

(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。								
		1 いた		2 いない						
		「1 いた」の場合、9 月末日の在所要者数を記入してください。↓ 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			
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 8 (2026) 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。		夜勤を行った介護職員がいましたか。						
		1 いた 2 いない		夜勤を行った看護職員		1 いた 2 いない		夜勤を行った介護職員		
(9) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数		9 月中(令和 8 (2026) 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	人	介護職員	実人員数	人			
		延べ夜勤回数		回	延べ夜勤回数		回			
(10) 従事者数		■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」は、「換算数」も記入してください。								
		「換算数」の計算方法(詳細は記入の手引きを参照) 換算数 = 従事者の 1 週間の勤務延時間数(残業は除く) ÷ 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								
介護サービス情報公表システム(令和 8 (2026) 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 7 (2025) 年 10 月 2 日以降に更新された情報に限ります)。		■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。								
		記入上の注意								
		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)	
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 診療放射線技師			
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							15 調理員			
7 介護支援専門員							16 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) 「6 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)				
調査票記入者名(※必須)		ふりがな		担当部署名(※必須)		※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。				
				電話番号(※必須)		(- -)				
				上記以外連絡先(携帯、FAX 等)						