

「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

2026 年度版

短期入所療養介護（予防を含む）  
（介護医療院）

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。

2025年1月～2025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. 事業所を運営する法人等に関する事項.....                      | 2  |
| 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事業所に関する事項 ..... | 5  |
| 3. 事業所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 .....    | 10 |
| 4. 介護サービス（予防を含む）の内容に関する事項.....                 | 19 |
| 5. 介護サービス（予防を含む）を利用するに当たっての利用料等に関する事項 .....    | 28 |

## 基本情報項目 短期入所療養介護（予防を含む）（介護医療院）

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。

|      |    |       |  |
|------|----|-------|--|
| 計画年度 | 年度 | 記入年月日 |  |
| 記入者名 |    | 所属・職名 |  |

### ■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

## 1. 事業所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)<br>03:医療法人 04:社団・財団 05:営利法人 06:NPO法人<br><input type="checkbox"/> 07:農協 08:生協 09:その他法人<br>10:地方公共団体(都道府県) 11:地方公共団体(市町村)<br>12:地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)<br>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      | <input type="checkbox"/> 0. 法人番号の指定を受けていない<br><input type="checkbox"/> 1. 法人番号の指定を受けている                                                                                                    |  |
|                                | 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       | <input type="checkbox"/> 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                      |              |                                                                                                                                                                                            |  |

### ■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。  
また、法人番号を記載した場合、当該欄は、自動入力となる。

c 「法人番号」

法人番号の指定を受けている場合には、「法人番号の指定を受けている」を選択し、法人番号を記載すること。

法人番号の指定を受けていない場合には「法人番号の指定を受けていない」を選択すること。

- ★・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。また、法人番号を記載した場合、当該欄は自動入力となるが、編集可能であるため実情に応じて適宜修正すること。

● 「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、「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「https…」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 | 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 |     |                       |                   |

## ■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。

★ <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介護医療院サービス
- ・当調査票の対象の介護医療院サービスと同所在地、同事業所名でも異なる種類のサービス（介護サービスと予防サービスもそれぞれ記載）
- ・『介護予防支援』は市町村から指定を受けた地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所

### ➡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事業所に関する事項

|                                                                           |              |                      |                      |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------|----------------------|
| 事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先                                                   |              |                      |                      |
| 事業所の名称                                                                    | (ふりがな)       |                      |                      |
|                                                                           |              |                      |                      |
| 事業所の所在地                                                                   | 〒            | 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)  |                      |                      |
| 事業所の連絡先                                                                   | 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                                                                 |              |                      |                      |
| 事業所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<br>(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                                                                    | 介護サービス       |                      |                      |
|                                                                           | 介護予防サービス     |                      |                      |
| 指定の更新年月日<br>(直近)<br>(未来の日付は入らない)                                          | 介護サービス       |                      |                      |
|                                                                           | 介護予防サービス     |                      |                      |
| ※介護予防サービスのみ実施している場合は「指定の年月日」の「介護サービス」には「-」を入力し、<br>「介護予防サービス」の欄に入力してください。 |              |                      |                      |
| 介護保険法第72条に規定する短期入所療養介護のみなし指定                                              |              |                      | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 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 |
| 事業所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施設（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施設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（又は政令市長及び中核市長）への届出事項等との整合性を図ること。

- ★・事業所の名称は、正式名称でご記入ください。略称等で記入されている調査票が見受けられますので、指定通知書をご確認の上ご記入ください。
- ・『ふりがな』は全角ひらがなで記入してください。
- ・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。市区町村名は、検索システムの「住所で検索する」際のキーワードとして使用するので、正しく選択してください。
- ・事業所の所在地は、県名から正確に記入してください。
- ・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 番号は任意記入です。
- ・事業所のホームページアドレスは半角英数字で必ず「https…」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。

## ■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。

## ■事業所の管理者の氏名及び職名

- a 「氏名」 当該事業所の指定居宅サービス基準第 147 条に規定する管理者（指定介護予防サービス基準第 197 条に規定する管理者を含む。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。

★県又は政令中核市の承認を受けている管理者の氏名及び施設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。

### ●「指定の年月日」

#### a 「介護サービス」

当該報告に係る法第 41 条第 1 項に規定する指定居宅サービス事業者の指定を受けた年月日を記載すること。

#### b 「介護予防サービス」

当該報告に係る法第 53 条第 1 項に規定する指定介護予防サービス事業者の指定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。  
介護予防サービスのみ実施している場合は「指定の年月日」の「介護サービス」には「-（ハイフン）」を入力し、「介護予防サービス」の欄に入力してください。

●「介護保険法第 72 条に規定する短期入所療養介護のみなし指定」

介護保険法第 72 条に規定する短期入所療養介護のみなし指定を受けている場合には、「あり」に記すこと。

●「指定の更新年月日（直近）」

a 「介護サービス」

当該報告に係る法第 70 条の 2 第 1 項に規定する指定居宅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。

b 「介護予防サービス」

当該報告に係る法第 115 条の 11 において準用する法第 70 条の 2 第 1 項に規定する指定介護予防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。

★ 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、以下の場合には記入不要です。

✓みなし指定の場合（更新がないため）

✓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

当該事業所が生活保護法第 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。

★＜記入例＞ JR 京浜東北 根岸線 ●●駅 徒歩 5 分

JR 京浜東北 根岸線 ●●駅下車 ▲▲行きバス ■■バス停 徒歩 1 分

病院又は診療所に関する事項 ※医療機関併設型介護医療院の場合

|        |                               |                                   |                         |  |
|--------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|--|
| 区分     |                               | [     ]    1:病院・2:診療所・3:在宅療養支援診療所 |                         |  |
| 病棟・病床数 |                               |                                   |                         |  |
| 全体     | 病床数                           | 床                                 |                         |  |
|        | 病棟数                           | 棟                                 |                         |  |
| 種別     | 病床区分                          | 病床数                               | 病棟数                     |  |
| 医療保険   | 一般                            | 床                                 | 棟                       |  |
|        | 療養                            | 床                                 | 棟                       |  |
|        | 精神                            | 床                                 | 棟                       |  |
|        | その他                           | 床                                 | 棟                       |  |
| 介護保険   | 療養                            | 床                                 | 棟                       |  |
| 標榜診療科  | 内科                            | 呼吸器科                              | 消化器科(胃腸科)               |  |
|        | [     ]    0. なし・ 1. あり       | [     ]    0. なし・ 1. あり           | [     ]    0. なし・ 1. あり |  |
|        | 循環器科                          | 小児科                               | 精神科                     |  |
|        | [     ]    0. なし・ 1. あり       | [     ]    0. なし・ 1. あり           | [     ]    0. なし・ 1. あり |  |
|        | 神経科                           | 神経内科                              | 心療内科                    |  |
|        | [     ]    0. なし・ 1. あり       | [     ]    0. なし・ 1. あり           | [     ]    0. なし・ 1. あり |  |
|        | アレルギー科                        | リウマチ科                             | 外科                      |  |
|        | [     ]    0. なし・ 1. あり       | [     ]    0. なし・ 1. あり           | [     ]    0. なし・ 1. あり |  |
|        | 整形外科                          | 形成外科                              | 美容外科                    |  |
|        | [     ]    0. なし・ 1. あり       | [     ]    0. なし・ 1. あり           | [     ]    0. なし・ 1. あり |  |
|        | 脳外科                           | 呼吸器外科                             | 心臓血管外科                  |  |
|        | [     ]    0. なし・ 1. あり       | [     ]    0. なし・ 1. あり           | [     ]    0. なし・ 1. あり |  |
|        | 小児外科                          | 産婦人科                              | 産科                      |  |
|        | [     ]    0. なし・ 1. あり       | [     ]    0. なし・ 1. あり           | [     ]    0. なし・ 1. あり |  |
|        | 婦人科                           | 眼科                                | 耳鼻いんこう科                 |  |
|        | [     ]    0. なし・ 1. あり       | [     ]    0. なし・ 1. あり           | [     ]    0. なし・ 1. あり |  |
|        | 気管食道科                         | 皮膚科                               | 泌尿器科                    |  |
|        | [     ]    0. なし・ 1. あり       | [     ]    0. なし・ 1. あり           | [     ]    0. なし・ 1. あり |  |
|        | 性病科                           | こう門科                              | リハビリテーション科              |  |
|        | [     ]    0. なし・ 1. あり       | [     ]    0. なし・ 1. あり           | [     ]    0. なし・ 1. あり |  |
|        | 放射線科                          | 麻酔科                               | 歯科                      |  |
|        | [     ]    0. なし・ 1. あり       | [     ]    0. なし・ 1. あり           | [     ]    0. なし・ 1. あり |  |
|        | 矯正歯科                          | 小児歯科                              | 歯科口腔外科                  |  |
|        | [     ]    0. なし・ 1. あり       | [     ]    0. なし・ 1. あり           | [     ]    0. なし・ 1. あり |  |
|        | ケアプランデータ連携システム(国保中央会)の利用登録の有無 |                                   | [     ]    0. なし・ 1. あり |  |

## ■病院又は診療所に関する事項

### ●「区分」

医療機関併設型介護医療院の場合は、当該事業所について、病院、診療所又は在宅療養支援診療所（以下、「病院等」という）のうち該当するものを記載すること。

★ 医療機関併設型介護医療院の場合に、併設する病院又は診療所について記載してください。

★ 区分として該当するものを一つ選択してください。

### ●「病棟・病床数」

病院等全体の病床数及び病棟数を記載すること。また、医療保険及び介護保険の保険種別及び病床区分ごとに、病床数及び病棟数を記載すること。当該病床を持たない場合には「0」を記すこと。

### ●「標榜診療科」

病院等全体の標榜診療科を記載すること。

## ■ケアプランデータ連携システム（国保中央会）の利用登録の有無

当該事業所において、国民健康保険中央会が運用する「ケアプランデータ連携システム」の利用登録をしている場合には、「あり」に記すこと。

### 3. 事業所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

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

施設全体の従業者数(病院・診療所全体の従業者数)

| 実人数                      | 常勤 |    | 非常勤 |    | 合計  | 常勤換算<br>人数 |
|--------------------------|----|----|-----|----|-----|------------|
|                          | 専従 | 兼務 | 専従  | 兼務 |     |            |
| 医師                       | 人  | 人  | 人   | 人  | 0 人 | 人          |
| 歯科医師                     | 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          |
| 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          |
| 臨床検査技師                   | 人  | 人  | 人   | 人  | 0 人 | 人          |
| 診療放射線技師<br>(診療エックス線技師含む) | 人  | 人  | 人   | 人  | 0 人 | 人          |
| 介護支援専門員                  | 人  | 人  | 人   | 人  | 0 人 | 人          |
| 医療ソーシャルワーカー              | 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          |

★ 「施設全体の従業者数」は、医療機関併設型介護医療院の場合に記入してください。

「施設全体の従業者数（病院・診療所全体の従業者数）」とありますが、病院・診療所と介護医療院を合わせた全体の従業者数を記入してください。

★ 記入年月日 前月末日の状況を報告

※新規事業所の方へ 開設月に報告をする場合は、開設月の状況をご報告ください。

★ ・該当者がいない場合は空欄にせず、必ず「0」を記入してください。

- ・従業者の実人数について複数職種を兼務している場合は、兼務している職種欄全てに人数を計上してください。
- ・管理者が医師として従事している場合、医師の常勤欄に計上してください。

## ■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」

以下の者について、常勤及び非常勤の勤務形態別に、病院等の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、「うち介護医療院の従業者数」欄には、当該病院等における以下の者のうち、介護医療院基準第4条第1項に規定する介護医療院に従事している従業者について同様に記載すること。ただし、当該従業者を記載することが困難な場合には、全て「0」を記載すること。なお、「施設全体の従業者数」については、医療機関併設型介護医療院の場合のみ記載すること。また、単独型介護医療院の場合は、「うち介護医療院の従業者数 ※全ての介護医療院において記載する」のみ記載すること。また、短期入所サービスと共ともに本体施設で施設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（介護医療院基準第4条第1項第1号に規定する「医師」をいう）
- ②歯科医師
- ③薬剤師（介護医療院基準第4条第1項第2号に規定する「薬剤師」をいう）
- ④看護職員（介護医療院基準第2条第1項第3号に規定する「看護職員」をいう。以下、同じ）
- ⑤介護職員（介護医療院基準第2条第1項第4号に規定する「介護職員」をいう。以下、同じ）
- ⑥理学療法士（介護医療院基準第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（介護医療院基準第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（介護医療院基準第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（介護医療院基準第2条第1項第6号に規定する「栄養士」をいう。以下、同じ）
- ⑪臨床検査技師
- ⑫診療放射線技師（診療エックス線技師含む）
- ⑬介護支援専門員（介護医療院基準第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）
- ⑭医療ソーシャルワーカー
- ⑮調理員
- ⑯事務員
- ⑰その他の従業者

常勤換算人数の計算式

当該事業所の従業者の勤務延時間数 ÷ 当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数

★＜常勤・非常勤について＞

- ・「常勤」とは当該施設で定める『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。
- ・当該施設に併設される事業所の職務であって、当該施設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。
- ・医師については、介護医療院で行われる（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）訪問リハビリテーションの事業所の業務であって、当該施設の職務と同時並行的に行われることで入所者の処遇に支障がない場合は、介護医療院サービスの職務時間と（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）訪問リハビリテーションの職務時間を合計して介護医療院の勤務延時間数として差し支えありません。
- ・介護支援専門員については、当該施設の他の業務に従事する場合や併設する医療機関の職務に従事する場合、当該介護支援専門員の配置により、介護支援専門員の配置基準を満たすこととなると同時に、兼務を行う他の職務に係る常勤換算上も、当該介護支援専門員の勤務時間の全体を他の職務の勤務時間として参入することができます。
- ・「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＞

- ・「施設全体の従業者（病院・診療所全体）」について記入する際の「専従」とは、医療のみ又は介護のみに従事し、かつ複数職種を兼務していない者を指します。
- ・「兼務」とは、当該サービスにおいて他の職種を兼務している者を指します。
- ・一体的に運営している介護予防サービスがある場合でも、一つの職種のみに従事している従業者は「専従」となります。

★＜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、全ての職種で勤務形態一覧表に記入し、計算してください。
- ・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。
- ・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                |  |
| 看護職員、介護職員の勤務体制(交替制)の状況       | [ ] | 1. 2交替制(変則2交替制を含む) |     |                  |  |
|                              |     | 2. 3交替制(変則3交替制を含む) |     |                  |  |
|                              |     | 3. その他             |     |                  |  |
| 夕方・早朝の対応の状況                  | 早出  | [ ] 0. なし・ 1. あり   | 遅出  | [ ] 0. なし・ 1. あり |  |
| 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                |  |

●「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。

★該当者がいない項目については「0」を記入してください。

●「看護職員、介護職員の勤務体制(交替制)の状況」

以下の事項から該当するものを選択して記載すること。なお、記載内容については、当該事業所の一般的な人員体制を踏まえること。

- ① 2交替制(変則2交替制を含む)
- ② 3交替制(変則3交替制を含む)
- ③ その他



## ●「夕方・早朝の対応の状況」

早朝の早出がある場合には「あり」に記すこと。また、夕方の遅出がある場合には「あり」に記すこと。

なお、記載内容については、当該事業所の一般的な人員体制を踏まえること。

★ 短期入所療養介護に従事する看護職員、介護職員による早出、遅出の有無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「介護サービスの利用者への提供実績」の利用者数を、「実人数」の④及び⑤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まで記載すること。

### ★計算式

《タイプ1》短期入所療養介護と介護予防短期入所療養介護のみの事業所の場合

$$\left. \begin{array}{c} \text{短期入所療養介護} \\ + \\ \text{介護予防短期入所療養介護} \end{array} \right\} \text{入所定員の合計} \div \boxed{\begin{array}{c} \text{看護職員及び介護職員の} \\ \text{常勤換算人数の合計} \end{array}}$$

《タイプ2》介護医療院に併設の短期入所療養介護と介護予防短期入所療養介護の場合

$$\left. \begin{array}{c} \text{介護医療院} \\ + \\ \text{短期入所療養介護} \\ \text{(予防も含む)} \end{array} \right\} \text{入所定員の合計} \div \boxed{\begin{array}{c} \text{看護職員及び介護職員の} \\ \text{常勤換算人数の合計} \end{array}}$$

※短期入所療養介護と入所施設の常勤換算人数を案分して計算している場合は《タイプ1》で計算すること。

## ●「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、当該事業所の夜勤を行う一般的な人員体制を踏まえること。

★・記入年月日の前月の実績で算出

- ・短期入所療養介護における夜間対応について、『最少時の人数』には看護・介護を行うために夜間配置する最少人数を記入してください。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・介護のため夜間勤務に就いた者の平均人数を算出し、計算結果は小数点第2位を切り捨て、小数点第1位迄記入してください。

| 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   |
| 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                             | 介護職員    |     | 理学療法士 |     | 作業療法士 |     |
|                                | 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   |
| 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                             | 言語聴覚士   |     | 栄養士   |     | 管理栄養士 |     |
|                                | 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                             | 介護支援専門員 |     |       |     |       |     |
|                                | 常勤      | 非常勤 |       |     |       |     |
| 前年度の採用者数                       | 人       | 人   |       |     |       |     |
| 前年度の退職者数                       | 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 |       |     |       |     |
| 1年未満の者の人数                      | 人       | 人   |       |     |       |     |
| 1年～3年未満の者の人数                   | 人       | 人   |       |     |       |     |
| 3年～5年未満の者の人数                   | 人       | 人   |       |     |       |     |
| 5年～10年未満の者の人数                  | 人       | 人   |       |     |       |     |
| 10年以上の者の人数                     | 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」

当該事業所における前年度1年間の医師、薬剤師、看護職員、介護職員、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。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」

当該事業所における前年度1年間の医師、薬剤師、看護職員、介護職員、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。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。

### ★【2025年4月1日～2026年3月31日の状況を報告】

- ・同法人内での異動は、新規採用者・退職者数に含めないでください。
- ・該当者がいない場合や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」

短期入所療養介護（介護医療院）の提供に当たる医師、薬剤師、看護職員、介護職員、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職種としての業務に従事した経験年数について、1年未満、1年～3年未満、3年～5年未満、5年～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。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

- ・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、他の短期入所療養介護サービス（介護医療院）事業所において、同職種として勤務した経験年数も含みます。
- ・「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 |
|                                             | 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年間の状況を記入してください。

## ■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、カリキュラム若しくは時間等）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、24 初任者対象「接遇研修：基礎知識編」2時間×2

・7/10 全職員対象「感染症・食中毒の予防」3時間 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（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。

★「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」とは、厚生労働省が介護職員の資質向上及びキャリアパスの確立に向けた評価の仕組みの普及促進を図るため、介護サービス分野における新しい職業能力を評価する仕組みを作り、事業所・施設ごとに行われてきた職業能力評価に共通のものさしを導入し、これに基づいて人材育成を目指す制度です。

### ●「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（予防を含む）の内容に関する事項

|                                |                      |
|--------------------------------|----------------------|
| 事業所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）     |                      |
| 療養環境減算（Ⅰ）                      | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 療養環境減算（Ⅱ）                      | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 夜勤を行う介護職員の勤務条件に関する基準の区分        |                      |
| 夜間勤務等看護加算（Ⅰ）（看護職員が15:1以上）      | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 夜間勤務等看護加算（Ⅱ）（看護職員が20:1以上）      | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 夜間勤務等看護加算（Ⅲ）（看護職員＋介護職員が15:1以上） | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 夜間勤務等看護加算（Ⅳ）（看護職員＋介護職員が20:1以上） | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 認知症行動・心理症状緊急対策加算（注）            | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 緊急短期入所受入加算（予防を除く）              | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 若年性認知症利用者受入加算（注）               | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 送迎実施                           | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 口腔連携強化加算                       | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 療養食加算                          | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 緊急時施設診療費                       | [     ] 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 |
| 重度認知症疾患療養体制加算（Ⅰ）               | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 重度認知症疾患療養体制加算（Ⅱ）               | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 特別診療費                          | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）                 | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）                 | [     ] 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 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ                | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ                | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ                | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ                | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）                 | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）                 | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 個別リハビリテーションの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                    |
| 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                    |

## ■事業所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、介護医療院基準第 29 条（ユニット型介護医療院にあつては第 51 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

### ●「夜勤を行う介護職員の勤務条件に関する基準の区分」

「厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（平成 12 年 2 月 10 日厚生省告示第 29 号）」第 7 号の 2 の各区分による加算について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 夜間勤務等看護加算（Ⅰ）（看護職員が 15：1 以上）
- ② 夜間勤務等看護加算（Ⅱ）（看護職員が 20：1 以上）
- ③ 夜間勤務等看護加算（Ⅲ）（看護職員＋介護職員が 15：1 以上）
- ④ 夜間勤務等看護加算（Ⅳ）（看護職員＋介護職員が 20：1 以上）
- ⑤ 加算なし（看護職員＋介護職員が 30：1 以上）

### ★【記入年月日の状況を報告】

- ・『夜勤を行う介護職員の勤務条件に関する基準の区分による加算』の『届出』で該当するものを一つ選択してください。

### ●「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、指定居宅サービス報酬基準（指定介護予防サービス報酬基準を含む）に規定する加算を受けた場合には「あり」に記すこと。

### ★【記入年月日の前月時点での加算算定状況を報告】

- ・介護サービスの内容（加算）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。
- ・加算の詳細は「運営の手引き」をご覧ください。
- ・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅴ）の届出は 1 つのみとなります。重複しての届け出は出来ませんのでご注意ください。

### ●「個別リハビリテーションの 1 週間当たりの実施状況」

個別リハビリテーションを行っている場合には、「あり」に記すこと。

なお、平均 の算出にあたっては、記入日月日の前月から前 3 か月の平均とすること。

- ★短期入所療養介護において個別リハビリテーションを実施しているか否かを選択し、「あり」を選択した場合は、1 週間あたり何回実施しているか、おおよその実施回数を記入してください。

### ●「レクリエーションの 1 週間当たりの実施状況」

指定居宅サービス基準第 152 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、その実施回数を記載すること。なお、平均 の算出にあたっては、記入日月日の前月から前 3 か月の平均とすること。

- ★短期入所療養介護においてレクリエーション行事を実施しているか否かを選択し、「あり」を選択した場合は、1 週間あたり何回実施しているか、おおよその実施回数を記入してください。

|                                          |  |                     |  |
|------------------------------------------|--|---------------------|--|
| 協力医療機関(入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保)    |  | [    ] 0. なし・ 1. あり |  |
| (その名称)                                   |  |                     |  |
| 協力医療機関(診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保)      |  | [    ] 0. なし・ 1. あり |  |
| (その名称)                                   |  |                     |  |
| 協力病院(入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保) |  | [    ] 0. なし・ 1. あり |  |
| (その名称)                                   |  |                     |  |
| 上記以外の協力医療機関                              |  | [    ] 0. なし・ 1. あり |  |
| (その名称)                                   |  |                     |  |
| 新興感染症発生時に対応を行う医療機関との連携                   |  | [    ] 0. なし・ 1. あり |  |
| (医療機関の名称)                                |  |                     |  |
| 協力歯科医療機関                                 |  | [    ] 0. なし・ 1. あり |  |
| (その名称)                                   |  |                     |  |
| 利用を制限する場合がある者の状況                         |  | [    ] 0. なし・ 1. あり |  |
| (その内容)                                   |  |                     |  |

|                            |             |      |      |      |      |      |      |     |
|----------------------------|-------------|------|------|------|------|------|------|-----|
| 介護サービスの利用者への提供実績(記入日前月の状況) |             |      |      |      |      |      |      |     |
| 利用者の人数                     | 要支援1        | 要支援2 | 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    | 人    | 人    | 0 人 |
|                            | (前年同月の提供実績) | 人    | 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。 |             |      |      |      |      |      |      |     |
| 利用者の平均的な利用日数(前年度末の状況)      |             |      |      |      | 日    |      |      |     |

●「協力医療機関」

介護医療院において、介護医療院基準第 34 条第 1 項第 1 号、第 2 号並びに第 3 号に規定する協力医療機関及びそれ以外の協力医療機関を定めている場合には、「あり」に記すとともに、その名称を記載すること。

●「新興感染症発生時に対応を行う医療機関との連携」

介護医療院において、介護医療院基準第 34 条第 3 項に規定する新興感染症発生時に対応を行う医療機関と新興感染症発生時における対応を取り決めている場合には、「あり」に記すとともに、その名称を記載すること。

●「協力歯科医療機関」

介護医療院において、介護医療院基準第 34 条第 6 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。

●「利用を制限する場合がある者の状況」

記入年月日において、指定居宅サービス基準第 155 条において準用する指定居宅サービス基準第 9 条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（特に利用者に対し自ら適切な短期入所療養介護（介護医療院）サービスを提供することが困難な場合）を記載すること。



## ■介護サービスの利用者への提供実績

### ●「利用者の人数」

記入年月日の前月において、指定居宅サービス報酬基準別表「指定居宅サービス介護給付費単位数表」9に規定する「短期入所療養介護（介護医療院）サービス」の介護報酬（予防を含む）を請求した利用者について、要支援（1、2）、要介護（1、2、3、4及び5）ごとに記載すること。

※合計の人数は調査票の入力内容を基に自動計算される。

★ 該当者がいない場合は、必ず「0」を記入してください。

### ●「利用者の平均的な利用日数」

記入年月日を含む年度の前年度末月における当該事業所の利用者（予防を含む）の延べ利用期間を、記入年月日を含む年度の前年度末月における利用者数で除した数を記載すること。

★ 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。

### ★《利用者の平均的な利用日数の算出方法》

記入年月日を含む年度の前年度末月（2026年3月31日）に、利用実績のあった利用者について、その利用総日数を基に算出してください。

| 対象者 | 利用期間                  | 利用日数 |
|-----|-----------------------|------|
| Aさん | 2026/3/1 ～ 2026/3/4   | 4日   |
| Aさん | 2026/3/20 ～ 2026/3/25 | 6日   |
| Bさん | 2026/3/10 ～ 2026/3/20 | 11日  |
| Cさん | 2026/3/25 ～ 2026/3/31 | 7日   |

＜記載例＞  $(4+6+11+7) \div 3人 = 9.33333\cdots$

⇒ 平均利用日数は9.33日

| 介護サービスを提供する事業所、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    |  |      |  |
| 事業所の形態                | 医療機関併設型介護医療院                              |     |                     |                     | [    ] 0. なし・ 1. あり |      |      |  |      |  |
|                       | 併設型小規模介護医療院(利用定員19人以下)                    |     |                     |                     | [    ] 0. なし・ 1. あり |      |      |  |      |  |
|                       | 単独型介護医療院                                  |     |                     |                     | [    ] 0. なし・ 1. あり |      |      |  |      |  |
| 居室類型                  | ユニット型個室                                   |     |                     |                     | ユニット型個室的多床室         |      |      |  |      |  |
|                       | [    ] 0. なし・ 1. あり                       |     |                     |                     | [    ] 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 |      |      |  |      |  |
| 報酬類型                  | Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅰ)                       |     | Ⅱ型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅰ) |                     | Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅱ) |      |      |  |      |  |
|                       | [    ] 0. なし・ 1. あり                       |     | [    ] 0. なし・ 1. あり |                     | [    ] 0. なし・ 1. あり |      |      |  |      |  |
|                       | Ⅱ型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅱ)                       |     | Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅲ) |                     | Ⅱ型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅲ) |      |      |  |      |  |
|                       | [    ] 0. なし・ 1. あり                       |     | [    ] 0. なし・ 1. あり |                     | [    ] 0. なし・ 1. あり |      |      |  |      |  |
|                       | Ⅰ型特別介護医療院短期入所療養介護費                        |     | Ⅱ型特別介護医療院短期入所療養介護費  |                     |                     |      |      |  |      |  |
|                       | [    ] 0. なし・ 1. あり                       |     | [    ] 0. なし・ 1. あり |                     |                     |      |      |  |      |  |
| 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                                   |     | ㎡                   |                     | ㎡                   |      | ㎡    |  | ㎡    |  |
| 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          |                                           |     |                     |                     |                     |      |      |  |      |  |
| 食堂の設備の状況              |                                           |     |                     |                     |                     |      |      |  |      |  |
| 利用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              |                                           |     |                     | [    ] 0. なし・ 1. あり |                     |      |      |  |      |  |
| (その内容)                |                                           |     |                     |                     |                     |      |      |  |      |  |
| 訪問リハビリテーションの実施状況      |                                           |     |                     | [    ] 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事業所、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. 「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」

当該施設が介護医療院基準第6条第2項（ユニット型介護医療院にあつては第45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。

### ●「事業所の形態」

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 医療機関併設型介護医療院

#### ② 併設型小規模介護医療院

#### ③ 単独型介護医療院

### ●「居室類型」

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

### ●「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 I型介護医療院短期入所療養介護費（I）

#### ② II型介護医療院短期入所療養介護費（I）

#### ③ I型介護医療院短期入所療養介護費（II）

#### ④ II型介護医療院短期入所療養介護費（II）

#### ⑤ I型介護医療院短期入所療養介護費（III）

#### ⑥ II型介護医療院短期入所療養介護費（III）

#### ⑦ I型特別介護医療院短期入所療養介護費

#### ⑧ II型特別介護医療院短期入所療養介護費

★①～⑧から該当するものを選択（I型とII型両方ある場合は2つ選択可）してください。

★ユニット型介護医療院の場合も①～⑧から選択してください。

## ●「病室の状況」

病室の状況について、個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋及び5人以上の多床室の別に、その数及びその床面積を記載すること。個室の数及び面積は、ユニット型個室、ユニット型準個室、従来型個室の全てを含めた数と1室当たりの床面積を平方メートル単位で記入してください。

★・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」

利用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』とは、便器の数ではなく、場所としての箇所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。

## ●「個室の便所の設置数」

利用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。

★『個室の便所の設置数』には、前項目『病室の状況』で報告した「個室」のうち、便所を設置している居室数を記入し、その『設置割合（個室の便所の設置数 ÷ 「個室の居室総数」 × 100）』『うち車いす等の対応が可能な数』についても記入してください。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。

★・『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。

・『その他の浴室の設備の状況』には浴室、入浴に関する特記事項等があれば記入してください。

## ●「食堂の設備の状況」

食堂の設備の状況について記載すること。さらに、「利用者等が調理を行う設備状況」欄には、利用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。

## ●「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。また、記載内容については、介護医療院基準第6条第1号等に規定する構造設備の基準との整合性を図ること。

★『消火設備等の状況』では、消火設備、消火器具等の有無を選択し、「あり」を選択した場合は、その具体的な内容を記入してください。

## ●「訪問リハビリテーションの実施状況」

法第8条第5項に規定する訪問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。

## ●「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実施している場合には、「あり」に記すこと。

★ 事業所が通所リハビリテーション事業所を併設しているか否かを選択してください。

|                                                                                                      |    |   |                     |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|---------------------|-------|
| 利用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 |       |
| 利用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                                                                        |    |   |                     |       |
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況<br>(記入前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<br>(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)                                                                        |    |   |                     |       |
| ※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。) |    |   |                     |       |

## ■利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況

当該事業所又は当該事業所を運営する法人に設置している利用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、当該事業所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。

### ★【記入年月日の状況を報告】

- ・電話番号は、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』で、24 時間対応の場合は「0 時 00 分～24 時 00 分」とし、『留意事項』に「24 時間対応」と記入してください。
- ・『留意事項』には、通常の対応時間以外の対応や特別休業等、また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があれば記入してください。

## ■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

利用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、当該事業所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

当該事業所の特色等について、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、医療法第 6 条の 5 に規定する広告制限を踏まえること。

- ★ 短期入所療養介護としての特色、アピールしたい事項等について、虚偽又は誇大広告の禁止を踏まえたうえで、記入してください。

<記載例>聴覚障がい者に対応したサービス提供 → 手話によるコミュニケーションが可能  
聴覚障がい者に対応

## ■介護相談員の受け入れ状況の有無

当該事業所において、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。

- ★ 介護相談員とは、市区町村が派遣する専門の研修を受講し、第三者的立場から入所者の相談等を受ける者の事です。

## ■利用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

### ●「利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況」

利用者アンケート調査、意見箱の設置等により利用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。

### ●「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（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 年間に於いて実施したものについて記載すること。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])』欄の記載には、評価結果に直接リンクできるホームページアドレス（「https…」から）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（予防を含む）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                                           |  |
|                                                                 |  |
| 滞在に要する費用の額及びその算定方法                                              |  |
|                                                                 |  |
| 利用者が選定する特別な療養室等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                    |  |
|                                                                 |  |
| 利用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」

指定居宅サービス基準第 145 条第 3 項第 1 号に規定する食事の提供に要する費用（指定介護予防サービス基準第 190 条第 3 項第 1 号を含む）の額及びその算定方法を記載すること。

### ●「滞在に要する費用の額及びその算定方法」

指定居宅サービス基準第 145 条第 3 項第 2 号等に規定する滞中に要する費用（指定介護予防サービス基準第 190 条第 3 項第 2 号を含む）の額及びその算定方法を記載すること。

### ●「利用者が選定する特別な療養室等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」

指定居宅サービス基準第 145 条第 3 項第 3 号等に規定する利用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（指定介護予防サービス基準第 190 条第 3 項第 3 号を含む）の額及びその算定方法を記載すること。

### ●「利用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」

指定居宅サービス基準第 145 条第 3 項第 4 号等に規定する利用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（指定介護予防サービス基準第 190 条第 3 項第 4 号を含む）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」

指定居宅サービス基準第 145 条第 3 項第 6 号等に規定する理美容代の額（指定介護予防サービス基準第 190 条第 3 項第 6 号を含む）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」

指定居宅サービス基準第 145 条第 3 項第 7 号等に規定する短期入所療養介護（介護医療院）において提供される便宜（指定介護予防サービス基準第 190 条第 3 項第 7 号を含む）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。

★各項目にある介護給付外で必要となる費用について、その額と算定方法を記入してください。

算定方法については簡潔に記入してください。

実施していない、又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。