



(令和元年10月1日調査)

厚生労働省

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

裏面につづきます

(8) 施設サービスの状況	9 月末日の在所要者数					
	9 月末日時点で在所要者はいましたか。1 いた 2 いない					
	短期入所生活介護(ショートステイ)床の利用者は含めないでください。					
	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	要介護認定申請中
	人	人	人	人	人	人
	短期入所生活介護(ショートステイ)床が空床利用型の場合の短期入所生活介護(ショートステイ)利用者数					人
(再掲)		9 月末日の在所要者のうち、やむを得ない事由により介護保険法による施設への入所が困難であり、市町村の措置により入所している者			人	
(9) 苦情解決のための取組状況(複数回答)	該当する番号をすべて○で囲んでください。 1 苦情受付窓口を設置 3 共同で第三者委員を設置 5 1～4 以外の取組を実施している 2 苦情解決責任者を設置 4 単独で第三者委員を設置					
(10) 夜勤時間帯における勤務体制	令和元年 9 月 30 日から 10 月 1 日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の勤務体制を記入してください。 例えば、夕方から午前 0 時までが 4 名、午前 0 時から 8 時までが 3 名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は 7 名ではなく、3 名となります。 看護職員、介護職員のいずれについても回答してください(該当する職員がいない場合は、「2 いない」を○で囲んでください)。					
(11) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	夜勤を行った看護職員がいましたか。			夜勤を行った介護職員がいましたか。		
	1 いた 2 いない			1 いた 2 いない		
	夜勤を行った看護職員 人			夜勤を行った介護職員 人		
(12) サテライト型地域密着型介護老人福祉施設の運営状況	9 月中(令和元年 9 月 1 日～30 日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)及び延べ夜勤回数を記入してください。 看護職員、介護職員のいずれについても回答してください(該当する職員がいない場合は、「0」を記入してください)。					
	看護職員	実人員数	人	介護職員	実人員数	人
	延べ夜勤回数	回		延べ夜勤回数	回	
(13) 併設の状況(複数回答)	同一法人(法人が異なっても実質的に同一経営の場合を含む。)が、同一または隣接する敷地内で運営している、異なる事業所について、該当する番号をすべて○で囲んでください。 1 短期入所生活介護事業所 3 認知症対応型通所介護事業所 5 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)事業所 2 通所介護事業所 4 小規模多機能型居宅介護事業所 6 1～5 との併設はない					
(14) 従事者数	※雇用形態にかかわらず、施設が定める 1 週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。 ※「常勤専従」には、「常勤専従」分は含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。 ※「換算数」には、「常勤専従」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。					
★機能訓練指導員の再掲欄において、当該職員が複数の資格を有している場合は、主に従事している資格を 1 つ決めた上で、当該資格欄に記入してください。	換算数 = 従事者の 1 週間の勤務延時間数(残業は除く) ÷ 当該施設において常勤の従事者が勤務すべき 1 週間の時間数(所定労働時間) (1 週間の時間数が 32 時間を下回る場合は分母を 32 時間としてください。)(換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。) 小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで計上してください。得られた結果が 0.1 に満たない場合は「0.1」と計上してください。					
	常勤専従(人)	常勤専従(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)	
	1 施設長					11 機能訓練指導員
	2 医師					(1) 11 のうち理学療法士
	3 歯科医師					(2) 11 のうち作業療法士
	4 生活相談員					(3) 11 のうち言語聴覚士
	4 のうち社会福祉士					(4) 11 のうち看護師(5 の業務分除く)
	5 看護師					(5) 11 のうち准看護師(6 の業務分除く)
	6 准看護師					(6) 11 のうち柔道整復師
	7 介護職員					(7) 11 のうちあん摩マッサージ指圧師
	7 のうち介護福祉士					(8) 11 のうちはり師・きゅう師
	8 管理栄養士					12 障害者生活支援員
	9 栄養士					13 介護支援専門員
	10 歯科衛生士					14 調理員
						15 その他の職員
(補問) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合 介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者 人						

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

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

ご協力ありがとうございました

[illegible]

[注] 1 *印の箇所は施設では記入しないでください。

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

法人名														
施設名														
施設の所在地	〒 TEL()-()-()													
事業所番号					活動状況		1 活動中		2 休止中		3 廃止			
(1)開設年月	1 昭和		2 平成		3 令和		年		月		法人番号			
(2)開設主体	開設主体		該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。											
			01 都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 独立行政法人 05 日本赤十字社・社会保険関係団体 06 医療法人					07 社会福祉協議会 08 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 09 公益社団・財団法人 10 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外) 11 その他の法人 12 個人						
(3)介護報酬上の届出	介護保健施設 (1 I型 2 II型 3 III型 4 IV型) ユニット型介護保健施設 (5 I型 6 II型 7 III型 8 IV型)													
(4)在宅復帰・在宅療養支援機能加算の状況	「(3)介護報酬上の届出」の種別で、1、5(I型)に該当する施設のみ記入してください。 算定している在宅復帰・在宅療養支援機能加算について、該当する番号を○で囲んでください。													
	1 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I) 2 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(II) 3 算定していない													
(5)療養体制維持特別加算の状況	「(3)介護報酬上の届出」の種別で、2、6(II型)、3、7(III型)に該当する施設のみ記入してください。 算定している療養体制維持特別加算について、該当する番号を○で囲んでください。(1、2の両方に該当する場合があります。)													
	1 療養体制維持特別加算(I) 2 療養体制維持特別加算(II) 3 算定していない													
入所定員	一般棟入所定員				認知症専門棟入所定員									
	人				人									
(6)療養室の状況	多床室 ユニット型													
	4人室 3人室 2人室 従来型個室 夫婦等の2人室 個室(個室的多床室を含む)													
	一般棟室数 室 室 室 室 室 室 室													
(7)ユニットの状況	「(3)介護報酬上の届出」の種別でユニット型介護保健施設(I型、II型、III型、IV型)に該当する場合は記入してください。 なお、ユニット型として届け出た療養室について記入してください。													
	一般棟		ユニットの規模(定員)		人		人		人		人		人	
	ユニット数		ユニット		ユニット		ユニット		ユニット		ユニット		ユニット	
(8)居住費の状況	認知症専門棟		ユニットの規模(定員)		人		人		人		人		人	
	ユニット数		ユニット		ユニット		ユニット		ユニット		ユニット		ユニット	
	各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。 居住費の室数と(6)療養室の室数は一致させてください。													
(9)食費の状況	多床室		居住費(日額)		円		円		円		円		円	
	室定員		人室		人室		人室		人室		人室		人室	
	室数		室		室		室		室		室		室	
	従来型個室		居住費(日額)		円		円		円		円		円	
	室数		室		室		室		室		室		室	
	ユニット型個室的多床室(夫婦等の2人室を含む)		居住費(日額)		円		円		円		円		円	
	室定員		人室		人室		人室		人室		人室		人室	
	室数		室		室		室		室		室		室	
	ユニット型個室(夫婦等の2人室を含む)		居住費(日額)		円		円		円		円		円	
	室定員		人室		人室		人室		人室		人室		人室	
	室数		室		室		室		室		室		室	
	施設が設定している料金を日額で記入してください。 なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。													
1日あたりの食費														

(10)施設サービスの状況	9 月末日の在所要者数						
		9 月末日時点で在所要者はいましたか。		1 いた 2 いない			
		短期入所療養介護の利用者は含めないでください。					
		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	要介護認定申請中
	一 般 棟	人	人	人	人	人	人
認知症専門棟	人	人	人	人	人	人	

(11)夜勤時間帯における勤務体制	令和元年 9 月 30 日から 10 月 1 日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の勤務体制を記入してください。 例えば、夕方から午前 0 時までが 4 名、午前 0 時から 8 時までが 3 名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は 7 名ではなく、3 名となります。 看護職員、介護職員のいずれについても回答してください(該当する職員がいない場合は、「2 いない」を○で囲んでください)。	
	夜勤を行った看護職員がいましたか。 1 いた 2 いない 夜勤を行った看護職員 人	夜勤を行った介護職員がいましたか。 1 いた 2 いない 夜勤を行った介護職員 人

(12)夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9 月中(令和元年 9 月 1 日～30 日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)及び延べ夜勤回数を記入してください。 看護職員、介護職員のいずれについても回答してください(該当する職員がいない場合は、「0」を記入してください)。			
	看護職員 実人員数	人	介護職員 実人員数	人
	延べ夜勤回数	回	延べ夜勤回数	回

(13)従事者数	※雇用形態にかかわらず、施設が定める 1 週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。 ※『常勤兼務』には、『常勤専従』分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。 ※「換算数」には、『常勤兼務』または『非常勤』の人数分をそれぞれ計上します。									
	換算数 = 従事者の 1 週間の勤務延時間数(残業は除く) 当該施設において常勤の従事者が勤務すべき 1 週間の時間数(所定労働時間) (1 週間の時間数が 32 時間を下回る場合は分母を 32 時間としてください。)(換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。) 小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで計上してください。得られた結果が 0.1 に満たない場合は「0.1」と計上してください。									
	常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)	常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)
1 医 師						8 理 学 療 法 士				
2 歯 科 医 師						9 作 業 療 法 士				
3 薬 剤 師						10 言 語 聴 覚 士				
4 看 護 師						11 管 理 栄 養 士				
5 准 看 護 師						12 栄 養 士				
6 介 護 職 員						13 歯 科 衛 生 士				
6 の うち 介護福祉士						14 介護支援専門員				
7 支 援 相 談 員						15 調 理 員				
7 の うち 社会福祉士						16 その他の職員				

(補問) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合 介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者	人
--	---

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合 があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の 担当者の氏名と連絡先を記入してください。	調査票記入者名・ 担当部署と連絡先 (※必須)	(担当部署名)
		(調査票記入者名) ふりがな
	電話 (— —)	
	上記以外連絡先 (携帯、FAX 等)	

ご協力ありがとうございました

*一連番号							
*調査番号							

[注] 1 *印の箇所は施設では記入しないでください。

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

法人名																	
施設名																	
施設の所在地	〒 TEL ()-()-()																
事業所番号													活動状況	1 活動中	2 休止中	3 廃止	
法人番号																	
(1) 開設主体	開設主体		該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。														
			01 都道府県	02 市区町村	03 広域連合・一部事務組合	04 日本赤十字社・社会保険関係団体	05 医療法人	06 社会福祉協議会	07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	08 公益社団・財団法人	09 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外)	10 営利法人(会社)	11 その他の法人	12 個人			
(2) 介護報酬上の届出	病院療養型		(1 I 型	2 II 型	3 III 型)												
	ユニット型病院療養型		(1 I 型	2 II 型)													
	病院経過型		(1 I 型	2 II 型)													
	ユニット型病院経過型		(1 I 型	2 II 型)													
	診療所型		(1 I 型	2 II 型)													
	ユニット型診療所型		(1 I 型	2 II 型)													
	認知症疾患型		(1 I 型	2 II 型	3 III 型	4 IV 型	5 V 型)										
(3) 療養機能強化型の届出の状況	ユニット型認知症疾患型		(1 I 型	2 II 型)													
	認知症経過型		(1 I 型	2 II 型)													
(4) 重度者等の基準の状況	「(2)介護報酬上の届出」の種別で、病院療養型(ユニット型含む)、診療所型(ユニット型含む)に該当する施設のみ記入してください。																
	療養機能強化型 A		療養機能強化型 B		療養機能強化型の届出はしていない												
(5) 病室の状況	「(2)介護報酬上の届出」の種別で、病院経過型(ユニット型含む)、認知症疾患型(ユニット型含む)、認知症経過型に該当する施設と「(3)療養機能強化型の届出の状況」で3に該当する施設のみ記入してください。																
	療養病床		(1 基準型	2 減算型)													
	老人性認知症疾患療養病床		(1 基準型	2 減算型)													
病床数	療養病床						老人性認知症疾患療養病床										
	介護指定病床を有する病棟の病床数						介護指定病床を有する病棟の病床数										
	うち介護指定病床数						うち介護指定病床数										
以下の(5)～(8)の項目は、「介護指定病床」についての状況を記入してください。																	
(6) ユニットの状況	多床室												従来型個室	ユニット型			
	5人以上室	4人室	3人室	2人室						夫婦等の2人室	個室(個室的多床室を含む)						
(7) 居住費の状況	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。												1日あたりの食費				
	居住費の室数と(5)病室の室数は一致させてください。																
	多床室	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円			
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室			
室数		室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室				
従来型個室	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円				
	室数	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室				
	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円				
ユニット型個室的多床室(夫婦等の2人室を含む)	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室				
	室数	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室				
	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円				
ユニット型個室(夫婦等の2人室を含む)	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室				
	室数	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室				
	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円				
(8) 食費の状況	施設が設定している料金を日額で記入してください。												1日あたりの食費				
	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。																

(9) 施設サービスの状況	「介護指定病床」における9月末日の在院者数						
		9月末日時点で在院者はいましたか。		1 いた		2 いない	
		短期入所療養介護の利用者は含めないでください。					
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護認定申請中
		療養病床	人	人	人	人	人
	老人性認知症疾患療養病棟	人	人	人	人	人	人

(10) 夜勤時間帯における勤務体制	令和元年9月30日から10月1日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の勤務体制を記入してください。 例えば、夕方から午前0時までが4名、午前0時から8時までが3名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は7名ではなく、3名となります。 看護職員、介護職員のいずれについても回答してください(該当する職員がいない場合は、「2 いない」を○で囲んでください)。	
	夜勤を行った看護職員がいましたか。 1 いた 2 いない → 夜勤を行った看護職員 人	夜勤を行った介護職員がいましたか。 1 いた 2 いない → 夜勤を行った介護職員 人

(11) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(令和元年9月1日～30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)及び延べ夜勤回数を記入してください。 看護職員、介護職員のいずれについても回答してください(該当する職員がいない場合は、「0」を記入してください)。					
	看護職員	実人員数	人	介護職員	実人員数	人
		延べ夜勤回数	回		延べ夜勤回数	回

(12) 従事者数	※雇用形態にかかわらず、施設が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。 ※『常勤兼務』には、『常勤専従』分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。 ※「換算数」には、『常勤兼務』または『非常勤』の人数分をそれぞれ計上します。												
	換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。) 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。												
施設に在籍する職員のうち、介護療養型医療施設サービスを行う病棟(診療所においては病室)の業務に携わる従事者について、職種別に記入してください。													
	常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)		常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)		
1 医師						8 管理栄養士							
2 歯科医師						9 栄養士							
3 薬剤師						10 理学療法士							
4 看護師						11 作業療法士							
5 准看護師						12 言語聴覚士							
6 介護職員						13 精神保健福祉士等							
6のうち介護福祉士						14 歯科衛生士							
7 介護支援専門員													

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

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

ご協力ありがとうございました



(令和元年10月1日調査)

4

*一連番号								
*調査番号								

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

法人名																																		
ステーション名																																		
ステーションの所在地	〒 TEL()-()-()																																	
法人番号																																		
(1) サービスの種類・事業所番号・ステーション名	・9月30日現在、貴事業所において指定を受けている下記の各事業について、「活動状況」の該当する番号を○で囲み、印字内容を確認してください。 ・事業所番号、ステーション名が印字されていない事業については、記入（追記）不要です。 ・「活動状況」は、休止届や廃止届を提出している場合は、「2 休止中」、「3 廃止」を○で囲んでください。その場合、以降は記入不要です。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>サービスの種類</th><th>事業所番号</th><th>ステーション名</th><th>活動状況(1つに○)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>041 介護予防訪問看護</td><td></td><td></td><td> 1 活動中 2 休止中 3 廃止 </td></tr> <tr> <td>042 訪問看護</td><td></td><td></td><td> 1 活動中 2 休止中 3 廃止 </td></tr> </tbody> </table>										サービスの種類	事業所番号	ステーション名	活動状況(1つに○)	041 介護予防訪問看護			1 活動中 2 休止中 3 廃止	042 訪問看護			1 活動中 2 休止中 3 廃止												
サービスの種類	事業所番号	ステーション名	活動状況(1つに○)																															
041 介護予防訪問看護			1 活動中 2 休止中 3 廃止																															
042 訪問看護			1 活動中 2 休止中 3 廃止																															
(2) 開設主体	※該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。 開設主体 01 都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 独立行政法人 05 日本赤十字社・社会保険関係団体 06 医療法人 07 医師会 08 看護協会 09 公益社团・財団法人(07、08以外) 10 一般社団・財団法人(07、08、09以外) 11 社会福祉協議会 12 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 13 農業協同組合及び連合会 14 消費生活協同組合及び連合会 15 営利法人(会社) 16 特定非営利活動法人(NPO) 17 01～16以外																																	
(3) 加算等の届出の状況	介護保険法 ※該当する番号をそれぞれにつき1つ○で囲んでください。 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>1 あり</th><th>2 なし</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>緊急時訪問看護加算の届出</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>特別管理体制の届出</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>ターミナルケア体制の届出</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算の届出</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>看護体制強化加算の届出</td><td>1 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 なし</td><td></td></tr> </tbody> </table> 健康保険法等 ※該当する番号をそれぞれにつき1つ○で囲んでください。 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>1 あり</th><th>2 なし</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>24時間対応体制加算の届出</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> 1 ありの場合 1 特別管理加算の届出あり 2 特別管理加算の届出なし											1 あり	2 なし	緊急時訪問看護加算の届出			特別管理体制の届出			ターミナルケア体制の届出			サービス提供体制強化加算の届出			看護体制強化加算の届出	1 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 なし			1 あり	2 なし	24時間対応体制加算の届出		
	1 あり	2 なし																																
緊急時訪問看護加算の届出																																		
特別管理体制の届出																																		
ターミナルケア体制の届出																																		
サービス提供体制強化加算の届出																																		
看護体制強化加算の届出	1 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 なし																																	
	1 あり	2 なし																																
24時間対応体制加算の届出																																		
(4) 出張所等(サテライト事業所)の状況	サテライト事業所数 事業所 9月中のサテライト事業所の利用実人員数 人 9月中のサテライト事業所からの訪問回数の合計 回																																	

次ページにつづきます

(6) 9 月 中 の 利 用 者	緊 急 時 等 の 利 用 状 況	介護保険法の利用者		介護予防 訪問看護	訪問看護 (介護給付)	健康保険法等の利用者			
		緊急時訪問看護加算に同意をしている実人員数		人	人	24時間対応体制加算に同意をしている実人員数		人	
		緊急時 訪問看護	利 用 実 人 員 数	人	人	緊急時 訪問看護	利 用 実 人 員 数	人	
			訪 問 回 数 の 合 計	回	回		訪 問 回 数 の 合 計	回	
	死 亡 に よ る の 死 者			介護保険法		健康保険法等			
				ターミナルケア加算		訪問看護ターミナルケア療養費			
				加算ありの利用者数	加算なしの利用者数	療養費ありの利用者数	療養費なしの利用者数		
		9 月 中 に 死 亡 し た 利 用 者 数		人	人	人	人		
		在宅で死亡した利用者数		人	人	人	人		
	在宅以外で死亡した利用者数		人	人	人	人			

ご協力ありがとうございました



介護サービス施設・事業所調査
居宅サービス事業所
(福祉関係)票
(令和元年10月1日調査)

5

厚生労働省

*一連番号								
*調査番号								

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

法 人 名	
事 業 所 名	
事業所の所在地	〒 TEL()-()-()
法 人 番 号	

サービスの種類・事業所番号・事業所名・活動状況

・9月30日現在、貴事業所において指定を受けている下記の各事業について、「活動状況」の該当する番号を○で囲み、印字内容を確認してください。

確認後は、サービスの種類ごとに右欄に示した回答ページへ進んでください。

・事業所番号、事業所名が印字されていない事業については、記入（追記）不要です。

・「活動状況」は、休止届や廃止届を提出している場合は、「2休止中」、「3廃止」を○で囲んでください。その場合、次ページ以降は記入不要です。

上記以外で利用者がいない場合も「1活動中」を○で囲み、回答ページへ進んでください。

・サービスの種類により記入者が異なる場合は、お手数ですが、調査票を事業所内で回覧の上、記入してください（同一法人・同一所在地の場合は、以下のサービスのうち、事業所番号、事業所名が印字されているサービスについて、調査票に記入してください）。

調査票は所在地ごとに送付しているため（同一法人・同一所在地の事業所に、まとめて送付）、別所在地におけるサービスの記入は不要です。

サービスの種類	事業所番号	事業所名	活動状況(1つに○)			回答ページ
072 通 所 介 護			1 活動中	2 休止中	3 廃止	2 ページ に記入して ください
081 介護予防短期 入所生活介護			1 活動中	2 休止中	3 廃止	3 ページ に記入して ください
082 短 期 入 所 生 活 介 護			1 活動中	2 休止中	3 廃止	
091 介護予防特定施設 入居者生活介護			1 活動中	2 休止中	3 廃止	4 ページ に記入して ください
092 特定施設入居者 生 活 介 護			1 活動中	2 休止中	3 廃止	
102 訪 問 介 護			1 活動中	2 休止中	3 廃止	5 ページ に記入して ください
111 介 護 予 防 訪問入浴介護			1 活動中	2 休止中	3 廃止	6 ページ に記入して ください
112 訪問入浴介護			1 活動中	2 休止中	3 廃止	
121 介 護 予 防 福祉用具貸与			1 活動中	2 休止中	3 廃止	
122 福祉用具貸与			1 活動中	2 休止中	3 廃止	7 ページ に記入して ください
131 特定介護予防 福祉用具販売			1 活動中	2 休止中	3 廃止	
132 特 定 福 祉 用 具 販 売			1 活動中	2 休止中	3 廃止	
191 介護予防支援			1 活動中	2 休止中	3 廃止	8 ページ に記入して ください
201 居宅介護支援			1 活動中	2 休止中	3 廃止	9 ページ に記入して ください

(1) 経営主体	該当する番号を1つ選択し、左の欄に記入してください。			
	経営主体	01 都道府県	06 医療法人	11 営利法人(会社)
		02 市区町村	07 公益社団・財団法人	12 特定非営利活動法人(NPO)
		03 広域連合・一部事務組合	08 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外)	13 その他の法人
		04 社会福祉協議会	09 農業協同組合及び連合会	14 01～13以外(個人を含む)
		05 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	10 消費生活協同組合及び連合会	
(2) 苦情解決のための 取組状況 (複数回答)	該当する番号をすべて○で囲んでください。			
	1 苦情受付窓口を設置	3 共同で第三者委員を設置	5 1～4以外の取組を実施している	
	2 苦情解決責任者を設置	4 単独で第三者委員を設置		

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

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

（記入ページのみを剥がしたりせず、冊子のままご返送ください。）

【072通所介護】

記入者名（ ） 電話番号（ - - ）

(3)事業所の形態
(複数回答)

事業所の形態について、該当する番号をすべて○で囲んでください。
1 通常規模型事業所 2 大規模型事業所(Ⅰ) 3 大規模型事業所(Ⅱ)

(4)サービスの提供状況

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

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

※開催日数には、利用者がいない日も含めます。

定員
(19人以上)

9月中の開催日数
(1～30日)

9月中の利用者

1 あり

2 なし

利用実人員数

利用延人員数

要介護1

要介護2

要介護3

要介護4

要介護5

その他
(自費利用者、
認定申請中の者)

(5)従事者数

注) (5)では、総合事業のみに従事する者、及び常勤兼務、非常勤の者が総合事業に従事する分(換算数)は含めません(記入の手引きを参照してください)。

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

換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$
(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。)
小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

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

(補間)※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合
介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者 人

(6)総合事業(従前の介護予防通所介護相当のサービス)の一体的な実施の状況

同一法人・同一所在地における総合事業(従前の介護予防通所介護相当のサービスに限る*)の一体的な実施の状況について、該当する番号を○で囲んでください。
※緩和した基準によるサービス等は含みません。

1 実施している

2 実施していない

総合事業(従前の介護予防通所介護相当のサービス)事業所の介護職員数

常勤専従
(人)

常勤兼務
(専従分除く)
(人)

換算数(人)

非常勤
(人)

換算数(人)

(補間2)補間1の従事者(常勤兼務・非常勤に限る)のうち、総合事業だけでなく通所介護事業所の介護職員としても勤務している者の人数 人

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

2

※(7)において「1 単独型」、「2 併設型」、「4 単独型ユニット型」、「5 併設型ユニット型」を○で囲んだ事業所は、以下(8)～(10)に回答してください。
 (「3 空床型」、「6 空床型ユニット型」のみを○で囲んだ事業所で他のサービスを提供している場合は、1 ページに戻り、該当ページにご記入ください。)
 「2 併設型」又は「5 併設型ユニット型」を○で囲んだ事業所は、併設型(ユニット型)分についてのみ記入してください。

(9) 居 室 の 状 況	空床利用している居室は含めず、指定を受けている居室(特別養護老人ホーム等の室数ではありません)を記入してください。						
	多 床 室				従来型個室	ユニット型	
	5人以上室	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室(個室的多床室を含む)
	室	室	室	室	室	室	室

(10)従事者数		常勤専従 (人)		非常勤 (人)			常勤専従 (人)		非常勤 (人)	
			換算数(人)		換算数(人)			換算数(人)		換算数(人)
★機能訓練指導員の再掲欄において、当該職員が複数の資格を有している場合は、主に従事している資格を1つ決めた上で、当該資格欄に記入してください。	1 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				
	(1) 4のうち理学療法士					9 生活相談員				
	(2) 4のうち作業療法士					9 のうち社会福祉士				
	(3) 4のうち言語聴覚士					10 介護職員				
	(4) 4のうち看護(2の業務分除く)					10 のうち介護福祉士				
	(5) 4のうち准看護師(3の業務分除く)					11 その他の職員(管理者含む)				
	(6) 4のうち柔道整復師					(補問) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合 介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の <u>登録認定を受けた従事者</u> 人				
(7) 4のうちあん摩マッサージ指圧師										
(8) 4のうちはり師・きゅう師										

		記入者名 () 電話番号 (- -)																			
(11)事業所の形態		該当する番号を1つ○で囲んでください。 1 有料老人ホーム 2 軽費老人ホーム 3 養護老人ホーム 4 サービス付き高齢者向け住宅 (4に該当するものを除く)																			
(12)サービスの提供状況		現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。																			
(12)サービスの提供状況		生活介護 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。		9月中の利用者		要支援1		要支援2		要支援認定申請中											
		1 あり 2 なし		9月末日の利用者数		人		人		人											
(12)サービスの提供状況		特定施設入居者生活介護 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。		9月中の利用者		要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5		要介護認定申請中					
		1 あり 2 なし		9月末日の利用者数		人		人		人		人		人		人					
(13)人員配置区分の状況		1 一般型 2 外部サービス利用型 「2 外部サービス利用型」を選択された場合は、利用しているサービスについてあてはまる番号をすべて○で囲んでください。 1 訪問介護・総合事業の訪問型サービス 4 (介護予防)福祉用具貸与 2 (介護予防)訪問看護 5 (介護予防)その他 3 通所介護・総合事業の通所型サービス																			
(14)介護専用品・混合型の区分		1 専用品 2 混合型		「専用品」とは、特定施設のうち入居者が要介護者とその配偶者などに限られるものをいいます。 「混合型」とは、それ以外の特定施設をいいます。																	
(15)従事者数		※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。 ※「介護予防特定施設入居者生活介護」と「特定施設入居者生活介護」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。 ※『常勤兼務』には、『常勤専従』分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。 ※「換算数」には、『常勤兼務』または『非常勤』の人数分をそれぞれ計上します。 換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。) 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。																			
(15)従事者数		常勤専従(人)		常勤兼務(専従分除く)(人)		換算数(人)		非常勤(人)		換算数(人)		常勤専従(人)		常勤兼務(専従分除く)(人)		換算数(人)		非常勤(人)		換算数(人)	
		1 介護職員										6 機能訓練指導員									
(15)従事者数		1のうち介護福祉士										(1)6のうち理学療法士									
		2 生活相談員										(2)6のうち作業療法士									
(15)従事者数		2のうち社会福祉士										(3)6のうち言語聴覚士									
		3 看護師										(4)6のうち看護師(3の業務分除く)									
(15)従事者数		4 准看護師										(5)6のうち准看護師(4の業務分除く)									
		5 計画作成担当者										(6)6のうち柔道整復師									
(15)従事者数												(7)6のうちあん摩マッサージ指圧師									
												(8)6のうちはり師・きゅう師									
(15)従事者数												7 その他の職員(管理者含む)									
		(補問) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合 介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者 人																			

【102訪問介護】

記入者名（ ） 電話番号（ - - ）

(16)サービスの提供体制

次の提供体制について、利用者の有無に関わらず、**どちらかを○で囲んでください。**

24時間訪問介護の提供体制	1 提供体制あり	2 提供体制なし
休日の提供体制	1 提供体制あり	2 提供体制なし
夜間の提供体制	1 提供体制あり	2 提供体制なし

(17)サービスの提供状況

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(営業日数)を記入してください。
「9月中の利用者」がない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。
※営業日数には、利用者がいない日(利用者がいれば提供可能であった日)も含めます。

訪問介護	9月中の営業日数 (1～30日)	9月中の利用者		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 (自費利用者、 認定申請中の者)
		1 あり	利用実人員数	人	人	人	人	人	人
	日	2 なし	訪問回数合計	回	回	回	回	回	回

(18)従事者数

※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。
※『常勤兼務』には、『常勤専従』分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。
※「換算数」には、『常勤兼務』または『非常勤』の人数分をそれぞれ計上します。
※「管理者」と「訪問介護員」を「兼務」し、換算数を按分できない場合は、「その他の職員(管理者含む)＝0.5」、「訪問介護員＝0.5」、「該当する資格＝0.5」としてください。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。)
小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

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

	常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)
	サービス提供責任者について 左記従事者(訪問介護員、その他の職員)のうち、サービス提供責任者について記入してください。				
1 訪問介護員					
(1) 1のうちの介護福祉士					
(2) 1のうちの実務者研修修了者					
(3) 1のうちの旧介護職員基礎研修課程修了者					
(4) 1のうちの旧ホームヘルパー1級研修課程修了者					
(5) 1のうちの初任者研修修了者 (旧ホームヘルパー2級研修課程修了者を含む)					
(6) 1のうちの生活援助従事者研修修了者					
1のうちのサテライト事業所の従事者					
2 その他の職員 (管理者含む)					

★ 資格(1)～(6)の中で複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。

★ 注) (18)では、総合事業のみに従事する者、及び常勤兼務、非常勤の者が総合事業に従事する分(換算数)は含めません(記入の手引きを参照してください)。

3 サービス提供責任者

	常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)
(1) 3のうちの介護福祉士					
(2) 3のうちの実務者研修修了者					
(3) 3のうちの旧介護職員基礎研修課程修了者					
(4) 3のうちの旧ホームヘルパー1級研修課程修了者					
(5) 3のうちの(1)～(4)以外の従事者					

☆ 資格(1)～(5)の中で複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。

(補間)※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合
介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者 人

(19)総合事業(従前の介護予防訪問介護相当のサービス)の一体的な実施の状況

同一法人・同一所在地における総合事業(従前の介護予防訪問介護相当のサービスに限る*)の一体的な実施の状況について、該当する番号を○で囲んでください。
※緩和した基準によるサービス等は含みません。

1 実施している

2 実施していない

(補間1)「1 実施している」の場合は、総合事業に従事している訪問介護員数を記入してください。

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

総合事業(従前の介護予防訪問介護相当のサービス)事業所の訪問介護員数

(補間2)補間1の従事者(常勤兼務・非常勤に限る)のうち、総合事業だけでなく訪問介護事業所の訪問介護員としても勤務している者の人数 人

20 サービスの提供状況

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制（営業日数）を記入してください。
「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。
※営業日数には、利用者がいない日（利用者がいれば提供可能であった日）も含めます。

訪問入浴介護予防	9月中の営業日数 （1～30日） ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。	9月中の利用者		要支援1	要支援2	その他 （自費利用者、認定申請中の者）			
		1 あり	利用実人員数	人	人	人			
		2 なし	訪問回数合計	回	回	回			
訪問入浴介護	9月中の営業日数 （1～30日） ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。	9月中の利用者		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 （自費利用者、認定申請中の者）
		1 あり	利用実人員数	人	人	人	人	人	人
		2 なし	訪問回数合計	回	回	回	回	回	回

21 従事者数

※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。
※「介護予防訪問入浴介護」と「訪問入浴介護」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。
※『常勤兼務』には、『常勤専従』分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。
※「換算数」には、『常勤兼務』または『非常勤』の人数分をそれぞれ計上します。

従事者の1週間の勤務延時間数（残業は除く）

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

（1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）（換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。）
小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

	常勤専従 （人）	常勤兼務 （専従分除く） （人）	換算数（人）	非常勤 （人）	換算数（人）		常勤専従 （人）	常勤兼務 （専従分除く） （人）	換算数（人）	非常勤 （人）	換算数（人）
1 介護職員						2 看護師					
★ 資格(1)～(5)の中で複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。						3 准看護師					
(1) 1のうち介護福祉士						4 その他の職員 （管理者含む）					
(2) 1のうち実務者研修修了者											
★ (3) 1のうち旧介護職員基礎研修課程修了者											
(4) 1のうち旧ホームヘルパー1級研修課程修了者											
(5) 1のうち初任者研修修了者 （旧ホームヘルパー2級研修課程修了者を含む）											

【111介護予防訪問入浴介護・112訪問入浴介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

記入者名 ()	電話番号 (- -)
----------	--------------

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

(22) サービスの提供状況	介護予防福祉用具貸与	
	9月中の営業日数 (1～30日)	日 ※営業日数には、利用者がいない日(利用者がいれば提供可能であった日)も含めます。 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。
	9月中の介護保険の利用者(9月以前からの継続利用者を含む)	
	1 あり 2 なし	利用実人員 人
	福祉用具貸与	
	9月中の営業日数 (1～30日)	日 ※営業日数には、利用者がいない日(利用者がいれば提供可能であった日)も含めます。 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。
	9月中の介護保険の利用者(9月以前からの継続利用者を含む)	
	1 あり 2 なし	利用実人員 人

特定介護予防福祉用具販売 ・ 特定福祉用具販売						
(23) サービスの提供状況	特定介護予防福祉用具販売					
	9月中の営業日数 (1～30日)	日 ※営業日数には、利用者がいない日(利用者がいれば提供可能であった日)も含めます。 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。				
	特定福祉用具販売					
	9月中の営業日数 (1～30日)	日 ※営業日数には、利用者がいない日(利用者がいれば提供可能であった日)も含めます。 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。				
	「9月中の福祉用具販売数(介護保険のみ)」を記入してください。					
	1 あり 2 なし	腰掛便座	自動排泄処理装置の交換可能部品	入浴補助用具	簡易浴槽	移動用リフトのつり具の部分

【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

(24) 従事者数	※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。 ※「介護予防福祉用具貸与」「福祉用具貸与」「特定介護予防福祉用具販売」「特定福祉用具販売」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。 ※「常勤兼務」には、『常勤専従』分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。 ※「換算数」には、『常勤兼務』または『非常勤』の人数分をそれぞれ計上します。															
	換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。) 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。															
		常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)		常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)				
	1 福祉用具専門相談員			...		...	2 その他の職員(管理者含む)			...		...				
	「1 福祉用具専門相談員」の資格についておたずねします。保有している資格に人数を記入してください。 1人の者が1～8の複数の資格を保有している場合は、該当する資格すべてに記入してください。															
	1 介護福祉士	人	3 保健師	人	5 准看護師	人	7 作業療法士	人	2 義肢装具士	人	4 看護師	人	6 理学療法士	人	8 社会福祉士	人
	上記1～8に該当しない者で										9 福祉用具専門相談員指定講習会修了者	人	10 1～9以外の有資格者	人		

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

(25) 独立・併設の状況
(複数回答)

- 同一法人(法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む)が、同一又は隣接の敷地内で運営している異なる施設・事業所について、該当する番号をすべて○で囲んでください。
- 1 介護保険施設と併設している
 - 2 居宅サービス事業所、介護予防サービス事業所、地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所と併設している
 - 3 居宅介護支援事業所と併設している
 - 4 介護療養型医療施設以外の病院・診療所と併設している
 - 5 上記以外の施設・事業所と併設している
 - 6 1～5との併設はない(独立事業所)

(26) サービスの提供状況

9月中の委託の状況についておたずねします。介護予防支援業務の一部(要支援者のケアプラン作成)を居宅介護支援事業所に委託しましたか。委託した場合は、委託した人数、委託した事業所数をご記入ください。

9月中の委託		要支援 1	要支援 2	その他 (自費利用者、認定申請中の者)
1 委託あり 2 委託なし	利用実人員数	人	人	人
	うち9月中の新規の利用実人員数	人	人	人

委託した事業所数 → 事業所

9月中の利用者を記入してください。上記で回答した委託した人数は除きます。

9月中の利用者		要支援 1	要支援 2	その他 (自費利用者、認定申請中の者)
1 あり 2 なし	利用実人員数	人	人	人
	うち9月中の新規の利用実人員数	人	人	人

(27) 従事者数

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

※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。
※『常勤兼務』には、「常勤専従」分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。
※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

換算数 = 従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く) ÷ 当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)
(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。)
小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

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

(28) 独立・併設の状況 (複数回答)	同一法人(法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む)が、同一又は隣接の敷地内で運営している異なる施設・事業所について、該当する番号をすべて○で囲んでください。									
	1 介護保険施設と併設している 2 居宅サービス事業所、介護予防サービス事業所、地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所と併設している 3 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)と併設している 4 介護療養型医療施設以外の病院・診療所と併設している 5 上記以外の施設・事業所と併設している 6 1～5との併設はない(独立事業所)									
(29) サービスの提供状況	9月中の利用者を記入してください。介護予防支援事業所から委託を受けた人数は除きます。									
	9月中の利用者 1 あり 2 なし		利用実人員数 うち9月中の新規の利用実人員数	要介護1 人	要介護2 人	要介護3 人	要介護4 人	要介護5 人	その他 (自費利用者、認定申請中の者) 人	
(30) 従事者数	※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。 ※『常勤兼務』には、『常勤専従』分は含まれません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。 ※「換算数」には、『常勤兼務』または『非常勤』の人数分をそれぞれ計上します。									
	換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。) 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。									
	1 介護支援専門員 1のうち主任介護支援専門員		常勤専従(人) 常勤兼務(専従分除く)(人) 換算数(人)	非常勤(人) 換算数(人)	2 その他の職員(管理者含む)		常勤専従(人) 常勤兼務(専従分除く)(人) 換算数(人)	非常勤(人) 換算数(人)		

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

記入者名 ()

電話番号 (- -)

(3)サービスの提供状況

介護予防認知症対応型通所介護

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

定員

人

9月中の開催日数
(1~30日)

日

※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。
※開催日数には、利用者がいない日も含めます。

9月中の利用者

1 あり

2 なし

利用実人員数

人

利用延人員数

人

要支援1

人

要支援2

人

その他
(自費利用者、認定申請中の者)

人

認知症対応型通所介護

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

定員

人

9月中の開催日数
(1~30日)

日

※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。
※開催日数には、利用者がいない日も含めます。

9月中の利用者

1 あり

2 なし

利用実人員数

人

利用延人員数

人

要介護1

人

要介護2

人

要介護3

人

要介護4

人

要介護5

人

その他
(自費利用者、認定申請中の者)

人

(4)事業所の形態

事業所の形態について、該当する番号を 1 つ○で囲んでください。

1 単独型

2 併設型

3 共用型

(5)従事者数

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

※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。
※「介護予防認知症対応型通所介護」と「認知症対応型通所介護」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。
※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。
※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

換算数 = 従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)
当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)
(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。)
小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

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

(補間)※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合

介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者

人

【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。

2

記入者名 () 電話番号 (- -)

(6) サービスの提供状況

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

対応型 介護予防 共同生活 介護	定員	※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。						
	9月中の利用者		要支援2	その他 (自費利用者、認定申請中の者)				
	1 あり	9月末日の 利用者数						
	2 なし		人	人				
共同 認知症 生活対 応型	定員	※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。						
	9月中の利用者		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 (自費利用者、 認定申請中の者)
	1 あり	9月末日の 利用者数	人	人	人	人	人	人
	2 なし		うち「短期利用」の 利用者数	人	人	人	人	人

(7) ユニット及び居室の状況
※平均家賃(月額)は、整数で記入してください。

ユニット数	※左記ユニットを構成する居室の状況について記入してください。			
	2人室		個室	
	室数	1部屋当たりの 平均家賃(月額)	室数	1部屋当たりの 平均家賃(月額)
	ユニット	室	円	室

(8) 従事者数
★複数の資格を有している者については、(1)～(3)のうち最も若い番号の資格について記入してください。

※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。
※「介護予防認知症対応型共同生活介護」と「認知症対応型共同生活介護」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。
※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。
※「換算数」には、『常勤兼務』または『非常勤』の人数分をそれぞれ計上します。

換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$
(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。)
小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

	常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)		非常勤 (人)	換算数(人)			常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)		非常勤 (人)	換算数(人)	
1 介護職員								2 計画作成担当者							
★ (1) 1のうち 看護師								2のうち 介護支援専門員							
(2) 1のうち 准看護師								3 その他の職員 (管理者含む)							
(3) 1のうち 介護福祉士															

(補問) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合
介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者

【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。

		記入者名 () 電話番号 (- -)													
(9) サービスの提供状況	入居者生活介護施設	現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。													
		定 員													
		9 月中の利用者		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	要介護認定申請中						
		1 あり	9 月末日の利用者数												
		2 なし		人	人	人	人	人	人	人					
(10) 事業所の形態	1～8のうち、該当する番号を1つ○で囲んでください。														
	有料老人ホーム (サービス付き高齢者向け住宅に該当するものを除く) → (1 サテライト型以外 2 サテライト型)														
	軽費老人ホーム → (3 サテライト型以外 4 サテライト型)														
	養護老人ホーム → (5 サテライト型以外 6 サテライト型)														
サービス付き高齢者向け住宅 → (7 サテライト型以外 8 サテライト型)															
(11) 居室の状況			個室(夫婦部屋含む)	2 人室		3 人室		4 人室							
	室 数		室	室	室	室	室	室	室	室					
(12) 従事者数	※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。 ※『常勤兼務』には、『常勤専従』分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。 ※「換算数」には、『常勤兼務』または『非常勤』の人数分をそれぞれ計上します。														
	換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。) 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。														
	1 介護職員		常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)	6 機能訓練指導員		常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)	
	1 のうち介護福祉士							(1) 6のうち理学療法士							
	2 生活相談員							(2) 6のうち作業療法士							
	2 のうち社会福祉士							(3) 6のうち言語聴覚士							
	3 看護師							(4) 6のうち看護師(3の業務分除く)							
	4 准看護師							(5) 6のうち准看護師(4の業務分除く)							
	5 計画作成担当者							(6) 6のうち柔道整復師							
								(7) 6のうちあん摩マッサージ指圧師							
							(8) 6のうちはり師・きゅう師								
		(補問) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合 介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者				人	7 その他の職員(管理者含む)								

【171 夜間対応型訪問介護】

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(営業日数)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。													
	夜間対応型訪問介護	9月中の営業日数 (1～30日)		※営業日数には、利用者がいない日(利用者がいれば提供可能であった日)も含めます。										
		9月中の通報件数		※通報がなかった場合は、「0(ゼロ)」件と記入してください。										
		9月中の利用者												
(14) 事業所の区分	1 あり		利用実人員数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 (自費利用者、 認定申請中の者)					
	2 なし		定期巡回											
			訪問回数											
			随時訪問回数											
		1 I型(オペレーションセンターの設置あり)		か所										
		2 II型(オペレーションセンターの設置なし)												
※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。 ※「常勤兼務」には、『常勤専従』分は含まれません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。 ※「換算数」には、『常勤兼務』または『非常勤』の人数分をそれぞれ計上します。														
換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。) 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。														
(15) 従事者数 ★複数の資格(経験)を有している者については、それぞれのうち最も若い番号の資格(経験)について記入してください。			常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)			常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)
	1 訪問介護員							3 面接相談員						
	(1) 1のうち 介護福祉士							(1) 3のうち 医師						
	(2) 1のうち 実務者研修修了者							(2) 3のうち 保健師						
	(3) 1のうち 旧介護職員基礎 研修課程修了者							(3) 3のうち 看護師						
	(4) 1のうち 旧ホームヘルパー1級 研修課程修了者							(4) 3のうち 准看護師						
	(5) 1のうち 初任者研修修了者 (旧ホームヘルパー2級 研修課程修了者を含む)							(5) 3のうち 社会福祉士						
	(6) 1のうち 生活援助従事者 研修修了者							(6) 3のうち 介護福祉士						
	2 オペレーター							(7) 3のうち 介護支援専門員						
	(1) 2のうち 医師							4 その他の職員 (管理者含む)						
(2) 2のうち 保健師							(補問) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合 介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の 登録認定を受けた従事者 人							
(3) 2のうち 看護師														
(4) 2のうち 准看護師														
(5) 2のうち 社会福祉士														
(6) 2のうち 介護福祉士														
(7) 2のうち 介護支援専門員														
(8) 2のうち サービス提供 責任者経験者														

【171夜間対応型訪問介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

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。

登録定員 人 宿泊サービスの利用定員 人 通いサービスの利用定員 人

9月中の利用者

1 あり
2 なし

要支援1 要支援2 その他
(自費利用者、認定申請中の者)

事業所を利用した利用実人員数
※同一の人が宿泊、通い、訪問を利用した場合は、「1人」と数えます。 人 人 人

事業所を利用した利用延人員数
※宿泊、通い、訪問の利用延人員数の合計です。 人 人 人

※重複する場合は、それぞれに計上してください。

宿泊

利用実人員数 利用延人員数

通い

利用実人員数 利用延人員数

訪問

利用実人員数 利用延人員数

登録定員 人 宿泊サービスの利用定員 人 通いサービスの利用定員 人

9月中の利用者

1 あり
2 なし

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

事業所を利用した利用実人員数
※同一の人が宿泊、通い、訪問を利用した場合は、「1人」と数えます。 人 人 人 人 人 人

事業所を利用した利用延人員数
※宿泊、通い、訪問の利用延人員数の合計です。 人 人 人 人 人 人

※重複する場合は、それぞれに計上してください。

宿泊

利用実人員数 利用延人員数

通い

利用実人員数 利用延人員数

訪問

利用実人員数 利用延人員数

個室の数 室 個室以外の宿泊室の数 室

各居室の種類ごとに、事業所が設定している料金の高い順に記入してください。
※要介護(要支援)度別に宿泊費を設定している場合は、平均額を記入してください。

宿泊費(月額) 円 円 円 円 円 円

室 定 員 人室 人室 人室 人室 人室 人室

室 数 室 室 室 室 室 室

※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。
※「介護予防小規模多機能型居宅介護」と「小規模多機能型居宅介護」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。
※「常勤兼務」には、『常勤専従』分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。
※「換算数」には、『常勤兼務』または『非常勤』の人数分をそれぞれ計上します。

従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)
換算数 = $\frac{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}{\text{1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。}} \times \text{換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。}$
(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。)
小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

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

1 介護職員 4 介護支援専門員

1のうち介護福祉士 5 その他の職員(管理者含む)

2 看護師

3 准看護師

(補間)※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合
介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者 人

【181介護予防小規模多機能型居宅介護・182小規模多機能型居宅介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

6

【211 定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

記入者名 () 電話番号 (- -)

(20) 事業所の種別
(複数回答)

1 一体型

2 連携型

※利用実人員数欄には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を1回でも利用した者について計上してください。
※訪問回数欄には、支給限度額を超えた訪問回数及び健康保険法等併給による訪問回数も含めて計上してください。
※訪問回数については、看護職員を伴わずにPT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)のいずれかのみで訪問した回数を内数として再計上してください。(ただし、PT2人や、PTとOTなど1回に複数で訪問した場合も1回とします。)
※訪問看護については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用者に対し、「1 一体型」の事業所が行った場合のみ記入してください。
(「2 連携型」の事業所が行った訪問看護の提供状況については、記入不要です。)
また、「1 一体型」の事業所が、契約に基づき、訪問看護サービスの一部を他の訪問看護事業所に行わせた場合の利用者も含めて計上してください。

9 月中の利用者

1 あり

2 なし

9 月中の通報件数

件

利用実人員数

※同一の人が訪問介護、訪問看護を利用した場合は、「1人」と数えます。

要介護1

人

要介護2

人

要介護3

人

要介護4

人

要介護5

人

要介護認定申請中

人

訪問介護

利用実人員数

人

定期巡回訪問回数

回

随時対応訪問回数

回

訪問看護

利用実人員数

人

定期巡回訪問回数

回

随時対応訪問回数

回

上記の訪問看護利用者のうち、月の途中で健康保険法等による給付が行われた者を計上してください。

利用実人員数

人

訪問回数の合計

回

うち新たな疾病等の診断による

人

うち特別訪問看護指示書による

人

健康保険法等でサービスを受けた者(介護保険法による訪問看護を利用していない者)を計上してください。

利用実人員数

人

訪問回数の合計

回

うちPT、OT、STのみによる訪問回数

回

介護保険法及び健康保険法等いずれも利用していない者で全額自費によりサービスを受けた者を計上してください。

利用実人員数

人

訪問回数の合計

回

うちPT、OT、STのみによる訪問回数

回

その他

(21) サービスの提供状況

「9 月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。

(22) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

9 月中に、事業所が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数、延べ夜勤回数を記入してください。

看護職員

実人員数

人

延べ夜勤回数

回

介護職員

実人員数

人

延べ夜勤回数

回

(23) 9 月中の利用者

定期的なアセスメント・モニタリングのための訪問回数

医師の指示書がない利用者に対する看護職員の訪問回数(9月の状況についてお答えください。)

要介護1

回

要介護2

回

要介護3

回

要介護4

回

要介護5

回

医師の指示書がある利用者に対する医師の指示書に基づかない看護職員の訪問回数(9月の状況についてお答えください。)

要介護1

回

要介護2

回

要介護3

回

要介護4

回

要介護5

回

死亡による死者

介護保険法

介護保険と健康保険等との併給者

健康保険等のみ利用者

ターミナルケア加算

訪問看護ターミナルケア療養費

訪問看護ターミナルケア療養費

加算ありの利用者数

加算なしの利用者数

療養費ありの利用者数

療養費なしの利用者数

療養費ありの利用者数

療養費なしの利用者数

9月中に死亡した利用者数

人

在宅で死亡した利用者数

人

在宅以外で死亡した利用者数

人

(24) 従事者数

★複数の資格(経験)を有している者については、(1)~(8)のうち最も若い番号の資格(経験)について記入してください。

換算数 = 当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。)

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

常勤専従(人)

常勤兼務(専従分除く)(人)

非常勤(人)

換算数(人)

1 訪問介護員等

1 のうち介護福祉士

2 看護師

3 准看護師

4 理学療法士

5 作業療法士

6 言語聴覚士

(補問1) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合
介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者

人

(補問2) 計画作成責任者

人

7 オペレーター

(1) 7 のうち医師

(2) 7 のうち保健師

(3) 7 のうち看護師

(4) 7 のうち准看護師

(5) 7 のうち社会福祉士

(6) 7 のうち介護福祉士

(7) 7 のうち介護支援専門員

(8) 7 のうちサービス提供責任者経験者

8 その他の職員(管理者含む)

【211定期巡回・随時対応型訪問介護看護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1 ページに戻り、該当ページにご記入ください。

7

【221 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）】				記入者名（ ）		電話番号（ - - ）																																																																																					
(25)事業所の形態		事業所の形態について、該当する番号を1つ○で囲んでください。 1 サテライト型以外2 サテライト型看護小規模多機能型居宅介護 「1サテライト型以外」の場合、サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所又はサテライト型小規模多機能型居宅介護事業所の本体事業所ですか。あてはまる番号をすべて○で囲んでください。 1 サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所の本体事業所である3 1及び2のいずれでもない2 サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所の本体事業所である																																																																																									
(26)サービスの提供状況		現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。 ※利用者については、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)の登録者に対し、健康保険法等により行われる訪問看護の利用者も含めて計上してください。 (複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)の登録者以外への訪問看護の提供状況については、「訪問看護ステーション票」へ記入してください。)																																																																																									
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）		登録定員		人		宿泊サービスの利用定員		人		通いサービスの利用定員		人																																																																															
		9月中の利用者		1 あり 2 なし		要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5		その他 (自費利用者、 認定申請中の者)																																																																											
		事業所を利用した利用実人員数		人		人		人		人		人		人		人																																																																											
		事業所を利用した利用延人員数		人		人		人		人		人		人		人																																																																											
		※同一の人が宿泊、通い、訪問(介護・看護)の利用した場合は、「1人」と数えます。																																																																																									
		※宿泊、通い、訪問(介護・看護)の利用延人員数の合計です。																																																																																									
		計上してください。 ※重複する場合は、 それぞれに	宿泊	利用実人員数		人		人		人		人		人		人		人																																																																									
				利用延人員数		人		人		人		人		人		人		人																																																																									
			通い	利用実人員数		人		人		人		人		人		人		人																																																																									
				利用延人員数		人		人		人		人		人		人		人																																																																									
訪問介護	利用実人員数		人		人		人		人		人		人		人		人																																																																										
	利用延人員数		人		人		人		人		人		人		人		人																																																																										
訪問看護		利用実人員数		人		人		人		人		人		人		人		人																																																																									
		利用延人員数		人		人		人		人		人		人		人		人																																																																									
		訪問看護指示書のある利用実人員数		人		人		人		人		人		人		人		人																																																																									
(27)加算等の届出の状況		介護保険法 ※該当する番号をそれぞれにつき1つ○で囲んでください。 緊急時訪問看護加算の届出1 あり2 なし 特別管理体制の届出1 あり2 なし ターミナルケア体制の届出1 あり2 なし																																																																																									
(28)9月中の利用者		医療保険による訪問看護の減算状況 厚生労働大臣が定める疾病等(末期の悪性腫瘍、神経難病等)による減算人 特別訪問看護指示書による減算人																																																																																									
(29)宿泊室の状況		個室の数 室 個室以外の宿泊室の数 室 (補間)診療所の病床数 床																																																																																									
(30)宿泊費の状況		各居室の種類ごとに、事業所が設定している料金の高い順に記入してください。 ※要介護度別に宿泊費を設定している場合は、平均額を記入してください。 宿泊費(月額)円円円円円円 室定員人室人室人室人室人室 室数室室室室室室室																																																																																									
(31)夜勤職員の実人員数及び夜勤回数		9月中に、事業所が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の实人員数、延べ夜勤回数を記入してください。 看護職員実人員数人介護職員実人員数人 延べ夜勤回数回延べ夜勤回数回																																																																																									
(32)従事者数		※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。 ※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。 ※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。 換算数 = 従事者の1週間の勤務延長時間数(残業は除く) / 当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間) (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。) 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。 <table><tr><td></td><td>常勤専従(人)</td><td>常勤兼務(専従分除く)(人)</td><td>換算数(人)</td><td>非常勤(人)</td><td>換算数(人)</td><td></td><td>常勤専従(人)</td><td>常勤兼務(専従分除く)(人)</td><td>換算数(人)</td><td>非常勤(人)</td><td>換算数(人)</td></tr><tr><td>1 介護職員</td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td>5 理学療法士</td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td></tr><tr><td>1のうち介護福祉士</td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td>6 作業療法士</td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td></tr><tr><td>2 保健師</td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td>7 言語聴覚士</td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td></tr><tr><td>3 看護師</td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td>8 介護支援専門員</td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td></tr><tr><td>4 准看護師</td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td>9 その他の職員(管理者含む)</td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td></tr><tr><td colspan="6">(補間) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合 介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者</td><td colspan="6">人</td></tr></table>							常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)		常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)	1 介護職員			.		.	5 理学療法士			.		.	1のうち介護福祉士			.		.	6 作業療法士			.		.	2 保健師			.		.	7 言語聴覚士			.		.	3 看護師			.		.	8 介護支援専門員			.		.	4 准看護師			.		.	9 その他の職員(管理者含む)			.		.	(補間) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合 介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者						人					
	常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)		常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)																																																																																
1 介護職員			.		.	5 理学療法士			.		.																																																																																
1のうち介護福祉士			.		.	6 作業療法士			.		.																																																																																
2 保健師			.		.	7 言語聴覚士			.		.																																																																																
3 看護師			.		.	8 介護支援専門員			.		.																																																																																
4 准看護師			.		.	9 その他の職員(管理者含む)			.		.																																																																																
(補間) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合 介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者						人																																																																																					

【221複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

(33) 事業所の形態	事業所の形態について、該当する番号を○で囲んでください。 1 地域密着型通所介護事業所 2 療養通所介護事業所																																																																																																																																																							
(34) サービスの提供状況	現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員・開催日数)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。 ※開催日数には、利用者がいない日も含めます。																																																																																																																																																							
	地域密着型通所介護	定員 (18人以下)	人	9月中の開催日数 (1～30日)	日																																																																																																																																																			
		9月中の利用者	1 あり	利用実人員数	人	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 (自費利用者、 認定申請中の者)																																																																																																																																													
		2 なし	利用延人員数	人	人	人	人	人	人	人																																																																																																																																														
療養通所介護	定員 (18人以下)	人	9月中の開催日数 (1～30日)	日																																																																																																																																																				
	9月中の利用者	1 あり	利用実人員数	人	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 (自費利用者、 認定申請中の者)																																																																																																																																														
	2 なし	利用延人員数	人	人	人	人	人	人	人																																																																																																																																															
(35) 従事者数	※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。 ※『常勤兼務』には、『常勤専従』分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。 ※「換算数」には、『常勤兼務』または『非常勤』の人数分をそれぞれ計上します。 換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。) 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。 <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">常勤専従 (人)</th> <th rowspan="2">常勤兼務 (専従分除く) (人)</th> <th rowspan="2">換算数(人)</th> <th rowspan="2">非常勤 (人)</th> <th rowspan="2">換算数(人)</th> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">常勤専従 (人)</th> <th rowspan="2">常勤兼務 (専従分除く) (人)</th> <th rowspan="2">換算数(人)</th> <th rowspan="2">非常勤 (人)</th> <th rowspan="2">換算数(人)</th> </tr> <tr></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 医師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5 調理員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 看護師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>6 管理栄養士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 准看護師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>7 栄養士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 機能訓練指導員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>8 歯科衛生士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="8">★機能訓練指導員の再掲欄において、当該職員が複数の資格を有している場合は、主に従事している資格を1つ決めた上で、当該資格欄に記入してください。</td> <td>(1) 4のうち理学療法士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9 生活相談員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(2) 4のうち作業療法士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9のうち社会福祉士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(3) 4のうち言語聴覚士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>10 介護職員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(4) 4のうち看護師(2の業務分除く)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>10のうち介護福祉士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(5) 4のうち准看護師(3の業務分除く)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>11 その他の職員(管理者含む)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(6) 4のうち柔道整復師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="6" rowspan="4">(補間) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合 介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者 人</td> </tr> <tr> <td>(7) 4のうちあん摩マッサージ指圧師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(8) 4のうちはり師・きゅう師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>											常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)		常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)	1 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						★機能訓練指導員の再掲欄において、当該職員が複数の資格を有している場合は、主に従事している資格を1つ決めた上で、当該資格欄に記入してください。	(1) 4のうち理学療法士					9 生活相談員						(2) 4のうち作業療法士					9のうち社会福祉士						(3) 4のうち言語聴覚士					10 介護職員						(4) 4のうち看護師(2の業務分除く)					10のうち介護福祉士						(5) 4のうち准看護師(3の業務分除く)					11 その他の職員(管理者含む)						(6) 4のうち柔道整復師					(補間) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合 介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者 人						(7) 4のうちあん摩マッサージ指圧師					(8) 4のうちはり師・きゅう師									
	常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)		常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)													換算数(人)																																																																																																																																	
1 医師						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																																																																																																																																																		
★機能訓練指導員の再掲欄において、当該職員が複数の資格を有している場合は、主に従事している資格を1つ決めた上で、当該資格欄に記入してください。	(1) 4のうち理学療法士					9 生活相談員																																																																																																																																																		
	(2) 4のうち作業療法士					9のうち社会福祉士																																																																																																																																																		
	(3) 4のうち言語聴覚士					10 介護職員																																																																																																																																																		
	(4) 4のうち看護師(2の業務分除く)					10のうち介護福祉士																																																																																																																																																		
	(5) 4のうち准看護師(3の業務分除く)					11 その他の職員(管理者含む)																																																																																																																																																		
	(6) 4のうち柔道整復師					(補間) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合 介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者 人																																																																																																																																																		
	(7) 4のうちあん摩マッサージ指圧師																																																																																																																																																							
	(8) 4のうちはり師・きゅう師																																																																																																																																																							
(36) 総合事業(従前の介護予防通所介護相当のサービスの一体的な実施の状況)	同一法人・同一所在地における総合事業(従前の介護予防通所介護相当のサービスに限る*)の一体的な実施の状況について、該当する番号を○で囲んでください。 ※緩和した基準によるサービス等は含みません。 1 実施している 2 実施していない (補間1) 「1 実施している」の場合は、総合事業に従事している介護職員数を記入してください。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>常勤専従 (人)</th> <th>常勤兼務 (専従分除く) (人)</th> <th>換算数(人)</th> <th>非常勤 (人)</th> <th>換算数(人)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> (補間2) 補間1の従事者(常勤兼務・非常勤に限る)のうち、総合事業だけでなく地域密着型通所介護事業所の介護職員としても勤務している者の人数 人										常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)																																																																																																																																									
常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)																																																																																																																																																				

[illegible]

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

法人名															
施設名															
施設の所在地	〒 TEL ()-()-()														
法人番号															

(1) サービスの状況・ 施設の種類・ 事業所の種別	・9月30日現在、貴事業所において指定を受けている下記の各事業について、「活動状況」の該当する番号を○で囲み、印字内容を確認してください。 ・事業所番号、事業所名が印字されていない事業については、記入（追記）不要です。 ・「活動状況」は、休止届や廃止届を提出している場合は、「2 休止中」、「3 廃止」を○で囲んでください。その場合、以降は記入不要です。 ・サービスの種類により記入者が異なる場合は、お手数ですが、調査票を事業所内で回覧の上、記入してください（同一法人・同一所在地の場合は、以下の全サービスについて、調査票に記入してください）。 ・調査票は所在地ごとに送付しているため（同一法人・同一所在地の事業所には、まとめて送付）、別所在地におけるサービスの記入は不要です。
----------------------------------	---

	事業所番号	事業所名	活動状況(1つに○)
短期入所療養介護	051 介護予防短期入所療養介護		1 活動中 2 休止中 3 廃止
	052 短期入所療養介護		1 活動中 2 休止中 3 廃止
	施設の種類	1 介護老人保健施設 2 介護医療院 3 介護療養型医療施設 4 その他の病院・診療所	
	事業所の種別	介護老人保健施設 (01 I型 02 II型 03 III型 04 IV型) 16 ユニット型病院経過型	
		ユニット型介護老人保健施設 (05 I型 06 II型 07 III型 08 IV型) 17 診療所型	
介護医療院 (09 I型療養床 10 II型療養床) 18 ユニット型診療所型			
ユニット型介護医療院 (11 I型療養床 12 II型療養床) 19 認知症患者型			
13 病院療養型 20 ユニット型認知症患者型			
	14 ユニット型病院療養型 21 認知症経過型		
	15 病院経過型	注) 9、10の両方又は11、12の両方に該当する場合があります。	

通所リハビリテーション		事業所番号						事業所名				活動状況(1つに○)			
	061 介護予防通所 リハビリテーション											1 活動中	2 休止中	3 廃止	
	062 通所 リハビリテーション											1 活動中	2 休止中	3 廃止	
	施設の種別	1 介護老人保健施設						2 介護医療院		3 介護療養型医療施設		4 その他の病院・診療所			
	事業所の種別	※該当する番号を1つ、左の欄に記入してください。													
	事業所の種別	通常規模の事業所 (01 介護老人保健施設 02 介護医療院 03 病院 04 診療所) 大規模の事業所(Ⅰ) (05 介護老人保健施設 06 介護医療院 07 病院 08 診療所) 大規模の事業所(Ⅱ) (09 介護老人保健施設 10 介護医療院 11 病院 12 診療所)													

(2) 開設主体	※該当する番号を <u>12</u> 、左の欄に記入してください。														
	開設主体	<table border="0"> <tr> <td>01 都道府県</td> <td>08 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)</td> </tr> <tr> <td>02 市区町村</td> <td>09 公益社団・財団法人</td> </tr> <tr> <td>03 広域連合・一部事務組合</td> <td>10 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外)</td> </tr> <tr> <td>04 独立行政法人</td> <td>11 営利法人(会社)</td> </tr> <tr> <td>05 日本赤十字社・社会保険関係団体</td> <td>12 その他の法人</td> </tr> <tr> <td>06 医療法人</td> <td>13 個人</td> </tr> <tr> <td>07 社会福祉協議会</td> <td></td> </tr> </table>	01 都道府県	08 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	02 市区町村	09 公益社団・財団法人	03 広域連合・一部事務組合	10 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外)	04 独立行政法人	11 営利法人(会社)	05 日本赤十字社・社会保険関係団体	12 その他の法人	06 医療法人	13 個人	07 社会福祉協議会
01 都道府県	08 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)														
02 市区町村	09 公益社団・財団法人														
03 広域連合・一部事務組合	10 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外)														
04 独立行政法人	11 営利法人(会社)														
05 日本赤十字社・社会保険関係団体	12 その他の法人														
06 医療法人	13 個人														
07 社会福祉協議会															

【051 介護予防短期入所療養介護・052 短期入所療養介護】の状況

現在指定を受けて活動中のサービスについて記入してください。 介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の指定病床数を記入してください。		空床利用型ですか 1 はい 2 いいえ		※利用者の有無に関わらず、空床利用型以外は、介護予防短期入所療養介護としての指定病床数を記入してください。																				
		指定病床数 床																						
介護予防短期入所療養介護		9月中の利用者 1 あり 2 なし		※空床利用型の場合でも、利用者ありの場合は、「利用実人員数」「利用日数合計」にご記入ください。																				
		<table border="1"> <tr> <th></th> <th>要支援1</th> <th>要支援2</th> <th>その他 (自費利用者、 認定申請中の者)</th> </tr> <tr> <td>利用実人員数</td> <td> 人</td> <td> 人</td> <td> 人</td> </tr> <tr> <td>利用日数合計</td> <td> 日</td> <td> 日</td> <td> 日</td> </tr> </table>					要支援1	要支援2	その他 (自費利用者、 認定申請中の者)	利用実人員数	人	人	人	利用日数合計	日	日	日							
	要支援1	要支援2	その他 (自費利用者、 認定申請中の者)																					
利用実人員数	人	人	人																					
利用日数合計	日	日	日																					
短期入所療養介護		空床利用型ですか 1 はい 2 いいえ		※利用者の有無に関わらず、空床利用型以外は、短期入所療養介護としての指定病床数を記入してください。																				
		指定病床数 床																						
9月中の利用者 1 あり 2 なし		※空床利用型の場合でも、利用者ありの場合は、「利用実人員数」「利用日数合計」にご記入ください。																						
		<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>その他 (自費利用者、 認定申請中の者)</th> </tr> <tr> <td>利用実人員数</td> <td> 人</td> <td> 人</td> <td> 人</td> <td> 人</td> <td> 人</td> <td> 人</td> </tr> <tr> <td>利用日数合計</td> <td> 日</td> <td> 日</td> <td> 日</td> <td> 日</td> <td> 日</td> <td> 日</td> </tr> </table>					要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 (自費利用者、 認定申請中の者)	利用実人員数	人	人	人	人	人	人	利用日数合計	日	日	日	日
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 (自費利用者、 認定申請中の者)																		
利用実人員数	人	人	人	人	人	人																		
利用日数合計	日	日	日	日	日	日																		

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

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

次ページにつづきます

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

(4) サービスの提供状況	現在指定を受けて活動中のサービスについて記入してください。 開催日数には、利用者がいない日（利用者がいれば提供可能であった日）も含めます。 介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。 利用実人員数は利用回数に関係なく、1日利用した者も2日以上利用した者も「1」とカウントしてください。										
	介護予防通所リハビリテーション	定員 人 9月中の開催日数 日 9月中の利用者 1 あり 2 なし									
				要支援1	要支援2	その他 (自費利用者、 認定申請中の者)					
		利用実人員数		人	人	人					
通所リハビリテーション	定員 人 9月中の開催日数 日 9月中の利用者 1 あり 2 なし										
			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 (自費利用者、 認定申請中の者)			
	利用実人員数		人	人	人	人	人	人			
(5) 通所リハビリテーションの従事者数	※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。 ※「介護予防通所リハビリテーション」と「通所リハビリテーション」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。 ※「常勤兼務」には、『常勤専従』分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。 ※「換算数」には、『常勤兼務』または『非常勤』の人数分をそれぞれ計上します。										
	従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く) $\text{換算数} = \frac{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}{\text{1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。}} \quad (\text{換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。})$ (小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。										
	施設に在籍する職員のうち、通所リハビリテーションの業務に携わっている者を記入してください。										
	常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)		常勤専従 (人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)
1 医師						5 理学療法士					
2 看護師						6 作業療法士					
3 准看護師						7 言語聴覚士					
4 介護職員						8 歯科衛生士					
4のうち 介護福祉士						9 管理栄養士					
						10 栄養士					

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

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

ご協力ありがとうございました

*一連番号									
*調査番号									

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

法人名											
施設名											
施設の所在地	〒 TEL ()-()-()										
事業所番号								活動状況	1 活動中	2 休止中	3 廃止
(1) 開設年月	1 平成	2 令和		年		月	法人番号				
(2) 開設主体	開設主体 該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。 01 都道府県 06 社会福祉協議会 11 個人 02 市区町村 07 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 08 公益社団・財団法人 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 09 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外) 05 医療法人 10 その他の法人										
(3) 介護報酬上の届出(複数回答)	I型療養床 (1 I型サービス費(I) 2 I型サービス費(II) 3 I型サービス費(III) 4 I型特別サービス費) II型療養床 (1 II型サービス費(I) 2 II型サービス費(II) 3 II型サービス費(III) 4 II型特別サービス費) ユニット型I型療養床 (1 I型サービス費(I) 2 I型サービス費(II) 3 I型サービス費(III) 4 I型特別サービス費) ユニット型II型療養床 (1 II型サービス費(I) 2 II型サービス費(II) 3 II型サービス費(III) 4 II型特別サービス費) 注) I型療養床、II型療養床の両方又はユニット型I型療養床、ユニット型II型療養床の両方に該当する場合があります。										
(4) 重度認知症疾患療養体制加算の状況	算定している重度認知症疾患療養体制加算について、該当する番号を○で囲んでください。 1 重度認知症疾患療養体制加算 (I) 2 重度認知症疾患療養体制加算 (II) 3 算定していない										
入所定員	I型療養床入所定員 II型療養床入所定員										
(5) 療養室の状況	多床室 従来型個室 ユニット型 4人室 3人室 2人室 夫婦等の2人室 個室(個室的多床室を含む) I型療養床 室 室 室 室 室 II型療養床 室 室 室 室 室										
(6) ユニットの状況	「(3) 介護報酬上の届出」の種別でユニット型として届け出た療養室について記入してください。 I型療養床 ユニットの規模(定員) 人 人 人 人 人 人 ユニット数 ユニット ユニット ユニット ユニット ユニット II型療養床 ユニットの規模(定員) 人 人 人 人 人 人 ユニット数 ユニット ユニット ユニット ユニット ユニット										
(7) 居住費の状況	各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。 居住費の室数と(5)療養室の室数は一致させてください。 多床室 居住費(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 ユニット型個室的多床室(夫婦等の2人室を含む) 居住費(月額) 円 円 円 円 円 室定員 人室 人室 人室 人室 人室 室数 室 室 室 室 室 ユニット型個室(夫婦等の2人室を含む) 居住費(月額) 円 円 円 円 円 室定員 人室 人室 人室 人室 人室 室数 室 室 室 室 室										
(8) 食費の状況	施設が設定している料金を月額で記入してください。 1日あたりの食費 円 なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。										

(9) 施設サービスの状況	9 月末日の在所要者数						
		9 月末日時点で在所要者はいましたか。		1 いた 2 いない			
		短期入所療養介護の利用者は含めないでください。					
		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	要介護認定申請中
		I 型療養床	人	人	人	人	人
II 型療養床	人	人	人	人	人	人	

(10) 夜勤時間帯における勤務体制	令和元年 9 月 30 日から 10 月 1 日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の勤務体制を記入してください。 例えば、夕方から午前 0 時までが 4 名、午前 0 時から 8 時までが 3 名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は 7 名ではなく、3 名となります。 看護職員、介護職員のいずれについても回答してください(該当する職員がいない場合は、「2 いない」を○で囲んでください)。	
	夜勤を行った看護職員がいましたか。 1 いた 2 いない 夜勤を行った看護職員 人	夜勤を行った介護職員がいましたか。 1 いた 2 いない 夜勤を行った介護職員 人

(11) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9 月中(令和元年 9 月 1 日～30 日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)及び延べ夜勤回数を記入してください。 看護職員、介護職員のいずれについても回答してください(該当する職員がいない場合は、「0」を記入してください)。					
	看護職員	実人員数	人	介護職員	実人員数	人
		延べ夜勤回数	回		延べ夜勤回数	回

(12) 従事者数	※雇用形態にかかわらず、施設が定める 1 週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。 ※『常勤兼務』には、『常勤専従』分は含めません。また、『常勤専従』分の「換算数」は計上不要です。 ※「換算数」には、『常勤兼務』または『非常勤』の人数分をそれぞれ計上します。											
	換算数 = $\frac{\text{従事者の 1 週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき 1 週間の時間数(所定労働時間)}}$ (1 週間の時間数が 32 時間を下回る場合は分母を 32 時間としてください。)(換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。) 小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで計上してください。得られた結果が 0.1 に満たない場合は「0.1」と計上してください。											
	施設に在籍する職員のうち、介護医療院サービスを行う療養棟又は療養室の業務に携わる従事者について、職種別に記入してください。											
	常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)		常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)	
	1 医師					8 管理栄養士						
2 歯科医師					9 栄養士							
3 薬剤師					10 理学療法士							
4 看護師					11 作業療法士							
5 准看護師					12 言語聴覚士							
6 介護職員					13 精神保健福祉士等							
6 のうち介護福祉士					14 歯科衛生士							
7 介護支援専門員												
(補問) ※登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の場合 介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者						人						

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合 があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設 の担当者の氏名と連絡先を記入してください。	調査票記入者名・ 担当部署と連絡先 (※必須)	担当部署名)
		(調査票記入者名) ふりがな
		電話 ()
	上記以外連絡先 (携帯、FAX 等)	

ご協力ありがとうございました

※本票には、10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 (出生月を○で囲んでください)	
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

※介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設【病院】の在所（院）者については、**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 2 退所(院)者		
調査番号								利用者整理番号	

(1) 性 別	1 男 2 女	(2) 入所(院)前の住所	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 ※①、②のうち、該当する方に記入してください。	①在所(院)者(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設【病院】)									
	1 明治 2 大正 3 昭和			年	1月 3月 5月 7月 9月 11月				※出生月を○で囲んでください	
	②退所(院)者(すべての施設)、介護療養型医療施設【診療所】の在院者									
	1 明治 2 大正 3 昭和			年	月	入所(院)前の場所 / 退所(院)後の行先				

(4) 入・退所(院)の状況 ※入所(院)日、入所(院)前の場所は、退所(院)者も記入してください。	・入所(院)日 1 昭和 年 月 日 (右の該当する番号を選択) 2 平成 年 月 日 入所(院) 前の場所 3 令和 年 月 日 <u>退所(院)者は、退所(院)日、退所(院)後の行先(右の該当する番号を選択)も記入してください。</u> ・退所(院)日 令和元年 9 月 日 退所(院) 後の行先	01 家庭 02 介護老人福祉施設 03 その他の社会福祉施設 04 介護老人保健施設 05 介護医療院 06 病院(介護療養型) 07 病院(医療療養病床)	08 病院(一般病床) 09 病院(06～08以外) 10 診療所(介護療養型) 11 診療所(介護療養型以外) 12 施設内での死亡 13 入院先での死亡 14 その他
--	---	--	--

(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30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。 なお、要介護度が不明の場合には、「9 不明」を○で囲んでください。								
	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 要支援1	7 要支援2	8 その他	9 不明

[illegible]

(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 J	2 ランク A	3 ランク B	4 ランク C	5 障害なし
--------------------------	---------	---------	---------	---------	--------

(10) 負担限度額認定の状況	1 第1段階	2 第2段階	3 第3段階	4 1～3以外
-----------------	--------	--------	--------	---------

(11) 利 用 料 (9 月中の本人負担分)							
1 介護サービス費 (自己負担分)	円	4 特別な室料	円	7 日常生活品費	円	10 あずかり金の 管理費	円
2 食 費	円	5 特別な食費	円	8 教養娯楽費	円	11 その他	円
3 居 住 費	円	6 理美容費	円	9 私物の洗濯費	円		

(12) 医療処置等の状況 (9月中に受けた医療処置※「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、それぞれに該当する番号を○で囲んでください。)

施設内での処置 ※介護保険施設の従事者である医療従事者により行われた場合をいう。	日 中 (午前6時～午後6時)	01 点滴 02 膀胱カテーテル 03 人工膀胱 04 人工肛門	05 喀痰吸引 06 ネブライザー 07 酸素療法 08 気管切開	09 人工呼吸器 10 中心静脈栄養 11 経管栄養 12 胃瘻	13 透析 14 ドレーン 15 モニター測定 (心拍・血圧・酸素飽和度) 16 じょく瘡の処置(Ⅲ度以上)	17 疼痛管理 18 服薬 19 その他 20 医療処置なし
	夜 間 および 深 夜 (午後6時～午前6時)	01 点滴 02 膀胱カテーテル 03 人工膀胱 04 人工肛門	05 喀痰吸引 06 ネブライザー 07 酸素療法 08 気管切開	09 人工呼吸器 10 中心静脈栄養 11 経管栄養 12 胃瘻	13 透析 14 ドレーン 15 モニター測定 (心拍・血圧・酸素飽和度) 16 じょく瘡の処置(Ⅲ度以上)	17 疼痛管理 18 服薬 19 その他 20 医療処置なし
他の医療機関等での処置 ※往診により、施設内で受けた処置を含む。	日 中 (午前6時～午後6時)	01 点滴 02 膀胱カテーテル 03 人工膀胱 04 人工肛門	05 喀痰吸引 06 ネブライザー 07 酸素療法 08 気管切開	09 人工呼吸器 10 中心静脈栄養 11 経管栄養 12 胃瘻	13 透析 14 ドレーン 15 モニター測定 (心拍・血圧・酸素飽和度) 16 じょく瘡の処置(Ⅲ度以上)	17 疼痛管理 18 服薬 19 その他 20 医療処置なし
	夜 間 および 深 夜 (午後6時～午前6時)	01 点滴 02 膀胱カテーテル 03 人工膀胱 04 人工肛門	05 喀痰吸引 06 ネブライザー 07 酸素療法 08 気管切開	09 人工呼吸器 10 中心静脈栄養 11 経管栄養 12 胃瘻	13 透析 14 ドレーン 15 モニター測定 (心拍・血圧・酸素飽和度) 16 じょく瘡の処置(Ⅲ度以上)	17 疼痛管理 18 服薬 19 その他 20 医療処置なし

※本票には、12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。

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	要支援	その他			
		出生元号・年					出生月 (出生月を○で囲んでください)										
1	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		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	5 令和		年	2月	4月	6月	8月	10月	12月	1 2 3 4 5	1 2	その他

整理番号	性 別	出 生 年 月							要介護	要支援	その他	
		出生元号・年					出生月 (出生月を○で囲んでください)					
31	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
32	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
33	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
34	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
35	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
36	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
37	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
38	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
39	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
40	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
41	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
42	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
43	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
44	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
45	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
46	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
47	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
48	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
49	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
50	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
51	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
52	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
53	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
54	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
55	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
56	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
57	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
58	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
59	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
60	1男 2女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和		年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他

ご協力ありがとうございました

利用者番号		
-------	--	--

+

裏面につづきます

(13) 訪問看護等の状況

9月中に利用者が訪問看護を受けた回数を記入してください。(1日に2度訪問した場合は2)
(再掲)とある項目については、9月中の訪問回数の合計のうち下記の訪問についてそれぞれ再計上してください。

・「うち 介護保険法利用者の健康保険法等による訪問回数 (再掲)」は、介護保険法利用者が訪問看護を受けた回数
のうち、健康保険法等による支払を受けた訪問の回数

・「うち 夜間、早朝又は深夜の訪問回数 (再掲)」は、夜間、早朝又は深夜の時間帯に行った訪問の回数

・「うち 緊急時訪問看護による訪問回数 (再掲)」は、訪問看護計画外に行った緊急時訪問の回数

	9月中の訪問滞在時間				
	30分未満	うち20分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満	1時間30分以上
保健師・看護師・准看護師による 訪問回数の合計(回)	回	回	回	回	回
うち 介護保険法利用者の健康 保険法等による訪問回数(再掲)	回	回	回	回	回
うち 夜間、早朝又は深夜の 訪問回数(再掲)	回	回	回	回	回
うち 緊急時訪問看護による 訪問回数(再掲)	合 計 回		うち、夜間、 早朝又は深夜 回 ※緊急時訪問看護のうち、「夜間、早朝又は 深夜」の時間帯に訪問した回数を再計上し てください。		
9月中の訪問滞在時間の合計 (分)	合計 分				
主に理学療法士・作業療法士・ 言語聴覚士による訪問	※理学療法士等が主となって訪問看護を実施した場合に、報酬の算定回数に関わらず、実際に訪問 した回数の合計をご記入ください。 訪問回数の合計 回 9月中の滞在時間の合計 分				
事業所から居宅までの片道時間	分				
訪 問 看 護 の 提 供 内 容	9月中に行った看護内容について該当する番号すべてを○で囲んでください				
	01 病状観察 02 本人の療養指導 03 家族等の介護指導・支援 04 介護職員によるたんの吸引等の実施状況 の確認・支援 05 栄養・食事の援助 06 排せつの援助 07 口腔ケア 08 身体の清潔保持の管理・援助 09 認知症・精神障害に対するケア 10 嚥下訓練 11 呼吸ケア・肺理学療法 12 その他リハビリテーション 13 社会資源の活用支援 14 家屋改善・環境整備の支援 15 その他				
	9月中に行った医療処置にかかる看護内容について該当する番号すべてを○で囲んでください				
01 気管内吸引 02 その他の吸引 03 在宅酸素療法の指導・援助 04 膀胱留置カテーテルの交換・管理 05 ドレーンチューブの管理 06 じよく瘡の予防 07 じよく瘡の処置 08 じよく瘡以外の創傷部の処置 09 重度のじよく瘡の処置・管理 10 中心静脈栄養法の実施・管理 11 経鼻経管栄養法の実施・管理 12 胃瘻による経管栄養法の実施・管理 13 人工肛門・人工膀胱の管理 14 自己導尿の指導・管理 15 気管カニューレの交換・管理 16 人工呼吸器の管理 17 がん化学療法の管理 18 薬物を用いた疼痛管理 19 ターミナルケア 20 緊急時の対応 21 注射の実施 22 点滴の実施・管理 23 服薬管理・点眼等の実施 24 浣腸・排便 25 在宅透析の指導・援助 26 採血等の検体採取 27 吸入 28 その他					

ご協力ありがとうございました