

※調査票の記入及び提出はインターネットでも可能です。

*一連番号									
*調査番号									

[注] 1 *印の箇所は事業所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()-()-()
法人番号	

(1) サービスの状況・施設の種類・事業所の種別

- ・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各事業について、「活動状況」の該当する番号を○で囲み、印字内容を確認してください。
- ・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、記入(追記)不要です。
- ・「活動状況」は、休止届や廃止届を提出している場合は、「2 休止中」、「3 廃止」を○で囲んでください。その場合、以降は記入不要です。
- ・サービスの種類により記入者が異なる場合は、お手数ですが、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・同一所在地の場合は、以下の全サービスについて、調査票に記入してください)。
- ・調査票は所在地ごとに送付しているため(同一法人・同一所在地の事業所には、まとめて送付)、別所在地におけるサービスの記入は不要です。

	事業所番号	事業所名	活動状況(1つに○)
短期入所療養介護	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
	施設の種類の種類	1 介護老人保健施設 2 介護医療院 3 介護療養型医療施設 4 その他の病院・診療所	
事業所の種別	介護老人保健施設 (01 I型 02 II型 03 III型 04 IV型) 16 ユニット型病院経過型		
	ユニット型介護老人保健施設 (05 I型 06 II型 07 III型 08 IV型) 17 診療所型		
	介護医療院 (09 I型療養床 10 II型療養床) 18 ユニット型診療所型		
	ユニット型介護医療院 (11 I型療養床 12 II型療養床) 19 認知症疾患型		
	13 病院療養型 20 ユニット型認知症疾患型		
	14 ユニット型病院療養型 21 認知症経過型		
	15 病院経過型 注)09、10の両方又は11、12の両方に該当する場合があります。		

	事業所番号	事業所名	活動状況(1つに○)
通所リハビリテーション	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
	施設の種類の種類	1 介護老人保健施設 2 介護医療院 3 介護療養型医療施設 4 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 介護医療院 03 病院 04 診療所)	
		大規模の事業所(I) (05 介護老人保健施設 06 介護医療院 07 病院 08 診療所)	
	大規模の事業所(II) (09 介護老人保健施設 10 介護医療院 11 病院 12 診療所)		

(2)開設主体	開設主体	
		※該当する番号を1つ、左の欄に記入してください。 01 都道府県 08 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 02 市区町村 09 公益社団・財団法人 03 広域連合・一部事務組合 10 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外) 04 独立行政法人 11 営利法人(会社) 05 日本赤十字社・社会保険関係団体 12 その他の法人 06 医療法人 13 個人 07 社会福祉協議会

【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

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。

(3)サービスの提供状況

介護予防短期入所療養介護

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**、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」に記入してください。

	要支援1	要支援2	その他 (自費利用者、 認定申請中の者)
利用実人員数	人	人	人
利用日数合計	日	日	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」に記入してください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 (自費利用者、 認定申請中の者)
利用実人員数	人	人	人	人	人	人
利用日数合計	日	日	日	日	日	日

※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。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
上記以外連絡先 (携帯、FAX等)	電話 (- -)

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

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。
 開催日数には、利用者がいない日(利用者がいれば提供可能であった日)も含めます。
 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。

(4) サービスの提供状況

介護予防通所リハビリテーション	定員 <input type="text"/> 人	9月中の開催日数 <input type="text"/> 日		
	9月中の利用者	<input type="text"/> 1 あり <input type="text"/> 2 なし		
		要支援1	要支援2	その他 (自費利用者、 認定申請中の者)
	利用実人員数	人	人	人
	利用延人員数	人	人	人

通所リハビリテーション	定員 <input type="text"/> 人	9月中の開催日数 <input type="text"/> 日					
	9月中の利用者	<input type="text"/> 1 あり <input type="text"/> 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 (自費利用者、 認定申請中の者)
	利用実人員数	人	人	人	人	人	人
	利用延人員数	人	人	人	人	人	人

(5) 通所リハビリテーションの従事者数

※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)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」となります。
 ※「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。
 ※「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。

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

(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。

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。

	常勤専従			非常勤			常勤専従			非常勤		
	(人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	(人)	換算数(人)	(人)	常勤兼務 (専従分除く) (人)	換算数(人)	(人)	換算数(人)		
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						
うち、勤続10年 以上(※)の者						10 栄養士						

※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。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