

政府統計

※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や誤りがある場合は、訂正してください。

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・施設の種類の記入方法について
 ・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。

短期入所療養介護	事業所番号	事業所名	活動状況(1つに○)		
	051 介護予防短期入所療養介護			1 活動中	2 休止中
052 短期入所療養介護			1 活動中	2 休止中	3 廃止
施設の種類の記入	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	

通所リハビリテーション	事業所番号	事業所名	活動状況(1つに○)		
	061 介護予防通所リハビリテーション			1 活動中	2 休止中
062 通所リハビリテーション			1 活動中	2 休止中	3 廃止
施設の種類の記入	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	

(2) 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。

開設主体	01 都道府県	02 市区町村	03 広域連合・一部事務組合	04 独立行政法人	05 日本赤十字社・社会保険関係団体	06 医療法人	07 社会福祉協議会	08 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	09 公益社団・財団法人	10 一般社団・財団法人(公益社団・財団法人以外)	11 営利法人(会社)	12 その他の法人	13 個人
------	---------	---------	----------------	-----------	--------------------	---------	------------	----------------------	--------------	---------------------------	-------------	-----------	-------

【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) 病床数

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	※利用者の有無にかかわらず、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
短期入所療養介護	空床利用型ですか	1 はい	2 いいえ	※利用者の有無にかかわらず、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

※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。

<オンライン回答のログイン情報>

政府統計コード	
調査対象者ID	
パスワード(初期)	

担当部署・調査票記入者名と連絡先(※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

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。

(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 人 9月中の開催日数 日

9月中の利用者 あり 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)
利用延人員数	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 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 あり 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)
利用延人員数	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

(5)通所リハビリテーションの従事者数

記入上の注意

- 雇用形態にかかわらず(派遣職員を含む)、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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含めません。
- 「常勤」の「兼務」と、「非常勤」では、「換算数」も計上します。

「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照)

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

・小数点以下第2位を四捨五入し、小数点第1位まで計上する
 ・計算結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上する

32時間を下回る場合は32時間とする

- 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。
- あらかじめ印字されていない職種でも、調査日時点で従事者がいる場合は、従事者数・換算数を記入してください。

介護サービス情報公表システム(令和5年5月15日時点公表)の従事者数が印字されている場合があります(令和4年10月2日以降に更新された情報に限ります)。

	常勤			非常勤			常勤			非常勤	
	専従(人)	兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)		専従(人)	兼務(専従分除く)(人)	換算数(人)	非常勤(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。

事業所に従事している職種を全て記入しましたか (チェック)

換算数(人)を全て記入しましたか (チェック)

※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。

担当部署・調査票記入者名と連絡先(※必須)	(担当部署署名)
	(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