別紙１－１

（秘）

都道府県：○○県

令和4年介護サービス施設・事業所調査　施設基本票

（令和4年10月1日現在）

厚生労働省

調査番号	サービス種別	事業所番号	法人名	施設名	所在地			電話番号			定員										活動状況	変更	備考
					郵便番号		住所	市外	市内	番号	介護老人福祉施設	地域密着型介護老人福祉施設	介護老人保健施設		介護医療院		介護療養型医療施設						
													一般棟入所定員	認知症専門棟入所定員	Ⅰ型療養床入所定員	Ⅱ型療養床入所定員	療養病床		老人性認知症疾患療養病棟				
																	介護指定病床を有する病棟の病床数	うち介護指定病床数	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			

(秘)

政府統計

都道府県：○○県

令和4年介護サービス施設・事業所調査　事業所基本票

（令和4年10月1日現在）

別紙１－２

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

調査番号	サービス種別	事業所番号	法人名	事業所名	所在地			活動状況	変更	備考
					郵便番号	住所	電話番号			
							市外　市内　番号			

(秘) 厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare
政府統計

介護サービス施設・事業所調査

介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設票

(令和４年10月１日調査)

別紙２－１ **1**

*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や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。

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	
経営主体	

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
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	1 地域密着型介護福祉施設
2 小規模介護福祉施設	2 サテライト型介護福祉施設
3 ユニット型介護福祉施設	3 ユニット型地域密着型介護福祉施設
4 ユニット型小規模介護福祉施設	4 ユニット型サテライト型地域密着型介護福祉施設

(4)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

(5)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(個室的多床室を含む)
室	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

(6)ユニットの状況

「(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。
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

(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)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

次ページにつづきます

(8) 施設サービスの状況

9月末日の在所者数

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。

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
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

(10) 夜勤時間帯における勤務体制

令和4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 → 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 → 夜勤を行った**介護職員** 人
2 いない

(11) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

9月中(令和4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)

併設事業所が予防介護事業・介護事業のいずれか一方のみを行っている場合であっても、該当する番号を○で囲んでください。

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

次ページにつづきます

(14)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。

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

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

└ 32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する
・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

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

施設に従事している職種を全て記入しましたか ➡ (チェック) ☐

換算数(人)を全て記入しましたか ➡ (チェック) ☐

(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

秘

厚生労働省 Ministry of Health, Labour and Welfare
ひと、くらし、みらいのために

政府統計

介護サービス施設・事業所調査

介護老人保健施設票

（令和４年10月１日調査）

別紙２－２ **2**

＊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や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。**

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	07 社会福祉協議会
	02 市区町村	08 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	09 公益社団・財団法人
	04 独立行政法人	10 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外)
	05 日本赤十字社・社会保険関係団体	11 その他の法人
	06 医療法人	12 個人

(3)入所定員

一般棟入所定員	認知症専門棟入所定員
人	人

(4)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	室
認知症専門棟室数	室	室	室	室	室	室

(5)ユニットの状況

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

(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)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
	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

裏面につづきます

(7) 施設サービスの状況

9月末日の在所者数

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

(8) 夜勤時間帯における勤務体制

令和4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

(9) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

9月中(令和4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

(10) 従事者数

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

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

(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)は、32時間を下回る場合は32時間とする)

・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する
・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

■**あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入**してください。

	常勤 専従(人)	常勤 兼務(専従分除く)(人)	常勤 兼務 換算数(人)	非常勤(人)	非常勤 換算数(人)
1 医師					
2 歯科医師					
3 薬剤師					
4 看護師					
5 准看護師					
6 介護職員					
6 のうち 介護福祉士					
うち、勤続10年以上(※)の者		＼		＼	
7 支援相談員					
7 のうち 社会福祉士					

	常勤 専従(人)	常勤 兼務(専従分除く)(人)	常勤 兼務 換算数(人)	非常勤(人)	非常勤 換算数(人)
8 理学療法士					
9 作業療法士					
10 言語聴覚士					
11 管理栄養士					
12 栄養士					
13 歯科衛生士					
14 介護支援専門員					
15 調理員					
16 その他の職員					

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

施設に従事している職種を全て記入しましたか → (チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか → (チェック)

(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

秘

厚生労働省
ひと、くらし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

政府統計

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４年10月１日調査）

別紙２－３　**3**

*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や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。

法人名	
施設名	
施設の所在地	〒　　TEL(　　)-(　　)-(　　)
事業所番号	活動状況　1 活動中　2 休止中　3 廃止
法人番号	

(1)開設主体

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

(2)重度者等の基準の状況

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）または認知症経過型に該当する施設と、病院療養型（ユニット型含む）または診療所型（ユニット型含む）のうち療養機能強化型の届出をしていない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棟　（1 基準型　2 減算型）

(3)病床数

療養病床		老人性認知症疾患療養病棟	
介護指定病床を有する病棟の病床数	うち介護指定病床数	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
床	床	床	床

以下の(4)～(6)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。

(4)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）
室	室	室	室	室	室	室

(5)ユニットの状況

療養病床	ユニットの規模（定員）	人	人	人	人	人	人
	ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット
老人性認知症疾患療養病棟	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

(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)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
	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

裏面につづきます

(7) 施設サービスの状況

「介護指定病床」における９月末日の在院者数

９月末日時点で在院者はいましたか。　1　いた　2　いない

短期入所療養介護の利用者は含めないでください。

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	要介護認定申請中
療養病床	人	人	人	人	人	人
老人性認知症疾患療養病棟	人	人	人	人	人	人

(8) 夜勤時間帯における勤務体制

令和４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

(9) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

９月中(令和４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

(10) 従事者数

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

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

(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)は、32時間を下回る場合は32時間とする)

・小数点以下第２位を四捨五入し、小数点第１位まで計上する
・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

■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。
■**あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入**してください。

	常勤 専従(人)	常勤 兼務(専従分除く)(人)	常勤 兼務 換算数(人)	非常勤(人)	非常勤 換算数(人)
1 医師					
2 歯科医師					
3 薬剤師					
4 看護師					
5 准看護師					
6 介護職員					
6 のうち 介護福祉士					
うち、勤続10年以上(※)の者					

	常勤 専従(人)	常勤 兼務(専従分除く)(人)	常勤 兼務 換算数(人)	非常勤(人)	非常勤 換算数(人)
7 介護支援専門員					
8 管理栄養士					
9 栄養士					
10 理学療法士					
11 作業療法士					
12 言語聴覚士					
13 精神保健福祉士等					
14 歯科衛生士					

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

施設に従事している職種を全て記入しましたか　(チェック)　→

換算数(人)を全て記入しましたか　(チェック)　→

※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

(秘) 厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare
政府統計

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４年10月１日調査)

別紙２－４ **4**

*一連番号	
*調査番号	

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

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。

開設主体 [ ]

01 都道府県
02 市区町村
03 広域連合・一部事務組合
04 独立行政法人
05 日本赤十字社・社会保険関係団体
06 医療法人
07 医師会
08 看護協会
09 公益社団・財団法人(07、08以外)
10 一般社団・財団法人(07、08、09以外)
11 社会福祉協議会
12 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
13 農業協同組合及び連合会
14 消費生活協同組合及び連合会
15 営利法人(会社)
16 特定非営利活動法人(NPO)
17 01～16以外

(3)加算等の届出の状況

介護保険法　※該当する番号を１つ○で囲んでください。

ターミナルケア体制の届出	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。

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 [　　] 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

(5) 9月中のサービスの提供状況

介護保険法

※**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。

①介護予防訪問看護

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

②訪問看護(介護給付)

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**「③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

③定期巡回・随時対応型との連携

定期巡回・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は、「1 連携あり」の番号を○で囲み、連携による利用実人員数を記入してください。

1 連携あり → 連携による利用実人員数(9月中) [　　] 人

2 連携なし

※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。

④健康保険法等との併給者

	併給者(9月中)
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

※ ①～③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(9月中)	人	人

※ 「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) 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)
緊急時訪問看護加算を算定している実人員数		人	人
緊急時訪問看護	利用実人員数	人	人
	訪問回数の合計	回	回

健康保険法等の利用者		
24時間対応体制加算を算定している実人員数		人
緊急時訪問看護	利用実人員数	人
	訪問回数の合計	回

特別管理加算の算定状況

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)
利用実人員数	人	人

健康保険法等の利用者	
利用実人員数	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

(7) 従事者数

事業所に従事している職種を全て記入しましたか ⇩ (チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか ⇩ (チェック)

記入上の注意

- ■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
- ■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

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

- 小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する
- 計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する
- 32時間を下回る場合は32時間とする

■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

	常勤 専従(人)	常勤 兼務(専従分除く)(人)	常勤 兼務 換算数(人)	非常勤(人)	非常勤 換算数(人)
1 保健師					
2 助産師					
3 看護師					
4 准看護師					
5 理学療法士					
6 作業療法士					
7 言語聴覚士					
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) 小児(0～19歳)の受け入れ体制の有無

1 あり　　2 なし

10月1日時点で受け入れ可能な場合のみ「1 あり」を○で囲んでください。
※受け入れ実績の有無を問いません。
※一部年齢のみ受け入れ可の場合は「2 なし」を○で囲んでください。

(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

秘

厚生労働省
ひと、くらし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare
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４年10月１日調査）

別紙２－５ **5**

＊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や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。

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。

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	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	
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	８ページに記入してください

（１）経営主体
該当する番号を１つ選択し、左の欄に記入してください。

経営主体			
01 都道府県	06 医療法人	11 営利法人（会社）
02 市区町村	07 公益社団・財団法人	12 特定非営利活動法人（NPO）
03 広域連合・一部事務組合	08 一般社団・財団法人（公益社団・財団法人以外）	13 その他の法人
04 社会福祉協議会	09 農業協同組合及び連合会	14 01～13以外（個人を含む）
05 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）	10 消費生活協同組合及び連合会	

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

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

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

（記入ページのみを剥がしたりせず、冊子のままご返送ください。）

【072 通所介護】

■ あらかじめ調査票に印字されている箇所に変更や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。
■ あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(3)従事者数

注）(3)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)。

事業所に従事している職種を全て記入しましたか

(チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか

(チェック)

★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。

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

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

└ 32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第２位を四捨五入し、小数点第１位まで計上する
・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

	常勤 専従(人)	常勤 兼務(専従分除く)(人)	常勤 兼務 換算数(人)	非常勤 非常勤(人)	非常勤 換算数(人)
1 医師					
2 看護師					
3 准看護師					
4 機能訓練指導員					
★(1)4のうち理学療法士					
★(2)4のうち作業療法士					
★(3)4のうち言語聴覚士					
★(4)4のうち看護師(2の業務分除く)					
★(5)4のうち准看護師(3の業務分除く)					
★(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					
5 調理員					
6 管理栄養士					
7 栄養士					
8 歯科衛生士					
9 生活相談員					
9 のうち社会福祉士					
10 介護職員					
10 のうち介護福祉士					
うち、勤続10年以上(※)の者					
11 その他の職員(管理者含む)					

	常勤 専従(人)	常勤 兼務(専従分除く)(人)	常勤 兼務 換算数(人)	非常勤 非常勤(人)	非常勤 換算数(人)
5 調理員					
6 管理栄養士					
7 栄養士					
8 歯科衛生士					
9 生活相談員					
9 のうち社会福祉士					
10 介護職員					
10 のうち介護福祉士					
うち、勤続10年以上(※)の者					
11 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。

(4)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。

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

(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

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

【081 介護予防短期入所生活介護・082 短期入所生活介護】

あらかじめ調査票に印字されている項目に変更や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(5)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、併設型、併設型（空床利用あり）　　2　空床利用型（空床利用のみ）

(5)において「1 単独型、併設型、併設型（空床利用あり）」を○で囲んだ事業所は、以下(6)に回答してください。

・「2 空床利用型（空床利用のみ）」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。

・併設型、併設型（空床利用あり）の事業所は、併設型分についてのみ記入してください。

(6)従事者数

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。

■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

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

（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)：32時間を下回る場合は32時間とする）

・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する

・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

事業所に従事している職種を全て記入しましたか ⬇ (チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか ⬇ (チェック)

	常勤 専従(人)	常勤 兼務(専従分除く)(人)	常勤 兼務 換算数(人)	非常勤(人)	非常勤 換算数(人)
1 医師					
2 看護師					
3 准看護師					
4 [redacted]					
（1）4のうち理学療法士					
（2）4のうち作業療法士					
（3）4のうち言語聴覚士					
（4）4のうち看護師(2の業務分除く)					
★（5）4のうち准看護師(3の業務分除く)					
（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					
5 調理員					
6 管理栄養士					
7 栄養士					
8 介護支援専門員					
9 生活相談員					
9 のうち社会福祉士					
10 介護職員					
10 のうち介護福祉士					
うち、勤続10年以上(※)の者					
11 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。

【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。

【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】

あらかじめ調査票に印字されている項目に変更や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(7)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）

(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、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。
「9月中」の利用者がいない場合には、「2　なし」を○で囲んでください。

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

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

(9)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
2　(介護予防)訪問看護
3　通所介護・総合事業の通所型サービス
4　(介護予防)福祉用具貸与
5　(介護予防)その他

(10)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。

(11)従事者数

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

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

※32時間を下回る場合は32時間とする

小数点以下第2位を四捨五入し、小数第1位まで計上する
計算結果が0.1に満たない場合は、0.1と計上する

■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

事業所に従事している職種を全て記入しましたか
↓
(チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか
↓
(チェック)

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

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

【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】

あらかじめ調査票に印字されている項目に変更や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(12)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

(13)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

	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

(14)従事者数

注）(14)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）。

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。
■「管理者」と「訪問介護員」を「兼務」し、換算数を按分できない場合は、「その他の職員（管理者含む）＝0.5」、「訪問介護員＝0.5」、「該当する資格＝0.5」としてください。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

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

└ 32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する
・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

■訪問介護員の内数（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。
■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

事業所に従事している職種を全て記入しましたか ⇒ (チェック)

換算数（人）を全て記入しましたか ⇒ (チェック)

★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）	常勤 兼務 換算数（人）	非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
1 訪問介護員					
（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）					
（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。

(15)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。

	常勤 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 兼務 換算数（人）	非常勤（人）	非常勤 換算数（人）
総合事業（従前の介護予防訪問介護相当のサービス）事業所の訪問介護員数					

（補問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　　人　　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。

【111 介護予防訪問入浴介護・112 訪問入浴介護】

■ あらかじめ調査票に印字されている箇所に変更や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。
■ あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(16)従事者数

事業所に従事している職種を全て記入しましたか
↓
(チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか
↓
(チェック)

★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。

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

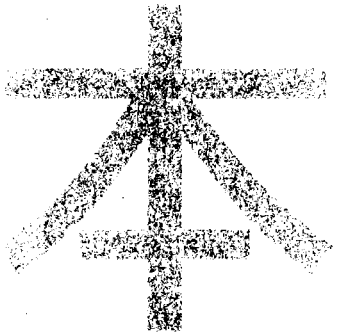
$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$$

└32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する
・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

	常勤			非常勤	
	専従(人)	兼務(専従分除く) (人)	兼務(専従分除く) 換算数(人)	非常勤 (人)	非常勤 換算数(人)
1 介護職員					
(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)					

	常勤			非常勤	
	専従(人)	兼務(専従分除く) (人)	兼務(専従分除く) 換算数(人)	非常勤 (人)	非常勤 換算数(人)
2 看護師					
3 准看護師					
4 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。

【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（　　－　　－　　）

特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売

(17)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。

1 あり → 2 なし

腰掛便座	自動排泄処理装置の交換可能部品	入浴補助用具	簡易浴槽	移動用リフトのつり具の部分

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

(18)従事者数

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

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

└ 32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する
・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

■あらかじめ調査票に印字されている箇所に変更や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。
■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

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

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

事業所に従事している職種を全て記入しましたか → (チェック)

「1 福祉用具専門相談員」の資格についておたずねします。保有している資格に人数を記入してください。
1人の者が1～8の複数の資格を保有している場合は、該当する資格すべてに記入してください。

1 介護福祉士	人	3 保健師	人	5 准看護師	人	7 作業療法士	人
2 義肢装具士	人	4 看護師	人	6 理学療法士	人	8 社会福祉士	人

換算数(人)を全て記入しましたか → (チェック)

上記1～8に該当しない者で	9 福祉用具専門相談員指定講習会修了者	人
	10 1～9以外の有資格者	人

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

【191 介護予防支援（地域包括支援センター）】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(19) 従事者数

事業所に従事している職種を全て記入しましたか → (チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか → (チェック)

★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。

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

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

└ 32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第２位を四捨五入し、小数点第１位まで計上する
・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

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

【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】

あらかじめ調査票に印字されている項目に変更や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(20) サービスの提供状況

９月中の利用者を記入してください。**介護予防支援事業所から委託を受けた人数は除きます。**

９月中の利用者：1 あり → 2 なし

	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

(21) 従事者数

事業所に従事している職種を全て記入しましたか → (チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか → (チェック)

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

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

└ 32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第２位を四捨五入し、小数点第１位まで計上する
・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

■**あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入**してください。

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

（秘）

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

政府統計

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４年10月１日調査）

別紙２－６ **6**

*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や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。

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。

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
141 介護予防認知症対応型通所介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	2ページに記入してください
142 認知症対応型通所介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	
151 介護予防認知症対応型共同生活介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	3ページに記入してください
152 認知症対応型共同生活介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	
161 地域密着型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
171 夜間対応型訪問介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	5ページに記入してください
181 介護予防小規模多機能型居宅介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	6ページに記入してください
182 小規模多機能型居宅介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	
211 定期巡回・随時対応型訪問介護看護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	
221 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）			1 活動中　2 休止中　3 廃止	7ページに記入してください
231 地域密着型通所介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	8ページに記入してください

（１）経営主体

該当する番号を１つ選択し、左の欄に記入してください。

経営主体

01 都道府県
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。）

【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】

■ あらかじめ調査票に印字されている箇所に変更や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。
■ あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(3)従事者数

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

換算数 ＝ 従事者の１週間の勤務延時間数(残業は除く) ／ 当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき１週間の時間数(所定労働時間)
（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)は、32時間を下回る場合は32時間とする）

・小数点以下第２位を四捨五入し、小数点第１位まで計上する
・計算結果が 0.1 に満たない場合は、「0.1」と計上する

事業所に従事している職種を全て記入しましたか ⇩ (チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか ⇩ (チェック)

	常勤 専従(人)	常勤 兼務(専従分除く)(人)	常勤 兼務 換算数(人)	非常勤 非常勤(人)	非常勤 換算数(人)
1 医師					
2 看護師					
3 准看護師					
4 機能訓練指導員					
★(1)4のうち理学療法士					
★(2)4のうち作業療法士					
★(3)4のうち言語聴覚士					
★(4)4のうち看護師(2の業務分除く)					
★(5)4のうち准看護師(3の業務分除く)					
★(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					
5 調理員					
6 管理栄養士					
7 栄養士					
8 歯科衛生士					
9 生活相談員					
9 のうち社会福祉士					
10 介護職員					
10 のうち介護福祉士					
うち、勤続10年以上(※)の者		＼		＼	
11 その他の職員(管理者含む)					

	常勤 専従(人)	常勤 兼務(専従分除く)(人)	常勤 兼務 換算数(人)	非常勤 非常勤(人)	非常勤 換算数(人)
5 調理員					
6 管理栄養士					
7 栄養士					
8 歯科衛生士					
9 生活相談員					
9 のうち社会福祉士					
10 介護職員					
10 のうち介護福祉士					
うち、勤続10年以上(※)の者		＼		＼	
11 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。

★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。

【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】

あらかじめ調査票に印字されている項目に変更や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(4)定員

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。
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。

介護予防認知症対応型共同生活介護	定員	認知症対応型共同生活介護	定員
	人		人

(5)ユニットの状況

ユニット数　　ユニット

(6)従事者数

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

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

└ 32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第２位を四捨五入し、小数点第１位まで計上する
・計算結果が 0.1 に満たない場合は、「0.1」と計上する

■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

事業所に従事している職種を全て記入しましたか
↓
(チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか
↓
(チェック)

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

★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。

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

【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】

あらかじめ調査票に印字されている項目に変更や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(7)サービスの提供状況

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

定員	人

9月中の利用者：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
9月末日の利用者数	人	人	人	人	人	人

(8)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。

1　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）
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

(9)従事者数

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

換算数 ＝ 従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く) ／ 当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)
（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)は、32時間を下回る場合は32時間とする）

・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する
・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

事業所に従事している職種を全て記入しましたか → (チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか → (チェック)

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

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

【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】

■ あらかじめ調査票に印字されている箇所に変更や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。
■ あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(10)従事者数

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

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

└32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第２位を四捨五入し、小数点第１位まで計上する
・計算結果が 0.1 に満たない場合は、「0.1」と計上する

事業所に従事している職種を全て記入しましたか ⬇ (チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか ⬇ (チェック)

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

	常勤 専従(人)	常勤 兼務(専従分除く)(人)	常勤 兼務 換算数(人)	非常勤(人)	非常勤 換算数(人)
1 訪問介護員					
(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)					
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					
(8)2のうち サービス提供責任者経験者					

	常勤 専従(人)	常勤 兼務(専従分除く)(人)	常勤 兼務 換算数(人)	非常勤(人)	非常勤 換算数(人)
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のうち准看護師					
(5)3のうち社会福祉士					
(6)3のうち介護福祉士					
(7)3のうち介護支援専門員					
4 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。

【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。

【181 介護予防小規模多機能型居宅介護・182 小規模多機能型居宅介護】

■ あらかじめ調査票に印字されている箇所に変更や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。
■ あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(11)従事者数

事業所に従事している職種を全て記入しましたか → (チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか → (チェック)

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

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

└ 32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第２位を四捨五入し、小数点第１位まで計上する
・計算結果が 0.1 に満たない場合は、「0.1」と計上する

	常勤 専従(人)	常勤 兼務(専従分除く)(人)	常勤 兼務 換算数(人)	非常勤 非常勤(人)	非常勤 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 看護師					
3 准看護師					
4 介護支援専門員					
5 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。

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

【211 定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

■ あらかじめ調査票に印字されている箇所に変更や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。
■ あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(12)従事者数

事業所に従事している職種を全て記入しましたか → (チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか → (チェック)

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

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

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

└ 32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第２位を四捨五入し、小数点第１位まで計上する
・計算結果が 0.1 に満たない場合は、「0.1」と計上する

	常勤 専従(人)	常勤 兼務(専従分除く)(人)	常勤 兼務 換算数(人)	非常勤 非常勤(人)	非常勤 換算数(人)
1 訪問介護員等					
1 のうち 介護福祉士					
うち、勤続10年以上(※)の者		＼		＼	
2 看護師					
3 准看護師					
4 理学療法士					
5 作業療法士					
6 言語聴覚士					
7 オペレーター					
★(1)7のうち 医師					
★(2)7のうち 保健師					
★(3)7のうち 看護師					
★(4)7のうち 准看護師					
★(5)7のうち 社会福祉士					
★(6)7のうち 介護福祉士					
★(7)7のうち 介護支援専門員					
★(8)7のうち サービス提供責任者経験者					
8 その他の職員(管理者含む)					

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

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

【221 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）】

あらかじめ調査票に印字されている項目に変更や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(13)サービスの提供状況

9月中の利用者　1 あり　2 なし

■ 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。

※重複する場合は、それぞれに計上してください。

			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）
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（介護・看護）の利用延人員数の合計です。			人	人	人	人	人	人
※	宿泊	利用実人員数	人	人	人	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人	人	人	人
	通い	利用実人員数	人	人	人	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人	人	人	人
	訪問介護	利用実人員数	人	人	人	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人	人	人	人
	訪問看護	利用実人員数	人	人	人	人	人	人
		利用延人員数	人	人	人	人	人	人
訪問看護指示書のある利用実人員数			人	人	人	人	人	人

(14)医療保険による訪問看護の減算状況

9月中の利用者		
	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

(15)従事者数

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法（詳細は記入の手引きを参照）

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

※分母は32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する
・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

事業所に従事している職種を全て記入しましたか ⇒（チェック）

換算数（人）を全て記入しましたか ⇒（チェック）

	常勤 専従（人）	常勤 兼務（専従分除く）（人）	常勤 兼務 換算数（人）	非常勤（人）	非常勤 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					
5 理学療法士					
6 作業療法士					
7 言語聴覚士					
8 介護支援専門員					
9 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。

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

【231 地域密着型通所介護】

■ あらかじめ調査票に印字されている箇所に変更や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。
■ あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(16)従事者数

注）(16)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)。

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

換算数 ＝ 従事者の１週間の勤務延時間数(残業は除く) ／ 当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき１週間の時間数(所定労働時間)（32時間を下回る場合は32時間とする）

・小数点以下第２位を四捨五入し、小数点第１位まで計上する
・計算結果が 0.1 に満たない場合は、「0.1」と計上する

	常勤 専従(人)	常勤 兼務(専従分除く)(人)	常勤 兼務 換算数(人)	非常勤 非常勤(人)	非常勤 換算数(人)
1 医師					
2 看護師					
3 准看護師					
4 機能訓練指導員					
（1）4のうち理学療法士					
（2）4のうち作業療法士					
（3）4のうち言語聴覚士					
（4）4のうち看護師(2の業務分除く)					
★（5）4のうち准看護師(3の業務分除く)					
（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					
5 調理員					
6 管理栄養士					
7 栄養士					
8 歯科衛生士					
9 生活相談員					
9 のうち社会福祉士					
10 介護職員					
10 のうち介護福祉士					
うち、勤続10年以上(※)の者		＼		＼	
11 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。

事業所に従事している職種を全て記入しましたか → (チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか → (チェック)

★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。

(17)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。

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

（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　　人　　人

【231地域密着型通所介護】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。

秘

厚生労働省 Ministry of Health, Labour and Welfare
ひと、くらし、みらいのために
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（医療関係）票
（令和４年10月１日調査）

別紙２－７ **7**

※調査票の記入及び提出はインターネットでも可能です。

*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や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。**

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

・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。

短期入所療養介護	事業所番号	事業所名	活動状況（１つに○）
051 介護予防短期入所療養介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止
052 短期入所療養介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止
施設の種類	1 介護老人保健施設　2 介護医療院　3 介護療養型医療施設　4 その他の病院・診療所		

通所リハビリテーション	事業所番号	事業所名	活動状況（１つに○）
061 介護予防通所リハビリテーション			1 活動中　2 休止中　3 廃止
062 通所リハビリテーション			1 活動中　2 休止中　3 廃止
施設の種類	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		

（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

（3）病床数

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。

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

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

※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）	

<オンライン回答のログイン情報>

政府統計コード	
調査対象者ID	
パスワード(初期)	

次ページにつづきます

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

(4)サービスの提供状況

現在指定を受けて活動中のサービスについて記入してください。
開催日数には、利用者がいない日(利用者がいれば提供可能であった日)も含めます。
介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。

介護予防通所リハビリテーション

定員 [　　] 人　　9月中の開催日数 [　　] 日

9月中の利用者　[1 あり　2 なし]

	要支援1	要支援2	その他(自費利用者、認定申請中の者)
利用延人員数	人	人	人

通所リハビリテーション

定員 [　　] 人　　9月中の開催日数 [　　] 日

9月中の利用者　[1 あり　2 なし]

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

(5)通所リハビリテーションの従事者数

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

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

(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)は、32時間を下回る場合は32時間とする)

・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する
・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

■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。
■あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

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

事業所に従事している職種を全て記入しましたか ➡ (チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか ➡ (チェック)

※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

(秘) 厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare
政府統計

介護サービス施設・事業所調査
介護医療院票
(令和４年10月１日調査)

別紙２－８ **8**

※調査票の記入及び提出はインターネットでも可能です。

*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や誤りがある場合は、赤字で訂正してください。

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	07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
	02 市区町村	08 公益社団・財団法人
	03 広域連合・一部事務組合	09 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外)
	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	

(3)入所定員

Ⅰ型療養床入所定員	Ⅱ型療養床入所定員
人	人

(4)療養室の状況

	多床室			従来型個室	ユニット型	
	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室(個室的多床室を含む)
Ⅰ型療養床	室	室	室	室	室	室
Ⅱ型療養床	室	室	室	室	室	室

(5)ユニットの状況

Ⅰ型療養床	ユニットの規模(定員)	人	人	人	人	人	人
	ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット
Ⅱ型療養床	ユニットの規模(定員)	人	人	人	人	人	人
	ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	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)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
	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

<オンライン回答のログイン情報>

政府統計コード	
調査対象者ID	
パスワード(初期)	

裏面につづきます

(7) 施設サービスの状況

9月末日の在所者数

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	人
Ⅱ型療養床	人	人	人	人	人	人

(8) 夜勤時間帯における勤務体制

令和4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

(9) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

9月中(令和4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

(10) 従事者数

記入上の注意

■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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
■「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

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

└ 32時間を下回る場合は32時間とする

・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する
・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

■**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。**
■**あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入**してください。

	常勤 専従(人)	常勤 兼務(専従分除く)(人)	常勤 兼務 換算数(人)	非常勤 非常勤(人)	非常勤 換算数(人)
1 医師					
2 歯科医師					
3 薬剤師					
4 看護師					
5 准看護師					
6 介護職員					
6 のうち 介護福祉士					
うち、勤続10年以上(※)の者		＼		＼	
7 介護支援専門員					

	常勤 専従(人)	常勤 兼務(専従分除く)(人)	常勤 兼務 換算数(人)	非常勤 非常勤(人)	非常勤 換算数(人)
8 管理栄養士					
9 栄養士					
10 理学療法士					
11 作業療法士					
12 言語聴覚士					
13 精神保健福祉士等					
14 歯科衛生士					

※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

事業所に従事している職種を全て記入しましたか → (チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか → (チェック)

※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

(秘) 政府統計　厚生労働省 Ministry of Health, Labour and Welfare　ひと、くらし、みらいのために

介護サービス施設・事業所調査

介護保険施設利用者一覧票

(令和４年10月１日調査)

別紙２－９　**9**

※本票には、１０の調査票を作成しない、**出生月が偶数（２月、４月、６月、８月、10月、12月）の者**のみ記入してください。
退所（院）者については記入する必要はありません。

一連番号								
調査番号								

（ ＿＿＿枚のうち ＿＿＿枚目）

整理番号	性別	出生年月		要介護度
		出生元号・年	出生月（出生月を○で囲んでください）	
1	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
2	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
3	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
4	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
5	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
6	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
7	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
8	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
9	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
10	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
11	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
12	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
13	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
14	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
15	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
16	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
17	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
18	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
19	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
20	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
21	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
22	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
23	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
24	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
25	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
26	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
27	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
28	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
29	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他
30	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 □□ 年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護（1 2 3 4 5） 6 その他

裏面につづきます

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

ご協力ありがとうございました

秘

政府統計

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

介護サービス施設・事業所調査

介護保険施設利用者個票

（令和４年10月１日調査）

別紙２－10　**10**

※本票は、以下の利用者について記入してください。
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設【病院】
在所（院）者：**出生月が奇数（１月、３月、５月、７月、９月、11月）の者**
退所（院）者：出生月に関係なく全ての者
介護療養型医療施設【診療所】
在院者・退院者：**出生月に関係なく、すべての者**

一連番号		1 在所(院)者 2 退所(院)者	利用者整理番号	
調査番号				

(1) 性別	1 男　2 女	(2) 入所(院)前の住所	同一都道府県内（ 1 同一市区町村　2 他の市区町村 ）　3 他都道府県

(3) 出生年月
※①、②のうち、該当する方に記入してください。

①在所(院)者（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設【病院】）
1 明治　2 大正　3 昭和　［　　］年　1月　3月　5月　7月　9月　11月　※出生月を○で囲んでください

②退所(院)者（すべての施設）、介護療養型医療施設【診療所】の在院者
1 明治　2 大正　3 昭和　［　　］年　［　　］月

(4) 入・退所(院)の状況
※入所(院)日、入所(院)前の場所は、退所(院)者も記入してください。

・入所(院)日
1 昭和　2 平成　3 令和　［　　］年［　　］月［　　］日
（右の該当する番号を選択）入所(院)前の場所［　　］

退所(院)者は、退所(院)日、退所(院)後の行先(右の該当する番号を選択)も記入してください。

・退所(院)日　令和４年 ９月［　　］日
退所(院)後の行先［　　］

入所(院)前の場所 ／ 退所(院)後の行先

01 家庭	08 病院(一般病床)		
02 介護老人福祉施設	09 病院(06～08以外)		
03 その他の社会福祉施設	10 診療所(介護療養型)		
04 介護老人保健施設	11 診療所(介護療養型以外)		
05 介護医療院	12 施設内での死亡		
06 病院(介護療養型)	13 入院先での死亡		
07 病院(医療療養病床)	14 その他		

(5) 要介護度
1 要介護１　2 要介護２　3 要介護３　4 要介護４　5 要介護５　6 その他

(6) 一年前の要介護度の状況
令和３年10月1日現在（一年前）の要介護度について、該当する番号を１つ、○で囲んでください。
なお、要介護度が不明の場合には、「９不明」を○で囲んでください。
1 要介護１　2 要介護２　3 要介護３　4 要介護４　5 要介護５　6 要支援１　7 要支援２　8 その他　9 不明

(7) 主傷病名
傷病番号［　　］　※記入の手引きに示す「傷病一覧表」の中から該当する番号を選択して記入してください。

(8) 認知症高齢者の日常生活自立度
1 ランクⅠ　2 ランクⅡ　3 ランクⅢ　4 ランクⅣ　5 ランクM　6 認知症なし

(9) 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）
1 ランクJ　2 ランクA　3 ランクB　4 ランクC　5 障害なし

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

(11) 利用料（９月中の本人負担分）

1 介護サービス費（自己負担分）	円	4 特別な室料	円	7 日用生活品費	円	10 あずかり金の管理費	円
2 食費	円	5 特別な食費	円	8 教養娯楽費	円	11 その他	円
3 居住費	円	6 理美容費	円	9 私物の洗濯費	円		

(12) 医療処置等の状況（９月中に受けた医療処置※「日中」から処置を始めて、「夜間および深夜」に処置が終わった場合は、それぞれに該当する番号を○で囲んでください。）

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

ご協力ありがとうございました

秘

政府統計

厚生労働省 Ministry of Health, Labour and Welfare

介護サービス施設・事業所調査

訪問看護ステーション利用者一覧票

（令和４年10月１日調査）

別紙２－11 **11**

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

一連番号

調査番号

（ ＿＿＿枚のうち ＿＿＿枚目）

整理番号	性別	出生年月		要介護・要支援度		
		出生元号・年	出生月（出生月を○で囲んでください）	要介護	要支援	その他
1	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
2	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
3	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
4	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
5	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
6	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
7	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
8	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
9	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
10	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
11	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
12	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
13	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
14	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
15	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
16	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
17	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
18	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
19	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
20	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
21	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
22	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
23	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
24	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
25	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
26	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
27	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
28	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
29	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他
30	1男 2女	1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 ［　］年	2月 4月 6月 8月 10月 12月	1 2 3 4 5	1 2	その他

裏面につづきます

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

ご協力ありがとうございました

(秘) 政府統計

厚生労働省 Ministry of Health, Labour and Welfare
ひと、くらし、みらいのために

介護サービス施設・事業所調査

訪問看護ステーション利用者個票

(令和４年10月１日調査)

別紙２－12 **12**

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

一連番号									
調査番号									

利用者整理番号

(1) 性別	1 男　2 女
(2) 出生年月（元号・出生月に○をしてください）	1 明治　2 大正　3 昭和　4 平成　5 令和　　年　1月　3月　5月　7月　9月　11月
(3) 適用法等(支払方法)（複数回答）	01 介護保険法（02以外） 02 介護保険法(定期巡回･随時対応型訪問介護看護と連携する場合の訪問看護費を算定) 03 後期高齢者医療制度 04 健康保険法等 05 障害者総合支援法 06 生活保護法 07 原爆被爆者援護法 08 難病の患者に対する医療等に関する法律 09 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業 10 心身喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律 11 その他（上記05～10以外の公費負担医療等）
(4) 指示書の種類（複数回答）	1 訪問看護指示書　2 在宅患者訪問点滴注射指示書 3 精神訪問看護指示書　4 特別訪問看護指示書
(5) 要介護度	1 要介護１　2 要介護２　3 要介護３　4 要介護４　5 要介護５ 6 要支援１　7 要支援２　8 その他
(6) 主傷病名	傷病番号　　※記入の手引きに示す「傷病一覧表」の中から該当する番号を選択して記入してください。
(7) 認知症高齢者の日常生活自立度	1 ランクⅠ　2 ランクⅡ　3 ランクⅢ　4 ランクⅣ　5 ランクM　6 認知症なし
(8) 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	1 ランクJ　2 ランクA　3 ランクB　4 ランクC　5 障害なし
(9) 訪問先の状況	1 自宅 2 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護 3 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護 4 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設 5 その他
(10) 同居家族の状況（複数回答）	同居者の状況について該当する番号すべてを○で囲んでください 1 夫又は妻　2 息子　3 娘　4 息子の妻　5 娘の夫 6 父母　7 孫　8 その他　9 一人暮らし

(11) 利用料 ※９月中の本人負担分		
	1 介護保険法の法定代理受領にかかる自己負担額	円
	2 介護保険法の支給限度額を超えたサービス費	円
	3 健康保険法等の基本利用料	円
	4 交通費	円
	5 延長料金	円
	6 営業日以外の日又は営業時間以外の時間の料金	円
	7 その他	円

(12) 他の訪問看護ステーションの利用状況	
	９月中に他の訪問看護ステーションの利用はありましたか 1 あり → 箇所　　2 なし **※当該訪問看護ステーションを除いた箇所数をご記入ください**

裏面につづきます

(13) 訪問看護等の状況

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

- **「うち 介護保険法利用者の健康保険法等による訪問回数（再掲）」**は、介護保険法利用者が訪問看護を受けた回数のうち、健康保険法等による支払を受けた訪問の回数
- **「うち 夜間、早朝又は深夜の訪問回数（再掲）」**は、夜間、早朝又は深夜の時間帯に行った訪問の回数
- **「うち 緊急時訪問看護による訪問回数（再掲）」**は、訪問看護計画外に行った緊急時訪問の回数

	９月中の訪問滞在時間				
	30分未満	うち20分未満	30分以上 １時間未満	１時間以上 １時間30分未満	１時間30分以上
保健師・看護師・准看護師による訪問回数の合計(回)	回	回	回	回	回
うち　介護保険法利用者の健康保険法等による訪問回数(再掲)	回	回	回	回	回
うち　夜間、早朝又は深夜の訪問回数(再掲)	回	回	回	回	回

うち　緊急時訪問看護による訪問回数(再掲)	合　計	うち、夜間、早朝又は深夜
	回	回

※緊急時訪問看護のうち、「夜間、早朝又は深夜」の時間帯に訪問した回数を再計上してください。

９月中の訪問滞在時間の合計(分)	合計　　分

主に理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問	※理学療法士等が主となって訪問看護を実施した場合に、報酬の算定回数に関わらず、実際に訪問した回数の合計をご記入ください。 訪問回数の合計　　回　　９月中の滞在時間の合計　　分

事業所から居宅までの片道時間	分

訪問看護の提供内容

９月中に行った看護内容について該当する番号**すべて**を○で囲んでください

01 病状観察	09 認知症・精神障害に対するケア
02 本人の療養指導	10 嚥下訓練
03 家族等の介護指導・支援	11 呼吸ケア・肺理学療法
04 介護職員によるたんの吸引等の実施状況の確認・支援	12 その他リハビリテーション
05 栄養・食事の援助	13 社会資源の活用の支援
06 排せつの援助	14 家屋改善・環境整備の支援
07 口腔ケア	15 その他
08 身体の清潔保持の管理・援助	

９月中に行った医療処置にかかる看護内容について該当する番号**すべて**を○で囲んでください

01 気管内吸引	15 気管カニューレの交換・管理
02 その他の吸引	16 人工呼吸器の管理
03 在宅酸素療法の指導・援助	17 がん化学療法の管理
04 膀胱留置カテーテルの交換・管理	18 薬物を用いた疼痛管理
05 ドレーンチューブの管理	19 ターミナルケア
06 じょく瘡の予防	20 緊急時の対応
07 じょく瘡の処置	21 注射の実施
08 じょく瘡以外の創傷部の処置	22 点滴の実施・管理
09 重度のじょく瘡の処置・管理	23 服薬管理・点眼等の実施
10 中心静脈栄養法の実施・管理	24 浣腸・摘便
11 経鼻経管栄養法の実施・管理	25 在宅透析の指導・援助
12 胃瘻による経管栄養法の実施・管理	26 採血等の検体採取
13 人工肛門・人工膀胱の管理	27 吸入
14 自己導尿の指導・管理	28 その他

ご協力ありがとうございました