



福県医発第1062号(地)

平成22年 8月13日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻一良

(公印省略)

平成22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22年8月12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  
会長 蒲池 壽

(介 9)

平成 22 年 8 月 2 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 22 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 22 年介護サービス施設・事業所調査の協力依頼について」

(平 22. 7. 16 統発 0716 第 9 号 厚生労働省大臣官房統計情報部長)

- ・平成 22 年介護サービス施設・事業所調査の概要
- ・調査票一式

以上

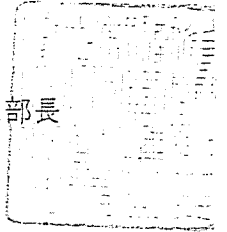




統 発 0716 第 9 号  
平成22年 7 月 16 日

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 22 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、御配意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ことを目的とする。

2 調査の対象及び客体

(1) 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

## (2) 介護保険施設及び訪問看護ステーションの利用者

ア 介護保険施設利用者

平成22年9月中に介護保険施設を利用した者を対象とし、層化無作為抽出し  
た約3,600施設の在居者及び退所者の全数を客体とする。

イ 訪問看護ステーション利用者

平成22年9月中に訪問看護ステーションを利用した者を対象とし、層化無作  
為抽出した約1,700事業所の利用者の全数を客体とする。

## 3 調査の期日

平成22年10月1日（金）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）
- (8) 介護保険施設利用者一覧票（別紙8）
- (9) 介護保険施設利用者個票（別紙9）
- (10) 訪問看護ステーション利用者一覧票（別紙10）
- (11) 訪問看護ステーション利用者個票（別紙11）

## 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22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ことを目的とする。

### 2 調査の対象及び客体

#### (1) 介護保険施設及び各事業所

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。

#### (2) 介護保険施設及び訪問看護ステーションの利用者

##### ア 介護保険施設利用者

全国の介護保険施設の入所者を対象とし、無作為抽出により抽出した施設における平成22年9月末の在所者の1/2（介護療養型医療施設である診療所については全数）及び9月中の退所者の全数を客体とする。

##### イ 訪問看護ステーション利用者

全国の訪問看護ステーションの利用者を対象とし、無作為抽出により抽出した事業所における平成22年9月中の利用者の1/2を客体とする。

### 3 調査の時期

平成22年10月1日

### 4 調査事項

#### 介護保険施設

施設名、所在地、定員、従事者数、居室等の状況 等

#### 居宅サービス事業所等

事業所名、所在地、利用者数、従事者数 等

#### 利用者

要介護度、日常生活自立度、傷病名、医療処置等の状況、利用料 等

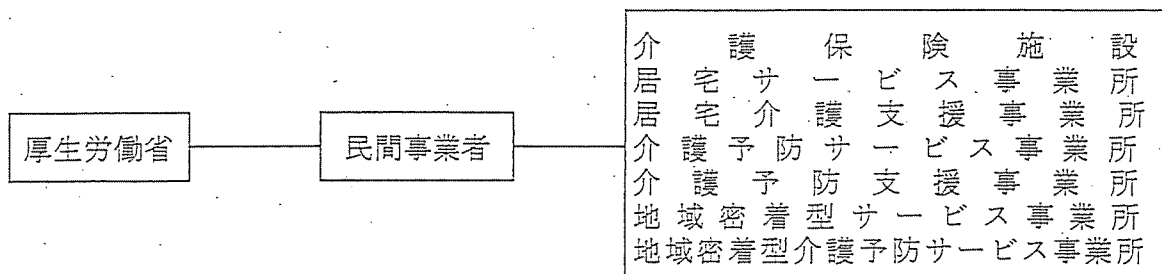
### 5 調査の方法及び系統

#### (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。

なお、介護保険施設及び訪問看護ステーションの利用者を対象とする利用者票については、調査対象施設・事業所の希望によりオンライン（電子メールを使用）での調査票の配布・回収も行うこととする。

#### (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22年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」及び「平成22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/>）及び政府統計の総合窓口（e-Stat）に掲載する。

(別記)

【調査対象施設・事業所】

【介護保険施設】

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設

【居宅サービス事業所】

訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所、訪問看護ステーション、通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所、短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、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

【居宅介護支援事業所】

居宅介護支援事業所

【介護予防サービス事業所】

介護予防訪問介護事業所、介護予防訪問入浴介護事業所、介護予防訪問看護ステーション、介護予防通所介護事業所、介護予防通所リハビリテーション事業所、介護予防短期入所生活介護事業所、介護予防短期入所療養介護事業所、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

【介護予防支援事業所】

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

【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



統計法に基づく一般統計調査

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22年10月1日調査)

厚生労働省

|        |  |
|--------|--|
| *一連番号  |  |
| *調査番号  |  |
| *事業所番号 |  |

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<br>(運営法人名を記入してください)               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                          |      |      |      |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|-------------------------------------------|---------------------|----------|---------------|-------------------------------------------|---------------|---------------|--------------------|------------------|-------------------------|-----|-----|-------|-------|---------|------------|-----------------------------|--------------------|
| (2) 施設名                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                          |      |      |      |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
| (3) 施設の所在地                                | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 TEL( 〇〇- )-( 〇〇 )-( 〇〇 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                          |      |      |      |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
| (4) 活動の状況                                 | 1 活動中    2 休止中    3 廃止                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                          |      |      |      |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
| (5) 開設年月                                  | 1 昭和    2 平成    年    月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                          |      |      |      |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
| (6) 開設主体及び<br>経営主体                        | 開設主体                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | それぞれ該当する番号を選択し、左の各欄に記入してください。                                                                                                                                            |      |      |      |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
|                                           | 経営主体                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 01 都道府県                      05 社会福祉協議会<br>02 市区町村                    06 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)<br>03 広域連合・一部事務組合    07 社団・財団法人(公益・一般)<br>04 日本赤十字社                08 01～07以外 |      |      |      |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
| (7) 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。「*」が付いた施設への変更がある場合は、事務局までご連絡ください。<br><table border="1"> <tr> <th>介護老人福祉施設(複数回答)</th> <th>地域密着型介護老人福祉施設(複数回答)</th> </tr> <tr> <td>1 介護福祉施設</td> <td>1 地域密着型介護福祉施設</td> </tr> <tr> <td>2 小規模介護福祉施設</td> <td>2 サブタイプ介護福祉施設</td> </tr> <tr> <td>3 ユニット型介護福祉施設</td> <td>3 ユニット型地域密着型介護福祉施設</td> </tr> <tr> <td>4 ユニット型小規模介護福祉施設</td> <td>4 ユニット型サブタイプ地域密着型介護福祉施設</td> </tr> </table>                                                                                                         |                                                                                                                                                                          |      |      |      | 介護老人福祉施設(複数回答)                            | 地域密着型介護老人福祉施設(複数回答) | 1 介護福祉施設 | 1 地域密着型介護福祉施設 | 2 小規模介護福祉施設                               | 2 サブタイプ介護福祉施設 | 3 ユニット型介護福祉施設 | 3 ユニット型地域密着型介護福祉施設 | 4 ユニット型小規模介護福祉施設 | 4 ユニット型サブタイプ地域密着型介護福祉施設 |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
| 介護老人福祉施設(複数回答)                            | 地域密着型介護老人福祉施設(複数回答)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                          |      |      |      |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
| 1 介護福祉施設                                  | 1 地域密着型介護福祉施設                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |      |      |      |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
| 2 小規模介護福祉施設                               | 2 サブタイプ介護福祉施設                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |      |      |      |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
| 3 ユニット型介護福祉施設                             | 3 ユニット型地域密着型介護福祉施設                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                          |      |      |      |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
| 4 ユニット型小規模介護福祉施設                          | 4 ユニット型サブタイプ地域密着型介護福祉施設                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                          |      |      |      |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
| (8) 定員及び居室の状況                             | <table border="1"> <tr> <td>入所定員<br/>(短期入所生活介護(ショートステイ)床の<br/>定員は含みません)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td colspan="2">居室の状況</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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。</td> </tr> <tr> <td colspan="2">多床室</td> </tr> <tr> <td>5人以上室</td> <td>4人室</td> </tr> <tr> <td>3人室</td> <td>2人室</td> </tr> <tr> <td>従来型個室</td> <td>ユニット型</td> </tr> <tr> <td>夫婦等の2人室</td> <td>個室(準個室を含む)</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td>( 1 含む    2 含まない )</td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                          |      |      |      | 入所定員<br>(短期入所生活介護(ショートステイ)床の<br>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           |                    | 5人以上室            | 4人室                     | 3人室 | 2人室 | 従来型個室 | ユニット型 | 夫婦等の2人室 | 個室(準個室を含む) | 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 ) |
| 入所定員<br>(短期入所生活介護(ショートステイ)床の<br>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                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                          |      |      |      |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
| 5人以上室                                     | 4人室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                          |      |      |      |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
| 3人室                                       | 2人室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                          |      |      |      |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
| 従来型個室                                     | ユニット型                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                          |      |      |      |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
| 夫婦等の2人室                                   | 個室(準個室を含む)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |      |      |      |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
| 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) ユニットの状況                               | 「(7)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。<br>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    |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
|                                           | ユニット数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ユニット                                                                                                                                                                     | ユニット | ユニット | ユニット |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
| (10) 居住費の状況                               | 各居室の種類の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。<br>居住費の室数と(8)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    |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
|                                           | 室定員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 人                                                                                                                                                                        | 人    | 人    | 人    |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
|                                           | 室数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 室                                                                                                                                                                        | 室    | 室    | 室    |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
| 従来型個室                                     | 居住費(月額)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 円                                                                                                                                                                        | 円    | 円    | 円    |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
|                                           | 室定員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 人                                                                                                                                                                        | 人    | 人    | 人    |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
|                                           | 室数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 室                                                                                                                                                                        | 室    | 室    | 室    |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
| ユニット型準個室<br>(夫婦等の2人室を含む)                  | 居住費(月額)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 円                                                                                                                                                                        | 円    | 円    | 円    |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
|                                           | 室定員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 人                                                                                                                                                                        | 人    | 人    | 人    |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
|                                           | 室数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 室                                                                                                                                                                        | 室    | 室    | 室    |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
| ユニット型個室<br>(夫婦等の2人室を含む)                   | 居住費(月額)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 円                                                                                                                                                                        | 円    | 円    | 円    |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
|                                           | 室定員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 人                                                                                                                                                                        | 人    | 人    | 人    |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |
|                                           | 室数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 室                                                                                                                                                                        | 室    | 室    | 室    |                                           |                     |          |               |                                           |               |               |                    |                  |                         |     |     |       |       |         |            |                             |                    |

\*利用者個室 \*利用者一泊室

|                                  |                                                                                                                                               |              |                   |                                                                     |      |                      |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------|------|----------------------|
| (11) 施設サービスの状況                   | 9月末日の在籍者数(人)                                                                                                                                  |              |                   |                                                                     |      |                      |
|                                  | 短期入所生活介護(ショートステイ)の利用者は含めないでください。                                                                                                              |              |                   |                                                                     |      |                      |
|                                  | 要介護1                                                                                                                                          | 要介護2         | 要介護3              | 要介護4                                                                | 要介護5 | その他                  |
|                                  |                                                                                                                                               |              |                   |                                                                     |      |                      |
| (12) 会費の状況                       | 施設が設定している料金を日額で記入してください。<br>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<br>会費 _____ 円 |
|                                  |                                                                                                                                               |              |                   |                                                                     |      |                      |
| (13) 社会福祉法人等による軽減の状況             | 1 実施している $\Rightarrow$ 9月中の軽減者数 _____ 人 (生活保護受給者等は含みません)<br>2 実施していない                                                                         |              |                   |                                                                     |      |                      |
| (14) 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。<br>1 苦情受付窓口を設置<br>2 苦情解決責任者を設置<br>3 共同で第三者委員を設ける<br>4 単独で第三者委員を設置<br>5 1～4以外の取組を実施している                                   |              |                   |                                                                     |      |                      |
| (15) 夜勤時間帯における勤務体制               | 平成22年9月30日から10月1日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数を記入してください。                                                                                      |              |                   |                                                                     |      |                      |
|                                  | 夜勤を行った看護職員がいましたか。<br>1 いた $\Rightarrow$ 夜勤を行った看護職員 _____ 人<br>2 いない                                                                           |              |                   | 夜勤を行った介護職員がいましたか。<br>1 いた $\Rightarrow$ 夜勤を行った介護職員 _____ 人<br>2 いない |      |                      |
| (16) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数             | 9月中(平成22年9月1日～30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)、1人平均の夜勤回数及び平成22年9月中の夜勤の最高回数を記入してください。                                                |              |                   |                                                                     |      |                      |
|                                  | 看護職員                                                                                                                                          | 実人員数 _____ 人 | 1人平均の夜勤回数 _____ 回 | 最も多く夜勤を行った人の夜勤回数 _____ 回                                            |      |                      |
|                                  | 介護職員                                                                                                                                          | 実人員数 _____ 人 | 1人平均の夜勤回数 _____ 回 | 最も多く夜勤を行った人の夜勤回数 _____ 回                                            |      |                      |
| (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21年10月1日～平成22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。<br>1 受け入れあり $\Rightarrow$ 過去1年間で実習生を受け入れた日数 _____ 日/365日<br>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21年10月1日～平成22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。<br>1 受け入れあり $\Rightarrow$ 過去1年間で実習生を受け入れた日数 _____ 日/365日<br>2 受け入れなし 受け入れた延人数 _____ 人日 |              |                   |                                                                     |      |                      |
| (19) 従事者数                        | 常勤専従                                                                                                                                          | 常勤兼務         | 換算数               | 非常勤                                                                 | 換算数  |                      |
| 1 施設長                            |                                                                                                                                               |              |                   |                                                                     |      | 10 機能訓練指導員           |
| 2 医師                             |                                                                                                                                               |              |                   |                                                                     |      | 10のうち<br>理学療法士       |
| 3 歯科医師                           |                                                                                                                                               |              |                   |                                                                     |      | 10のうち<br>作業療法士       |
| 4 生活相談員                          |                                                                                                                                               |              |                   |                                                                     |      | 10のうち<br>言語療法士       |
| 4のうち<br>社会福祉士                    |                                                                                                                                               |              |                   |                                                                     |      | 10のうち<br>介護支援士       |
| 5 看護師                            |                                                                                                                                               |              |                   |                                                                     |      | 10のうち<br>あんしんサポート指導員 |
| 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<br>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。

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。)

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

|                               |              |
|-------------------------------|--------------|
| 調査票記入者名・<br>担当部署と連絡先<br>(※必須) | (担当部署名)      |
|                               | (調査票記入者名)    |
| 上記以外連絡先<br>(携帯、FAX等)          | 電話 ( _____ ) |

ご協力ありがとうございました

秘

統計法に基づく一般統計調査

介護サービス施設・事業所調査

介護老人保健施設票

(平成22年10月1日調査)

厚生労働省

|         |  |
|---------|--|
| * 一連番号  |  |
| * 調査番号  |  |
| * 事業所番号 |  |

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<br>(運営法人名を記入してください)  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----|-------|---------|-----------|-----|--|--|-------|-------|--|-----|-----|-----|---------|-----------|----------|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|
| (2) 施設名                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| (3) 施設の所在地                   | 〒□□□-□□□□ TEL( )-( )-( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| (4) 活動の状況                    | 1 活動中 2 休止中 3 廃止                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| (5) 開設年月                     | 1 昭和 2 平成 年 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| (6) 開設主体                     | 開設主体 該当する番号を選択し、左の回答欄に記入してください。<br>01 都道府県 07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)<br>02 市区町村 08 社団・財団法人(公益・一般)<br>03 広域連合・一部事務組合 09 その他の法人<br>04 日本赤十字社・社会保険関係団体 10 個人<br>05 医療法人 11 01～10以外<br>06 社会福祉協議会                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| (7) 介護報酬上の届出<br>(複数回答)       | 介護保険施設 (1 I型 2 II型 3 III型) ユニット型介護保険施設 (4 I型 5 II型 6 III型)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| (8) 療養体制維持特別<br>加算の状況        | 「(7)介護報酬上の届出」の種別で、2、3、5、6(II型、III型)に該当する施設は記入してください。<br>1 加算している 2 加算していない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| (9) 小規模介護老人保健<br>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。<br>1. サブライツ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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| (10) 定員及び<br>療養室の状況          | 一般棟入所定員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 認知症専門棟入所定員      |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|                              | 療養室の状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|                              | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">多床室</th> <th rowspan="2">従来型個室</th> <th colspan="2">ユニット型</th> </tr> <tr> <th>4人室</th> <th>3人室</th> <th>2人室</th> <th>夫婦等の2人室</th> <th>個室(個室を含む)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>一般棟室数(室)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知症専門棟室数(室)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                 |     |       |         |           | 多床室 |  |  | 従来型個室 | ユニット型 |  | 4人室 | 3人室 | 2人室 | 夫婦等の2人室 | 個室(個室を含む) | 一般棟室数(室) |  |  |  |  |  |  | 認知症専門棟室数(室) |  |  |  |  |  |
|                              | 多床室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |     | 従来型個室 | ユニット型   |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|                              | 4人室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3人室             | 2人室 |       | 夫婦等の2人室 | 個室(個室を含む) |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| 一般棟室数(室)                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| 認知症専門棟室数(室)                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| (11) ユニットの状況                 | 「(7)介護報酬上の届出」の種別でユニット型介護保険施設(I型、II型、III型)に該当する場合は記入してください。<br>なお、ユニット型として届け出た療養室について記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|                              | 一般棟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ユニットの規模<br>(定員) |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ユニット数           |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|                              | 認知症専門棟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ユニットの規模<br>(定員) |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| ユニット数                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| (12) 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。<br>居住費の室数と(10)療養室の室数は一致させてください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| 多床室                          | 居住費(月額)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|                              | 室定員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|                              | 室数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| 従来型個室                        | 居住費(月額)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|                              | 室数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| ユニット型準個室<br>(夫婦等の2人<br>室を含む) | 居住費(月額)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|                              | 室定員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| ユニット型個室<br>(夫婦等の2人<br>室を含む)  | 居住費(月額)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
|                              | 室定員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |     |       |         |           |     |  |  |       |       |  |     |     |     |         |           |          |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |

\*利用者個室 \*利用者一居室

裏面につづきます

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      |                                                                                |      |            |      |     |     |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|--------------------------------------------------------------------------------|------|------------|------|-----|-----|-----|
| (13) 施設サービスの状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 9月末日の在籍者数(人)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |      |                                                                                |      |            |      |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 短期入所療養介護の利用者は含めないで下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |      |                                                                                |      |            |      |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 要介護1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4                                                                           | 要介護5 | その他        |      |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 一般・様                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |      |                                                                                |      |            |      |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 認知症専門棟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |      |                                                                                |      |            |      |     |     |     |
| (14) 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。<br>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                                                                                                                                                                                                                                                      |      |      |                                                                                |      |            |      |     |     |     |
| (15) 夜勤時間帯における勤務体制                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 夜勤を行った看護職員がいましたか。<br>1 いた <input type="checkbox"/> 夜勤を行った看護職員 _____ 人<br>2 いない                                                                                                                                                                                                                                                      |      |      | 夜勤を行った介護職員がいましたか。<br>1 いた <input type="checkbox"/> 夜勤を行った介護職員 _____ 人<br>2 いない |      |            |      |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      |                                                                                |      |            |      |     |     |     |
| (16) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 9月中(平成22年9月1日～30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)、1人平均の夜勤回数及び平成22年9月中の夜勤の最高回数を記入してください。<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 看護職員 実人員数 _____ 人 1人平均の夜勤回数 _____ 回<br/> 介護職員 実人員数 _____ 人 1人平均の夜勤回数 _____ 回 </div> <div> 最も多く夜勤を行った人の夜勤回数 _____ 回<br/> 最も多く夜勤を行った人の夜勤回数 _____ 回 </div> </div> |      |      |                                                                                |      |            |      |     |     |     |
| (17) 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21年10月1日～平成22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。<br>1 受け入れあり <input type="checkbox"/> 過去1年間で実習生を受け入れた日数 _____ 日/365日<br>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(過去一年間)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 平成21年10月1日～平成22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。<br>1 受け入れあり <input type="checkbox"/> 過去1年間で実習生を受け入れた日数 _____ 日/365日<br>2 受け入れなし 受け入れた延人数 _____ 人日                                                                                                                                                                            |      |      |                                                                                |      |            |      |     |     |     |
| (19) 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 薬剤師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      |                                                                                |      | 10 言語聴覚士   |      |     |     |     |
| 4 看護師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      |                                                                                |      | 11 管理栄養士   |      |     |     |     |
| 5 准看護師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      |                                                                                |      | 12 栄養士     |      |     |     |     |
| 6 介護職員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      |                                                                                |      | 13 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。<br>※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。<br>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)<br>(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。)<br>※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。なお、FAXの記入は任意です。<br>調査票記入者名・担当部署と連絡先 (※必須)<br>電話 ( _____ )<br>上記以外連絡先 (携帯、FAX等) _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      |                                                                                |      |            |      |     |     |     |

ご協力ありがとうございました



統計法に基づく一般統計調査

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22年10月1日調査)

|         |  |
|---------|--|
| * 運営番号  |  |
| * 調査番号  |  |
| * 事業所番号 |  |

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<br>(運営法人名を記入してください) |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                      |                  |
| (2) 施設名                     |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                      |                  |
| (3) 施設の所在地                  | 〒□□□-□□□□ TEL( )-( )-( )                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                      |                  |
| (4) 活動の状況                   | 1 活動中 2 休止中 3 廃止                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                      |                  |
| (5) 開設主体                    | 開設主体                                                                                                                                                                                                                                             | 該当する番号を選択し、左の回答欄に記入してください。<br>01 都道府県 07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)<br>02 市区町村 08 社団・財団法人(公益・一般)<br>03 広域連合・一部事務組合 09 営利法人(会社)<br>04 日本赤十字社・社会保険関係団体 10 その他の法人<br>05 医療法人 11 個人<br>06 社会福祉協議会 |                  |
| (6) 介護報酬上の届出<br>(複数回答)      | 病院療養型 (1 I型 2 II型 3 III型)<br>ユニット型病院療養型 (1 I型 2 II型)<br>病院経過型 (1 I型 2 II型)<br>ユニット型病院経過型 (1 I型 2 II型)<br>診療所型 (1 I型 2 II型)<br>ユニット型診療所型 (1 I型 2 II型)<br>認知症療養型 (1 I型 2 II型 3 III型 4 IV型 5 V型)<br>ユニット型認知症療養型 (1 I型 2 II型)<br>認知症経過型 (1 I型 2 II型) |                                                                                                                                                                                      |                  |
| (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                                                                                                                                                                            |                  |
|                             | 床                                                                                                                                                                                                                                                | 床                                                                                                                                                                                    | 床                |

以下の(8)～(11)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   | 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          |
| (9) ユニットの状況 | 「(6)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<br>(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<br>疾患療養病棟                                                 | ユニットの規模<br>(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    |            |
| (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。<br>居住費の室数と(8)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          |
|             |                                                                  | 室数              | 室    | 室    | 室     | 室       | 室          |
|             |                                                                  | 居住費(月額)         | 円    | 円    | 円     | 円       | 円          |
|             | ユニット型準個室<br>(夫婦等の2人室を含む)                                         | 室定員             | 人室   | 人室   | 人室    | 人室      | 人室         |
|             |                                                                  | 室数              | 室    | 室    | 室     | 室       | 室          |
|             |                                                                  | 居住費(月額)         | 円    | 円    | 円     | 円       | 円          |
|             | ユニット型個室<br>(夫婦等の2人室を含む)                                          | 室定員             | 人室   | 人室   | 人室    | 人室      | 人室         |
|             |                                                                  | 室数              | 室    | 室    | 室     | 室       | 室          |
| 居住費(月額)     |                                                                  | 円               | 円    | 円    | 円     | 円       |            |

|        |         |
|--------|---------|
| *利用者個室 | *利用者一泊室 |
|        |         |

裏面につづきます

| 介護指定病床における9月末日の在院者数(人)                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                |                                   |                   |                                                         |      |                                                                                                                         |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| (11) 施設サービスの状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                | 9月末日時点で在院者はいましたか。 1 いた 2 いない<br>↓ |                   |                                                         |      |                                                                                                                         |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                | 短期入所療養介護の利用者は含めないで下さい。            |                   |                                                         |      |                                                                                                                         |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                | 要介護1                              | 要介護2              | 要介護3                                                    | 要介護4 | 要介護5                                                                                                                    | その他 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                | 療養病床                              |                   |                                                         |      |                                                                                                                         |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                | 老人性認知症<br>疾患療養病床                  |                   |                                                         |      |                                                                                                                         |     |
| (12) 全費の状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 施設が設定している料金を日額で記入してください。<br>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。<br>1日あたりの全費 _____ 円              |                                   |                   |                                                         |      |                                                                                                                         |     |
| (13) 夜勤時間帯における勤務体制                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 平成22年9月30日から10月1日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数を記入してください。                                       |                                   |                   |                                                         |      |                                                                                                                         |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 夜勤を行った看護職員がいましたか。<br>1 いた → 夜勤を行った看護職員 _____ 人<br>2 いない                                        |                                   |                   | 夜勤を行った介護職員がいましたか。<br>1 いた → 夜勤を行った介護職員 _____ 人<br>2 いない |      |                                                                                                                         |     |
| (14) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 9月中(平成22年9月1日～30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(至人数ではありません)、1人平均の夜勤回数及び平成22年9月中の夜勤の最高回数を記入してください。 |                                   |                   |                                                         |      |                                                                                                                         |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 看護職員                                                                                           | 実人員数 _____ 人                      | 1人平均の夜勤回数 _____ 回 | 最も多く夜勤を行った人の夜勤回数 _____ 回                                |      |                                                                                                                         |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 介護職員                                                                                           | 実人員数 _____ 人                      | 1人平均の夜勤回数 _____ 回 | 最も多く夜勤を行った人の夜勤回数 _____ 回                                |      |                                                                                                                         |     |
| (15) 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21年10月1日～平成22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                                       |      |                                                                                                                         |     |
| (16) 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21年10月1日～平成22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                                       |      |                                                                                                                         |     |
| (17) 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  |                                                                                                                         |     |
| 1 医師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                |                                   |                   |                                                         |      | 7 介護支援専門員                                                                                                               |     |
| 2 歯科医師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                |                                   |                   |                                                         |      | 8 管理栄養士                                                                                                                 |     |
| 3 薬剤師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                |                                   |                   |                                                         |      | 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<br>介護福祉士                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                |                                   |                   |                                                         |      | 13 精神保健福祉士等                                                                                                             |     |
| <p>(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。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。</p> <p>※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。</p> <p>換算数 = <math>\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}}</math> (換算数の詳細は手引参照)</p> <p>(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)</p> |                                                                                                |                                   |                   |                                                         |      |                                                                                                                         |     |
| <p>※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。なお、FAXの記入は任意です。</p>                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                |                                   |                   |                                                         |      | <p>(担当部署名)</p> <p>調査票記入者名・<br/>担当部署と連絡先<br/>(※必須)</p> <p>(調査票記入者名)</p> <p>電話 ( _____ )</p> <p>上記以外連絡先<br/>(携帯、FAX等)</p> |     |

ご協力ありがとうございました



統計法に基づく一般統計調査

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22年10月1日調査)

\* 一連番号

\* 調査番号

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 (運営法人名を記入してください。) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |                        |              |            |         |                      |                |                |                    |                  |         |                 |        |                   |         |           |                           |  |
| (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         | <p>・ 9月30日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、印字内容を確認し、活動状況の該当する番号を○で囲んでください。</p> <p>・ 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、ステーション名等を記入してください。</p> <p>・ 休止届や廃止届を提出している場合は「休止中」「廃止」に○をつけてください。以降の設問には記入不要です。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                        |              |            |         |                      |                |                |                    |                  |         |                 |        |                   |         |           |                           |  |
| サービスの種類                   | 事業所番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ステーション名 | 活動状況                   |              |            |         |                      |                |                |                    |                  |         |                 |        |                   |         |           |                           |  |
| 041<br>介護予防訪問看護           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         | 1 活動中    2 休止中    3 廃止 |              |            |         |                      |                |                |                    |                  |         |                 |        |                   |         |           |                           |  |
| 042<br>訪問看護               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         | 1 活動中    2 休止中    3 廃止 |              |            |         |                      |                |                |                    |                  |         |                 |        |                   |         |           |                           |  |
| (5) 開設主体                  | <p>※該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。</p> <table border="0"> <tr> <td>01 都道府県</td> <td>09 社会福祉協議会</td> </tr> <tr> <td>02 市区町村</td> <td>10 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)</td> </tr> <tr> <td>03 広域連合・一部事務組合</td> <td>11 農業協同組合及び連合会</td> </tr> <tr> <td>04 日本赤十字社・社会保険関係団体</td> <td>12 消費生活協同組合及び連合会</td> </tr> <tr> <td>05 医療法人</td> <td>13 営利法人(会社)</td> </tr> <tr> <td>06 医師会</td> <td>14 特定非営利活動法人(NPO)</td> </tr> <tr> <td>07 看護協会</td> <td>15 その他の法人</td> </tr> <tr> <td>08 社団・財団法人(06、07以外の公益・一般)</td> <td></td> </tr> </table> |         |                        | 01 都道府県      | 09 社会福祉協議会 | 02 市区町村 | 10 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 | 11 農業協同組合及び連合会 | 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 | 12 消費生活協同組合及び連合会 | 05 医療法人 | 13 営利法人(会社)     | 06 医師会 | 14 特定非営利活動法人(NPO) | 07 看護協会 | 15 その他の法人 | 08 社団・財団法人(06、07以外の公益・一般) |  |
| 01 都道府県                   | 09 社会福祉協議会                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |                        |              |            |         |                      |                |                |                    |                  |         |                 |        |                   |         |           |                           |  |
| 02 市区町村                   | 10 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            | 11 農業協同組合及び連合会                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                        |              |            |         |                      |                |                |                    |                  |         |                 |        |                   |         |           |                           |  |
| 04 日本赤十字社・社会保険関係団体        | 12 消費生活協同組合及び連合会                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                        |              |            |         |                      |                |                |                    |                  |         |                 |        |                   |         |           |                           |  |
| 05 医療法人                   | 13 営利法人(会社)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |                        |              |            |         |                      |                |                |                    |                  |         |                 |        |                   |         |           |                           |  |
| 06 医師会                    | 14 特定非営利活動法人(NPO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |                        |              |            |         |                      |                |                |                    |                  |         |                 |        |                   |         |           |                           |  |
| 07 看護協会                   | 15 その他の法人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |                        |              |            |         |                      |                |                |                    |                  |         |                 |        |                   |         |           |                           |  |
| 08 社団・財団法人(06、07以外の公益・一般) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |                        |              |            |         |                      |                |                |                    |                  |         |                 |        |                   |         |           |                           |  |
| (6) 加算等の届出の状況             | <p>介護保険法 ※該当する番号を○で囲んでください。</p> <table border="1"> <tr> <td>緊急時訪問看護加算の届出</td> <td>1 あり</td> <td>2 なし</td> </tr> <tr> <td>特別管理体制の届出</td> <td>1 あり</td> <td>2 なし</td> </tr> <tr> <td>ターミナルケア体制の届出</td> <td>1 あり</td> <td>2 なし</td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算の届出</td> <td>1 あり</td> <td>2 なし</td> </tr> </table> <p>健康保険法等 ※該当する番号を1つ○で囲んでください。</p> <p>1 24時間対応体制加算の届出あり    2 24時間連絡体制加算の届出あり    3 1、2いずれもなし</p> <p>1または2の場合</p> <p>→ 1 重症者管理加算の届出あり    2 重症者管理加算の届出なし</p>                                        |         |                        | 緊急時訪問看護加算の届出 | 1 あり       | 2 なし    | 特別管理体制の届出            | 1 あり           | 2 なし           | ターミナルケア体制の届出       | 1 あり             | 2 なし    | サービス提供体制強化加算の届出 | 1 あり   | 2 なし              |         |           |                           |  |
| 緊急時訪問看護加算の届出              | 1 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 なし    |                        |              |            |         |                      |                |                |                    |                  |         |                 |        |                   |         |           |                           |  |
| 特別管理体制の届出                 | 1 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 なし    |                        |              |            |         |                      |                |                |                    |                  |         |                 |        |                   |         |           |                           |  |
| ターミナルケア体制の届出              | 1 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 なし    |                        |              |            |         |                      |                |                |                    |                  |         |                 |        |                   |         |           |                           |  |
| サービス提供体制強化加算の届出           | 1 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 なし    |                        |              |            |         |                      |                |                |                    |                  |         |                 |        |                   |         |           |                           |  |
| (7) 出張所等(サテライト事業所)の状況     | <p>サテライト事業所数 <input type="text"/> 事業所</p> <p>9月中のサテライト事業所の利用実人員数 <input type="text"/> 人    9月中のサテライト事業所からの訪問回数の合計 <input type="text"/> 回</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |         |                        |              |            |         |                      |                |                |                    |                  |         |                 |        |                   |         |           |                           |  |

\*利用者個票

\*利用者一覧票

| (8)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 9<br>月<br>中<br>の<br>サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>の<br>提<br>供<br>状<br>況 | <p>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。<br/>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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p> <p>※訪問回数の合計の(再掲)については、看護職員を伴わずにPT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)の何れかのみで訪問した回数を内数として再計上してください。(但し、PT2人や、PTとOTなど1回に複数で訪問した場合も1回とします。)</p> | <p>9月中の営業日数 <input type="text"/> 日</p> <p>9月中の利用者 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>要支援1</th> <th>要支援2</th> <th>要支援認定申請中</th> </tr> <tr> <td>利用実人員数(人)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>訪問回数の合計(回)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>うち PT、OT、STのみによる<br/>訪問回数の合計(回)(再掲)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |          |           |                      | 要支援1                 | 要支援2                 | 要支援認定申請中             | 利用実人員数(人)            | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 訪問回数の合計(回)           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | うち PT、OT、STのみによる<br>訪問回数の合計(回)(再掲) | <input type="text"/>               | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|-----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|--|--|--|--|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 要支援1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 要支援2                 | 要支援認定申請中                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |          |           |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                    |                                    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                               | 利用実人員数(人)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |           |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                    |                                    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                               | 訪問回数の合計(回)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |           |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                    |                                    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |  |  |  |  |
| うち PT、OT、STのみによる<br>訪問回数の合計(回)(再掲)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |          |           |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                    |                                    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |  |  |  |  |
| <p>介護保険法</p> <p>訪問看護(介護給付)</p> <p>9月中の営業日数 <input type="text"/> 日</p> <p>9月中の利用者 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>要介護1</th> <th>要介護2</th> <th>要介護3</th> <th>要介護4</th> <th>要介護5</th> <th>要介護認定申請中</th> </tr> <tr> <td>利用実人員数(人)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>訪問回数の合計(回)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>うち PT、OT、STのみによる<br/>訪問回数の合計(回)(再掲)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>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。</p> <p>併給者の利用実人員数 <input type="text"/> 人 併給者への訪問回数の合計 <input type="text"/> 回</p> |                                                               | 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) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 訪問回数の合計(回)           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>               | うち PT、OT、STのみによる<br>訪問回数の合計(回)(再掲) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="text"/> |          |           |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                    |                                    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |  |  |  |  |
| 訪問回数の合計(回)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="text"/> |          |           |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                    |                                    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |  |  |  |  |
| うち PT、OT、STのみによる<br>訪問回数の合計(回)(再掲)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="text"/> |          |           |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                    |                                    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |  |  |  |  |
| <p>健康保険法等</p> <p>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。<br/>健康保険法等とは、後期高齢者医療制度、健康保険、国民健康保険、生活保護、労災保険等の医療保険及び公費負担医療をいいます。</p> <p>利用実人員数 <input type="text"/> 人 訪問回数の合計 <input type="text"/> 回</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |          |           |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                    |                                    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |  |  |  |  |
| <p>その他</p> <p>介護保険法及び健康保険法等いずれの保険制度も利用していない者で、9月中のすべての訪問看護を全額自費により受けた者及び市町村事業による者について計上してください。</p> <p>利用実人員数 <input type="text"/> 人 訪問回数の合計 <input type="text"/> 回</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |          |           |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                    |                                    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |  |  |  |  |
| (9)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 9<br>月<br>中<br>の<br>利<br>用<br>者                               | 介護保険法の利用者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>緊急時訪問看護加算に同意をしている実人員数 <input type="text"/> 人</p> <p>緊急時訪問看護を受けた利用実人員数 <input type="text"/> 人</p> <p>緊急時訪問看護による訪問回数の合計 <input type="text"/> 回</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      | <p>介護予防訪問看護 <input type="text"/> 人</p> <p>訪問看護(介護給付) <input type="text"/> 人</p>                                                                                                                                                                                                                              |                      |          |           |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                    |                                    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                               | 健康保険法等の利用者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>24時間対応体制加算に同意をしている実人員数 <input type="text"/> 人</p> <p>緊急時訪問看護を受けた利用実人員数 <input type="text"/> 人</p> <p>緊急時訪問看護による訪問回数の合計 <input type="text"/> 回</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      | <p>健康保険法等 <input type="text"/> 人</p>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |           |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                    |                                    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                               | 死亡によるサービスの終了者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>介護保険法</p> <p>ターミナルケア加算</p> <p>加算ありの利用者数 <input type="text"/> 加算なしの利用者数 <input type="text"/></p> <p>9月中に死亡した利用者数 <input type="text"/> 人 <input type="text"/> 人</p> <p>在宅で死亡した利用者数 <input type="text"/> 人 <input type="text"/> 人</p> <p>在宅以外で死亡した利用者数 <input type="text"/> 人 <input type="text"/> 人</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      | <p>健康保険法等</p> <p>ターミナルケア療養費</p> <p>療養費ありの利用者数 <input type="text"/> 療養費なしの利用者数 <input type="text"/></p> <p>9月中に死亡した利用者数 <input type="text"/> 人 <input type="text"/> 人</p> <p>在宅で死亡した利用者数 <input type="text"/> 人 <input type="text"/> 人</p> <p>在宅以外で死亡した利用者数 <input type="text"/> 人 <input type="text"/> 人</p> |                      |          |           |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                    |                                    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |     |     |     |                    |          |          |     |     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|-----|-----|--------------------|----------|----------|-----|-----|-----|
| (10) 従事者数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | ※常勤兼務と非常勤に記入した場合は、換算数を記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |     |     |     |                    |          |          |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 常勤<br>専従                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 常勤<br>兼務 | 換算数 | 非常勤 | 換算数 |                    | 常勤<br>専従 | 常勤<br>兼務 | 換算数 | 非常勤 | 換算数 |
| 1 保健師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |     |     |     | 5 理学療法士            |          |          |     |     |     |
| 2 助産師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |     |     |     | 6 作業療法士            |          |          |     |     |     |
| 3 看護師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |     |     |     | 7 言語聴覚士            |          |          |     |     |     |
| 4 准看護師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |     |     |     | 8 その他の職員           |          |          |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |     |     |     | 1～7のうちサテライト事業所の従事者 |          |          |     |     |     |
| <p>(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。</p> <p>※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。常勤専従は換算数の記入は不要です。</p> <p>※「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。</p> <p style="text-align: center;">換算数 = <math>\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}}</math> (換算数の詳細は手引き参照)</p> <p style="text-align: center;">(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。)</p> |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |     |     |     |                    |          |          |     |     |     |
| (11) 管理者が主に従事する職種                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <p>管理者は保健師又は看護師ですか。</p> <p style="text-align: center;">1 はい                      2 いいえ</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">主に従事している職種を1つ○で囲んでください。</p> <p style="text-align: center;">1 理学療法士    2 作業療法士    3 言語聴覚士    4 その他</p>                                                                             |          |     |     |     |                    |          |          |     |     |     |
| (12) 「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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | <p>「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。</p> <p style="text-align: center;">1 併設している                      2 併設していない</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">1 兼務あり    <input type="text"/> 人                      2 兼務なし</p> |          |     |     |     |                    |          |          |     |     |     |
| (13) 居宅療養管理指導の指定事業者の届出の状況と利用者数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <p>居宅療養管理指導（介護予防を含む）のサービス事業者としての指定を受けている場合は「1 指定あり」の番号を○で囲み、利用実人員数を記入してください。</p> <p style="text-align: center;">1 指定あり                      2 指定なし</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>平成22年9月中の利用実人員数    <input type="text"/> 人</p>                                                                                                     |          |     |     |     |                    |          |          |     |     |     |

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

|                                   |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|
| 調査票記入者名・<br>担当部署と連絡先<br><br>(※必須) | (担当部署名)                      |
|                                   | (調査票記入者名)                    |
|                                   | 電話 (       -       -       ) |
| 上記以外連絡先<br>(携帯、FAX等)              |                              |

ご協力ありがとうございました



統計法に基づく一般統計調査

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22年10月1日調査)

厚生労働省

5

\*一連番号

\*調査番号

シール貼り付け(バーコード)

【注】\*印の箇所は事業所では記入しないでください。

| (1) 法人名(運営法人名を記入してください。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |                 |                  |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|------------------|-----------------------|
| (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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |                 |                  |                       |
| <p>・9月30日現在で、食事業所において指定を受けている下記の各事業について、該当する「活動状況」の一つに○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、赤字で余白に修正をしてください。</p> <p>記入後は、サービスの種類ごとに右側に示したページへ進んでください。</p> <p>・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。</p> <p>・下記サービスについて、休止中や廃止中を出している場合は、「休止中」、「廃止」に○をつけてください。以降のページは記入不要です。</p> <p>・サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この調査票を事業所内で回覧の上、記入してください(同一法人・同一生所のサービス事業所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください。)</p> <p>・調査票は生所ごとに送付していますので(同一法人・同一生所の事業所には、まとめて送付)、別生所におけるサービスの記入は不要です。</p> |       |                 |                  |                       |
| サービスの種類                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 事業所番号 | 事業所名            | 活動状況<br>(一つに○)   | 回答ページ                 |
| 071 介護予防<br>通所介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | 2ページ<br>に記入して<br>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<br>入所生活介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |                 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | 3ページ<br>に記入して<br>ください |
| 082 短期入所<br>生活介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 |                       |
| 091 介護予防<br>特定施設入居者<br>生活介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | 4ページ<br>に記入して<br>ください |
| 092 特定施設入居者<br>生活介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |                 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 |                       |
| 101 介護予防<br>訪問介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | 5ページに<br>記入して<br>ください |
| 102 訪問介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |                 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 |                       |
| 111 介護予防訪問<br>入浴介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | 6ページに<br>記入して<br>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<br>福祉用具貸与                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | 7ページに<br>記入して<br>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<br>福祉用具販売                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |                 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 |                       |
| 132 特定福祉<br>用具販売                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 |                       |
| 191 介護予防支援                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |                 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | 8ページに<br>記入して<br>ください |
| 201 居宅介護支援                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |                 | 1 活動中 2 休止中 3 廃止 | 9ページに<br>記入して<br>ください |

|                                |                                                                                                            |                                                    |                                                                        |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| (5) 経営主体                       | ※右のリストから、該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。                                                                          |                                                    |                                                                        |
|                                | 経営主体                                                                                                       | 01 都道府県<br>02 市区町村<br>03 広域連合・一部事務組合<br>04 社会福祉協議会 | 05 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)<br>06 医療法人<br>07 社団・財団法人(公益・一般)<br>08 農業協同組合及び連合会 |
| (6) 苦情解決のための<br>取組状況<br>(複数回答) | 該当する番号すべてを○で囲んでください。<br>1 苦情受付窓口を設置<br>2 苦情解決責任者を設置<br>3 共同で第三者委員を設置<br>4 単独で第三者委員を設置<br>5 1～4以外の取組を実施している |                                                    |                                                                        |

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として  
使用場合があります。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の記入は任意です。

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| 調査票記入者名・<br>担当部署と連絡先<br>(※必須) | (担当部署名)        |
|                               | (調査票記入者名)      |
|                               | 電話 ( )-( )-( ) |
| 上記以外連絡先<br>(携帯、FAX等)          |                |

【071介護予防通所介護・072通所介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

記入者名 ( )

電話番号 ( )

| (13) 介護報酬上の<br>届出種別<br>(複数回答)                                                                                                                                                                          | 1 単独型<br>2 併設型                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3 空床型<br>4 単独型ユニット型                                                                                                                  | 5 併設型ユニット型<br>6 空床型ユニット型                                               |            |                                    |                |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------|----------------|-----------------------|------------|-------|--|-------|-----|-----|-----|---------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|
| <p>※(13)において「1 単独型」、「2 併設型」、「4 単独型ユニット型」、「5 併設型ユニット型」に○をした方は、(14)～(19)に回答してください。「3 空床型」、「6 空床型ユニット型」のみに○をした方は、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。</p> <p>「2」と「5」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。</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                      |                                                                        |            |                                    |                |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
| (14) サービスの<br>提供状況                                                                                                                                                                                     | <p>現在、指定を受けて活動中のサービスについて、提供体制(定員)を記入してください。</p> <p>「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。</p> <p>空床利用している利用者を含めず、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。</p>                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                      |                                                                        |            |                                    |                |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                        | <p>定員<br/>※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。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>9月中の利用者</p> <p>1 あり →</p> <p>2 なし</p>                                                                                             | <p>要支援1</p> <p>要支援2</p> <p>その他</p>                                     |            |                                    |                |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                        | <p>利用実人員数(人)</p> <p>利用日数合計(日)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                      |                                                                        |            |                                    |                |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                        | <p>定員<br/>※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。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>9月中の利用者</p> <p>1 あり →</p> <p>2 なし</p>                                                                                             | <p>要介護1</p> <p>要介護2</p> <p>要介護3</p> <p>要介護4</p> <p>要介護5</p> <p>その他</p> |            |                                    |                |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
| <p>利用実人員数(人)</p> <p>利用日数合計(日)</p>                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                      |                                                                        |            |                                    |                |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
| (15) 居室の状況                                                                                                                                                                                             | <p>空床利用している居室を含めず、指定を受けている居室を記入してください。</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="4">多 床 室</th> <th rowspan="2">従来型<br/>個 室</th> <th colspan="2">ユニット型</th> </tr> <tr> <th>5人以上室</th> <th>4人室</th> <th>3人室</th> <th>2人室</th> <th>夫婦等の2人室</th> <th>個室<br/>(準個室を含む)</th> </tr> <tr> <td>室</td> <td>室</td> <td>室</td> <td>室</td> <td>室</td> <td>室</td> <td>室</td> </tr> </table> |                                                                                                                                      |                                                                        | 多 床 室      |                                    |                |                       | 従来型<br>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<br>(準個室を含む) | 室 | 室 | 室 | 室 | 室 | 室 | 室 |
| 多 床 室                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                      |                                                                        | 従来型<br>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<br>(準個室を含む) |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
| 室                                                                                                                                                                                                      | 室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 室                                                                                                                                    | 室                                                                      | 室          | 室                                  | 室              |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
| (16) 社会福祉法人<br>等による軽減<br>の 状 況                                                                                                                                                                         | <p>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)</p> <p>2 実施していない</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                      |                                                                        |            |                                    |                |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
| (17) 従 事 者 数                                                                                                                                                                                           | <p>常勤専従</p> <p>常勤兼務</p> <p>非常勤</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                      | <p>換算数</p> <p>換算数</p>                                                  |            | <p>常勤専従</p> <p>常勤兼務</p> <p>非常勤</p> |                | <p>換算数</p> <p>換算数</p> |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                        | 1 医 師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                      |                                                                        |            | 5 調理員                              |                |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                        | 2 看護師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                      |                                                                        |            | 6 管理栄養士                            |                |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                        | 3 准看護師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                      |                                                                        |            | 7 栄養士                              |                |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                        | 4 機能訓練指導員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                      |                                                                        |            | 8 介護支援専門員                          |                |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                        | 4のうち<br>理学療法士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                      |                                                                        |            | 9 生活相談員                            |                |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                        | 4のうち<br>作業療法士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                      |                                                                        |            | 9のうち<br>社会福祉士                      |                |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                        | 4のうち<br>言語聴覚士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                      |                                                                        |            | 10 介護職員                            |                |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                        | 4のうち<br>柔道整復師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                      |                                                                        |            | 10のうち<br>介護福祉士                     |                |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                        | 4のうち<br>あん摩マッサージ<br>指圧師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                      |                                                                        |            | 11 その他の職員                          |                |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                        | <p>(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。<br/>         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。<br/>         ※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。<br/>         ※ 「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。<br/>         (換算数の詳細は手引きを参照してください。)</p>                                                                                                      |                                                                                                                                      |                                                                        |            |                                    |                |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                        | (18) 介護福祉士養成校<br>からの実習生<br>受け入れ状況<br>(過去一年間)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>平成21年10月1日～平成22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。</p> <p>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</p> <p>2 受け入れなし 受け入れた延人数 人日</p> |                                                                        |            |                                    |                |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |
| (19) 社会福祉士養成校<br>からの実習生<br>受け入れ状況<br>(過去一年間)                                                                                                                                                           | <p>平成21年10月1日～平成22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。</p> <p>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</p> <p>2 受け入れなし 受け入れた延人数 人日</p>                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                      |                                                                        |            |                                    |                |                       |            |       |  |       |     |     |     |         |                |   |   |   |   |   |   |   |

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。

| (27) 特定事業所<br>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。<br>1 なし                      2 加算Ⅰ                      3 加算Ⅱ                      4 加算Ⅲ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-----|-----|-----|---------|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|----------------------------|--|--|--|--|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----|-----|-----|-------------|--|--|--|------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|--|--|--|
| (28) サービスの<br>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 |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
| (29) サービスの<br>提供状況                           | 訪問介護<br>訪問介護<br>訪問介護<br>訪問介護                                                                                          | 9月中の営業日数<br>※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月中の延べ訪問時間<br>※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の延べ訪問時間を記入してください。 | 9月中の利用者<br>1 あり<br>2 なし | 要支援1     | 要支援2                                                                                                              | その他  |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
|                                              |                                                                                                                       | 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 時間                                                      | 利用実人員数(人)               |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
|                                              |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         | 訪問回数合計(回)               |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
|                                              |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
| (30) 社会福祉法人<br>等による軽減<br>の状況                 | 1 実施している<br>2 実施していない                                                                                                 | 9月中の軽減者数      人 (生活保護受給者等は含みません)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
|                                              |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
|                                              |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
|                                              |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
| (31) 従事者数                                    | * 資格(1)～(4)を該格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。                                                                  | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>常勤専従</th> <th>常勤兼務</th> <th>非常勤</th> <th>換算数</th> <th>換算数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 訪問介護員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(1)1のうち<br/>介護福祉士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(2)1のうち<br/>介護職員基礎研修<br/>修了者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(3)1のうち<br/>ホームヘルパー1級<br/>研修課程修了者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(4)1のうち<br/>ホームヘルパー2級<br/>研修課程修了者</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> </tbody> </table> |                                                         |                         |          |                                                                                                                   | 常勤専従 | 常勤兼務 | 非常勤 | 換算数 | 換算数 | 1 訪問介護員 |  |  |  |  |  | (1)1のうち<br>介護福祉士 |  |  |  |  |  | (2)1のうち<br>介護職員基礎研修<br>修了者 |  |  |  |  |  | (3)1のうち<br>ホームヘルパー1級<br>研修課程修了者 |  |  |  |  |  | (4)1のうち<br>ホームヘルパー2級<br>研修課程修了者 |  |  |  |  |  | 2 その他の職員 |  |  |  |  |  | サービス提供責任者について<br>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。 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>常勤</th> <th>非常勤</th> <th>換算数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 サービス提供責任者</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(1)3のうち<br/>介護福祉士</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(2)3のうち<br/>介護職員基礎研修<br/>修了者</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(3)3のうち<br/>ホームヘルパー1級<br/>研修課程修了者</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(4)3のうち<br/>ホームヘルパー2級<br/>研修課程修了者</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |  |  | 常勤 | 非常勤 | 換算数 | 3 サービス提供責任者 |  |  |  | (1)3のうち<br>介護福祉士 |  |  |  | (2)3のうち<br>介護職員基礎研修<br>修了者 |  |  |  | (3)3のうち<br>ホームヘルパー1級<br>研修課程修了者 |  |  |  | (4)3のうち<br>ホームヘルパー2級<br>研修課程修了者 |  |  |  |
|                                              |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 常勤専従                                                    | 常勤兼務                    | 非常勤      | 換算数                                                                                                               | 換算数  |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
|                                              |                                                                                                                       | 1 訪問介護員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
|                                              |                                                                                                                       | (1)1のうち<br>介護福祉士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
| (2)1のうち<br>介護職員基礎研修<br>修了者                   |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
| (3)1のうち<br>ホームヘルパー1級<br>研修課程修了者              |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
| (4)1のうち<br>ホームヘルパー2級<br>研修課程修了者              |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
| 2 その他の職員                                     |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
|                                              | 常勤                                                                                                                    | 非常勤                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 換算数                                                     |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
| 3 サービス提供責任者                                  |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
| (1)3のうち<br>介護福祉士                             |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
| (2)3のうち<br>介護職員基礎研修<br>修了者                   |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
| (3)3のうち<br>ホームヘルパー1級<br>研修課程修了者              |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
| (4)3のうち<br>ホームヘルパー2級<br>研修課程修了者              |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
|                                              |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                         |          | (補間) サービス提供責任者の兼務の状況<br>管理者と兼務しているサービス提供責任者はいますか。<br>該当する番号ひとつを○で囲んでください。<br>1 兼務しているサービス提供責任者がいる<br>2 兼務していない    |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
|                                              |                                                                                                                       | (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。<br>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。<br>※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。<br>※ 「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 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務時間}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の勤務時間}}$<br>(1週間の勤務時間が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。) |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
|                                              |                                                                                                                       | (換算数の詳細は手引を参照してください。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
| (32) 研修の機会<br>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。<br>(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 )                                  |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
|                                              | 事業所外研修                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
|                                              | 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                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |
| (33) 介護福祉士養成校<br>からの実習生<br>受け入れ状況<br>(過去1年間) | 平成21年10月1日～平成22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<br>2 受け入れなし                                                                                                  | 過去1年間で実習生を受け入れた日数      日/365日<br>受け入れた延人数      人日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         |                         |          |                                                                                                                   |      |      |     |     |     |         |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |    |     |     |             |  |  |  |                  |  |  |  |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |                                 |  |  |  |

|                                                                                                       |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |      |                   |      |          |      |      |     |     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------|-------------------|------|----------|------|------|-----|-----|-----|
| <p>現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(営業日数)を記入してください。<br/>「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。</p> |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |      |                   |      |          |      |      |     |     |     |
| (34)サービスの提供状況                                                                                         | 訪問介護・訪問入浴介護                                         | 8月中の営業日数<br>※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 9月中の利用者   |           | 要支援1 | 要支援2              | その他  |          |      |      |     |     |     |
|                                                                                                       |                                                     | 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1 あり      | 利用実人員数(人) |      |                   |      |          |      |      |     |     |     |
|                                                                                                       |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2 なし      | 訪問回数合計(回) |      |                   |      |          |      |      |     |     |     |
|                                                                                                       |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |      |                   |      |          |      |      |     |     |     |
|                                                                                                       | 訪問入浴介護                                              | 8月中の営業日数<br>※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 9月中の利用者   |           | 要介護1 | 要介護2              | 要介護3 | 要介護4     | 要介護5 | その他  |     |     |     |
|                                                                                                       |                                                     | 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1 あり      | 利用実人員数(人) |      |                   |      |          |      |      |     |     |     |
| 2 なし                                                                                                  |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 訪問回数合計(回) |           |      |                   |      |          |      |      |     |     |     |
|                                                                                                       |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |      |                   |      |          |      |      |     |     |     |
| (35)従事者数                                                                                              | *資格(1)～(4)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。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 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 介護職員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |           |      |                   |      | 2 看護師    |      |      |     |     |     |
|                                                                                                       |                                                     | (1)1のうち 介護福祉士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |           |      |                   |      | 3 准看護師   |      |      |     |     |     |
|                                                                                                       |                                                     | (2)1のうち 介護職員基礎研修課程修了者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |           |      |                   |      | 4 その他の職員 |      |      |     |     |     |
|                                                                                                       |                                                     | (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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |           |      |                   |      |          |      |      |     |     |     |
|                                                                                                       |                                                     | <p>(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。<br/>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。<br/>※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。<br/>※ 「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。<br/>換算数 = <math>\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}}</math><br/>(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。)<br/>(換算数の詳細は手引きを参照してください。)</p> |           |           |      |                   |      |          |      |      |     |     |     |
|                                                                                                       |                                                     | <p>平成21年10月1日～平成22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。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |           |      |                   |      |          |      |      |     |     |     |
|                                                                                                       |                                                     | 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      |      |      |     |     |     |

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

記入者名 ( ) 電話番号 ( )

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

介護予防福祉用具貸与・福祉用具貸与

介護予防福祉用具貸与

9月中の営業日数

日

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

9月中に介護保険の利用者(9月以前からの継続利用者を含む)

1 あり

利用実人員

人

2 なし

(37) サービスの  
提供状況

福祉用具貸与

9月中の営業日数

日

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

9月中に介護保険の利用者(9月以前からの継続利用者を含む)

1 あり

利用実人員

人

2 なし

特定介護福祉用具販売・特定福祉用具販売

特定介護予防福祉用具販売

9月中の営業日数

日

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

特定福祉用具販売

9月中の営業日数

日

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

「9月中の福祉用具販売数(介護保険のみ)」を記入してください。

1 あり

腰痛便座

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

2 なし

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

|          | 1 福祉用具専門相談員 |      |     |     | 2 その他の職員 |      |     |     |
|----------|-------------|------|-----|-----|----------|------|-----|-----|
|          | 常勤専従        | 常勤兼務 | 換算数 | 非常勤 | 常勤専従     | 常勤兼務 | 換算数 | 非常勤 |
| (39)従事者数 |             |      |     |     |          |      |     |     |

(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。  
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。

※ 「介護予防福祉用具貸与」「福祉用具貸与」「特定介護予防福祉用具販売」「特定福祉用具販売」を一体的に行っている場合は、統括ではありません。

換算数 =  $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の定休数}}$   
(1週間の時間数が92時間を下回る場合は分母を92時間としてください。)

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

|                              |                                                                                              |   |       |   |                     |   |         |   |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|---|---------------------|---|---------|---|
| (40) 福祉用具専門<br>相談員の資格<br>の状況 | 福祉用具専門相談員の資格についておたずねします。保有している資格に人数を記入してください。<br>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 |   |         |   |
|                              |                                                                                              |   |       |   | 10 1～9 以外の有資格者      |   |         |   |
|                              |                                                                                              |   |       |   |                     |   |         |   |

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

| (41) 独立・併設の状況<br>(複数回答)                   | <p>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。</p> <p>1 介護保険施設と併設している</p> <p>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</p> <p>3 居宅介護支援事業所と併設している</p> <p>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</p> <p>5 上記以外と併設している</p> <p>6 1～5との併設はない(独立事業所)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |      |      |      |     |          |           |  |  |  |        |                    |             |  |  |         |  |      |             |     |        |           |  |  |               |      |                    |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |                                           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|------|------|-----|----------|-----------|--|--|--|--------|--------------------|-------------|--|--|---------|--|------|-------------|-----|--------|-----------|--|--|---------------|------|--------------------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|-------------------------------------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|
| (42) サービスの提供状況                            | <p>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。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:10%;">9月中の委託</th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:20%;">要支援1</th> <th style="width:20%;">要支援2</th> <th style="width:20%;">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月中の新規の利用実人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>委託した事業所数は <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">事業所</span></p> <p>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。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:10%;">9月中の利用者</th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:20%;">要支援1</th> <th style="width:20%;">要支援2</th> <th style="width:20%;">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月中の新規の利用実人員数(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月中の新規の利用実人員数(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月中の新規の利用実人員数(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月中の新規の利用実人員数(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月中の新規の利用実人員数(人)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |      |      |      |     |          |           |  |  |  |        |                    |             |  |  |         |  |      |             |     |        |           |  |  |               |      |                    |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |                                           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
| (43) 従事者数                                 | <p>*従業者数の再掲載において、当該専門職員が複数の資格を有している場合は、通常標準している資格を1つ決めた上で、当該資格欄に記載してください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%;">常勤専従</th> <th style="width:10%;">常勤兼務</th> <th style="width:10%;">換算数</th> <th style="width:10%;">非常勤</th> <th style="width:10%;">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>(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 看護師</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 高齢者保健福祉に關する相談援助業務等に3年以上従事した社会福祉士等</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> </table> <p>(注) 従業者数の常勤専従、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。<br/>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。<br/>※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。</p> <p style="text-align: right;">換算数 = <math>\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}}</math><br/>(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。)<br/>(換算数の詳細は手引きを参照してください。)</p> |        | 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 高齢者保健福祉に關する相談援助業務等に3年以上従事した社会福祉士等 |  |  |  |  |  | 2 その他の職員 |  |  |  |  |  |
|                                           | 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 高齢者保健福祉に關する相談援助業務等に3年以上従事した社会福祉士等 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |      |      |      |     |          |           |  |  |  |        |                    |             |  |  |         |  |      |             |     |        |           |  |  |               |      |                    |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |                                           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
| 2 その他の職員                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |      |      |      |     |          |           |  |  |  |        |                    |             |  |  |         |  |      |             |     |        |           |  |  |               |      |                    |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |                                           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
| (44) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況<br>(過去一年間)      | <p>平成21年10月1日～平成22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。</p> <p>1 受け入れあり →</p> <p>2 受け入れなし</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <p>過去1年間で実習生を受け入れた日数</p> <p>受け入れた延人数</p> </div> <div> <p><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">日/365日</span></p> <p><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">人日</span></p> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |      |      |      |     |          |           |  |  |  |        |                    |             |  |  |         |  |      |             |     |        |           |  |  |               |      |                    |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |                                           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |

| (45) 独立・併設<br>の状況<br>(複数回答)                  | <p>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。</p> <p>1 介護保険施設と併設している</p> <p>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</p> <p>3 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)と併設している</p> <p>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</p> <p>5 上記以外と併設している</p> <p>6 1～5との併設はない(独立事業所)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                 |     |      |      |          |      |      |     |     |     |      |      |     |     |     |  |      |      |     |     |     |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----|------|------|----------|------|------|-----|-----|-----|------|------|-----|-----|-----|--|------|------|-----|-----|-----|-----------|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| (46) サービスの<br>提供状況                           | <p>9月中の利用者</p> <p>1 あり →</p> <p>2 なし</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>利用実人員数(人)</p> <p>うち9月中の新規の<br/>利用実人員数(人)</p> |     | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3     | 要介護4 | 要介護5 | その他 |     |     |      |      |     |     |     |  |      |      |     |     |     |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (47) 従事者数                                    | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>常勤専従</th> <th>常勤兼務</th> <th>換算数</th> <th>非常勤</th> <th>換算数</th> <th></th> <th>常勤専従</th> <th>常勤兼務</th> <th>換算数</th> <th>非常勤</th> <th>換算数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 介護支援専門員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2 その他の職員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1のうち<br/>主任介護支援専門員</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> <p>(注) 従事者数の常勤者の兼務、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。<br/>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。<br/>※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。</p> <p>換算数 = <math>\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}}</math><br/>(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。)</p> <p>(換算数の詳細は手引きを参照してください。)</p> |                                                 |     |      |      |          |      |      |     |     |     | 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 介護支援専門員 |  |  |  |  |  | 2 その他の職員 |  |  |  |  |  | 1のうち<br>主任介護支援専門員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                              | 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 介護支援専門員                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 |     |      |      | 2 その他の職員 |      |      |     |     |     |      |      |     |     |     |  |      |      |     |     |     |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1のうち<br>主任介護支援専門員                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 |     |      |      |          |      |      |     |     |     |      |      |     |     |     |  |      |      |     |     |     |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (48) 社会福祉士養成校<br>からの実習生<br>受け入れ状況<br>(過去1年間) | <p>平成21年10月1日～平成22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。</p> <p>1 受け入れあり →</p> <p>2 受け入れなし</p> <p>過去1年間で実習生を受け入れた日数 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">日/365日</span></p> <p>受け入れた延人数 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">人日</span></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 |     |      |      |          |      |      |     |     |     |      |      |     |     |     |  |      |      |     |     |     |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【201 居宅介護支援】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

秘

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

[illegible]

(平成22年10月1日現在)

シール貼り付け (バーコード)

〔注〕＊印の箇所は事業所では記入しないでください。

|                              |                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 運営責任者名 (運営責任者を記入してください。) |                                                                                                                                                                                     |
| (2) 事業所名                     |                                                                                                                                                                                     |
| (3) 事業所の所在地                  | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TEL (    ) - (    ) - (    ) |

・9月30日現在で、貴事業所において指定を受けている下記の各事業について、該当する「活動状況」の一つに○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、赤字で余白に修正をしてください。

記入後は、サービスの種類ごとに右側に示したページに進んでください。

・印字されていない事業があった場合は、該当する「サービスの種類」欄の事業所番号、事業所名等を記入してください。

・下記サービスについて、休止中や廃止中を出している場合は、「休止中」、「廃止」に○をつけてください。以降のページは記入不要です。

・サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この調査票を事業所内で回覧の上、記入してください（同一法人・同一住所のサービス事業所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください。）

・調査票は住所ごとに送付していますので（同一法人・同一住所の事業所には、まとめて送付）、別住所におけるサービスの記入は不要です。

| サービスの種類                | 事業所番号 | 事業所名 | 活動状況<br>(一つに○) |          |         | 回答ページ                 |
|------------------------|-------|------|----------------|----------|---------|-----------------------|
| 141 介護予防認知症対応型通所介護     |       |      | 1<br>活動中       | 2<br>休止中 | 3<br>廃止 | 2ページ<br>に記入して<br>ください |
| 142 認知症対応型通所介護         |       |      | 1<br>活動中       | 2<br>休止中 | 3<br>廃止 |                       |
| 151 介護予防認知症対応型共同生活介護   |       |      | 1<br>活動中       | 2<br>休止中 | 3<br>廃止 | 3ページ<br>に記入して<br>ください |
| 152 認知症対応型共同生活介護       |       |      | 1<br>活動中       | 2<br>休止中 | 3<br>廃止 |                       |
| 161 地域密着型特定施設入居者生活介護   |       |      | 1<br>活動中       | 2<br>休止中 | 3<br>廃止 | 4ページに<br>記入して<br>ください |
| 171 夜間対応型訪問介護          |       |      | 1<br>活動中       | 2<br>休止中 | 3<br>廃止 | 5ページに<br>記入して<br>ください |
| 181 介護予防多機能型小規模多機能居宅介護 |       |      | 1<br>活動中       | 2<br>休止中 | 3<br>廃止 | 6ページ<br>に記入して<br>ください |
| 182 小規模多機能型居宅介護        |       |      | 1<br>活動中       | 2<br>休止中 | 3<br>廃止 |                       |

|          |                                                                                     |                   |                      |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------|
| (5) 経営主体 | ※右のリストから、該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。                                                   |                   |                      |
|          | 経営主体                                                                                | 01 都道府県           | 05 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) |
|          |  | 02 市区町村           | 06 国営法人              |
|          |                                                                                     | 03 広域連合・一部事務組合    | 07 社団・財団法人(公益・一般)    |
|          |                                                                                     | 04 社会福祉協議会        | 08 農林協同組合及び連合会       |
|          |                                                                                     | 09 消費生活協同組合及び連合会  |                      |
|          |                                                                                     | 10 営利法人(会社)       |                      |
|          |                                                                                     | 11 特定非営利活動法人(NPO) |                      |
|          |                                                                                     | 12 その他の法人         |                      |
|          |                                                                                     | 13 01～12以外        |                      |

(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。 |               | 15 01～12以外        |
|----------------------|---------------|-------------------|
| 1 苦情受付窓口を設置          | 3 共同で第三者委員を設置 | 5 1～4以外の取組を実施している |
| 2 苦情解決責任者を設置         | 4 単独で第三者委員を設置 |                   |

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

|                               |                                             |
|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 調査票記入者名・<br>担当部署と連絡先<br>(※必須) | (担当部署名)                                     |
|                               | (調査票記入者名)                                   |
| 上記以外連絡先<br>(携帯、FAX等)          | 電話 (            —            —            ) |
|                               |                                             |

【141介護予防認知症対応型通所介護・142認知症対応型通所介護】

記入者名 ( ) 電話番号 ( - )

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |        |      |            |      |      |     |     |     |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|------------|------|------|-----|-----|-----|
| (7) サービスの提供状況       | 現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。<br>「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |        |      |            |      |      |     |     |     |
|                     | 介護予防認知症対応型通所介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 定員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ※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。<br>※開催日数とは、利用者がいなくても事業所を開催していた日のことをいいます。 |        |      |            |      |      |     |     |     |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 9月中の開催日数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |        |      |            |      |      |     |     |     |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 9月中の利用者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 50px; height: 50px; background: linear-gradient(to top right, transparent 49%, black 49%, black 51%, transparent 51%);"></div> </div> </div> |                                                                                     | 要支援1   | 要支援2 | その他        |      |      |     |     |     |
|                     | 1 あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 利用実人員数(人)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |        |      |            |      |      |     |     |     |
|                     | 2 なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 利用延人員数(人)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |        |      |            |      |      |     |     |     |
| 認知症対応型通所介護          | 定員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。<br>※開催日数とは、利用者がいなくても事業所を開催していた日のことをいいます。                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |        |      |            |      |      |     |     |     |
|                     | 9月中の開催日数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |        |      |            |      |      |     |     |     |
|                     | 9月中の利用者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 50px; height: 50px; background: linear-gradient(to top right, transparent 49%, black 49%, black 51%, transparent 51%);"></div> </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 利用延人員数(人)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |        |      |            |      |      |     |     |     |
| (8) 事業所の形態          | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>1 単独型</span> <span>2 併設型</span> <span>3 共用型</span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |        |      |            |      |      |     |     |     |
| (9) 社会福祉法人等による軽減の状況 | <div style="display: flex; align-items: center;"> <span>1 実施している</span> <span style="margin: 0 10px;">→</span> <span>9月中の軽減者数</span> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 人 </div> <span>(生活保護受給者等は含みません)</span> </div> <div style="margin-top: 5px;"> <span>2 実施していない</span> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |        |      |            |      |      |     |     |     |
| (10) 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |        |      | 5 調理員      |      |      |     |     |     |
|                     | 2 看護師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |        |      | 6 管理栄養士    |      |      |     |     |     |
|                     | 3 准看護師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |        |      | 7 栄養士      |      |      |     |     |     |
|                     | 4 機能訓練指導員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |        |      | 8 歯科衛生士    |      |      |     |     |     |
|                     | 4のうち理学療法士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |        |      | 9 生活相談員    |      |      |     |     |     |
|                     | 4のうち作業療法士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |        |      | 9のうち社会福祉士  |      |      |     |     |     |
|                     | 4のうち言語聴覚士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |        |      | 10 介護職員    |      |      |     |     |     |
|                     | 4のうち柔道整復師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |        |      | 10のうち介護福祉士 |      |      |     |     |     |
|                     | 4のうちあん摩マッサージ指圧師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |        |      | 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。<br>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。<br>※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。<br>※ 「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。<br>(換算数の詳細は手引きを参照してください。)                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |        |      |            |      |      |     |     |     |
|                     | (11) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 平成21年10月1日～平成22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 |      | 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(過去一年間)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 平成21年10月1日～平成22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 |      | 受け入れた延人数   |      |      |     | 人日  |     |

【141介護予防認知症対応型通所介護・142認知症対応型通所介護】については以上です。  
他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【151介護予防認知症対応型共同生活介護・152認知症対応型共同生活介護】

記入者名 ( ) 電話番号 ( - - )

|                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                        |  |                                       |  |      |  |                  |  |      |  |        |  |        |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|------|--|------------------|--|------|--|--------|--|--------|--|--|--|
| (13) サービスの提供状況                                                        |  | 現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。<br>「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                        |  |                                       |  |      |  |                  |  |      |  |        |  |        |  |  |  |
|                                                                       |  | 定 員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 人                                                      |  | ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。 |  |      |  |                  |  |      |  |        |  |        |  |  |  |
|                                                                       |  | 9月中の利用者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 9月末日の利用者数(人)                                           |  | 要支援2                                  |  | その他  |  |                  |  |      |  |        |  |        |  |  |  |
|                                                                       |  | 1 あり →<br>2 なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                        |  |                                       |  |      |  |                  |  |      |  |        |  |        |  |  |  |
| (14) ユニット及び居室の状況                                                      |  | 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 →<br>2 なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                        |  |                                       |  |      |  |                  |  |      |  |        |  |        |  |  |  |
|                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | うち「短期利用」の利用者数(人)                                       |  |                                       |  |      |  |                  |  |      |  |        |  |        |  |  |  |
| ※ 平均家賃は、整数で記入してください。                                                  |  | ユニット数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 2人室                                                    |  |                                       |  | 個室   |  |                  |  |      |  |        |  |        |  |  |  |
|                                                                       |  | ユニット                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 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 数                                                    |  | 円                                     |  | 室 数  |  | 円                |  |      |  |        |  |        |  |  |  |
|                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                        |  |                                       |  |      |  |                  |  |      |  |        |  |        |  |  |  |
| (15) 従事者数<br><br>* 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。 |  | 1 介護職員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 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)1のうち<br>看護師<br><br>(2)1のうち<br>准看護師<br><br>(3)1のうち<br>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、換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$<br>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。<br>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。<br>※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。<br>(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。)<br>※ 「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。<br>(換算数の詳細は手引きを参照してください。) |  |                                                        |  |                                       |  |      |  |                  |  |      |  |        |  |        |  |  |  |
|                                                                       |  | (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21年10月1日～平成22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21年10月1日～平成22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。

【161 地域密着型特定施設入居者生活介護】

記入者名 ( )

電話番号 ( - )

|                                  |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                     |      |                                       |                     |      |      |          |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------|---------------------|------|------|----------|
| (18) サービスの提供状況                   | 現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。<br>「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。                                                                         |                                                                                                                                                                     |      |                                       |                     |      |      |          |
|                                  | 地域密着型特定施設入居者生活介護                                                                                                                                                    | 定 員                                                                                                                                                                 | 人    | ※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<br>1 あり →<br>2 なし                                                                                                                                           | 9月末日の利用者数(人)                                                                                                                                                        | 要介護1 | 要介護2                                  | 要介護3                | 要介護4 | 要介護5 | 要介護認定申請中 |
| (19) 事業所の形態                      | 有料老人ホーム ( 1 サテライト型以外 2 サテライト型 )<br>軽費老人ホーム ( 3 サテライト型以外 4 サテライト型 )<br>介護老人ホーム ( 5 サテライト型以外 6 サテライト型 )<br>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 )                        |                                                                                                                                                                     |      |                                       |                     |      |      |          |
| (20) 居室の状況                       | 居室(室)                                                                                                                                                               | 個室(夫婦部屋含む)                                                                                                                                                          | 2人室  | 3人室                                   | 4人室                 |      |      |          |
| (21) 従 事 者 数                     | 1 介護職員                                                                                                                                                              | 常勤専従                                                                                                                                                                | 常勤兼務 | 非常勤                                   | 6 機能訓練指導員           | 常勤専従 | 常勤兼務 | 非常勤      |
|                                  | 1のうち<br>介護福祉士                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                     |      |                                       | 6のうち<br>理学療法士       |      |      |          |
|                                  | 2 生活相談員                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                     |      |                                       | 6のうち<br>作業療法士       |      |      |          |
|                                  | 2のうち<br>社会福祉士                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                     |      |                                       | 6のうち<br>言語聴覚士       |      |      |          |
|                                  | 3 看護師                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                     |      |                                       | 6のうち<br>柔道整復師       |      |      |          |
|                                  | 4 准看護師                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                     |      |                                       | 6のうち<br>あん摩マッサージ指圧師 |      |      |          |
|                                  | 5 計画作成担当者                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                     |      |                                       | 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。<br>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。<br>※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。                              |                                                                                                                                                                     |      |                                       |                     |      |      |          |
|                                  | 換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$<br>(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。)<br>(換算数の詳細は手引書を参照してください。)                         |                                                                                                                                                                     |      |                                       |                     |      |      |          |
|                                  | (22) 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21年10月1日～平成22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。<br>1 受け入れあり → { 過去1年間で実習生を受け入れた日数 <input type="text"/> 日/365日<br>2 受け入れなし { 受け入れた延人数 <input type="text"/> 人日 |      |                                       |                     |      |      |          |
| (23) 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21年10月1日～平成22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。<br>1 受け入れあり → { 過去1年間で実習生を受け入れた日数 <input type="text"/> 日/365日<br>2 受け入れなし { 受け入れた延人数 <input type="text"/> 人日 |                                                                                                                                                                     |      |                                       |                     |      |      |          |

【161 地域密着型特定施設入居者生活介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

|                                                                                                                                             |                                                                                                                       |                          |           |                                       |      |      |      |      |               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|---------------------------------------|------|------|------|------|---------------|--|
| 現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(9月中の営業日数)を記入してください。<br>「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<br>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)<br>2 実施していない                                                                   |                          |           |                                       |      |      |      |      |               |  |
| (27) 従事者数                                                                                                                                   | * 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                  |           | 常勤専従                                  | 常勤兼務 | 換算数  | 非常勤  | 換算数  | 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 介護職員基礎研修課程修了者    |           |                                       |      |      |      |      | (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 看護師   |  |
|                                                                                                                                             |                                                                                                                       | (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 |  |
|                                                                                                                                             |                                                                                                                       | 2 オペレーター                 |           |                                       |      |      |      |      | (5)3のうち 介護福祉士 |  |
|                                                                                                                                             |                                                                                                                       | (1)2のうち 医師               |           |                                       |      |      |      |      | 4 その他の職員      |  |
|                                                                                                                                             |                                                                                                                       | (2)2のうち 保健師              |           |                                       |      |      |      |      |               |  |
|                                                                                                                                             |                                                                                                                       | (3)2のうち 看護師              |           |                                       |      |      |      |      |               |  |
|                                                                                                                                             |                                                                                                                       | (4)2のうち 准看護師             |           |                                       |      |      |      |      |               |  |
| (5)2のうち 社会福祉士                                                                                                                               |                                                                                                                       |                          |           |                                       |      |      |      |      |               |  |
| (6)2のうち 介護福祉士                                                                                                                               |                                                                                                                       |                          |           |                                       |      |      |      |      |               |  |
| (7)2のうち 介護支援専門員                                                                                                                             |                                                                                                                       |                          |           |                                       |      |      |      |      |               |  |
| (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。<br>※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。                                           |                                                                                                                       |                          |           |                                       |      |      |      |      |               |  |
| 換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数}}$<br>(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。)<br>(換算数の詳細は手引きを参照してください。) |                                                                                                                       |                          |           |                                       |      |      |      |      |               |  |
| (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21年10月1日～平成22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。<br>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<br>2 受け入れなし 受け入れた延人数 人日 |                          |           |                                       |      |      |      |      |               |  |

記入者名 ( )

電話番号 ( - - )

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

(29) サービスの  
提供状況

|                                                         |    |           |  |             |  |      |  |             |  |     |  |
|---------------------------------------------------------|----|-----------|--|-------------|--|------|--|-------------|--|-----|--|
| 登録定員                                                    |    | 人         |  | 宿泊サービスの利用定員 |  | 人    |  | 通いサービスの利用定員 |  | 人   |  |
| 9月中の利用者                                                 |    | 1 あり      |  | 2 なし        |  | 要支援1 |  | 要支援2        |  | その他 |  |
| 事業所を利用した利用実人員数(人)                                       |    |           |  |             |  |      |  |             |  |     |  |
| 事業所を利用した利用延人員数(人)                                       |    |           |  |             |  |      |  |             |  |     |  |
| ※<br>計上<br>する<br>場合<br>は、<br>それぞれ<br>に<br>記載<br>してください。 | 宿泊 | 利用実人員数(人) |  |             |  |      |  |             |  |     |  |
|                                                         |    | 利用延人員数(人) |  |             |  |      |  |             |  |     |  |
|                                                         | 通い | 利用実人員数(人) |  |             |  |      |  |             |  |     |  |
|                                                         |    | 利用延人員数(人) |  |             |  |      |  |             |  |     |  |
|                                                         | 訪問 | 利用実人員数(人) |  |             |  |      |  |             |  |     |  |
|                                                         |    | 利用延人員数(人) |  |             |  |      |  |             |  |     |  |

|                                                         |    |           |  |             |  |      |  |             |  |      |  |
|---------------------------------------------------------|----|-----------|--|-------------|--|------|--|-------------|--|------|--|
| 登録定員                                                    |    | 人         |  | 宿泊サービスの利用定員 |  | 人    |  | 通いサービスの利用定員 |  | 人    |  |
| 9月中の利用者                                                 |    | 1 あり      |  | 2 なし        |  | 要介護1 |  | 要介護2        |  | 要介護3 |  |
| 事業所を利用した利用実人員数(人)                                       |    |           |  |             |  |      |  |             |  |      |  |
| 事業所を利用した利用延人員数(人)                                       |    |           |  |             |  |      |  |             |  |      |  |
| ※<br>計上<br>する<br>場合<br>は、<br>それぞれ<br>に<br>記載<br>してください。 | 宿泊 | 利用実人員数(人) |  |             |  |      |  |             |  |      |  |
|                                                         |    | 利用延人員数(人) |  |             |  |      |  |             |  |      |  |
|                                                         | 通い | 利用実人員数(人) |  |             |  |      |  |             |  |      |  |
|                                                         |    | 利用延人員数(人) |  |             |  |      |  |             |  |      |  |
|                                                         | 訪問 | 利用実人員数(人) |  |             |  |      |  |             |  |      |  |
|                                                         |    | 利用延人員数(人) |  |             |  |      |  |             |  |      |  |

(30) 宿泊室の状況

個室の数  室 個室以外の宿泊室の数  室

(31) 宿泊費の状況

各居室の種類ごとに、事業所が設定している料金の高い順に記入してください。

|         |   |   |   |   |   |   |
|---------|---|---|---|---|---|---|
| 宿泊費(月額) | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 室 定 員   | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 室 数     | 室 | 室 | 室 | 室 | 室 | 室 |

(32) 社会福祉法人  
等による経費  
の 状 況

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

(33) 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 介護職員                                               |              |      |     |     |     | 2 介護支援専門員 |      |      |     |     |     |
| * 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。 | (1)1のうち看護師   |      |     |     |     | 3 その他の職員  |      |      |     |     |     |
|                                                      | (2)1のうち准看護師  |      |     |     |     |           |      |      |     |     |     |
|                                                      | (3)1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。  
※ 常勤専従は換算数の記入は不要です。

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

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

(34) 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21年10月1日～平成22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/355日

2 受け入れなし → 受け入れた延人数  人日

(35) 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21年10月1日～平成22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/355日

2 受け入れなし → 受け入れた延人数  人日

秘

統計法に基づく一般統計調査

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

[illegible]

シール貼り付け (バーコード)

|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |  |      |           |                      |                                                                                         |         |                   |                |             |                    |           |         |       |            |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--|------|-----------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|----------------|-------------|--------------------|-----------|---------|-------|------------|--|
| (1) 法人名 (運営法人名を記入してください。)                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |  |      |           |                      |                                                                                         |         |                   |                |             |                    |           |         |       |            |  |
| (2) 施設名                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |  |      |           |                      |                                                                                         |         |                   |                |             |                    |           |         |       |            |  |
| (3) 施設の所在地                                                                              | 〒 TEL (       ) - (       ) - (       )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |  |      |           |                      |                                                                                         |         |                   |                |             |                    |           |         |       |            |  |
| (4) 開設主体                                                                                | <p>※該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。</p> <table border="0"> <tr> <td>開設主体</td> <td>01 国・都道府県</td> <td>07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)</td> </tr> <tr> <td rowspan="5"><div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div></td> <td>02 市区町村</td> <td>08 社団・財団法人(公益・一般)</td> </tr> <tr> <td>03 広域連合・一部事務組合</td> <td>09 営利法人(会社)</td> </tr> <tr> <td>04 日本赤十字社・社会保険関係団体</td> <td>10 その他の法人</td> </tr> <tr> <td>05 医療法人</td> <td>11 個人</td> </tr> <tr> <td>06 社会福祉協議会</td> <td></td> </tr> </table> |                      |  | 開設主体 | 01 国・都道府県 | 07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) | <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> | 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 |  |
| 開設主体                                                                                    | 01 国・都道府県                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) |  |      |           |                      |                                                                                         |         |                   |                |             |                    |           |         |       |            |  |
| <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |  |      |           |                      |                                                                                         |         |                   |                |             |                    |           |         |       |            |  |
| (5) 施設の種別                                                                               | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |  |      |           |                      |                                                                                         |         |                   |                |             |                    |           |         |       |            |  |
| (6) サービスの状況                                                                             | <p>・ 9月30日現在、食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。</p> <p>・ 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、事業所名等を記入してください。</p> <p>・ 休止層や廃止層を提出している場合は「休止中」「廃止」に○をつけてください。以降の設問には記入不要です。</p> <p>・ サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この調査票を事業所内で回覧の上、記入してください。(同一法人、同一住所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください。)</p>                                                                                                                                                                                                        |                      |  |      |           |                      |                                                                                         |         |                   |                |             |                    |           |         |       |            |  |

| 短期入所療養介護              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 事業所番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 事業所名 | 活動状況 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |                                                   |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
|                       | 051<br>介護予防短期<br>入所療養介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   | <div>1 活動中</div> <div>2 休止中</div> <div>3 廃止</div> |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |                                                   |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |                                                   |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |                                                   |
| 052<br>短期入所<br>療養介護   | <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <div>1 活動中</div> <div>2 休止中</div> <div>3 廃止</div> |                                                   |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |                                                   |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |                                                   |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |                                                   |
| 事業所の種別<br><br>(複数回答可) | <div> <div>介護老人保健施設 (01 I型 02 II型 03 III型)</div> <div>11 診療所型</div> <div>ユニット型介護老人保健施設 (04 I型 05 II型 06 III型)</div> <div>12 ユニット型診療所型</div> <div>07 病院療養型</div> <div>13 認知症疾患型</div> <div>08 ユニット型病院療養型</div> <div>14 ユニット型認知症疾患型</div> <div>09 病院経過型</div> <div>15 認知症経過型</div> <div>10 ユニット型病院経過型</div> </div>                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |                                                   |

|             | 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<br>介護予防通所<br>リハビリテーション                                                              |                                                                                                                                                                                          | 1<br>活動中      2<br>休止中      3<br>廃止 |  |
|             | 062<br>通所リハビリテーション                                                                      |                                                                                                                                                                                          | 1<br>活動中      2<br>休止中      3<br>廃止 |  |
|             | 事業所の種別                                                                                  | ※該当する番号を1つ、左の欄に記入してください。                                                                                                                                                                 |                                     |  |
| 事業所の種別      | <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div> | 通常規模の事業所    (    01   介護老人保健施設    02   病院    03   診療所    )<br>大規模の事業所(Ⅰ)   (    04   介護老人保健施設    05   病院    06   診療所    )<br>大規模の事業所(Ⅱ)   (    07   介護老人保健施設    08   病院    09   診療所    ) |                                     |  |

【051 介護予防短期入所療養介護 ・ 052 短期入所療養介護】の状況

| 現在指定を受けて活動中のサービスについて記入してください。<br>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。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| (7) サービスの提供状況                                                            | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>介護予防短期入所療養介護</p> <p>空床利用型ですか    1 はい    2 いいえ    →    指定病床数 <input style="width: 50px;" type="text"/> 床</p> <p>9月中の利用者    1 あり    2 なし</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>利用実人員数(人)</td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>利用日数合計(日)</td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> </div> <div style="width: 35%; font-size: small;"> <p>※ 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。</p> <p>※空床利用型の場合でも、利用者ありの場合は、「利用実人員数」「利用日数合計」にご記入ください。</p> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           | 要支援1                                      | 要支援2                                      | その他                                       | 利用実人員数(人)                                 | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> | 利用日数合計(日)                                 | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> |                                           |                                           |           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |
|                                                                          | 要支援1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 要支援2                                      | その他                                       |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |
| 利用実人員数(人)                                                                | <input style="width: 50px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |
| 利用日数合計(日)                                                                | <input style="width: 50px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |
|                                                                          | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>短期入所療養介護</p> <p>空床利用型ですか    1 はい    2 いいえ    →    指定病床数 <input style="width: 50px;" type="text"/> 床</p> <p>9月中の利用者    1 あり    2 なし</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 12.5%;">要介護1</th> <th style="width: 12.5%;">要介護2</th> <th style="width: 12.5%;">要介護3</th> <th style="width: 12.5%;">要介護4</th> <th style="width: 12.5%;">要介護5</th> <th style="width: 12.5%;">その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>利用実人員数(人)</td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>利用日数合計(日)</td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> </div> <div style="width: 35%; font-size: small;"> <p>※ 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。</p> <p>※空床利用型の場合でも、利用者ありの場合は、「利用実人員数」「利用日数合計」にご記入ください。</p> </div> </div> |                                           | 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)                                 | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> | 利用日数合計(日) | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> |
|                                                                          | 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)                                                                | <input style="width: 50px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |
| 利用日数合計(日)                                                                | <input style="width: 50px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 50px;" type="text"/> |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |
| (8) 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21年10月1日～平成22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。 <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 30%;">                         1 受け入れあり                     </div> <div style="width: 10%; text-align: center;">→</div> <div style="width: 60%;">                         過去1年間で実習生を受け入れた日数 <input style="width: 50px;" type="text"/> 日 / 365日                     </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 30%;">                         2 受け入れなし                     </div> <div style="width: 10%; text-align: center;">→</div> <div style="width: 60%;">                         受け入れた延人数 <input style="width: 50px;" type="text"/> 人日                     </div> </div> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |
| (9) 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21年10月1日～平成22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。 <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 30%;">                         1 受け入れあり                     </div> <div style="width: 10%; text-align: center;">→</div> <div style="width: 60%;">                         過去1年間で実習生を受け入れた日数 <input style="width: 50px;" type="text"/> 日 / 365日                     </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 30%;">                         2 受け入れなし                     </div> <div style="width: 10%; text-align: center;">→</div> <div style="width: 60%;">                         受け入れた延人数 <input style="width: 50px;" type="text"/> 人日                     </div> </div> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |                                           |

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

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| 調査票記入者名・<br>担当部署と連絡先<br>(※必須) | (担当部署名)             |
|                               | (調査票記入者名)           |
|                               | 電話 (    -    -    ) |
| 上記以外連絡先<br>(携帯、FAX等)          |                     |

次ページにつづきます

【061 介護予防通所リハビリテーション・062 通所リハビリテーション】の状況

現在指定を受けて活動中のサービスについて記入してください。  
 開催日数とは、利用者がいなくても事業所を開催していた(利用者がいれば実施できる状態であった)日のことをいいます。  
 介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。  
 利用実人員数は利用回数に関係なく、1日利用した者も2日以上利用した者も「1」とカウントしてください。

(10) サービスの提供状況

介護予防通所リハビリテーション

定員  人 9月中の開催日数  日

9月中の利用者 1 ☐ あり 2 ☐ なし

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

通所リハビリテーション

定員  人 9月中の開催日数  日

9月中の利用者 1 ☐ あり 2 ☐ なし

|                             | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他 |
|-----------------------------|------|------|------|------|------|-----|
| 利用実人員数(人)                   |      |      |      |      |      |     |
| うち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)                   |      |      |      |      |      |     |
| うちリハビリテーションマネジメント実施延人員数(再掲) |      |      |      |      |      |     |

(11) 通所リハビリテーションの従事者数

施設に在籍する職員のうち、通所リハビリテーションの業務に携わっている者を記入してください。  
 ※常勤兼務と非常勤に記入した場合は、換算数を記入してください。

|           | 常勤専従 |    | 常勤兼務 |    | 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。常勤専従は換算数の記入は不要です。  
 ※「介護予防通所リハビリテーション」と「通所リハビリテーション」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。

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。)

(12) 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21年10月1日～平成22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

(13) 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21年10月1日～平成22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

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

|                  |            |
|------------------|------------|
| 調査票記入者名・担当部署と連絡先 | (担当部署名)    |
| (※必須)            | (調査票記入者名)  |
|                  | 電話 ( - - ) |
| 上記以外連絡先(携帯、FAX等) |            |

ご協力ありがとうございました



統計法に基づく一般統計調査

介護サービス施設・事業所調査  
介護保険施設利用者一覽票  
(平成22年10月1日調査)

※本票には、9の調査票を作成しない、出生月が偶数(2月、4月、6月、8月、10月、12月)の者のみ記入してください。

退所(院)者については記入する必要はありません。

一連番号

調査番号

( 枚のうち 枚目)

| 整理番号 | 性別      | 出生年月           |                       | 要介護度                   |
|------|---------|----------------|-----------------------|------------------------|
|      |         | 出生元号・年         | 出生月<br>(出生月に○をしてください) |                        |
| 1    | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 2    | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 3    | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 4    | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 5    | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 6    | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 7    | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 8    | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 9    | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 10   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 11   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 12   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 13   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 14   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 15   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 16   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 17   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 18   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 19   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 20   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 21   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 22   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 23   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 24   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 25   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 26   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 27   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 28   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 29   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |
| 30   | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 6 その他 |

裏面につづきます

[illegible]

※介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設【病院】の在所(院)者については、利用者の出生月が奇数(1月、3月、5月、7月、9月、11月)の者のみ記入してください。

※退所(院)者及び介護療養型医療施設【診療所】の在院者については、出生月に関係なく、すべての者を記入してください。

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                                                                                              |                                    |                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 一連番号                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 1 在所(院)者                                                                                                                                                                                                     |                                    |                                                                                                                                                                                                              |
| 調査番号                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 2 退所(院)者                                                                                                                                                                                                     | 利用者<br>登録番号                        |                                                                                                                                                                                                              |
| (1) 性別                              | 1 男                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2 女               | (2) 利用者の住所                                                                                                                                                                                                   | 同一都道府県内(1 同一市区町村 2 他の市区町村) 3 他都道府県 |                                                                                                                                                                                                              |
| (3) 出生年月<br>※①、②のうち、該当する方に記入してください。 | ① 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設【病院】の在所(院)者<br>↓<br>1 明治 2 大正 3 昭和 <input type="text"/> 年 1月 3月 5月 7月 9月 11月<br>(出生月に○をしてください)                                                                                                                                                                                                                                                               |                   | ② すべての施設の退所(院)者、介護療養型医療施設【診療所】の在院者<br>↓<br>1 明治 2 大正 3 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月                                                                                                      |                                    |                                                                                                                                                                                                              |
| (4) 入・退所(院)の状況                      | 入所(院)前の場所/退所(院)後の行先<br>01 家庭 05 病院(介護療養型) 09 診療所(介護療養型) 13 その他<br>02 介護老人福祉施設 06 病院(医療療養病床) 10 診療所(介護療養型以外)<br>03 その他の社会福祉施設 07 病院(一般病床) 11 施設内での死亡<br>04 介護老人保健施設 08 病院(05～07以外) 12 入院先での死亡<br>入所(院)日 入所(院)前の場所 退所(院)日 退所(院)後の行先<br>1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 平成 22年 9月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> |                   |                                                                                                                                                                                                              |                                    |                                                                                                                                                                                                              |
| (5) 要介護度                            | 1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                                                                                                                                                                                              |                                    |                                                                                                                                                                                                              |
| (6) 一年前の要介護度の状況                     | 平成21年10月1日現在(一年前)の要介護度について、該当する番号を1つ、○で囲んでください。<br>なお、要介護度が不明の場合は、「09 不明」を○で囲んでください。<br>01 要介護1 02 要介護2 03 要介護3 04 要介護4 05 要介護5<br>06 要支援1 07 要支援2 08 その他 09 不明                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                                                                                              |                                    |                                                                                                                                                                                                              |
| (7) 主病名                             | 病名番号 <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                                                                                                                                                                                              |                                    |                                                                                                                                                                                                              |
| (8) 認知症高齢者の日常生活自立度                  | 1 ランクⅠ 2 ランクⅡ 3 ランクⅢ 4 ランクⅣ 5 ランクⅤ 6 認知症なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                              |                                    |                                                                                                                                                                                                              |
| (9) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)            | 1 ランクⅠ 2 ランクⅡ 3 ランクⅢ 4 ランクⅣ 5 障害なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |                                                                                                                                                                                                              |                                    |                                                                                                                                                                                                              |
| (10) 負担程度額認定の状況                     | 1 第1段階 2 第2段階 3 第3段階 4 1～3以外                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                                                                                                                                                                                              |                                    |                                                                                                                                                                                                              |
| (11) 利用料<br>※9月中の本人負担分              | 1 介護サービス費(自己負担分) 円 7 日用品費 円<br>2 食費 円 8 療養費 円<br>3 居住費 円 9 私物の洗濯費 円<br>4 特別な室料 円 10 あずかり金の管理費 円<br>5 特別な食費 円 11 その他 円<br>6 理美容費 円                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                                                                                              |                                    |                                                                                                                                                                                                              |
| (12) 医療処置等の状況<br>※9月中に受けた医療処置       | 施設内での処置                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 日中<br>(午前6時～午後6時) | 01 点滴 07 酸素療法 13 透析 18 服薬<br>02 膀胱カテーテル 08 気管切開 14 ドレーン 19 その他<br>03 人工呼吸器 09 人工呼吸器 15 モニター測定 20 医療処置なし<br>(心拍・血圧・酸素飽和度)<br>04 人工肛門 10 中心静脈栄養 16 じよく瘡の処置(Ⅱ度以上)<br>05 喀痰吸引 11 経管栄養 17 疼痛管理<br>06 ネブライザー 12 胃瘻 | 夜間および深夜                            | 01 点滴 07 酸素療法 13 透析 18 服薬<br>02 膀胱カテーテル 08 気管切開 14 ドレーン 19 その他<br>03 人工呼吸器 09 人工呼吸器 15 モニター測定 20 医療処置なし<br>(心拍・血圧・酸素飽和度)<br>04 人工肛門 10 中心静脈栄養 16 じよく瘡の処置(Ⅱ度以上)<br>05 喀痰吸引 11 経管栄養 17 疼痛管理<br>06 ネブライザー 12 胃瘻 |
|                                     | 他の医療機関等での処置                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 日中<br>(午前6時～午後6時) | 01 点滴 07 酸素療法 13 透析 18 服薬<br>02 膀胱カテーテル 08 気管切開 14 ドレーン 19 その他<br>03 人工呼吸器 09 人工呼吸器 15 モニター測定 20 医療処置なし<br>(心拍・血圧・酸素飽和度)<br>04 人工肛門 10 中心静脈栄養 16 じよく瘡の処置(Ⅱ度以上)<br>05 喀痰吸引 11 経管栄養 17 疼痛管理<br>06 ネブライザー 12 胃瘻 | 夜間および深夜<br>(午後6時～午前6時)             | 01 点滴 07 酸素療法 13 透析 18 服薬<br>02 膀胱カテーテル 08 気管切開 14 ドレーン 19 その他<br>03 人工呼吸器 09 人工呼吸器 15 モニター測定 20 医療処置なし<br>(心拍・血圧・酸素飽和度)<br>04 人工肛門 10 中心静脈栄養 16 じよく瘡の処置(Ⅱ度以上)<br>05 喀痰吸引 11 経管栄養 17 疼痛管理<br>06 ネブライザー 12 胃瘻 |

注:「日中」から処置を始めて、「夜間および深夜」に処置が終わった場合はそれぞれに○をお願いします。



統計法に基づく一般統計調査

介護サービス施設・事業所調査  
訪問看護ステーション利用者一覧票  
(平成22年10月1日調査)

※ 本票には、利用者の出生月が偶数（2月、4月、6月、8月、10月、12月）の者のみ記入してください。

\* 通番号

\* 調査番号

( 枚のうち 枚目)

| 登録番号 | 性別   | 出生年月                |                       | 要介護       | 要支援 | その他 |
|------|------|---------------------|-----------------------|-----------|-----|-----|
|      |      | 出生元号・年              | 出生月<br>(出生月に○をしてください) |           |     |     |
| 1    | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 2    | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 3    | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 4    | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 5    | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 6    | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 7    | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 8    | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 9    | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 10   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 11   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 12   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 13   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 14   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 15   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 16   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 17   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 18   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 19   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 20   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 21   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 22   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 23   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 24   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 25   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 26   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 27   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 28   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 29   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |
| 30   | 1男2女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 2月 4月 6月 8月 10月 12月 | 1 2 3 4 5 | 1 2 | その他 |

[illegible]

ご協力ありがとうございました



統計法に基づく一般統計調査

介護サービス施設・事業所調査  
訪問看護ステーション利用者個票  
(平成22年10月1日調査)

※ 本票には、利用者の出生月が奇数（1月、3月、5月、7月、9月、11月）の者のみ記入してください。

一連番号

調査番号

利用者  
整理番号

|                              |                                                                                                                                                                                   |   |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| (1) 性別                       | 1 男 2 女                                                                                                                                                                           |   |
| (2) 出生年月<br>(出生月に○をしてください)   | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 1月 3月 5月 7月 9月 11月                                                                                                                     |   |
| (3) 適用法等（支払方法）<br>(複数回答)     | 01 介護保険法 06 原爆被爆者援護法<br>02 後期高齢者医療制度 07 特定疾患治療研究事業<br>03 健康保険法等 08 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業<br>04 障害者自立支援法 09 心身喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律<br>05 生活保護法 10 その他(上記04～09以外の公費負担医療等) |   |
| (4) 指示書の種類<br>(複数回答)         | 1 訪問看護指示書 2 在宅患者訪問点滴注射指示書<br>3 精神訪問看護指示書 4 特別訪問看護指示書                                                                                                                              |   |
| (5) 要介護度                     | 1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5<br>6 要支援1 7 要支援2 8 その他                                                                                                                         |   |
| (6) 主傷病名                     | 傷病番号 <input type="text"/>                                                                                                                                                         |   |
| (7) 認知症高齢者の日常生活自立度           | 1 ランクⅠ 2 ランクⅡ 3 ランクⅢ 4 ランクⅣ 5 ランクⅤ 6 認知症なし                                                                                                                                        |   |
| (8) 障害高齢者の日常生活自立度<br>(寝たきり度) | 1 ランクⅠ 2 ランクⅡ 3 ランクⅢ 4 ランクⅣ 5 障害なし                                                                                                                                                |   |
| (9) 訪問先の状況                   | 1 自宅<br>2 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護<br>3 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護<br>4 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設<br>5 その他                                                    |   |
| (10) 同居家族の状況                 | 同居者の状況について該当する番号すべてを○で囲んでください<br>1 夫又は妻 2 息子 3 娘 4 息子の妻 5 娘の夫<br>6 父母 7 孫 8 その他 9 一人暮らし                                                                                           |   |
| (11) 利用料<br>※9月中の本人負担分       | 1 介護保険法の法定代理受領にかかる自己負担額                                                                                                                                                           | 円 |
|                              | 2 介護保険法の支給限度額を超えたサービス費                                                                                                                                                            | 円 |
|                              | 3 健康保険法等の基本利用料                                                                                                                                                                    | 円 |
|                              | 4 交通費                                                                                                                                                                             | 円 |
|                              | 5 延長料金                                                                                                                                                                            | 円 |
|                              | 6 営業日以外の日又は営業時間以外の時間の料金                                                                                                                                                           | 円 |
|                              | 7 その他                                                                                                                                                                             | 円 |
| (12) 他の訪問看護ステーションの利用状況       | 9月中に他の訪問看護ステーションの利用はありましたか<br>1 あり ⇨ <input type="text"/> 箇所 2 なし<br>※当該訪問看護ステーションを除いた箇所数を記入ください                                                                                  |   |