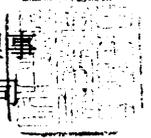


(介47)

平成23年8月3日

都道府県医師会
介護保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
三上 裕司



平成23年介護サービス施設・事業所調査の実施に関する協力依頼について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は介護保険制度運営に関し、格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成12年より実施されております標記調査につきまして、本年も実施されることとなり、別添のとおり厚生労働省より本会宛に調査協力依頼がありました。

当該調査は、全国の介護サービスについて提供体制・提供内容等を把握し、今後の介護サービス提供の基盤整備に関する基礎資料を得ることを目的としているもので、調査客体は、介護保険施設、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、介護予防サービス事業所、介護予防支援事業所、地域密着型サービス事業所、地域密着型介護予防サービス事業所の全数が対象であり、調査期日は本年10月1日現在において実施することになっております。

本会においては、本調査に協力することと致しましたので、貴会におかれましても、調査の円滑な実施にご協力を賜りたくご高配方宜しくお願い申し上げます。

なお、東日本大震災の被災状況を鑑みて、岩手県、宮城県、福島県、茨城県、仙台市、盛岡市、いわき市、郡山市につきましては、調査の実施にあたり、参考資料2のとおり特段の対応を行うこととなっておりますことをお知らせ申し上げます。

敬具

記

(添付資料)

- ・「平成23年介護サービス施設・事業所調査の協力依頼について」
(平23.7.20統発0720第2号 厚生労働省大臣官房統計情報部長)
- ・参考資料1 平成23年介護サービス施設・事業所調査の概要
- ・参考資料2 平成23年介護サービス施設・事業所調査における東日本大震災への対応について
- ・調査票一式

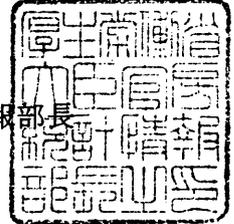
以上



統発0720第2号
平成23年7月20日

社団法人 日本医師会長 殿

厚生労働省大臣官房統計情報部長



平成23年介護サービス施設・事業所調査の協力依頼について

介護サービス施設・事業所調査につきましては、かねてから多大なる御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本年においても下記のとおり実施することといたしましたので、引き続き貴会の御協力を賜りたく、御配意方お願い申し上げます。

なお、東日本大震災の被災県に対しては特段の配慮を行っている旨、申し添えます。

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

以下に掲げる介護保険施設、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、介護予防サービス事業所、介護予防支援事業所、地域密着型サービス事業所、地域密着型介護予防サービス事業所を対象とし、その全数を客体とする。

ア 介護保険施設

指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設

イ 居宅サービス事業所

訪問看護ステーション、訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所、通所介護事業所、短期入所生活介護事業所、特定施設入居者生活介護事業所、福祉用具貸与事業所、特定福祉用具販売事業所、通所リハビリテーション事業所、短期入所療養介護事業所

ウ 居宅介護支援事業所

エ 介護予防サービス事業所

介護予防訪問看護ステーション、介護予防訪問介護事業所、介護予防訪問入浴介護事業所、介護予防通所介護事業所、介護予防短期入所生活介護事業所、介護予防特定施設入居者生活介護事業所、介護予防福祉用具貸与事業所、特定

- 介護予防福祉用具販売事業所、介護予防通所リハビリテーション事業所、介護
予防短期入所療養介護事業所
- オ 介護予防支援事業所
- カ 地域密着型サービス事業所
地域密着型介護老人福祉施設、夜間対応型訪問介護事業所、認知症対応型通
所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事
業所、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所
- キ 地域密着型介護予防サービス事業所
介護予防認知症対応型通所介護事業所、介護予防小規模多機能型居宅介護事
業所、介護予防認知症対応型共同生活介護事業所

3 調査の期日

平成23年10月1日（土）現在において実施する。

4 調査の事項

次の調査票に掲げる事項とする。

- (1) 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設票（別紙1）
- (2) 介護老人保健施設票（別紙2）
- (3) 介護療養型医療施設票（別紙3）
- (4) 訪問看護ステーション票（別紙4）
- (5) 居宅サービス事業所（福祉関係）票（別紙5）
- (6) 地域密着型サービス事業所票（別紙6）
- (7) 居宅サービス事業所（医療関係）票（別紙7）

5 調査の実施体制

厚生労働省が、調査に関する事務を民間事業者に委託して行う。

6 調査の方法

民間事業者から全施設・事業所に調査票を配付し、各管理者が記入する。

7 集計及び結果の公表

集計及び結果の公表は、厚生労働省大臣官房統計情報部が行い、調査結果は速やかに公表する。

平成23年介護サービス施設・事業所調査の概要

1 調査の目的

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

2 調査の対象及び客体

別記に掲げる介護保険施設、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、介護予防サービス事業所、介護予防支援事業所、地域密着型サービス事業所、地域密着型介護予防サービス事業所を対象とし、その全数を客体とする。

3 調査の時期

平成23年10月1日

4 調査事項

介護保険施設

施設名、所在地、定員、従事者数、居室等の状況 等

居宅サービス事業所等

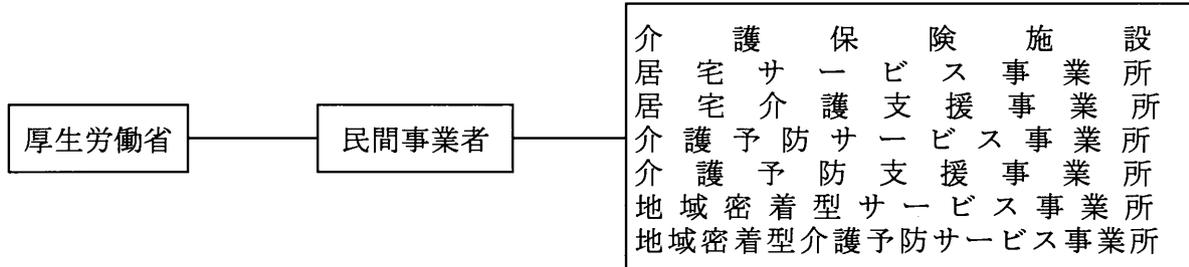
事業所名、所在地、利用者数、従事者数 等

5 調査の方法及び系統

(1) 調査の方法

民間事業者から介護保険施設、各事業所へ配布し、各管理者が調査票に記入する。

(2) 調査の系統



6 集計及び結果の公表

集計は、厚生労働省大臣官房統計情報部が行い、調査結果は「平成23年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」及び「平成23年介護サービス施設・事業所調査報告」（報告書）として集計完了後速やかに公表するとともに、厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/>) 及び政府統計の総合窓口 (e-Stat) に掲載する。

(別記)

【 調査対象施設・事業所 】

【介護保険施設】

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設

【居宅サービス事業所】

訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所、訪問看護ステーション、通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所、短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、特定施設入居者生活介護事業所、福祉用具貸与事業所、特定福祉用具販売事業所

【居宅介護支援事業所】

居宅介護支援事業所

【介護予防サービス事業所】

介護予防訪問介護事業所、介護予防訪問入浴介護事業所、介護予防訪問看護ステーション、介護予防通所介護事業所、介護予防通所リハビリテーション事業所、介護予防短期入所生活介護事業所、介護予防短期入所療養介護事業所、介護予防特定施設入居者生活介護事業所、介護予防福祉用具貸与事業所、特定介護予防福祉用具販売事業所

【介護予防支援事業所】

介護予防支援事業所

【地域密着型サービス事業所】

地域密着型介護老人福祉施設、夜間対応型訪問介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所

【地域密着型介護予防サービス事業所】

介護予防認知症対応型通所介護事業所、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、介護予防認知症対応型共同生活介護事業所

平成 23 年 7 月 14 日

厚生労働省統計情報部社会統計課

平成 23 年介護サービス施設・事業所調査における東日本大震災への対応について

(注) 今回の調査において、特段の対応を行う被災地

岩手県、宮城県、福島県、茨城県、仙台市、盛岡市、いわき市、郡山市

1. 調査対象名簿

【調査対象名簿の作成】

- ・岩手県、茨城県、仙台市、いわき市、盛岡市及び郡山市については、県・市より名簿の作成はできるとの回答が得られているため、調査対象名簿（以下単に「名簿」という。）の作成を依頼し、併せて震災により調査への対応ができない施設・事業所情報も提供してもらい、被災状況を反映させた上、施設・事業所に調査票を郵送。
- ・宮城県についても、名簿の作成は出来るとの回答が得られているため、県に名簿作成を依頼。但し被災状況の反映は含まない。
- ・福島県については、県から名簿の作成はできないとの回答が得られているため、平成 22 年度の名簿を基に実施。

【調査除外地域】

- ・宮城県及び福島県については、原子力災害地域（警戒区域、計画的避難区域、緊急時避難準備区域）又は浸水地域を含む市町村を調査対象から除外する。（別紙 1）

2. 調査の実施

【記入者負担の軽減と投函期限の延長】

- ・被災 3 県（岩手県、宮城県及び福島県（各県下の政令指定都市、中核市を含む））全域について、通常の運営を行うことができないなどのため協力が難しい施設・事務所については、プレプリントの確認等のみでも差し支えないこととする。
- ・被災 3 県の投函期限を 10 月 28 日（金）から延長し、12 月 2 日（金）とする。（以上については、「調査についてのお願い」及び調査票参照）
- ・茨城県は通常どおり実施する。

調査除外地域について

調査除外地域としては、次の地域（市区町村単位）とした。

- ・国土地理院が、地震後に撮影した空中写真及び観測された衛星画像を使用して判読した津波による浸水範囲
- ・東京電力福島第一原子力発電所において発生した事故に関し、設定された「警戒区域」、「計画的避難区域」及び「緊急時避難準備区域」

なお、岩手県、盛岡市、仙台市、いわき市については、県・市において被災状況を反映した調査対象名簿の作成が可能であることから、浸水地域が含まれる場合であっても、調査除外地域としていない。

調査除外地域	〔 無 印→浸水 ○○市→原発 △△市→浸水及び原発 〕
宮城県	
石巻市、塩竈市、気仙沼市、名取市、多賀城市、岩沼市、東松島市、亘理町、山元町、松島町、七ヶ浜町、利府町、女川町、南三陸町	
福島県	
相馬市、 <u>田村市</u> 、 <u>南相馬市</u> 、 <u>川俣町</u> 、 <u>広野町</u> 、 <u>楢葉町</u> 、 <u>富岡町</u> 、 <u>川内村</u> 、 <u>大熊町</u> 、 <u>双葉町</u> 、 <u>浪江町</u> 、 <u>葛尾村</u> 、 <u>新地町</u> 、 <u>飯館村</u>	



統計法に基づく一般統計調査

介護サービス施設・事業所調査

1
厚生労働省

介護老人福祉施設・
地域密着型介護老人福祉施設票
(平成23年10月1日調査)

* 一連番号

* 調査番号

(バーコード)

(1) 法人名 (運営法人名を記入してください)	
(2) 施設名	
(3) 施設の所在地	〒□□□-□□□□ TEL()-()-()

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

事業所番号 (4) 活動状況 1 活動中 2 休止中 3 廃止

(5) 開設年月 1 昭和 2 平成 年 月

(6) 開設主体及び 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。 01 都道府県 05 社会福祉協議会 02 市区町村 06 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 03 広域連合・一部事務組合 07 社団・財団法人(公益・一般) 04 日本赤十字社 08 01~07以外
	経営主体	

(7) 介護報酬上の届出	該当する施設の種類の○をつけてください。「*」が付いた施設への変更がある場合は、事務局までご連絡ください。	
	介護老人福祉施設(複数回答)	地域密着型介護老人福祉施設(複数回答)
	1 介護福祉施設 2 小規模介護福祉施設 3 ユニット型介護福祉施設 4 ユニット型小規模介護福祉施設	1 地域密着型介護福祉施設 2 サテライト型介護福祉施設 3 ユニット型地域密着型介護福祉施設 4 ユニット型サテライト型地域密着型介護福祉施設

(8) 定員及び居室の状況	入所定員 (短期入所生活介護(ショートステイ)床の 定員は含みません)	人
	居室の状況	
	短期入所生活介護(ショートステイ)のみに使用している居室は除いて記入してください。	
	多床室	従来型個室 ユニット型
	5人以上室 4人室 3人室 2人室	夫婦等の2人室 個室(準個室を含む)
	室 室 室 室	室 室
	上記居室の一部に短期入所生活介護(ショートステイ)床を (1 含む 2 含まない)	

(9) ユニットの状況	「(7)介護報酬上の届出」の種類が「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	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	

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
ユニット型準個室 (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
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

		9月末日の在所者数(人)				
		9月末日時点で在所者はいましたか。 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。				
(11)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	その他
	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	
(12)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
(13)社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している ⇨ 9月中の軽減者数		人 (生活保護受給者等は含みません)			
(14)苦情解決のための取組状況(複数回答)	該当する番号すべてを○で囲んでください。 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					
(15)夜勤時間帯における勤務体制	夜勤を行った看護職員がいましたか。 1 いた ⇨ 夜勤を行った看護職員			夜勤を行った介護職員がいましたか。 1 いた ⇨ 夜勤を行った介護職員		
	2 いない			2 いない		
(16)夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	看護職員	実人員数	人	1人平均の夜勤回数 (小数点は切り上げ)	回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数
	介護職員	実人員数	人	1人平均の夜勤回数 (小数点は切り上げ)	回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数
(17)介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成22年10月1日~平成23年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし			(18)社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成22年10月1日~平成23年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし	
(19)従事者数	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	
1 施設長						10 機能訓練指導員
2 医師						10のうち 理学療法士
3 歯科医師						10のうち 作業療法士
4 生活相談員						10のうち 言語聴覚士
4のうち 社会福祉士						10のうち 柔道整復師
5 看護師						10のうち あん摩マッサージ指圧師
6 准看護師						11 障害者生活支援員
7 介護職員						12 介護支援専門員
7のうち 介護福祉士						13 調理員
8 管理栄養士						14 その他の職員
9 栄養士						
<p>注:1)「常勤専従」については換算数の記入は不要です。 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。 得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。</p> <p>2) 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)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。</p> <p style="text-align: center;">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。)(換算数の詳細は手引を参照してください)</p>						
※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。なお、FAXの記入は任意です。						(担当部署名) (調査票記入者名) ふりがな (※必須) 電話 (- - -) 上記以外連絡先 (携帯、FAX等)

ご協力ありがとうございました



統計法に基づく一般統計調査

介護サービス施設・事業所調査
介護老人保健施設票
(平成23年10月1日調査)

* 一連番号
* 調査番号

シール貼り付け
(バーコード)

(1) 法人名 (運営法人名を記入してください)
(2) 施設名
(3) 施設の所在地 〒□□□-□□□□ TEL()-()-()

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

事業所番号 (4) 活動状況 1 活動中 2 休止中 3 廃止

(5) 開設年月 1 昭和 2 平成 年 月

(6) 開設主体 該当する番号を選択し、左の回答欄に記入してください。
01 都道府県 07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
02 市区町村 08 社団・財団法人(公益・一般)
03 広域連合・一部事務組合 09 その他の法人
04 日本赤十字社・社会保険関係団体 10 個人
05 医療法人 11 01~10以外
06 社会福祉協議会

(7) 介護報酬上の届出 (複数回答) 介護保健施設 (1 I型 2 II型 3 III型) ユニット型介護保健施設 (4 I型 5 II型 6 III型)

(8) 療養体制維持特別加算の状況 「(7)介護報酬上の届出」の種別で、2、3、5、6(II型、III型)に該当する施設は記入してください。
1 加算している 2 加算していない

(9) 小規模介護老人保健施設等の設置状況 1から3の施設を設置している場合、該当する番号に○をしてください。
1 マラソン型小規模介護老人保健施設 2 医療機関併設型小規模介護老人保健施設 3 分館型介護老人保健施設

(10) 定員及び療養室の状況

療養室の状況	一般棟入所定員		認知症専門棟入所定員			
	人	人	人	人		
	療養室の状況					
一般棟室数(室)	多床室			従来型個室	ユニット型	
	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室(準個室を含む)
認知症専門棟室数(室)						

(11) ユニットの状況 「(7)介護報酬上の届出」の種別でユニット型介護保健施設(I型、II型、III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	人
	ユニット数	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	人
	ユニット数	ユニット						

(12) 居住費の状況 各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。居住費の室数と(10)療養室の室数は一致させてください。

多床室	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円
	室定員数	人	人	人	人	人	人
従来型個室	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円
	室定員数	人	人	人	人	人	人
ユニット型準個室(夫婦等の2人室を含む)	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円
	室定員数	人	人	人	人	人	人
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
	室定員数	人	人	人	人	人	人

裏面につぎます

(13) 施設サービスの状況	9月末日の在所要者数(人)					
	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下さい。					
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
一般棟						
認知症専門棟						

(14) 食費の状況	施設が設定している料金を日額で記入してください。 なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。	1日あたりの食費 _____ 円
------------	---	------------------

(15) 夜勤時間帯における勤務体制	平成23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4名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は8名ではなく、4名となります。	
	夜勤を行った看護職員がいましたか。 1 いた \rightarrow 夜勤を行った看護職員 _____ 人 2 いない	夜勤を行った介護職員がいましたか。 1 いた \rightarrow 夜勤を行った介護職員 _____ 人 2 いない

(16) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(平成23年9月1日～30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)、1人平均の夜勤回数及び平成23年9月中の夜勤の最高回数を記入してください。			
	看護職員 実人員数 _____ 人	1人平均の夜勤回数 (小数点は切り上げ) _____ 回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数 _____ 回	
	介護職員 実人員数 _____ 人	1人平均の夜勤回数 (小数点は切り上げ) _____ 回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数 _____ 回	

(17) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。	(18) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。
	1 受け入れあり 2 受け入れなし		1 受け入れあり 2 受け入れなし

(19) 従事者数	常勤専従				非常勤					
	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 医師						8 理学療法士				
2 歯科医師						9 作業療法士				
3 薬剤師						10 言語聴覚士				
4 看護師						11 管理栄養士				
5 准看護師						12 栄養士				
6 介護職員						13 介護支援専門員				
6のうち 介護福祉士						14 調理員				
7 支援相談員						15 その他の職員				
7のうち 社会福祉士										

注:1) 「常勤専従」の換算数は記入不要です。
従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

2) 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)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」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 = $\frac{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}{\text{1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。}}$ (換算数の詳細は手引を参照してください)

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

調査票記入者名・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



統計法に基づく一般統計調査

介護サービス施設・事業所調査
介護療養型医療施設票
(平成23年10月1日調査)

3
厚生労働省

* 一連番号

* 調査番号

シール貼り付け
(バーコード)

(1) 法人名
(2) 施設名
(3) 施設の所在地

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

事業所番号 (4) 活動状況 1 活動中 2 休止中 3 廃止

(5) 開設主体
該当する番号を選択し、左の回答欄に記入してください。
01 都道府県 07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
02 市区町村 08 社団・財団法人(公益・一般)
03 広域連合・一部事務組合 09 営利法人(会社)
04 日本赤十字社・社会保険関係団体 10 その他の法人
05 医療法人 11 個人
06 社会福祉協議会

(6) 介護報酬上の届出
(複数回答)
病院療養型 (1 I型 2 II型 3 III型)
ユニット型病院療養型 (1 I型 2 II型)
病院経過型 (1 I型 2 II型)
ユニット型病院経過型 (1 I型 2 II型)
診療所型 (1 I型 2 II型)
ユニット型診療所型 (1 I型 2 II型)
認知症患者型 (1 I型 2 II型 3 III型 4 IV型 5 V型)
ユニット型認知症患者型 (1 I型 2 II型)
認知症経過型 (1 I型 2 II型)

(7) 病床数
療養病床 老人性認知症患者療養病床
介護指定病床を有する病棟の病床数 介護指定病床を有する病棟の病床数
うち介護指定病床数 うち介護指定病床数
床 床 床 床

以下の(8)~(11)の項目は、介護指定病床についての状況を記入してください。

(8) 病室の状況
多床室 従来型個室 ユニット型
5人以上室 4人室 3人室 2人室 夫婦等の2人室 個室(準個室を含む)

(9) ユニットの状況
「(6)介護報酬上の届出」の種別でユニット型として届け出た病室について記入してください。
療養病床 ユニットの規模(定員) ユニット数
老人性認知症患者療養病床 ユニットの規模(定員) ユニット数

(10) 居住費の状況
各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。
居住費の室数と(8)病室の室数は一致させてください。
多床室 従来型個室 ユニット型準個室(夫婦等の2人室を含む) ユニット型個室(夫婦等の2人室を含む)

裏面に続きます

(11) 施設サービスの状況	介護指定病床における9月末日の在院者数(人)					
	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下さい。					
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
療養病床						
老人性認知症 疾患療養病床						

(12) 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

(13) 夜勤時間帯における勤務体制
平成23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4名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は8名ではなく、4名となります。

夜勤を行った看護職員がいましたか。 1 いた \Rightarrow 夜勤を行った看護職員 _____ 人 2 いない	夜勤を行った介護職員がいましたか。 1 いた \Rightarrow 夜勤を行った介護職員 _____ 人 2 いない
---	---

(14) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数
9月中(平成23年9月1日～30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)、1人平均の夜勤回数及び平成23年9月中の夜勤の最高回数を記入してください。

看護職員 実人員数 _____ 人	1人平均の夜勤回数 (小数点は切り上げ) _____ 回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数 _____ 回
介護職員 実人員数 _____ 人	1人平均の夜勤回数 (小数点は切り上げ) _____ 回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数 _____ 回

(15) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)
平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。
1 受け入れあり
2 受け入れなし

(16) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)
平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。
1 受け入れあり
2 受け入れなし

(17) 従事者数
施設に在籍する職員のうち、介護療養型医療施設サービスを行う病棟(診療所においては病室)の業務に携わる従事者について、職種別に記入してください。

	常勤専従		非常勤			常勤専従		非常勤	
	常勤兼務	換算数	換算数			常勤兼務	換算数	換算数	
1 医師					7 介護支援専門員				
2 歯科医師					8 管理栄養士				
3 薬剤師					9 栄養士				
4 看護師					10 理学療法士				
5 准看護師					11 作業療法士				
6 介護職員					12 言語聴覚士				
6のうち 介護福祉士					13 精神保健福祉士等				

注1: 「常勤専従」の換算数は記入不要です。
従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

2) 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)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$
(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。)(換算数の詳細は手引を参照してください)

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

調査票記入者名・ 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



統計法に基づく一般統計調査

介護サービス施設・事業所調査
訪問看護ステーション票
(平成23年10月1日調査)

* 一連番号

* 調査番号

シール貼り付け (バーコード)

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

(1) 法人名(運営法人名を記入してください。)	
(2) ステーション名	
(3) ステーションの所在地	〒 TEL () - () - ()

(4) サービスの種類・事業所番号
・9月30日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、印字内容を確認し、活動状況の該当する番号を○で囲んでください。
・印字されていない事業があった場合は、該当するサービス欄に事業所番号、ステーション名等を記入してください。
・休止届や廃止届を提出している場合は「休止中」「廃止」に○をつけてください。以降の設定には記入不要です。

サービスの種類	事業所番号	ステーション名	活動状況		
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

(5) 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	09 社会福祉協議会
02 市区町村	10 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
03 広域連合・一部事務組合	11 農業協同組合及び連合会
04 日本赤十字社・社会保険関係団体	12 消費生活協同組合及び連合会
05 医療法人	13 営利法人(会社)
06 医師会	14 特定非営利活動法人(NPO)
07 看護協会	15 01~14以外
08 社団・財団法人(06、07以外の公益・一般)	

(6) 加算等の届出の状況

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

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。

1 24時間対応体制加算の届出あり 2 24時間連絡体制加算の届出あり 3 1, 2いずれもなし

1または2の場合

1 重症者管理加算の届出あり 2 重症者管理加算の届出なし

(7) 出張所等(サテライト事業所)の状況

サテライト事業所数 事業所

9月中のサテライト事業所の利用実人員数 人

9月中のサテライト事業所からの訪問回数の合計 回

営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた(利用者がいれば実施できる状態であった)日のことをいいます。介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。
 ※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)の何れかのみで訪問した回数を内数として再計上してください。(但し、PT2人や、PTとOTなど1回に複数で訪問した場合も1回とします。)

(8) 9 月 中 の 介 護 保 険 法 サ ー ビ ス の 提 供 状 況

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	人			
	訪問回数の合計(回)	回	回	回			
	うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(回)(再掲)	回	回	回			
介護保険法訪問看護(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				
		↓					
		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	人
	訪問回数の合計(回)	回	回	回	回	回	回
	うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(回)(再掲)	回	回	回	回	回	回
上記の介護保険法利用者のうち、月の途中で急性増悪等により健康保険法等に移った者を計上してください。							
併給者の利用実人員数		□ □ □ □ 人	併給者への訪問回数の合計		□ □ □ □ 回		
健康保険法等	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、生活保護、労災保険等の医療保険及び公費負担医療をいいます。						
	利用実人員数	□ □ □ □ 人	訪問回数の合計		□ □ □ □ 回		
その他	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。						
利用実人員数	□ □ □ □ 人	訪問回数の合計		□ □ □ □ 回			

(9) 9 月 中 の 利 用 者

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)	
	緊急時訪問看護加算に同意をしている実人員数	人		人	
	緊急時訪問看護を受けた利用実人員数	人		人	
	緊急時訪問看護による訪問回数の合計	回		回	
健康保険法等の利用者		健康保険法等			
	24時間対応体制加算に同意をしている実人員数	人			
	緊急時訪問看護を受けた利用実人員数	人			
	緊急時訪問看護による訪問回数の合計	回			
	24時間連絡体制加算に同意をしている実人員数	人			
死亡によるサービスの終了者		介護保険法		健康保険法等	
		ターミナルケア加算		訪問看護ターミナルケア療養費	
		加算ありの利用者数	加算なしの利用者数	療養費ありの利用者数	療養費なしの利用者数
	9月中に死亡した利用者数	人	人	人	人
	在宅で死亡した利用者数	人	人	人	人
	在宅以外で死亡した利用者数	人	人	人	人

(10) 従事者数	※常勤兼務と非常勤に記入した場合は、換算数を記入してください。										
	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
	1 保健師					5 理学療法士					
	2 助産師					6 作業療法士					
	3 看護師					7 言語聴覚士					
4 准看護師					8 その他の職員						
						1～7のうちサテライト事業所の従事者					
<p>(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。</p> <p>※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。常勤専従については、換算数の記入は不要です。</p> <p>※「介護予防訪問看護」と「訪問看護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。</p> <p>※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)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。</p> <p style="text-align: center;">換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}} \quad (\text{換算数の詳細は手引き参照})$</p> <p style="text-align: center;">(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)</p>											
(11) 管理者が主に従事する職種	<p>管理者は保健師又は看護師ですか。</p> <p>1 はい 2 いいえ</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>やむを得ない理由で管理者が保健師又は看護師以外の場合、その職種を1つ○で囲んでください。</p> <p>1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 その他</p>										
(12) 「居宅介護支援事業所」の併設の状況と従事者による介護支援専門員(ケアマネジャー)の兼務状況	<p>「居宅介護支援事業所」と併設している場合は、「1 併設している」の番号を○で囲み、介護支援専門員と兼務の有無を回答してください。</p> <p>1 併設している 2 併設していない</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>介護支援専門員と兼務している場合は、「1 兼務あり」の番号を○で囲み、その人数を記入してください。</p> <p>1 兼務あり <input type="text"/> 人 2 兼務なし</p>										
(13) 居宅療養管理指導の指定事業者の届出の状況と利用者数	<p>居宅療養管理指導(介護予防を含む)のサービス事業者としての指定を受けている場合は「1 指定あり」の番号を○で囲み、利用実人員数を記入してください。</p> <p>1 指定あり 2 指定なし</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>平成23年9月中の利用実人員数 <input type="text"/> 人</p>										

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

調査票記入者名・ 担当部署と連絡先 (※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



統計法に基づく一般統計調査

介護サービス施設・事業所調査
居宅サービス事業所
(福祉関係) 票
(平成23年10月1日調査)

バー
コード

5

厚生労働省

*一連番号

*調査番号

シール貼り付け (バーコード)

[注]*印の箇所は事業所では記入しないでください。

(1) 法人名
(運営法人名を記入してください。)

(2) 事業所名

(3) 事業所の所在地 〒 []-[]-[]-[]-[] TEL ()-()-()

(4) サービスの種類・事業所番号
・9月30日現在で、貴事業所において指定を受けている下記の各事業について、該当する「活動状況」の一つに○をつけ、印字されている事業所番号、事業所名を確認してください。変更・誤りがある場合は、赤字で余白に修正をしてください。
記入後は、サービスの種類ごとに右側に示したページへ進み、調査票を記入してください。
・印字されていない事業があった場合は、該当する「サービスの種類」欄に事業所番号、事業所名等を記入後、右側に示したページへ進み、調査票を記入してください。
・下記サービスの「活動状況」欄は、休止届や廃止届を出している場合は、「休止中」、「廃止」に○をつけてください。その場合、以降のページは記入不要です。
上記以外で利用者がいない場合でも「活動中」に○をつけ、回答ページに進んでください。
・サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この調査票を事業所内で回覧の上、記入してください(同一法人・同一住所のサービス事業所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください)。
・調査票は住所ごとに送付しますので(同一法人・同一住所の事業所には、まとめて送付)、別住所におけるサービスの記入は不要です。

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

(5) 経営主体 ※右のリストから、該当する番号を一つ選択し、左の欄に記入してください。

経営主体	01 都道府県	05 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	09 消費生活協同組合及び連合会
	02 市区町村	06 医療法人	10 営利法人(会社)
	03 広域連合・一部事務組合	07 社団・財団法人(公益・一般)	11 特定非営利活動法人(NPO)
	04 社会福祉協議会	08 農業協同組合及び連合会	12 その他の法人
			13 01~12以外(個人を含む。)

(6) 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場合があります。事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名と連絡先を記入してください。なお、FAXの記入は任意です。

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

(記入ページのみを剥がしたりせず、冊子のままご返送下さい。)

【081介護予防短期入所生活介護・082短期入所生活介護】

記入者名 () 電話番号 (- -)

(12) 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

※(12)において「1 単独型」、「2 併設型」、「4 単独型ユニット型」、「5 併設型ユニット型」に○をした方は、以下(13)～(17)に回答してください (「3 空床型」、「6 空床型ユニット型」のみに○をした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」と「5」に○をつけた事業所は、併設型分についてのみに記入してください。

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を含めず、指定を受けている事業でサービスの利用者を記入してください。

(13) サービスの提供状況	入所介護 生活介護 短期入所	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	要支援1		要支援2		その他	
			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
			人						
生活介護 短期入所	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	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	
		1 あり →	利用実人員数(人)	人	人	人	人	人	人
		2 なし	利用日数合計(日)	日	日	日	日	日	日
		人							

空床利用している居室を含めず、指定を受けている居室を記入してください。

(14) 居室の状況	多床室				従来型 個室	ユニット型	
	5人以上室	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室 (準個室を含む)
	室	室	室	室	室	室	室

(15) 社会福祉法人等による軽減の状況

1 実施している → 9月中の軽減者数 人 (生活保護受給者等は含みません)

2 実施していない

(16) 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去1年間)

平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に介護福祉養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に社会福祉養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。
1 受け入れあり	1 受け入れあり
2 受け入れなし	2 受け入れなし

(17) 従事者数

	常勤専従		常勤兼務		非常勤			常勤専従		常勤兼務		非常勤	
		換算数		換算数		換算数			換算数		換算数		換算数
1 医師							5 調理員						
2 看護師							6 管理栄養士						
3 准看護師							7 栄養士						
4 機能訓練指導員							8 介護支援専門員						
4のうち理学療法士							9 生活相談員						
4のうち作業療法士							9のうち社会福祉士						
4のうち言語聴覚士							10 介護職員						
4のうち柔道整復師							10のうち介護福祉士						
4のうちあん摩マッサージ指圧師							11 その他の職員						

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
 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。
 ※「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。
 ※ 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)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

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

(換算数の詳細は手引書を参照してください。)

【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。

<p>(18)事業所の形態</p>	<p>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 適合高齢者専用賃貸住宅</p>									
<p>現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(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。</p>										
<p>(19)サービスの提供状況</p>	<p>介護予防特定施設入居者生活介護 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。</p>	<p>9月中の利用者 1 あり → 2 なし</p>	<p>9月末日の利用者数(人)</p>	<p>要支援1</p>	<p>要支援2</p>	<p>要介護認定申請中</p>				
	<p>特定施設入居者生活介護 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。</p>	<p>9月中の利用者 1 あり → 2 なし</p>	<p>9月末日の利用者数(人)</p>	<p>要介護1</p>	<p>要介護2</p>	<p>要介護3</p>	<p>要介護4</p>	<p>要介護5</p>	<p>要介護認定申請中</p>	
<p>(20)人員配置区分の状況</p>	<p>1 一般型 2 外部サービス利用型 「2 外部サービス利用型」を選択された場合には、利用しているサービスについてははまる番号をすべて○で囲んでください。 1 (介護予防)訪問介護 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 (介護予防)通所介護</p>									
<p>(21)介護専用型・混合型の区分</p>	<p>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。</p>									
<p>(22)介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)</p>	<p>平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に介護福祉養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし</p>					<p>平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に社会福祉養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし</p>				
<p>(23)従事者数</p>	<p>常勤専従</p>		<p>常勤兼務</p>		<p>非常勤</p>		<p>換算数</p>		<p>換算数</p>	
	<p>1 介護職員 1のうち 介護福祉士</p>									
	<p>2 生活相談員 2のうち 社会福祉士</p>									
	<p>3 看護師</p>									
	<p>4 准看護師</p>									
	<p>5 計画作成担当者</p>									
	<p>6 機能訓練指導員 6のうち 理学療法士</p>									
	<p>6のうち 作業療法士</p>									
	<p>6のうち 言語聴覚士</p>									
	<p>6のうち 柔道整復師</p>									
<p>6のうち あん摩マッサージ指圧師</p>										
<p>7 その他の職員</p>										

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
 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。

※ 「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。

※ 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)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」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 = $\frac{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}{\text{1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。}}$

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

(24) 特定事業所 加算の状況	加算の届出状況について該当する番号を1つ○で囲んでください。 1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ								
(25) サービスの 提供体制	次の提供体制について、利用者の有無に関わらずどちらかを○で囲んでください。								
	24時間訪問介護の提供体制		1 提供体制あり	2 提供体制なし					
	休日の提供体制		1 提供体制あり	2 提供体制なし					
夜間の提供体制		1 提供体制あり	2 提供体制なし						
(26) サービスの 提供状況	訪問介護 予防	9月中の営業日数 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。	9月中の延べ訪問時間 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の延べ訪問時間を記入してください。	9月中の利用者 1 あり → 2 なし	要支援1	要支援2	その他		
	訪問介護	9月中の営業日数 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。	9月中の延べ訪問時間 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の延べ訪問時間を記入してください。	9月中の利用者 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
(27) 社会福祉法人 等による軽減の 状況	1 実施している → 9月中の軽減者数 人 (生活保護受給者等は含みません) 2 実施していない								
(28) 介護福祉士養成校 からの実習生 受け入れ状況 (過去1年間)	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし								
(29) 研修の機会の確 保	研修の機会を確保していますか。各研修の確保の有無、事業所負担の有無について該当する番号を一つ○で囲んでください。								
	事業所内研修	1 確保している		2 確保していない					
事業所外研修	① 地方公共団体主催の研修	1 事業所負担あり	2 事業所負担なし	確保している			3 確保していない		
	② 社会福祉協議会主催の研修	1 事業所負担あり	2 事業所負担なし	確保している			3 確保していない		
	③ 関係団体主催の研修	1 事業所負担あり	2 事業所負担なし	確保している			3 確保していない		
	④ 民間教育の研修	1 事業所負担あり	2 事業所負担なし	確保している			3 確保していない		
	⑤ その他の研修	1 事業所負担あり	2 事業所負担なし	確保している			3 確保していない		
(30) 従事者数	サービス提供責任者について 左記従事者のうち、サービス提供責任者について記入してください。				サービス提供責任者について 左記従事者のうち、サービス提供責任者について記入してください。				
	1 訪問介護員	常勤専従	常勤兼務	非常勤	3 サービス提供責任者	常勤専従	常勤兼務	非常勤	非常勤
* 資格(1)～(4)を複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。		* 資格(1)～(4)を複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。		* 資格(1)～(4)を複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。		* 資格(1)～(4)を複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。		* 資格(1)～(4)を複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。	
2 その他の職員				[補問] サービス提供責任者の兼務の状況 管理者と兼務しているサービス提供責任者はいますか。 該当する番号ひとつを○で囲んでください。 1 兼務しているサービス提供責任者がいる 2 兼務していない					
(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。 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。 ※「介護予防訪問介護」と「訪問介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。 ※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)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。 (換算数の詳細は手引きを参照してください。)									

【101介護予防訪問介護・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。

【 111介護予防訪問入浴介護・112訪問入浴介護】

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。										
(31)サービスの提供状況	訪問介護予防	9月中の営業日数 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。	9月中の利用者	利用実人員数(人) 訪問回数合計(回)	要支援1	要支援2	その他			
		日	1 あり 2 なし							
(31)サービスの提供状況	訪問入浴介護	9月中の営業日数 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。	9月中の利用者	利用実人員数(人) 訪問回数合計(回)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
		日	1 あり 2 なし							

(32)介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし
---------------------------------	--

		常勤専従		常勤兼務 換算数	非常勤 換算数	
		常勤専従	常勤兼務		非常勤	換算数
(33)従事者数 *資格(1)～(4)を複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください	1 介護職員					
	(1)1のうち 介護福祉士					
	(2)1のうち 介護職員基礎研修課程修了者					
	(3)1のうち ホームヘルパー1級研修課程修了者					
	(4)1のうち ホームヘルパー2級研修課程修了者					
	2 看護師					
	3 准看護師					
	4 その他の職員					

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
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。

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

※ 「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。
※ 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)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

【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。

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

記入者名 () 電話番号 (-)

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

(34) サービスの提供状況	介護予防福祉用具貸与・福祉用具貸与	
	9月中の営業日数	日 ※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた(利用者がいれば実施できる状態であった)日のことをいいます。 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。
	9月中に介護保険の利用者(9月以前からの継続利用者を含む)	
	1 あり	利用実人員 人
	2 なし	
(34) サービスの提供状況	福祉用具貸与	
	9月中の営業日数	日 ※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた(利用者がいれば実施できる状態であった)日のことをいいます。 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。
	9月中に介護保険の利用者(9月以前からの継続利用者を含む)	
	1 あり	利用実人員 人
	2 なし	

(35) サービスの提供状況	特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売					
	9月中の営業日数	日 ※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた(利用者がいれば実施できる状態であった)日のことをいいます。 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。				
	特定福祉用具販売					
	9月中の営業日数	日 ※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた(利用者がいれば実施できる状態であった)日のことをいいます。 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。				
	「9月中の福祉用具販売数(介護保険のみ)」を記入してください。					
	1 あり	腰掛便座	特殊尿器	入浴補助用具	簡易浴槽	移動用リフトのつり具の部分
	2 なし					

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

(36) 福祉用具専門相談員の資格の状況	福祉用具専門相談員の資格についておたずねします。保有している資格に人数を記入してください。 1人の者が1~8の複数の資格を保有している場合は、該当する資格全てに記入してください。							
	1 介護福祉士	人	3 保健師	人	5 准看護師	人	7 作業療法士	人
	2 義肢装具士	人	4 看護師	人	6 理学療法士	人	8 社会福祉士	人
	上記1~8 に該当しない者で				9 福祉用具専門相談員指定講習会修了者	人	10 1~9 以外の有資格者	

(37) 従事者数	常勤専従		常勤兼務		非常勤		常勤専従		常勤兼務		非常勤	
	換算数		換算数		換算数		換算数		換算数		換算数	
	1 福祉用具専門相談員						2 その他の職員					
(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。 $\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ 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。 ※「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。 ※ 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)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。 (換算数の詳細は手引きを参照してください。)												

【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。

(38) 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の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
- 上記以外と併設している
- 1～5との併設はない(独立事業所)

(39) 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、委託した人数、委託した事業所数をご記入ください。

9月中の委託		要支援1	要支援2	その他
1 委託あり →	利用実人員数(人)			
2 委託なし	うち9月中の新規の利用実人員数(人)			

委託した事業所数は 事業所

9月中の利用者を記入してください。上記で回答した委託した人数は除きます。

9月中の利用者		要支援1	要支援2	その他
1 あり →	利用実人員数(人)			
2 なし	うち9月中の新規の利用実人員数(人)			

(40) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去一年間)

平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

- 受け入れあり
- 受け入れなし

(41) 従事者数

*従業者数の再掲欄において、当該専門職員が複数の資格を有している場合は、通常標榜している資格を1つ決めた上で、当該資格欄に記載してください。

	常勤専従		常勤兼務		非常勤	
	人数	換算数	人数	換算数	人数	換算数
1 専門職員						
(1)1のうち 保健師						
(2)1のうち 看護師						
(3)1のうち 社会福祉士						
(4)1のうち 介護支援専門員						
(5)1のうち 高齢者保健福祉に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						
2 その他の職員						

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。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。

※ 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)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

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

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

【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。

<p>(42) 独立・併設の状況 (複数回答)</p>	<p>同一法人(法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む。)が同一又は隣接の敷地内で運営している異なる施設・事業所について、該当する番号をすべて○で囲んでください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 上記以外と併設している 1～5との併設はない(独立事業所) 																													
<p>(43) サービスの提供状況</p>	<p>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。</p> <table border="1"> <thead> <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</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 あり</td> <td>利用実人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 なし</td> <td>うち9月中の新規の利用実人員数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </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	1 あり	利用実人員数(人)							2 なし	うち9月中の新規の利用実人員数(人)											
9月中の利用者		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他																							
1 あり	利用実人員数(人)																													
2 なし	うち9月中の新規の利用実人員数(人)																													
<p>(44) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去一年間)</p>	<p>平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。</p> <ol style="list-style-type: none"> 受け入れあり 受け入れなし 																													
<p>(45) 従事者数</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">常勤専従</th> <th colspan="2">非常勤</th> </tr> <tr> <th>常勤専従</th> <th>常勤兼務</th> <th>換算数</th> <th>非常勤</th> <th>換算数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 介護支援専門員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </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> </tr> <tr> <td>2 その他の職員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(注) 「常勤専従」欄は換算数の記入不要です。 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。 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> <p>※ 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)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。</p> <p>換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業を除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$</p> <p>(換算数の詳細は手引きを参照してください。)</p>		常勤専従			非常勤		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	1 介護支援専門員						1のうち主任介護支援専門員						2 その他の職員					
	常勤専従			非常勤																										
	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数																									
1 介護支援専門員																														
1のうち主任介護支援専門員																														
2 その他の職員																														

【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。

【151介護予防認知症対応型共同生活介護・152認知症対応型共同生活介護】

記入者名 () 電話番号 (- -)

		現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。							
(12) サービスの提供状況	対応型介護予防認知症生活介護	定員	人	※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。					
	9月中の利用者	9月末日の利用者数(人)		要支援2	その他				
	1 あり →								
2 なし									
(13) ユニット及び居室の状況	共同生活対応型	定員	人	※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。					
	9月中の利用者	9月末日の利用者数(人)		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
	1 あり →								
2 なし	うち「短期利用」の利用者数(人)								
※ 平均家賃は、整数で記入してください。	ユニット数	2人室			個室				
		室数	1部屋当たりの平均家賃(1か月)		室数	1部屋当たりの平均家賃(1か月)			
	_____ ユニット	室	円		室	円			
(14) 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 (過去1年間)	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に介護福祉養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。			平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に社会福祉養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。					
	1 受け入れあり 2 受け入れなし			1 受け入れあり 2 受け入れなし					
(15) 従事者数	* 複数の資格を有している者については、(1)～(3)のうち最も若い番号の資格について記入してください。	1 介護職員		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	
		* {	(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						
2 計画作成担当者									
3 その他の職員									
<p>換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$</p> <p>(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)</p> <p>(換算数の詳細は手引きを参照してください。)</p>									

【151介護予防認知症対応型共同生活介護・152認知症対応型共同生活介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【161地域密着型特定施設入居者生活介護】

記入者名 () 電話番号 (- -)

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。														
(16) サービスの提供状況	地域密着型特定施設入居者生活介護	定 員 人 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。												
		9月中の利用者 1 あり → 2 なし	9月末日の利用者数(人)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護認定申請中					
該当する番号を1つ○で囲んでください。 有料老人ホーム (1 サテライト型以外 2 サテライト型) 軽費老人ホーム (3 サテライト型以外 4 サテライト型) 介護老人ホーム (5 サテライト型以外 6 サテライト型) 適合高齢者専用賃貸住宅 (7 サテライト型以外 8 サテライト型)														
(18) 居室の状況		個室(夫婦部屋含む)		2人室		3人室		4人室						
(19) 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)		平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがあります 1 受け入れあり 2 受け入れなし				平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし								
(20) 従事者数	1 介護職員		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	6 機能訓練指導員		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
	1のうち介護福祉士							6のうち理学療法士						
	2 生活相談員							6のうち作業療法士						
	2のうち社会福祉士							6のうち言語聴覚士						
	3 看護師							6のうち柔道整復師						
	4 准看護師							6のうちあん摩マッサージ指圧師						
	5 計画作成担当者							7 その他の職員						
(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。 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。 $\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ (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。) ※ 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)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。 (換算数の詳細は手引きを参照してください。)														

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

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(9月中の営業日数)を記入してください。
 「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。

(21) サービスの提供状況	夜間対応型訪問介護	9月中の営業日数	※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた日のことをいいます。					
		9月中の利用者	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
		1 あり →	利用実人員数(人)					
		2 なし	訪問回数合計(回)					

(22) 事業所の区分	1 I型(オペレーションセンターの設置あり) →	か所
	2 II型(オペレーションセンターの設置なし)	

(23) 社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している →	9月中の軽減者数	人	(生活保護受給者等は含みません)
	2 実施していない			

(24) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。			
	1 受け入れあり			
	2 受け入れなし			

(25) 従事者数		常勤専従		常勤兼務		非常勤		換算数			
* 複数の資格を有している者については、それぞれのうち最も若い番号の資格について記入してください。	1 訪問介護員										
	* (1)1のうち 介護福祉士										
		* (2)1のうち 介護職員基礎研修課程修了者									
	* (3)1のうち ホームヘルパー1級研修課程修了者										
		* (4)1のうち ホームヘルパー2級研修課程修了者									
	2 オペレーター										
	* (1)2のうち 医師										
		* (2)2のうち 保健師									
		* (3)2のうち 看護師									
* (4)2のうち 准看護師											
* (5)2のうち 社会福祉士											
* (6)2のうち 介護福祉士											
* (7)2のうち 介護支援専門員											
	3 面接相談員										
	* (1)3のうち 医師										
		* (2)3のうち 保健師									
		* (3)3のうち 看護師									
	* (4)3のうち 社会福祉士										
	* (5)3のうち 介護福祉士										
	4 その他の職員										

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
 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。
 ※ 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)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。
 換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$
 (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)
 (換算数の詳細は手引きを参照してください。)

【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。															
(26) サービスの提供状況	登録定員			人	宿泊サービスの利用定員			人	通いサービスの利用定員			人			
	9月中の利用者			1 あり 2 なし	要支援1			要支援2			その他				
	事業所を利用した利用実人員数(人)														
	事業所を利用した利用延人員数(人)														
	計上※重複してそれぞれをください。	宿泊	利用実人員数(人)												
			利用延人員数(人)												
		通い	利用実人員数(人)												
			利用延人員数(人)												
		訪問	利用実人員数(人)												
			利用延人員数(人)												
小規模多機能型居宅介護	登録定員			人	宿泊サービスの利用定員			人	通いサービスの利用定員			人			
	9月中の利用者			1 あり 2 なし	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5		その他
	事業所を利用した利用実人員数(人)														
	事業所を利用した利用延人員数(人)														
	計上※重複してそれぞれをください。	宿泊	利用実人員数(人)												
			利用延人員数(人)												
		通い	利用実人員数(人)												
			利用延人員数(人)												
		訪問	利用実人員数(人)												
			利用延人員数(人)												
(27) 宿泊室の状況	個室の数			室	個室以外の宿泊室の数			室							
(28) 宿泊費の状況	各居室の種類ごとに、事業所が設定している料金の高い順に記入してください。														
	宿泊費(月額)	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円			
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室			
室数	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室			
(29) 社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している			9月中の軽減者数			人			(生活保護受給者等は含みません)					
2 実施していない															
(30) 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に介護福祉養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。						平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に社会福祉養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。								
	1 受け入れあり 2 受け入れなし						1 受け入れあり 2 受け入れなし								
(31) 従事者数			常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数			常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	
	1 介護職員							2 介護支援専門員							
	(1)1のうち 看護師							3 その他の職員							
	(2)1のうち 准看護師														
(3)1のうち 介護福祉士															
* 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。															
(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。 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。 ※ 「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。 ※ 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)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。 (換算数の詳細は手引きを参照してください。)															

バー
コード

7



統計法に基づく一般統計調査

介護サービス施設・事業所調査
居宅サービス事業所(医療関係)票
(平成23年10月1日調査)

厚生労働省

*一連番号

*調査番号

シール貼り付け(バーコード)

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

(1) 法人名(運営法人名を記入してください。)																			
(2) 施設名																			
(3) 施設の所在地	〒 TEL () - () - ()																		
(4) 開設主体	<p>※該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。</p> <table border="0"> <tr> <td>開設主体</td> <td>01 国・都道府県</td> <td>07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>02 市区町村</td> <td>08 社団・財団法人(公益・一般)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>03 広域連合・一部事務組合</td> <td>09 営利法人(会社)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>04 日本赤十字社・社会保険関係団体</td> <td>10 その他の法人</td> </tr> <tr> <td></td> <td>05 医療法人</td> <td>11 個人</td> </tr> <tr> <td></td> <td>06 社会福祉協議会</td> <td></td> </tr> </table>	開設主体	01 国・都道府県	07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)		02 市区町村	08 社団・財団法人(公益・一般)		03 広域連合・一部事務組合	09 営利法人(会社)		04 日本赤十字社・社会保険関係団体	10 その他の法人		05 医療法人	11 個人		06 社会福祉協議会	
開設主体	01 国・都道府県	07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)																	
	02 市区町村	08 社団・財団法人(公益・一般)																	
	03 広域連合・一部事務組合	09 営利法人(会社)																	
	04 日本赤十字社・社会保険関係団体	10 その他の法人																	
	05 医療法人	11 個人																	
	06 社会福祉協議会																		

(5) サービスの状況・施設の種類の
 ・9月30日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、印字内容を確認し、活動状況の該当する番号を○で囲んでください。
 ・印字されていない事業があった場合は、該当するサービス欄に事業所番号、事業所名等を記入してください。
 ・休止届や廃止届を提出している場合は「休止中」「廃止」に○をつけてください。以降の設問には記入不要です。
 ・サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この調査票を事業所内で回覧の上、記入してください。(同一法人、同一住所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください。)

	事業所番号	事業所名	活動状況
短期入所療養介護	051 介護予防短期入所療養介護		1 活動中 2 休止中 3 廃止
	052 短期入所療養介護		1 活動中 2 休止中 3 廃止
	施設の種類の	1 介護老人保健施設 2 介護療養型医療施設 3 その他の病院・診療所	
	事業所の種類の (複数回答可)	介護老人保健施設 (01 I型 02 II型 03 III型) ユニット型介護老人保健施設 (04 I型 05 II型 06 III型) 07 病院療養型 08 ユニット型病院療養型 09 病院経過型 10 ユニット型病院経過型	11 診療所型 12 ユニット型診療所型 13 認知症疾患型 14 ユニット型認知症疾患型 15 認知症経過型

	事業所番号	事業所名	活動状況
通所リハビリテーション	061 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	1 介護老人保健施設 2 介護療養型医療施設 3 その他の病院・診療所	
	事業所の種類の	<p>※該当する番号を1つ、左の欄に記入してください。</p> 通常規模の事業所 (01 介護老人保健施設 02 病院 03 診療所) 大規模の事業所(I) (04 介護老人保健施設 05 病院 06 診療所) 大規模の事業所(II) (07 介護老人保健施設 08 病院 09 診療所)	

【051 介護予防短期入所療養介護 ・ 052 短期入所療養介護】の状況

現在指定を受けて活動中のサービスについて記入してください。
 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。

(6) 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	<input style="width: 50px;" type="text"/>	床
		9月中の利用者	1 あり	2 なし	※空床利用型の場合でも、利用者ありの場合は、「利用実人員数」「利用日数合計」にご記入ください。		
				↓			
			要支援1	要支援2	その他		
		利用実人員数(人)					
		利用日数合計(日)					

(7) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	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	<input style="width: 50px;" type="text"/>	床	
		9月中の利用者	1 あり	2 なし	※空床利用型の場合でも、利用者ありの場合は、「利用実人員数」「利用日数合計」にご記入ください。			
				↓				
			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
		利用実人員数(人)						
		利用日数合計(日)						

平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、**介護福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり 2 受け入れなし

平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、**社会福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり 2 受け入れなし

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

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

次ページにつづきます

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

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

(9) サービスの提供状況

介護予防通所リハビリテーション

定員 人 9月中の開催日数 日

9月中の利用者 1 あり 2 なし

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

通所リハビリテーション

定員 人 9月中の開催日数 日

9月中の利用者 1 あり 2 なし

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
利用実人員数(人)						
うちリハビリテーションマネジメントに基づく 通所リハビリテーション実施実人員数(再掲)						
利用延人員数(人)						
うちリハビリテーションマネジメントに基づく 通所リハビリテーション実施延人員数(再掲)						

(10) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)

平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり 2 受け入れなし

(11) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)

平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり 2 受け入れなし

(12) 通所リハビリテーションの従事者数

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

	常勤専従		常勤兼務		非常勤			常勤専従		常勤兼務		非常勤	
		換算数		換算数		換算数			換算数		換算数		換算数
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 4のうち 介護福祉士							8 歯科衛生士						

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

- ※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。常勤専従については、換算数の記入は不要です。
- ※「介護予防通所リハビリテーション」と「通所リハビリテーション」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。
- ※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)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

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

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

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

調査票記入者名・ 担当部署と連絡先	(担当部署署名)
	(調査票記入者名) ふりがな
(※必須)	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