃止			7ページに 記入して ください
201 居宅介護支援	1 活動中 2 休止中 3 廃止			8ページに 記入して ください
101 介護予防 訪問介護	1 活動中 2 休止中 3 廃止			9～12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			

(5) 経営主体 該当する番号ひとつを○で囲んでください。

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(公益・一般)	11 特定非営利活動法人(NPO)
04 社会福祉協議会	08 農業協同組合及び連合会	12 その他の法人
		13 01～12以外

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

1 苦情受付窓口を設置	3 共同で第三者委員を設置	5 1～4以外の取組を実施している
2 苦情解決責任者を設置	4 単独で第三者委員を設置	6 1～5のいずれも実施していない

* 組み合わせ

計	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

(注) 調査票の記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名と連絡先(電話番号)を記入してください。なお、FAX、E-mailアドレスの記入は任意です。

記入者

氏名	
TEL	- -
FAX	- -
E-mail	

【081介護予防短期入所生活介護・082短期入所生活介護】

(13)介護報酬上の 届出種別 (複数回答)	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	
(13)において「3」、「6」以外に○をした方は、(14)～(19)に回答してください。 「2」と「5」の両方に○をつけた事業所は、併設型分についてのみ記入してください。				
(14)サービスの 提供状況	サービスの提供を行っている場合には、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。 空床利用している利用者は含めず、指定を受けている事業でサービスの利用者を記入してください。			
	入所介護 生活介護 介護短期 介護短期 介護短期	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 1 あり 2 なし →	要支援1 要支援2 その他
	利用実人員数(人)	利用日数合計(人)		
	生活介護 介護短期 介護短期	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 1 あり 2 なし →	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 その他
利用実人員数(人)	利用日数合計(人)			
(15)居室の状況	空床利用している居室は含めず、指定を受けている居室を記入してください。			
	多床室	ユニット型		
5人以上室	4人室	3人室	2人室	
従来型 個室	夫婦等の2人室	個室 (準個室を含む)		
室	室	室	室	
(16)社会福祉法人 等による経費 の状況	1 実施している 2 実施していない →			
	9月中の経費者数 人 (生活保護受給者等は含みません)			
(17)従事者数 (平成21年10月1日 現在)	常勤専従	常勤兼務	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 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				
(注) 従事者数の常勤専従、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。 計上された結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。 ※ 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、専務ではありません。(換算数の詳細は索引参照)				
(18)介護福祉士養成 校からの実習生 受け入れ状況 (過去一年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。			
1 受け入れあり	過去1年間で実習生を受け入れた日数 日/365日			
2 受け入れなし	受け入れた延人数 人日			
(19)社会福祉士養成 校からの実習生 受け入れ状況 (過去一年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。			
1 受け入れあり	過去1年間で実習生を受け入れた日数 日/365日			
2 受け入れなし	受け入れた延人数 人日			

【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。

【 111介護予防訪問入浴介護・112訪問入浴介護】

サービスの提供を行っている場合には、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。																			
(27) サービスの提供状況	訪問介護予防 訪問入浴介護	9月中の営業日数 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。	9月中の利用者			要支援1		要支援2		その他									
		1 あり	利用実人員数(人)																
		2 なし	訪問回数合計(回)																
		日																	
(28) 従事者数 (平成21年10月1日現在) *資格(1)～(5)を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。	訪問入浴介護	9月中の営業日数 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。	9月中の利用者			要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5		その他			
		1 あり	利用実人員数(人)																
		2 なし	訪問回数合計(回)																
		日																	
(29) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。																		
	1 受け入れあり																		
	過去1年間で実習生を受け入れた日数																		
	日/365日																		
	2 受け入れなし																		
	受け入れた延人数																		
	人日																		

【 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。

【191介護予防支援（地域包括支援センター）】

(34) 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）																																																
(35) 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。 <table border="1"> <tr> <th>9月中の委託</th> <th></th> <th>要支援1</th> <th>要支援2</th> <th>その他</th> </tr> <tr> <td>1 委託あり</td> <td>利用実人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 委託なし</td> <td>うち9月中の正規の利用実人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 委託した事業所数は 事業所 9月中の利用者を記入してください。上記で回答した委託した人数は除きます。 <table border="1"> <tr> <th>9月中の利用者</th> <th></th> <th>要支援1</th> <th>要支援2</th> <th>その他</th> </tr> <tr> <td>1 あり</td> <td>利用実人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 なし</td> <td>うち9月中の正規の利用実人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	9月中の委託		要支援1	要支援2	その他	1 委託あり	利用実人員数(人)				2 委託なし	うち9月中の正規の利用実人員数(人)				9月中の利用者		要支援1	要支援2	その他	1 あり	利用実人員数(人)				2 なし	うち9月中の正規の利用実人員数(人)																					
9月中の委託		要支援1	要支援2	その他																																													
1 委託あり	利用実人員数(人)																																																
2 委託なし	うち9月中の正規の利用実人員数(人)																																																
9月中の利用者		要支援1	要支援2	その他																																													
1 あり	利用実人員数(人)																																																
2 なし	うち9月中の正規の利用実人員数(人)																																																
(36) 従事者数 (平成21年10月1日現在) *従事者数の再掲欄において、当該専門職員が複数の資格を有している場合は、通常併記している資格を1つ決めた上で、当該資格欄に記載してください。	<table border="1"> <tr> <th></th> <th>常勤専任</th> <th>常勤兼務</th> <th>換算数</th> <th>非常勤</th> <th>換算数</th> </tr> <tr> <td>1 専門職員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 その他の職員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(1)1のうち保健師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(2)1のうち介護師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(3)1のうち社会福祉士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(4)1のうち介護支援専門員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(5)1のうち高齢者保健福祉増進に関する相談援助業務等に3年以上従事した社会福祉士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> (注) 従事者数の常勤専任、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。 ※ 専任は換算する必要はありません。 換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$ (換算数の詳細は参照参照)		常勤専任	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	1 専門職員						2 その他の職員						(1)1のうち保健師						(2)1のうち介護師						(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増進に関する相談援助業務等に3年以上従事した社会福祉士					
	常勤専任	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数																																												
1 専門職員																																																	
2 その他の職員																																																	
(1)1のうち保健師																																																	
(2)1のうち介護師																																																	
(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増進に関する相談援助業務等に3年以上従事した社会福祉士																																																	
(37) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去1年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 <table border="1"> <tr> <td>1 受け入れあり</td> <td>過去1年間で実習生を受け入れた日数</td> <td> 日 / 365日</td> </tr> <tr> <td>2 受け入れなし</td> <td>受け入れた延人数</td> <td> 人日</td> </tr> </table>	1 受け入れあり	過去1年間で実習生を受け入れた日数	日 / 365日	2 受け入れなし	受け入れた延人数	人日																																										
1 受け入れあり	過去1年間で実習生を受け入れた日数	日 / 365日																																															
2 受け入れなし	受け入れた延人数	人日																																															

【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。

【101介護予防訪問介護・102訪問介護】

(42) 特定事業所 加算の状況	加算の届出状況について該当する番号を○で囲んでください。 1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ						
(43) サービスの 提供体制	利用者の有無にかかわらず、提供体制を記入してください。						
	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				
(44) サービスの 提供状況	訪問介護 訪問介護 訪問介護	9月中の営業日数 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。	9月中の利用者	要支援1	要支援2	その他	
		1 あり	利用実人員数(人)				
	2 なし	訪問回数合計(回)					
	9月中の営業日数 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。	9月中の利用者	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1 あり	利用実人員数(人)						
2 なし	訪問回数合計(回)						
(45) 社会福祉法人 等による経費 の状況	1 実施している 9月中の経費総額 人 (生活保護受給者等は含みません) 2 実施していない						
(46) 従事者数 (平成21年10月1日現在) *資格(1)～(5)を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。 *当社は換算する必要はありません。	訪問介護員 * 2 その他の職員	常勤専従	常勤兼務	非常勤	サービス提供責任者について 左記従事者のうち、サービス提供責任者について記入してください		
		換算数	換算数	換算数	3 サービス提供責任者		
		(1)1のうち 介護福祉士					
		(2)1のうち 介護職員(基礎研修) 修了者					
(3)1のうち ホームヘルパー1級 研修修了者							
(4)1のうち ホームヘルパー2級 研修修了者							
(5)1のうち ホームヘルパー3級 研修修了者							
1のうち サテライト事業所の							
(注) 従事者数の常勤専従、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、以上してください。 例) 常勤専従が0.1に満たない場合は「0.1」と計算してください。 ※ 当社は換算する必要はありません。				換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$			
※「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、非常勤ではありません。				(換算数の詳細は手引参照)			
(47) 研修の機会 の確保	研修の機会を確保していますか。それぞれについて、該当する番号を○で囲んでください。 (研修の参加実績に関わらず体制を記入してください。)						
	事業所内研修	(1 確保している 2 確保していない)					
	① 地方公共団体主催の研修	確保している (1 事業所負担あり	2 事業所負担なし)	3 確保していない			
	② 社会福祉協議会主催の研修	確保している (1 事業所負担あり	2 事業所負担なし)	3 確保していない			
	③ 関係団体主催の研修	確保している (1 事業所負担あり	2 事業所負担なし)	3 確保していない			
	④ 民間教育の研修	確保している (1 事業所負担あり	2 事業所負担なし)	3 確保していない			
	⑤ その他の研修	確保している (1 事業所負担あり	2 事業所負担なし)	3 確保していない			
(48) 介護福祉士養成 校からの実習生 受け入れ状況 (過去1年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。						
1 受け入れあり	過去1年間で実習生を受け入れた日数					日/365日	
2 受け入れなし	受け入れた延人数					人日	

【101介護予防訪問介護・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。

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。

個人番号の欄は、同一の利用者に対し、同一の番号を記入してください。(例：Aさん→1、Bさん→2、・・・)

なお、1日に複数回訪問した場合は、その訪問毎にすべての訪問を記入してください。

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。

個人 訪問回数 6 訪問内容	性別・出生年 1 男 1 明治 2 女 2 大正 2 昭和 年	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 6 要介護4 2 要支援2 4 要介護2 7 要介護5	認知症高齢者自立度 1 自立 3 II 5 IV
訪問回数 6 訪問内容	介護担当者の資格 (複数の担当者がある場合は若い番号の資格について記入してください) 1 介護福祉士 2 介護職員基礎研修 3 ホームヘルパー1級研修	訪問介護の提供開始時刻 1 午前 時台 訪問滞在時間 分	報酬算定区分 1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助 01 排泄介 助 02 食事介 助 03 清拭 04 部分浴 08 更衣介 助 09 体位変換 10 移乗・移動介 助 11 通院・外出介 助 12 起床・就寝介 助 13 自立支援のため 20 通院等乗降介 助 15 掃除 16 洗濯 17 一般的な調理・配膳 18 買い物・薬の受け取り 19 その他の生活援助
個人 訪問回数 7 訪問内容	性別・出生年 1 男 1 明治 2 女 2 大正 2 昭和 年	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 6 要介護4 2 要支援2 4 要介護2 7 要介護5	認知症高齢者自立度 1 自立 3 II 5 IV
訪問回数 7 訪問内容	介護担当者の資格 (複数の担当者がある場合は若い番号の資格について記入してください) 1 介護福祉士 2 介護職員基礎研修 3 ホームヘルパー1級研修	訪問介護の提供開始時刻 1 午前 時台 訪問滞在時間 分	報酬算定区分 1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助 01 排泄介 助 02 食事介 助 03 清拭 04 部分浴 08 更衣介 助 09 体位変換 10 移乗・移動介 助 11 通院・外出介 助 12 起床・就寝介 助 13 自立支援のため 20 通院等乗降介 助 15 掃除 16 洗濯 17 一般的な調理・配膳 18 買い物・薬の受け取り 19 その他の生活援助
個人 訪問回数 8 訪問内容	性別・出生年 1 男 1 明治 2 女 2 大正 2 昭和 年	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 6 要介護4 2 要支援2 4 要介護2 7 要介護5	認知症高齢者自立度 1 自立 3 II 5 IV
訪問回数 8 訪問内容	介護担当者の資格 (複数の担当者がある場合は若い番号の資格について記入してください) 1 介護福祉士 2 介護職員基礎研修 3 ホームヘルパー1級研修	訪問介護の提供開始時刻 1 午前 時台 訪問滞在時間 分	報酬算定区分 1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助 01 排泄介 助 02 食事介 助 03 清拭 04 部分浴 08 更衣介 助 09 体位変換 10 移乗・移動介 助 11 通院・外出介 助 12 起床・就寝介 助 13 自立支援のため 20 通院等乗降介 助 15 掃除 16 洗濯 17 一般的な調理・配膳 18 買い物・薬の受け取り 19 その他の生活援助
個人 訪問回数 9 訪問内容	性別・出生年 1 男 1 明治 2 女 2 大正 2 昭和 年	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 6 要介護4 2 要支援2 4 要介護2 7 要介護5	認知症高齢者自立度 1 自立 3 II 5 IV
訪問回数 9 訪問内容	介護担当者の資格 (複数の担当者がある場合は若い番号の資格について記入してください) 1 介護福祉士 2 介護職員基礎研修 3 ホームヘルパー1級研修	訪問介護の提供開始時刻 1 午前 時台 訪問滞在時間 分	報酬算定区分 1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助 01 排泄介 助 02 食事介 助 03 清拭 04 部分浴 08 更衣介 助 09 体位変換 10 移乗・移動介 助 11 通院・外出介 助 12 起床・就寝介 助 13 自立支援のため 20 通院等乗降介 助 15 掃除 16 洗濯 17 一般的な調理・配膳 18 買い物・薬の受け取り 19 その他の生活援助
個人 訪問回数 10 訪問内容	性別・出生年 1 男 1 明治 2 女 2 大正 2 昭和 年	要介護度 1 要支援1 3 要介護1 6 要介護4 2 要支援2 4 要介護2 7 要介護5	認知症高齢者自立度 1 自立 3 II 5 IV
訪問回数 10 訪問内容	介護担当者の資格 (複数の担当者がある場合は若い番号の資格について記入してください) 1 介護福祉士 2 介護職員基礎研修 3 ホームヘルパー1級研修	訪問介護の提供開始時刻 1 午前 時台 訪問滞在時間 分	報酬算定区分 1 身体介護 2 生活援助 3 身体・生活 4 通院等乗降 介助 01 排泄介 助 02 食事介 助 03 清拭 04 部分浴 08 更衣介 助 09 体位変換 10 移乗・移動介 助 11 通院・外出介 助 12 起床・就寝介 助 13 自立支援のため 20 通院等乗降介 助 15 掃除 16 洗濯 17 一般的な調理・配膳 18 買い物・薬の受け取り 19 その他の生活援助



総務省承認No. 27666
承認期限 平成22年 3月 31日まで

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

厚生労働省

6

(平成21年10月1日調査)

* 発送番号

* 一連番号

* 市区町村
行 号

シール貼り付け (バーコード)

【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、「活動状況」の一つに○をつけ、印字されている事業所番号、事業所名を確認してください。変更・誤りがある場合は、赤字で修正してください。
・活動状況の記入後、「1 活動中」のみ、サービスの種類ごとの回答ページへ記入してください。
・印字されていない事業があった場合は、該当する「サービスの種類」欄の事業所番号、事業所名等を記入してください。

サービスの種類	活動状況 (一つに○)	事業所番号	事業所名	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			

(5) 経営主体

該当する番号ひとつを○で囲んでください。

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(公益・一般)	11 特定非営利活動法人(NPO)
04 社会福祉協議会	08 農業協同組合及び連合会	12 その他の法人
		13 01～12以外

(6) 苦情解決のための
取組状況
(複数回答)

該当する番号すべてを○で囲んでください。

1 苦情受付窓口を設置	3 共同で第三者委員を設置	5 1～4以外の取組を実施している
2 苦情解決責任者を設置	4 単独で第三者委員を設置	6 1～5のいずれも実施していない

* 組み合わせ

計	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

(注) 調査票の記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として
使用するため、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(電話番号)を記

記入者

氏名	
TEL	- -
FAX	- -
E-mail	

【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】

		サービスの提供を行っている場合には、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。									
(13) サービスの提供状況	対応介護予防認知症	定員	人		※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。						
		9月中の利用者	9月末日の利用者数(人)		要支援2		その他				
		1 あり →			2 なし						
		1 あり →	2 なし								
(14) ユニット及び居室の状況	共同生活対応型	定員	人		※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。						
		9月中の利用者	9月末日の利用者数(人)		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	
		1 あり →			2 なし						
		1 あり →	2 なし	うち「短期利用」の利用者数(人)							
(15) 従事者数 (平成21年10月1日現在)	* 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。	ユニット数	2人室				個室				
		室数	1部屋当たりの平均家賃(1か月)				室数	1部屋当たりの平均家賃(1か月)			
		室	円				室	円			
		ユニット									
(16) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。	1 受け入れあり →	過去1年間で実習生を受け入れた日数		日/365日						
		2 受け入れなし	受け入れた延人数		人日						
(17) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。	1 受け入れあり →	過去1年間で実習生を受け入れた日数		日/365日						
		2 受け入れなし	受け入れた延人数		人日						

【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。

【171夜間対応型訪問介護】

		サービスの提供を行っている場合には、利用者の有無に関わらず、提供体制(9月中の営業日数)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。									
(24) サービスの提供状況	夜間対応型訪問介護	9月中の営業日数	日	※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた日のことをいいます。							
		9月中の利用者		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他		
		1 あり	利用実人員数(人)								
		2 なし	訪問回数合計(回)								
(25) 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)										
(26) 社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している → 9月中の軽減者数 人 (生活保護受給者等は含みません) 2 実施していない										
(27) 従事者数 (平成21年10月1日現在)	* 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。	1 訪問介護員				3 面接相談員					
		(1)1のうち介護福祉士				(1)3のうち医師					
		(2)1のうち介護職員基礎研修修了者				(2)3のうち保健師					
		(3)1のうちホームヘルパー1級研修課程修了者				(3)3のうち介護師					
		(4)1のうちホームヘルパー2級研修課程修了者				(4)3のうち社会福祉士					
		(5)1のうちホームヘルパー3級研修課程修了者				(5)3のうち介護福祉士					
		2 オペレーター				4 その他の職員					
		(1)2のうち医師									
		(2)2のうち保健師									
		(3)2のうち介護師									
(4)2のうち准介護師											
(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											
(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。 ※ 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。)											
(28) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり → 過去1年間で実習生を受け入れた日数 日/365日 2 受け入れなし 受け入れた延人数 人日										

【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。

7

厚生労働省

秘

総務省承認No. 27667

承認期限 平成22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21年10月1日調査)

* 発送 番号									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

* 市区町村 符 号					
---------------	--	--	--	--	--

シール貼り付け (バーコード)

- [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 サービスの状況	・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
	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)	介護老人保健施設 (01 I型 02 II型 03 III型) 11 診療所型 ユニット型介護老人保健施設 (04 I型 05 II型 06 III型) 12 ユニット型診療所型 07 病院療養型 13 認知症疾患型 08 ユニット型病院療養型 14 ユニット型認知症疾患型 09 病院経過型 15 認知症経過型 10 ユニット型病院経過型	
通所リハビリテーション	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	通常規模の事業所 (1 介護老人保健施設 2 病院 3 診療所) 大規模の事業所(I) (4 介護老人保健施設 5 病院 6 診療所) 大規模の事業所(II) (7 介護老人保健施設 8 病院 9 診療所)	
(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(公益・一般) 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		

* 組み合わせ	計	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

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。																																																																																																	
(9) サービスの提供状況	介護予防通所リハビリテーション 定員 人 9月中の利用者 1 ☐ あり 2 ☐ なし 9月中の開催日数 日 ↓ <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)																																																																																																	
(10) 通所リハビリテーションの従事者数	通所リハビリテーション 定員 人 9月中の利用者 1 ☐ あり 2 ☐ なし 9月中の開催日数 日 ↓ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;"></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> </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> </tr> <tr> <td>利用延人員数(人)</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> </tr> </table>		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	利用実人員数(人)							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)																																																																			
	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)																																																																																																	
平成21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。																																																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">常勤専従</th> <th colspan="2">常勤兼務</th> <th colspan="2">非常勤</th> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">常勤専従</th> <th colspan="2">常勤兼務</th> <th colspan="2">非常勤</th> </tr> <tr> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 医師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5 理学療法士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 看護師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>6 作業療法士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 准看護師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>7 言語聴覚士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 介護職員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>8 歯科衛生士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4のうち 介護福祉士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			常勤専従		常勤兼務		非常勤			常勤専従		常勤兼務		非常勤		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	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													
	常勤専従		常勤兼務		非常勤			常勤専従		常勤兼務		非常勤																																																																																					
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務																																																																																				
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。 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。)																																																																																																	
(11) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 過去1年間で実習生を受け入れた日数 日 / 365日 2 受け入れなし 受け入れた延人数 人日																																																																																																
(12) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成20年10月1日～平成21年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 過去1年間で実習生を受け入れた日数 日 / 365日 2 受け入れなし 受け入れた延人数 人日																																																																																																

記入者	氏名	
	TEL	-
	FAX	-
	E-mail	

※ 調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。
 事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名と連絡先を記入してください。
 なおFAX・E-mailの記入は任意です。

ご協力ありがとうございました