

「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

2021 年度版

地域密着型介護老人福祉施設

Ver.01

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、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他都道府県、政令市と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、今年度のマニュアルであることにご留意の上、ご活用願います。

2020年1月～2020年12月の介護報酬額が100万円超のサービスのみ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。

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すので、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 | 1 |
| 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 | 5 |
| 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 | 8 |
| 4. 介護サービスの内容に関する事項 | 16 |
| 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 |

基本情報項目 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

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。

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)

基本情報調査票：地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

(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 | | |

■記入年月日

記入年月日を記載すること。（例： 20××年○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。

〈職名記載例〉 運営法人代表・施設長・介護事業部部長・管理者・事務長・管理部課長・一般職員 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」と記入してください。

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。

- ★・県や市町村から指定管理者として指定を受けているサービスは法人名の後にカッコ書きで（自治体名＋指定管理者）と記載してください。

記載例：社会福祉法人〇〇（〇〇市指定管理者）

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、届出手続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」<https://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ない場合には「なし」に記すこと。

- ★・電話番号、FAX 番号には、「フリーダイヤル」「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必ず <http://> から記入してください。
 - ・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 | 事業所等の名称（主な事業所1箇所分を記載） | 所在地（主な事業所1箇所分を記載） | |
| ＜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。なお、「介護予防支援」の欄は、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」を実施する居宅介護支援事業所を除いた内容を記載すること。

★＜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. 介護サービスを提供し、または提供しようとする施設に関する事項

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 | | | |
| 指定の年月日 | | | |
| 指定の更新年月日(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 | | | |
| | | | |

■施設の名称、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施設(以下、「施設」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、市区町村コードは、所在地の市区町村名を選択してください。
- ・事業所の所在地は、県名から、建物名・部屋番号等は「(建物名・部屋番号等)」に記入してください。
- ・電話番号、FAX番号は半角数字と「- (半角ハイフン)」のみで記入します。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、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。

■介護保険事業所番号

当該施設の介護保険事業所番号を記載すること。

■施設の管理者の氏名及び職名

a 「氏名」 当該施設の指定地域密着型サービス基準第 146 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」 管理者の当該施設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施設等にあつては、開始予定年月日を記載すること。

★・指定を受けた年月日に関係なく、事業を開始した年月日（例：2000/04/01）を入力してください。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 ✓休止して再開した場合 ✓事業所名称が変更になった場合

●「指定の年月日」

当該報告に係る法第 42 条の 2 第 1 項に規定する指定地域密着型サービス事業者の指定を受けた年月日を記載すること。

●「指定の更新年月日（直近）」

当該報告に係る法第 78 条の 12 において準用する法第 70 条の 2 に規定する指定地域密着型サービス事業者の指定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施設にあつては、当該指定を受けた年月日を記載すること。

★・指定の更新年月日が古いままの報告が見受けられます、必ず最新の指定更新年月日をご記入ください。

・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（未来の日付は記入しないでください）

■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。

■施設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施設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 徒歩 1 分

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人当たりの利用者数等 | | | | | | |
|--|----|----|-----|----|----|--------|
| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 |
| | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | |
| 医師 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 生活相談員 | 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 |
| 管理栄養士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 栄養士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 機能訓練指導員 | 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 |
| 留意事項 | | | | | | |
| 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、施設の規模に応じた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。 | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・生活相談員:1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 ・栄養士:1以上 ・機能訓練指導員:1以上 ・介護支援専門員:1以上 | | | | | | |
| ※指定基準等 | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年3月14日厚生労働省令第34号)」 ・「指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について(平成18年3月31日老計・老振・老老通知)」 | | | | | | |

●「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兼務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。さらに、施設サービスとともに短期入所サービスを提供しており、両サービスで人数を按分して記載している場合は「留意事項」欄にその旨を記載すること。

※合計の人数は調査票の入力内容を基に自動計算される。

- ① 医師（指定地域密着型サービス基準第131条第1項第1号に規定する「医師」をいう）
- ② 生活相談員（指定地域密着型サービス基準第131条第1項第2号に規定する「生活相談員」をいう）
- ③ 看護職員（指定地域密着型サービス基準第131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（指定地域密着型サービス基準第131条第1項第3号に規定する「介護職員」をいう。以下、同じ）
- ⑤ 管理栄養士
- ⑥ 栄養士（指定地域密着型サービス基準第131条第1項第4号に規定する「栄養士」をいう。以下、同じ）

- ⑦ 機能訓練指導員（指定地域密着型サービス基準第 131 条第 1 項第 5 号に規定する「機能訓練指導員」をいう。以下、同じ）
- ⑧ 介護支援専門員（指定地域密着型サービス基準第 131 条第 1 項第 6 号に規定する「介護支援専門員」をいう。以下、同じ）
- ⑨ 調理員
- ⑩ 事務員
- ⑪ その他の従業者

常勤換算人数の計算式

当該施設の従業者の勤務延時間数 ÷ 当該施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数

★＜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。

※新規事業所が開設月に報告する場合は、開設月の状況又は指定申請時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。

★・該当者がいない場合は、必ず「0」を記入してください。

- ・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。
- ・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・兼務』として、該当する職種に、人数を計上してください。

★＜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であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられる場合は、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・兼務について＞

- ・「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。
- ・「兼務」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。

★相模原市における＜専従・兼務＞の考え方は以下の様になります。

- ・介護サービスと介護予防サービスの指定を両方受け、一体的に運営している事業所の従業者は、勤務実態に係わらず、複数サービスを「兼務」している者でも、全て「専従」となります。

★＜常勤換算人数について＞

- ・行政に提出する常勤換算方法で記入してください。

●「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 | | | | |
|---------------------------------|----|--------|------------------|----|
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
| | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 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 |
| 従業者である機能訓練指導員が有している資格 | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
| | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 理学療法士 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 作業療法士 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 言語聴覚士 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 看護師及び准看護師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 柔道整復師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| はり師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| きゅう師 | 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地域密着型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人当たりの利用者数 | | | | 人 |
| 夜勤(宿直を除く)を行う看護職員及び介護職員の人数 | | 最少時の人数 | | 人 |
| | | 平均の人数 | | 人 |
| 医師の氏名 | | 勤務先 | | |
| 当該医師が担当している診療科の名称 | | | | |

「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兼務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級は②、訪問介護員2級保有者は③として計上すること。

- ★ 家庭奉仕員講習会修了者・家庭奉仕員採用時研修修了者など
旧課程1級相当の資格・研修課程修了者は②としてください。
- ★ 該当者がいない項目については「0」を記入してください。

●「従業者である機能訓練指導員が有している資格」

以下の資格を有する機能訓練指導員について、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兼務に該当する者の人数を記載すること。

- ① 理学療法士
- ② 作業療法士
- ③ 言語聴覚士
- ④ 看護師及び准看護師
- ⑤ 柔道整復師
- ⑥ あん摩マッサージ指圧師
- ⑦ はり師
- ⑧ きゅう師

※複数の資格を取得している場合は、重複計上すること。

- ★ 該当者がいない項目については「0」を記入してください。
- ★ 機能訓練指導員の資格について、介護福祉士など上記以外の資格は記入不要です。

●「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地域密着型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地域密着型サービスに係る資格等」欄には、管理者が当該報告に係る地域密着型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、事業所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 人当たりの利用者数」

「4. 介護サービスの内容に関する事項」の「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。なお、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》

計算式

《タイプ 1》地域密着型介護老人福祉施設への入所のみの場合

$$\frac{\text{地域密着型介護老人福祉施設
入所者の人数 (注 1)}}{\text{看護職員及び介護職員の
常勤換算人数の合計}}$$

《タイプ 2》地域密着型介護老人福祉施設に短期入所生活介護（予防を含む）が併設されている場合

$$\frac{\left. \begin{array}{l} \text{地域密着型介護老人福祉施設} \\ \text{入所者 (注 1)} \\ + \\ \text{短期入所生活介護利用者} \\ \text{(予防も含む) (注 2)} \end{array} \right\}}{\text{利用者への
提供実績の合計}} \div \text{看護職員及び介護職員
の常勤換算人数の合計}$$

注 1 地域密着型介護老人福祉施設「介護サービスの入所者への提供実績」の「入所者の人数」の合計から計算すること。

注 2 短期入所生活介護（予防も含む）「介護サービスの利用者への提供実績」の「利用者の人数」の合計から計算すること。

※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（宿直を除く）を行う当該地域密着型介護老人福祉施設における看護職員及び介護職員のうち、夜間時間帯の最少時及び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。

●「医師の氏名」

主な医師（嘱託を含む）1人の氏名を記載するとともに、その勤務先及び担当している診療科の名称を記載すること。

| 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 | | 生活相談員 | | 介護職員 | |
| | 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 |
| 当該職種として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 | 看護職員 | | 管理栄養士 | | 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 |
| 当該職種として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 | 機能訓練指導員 | | 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 | | |
| 当該職種として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 | | |
| ※経験年数は当該職種として他の事業所で勤務した年数を含む。 | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | | [] 0. なし・ 1. あり | |

■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、生活相談員、介護職員、看護職員、管理栄養士、栄養士、機能訓練指導員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。なお、同一法人内での異動による人数の増加は、新規採用者に含めずに記載すること。

●「退職者数」

当該施設における前年度1年間の医師、生活相談員、介護職員、看護職員、管理栄養士、栄養士、機能

訓練指導員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。なお、同一法人内での異動による人数の減少は、退職者数に含めずに記載すること。

★【前年度 2020 年 4 月 1 日～2021 年 3 月 31 日の状況を報告】

・該当事者がいない場合、今年度に新規指定を受けた事業所の場合は必ず「0」を記入してください。

●「当該職種として業務に従事した経験年数」

地域密着型介護老人福祉施設の提供に当たる医師、生活相談員、介護職員、看護職員、管理栄養士、栄養士、機能訓練指導員及び介護支援専門員の当該職種としての経験年数について、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 年未満又は 10 年以上経験を有する者に該当する人数を記載すること。なお、経験年数には当該職種として他の事業所で勤務した年数を含めて記載すること。

★【記入年月日の前月末日の状況を報告】 「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

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 | | | | |
| (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(介護プロフェッショナルキャリア段位制度)の実施状況 | | | [] 0. なし・ 1. あり | |
| 認知症に関する取組の実施状況 | | | | |
| 認知症介護指導者養成研修修了者の人数 | | | 人 | |
| 認知症介護実践リーダー研修修了者の人数 | | | 人 | |
| 認知症介護実践者研修修了者の人数 | | | 人 | |
| それ以外の認知症対応力の向上に関する研修を修了した者の人数(認知症介護基礎研修を除く) | | | 人 | |

■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。

★研修の実施方法についてはWEBや書面等も含みます。

〈記載例〉 ・ 5/23 初任者対象、接遇研修「挨拶・言葉づかい他 基礎知識編」2時間

●「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（介護プロフェッショナルキャリア段位制度）の実施状況」

前年度1年間に、介護プロフェッショナルキャリア段位制度の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等」の評価とは、異なりますのでご注意ください。

●「認知症に関する取組の実施状況」

a. 「認知症介護指導者養成研修修了者の人数」

事業所の従業者で、認知症介護指導者養成研修を修了したものの人数を記載すること。

b. 「認知症介護実践リーダー研修修了者の人数」

事業所の従業者で、認知症介護実践リーダー研修を修了したものの人数を記載すること。

c. 「認知症介護実践者研修修了者の人数」

事業所の従業者で、認知症介護実践者研修を修了したものの人数を記載すること。

d. 「それ以外の認知症対応力の向上に関する研修修了者の人数」

事業所の従業者で、a～c以外の認知症対応力の向上に関する研修を修了したものの人数を記載すること。

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等

介護報酬の加算状況(記入日前月から直近1年間の状況)

| | | |
|-----------------------|-----|--------------|
| 日常生活継続支援加算(Ⅰ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 日常生活継続支援加算(Ⅱ) | [] | 0. なし・ 2. あり |
| 看護体制加算(Ⅰ)イ | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 看護体制加算(Ⅰ)ロ | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 看護体制加算(Ⅱ)イ | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 看護体制加算(Ⅱ)ロ | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 夜勤職員配置加算(Ⅰ)イ | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 夜勤職員配置加算(Ⅲ)イ | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 夜勤職員配置加算(Ⅲ)ロ | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 夜勤職員配置加算(Ⅳ)ロ | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 準ユニットケア加算 | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| ADL維持等加算(Ⅰ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| ADL維持等加算(Ⅱ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 若年性認知症入所者受入加算 | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 専従の常勤医師の配置 | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 精神科医師による月2回以上の療養指導の実施 | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 障害者生活支援体制加算(Ⅰ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 障害者生活支援体制加算(Ⅱ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 入院又は外泊時費用 | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 外泊時在宅サービス利用費用 | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 再入所時栄養連携加算 | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 退所前訪問相談援助加算 | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 退所後訪問相談援助加算 | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 退所時相談援助加算 | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 退所前連携加算 | [] | 0. なし・ 1. あり |

| | | |
|------------------|-----|--------------|
| 栄養マネジメント強化加算 | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 経口移行加算 | [] | 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 |
| 口腔衛生管理加算(Ⅰ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 口腔衛生管理加算(Ⅱ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 療養食加算 | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 配置医師緊急時対応加算 | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 看取り介護加算(Ⅰ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 看取り介護加算(Ⅱ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 在宅復帰支援機能加算 | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 在宅・入所相互利用加算 | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 小規模拠点集合型施設加算 | [] | 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 |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅲ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 排せつ支援加算(Ⅰ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 排せつ支援加算(Ⅱ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 排せつ支援加算(Ⅲ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 排せつ支援加算(Ⅳ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 自立支援促進加算 | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 安全対策体制加算 | [] | 0. なし・ 1. あり |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | [] | 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 |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | [] | 0. なし・ 1. あり |
| リハビリテーション等の実施状況 | | |
| (実施内容) | | |

■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、指定地域密着型サービス基準第148条（ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設にあつては第166条、一部ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設にあつては第178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等

●「介護報酬の加算状況」

記入年月日の前月から前1年間において、以下の事項の指定地域密着型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。

★【記入年月日の前月から前1年間の加算状況を報告】

- ・介護サービスの内容（加算）の項目は、不明な点は事業所内請求事務担当にご確認ください。
- ・加算の詳細は「運営の手引き」をご覧ください。

●「リハビリテーション等の実施状況」

指定地域密着型サービス基準第143条に規定する機能訓練を行っている場合には、「あり」に記すとともに、その内容を記載すること。

★リハビリテーション等の内容や実施時間等について記入してください。

| | | | | | | |
|----------------------------|------|---------------|------|------|-----------|----|
| 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) | | | | | | |
| 入所定員 | | 人 | | | | |
| 運営推進会議の開催状況(前年度) | | | | | | |
| (開催実績) | | | | | (参加者延べ人数) | 人 |
| (協議内容等) | | | | | | |
| 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 |
| 65歳未満 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 |
| 65歳以上75歳未満 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 |
| 75歳以上85歳未満 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 |
| 85歳以上 | 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。 | | | | | | |
| 入所者の平均年齢 | | | | | | 歳 |
| 入所者の男女別人数 | 男性 | 人 | | | 女性 | 人 |
| 入所者の平均的な入所日数(前年度末現在) | | 日 | | | | |

●「協力病院の名称」

指定地域密着型サービス基準第 152 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」

指定地域密着型サービス基準第 152 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、指定地域密着型サービス基準第 148 条に規定する運営規程の内容等との整合性をはかること。

●「運営推進会議の開催状況」

指定地域密着型サービス基準第 157 条において準用する同基準第 85 条第 1 項に規定する運営推進会議について、前年度 1 年間の開催実績、参加人数、協議内容等について記載すること。

★【前年度(2020年4月1日～2021年3月31日)の実績を報告】

■介護サービスの入所者への提供実績

●「入所者の人数」

記入年月日の前月において、指定地域密着型サービス報酬基準別表「指定地域密着型サービス介護給付費単位数表」に規定する「6 地域密着型介護福祉施設入居者生活介護」の介護報酬を請求した入所者について、年齢（65歳未満、65歳以上75歳未満、75歳以上85歳未満及び85歳以上）別に、要介護（要介護1、2、3、4及び5）に該当する者を記載すること。

※合計の人数は調査票の入力内容を基に自動計算される。

★【記入年月日の前月およびその前年同月の実績を報告】

- ・記入年月日の前月において、請求実績のあった入所者（途中退所者を含む）の人数について、記入してください。延べ人数ではありません。
- ・該当者がいない場合は、必ず「0」を記入してください。

●「入所者の平均年齢」

入所者の平均年齢を記載すること。

●「入所者の男女別人数」

入所者について、男女の別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》

| 対象者 | 入所期間 | 入所日数 |
|-----|----------------------|------|
| Aさん | 2020/4/1 ~ 2021/3/31 | 365日 |
| Bさん | 2020/6/1 ~ 2021/3/31 | 304日 |
| Cさん | 2021/1/1 ~ 2021/3/31 | 90日 |
| Dさん | 2021/3/1 ~ 2021/3/31 | 31日 |
| Eさん | 2019/1/1 ~ 2021/3/31 | 821日 |
| Fさん | 2019/4/1 ~ 2021/3/31 | 731日 |

$$(365 + 304 + 90 + 31 + 821 + 731) \div 6人 = 390.33333$$

⇒ 平均入所日数は390.33日

- ★ 入院・外泊の場合、退所になっていなければ、入所日数に計上してください。

| 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 | |
| 報酬類型 | ユニット型個室 | | ユニット型個室的多床室 | | | / | |
| | [] | | [] | | | | 0. なし・ 1. あり |
| | 従来型個室 | | 多床室 | | | | |
| | [] | | [] | | | | 0. なし・ 1. あり |
| 居室の状況 | | | 個室 | 2人部屋 | 3人部屋 | 4人部屋 | 5人部屋以上 |
| | 居室の数 | | | | | | |
| | 居室の床面積 | | m ² | 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) | | | % | |
| | | | (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 | |
| 短期入所生活介護事業所を併設している場合 | | | | | [] | 0. なし・ 1. あり | |
| (その利用定員) | | | | | | 人 | |

■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」 特別養護老

人ホームの設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 46 号）第 11 条第 2 項の規定に適合する場合には、「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。

●「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ユニット型準個室的多床室 ③従来型個室 ④多床室

●「居室の状況」 居室の状況について、個室、2 人部屋、3 人部屋、4 人部屋及び 5 人部屋以上の別に、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』には場所としての箇所数を、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、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。

★・『浴室の総数』には浴室の室数を記入してください。

・『個浴』『大浴槽』『特殊浴槽』『リフト浴』については設備の個数を記入してください。

・該当がない場合は、必ず「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、指定地域密着型サービス基準第 132 条第 1 項第 9 号（ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設にあっては第 160 条第 1 項第 5 号）に規定する設備の基準等との整合性を図ること。

●「短期入所生活介護事業所を併設している場合、その利用定員」

当該施設に法第 8 条第 9 項に規定する短期入所者生活介護の事業を行う事業所を併設している場合には、「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等(記入日前4年間の状況) | [] 0. なし・ 1. あり | | |
| 実施した直近の年月日 (評価結果確定日) | | | |
| 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 | | |
| (その開示内容を確認できる【ホームページアドレス】を記入) | | | |
| 当該結果の一部の公表の同意 | [] 0. なし・ 1. あり | | |
| 評価機関による総評 | | | |
| 事業所のコメント | | | |
| <p>※第三者による評価とは、提供する福祉サービスの質を事業者及び利用者以外の公正・中立な第三者機関が専門的かつ客観的な立場から行った評価をいう。(事業所内で行う内部監査や行政による指導監査は含まれない。)</p> <p>※評価機関による総評、事業所のコメントは「福祉サービス第三者評価に関する指針」(平成26年4月1日付け雇児発0401第12号、社援発0401第33号、老発0401第11号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、社会・援護局長、老健局長連名通知)別添5「福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン」で示される、「⑥総評(特に評価の高い点、改善を求められる点)」及び「⑦第三者評価結果 に対する施設・事業所のコメント」に相当するもの。</p> | | | |

■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的时间帯を、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。

- ★・苦情対応窓口の名称及び担当者名は、運営規程との整合性にご注意ください。
- ・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～24時00分」とご記入ください。留意事項に「24時間対応」と記載してください。
- ・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

入所者に対する地域密着型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、指定地域密着型サービス基準第157条（ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設にあつては第169条、一部ユニット型地域密着型介護老人福祉施設にあつては第181条）において準用する指定地域密着型サービス基準第35条に規定する虚偽又は誇大広告の禁止を踏まえること。

- ★〈記載例〉 ・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。

■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」

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年間において実施したものについて記載すること。

★ 「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 等」

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（評価結果確定日）、実施した評価機関の名称を記載すること。なお、当該取組は、記入年月日の前4年間において実施したものについて記載すること。さらに、評価結果全体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」に記すとともに、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。また、評価結果の一部として、「評価機関による総評」(※)及び「事業所のコメント」(※)を公表することに同意する場合には、「あり」に記すとともに、その内容を記載すること。ただし、既に、ホームページ上で、評価結果を開示し、その掲載アドレスを記載している場合に不要とする。

※「福祉サービス第三者評価に関する指針」（平成26年4月1日付け雇児発0401第12号、社援発0401第33号、老発0401代11号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、社会・援護局長、老健局長連名通知）別添5「福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン」で示される「⑥総評（特に評価の高い点、改善を求められる点）」及び「⑦第三者評価結果」に対する施設・事業所のコメント」に相当するもの。

★ 調査票記入年月日を含めた過去4年度に実施した直近の評価年月日を記入してください。

★【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

※ 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」、「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居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 | |
| 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の実施の有無 | [] 0. なし・ 1. あり |

■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」

指定地域密着型サービス基準第 136 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」

指定地域密着型サービス基準第 136 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居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」

指定地域密着型サービス基準第 136 条第 3 項第 3 号等に規定する入所者が選定する特別な居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」

指定地域密着型サービス基準第 136 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」

指定地域密着型サービス基準第 136 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。なお、当該費用の徴収等を行っていない場合には、その旨を記載すること。

●「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」

指定地域密着型サービス基準第 136 条第 3 項第 6 号等に規定する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護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（日常生活費）及びその算定方法を記載すること。なお、当該費用の徴収等を行っていない場合には、その旨を記載すること。

★・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、記入してください。

■社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の実施の有無

「低所得者に対する介護保険サービスに係る入所者負担額の軽減制度の実施について（平成 12 年 5 月 1 日老発第 474 号）」別添 2 に規定する社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る入所者負担額軽減制度事業を市区町村が実施している場合であって、当該軽減制度を実施している場合には「あり」に記すこと。

★・社会福祉法人等による生計困難者に対する負担軽減措置の実施の有無を選択してください。

・生活保護受給者のことではありませんので、ご注意ください。