

K-A

高齢者福祉サービス(特別養護老人ホーム) 施設状況票

※施設状況票は、「財務諸表等入力システム」の「区分コード」に基づいて表示されています。
 ※施設状況票は、「財務諸表等入力システム」の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が表示されない場合は、貴法人の「財務諸表等入力システム」の作成担当者にお問合せください。

※今年度の提出様式は、「2020年度」です。

年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
2020	12345	001	001

1. 施設の概要

作成担当者	福社 花子			電話番号	03-3438-xxxx	F A X	番号	03-3438-△△△△		
会 社 名	特別養護老人ホームかみや									
設 置 地 所	所在地	〒	105-8486	東京都港区虎ノ門4-3-13						
設 置 年 月 日	1988	年	10	月	1	日	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください			
設 置 区 分	1	1	1	1	1	1	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください			
設 置 状 況	1	2	1	0	無	1	有	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください		
設 置 状 況	1	2	1	0	無	1	有	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください		
設 置 状 況	1	2	1	0	無	1	有	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください		
設 置 状 況	1	2	1	0	無	1	有	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください		

「本体施設」と「サテライト施設」が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設(サテライト含む)」を選択し、この施設状況票には「本体施設」と「サテライト施設」を合計した内容を記入してください。

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。
 土地所有の状況について
 「2. 借地」および「3. 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。
 建物所有の状況について
 「2. 賃借」および「3. 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1有」を選択してください。

新型コロナウイルス感染症による経営への影響の有無
 0 無
 1 有

※経営への影響とは、主に利用者の減少、営業自粛、自治体等からの休業要請などが含まれます。
 ※会計期間内に数回の変更があった場合は、直近の定員変更数を記入してください。

2. 利用状況
 年度内における定員変更の有無
 0 無
 1 有

定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更後(期末)」欄に「変更後(期末)」の定員数を記入してください。
 当該年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

他の施設・事業の定員数と重複しないようにご注意ください。
 「年度内における定員変更の有無」が「1 有」の場合、変更がない種類も含めてすべての定員の欄に記入してください。

【例】
 ユニット型個室とユニット型個室的多床室が存在せず、従来型個室と多床室のうち多床室のみ65床から70床に増えたこととなった場合：
 ・ユニット型個室：当初(期首)空欄、変更後(期末)空欄
 ・ユニット型個室的多床室：当初(期首)空欄、変更後(期末)5床、変更後(期末)5床
 ・多床室：当初(期首)65床、変更後(期末)70床

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

種類	定員(床)	ユニット数
ユニット型個室	5	5
ユニット型個室的多床室	65	70
多床室	70	75
合 計	70	0

定員変更(期末)	5	5	65	70
変更後(期末)	5	5	65	70

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	計
24	263	251	674	245	1,457	2,814
321	3,507	6,935	8,961	3,355	23,081	33,159
345	3,770	7,186	9,635	3,600	24,538	33,159

延べ利用者数	120人
--------	------

年度末(決算月末)における特養登録者数	120人
---------------------	------

入所判定委員会開催回数(年)	10回
----------------	-----

「施設状況票」記入にあたって
 ○「財務諸表等入力システム」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】
 「特養〇〇(ユニット型)」と「特養〇〇(従来型)」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

延べ利用者数の算出方法
 (例) Aさんが100日利用
 Bさんが150日利用
 → 100+150=250 と計算

介護保険対象外の利用者および施設外等により介護費別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

利用中の外泊や入院等の日数は、延べ利用者数の計算から除外してください。

同一日に利用者の入退所が重なった場合、入所・退所の両方を延べ利用者数の計算に含めてください。

空床利用型短期入所の延べ利用者数について
 ・併設短期入所事業所がある場合
 →当該短期入所事業所の施設状況票の「空床利用型」の欄に記入してください
 ・併設短期入所事業所がない場合
 →この施設状況票に特養の延べ利用者数と合算して記入してください

事業報告書等電子報告システムご利用のお客さまには、自動計算で利用率が表示されますのでご活用ください。

年度末(この事例では3月末)の乗入数を記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における、算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

項目	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
日常生活継続支援加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1 有	日常生活継続支援加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0 無 1 有	看護体制加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	看護体制加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有
看護体制加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0 無 1 有	看護体制加算(Ⅱ)イ	0 無 1 有	1 有	看護体制加算(Ⅱ)ロ	0 無 1 有	看護体制加算(Ⅱ)ロ	0 無 1 有
夜勤職員配置加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	1 有	夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0 無 1 有	夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ	0 無 1 有	夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ	0 無 1 有
夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ	0 無 1 有	0 無 1 有	夜勤職員配置加算(Ⅲ)イ	0 無 1 有	0 無 1 有	夜勤職員配置加算(Ⅲ)ロ	0 無 1 有	夜勤職員配置加算(Ⅲ)ロ	0 無 1 有
夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ	0 無 1 有	0 無 1 有	夜勤職員配置加算(Ⅳ)ロ	0 無 1 有	0 無 1 有	準ユニットケア加算	0 無 1 有	準ユニットケア加算	0 無 1 有
個別機能訓練加算	0 無 1 有	0 無 1 有	若年性認知症入所者受入加算	0 無 1 有	0 無 1 有	障害者生活支援体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	障害者生活支援体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有
障害者生活支援体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	1 有	退所前相談援助加算	0 無 1 有	1 有	退所後訪問相談援助加算	0 無 1 有	退所後訪問相談援助加算	0 無 1 有
退所時相談援助加算	0 無 1 有	0 無 1 有	退所前連携加算	0 無 1 有	0 無 1 有	栄養マネジメント加算	0 無 1 有	栄養マネジメント加算	0 無 1 有
経口移行加算	0 無 1 有	1 有	経口維持加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0 無 1 有	経口維持加算(Ⅱ)	0 無 1 有	経口維持加算(Ⅱ)	0 無 1 有
口腔衛生管理体制加算	0 無 1 有	1 有	口腔衛生管理加算	0 無 1 有	0 無 1 有	療養食加算	0 無 1 有	療養食加算	0 無 1 有
看取り介護加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0 無 1 有	看取り介護加算(Ⅱ)(死亡日以前4日以上30日以下)	0 無 1 有	0 無 1 有	看取り介護加算(Ⅱ)(死亡日以前日及び初々日)	0 無 1 有	看取り介護加算(Ⅱ)(死亡日以前日及び初々日)	0 無 1 有
看取り介護加算(Ⅱ)(死亡)	0 無 1 有	0 無 1 有	在宅復帰支援機能加算	0 無 1 有	0 無 1 有	在宅・人・所相互利用加算	0 無 1 有	在宅・人・所相互利用加算	0 無 1 有
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0 無 1 有	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	0 無 1 有	1 有	認知症行動・心理状況緊急対応加算	0 無 1 有	認知症行動・心理状況緊急対応加算	0 無 1 有
サービスマネジメント加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	0 無 1 有	サービスマネジメント加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0 無 1 有	サービスマネジメント加算(Ⅱ)	0 無 1 有	サービスマネジメント加算(Ⅱ)	0 無 1 有
サービスマネジメント加算(Ⅲ)	0 無 1 有	1 有	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0 無 1 有	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0 無 1 有	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0 無 1 有	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	0 無 1 有	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	0 無 1 有
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0 無 1 有	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0 無 1 有	配置医師緊急時加算(早期・夜間)	0 無 1 有	配置医師緊急時加算(早期・夜間)	0 無 1 有
配置医師緊急時加算(深夜)	0 無 1 有	0 無 1 有	生活機能向上連携加算	0 無 1 有	0 無 1 有	排せつ支援加算	0 無 1 有	排せつ支援加算	0 無 1 有
褥瘡マネジメント加算	0 無 1 有	0 無 1 有	低栄養リスク改善加算	0 無 1 有	0 無 1 有	再入所時栄養連携加算	0 無 1 有	再入所時栄養連携加算	0 無 1 有
身体拘束防止未実施減算	0 無 1 有	0 無 1 有							
看取り体制(※)	0 未整備 1 整備済	1 有	実績	人数	人数	実績	人数	人数	実績

当年度に看取りの介護加算を算定した看取り実績人数を記入してください。

(※)看取り体制…実績の有無にかかわらず、看取り介護加算が取得できる体制が整っている場合「1 整備済」を選択してください。

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○当年度における、実施の有無を選択してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

項目	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	1 有	静脈内注射(点滴を含む)	0 無 1 有	1 有	中心静脈栄養の管理	0 無 1 有	中心静脈栄養の管理	0 無 1 有
透析の管理	0 無 1 有	0 無 1 有	ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	0 無 1 有	0 無 1 有	酸素療法	0 無 1 有	酸素療法	0 無 1 有
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	0 無 1 有	0 無 1 有	気管切開のケア	0 無 1 有	0 無 1 有	疼痛の管理	0 無 1 有	疼痛の管理	0 無 1 有
疼痛の管理(麻薬を用いるもの)	0 無 1 有	0 無 1 有	経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	0 無 1 有	1 有	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	0 無 1 有	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	0 無 1 有
褥瘡の処置	0 無 1 有	1 有	カテーテルの管理	0 無 1 有	1 有	喀痰吸引	0 無 1 有	喀痰吸引	0 無 1 有
ネブライザー	0 無 1 有	0 無 1 有	創傷処置(褥瘡を除く)	0 無 1 有	1 有	服薬管理(注射を除く)	0 無 1 有	服薬管理(注射を除く)	0 無 1 有
排便	0 無 1 有	0 無 1 有	洗滌	0 無 1 有	1 有	一時的導尿	0 無 1 有	一時的導尿	0 無 1 有
その他	0 無 1 有	1 有							

5. 実費負担

食費(1日あたり)	1,840 円	居住費(1日あたり)	2,100 円	延べ利用者数における利用者負担額4段階以上の割合	16.0 %
その他(1日あたり)	1,250 円				

運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください。

定められていない場合には、平均を記入してください。

【例】
・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数

6. 従事者の状況 ※会計期間の10月1日時点の状況を入力してください。

主な職種	内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の 常勤換算(b)	派遣職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の 常勤換算(b)	派遣職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)
施設	長	0.7			0.7	機能訓練指導員		1.0		1.0
医師	師					(うち理学療法士)		0.5		0.5
生活相談員	員	0.5	0.5		1.0	(うち作業療法士)		0.5		0.5
看護師等	等	3.4			3.4	(うち言語聴覚士)				0.0
介護職員	員	38.0	8.4	1.7	48.1	(うち看護師)				0.0
(うち介護福祉士)		20.0			20.0	介護支援専門員	0.4	0.6		1.0
事務員	員	1.2			1.2	宿				0.0
栄養士	士				0.0	その他		1.2		1.2
調理員	員				0.0	計	44.2	11.7	1.7	57.6

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

宿直業務のみに従事している職員の数を記入してください。

給食業務を全面委託している場合は、「6. 従事者の状況」の「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1有」を選択してください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0無」、「1有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0無 1有	0無 1有	給食業務(全面委託)	0無 1有	1有	清掃	0無 1有	1有
洗濯	0無 1有	0無 1有	宿直	0無 1有	0	0	0無 1有	0
労務委託業務	0無 1有	1有	会計委託業務	0無 1有	1有	その他	0無 1有	0

「6. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(短期入所等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、従業者数は按分して記入してください。
※併設する短期入所(K-C)と従業者数を按分することが難しい場合、従業者数は、特別看護老人ホーム所(K-A)にまとめて記入し、短期入所(K-C)は未入力してください。

○他の施設・事業の従業者数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員按分について」をご参照ください。

嘱託医については記入しないでください。

社会保険労務士等への委託(生未調整業務等)を行っている場合は「1有」を選択してください。

K-B1 高齢者福祉サービス(ケアハウス (一般)) 施設状況票

※施設状況票は、「財務経理システム」11. 現行帳簿事業の区分コードに基づいて表示されます。
 該当の施設状況票が掲載されない場合は、貴法人の「財務経理システム」の作成担当者にお問合せください。

※今年度の提出様式は、「2020年度」です。

年度	期番コード	拠点コード	施設票番号
2020	12345	5	024

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子		電話番号	03-3438-xxxx		F A X 番号	03-3438-△△△△	
会計期間	2020年4月1日～2021年3月31日		施設名	ケアハウスかみや				
施設所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13							
施設の開設年月日	2000年1月1日		※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください					
設置形態	1. ケアハウス 2. 軽費A型 3. 軽費B型 4. 都庁型 ※「ケアハウス」または「4. 都庁型」以外のお客さ ※特別養護老人ホームに併設している場合は併設施設を併記してください。							
併設の状況	0. 併設無し、特養に併設 2. 福祉医療施設併設 3. 福祉医療施設以外に併設							
地域区分	[1] 1級地 [2] 2級地 [3] 3級地 [4] 4級地 [5] 5級地 [6] 6級地 [7] 7級地 [8] その他							
土地所有の状況	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公有地を含む)		0 無し 1 有		0 無し 1 有			0
建物所有の状況	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む)		0 無し 1 有		0 無し 1 有			0
建物の全面建替状況	1 0 無し 1 有		全面建替の竣工時期		(西暦) 2018		年	1 月

※特別養護老人ホームに併設している場合は、複数の施設・事業に併設している場合でも特養に併設を選択してください。

2. 利用状況

新型コロナウイルス感染症による経営への影響の有無 0 無し 1 有
 ※経営への影響は、主に利用者の減少、営業自費、自治体等からの休業要請などが含まれます。

年度内における定員変更の有無

※※訂正期間に複数回の変更があった場合は、直近の変更を記入してください。
 定員変更が「1. 有」の場合は右欄に記入(※)

年度 2020年6月

変更時期 2020年6月

定員(床) 48 50 62

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

当初(開業) 変更後(開業)

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

土地所有の状況について
 「2. 借地」および「3. 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

建物所有の状況について
 「2. 賃借」および「3. 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

他の施設・事業の定員数と重複登録しないようにご注意ください。

「年度内における定員変更の有無」が「1. 有」の場合、すべての定員の欄に記入してください。

※定員の「合計」の欄は、各定員数の合計と一致するように記入してください。「特定施設入居者生活介護」の定員欄は「一般」のうち書きとして記入しないでください。

【例】
 定員60床のケアハウスで、特定に変更がなく、定員が2床増えた場合：
 ・一般(報告) 48床、変更後(期末) 50床
 ・特定: 当初(報告) 12床、変更後(期末) 12床

「施設状況票」記入にあたって

○「財務経理システム」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】

「ケアハウス(一般)」と「ケアハウス(特定)」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託を受けてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1. 有」を選択してください。

定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

当年度初日(この事例では4月1日)の1回の定員変更があった場合は、「0. 無し」を選択してください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

この施設状況票に記載された決算区分についての記入してください。

延べ利用者数の算出方法
 (例) Aさんが100日利用
 Bさんが150日利用
 → 100+150=250 と計算

利用中の外泊や入院等の日数は、延べ利用者数の計算から除外してください。

同一日に利用者の入退所が重なった場合、入所・退所の両方を延べ利用者数の計算に含めてください

介護保険対象外の利用者および認定切り替え等により介護度別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

延べ利用者数(年間)	定員の区別						計
	支援1	支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	
特定施設入居者生活介護	160	840	1,210	1,210	742	17,575	4,322
合 計	160	840	1,210	1,210	742	17,575	21,897

※ケアハウス本体と特定施設入居者生活介護とを決算上分けている場合は、両方の施設状況票が出力されますので、サービス区分ごとに定員を記入してください。決算上サービス区分を分けていない場合は、この施設状況票に両方の定員を記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定業務の有無を選択してください。

当年度の看取り業務の有無にかかわらず、看取り介護加算が算定できる体制が整っている場合は、「1 有」を整備済」を記入してください。

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○当年度の実施の有無を選択してください。

管理費徴収方法を選択し、区分欄に金額を記入してください。

運営経費等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。制度的に規定が定められている場合には、会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください。

「6. 従事者の状況」記入にあたって

○非正規職員(短入所等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、従業員数は按分して記入してください。○他の施設・事業の従業員数と重複しないように記入してください。 ※詳細はP.45の「職員按分について」を参照ください。

嘱託医については記入しないでください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定業務について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

Table with 4 columns: 算定地加算, 個別機能訓練加算, 障害者等支援加算, 看取り介護加算, etc. Each row has 4 columns of '0 無' or '1 有'.

当年度に看取り介護加算を算定した看取り実績人数を記入してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

Table with 4 columns: 血糖測定・インスリン注, 透析の管理, リハビリテーション, etc. Each row has 4 columns of '0 無' or '1 有'.

5. 実費負担

管理費の状況について、以下にご記入ください。

Table with 5 columns: 区分番号, 管理費徴収方法区分, 一括のみ金額, 分割のみ金額, 併用時の一括併用時の分割.

6. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

Table with 6 columns: 主な職種の内訳, 非常勤職員, 兼務職員, 合計, 非常勤職員等の非常勤職員, 兼務職員等の兼務職員.

機能訓練指導員のうち、各資格者について、その内訳を記入してください。

臨床業務のみに従事している職員の数を記入してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

高齢者福祉サービス(ケアハウス) 特定施設入居者生活介護】施設状況

※施設状況票は、「財務諸表等入カシート」[11:現況報告書の「区分コード」に基づいて表示されています。
該当の施設状況票が表示されない場合は、法人の「財務諸表等入カシート」の作成担当者にお問合せください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子	電話番号	03-3438-xxxx	F A X 番号	03-3438-△△△△
会計期間	(西暦) 2020 年 4 月 1 日 ~ 2021 年 3 月 31 日	年度	2020	期首コード	12345
施設名	ケアハウスカみや				
施設所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13				
施設開設年月日	(西暦) 2010 年 6 月 1 日	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください			
設置形態	1. ケアハウス 2. 軽費型 3. 軽費型 4. 都市型	※「ケアハウス」または「4. 都市型」以外のお客さまは以降の記入は不要です			
併設状況	1. 特養併設 2. 福祉医療施設併設 3. 福祉医療施設以外併設	※特別養老ホームに併設している場合は、複数の施設・事業に併設している場合でも「併設」に併設を選択してください。			
地域区分	[1] 1級地 [2] 2級地 [3] 3級地 [4] 4級地 [5] 5級地 [6] 6級地 [7] 7級地 [8] その他				
土地所有状況	3 [1] 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公有地を含む)	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
建物所有状況	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む)	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
建物の全面積	0 無 1 有	全面積の竣工時期 (西暦)			
年	月	年	月	年	月

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積の所有状況を選択してください。
土地所有の状況について
「2. 借地」および「3. 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。
建物所有の状況について
「2. 借地」および「3. 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

※今年度の提出様式は、「2020年度」です。

年度	2020	12345	5	024
期首コード	施設票番号			

「施設状況票」記入にあたって
○「財務諸表等入カシート」のサービス区分ごとに作成してください。
【例】
「ケアハウス(一般)」と「ケアハウス(特定)」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は、「1 有」を選択してください。

定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。
当年度初日(この事例では4月1日)の「0 無」を選択してください。

権限回の定員変更があった場合には、直近の定員必要年月を記入してください。

この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。
延べ利用者数の算出方法
(例) Aさんが100日利用 Bさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算
介護保険対象外の利用者および認定切り替え等により介護度別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。
同一日に利用者の入退所が重なった場合、入所・退所の両方を延べ利用者数の計算に含めてください。
利用中の外泊や入院等の日数は、延べ利用者数の計算から除外してください。

当年度に看取りの介護加算を算定した看取り実績人数を記入してください。

2. 利用状況

新型コロナウイルス感染症による経営への影響の有無
※経営への影響とは、主に利用者の減少、営業自費、自治体等からの休業要請などが含まれます。

新規コロナウイルス感染症による経営への影響の有無	0 無 1 有
定員(床)	0 無 1 有
当初(期首)	28
変更後(期末)	27
特定施設入居者生活介護	28
特定施設入居者生活介護のサービスの種類	1 自施設によるサービス 2 外部サービス利用型
同一拠点のK-B①に特定施設入居者生活介護の定員数を入力済の場合は、入力不要です。	

報酬区分	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	その他	計
特定施設入居者生活介護	2,568	3,388	876	2,196	777	9,807			

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

乗客加算	0 無 1 有	入所者処遇特別加算	0 無 1 有	車庫手当て加算	0 無 1 有
個別機能訓練加算	0 無 1 有	夜間看護体制加算	0 無 1 有	医療機器加算	0 無 1 有
障害者支援加算	0 無 1 有	看取り介護加算(死之日以前4日および引下)	0 無 1 有	看取り介護加算(死之日以後7日および引下)	0 無 1 有
看取り介護加算(死之日)	0 無 1 有	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	0 無 1 有	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	0 無 1 有
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	0 無 1 有	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	0 無 1 有	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	0 無 1 有
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	退院・退所時連絡加算	0 無 1 有
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	生活機能向上運動加算	0 無 1 有	若年性認知症患者入居者加算	0 無 1 有
入居継続支援加算	0 無 1 有	栄養スクリーニング加算	0 無 1 有	身体拘束禁止未実施加算	0 無 1 有
口腔衛生管理体制加算	0 無 1 有	未実施	0 無 1 有	未実施	0 無 1 有
看取り体制(※)	0 無 1 有	実績	0 無 1 有	人数	0 無 1 有

(※)看取り体制…実績の有無にかかわらず、看取り介護加算が取得できる体制が選んでいる場合は「1 整備済」を選択してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって
○当年度の算定実績の有無を選択してください。

当年度の看取り実績の有無にかかわらず、看取り介護加算が算定できる体制が選んでいる場合は、「1 整備済」を記入してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※ 当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
透析の管理	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
疼痛の管理(鎮痛剤を用いるもの)	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
褥瘡の処置	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
ネブライザー	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
排便	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
その他	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有

5. 実費負担

管理費の状況について、以下にご記載ください。

区分番号	管理費徴収方法区分	一括のみ金額	分類のみ金額	併用時の一括	併用時の分類
1	一括払いのみ				
2	分割払いのみ				
3	一括+分割払いのみ			2,044,000	8,516
4	一括、分割、一括+分割の併用				
5	管理費の徴収のみ				

6. 従事者の状況 ※ 会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

主な職種	内訳	常勤職員(a)	非常勤職員等の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	常勤職員(a)	非常勤職員等の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
施設長	1.0	1.0			1.0		0.4		0.4
医師					0.0				0.0
生活相談員	1.0	1.0			1.0				1.0
看護士	0.7	1.3			2.0				2.0
介護職員	17.2	0.8			18.0		0.4		18.4
〔うち介護福祉士〕	14.0				14.0		1.0		15.0
事務職員	0.5		0.5		1.0				1.0
栄養士					0.0				0.0
調理員					0.0				0.0
※同一拠点のK-BUの従事者数と重複登録しないようご注意ください。					0.0		2.5	0.5	3.0

7. 委託の状況 ※ 当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
洗濯	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
労務委託業務	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○ 当年度に於ける実施の有無を選択してください。

管理費徴収方法を選択し、区分欄に金額を記入してください。
運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。
段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください。

「6. 従事者の状況」記入にあたって

○ 併設事業所(短期入所等)と専務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は区分して記入してください。
○ 他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。
※詳細はP.45の「職員の区分について」をご参照ください。

嘱託医については記入しないでください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1」を選択してください。

機能訓練指導員のうち、各資格者について、その内訳を記入してください。

宿直業務のみに従事している職員の数を記入してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に入数を計上しないようご注意ください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1」を選択してください。

K-C 高齢者福祉サービス【短期入所】 施設状況票

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」[1]：施設報告書の「区分コード」に基づいて表示されています。
 ※該当の施設状況票が表示されない場合は、責任者の「財務諸表等入力シート」の作成担当者にお問合せください。

※今年度の提出様式は、「2020年度」です。

年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
2020	12345	5	020

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子	電話番号	03-3438-xxxx	F A X 番号	03-3438-△△△△
会計期間 (西暦)	2020	年 4 月 1 日	~	2021 年 3 月 31 日	日
施設名	ショートステイかみや				
施設の所在地	〒105-0001	東京都港区虎ノ門4-3-14			
施設の開設年月日 (西暦)	2000 年 1 月 1 日	※当該施設に係る国の前産開始日以降の日付をご記入ください			
地域区分	[1] 1級地 [2] 2級地 [3] 3級地 [4] 4級地 [5] 5級地 [6] 6級地 [7] 7級地 [8] その他				
併設の状況	1. 特養併設 2. その他併設 3. 単独				
土地所有の状況	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公庫地を含む)	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
建物所有の状況	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む)	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
建物の全面代替状況	1 0 無 1 有	全面代替の竣工時期 (西暦) 2015 年 1 月			

新型コロナウイルス感染症による経営への影響の有無
 0 無 1 有

※経営への影響とは、主に利用者の減少、営業自粛、自治体等からの休業要請などが含まれます。

2. 利用状況

年度内における定員変更の有無	1 有	※会計期間内に建物の変更があった場合は、直近の変更内数を記入してください。	
定員 (床)	変更後 初期 変更前	2020 年 10 月	
ユニット型個室	0	0	0
ユニット型の多床室	45	45	45
従来型個室	0	0	0
多床室	45	45	45
合計	45	45	45

※空床利用型の場合、定員の記入は不要です。

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

土地所有の状況について
 「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公用地を含む)」の有無も選択してください。

建物所有の状況について
 「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

他の施設・事業の定員数と重複登録しないようにご注意ください。

「年度内における定員変更の有無」が「1 有」の場合、すべての認可定員の欄に記入してください。

- 【例】
- ユニット型個室およびユニット型個室的多床室は存在せず、従来型個室のみ2床増床に変更となった場合：
 - ユニット型個室：当初 (期首) 空床、変更後 (期末) 空床
 - ユニット型個室的多床室：当初 (期首) 0床、変更後 (期末) 2床
 - 多床室：当初 (期首) 45床；変更後 (期末) 45床

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

「施設状況票」記入にあたって

○ 「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】

「短期入所」と「特養等の空床利用」で決算区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。

- 延べ利用者数の算出方法
 (例) Aさんが100日利用
 Bさんが150日利用
 → 100+150=250 と計算

介護保険対象外の利用者および認定切替等により介護度別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

利用中の外泊や入院等の日数は、延べ利用者数の計算から除外してください。

同一日に利用者の入退所が重なった場合、入所・退所の両方を延べ利用者数の計算に含めてください。

空床利用型短期入所の利用については、特養本体施設ではなく、この施設状況票に記入してください。

- 決算上特養等の施設状況票のサービス区分に合算されている場合
 → 短期入所分を分けられる場合は、この施設状況票に記入してください。分けられない場合は、この施設状況票に記入せず、合算元施設の施設状況票に記入してください。

報酬区分	ユニット数	ユニット型個室	ユニット型の多床室	従来型個室	多床室	空床利用型	合計	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	その他	計
延べ利用者数							0									0
従来型個室											20		60	40		120
多床室				5	75			5	75	1,680	2,350	4,650	4,250	3,250		16,260
空床利用型																0
合計							0	5	75	1,680	2,350	4,670	4,310	3,290		16,380

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

個別機能訓練加算	0 無 1 有	0 無 1 有	看護体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	看護体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有
看護体制加算(Ⅲ)イ	0 無 1 有	0 無 1 有	看護体制加算(Ⅲ)ロ	0 無 1 有	看護体制加算(Ⅳ)イ	0 無 1 有
看護体制加算(Ⅳ)ロ	0 無 1 有	0 無 1 有	医療連携強化加算	0 無 1 有	夜勤職員配置加算(従来型)(Ⅰ)	0 無 1 有
夜勤職員配置加算(ユニット型)(Ⅱ)	0 無 1 有	0 無 1 有	夜勤職員配置加算(従来型)(Ⅲ)	0 無 1 有	夜勤職員配置加算(ユニット型)(Ⅳ)	0 無 1 有
認知症行動・心理症状緊急対応加算	0 無 1 有	0 無 1 有	若年性認知症利用者受入加算	0 無 1 有	緊急短期入所受入加算	0 無 1 有
療養食加算	0 無 1 有	0 無 1 有	在宅中重度者受入加算(看護体制加算(Ⅰ)算定)	0 無 1 有	在宅中重度者受入加算(看護体制加算(Ⅱ)算定)	0 無 1 有
在宅中重度者受入加算(看護体制加算(Ⅰ)算定)	0 無 1 有	0 無 1 有	在宅中重度者受入加算(看護体制加算(Ⅱ)算定)	0 無 1 有	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0 無 1 有	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	0 無 1 有	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	0 無 1 有
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0 無 1 有	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0 無 1 有	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0 無 1 有	生活機能向上連携加算	0 無 1 有	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	0 無 1 有
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0 無 1 有	機能訓練体制加算	0 無 1 有		

※新型コロナウイルス感染症に係る加算等の状況

緊急短期入所受入加算	0 無 1 有	1 有
------------	------------	-----

4. 共生型サービス

指定の有無	0 無 1 有	0 無 1 有
-------	------------	------------

「1:有」の場合

共生型サービスをを行っている場合、回答を選択してください。

母体となるサービスを1:介護保険サービス
選択してください2:障害福祉サービス

指定を受けているサービスを選択してください(複数選択可)	短期入所	0 無 1 有
	その他	0 無 1 有

加算の状況	サービス管理責任者配置等加算	0 無 1 有
	福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	0 無 1 有
	福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)	0 無 1 有

5. 実費負担

食費(1日あたり)	1,500 円	居住費(1日あたり)	600 円	延べ利用者数における利用者負担額4段階以上の割合	35.0 %
その他(1日あたり)	400 円				

共生型サービスの有無を選択してください。

運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください。

定められていない場合には、会計期間のそれぞれその総額から算出して記入してください。

【例】
・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数

「6. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（通所介護所等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

※併設する特別養護老人ホーム（K-A）と従業者数を按分することが難しい場合、従業者数は、特別養護老人ホーム（K-A）にまとめて記入し、短期入所（K-O）は未入力としてください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の按分について」をご参照ください。

6. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の 常勤換算(b)	派遣職員等の 常勤換算(c)		合計 (a)+(b)+(c)	主な職種の 内訳	常勤職員 (g)	非常勤職員の 常勤換算(f)	派遣職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)
			派遣職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)						
管理者	1.0				1.0	機能訓練指導員				0.0
医師					0.0	(うち理学療法士)				0.0
生活相談員	1.0				1.0	(うち作業療法士)				0.0
看護師等	1.0				1.0	(うち言語聴覚士)				0.0
介護職員	17.5	2.5	1.0		21.0	(うち看護師)				0.0
(うち介護福祉士)	7.0				7.0	介護支援専門員				0.0
事務員	1.0				1.0	宿				0.0
栄養士					0.0	その他				0.0
調理員					0.0	計	21.5	2.5	1.0	25.0

嘱託医については記入しないでください。

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

宿直業務のみに従事している職員の数を記入してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有		給食業務(全面委託)		0 無 1 有		清掃		0 無 1 有	
	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有		
洗濯	0 無 1 有	1 有	宿直	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	
労務委託業務	0 無 1 有	1 有	会計委託業務	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

「6. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（通所介護所等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

※併設する特別養護老人ホーム（K-A）と従業者数を按分することが難しい場合、従業者数は、特別養護老人ホーム（K-A）にまとめて記入し、短期入所（K-O）は未入力としてください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の按分について」をご参照ください。

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

K-D1 高齢者福祉サービス(通所介護) 施設状況票

※施設状況票は「財務諸表等入力シート」11「現況報告書の区分コード」に基づいて作成されています。
 該当の施設状況票が表示されない場合は、貴法人の財務諸表等入力シート11の作成担当者にお問合せください。

※今年度の提出様式は、「2020年度」です。

年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
2020	12345	5	010

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子	電話番号	03-3438-xxxx	F A X 番号	03-3438-△△△△
会計期間 (西暦)	2020 年 4 月 1 日 ~ 2021 年 3 月 31 日				
施設名	かみややデイサービス				
施設所在地	東京都港区虎ノ門4-3-14				
施設開設年月日 (西暦)	2005 年 1 月 1 日	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください			
併設の状況	1 単独	2 特養に併設	3 その他施設に併設	宿泊サービスの有無	0 無 1 有
地域区分	[1]	[0] 1級地 [2] 2級地 [3] 3級地 [4] 4級地 [5] 5級地 [6] 6級地 [7] 7級地 [8] その他			
土地所有の状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公用地を含む)	0 無 1 有	指定管理者の指定	0 無 1 有
建物所有の状況	3	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む)	0 無 1 有		
建物の全面建替状況	1	0 無 1 有	全面建替の竣工時期 (西暦)	2015 年	1 月

新型コロナウイルス感染症による経営への影響の有無
 ※経営への影響とは、主に利用者の減少、営業自粛、自治体等からの休業要請などが含まれます。

2. 利用状況

【表1】

営業日数	340 / 365-366日		※会計期間内の開所日数を記入(利用者がいなかった日を含む)	
平日	09	00	~	15
土曜日	09	00	~	15
日曜・祝日	09	00	~	00

【表2】

定員	変更後(期末)	30
当初(期首)	35	

【表3】

報酬区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	計	事業形態
2時間以上3時間未満							0	
3時間以上4時間未満	719	380	172	110	56		1,437	1. 地域密着型
4時間以上5時間未満	2,147	2,621	1,880	243	329		7,220	2. 通常規模型
5時間以上6時間未満							0	3. 大規模型 I
6時間以上7時間未満							0	4. 大規模型 II
7時間以上8時間未満							0	
8時間以上9時間未満							0	
合計	2,866	3,001	2,052	353	385		8,657	
年度末(決算月末)における登録者数							110	

※新型コロナウイルス感染症に係る報酬算定の状況

2区分上位の報酬区分の算定	0 無 1 有
---------------	------------

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】

「通所介護事業所」と「認知症対応型通所介護事業所」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は、「1 有」を選択

営業時間帯が短縮ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。

営業を行っていない場合は、「00:00~00:00」としてください。

種類の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。

延べ利用者数の算出方法
 (例) Aさんが100日利用
 Bさんが150日利用
 → 100+150=250 と計算。

介護保険対象外の利用者および認定切り替え等により介護費別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

年度末(この事例では3月末)の乗人数を記入してください。

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。
 土地所有の状況について
 「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無を選択してください。
 建物所有の状況について
 「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無を選択してください。

定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。
 当年最初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

他の施設・事業の定員数と重複登録しないようにご注意ください。
 複数の種類の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

年度末（この事例では3月末）の実人数を記入してください。

介護予防・日常生活総合支援事業 第1号通所事業（通所介護相当サービス・緩和した基準のサービス）

区分	事業対象者・要支援1	事業対象者・要支援2	その他	合計
延べ利用者数（年間）	748	408		1,156

【表4】

年度末（決算月末）における登録者数	事業対象者・要支援1	事業対象者・要支援2	その他	合計
週1回程度の利用	8	5		13
週2回程度の利用	6	2		8
その他				
計	14	7	0	21

この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。

延べ利用者数の算出方法
 (例) Aさんが100日利用
 Bさんが150日利用
 → 100+150=250 と計算。

介護保険対象外の利用者をおよび認定切りの替え等により介護度別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

キャンセル率の把握について

※会計期間12ヶ月の平均を報告してください。

キャンセル率の把握できる仕組みを設けている	0 無 1 有	1	「1」有1の場合、月平均のキャンセル率	7.2 %
-----------------------	------------	---	---------------------	-------

【表5】 送迎範囲について

通常実施の圏域	1 5km未満	2 5km以上10km未満	3 10km以上15km未満	4 15km以上20km未満	5 20km以上	3
---------	---------	---------------	----------------	----------------	----------	---

（※）複数の該当がある場合は、一番広い圏域を選択してください

通常実施の圏域を超えたサービスの提供	0 無 1 有	0	最長送迎時間	70分
平均送迎時間	60分			

施設を出発して施設に戻ってくるまでの平均訪問時間（周回時間）を記入してください。

乗降車等の介護に有する時間は除外してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	0 無 1 有	0	中重度ケア体制加算	0 無 1 有	0	個別機能訓練加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
個別機能訓練加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	認知症加算	0 無 1 有	0	若年性認知症利用者受入加算	0 無 1 有	0
栄養改善加算	0 無 1 有	0	口腔機能向上加算	0 無 1 有	0	個別送迎体制強化加算	0 無 1 有	1
入浴介助加算	0 無 1 有	1	入浴介助体制強化加算	0 無 1 有	1	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	0 無 1 有	1
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	0 無 1 有	0	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	生活機能向上連携加算	0 無 1 有	0	ADL維持等加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1
ADL維持等加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	栄養スクリーニング加算	0 無 1 有	0	生活機能向上グループ活動加算	0 無 1 有	0
運動器機能向上加算	0 無 1 有	0	選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
事業所評価加算								

4. 共生型サービス

指定	有	無	0
0	1	1	有

「1:有」の場合
↑

共生型サービスの有無を選択してください。

運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。
段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください。

定められていない場合には、平均を記入してください。

【例】

- ・食費（1日あたり）= 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数

母体となるサービスを1:介護保険サービス 2:障害福祉サービス 選択してください	生活介護	0 1 有
指定を受けている サービスを選択してく ださい(複数選択可)	自立訓練(機能訓練・生 活訓練)	0 1 有
	児童発達支援	0 1 有
	放課後等デイサービス	0 1 有

加算の状況	サービス管理責任者配置等加算	0 1 有
	福祉専門職員配置等加算(I)	0 1 有
	福祉専門職員配置等加算(II)	0 1 有
	共生型サービス体制強化加算	0 1 有

5. 実費負担 ※会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください

食費(1日あたり)	650 円	その他(1日あたり)	150 円
-----------	-------	------------	-------

6. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理	0.7		0.7	機能訓練指導員				0.0
生活相談	3.0		3.0	(うち理学療法士)				0.0
看護師等			0.0	(うち作業療法士)				0.0
介護職員	6.5	2.2	8.7	(うち言語聴覚士)				0.0
(うち介護福祉士)	4.0	1.3	5.3	(うち看護師)				0.0
事務	0.3		0.7	介護支援専門員				0.0
栄養			0.0	宿				0.0
調理			0.0	その他				0.0
合計	14.5	3.5	18.7	合計	14.5	3.5	0.7	18.7

7. 委託の状況

給食業務(労務委託)	0 1 有	0 1 有	給食業務(全面委託)	0 1 有	0 1 有	清掃	0 1 有	0 1 有
給食業務(労務委託)	0 1 有	0 1 有	給食業務(全面委託)	0 1 有	0 1 有	清掃	0 1 有	0 1 有
洗濯	0 1 有	1 有	宿直	0 1 有	0 1 有	送迎	0 1 有	0 1 有
労務委託業務	0 1 有	0 1 有	会計委託業務	0 1 有	0 1 有	その他	0 1 有	1 有

「6. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(短期入所等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は被分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の被分について」をご参照ください。

「弁当の委託」は給食業務の委託にはあたりません。「その他」で「1有」を選択してください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1有」を選択してください。

共生型サービスを行っている場合、回答を選択してください。

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

宿直業務のみに従事している職員の数を記入してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1有」を選択してください。

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」11.現状報告書の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が表示されない場合は、貴法人の財務諸表等入力シートの作成担当者にお問合せください。
 ※今年度の提出様式は、「2020年度」です。

年度	2020	新委コード	12345	拠点コード	3	施設票番号	019
作成担当者	福祉 花子		電話番号	03-3438-x x x x		F A X 番号	03-3438-△△△△
会 計 期 間 (西暦)	2020	年	4	月	1	日	2021 年 3 月 31 日
施設名	認知症対応型老人デイサービスかみや						
施設所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-15						
施設の開設年月日 (西暦)	2000	年	1	月	1	日	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください
併設の状況	2		1 単独型 2 特養に併設 3 その他施設に併設 4 共用型		宿泊サービスの有無	0 無 1 有	
地域区分	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7] 7級地 [8] その他
土地所有の状況	2	1 法人所有 2 単地 3 一部借地 4 その他 (公営地を含む)		0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
建物所有の状況	3	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む)		0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
建物の全面代替状況	0	0 無 1 有		全面代替の竣工時期 (西暦)			

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。
 土地所有の状況について
 「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有無無償にかかわらず「(公営地を含む)」の有無も選択してください。
 建物所有の状況について
 「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有無無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

新型コロナウイルス感染症による経営への影響の有無
 ※経営への影響とは、主に利用者の減少、営業自粛、自休等からの休業要請などが含まれます。

2. 利用状況

【表1】

営業日数	325 / 365-366日		※会計期間内の閉所日数を記入(利用者がいなかった日を含む)	
営業時間	平日 09:00 ~ 16:15	土曜日 09:00 ~ 16:15	日曜・休日 00:00 ~ 00:00	※24時間営業の場合は、00:00~23:59と記入してください。
定員	12	10	2019 年 6 月	※会計期間内に複数回の定員変更があった場合は、直近の定員数を記入してください。
当初(期首)	12	10	変更(期中)	1
変更後(期末)	12	10	定員変更が「有」の場合は右欄に記入(※)	0 無 1 有

定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。
 当年最初の1回(この事例では4月1日)の1回の定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

他の施設・事業の定員数と重複登録しないようにご注意ください。
 複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

【表3】

報酬区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	計
2時間以上3時間未満 (※)							0
3時間以上4時間未満	1,030	750	240	80			2,100
4時間以上5時間未満	655	50	225				930
5時間以上6時間未満							0
6時間以上7時間未満							0
7時間以上8時間未満							0
8時間以上9時間未満							0
合計	1,685	800	465	80	0	0	3,030
年度末(決算月末)における登録者数	25 人						

※新型コロナウイルス感染症に係る報酬算定の状況
 2区分上位の報酬区分の算定
 0 無 1 有

「施設状況票」記入にあたっては
 ○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。
 【例】
 「通所介護事業所」と「認知症対応型老人通所介護事業所」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。
 営業を行っていない場合は、「00:00~00:00」としてください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。
 延べ利用者数の算出方法
 (例) Aさんが100日利用
 Bさんが150日利用
 → 100+150=250 と計算
 介護保険対象外の利用者および認定依り者等により介護保険別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

年度末(この事例で3月末)の真人数を記入してください。

介護予防・日常生活総合支援事業 第1号通所事業 (通所介護相当サービス・緩和した基準のサービス)

区分	事業対象者・要支援1	事業対象者・要支援2	その他	合計
延べ利用者数(年間)				
年度末(決算月末)における登録者数				
週1回程度の利用				
週2回程度の利用				
その他				
計				

年度末(この事例では3月末)の乗人数を記入してください。

この施設状況票に記録された決算区分についてのみ記入してください。
 延べ利用者数の算出方法
 (例) Aさんが100日利用
 Bさんが150日利用
 → 100+150=250 と計算。
 介護保険対象外の利用者および認定切りの利用者等により介護度別に計算できない利用者は、「その他」として計算してください。

キャンセル率の把握について

キャンセル率の把握できる仕組みを設けている	0 無 1 有	「1」有の場合、月平均のキャンセル率	3.5 %
-----------------------	------------	--------------------	-------

施設を出発して施設に長つてくるまでの平均訪問時間(巡回時間)を記入してください。
 乗降車等の介護に有する時間は除外してください。

会計期間末月(この事例では3月の1ヶ月分)のキャンセル率を記入してください。

【表5】 送迎範囲について

通常実施の圏域	1. 5km未満 2. 5km以上10km未満 3. 10km以上15km未満 4. 15km以上20km未満 5. 20km以上	2	
通常実施の圏域を超えたサービスの提供	0 無 1 有		
平均送迎時間	30分	最長送迎時間	40分

(※)複数の該当がある場合は、一番広い圏域を選択してください

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0」無、「1」有を選択してください。

個別機能訓練加算	0 無 1 有	1	若年性認知症利用者受入加算	0 無 1 有	栄養改善加算	0 無 1 有	1
口腔機能向上加算	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	1	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有
生活機能向上連携加算	0 無 1 有	0	栄養スクリーニング加算	0 無 1 有	0	中重度ケア体制加算	0 無 1 有
個別機能訓練加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	個別機能訓練加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	認知症加算	0 無 1 有
個別送迎体制強化加算	0 無 1 有	0	入浴介助加算	0 無 1 有	0	入浴介助体制強化加算	0 無 1 有
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	生活機能向上グループ活動加算	0 無 1 有	0	運動器機能向上加算	0 無 1 有
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0		

「3. 加算の状況」記入にあたって
 ○当年度における算定実績の有無を選択してください。

4. 共生型サービス

指定の有無	0 無 1 有	0
-------	------------	---

共生型サービスの有無を選択してください。

共生型サービスを行っている場合、回答を選択してください。

「1」有の場合

母体となるサービスを「介護保険サービス」を選択してください(障害福祉サービス)	0 無 1 有	
指定を受けているサービスを選択してください(複数選択可)		
生活介護	0 無 1 有	
自立訓練(機能訓練・生活訓練)	0 無 1 有	
サービス管理責任者配置等加算	0 無 1 有	
福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	0 無 1 有	
福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)	0 無 1 有	

連携措置等で金額が定められている場合は、その金額を記入してください。
 段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください。

定められていない場合には、平均を記入してください。
 【例】
 ・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計÷年間延べ利用者数

5. 実費負担 ※会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください

食費(1日あたり)	700 円	その他(1日あたり)	200 円
-----------	-------	------------	-------

「6. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（短期入所等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按份して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の按份について」をご参照ください。

「弁当の委託」は給食業務の委託にはあたりません。「その他」で「1有」を選択してください。

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1有」を選択してください。

6. 従事者の状況 ※会計期間の10月1日時点の状況を記入してください

主な職種の内訳	常勤職員 (a)	派遣職員等の常勤換算 (b)	合計 (a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員 (a)	派遣職員等の常勤換算 (b)	合計 (a)+(b)+(c)
管理職	1.0		1.0	機能訓練指導員	2.0		2.0
生活相談員	1.0		1.0	(うち理学療法士)	1.0		1.0
看護師等	0.5	0.5	1.0	(うち作業療法士)	1.0		1.0
介護職員 (うち介護福祉士)	3.0		3.0	(うち言語聴覚士)			0.0
	3.0		3.0	(うち看護師)			0.0
事務職員			0.0	介護支援専門員			0.0
栄養士			0.0	宿直			0.0
調理員			0.0	その他			0.0
合計				合計	7.5	0.0	8.0

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

宿直業務のみに従事している職員の数を記入してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1有」を選択してください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0無」、「1有」を選択してください。

	0無	1有	給食業務(全面委託)	0無	1有	清掃	0無	1有
給食業務(労務委託)	0	0	0	0	0	0	0	0
洗濯	0	1	宿直	0	0	送迎	0	0
労務委託業務	0	0	会計委託業務	0	0	その他	0	1

K-E 高齢者福祉サービス【認知症対応型共同生活介護】施設状況票

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」「U1.親済報告書」の「区分コード」に基づいて表示されています。
該当の施設状況票が表示されない場合は、貴法人の「財務諸表等入力シート」の作成担当者にお問合せください。

※今年度の提出様式は、「2020年度」です。

年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
2020	12345	5	030

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】

認知症対応型共同生活介護の「ユニット」ごとにサービス区分が分かれています。この場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子		電話番号	03-3438-xxxx		F A X 番号	03-3438-△△△△									
会 計 期 間 (西暦)	2020	年	4	月	1	日	2021	年	3	月	31	日				
施 設 名	グループホームかみや															
施 設 の 所 在 地 〒	東京都港区虎ノ門4-3-14															
施 設 の 開 設 年 月 日 (西暦)	2000	年	1	月	1	日	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください									
地 域 区 分	[1]	1級地	[2]	2級地	[3]	3級地	[4]	4級地	[5]	5級地	[6]	6級地	[7]	7級地	[8]	その他
土地所有の状況	2	1 法人所有	2 借地	3 一部借地	4 その他 (公有地を含む)	0 無	1 有	0	1 有	0	1 有	0	1 有	0	1 有	0
建物所有の状況	3	1 法人所有	2 賃借	3 一部賃借	4 その他 (公設を含む)	0 無	1 有	0	1 有	0	1 有	0	1 有	0	1 有	0
建物の全面建替状況	1	0 無	1 有	全面建替の竣工時期 (西暦) 2015 年 1 月												

新型コロナウイルス感染症による経営への影響の有無	0 無	1 有
--------------------------	-----	-----

※経営への影響とは、主に利用者の減少、営業自粛、営業自粛、自治体等からの休業要請などが含まれます。

2. 利用状況

※会計期間内に複数回の変更があった場合は、直近の変更内容を記入してください。

年度内における定員変更の有無	0 無	1 有	変 更 時 期 (西 暦)	2020	年	4	月
----------------	-----	-----	---------------	------	---	---	---

定員	ユニット数
当初 (期首)	1
変更後 (期末)	9
12	9

定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更後 (期末)」欄についても記入してください。
当年度初日 (この事例では4月1日) の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

延べ利用者数 (年間)	0	0	94	740	790	901	653	3,178
うち短期利用								
うち共用型認知症対応型通所介護を実施している場合は利用者数を記入してください。								3,178 人

他の施設・事業の定員数と重複登録しないようにご注意ください。
複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

年度末 (決算月末) における待機登録者数	4 人
-----------------------	-----

年度末 (この事例では3月末) の実人数を記入してください。

この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。

延べ利用者数の算出方法
(例) Aさんが100日利用
Bさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算

介護保険対象外の利用者および認定切り替え等により介護度別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

利用中の外泊や入院等を除く日数は、延べ利用者数の計算から除外してください。

同一日に利用者の入退所が重なった場合、入所・退所の両方を延べ利用者数の計算に含めてください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

夜間支援体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
夜間支援体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
看取り介護利用者受入加算	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
看取り介護加算(死亡日以前4日以上30日以下)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
看取り介護加算(死亡日)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
医療連携体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
医療連携体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
退院後の再入居受入体制	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
栄養スクリーニング加算	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
看取り体制(※)	0 不要 1 整備済	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
実績	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有

(※)看取り体制の実績の有無にかかわらず、看取り介護加算が取得できる体制が整っている場合「1 整備済」を選択してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
経脈内注射(薬剤を含む)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
選択的麻酔	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
疼痛の管理(鎮痛薬を用いるもの)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
褥瘡の処置	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
ネブライザー	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
排便	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
その他	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有

5. 実費負担

家賃(1ヶ月あたり)	55,000 円	水道光熱費(1ヶ月あたり)	21,000 円
食費(1ヶ月あたり)	1,050 円	その他(1ヶ月あたり)	350 円

6. 従事者の状況 ※会計期間の10月1日時点の状況を記入してください

主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員等の 常勤換算数 (b)	合計 (a)+(b) (c)	主な職種の内訳	常勤職員 (d)	非常勤職員等の 常勤換算数 (e)	合計 (d)+(e) (f)
管理者	0.7		0.7	機能訓練指導員			0.0
生活相談員				(うち理学療法士)			0.0
看護師等		0.1	0.1	(うち作業療法士)			0.0
介護職員(うち介護福祉士)	5.6	1.2	6.8	(うち言語聴覚士)			0.0
事務員	2.0		2.0	(うち看護師)			0.0
栄養士				介護支援専門員			0.0
調理員				(うち管理栄養士)			0.0
				その他			0.0
合計	0.4		0.4	合計	6.3	1.7	8.0

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有
洗濯	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有
労務委託業務	0 無 1 有	1	1	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有
合計				0 無 1 有	6	0 無 1 有	0 無 1 有

「6. 従事者の状況」記入にあたって

○州外事業所(入所等)と算務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP45の「職員の按分について」をご参照ください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

当年度に看取り介護加算を算定した看取り実入数を記入してください。

運営費等が金額が定められている場合には、その金額を記入してください。
段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間にもっとも利用者が多かった金額を記入してください。

定められていない場合には、平均を記入してください。

- ・食費(1ヶ月あたり)=会計期間内の食費合計÷年間延べ利用者数×30日
- ・水道光熱費等(1ヶ月あたり)=年間の水道光熱費合計÷年間延べ利用者数×30日

機能訓練指導員のうち、各資格者について、その内訳を記入してください。

宿直業務のみに従事している職員の数を記入してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

K-F 高齢者福祉サービス【小規模多機能型居宅介護】 施設状況票

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」11.現況報告書の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が表示されない場合は、貴法人の「財務諸表等入力シート」の作成担当者にお問合せ下さい。

※今年度の提出様式は、「2020年度」です。

年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
2020	12345	3	009

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分
 ごとに作成してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-xxxx	F A X 番号	03-3438-△△△△									
会 計 期 間 (西暦)	2020	年	4	月	1	日	2021	年	3	月	31	日				
施 設 名	小規模多機能型居宅介護かみや															
施 設 の 所 在 地 予	東京都港区虎ノ門4-3-13															
施 設 の 開 設 年 月 日 (西暦)	2007	年	1	月	1	日	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください									
この施設状況票の作成対象	1. 本体施設 2. サテライト施設 3. 本体施設(サテライト含む)															
地 域 区 分	[1]	1級地	[2]	2級地	[3]	3級地	[4]	4級地	[5]	5級地	[6]	6級地	[7]	7級地	[8]	その他
土 地 所 有 の 状 況	3	法人所有	2	借地	3	一部借地	4	その他 (公庫地を含む)	0	無	1	有	0			
建 物 所 有 の 状 況	1	法人所有	2	賃借	3	一部賃借	4	その他 (公設を含む)	0	無	1	有	0			
建 物 の 全 面 建 替 状 況	0	無	1	有	全面建替の竣工時期 (西暦) 年 月											

「本体施設」と「サテライト施設」が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設(サテライト含む)」を選択し、この施設状況票には「本体施設」と「サテライト施設」を合計した内容を記入してください。

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。
 土地所有の状況について
 「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。
 建物所有の状況について
 「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。
 当年度初日(この事例では4月1日)の1回の定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

他の施設・事業の定員数と重複登録しないようにご注意ください。
 複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

2. 利用状況

※経営への影響とは、主に利用者の減少、営業自粛、自治体等からの休業要請などが含まれます。
 ※会計期間内に複数回の定員変更があった場合は、直近の定員数も記入してください。

本年度における定員変更の有無	0 無	1 有
定員変更が「1:有」の場合、右欄に記入(変更後)	27	20
定員変更が「0:無」の場合、右欄に記入(変更後)		

要 支 援 種 別	【宿泊】		【通い】		【訪問】		月別登録者数 合 計
	最大定員数	9名まで	最大定員数	16名まで	最大定員数	20名まで	
要 支 援 1	60	120	80	80	20	20	
要 支 援 2	60	210	70	70	25	25	
要 介 護 1	400	1,560	456	456	100	100	
要 介 護 2	490	1,400	300	300	80	80	
要 介 護 3	150	670	50	50	40	40	
要 介 護 4	550	790	30	30	30	30	
要 介 護 5		70	60	60	7	7	
そ の 他							
合 計	1,710	4,820	1,046	1,046	302	302	

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。
 延べ利用者数の算出方法
 (例) Cさんが宿泊10日、通い100日利用
 Dさんが宿泊20日、通い30日、訪問50回利用
 →宿泊:10+20=30 通い:100+30=130 訪問:50 と計算。

介護保険対象外の利用者および認定切り替え等により介護度別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。
 1日のうち利用者の入退所がある場合、退所者と入所者の両方を延べ利用者として計上してください。

各月(4月~3月)の登録者数の合計数を記入してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	1	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	1	0 無 1 有	0 無 1 有	1
看護職員配置加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	看護職員配置加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0
看護職員配置加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	総合マネジメント体制強化加算	0 無 1 有	0	0 無 1 有	1
看護職員配置加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	サービス提供体制強化加算(イを算定)(Ⅰ)イ	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0
訪問体制強化加算	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	サービス提供体制強化加算(ロを算定)(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(イを算定)(Ⅰ)イ	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	サービス提供体制強化加算(ロを算定)(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(イを算定)(Ⅱ)イ	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(ロを算定)(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(ロを算定)(Ⅱ)ロ	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	0 無 1 有	1
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	若年性認知症利用者受入加算	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	看取り体制(※)	0 未整備 1 整備済	0	0 無 1 有	0
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	看取り体制(※)	0 未整備 1 整備済	0	0 無 1 有	0
若年性認知症利用者受入加算	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	実績の有無にかかわらず、看取り介護加算が取得できる体制が整っている場合は「1 有」を選択してください。	0 未整備 1 整備済	0	0 無 1 有	0
栄養スクリーニング加算	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	母体となるサービス等「介護保険サービス」を選択してください。障害福祉サービス	0 未整備 1 整備済	0	0 無 1 有	0

当年度に看取り介護加算を算定した看取りの実績人数を記入してください。

4. 共生型サービス

指定の有無 0 無
1 有

「1 有」の場合

母体となるサービス等「介護保険サービス」を選択してください。障害福祉サービス

共生型サービスの有無を選択してください。

生活介護	0 無 1 有	0 無 1 有
自立訓練(機能訓練・生活訓練)	0 無 1 有	0 無 1 有
児童発達支援	0 無 1 有	0 無 1 有
放課後等デイサービス	0 無 1 有	0 無 1 有
短期入所	0 無 1 有	0 無 1 有
居宅介護	0 無 1 有	0 無 1 有
重症訪問介護	0 無 1 有	0 無 1 有

共生型サービスを行っている場合、回答を選択してください。

5. 医療的ケアの実施状況

※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0
透析の管理	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	酸素療法	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	疼痛の管理	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0
療養の管理(麻薬を用いるもの)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0
褥瘡の処置	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	喀痰吸引	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0
ネプライザー	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	服薬管理(注射を除く)	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0
排便	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	一時的導尿	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0
その他	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有					

「5. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって
○当年度の実施の有無を選択してください。

運営規程等で金額が定められている場合は、その金額を記入してください。
段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください。
定められていない場合には、平均を記入してください。
【例】
・食費(1日あたり)=会計期間内の食費合計÷年間延べ利用者数

6. 実費負担

※会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください。

食費(1日あたり)	400 円	600 円	その他(1日あたり)	500 円
-----------	-------	-------	------------	-------

「7. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（短期入所等）と業務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の按分について」をご参照ください。

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

7. 従事者の状況 ※会計期間の10月1日時点の状況を記入してください

主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の 常勤換算(b)	派遣職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)	主な職種の 内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の 常勤換算(b)	派遣職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)
管理職	1.0			1.0	機能訓練指導員				0.0
生活相談員				0.0	(うち理学療法士)				0.0
看護師等				0.0	(うち作業療法士)				0.0
介護職員	3.5	6.0	1.5	11.0	(うち言語聴覚士)				0.0
(うち介護福祉士)	3.0	3.5		6.5	(うち看護師)				0.0
事務職員				0.0	介護支援専門員	1.0			1.0
栄養士				0.0	宿直				0.0
調理員				0.0	その他の				0.0
合計					合計	5.5	6.0	1.5	13.5

宿直業務のみに従事している職員の数を記入してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

8. 委託の状況

※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

	0 無	1 有	給食業務(全面委託)	0 無	1 有	清掃	0 無	1 有
給食業務(労務委託)	0	1		0	1		0	無
洗濯	0	1	宿直	0	無	送迎	0	無
労務委託業務	0	1	会計委託業務	0	無	その他	0	1

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

K-G 高齢者福祉サービス(訪問介護) 施設状況票

※今年度の提出様式は、「2020年度」です。

年度	顧客コード	拠点コード	施設番号
2020	12345	5	038

※施設状況票は、「財務諸表等入カシート」「11.施設報告書」の区分コードに連なっている必要があります。
該当の施設状況票が財務諸表等入カシートに連なっていない場合は、貴法人の「財務諸表等入カシート」の作成担当者にお問合せください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子	電話番号	03-3438-xxxx	F A X 番号	03-3438-△△△△
会 計 期 間 (西暦)	2020 年 4 月 1 日 ~ 2021 年 3 月 31 日	ヘルパーステーションかみや			
施 設 名	東京都港区虎ノ門4-3-13				
施 設 の 所 在 地 〒	105-0001				
施 設 の 開 設 年 月 日 (西暦)	1999 年 1 月 1 日	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください			
この施設状況票の作成対象	1. 本体事業所 2. サテライト事業所 3. 本体事業所(サテライト含む)				
併 設 の 状 況	1. 単独型 2. 事業所又は集合住宅に併設・隣接				
地 域 区 分	[1] 1級地 [2] 2級地 [3] 3級地 [4] 4級地 [5] 5級地 [6] 6級地 [7] 7級地 [8] その他				
土 地 所 有 の 状 況	2 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公用地を含む)	0 無 1 有			
建 物 所 有 の 状 況	3 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む)	0 無 1 有			
建 物 の 全 面 建 替 状 況	0 無 1 有	全面建替の竣工時期 (西暦)			

新型コロナウイルス感染症による経営への影響の有無	0 無 1 有
--------------------------	------------

※経営への影響とは、主に利用者の減少、営業自粛、自治体等からの休業要請などが含まれます。

2. 利用状況

【表1】

営 業 日 数	365 / 365-366日		※会計期間内の開所日数を記入(利用者がいなかった日を含む)	
平 日	00	~	23	59
土 曜 日	00	~	23	59
日 曜・祝 日	00	~	23	59

※24時間営業の場合は、00:00~23:59と記入してください。

【表2】

要 介 護	身体介護		生活援助		通院等 乗降介助
	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	20分以上 45分未満	45分以上	
延べサービス提供回数(回)	320	1,000	500	300	1,200
	800				800

※「身体介護」(生活援助)が混在する場合は、「生活援助」をそれぞれの時間に分けて入力してください。

【表3】 介護予防:日常生活総合支援事業(訪問介護)相当サービス

要 支 援	訪問型サービス				
	I (週1回程度)	II (週2回程度)	III (週2回程度を超え る程度)	IV (月4回まで)	短時間 VI (月9~12回)
年間延べ利用回数(回)	280	340	360		
年間延べ利用回数(回)					

【表4】

年度末(決算月)における登録者数	要支援	40 人	要介護	5 人	その他	0 人
年度末(決算月)における利用者数	要支援	38 人	要介護	5 人	その他	0 人

※年度末(決算月)の状況を記載してください。

年間延べ訪問回数	430 回	ケアプラン届出の状況	0 無 1 有	同一建物内サービス減算	0
----------	-------	------------	---------	-------------	---

「本体施設」と「サテライト施設」が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設(サテライト含む)」を選択し、この施設状況票には「本体施設」と「サテライト施設」を合計した内数を記入してください。

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

土地所有の状況について
「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

建物所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

会計期間内に提供したサービスの回数を記入してください。

延べ利用者数の算出方法
(例) Eさんが介護予防訪問介護Ⅰを5ヶ月間利用
Fさんが介護予防訪問介護Ⅰを12ヶ月間利用
→5+12=17 と計算

会計期間中の延べ訪問回数を記入してください。

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入カシート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】

「訪問介護事業所」と「夜間対応型訪問介護事業所」でサービス区分がされている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。

営業を行っていない場合は、該当欄で「00:00~00:00」としてください。

年度末(この事例では3月末)の登録者数を記入してください。

会計期間末月(この事例では3月の1ヶ月分)の利用実人数を記入してください。

同じ利用者に複数のサービスを提供しても利用実人数は1人と記入してください。
【例】
決算月の1ヶ月間で、Aさんが2回、Bさんが4回利用した場合→利用実人数:2人

【表5】 訪問介護の範囲について

通常実施の圏域	1 5km未満 2 5km以上10km未満 3 10km以上15km未満 4 15km以上20km未満 5 20km以上	2
利用者1人あたり平均訪問移動時間	15分	30分

※圏域の該当がある場合は、一番広い圏域を選択してください。

3. 加算等の状況 ※当年度の算定実績について、「0」無、「1」有を選択してください。

生活機能向上連携加算 (I)	0 無 1 有	0	生活機能向上連携加算 (I)	0 無 1 有	1	介護職員処遇改善加算 (I)	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算 (II)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算 (II)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算 (IV)	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算 (V)	0 無 1 有	0	介護職員等特定処遇改善加算 (I)	0 無 1 有	0	介護職員等特定処遇改善加算 (II)	0 無 1 有	0
特定事業所加算 (I)	0 無 1 有	0	特定事業所加算 (II)	0 無 1 有	0	特定事業所加算 (III)	0 無 1 有	0
特定事業所加算 (IV)	0 無 1 有	0	特別地域訪問介護加算	0 無 1 有	0	中山間地域等における介護サービス提供加算	0 無 1 有	0
中山間地域等における介護サービス提供加算	0 無 1 有	0	緊急時訪問介護加算	0 無 1 有	0	特別地域介護予防訪問介護加算	0 無 1 有	0

4. 共生型サービス
指定の有無
0 : 無 1 : 有

「1」有の場合
⇒

母体となるサービスを選択してください	1. 介護保険サービス 2. 障害福祉サービス
指定を受けているサービスを選択してください(複数選択可)	居宅介護 0 無 1 有
加算の状況	重度訪問介護 0 無 1 有
サービス管理責任者配置等加算	0 無 1 有
福祉専門職員配置等加算 (I)	0 無 1 有
福祉専門職員配置等加算 (II)	0 無 1 有
共生型サービス体制強化加算	0 無 1 有

5. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0」無、「1」有を選択してください。

経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	0 無 1 有	0	喀痰吸引	0 無 1 有	1
------------------	------------	---	------	------------	---

6. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員 (b)	派遣職員等の常勤換算 (c)	合計 (a)+(b)+(c)	常勤職員の内訳	非常勤職員等の常勤換算 (b)	派遣職員等の常勤換算 (c)	合計 (a)+(b)+(c)	
管理者	1.0			1.0	機能訓練指導員 (うち理学療法士)			0.0	
生活相談員				0.0	(うち作業療法士)			0.0	
看護師				0.0	(うち言語聴覚士)			0.0	
介護職員	5.5	2.0	0.5	8.0	(うち看護師)			0.0	
(うち介護福祉士)	5.5	2.0	0.5	8.0	介護支援専門員			0.0	
					その他			0.0	
					合計	6.5	2.0	0.5	9.0

登録ヘルパー-実人数
100人

10月1日における実人数(常勤換算不要)を記入してください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0」無、「1」有を選択してください。

労働委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	0
--------	------------	---	--------	------------	---	-----	------------	---

施設を出発して施設に戻ってくるまでの平均訪問時間(巡回時間)を記入してください。乗換車等の介護に有する時間は除外してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

共生型サービスの有無を選択してください。

「5. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○当年度の実施の有無を選択してください。

「6. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(短所入所等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は併せて記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の区分について」をご参照ください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1」有」を選択してください。

共生型サービスを行っている場合、回数を記入してください。

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1」有」を選択してください。

K-H 高齢者福祉サービス事業(夜間対応型訪問介護) 施設状況票

※今年度の提出様式は、「2020年度」です。

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」「E.現状報告書」の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が登録されない場合は、貴法人の「財務諸表等入力シート」の作成担当者にお問合せください。

年度	顧客コード	拠点コード	施設番号
2020	12345	5	008

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-XXXX			F A X 番号	03-3438-XXXX							
会 計 期 間 (西暦)	2020	年	4	月	1	日	~	2021	年	3	月	31	日			
施設名	夜間訪問介護事業所かみや															
施設の所在地	東京都港区虎ノ門4-3-13															
施設の開設年月日 (西暦)	2010	年	1	月	1	日	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください									
併設の状況	1	単独型	2	事業所又は集合住宅に併設・隣接	3	その他										
地域区分	[1]	1級地	[2]	2級地	[3]	3級地	[4]	4級地	[5]	5級地	[6]	6級地	[7]	7級地	[8]	その他
土地所有の状況	2	法人所有	2	借地	3	一部借地	4	その他 (公有地を含む)	0	無	1	有	0			
建物所有の状況	2	法人所有	2	賃借	3	一部賃借	4	その他 (公建を含む)	0	無	1	有	0			
建物の全面建替状況	0	無	1	有	全面建替の竣工時期 (西暦)											

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

土地所有の状況について
 「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

建物所有の状況について
 「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公建を含む)」の有無も選択してください。

2. 利用状況

新型コロナウイルス感染症による経営への影響の有無
 ※経営への影響とは、主に利用者の減少、営業自粛、自治体等からの休業要請などが含まれます。

営業日数	365 / 365-366日			※会計期間内の開所日数を記入(利用者がいなくなった日を含む)														
営業時間	平日	22	:	00	~	07	:	00	※24時間営業の場合は、00:00~23:59と記入してください。	日曜・祝日	22	:	00	~	07	:	00	
区分	夜間対応型訪問介護(Ⅰ)			夜間対応型訪問介護(Ⅱ)														
延べ利用者数(年間)	基本夜間対応型訪問介護			随時訪問サービス(Ⅰ)			随時訪問サービス(Ⅱ)			定期巡回サービス			夜間対応型訪問介護(Ⅱ)					
延べ訪問回数(回)	10			330			0			0			100					

会計期間内に提供したサービスの延べ訪問回数を記入してください。

年度末(この事例では3月末)の登録者数を記入してください。

施設を出発して施設に戻ってくるまでの平均訪問時間(周回時間)を記入してください。介護に有する時間は除外してください。

年度末(決算月末)における登録者数	20人
-------------------	-----

通常実施の圏域	1 5km未満	2 5km以上10km未満	3 10km以上15km未満	4 15km以上20km未満	5 20km以上	2
利用者1人あたり平均訪問移動時間	30分	利用者数の最長訪問移動時間	60分	※延べ数の該当がある場合は、一番広い圏域を選択してください		

「施設状況票」記入にあたって
 ○「財務諸表等入力シート」の「サービス区分」に作成してください。
 【例】
 「訪問介護事業所」と「夜間対応型訪問介護事業所」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。
 営業を行っていない場合は、該当欄で「00:00~00:00」としてください。

延べ利用者数の算出方法
 (例) Gさんが基本夜間対応型訪問介護を7ヶ月間利用
 Hさんが夜間対応型訪問介護Ⅱを11ヶ月間利用
 →基本夜間対応型訪問介護Ⅰ: 7ヶ月間利用
 夜間対応型訪問介護Ⅱ: 11ヶ月間利用
 と計算

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)イ	0 無 1 有
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	0 無 1 有
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有		

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○当年度の実施の有無を選択してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	0 無 1 有	略痰吸引	0 無 1 有
------------------	------------	------	------------

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(短期入所等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の按分について」をご参照ください。

5. 従事者の状況 ※会計期間の10月1日時点の状況を記入してください

主な職種の内訳	常勤職員(a)	派遣職員等の常勤換算(b)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	派遣職員等の常勤換算(b)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	1.0		1.0	機能訓練指導員			0.0
生活相談員			0.0	(うち理学療法士)			0.0
看護師等			0.0	(うち作業療法士)			0.0
介護職員	0.5	0.5	1.5	(うち言語聴覚士)			0.0
(うち介護福祉士)	0.5	0.5	1.0	(うち看護師)			0.0
				介護支援専門員			0.0
				その他			0.0
				計	1.5	0.5	2.5

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

10月1日における実人数(常勤換算は不要)を記入してください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

労務委託業務	0 無 1 有	会計委託業務	0 無 1 有	その他	0 無 1 有
--------	------------	--------	------------	-----	------------

登録ヘルパー実人数 20人

K-1 高齢者福祉サービス(訪問看護) 施設状況票

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」11.現況報告書の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が表示されない場合は、貴法人の「財務諸表等入力シート」の作成担当者にお問合せ下さい。

※今年度の提出様式は、「2020年度」です。

年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
2020	12345	3	013

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-x x x x			F A X 番号	03-3438-△△△△				
会 計 期 間 (西暦)	2020	年	4	月	1	日	~	2021	年	3	月	31	日
施設名	訪問看護ステーションかみや												
施設所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13												
施設の開設年月日 (西暦)	1995	年	1	月	1	日	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください						
種 別	1	訪問看護ステーション 2.病院又は診療所	併設の状況		1	1.単独型 2.事業所又は集合住宅に併設・隣接							
地域区分	[1]	1級地 [2] 2級地 [3] 3級地 [4] 4級地 [5] 5級地 [6] 6級地 [7] 7級地 [8] その他											
土地所有の状況	2	1.法人所有 2.借地 3.一部借地 4.その他 (公用地を含む)	併設の状況		0	0 無 1 有							
建物所有の状況	3	1.法人所有 2.賃借 3.一部賃借 4.その他 (公設を含む)	併設の状況		0	0 無 1 有							
建物の全面建替状況	0	0 無 1 有	全面建替の竣工時期 (西暦)										

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。
 土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。
 建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

新型コロナウイルス感染症による経営への影響の有無

0 無	1 有
	1

※経営への影響とは、主に利用者の減少、営業自粛、自身体等からの休業要請などが含まれます。

2. 利用状況

営業日数	365 / 365-366日		※会計期間内の開所日数を記入(利用者がいなくなった日を含む)	
営業時間	平日 08 : 30 ~	土曜日 08 : 30 ~	日曜・祝日 00 : 00 ~	※24時間営業の場合は、00:00~23:59と記入してください。

【介護保険法上の利用実人数等】

報酬区分	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	その他
利用実人数(人)	1	3	7	6	4	1	8	1
延べ訪問回数(年間)	5	110	150	115	200	20	345	5
〔うちPT、OT、STの訪問回数〕	5	110	150	115	200	20	345	5
定期巡回・随時対応型訪問看護事業所(連携型)との連携	0 無 1 有	0	0	同一建物内サービスマーケティング		0 減算無 1 減算有	0	0

【健康保険法上の利用実人数等】

健康保険法等	健康保険法等	その他
利用実人数(人)	1	
延べ訪問回数(年間)	3	

健康保険法等(後期高齢者医療制度、健康保険、国民健康保険、労働者災害補償保険および生活保護等の公費負担医療)の利用者について記入してください。

訪問看護の範囲について

通常実施の圏域(※)	1 5km未満 2 5km以上10km未満 3 10km以上15km未満 4 15km以上20km未満 5 20km以上	利用者の最長訪問移動時間	40分
利用者1人あたり平均訪問移動時間	20分	利用者の最長訪問移動時間	40分

(※) 圏域の該当がある場合は、一番広い圏域を選択してください。

施設を出発して施設に戻ってくるまでの平均訪問時間(巡回時間)を記入してください。看護に有する時間は除外してください。

「施設状況票」記入にあたって

○ 「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】

「訪問看護事業所」と「定期巡回・随時対応型訪問看護事業所」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。

営業を行っていない場合は、「00:00~00:00」としてください。

この施設状況表に記載された決算区分についてののみ記入してください。

利用実人数・延べ訪問回数の算出方法
 (例) さんが1年間に訪問を15回利用
 Jさんが1年間に訪問を25回利用
 →利用実人数:1+1=2
 延べ訪問回数:15+25=40 と計算。

介護保険対象外の利用者および認定切り替え等による介護度別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

機能強化型訪問看護 医療費(1)	0 無 1 有	機能強化型訪問看護 医療費(2)	0 無 1 有	機能強化型訪問看護 管理費(3)	0 無 1 有
退院時共同指導加算	0 無 1 有	看護・介護職員 強化加算	0 無 1 有	看護体制強化加算(Ⅰ)	0 無 1 有
看護体制強化加算(Ⅱ)	0 無 1 有	サブシブ提供体制強化加算 (おおよび口を算定する場合)	0 無 1 有	特別地域訪問看護加算	0 無 1 有
複数名訪問加算(Ⅰ)	0 無 1 有	複数名訪問加算(Ⅱ)	0 無 1 有	緊急時訪問看護加算	0 無 1 有
中山間地域等における 小規模事業所加算	0 無 1 有	中山間地域等に居住する 者へのサブシブ提供加算	0 無 1 有	タミナルケア加算	0 無 1 有
特別管理加算(Ⅰ)	0 無 1 有	特別管理加算(Ⅱ)	0 無 1 有		
看取り体制(※)	0 未整備 1 整備済	実績人数	5人		

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

当年度の看取り実績の有無にかかわらず、看取り介護加算が算定できる体制が整っている場合は、「1 整備済」を記入してください。

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○当年度の実施の有無を選択してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

血糖測定・インスリン注 射	0 無 1 有	精脈内注剤(点滴を含 む)	0 無 1 有	中心静脈栄養の管理	0 無 1 有
透折の管理	0 無 1 有	ストーマ(人工肛門)・人 工膀胱)の管理	0 無 1 有	酸素療法	0 無 1 有
レスピレーター(人工呼 吸器)の管理	0 無 1 有	気管切開のケア	0 無 1 有	疼痛の管理	0 無 1 有
疼痛の管理(麻薬を用 いるもの)	0 無 1 有	終極栄養(胃ろう・腸 ろうを含む)	0 無 1 有	モニター測定(血圧、心 拍、酸素飽和度等)	0 無 1 有
褥瘡の処置	0 無 1 有	カテーテルの管理	0 無 1 有	喀痰吸引	0 無 1 有
ネブライザー	0 無 1 有	創傷処置(褥瘡を除く)	0 無 1 有	服薬管理(注射を除く)	0 無 1 有
認知症に関する専門的 ケア	0 無 1 有	排便	0 無 1 有	洗眼	0 無 1 有
一時的導尿	0 無 1 有	その他	0 無 1 有		

5. 従事者の状況

※会計期間の10月1日時点の状況を記入してください

主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員等の 常勤換算(b)	合計 (a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員等の 常勤換算(b)	合計 (a)+(b)+(c)
管理生活保健看護	1.0		1.0	機能訓練指導員 (うち理学療法士)		0.1	0.1
看護	3.0		4.0	(うち作業療法士)		0.1	0.1
介護(うち介護福祉士)			0.0	(うち言語聴覚士)			0.0
			0.0	(うち看護師)			0.0
			0.0	介護支援専門員			0.0
			0.0	その他			0.0
合計			5.1	計	4.0	0.1	4.1

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(短期入所等)と業務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は被分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の被分について」をご参照ください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

労務委託業務	0 無 1 有	会計委託業務	0 無 1 有	その他	0 無 1 有
	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	その他	0 無 1 有

当年度に看取りの介護加算を算定した看取り実績人数を記入してください。

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

K-J 高齢者福祉サービス[定期巡回・随時対応型訪問介護看護] 施設状況票

※今年度の提出様式は、「2020年度」です。

年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
2020	12345	3	041

「施設状況票」記入にあたって
 ○「財務諸表等入力シート」のサービス区分
 ことに作成してください。

【例】

「訪問看護事業所」と「定期巡回・随時対応型訪問看護事業所」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子	電話番号	03-3438-XXXX	F A X 番号	03-3438-△△△△
会 計 期 間	2020 年 1 月 1 日	2021 年 3 月 31 日			
施設名	サポートセンターかみや				
施設所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13				
施設の開設年月日	2000 年 1 月 1 日	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください			
施設の形態	1 一体型 2 連体型 2				
施設の状況	1 単独型 2 事業所又は集合住宅に併設・隣接				
地域区分	[1] 1級地 [2] 2級地 [3] 3級地 [4] 4級地 [5] 5級地 [6] 6級地 [7] 7級地 [8] その他				
土地所有の状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公称を含む)	0 無 1 有		
建物所有の状況	3	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公称を含む)	0 無 1 有		
建物の全面建替状況	1	0 無 1 有	全面建替の竣工時期 (西暦)	2010	年 4 月

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

土地所有の状況について
 「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公称を含む)」の有無も選択してください。

建物所有の状況について
 「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公称を含む)」の有無も選択してください。

新型コロナウイルス感染症による経営への影響の有無	0 無 1 有
--------------------------	------------

※経営への影響とは、主に利用者の減少、営業自粛、自治体等からの休業要請などが含まれます。

2. 利用状況

営業日数	365 / 365-366日
------	----------------

【介護保険法上の利用実人数等】

利用実人数(※)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
訪問実人数(※)	55	65	66	45	5	
延べ定期巡回訪問回数(年)	5,700	8,500	8,400	10,900	220	
延べ随時対応訪問回数(年)	20	1,800	1,100	5,300	5	
利用実人数(※)				1	1	1
延べ定期巡回訪問回数(年)				30	20	
延べ随時対応訪問回数(年)						

(※)月ごとの利用実人数の年間合計数を介護報酬区分ごとに記入【例：毎月20人が12ヶ月利用→20人×12月=240人】

【健康保険法等の利用実人数等】

健康保険法等	健康保険法等	その他
訪問実人数(※)	1	
延べ訪問回数(年間)	20	

(※)月ごとの利用実人数の年間合計数を介護報酬区分ごとに記入

【例：毎月20人が12ヶ月利用→20人×12月=240人】

オペレーションセンターの設置の有無	0 無 1 有	1	1の場合、オペレーションセンターの設置状況	0 施設内 1 法人内 2 法人外
1月あたり平均コール件数		700	回	
市町村独自報酬取得の有無	0 無 1 有	0		

この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

利用実人数・延べ訪問回数の算出方法
 (例) さんが1年間に訪問を15回利用
 →さんが1年間に訪問を25回利用
 →利用実人数:1+1=2
 延べ訪問回数:15+25=40 と計算。

介護保険対象外の利用者および認定切り替え等により介護差別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

同じ利用者が複数回サービスを提供しても利用実人数は1人と記入してください。

健康保険法等(後期高齢者医療制度、健康保険、国民健康保険、労働者災害補償保険および生活保護等の公費負担医療)の利用者について記入してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

退院時共同指導加算	0 無 1 有	総合マネジメント体制強化加算	0 無 1 有	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	0 無 1 有	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	特別地域等に居住する者へのサービス提供加算	0 無 1 有	中山間地域等における小規模事業所加算	0 無 1 有	ターミナルケア加算	0 無 1 有	生活機能向上連携加算(Ⅰ)	0 無 1 有	実 績 人 数	0 無 1 有	0 無 1 有	1
退院時共同指導加算	0 無 1 有	総合マネジメント体制強化加算	0 無 1 有	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	0 無 1 有	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	特別地域等に居住する者へのサービス提供加算	0 無 1 有	中山間地域等における小規模事業所加算	0 無 1 有	ターミナルケア加算	0 無 1 有	生活機能向上連携加算(Ⅰ)	0 無 1 有	実 績 人 数	0 無 1 有	0 無 1 有	1

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

当年度の看取り実績の有無にかかわらず、看取り介護加算が算定できる体制が整っている場合は、「1 整備済」を記入してください。

当年度に看取り介護加算を算定した看取り実績人数を記入してください。

「4. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（短期入所等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の按分について」をご参照ください。

4. 従事者の状況 ※会計期間の10月1日時点の状況を記入してください

主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の 常勤換算(b)	派遣職員等の 常勤換算(c)		合計 (a)+(b)+(c)	主な職種の 能 力 指 導 員 (うち理学療法士) (うち作業療法士) (うち言語聴覚士) (うち看護師)	非常勤職員の 常勤換算(d)	派遣職員等の 常勤換算(e)	合計 (a)+(d)+(e)
			(a)+(b)+(c)	(a)+(d)+(e)					
管理相談員	0.5				0.5	機能訓練指導員 (うち理学療法士)			0.0
生活看護師		0.2			0.2	(うち作業療法士)			0.0
看護職員				0.3	0.3	(うち言語聴覚士)			0.0
介護職員 (うち介護福祉士)	3.0	0.5			3.5	(うち看護師)			0.0
	3.0				3.0	介護支援専門員			0.0
						オペレーター	1.5		1.5
						その他			0.0
合 計							5.0	0.7	5.7

機能訓練指導員のうち、各資格者について、その内訳を記入してください。

5. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

労務委託業務	0 無 1 有	会計委託業務	0 無 1 有	その他	0 無 1 有
労務委託業務	0 無 1 有	会計委託業務	0 無 1 有	その他	0 無 1 有

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

K-K 高齢者福祉サービス(看護小規模多機能型居宅介護) 施設状況票

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」11.現状報告書の「区分コード」に基づいて表示されています。
 ※今年度の提出様式は、「2020年度」です。
 該当の施設状況票が表示されない場合は、貴法人の「財務諸表等入力シート」の作成担当者にお問合せください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-XXXX			F A X 番号	03-3438-△△△△							
会 計 期 間 (西暦)	2020	年	4	月	1	日	~	2021	年	3	月	31	日			
施 設 名	看護小規模多機能型居宅介護事業所かみや															
施 設 の 所 在 地 区	〒 105-0001			東京都港区虎ノ門4-3-13												
施 設 の 開 設 年 月 日 (西暦)	1997	年	1	月	1	日	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください									
この施設状況票の作成対象	1. 本体施設 2. サテライト施設 3. 本体施設(サテライト含む)															
併 設 の 状 況	1 単独型 2 介護保険事業所に併設・隣接 3 診療所に併設 4 その他															
地 域 区 分	[1]	1級地	[2]	2級地	[3]	3級地	[4]	4級地	[5]	5級地	[6]	6級地	[7]	7級地	[8]	その他
土 地 所 有 の 状 況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公有地を含む) 0 無 1 有														
建 物 所 有 の 状 況	1	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む) 0 無 1 有														
建 物 の 全 面 建 替 状 況	1	0 無 1 有 全面建替の竣工時期 (西暦) 2010 年 1 月														

「施設状況票」記入にあたって
 ○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。
 複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。
 当年度初日(4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択し、「定員」の「当初」欄に変更人数を記入してください。

この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。
 延べ利用者数の算出方法
 (例) Cさんが宿泊10日、通い100日
 利用
 Dさんが宿泊20日、通い30日、
 訪問50回利用
 →宿泊:10+20=30
 通い:100+30=130
 訪問:50 と計算。
 1日のうちに利用者の入退所がある場合は、退所者と入所者の両方を延べ利用者として計上してください。

決算区分ごとに、各月(4月~3月)の登録者数の合計数を記入してください。

「本体施設」と「サテライト施設」が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設(サテライト含む)」を選択し、この施設状況票には「本体施設」と「サテライト施設」を合計した内容を記入してください。

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。
 土地所有の状況について
 「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。
 建物所有の状況について
 「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

2. 利用状況

新型コロナウイルス感染症による経営への影響の有無
 ※経営への影響とは、主に利用者の減少、営業自粛、自治体等からの休業要請などが含まれます。
 ※会計期間内に複数回の変更があった場合は、直近の変更内容を記入してください。
 年度内における定員変更の有無は「有」の場合、変更時期(西暦)は右欄に記入
 定員変更回数(西暦) 2020 年 10 月
 定員変更後(期末) 27
 定員当初(期初) 25
 (参考)利用率

要 援 1	【宿 泊】					【訪 問 介 護】(回数)					月 別 登 録 者 数 合 計	
	最大定員数	9 名	まで	最大定員数	15 名	まで	【訪問】(回数)	【介護】(回数)	【訪問】(回数)	【介護】(回数)		
要 支 援 2												
要 介 護 1		1,000		1,300		3,000		90		60		
要 介 護 2			500		500	3,700		110		30		
要 介 護 3		10		1,300		8,500		250		60		
要 介 護 4			300		300	1,500		100		15		
要 介 護 5		1,800		2,000		1,000		30		80		
そ の 他												
合 計		2,810		5,400		17,700		580		245		

他の施設・事業の定員数と重複登録しないようご注意ください。
 複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

認知症加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	認知症加算(Ⅱ)	0 無 1 有	1	退院時共同指導加算	0 無 1 有
緊急時訪問看護加算	0 無 1 有	0	特別管理加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	特別管理加算(Ⅱ)	0 無 1 有
ターミナルケア加算	0 無 1 有	0	看護体制強化加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	看護体制強化加算(Ⅱ)	0 無 1 有
訪問体制強化加算	0 無 1 有	0	若年性認知症利用者受入加算	0 無 1 有	1	総合マネジメント体制強化加算	0 無 1 有
サービス提供体制強化加算(イを算定)(Ⅰ)イ	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(イを算定)(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(イを算定)(Ⅱ)	0 無 1 有
サービス提供体制強化加算(イを算定)(Ⅲ)	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(ロを算定)(Ⅱ)イ	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(ロを算定)(Ⅰ)ロ	0 無 1 有
サービス提供体制強化加算(ロを算定)(Ⅱ)	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(ロを算定)(Ⅲ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	1	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有
介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	0 無 1 有	0	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有
栄養スクリーニング加算	0 無 1 有	1	中山間地域の居住者へのサービス提供加算	0 無 1 有	0	サテライト体制未整備減算	0 無 1 有
看護取り体制(※)	0 未整備 1 整備済	0	実績人数	0	人		

(※)看護取り体制…実績の有無にかかわらず、看護取り介護加算が取得できる体制が整っている場合「1 整備済」を選択してください。

当年度の看護取り実績の有無にかかわらず、看護取り介護加算が算定できる体制が整っている場合は、「1 整備済」を記入してください。

当年度に看護取りの介護加算を算定した看護取り実績人数を記入してください。

4. 共生型サービス

指定の有無
0 : 無 1 : 有 → 0

共生型サービスの有無を選択してください。

「1:有」の場合

母体となるサービスを「1:介護保険サービス」を選択してください 指定を受けているサービスを選択してください(複数選択可)	生活介護	0 無 1 有	1:介護保険サービス 2:障害福祉サービス	0 無 1 有
	自立訓練(機能訓練・生活訓練)	0 無 1 有		0 無 1 有
	児童発達支援	0 無 1 有		0 無 1 有
	放課後等デイサービス	0 無 1 有		0 無 1 有
	短期入所	0 無 1 有		0 無 1 有
	居宅介護	0 無 1 有		0 無 1 有
	重度訪問介護	0 無 1 有		0 無 1 有
	サービス管理責任者配置等加算	0 無 1 有		0 無 1 有
	福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	0 無 1 有		0 無 1 有
	福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)	0 無 1 有		0 無 1 有
共生型サービス体制強化加算	0 無 1 有		0 無 1 有	

共生型サービスを行っている場合、回答を選択してください。

「5. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○当年度の実施の有無を選択してください。

5. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

医療的ケアの種類	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
透析の管理	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
疼痛の管理(麻薬を用いるもの)	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
褥瘡の処置	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
ネブライザー	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
排便	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
その他	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有

運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。
段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください。

定められていない場合には、平均を記入してください。

【例】

- ・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数

6. 実費負担 ※会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください

食費(1日あたり)	300 円	滞在費(1日あたり)	450 円	その他(1日あたり)	500 円
-----------	-------	------------	-------	------------	-------

「7. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(短期入所等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の按分について」をご参照ください

7. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	1.0			1.0	機能訓練指導員				
生活相談員				0.0	(うち理学療法士)				
看護師等	3.0	0.5		3.5	(うち作業療法士)				
介護職員	9.0	3.0		12.0	(うち言語聴覚士)				
(うち介護福祉士)	8.0	1.0		9.0	(うち看護師)				
事務職員				1.0	介護支援専門員				
栄養士				0.0	宿直				
調理員				0.0	その他				
				0.0	合計				

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

宿直業務のみに従事している職員の数を記入してください。

給食業務を全面委託している場合は「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

8. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

委託の種類	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
洗濯	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
労務委託業務	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

K-M 高齢者福祉サービス[地域包括支援センター] 施設状況票

※今年度の提出様式は、「2020年度」です。

年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
2020	12345	3	007

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」11.現況報告書の「区分コード」に基づいて表示されています。
該当の施設状況票が表示されない場合は、貴法人の財務諸表等入力シートの作成担当者にお問合せください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子	電話番号	03-3438-xxxx	F A X 番号	03-3438-△△△△
会計期間 (西暦)	2020 年 4 月 1 日 ~ 2021 年 3 月 31 日	地域包括支援センターかみや			
施設名	東京都港区虎ノ門4-3-13				
施設所在地	〒105-0001	東京都港区虎ノ門4-3-13			
施設開設年月日 (西暦)	2005 年 1 月 1 日	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください			
地域区分	[1] 1級地 [2] 2級地 [3] 3級地 [4] 4級地 [5] 5級地 [6] 6級地 [7] 7級地 [8] その他				
土地所有の状況	2 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公平地を含む)	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0
建物所有の状況	2 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む)	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	
建物の全面建替状況	0 無 1 有 全面建替の竣工時期 (西暦)				
併設の状況	2 1 独立型 2 併設型				

新型コロナウイルス感染症による経営への影響の有無 0 無 1 有

※経営への影響とは、主に利用者の減少、営業自粛、自治体等からの休業要請などが含まれます。

2. 利用状況

営業日数	295 / 365-366日
相談件数	670

※会計期間内の閉所日数を記入(利用者がいなかった日を含む)

区分	受託		委託		合計 (a)+(b)+(c)
	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2	
利用実人数	68	86			

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

介護予防/小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	0 無 1 有	1
-------------------------	------------	---

4. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

主な職種の内訳	常勤職員 (a)	派遣職員等の常勤換算 (b)		合計 (a)+(b)+(c)
		要支援1	要支援2	
管理者	0.5	0.5	1.0	1.0
保健師	2.0	2.0	1.0	1.0
看護師等		0.1	1.0	1.0
合計	4.5	4.5	1.0	5.5

5. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

労務委託業務	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0
--------	------------	---	---	------------	---

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公平地を含む)」の有無も選択してください。

建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

「4. 従事者の状況」記入にあたって
○併設事業所(入所等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の按分について」をご参照ください。

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。

介護保険対象外の利用者および認定切り替え等により介護度別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

K-N 高齢者福祉サービス(居宅介護支援事業所) 施設状況票

※今年度の提出様式は、「2020年度」です。

年度	願密コード	拠点コード	施設番号
2020	12345	001	003

※施設状況票は、「財務諸表等入カセット」「11.施設報告書の「区分コード」に基づいて表示されています。該当の施設状況票が変更されない場合は、貴法人の「財務諸表等入カセット」の作成担当者にお問合せください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子		電話番号	03-3438-xxxx		F A X 番号	03-3438-△△△△						
会計期間 (西暦)	2020	年	4	月	1	日	~	2021	年	3	月	31	日
施設名	居宅介護支援事業所かみや												
施設所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13												
施設の開設年月日 (西暦)	2005 年 1 月 1 日 ※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください												
地域区分	[1] 1級地 [2] 2級地 [3] 3級地 [4] 4級地 [5] 5級地 [6] 6級地 [7] 7級地 [8] その他												
土地所有の状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公有地を含む)	0 無	1 有	0								
建物所有の状況	3	1 法人所有 2 買借 3 一部買借 4 その他 (公路を含む)	0 無	1 有	0								
建物の全面建替状況	0	0 無 1 有	全面建替の竣工時期 (西暦) 年 月										
併設の状況	2	1 独立型 2 併設型											

新型コロナウイルス感染症による経営への影響の有無 0 無 1 有

※経営への影響とは、主に利用者の減少、営業自粛、自治体等からの休業要請などが含まれます。

2. 利用状況

営業日数	227 / 365.366日
------	----------------

※会計期間内の開所日数を記入(利用者がいなかった日を含む)

介護報酬区分	委託引き受け分					受託分		
	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	その他
延べ利用者数(年間)	70	160	330	248	135	25	25	1
特定事業所集中減算の有無	0 無 1 有							

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

「4. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(短期入所等)と業務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は被分して記入してください。
○他の施設・事業の職員数と重複しないように入力してください。
※詳細はP.45の「職員の被分について」をご参照ください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

特定事業所加算(Ⅰ)	0 無 1 有	特定事業所加算(Ⅱ)	0 無 1 有	特定事業所加算(Ⅲ)	0 無 1 有
特定事業所加算(W)	0 無 1 有	入院時情報連携加算(Ⅰ)	0 無 1 有	入院時情報連携加算(Ⅱ)	0 無 1 有
退院・退所加算	0 無 1 有	小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	0 無 1 有	看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	0 無 1 有
緊急時居宅カンファレンス加算	0 無 1 有	特別地域居宅介護支援加算	0 無 1 有	中山間地域等における小規模事業所加算	0 無 1 有
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	0 無 1 有	ターミナルケアマネジメント加算	0 無 1 有		

4. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員等の常勤換算(b)		合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(d)	非常勤職員等の常勤換算(e)		合計(d)+(e)+(f)
		(a)+(b)+(c)	(d)				(e)	(f)	
管理者	1.0			1.0	その他				0.0
うち主任ケアマネジャー		1.8	0.0	1.8	合計	1.0	1.8	0.0	2.8
介護支援専門員		1.8	0.0	1.8					

5. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

労務委託業務	0 無 1 有	会計委託業務	0 無 1 有	その他	0 無 1 有
--------	---------	--------	---------	-----	---------

「施設状況票」記入にあたって
○「財務諸表等入カセット」のサービス区分ごとに作成してください。

この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。
延入利用者数の算出方法
(例) Kさんが6ヶ月間利用し、Lさんが12ヶ月間利用
→6+12=18 と計算。
認定仰りの為等々の理由で介護度別に記入できない利用者は「その他」に記入してください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

K-001

高齢者福祉サービス(養護老人ホーム) 施設状況票

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」U11.施設報告書の「区分コード」に基づいて表示されています。

該当の施設状況票が表示されない場合は、貴法人の「財務諸表等入力シート」の作成担当者にお問合せください。

※今年度の提出様式は、「2020年度」です。

年度	順番コード	拠点コード	施設票番号
2020	12345	001	002

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-x x x x			F A X 番号	03-3438-△△△△							
会 計 期 間 (西暦)	2020	年	4	月	1	日	2021	年	3	月	31	日				
施設名	養護老人ホームかみや															
施設所在地	東京都港区虎ノ門4-3-3															
施設の開設年月日 (西暦)	1980	年	1	月	1	日	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください									
この施設状況票の作成対象																
地域区分	[1]	1級地	[2]	2級地	[3]	3級地	[4]	4級地	[5]	5級地	[6]	6級地	[7]	7級地	[8]	その他
土地所有の状況	2	1法人所有	2借地	3一部借地	4その他 (公有地を含む)	0無	1有	1	0無	1有	0	0無	1有	0	0	
建物の所有の状況	2	1法人所有	2賃借	3一部賃借	4その他 (公設を含む)	0無	1有	1	0無	1有	0	0無	1有	0	0	
建物の全面建替状況	0	0無	1有	全面建替の竣工時期 (西暦)												
一般型・一言型	0	0一般	1一言	特定施設入居者生活介護の指定												
												1	1有 (外部サービス利用型)	1		

新型コロナウイルス感染症による経営への影響の有無	0無	1有
--------------------------	----	----

※経営への影響とは、主に利用者の減少、営業自粛、自治体等からの休業要請などが含まれます。

2. 利用状況

年度内における定員変更の有無	1	有	変更回数	1	2020	年	10	月
定員 (床)	当初 (期首)	48	変更後 (期末)	50				
特定施設入居者生活介護 (床)	当初 (期首)	12	変更後 (期末)	12				
合計	当初 (期首)	60	変更後 (期末)	62				

※「特定施設入居者生活介護」の定員は、うち書きではありませんのでご注意ください。

「本体施設」と「サテライト施設」が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設 (サテライト含む)」を選択し、この施設状況票には「本体施設」と「サテライト施設」を合計した内容を記入してください。

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

他のサービス区分の定員数と重複登録しないようご注意ください。複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

「年度内における定員変更の有無」が「1有」の場合、すべての認可定員の欄に記入してください。

※定員の「合計」の欄が、施設の定員数と一致するように記入してください。「特定施設入居者生活介護」の定員欄は、うち書きとして記入しないでください。

【例】

- 定員60床の養護老人ホームで、特定に変更がなく、定員が2床増床となった場合：
 - 定員：当初 (期首) 48床、変更後 (期末) 50床
 - 特定：当初 (期首) 12床、変更後 (期末) 12床

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分毎に作成をお願いいたします。

【例】「養護老人ホーム」と「特定施設入居者生活介護」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1有」を選択してください。

定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

当年度初日 (4月1日) の1回のみ定員変更があった場合は、「0無」を選択し、「定員」の「当初 (期首)」欄に変更後の人数を記入してください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

記入が必要です

当初 (期首)	48	変更後 (期末)	50
当初 (期首)	12	変更後 (期末)	12

定員の変更がある場合にはすべての定員の欄に記入

〈月別利用者数〉 ※各月末の利用者数を報酬区分別に入力してください

報酬区分	介護保険 未利用者	特定施設入居者生活介護						合計	
		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
4月	30	2	2	1	5	4	2	0	46
5月	30	1	2	2	4	6	1	1	47
6月	32	1	2	2	4	6	1	1	49
7月	32	1	2	2	4	6	1	1	49
8月	33	1	2	2	4	6	1	1	50
9月	33	0	3	2	4	6	1	1	50
10月	33	1	2	2	4	6	1	1	50
11月	32	1	2	2	4	6	1	1	49
12月	33	1	1	3	4	6	1	1	50
1月	33	1	1	3	4	6	1	1	50
2月	33	1	1	3	4	6	1	1	50
3月	32	1	2	3	4	6	1	1	50
計	386	12	22	27	49	70	13	11	590
(参考) 特定延べ利用者 数	11,748	365	669	821	1,490	2,129	395	335	17,952

介護保険の請求を行っている場合は、報酬区分ごとの月別利用者数を記入してください。

(参考)利用者

この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。
月末の利用者を報酬区分ごとに記入してください。
措置および介護保険対象外の利用者、認定切り替え等により介護度別に計算できない利用者は「介護保険未利用者」欄に記入してください。
利用中の外泊や入院等の日数は、利用人数から除外してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

寒冷地加算	0 無 1 有	1	入所者処遇特別加算	0 無 1 有	1	単身赴任手当加算	0 無 1 有	0
個別機能訓練加算	0 無 1 有	0	夜間看護体制加算	0 無 1 有	1	医療機関連携加算	0 無 1 有	0
障害者等支援加算	0 無 1 有	1	看取り介護加算(死亡日以前4日以上30日以下)	0 無 1 有	1	看取り介護加算(死亡日及び前々日)	0 無 1 有	1
看取り介護加算(死亡日)	0 無 1 有	0	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	1	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	0 無 1 有	0
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	退院・退所時連絡加算	0 無 1 有	1
入居継続支援加算	0 無 1 有	0	生活機能向上連携加算	0 無 1 有	0	若年性認知症入居者受入加算	0 無 1 有	1
口腔衛生管理体制加算	0 無 1 有	0	栄養スクリーニング加算	0 無 1 有	0	身体拘束廃止未実施減算	0 無 1 有	0
看取り体制(※)	0 未整備 1 整備済	0	実績人数	0	0	実績人数	0	0

「3. 加算の状況」記入にあたって
○当年度における算定実績の有無を選択してください。

当年度の看取り実績の有無にかかわらず、看取り介護加算が算定できる体制が整っている場合は、「1 整備済」を記入してください。

当年度に看取り介護加算を算定した看取り実績人数を記入してください。

(※)看取り体制…実績の有無にかかわらず、看取り介護加算が取得できる体制が整っている場合「整備済」を選択してください。

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○当年度の実施の有無を選択してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
透析の管理	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
レスピレーター（人工呼吸器）の管理	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
疼痛の管理（麻薬を用いるもの）	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
褥瘡の処置	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
ネブライザー	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
排便	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
その他	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（短期入所等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他のサービス区分の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の按分について」をご参照ください。

嘱託医については記入しないでください。

5. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員等の 常勤換算(b)	派遣職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員等の 常勤換算(b)	派遣職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)
施設長	1.0			1.0	看護員	1.0			1.0
医師	0.1			0.1	栄養士	1.0			1.0
生活相談員	2.0			2.0	調理員	4.0	2.5		6.5
支援員	10.0	4.2	1.3	15.5	事務員	1.0	0.5		1.5
介護職員		1.0		1.0	その他				0.0
介護支援専門員				0.0	計	20.1	8.2	1.3	29.6

※同一拠点のK-0②の従事者数と重複登録しないようご注意ください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0 無 1 有	0 給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0 清掃	0 無 1 有
洗濯	0 無 1 有	0 無 1 有	宿直	0 無 1 有	0 送迎	0 無 1 有
労務委託業務	0 無 1 有	0 無 1 有	会計委託業務	0 無 1 有	その他	0 無 1 有

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

K-02

高齢者福祉サービス(養護老人ホーム(特定)) 施設状況票

※今年度の提出様式は、「2020年度」です。

年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
2020	12345	001	001

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」「11.現況報告書の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が表示されない場合は、貴法人の「財務諸表等入力シート」の作成担当者にお問合せください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子		電話番号	03-3438-xxxx		F A X 番号	03-3438-△△△△						
会計期間(西暦)	2020	年	4	月	1	日	~	2021	年	3	月	31	日
施設名	養護老人ホームかみや												
施設の所在地	東京都港区虎ノ門4-3-13												
施設の開設年月日(西暦)	1980	年	1	月	1	日	※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください						
この施設状況票の作成対象	1. 本体施設 2. サテライト施設 3. 本体施設(サテライト含む)												
地域区分	[1]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	その他			
土地所有の状況	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	
建物所有の状況	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
建物の全面建替状況	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
一般型・盲型の有無	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
特定施設入居者生活介護の指定	1 有(外部サービス利用型) 2 有(一般型)												
新型コロナウイルス感染症による経営への影響の有無	0 無 1 有												

「本体施設」と「サテライト施設」が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設(サテライト含む)」を選択し、この施設状況票には「本体施設」と「サテライト施設」を合計した内容を記入してください。

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。
 土地所有の状況について
 「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。
 建物所有の状況について
 「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

他のサービス区分の定員数と重複登録しないようにご注意ください。
 複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

「施設状況票」記入にあたって
 ○「財務諸表等入力シート」のサービス区分毎に作成してください。
 【例】
 「養護老人ホーム」と「特定施設入居者生活介護」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。
 当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

2. 利用状況

年度内における定員変更の有無	1	有	変更時期	2020	年	10	月
特定施設入居者生活介護の定員(期首)	78	変更後(期末)	80				

※会計期間内に複数回の変更があった場合は、直近の変更内数を記入してください。

※同一拠点のK-02に特定施設入居者生活介護の定員数を入力済みの場合は入力不要です。

<月別利用者数> ※各月末の利用者数を報酬区分別に記入してください

報酬区分	特定施設入居者生活介護										合計
	介護保険未利用者	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	(参考)利用率		
4月	50	2	2	1	5	12	5	2			79
5月	50	1	2	2	5	12	5	2			79
6月	49	1	2	2	5	12	5	2			78
7月	49	1	2	2	5	12	5	2			78
8月	50	1	2	2	5	12	5	2			79
9月	50	0	3	2	5	12	5	2			79
10月	53	1	2	2	5	12	5	2			82
11月	53	1	2	2	5	12	5	2			82
12月	53	0	1	3	5	12	5	2			81
1月	53	0	0	3	5	12	5	2			80
2月	53	0	0	3	5	11	6	2			80
3月	53	0	1	3	5	11	6	2			81
計	53	8	19	27	60	142	62	24			395
(参考) 特定施設入居者数	1,612	243	578	821	1,825	4,319	1,885	730			12,013

この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。
 月末の利用者を報酬区分ごとに記入してください。
 措置および介護保険対象外の利用者、認定切り替え等により介護度別に計算できない利用者は「介護保険未利用者」欄に記入してください。
 利用中の外泊や入院等の日数は、利用人数から除外してください。

介護保険の請求を行っている場合は、報酬区分ごとの月別利用者数を記入してください。

※ 同一拠点のK-Q①に特定施設入居者生活介護の利用者数を入力済みの方は、入力不要です。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

寒冷地加算	0 無 1 有	1	0 無 1 有	0 無 1 有	1	0 無 1 有	0 無 1 有	1	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
個別機能訓練加算	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
障害者支援加算	0 無 1 有	1	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
看取り介護加算(死亡日)	0 無 1 有	1	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
入居継続支援加算	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
口腔衛生管理体制加算	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
看取り体制(※)	0 未整備 1 整備済	1	0 未整備 1 整備済	0 未整備 1 整備済	0 未整備 1 整備済	0 未整備 1 整備済	0 未整備 1 整備済	0 未整備 1 整備済	0 未整備 1 整備済	0 未整備 1 整備済	0 未整備 1 整備済	0 未整備 1 整備済
実績人数		1			5			1			5	

「3. 加算の状況」記入にあたって
 ○当年度における算定実績の有無を選択してください。

当年度の看取り実績の有無にかかわらず、看取り介護加算が算定できる体制が整っている場合は、「1 整備済」を記入してください。

当年度に看取り介護加算を算定した看取り実績人数を記入してください。

(※)看取り体制…実績の有無にかかわらず、看取り介護加算が取得できる体制が整っている場合「1 整備済」を選択してください。

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○当年度の実施の有無を選択してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	1	0 無 1 有	1	中心静脈栄養の管理	0 無 1 有
透析の管理	0 無 1 有	1	0 無 1 有	0	酸素療法	0 無 1 有
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0	疼痛の管理	0 無 1 有
疼痛の管理(麻薬を用いるもの)	0 無 1 有	1	0 無 1 有	0	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	0 無 1 有
褥瘡の処置	0 無 1 有	1	0 無 1 有	0	喀痰吸引	0 無 1 有
ネブライザー	0 無 1 有	0	0 無 1 有	1	服薬管理(注射を除く)	0 無 1 有
排便	0 無 1 有	0	0 無 1 有	1	一時的導尿	0 無 1 有
その他	0 無 1 有	0				

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(短期入所等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他のサービス区分の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の按分について」をご参照ください。

5. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員(b) 常勤換算	派遣職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)	主な職種の 内訳	常勤職員(a)	非常勤職員(b) 常勤換算	派遣職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)
施設長	1.0			1.0	看護職員	1.2			1.2
医師	0.4			0.4	栄養士	1.0			1.0
生活相談員	2.5			2.5	調理員	4.5	1.1		5.6
支援職員	5.0	1.0		6.0	事務員		0.5		0.5
介護職員	7.2		0.6	7.8	その他				0.0
介護支援専門員				0.0	計	22.8	2.6	0.0	25.4

※同一拠点のK-O①の従事者数と重複登録しないようご注意ください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有	0 無 1 有
給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0

嘱託医については記入しないでください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。