秘 統計法に基づく一般統計調査

介護サービス施設・事業所調査

介護療養型医療施設票

（平成22年10月１日調査）

3

厚生労働省

＊一連番号	
＊調査番号	
＊事業所番号	

［注］ 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
2 ＊印の箇所は施設では記入しないでください。

(1)法人名（運営法人名を記入してください）	
(2)施設名	
(3)施設の所在地	〒　　TEL（　　）－（　　）－（　　）
(4)活動の状況	1 活動中　2 休止中　3 廃止
(5)開設主体	開設主体： 該当する番号を選択し、左の回答欄に記入してください。 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 社団・財団法人（公益・一般） 09 営利法人（会社） 10 その他の法人 11 個人
(6)介護報酬上の届出（複数回答）	病院療養型（1 Ⅰ型 2 Ⅱ型 3 Ⅲ型） ユニット型病院療養型（1 Ⅰ型 2 Ⅱ型） 病院経過型（1 Ⅰ型 2 Ⅱ型） ユニット型病院経過型（1 Ⅰ型 2 Ⅱ型） 診療所型（1 Ⅰ型 2 Ⅱ型） ユニット型診療所型（1 Ⅰ型 2 Ⅱ型） 認知症疾患型（1 Ⅰ型 2 Ⅱ型 3 Ⅲ型 4 Ⅳ型 5 Ⅴ型） ユニット型認知症疾患型（1 Ⅰ型 2 Ⅱ型） 認知症経過型（1 Ⅰ型 2 Ⅱ型）

(7)病床数	療養病床		老人性認知症疾患療養病棟	
	介護指定病床を有する病棟の病床数	うち介護指定病床数	介護指定病床を有する病棟の病床数	うち介護指定病床数
	床	床	床	床

以下の(8)～(11)の項目は、介護指定病床についての状況を記入してください。

(8)病室の状況	多床室				従来型個室	ユニット型	
	5人以上室	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室（準個室を含む）
	室	室	室	室	室	室	室

「(6)介護報酬上の届出」の種別でユニット型として届け出た病室について記入してください。

(9)ユニットの状況							
療養病床	ユニットの規模（定員）	人	人	人	人	人	人
	ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット
老人性認知症疾患療養病棟	ユニットの規模（定員）	人	人	人	人	人	人
	ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット

(10)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(8)病室の室数は一致させてください。

多床室	居住費（日額）	円	円	円	円	円
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室
	室数	室	室	室	室	室
従来型個室	居住費（日額）	円	円	円	円	円
	室数	室	室	室	室	室
ユニット型準個室（夫婦等の2人室を含む）	居住費（日額）	円	円	円	円	円
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室
	室数	室	室	室	室	室
ユニット型個室（夫婦等の2人室を含む）	居住費（日額）	円	円	円	円	円
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室
	室数	室	室	室	室	室

＊利用者個票	＊利用者一覧票

裏面につづきます

見本