

「介護サービス情報の公表」制度
調査票（基本情報）記入マニュアル

2018年度版

介護老人保健施設

2018年8月10日 ver.2

神奈川県指定情報公表センター

●●● 入力にあたって必ずお読みください ●●●

「介護サービス情報の公表」制度は、介護保険法第115条の35に基づく都道府県と政令市の自治事務であり、公表事務、事業所訪問調査等は都道府県・政令市単位で実施されます。したがって、項目に対する解釈や、訪問調査の実施方法等、厚生労働省の指針を基本としながらも、当制度の趣旨の範囲内で若干違いが生じる場合があります。このマニュアルの記載内容は、2018年度の公表制度における調査票記入マニュアルであることにご留意の上、ご活用願います。

2017年1月～2017年12月の介護報酬額100万円超のサービスが公表制度の対象となり、報告が義務付けられています。さらに、公表対象事業所の中から、事業所の指定年度により、訪問調査の有無が決定されます。

また、公表後、県又は市町村に申請及び変更の際に提出された内容と、公表で報告された基本情報の内容を突合させていただきます。両データに齟齬があり修正がされなかった場合、次年度に訪問調査となる可能性がございます。ご入力にはご留意ください。

訪問調査時の調査確認の際、指定申請時に提出されている情報と、異なる場合が多く見受けられます。データの入力には十分に注意していただきますようお願いいたします。

今年度の調査票は、介護及び予防サービスが1つの調査票に統合されています。公表対象サービスの項目について、ご記入ください。

1. 各項目の下部には、国の記載要領を掲載しています。「★」は補足説明及び、情報の公表制度における考え方を掲載しています。
2. 調査票は特記事項に記載がない場合は、原則記入年月日の状況をご報告ください。数字は、全て半角数字で、日付は西暦で入力してください。実績や人数など、該当なしの場合は「0」を必ず入力してください。
また、予防サービスが報告対象外の場合、必須入力の欄には以下のように入力してください。
①日付を入力する欄 → 「-」（半角ハイフン）
②人数など、数値を入力する欄 → 「0」（半角数字ゼロ）
3. 半角カタカナ、丸付文字（①等）、記号文字（株、km、㎡等）、旧字体等は入力できますが、公表時に文字化けする可能性がありますので、使用しないでください。
4. 自由記載の項目は、400字程度までに収めることをお勧めします。文章の改行をする際には、公表時に不要な空欄が入ることを防ぐために、スペースキーで次の行へ移るのではなく、必ず Enter キー で改行するようにしてください。
5. 介護サービスの内容（加算）及び提供実績の項目は、介護報酬を請求する際に算出しているもので、不明な点は事業所内請求事務担当にご確認ください。
6. 基本情報の内容に変更がある場合は、公表後の修正が可能です。運営情報については、公表後の修正は出来ません。

目 次

1. 施設を運営する法人等に関する事項.....	4
2. 介護サービスを提供し、又は提供しようとする施設に関する事項.....	8
3. 施設において介護サービスに従事する従業者に関する事項.....	10
4. 介護サービスの内容に関する事項.....	17
5. 介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項	26

1. 施設を運営する法人等に関する事項

事業所名:

事業所番号:

(枝番)

基本情報：介護老人保健施設

(20XX年XX月XX日現在)

計画年度	年度	記入年月日	
記入者名		所属・職名	

1. 施設を運営する法人等に関する事項

法人等の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先				
法人等の名称	法人等の種類	01:社会福祉法人(社協以外) 02:社会福祉法人(社協) 03:医療法人 04:社団・財団 05:営利法人 06:NPO法人 07:農協 08:生協 09:その他法人 10:地方公共団体(都道府県) 11:地方公共団体(市町村) 12:地方公共団体(広域連合・一部事務組合等) 99:その他 []		
		(その他の場合、その名称)		
	名称	(ふりがな)		
	法人番号の有無	[] 0. 法人番号なし・ 1. 法人番号あり・ 2. 法人番号あり(非公表)		
	法人番号			
法人等の主たる事務所の所在地	〒			
法人等の連絡先	電話番号			
	FAX番号			
	ホームページ	[] 0. なし・ 1. あり		
	(ホームページアドレス)			
法人等の代表者の氏名及び職名	氏名			
	職名			
法人等の設立年月日				

基本情報項目 介護老人保健施設

各項目の下部には、国の記載要領を掲載しています。「★」は補足説明及び、情報の公表制度における考え方を掲載しています。

■記入年月日

記入年月日を記載すること。(例： 2018年〇月×日)

- ★・「計画通知書」に記載されている「報告書の提出期間」内の日付を、半角英数でご入力をお願いします。
 - ・記入年月日は基本情報、運営情報の報告の基準日となります。

■記入者名

省令第140条の51第2号に規定する調査客体を代表する者の名称（以下、「記入者」という）を記載すること。

- ★現在作成している調査票の内容に対して、責任をお持ちいただける方の氏名をご記入ください。

■所属・職名

記入者の所属部署の名称及びその職名について、記載すること。

- ★〈記載例〉管理者・施設長・事務長・運営法人代表・監理部 課長、介護事業部 部長 等

■法人等の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先

●「法人等の名称」

a 「法人等の種類」

法人等の種類について、該当するものを下記から選択すること。また、法人ではない場合には「99 その他」を選択すること。

- 01 社会福祉協議会以外の社会福祉法人
- 02 社会福祉協議会
- 03 医療法人
- 04 社団法人又は財団法人
- 05 営利法人（株式会社等）
- 06 特定非営利活動法人（NPO法人）
- 07 農業協同組合
- 08 消費生活協同組合
- 09 その他の法人
- 10 都道府県
- 11 市町村
- 12 広域連合・一部事務組合等
- 99 その他

- ★・医療法人社団、社会医療法人は、『03：医療法人』を選択してください。
 - ・株式会社、有限会社、合同会社等は、『05：営利法人』を選択してください。
 - ・『99：その他』を選択した場合は、下欄『その他の場合、その名称』に具体的名称を、記入してください。個人病院の場合は「個人」と記入して下さい。

b 「名称」

当該法人等の名称を記載すること。なお、記載内容については、登記事項等との整合性を図ること。

c 「法人番号の有無」「法人番号」

法人番号の指定を受けている場合には、「法人番号あり」を選択し、法人番号を記載すること。なお、設立登記のない法人又は法人でない社団若しくは財団であって、法人番号の指定を受けているが、基本3情報（①商号又は名称、②本店又は主たる事務所の所在地及び③法人番号）の公表に同意していない場合には、「法人番号あり（非公表）」を選択すること。（法人番号は、特段、届出手续等を要することなく、国税庁長官が法人番号を指定し、原則としてインターネット上で公表され、誰もが自由に利用することが可能であるため、基本3情報の公表に同意していない場合を除き、法人番号を秘密にする目的として「法人番号あり（非公表）」を選択しないこと。）

法人番号の指定を受けていない場合には「法人番号なし」を選択すること。

★・法人名称は、省略せず正式名称で・『ふりがな』は全角ひらがなで記入してください。

・法人番号は、国税庁から1法人1つ割り振られている13桁の番号です。

・登記所で手続に使われる12桁の番号は法人等の識別番号で、「法人番号」ではありません。

・法人番号は、インターネットの国税庁「法人番号公表サイト」<http://www.houjin-bangou.nta.go.jp/>で検索できます。

●「法人等の主たる事務所の所在地」

当該法人等の主たる事務所の住所について、当該都道府県名、市区町村名、番地等を記載すること。なお、記載内容については、登記事項等との整合性を図ること。

●「法人等の連絡先」

a 「電話番号」 利用者からの照会等に対応する当該法人等の電話番号を記載すること。

b 「FAX 番号」 利用者からの照会等に対応する当該法人等の FAX 番号を記載すること。

c 「ホームページ」

当該法人等の情報が掲載されているホームページがある場合には「あり」に記すとともに、そのアドレスを記載すること。また、当該法人等の情報が掲載されているホームページがない場合には「なし」に記すこと。

★・電話番号、FAX 番号には「代」のような文字は記入せず、半角数字と「-（半角ハイフン）」のみで記入してください。（FAX 番号は任意記入）

・法人等のホームページアドレスは半角英数字で記入してください。

・介護情報サービスかながわとのデータ連携上、必ず <http://> から記載してください。

・メールアドレスではありませんのでご注意ください。

■法人等の代表者の氏名及び職名

a 「氏名」 当該法人等の代表者の氏名を記載すること。

b 「職名」 代表者の当該法人内の職名を記載すること。

■法人等の設立年月日

当該法人等の設立年月日を記載すること。なお、記載内容については、登記事項等との整合性を図ること。

法人等が当該都道府県内で実施する介護サービス				
介護サービスの種類		か所数	主な事業所等の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	[]	0. なし・ 1. あり		
訪問入浴介護	[]	0. なし・ 1. あり		
訪問看護	[]	0. なし・ 1. あり		
訪問リハビリテーション	[]	0. なし・ 1. あり		
居宅療養管理指導	[]	0. なし・ 1. あり		
通所介護	[]	0. なし・ 1. あり		
通所リハビリテーション	[]	0. なし・ 1. あり		
短期入所生活介護	[]	0. なし・ 1. あり		
短期入所療養介護	[]	0. なし・ 1. あり		
特定施設入居者生活介護	[]	0. なし・ 1. あり		
福祉用具貸与	[]	0. なし・ 1. あり		
特定福祉用具販売	[]	0. なし・ 1. あり		

■法人等が当該都道府県内で実施する介護サービス

当該法人等が当該都道府県内で、当該報告に係る介護サービスを含む介護サービス（法の規定に基づく指定又は許可を受けている介護サービスをいう）を実施している場合には、介護サービスの種類ごとに「あり」に記すとともに、当該介護サービスを行う事業所の数を記載すること。さらに、そのうち主な当該事業所の名称及びその所在地について1つ記載すること。

★＜主な事業所等の名称＞＜所在地＞

- ・ 主な事業所1つだけ記入してください。
- ・ 事業所の所在地は、市名・郡名から記入してください。

★ ＜介護サービスの種類＞ 実施していない場合は「なし」を選択してください。

➡報告数に含める場合

- ・ 当調査票の対象である事業所
- ・ 同所在地、同事業所名でも異なるサービス（介護サービスと予防サービス等）
- ・ 『介護予防支援』は市町村から委託を受けた地域包括支援センター

➡報告数に含めない場合

- ・ 地域包括支援センターからの委託を受けて『介護予防支援』を実施している居宅介護支援事業所

2. 介護サービス（予防を含む）を提供し、又は提供しようとする施設に関する

2. 介護サービスを提供し、又は提供しようとする施設に関する事項

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先			
施設の名称	(ふりがな)		
施設の所在地	〒	市区町村コード	
	(都道府県から番地まで)		
	(建物名・部屋番号等)		
施設の連絡先	電話番号		
	FAX番号		
	ホームページ	[] 0. なし・ 1. あり	
	(ホームページアドレス)		
介護保険事業所番号			
施設の管理者の氏名及び職名	氏名		
	職名		
事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定若しくは許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合にはその直近の年月日)			
事業の開始(予定)年月日			
許可の年月日			
許可の更新年月日(直近)(未来の日付は入らない)			
生活保護法第54条の2に規定する介護機関(生活保護の介護扶助を行う機関)の指定			[] 0. なし・ 1. あり
社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3に規定する登録喀痰吸引等事業者			[] 0. なし・ 1. あり
施設までの主な利用交通手段			

■事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先

当該報告に係る介護サービスを提供する事業所（以下、「事業所」という）の名称、所在地及び電話番号、FAX 番号及びホームページアドレスを記載すること。また、「市区町村コード」の欄には、総務省自治行政局地域情報政策室が設定している「全国地方公共団体コード」から、当該報告に係る介護サービスを提供する事業所の所在地のコード番号を記載すること。なお、記載内容は、都道府県知事への届出事項等との整合性を図ること。

★・『ふりがな』は全角ひらがなで記入してください。

- ・事業所の所在地は、県名から記入してください。正確に入力されていないと、公表システムの地図表示が出来ないことがあります。
- ・電話番号、FAX 番号は「代」のような文字は記入せず、半角数字と「-（半角ハイフン）」で記入してください。・FAX 番号は任意記入です。
- ・ホームページアドレスは半角英数字で記入し「介護情報サービスかながわ」とのデータ連携上、必ず <http://> から記載してください。

■介護保険事業所番号

当該事業所の介護保険事業所番号を記載すること。

■事業所の管理者の氏名及び職名

a 「氏名」 当該施設の老健施設基準第 23 条に規定する管理者（以下、「管理者」という）の氏名を記載すること。

b 「職名」 管理者の当該事業所内の職名を記載すること。

★県または市町村へ届け出ている管理者の氏名および事業所内における役職名を入力してください。

■事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定若しくは許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合にはその直近の年月日）

●「事業の開始（予定）年月日」

当該報告に係る介護サービスの提供を開始した年月日を記載すること。なお、当該報告時に当該介護サービスの提供の開始を予定している事業所等にあつては、開始予定年月日を記載すること。

★・指定年月日に関係なく、事業を開始した年月日を入力してください。（例：2000/04/01）

- ・介護保険制度開始以前も対象となります。
- ・次の場合は介護事業を開始した最初の年月日を記入してください。
 - ✓事業所番号が変更になった場合
 - ✓休止再開した場合
 - ✓事業所名称が変更になった場合

●「許可の年月日」

当該報告に係る法第 91 条第 1 項に規定する介護老人保健施設の許可を受けた年月日を記載すること。

★今現在の介護保険事業所番号で指定を受けた年月日を記入してください。

●「許可の更新年月日（直近）」

当該報告に係る法第 94 条の 2 第 1 項に規定する介護老人保健施設の更新を受けた直近の年月日を記載すること。なお、報告時に当該指定の更新を受けたことのない事業所にあつては、当該指定を受けた年月日を記載すること。

★当報告においては、以下の場合は記入不要です。

- ✓まだ更新手続きを行っていない場合
- ✓記入年月日以降に指定更新手続きを行う予定の場合

■生活保護法第 54 条の 2 に規定する介護機関の指定

当該施設が生活保護法第 54 条の 2 に規定する介護機関の指定を受けている場合には、「あり」に記すこと。

■社会福祉士及び介護福祉士法第 48 条の 3 に規定する登録喀痰吸引等事業者

当該施設が社会福祉士及び介護福祉士法第 48 条の 3 に規定する登録喀痰吸引等事業者の場合には、「あり」に記すこと。

■事業所までの主な利用交通手段

当該施設の最寄りの公共交通機関の駅等の名称、当該最寄りの駅等から当該事業所までの主な交通手段、所要時間等について記載すること。

★＜記載例＞ JR 京浜東北 根岸線 ●●駅下車 ▲▲行きバス ■■バス停から徒歩 1 分

3. 施設において介護サービス（予防を含む）に従事する従業者に関する事項

3. 施設において介護サービスに従事する従業者に関する事項

職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間、従業者1人当たりの入所者数等

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
医師	人	人	人	人	0人	人
薬剤師	人	人	人	人	0人	人
看護職員	人	人	人	人	0人	人
介護職員	人	人	人	人	0人	人
支援相談員	人	人	人	人	0人	人
理学療法士	人	人	人	人	0人	人
作業療法士	人	人	人	人	0人	人
言語聴覚士	人	人	人	人	0人	人
管理栄養士	人	人	人	人	0人	人
栄養士	人	人	人	人	0人	人
介護支援専門員	人	人	人	人	0人	人
調理員	人	人	人	人	0人	人
事務員	人	人	人	人	0人	人
その他の従業者	人	人	人	人	0人	人

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 時間

※1 常勤換算人数とは、当該施設の従業者の勤務延時間数を当該施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該施設の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

※2 以下の職種については、指定基準等(※)において基準又は標準とされた従業者の員数が定められている。なお、それぞれ定められた場合には、これを置かないとすることができる。

- ・医師：入所者数を100で除した数以上
- ・薬剤師：入所者数を300で除した数以上
- ・看護職員及び介護職員：入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上
- ・支援相談員：1以上(入所者の数が100を超える場合にあっては、常勤の支援相談員1名に加え、常勤換算方法で、100を超える部分を100で除して得た数以上)
- ・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士：入所者の数を100で除した数以上
- ・栄養士：入所定員100以上の場合、1以上
- ・介護支援専門員：入所者の数が100又はその端数を増すごとに1以上

※指定基準等

- ・「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第40号)」
- ・「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について(平成12年3月17日老企第44号)」

従業者である介護職員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
介護福祉士	人	人	人	人
実務者研修	人	人	人	人
介護職員初任者研修	人	人	人	人
介護支援専門員	人	人	人	人

管理者の他の職務との兼務の有無 [] 0.なし・ 1.あり

管理者が有している当該報告に係る介護サービスに係る資格等 [] 0.なし・ 1.あり

(資格等の名称)

看護職員及び介護職員1人当たりの入所者数 人

夜勤(宿直を除く)を行う看護職員 最少時の人数 人

及び介護職員の人数 平均の人数 人

★<調査票への記入手順>

- 1 記入年月日前月分の勤務形態一覧表を作成します。
※新規事業所については、開設月又は指定を受けた時の状況の勤務形態一覧表となります。
- 2 調査票の各欄には、勤務形態一覧表に記載されている数字を記入してください。
※訪問調査時は、調査票と勤務形態一覧表の記載内容に違いがないかどうかを確認します。

★・記入年月日前月末日の状況を報告します。

- ・該当者がいない場合は、必ず「0」を記入してください。
- ・従業者の実人数については、複数職種を兼務している場合、兼務している職種欄に人数を計上してください。
- ・当調査票において管理者は「従業者」に含まれません。管理者が他の職種を兼務している場合のみ『常勤・非専従』として、該当する職種に、人数を計上してください。

・参考資料

★<常勤・非常勤について>

- ・「常勤」とは当該事業所で定める『常勤が勤務すべき時間数』勤務している者を指します。正規職員、非正規職員（派遣労働者、パートタイム労働者）の別は問いません。
- ・当該事業所に併設される事業所の職務、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務する場合（ともに同一法人である場合に限る）は、それぞれに係る時間数を足して『常勤が勤務すべき時間数』に達していれば、当該職員は「常勤」となります。
- ・「非常勤」とは『常勤が勤務すべき時間数』を下回る勤務時間数の者を指します。

★<専従・非専従について>

- ・「専従」とは、当該サービスの当該職種にのみ従事している者を指します。
- ・「非専従」とは、他のサービス、他の職種、他の事業所業務を兼務している者を指します。

★<常勤換算人数について>

- ・常勤換算人数は自動計算されませんので、全ての職種を勤務形態一覧表に記入して、計算してください。
- ・行政に提出する常勤換算方法で記入してください。

参照 「介護情報サービスかながわ」 (<http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>)

ーライブラリー（書式／通知）

ー 9. 運営状況点検書・運営の手引き

ー 1. 運営状況点検書（※サービスごとに運営状況点検書を掲載）

※勤務形態一覧表（常勤換算計算時使用）のフォームをエクセルで作成いたしました。

計算式は入っていないのでご注意ください。

こちらをご参照ください。

→ http://center.rakuraku.or.jp/service_office/citytown/manual_service.html

■職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間、従業者1人当たりの入所者数

●「実人数」

以下の者について、常勤及び非常勤の勤務形態別に、当該業務に係る専従及び非専従に該当する者及びその合計の人数を記載すること。また、それぞれ常勤換算人数を記載すること。

- ① 医師（老健施設基準第2条第1項第1号に規定する「医師」をいう）
- ② 薬剤師（老健施設基準第2条第1項第2号に規定する「薬剤師」をいう）
- ③ 看護職員（老健施設基準第2条第1項第3号に規定する「看護職員」をいう。以下、同じ）
- ④ 介護職員（老健施設基準第2条第1項第3号に規定する「介護職員」をいう。以下、同じ）
- ⑤ 支援相談員（老健施設基準第2条第1項第4号に規定する「支援相談員」をいう。以下、同じ）
- ⑥ 理学療法士（老健施設基準第2条第1項第5号に規定する「理学療法士」をいう。以下、同じ）
- ⑦ 作業療法士（老健施設基準第2条第1項第5号に規定する「作業療法士」をいう。以下、同じ）
- ⑧ 言語聴覚士（老健施設基準第2条第1項第5号に規定する「言語聴覚士」をいう。以下、同じ）
- ⑨ 管理栄養士
- ⑩ 栄養士（老健施設基準第2条第1項第6号に規定する「栄養士」をいう。以下、同じ）
- ⑪ 介護支援専門員（老健施設基準第2条第1項第7号に規定する「介護支援専門員」をいう。以下、同じ）
- ⑫ 調理員
- ⑬ 事務員
- ⑭ その他の従業者

●「1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数」

常勤換算方法により用いた常勤の従業者が勤務すべき時間数の1週間の延べ時間数を記載すること。なお、職種により常勤の従業者が勤務すべき時間数が異なる場合には、主な職種の常勤の従業者が勤務すべき時間数を記載すること。

★・32時間から40時間内で記入してください。

・32時間未満の場合は32時間、40時間以上の場合は40時間と記入してください。

●「従業者である介護職員が有している資格」

以下の資格を有する介護職員について、当該業務に係る専従及び非専従に該当する者の人数を記載すること。

- ①介護福祉士 ②実務者研修 ③介護職員初任者研修 ④介護支援専門員

※複数の資格を取得している場合は、重複計上することとし、旧介護職員基礎研修、訪問介護員1級、訪問介護員2級保有者は③として計上すること。

★該当者がいない項目については「0」を記入してください。

●「管理者の他の職務との兼務の有無」

管理者が当該報告に係る介護サービスの管理者以外の職務を兼務している場合には、「あり」に記すこと。

「管理者が有している当該報告に係る介護サービスに係る資格等」欄には、管理者が当該報告に係る介護サービスに係る資格等を有している場合には、「あり」に記すとともに、その資格等の名称を記載すること。

★『他の職務』とは、施設内の他の職務だけではなく、同一敷地内にある他事業所の職務を兼務している場合等も対象となります。他サービスの管理者である場合も「あり」を選択してください。

●「看護職員及び介護職員 1人当たりの入所者数」

「4. 介護サービスの内容に関する事項」における「介護サービスの入所者への提供実績」の入所者数を、「実人数」の③及び④に係る常勤換算人数の合計で除した人数を記載すること。

★看護職員及び介護職員 1人当たりの入所者数 算出方法

《タイプ1》介護老人保健施設の場合

$$\frac{\text{介護老人保健施設 入所者の人数 (注1)}}{\text{看護職員及び介護職員の 常勤換算人数の合計}}$$

《タイプ2》介護老人保健施設に短期入所療養介護（予防を含む）が併設されている場合

$$\frac{\left\{ \begin{array}{l} \text{介護老人保健施設 (注1)} \\ + \\ \text{短期入所療養介護 (予防も含む) (注2)} \end{array} \right\} \text{介護サービスの 提供実績の合計}}{\text{看護職員及び介護職員の 常勤換算人数の合計}}$$

(注1) (注2) 「介護サービスの利用者への提供実績」の合計から計算します。

※計算結果は小数点第2位を切り捨て、小数点第1位まで記入してください。

●「夜勤（宿直を除く）を行う看護職員及び介護職員の人数」

夜勤を行う当該介護老人保健施設における看護職員及び介護職員のうち、宿直の者を除いた最少時の人数及び夜間の平均の人数を記載すること。なお、記載内容については、当該施設の夜勤を行う一般的な人員体制を踏まえること。

- ★・単に宿直として夜間勤務に従事する者（看護・介護対応をしない者）は除いてください。
- ・『平均の人数』には、記入年月日前月の1か月分の実績から、看護・介護のために夜間勤務に就いた者の平均人数を算出し、算出結果は小数点第2位を切り捨てて、第1位まで記入してください。

従業者の当該報告に係る介護サービスの業務に従事した経験年数等

区分	医師		薬剤師		看護職員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度の採用者数	人	人	人	人	人	人
前年度の退職者数	人	人	人	人	人	人
業務に従事した経験年数	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
1年～3年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
3年～5年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
5年～10年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
10年以上の者の人数	人	人	人	人	人	人
区分	介護職員		支援相談員		理学療法士	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度の採用者数	人	人	人	人	人	人
前年度の退職者数	人	人	人	人	人	人
業務に従事した経験年数	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
1年～3年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
3年～5年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
5年～10年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
10年以上の者の人数	人	人	人	人	人	人
区分	作業療法士		言語聴覚士		栄養士	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度の採用者数	人	人	人	人	人	人
前年度の退職者数	人	人	人	人	人	人
業務に従事した経験年数	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
1年～3年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
3年～5年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
5年～10年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
10年以上の者の人数	人	人	人	人	人	人
区分	管理栄養士		介護支援専門員			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
前年度の採用者数	人	人	人	人		
前年度の退職者数	人	人	人	人		
業務に従事した経験年数	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
1年未満の者の人数	人	人	人	人		
1年～3年未満の者の人数	人	人	人	人		
3年～5年未満の者の人数	人	人	人	人		
5年～10年未満の者の人数	人	人	人	人		
10年以上の者の人数	人	人	人	人		

■従業者の当該報告に係る介護サービスの業務に従事した経験年数等

●「採用者数」

当該施設における前年度1年間の医師、薬剤師、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、管理栄養士及び介護支援専門員の採用者数を、常勤及び非常勤の勤務形態別に記載すること。

●「退職者数」

当該施設における前年度1年間の医師、薬剤師、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、管理栄養士及び介護支援専門員の退職者数を、常勤及び非常勤の勤務形態別に記載すること。

★【2017年4月1日～2018年3月31日の状況を報告】

- ・同法人内での異動は、採用者数・退職者に含めないでください。
- ・該当者がいない場合、2018年度に新規許可を受けた施設の場合は必ず「0」を記入してください。

●「業務に従事した経験年数」

介護保健施設サービスの提供に当たる医師、薬剤師、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、管理栄養士及び介護支援専門員の当該業務に従事した経験年数について、1年未満、1年から3年未満、3年から5年未満、5年から10年未満及び10年以上経験を有する者に該当する人数をそれぞれ記載すること。

★【記入年月日の前月末日の状況を報告】

- ・複数職種を兼務している場合は、それぞれの職種に人数を記入してください。
- ・経験年数には、他の介護老人保健施設事業所において、同職種として勤務した経験年数も含まれます。
- ・「職種別従業者の実人数」との整合性にご注意ください。

従業者の健康診断の実施状況		[] 0. なし・ 1. あり			
従業者の教育訓練のための制度、研修その他の従業者の資質向上に向けた取組の実施状況					
事業所で実施している従業者の資質向上に向けた研修等の実施状況					
(その内容)					
実践的な職業能力の評価・認定制度である介護プロフェッショナルキャリア段位制度の取組					
アセッサー(評価者)の人数		人			
段位取得者の人数	レベル2①	レベル2②	レベル3	レベル4	
	人	人	人	人	
外部評価の実施状況		[] 0. なし・ 1. あり			

■従業者の健康診断の実施状況

全ての従業者の健康診断を実施している場合には「あり」と記すこと。なお、全ての従業者とは、健康診断を受けないことを希望した者を除いて、労働安全衛生法第66条第1項に規定する健康診断を義務付けられた者以外も含むものとする。

★【記入年月日より前1年間の状況を報告】

■従業者の教育訓練のための制度、研修その他の従業者の資質向上に向けた取組の実施状況

●「事業所で実施している従業者の資質向上に向けた研修等の実施状況」

事業所において、従業者の資質を向上させるために実施している研修等の実施状況について、その研修等の内容（名称、対象者、カリキュラムもしくは時間等）を記載すること。

★ 記入年月日前1年間において、資質を向上させるために実施した研修を具体的に記入してください。

- 〈記載例〉 ・ 6/20 相談支援業務の概要について、全職員対象、3時間
 ・ 7/1 感染症予防研修、全職員対象、90分 等

●「実践的な職業能力の評価・認定制度である介護プロフェッショナルキャリア段位制度の取組」

a. 「アセッサー（評価者）の人数」

事業所の従業者で、アセッサー養成講習を修了しアセッサーとなっているものの人数を記載すること。

b. 「段位取得者の人数」

アセッサーが内部評価を行い、レベル認定委員会にて認定を受けたものの数をレベル毎（2①、2②、3、4）に記載すること。

c. 「外部評価の実施状況」

前年度1年間に、外部評価審査員における外部評価を受けた場合は「あり」と記すこと。

★「外部評価の実施状況」は「4. 介護サービス（予防を含む）の内容に関する事項」の「第三者による評価の実施状況」の評価とは、異なります。

4. 介護サービスの内容に関する事項

4. 介護サービスの内容に関する事項

施設の運営に関する方針	
介護サービスの内容	
介護報酬の加算状況(記入日前月から直近1年間の状況)	
夜勤職員配置加算	[] 0. なし・ 1. あり
短期集中リハビリテーションの実施	[] 0. なし・ 1. あり
認知症短期集中リハビリテーションの実施	[] 0. なし・ 1. あり
認知症ケアの実施	[] 0. なし・ 1. あり
若年性認知症入所者の受入	[] 0. なし・ 1. あり
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	[] 0. なし・ 1. あり
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	[] 0. なし・ 1. あり
外泊時の在宅サービスの実施	[] 0. なし・ 1. あり
ターミナルケア加算	[] 0. なし・ 1. あり
療養体制維持特別加算(Ⅰ)	[] 0. なし・ 1. あり
療養体制維持特別加算(Ⅱ)	[] 0. なし・ 1. あり
再入所時栄養連携加算	[] 0. なし・ 1. あり
入所前後訪問指導加算(Ⅰ)	[] 0. なし・ 1. あり
入所前後訪問指導加算(Ⅱ)	[] 0. なし・ 1. あり
試行的退所時指導の実施	[] 0. なし・ 1. あり
退所時情報提供の実施	[] 0. なし・ 1. あり
退所前連携の実施	[] 0. なし・ 1. あり
老人訪問看護指示の実施	[] 0. なし・ 1. あり
栄養マネジメントの実施	[] 0. なし・ 1. あり
低栄養リスク改善加算	[] 0. なし・ 1. あり
経管栄養の入所者に対する経口移行の実施	[] 0. なし・ 1. あり
経口維持加算(Ⅰ)	[] 0. なし・ 1. あり
経口維持加算(Ⅱ)	[] 0. なし・ 1. あり
口腔衛生管理体制加算	[] 0. なし・ 1. あり
口腔衛生管理加算	[] 0. なし・ 1. あり
療養食の実施	[] 0. なし・ 1. あり

在宅復帰支援機能加算	[] 0. なし・ 1. あり
かかりつけ医連携薬剤調整加算	[] 0. なし・ 1. あり
緊急時施設療養費	[] 0. なし・ 1. あり
所定疾患施設療養費(Ⅰ)	[] 0. なし・ 1. あり
所定疾患施設療養費(Ⅱ)	[] 0. なし・ 1. あり
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	[] 0. なし・ 1. あり
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	[] 0. なし・ 1. あり
認知症行動・心理症状緊急対応加算	[] 0. なし・ 1. あり
認知症情報提供加算	[] 0. なし・ 1. あり
地域連携診療計画情報提供加算	[] 0. なし・ 1. あり
褥瘡マネジメント加算	[] 0. なし・ 1. あり
排せつ支援加算	[] 0. なし・ 1. あり
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	[] 0. なし・ 1. あり
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	[] 0. なし・ 1. あり
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	[] 0. なし・ 1. あり
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	[] 0. なし・ 1. あり
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	[] 0. なし・ 1. あり
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	[] 0. なし・ 1. あり
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	[] 0. なし・ 1. あり
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	[] 0. なし・ 1. あり
介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	[] 0. なし・ 1. あり

■施設の運営に関する方針

事業の目的、事業の運営等の方針について記載すること。なお、記載内容については、老健施設基準第 25 条(ユニット型介護老人保健施設にあっては第 47 条、一部ユニット型介護老人保健施設にあっては第 59 条)に規定する運営規程の内容等との整合性を図ること。

■介護サービスの内容

●「介護報酬の加算状況」

記入年月日の前月から前 1 年間に於いて、以下の事項の指定施設サービス報酬基準に規定する加算を受けた場合には「あり」に記すこと。

★加算の詳細は「運営の手引き」をご覧ください。

★【記入年月日の状況を報告】。

レクリエーションの1週間当たりの実施状況		[] 0. なし・ 1. あり
(実施回数(記入日前月から直近3か月平均))		回
協力病院の名称		
(協力に関する内容)		
協力歯科医療機関		[] 0. なし・ 1. あり
(その名称)		
(協力に関する内容)		
入所を制限する場合がある者の状況		[] 0. なし・ 1. あり
(その内容)		
入所定員	人	
待機者数(入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超える場合)		[] 0. なし・ 1. あり
(その人数:「入所申込者の数」- («入所定員」- «入所者」))		人

● 「レクリエーションの1週間当たりの実施状況」

老健施設基準第21条に規定するレクリエーション行事を行っている場合には、「あり」に記すとともに、記入年月日の前月から直近3か月における、1週間当たりの平均実施回数を記載すること。

● 「協力病院の名称」

老健施設基準第30条第1項に規定する協力病院の名称を記載するとともに、その協力の内容について記載すること。

● 「協力歯科医療機関」

老健施設基準第30条第2項に規定する協力歯科医療機関を定めている場合には、「あり」に記すとともに、その名称及びその協力の内容について記載すること。

● 「入所を制限する場合がある者の状況」

記入年月日において、老健施設基準第5条の2に規定される介護サービスの提供を拒むことのできる正当な理由（特に入所者に対し自ら適切な介護保健施設サービスを提供することが困難な場合）を記載すること。

● 「入所定員」

入所者の定員を記載すること。なお、記載内容については、老健施設基準第25条に規定する運営規程の内容等との整合性を図ること。

● 「待機者（入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超える場合、その人数）」

入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超える者がある場合には、「あり」に記すとともに、その数を記載すること。

■介護サービスの入所者への提供実績

介護サービスの入所者への提供実績(記入日前月の状況)						
入所者の人数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
		人	人	人	人	人
(前年同月の提供実績)	人	人	人	人	人	0人
所定疾患施設療養費の算定回数(前年度)					回	
※該当する利用者がいない場合は0を入力してください。						
3か月間の退所者の人数(記入日前月から直近3か月の状況)						
退所先	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等	人	人	人	人	人	0人
介護保険施設	人	人	人	人	人	0人
特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設	人	人	人	人	人	0人
医療機関	人	人	人	人	人	0人
死亡者	人	人	人	人	人	0人
その他	人	人	人	人	人	0人
※該当する利用者がいない場合は0を入力してください。						
入所者の平均的な入所日数(前年度)					日	

●「入所者の人数」

記入年月日の前月において、指定施設サービス報酬基準別表「指定施設サービス等介護給付費単位数表」2に規定する介護保健施設サービスの介護報酬を請求した入所者について記載すること。

★記入年月日の前月において、請求実績のあった入所者の人数について、記入してください。

該当者がいない場合は、「0」を記入してください。

●「所定疾患施設療養費の算定回数」

記入年月日の前年度において、所定疾患施設療養費を算定した場合には、その回数を記載すること。(算定していない場合は0回と記載すること)

■「3か月間の退所者の人数」

記入年月日の前月から前3か月間における退所者について、その退所先(自宅等、介護保険施設、特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設、医療機関、死亡者、その他)別に、要介護(要介護1、2、3、4及び5)に該当する者の人数を記載すること。

■「入所者の平均的な入所日数」

記入年月日を含む年度の前年度末時点における当該施設の入所者の延入所期間等を記入年月日を含む年度の前年度末時点における入所者数で除した数を記載すること。

記入年月日を含む年度の前年度末時点の入所者について、各々の入所日数の合計を入所者数で割り、平均値を算出してください。

計算結果は小数点第3位以下を切り捨てて、第2位まで求めてください。

《平均入所日数の算出方法》

- 記入年月日を含む年度の前年度末（2018年3月31日）時点における当該施設に入所実績のあった入所者について、その入所総日数を基に算出してください。
- 前年度末（2018年3月31日）に入所実績のある者については、2017年4月1日以前より入所していた日数についても対象となります。（下表Eさん、Fさんのケース）

<例>

対象者	入所期間	入所日数
Aさん	2017/4/1 ~ 2018/3/31	364日
Bさん	2017/6/1 ~ 2018/3/31	303日
Cさん	2018/1/1 ~ 2018/3/31	89日
Dさん	2018/3/1 ~ 2018/3/31	30日
Eさん	2016/1/1 ~ 2018/3/31	820日
Fさん	2016/4/1 ~ 2018/3/31	730日

$$(364+303+89+30+820+730) \div 6人 = 389.33333\dots$$

⇒ 平均入所日数は389.33日

介護サービスを提供する施設、設備等の状況									
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物				[] 0. なし・ 1. あり				
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物				[] 0. なし・ 1. あり				
	木造平屋建てであって、火災に係る利用者の安全性の確保のための一定の要件を満たす建物				[] 0. なし・ 1. あり				
	地上階	階			地下階	階			
施設の形態	介護老人保健施設				[] 0. なし・ 1. あり				
	サテライト事業所	[] 0. なし・ 1. あり			(そのか所数)			か所	
	サテライト型小規模介護老人保健施設(利用定員29以下)				[] 0. なし・ 1. あり				
	医療機関併設型小規模介護老人保健施設(利用定員29人以下)				[] 0. なし・ 1. あり				
報酬類型	ユニット型個室		ユニット型個室の多床室			/			
	[] 0. なし・ 1. あり		[] 0. なし・ 1. あり						
	従来型個室		多床室						
	[] 0. なし・ 1. あり		[] 0. なし・ 1. あり						
	在宅強化型								
療養室の状況			個室	2人部屋	3人部屋	4人部屋			
	療養室の数								
	療養室の床面積		m ²	m ²	m ²	m ²			
共同便所の設置数	男子便所	か所 (うち車いす等の対応が可能な数)			か所				
	女子便所	か所 (うち車いす等の対応が可能な数)			か所				
	男女共用便所	か所 (うち車いす等の対応が可能な数)			か所				
個室の便所の設置数			か所 (個室における便所の設置割合)			%			
			か所 (うち車いす等の対応が可能な数)			か所			
浴室の設備状況									
浴室の総数				か所					
個浴		大浴槽		特殊浴槽		リフト浴			
か所		か所		か所		か所			
その他の浴室の設備の状況									
食堂の設備状況									
入所者等が調理を行う設備状況				[] 0. なし・ 1. あり					
消火設備等の状況									
(その内容)				[] 0. なし・ 1. あり					
通所リハビリテーションの実施状況				[] 0. なし・ 1. あり					

■介護サービスを提供する施設、設備等の状況

●「建物の構造」

a 「建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物」

当該施設が建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物に適合する場合には、「あり」に記すこと。

b 「建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物」

当該施設が建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物に適合する場合には、「あり」に記すこと。

c 「耐火又は準耐火建築物以外の建物であって、火災に係る入所者の安全性の確保対策」

当該施設が老健施設基準第4条第2項（ユニット型介護老人保健施設にあつては第41条第5項）に規定する基準に適合すると都道府県知事から認められた場合には、「あり」に記すこと。

d「地上階」当該施設を置いている建物の地上の階数を記載すること。

e「地下階」当該施設を置いている建物の地下の階数を記載すること。

★ 地下階がない場合は、「0」を記入してください。

●「施設の形態」以下の事項から該当するものを選択して記載すること。

①介護老人保健施設（サテライト事業所がある場合には、そのか所数も記載）

②サテライト型小規模介護老人保健施設

③医療機関併設型小規模介護老人保健施設

●「報酬類型」以下の事項から該当するものを選択して記載すること。

①ユニット型個室 ②ユニット型個室的多床室 ③従来型個室 ④多床室 ⑤在宅強化型

●「療養室の状況」療養室について、個室、2人部屋、3人部屋及び4人部屋の別に、その数及びその床面積を記載すること。

★床面積は小数点第3位以下を切り捨て、第2位まで記入してください。

・『床面積』が複数タイプある場合は、その中で代表的なものについて記入してください。

「〇〇㎡～〇〇㎡」のような記入はできません。

●「共同便所の設置数」入所者の個室以外に設置された共同便所について、男子便所、女子便所及び男女共用便所の数を記載するとともに、そのうち車いす等の対応が可能な便所の数をそれぞれ記載すること。

★『共同便所の設置数』には場所としてのか所数を記入し、該当がない場合は、「0」を記入してください。

●「個室の便所の設置数」入所者の個室の便所の数を記載するとともに、当該個室における便所の設置割合及び車いす等の対応が可能な便所の数をそれぞれ記載すること。

★この場合、ポータブルトイレは対象としません。

●「浴室の設備状況」浴室の総数を記載するとともに、うち個浴、大浴槽、特殊浴槽及びリフト浴に該当する数をそれぞれ記載すること。さらに、「その他の浴室の設備の状況」欄には、浴室に関する留意事項等について記載すること。

★『個浴』『大浴槽』『特殊浴槽』『リフト浴』には設備の個数を、該当がない場合は「0」を記入してください。

●「食堂の設備状況」食堂の設備の状況について記載すること。さらに、「入所者等が調理を行う設備状況」欄には、入所者等が簡易な調理を行う設備を有している場合には、「あり」に記すこと。

★『入所者等が調理を行う設備状況』では、入所者自身が使用できる調理設備（電子レンジ、電磁調理器等、簡易なものを含む）の有無を選択してください。

●「消火設備等の状況」消火設備等の設備を有している場合には、「あり」に記すとともに、消火設備等の具体的な内容を右の空欄に記載すること。なお、記載内容については、老健施設基準第4条第1項第7号（ユニット型介護老人保健施設にあつては第41条第4項第7号）に規定する構造設備の基準との整合性を図ること。

●「通所リハビリテーションの実施状況」法第8条第8項に規定する通所リハビリテーションの事業をしている場合には、「あり」に記すこと。

入所者等からの苦情に対応する窓口等の状況			
窓口の名称			
電話番号			
対応している時間	平日	時 分	～ 時 分
	土曜	時 分	～ 時 分
	日曜	時 分	～ 時 分
	祝日	時 分	～ 時 分
定休日			
留意事項			
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応の仕組み			
損害賠償保険の加入状況		[] 0. なし・ 1. あり	
介護サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容)			
介護相談員の受け入れ状況の有無		[] 0. なし・ 1. あり	
入所者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等			
入所者アンケート調査、意見箱等入所者の意見等を把握する取組の状況 (記入日前1年間の状況)		[] 0. なし・ 1. あり	
当該結果の開示状況		[] 0. なし・ 1. あり	
第三者による評価の実施状況		[] 0. なし・ 1. あり	
実施した直近の年月日			
実施した評価機関の名称			
当該結果の開示状況		[] 0. なし・ 1. あり	
(その開示している結果の内容【ホームページアドレス】)			

■入所者等からの苦情に対応する窓口等の状況

当該施設又は当該施設を運営する法人に設置している入所者等からの苦情に対応する窓口の名称及び電話番号を記載すること。また、「対応している時間」欄には、当該施設の苦情の受付対応が可能な通常の時間帯を、平日、土曜、日曜及び祝日の別に記載すること。

また、「定休日」欄には、当該苦情の受付窓口の定休日を記載すること。さらに、「留意事項」欄には、必要に応じて通常以外の時間帯等を記載すること。なお、当該欄に記載する窓口等は、1つとする。

- ★・市区町村や国保連窓口等の公的窓口以外で記入してください。
- ・電話番号は「代」のような文字は入力せず、半角数字と「- (半角ハイフン)」のみで記入してください。
- ・『対応している時間』は24時間制で記入し、24時間対応の場合、時間帯は「0時00分～23時59分」とご記入ください。留意事項に「24時間対応」と記載して下さい。
- ・対応窓口を複数設置している場合、オンブズマン、第三者委員制度を導入している場合等については、「留意事項」欄に記入してください。

■介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応の仕組み

入所者に対する介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合における損害賠償を行うために、当該施設が加入している損害賠償保険がある場合には「あり」に記すこと。

■介護サービスの提供内容に関する特色等

当該施設の特色等について、その内容を概ね 400 字以内で記載すること。なお、記載内容については、介護保険法第 98 条に規定する広告制限を踏まえること。

党外施設の特色等について、その内容を概ね 400 字以内で記載すること。なお、記載内容については、介護保険法第 98 条に規定する広告制限を踏まえること。

- ★〈記載例〉・食事をアピールしたい → 美味しい、手作りの～
・お風呂をアピールしたい → 温泉使用、床暖房あり、個別入浴 等

■介護相談員の受け入れ状況の有無

当該施設において、市区町村から派遣された介護相談員の受け入れを実施している場合には、「あり」に記すこと。

- ★市区町村が派遣する「介護相談員（専門の研修を受講した者で、第三者的立場に立ち、入所者の相談等を受ける者）」の受け入れの有無について選択してください。

●「入所者アンケート調査、意見箱等入所者の意見等を把握する取組の状況」

入所者アンケート調査、意見箱の設置等により入所者の意見等を把握する取組を実施している場合には、「あり」に記すこと。また、その結果を外部に開示している場合には、「当該結果の開示状況」欄の「あり」に記すこと。なお、当該取組は、記入年月日の前 1 年間に於いて実施したものについて記載すること。

- ★【記入年月日より前 1 年間に於ける実績を報告】

・「あり」を選択した場合は、その結果の開示状況の有無についても選択してください。

●「第三者による評価の実施状況」

第三者による介護サービス等の質の評価を実施している場合には、「あり」に記すとともに、実施した取組の 1 つについて、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称を記載すること。さらに、その結果を外部に開示している場合には、「当該結果の開示状況」欄の「あり」に記すこと。また、ホームページ上でその結果を開示している場合は、その掲載アドレスを記載すること。

★【第三者評価に該当するもの】

- ・福祉サービス第三者評価
- ・地域密着型サービス外部評価
- ・介護サービス評価 など

【第三者評価に該当しないもの】

- ・介護サービス情報の公表制度
- ・指定管理者第三者評価
- ・ISO など

- ★『(その開示している結果の内容 [ホームページアドレス])』欄には、評価結果に直接リンクできるホームページアドレス (http://・・・) を記入してください。

※「事業所内掲示」、「閲覧可能なファイルの設置」等は記載しないでください。

5. 介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項

5. 介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項

介護給付以外のサービスに要する費用	
食事の提供に要する費用の額及びその算定方法	
居住に要する費用の額及びその算定方法	
入所者が選定する特別な療養室の提供を行ったことに伴い必要となる費用の額及びその算定方法	
入所者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用の額及びその算定方法	
理美容代及びその算定方法	
当該介護サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用(日常生活費)の額及びその算定方法	

■介護給付以外のサービスに要する費用

●「食事の提供に要する費用の額及びその算定方法」

老健施設基準第 11 条第 3 項第 1 号等に規定する食事の提供に要する費用の額及びその算定方法を記載すること。

●「居住に要する費用の額及びその算定方法」

老健施設基準第 11 条第 3 項第 2 号等に規定する居住に要する費用の額及びその算定方法を記載すること。

●「入所者が選定する特別な療養室の提供を行ったことに伴い必要となる費用の額及びその算定方法」

老健施設基準第 11 条第 3 項第 3 号等に規定する入所者が選定する特別な療養室の提供を行ったことに伴い必要となる費用の額及びその算定方法を記載すること。

●「入所者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用の額及びその算定方法」

老健施設基準第 11 条第 3 項第 4 号等に規定する入所者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用の額及びその算定方法を記載すること。

●「理美容代及びその算定方法」

老健施設基準第 11 条第 3 項第 5 号等に規定する理美容代の額及びその算定方法を記載すること。

●「当該介護サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用（日常生活費）の額及びその算定方法」

老健施設基準第 11 条第 3 項第 6 号等に規定する介護保健施設サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用の額及びその算定方法を記載すること。

★・算定方法は簡潔に記入してください。

・実施していない、または実施しても費用の徴収を行っていない場合は、その旨を記入してください。