



*一連番号

*調査番号

[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 *印の箇所は事業所では記入しないでください。

法人名													
施設名													
施設の所在地	〒 TEL()-()-()												
(1)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 国・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 社団・財団法人(公益・一般) 09 営利法人(会社) 10 その他の法人 11 個人												
(2)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事業について、印字内容を確認し、活動状況の該当する番号を○で囲んでください。 ・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、調査票は記入不要です。 ・休止届や廃止届を提出している場合は「休止中」「廃止」に○をつけてください。以降の設問には記入不要です。 ・サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この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、同一住所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください。)												
短期入所療養介護		事業所番号				事業所名				活動状況			
	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 介護療養型医療施設 3 その他の病院・診療所											
	事業所の種別 (複数回答可)	介護老人保健施設 (01 I型 02 II型 03 III型) ユニット型介護老人保健施設 (04 I型 05 II型 06 III型) 07 病院療養型 08 ユニット型病院療養型 09 病院経過型 10 ユニット型病院経過型 11 診療所型 12 ユニット型診療所型 13 認知症疾患型 14 ユニット型認知症疾患型 15 認知症経過型											
通所リハビリテーション		事業所番号				事業所名				活動状況			
	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 介護療養型医療施設 3 その他の病院・診療所											
	事業所の種別	※該当する番号を1つ、左の欄に記入してください。 事業所の種別 通常規模の事業所 (01 介護老人保健施設 02 病院 03 診療所) 大規模の事業所(Ⅰ) (04 介護老人保健施設 05 病院 06 診療所) 大規模の事業所(Ⅱ) (07 介護老人保健施設 08 病院 09 診療所)											

【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)サービスの提供状況

介護予防短期入所療養介護

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。

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

9月中の利用者

1 あり 2 なし

※空床利用型の場合でも、利用者ありの場合は、「利用実人員数」「利用日数合計」にご記入ください。

	要支援1	要支援2	その他
利用実人員数(人)			
利用日数合計(日)			

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

9月中の利用者

1 あり 2 なし

※空床利用型の場合でも、利用者ありの場合は、「利用実人員数」「利用日数合計」にご記入ください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
利用実人員数(人)						
利用日数合計(日)						

(4)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

(5)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

※調査票記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、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(担当部署等)と連絡先(電話番号)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)	

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

(6)サービスの提供状況

介護予防通所リハビリテーション

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。
開催日数とは、利用者がいなくても事業所を開催していた(利用者がいれば実施できる状態であった)日のことをいいます。
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。
利用実人員数は利用回数に関係なく、1日利用した者も2日以上利用した者も「1」とカウントしてください。

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
利用実人員数(人)			
利用延人員数(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
利用実人員数(人)						
利用延人員数(人)						

(7)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

(8)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

(9)通所リハビリテーションの従事者数

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。
※常勤兼務と非常勤に記入した場合は、換算数を記入してください。

	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						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					
						10 栄養士					

(注)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。

※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。常勤専従については、換算数の記入は不要です。

※「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。

※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 = $\frac{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}{\text{1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。}}$ (換算数の詳細は手引参照)

※調査票記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、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(担当部署等)と連絡先(電話番号)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