

事業所名:

事業所番号:

(枝番)

基本情報：介護医療院

(20XX年XX月XX日現在)

| | | | |
|------|----|-------|--|
| 計画年度 | 年度 | 記入年月日 | |
| 記入者名 | | 所属・職名 | |

1. 施設を運営する法人等に関する事項

| | | | |
|--------------------------------|--------------|--|--|
| 法人等の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 | | | |
| 法人等の名称 | 法人等の種類 | 01:社会福祉法人(社協以外) 02:社会福祉法人(社協) 03:医療法人 04:社団・財団 05:営利法人 06:NPO法人 [] 07:農協 08:生協 09:その他法人 10:地方公共団体(都道府県) 11:地方公共団体(市町村) 12:地方公共団体(広域連合・一部事務組合等) 99:その他 (その他の場合、その名称) | |
| | 名称 | (ふりがな) | |
| | 法人番号の有無 | [] 0. 法人番号なし・ 1. 法人番号あり・ 2. 法人番号あり(非公表) | |
| | 法人番号 | | |
| 法人等の主たる事務所の所在地 | 〒 | | |
| 法人等の連絡先 | 電話番号 | | |
| | FAX番号 | | |
| | ホームページ | [] 0. なし・ 1. あり | |
| | (ホームページアドレス) | | |
| 法人等の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | | |
| | 職名 | | |
| 法人等の設立年月日 | | | |

記入年月日

西暦で記入。
例) 20XX年XX月XX日

基本情報は記入年月日の**前月末時点**の情報を入力。

運営情報の対象期間は、**記入年月日の前1年間**。

法人等の種類

医療法人社団・社会医療法人は **03:医療法人** を選択。

株式会社、有限会社、合同会社等は **05:営利法人** を選択。

その他 を選択した場合は、(その他の場合、その名称)に具体的な名称を記入。
個人病院の場合は、**個人** と記入。

| 法人等が当該都道府県内で実施する介護サービス | | | | |
|--------------------------|------------------|-----------|-----|--|
| 介護サービスの種類 | か所数 | 主な事業所等の名称 | 所在地 | |
| <居宅サービス> | | | | |
| 訪問介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 訪問入浴介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 訪問看護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 訪問リハビリテーション | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 居宅療養管理指導 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 通所介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 通所リハビリテーション | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 短期入所生活介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 短期入所療養介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 福祉用具貸与 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 特定福祉用具販売 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 地域密着型通所介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 認知症対応型通所介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス) | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 居宅介護支援 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |

法人等が当該都道府県内で実施する介護サービス

「か所数」
法人等が道内で実施している介護サービス事業所の数を記載。(当該報告事業所分を含む)

「主な事業所等の名称」
及び
「その所在地」は
サービス毎に主な1つを記載。

| ＜介護予防サービス＞ | | | | |
|----------------------|------------------|--|--|--|
| 介護予防訪問入浴介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防訪問看護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防訪問 リハビリテーション | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防居宅療養 管理指導 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防通所 リハビリテーション | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防短期入所 生活介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防短期入所 療養介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防特定施設 入居者生活介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 特定介護予防福祉 用具販売 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| ＜地域密着型介護予防サービス＞ | | | | |
| 介護予防認知症 対応型通所介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防小規模 多機能型居宅介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防認知症 対応型共同生活介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防支援 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| ＜介護保険施設＞ | | | | |
| 介護老人福祉施設 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護老人保健施設 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護医療院 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護療養型医療施設 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |

2. 介護サービスを提供し、又は提供しようとする施設に関する事項

| | | | |
|---|--------------|------------------|--|
| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 | | | |
| 施設の名称 | (ふりがな) | | |
| | | | |
| 施設の所在地 | 〒 | 市区町村コード | |
| | (都道府県から番地まで) | | |
| | (建物名・部屋番号等) | | |
| 施設の連絡先 | 電話番号 | | |
| | FAX番号 | | |
| | ホームページ | [] 0. なし・ 1. あり | |
| | (ホームページアドレス) | | |
| 介護保険事業所番号 | | | |
| 施設の管理者の氏名及び職名 | 氏名 | | |
| | 職名 | | |
| 事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定若しくは許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合にはその直近の年月日) | | | |
| 事業の開始(予定)年月日 | | | |
| 許可の年月日 | | | |
| 許可の更新年月日(直近)(未来の日付は入らない) | | | |
| 生活保護法第54条の2に規定する介護機関(生活保護の介護扶助を行う機関)の指定 | | [] 0. なし・ 1. あり | |
| 社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3に規定する登録喀痰吸引等事業者 | | [] 0. なし・ 1. あり | |
| 施設までの主な利用交通手段 | | | |
| | | | |

事業所までの主な利用交通手段

最寄りの駅等の名称
最寄り駅等から事業所までの行き方
所要時間等について記載。

病院又は診療所に関する事項

| 区分 | | [] 1:病院・2:診療所・3:在宅療養支援診療所 | |
|--------|------------------|----------------------------|------------------|
| 病棟・病床数 | | | |
| 全体 | 病床数 | 床 | |
| | 病棟数 | 棟 | |
| 種別 | 病床区分 | 病床数 | 病棟数 |
| 医療保険 | 一般 | 床 | 棟 |
| | 療養 | 床 | 棟 |
| | 精神 | 床 | 棟 |
| | その他 | 床 | 棟 |
| 介護保険 | 療養 | 床 | 棟 |
| | 老人性認知症患者療養 | 床 | 棟 |
| 標榜診療科 | 内科 | 呼吸器科 | 消化器科(胃腸科) |
| | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり |
| | 循環器科 | 小児科 | 精神科 |
| | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり |
| | 神経科 | 神経内科 | 心療内科 |
| | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり |
| | アレルギー科 | リウマチ科 | 外科 |
| | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり |
| | 整形外科 | 形成外科 | 美容外科 |
| | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり |
| | 脳外科 | 呼吸器外科 | 心臓血管外科 |
| | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり |
| | 小児外科 | 産婦人科 | 産科 |
| | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり |
| | 婦人科 | 眼科 | 耳鼻いんこう科 |
| | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり |
| | 気管食道科 | 皮膚科 | 泌尿器科 |
| | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり |
| | 性病科 | こう門科 | リハビリテーション科 |
| | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり |
| | 放射線科 | 麻酔科 | 歯科 |
| | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり |
| | 矯正歯科 | 小児歯科 | 歯科口腔外科 |
| | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり |

3. 施設において介護サービスに従事する従業者に関する事項

| 職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間、従業者1人当たりの利用者数等 | | | | | | |
|---|----|-----|-----|-----|----|--------|
| 施設全体の従業者数(病院・診療所全体の従業者数) ※医療機関併設型介護医療院の場合 | | | | | | |
| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 医師 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 歯科医師 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 薬剤師 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 看護職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 介護職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 理学療法士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 作業療法士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 言語聴覚士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 管理栄養士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 栄養士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 臨床検査技師 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 診療放射線技師 (診療エックス線技師含) | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 介護支援専門員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 医療ソーシャルワーカー | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 調理員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 事務員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| その他の従業者 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |

職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間、従業者1人当たりの利用者数等

記入年月日の前月末日時点の人数を記載。

専従・非専従

- ・「専従」とは、当該サービスの当該職種にのみ従事している者。
- ・「非専従」とは、他のサービス、他の職種、他の事業所を 兼務 している者。

常勤・非常勤

- ・「常勤」とは、当該事業所で定める「常勤が勤務すべき時間数」勤務している者。正規職員、非正規職員(臨時職員等)の別は問わない。
- ・「非常勤」とは、「常勤が勤務すべき時間数」を下回る勤務時間数の者。

常勤換算人数

- ・【従業者の1週間の勤務時間数の和】÷【常勤の従業者1人あたりの勤務すべき時間数】を記載してください。

※ 記入例: 1週間に常勤職員が40時間働き、非常勤職員が30時間働く場合の非常勤職員の常勤換算人数
 $30 \div 40 = 0.75$ 小数点第二位以下切り捨て → 0.7(人)

その他

該当者がいない場合は「0」を記入してください。
 当項目の実人数と、「従事した経験年数」との整合性にご注意ください。

介護医療院の従業者数

| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 |
|-------------------------|----|-----|-----|-----|----|--------|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 医師 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 薬剤師 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 看護職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 介護職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 理学療法士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 作業療法士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 言語聴覚士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 管理栄養士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 栄養士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 診療放射線技師 (診療エックス線技師含) | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 介護支援専門員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 調理員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 事務員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| その他の従業者 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 時間

※1 常勤換算人数とは、当該施設の従業者の勤務延時間数を当該施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該施設の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

※2 以下の職種については、指定基準等(※)において基準又は標準とされた従業者の員数が定められている。なお、それぞれ定められた場合には、これを置かないとすることができる。

- 医師：I型入所者の数を48で除した数に、II型入所者の数を100で除した数を加えて得た数以上（その数が3に満たないときは3とし、その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数は1として計算する）
 - ：II型療養病床のみ有する介護医療院で、宿直を行う医師を置かない場合は、入所者の数を100で除した数以上（その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数は1として計算する）
 - ：医療機関併設型介護医療院の場合、I型入所者の数を48で除した数に、II型入所者の数を100で除した数を加えて得た数以上
 - ：併設型小規模医療介護院の場合、併設される医療機関により当該併設型小規模医療介護院の入所者の処遇が適切と認められる場合にあっては、置かないことができることとする。
- 薬剤師：I型入所者の数を150で除した数に、II型入所者の数を300で除した数を加えて得た数以上
- 看護職員：入所者の数を6で除した数以上
- 介護職員：I型入所者の数を5で除した数に、II型入所者の数を6で除した数を加えて得た数以上
- 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士：介護医療院の実情に応じた適当数
- 栄養士：入所定員100以上の介護医療院にあっては1以上
- 介護支援専門員：1以上（入所者の数が100又はその端数を増すごとに1以上（標準））

※指定基準等

- 「介護医療院の人員、設備及び運営に関する基準（平成30年1月18日厚生労働省令第5号）」
- 「介護医療院の人員、設備及び運営に関する基準について（平成30年3月22日老老第1号）」

従業者である介護職員が有している資格

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|-----------|----|-----|-----|-----|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 介護福祉士 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 実務者研修 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 介護職員初任者研修 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 介護支援専門員 | 人 | 人 | 人 | 人 |

看護職員、介護職員の勤務体制(交替制)の状況 []

- 2交替制(変則2交替制を含む)
- 3交替制(変則3交替制を含む)
- その他

夕方・早朝の対応の状況 早出 [] 0.なし・1.あり 遅出 [] 0.なし・1.あり

管理者の他の職務との兼務の有無 [] 0.なし・1.あり

管理者が有している当該報告に係る介護サービスに係る資格等 [] 0.なし・1.あり

(資格等の名称)

看護職員及び介護職員1人当たりの入所者数 人

夜勤(宿直を除く)を行う看護職員及び介護職員の人数 最少時の人数 人
平均の人数 人

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

【従業者の1週間の勤務時間数の和】
÷
【常勤の従業者1人あたりの勤務すべき時間数】を記載。

従業者である介護職員が有している資格

複数の資格を取得している場合は、重複計上すること。

旧介護職員基礎研修、訪問介護員1級は **実務者研修**

訪問介護員2級、看護師、准看護師、保健師 は **介護職員初任者研修** として計上すること。

看護職員及び介護職員1人当たりの入所者数

項目4.「介護サービスの利用者(入所者)への提供実績」(記入年月日の前月の請求実績)の **入所者の人数** を **看護職員・介護職員の「常勤換算人数」の和** で除す。

従業者の当該報告に係る介護サービスの業務に従事した経験年数等

| 区分 | 医師 | | 薬剤師 | | 看護職員 | |
|---------------|-------|-----|---------|-----|-------|-----|
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度の採用者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 前年度の退職者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 業務に従事した経験年数 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 1年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 1年～3年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 3年～5年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 5年～10年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 10年以上の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 区分 | 介護職員 | | 支援相談員 | | 理学療法士 | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度の採用者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 前年度の退職者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 業務に従事した経験年数 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 1年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 1年～3年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 3年～5年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 5年～10年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 10年以上の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 区分 | 作業療法士 | | 言語聴覚士 | | 栄養士 | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度の採用者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 前年度の退職者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 業務に従事した経験年数 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 1年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 1年～3年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 3年～5年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 5年～10年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 10年以上の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 区分 | 管理栄養士 | | 介護支援専門員 | | / | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | | |
| 前年度の採用者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 前年度の退職者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 業務に従事した経験年数 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | | |
| 1年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 1年～3年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 3年～5年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 5年～10年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 10年以上の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |

従業者の健康診断の実施状況 [] 0. なし・ 1. あり

従業者の教育訓練のための制度、研修その他の従業者の資質向上に向けた取組の実施状況

| | | | | |
|---|-------|-------|------|------|
| 事業所で実施している従業者の資質向上に向けた研修等の実施状況 | | | | |
| (その内容) | | | | |
| 実践的な職業能力の評価・認定制度である介護プロフェッショナルキャリア段位制度の取組 | | | | |
| アセッサー(評価者)の人数 | | 人 | | |
| 段位取得者の人数 | レベル2① | レベル2② | レベル3 | レベル4 |
| | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 外部評価の実施状況 [] 0. なし・ 1. あり | | | | |

前年度の採用者数・退職者数
法人内の人事異動による増減は含まない。

業務に従事した経験年数
実人数に記入した、記入年月日の前月末に在職している職員の、それぞれの経験年数を各職種・年数別に記入。
前年度の採用者数、退職者数についての経験年数ではありません。
当該事業所における経験年数だけでなく、他の事業所での同サービス・同職種の経験がある場合、その経験年数も含めて記入。

従業者の教育訓練のための制度、研修その他の従業者の資質向上に向けた取組の実施状況
従業者の資質向上のために実施している研修等について内容(名称、対象者、カリキュラムもしくは時間等)を記載。

外部評価の実施状況
前年度1年間に 外部評価審査員における外部評価を受けた場合は「あり」を選択。
※地域密着型サービスの外部評価とは異なりますので、ご注意ください。

4. 介護サービスの内容に関する事項

| | |
|--------------------------------|------------------|
| 施設の運営に関する方針 | |
| 介護サービスの内容 | |
| 介護報酬の加算状況(記入日前月から直近1年間の状況) | |
| 療養環境減算(Ⅰ) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 療養環境減算(Ⅱ) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 夜勤を行う介護職員の勤務条件に関する基準の区分 | |
| 夜間勤務等看護加算(Ⅰ)(看護職員が15:1以上) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 夜間勤務等看護加算(Ⅱ)(看護職員が20:1以上) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 夜間勤務等看護加算(Ⅲ)(看護職員+介護職員が15:1以上) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 夜間勤務等看護加算(Ⅳ)(看護職員+介護職員が20:1以上) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 加算なし(看護職員+介護職員が30:1以上) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 若年性認知症患者の受入(注1) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 外泊の実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 試行的退所サービスの実施(注1)(注2) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 他科受診の実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 初期加算 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 再入所時栄養連携加算 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 退所前訪問指導の実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 退所後訪問指導の実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 退所時指導の実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 退所時情報提供の実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 退所前連携の実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 訪問看護指示の実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 栄養マネジメントの実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 低栄養リスク改善加算 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 経管栄養の入所者に対する経口移行の実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 経口維持加算(Ⅰ) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 経口維持加算(Ⅱ) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 口腔衛生管理体制加算 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 口腔衛生管理加算 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 療養食の実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 在宅復帰支援機能加算 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 特別診療費(短期集中リハビリテーションの実施)(注1) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 緊急時施設診療費 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ)(注1) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ)(注1) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算(注1) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 重度認知症疾患療養体制加算 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 移行定着支援加算 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 排せつ支援加算 | [] 0. なし・ 1. あり |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ | [] 0. なし・ 1. あり |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ | [] 0. なし・ 1. あり |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | [] 0. なし・ 1. あり |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | [] 0. なし・ 1. あり |

| | | | | | | |
|--|---|------------------|------------------|------|------|----|
| 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | | [] 0. なし・ 1. あり | | | | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) | | [] 0. なし・ 1. あり | | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | | [] 0. なし・ 1. あり | | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | | [] 0. なし・ 1. あり | | | | |
| 個別リハビリテーションの1週間当たりの実施状況 | | [] 0. なし・ 1. あり | | | | |
| (実施回数(記入日前月から直近3か月平均)) | | 回 | | | | |
| レクリエーションの1週間当たりの実施状況 | | [] 0. なし・ 1. あり | | | | |
| (実施回数(記入日前月から直近3か月平均)) | | 回 | | | | |
| 協力病院 | | | | | | |
| (その名称) | | | | | | |
| (協力に関する内容) | | | | | | |
| 協力歯科医療機関 | | [] 0. なし・ 1. あり | | | | |
| (その名称) | | | | | | |
| (協力に関する内容) | | | | | | |
| 入所を制限する者がある者の状況 | | [] 0. なし・ 1. あり | | | | |
| (その内容) | | | | | | |
| 入所定員 | | 人 | | | | |
| 待機者数(入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超える場合) | | [] 0. なし・ 1. あり | | | | |
| (その人数:「入所申込者の数」-「入所定員」-「入所患者」) | | 人 | | | | |
| 介護サービスの利用者(入所者)への提供実績(記入日前月) | | | | | | |
| 入所者の人数 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
| | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 |
| (前年同月の提供実績) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 |
| ※該当する利用者がいない場合は0を入力してください。 | | | | | | |
| 3か月間の退所者の人数(記入日前月から直近3か月間の状況) | | | | | | |
| 退所先 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
| 自宅等 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 |
| 介護保険施設 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 |
| 特別養護老人ホーム以外の 社会福祉施設 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 |
| 医療機関 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 |
| 死亡者 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 |
| その他 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 |
| ※該当する利用者がいない場合は0を入力してください。 | | | | | | |
| 入所者の平均的な入所日数(前年度末現在) | | 日 | | | | |
| 介護サービスを提供する施設、設備等の状況 | | | | | | |
| 建物の構造 | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物 | | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 | | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| | 木造平屋建てであって、火災に係る利用者の安全性の確保のための一定の要件を満たす建物 | | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| | 地上階 | 階 | 地下階 | 階 | | |
| 施設の形態 | 医療機関併設型介護医療院 | | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| | 併設型小規模介護医療院(利用定員19人以下) | | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 報酬類型 | ユニット型個室 | ユニット型個室の多床室 | Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ) | | | |
| | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| | 従来型個室 | 多床室 | Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ) | | | |
| | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| | Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅱ) | Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅲ) | Ⅰ型特別介護医療院サービス費 | | | |
| | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅱ) | Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅲ) | Ⅱ型特別介護医療院サービス費 | | | | |
| [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり | [] 0. なし・ 1. あり | | | | |

利用者の平均的な入所日数(前年度末の状況)

前年度末時点 における入所者の **延入院日数** を
前年度末月における **入所者数** で除す。

| | | | | | | |
|--|---------|-----|------------------|----------------|------------------|----------------|
| 療養室の状況 | | | 個室 | 2人部屋 | 3人部屋 | 4人部屋 |
| | 療養室の数 | | | | | |
| | 療養室の床面積 | | m ² | m ² | m ² | m ² |
| 共同便所の設置数 | 男子便所 | か所 | (うち車いす等の対応が可能な数) | | | か所 |
| | 女子便所 | か所 | (うち車いす等の対応が可能な数) | | | か所 |
| | 男女共用便所 | か所 | (うち車いす等の対応が可能な数) | | | か所 |
| 個室の便所の設置数 | か所 | | (個室における便所の設置割合) | | | % |
| | | | (うち車いす等の対応が可能な数) | | | か所 |
| 浴室の設備状況 | | | | | | |
| 浴室の総数 | | | | か所 | | |
| 個浴 | | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 | | |
| か所 | | か所 | か所 | か所 | | |
| その他の浴室の設備の状況 | | | | | | |
| 食堂の設備状況 | | | | | | |
| 入所者等が調理を行う設備状況 | | | | | [] 0. なし・ 1. あり | |
| 消火設備等の状況 | | | | | | |
| (その内容) | | | | | [] 0. なし・ 1. あり | |
| 通所リハビリテーションの実施状況 | | | | | [] 0. なし・ 1. あり | |
| 入所者等からの苦情に対応する窓口等の状況 | | | | | | |
| 窓口の名称 | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | | 時 | 分 | ～ | 時 分 |
| | 土曜 | | 時 | 分 | ～ | 時 分 |
| | 日曜 | | 時 | 分 | ～ | 時 分 |
| | 祝日 | | 時 | 分 | ～ | 時 分 |
| 定休日 | | | | | | |
| 留意事項 | | | | | | |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応の仕組み | | | | | | |
| 損害賠償保険の加入状況 | | | | | [] 0. なし・ 1. あり | |
| 介護サービスの提供内容に関する特色等 | | | | | | |
| (その内容) | | | | | | |
| 介護相談員の受け入れ状況の有無 | | | | | [] 0. なし・ 1. あり | |
| 入所者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等 | | | | | | |
| 入所者アンケート調査、意見箱等入所者の意見等を把握する取組の状況 (記入日前1年間の状況) | | | | | [] 0. なし・ 1. あり | |
| 当該結果の開示状況 | | | | | [] 0. なし・ 1. あり | |
| 第三者による評価の実施状況 | | | | | [] 0. なし・ 1. あり | |
| 実施した直近の年月日 | | | | | | |
| 実施した評価機関の名称 | | | | | | |
| 当該結果の開示状況 | | | | | [] 0. なし・ 1. あり | |
| (その開示している結果の内容【ホームページアドレス】) | | | | | | |

5. 介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項

| 介護給付以外のサービスに要する費用 | |
|---|--|
| 食事の提供に要する費用の額及びその算定方法 | |
| 居住に要する費用の額及びその算定方法 | |
| 入所者が選定する特別な療養室の提供を行うことに伴い必要となる費用の額及びその算定方法 | |
| 入所者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用の額及びその算定方法 | |
| 理美容代及びその算定方法 | |
| 当該介護サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用(日常生活費)の額及びその算定方法 | |