

通所介護事業所規模の区分等調査票（A）

【令和6年10月1日以前に指定を受けた（又は事業を再開した）事業所用】
 （ただし、令和7年度の定員数を令和6年度と比較して25%以上変更する事業所を除く。）

| | |
|---------|---------|
| 記入担当者氏名 | 事業所電話番号 |
| 事業所番号 | 事業所名 |

1 令和6年度利用者数の状況

| | 率 | 令和6年 | | | | | | | | | | | | 令和7年 | | | 4月～2月 合計 | |
|--|---|------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|--------------------------------|------|-----|--|-------------|--|
| | | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | | | | | |
| 通所介護等 ※1 | 3時間以上4時間未満及び 4時間以上5時間未満 (2時間以上3時間未満を含む) | 1/2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5時間以上6時間未満及び 6時間以上7時間未満 | 3/4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7時間以上8時間未満及び 8時間以上9時間未満 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第一号通所 事業 介護予防認 知症対応型 通所介護 ※2・3 | ① 5時間未満 | 1/2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5時間以上6時間未満及び 6時間以上7時間未満 | 3/4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7時間以上8時間未満及び 8時間以上9時間未満 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② 同時にサービスの提供を 受けた者の最大数を営業 日ごとに加えた数 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 各月の利用延人員数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 毎日事業を実施した月(○印) ※4 | | 6/7 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【留意事項】 | | | | | | | | | | | | | 通所介護費等を算定している月 数 (3月を除く) | | (a) | | | |
| ※1 各月の通所介護等を利用した人数を、算定している報酬の時間区別に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | (b) | | | |
| ※2 通所介護又は地域密着型通所介護と第一号通所事業【介護予防通所サービス】の指定をあわせて受け、通所介護と一体的に実施している場合は、以下の いずれか を行ってください。 | | | | | | | | | | | | | 平均利用延人員数 (a÷b) | | (c) | | | |
| ・①に、各月の第一号通所事業を利用した人数を、利用時間ごとに記入。 (緩和した基準によるサービス【元気向上通所サービス】の利用者は、利用者数に含めません。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・②に、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数を記入。 (例：ある営業日について、9時～12時に同時にサービス提供を受けた者が4人、12時～15時に同時にサービス提供を受けた者が6人である場合、当該日の「同時にサービスの提供を受けた者の最大数」は「6人」となる。また、1月間の営業日が22日であり、すべての営業日の「同時にサービスの提供を受けた者の最大数」が「6人」であった場合、「同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数」は「132人」となる。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※3 認知症対応型通所介護と介護予防認知症対応型通所介護の指定をあわせて受け、認知症対応型通所介護と一体的に実施している場合は、以下の いずれか を行ってください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・①に、各月の介護予防認知症対応型通所介護を利用した人数を、算定している報酬時間区別に記入。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・②に、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数を記入。(記入例は※2を参照のこと。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※4 1年間(暦月)、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月は○を記入してください。(利用延人員数が6/7になります。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2 事業規模

※ 下記のうち、該当するサービスの事業規模記載欄に○印をご記入ください。

| ○通所介護事業所 | 事業規模区分記載欄 |
|--------------------------------------|-----------|
| ・ 上記の式の計算結果(c)が、750を超えなければ通常規模の事業所 | |
| ・ 上記の式の計算結果(c)が、900を超えなければ大規模の事業所(I) | |
| ・ 上記の式の計算結果(c)が、900を超えれば大規模の事業所(II) | |

注) 計算の結果、現在の規模と異なることとなった場合のみ、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書・変更届出書及び別紙1」をこの調査票と併せて提出してください。

(様式は久留米市ホームページ(介護保険課)の様式集からダウンロード可能です)

提出期限：令和7年3月17日(月) 必着