

(13) 施設サービスの状況		9 月末日の在所要者数(人)					
		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	その他
	一 般 棟						
	認知症専門棟						

(14) 食 費 の 状 況	施設が設定している料金を日額で記入してください。 なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。	1 日あたりの食費		円
----------------	---	-----------	--	---

(15) 夜勤時間帯における勤務体制	平成22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実人員数を記入してください。	
	夜勤を行った看護職員がいましたか。 1 いた ☐ → 人 2 いない ☐	夜勤を行った介護職員がいましたか。 1 いた ☐ → 人 2 いない ☐

(16) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9 月中(平成22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)、1 人平均の夜勤回数及び平成22年 9 月中の夜勤の最高回数を記入してください。						
	看護職員	実人員数	人	1 人平均の夜勤回数	回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数	回
	介護職員	実人員数	人	1 人平均の夜勤回数	回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数	回

(17) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去 1 年間)	平成21年10月 1 日～平成22年 9 月30 日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。		
	1 受け入れあり ☐ → 2 受け入れなし ☐	過去 1 年間で実習生を受け入れた日数 受け入れた延人数	日／365 日 人日

(18) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去 1 年間)	平成21年10月 1 日～平成22年 9 月30 日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。		
	1 受け入れあり ☐ → 2 受け入れなし ☐	過去 1 年間で実習生を受け入れた日数 受け入れた延人数	日／365 日 人日

(19) 従 事 者 数	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
	1 医 師					8 理 学 療 法 士					
	2 歯 科 医 師					9 作 業 療 法 士					
	3 薬 剤 師					10 言 語 聴 覚 士					
	4 看 護 師					11 管 理 栄 養 士					
	5 准 看 護 師					12 栄 養 士					
	6 介 護 職 員					13 介 護 支 援 専 門 員					
	6 の うち 介護福祉士					14 調 理 員					
	7 支 援 相 談 員					15 そ の 他 の 職 員					
	7 の うち 社会福祉士										

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、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。
※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。専従は換算する必要はありません。

換算数 =
$$\frac{\text{従事者の 1 週間の勤務延時間数}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき 1 週間の時間数}}$$
(換算数の詳細は手引参照)

(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。)

※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。なお、FAXの記入は任意です。

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)
	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