



(平成24年10月1日調査)



1

厚生労働省

[illegible]

[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					(1)活動状況	1 活動中	2 休止中	3 廃止
(2)開設年月	1 昭和		2 平成		年	月		
(3)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 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 社団・財団法人(公益・一般) 08 01～07以外						
	経営主体							
(4)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			
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				ユニット型			
	5人以上室	4人室	3人室	2人室	従来型個室	夫婦等の2人室		
(6)ユニットの状況	上記居室の一部に短期入所生活介護(ショートステイ)床を				1 含む		2 含まない	
	「(4)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	人
(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(月額)	円	円	円	円	円	円
		室定員	人	人	人	人	人	人
室数		室	室	室	室	室	室	
従来型個室	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円	
	室数	室	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(月額)	円	円	円	円	円	円
室定員		人	人	人	人	人	人	
室数		室	室	室	室	室	室	
ユニット型個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円	
	室定員	人	人	人	人	人	人	
	室数	室	室	室	室	室	室	
(8)食費の状況	施設が設定している料金を月額で記入してください。 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	

裏面につづきます

(9) 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		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 月末日の在所要者のうち、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					
(10) 社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している 2 実施していない		→		9 月中の軽減者数				人								
						うち生活保護受給者数				人							
(11) 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 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																
(12) 夜勤時間帯における勤務体制	平成24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 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											
(13) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9 月中(平成24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		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	
(14) 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23年10月1日～平成24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										(15) 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23年10月1日～平成24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				
(16) 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 施設長						11 機能訓練指導員											
2 医師						11 のうち 理学療法士											
3 歯科医師						11 のうち 作業療法士											
4 生活相談員						11 のうち 言語聴覚士											
4 のうち 社会福祉士						11 のうち 看護師											
5 看護師						11 のうち 准看護師											
6 准看護師						11 のうち 柔道整復師											
7 介護職員						11 のうち あん摩マッサージ 指圧師											
7 のうち 介護福祉士						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											
(補間) 認定特定行為業務従事者 (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									
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。																	
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 = $\frac{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}{\text{(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)}} \quad (\text{換算数の詳細は手引を参照してください})$																	
※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																	