

*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または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。

法人名																						
施設名																						
施設の所在地	〒 TEL ()-()-()																					
事業所番号												活動状況		1 活動中		2 休止中		3 廃止				
(1)開設年月	1 昭和		2 平成		3 令和			年		月	法人番号											
(2)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。																			
	経営主体		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 公益社団・財団法人 08 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外) 09 01~08以外																			
(3)介護報酬上の届出	該当する施設の種類の番号を○で囲んでください。																					
	介護老人福祉施設									地域密着型介護老人福祉施設												
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)	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。																					
(4)居室の状況	多床室																					
	5人以上室			4人室			3人室			2人室			従来型個室			ユニット型						
	室			室			室			室			室			夫婦等の2人室		個室 (個室的多床室を含む)				
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									
(5)ユニットの状況	「(3)介護報酬上の届出」の種類が「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				
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)居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						
		室定員		人室			人室			人室			人室			人室						
		室数		室			室			室			室			室						
	従来型個室	居住費(日額)		円			円			円			円			円						
		室数		室			室			室			室			室						
	ユニット型個室的多床室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(日額)		円			円			円			円			円						
		室定員		人室			人室			人室			人室			人室						
		室数		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(日額)		円			円			円			円			円						
		室定員		人室			人室			人室			人室			人室						
		室数		室			室			室			室			室						
	(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	

9月末日の在所者数

9月末日時点で在所者はいましたか。 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	要介護認定申請中
人	人	人	人	人	人

(再掲) 9月末日の在所者のうち、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

(9) 苦情解決のための取組状況 (複数回答)

該当する番号をすべて○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

(10) 夜勤時間帯における勤務体制

令和3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3名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は7名ではなく、3名となります。
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(該当する職員がない場合は、「2 いない」を○で囲んでください)。

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

(11) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

9月中(令和3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」には、「常勤専従」分は含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。
※「換算数」には、「常勤専従」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

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

(12) サテライト型地域密着型介護老人福祉施設の運営状況

本体施設として、サテライト型地域密着型介護老人福祉施設を運営していますか。 1 運営している 2 運営していない

(13) 併設の状況 (複数回答)

併設事業所が予防介護事業・介護事業のいずれか一方のみを行っている場合であっても、該当する番号を○で囲んでください。

同一法人(法人が異なっても実質的に同一経営の場合を含む。)が、同一または隣接する敷地内で運営している、異なる事業所について、該当する番号をすべて○で囲んでください。

1 短期入所生活介護事業所 3 認知症対応型通所介護事業所 5 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)事業所

2 通所介護事業所 4 小規模多機能型居宅介護事業所 6 1～5との併設はない

(14) 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。
※「常勤専従」には、「常勤専従」分は含めません。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要です。
※「換算数」には、「常勤専従」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

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、記入の手引きを参照してください。)
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。

	常勤専従(人)		常勤兼務(専従分除く)(人)		換算数(人)		非常勤(人)		換算数(人)	
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
1 施設長										
2 医師										
3 歯科医師										
4 生活相談員										
4のうち 社会福祉士										
5 看護師										
6 准看護師										
7 介護職員										
7のうち 介護福祉士										
7のうち 勤続10年以上 (※)の者										
8 管理栄養士										
9 栄養士										
10 歯科衛生士										
11 機能訓練指導員										
(1)11のうち 理学療法士										
(2)11のうち 作業療法士										
(3)11のうち 言語聴覚士										
(4)11のうち 看護師(5の業務分除く)										
(5)11のうち 准看護師(6の業務分除く)										
(6)11のうち 柔道整復師										
(7)11のうち あん摩マッサージ 指圧師										
(8)11のうち はり師・きゅう師										
12 障害者生活支援員										
13 介護支援専門員										
14 調理員										
15 その他の職員										

※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

※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) ぶりがな

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