

[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)開設主体		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。 <table border="0"> <tr> <td>01 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>02 市区町村</td> <td>08 社団・財団法人(公益・一般)</td> </tr> <tr> <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>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>05 医療法人</td> <td>11 個人</td> </tr> <tr> <td>06 社会福祉協議会</td> <td></td> </tr> </table>								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																																																						
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																																																																										
(3)介護報酬上の届出 (複数回答)		<table border="0"> <tr> <td>病院療養型</td> <td>(1 I型</td> <td>2 II型</td> <td>3 III型)</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>ユニット型病院療養型</td> <td>(1 I型</td> <td>2 II型)</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>病院経過型</td> <td>(1 I型</td> <td>2 II型)</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>ユニット型病院経過型</td> <td>(1 I型</td> <td>2 II型)</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>診療所型</td> <td>(1 I型</td> <td>2 II型)</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>ユニット型診療所型</td> <td>(1 I型</td> <td>2 II型)</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>認知症患者型</td> <td>(1 I型</td> <td>2 II型</td> <td>3 III型</td> <td>4 IV型</td> <td>5 V型)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>ユニット型認知症患者型</td> <td>(1 I型</td> <td>2 II型)</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>認知症経過型</td> <td>(1 I型</td> <td>2 II型)</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>								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)				
		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)																																																																								
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																																																																				
以下の(4)～(8)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(準個室を含む)																																																																		
(5)ユニットの状況		「(3)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)	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																																																																	
		老人性認知症患者療養病床	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																																																																			
(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	円																																																																	
			室 定 員	人室	人室	人室	人室	人室	人室																																																																	
			室 数	室	室	室	室	室	室																																																																	
		従来型個室	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円																																																																	
			室 数	室	室	室	室	室	室																																																																	
			居住費(日額)	円	円	円	円	円	円																																																																	
		ユニット型準個室 (夫婦等の2人室を含む)	室 定 員	人室	人室	人室	人室	人室	人室																																																																	
			室 数	室	室	室	室	室	室																																																																	
			居住費(日額)	円	円	円	円	円	円																																																																	
ユニット型個室 (夫婦等の2人室を含む)	室 定 員	人室	人室	人室	人室	人室	人室																																																																			
	室 数	室	室	室	室	室	室																																																																			
	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円																																																																			
(7)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																																																																		

(8) 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
	療養病床						
老人性認知症疾患療養病棟							

(9) 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。			夜勤を行った介護職員がいましたか。		
	1 いた → 夜勤を行った看護職員			1 いた → 夜勤を行った介護職員		
	2 いない			2 いない		

(10) 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		介護職員	実人員数	
	延べ夜勤回数			延べ夜勤回数		

(11) 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	
(12) 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	

(13) 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	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 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					
	7 介護支援専門員										

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