

7. 介護老人福祉施設

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。

記入者名		部署・役職	
記入年月日	年 月 日		

1. 事業者属性

設置主体の法人名（事業者名）	(フリガナ)		
法人の種類	・社会福祉法人 ・地方公共団体 ・その他（ ）		
設置主体の所在地 代表電話番号・FAX番号			
ホームページアドレス	ある・なし	http://www.	
運営主体	・設置主体と同じ ・設置主体より受託 ・その他（ ）		
	設置主体と異なる場合、 実質的な経営権の所在	設置主体	運営主体 その他
運営主体が設置主体と異なる場合	(フリガナ)		
運営主体の法人名（事業者名）			
法人の種類	・社会福祉法人 ・地方公共団体 ・その他（ ）		
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	ある・なし	http://www.	
運営主体の開設年月	(明治・大正・昭和・平成)	年	月
運営主体の代表者氏名			
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、当てはまるものに○；複数回答）（但し同一都道府県内における高齢者関連サービスのみ）	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・訪問入浴介護 ・訪問看護 ・デイサービス ・ショートステイ ・居宅介護支援 ・グループホーム ・軽費老人ホーム（A型、B型、ケアハウス） ・有料老人ホーム ・福祉用具レンタル、販売 ・老人保健施設 ・デイケア（通所リハビリテーション） ・介護療養型医療施設 ・一般病院 ・診療所 ・その他（ ） 		
サービス提供機関名および所在地（上の提供サービス毎に記入）	サービス種別	機関名	所在地
事業(施設)の目的及び運営の方針			

2. 事業所(施設)の概要

事業所(施設)名	(フリガナ)		
事業所(施設)の所在地・電話番号・FAX番号			
ホームページアドレス	ある・なし	http://www.	
交通の方法			

事業所番号（介護保険指定番号）							
事業所（施設）の開設年月	(明治・大正・昭和・平成) 年 月						
管理者の役職・氏名	役職：			氏名：			
施設に併設・隣設している施設 (病院、老人保健施設など)	施設種別	名称		住所			
施設が他に手がけている介護サービス							
定員数	人		ショートステイ定員			人	
入所者数・属性 (調査時点)	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
65歳未満	人	人	人	人	人	人	人
65～74歳	人	人	人	人	人	人	人
75～84歳	人	人	人	人	人	人	人
85歳以上	人	人	人	人	人	人	人
合計	人	人	人	人	人	人	人
入所者の平均年齢	歳		入所者の男女比		男性 人：女性 人		
平均入所期間	年（前年3月31日時点）						
年間退所者数 (昨年度)	死亡		医療機関へ	自宅へ	その他施設へ		
	施設内	医療機関					
合計：	人	人	人	人	人	人	人
施設の階数	____階建て（地上 ____階、地下 ____階） （居室のあるフロア ____階 ～ ____階）						
居室について							
個室ユニットへの対応状況	・全室個室ユニット型			・一部個室ユニット型		・従来型	
	ユニット数		ユニット				
居室数	個室	2人部屋	3人部屋	4人部屋	5人部屋以上	合計	
部屋数	室	室	室	室	室	室	
1人当たり平均床面積	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²		
トイレの有無	・ある ・なし ・一部あり	・ある ・なし ・一部あり	・ある ・なし ・一部あり	・ある ・なし ・一部あり	・ある ・なし ・一部あり		
洗面台の設置	・ある ・なし ・一部あり	・ある ・なし ・一部あり	・ある ・なし ・一部あり	・ある ・なし ・一部あり	・ある ・なし ・一部あり		

トイレの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・1棟に1ヶ所 ・2部屋の間設置 ・その他(具体的に:) 	<ul style="list-style-type: none"> ・各階に1ヶ所ずつ ・居室ごとに1ヶ所ずつ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ユニットごとに1ヶ所ずつ
浴室の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・個室(ヶ所) ・特殊浴槽(ヶ所) ・その他(具体的に:) 	<ul style="list-style-type: none"> ・大浴槽(人用ヶ所) ・リフト浴(ヶ所) 	
食事スペースの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・施設全体で1ヶ所 ・各階に2ヶ所以上 ・その他(具体的に:) 	<ul style="list-style-type: none"> ・各階に1ヶ所 ・ユニットごとに1ヶ所 	
	食事スペース内の調理設備の有無	ある	なし

3. 職員体制

職種別職員構成	職員数 ((人) には、うち常勤職員の人数を記入) ★ただし併設施設の医師、看護師その他の職員数は含まない。		常勤換算後の人数		
管理者(施設長)	(人)	人	—		
生活相談員	(人)	人	人		
介護職員	(人)	人	人		
看護職員(准看護師を含む)	(人)	人	人		
理学療法士	(人)	人	—		
作業療法士	(人)	人	—		
言語聴覚士	(人)	人	—		
その他機能訓練スタッフ	資格()	人	—		
介護支援専門員	(人)	人	—		
医師	(人)	人	—		
栄養士	施設に配置 ・他施設との連携により対応		—		
	施設職員	(うち管理栄養士 人) (人)			
調理員	委託	・している ・していない	—		
	施設職員	人			
事務職員	(人)	人	—		
その他職員	(人)	人	—		
夜間勤務職員数(合計) (1日平均の人数)	人/日	看護職員の夜間勤務の有無	ある なし		
入所者数に対する介護・看護職員数の比率	入所者 人	: 職員1人(非常勤は常勤換算で)			
介護職員の有資格者の数 (複数取得者も重複計上)(非常勤も含む)	資格取得者の数				
	介護福祉士	社会福祉士	その他		
	人	人	ヘルパー1級 人	ヘルパー2級 人	介護支援専門員 人
介護職員の年齢別人数 (非常勤も含む)	30歳未満	30代	40代	50代	60歳以上
	人	人	人	人	人
介護職員の男女比(非常勤も含む)	男性 人	: 女性 人			

職員の在職年数別人数 (非常勤も含む)	1年未満	1年～3年 未満	3年～5年 未満	5年～10年 未満	10年以上
生活相談員	人	人	人	人	人
介護職員	人	人	人	人	人
看護職員 (准看護師を含む)	人	人	人	人	人
嘱託医の担当診療科目 (あてはまるもの全てに○)	・内科 ・整形外科 ・皮膚科 ・婦人科 ・歯科 ・精神科 ・その他 ()				
嘱託医の氏名、勤務地(住所)	氏名：		勤務地：		
	氏名：		勤務地：		
	氏名：		勤務地：		

4. 料金体系等

料金体系			
施設サービス費以外の加算	ある	なし	加算の内容
介護保険制度の一部負担金以外の料金体系			
日用品費	円 (単位に○：日・月・年) (他の名称：)		
ホテルコスト(家賃相当分)	円 (単位に○：日・月・年) (他の名称：)		
特別食料金	円 (単位に○：1食・月・年) (他の名称：)		
理美容費	円 (単位に○：1回・月・年) (他の名称：)		
手続代行費	円 (単位に○：1回・月・年) (他の名称：)		
金銭管理代行料	円 (単位に○：1回の入出金につき・月・年) (他の名称：)		
クラブ活動費・ レクリエーション代	都度徴収あり		徴収なし
	(「あり」の場合：徴収内訳) ・材料費などの実費 ・講師料 ・茶菓代 ・その他 ()		
その他	・(費) 円 (単位に○：1回・月・年) ・(費) 円 (単位に○：1回・月・年)		
介護保険制度の一部負担金の 減免措置	・社会福祉法人による減免 ・その他 () ・減免措置はない		
支払い方法	・現金支払 ・指定口座への振込 ・金融機関口座からの自動引き落とし ・その他 ()		

5. 経営指標、情報提供

入所待機者数	人 (年 月現在)		
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	・全文あり ・概略のみ ・なし ・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"> ・ 全文あり ・ 印刷物 ・ その他 () 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 概略のみ ・ ホームページ 		<ul style="list-style-type: none"> ・ なし 	
	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(請求がなくとも常に公開)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所案内パンフレット ・ 運営規程 			<ul style="list-style-type: none"> ・ 重要事項説明書 ・ ホームページ 		
	公開の制限			ある	ない	

6. 付帯情報

リハビリの実施状況(機能訓練指導員の勤務時間)						
プログラム活動などの実施方法	(例;レクリエーション、音楽療法、回想療法、園芸療法など)					
入所を制限する場合のある利用者の状況	(例;極端な問題行動がある場合、MRSAに感染している人など)					
私物持込の制限品目(または持ち込み可能分量)	(例;ダンス、仏壇は持込不可。分量はダンボール3箱まで。など)					
	個室の場合: ----- その他の居室の場合:					
非常災害対策(消防訓練を除く)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訓練の実施(年 回) ・ マニュアルあり 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 実施なし ・ マニュアルなし 			
	苦情対応の方法	担当者(職員)	あり		なし	
役職・氏名						
責任者(職員)		あり		なし		
役職・氏名						
	その他の苦情対応	(例;オンブズマン、第三者委員など)				
介護相談員の受け入れ	あり		なし			
協力医療機関、協力内容(一般病院・診療所・歯科診療所など)	名称(主な診療科目)	住所		協力内容(夜間・土日受入、緊急時対応など)		
	()					
	()					
	()					

7. その他

事業所(施設)の特徴・アピール等自由記入						
----------------------	--	--	--	--	--	--

8. 介護老人保健施設

基本情報項目(案)

記入者名		部署・役職	
記入年月日	年 月 日		

運営主体の法人名		法人の種類	
法人の所在地	〒		
代表者氏名		法人の 開設年月	
代表電話番号 FAX番号	電話番号	FAX番号	
運営主体のホーム ページアドレス	あり・なし → http://www .		
法人が他に 提供している 介護保険サービス			

事業所(施設)名		管理者 役職・氏名	
事業所(施設) の所在地	〒		
事業所番号		事業所(施設) の開設年月	
交通の方法			
電話番号 FAX番号	電話番号	FAX番号	
パンフレット・ホーム ページ・広報誌等 の有無	パンフレット	あり・なし	
	事業所の ホームページアドレス	あり・なし → http://www .	
	広報誌	あり・なし	
事業(施設)の目的 及び運営の方針			
事業所(施設)の 特徴・アピール等 自由記入 (400字以内)			

定員	入所定員	人	通所介護 定員	人	通所リハビリテーション 定員	人
	関連法人も含め、介護老人保健施設が他に手がけている介護保険サービス (関連施設・サービス提供機関種別・施設名)	事業所(施設)・機関種別		事業所(施設)・機関名		
事業所(施設)種別		事業所(施設)名				
協力施設種別・施設名	事業所(施設)種別		事業所(施設)名			
	事業所(施設)種別		事業所(施設)名			
要介護ごとの入所者人数 (記入日の実人数) 該当者がいない場合は「0」と記入	年 月 月末現在→それぞれの施設で記入					
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
入所時の要介護度別退所先別退所者人数 (3ヶ月間の延人数) 該当者がいない場合は「0」と記入	年 月から 年 月末までの数値→直近3ヶ月間の数値をそれぞれ記入					
	退所先	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	家庭					
	介護老人福祉施設					
	介護老人保健施設					
	認知症高齢者グループホーム					
	その他の社会福祉施設					
	医療機関					
	死亡					
その他						

職種別職員構成 常勤換算後の 職種別実職員人数 並びに基準職員数	医師	看護職員	介護職員	理学療法士	作業療法士
	職員数 人	職員数 人	職員数 人	職員数 人	職員数 人
	基準職員数 人	基準職員数 人	基準職員数 人	基準職員数 人	基準職員数 人
	言語聴覚士	管理栄養士・ 栄養士	支援相談員	介護支援専門員 資格取得者数	
	職員数 人	職員数 人	職員数 人	職員数 人	
	基準職員数 人	基準職員数 人	基準職員数 人	基準職員数 人	
居室の状況 該当居室がない場 合は「0」と記入		個室	2人部屋	3人部屋	4人部屋
	部屋数				
	1居室当たり床面積				
トイレの状況	(例：居室内に一つずつ、2部屋の間に設置、入所者〇人当たり到一个の割合で設置等)				
リハビリテーショ ンの実施状況	1人平均 週	回、	一番多く実施する利用者の回数 週	回	回
レクリエーション の実施状況	1人平均 週	回、	一番多く実施する利用者の回数 週	回	回
通所リハビリテー ションの有無	通所リハビリテーション送迎の有無	あり・なし			
	個別リハビリテーションの実施	あり・なし			
平均在所期間 (過去1年間)	(年 月末現在)	入所待機者数	(年 月現在)		
介護保険制度の 一部負担以外の 料金体系		有無	料金並びに具体的な状況 (一人一ヶ月平均等でも可)		
	標準負担分以外の食費				
	特別な室料				
	理美容費				
	日常生活品費				
	教養娯楽費				
	私物の洗濯費				
	その他				
入所を制限する 場合がある 利用者の状況	(例：症状が不安定な人、集中的に治療が必要な人、頻回なケアを要する気管切開、胃瘻造設がある人など)				

利用者満足度調査の実施状況とその開示状況	利用者満足度調査の実施状況	実施あり・実施なし ↓ 平成 年 月に実施
	利用者満足度調査の開示状況	開示あり・開示なし
全国老人保健施設協会が作成した『新介護老人保健施設サービス評価表』によるサービス評価の実施状況	1 定期的に実施している → 回/年 2 過去に何回か実施したことがある 3 過去に1回だけ実施したことがある 4 1回も実施したことはない	

9. 居宅介護支援

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。

記入者名 部署・役職		記入者名	記入年月日		平成	年	月	日
			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・ Eメールアドレス	電話番号			FAX 番号				
	Eメール							
緊急連絡先	時間外でも連絡可能な緊急連絡先 あり ・ なし							
ホームページアドレス	・あり → http://www ・なし							
苦情対応窓口				担当者の役職・氏名				
事業所番号				生活保護機関の指定		あり・なし		
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							
事業実施地域								
事業所が他に手がけているサービス	介護保険対象サービス							
	介護保険対象外の保健・医療・福祉サービス							
要介護ごとの利用者人数 (給付管理実績)		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

管理者の資格	介護支援専門員の資格 あり ・ なし			
所属する介護支援専門員の人数・構成 (平成 年 月 日現在)	所属人数	常勤 _____人	非常勤 _____人	常勤換算 _____人
		男性 _____人、女性 _____人 うち他の業務と兼務している人数 _____人 男性 _____人、女性 _____人	男性 _____人、女性 _____人	
	所属する介護支援専門員の保有資格	1. 医師	_____人	
		2. 歯科医師	_____人	
		3. 薬剤師	_____人	
		4. 保健師	_____人	
		5. 助産師	_____人	
		6. 看護師	_____人	
		7. 准看護師	_____人	
		8. 理学療法士	_____人	
		9. 作業療法士	_____人	
	※複数の資格がある場合 それぞれカウント	10. 社会福祉士	_____人	
		11. 介護福祉士	_____人	
		12. 視能訓練士	_____人	
		13. 義肢装具士	_____人	
		14. 歯科衛生士	_____人	
		15. 言語聴覚士	_____人	
		16. あん摩マッサージ指圧師	_____人	
		17. はり師	_____人	
		18. きゅう師	_____人	
		19. 柔道整復師	_____人	
		20. 栄養士	_____人	
		21. 精神保健福祉士	_____人	
	22. その他	_____人		
所属する介護支援専門員の増減 (平成 年 月 日現在)		常勤	非常勤	
	直近1年間の採用数	_____人	_____人	
	直近1年間の退職者数	_____人	_____人	
	平均在職年数	_____年 _____ヶ月	_____年 _____ヶ月	

居宅介護支援サービスの提供をお断りすることがある場合、その条件		
利用者アンケート調査の実施状況とその結果の開示	利用者アンケート調査の実施状況	実施あり ・ 実施なし ↓ 平成 年 月に実施
	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)	開示あり ・ 開示なし ↓ 開示方法 ()
利用者の主治医との連携状況	主治医意見書を取り寄せている利用者の割合 _____ %	
介護支援専門員の研修費及び回数	前年度1年間の研修費 ※ () 内は1人あたり金額を記入 ※ 事業開始1年未満は予算額を記入	_____ 円 (_____ 円)
	前年度1年間の研修参加回数 ※ () 内は1人あたり回数を記入 ※ 事業開始1年未満は予定回数を記入	_____ 回 (_____ 回)
事業の目的及び運営の方針		
加入・参加している連絡組織・団体等		
事業所の特色・アピール等自由記入 (400字以内)		

【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・ Eメールアドレス・ ホームページアドレス	電話番号	FAX 番号	
	E メール		
	ホームページアドレス あり・なし → http://www		
居宅介護支援 事業所数			
運営主体が他に手が けているサービス	介護保険対象 サービス		
	介護保険対象外の 保健・医療・福祉 サービス		