

[illegible]

都道府県:〇〇県

令和元年介護サービス施設・事業所調査 事業所基本票
(令和元年10月1日現在)

別紙1-2

(9) 厚生労働省

[illegible]

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 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						
(4)居室の状況	1 介護福祉施設 2 小規模介護福祉施設 3 地域密着型介護福祉施設 4 ユニット型小規模介護福祉施設						1 地域密着型介護福祉施設 2 サテライト介護福祉施設 3 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						
	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 ユニット型												
(5)ユニットの状況	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												
	「(3)介護報酬上の届出」の種別が「3」または「4」に該当する場合のみ記入してください。 ユニットの規模(定員) ユニット数												
(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(月額)		円		円		円		円		円		
	室定員		人室		人室		人室		人室		人室		
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		
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		
(7)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。		円		円		円		円		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		円		円		円		円		

裏面につづきます

		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。								
(8) 施設サービスの状況	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	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 → 夜勤を行った看護職員 人 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 延べ夜勤回数 回 介護職員 実人員数 人 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 2 通所介護事業所 3 認知症対応型通所介護事業所 4 小規模多機能型居宅介護事業所 5 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)事業所 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「非常勤」となります。 ※「常勤兼務」は「常勤専従」に含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。 ※「換算数」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 = 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、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 未満の場合は「0.1」と計上してください。									
★ 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(専任分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)	常勤専従(人)	常勤兼務(専任分除く)(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(3 の要分除く)				
5 看護師						(5) 11 のうち看護師(6 の要分除く)				
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。						(担当部署名) 調査票記入者名・担当部署と連絡先(※必須) (調査票記入者名) ありがな 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																
(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。該当する場合もあります。 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												
(6)療養室の状況	多床室				ユニット型				従来型個室								
	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)				
	一般棟室数				室				室				室				
(7)ユニットの状況	一般棟				ユニットの規模(定員)				ユニット数				ユニットの規模(定員)				
					人				人				人				
					ユニット				ユニット				ユニット				
					人				人				人				
(8)居住費の状況	認知症専門棟				ユニットの規模(定員)				ユニット数				ユニットの規模(定員)				
					人				人				人				
					ユニット				ユニット				ユニット				
					人				人				人				
(9)食費の状況	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(6)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					
(10)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																

		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
(10)施設サービスの状況	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。		夜勤を行った介護職員がいましたか。		
	1 いた 2 いない 夜勤を行った看護職員 人		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		介護職員 実人員数		
	延べ夜勤回数		延べ夜勤回数				
(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。						
	従事者の 1 週間の勤務延時間数(残業は除く) 換算数 = 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 未満の場合は「0.1」と計上してください。						
		常勤専従 (人)	常勤兼務 (人)	非常勤 (人)	常勤専従 (人)	常勤兼務 (人)	非常勤 (人)
		換算数(人)	換算数(人)	換算数(人)	換算数(人)	換算数(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



介護サービス施設・事業所調査
介護療養型医療施設票
(令和元年10月1日調査)

(令和元年10月1日調査)

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 その他法人 12 個人									

(2) 介護報酬上の届出	病院長養型 (1 I型 2 II型 3 III型) ユニット型病院長養型 (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、病院長養型(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 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					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 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。																																																																												
(5) 病 室 の 状 況	多床室 5人以上室 4人室 3人室 2人室				従来型個室		ユニット型 夫婦等の2人室 個室(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			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		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			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										
(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																																																																			
室 定 員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室																																																																				
従 来 型 個 室	室 数	室	室	室	室	室	室	室	室																																																																			
居住費(日額)	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 数	室	室	室	室	室	室	室	室																																																																			
居住費(日額)	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																																																																			
室 数	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。 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																																																																											

裏面につづきます

[介護指定病床]における9月末日の在院者数							
(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		要介護認定申請中	
		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
	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	

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



介護サービス施設・事業所調査
訪問看護ステーション票
(令和元年10月1日調査)

政府統計

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。

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、必ず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	※該当する番号を選び、左の欄に記入してください。 <table border="0"> <tr> <td>01 都道府県</td> <td>10 公益社団・財団法人(07、08、09以外)</td> </tr> <tr> <td>02 市区町村</td> <td>11 社会福祉協議会</td> </tr> <tr> <td>03 広域連合・一部事務組合</td> <td>12 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)</td> </tr> <tr> <td>04 独立行政法人</td> <td>13 農協同組合及び連合会</td> </tr> <tr> <td>05 日本赤十字社・社会保険関係団体</td> <td>14 消費生活協同組合及び連合会</td> </tr> <tr> <td>06 医療法人</td> <td>15 利法人(会社)</td> </tr> <tr> <td>07 医師会</td> <td>16 特定非営利活動法人(NPO)</td> </tr> <tr> <td>08 看護協会</td> <td>17 01～16以外</td> </tr> <tr> <td>09 公益社団・財団法人(07、08以外)</td> <td></td> </tr> </table>			01 都道府県	10 公益社団・財団法人(07、08、09以外)	02 市区町村	11 社会福祉協議会	03 広域連合・一部事務組合	12 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	04 独立行政法人	13 農協同組合及び連合会	05 日本赤十字社・社会保険関係団体	14 消費生活協同組合及び連合会	06 医療法人	15 利法人(会社)	07 医師会	16 特定非営利活動法人(NPO)	08 看護協会	17 01～16以外	09 公益社団・財団法人(07、08以外)	
01 都道府県	10 公益社団・財団法人(07、08、09以外)																				
02 市区町村	11 社会福祉協議会																				
03 広域連合・一部事務組合	12 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)																				
04 独立行政法人	13 農協同組合及び連合会																				
05 日本赤十字社・社会保険関係団体	14 消費生活協同組合及び連合会																				
06 医療法人	15 利法人(会社)																				
07 医師会	16 特定非営利活動法人(NPO)																				
08 看護協会	17 01～16以外																				
09 公益社団・財団法人(07、08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"> <tr> <td>緊急時訪問看護加算の届出</td> <td>1 あり 2 なし</td> </tr> <tr> <td>特別管理体制の届出</td> <td>1 あり 2 なし</td> </tr> <tr> <td>ターミナルケア体制の届出</td> <td>1 あり 2 なし</td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算の届出</td> <td>1 あり 2 なし</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> </tr> </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"> <tr> <td>24時間対応体制加算の届出</td> <td>1 あり 2 なし</td> </tr> </table> 1 ありの場合 <table border="1"> <tr> <td>1 特別管理加算の届出あり</td> <td>2 特別管理加算の届出なし</td> </tr> </table>			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	24時間対応体制加算の届出	1 あり 2 なし	1 特別管理加算の届出あり	2 特別管理加算の届出なし				
緊急時訪問看護加算の届出	1 あり 2 なし																				
特別管理体制の届出	1 あり 2 なし																				
ターミナルケア体制の届出	1 あり 2 なし																				
サービス提供体制強化加算の届出	1 あり 2 なし																				
看護体制強化加算の届出	1 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 なし																				
24時間対応体制加算の届出	1 あり 2 なし																				
1 特別管理加算の届出あり	2 特別管理加算の届出なし																				
(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

介護保険法

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。

※利用実人員数欄には、介護保険法による(介護予防)訪問看護を1回でも利用した者について計上してください。

※訪問回数の合計欄には、支給限度額を超えた訪問回数及び健康保険法等併給による訪問回数も含めて計上してください。

※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。

※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。

介護予防訪問看護

9 月 中 の 営 業 日 数 日

9 月 中 の 利 用 者 1 あり 2 なし

	要支援1	要支援2	要支援認定申請中
利 用 実 人 員 数	人	人	人
訪 問 回 数 の 合 計	回	回	回
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(再掲)	回	回	回

訪問看護(介護給付)

9 月 中 の 営 業 日 数 日

9 月 中 の 利 用 者 1 あり 2 なし

※ 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。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護認定申請中
利 用 実 人 員 数	人	人	人	人	人	人
訪 問 回 数 の 合 計	回	回	回	回	回	回
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(再掲)	回	回	回	回	回	回

対応型巡回・随時対応型訪問介護看護の法2号型(連携型)事業所と連携している場合

※ 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。

1 連携あり → 連携先の事業所数 事業所

2 連携なし

連携による訪問回数の合計	回
--------------	---

※ 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めません。

健康保険法等との併給者

	併給者
利 用 実 人 員 数	人
うち新たな疾病等の診断による(再掲)	人
うち特別訪問看護指示書による(再掲)	人
訪 問 回 数 の 合 計	回

※ 上記の介護保険法利用者のうち、月の途中で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。

※ 「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。

健康保険法等及びその他

	健康保険法等	その他
利 用 実 人 員 数	人	人
訪 問 回 数 の 合 計	回	回
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(再掲)	回	

※ 「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。

※ 「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。

次ページにつづきます

(6)	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				
		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		
死亡によるサービスの利用者	9月中に死亡した利用者数		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				
			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					
(7) 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。									
	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 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 → 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。 2 併設していない									
※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



政府統計

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)

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

- ・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、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) 営 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)	

(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)

人

9月中の開催日数
(1~30日)

日

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)

人

人

人

人

人

人

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。

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)	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						6 管理栄養士					
3 准看護						7 栄養士					
4 機能訓練指導員						8 歯科衛生士					
(1) 4 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

(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。

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

(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
2 併設型

3 空床型
4 単独型ユニット型

5 併設型ユニット型
6 空床型ユニット型

※(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。

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

(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

★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」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未満の場合は「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 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									

(補欄) ※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 (-)

(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。																																																																																																																					
	生活介護 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 1 あり 2 なし	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																																																																																																															
	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 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 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。																																																																																																																			
(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、「常勤専従」分と「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) ÷ 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時間を超える場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は、記入の注意書きを参照してください。) 小数点第1位を四捨五入し、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0.5未満の場合は「0.1」と計上してください。																																																																																																																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th>常勤専従 (人)</th> <th>常勤兼務 (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>1 介護職員</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> </tr> <tr> <td>2 生活相談員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2のうち社会福祉士</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> </tr> <tr> <td>4 准看護師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 計画作成担当者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 機能訓練指導員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(1) 6のうち理学療法士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(2) 6のうち作業療法士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(3) 6のうち言語聴覚士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(4) 6のうち看護師(3の業務分除く)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(5) 6のうち准看護師(4の業務分除く)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(6) 6のうち柔道整復師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(7) 6のうちあん摩マッサージ指圧師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(8) 6のうちはり師・きゅう師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7 その他の職員(管理者含む)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>											常勤専従 (人)	常勤兼務 (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						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)					
		常勤専従 (人)	常勤兼務 (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																																																																																																																						
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)																																																																																																																						
(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																																																																																																																						

【091介護予防特定施設入居者生活介護・092特定施設入居者生活介護】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。

【102訪問介護】

記入者名 () 電話番号 (- -)

次の提供体制について、利用者の有無に関わらず、<u>どちらかを○で囲んでください。</u>																																		
(16) 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																															
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。																																		
(17) サービスの提供状況	訪問介護	9月中の営業日数 (1～30日)	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">9月中の利用者</th> <th style="width: 10%;">要介護1</th> <th style="width: 10%;">要介護2</th> <th style="width: 10%;">要介護3</th> <th style="width: 10%;">要介護4</th> <th style="width: 10%;">要介護5</th> <th style="width: 10%;">その他 (自費利用者、 認定申請中の者)</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 あり</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2 なし</td> <td style="text-align: center;">回</td> <td style="text-align: center;">回</td> <td style="text-align: center;">回</td> <td style="text-align: center;">回</td> <td style="text-align: center;">回</td> <td style="text-align: center;">回</td> </tr> </table>						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	人	人	人	人	人	人	2 なし	回	回	回	回	回	回					
	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	人	人	人	人	人	人																											
2 なし	回	回	回	回	回	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。 ※「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。																																		
(18) 従事者数	1 訪問介護員 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">(1) 1のうちの介護福祉士</th> <th style="width: 10%;">(2) 1のうちの実務者研修修了者</th> <th style="width: 10%;">(3) 1のうちの旧介護職員基礎研修課程修了者</th> <th style="width: 10%;">(4) 1のうちの旧ホームヘルパー1級研修課程修了者</th> <th style="width: 10%;">(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)</th> <th style="width: 10%;">(6) 1のうちの生活援助従事者研修修了者</th> <th style="width: 10%;">1のうちのサテライト事業所の従事者</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> </tr> </table>		(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	.	.	.	.	.	.	.	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。 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">常勤専従 (専従分除く)</th> <th style="width: 10%;">常勤兼務 (専従分除く)</th> <th style="width: 10%;">非常勤</th> <th style="width: 10%;">換算数(人)</th> <th style="width: 10%;">換算数(人)</th> <th style="width: 10%;">換算数(人)</th> <th style="width: 10%;">換算数(人)</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> </tr> </table>				常勤専従 (専従分除く)	常勤兼務 (専従分除く)	非常勤	換算数(人)	換算数(人)	換算数(人)	換算数(人)	.	.	.	.	.	.	.
	(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																											
	.	.	.	.	.	.	.																											
常勤専従 (専従分除く)	常勤兼務 (専従分除く)	非常勤	換算数(人)	換算数(人)	換算数(人)	換算数(人)																												
.	.	.	.	.	.	.																												
2 その他の職員(管理者含む) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">.</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">.</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">.</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">.</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">.</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">.</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">.</td> </tr> </table>		.	.	.	.	.	.	.	3 サービス提供責任者 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">(1) 1のうちの介護福祉士</th> <th style="width: 10%;">(2) 1のうちの実務者研修修了者</th> <th style="width: 10%;">(3) 1のうちの旧介護職員基礎研修課程修了者</th> <th style="width: 10%;">(4) 1のうちの旧ホームヘルパー1級研修課程修了者</th> <th style="width: 10%;">(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)</th> <th style="width: 10%;">(1)～(4)以外の従事者</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> </tr> </table>				(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)	(1)～(4)以外の従事者	.	.	.	.	.	.										
.	.	.	.	.	.	.																												
(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)	(1)～(4)以外の従事者																													
.	.	.	.	.	.																													
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)。 ★ 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。																																		
(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。 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">常勤専従 (人)</th> <th style="width: 10%;">常勤兼務 (専従分除く) (人)</th> <th style="width: 10%;">換算数(人)</th> <th style="width: 10%;">非常勤 (人)</th> <th style="width: 10%;">換算数(人)</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td style="text-align: center;">.</td> </tr> </table> 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 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							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)																														
.	.	.	.	.																														

【102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。

(2) 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 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

(2) 従事者数

★ 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。

※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 = $\frac{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}{\text{1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。}} \times \text{換算数の詳細は、記入の手引きを参照してください。}$
 (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)		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)		非常勤 (人)	非常勤 (人)	
1 介護職						
(1) 1の介護福祉士						
(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)						
2 看護職						
3 准看護職員						
4 その他の職員(管理者含む)						

【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。

介護予防福祉用具貸与・福祉用具貸与

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)	※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 → 利用実人員 人 2 なし	
	福祉用具貸与	
	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。 ※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 → 利用実人員 人 2 なし	

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)	※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)	※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月の福祉用具販売数(介護保険のみ)」を記入してください。						
	1 あり →	腰掛便座	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
	2 なし					

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

※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)		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 介護福祉士			3 保健師		5 准看護師		7 作業療法士						
2 義肢装具士			4 看護師		6 理学療法士		8 社会福祉士						
上記1～8に該当しない者で												9 福祉用具専門相談員指定講習会修了者	
												10 1～9以外の有資格者	

「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。

【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

- 1 委託あり
- 2 委託なし

	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
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

- 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
うち9月中の新規の利用実人員数	人	人	人

※雇用形態にかかわらず、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」は、「常勤専従」分を含めません。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 = 事業所の1週間の勤務延時間数(残業は除く)
 該事業所に在籍する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。)(換算数の計算は、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。得られなかった場合は「0」と計上してください。

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。

	常勤専従 (専従分除く) (人)		非常勤 (人)			常勤専従 (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)
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士									

【191介護予防支援(地域包括支援センター)】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【201 居宅介護支援】

記入者名 () 電話番号 (- -)

㉔ 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)																																												
㉕ 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。 <table border="1"> <tr> <th>9月中の利用者</th> <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>1 あり</td> <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>2 なし</td> <td>うち9月中の新規の利用実人員数</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </table>	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																				
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																																						
㉖ 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未満の場合は「0.1」と計上してください。 <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">常勤専従 (人)</th> <th colspan="2">常勤兼務 (専従分除く) (人)</th> <th colspan="2">非常勤 (人)</th> <th colspan="2">換算数(人)</th> </tr> <tr> <th>人数</th> <th>換算数</th> <th>人数</th> <th>換算数</th> <th>人数</th> <th>換算数</th> <th>人数</th> <th>換算数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 介護支援専門員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 その他の職員 (管理者含む)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1のうち 主任介護支援専門員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		常勤専従 (人)		常勤兼務 (専従分除く) (人)		非常勤 (人)		換算数(人)		人数	換算数	人数	換算数	人数	換算数	人数	換算数	1 介護支援専門員									2 その他の職員 (管理者含む)									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)		非常勤 (人)		換算数(人)																																						
	人数	換算数	人数	換算数	人数	換算数	人数	換算数																																					
1 介護支援専門員																																													
2 その他の職員 (管理者含む)																																													
1のうち 主任介護支援専門員																																													

【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。