

高齢者福祉サービス【ケアハウス(一般)】 施設状況票

K-B①

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			

**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. 施設の概要

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		公設の建物の有無												
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。									
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)														
会計期間	西暦		年		月		日	~	西暦		年		月		日
設置形態	※次の選択肢からお選びください。「1 ケアハウス」または「4 都市型」以外のお客さまについては以降の入力は不要です。 (選択肢:[1]ケアハウス [2]軽費A型 [3]軽費B型 [4]都市型)。														
併設の状況	※事業所の開設に係る状況について、次の選択肢からお選びください。 (選択肢:[0]単独(併設なし) [1]特養に併設 [2]福祉医療施設に併設 [3]福祉医療施設以外に併設)														
特定施設入居者生活介護のサービスの種類	※特定施設入居者生活介護を実施している場合は、サービス提供に係る指定状況について、次の選択肢からお選びください。 (選択肢:[1]自施設によるサービス提供 [2]外部サービス利用型)														

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
------------	--	---	------	----	--	---	--	---

【定員と年間延べ利用者数】

	定員		延べ利用者数(年間)								(参考)利用率	
	当初 (期首)	变更后 (期末)	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	
ケアハウス(特定除く)												
ケアハウス(特定施設入居者生活介護の部分)												
合計												

※ケアハウス本体と特定施設入居者生活介護とを経理上のサービス区分で分けている場合は、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と利用者を記入してください。サービス区分を分けていない場合には、この施設状況票に両方の定員を記入してください。

【施設に特徴的な項目】

看取り体制の整備状況		※看取りの実施や看取り介護加算が取得できる体制等が整っている場合は「1」を入力してください。対応実績がある場合は右の実績人数欄に実人数を入力してください。	実績人数		人
------------	--	---	------	--	---

### 3. 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)。

寒冷地加算		入所者処遇特別加算		単身赴任手当加算	
入居継続支援加算(Ⅰ)		入居継続支援加算(Ⅱ)		生活機能向上連携加算(Ⅰ)	
生活機能向上連携加算(Ⅱ)		個別機能訓練加算(Ⅰ)		個別機能訓練加算(Ⅱ)	
ADL維持等加算(Ⅰ)		ADL維持等加算(Ⅱ)		夜間看護体制加算	
若年性認知症入居者受入加算		医療機関連携加算		口腔衛生管理体制加算	
口腔・栄養スクリーニング加算		科学的介護推進体制加算		障害者等支援加算	
退院・退所時連携加算		看取り介護加算(Ⅰ) (死亡日以前31日以上45日以下)		看取り介護加算(Ⅰ) (死亡日以前4日以上30日以下)	
看取り介護加算(Ⅰ) (死亡日以前2日又は3日)		看取り介護加算(Ⅰ) (死亡日)		看取り介護加算(Ⅱ) (死亡日以前31日以上45日以下)	
看取り介護加算(Ⅱ) (死亡日以前4日以上30日以下)		看取り介護加算(Ⅱ) (死亡日以前2日又は3日)		看取り介護加算(Ⅱ) (死亡日)	
認知症専門ケア加算(Ⅰ)		認知症専門ケア加算(Ⅱ)		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)	

### 4. 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					機 能 訓 練 指 導 員				
医 師 ( 嘱 託 医 は 除 く )					( うち 理 学 療 法 士 )				
生 活 相 談 員					( うち 作 業 療 法 士 )				
看 護 師 等					( うち 言 語 聴 覚 士 )				
介 護 職 員					( うち 看 護 師 )				
( うち 介 護 福 祉 士 )					介 護 支 援 専 門 員				
事 務 員					宿 直				
栄 養 士					そ の 他				
調 理 員					合 計				

※同一拠点のK-B②の従事者数と重複しないようご注意ください。

### 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		送迎		宿直	
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。					