

施設票

所在地: _____

法人名: _____ 施設名: _____

電話番号: _____ 記入者: _____

整理番号: _____

問1 貴施設以外の施設・事業所の有無

- ① 貴施設が属する法人全体では、貴施設以外に別の指定介護サービスの事業所がありますか。
(あてはまる番号1つに○)

| | | |
|--------------|--------------------------|------------------|
| 1. 施設・事業所がある | <input type="checkbox"/> | → 以下の②～④にご回答ください |
| 2. 施設・事業所はない | <input type="checkbox"/> | → 問2にご回答ください |

- ② ①で施設・事業所があるとお答えいただいた施設・事業所はお答えください。
法人全体(全ての指定介護サービス)の全従業員数(正規・非正規を含む)はおおよそ何人くらいですか。
(あてはまる箇所1つに○)

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 49人以下 | 2. 50～99人 | 3. 100～299人 | 4. 300～499人 | 5. 500人以上 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- ③ 法人内の異動はありますか。(あてはまる箇所1つに○)

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. ある | 2. ない |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- ④ 法人内に貴施設とは別に特別養護老人ホームはありますか。(あてはまる箇所1つに○)

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. ある | 2. ない |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

問2-① 貴施設の所在地の区市町村は次のどれにあてはまりますか。(あてはまる番号1つに○)

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 23区 | 2. 市 | 3. 町村 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

問2-② 貴施設の介護報酬算定上の地域区分は次のどれにあてはまりますか。(あてはまる番号1つに○)

| | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 1級地 | 2. 2級地 | 3. 3級地 | 4. 4級地 | 5. 5級地 | 6. 6級地 | 7. 7級地 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

問3 貴施設を開設した年月を記入してください。

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| 西暦 | 年 | 月 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

問4-① 貴施設の全職員数、正規・非正規別の職員数は何人ですか。それぞれ人数を記入してください。

| | 全職員数 | 正規職員数 | 非正規職員数 |
|----------|------|-------|--------|
| 貴施設の全職員数 | 人 | 人 | 人 |

(注1) 貴施設の全職員数とは

職種や役職等に関係なく、貴施設での業務を主たる業務とする職員の総数をご記入ください。なお、派遣労働者、委託業務従事者は含みません。

(注2) 正規職員・非正規職員とは

正規職員・・・本調査では貴施設で雇用している職員のうち、雇用期間に定めのない者を指します。

非正規職員・・・本調査では上記の正規職員にあてはまらない者(契約、嘱託、パート等)を指します。

問4-② ①でお答えいただいた全職員数について、平成27年11月1日現在の該当する職種の人数をご記入ください。

また、非正規職員については、勤務形態別の内数もご記入ください。

| 職種別 (注) | 合計 | | | 正規職員 | | 非正規職員 | | 非正規職員の勤務形態 | | |
|--------------|----|---|---|------|---|-------|---|------------|--------|--------|
| | 人数 | 男 | 女 | 男 | 女 | 男 | 女 | 常勤労働者 | 短時間労働者 | 勤務形態不明 |
| 合計(1~9) | | | | | | | | | | |
| 1. 介護職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 2. 生活相談員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 3. 介護支援専門員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 4. 看護職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 5. 機能訓練指導員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 6. 管理栄養士・栄養士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 7. 事務職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 8. 施設長 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 9. その他 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

(注) 所持している資格ではなく、配置上の職種についてご記入ください。なお、兼務している職員については、主として従事している職種をお願いいたします。