

3. 訪問入浴介護

基本情報項目（案）

		記入年月日		平成 年 月 日				
記入者名 部署・役職	記入者名	部署・役職						
【事業所の概要】								
事業所名				管理者の役職・氏名				
事業所の所在地	〒							
交通の方法								
電話番号・FAX番号	電話番号		FAX番号					
ホームページアドレス	あり・なし → http://www							
事業所番号								
事業所の開設年月	西暦 年 月							
営業時間 (窓口対応可能時間)	月～金曜	: ~ :	土曜	: ~ :	日曜・祝日	: ~ :		
	特記事項							
サービス提供 可能時間	月～金曜	: ~ :	土曜	: ~ :	日曜・祝日	: ~ :		
	特記事項							
サービス提供地域								
事業所が他に手がけている介護サービス								
要介護ごとの 利用者人数 (請求実績)		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
	平成 年 月 (調査前月)	人	人	人	人	人	人	人
	平成 年3月 (調査前年度末)	人	人	人	人	人	人	人
サービス提供実績	平成 年 月 1ヶ月間の提供回数							
入浴車両台数	台							

管理者の保有資格 (資格ありの場合資格名)	資格あり・資格なし 資格名				
職種別職員構成 (平成 年 月 日現在)	看護職 ※()内は男性の人数		常勤	非常勤	常勤換算後の 職員数
		1.正看護師	()人	()人	人
		2.准看護師	()人	()人	人
		合計	()人	()人	人
	介護職 ※()内は男性の人数		常勤	非常勤	常勤換算後の 職員数
		()人	()人	人	
職種別職員構成の 増減 (平成 年 月 日現在)		看護職		介護職	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤
	直近1年間の採用数	人	人	人	人
	直近1年間の退職者数	人	人	人	人
平均在職年数	年 ヶ月	年 ヶ月	年 ヶ月	年 ヶ月	
介護保険制度の一部負担以外の料金体系					
	(サービス提供地域外へ訪問する際の交通費の計算方法)				
キャンセル料の有無 及び計算方法	なし・あり →				
サービスの提供をお断りすることがある 場合、その条件					

<p>提携医療機関 (具体的医療機関名 及び診療科目名)</p>		
<p>損害賠償保険加入 の有無及び内容</p>	<p>1 事故あたりの補償上限金額</p> <p>加入なし ・ <u>加入あり</u> → 対人 (利用者) _____ 万円</p> <p>対物 (利用者の財産) _____ 万円</p>	
<p>利用者アンケート 調査の実施状況と その結果の開示</p>	<p>利用者アンケート調査の実施状況</p>	<p><u>実施あり</u> ・ 実施なし ↓ 平成 年 月に実施</p>
	<p>利用者アンケート調査結果の開示 (上記実施ありの場合記入)</p>	<p><u>開示あり</u> ・ 開示なし ↓ 開示方法 ()</p>
<p>事業の目的及び運 営の方針</p>		
<p>事業所の特徴・ アピール等自由記入 (400 字以内)</p>		

○ 自由記入欄には以下のような点も併せて記載ください。

・ 特殊技能のある従事者がいればその人数

例) 外国語対応可能 (言語別)、手話対応可能、ガイドヘルパー等

【法人の概要】

運営主体の法人名		法人の種類	
代表者氏名		運営主体の 開設年月	西暦 年 月
運営主体の所在地	〒		
運営主体の 代表電話番号・ FAX番号・ ホームページアドレス	電話番号	FAX 番号	
	ホームページアドレス あり・なし → http://www		
主たる事業内容			
訪問入浴介護 事業所数			
運営主体が他に提供 している介護サービ ス（関連法人による 実施も含めて記入、 サービス提供機関 名・種別・所在地）			
介護保険対象以外の 実施保健・医療・福祉 サービス			

4. 福祉用具貸与

基本情報項目（案）

- ※ ご回答いただけない場合は、当該欄にその理由をご記入ください。
 ※ 数字を記入する箇所については、「0」の場合は「0」と記入してください。
 ※ 特に指定していない場合は、すべて記入年月日における状況をご記入ください。

記入者名	
部署・役職	
記入年月日	平成 年 月 日

< 運営主体の概要 >

運営主体の法人名		
運営主体の所在地	〒	
法人の種類 (あてはまるものに○)	1. 株式会社 2. 有限会社 3. 社会福祉法人 4. その他(具体的に)	
運営主体の開設年月	昭和 ・ 平成 年 月	
代表者氏名		
電話番号	— —	
FAX番号	— —	
ホームページアドレス	1. 有 → (URL: http://) 2. 無	
主たる事業内容		
福祉用具貸与事業所数		
運営主体が他に提供している介護サービス(関連法人 ^{注)} による実施を含む)		
サービス種別	サービス提供機関名	所在地

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

< 事業所の概要 >

事業所名	
事業所番号	

事業所の所在地	〒			
交通の方法				
管理者役職・氏名				
事業所の開設年月	昭和	・平成	年	月
事業所が他に手がけている介護サービス（福祉用具購入・住宅改修を含む）	1. 有 →（具体的に 2. 無			
電話番号	- -			
FAX番号	- -			
ホームページアドレス	1. 有 →（URL：http:// 2. 無			
営業日時 （定休日の場合はその旨を記載。24時間制で記入。）	平日	土曜日	日曜日	祝日
	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
休業日				

<福祉用具貸与サービスの概要>

事業の目的及び運営の方針				
通常の事業の実施地域 （申請した地域を記入）				
職種別職員構成/ 常勤換算後の専門職員数/ 平均従業年数		福祉用具専門相談員 （専従・常勤）	その他	合計
	実数	人	人	人
	常勤換算後 人数	人	人	人
	平均従業年数	年		
対象種目	介護保険給付対応の取扱福祉用具		事業所に展示している福祉用具	
車いす（車いす付属品は除く）	1. 有 →（品目）	2. 無	1. 有 →（品目）	2. 無
特殊寝台（特殊寝台付属品は除く）	1. 有 →（品目）	2. 無	1. 有 →（品目）	2. 無
じょく瘡予防用具	1. 有 →（品目）	2. 無	1. 有 →（品目）	2. 無
体位変換器	1. 有 →（品目）	2. 無	1. 有 →（品目）	2. 無
手すり	1. 有 →（品目）	2. 無	1. 有 →（品目）	2. 無
スロープ	1. 有 →（品目）	2. 無	1. 有 →（品目）	2. 無
歩行器	1. 有 →（品目）	2. 無	1. 有 →（品目）	2. 無
歩行補助つえ	1. 有 →（品目）	2. 無	1. 有 →（品目）	2. 無
痴呆性老人徘徊感知機器	1. 有 →（品目）	2. 無	1. 有 →（品目）	2. 無
移動用リフト（つり具の部分は除く）	1. 有 →（品目）	2. 無	1. 有 →（品目）	2. 無

対象種目	福祉用具貸与の実績		介護保険制度の料金体系 (1か月当たりの利用者負担額)		
	記入日の前月の請求実績にも とづく実利用者数 (平成 年 月請求分)		最高利用料	最低利用料	
車いす (車いす附属品は除く)	人		円	円	
特殊寝台 (特殊寝台附属品は除く)	人		円	円	
じょく瘡予防用具	人		円	円	
体位変換器	人		円	円	
手すり	人		円	円	
スロープ	人		円	円	
歩行器	人		円	円	
歩行補助つえ	人		円	円	
痴呆性老人徘徊感知機器	人		円	円	
移動用リフト (つり具の部分は除く)	人		円	円	
支払方法					
キャンセル料の有無 及び計算方法	1. 有 → (具体的な計算方法)) 2. 無				
苦情・相談窓口	開設日時	(曜日)			
		(時間: 24時間制で記入)	:	~	:
	電話番号	-	-		
	FAX番号	-	-		
レンタル商品の卸元	1. すべて自社所有 (他社からの卸なし) 2. 一部他社からの卸 → (卸元の法人名 (会社名) 具体的に) 3. すべて他社からの卸 →				
消毒業務委託先	1. すべて自社 (他社への委託なし) 2. 一部他社へ委託 → (委託先の法人名 (会社名) 具体的に) 3. すべて他社へ委託 →				
配送業務委託先	1. すべて自社 (他社への委託なし) 2. 一部他社へ委託 → (委託先の法人名 (会社名) 具体的に) 3. すべて他社へ委託 →				
認定・賞等	1. 有 → (具体的に)) 2. 無				
事業所の特徴・ アピール等自由記入					

5. 通所介護

基本情報項目(案)

※1 この基本情報項目は、単位ごとに作成してください

記入者名			記入年月日	平成 年 月 日				
部署・役職								
運営主体の法人名			法人の種類					
運営主体の所在地			運営主体の開設年月	明治、大正、昭和、平成 年 月				
代表者氏名								
運営主体の代表電話番号・FAX番号・ホームページアドレス	電話番号			FAX番号				
	ホームページアドレス	有・無						
事業所名			事業所番号					
事業所の開設年月	平成 年 月		(指定年月日)	(平成 年 月 日)				
管理者役職・氏名			交通の方法					
事業所の所在地	〒							
連絡先	電話番号			FAX番号				
	ホームページアドレス	有・無						
事業所が他に手がけている介護サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・訪問リハビリテーション ・通所リハビリテーション ・認知症対応型共同生活介護 ・介護老人福祉施設 ・介護療養型医療施設以外の病院 ・軽費老人ホーム(A型、B型、ケアハウス) ・訪問入浴介護 ・居宅療養管理指導 ・短期入所生活介護 ・特定施設入所者生活介護 ・介護老人保健施設 ・介護療養型医療施設以外の診療所 その他() ・訪問看護 ・通所介護 ・短期入所療養介護 ・福祉用具貸与 ・介護療養型医療施設 							
事業の目的および運営の方針								
事業所の特徴・アピール等自由記入※2								
サービスの種類	指定サービス ・ 基準該当サービス		通所介護の種別		一般型 ・ 認知症専用型			
併設・単独の別	併設型 ・ 単独型		定員		人			
要介護ごとの利用登録者人数*3	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	年 月 現在
職種別職員構成	管理者	生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員	その他の職種	計	年 月 現在
常勤換算後の専門職員数	管理者	生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員	その他の職種	計	年 月 現在
	専任・兼務							

サービス提供日	月・火・水・木・金・土・日・祝日（休業日）							
開所時間	～（時間延長の有無 有・無）							
サービス利用可能時間帯	所要時間	サービス利用可能時間帯						
	2～3時間	～						
	3～4時間	～						
	4～6時間	～						
	6～8時間	～						
	8～10時間	～						
送迎の状況	送迎車両の運行地域					リフト車両の有無		
	送迎車両の形態等					有・無		
事業所における業務の提携・委託の状況 ※4	種別	事業所名				電話番号		
建物設備の状況	建物の構造			配置階			延床面積	m ²
	食堂および機能訓練室の面積	合計(m ²)…(a) うち食堂(m ²) うち機能訓練室(m ²) (または機能訓練コーナー)				利用定員当たりの面積 (a)÷定員	m ²	
	静養室	m ²	相談室	m ²			有・無	
	トイレ	設置数	ヶ所		浴室	一般浴対応		
		男女別対応	有・無			特浴対応		
		車椅子対応	有・無			個浴対応		
福祉用具の状況	車椅子	有・無	杖	有・無	歩行器	有・無		
	その他自由記入							
通所介護費は介護度、所要時間、施設タイプに応じて、法令により定められた額の1割を利用者が負担することになっています								
個人負担の利用料 (1回当たりの本人負担額)	食事サービス	円		一般入浴サービス	円			
	送迎サービス(片道)	円		特別入浴サービス	円			
	機能訓練サービス	円		時間延長サービス	円			
	介護保険制度の一部負担以外の料金体系	種別	料金		種別	料金		
		円			円			
		円			円			
キャンセル料の有無および計算方法	有・無							
利用を制限する場合のある利用者の状況								
苦情処理体制	内部担当者	(電話番号:)			外部連絡先	(電話番号:)		

※1 この基本情報項目は、単位ごとに作成してください。

※2 サテライトデイ等を行う場合には、その概要も記入してください。また認知症(痴呆)高齢者向けプログラム等を実施の場合は、その概要を記入頂いても結構です。

※3 利用契約をしている(登録を抹消していない)方については、最近の利用状況の有無に関らず計上してください。

※4 協力医療機関がある場合や、食事等で外注サービスがある場合に記入してください。

6. 特定施設入所者生活介護（有料老人ホーム）

基本情報項目(案)

基本情報項目 ①

記入者情報

記入者名		部署・役職	
記入年月日	年 月 日		

1. 事業主体概要

運営主体の法人名		法人の種類	
運営主体の開設年月日	年 月 日	代表者氏名	
運営主体の所在地	〒		
代表電話番号		FAX 番号	
ホームページアドレス	・なし ・あり ⇒ http://		
主な出捐者・出資者・株主構成			
主な出捐者・出資者の事業内容			
運営主体が他に提供している介護サービス（関連法人 [※] による実施も含めて記入、サービス提供機関名・種別・所在地）			
サービス提供機関名	種別	所在地	

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

2. 事業所(施設)の概要

事業所(施設)名		管理者役職・氏名	
事業所(施設)の開設年月日	年 月 日		
(特定施設入所者生活介護事業所の)指定年月日	年 月 日		
(特定施設入所者生活介護事業所の)事業所番号			
事業(施設)の目的および運営方針			
入居要件			
事業所(施設)の所在地	〒		
交通の方法			
連絡先	電話番号		FAX 番号
	ホームページアドレス	・なし ・あり⇒http://	
敷地概要 (権利関係)	<ul style="list-style-type: none"> 事業主体保有(抵当権なし) 事業主体保有(抵当権あり) 賃借(借地) ⇒契約期間 年 月まで ⇒自動更新 ・あり ・なし	建物概要 (権利関係)	<ul style="list-style-type: none"> 事業主体保有(抵当権なし) 事業主体保有(抵当権あり) 賃借(借家) ⇒契約期間 年 月まで ⇒自動更新 ・あり ・なし
	敷地面積	m ²	延床面積

居室の概要	種類	室数	定員	広さ		
	一般居室個室 *夫婦で入居する居室を含む	室	名	最多	m ² (m ² ~ m ²)	
居室の概要	一般居室相部屋	室 (人部屋)	名	人部屋	m ² ~	m ²
		室 (人部屋)		人部屋	m ² ~	m ²
		室 (人部屋)		人部屋	m ² ~	m ²
	介護居室個室	室	名	最多	m ² (m ² ~ m ²)	
		室 (人部屋)		人部屋	m ² ~	m ²
		室 (人部屋)		人部屋	m ² ~	m ²
介護居室相部屋	室 (人部屋)	名	人部屋	m ² ~	m ²	
	室 (人部屋)		人部屋	m ² ~	m ²	
	室 (人部屋)		人部屋	m ² ~	m ²	
一時介護室	室 (人部屋)	名	人部屋	m ² ~	m ²	
	室 (人部屋)		人部屋	m ² ~	m ²	
	室 (人部屋)		人部屋	m ² ~	m ²	
介護専用棟 (階) の有無		・ あり ・ なし				
トイレの設備						
浴室・シャワーの設備						
緊急通報装置の設置		・ 各居室内にあり ・ なし				
外線電話回線の有無		・ 各居室内にあり ・ 居室外のみ	テレビ回線の有無	・ 各居室内にあり ・ 居室外のみ		
業界団体への加盟状況	全国団体					
	地域的組織					
第三者評価の審査状況						
事業所(施設)が他に手がけている介護サービス						
事業所(施設)の特徴・アピール等自由記入 (400字以内)						

3. 利用料

年齢逡減法の有無	・あり ・なし
----------	---------

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

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

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

※ 税込表示のこと。

□入居要件が自立者のため該当なし	
居室の条件	
費用の納入方式	
一時金 [*] (介護等費用の一時金を除く)	円 □一時金がない場合はここに印
[*] 一般居室や介護居室、共用部分の利用権のための家賃相当額に充当されるもの	
名称	
用途	
償却	償却開始 ・入居月 ・入居月以外:(説明)
	初期償却(一時金のうち、入居期間にかかわらず返還されない金額の割合) % 償却年数 年 (ヵ月)
	※理由のいかんに関わらず返却されない場合は100%
解約時返還金の計算式	
返還金の支払を担保するための措置の有無及び当該措置の内容	・あり ・なし ⇒ ありの場合の内容 ()
介護費用等の一時金 [*] (介護保険の対象外の費用)	円 □一時金がない場合はここに印
[*] 手厚い介護サービスを提供するために介護保険の人員基準を超える職員を配置するために使われるもの	
名称	
償却	償却開始 ・入居月 ・サービス開始月 ・左記以外:(説明)
	初期償却 % 償却年数 年 (ヵ月)
解約時返還金の計算式	
返還金の支払を担保するための措置の有無及び当該措置の内容	・あり ・なし ⇒ ありの場合の内容 ()
積算根拠	□ 介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づいている場合はここに印
介護費用等の一時金 [*] (介護保険の対象外の費用)	円 □一時金がない場合はここに印
[*] 個別的な選択による介護サービスを提供するために使われるもの	
名称	
用途	
償却	償却開始 ・入居月 ・サービス開始月 ・左記以外:(説明)
	初期償却 % 償却年数 年 (ヵ月)
解約時返還金の計算式	
返還金の支払を担保するための措置の有無及び当該措置の内容	・あり ・なし ⇒ ありの場合の内容 ()
その他入居時に必要な一時金 ※上記三つ以外のもの	円
名称	
用途	
解約時返還金の計算式	
返還金の支払を担保するための措置の有無及び当該措置の内容	・あり ・なし ⇒ ありの場合の内容 ()
その他一時金に関する説明	

月額利用料	円/月
管理費	円/月
用途	
食費 (1日3食、30日食べた場合)	円/月
食べなかった場合も費用が徴収されるか	・徴収する ・徴収せず
光熱水費	円/月
介護費用(介護保険に係る利用料を除く)	円/月 (内、a: 手厚い介護サービスを提供するために介護保険の人員基準を超える職員を配置するために使われるもの) 円/月 (内、b: 個別的な選択による介護サービスを提供するために使われるもの)
積算根拠	<input type="checkbox"/> aについて介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づいている場合はここに印
家賃相当額	円/月
その他	円/月
具体的説明	
介護月額利用料に関する説明 (個別的な選択による介護サービス費用を徴収する場合は具体的な内容を説明)	
その他月額利用料に関する説明	
損害賠償額の予定(違約金を含む)に関する定めの有無及びその内容	
上記以外に別途料金を徴収する場合(都度払いサービスなど)の具体的な内容と金額	

(2) 75歳、自立(非該当)の新規入所者の場合を想定してご記入ください。

※ 入居要件が要支援・要介護者のみの場合は記入の必要はありません。その場合は下の欄にチェックをして下さい。

<input type="checkbox"/> 入居要件が要支援・要介護者のみのため該当なし	
居室の条件	
費用の納入方式	
一時金※ (介護等費用の一時金を除く)	円 <input type="checkbox"/> 一時金がない場合はここに印
※ 一般居室や介護居室、共用部分の利用権のための家賃相当額に充当されるもの	
名称	
償却	償却開始 <input type="checkbox"/> 入居月 <input type="checkbox"/> 入居月以外:(説明) _____
	初期償却(入居期間にかかわらず返還されない一時金の割合) _____ % 償却年数 _____ 年 (_____ カ月)
※ 理由のいかんにかかわらず返却されない場合は100%	
解約時返還金の計算式	
返還金の支払を担保するための措置の有無及び当該措置の内容	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ⇒ ありの場合の内容 (_____)
介護費用等の一時金※ (介護保険の対象外の費用)	円 <input type="checkbox"/> 一時金がない場合はここに印
※ 手厚い介護サービスを提供するために介護保険の人員基準を超える職員を配置するために使われるもの	
名称	
償却	償却開始 <input type="checkbox"/> 入居月 <input type="checkbox"/> サービス開始月 <input type="checkbox"/> 上記以外:(説明) _____
	初期償却 _____ % 償却年数 _____ 年 (_____ カ月)
解約時返還金の計算式	
返還金の支払を担保するための措置の有無及び当該措置の内容	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ⇒ ありの場合の内容 (_____)
積算根拠	<input type="checkbox"/> 介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づいている場合はここに印

介護費用等の一時金※ (介護保険の対象外の費用)		円 □ 一時金がない場合はここに印	
※個別の選択による介護サービスを提供するために使われるもの			
名称			
使途			
償却	償却開始	・入居月 ・サービス開始月 ・左記以外：(説明) _____	
	初期償却	%	償却年数 _____ 年 (_____ ヵ月)
解約時返還金の計算式			
返還金の支払を担保するための措置の有無及び当該措置の内容	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ⇒ ありの場合の内容 (_____)		
その他入居時に必要な一時金 ※上記三つ以外 のもので自立者に対する生活支援サービスに関する費用		円	
名称			
使途			
解約時返還金の計算式			
返還金の支払を担保するための措置の有無及び当該措置の内容	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ⇒ ありの場合の内容 (_____)		
その他一時金に関する説明			

月額利用料	円/月
管理費	円/月
使途	
食費 (1日3食、30日食べた場合)	円/月
食べなかった場合も費用が徴収されるか	・徴収する ・徴収せず
光熱水費	円/月
介護費用(介護保険に係る利用料を除く)	円/月 (内、a: 手厚い介護サービスを提供するために介護保険の人員基準を超える職員を配置するために使われるもの) 円/月 (内、b: 個別の選択による介護サービスを提供するために使われるもの)
積算根拠	<input type="checkbox"/> aについて介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づいている場合はここに印
家賃相当額	円/月
その他	円/月
具体的説明	
介護月額利用料に関する説明 (個別の選択による介護サービス費用を徴収する場合は具体的な内容を説明)	
その他月額利用料に関する説明	
損害賠償額の予定(違約金を含む)に関する定めの有無及びその内容	
上記以外に別途料金を徴収する場合(都度払いサービスなど)の具体的な内容と金額	

4. 居室の住み替え

要介護時(痴呆を含む)に介護を行う場所		
入居後に居室または事業所(施設)を住み替える場合	一時介護室へ移る場合 (判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い、入居一時金償却の調整の有無、従前の居室からの面積の増減の有無、従前居室との仕様(トイレ、浴室、洗面、台所等)の変更の有無等)	
	介護居室へ移る場合 (同上)	
	その他 (同上)	

5. 協力医療機関の概要および協力内容

(病院・一般診療所・歯科診療所・嘱託医など)

(平成 年 月 日現在)

協力医療機関の名称	診療科目	所在地と交通の便	協力内容	医療保険外の負担の有無

6. 入居状況等

(平成 年 月 日現在)

定員数	人							
現在の入居者数・属性	自立・未認定※ ¹	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満	人	人	人	人	人	人	人	人
65～74歳	人	人	人	人	人	人	人	人
75～84歳	人	人	人	人	人	人	人	人
85歳以上	人	人	人	人	人	人	人	人
合計	人	人	人	人	人	人	人	人
↑ ※ ¹ 特定施設入所者生活介護の給付対象ではない利用者の数はここにご記入ください。								
入居者の平均年齢	歳	入居者の男女別人数		男性	人	女性	人	人
入居率	(入院・外泊等で不在となっている入所者も含める)						%	
入居期間の分布	6カ月未満	6カ月～1年未満	1年～5年未満	5年～10年未満	10年～15年未満	15年以上	(参考)施設が開設されてからの年数	
	人	人	人	人	人	人	今年で 年目	
年間退去者数: 調査時点から遡って1年間の間の退去者数								
退去先別人数	自立・未認定※ ¹	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
死亡	人	人	人	人	人	人	人	人
他施設	人	人	人	人	人	人	人	人
病院	人	人	人	人	人	人	人	人
在宅	人	人	人	人	人	人	人	人
その他	人	人	人	人	人	人	人	人
合計	人	人	人	人	人	人	人	人

7. 職員体制

(平成 年 月 日現在)

(1) 職種別職員構成								
	事業所(施設)全体の職員数 ^{※1} (有料老人ホーム全体)			うち特定施設入所者生活 介護を提供する職員数			夜間勤務 職員数 (最少時)	備考
	職員実人数		常勤換算 後の人数	職員実人数		常勤換算 後の人数	(時~ 時)	
	うち常勤 の人数	うち常勤 の人数						
施設長	人	人	人	人	人	人	人	
生活相談員	人	人	人	人	人	人	人	
直接処遇職員 ^{※2}	人	人	人	人	人	人	人	
介護職員	人	人	人	人	人	人	人	
看護職員	人	人	人	人	人	人	人	
機能訓練指導員	人	人	人	人	人	人	人	
計画作成担当者	人	人	人	人	人	人	人	
医師	人	人	人	人	人	人	人	
栄養士	人	人	人	人	人	人	人	
調理員	人	人	人	人	人	人	人	
事務職員	人	人	人	人	人	人	人	
その他職員	人	人	人	人	人	人	人	
直接処遇職員の人数(常勤換算・自立者 対応の人数を除く)								
要介護者等の人数に対する直接処遇職 員の人数の割合(常勤換算後)			: 以上 (小数点以下第1位まで)					
常勤換算方法の考え方								
(2) 事業所(施設)全体の有資格者等の人数 ^{※3}								
介護福祉士	社会福祉士		ヘルパー1級		ヘルパー2級		ケアマネジャー	
	うち常勤 の人数	うち常勤 の人数	うち常勤 の人数	うち常勤 の人数	うち常勤 の人数	うち常勤 の人数	うち常勤 の人数	
人	人	人	人	人	人	人	人	人
介護職員 の年齢	20代以下	30代	40代	50代	60代以上	介護職員 の男女別 人数	女性	男性
	人	人	人	人	人		人	人
職員の特徴・アピール等(自 由記入; 200字以内)								

※1 常勤職員数には、事業所(施設)が雇用していない者は含まない。例えば、併設施設がある場合の当該施設の医師、看護師その他の職員数は含まない。

※2 直接処遇職員には、要介護者等に対して介護サービスを提供する職員および自立者に対して一時的な介護その他日常生活に必要な援助を行う職員を含む。

※3 複数取得者も数える

8. 経営内容の開示

(平成 年 月 日現在)

決算書（収支計算書・事業活動計算書・貸借対照表・財産目録）の開示	<ul style="list-style-type: none"> ・ 詳細な財務諸表形式での開示 ・ 文章等による決算内容の概略の開示 ・ なし 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 印刷物 ・ ホームページ ・ その他（ ） 	
	開示の制限	ある ない
事業報告書の開示	<ul style="list-style-type: none"> ・ 詳細な事業報告書形式での開示 ・ 文章等による事業報告の概略の開示 ・ なし 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 印刷物 ・ ホームページ ・ その他（ ） 	
	開示の制限	ある ない
事業(施設)の目的および運営の方針の公開	<ul style="list-style-type: none"> ・ あり ・ なし 	
	公開の制限	ある ない
一般に公開しているもの（請求がなくても常に公開）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入居案内パンフレット ・ 重要事項説明書 ・ 利用規程 ・ ホームページ ・ その他の施設運営に関わる資料 	
	公開の制限	ある ない

基本情報項目 ②

～提供している介護保険給付・介護保険給付外サービスと料金徴収について～

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

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

※ A、B、C については複数回答可