

5. 通所介護

基本情報項目(案)

※1 この基本情報項目は、単位ごとに作成してください

平成 年 月 日 作成

事業所	名称						指定番号 (指定年月日)	平成 年 月 日		
	管理者名						(平成 年 月 日)			
	所在地	〒					所在地図			
	連絡先	電話番号								
		FAX番号								
HPアドレス										
開設年次										
母体法人名						代表者名				
事業目的・運営方針										
事業所の特徴・アピール等 自由記入 (400字以内) ※2										
サービスの種類	指定サービス ・ 基準該当サービス			通所介護の種別		一般型 ・ 痴呆専用型				
併設・単独の別	併設型 ・ 単独型			定員		人				
要介護ごとの 利用登録者人数	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	年 月 現在		
常勤換算後の 専門職員数	管理者		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員	その他の職種	年 月 現在		
	専任・兼務									
	基準との適合状況		適 ・ 否 (特記事項等)							
サービス提供日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・ 祝日 (休業日)									
開所時間	～ (時間延長の有無 有 ・ 無)									
サービス利用時間 (利用パターン別)	利用パターンの名称等		利用時間帯							
			～							
			～							
送迎の状況	送迎車両の運行地域									
	送迎車両の形態等									

併設サービス ※3	サービス種別						(事業数)	
提携・委託 ※4	種別		事業所名			電話番号		
建物設備の状況	建物の構造			配置階			延床面積	m ²
	食堂および機能訓練室の面積	食堂 (m ²)	機能訓練室 (m ²) (または機能訓練コーナー)	合計 (m ²)…(a)		利用定員当たりの面積 (a)÷定員	m ²	
	静養室	m ²	相談室	m ²	浴室	一般浴・特浴対応		
	便所	設置数	ヶ所			個浴 (槽)		
		男女別対応	有・無			大浴槽 (人用 槽)		
		車椅子対応	有・無			機械浴 (槽)		
個人負担の 利用料 (1回当たりの本人負担額)	基本サービス (利用パターン別)	～				円		
		～				円		
		～				円		
	時間延長サービス			円	特別入浴サービス	円		
	食事サービス			円	送迎サービス	円		
	一般入浴サービス			円	機能訓練サービス	円		
	その他の利用料 ※5	種別			料金	種別	料金	
				円		円		
				円		円		
				円		円		
キャンセル料の有無 及び計算方法								
利用を制限すると予想される状況								
苦情処理体制	内部担当者	(tel:)			外部連絡先	(tel:)		

※1 この基本情報項目は、単位ごとに作成してください

※2 サテライトデイ等を行う場合には、その概要も記入

※3 同じ施設で提供される特別養護老人ホーム、短期入所生活介護等の通所介護以外のサービス(在宅系サービスを含む)を記入

※4 協力医療機関がある場合や、食事等で外注サービスがある場合に記入

※5 食料費、レクリエーション材料費、おむつ代、タオル使用料等があれば記載

6. 特定施設入所者生活介護

基本情報項目(案)

基本情報項目①

(注) 今年度事業としては有料老人ホーム型の特定施設を対象に実施し、その後、
軽費老人ホーム(ケアハウス)型へ拡張するため軽費対象部分は盛り込んでいない

記入者情報

記入者名		部署・役職	
記入日時	年 月 日	回答時点	年 月 日 現在

1. 事業主体概要

事業主体名		法人種類	
代表者名			
主な出損者・出資者・株主構成			
主な出損者・出資者の事業内容			
関連法人 ^{※1} も含め、他に手がけている介護サービス			
サービス種類	介護保険事業者番号	事業所所在地	

※1 開設者、代表者が同一または親族等である、役員が3割以上が共通である、人事・資金等の関係が強いなど、特別な関係にある法人(関連法人・系列法人)

2. 施設属性

施設名		施設長名		
開設年月日	年 月 日			
特定施設入所者生活介護事業所の指定年月日	年 月 日			
特定施設入所者生活介護事業所の介護保険事業所番号				
入居要件	(例) 60歳以上で入居時に身の回りのことができる方、自立の方から要介護の方まで			
所在地	〒			
交通	(例) ○○線 ○○駅より徒歩○分、○○駅より送迎バスで○分			
連絡先	電話番号	FAX番号		
	ホームページアドレス	http://www. . jp		
敷地概要 (権利関係)	<ul style="list-style-type: none"> 事業主体保有(抵当権なし) 事業主体保有(抵当権あり) 貸借(借地) ⇒契約期間 年 月まで	建物概要 (権利関係)	<ul style="list-style-type: none"> 事業主体保有(抵当権なし) 事業主体保有(抵当権あり) 貸借(借家) ⇒契約期間 年 月まで	
	敷地面積	m ²	延床面積	m ²
居室の概要	種類	室数	定員	広さ
	一般居室個室 *夫婦で入居する居室を含む	室	名	最多 m ² (m ² ~ m ²)
	一般居室相部屋	室 (人部屋 室)	名	人部屋 m ² ~ m ² 人部屋 m ² ~ m ²
	介護居室個室	室	名	最多 m ² (m ² ~ m ²)
	介護居室相部屋	室 (人部屋 室)	名	人部屋 m ² ~ m ² 人部屋 m ² ~ m ²
	一時介護室	室 (人部屋 室)	名	人部屋 m ² ~ m ² 人部屋 m ² ~ m ²

介護専用棟の有無	・ あり ・ なし		
トイレの設備	(例) 居室内、居室外、入所者〇人当り一つ		
浴室・シャワーの設備	(例) 居室内、居室外、入所者〇人当り一つ		
緊急通報装置の設置	・ 各居室内にあり		・ なし
外線電話回線の有無	・ 各居室内にあり ・ 居室外のみ	テレビ回線の有無	・ 各居室内にあり ・ 居室外のみ
業界団体への加盟状況	全国団体		
	地域的組織		
第三者評価の審査状況			
施設の特徴・アピール等 (自由記入；400字以内)			

3. 利用料

年齢通減法の有無	・ あり ・ なし
----------	----------------

(1) 75歳、要介護2の1人入居の新規入所者の場合を想定してご記入ください。

※ 前ページでお答えいただいた居室タイプのうち最多のものを想定してお答えください。

※ 入居要件が自立者(要支援・要介護認定を受けていないもの)のみの場合は記入の必要はありません。その場合は下の欄にチェックをして下さい。

※ 税込表示のこと。

□入居要件が自立者のため該当なし	
居室の条件	(例) 35㎡のシングルタイプの居室について、支払いプランAの場合
費用の納入方式	(例)入居一時金+月額利用料
一時金* (介護等費用の一時金を除く)	円 □一時金がない場合はここに印
*一般居室や介護居室、共用部分の利用権のための家賃相当額に充当されるもの	
名称	
用途	
償却	償却開始 ・入居月 ・入居月以外：(説明)
	初年度償却 (入居期間にかかわらず返還されない一時金の割合) % 償却年数 年 (カ月) ※理由のいかんに関わらず返却されない場合は100%
解約時返還金の計算式	
返還金の支払を担保するための措置の有無及び当該措置の内容	・あり ・なし ⇒ ありの場合の内容 ()
介護費用等の一時金* (介護保険の対象外の費用)	円 □一時金がない場合はここに印
*介護保険外の介護サービスを提供したり、手厚い介護サービスを提供するために介護保険の人員基準を超える職員を配置するために使われるもの、生活支援サービス等に充てられるもの	
名称	
用途	
償却	償却開始 ・入居月 ・サービス開始月 ・左記以外：(説明)
	初年度償却 % 償却年数 年 (カ月)
解約時返還金の計算式	
返還金の支払を担保するための措置の有無及び当該措置の内容	・あり ・なし ⇒ ありの場合の内容 ()
その他入居時に必要な一時金 ※上記二つ以外のもの	円
①	
名称	
用途	
解約時返還金の計算式	
返還金の支払を担保するための措置の有無及び当該措置の内容	・あり ・なし ⇒ ありの場合の内容 ()
その他入居時に必要な一時金 ※上記以外のもの	円
②	
名称	
用途	
解約時返還金の計算式	
返還金の支払を担保するための措置の有無及び当該措置の内容	・あり ・なし ⇒ ありの場合の内容 ()
その他入居時に必要な一時金 ※上記以外のもの	円
③	
名称	
用途	
解約時返還金の計算式	
返還金の支払を担保するための措置の有無及び当該措置の内容	・あり ・なし ⇒ あの場合の内容 ()
その他一時金に関する説明	

その他入居時に必要な一時金 ※上記以外のもの		円
②	名称	
	用途	
	解約時返還金の計算式	
	返還金の支払を担保するための措置の有無及び当該措置の内容	・あり ・なし ⇒ ありの場合の内容 ()
その他入居時に必要な一時金 ※上記以外のもの		円
③	名称	
	用途	
	解約時返還金の計算式	
	返還金の支払を担保するための措置の有無及び当該措置の内容	・あり ・なし ⇒ あの場合の内容 ()
その他一時金に関する説明		
月額利用料		円/月
管理費		円/月
用途		
食費 (1日3食、30日食べた場合)		円/月
食べなかった場合も費用が徴収されるか		・徴収する ・徴収せず
光熱水費		円/月
介護費用(介護保険に係る利用料を除く)		円/月
家賃相当額		円/月
その他		円/月
具体的説明		(例) 名称、徴収額、用途
その他月額利用料に関する説明		
損害賠償額の予定(違約金を含む)に関する定めの有無及びその内容		

4. 介護を行う場所

要介護時(痴呆を含む)に介護を行う場所		
入居後に居室または施設を住み替える場合	一時介護室へ移る場合 (判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い、入居一時金償却の調整の有無、従前の居室からの面積の増減の有無、従前居室との仕様(トイレ、浴室、洗面、キッチン等)の変更の有無等)	(例) 看護師の判断による。手続き、追加費用はなし。居室利用権はそのまま存続する。入居一時金の償却の調整は無。従前の居室と比べて面積は減少する。個室以外のトイレは共用(各居室内には有)、浴室は共用。
	介護居室へ移る場合 (同上)	(例) 看護師の判断により、家族と相談3ヶ月経ても一般居室へ戻ることが不可能な場合には、直ちに介護室への移動となり、一般居室の権利は消滅。追加の費用はなし。入居一時金の償却の調整は無。従前の居室と比べて面積は減少する。浴室は共用。キッチンは無。

5. 協力医療機関の概要および協力内容

(病院・一般診療所・歯科診療所・嘱託医など)

協力医療機関の名称	診療科目	所在地と交通の便	協力内容
		(例) OO町OT目、施設から徒歩10分	

6. 入居状況等

定員数	人							
	自立・未認定※	要支援	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	人	人	人
65～74歳	人	人	人	人	人	人	人	人
75～84歳	人	人	人	人	人	人	人	人
85歳以上	人	人	人	人	人	人	人	人
合計	人	人	人	人	人	人	人	人

↑ ※ 特定施設入所者生活介護の給付対象ではない利用者の数はここにご記入ください。

入所者の平均年齢	歳	入所者の男女比率	男性	人	女性	人
入居率(調査年の1月1日現在)	入院中や常時住んでいない入所者も含める。					%
入居期間の分布	6ヵ月未満	6ヵ月～1年未満	1年～5年未満	5年～10年未満	15年以上	(参考)施設が開設されてからの年数
	人	人	人	人	人	今年で 年目

年間退去者数:調査時点から遡って1年間の間の退去者数

退去先別人数	人							
	自立・未認定※	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
死亡	人	人	人	人	人	人	人	人
他施設	人	人	人	人	人	人	人	人
病院	人	人	人	人	人	人	人	人
在宅	人	人	人	人	人	人	人	人
その他	人	人	人	人	人	人	人	人
合計	人	人	人	人	人	人	人	人

7. 職員体制

(平成 年 月 日現在)

(1) 職種別職員数								
	施設全体の職員数※1 (有料老人ホーム全体)			うち特定施設入所者生活 介護を提供する職員数			夜間勤務 職員数 (__時～ 翌__時)	備考
	職員実人数		常勤換算 後の人数	職員実人数		常勤換算 後の人数		
	うち常勤 の人数	うち常勤 の人数						
施設長	人	人	人	人	人	人	人	
生活相談員	人	人	人	人	人	人	人	
直接処遇職員※2	人	人	人	人	人	人	人	
介護職員	人	人	人	人	人	人	人	
看護職員	人	人	人	人	人	人	人	
機能訓練指導員	人	人	人	人	人	人	人	
計画作成担当者	人	人	人	人	人	人	人	
医師	人	人	人	人	人	人	人	
栄養士	人	人	人	人	人	人	人	
調理員	人	人	人	人	人	人	人	
事務職員	人	人	人	人	人	人	人	
その他職員	人	人	人	人	人	人	人	
常勤換算方法の考え方	(記入例)常勤職員の週あたり労働時間40時間を基準として換算							
要介護者等の人数に対する 直接処遇職員の人数の割合	: 以上 (小数点以下第1位まで)							

(2) 施設全体の有資格者等の人数※3									
介護福祉士		社会福祉士		ヘルパー1級		ヘルパー2級		ケアマネジャー	
うち常勤 の人数	うち常勤 の人数	うち常勤 の人数	うち常勤 の人数	うち常勤 の人数	うち常勤 の人数	うち常勤 の人数	うち常勤 の人数	うち常勤 の人数	うち常勤 の人数
人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
介護職員 の年齢	20代以下 人	30代 人	50代 人	40代 人	60代以上 人	介護職員 の男女比	女性 人	男性 人	
職員の特徴・アピール等 (自由記入;200字以内)	(例)当施設は施設長が臨床心理士の資格を持っており、ご利用者のサポートをしています。								

- ※1 常勤職員数には、施設が雇用していない者は含まない。例えば、併設施設がある場合の当該施設の医師、看護師その他の職員数は含まない。
- ※2 直接処遇職員には、要介護者等に対して介護サービスを提供する職員および自立者に対して一時的な介護その他日常生活上必要な援助を行う職員を含む。
- ※3 複数取得者も数える

8. 経営内容の開示

特定施設の損益計算書・貸借対照表の開示	・開示している	・開示していない	
事業者全体の損益計算書・貸借対照表の開示	・開示している	・開示していない	
連結決算の損益計算書・貸借対照表の開示	・開示している	・開示していない	・連結対象なし

基本情報項目②

～提供している介護保険給付・介護保険給付外サービスと料金徴収について～

※ 該当する対象者がいない場合も、もし仮にそのような入所者・希望者がいた場合の貴施設の対応を想定してお答えください。

サービス区分	サービス内容	サービス実施の有無		「実施している」場合の費用負担			備考 (記入例) ・実費にて料金徴収 ・週2回まで無料、3回以上は別途徴収
		実施している	実施していない	介護保険給付に含む	介護保険外として提供		
					一時金や月額利用料に含む	別途料金を徴収	
介護サービス	食事介助	1	2	A	B	C	
	排泄介助・おむつ交換	1	2	A	B	C	
	おむつ代			A	B	C	
	入浴(一般浴)介助・清拭	1	2	A	B	C	
	特浴介助	1	2	A	B	C	
	身辺介助(移動・着替え等)	1	2	A	B	C	
	機能訓練	1	2	A	B	C	
	通院介助(協力医療機関)	1	2	A	B	C	
	通院介助(協力医療機関以外)	1	2	A	B	C	
	緊急通報装置の設置	1	2	A	B	C	
生活サービス	居室清掃	1	2	A	B	C	
	リネン交換	1	2	A	B	C	
	日常の洗濯	1	2	A	B	C	
	居室配膳・下膳	1	2	A	B	C	
	入所者の嗜好に応じた特別な食事	1	2	A	B	C	
	おやつ	1	2	A	B	C	
	理美容師による理美容サービス	1	2	A	B	C	
	買い物等代行(通常想定している範囲)	1	2	A	B	C	
	買い物等代行(通常想定している範囲外)	1	2	A	B	C	
	役所手続き代行	1	2	A	B	C	
健康管理サービス	定期健康診断	1	2	A	B	C	
	健康相談	1	2	A	B	C	
	生活指導・栄養指導	1	2	A	B	C	
	服薬支援	1	2	A	B	C	
	生活リズムの記録(排便・睡眠等)	1	2	A	B	C	
入退院時のサービス・入院中	移送サービス	1	2	A	B	C	
	入退院時の同行(協力医療機関)	1	2	A	B	C	
	入退院時の同行(協力医療機関以外)	1	2	A	B	C	
	入院中の洗濯物交換・買い物(近隣・協力病院)	1	2	A	B	C	
	入院中の洗濯物交換・買い物(遠方・協力外病院)	1	2	A	B	C	
	入院中の見舞い訪問	1	2	A	B	C	
サービスの特徴・アピール等 (自由記入; 400字以内)							

※ A、B、Cのうち複数に○をつける場合は、例えばどこまでが保険給付でどこからを一時金・月額利用料として提供しているか、あるいはどこからが別途徴収の対象となるのかを注記してください。

7. 介護老人福祉施設

基本情報項目（案）

記入者名		部署・役職	
記入日時	年 月 日		

1. 事業者属性

設置主体（事業者名） 法人種類	(フリガナ) ・社会福祉法人 ・地方公共団体 ・その他 ()		
運営主体	・設置主体と同じ ・設置主体より受託 ・その他 ()		
	設置主体と異なる場合、 実質的な経営権の所在	設置主体	運営主体 その他
運営主体の法人種類と事業者名（設置主体と異なる場合のみ記入）	・社会福祉法人 ・地方公共団体 ・その他 () 名称：(フリガナ)		
設置主体の住所・電話番号			
運営主体の設立年月	(明治・大正・昭和・平成) 年 月		
運営主体の代表者（理事長など）役職・氏名			
関連法人も含め、運営主体が他に手がけているサービス（当てはまるものに○；複数回答）（但し同一都道府県内）	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・訪問入浴介護 ・訪問看護 ・デイサービス ・ショートステイ ・居宅介護支援 ・グループホーム ・軽費老人ホーム（A型、B型、ケアハウス） ・有料老人ホーム ・福祉用具レンタル、販売 ・老人保健施設 ・デイケア（通所リハビリテーション） ・介護療養型医療施設 ・一般病院 ・診療所 ・その他 () 		

2. 施設属性

(フリガナ) 施設名称							
住所 電話番号・FAX 番号 HPアドレス							
介護保険指定番号							
開設年月	(明治・大正・昭和・平成) 年 月						
施設長氏名							
施設に併設・隣設している施設 (病院、老人保健施設など)	施設種別	名称		住所			
定員数	人 ショートステイ定員					人	
入居者数・属性 (調査時点)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	合計
65歳未満	人	人	人	人	人	人	人
65～74歳	人	人	人	人	人	人	人
75～84歳	人	人	人	人	人	人	人
85歳以上	人	人	人	人	人	人	人
合計	人	人	人	人	人	人	人

入居者の平均年齢	歳	入居者の男女比	男性	人：女性	人	
平均入居期間	年 (前年3月31日時点)					
年間退所者数 (昨年度)	死亡		医療機関へ	自宅へ	その他施設へ	
	施設内	医療機関				
合計：人	人	人	人	人	人	
施設の階数	階建て(地上 階、地下 階) (居室のあるフロア 階 ~ 階)					
居室数	個室	2人部屋	3人部屋	4人部屋	5人部屋以上	合計
部屋数	室	室	室	室	室	室
1人当たり平均床面積	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	
トイレの有無	・ある ・なし ・一部あり	・ある ・なし ・一部あり	・ある ・なし ・一部あり	・ある ・なし ・一部あり	・ある ・なし ・一部あり	
洗面台の設置	・ある ・なし ・一部あり	・ある ・なし ・一部あり	・ある ・なし ・一部あり	・ある ・なし ・一部あり	・ある ・なし ・一部あり	
トイレの状況	・居室ごとに1ヶ所ずつ ・各階に1ヶ所ずつ ・その他(具体的に： ・2部屋の間に設置 ・1棟に1ヶ所 ・ユニットごとに1ヶ所ずつ)					
浴室の状況	・一般浴/特浴対応 ・個室(ヶ所) ・機械浴(ヶ所) ・特殊浴槽(リフト浴含む)(ヶ所) ・大浴槽(人用ヶ所)					
食事スペースの状況	各フロアに1ヶ所以上		各フロアに1ヶ所			
	施設全体で1ヶ所		ユニットごとに1ヶ所			
	食事スペース内の調理設備の有無		ある	なし		
介護報酬の届出区分	小規模生活単位型		一部小規模生活単位型		従来型	
	従来型の場合	小規模生活単位型		一部小規模生活単位型への届出予定	ある なし	

3. 職員体制

職種別職員構成	職員数 (うち常勤職員の人数) ★ただし併設施設の医師、看護師その他の職員数は含まない。	常勤換算後の人数
管理者(施設長)	()人	—
生活相談員	()人	人
介護職員	()人	人
看護職員(准看護師を含む)	()人	人
理学療法士	()人	—
作業療法士	()人	—
言語聴覚士	()人	—
その他機能訓練スタッフ	資格()人	—
介護支援専門員	()人	—

医師	() 人		—		
栄養士	人 (うち管理栄養士 () 人)		—		
調理員	委託	・している	・していない		—
	施設職員	人			
事務職員	() 人		—		
その他職員	() 人		—		
夜間勤務職員数 (合計)	人		看護職員の夜間勤務の有無		ある なし
入居者数に対する介護・看護職員数の比率	入居者 人 : 職員 1 人 (非常勤は常勤換算で)				
介護職員の有資格者の数 (複数取得者も重複計上) (非常勤も含む)	資格取得者の数				
	介護福祉士	社会福祉士	その他		
	ヘルパー1級	ヘルパー2級	介護支援専門員		
	人	人	人	人	人
職員の在職年数別人数 (非常勤も含む)	1年未満	1年～3年未満	3年～5年未満	5年～10年未満	10年以上
	生活相談員	人	人	人	人
	介護職員	人	人	人	人
	看護職員 (准看護師を含む)	人	人	人	人
介護職員の年齢別人数 (非常勤も含む)	30歳未満	30代	40代	50代	60歳以上
	人	人	人	人	人
介護職員の男女比(非常勤も含む)	男性 人 : 女性 人				
嘱託医の担当診療科目 (あてはまるものすべてに○)	・内科 ・整形外科 ・皮膚科 ・婦人科 ・歯科 ・精神科 ・その他 ()				

4. 料金体系

料金体系			
施設サービス費以外の加算	ある なし	加算の内容	
その他介護保険制度の一部負担金以外の料金			
日用品費		円 (単位に○:日・月・年)	
ホテルコスト (家賃相当分)		円 (単位に○:日・月・年)	
特別食加算		円 (単位に○:1食・月・年)	
理美容費		円 (単位に○:1回・月・年)	
手続代行費		円 (単位に○:1回・月・年)	
金銭管理代行料		円 (単位に○:1回の入出金につき・月・年)	
クラブ活動費・ レクリエーション代	都度徴収あり	徴収なし	
	(「あり」の場合:徴収内訳) ・材料費などの実費 ・講師料 ・茶菓代 ・その他 ()		
その他	・() 費	円 (単位に○:1回・月・年)	
	・() 費	円 (単位に○:1回・月・年)	
介護保険制度の一部負担金の 減免措置	・社会福祉法人による減免 ・その他 () ・減免措置はない		
支払い方法	・現金支払 ・指定口座への振込 ・金融機関口座からの自動引き落とし ・その他 ()		

5. 経営指標、情報提供

入居待機者数	人（ 年 月現在）		
損益計算書・貸借対照表・事業報告書の開示の方法	・印刷物	・ホームページ	
	・その他（ ）		
事業報告書（概況書）の開示	開示の制限	ある	ない
	・全文あり	・概略のみ	・なし
施設の目的および運営の方針の公開	開示の制限	ある	ない
	・あり	・なし	
一般に公開しているもの（請求がなくとも常に公開）	・入居案内パンフレット	・重要事項説明書	
	・運営規程	・ホームページ	
	公開の制限	ある	ない

6. 付帯情報

リハビリの実施状況（機能訓練指導員の勤務時間）	毎週 曜日の : ~ :		
プログラム活動などの実施方法	（例；レクリエーション、音楽療法、回想療法、園芸療法など）		
入居を制限される利用者の状況	（例；極端な問題行動がある場合、MRSAに感染している人など）		
私物持込の制限品目（または持ち込み可能分量）	（例；タンス、仏壇は持込不可。分量はダンボール3箱まで。など）		
	個室の場合： ----- その他の居室の場合：		
非常災害対策（消防訓練を除く）	・訓練の実施（年 回） ・実施なし		
	・マニュアルあり ・マニュアルなし		
苦情対応の方法	担当者（職員）	あり	なし ⇒担当者役職・氏名 （ ）
	責任者（職員）	あり	なし ⇒責任者役職・氏名 （ ）
	その他の苦情対応	（例；オンブスマンなど）	
介護相談員の受け入れ	あり ない		
協力医療機関、協力内容（一般病院・診療所・歯科診療所など）	名称	住所	協力内容 （夜間・土日受入、緊急時対応など）
	-----	-----	-----

7. その他

施設の特徴・アピール点など （自由記入；400字以内）	
--------------------------------	--

8. 介護老人保健施設

基本情報項目 (案)

施設名				施設長名	
施設所在地	〒			開設年次	
連絡先電話番号・FAX番号	電話番号			FAX番号	
パンフレット・ホームページ・広報誌等の有無	パンフレット	あり・なし			
	ホームページ	あり・なし → http://www.○○○○○○○○○○.○○.○○			
	広報誌	あり・なし			
施設の概要・特徴・アピール等 自由記入 (400字以内)					
定員					
関連施設・サービス提供機関（法人または関連法人の付属施設・機関）種別・施設名・所在地	施設・機関種別	施設・機関名			

協力施設種別・施設名・所在地	施設種別	施設名			

要介護ごとの利用者人数	年 月現在→それぞれ記入				
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5

	年 月から 年 月までの数値→それぞれ記入					
	退所先	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
要介護度別 退所先別人数	家庭					
	介護老人福祉施設					
	その他の社会福祉施設					
	介護老人保健施設					
	医療機関					
	死亡					
	* 痴呆性高齢者グループホームはその他へ	その他				
	常勤換算後の専門 職員数	医師	看護職員	介護職員	理学療法士	作業療法士
支援相談員		介護支援専門員等	基準との適合状況（例：介護職員は基準以上配置している等）			
居室の状況		個室	2人部屋	3人部屋	4人部屋	
	部屋数					
	1人当たり床面積					
トイレの状況	(例：居室内に一つずつ、2部屋の間に設置、入所者〇人当たり到一个の割合で設置等)					
リハビリテーション の実施状況	1人平均 週 回、一番多く実施する利用者の回数 週 回					
	リハビリテーションの具体的内容：					
レクリエーション の実施状況	1人平均 週 回、一番多く実施する利用者の回数 週 回					
	レクリエーションの具体的内容：					

通所リハビリテーションの有無	あり・なし	通所リハビリテーション送迎の有無	あり・なし
		送迎の地域範囲	
	個別リハビリテーションの実施	あり・なし	
平均在所期間	(年 月現在) →それぞれ記入	入所待機者数	(年 月現在) →それぞれ記入
介護保険制度の一部負担以外の料金体系		有無	料金並びに具体的な状況(一人一ヶ月平均等でも可)
	標準負担分以外の食費		
	特別な室料		
	理美容費		
	日常生活品費		
	教養娯楽費		
	私物の洗濯費		
	その他		
入所を制限すると予想される利用者の状況	(例:胃瘻造設、気管切開、症状が不安定な人、集中的に治療が必要な人)		
利用者満足度調査の実施状況とその開示状況	利用者満足度調査の実施状況	実施あり・実施なし ↓ 平成 年 月に実施	
	利用者満足度調査の開示状況	開示あり・開示なし	
全国老人保健施設協会が作成した『新介護老人保健施設サービス評価表』によるサービス評価の実施状況	1 定期的実施している → 回/年 2 過去に何回か実施したことがある 3 過去に1回だけ実施したことがある 4 1回も実施したことはない		