

政府統計

厚生労働省

*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					
法人番号																					
(1)開設主体	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。																			
		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・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 公益社団・財団法人	09 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外)	10 営利法人(会社)	11 その他の法人	12 個人								
(2)介護報酬上の届出	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)																		
	認知症疾患型	(1 I型	2 II型	3 III型	4 IV型	5 V型)															
	ユニット型認知症疾患型	(1 I型	2 II型)																		
認知症経過型	(1 I型	2 II型)																			
(3)療養機能強化型の届出の状況	「(2)介護報酬上の届出」の種別で、病院療養型(ユニット型含む)、診療所型(ユニット型含む)に該当する施設のみ記入してください。																				
	1 療養機能強化型A	2 療養機能強化型B	3 療養機能強化型の届出はしていない																		
(4)重度者等の基準の状況	「(2)介護報酬上の届出」の種別で、病院経過型(ユニット型含む)、認知症疾患型(ユニット型含む)、認知症経過型に該当する施設と「(3)療養機能強化型の届出の状況」で3に該当する施設のみ記入してください。																				
	療養病床	(1 基準型	2 減算型)																		
	老人性認知症疾患療養病床	(1 基準型	2 減算型)																		
病床数	療養病床									老人性認知症疾患療養病床											
	介護指定病床を有する病床の病床数									介護指定病床を有する病床の病床数											
	うち介護指定病床数									うち介護指定病床数											
	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	
以下の(5)~(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。																					
(5)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(個室的多床室を含む)			
	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	
(6)ユニットの状況	「(2)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	人	人	人	人	人	人	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	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット
	老人性認知症疾患療養病床	ユニットの規模(定員)	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	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	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	
(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)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	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室
	従来型個室	居住費(日額)	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
		室数	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	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	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室
	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	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室	人室
	(8)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

「介護指定病床」における9月末日の在院者数						
(9) 施設サービスの状況	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	要介護認定申請中
療養病床	人	人	人	人	人	人
老人性認知症疾患療養病棟	人	人	人	人	人	人

(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(該当する職員がいない場合は、「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、介護職員のいずれについても回答してください(該当する職員がいない場合は、「0」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	

※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。
※「常勤兼務」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、「常勤兼務」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上します。

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$$

(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。

(12) 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(人)	常勤兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)	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)		
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						
うち、勤続10年以上 (※)の者												
7 介護支援専門員												

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

※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) 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