

【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 (- -)

- 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)

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

・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

(3) 従事者数

記入上の注意

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。

	常勤			非常勤			常勤			非常勤	
	専従 (人)	兼務(専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)		専従 (人)	兼務(専従分除く) (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)
1 医師						5 調理員					
2 看護師						6 管理栄養士					
3 准看護師						7 栄養士					
4 機能訓練指導員						8 歯科衛生士					
(1) 4のうち 理学療法士						9 生活相談員					
(2) 4のうち 作業療法士						9のうち 社会福祉士					
(3) 4のうち 言語聴覚士						10 介護職員					
(4) 4のうち 看護師 (2の業務分除く)						10のうち 介護福祉士					
(5) 4のうち 准看護師 (3の業務分除く)						うち、勤続10年 以上(※)の者					
(6) 4のうち 柔道整復師						11 その他の職員 (管理者含む)					
(7) 4のうち あん摩マッサージ 指圧師						※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。					
(8) 4のうち はり師・きゅう師											

【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			
(5)ユニットの状況	ユニット数		ユニット							
(6)従事者数	■雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。 ■「介護予防認知症対応型共同生活介護」と「認知症対応型共同生活介護」を一体的に行っている場合は、「兼務」ではありません。 ■「常勤」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) $\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ ・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) ☐	常勤		非常勤		常勤		非常勤			
	専従(人)	兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	専従(人)	換算数(人)	専従(人)	兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	専従(人)	換算数(人)
換算数(人)を全て記入しましたか (チェック) ☐	1 介護職員				2 計画作成担当者					
	(1)1のうち看護師					2のうち介護支援専門員				
★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。	(2)1のうち准看護師				3 その他の職員(管理者含む)					
	(2)1のうち介護福祉士									
うち、勤続10年以上(※)の者										
※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。										

【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	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護認定申請中
	1 あり 2 なし	9月末日の利用者数	人	人	人	人	人

(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	■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) $\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ ・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)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)	専従(人)	兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)
	1 介護職員					6 機能訓練指導員				
	1のうち介護福祉士					(1) 6のうち理学療法士				
	うち、勤続10年以上(※)の者					(2) 6のうち作業療法士				
	2 生活相談員					(3) 6のうち言語聴覚士				
	2のうち社会福祉士					(4) 6のうち看護師(3の業務分除く)				
	3 看護師					(5) 6のうち准看護師(4の業務分除く)				
	4 准看護師					(6) 6のうち柔道整復師				
5 計画作成担当者					(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					
※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					7 その他の職員(管理者含む)					

【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 (- -)

- 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)

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

- ・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

(10) 従事者数

	常勤			非常勤			常勤			非常勤	
	専従 (人)	兼務 (人)	換算数 (人)	専従 (人)	換算数 (人)		専従 (人)	兼務 (人)	換算数 (人)	専従 (人)	換算数 (人)
1 訪問介護員						3 面接相談員					
(1) 1のうち 介護福祉士						(1) 3のうち 医師					
うち、勤続10年 以上(※)の者						(2) 3のうち 保健師					
(2) 1のうち 実務者研修修了者						(3) 3のうち 看護師					
(3) 1のうち 旧介護職員基礎 研修課程修了者						(4) 3のうち 准看護師					
(4) 1のうち 旧ホームヘルパー1級 研修課程修了者						(5) 3のうち 社会福祉士					
(5) 1のうち 初任者研修修了者 (旧ホームヘルパー2級 研修課程修了者を含む)						(6) 3のうち 介護福祉士					
2 オペレーター						(7) 3のうち 介護支援専門員					
(1) 2のうち 医師						4 その他の職員 (管理者含む)					
(2) 2のうち 保健師											
(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											

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。

※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



換算数(人)を全て記入しましたか



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)

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

- ・小数点以下第2位を四捨五入し、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)	換算数(人)	専従(人)	兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)
1 介護職員						
1のうち介護福祉士						
うち、勤続10年以上(※)の者						
2 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



換算数(人)を全て記入しましたか



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)

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

- ・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)	換算数(人)	専従(人)	兼務(専従分除く)(人)	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。

★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。

【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。

			要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	その他 (自費利用者、 認定申請中の者)
事業所を利用した利用実人員数			人	人	人	人	人	人
事業所を利用した利用延人員数			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	

※重複する場合は、それぞれに計上してください。

(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)

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

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



換算数(人)を全て記入しましたか



	常勤			非常勤			常勤			非常勤	
	専従 (人)	兼務 (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)		専従 (人)	兼務 (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)
1 介護職員						5 理学療法士					
1のうち介護福祉士						6 作業療法士					
うち、勤続10年以上(※)の者						7 言語聴覚士					
2 保健師						8 介護支援専門員					
3 看護師						9 その他の職員 (管理者含む)					
4 准看護師											

※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)。

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。

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

(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			非常勤		
専従(人)	兼務(人)	換算数(人)	専従(人)	兼務(人)	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。

1

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

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

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

(4) サービスの提供状況

(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」分は含まれません。

■「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)

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

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。

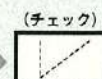
	常勤			非常勤			常勤			非常勤	
	専従 (人)	兼務 (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)		専従 (人)	兼務 (人)	換算数(人)	非常勤 (人)	換算数(人)
1 医師						5 理学療法士					
2 看護師						6 作業療法士					
3 准看護師						7 言語聴覚士					
4 介護職員						8 歯科衛生士					
4のうち 介護福祉士						9 管理栄養士					
うち、勤続10年 以上(※)の者						10 栄養士					

※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



換算数(人)を
全て記入しましたか



※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

※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。

[illegible]

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

■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」分は含まれません。

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

・ 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			非常勤				常勤			非常勤		
	専従(人)	兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)	専従(人)		兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)		
1 医師						8 管理栄養士							
2 歯科医師						9 栄養士							
3 薬剤師						10 理学療法士							
4 看護師						11 作業療法士							
5 准看護師						12 言語聴覚士							
6 介護職員						13 精神保健福祉士等							
6 のうち介護福祉士						14 歯科衛生士							
うち、勤続10年以上(※)の者													
7 介護支援専門員													

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

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

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) 〆りがな
	電話 (- -)
	上記以外連絡先(携帯、FAX等)

ご協力ありがとうございました

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

一連番号

調査番号

(_____ 枚のうち _____ 枚目)

整理 番号	性 別	出 生 年 月		要 介 護 度
		出生元号・年	出生月 (出生月を○で囲んでください)	
1	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	2月 4月 6月 8月 10月 12月	要介護(1 2 3 4 5) 6 その他

※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	
調査番号					2 退所(院)者	
利用者整理番号						
(1) 性別	1 男	2 女	(2) 入所(院)前の住所	同一都道府県内(1 同一市区町村 2 他の市区町村) 3 他都道府県		
(3) 出生年月 ※①、②のうち、該当する方に記入してください。	①在所(院)者(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設【病院】) 1 明治 2 大正 3 昭和 年 1月 3月 5月 7月 9月 11月 ※出生月を○で囲んでください ②退所(院)者(すべての施設、介護療養型医療施設【診療所】)の在院者 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 入所(院)前の場所 / 退所(院)後の行先					
(4) 入・退所(院)の状況 ※入所(院)日、入所(院)前の場所は、退所(院)者も記入してください。	・入所(院)日 1 昭和 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 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Ⅴ 6 認知症なし					
(9) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	1 ランクⅠ 2 ランクⅡ 3 ランクⅢ 4 ランクⅣ 5 障害なし					
(10) 負担限度額認定の状況	1 第1段階 2 第2段階 3 第3段階 4 1~3以外					
(11) 利 用 料 (9月中の本人負担分)						
1 介護サービス費(自己負担分)	円	4 特別な室料	円	7 日常生活用品費	円	
2 食費	円	5 特別な食費	円	8 教養娯楽費	円	
3 居住費	円	6 理美容費	円	9 私物の洗濯費	円	
10 あずかり金の管理費	円	11 その他 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
	夜 間 お よ び 深 夜 (午後6時~午前6時)	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
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)	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
	夜 間 お よ び 深 夜 (午後6時~午前6時)	04 人工肛門	08 気管切開	12 胃瘻	16 じよく瘡の処置(Ⅲ度以上)	20 医療処置なし

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

一連番号調査番号(枚のうち 枚目)

整理番号	性別	出生年月		要介護・要支援度			
		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

※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 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 月 日 月 日 日
(3) 適用法等(支払方法) (複数回答)	01 介護保険法(02以外) 06 生活保護法 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 07 原爆被爆者援護法 04 健康保険法等 08 難病の患者に対する医療等に関する法律 05 障害者総合支援法 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Ⅴ 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Ⅰ 2 ランクⅡ 3 ランクⅢ 4 ランクⅣ 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 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

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				

(13) 訪問看護
等の状況

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 じよく瘡の予防	20 緊急時の対応
07 じよく瘡の処置	21 注射の実施
08 じよく瘡以外の創傷部の処置	22 点滴の実施・管理
09 重度のじよく瘡の処置・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・排便
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