

介護老人保健施設 施設状況票

(入力例のPDFはこちら)

I-B

|                      |    |       |       |       |
|----------------------|----|-------|-------|-------|
| 法人名<br>(個人事業主の場合は氏名) | 年度 | 顧客コード | 拠点コード | 施設票番号 |
|----------------------|----|-------|-------|-------|

施設状況票入力にあたってのお願い

- 施設の状況をご確認の上、入力欄(太枠内)を入力してください。また、入力されている内容が誤っている場合は修正してください。
- 各項目の記入にあたり、指定がない場合は、会計期間末日の状況を入力してください。
- 一つの建物で複数の事業を行っている場合など、事業ごとに按分が必要な場合は各事業で調整してください。また、同じ職員が複数事業で勤務している場合などは、勤務時間や人件費で従事者を按分してください。
- 入力内容について当機構で確認後、作成担当者様にご連絡することがあります。

|       |      |                            |               |
|-------|------|----------------------------|---------------|
| 作成担当者 | 電話番号 | ※14桁以内の半角数字とハイフンで入力してください。 | FAX番号<br>(任意) |
|-------|------|----------------------------|---------------|

1. 施設の概要

|            |   |
|------------|---|
| 施設名        | 介護保険<br>事業所番号   |
| 施設の所在地     | 郵便番号 ※3桁の半角数字とハイフンと4桁の半角数字の郵便番号を入力してください。(例:105-8486)<br>住所   |
| 開設年月日      | 西暦 年 月 日 指定管理者の指定 ※行政から指定管理者として指定を受けて施設を運営している場合は「1」を入力してください。  |
| 土地・建物の所有状況 | ※次の選択肢からお選びください。(選択肢:[1] 法人所有 [2] 全て賃借(借地) [3] 一部賃借(借地) [4] その他)<br>土地の所有状況 建物の所有状況   |
| 公有地等の状況    | ※土地(建物)の一部に公有地(公設の建物)を含む場合は「1」を入力してください。<br>公有地の有無 公設の建物有無  |
| 建物の延床面積    | m <sup>2</sup> ※一つの建物で複数の事業を行っている場合は当該事業に使用している面積を入力してください。   |
| 全面建替の竣工時期  | 西暦 年 月 ※開設から全面建替を行っていない場合は空欄にしてください。<br>また、複数回行われている場合は直近の竣工時期を入力してください。  |
| 会計期間       | 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日   |
| 地域区分       | ※介護報酬における地域区分について、次の選択肢からお選びください。<br>(選択肢:[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)  |
| 施設形態       | ※介護報酬における施設類型について、次の選択肢からお選びください。なお、療養型の基本報酬の基準を満たしていない施設については、[5]を選択してください。<br>(選択肢:[1]基本型 [2]基本型(加算型) [3]在宅強化型 [4]在宅強化型(超強化型)[5]その他型 [6]療養型)                          |
| 併設の状況      | ※併設している施設について、次の選択肢からお選びください。この施設状況票の事業がサテライト型の場合は[6]を選択してください。<br>また、その他以外で複数の選択肢が該当する場合は、数字の小さいものを入力してください。<br>(選択肢:[1] 併設無し [2] 病院 [3] 診療所 [4] 特養 [5] ケアハウス [6] その他) |
| 期中の開設・廃止等  | ※期中に開設、休止、廃止、譲渡した場合、最も適当なものを次の選択肢からお選びください。<br>(選択肢:[1]開設 [2]休止 [3]廃止 [4]譲渡)<br>複数該当する場合は選択肢の番号が大きいものを優先して選択してください。   |

2. 利用状況

|            |  |      |        |
|------------|--|------|--------|
| 定員の変更(年度内) | ※年度内に定員を変更した場合は「1」を入力し、右欄に変更した時期を入力してください。年度内に複数回変更した場合は、直近の変更時期を入力してください。 | 変更時期 | 西暦 年 月 |
|------------|--|------|--------|

【定員】

| 区分                      | 当初<br>(期首) | 変更後<br>(期末) | 年間定員延数 |
|-------------------------|------------|-------------|--------|
| 入所定員(床)<br>(うち認知症専門棟定員) |            |             |        |
| 通所定員                    |            |             |        |

※通所定員の年間定員延数は、【通所】の実施状況、年間実施日数を入力すると反映されます。

【入所】

- ①定員と年間延べ利用者数について伺います。ユニット型については施設内のユニット数も入力してください。  
 <延べ利用者数の入力例>要介護1の利用者が3名、30日利用した場合、要介護1に「90」(=3名×30日)と入力してください。

|         |
|---------|
| (参考)利用率 |
|---------|

※短期入所を含む利用率

| 種類              | 定員 | ユニット数 | 延べ利用者数(年間利用日数) |      |      |      |      |      |      |     |    |
|-----------------|----|-------|----------------|------|------|------|------|------|------|-----|----|
|                 |    |       | 要支援1           | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他 | 合計 |
| ユニット型個室         |    |       |                |      |      |      |      |      |      |     |    |
| ユニット型<br>個室の多床室 |    |       |                |      |      |      |      |      |      |     |    |
| 従来型個室           |    |       |                |      |      |      |      |      |      |     |    |
| 多床室             |    |       |                |      |      |      |      |      |      |     |    |
| 合計              |    |       |                |      |      |      |      |      |      |     |    |

- ②会計期間内に介護報酬の基本部分を複数算定した場合は、基本部分ごとに算定期間と延べ利用者数を入力してください。

|         | 基本型 | 基本型<br>(加算型) | 在宅強化型 | 在宅強化型<br>(超強化型) | その他型 | 療養型 | 左記以外 | 合計 |
|---------|-----|--------------|-------|-----------------|------|-----|------|----|
| 算定期間(月) |     |              |       |                 |      |     |      |    |
| 延べ利用者数  |     |              |       |                 |      |     |      |    |

- ③新入所者数、退所者数を実人数で入力してください。また、経路別の内訳を入力してください。

|       |        |    |      |      |     |     |
|-------|--------|----|------|------|-----|-----|
| 新入所者数 | 経路別の内訳 | 家庭 | 介護施設 | 医療機関 | その他 |     |
| 退所者数  | 経路別の内訳 | 家庭 | 介護施設 | 医療機関 | 死亡  | その他 |

**【短期入所】**

| 短期入所の実施状況       | ※短期入所を実施していない場合は「0」、実施している場合は「1」を入力してください。 |       |                |      |      |      |      |      |      |     |  |    |
|-----------------|--|-------|----------------|------|------|------|------|------|------|-----|--|----|
| 種類              | 定員   | ユニット数 | 延べ利用者数(年間利用日数) |      |      |      |      |      |      |     |  | 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 |  |    |
| ユニット型個室         |  |       |                |      |      |      |      |      |      |     |  |    |
| ユニット型<br>個室的多床室 |  |       |                |      |      |      |      |      |      |     |  |    |
| 従来型個室           |  |       |                |      |      |      |      |      |      |     |  |    |
| 多床室             |  |       |                |      |      |      |      |      |      |     |  |    |
| 空床利用型           |  |       |                |      |      |      |      |      |      |     |  |    |
| 合計              |  |       |                |      |      |      |      |      |      |     |  |    |

※入所とユニットを共有する場合、ユニット数は「0」を入力してください。

|       |  |   |      |  |   |                           |
|-------|--|---|------|--|---|---------------------------|
| 新入所者数 |  | 人 | 退所者数 |  | 人 | ※新入所者数、退所者数は実人数を入力してください。 |
|-------|--|---|------|--|---|---------------------------|

**【通所】**

|             |  |  |        |  |   |
|-------------|--|--|--------|--|---|
| 通所リハビリの実施状況 |  | ※通所リハビリを実施していない場合は「0」、実施している場合は「1」を入力の上、右欄の年間実施日数を入力してください。                  | 年間実施日数 |  | 日 |
| 事業所規模区分     |  | ※介護報酬の請求に用いる事業所規模区分について、次の選択肢からお選びください。<br>(選択肢: [1]通常規模型 [2]大規模型Ⅰ [3]大規模型Ⅱ) |        |  |   |

| 延べ利用者数(年間利用日数) | 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 | (参考)利用率 | 合計 |
|----------------|------------|------|------|------|------|------|------|------|-----|---------|----|
|                |            |      |      |      |      |      |      |      |     |         |    |
|                | 1時間以上2時間未満 |      |      |      |      |      |      |      |     |         |    |
|                | 2時間以上3時間未満 |      |      |      |      |      |      |      |     |         |    |
|                | 3時間以上4時間未満 |      |      |      |      |      |      |      |     |         |    |
|                | 4時間以上5時間未満 |      |      |      |      |      |      |      |     |         |    |
|                | 5時間以上6時間未満 |      |      |      |      |      |      |      |     |         |    |
|                | 6時間以上7時間未満 |      |      |      |      |      |      |      |     |         |    |
|                | 7時間以上8時間未満 |      |      |      |      |      |      |      |     |         |    |
|                | 合計         |      |      |      |      |      |      |      |     |         |    |

|             |  |   |  |
|-------------|--|---|--|
| 年間登録者数(実人数) |  | 人 | ※年間登録者数は会計期間を通じた登録者数を入力してください(介護予防含む)。 |
|-------------|--|---|--|

**【施設に特徴的な項目】**

「在宅復帰・在宅療養支援機能指標計算書」に基づいて入力してください。

|                                  |  |   |  |  |   |            |  |       |            |       |   |
|----------------------------------|--|---|--|--|---|------------|--|-------|------------|-------|---|
| 在宅復帰率                            |  | % | ベッド回転率   |  | % | 入所前後訪問指導割合 |  | %     | 退所前後訪問指導割合 |       | % |
| 居宅サービスの実施(実施している場合は「1」を入力してください) |  |   |  |  |   | ①訪問リハ      |  | ②通所リハ |            | ③短期入所 |   |
| リハ専門職の配置割合                       |  | % | ※「在宅復帰・在宅療養支援機能指標」にて計算した値を入力してください(点数ではありません)。<br>(参考)在宅復帰・在宅療養支援機能指標が定める計算式: 常勤換算方法で算定した従事者数 ÷ 入所者数 × 100 |  |   |            |  |       |            |       |   |
| 支援相談員の配置割合                       |  | % |  |  |   |            |  |       |            |       |   |
| 要介護4又は5の割合                       |  | % | 喀痰吸引の実施割合  |  | % | 経管栄養の実施割合  |  | %     |            |       |   |

**【その他】**

居住費・食費について、施設が定める基本的な金額を日額で入力してください。運営規程等で定められていない場合は平均的な金額を入力してください。

| 居住費 | 多床室 | 従来型個室 | ユニット型個室的多床室(夫婦等の2人室を含む) | ユニット型個室(夫婦等の2人室を含む) | 食費 |     |
|-----|-----|-------|-------------------------|---------------------|----|-----|
|     |     |       |                         |                     |    | 円/日 |

当該施設について特徴的な取り組み(従事者確保、利用者確保、提供サービスや運営面の工夫、費用削減等)がある場合は教えてください。

|               |  |
|---------------|--|
| 施設の取り組み(自由記述) |  |
|---------------|--|

**3. 従事者の状況**

従事者の状況について伺います。会計期間内の10月1日時点の状況を入力してください(小数点第一位まで)。派遣職員等の常勤換算には業務委託による従事者を含みます。

| 主な職種の内訳 | 常勤 | 非常勤  |  | 派遣職員等<br>常勤換算 | 主な職種の内訳 | 常勤 | 非常勤  |  | 派遣職員等<br>常勤換算 |
|---------|----|------|--|---------------|---------|----|------|--|---------------|
|         |    | 常勤換算 |  |               |         |    | 常勤換算 |  |               |
| 医師      |    |      |  |               | 言語聴覚士   |    |      |  |               |
| 歯科医師    |    |      |  |               | 薬剤師     |    |      |  |               |
| 看護師     |    |      |  |               | 管理栄養士   |    |      |  |               |
| 准看護師    |    |      |  |               | 栄養士     |    |      |  |               |
| 介護職員    |    |      |  |               | 調理員     |    |      |  |               |
| 支援相談員   |    |      |  |               | その他の技術員 |    |      |  |               |
| 介護支援専門員 |    |      |  |               | 事務員     |    |      |  |               |
| 理学療法士   |    |      |  |               | その他     |    |      |  |               |
| 作業療法士   |    |      |  |               | 合計      |    |      |  |               |

#### 4. 加算等の状況

加算の算定状況について伺います。会計期間内に算定した実績があるもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

##### 【入所】

|                        |  |                                      |  |                           |
|------------------------|--|--------------------------------------|--|---------------------------|
| 加算の算定なし                |  | ※入所にて加算を算定していない場合は「加算の算定なし」をお選びください。 |  |                           |
| 夜勤職員配置加算               |  | 短期集中リハビリテーション実施加算                    |  | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算      |
| 認知症ケア加算                |  | 若年性認知症入所者受入加算                        |  | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)        |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)     |  | ターミナルケア加算(死亡日以前31日以上45日以下)           |  | ターミナルケア加算(死亡日以前4日以上30日以下) |
| ターミナルケア加算(死亡日以前2日又は3日) |  | ターミナルケア加算(死亡日)                       |  | 療養体制維持特別加算(Ⅰ)             |
| 療養体制維持特別加算(Ⅱ)          |  | 初期加算                                 |  | 再入所時栄養連携加算                |
| 入所前後訪問指導加算(Ⅰ)          |  | 入所前後訪問指導加算(Ⅱ)                        |  | 試行的退所時指導加算                |
| 退所時情報提供加算              |  | 入退所前連携加算(Ⅰ)                          |  | 入退所前連携加算(Ⅱ)               |
| 訪問看護指示加算               |  | 栄養マネジメント強化加算                         |  | 経口移行加算                    |
| 経口維持加算(Ⅰ)              |  | 経口維持加算(Ⅱ)                            |  | 口腔衛生管理加算(Ⅰ)               |
| 口腔衛生管理加算(Ⅱ)            |  | 療養食加算                                |  | 在宅復帰支援機能加算                |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)      |  | かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)                    |  | かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)         |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ)           |  | 認知症専門ケア加算(Ⅱ)                         |  | 認知症行動・心理症状緊急対応加算          |
| 認知症情報提供加算              |  | 地域連携診療計画情報提供加算                       |  | リハビリテーションマネジメント計画書情報加算    |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)          |  | 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)                        |  | 排せつ支援加算(Ⅰ)                |
| 排せつ支援加算(Ⅱ)             |  | 排せつ支援加算(Ⅲ)                           |  | 自立支援促進加算                  |
| 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)         |  | 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)                       |  | 安全対策体制加算                  |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)        |  | サービス提供体制強化加算(Ⅱ)                      |  | サービス提供体制強化加算(Ⅲ)           |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)          |  | 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)                        |  | 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)             |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)       |  | 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)                     |  | 介護職員等ベースアップ等支援加算          |

##### 【短期入所】

|                 |  |            |  |          |
|-----------------|--|------------|--|----------|
| 個別リハビリテーション実施加算 |  | 緊急短期入所受入加算 |  | 総合医学管理加算 |
|-----------------|--|------------|--|----------|

##### 【通所】

|                         |  |                         |  |                       |
|-------------------------|--|-------------------------|--|-----------------------|
| 感染症災害3%加算               |  | 理学療法士等体制強化加算            |  | 延長加算                  |
| リハビリテーション提供体制加算         |  | 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算  |  | 入浴介助加算(Ⅰ)             |
| 入浴介助加算(Ⅱ)               |  | リハビリテーションマネジメント加算(A)イ   |  | リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ |
| リハビリテーションマネジメント加算(B)イ   |  | リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ   |  | 短期集中個別リハビリテーション実施加算   |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) |  | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ) |  | 生活行為向上リハビリテーション実施加算   |
| 若年性認知症利用者受入加算           |  | 栄養アセスメント加算              |  | 栄養改善加算                |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)       |  | 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)       |  | 口腔機能向上加算(Ⅰ)           |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ)             |  | 重度療養管理加算                |  | 中重度者ケア体制加算            |
| 科学的介護推進体制加算             |  | 移行支援加算                  |  | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)       |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ)         |  | サービス提供体制強化加算(Ⅲ)         |  | 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)         |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)           |  | 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)           |  | 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)      |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)        |  | 介護職員等ベースアップ等支援加算        |  |                       |

#### 5. 委託の状況

委託の状況について伺います。該当するもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。業務委託を実施していない場合は、「委託なし」にのみ「1」を入力してください。

|            |  |            |  |     |  |      |  |    |  |    |  |
|------------|--|------------|--|-----|--|------|--|----|--|----|--|
| 給食業務(全面委託) |  | 給食業務(一部委託) |  | 清掃  |  | 洗濯   |  | 宿直 |  | 送迎 |  |
| 労務管理       |  | 会計・請求      |  | その他 |  | 委託なし |  |    |  |    |  |

注)「労務管理」は、給与計算、勤怠管理、就業規則の作成等の業務を委託している場合、「会計・請求」は決算業務、介護給付費の請求等の業務を委託している場合が該当します。

|         |  |   |
|---------|--|---|
| 給食委託費総額 |  | 円 ※社会福祉法人の方で、給食業務を委託している場合は、給食委託費総額(年額)を入力してください。 |
|---------|--|---|

6. 決算の状況

貸借対照表

施設別の貸借対照表を作成していない ※施設別に資産・負債を把握していない場合は「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

| 科 目  |            | 金 額(円) |   | 科 目        |               | 金 額(円) |   |
|------|------------|--------|---|------------|---------------|--------|---|
| 流動資産 | 現金及び預金     |        | 円 | 流動負債       | 支払手形          |        | 円 |
|      | 事業未収金      |        | 円 |            | 買掛金           |        | 円 |
|      | たな卸資産      |        | 円 |            | 短期借入金         |        | 円 |
|      | その他の流動資産   |        | 円 |            | 1年以内返済予定長期借入金 |        | 円 |
|      | 計          |        | 円 | 未払金・未払費用   |               | 円      |   |
| 固定資産 | 建物・構築物     |        | 円 | その他の流動負債   |               | 円      |   |
|      | 器械備品・車両    |        | 円 | 計          |               | 円      |   |
|      | その他の有形固定資産 |        | 円 | 医療機関債      |               | 円      |   |
|      | 土地         |        | 円 | 長期借入金      |               | 円      |   |
|      | 建設仮勘定      |        | 円 | 長期未払金      |               | 円      |   |
|      | 無形固定資産     |        | 円 | リース債務      |               | 円      |   |
|      | (うちソフトウェア) |        | 円 | 退職給付引当金    |               | 円      |   |
|      | その他の資産     |        | 円 | その他引当金     |               | 円      |   |
|      | (うち長期貸付金)  |        | 円 | 長期前受補助金    |               | 円      |   |
|      | 計          |        | 円 | その他の固定負債   |               | 円      |   |
|      |            |        |   | 計          |               | 円      |   |
|      |            |        |   | 資本金・基金・基本金 |               | 円      |   |
|      |            |        |   | 資本剰余金      |               | 円      |   |
|      |            |        |   | 利益剰余金・積立金  |               | 円      |   |
|      |            |        |   | (うち当期剰余金)  |               | 円      |   |
|      |            |        |   | 計          |               | 円      |   |
|      |            |        |   | 他会計調整勘定    |               | 円      |   |
|      |            |        |   | (貸借相殺して計上) |               | 円      |   |
| 合 計  |            |        | 円 | 合 計        |               |        | 円 |

損益計算書

| 科 目      |      | 金 額(円) |          | 科 目          |           | 金 額(円) |       |
|----------|------|--------|----------|--------------|-----------|--------|-------|
| 事業収入     | 事業収入 |        |          | 事業費用         | 給与費       |        | 円     |
|          |      |        |          |              | 法定福利費     |        | 円     |
|          |      |        |          |              | 退職給付費用    |        | 円     |
|          |      |        |          |              | 役員報酬      |        | 円     |
|          |      |        |          |              | 医薬品費      |        | 円     |
|          |      |        |          |              | その他の医療材料費 |        | 円     |
|          |      |        |          |              | 給食材料費     |        | 円     |
|          |      |        |          |              | 給食委託費     |        | 円     |
|          |      |        |          |              | その他の委託費   |        | 円     |
|          |      |        |          |              | リース料      |        | 円     |
| 事業支出     | 事業支出 |        |          | 賃借料          |           | 円      |       |
|          |      |        |          | 地代家賃         |           | 円      |       |
|          |      |        |          | 水道光熱費        |           | 円      |       |
|          |      |        |          | 修繕費          |           | 円      |       |
|          |      |        |          | 本部費配賦額       |           | 円      |       |
|          |      |        |          | その他の費用       |           | 円      |       |
|          |      |        |          | 減価償却費        |           | 円      |       |
|          |      |        |          | 計            |           | 円      |       |
|          |      |        |          | 事業利益         |           | 円      |       |
|          |      |        |          | 事業外収益        |           | 円      | 事業外費用 |
| (うち受取利息) |      | 円      | (うち支払利息) |              | 円         |        |       |
| 特別利益     |      | 円      | 経常利益     |              | 円         |        |       |
|          |      |        |          | 特別損失         |           | 円      |       |
|          |      |        |          | 税引前当期純利益     |           | 円      |       |
|          |      |        |          | 法人税、住民税及び事業税 |           | 円      |       |
|          |      |        |          | 当期純利益        |           | 円      |       |

長期借入金元金償還額の状況

※当該施設に係る長期借入金の返済額(利息を除く)を入力してください。当機構の他、金融機関等への返済額を含みます。

|       |  |   |
|-------|--|---|
| 通常償還分 |  | 円 |
| 一括償還分 |  | 円 |
| 合 計   |  | 円 |