

6. 介護療養型医療施設

基本情報項目(案)

| | | | |
|-----------|------------|--------|--|
| 記入者名 | | 所属先・職名 | |
| 記入年月日(西暦) | (西暦) 年 月 日 | | |

1. 事業所を運営する法人等に関する事項

| | | | |
|--|----------------------|-------|---|
| 法人の名称 | (ふりがな) | | |
| 法人格 | | | |
| 法人の主たる事務所の所在地 | | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |
| ホームページアドレス | ・なし ・あり ⇒ http:// | | |
| 法人の代表者の氏名 | | 職名 | |
| 法人の設立年(西暦) 月日 | 年 | 月 | 日 |
| 法人が実施する他の介護サービス事業 (※下記の介護サービス一覧から選択して記入してください) | | | |
| サービスの種類 | 事業所・施設の名称 | 所在地 | |
| | | | |

| 法人等が当該都道府県内で実施する他の介護サービス | | | | |
|------------------------------|----|----|--------|-----|
| 介護サービスの種類 | | | 事業所の名称 | 所在地 |
| <居宅サービス> | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | | |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 通所介護 | あり | なし | | |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 介護予防特定福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <地域密着型介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | | |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |

2. 報告に係る介護サービスを提供しようとする事業所又は提供する事業所に関する事項

| | | | |
|-------------------------|-------------------|-------|-----|
| 事業所の名称 | (ふりがな) | | |
| 事業所の所在地 | 〒 | | |
| 事業所までの主な利用交通手段 | | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |
| ホームページアドレス | ・なし ・あり ⇒ http:// | | |
| 介護保険事業者番号 | | | |
| 管理者の氏名 | | 職名 | |
| 事業の開始年(西暦) 月 日 | (西暦) | 年 | 月 日 |
| 指定を受けた年(西暦) 月 日 | (西暦) | 年 | 月 日 |
| 指定の更新を受けた年(西暦) 月 日 | (西暦) | 年 | 月 日 |
| 生活保護法第54条の2に規定する介護機関の指定 | ・なし ・あり | | |

| 病診区分 | ・病院 | | | | ・診療所 | | | | ・在宅療養支援診療所 | | | | | | | |
|--------------|---|----------|--|--|--|----------|---|-----|---|--|--|--|---|--|--|--|
| 病棟・病床数 | 全体 | 病床 () 床 | | | | 病棟 () 棟 | | | | | | | | | | |
| | 種別 | 病床区分 | | | | 病床数 | | 病棟数 | | | | | | | | |
| | 医療保険 | 一般病床 | | | | 床 | | 棟 | | | | | | | | |
| | | 療養病床 | | | | 床 | | 棟 | | | | | | | | |
| | | 精神病床 | | | | 床 | | 棟 | | | | | | | | |
| | | その他病床 | | | | 床 | | 棟 | | | | | | | | |
| 介護保険 | 療養病床 | | | | 床 | | 棟 | | | | | | | | | |
| | 老人性認知症疾患療養病床 | | | | 床 | | 棟 | | | | | | | | | |
| 標榜診療科 | <ul style="list-style-type: none"> ・内科 ・循環器科 ・神経内科 ・外科 ・脳外科 ・産婦人科 ・耳鼻いんこう科 ・性病科 ・放射線科 ・小児歯科 | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・呼吸器科 ・小児科 ・心療内科 ・整形外科 ・呼吸器外科 ・産科 ・気管食道科 ・こう門科 ・麻酔科 ・歯科口腔外科 | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・消化器科(胃腸科) ・精神科 ・アレルギー科 ・形成外科 ・心臓血管外科 ・婦人科 ・皮膚科 ・歯科 ・神経科 ・リウマチ科 ・美容外科 ・小児外科 ・眼科 ・泌尿器科 ・矯正歯科 | | | | | | | |
| 訪問診療実施状況 | ・なし ・あり ⇒ 月 () 件 (過去3ヶ月の平均) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者数・面会者数 | 1日平均外来患者数 | | | | 人 | | | | 1日平均面会者数 | | | | 人 | | | |
| 対応不可能な患者の状態像 | (例：人工呼吸器装着、特殊な感染症(HIV、MRSA等)) 具体的に： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事の開始時間 | 朝食 | | | | 昼食 | | | | 夕食 | | | | | | | |
| | (:) | | | | (:) | | | | (:) | | | | | | | |
| 面会時間の制限 | ・なし ・あり ⇒ (: ~ :) | | | | | | | | | | | | | | | |

3. 事業所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 従業者の数及び その勤務形態 | 事業所全体の職員数 (病院・診療所全体の職員数) | | | うち介護療養型医療施設 に従事する職員数 | | | 必要な員 数 |
|--|--|--|--------------|-------------------------|-------------|--------------|-----------|
| | 職員実人数 | うち常勤 の人数 | 常勤換算 後の人数 | 職員実人数 | うち常勤 の人数 | 常勤換算 後の人数 | |
| | | | | | | | |
| 医師 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 歯科医師 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 薬剤師 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 看護師及び准看護師 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 社会福祉士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 介護福祉士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 訪問介護員1級 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 訪問介護員2級 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 訪問介護員3級 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| その他 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 理学療法士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 作業療法士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 言語聴覚士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 管理栄養士・栄養士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 介護支援専門員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 医療ソーシャルワーカー | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 調理員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 事務員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| その他従業者 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ※必要な員数とは、「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第41号）」及び「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準について（平成12年3月17日老企第45号）」に示された基準又は標準とされた従業者の員数である。 | | | | | | | |
| ※常勤換算方法について：当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所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、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいう。 | | | | | | | |
| 看護職員、介護職員の勤務体制（交替制） | <ul style="list-style-type: none"> ・2 交替制（変則2 交替制を含む） ・3 交替制（変則3 交替制を含む） ・その他 | | | | | | |
| 夕方・早朝の対応 | 早出 | <ul style="list-style-type: none"> ・なし ・あり | | | | | |
| | 遅出 | <ul style="list-style-type: none"> ・なし ・あり | | | | | |
| 夜勤を行う平均的な看護師、准看護師及び介護職員の員数 | 看護職員 | 人 | 介護職員 | 人 | | | |
| 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | | |

| 従業者の当該介護サービスに係る 業務に従事した経験年数等 (介護療養型医療施設担当職員のみ) | 看護師及び准看護師 | | 介護職員 | | 医療ソーシャルワーカー | |
|--|-----------|-----|------------|-----|-------------|-----|
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 前年度1年間の退職者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の員数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 1年～3年未満の者の員数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 3年～5年未満の者の員数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 5年～10年未満の者の員数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 10年以上の者の員数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | ・なし ・あり | | | |
| 看護師・准看護師及び介護職員1人当たりの患者数 | | | | | | |

4. 介護サービス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 | | | |
| 介護保険施設サービス費のうち、介護報酬の加算を届け出た事項 | | | |
| 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準の区分による加算 | <ul style="list-style-type: none"> ・夜間勤務等看護加算（Ⅰ）（看護職員が15：1以上） ・夜間勤務等看護加算（Ⅱ）（看護職員が20：1以上） ・夜間勤務等看護加算（Ⅲ）（看護職員＋介護職員が20：1以上） ・加算なし（看護職員＋介護職員が30：1以上） | | |
| 上記以外の介護報酬の加算の実施状況 | | | |
| 外泊時費用 | なし | あり | |
| 他科受診時費用 | なし | あり | |
| 管理栄養士配置加算 | なし | あり | |
| 栄養士配置加算 | なし | あり | |
| 栄養マネジメント加算 | なし | あり | |
| 経口移行加算 | なし | あり | |
| 経口維持加算 | なし | あり | |
| 療養食加算 | なし | あり | |
| 在宅復帰支援機能加算 | なし | あり | |
| リハビリテーションマネジメント加算 | なし | あり | |
| 短期集中リハビリテーション実施加算 | なし | あり | |
| リハビリテーション体制強化加算 | なし | 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 | ・なし ・あり ⇒ 患者1人1週間あたり平均（ ）回 | | |
| レクリエーションの1週間当たりの実施状況 | ・なし ・あり ⇒ 患者1人1週間あたり平均（ ）回 | | |

| | | | |
|------------------|-------------------|--|--|
| 協力医療機関の名称 | | | |
| 協力に関する内容 | | | |
| 協力歯科医療機関 | ・なし ・あり ⇒ その名称（ ） | | |
| ※「あり」の場合協力に関する内容 | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------|------|------|------|------|------|----|
| 介護サービスの提供を拒むことのできる正当な理由がある場合 | | | | | | | |
| 介護サービスの利用者（患者）等の提供実績 | | | | | | | |
| 患者の人数 | | | | | | | |
| | | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
| (西暦) 年 月 | (基準日の月) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (西暦) 年 月 | (基準日の前年の月) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 3ヶ月間の退院患者の人数（基準日前3カ月） | | | | | | | |
| 退院先 | | 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 | 人 |
| 他の介護療養型医療施設 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 介護老人保健施設 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 介護老人福祉施設 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 認知症対応型共同介護 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| その他の社会福祉施設 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 他の医療機関（医療保険） | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| その他 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| うち死亡者 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 昨年度の入院患者の平均的な在院期間 | | | | | | | |
| 入院申込者の数が定員から入院患者の数を差し引いた数を超える場合、その人数 | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----------------------|----------|----|-----------|------|--------|----------|------|--|
| 介護サービスを提供する施設、設備等の状況 | | | | | | | | |
| 報酬類型 | ・ユニット型個室 | | ・ユニット型準個室 | | ・従来型個室 | | ・多床室 | |
| 病室の状況 | | 個室 | 2人部屋 | 3人部屋 | 4人部屋 | 5人以上の多床室 | | |
| | 病室数 | | | | | | | |
| | 床面積 | | | | | | | |
| 便所の設備状況 | | | | | | | | |
| 浴室の設備状況 | | 個浴 | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 | | | |
| | 浴室数 | | | | | | | |
| その他、設備に関する事項 | | | | | | | | |
| 食堂の設備状況 | | | | | | | | |
| 患者等が調理を行う設備状況 | | | ・なし ・あり | | | | | |

| 患者からの苦情に対応する窓口等の状況 | | | |
|--|------------------|--------------|------------------------------------|
| 事業所又は事業所を運営する法人に設置している患者からの苦情に対応する窓口 | | | |
| 窓口の名称 | | | |
| 電話番号 | | | |
| 対応している時間 | 平日 | : | ~ : |
| | 土曜 | : | ~ : |
| | 日曜・祝日 | : | ~ : |
| 定休日等 | | | |
| 上記以外の患者からの苦情に対応する窓口 | | | |
| 窓口の名称 | | | |
| 電話番号 | | | |
| 対応している時間 | 平日 | : | ~ : |
| | 土曜 | : | ~ : |
| | 日曜・祝日 | : | ~ : |
| 定休日等 | | | |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事項が発生したときの対応 | | | |
| 損害賠償保険の加入状況 | ・なし ・あり | | |
| | ※「あり」の場合、その内容を記入 | | |
| その他、介護サービスの提供により賠償すべき事項が発生したときの対応に関する こと | ・なし ・あり | | |
| | ※「あり」の場合、その内容を記入 | | |
| 介護サービスの提供内容に関する特色等 | | | |
| 患者アンケート調査、意見箱等 患者の意見を把握する仕組み の実施状況 | ・なし ・あり | | |
| | 「あり」 の場合 | 実施した年月日 (西暦) | (西暦) 年 月 日 当該結果の開示状況 ・なし ・あり |
| 第三者による評価の実施状況 等 | ・なし ・あり | | |
| | 「あり」 の場合 | 実施した年月日 (西暦) | (西暦) 年 月 日 |
| | | 実施した評価機関の名称 | |
| | | 当該結果の開示状況 | ・なし ・あり |
| | | 実施した年月日 (西暦) | (西暦) 年 月 日 |
| 実施した評価機関の名称 | | | |
| 当該結果の開示状況 | ・なし ・あり | | |
| 老人の専門医療を考える会作 成の「老人病院機能評価マニ ュアル」などを用いた自己評価の 実施状況等 | ・なし ・あり | | |
| | 「あり」 の場合 | 実施した年月日 (西暦) | (西暦) 年 月 日 |
| | | 実施した評価手法の名称 | |
| 当該結果の開示状況 | | ・なし ・あり | |
| 患者の私物の持ち込みを制限 する場合、その内容 | ・なし ・あり | | |
| | ※「あり」の場合、その内容を記入 | | |

4. 介護サービスを利用するに当たっての料金に関する事項

| | |
|--|----------------------------------|
| 介護給付以外のサービスに要する費用 | |
| 法定代理受領サービスに該当しない当該介護サービスを提供した際、患者から支払を受ける利用料の額及びその算定方法 | |
| | |
| 食事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 | |
| | |
| 患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 | |
| | |
| 患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の額及びその算定方法 | |
| | |
| 患者の都合により介護サービスを提供できなかった場合に係る費用の徴収状況 | ・なし ・あり ※「あり」の場合、その算定方法を記入 |
| 社会福祉法人等による患者負担軽減制度の実施状況 | ・なし ・あり |