

介護老人保健施設 施設状況票(社会福祉法人)

法人名 (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
2021			

I-B②

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ご記入ください。
- 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、勤務時間や人件費等で従事者数を按分してください。

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 (任意)	
-------	--	------	--	----------------------------	---------------	--

1. 基本情報

施設名					介護保険 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)								
	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1~4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)									
	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。									
	公有地の有無		公設の建物有無							
建物の延床面積		m ²	※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。また、複数回行われている場合は直近の竣工時期を記入してください。						
会計期間	西暦	年	月	日	~	西暦	年	月	日	※この施設状況票が報告する会計期間を入力してください。
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1~8からお選びください。 (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1~6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 その他型」を選択してください。 (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1~5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「5 その他」を選択してください。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。 (選択肢:[0] 併設無し [1] 病院 [2] 診療所 [3] 特養 [4] ケアハウス [5] その他)									

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。年度内に複数回の変更した場合は、直近の変更内容を入力してください。	変更時期	西暦	年	月
------------	--	---	------	----	---	---

【定員】

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

【施設に特徴的な項目】

在宅復帰率		%	※「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
ベッド回転率		%	

(参考) ベッド回転率 = 30.4 ÷ 平均在所日数(会計期間末以前3月間)

平均在所日数 = 入所者延べ日数 ÷ [(入所者数 + 退所者数) ÷ 2]

【入所】

種類	定員	ユニット数	延べ利用者数(年間)								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											
ユニット型 個室的多床室											
従来型個室											
多床室											
合計											

(参考)利用率

※会計期間内に複数の異なる基本部分を取得した場合には、次の欄に入力してください。

	基本型	基本型 (加算型)	在宅強化型	在宅強化型 (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								

※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

【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記入してください。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		ユニット型個室の多床室(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
		円/日		円/日		円/日		円/日			

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。

区分	常勤	非常勤		派遣職員等 常勤換算		常勤	非常勤		派遣職員等 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)。

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)		褥瘡マネジメント加算(Ⅲ)	
排せつ支援加算(Ⅰ)		排せつ支援加算(Ⅱ)		排せつ支援加算(Ⅲ)	
排せつ支援加算(Ⅳ)		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)		介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	
介護職員処遇改善加算(Ⅴ)		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)	

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)。

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	※給食業務の委託を行っている場合は、給食委託費総額(年額)を入力してください。
---------	--	---	---