

(8) 施設サービスの状況 介護サービス情報公表システム（令和7年5月15日時点公表）の在り者数が印字されている場合があります（令和6年10月2日以降に更新された情報に限ります）。	9月末日の在り者数					
	9月末日時点で在り者はいましたか。 1 いた2 いない					
	「1 いた」の場合、9月末日の在り者数を記入してください。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
(9) 苦情解決のための取組状況（複数回答）	該当する番号を全て○で囲んでください。 1 苦情受付窓口を設置2 苦情解決責任者を設置3 共同で第三者委員を設置4 単独で第三者委員を設置5 1～4以外の取組を実施している					
	令和7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）。					
(10) 夜勤時間帯における勤務体制	夜勤を行った看護職員がいましたか。 1 いた2 いない		夜勤を行った介護職員がいましたか。 1 いた2 いない			
(11) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	看護職員 実人員数		介護職員 実人員数			
	延べ夜勤回数		延べ夜勤回数			
(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） 併設事業所が介護予防事業・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、同一又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、該当する番号を全て○で囲んでください。 1 短期入所生活介護事業所2 通所介護事業所3 認知症対応型通所介護事業所4 小規模多機能型居宅介護事業所5 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）事業所6 1～5との併設はない					

次ページにつづきます

(14) 従 事 者 数

★機能訓練指導員の再掲欄において、当該職員が複数の資格を有している場合は、主に従事している資格を1つ決めた上で、当該資格欄に記入してください。

介護サービス情報公表システム（令和7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6年10月2日以降に更新された情報に限りません）。

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）

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

└ 32時間を下回る場合は32時間とする

- ・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

■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)		非常勤 (人)	換算数(人)		専従 (人)	兼務(専従分除く)		非常勤 (人)	換算数(人)
		(人)	換算数(人)					(人)	換算数(人)		
1 施設長						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					
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											
うち、勤続10年 以上(※)の者						12 障害者生活支援員					
8 管理栄養士						13 介護支援専門員					
9 栄養士						14 調理員					
10 歯科衛生士						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。

施設に従事している
職種を全て記入しましたか



換算数(人)を
全て記入しましたか



(補問1) ※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

(補問2) 「7 介護職員」のうち、外国籍の介護職員はいますか。
該当する番号を○で囲んでください。

1 いる
2 いない

(補問3) 「1 いる」の場合は、介護職員の人数を10月1日時点の在留資格別に記入してください。
外国籍の介護職員のうち、介護福祉士の資格を有している場合は、その人数も記入してください。

	在留資格				
	特定活動 (EPA)	介護	技能実習	特定技能	左記以外
外国籍の介護職員(人)					
うち、介護福祉士(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。

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)	

