

(介 89)
令和 3 年 9 月 7 日

都道府県医師会担当理事 殿

日本医師会 常任理事
江澤 和彦
(公印省略)

令和 3 年介護サービス施設・事業所調査の協力依頼について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より介護保険制度運営に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いて、本年も実施されることになり、別添の通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の提供体制・提供内容等を把握し、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おり、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に下記の通り、調査が行われる予定です。

現在、介護サービス施設・事業所におかれましては、新型コロナウイルス感染症への対応でご多忙のことと存じますが、本会においても本調査について協力することと致しました。

については、貴会におかれましても調査の円滑な実施に向けてのご協力とともに、会員への周知へご高配のほど宜しくお願い申し上げます。

敬具

記

1. 調査期日

本年 10 月 1 日現在において実施

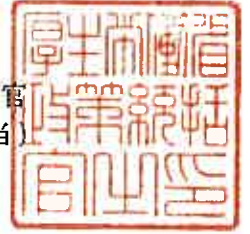
○ 添付資料

- ・令和 3 年介護サービス施設・事業所調査の協力依頼について
「令和 3 年 8 月 5 日 政統発 0805 第 1 号厚生労働省政策統括官
(統計・情報政策担当) 」
- ・参考資料
令和 3 年介護サービス施設・事業所調査の概要、調査票一式

以上

公益社団法人 日本医師会長 殿

厚生労働省政策統括官
(統計・情報政策担当)



令和3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、下記のとおり調査を実施することといたしましたので、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) 基本票

都道府県を対象とする。

(2) 詳細票

以下に掲げる施設・事業所を対象とする。

ア 介護保険施設

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

イ 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

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

オ 介護予防支援事業所

カ 地域密着型サービス事業所

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、夜間対応型訪問介護事業所、地域密着型通所介護事業所、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、地域密着型介護老人福祉施設、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）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

なお、訪問介護、通所介護、居宅介護支援、介護予防支援については、サービス、都道府県及び事業所の規模（通所介護はサービス及び都道府県）を層として層化無作為抽出した事業所を客体とし、それ以外については、全数を客体とする。

3 調査の期日

令和3年10月1日現在。

4 調査の事項

次の調査票に掲げる事項とする。

(1) 基本票

- ①施設基本票（別紙1-1）
- ②事業所基本票（別紙1-2）

(2) 詳細票

- 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2）
- ②介護老人保健施設票（別紙3）
- ③介護療養型医療施設票（別紙4）
- ④訪問看護ステーション票（別紙5）
- ⑤居宅サービス事業所（福祉関係）票（別紙6）
- ⑥地域密着型サービス事業所票（別紙7）
- ⑦居宅サービス事業所（医療関係）票（別紙8）
- ⑧介護医療院票（別紙9）

5 調査の実施体制

- (1) 基本票は、厚生労働省が都道府県に対して調査を行う。
- (2) 詳細票は、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。
- (3) 都道府県は、それぞれの区域内の調査対象施設・事業所について、「令和3年介護サービス施設・事業所調査 調査対象名簿」の作成等、円滑な調査の実施に向け、必要な業務を行う。

6 調査の方法

- (1) 基本票は、厚生労働省から都道府県にオンラインにより調査票を配布し、各担当者が入力する。
- (2) 詳細票は、都道府県により更新された「令和3年介護サービス施設・事業所調査 調査対象名簿」を基に、民間事業者から施設・事業所に配布し、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、厚生労働省政策統括官（統計・情報政策担当）が行い、調査結果は速やかに公表する。

令和3年介護サービス施設・事業所調査の概要

1 調査の目的

この調査は、全国の介護サービスの提供体制、提供内容等を把握することにより、介護サービスの提供面に着目した基盤整備に関する基礎資料を得ることを目的とする。

2 調査の対象及び客体

(1) 基本票

都道府県を対象とし、以下に掲げる施設・事業所（詳細は「別記」）の全数を把握する。

- ・介護予防サービス事業所
 - ・地域密着型介護予防サービス事業所
 - ・介護予防支援事業所
 - ・居宅サービス事業所
 - ・地域密着型サービス事業所
 - ・居宅介護支援事業所
 - ・介護保険施設
- } 以下「居宅サービス事業所等」という。

(2) 詳細票

基本票で把握した介護保険制度における全国の居宅サービス事業所等及び介護保険施設を対象とし、訪問介護、通所介護、居宅介護支援、介護予防支援については、サービス、都道府県及び事業所の規模（通所介護はサービス及び都道府県）を層として層化無作為抽出した事業所、それ以外については全数を客体とする。

(参考) 令和3年調査における事業所の平均抽出率

	訪問介護	通所介護	居宅介護支援	介護予防支援
抽出率	29.6%	62.0%	12.2%	53.1%

3 調査の期日

令和3年10月1日

4 調査の事項

(1) 基本票

- ・施設基本票：法人名、施設名、所在地、定員、活動状況
- ・事業所基本票：法人名、事業所名、所在地、活動状況

(2) 詳細票

- ・介護保険施設：開設・経営主体、在所者数、居室等の状況、従事者数等
- ・居宅サービス事業所等：開設・経営主体、利用者数、従事者数等

5 調査の方法及び系統

(1) 調査の方法

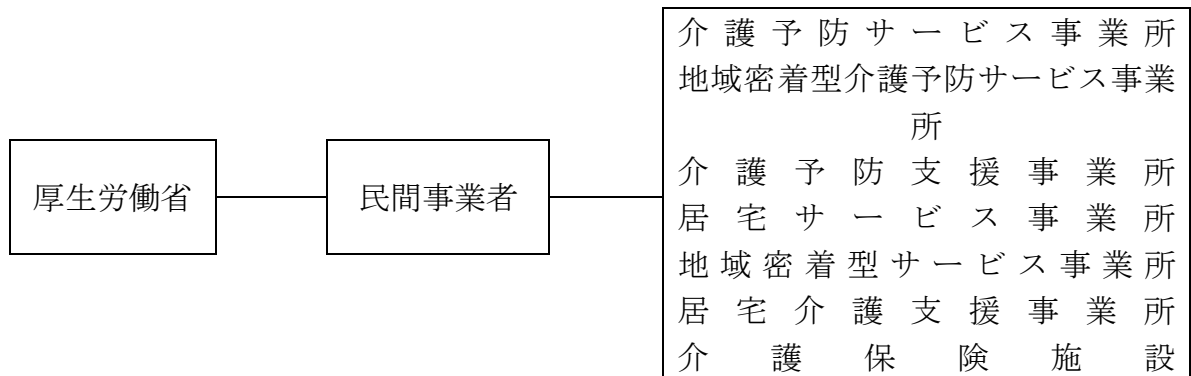
- ・基本票：厚生労働省から都道府県に対し、オンラインによる配布・回収を行う。
- ・詳細票：厚生労働省が委託した民間事業者から施設・事業所に対し、郵送・オンラインによる配布・回収を行う。

(2) 調査の系統

〈基本票〉



〈詳細票〉



6 集計及び結果の公表

集計及び結果の公表は、厚生労働省政策統括官（統計・情報政策担当）が行う。

調査結果は、「令和3年介護サービス施設・事業所調査の概況」及び「令和3年介護サービス施設・事業所調査」（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 (<https://www.mhlw.go.jp/>) 及び政府統計の総合窓口 (e-Stat) に掲載する。

調査対象施設・事業所

【介護予防サービス事業所】

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

【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

【介護予防支援事業所】

介護予防支援事業所

【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

【地域密着型サービス事業所】

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、夜間対応型訪問介護事業所、地域密着型通所介護事業所、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、地域密着型介護老人福祉施設、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）事業所

【居宅介護支援事業所】

居宅介護支援事業所

【介護保険施設】

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設

*一連番号																				
*調査番号																				

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

法人名																						
施設名																						
施設の所在地	〒 TEL ()-()-()																					
事業所番号											活動状況	1 活動中			2 休止中			3 廃止				
(1)開設年月	1 昭和			2 平成			3 令和				年		月	法人番号								
(2)開設主体及び経営主体	開設主体	それぞれ該当する番号を選択し、左の各欄に記入してください。																				
	経営主体	01 都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 日本赤十字社 05 社会福祉協議会 06 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 07 公益社団・財団法人 08 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外) 09 01~08以外																				
(3)介護報酬上の届出	該当する施設の種類の番号を○で囲んでください。																					
	介護老人福祉施設									地域密着型介護老人福祉施設												
1 介護福祉施設 2 小規模介護福祉施設 3 ユニット型介護福祉施設 4 ユニット型小規模介護福祉施設									1 地域密着型介護福祉施設 2 サテライト型介護福祉施設 3 ユニット型地域密着型介護福祉施設 4 ユニット型サテライト型地域密着型介護福祉施設													
入所定員 (短期入所生活介護(ショートステイ)床の定員は含みません)																						
(4)居室の状況	短期入所生活介護(ショートステイ)のみに使用している居室は除いて記入してください。																					
	多床室																					
	5人以上室			4人室			3人室			2人室			従来型個室			ユニット型						
	室			室			室			室			室			夫婦等の2人室			個室 (個室的多床室を含む)			
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									
(5)ユニットの状況	「(3)介護報酬上の届出」の種類が「3」または「4」に該当する場合のみ記入してください。 なお、ユニット型として届け出た居室について記入してください。																					
	ユニットの規模(定員)			人			人			人			人			人			人			
	ユニット数			ユニット			ユニット			ユニット			ユニット			ユニット			ユニット			
(6)居住費の状況	各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。 居住費の室数と(4)居室の室数は一致させてください。																					
	多床室	居住費(日額)		円			円			円			円			円						
		室定員		人室			人室			人室			人室			人室						
		室数		室			室			室			室			室						
	従来型個室	居住費(日額)		円			円			円			円			円						
		室数		室			室			室			室			室						
	ユニット型個室的多床室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(日額)		円			円			円			円			円						
		室定員		人室			人室			人室			人室			人室						
		室数		室			室			室			室			室						
	ユニット型個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(日額)		円			円			円			円			円						
		室定員		人室			人室			人室			人室			人室						
		室数		室			室			室			室			室						
	(7)食費の状況	施設が設定している料金を日額で記入してください。 なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。																	1日あたりの食費		円	

9月末日の在所有者数

9月末日時点で在所有者はいましたか。 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

(再掲) 9月末日の在所有者のうち、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3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3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。
※「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。

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) サテライト型地域密着型介護老人福祉施設の運営状況

本体施設として、サテライト型地域密着型介護老人福祉施設を運営していますか。 1 運営している 2 運営していない

(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。

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

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

(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) ぶりがな

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 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																			
入所定員	一般棟入所定員									認知症専門棟入所定員										
	人									人										
(5)療養室の状況	多床室			従来型個室			ユニット型													
	4人室			3人室			2人室			夫婦等の2人室			個室 (個室的多床室を含む)							
	一般棟室数			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介護保健施設(I型、II型、III型、IV型)に該当する場合は記入してください。なお、ユニット型として届け出た療養室について記入してください。																			
	一般棟	ユニットの規模(定員)	人			人			人			人			人			人		
		ユニット数	ユニット			ユニット			ユニット			ユニット			ユニット			ユニット		
	認知症専門棟	ユニットの規模(定員)	人			人			人			人			人			人		
ユニット数		ユニット			ユニット			ユニット			ユニット			ユニット			ユニット			
(7)居住費の状況	各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。居住費の室数と(5)療養室の室数は一致させてください。																			
多床室	居住費(日額)	円			円			円			円			円			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			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			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			円			
	室定員	人室			人室			人室			人室			人室			人室			
	室数	室			室			室			室			室			室			
(8)食費の状況	施設が設定している料金を日額で記入してください。なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。																	1日あたりの食費	円	

(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
一般棟	人	人	人	人	人	人
認知症専門棟	人	人	人	人	人	人

(10) 夜勤時間帯における勤務体制	令和3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。			夜勤を行った介護職員がいましたか。		
	1 いた	→	夜勤を行った看護職員	1 いた	→	夜勤を行った介護職員
	2 いない		人	2 いない		人

(11) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(令和3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。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、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)			非常勤(人)			常勤専従(人)			非常勤(人)		
	常勤兼務(専従分除く)	換算数(人)		常勤兼務(専従分除く)	換算数(人)		常勤兼務(専従分除く)	換算数(人)		常勤兼務(専従分除く)	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					
うち、勤続10年以上(※)の者							15 調理員					
7 支援相談員							16 その他の職員					
7のうち社会福祉士												

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

(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

※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) 〃
	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

政府統計

厚生労働省

*一連番号

*調査番号

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

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

「介護指定病床」における9月末日の在院者数						
(9) 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	
	短期入所療養介護の利用者は含めないでください。					
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護認定申請中
療養病床	人	人	人	人	人	人
老人性認知症疾患療養病棟	人	人	人	人	人	人

(10) 夜勤時間帯における勤務体制	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	人	1 いた	2 いない	人

(11) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(令和3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。 ※「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、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。					
	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

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

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、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。

(12) 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(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				
うち、勤続10年以上(※)の者										
7 介護支援専門員										

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。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) 〃
	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

政府統計

*一連番号																				
*調査番号																				

厚生労働省

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

法人名																			
ステーション名																			
ステーションの所在地	〒 TEL()-()-()																		
法人番号																			
(1)サービスの種類・事業所番号・ステーション名	・9月30日現在、貴事業所において指定を受けている下記の各事業について、「活動状況」の該当する番号を○で囲み、印字内容を確認してください。 ・事業所番号、ステーション名が印字されていない事業については、記入(追記)不要です。 ・「活動状況」は、休止届や廃止届を提出している場合は、「2 休止中」、「3 廃止」を○で囲んでください。その場合、以降は記入不要です。																		
サービスの種類	事業所番号						ステーション名						活動状況(1つに○)						
041 介護予防訪問看護													1 活動中			2 休止中		3 廃止	
042 訪問看護													1 活動中			2 休止中		3 廃止	
(2)開設主体	※該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <p>開設主体</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 5px;"></div> </div> <div style="width: 40%; text-align: center;"> <p>見本</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>01 都道府県</p> <p>02 市区町村</p> <p>03 広域連合・一部事務組合</p> <p>04 独立行政法人</p> <p>05 日本赤十字社・社会保険関係団体</p> <p>06 医療法人</p> <p>07 医師会</p> <p>08 看護協会</p> <p>09 公益社団・財団法人(07、08以外)</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>10 一般社団・財団法人(07、08、09以外)</p> <p>11 社会福祉協議会</p> <p>12 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)</p> <p>13 農業協同組合及び連合会</p> <p>14 消費生活協同組合及び連合会</p> <p>15 営利法人(会社)</p> <p>16 特定非営利活動法人(NPO)</p> <p>17 01~16以外</p> </div> </div>																		
(3)加算等の届出の状況	介護保険法 ※該当する番号をそれぞれにつき1つ○で囲んでください。																		
緊急時訪問看護加算の届出							1 あり			2 なし									
特別管理体制の届出							1 あり			2 なし									
ターミナルケア体制の届出							1 あり			2 なし									
サービス提供体制強化加算の届出							1 あり			2 なし									
看護体制強化加算の届出							1 加算I			2 加算II			3 なし						
健康保険法等	※該当する番号をそれぞれにつき1つ○で囲んでください。																		
24時間対応体制加算の届出							1 あり			2 なし									
1 ありの場合																			
						1 特別管理加算の届出あり						2 特別管理加算の届出なし							
機能強化型訪問看護管理療養費の届出					1 療養費1		2 療養費2		3 療養費3		4 なし								
精神科訪問看護基本療養費の届出							1 あり			2 なし									

次ページにつづきます

(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 <input type="text"/> 事業所																											
	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																											
(5)9月中のサービスの提供状況	<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)のいずれかのみで訪問した回数を内数として再計上してください。(ただし、PT2人や、PTとOTなど1回に複数で訪問した場合も1回とします。)訪問時間が連続して20分以上の場合、介護報酬の算定回数に関わらず訪問回数は「1回」とします。</p> <p>※複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)の登録者に対して行った訪問看護は、この調査票に記載せず、別途配布される「地域密着型サービス事業所票」に記載してください。</p>																											
	<p>介護予防訪問看護</p> <p>9月中の利用者 <input type="text"/> 1 あり 2 なし</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>要支援1</td> <td>要支援2</td> <td>要支援認定申請中</td> </tr> <tr> <td>利用実人員数</td> <td><input type="text"/> 人</td> <td><input type="text"/> 人</td> <td><input type="text"/> 人</td> </tr> <tr> <td>訪問回数の合計</td> <td><input type="text"/> 回</td> <td><input type="text"/> 回</td> <td><input type="text"/> 回</td> </tr> <tr> <td>うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(再掲)</td> <td><input type="text"/> 回</td> <td><input type="text"/> 回</td> <td><input type="text"/> 回</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	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	訪問回数の合計	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(再掲)	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回											
		要支援1	要支援2	要支援認定申請中																								
	利用実人員数	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人																								
	訪問回数の合計	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回																								
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(再掲)	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回																									
<p>訪問看護(介護給付)</p> <p>9月中の利用者 <input type="text"/> 1 あり 2 なし</p> <p>※ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護と連携して行った訪問看護についてはこの欄に記載せず、下記の「定期巡回・随時対応型との連携」欄に記載してください。</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>要介護1</td> <td>要介護2</td> <td>要介護3</td> <td>要介護4</td> <td>要介護5</td> <td>要介護認定申請中</td> </tr> <tr> <td>利用実人員数</td> <td><input type="text"/> 人</td> <td><input type="text"/> 人</td> <td><input type="text"/> 人</td> <td><input type="text"/> 人</td> <td><input type="text"/> 人</td> <td><input type="text"/> 人</td> </tr> <tr> <td>訪問回数の合計</td> <td><input type="text"/> 回</td> <td><input type="text"/> 回</td> <td><input type="text"/> 回</td> <td><input type="text"/> 回</td> <td><input type="text"/> 回</td> <td><input type="text"/> 回</td> </tr> <tr> <td>うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(再掲)</td> <td><input type="text"/> 回</td> <td><input type="text"/> 回</td> <td><input type="text"/> 回</td> <td><input type="text"/> 回</td> <td><input type="text"/> 回</td> <td><input type="text"/> 回</td> </tr> </table>		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	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	訪問回数の合計	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(再掲)	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回
	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	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人																						
訪問回数の合計	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回																						
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(再掲)	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回																						
<p>対定期巡回との連携時</p> <p>1 連携あり → 連携による利用実人員数 <input type="text"/> 人</p> <p>2 連携なし → 連携による訪問回数の合計 <input type="text"/> 回</p> <p>※ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の一体型事業所との契約に基づき、訪問看護サービスを行った場合の利用者は含まれません。</p>																												
<p>健康保険法等との併給者</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>併給者</td> </tr> <tr> <td>利用実人員数</td> <td><input type="text"/> 人</td> </tr> <tr> <td>うち新たな疾病等の診断による(再掲)</td> <td><input type="text"/> 人</td> </tr> <tr> <td>うち特別訪問看護指示書による(再掲)</td> <td><input type="text"/> 人</td> </tr> <tr> <td>訪問回数の合計</td> <td><input type="text"/> 回</td> </tr> </table> <p>※ 上記の介護保険法利用者のうち、月の途中で健康保険法等による給付が行われた者を、該当する理由別に計上してください。</p> <p>※ 「新たな疾病等の診断による」とは、厚生労働大臣が定める疾病等(末期の悪性腫瘍、神経難病等)として新たに診断を受けた場合をいいます。</p>		併給者	利用実人員数	<input type="text"/> 人	うち新たな疾病等の診断による(再掲)	<input type="text"/> 人	うち特別訪問看護指示書による(再掲)	<input type="text"/> 人	訪問回数の合計	<input type="text"/> 回																		
	併給者																											
利用実人員数	<input type="text"/> 人																											
うち新たな疾病等の診断による(再掲)	<input type="text"/> 人																											
うち特別訪問看護指示書による(再掲)	<input type="text"/> 人																											
訪問回数の合計	<input type="text"/> 回																											
<p>健康保険法等及びその他</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>健康保険法等</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>利用実人員数</td> <td><input type="text"/> 人</td> <td><input type="text"/> 人</td> </tr> <tr> <td>訪問回数の合計</td> <td><input type="text"/> 回</td> <td><input type="text"/> 回</td> </tr> <tr> <td>うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(再掲)</td> <td><input type="text"/> 回</td> <td><input type="text"/> 回</td> </tr> </table> <p>※ 「健康保険法等」欄には、介護保険法による(介護予防)訪問看護を1回も利用せず健康保険法等のみによる訪問看護を利用した者について計上してください。(健康保険法等とは、後期高齢者医療制度、健康保険、国民健康保険、労災保険等の医療保険及び生活保護等の公費負担医療をいいます。)</p> <p>※ 「その他」欄には、介護保険法及び健康保険法等いずれの保険制度も利用していない者で、9月中のすべての訪問看護を全額自費により受けた者及び市町村事業による者について計上してください。</p>		健康保険法等	その他	利用実人員数	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	訪問回数の合計	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(再掲)	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回																
	健康保険法等	その他																										
利用実人員数	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人																										
訪問回数の合計	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回																										
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(再掲)	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回																										

次ページにつづきます

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

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

(7) 従事者数

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$$
 (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、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)	人	換算数(人)
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 (管理者含む)					
							1~7のうちサテライト 事業所の従事者					

(8) 「居宅介護支援事業所」の併設の状況と従事者による介護支援専門員(ケアマネジャー)の兼務状況

同一法人(法人が異なっても実質的に同一経営の場合を含む。)が、同一または隣接する敷地内で「居宅介護支援事業所」を併設している場合は、「1 併設している」の番号を○で囲み、介護支援専門員と兼務の有無を回答してください。

1 併設している → 1 兼務あり → 兼務している人数 人
 2 併設していない → 2 兼務なし

(9) 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)事業所の併設の有無

1 併設している
 2 併設していない

同一法人(法人が異なっても実質的に同一経営の場合を含む。)が、同一または隣接する敷地内で「複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)事業所」を併設している場合は、「1 併設している」の番号を○で囲んでください。

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

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

ご協力ありがとうございました



*一連番号

*調査番号

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

法人名

事業所名

事業所の所在地 TEL ()-()-()

法人番号

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

(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。)

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

見本

(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) 〃

電話 (-)

上記以外連絡先(携帯、FAX等)

(3) 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 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)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。

通所介護	定員 (19人以上)	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)
	人	1 あり 2 なし	利用実人員数	人	人	人	人	人	人
			利用延人員数	人	人	人	人	人	人

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

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、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。

(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。

	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)	
	人数	換算数(人)	人数	換算数(人)	人数	換算数(人)	人数	換算数(人)	人数	換算数(人)	人数	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)							うち、勤続10年以上(※)の者					
(6) 4のうち柔道整復師							11 その他の職員(管理者含む)					
(7) 4のうちあん摩マッサージ指圧師							※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。					
(8) 4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 <input type="text"/> 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

(補問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。

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)

(補問2) 補問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 人

(7) 介護報酬上の届出種別 (複数回答)

介護報酬上の届出について、該当する番号をすべて○で囲んでください。

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

※(7)において「1 単独型」、「2 併設型」、「4 単独型ユニット型」、「5 併設型ユニット型」を○で囲んだ事業所は、以下(8)、(9)に回答してください。
 (「3 空床型」、「6 空床型ユニット型」のみを○で囲んだ事業所で他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。)
 「2 併設型」又は「5 併設型ユニット型」を○で囲んだ事業所は、併設型(ユニット型)分についてのみ記入してください。

(8) サービスの提供状況

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、提供体制(定員)を記入してください。
 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。
 空床利用している利用者は含めず、指定を受けている事業でサービスの利用者を記入してください。

入所介護 生活介護 介護予防 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	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	利用日数合計	人	日	人	日	人	日	人	日
	人											

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

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

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、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。

(9) 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	2		3	4			5	6		7	8
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									
★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)				うち、勤続10年以上(※)の者									
	(6) 4のうち柔道整復師				11 その他の職員(管理者含む)									
	(7) 4のうちあん摩マッサージ指圧師				※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。									
	(8) 4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									

【081介護予防短期入所生活介護・082短期入所生活介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

記入者名 () 電話番号 (-)

(10)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)

(11)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。

生活介護 介護予防特定施設入居者	定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者	9月末日の利用者数	要支援1	要支援2	要支援認定申請中			
	1 あり 2 なし	人		人	人				
入居者生活介護 特定施設	定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者	9月末日の利用者数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護認定申請中
	1 あり 2 なし	人		人	人	人	人	人	

(12)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

(13)介護専用型・混合型の区分
 1 専用型 2 混合型
 「専用型」とは、特定施設のうち入居者が要介護者とその配偶者などに限られるものをいいます。
 「混合型」とは、それ以外の特定施設をいいます。

※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。

(14)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)	換算数(人)		非常勤(人)	換算数(人)
1 介護職員							
1のうち介護福祉士							
うち、勤続10年以上(※)の者							
2 生活相談員							
2のうち社会福祉士							
3 看護師							
4 准看護師							
5 計画作成担当者							
6 機能訓練指導員							
(1)6のうち理学療法士							
(2)6のうち作業療法士							
(3)6のうち言語聴覚士							
(4)6のうち看護師(3の業務分除く)							
(5)6のうち准看護師(4の業務分除く)							
(6)6のうち柔道整復師							
(7)6のうちあん摩マッサージ指圧師							
(8)6のうちはり師・きゅう師							
7 その他の職員(管理者含む)							

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

(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

「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。

(15) サービスの提供状況

訪問入浴介護	9月中の利用者	<table border="1"> <tr> <td>1 あり</td> <td rowspan="2">利用実人員数</td> <td rowspan="2">要支援1</td> <td rowspan="2">要支援2</td> <td rowspan="2">その他 (自費利用者、認定申請中の者)</td> </tr> <tr> <td>2 なし</td> </tr> </table>	1 あり	利用実人員数	要支援1	要支援2	その他 (自費利用者、認定申請中の者)	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)
	1 あり		利用実人員数					要支援1	要支援2	その他 (自費利用者、認定申請中の者)	
2 なし											
			人	人	人						
			回	回	回						

(16) 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。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、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。

★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。

	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)	人	換算数(人)
1 介護職員												
2 看護師												
3 准看護師												
4 その他の職員(管理者含む)												
(1) 1のうち介護福祉士												
うち、勤続10年以上(※)の者												
(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)												

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

記入者名 () 電話番号 (- -)

「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

(17)サービスの提供状況	介護予防福祉用具貸与	
	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)	
	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	利用実人員 <input type="text"/> 人
	福祉用具貸与	
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)		
<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	利用実人員 <input type="text"/> 人	

特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売

(18)サービスの提供状況	「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。				
	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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

【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

※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。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、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)	
	人数	換算数(人)	人数	換算数(人)	人数	換算数(人)	人数	換算数(人)	人数	換算数(人)	人数	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 <input type="text"/> 人	3 保健師 <input type="text"/> 人	5 准看護師 <input type="text"/> 人	7 作業療法士 <input type="text"/> 人
2 義肢装具士 <input type="text"/> 人	4 看護師 <input type="text"/> 人	6 理学療法士 <input type="text"/> 人	8 社会福祉士 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 人
10 1～9以外の有資格者 <input type="text"/> 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。

(20) 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。

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

(21) 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)
<input type="checkbox"/> 1 委託あり <input type="checkbox"/> 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

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)
<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	利用実人員数	人	人	人

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

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、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。

(22) 従事者数

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

★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。

(23) 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。

- 介護保険施設と併設している
- 居宅サービス事業所、介護予防サービス事業所、地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所と併設している
- 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)と併設している
- 介護療養型医療施設以外の病院・診療所と併設している
- 上記以外の施設・事業所と併設している
- 1～5との併設はない(独立事業所)

(24) 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		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	うち9月中の新規の利用実人員数	人	人	人	人	人	人

(25) 従事者数

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

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、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)	
	人数	換算数(人)	人数	換算数(人)	人数	換算数(人)	人数	換算数(人)	人数	換算数(人)	人数	換算数(人)
1 介護支援専門員												
1のうち主任介護支援専門員												
2 その他の職員 (管理者含む)												

【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。

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。**

(26)サービスの提供体制	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

「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。

(27)サービスの提供状況	訪問介護	9月中の利用者 1 あり 2 なし	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)
			訪問回数合計	回	回	回	回	回	回
				人	人	人	人	人	人

※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。

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。

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。

(28)従事者数	注) (28)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)。 ★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。	常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	非常勤(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。				
					常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	非常勤(人)	換算数(人)	換算数(人)
		1 訪問介護員				3 サービス提供責任者			
		(1) 1のうち介護福祉士			(1) 3のうち介護福祉士				
		うち、勤続10年以上(※)の者			(2) 3のうち実務者研修修了者				
		(2) 1のうち実務者研修修了者			(3) 3のうち旧介護職員基礎研修課程修了者				
		(3) 1のうち旧介護職員基礎研修課程修了者			(4) 3のうち旧ホームヘルパー1級研修課程修了者				
		(4) 1のうち旧ホームヘルパー1級研修課程修了者			(5) 3のうち(1)~(4)以外の従事者				
		(5) 1のうち初任者研修修了者(旧ホームヘルパー2級研修課程修了者を含む)							
		(6) 1のうち生活援助従事者研修修了者							
		1のうちサテライト事業所の従事者							
		2 その他の職員(管理者含む)							

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

(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

(29)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
		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	
		常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)

(補問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。

(補問2) 補問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

訪問介護の提供内容

9月30日(0時~24時)に訪問介護サービスを利用した人の状況を記入してください。

なお、利用者1人に対して、1日に2回以上訪問した場合は、1人とカウントし、9月30日の最後に訪問したときの状況を記入してください。

この票には、出生月が「1月」「5月」「9月」の者のみ記入してください。

足りない場合は、コピーをとり記入し、調査票にホチキスで留めてください。

*一連番号

利用者 1	性別 1 男 2 女	出生年 1 明治 2 大正 3 昭和	要介護度 1 要介護1 3 要介護3 5 要介護5 2 要介護2 4 要介護4 6 その他(自費利用者、認定申請中の者)
	9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間 分	介護報酬請求区分(複数回答) ※01~06,07~08内での複数回答はありません。 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助	訪問介護の提供内容(複数回答) 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のための 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護
利用者 2	性別 1 男 2 女	出生年 1 明治 2 大正 3 昭和	要介護度 1 要介護1 3 要介護3 5 要介護5 2 要介護2 4 要介護4 6 その他(自費利用者、認定申請中の者)
	9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間 分	介護報酬請求区分(複数回答) ※01~06,07~08内での複数回答はありません。 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助	訪問介護の提供内容(複数回答) 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のための 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護
利用者 3	性別 1 男 2 女	出生年 1 明治 2 大正 3 昭和	要介護度 1 要介護1 3 要介護3 5 要介護5 2 要介護2 4 要介護4 6 その他(自費利用者、認定申請中の者)
	9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間 分	介護報酬請求区分(複数回答) ※01~06,07~08内での複数回答はありません。 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助	訪問介護の提供内容(複数回答) 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のための 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護
利用者 4	性別 1 男 2 女	出生年 1 明治 2 大正 3 昭和	要介護度 1 要介護1 3 要介護3 5 要介護5 2 要介護2 4 要介護4 6 その他(自費利用者、認定申請中の者)
	9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間 分	介護報酬請求区分(複数回答) ※01~06,07~08内での複数回答はありません。 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助	訪問介護の提供内容(複数回答) 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のための 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護
利用者 5	性別 1 男 2 女	出生年 1 明治 2 大正 3 昭和	要介護度 1 要介護1 3 要介護3 5 要介護5 2 要介護2 4 要介護4 6 その他(自費利用者、認定申請中の者)
	9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間 分	介護報酬請求区分(複数回答) ※01~06,07~08内での複数回答はありません。 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助	訪問介護の提供内容(複数回答) 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のための 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護

[注] *印の箇所は事業所では記入しないでください。

訪問介護の提供内容

9月30日（0時～24時）に訪問介護サービスを利用した人の状況を記入してください。

なお、利用者1人に対して、1日に2回以上訪問した場合は、1人とカウントし、9月30日の最後に訪問したときの状況を記入してください。

この票には、出生月が「1月」「5月」「9月」の者のみ記入してください。

足りない場合は、コピーをとり記入し、調査票にホチキスで留めてください。

*一連番号

利用者 6	性別 1 男 2 女	出生年 1 明治 2 大正 3 昭和	要介護度 1 要介護1 3 要介護3 5 要介護5 2 要介護2 4 要介護4 6 その他（自費利用者、認定申請中の者）
	9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間 分	介護報酬請求区分（複数回答） ※01～06,07～08内での複数回答はありません。 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助	訪問介護の提供内容（複数回答） 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のための 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護
利用者 7	性別 1 男 2 女	出生年 1 明治 2 大正 3 昭和	要介護度 1 要介護1 3 要介護3 5 要介護5 2 要介護2 4 要介護4 6 その他（自費利用者、認定申請中の者）
	9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間 分	介護報酬請求区分（複数回答） ※01～06,07～08内での複数回答はありません。 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助	訪問介護の提供内容（複数回答） 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のための 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護
利用者 8	性別 1 男 2 女	出生年 1 明治 2 大正 3 昭和	要介護度 1 要介護1 3 要介護3 5 要介護5 2 要介護2 4 要介護4 6 その他（自費利用者、認定申請中の者）
	9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間 分	介護報酬請求区分（複数回答） ※01～06,07～08内での複数回答はありません。 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助	訪問介護の提供内容（複数回答） 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のための 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護
利用者 9	性別 1 男 2 女	出生年 1 明治 2 大正 3 昭和	要介護度 1 要介護1 3 要介護3 5 要介護5 2 要介護2 4 要介護4 6 その他（自費利用者、認定申請中の者）
	9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間 分	介護報酬請求区分（複数回答） ※01～06,07～08内での複数回答はありません。 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助	訪問介護の提供内容（複数回答） 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のための 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護
利用者 10	性別 1 男 2 女	出生年 1 明治 2 大正 3 昭和	要介護度 1 要介護1 3 要介護3 5 要介護5 2 要介護2 4 要介護4 6 その他（自費利用者、認定申請中の者）
	9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間 分	介護報酬請求区分（複数回答） ※01～06,07～08内での複数回答はありません。 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助	訪問介護の提供内容（複数回答） 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のための 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護

〔注〕*印の箇所は事業所では記入しないでください。

訪問介護の提供内容

9月30日（0時～24時）に訪問介護サービスを利用した人の状況を記入してください。

なお、利用者1人に対して、1日に2回以上訪問した場合は、1人とカウントし、9月30日の最後に訪問したときの状況を記入してください。

この票には、出生月が「1月」「5月」「9月」の者のみ記入してください。

足りない場合は、コピーをとり記入し、調査票にホチキスで留めてください。

*一連番号

利用者 11	性別 1 男 2 女	出生年 1 明治 2 大正 3 昭和	要介護度 1 要介護1 3 要介護3 5 要介護5 2 要介護2 4 要介護4 6 その他（自費利用者、認定申請中の者）
	9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間 分	介護報酬請求区分(複数回答) ※01～06,07～08内での複数回答はありません。 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助	訪問介護の提供内容(複数回答) 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のための 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護
利用者 12	性別 1 男 2 女	出生年 1 明治 2 大正 3 昭和	要介護度 1 要介護1 3 要介護3 5 要介護5 2 要介護2 4 要介護4 6 その他（自費利用者、認定申請中の者）
	9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間 分	介護報酬請求区分(複数回答) ※01～06,07～08内での複数回答はありません。 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助	訪問介護の提供内容(複数回答) 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のための 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護
利用者 13	性別 1 男 2 女	出生年 1 明治 2 大正 3 昭和	要介護度 1 要介護1 3 要介護3 5 要介護5 2 要介護2 4 要介護4 6 その他（自費利用者、認定申請中の者）
	9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間 分	介護報酬請求区分(複数回答) ※01～06,07～08内での複数回答はありません。 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助	訪問介護の提供内容(複数回答) 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のための 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護
利用者 14	性別 1 男 2 女	出生年 1 明治 2 大正 3 昭和	要介護度 1 要介護1 3 要介護3 5 要介護5 2 要介護2 4 要介護4 6 その他（自費利用者、認定申請中の者）
	9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間 分	介護報酬請求区分(複数回答) ※01～06,07～08内での複数回答はありません。 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助	訪問介護の提供内容(複数回答) 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のための 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護
利用者 15	性別 1 男 2 女	出生年 1 明治 2 大正 3 昭和	要介護度 1 要介護1 3 要介護3 5 要介護5 2 要介護2 4 要介護4 6 その他（自費利用者、認定申請中の者）
	9月30日の最後に訪問したときの訪問滞在時間 分	介護報酬請求区分(複数回答) ※01～06,07～08内での複数回答はありません。 01 身体中心 20分未満 02 身体中心 20分以上30分未満 03 身体中心 30分以上1時間未満 04 身体中心 1時間以上1時間30分未満 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 身体中心 2時間以上 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 09 通院等乗降介助	訪問介護の提供内容(複数回答) 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 清拭 10 移乗・移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 部分浴 11 通院・外出介助 18 買い物・薬の受け取り 05 全身浴 12 起床・就寝介助 19 その他の生活援助 06 洗面等 13 自立支援のための 20 通院等乗降介助 07 身体整容 見守りの援助 14 その他の身体介護

[注] *印の箇所は事業所では記入しないでください。

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
(令和3年10月1日調査)



政府統計

*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
法人番号

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

(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。)

Table with 5 columns: 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. Rows include categories like 介護予防型通所介護, 地域密着型特定施設入居者生活介護, etc.

見本

(1) 経営主体
該当する番号を1つ選択し、左の欄に記入してください。
経営主体: 01 都道府県, 02 市区町村, 03 広域連合・一部事務組合, 04 社会福祉協議会, 05 社会福祉法人(社会福祉協議会以外), 06 医療法人, 07 公益社団・財団法人, 08 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外), 09 農業協同組合及び連合会, 10 消費生活協同組合及び連合会, 11 営利法人(会社), 12 特定非営利活動法人(NPO), 13 その他の法人, 14 01~13以外(個人を含む)

(2) 苦情解決のための取組状況 (複数回答)
該当する番号をすべて○で囲んでください。
1 苦情受付窓口を設置, 2 苦情解決責任者を設置, 3 共同で第三者委員を設置, 4 単独で第三者委員を設置, 5 1~4以外の取組を実施している

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

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

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。

※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。

対応型通所介護
介護予防型通所介護

(3)サービスの提供状況

定員	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)
人	1あり 2なし		利用実人員数	人	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人	人	人

認知症対応型通所介護

※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。

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

(4)事業所の形態

事業所の形態について、該当する番号を1つ○で囲んでください。

- 1 単独型 2 併設型 3 共用型

※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。

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。

(5)従事者数

	常勤専従(人)			常勤兼務(専従分除く)(人)			非常勤(人)			換算数(人)			
	人	人	換算数(人)	人	人	換算数(人)	人	人	換算数(人)	人	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)							うち、勤続10年以上(*)の者						
(6) 4のうち柔道整復師							11 その他の職員(管理者含む)						
(7) 4のうちあん摩マッサージ指圧師							※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。						
(8) 4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						

★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。

【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。

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。

(6)サービスの提供状況	介護予防認知症対応型共同生活介護	定員 <input type="text"/> 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	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	人	人						
共同生活介護対応型	定員 <input type="text"/> 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	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 2 なし	人		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	
ユニット	室数	1部屋当たりの平均家賃(月額)	室数	1部屋当たりの平均家賃(月額)
	室	円	室	円

(8)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。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、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)			非常勤(人)		
	常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	常勤兼務(専従分除)(人)	換算数(人)
1 介護職員						
★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					
	(2) 1のうち准看護師					
	(3) 1のうち介護福祉士					
	うち、勤続10年以上(※)の者					

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

(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

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。

入居者生活介護施設	定員	人						要介護認定申請中	
	9月中の利用者	1 あり 2 なし	9月末日の利用者数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護認定申請中
				人	人	人	人	人	人

(10)事業所の形態

1～4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）
- 軽費老人ホーム
- 養護老人ホーム
- サービス付き高齢者向け住宅

※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。

	常勤専従(人)			常勤兼務(専従分除く)(人)			非常勤(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)	
1 介護職員												
1のうち 介護福祉士												
うち、勤続10年以上(※)の者												
2 生活相談員												
2のうち 社会福祉士												
3 看護師												
4 准看護師												
5 計画作成担当者												
6 機能訓練指導員												
(1)6のうち 理学療法士												
(2)6のうち 作業療法士												
(3)6のうち 言語聴覚士												
(4)6のうち 看護師(3の業務分除く)												
(5)6のうち 准看護師(4の業務分除く)												
(6)6のうち 柔道整復師												
(7)6のうち あん摩マッサージ指圧師												
(8)6のうち はり師・きゅう師												
7 その他の職員(管理者含む)												

★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。

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

(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

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

【171夜間対応型訪問介護】

記入者名 () 電話番号 (- -)

「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

※契約を結んでいる人数ではなく、実際に9月中にサービスを利用した人数を記入してください。

夜間対応型訪問介護	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		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	定期巡回 訪問回数	回	回	回	回	回	回
		随時 訪問回数	回	回	回	回	回	回

(13) 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) → 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。

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。

(14) 従事者数

	常勤専従 (人)			非常勤 (人)			常勤専従 (人)			非常勤 (人)		
	人	専従分除く (人)	換算数(人)	人	専従分除く (人)	換算数(人)	人	専従分除く (人)	換算数(人)	人	専従分除く (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					
うち、勤続10年 以上(※)の者							(2) 3のうち 保健師					
(2) 1のうち 実務者研修修了者							(3) 3のうち 看護師					
(3) 1のうち 旧介護職員基礎 研修課程修了者							(4) 3のうち 准看護師					
(4) 1のうち 旧ホームヘルパー1級 研修課程修了者							(5) 3のうち 社会福祉士					
(5) 1のうち 初任者研修修了者 (旧ホームヘルパー2級 研修課程修了者を含む)							(6) 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					
(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												

★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。

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

【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。

(15) 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 (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	
計上してください。 ※重複する場合は、それぞれに計上してください。	宿泊	利用実人員数	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人
	通い	利用実人員数	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人
	訪問	利用実人員数	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人

(16) 宿泊室の状況

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
計上してください。 ※重複する場合は、それぞれに計上してください。	宿泊	利用実人員数	人	人	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人	人	人
	通い	利用実人員数	人	人	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人	人	人
	訪問	利用実人員数	人	人	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人	人	人

(16) 宿泊室の状況

個室の数 室 個室以外の宿泊室の数 室

(17) 宿泊費の状況

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

宿泊費(日額)	円	円	円	円	円	円
室 定 員	人室	人室	人室	人室	人室	人室
室 数	室	室	室	室	室	室

(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。
※「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。

	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)	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)					
うち、勤続10年以上(※)の者												
2 看護師												
3 准看護師												

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

(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

(19) 事業所の種別 (複数回答)	<input type="checkbox"/> 1 一体型 <input type="checkbox"/> 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、訪問看護の一部を他の訪問看護事業所に行われた場合の利用者も含めて計上してください。										
(20) 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。	9月中の利用者		1 あり		2 なし		9月中の通件数				件	
	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	要介護認定申請中				
	訪問実人員数		人	人	人	人	人	人				
	定期巡回訪問回数		回	回	回	回	回	回				
	随時対応訪問回数		回	回	回	回	回	回				
	利用実人員数		人	人	人	人	人	人				
	定期巡回訪問回数		回	回	回	回	回	回				
	随時対応訪問回数		回	回	回	回	回	回				
	健康保険法等との併給者		上記の訪問看護利用者のうち、月の途中で健康保険法等による給付が行われた者を計上してください。		訪問回数の合計		回					
	健康保険法等		健康保険法等でサービスを受けた者(介護保険法による訪問看護を利用していない者)を計上してください。		利用実人員数		訪問回数の合計		うちPT、OT、STのみによる訪問回数			人
		利用実人員数		訪問回数の合計		うちPT、OT、STのみによる訪問回数		人				
		訪問回数の合計		うちPT、OT、STのみによる訪問回数		人			回			
		うちPT、OT、STのみによる訪問回数		回			回					
(21) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中に、事業所が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数、延べ夜勤回数を記入してください。		看護職員	実人員数	人	介護職員	実人員数	人	延べ夜勤回数	回		
(22) 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	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
			回					回	回	回	回	回
			医師の指示書がある利用者に対する医師の指示書に基づかない看護職員の訪問回数(9月の状況についてお答えください。)					要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
			回					回	回	回	回	回
	死亡サービス終了の者		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	
			9月中に死亡した利用者数		在宅で死亡した利用者数		在宅以外で死亡した利用者数					
			人		人		人		人			
			在宅で死亡した利用者数		在宅以外で死亡した利用者数							
		人		人		人						
		在宅以外で死亡した利用者数										
		人		人		人						
(23) 従事者数	※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。 ※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。 ※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。											
	$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延長時間(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ (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 訪問介護員等		常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)	7 オペレーター		常勤専従(人)	常勤兼務(専従分除)(人)	換算数(人)
	1のうち介護福祉士							(1)7のうち医師				
	うち、勤続10年以上(※)の者							(2)7のうち保健師				
	2 看護師							(3)7のうち看護師				
	3 准看護師							(4)7のうち准看護師				
	4 理学療法士							(5)7のうち社会福祉士				
	5 作業療法士							(6)7のうち介護福祉士				
	6 言語聴覚士							(7)7のうち介護支援専門員				
		※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。						(8)7のうちサービス提供責任者経験者				
(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		8 その他の職員(管理者含む)						
(補問2) 計画作成責任者		人										

(24) 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、1～3のうち、該当する番号をすべて○で囲んでください。

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

(25) 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。)

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、訪問を利用した場合は、「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
		利用延人員数	人	人	人	人	人
	通い	利用実人員数	人	人	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人	人	人
	訪問介護	利用実人員数	人	人	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人	人	人
訪問看護	利用実人員数	人	人	人	人	人	
	利用延人員数	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

(26) 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

(27) 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

(28) 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

(29) 宿泊費の状況

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

宿泊費(日額)	円	円	円	円	円
室定員	人室	人室	人室	人室	人室
室数	室	室	室	室	室

(30) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

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

看護職員 実人員数	人	介護職員 実人員数	人
延べ夜勤回数	回	延べ夜勤回数	回

(31) 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。

	常勤専従			非常勤			常勤専従			非常勤		
	(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	(人)	換算数(人)	(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	(人)	換算数(人)		
1 介護職員												
1のうち介護福祉士												
うち、勤続10年以上(※)の者												
2 保健師												
3 看護師												
4 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											

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

(32) 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 地域密着型通所介護事業所

2 療養通所介護事業所

2の場合

療養通所介護事業所の利用定員内で実施する場合の、児童福祉法に基づく主に重症心身障害児を通わせる障害児通所支援、障害者総合支援法に基づく主に重症心身障害者を通わせる生活介護の指定状況について、あてはまる番号をすべて○で囲んでください。

1 児童発達支援	3 生活介護
2 放課後等デイサービス	4 なし

(33) サービスの提供状況

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

地域密着型通所介護・療養通所介護

定員 (18人以下) 人

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)
			利用実人員数	人	人	人	人	人
1 あり	→	利用実人員数	人	人	人	人	人	人
2 なし		利用延人員数	人	人	人	人	人	人

(34) 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。

	常勤専従 (人)			非常勤 (人)			常勤専従 (人)			非常勤 (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 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)						うち、勤続10年以上(※)の者						
(6) 4のうち柔道整復師						11 その他の職員(管理者含む)						
(7) 4のうちあん摩マッサージ指圧師						※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。						
(8) 4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 <input style="width: 50px;" type="text"/> 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。

(35) 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)

(補問2) 補問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

<input style="width: 50px;" type="text"/> 人	<input style="width: 50px;" type="text"/> 人
---	---

※調査票の記入及び提出はインターネットでも可能です。

厚生労働省

*一連番号																				
*調査番号																				

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

法人名	
施設名	
施設の所在地	〒 TEL()-()-()
法人番号	

(1) サービスの状況・施設の種類・事業所の種類

- ・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		
事業所の種類の種類	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 認知症疾患型 13 病院療養型 20 ユニット型認知症疾患型 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)09、10の両方又は11、12の両方に該当する場合があります。		

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

(2) 開設主体

※該当する番号を1つ、左の欄に記入してください。

開設主体	01 都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 独立行政法人 05 日本赤十字社・社会保険関係団体 06 医療法人 07 社会福祉協議会	08 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 09 公益社団・財団法人 10 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外) 11 営利法人(会社) 12 その他の法人 13 個人
------	--	---

【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。

(3)サービスの提供状況

介護予防短期入所療養介護

空床利用型ですか

1 はい 2 いいえ

※利用者の有無に関わらず、**空床利用型以外は**、介護予防短期入所療養介護としての指定病床数を記入してください。

指定病床数 床

9月中の利用者

1 あり 2 なし

※空床利用型の場合でも、利用者ありの場合は、「利用実人員数」「利用日数合計」に記入してください。

	要支援1	要支援2	その他 (自費利用者、 認定申請中の者)
利用実人員数	人	人	人
利用日数合計	日	日	日

短期入所療養介護

空床利用型ですか

1 はい 2 いいえ

※利用者の有無に関わらず、**空床利用型以外は**、短期入所療養介護としての指定病床数を記入してください。

指定病床数 床

9月中の利用者

1 あり 2 なし

※空床利用型の場合でも、利用者ありの場合は、「利用実人員数」「利用日数合計」に記入してください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	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
上記以外連絡先 (携帯、FAX等)	電話 (- -)

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。

(4) 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 <input type="text"/> 人	9月中の開催日数 <input type="text"/> 日		
	9月中の利用者	<input type="text"/> 1 あり <input type="text"/> 2 なし		
		要支援1	要支援2	その他 (自費利用者、 認定申請中の者)
	利用実人員数	人	人	人
	利用延人員数	人	人	人

通所リハビリテーション	定員 <input type="text"/> 人	9月中の開催日数 <input type="text"/> 日					
	9月中の利用者	<input type="text"/> 1 あり <input type="text"/> 2 なし					
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 (自費利用者、 認定申請中の者)
	利用実人員数	人	人	人	人	人	人
	利用延人員数	人	人	人	人	人	人

(5) 通所リハビリテーションの従事者数

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

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、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)		非常勤(人)			常勤専従(人)		非常勤(人)	
	専従分除く	換算数(人)	専従分除く	換算数(人)		専従分除く	換算数(人)	専従分除く	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				
うち、勤続10年 以上(※)の者					10 栄養士				

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

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

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

ご協力ありがとうございました

政府統計

厚生労働省

*一連番号																				
*調査番号																				

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

法人名																				
施設名																				
施設の所在地	〒 TEL()-()-()																			
事業所番号												活動状況			1 活動中 2 休止中 3 廃止					
(1)開設年月	1 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 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 その他の法人 11 個人																	
(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)																			
(4)重度認知症患者療養体制加算の状況	算定している重度認知症患者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 重度認知症患者療養体制加算(I) 2 重度認知症患者療養体制加算(II) 3 算定していない																			
入所定員	I型療養床入所定員									II型療養床入所定員										
	人									人										
(5)療養室の状況	多床室																			
	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(個室的多床室を含む)																			
	I型療養床 II型療養床																			
(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																			
	II型療養床																			
	ユニットの規模(定員) ユニット数																			
(7)居住費の状況	各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。居住費の室数と(5)療養室の室数は一致させてください。																			
	多床室	居住費(日額) 円																		
		室定員 人室																		
		室数 室																		
	従来型個室	居住費(日額) 円																		
		室数 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																		
		室定員 人室																		
		室数 室																		
	ユニット型個室(夫婦等の2人室を含む)	居住費(日額) 円																		
		室定員 人室																		
		室数 室																		
(8)食費の状況	施設が設定している料金を日額で記入してください。なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。																	1日あたりの食費		円

(9) 施設サービスの状況	9月末日の在在者数					
	9月末日時点で在在者はいましたか。 <input type="checkbox"/> 1 いた <input type="checkbox"/> 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	

(10) 夜勤時間帯における勤務体制	令和3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。 <input type="checkbox"/> 1 いた <input type="checkbox"/> 2 いない → <input type="text"/> 人			夜勤を行った介護職員がいましたか。 <input type="checkbox"/> 1 いた <input type="checkbox"/> 2 いない → <input type="text"/> 人		

(11) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(令和3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	<input type="text"/> 人	介護職員	実人員数	<input type="text"/> 人
		延べ夜勤回数	<input type="text"/> 回		延べ夜勤回数	<input type="text"/> 回

(12) 従事者数	※雇用形態にかかわらず、施設が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。 ※「常勤兼務」には、「常勤専従」分は含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。 ※「換算数」には、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。					
	$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ <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。)(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。</p>					

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					
うち、勤続10年以上(※)の者											
7 介護支援専門員											

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

(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	<input type="text"/> 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