

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()-()-()											
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 平成	2 令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	法人番号	<input type="text"/>				
(2)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。										
	<input type="text"/>	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 その他の法人	11 個人
(3)入所定員	I型療養床入所定員					II型療養床入所定員						
	<input type="text"/> 人					<input type="text"/> 人						
(4)療養室の状況			多床室			従来型個室		ユニット型				
			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)			
	I型療養床	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
(5)ユニットの状況	ユニット型として届け出た療養室について記入してください。	I型療養床	ユニットの規模(定員)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
			ユニット数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
		II型療養床	ユニットの規模(定員)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
			ユニット数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
(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)療養室の室数は一致させてください。											
多床室	居住費(月額)	<input type="text"/>	円	<input type="text"/>	円	<input type="text"/>	円	<input type="text"/>	円	<input type="text"/>	円	
	室定員	<input type="text"/>	人	<input type="text"/>	人	<input type="text"/>	人	<input type="text"/>	人	<input type="text"/>	人	
	室数	<input type="text"/>	室	<input type="text"/>	室	<input type="text"/>	室	<input type="text"/>	室	<input type="text"/>	室	
従来型個室	居住費(月額)	<input type="text"/>	円	<input type="text"/>	円	<input type="text"/>	円	<input type="text"/>	円	<input type="text"/>	円	
	室数	<input type="text"/>	室	<input type="text"/>	室	<input type="text"/>	室	<input type="text"/>	室	<input type="text"/>	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(月額)	<input type="text"/>	円	<input type="text"/>	円	<input type="text"/>	円	<input type="text"/>	円	<input type="text"/>	円	
	室定員	<input type="text"/>	人	<input type="text"/>	人	<input type="text"/>	人	<input type="text"/>	人	<input type="text"/>	人	
	室数	<input type="text"/>	室	<input type="text"/>	室	<input type="text"/>	室	<input type="text"/>	室	<input type="text"/>	室	
ユニット型個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(月額)	<input type="text"/>	円	<input type="text"/>	円	<input type="text"/>	円	<input type="text"/>	円	<input type="text"/>	円	
	室定員	<input type="text"/>	人	<input type="text"/>	人	<input type="text"/>	人	<input type="text"/>	人	<input type="text"/>	人	
	室数	<input type="text"/>	室	<input type="text"/>	室	<input type="text"/>	室	<input type="text"/>	室	<input type="text"/>	室	

<オンライン回答のログイン情報>

裏面につづきます

政府統計コード	<input type="text"/>
調査対象者ID	<input type="text"/>
パスワード(初期)	<input type="text"/>

(7) 施設サービスの状況	9月末日の在所要者数					
	9月末日時点で在所要者はいましたか。 <input type="checkbox"/> 1 いた <input type="checkbox"/> 2 いない					
	短期入所療養介護の利用者は含まないでください。					
	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
I型療養床	人	人	人	人	人	人
II型療養床	人	人	人	人	人	人

(8) 夜勤時間帯における勤務体制	令和5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。 <input type="checkbox"/> 1 いた <input type="checkbox"/> 2 いない → 夜勤を行った看護職員 <input type="text"/> 人			夜勤を行った介護職員がいましたか。 <input type="checkbox"/> 1 いた <input type="checkbox"/> 2 いない → 夜勤を行った介護職員 <input type="text"/> 人		

(9) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(令和5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	<input type="text"/> 人	介護職員	実人員数	<input type="text"/> 人
		延べ夜勤回数	<input type="text"/> 回		延べ夜勤回数	<input type="text"/> 回

(10) 従事者数

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)。

記入上の注意

- 雇用形態にかかわらず(派遣職員を含む)、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」の「兼務」には、「常勤」の「専従」分は含まれません。
- 「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)

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

・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

■施設に在籍する職員のうち、介護医療院サービスを行う療養棟又は療養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。
■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。

	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						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											

(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

※勤続年数は、当該法人での勤続年数とする。

施設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。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。

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)	

ご協力ありがとうございました