

**基本情報調査票：特定施設入居者生活介護（予防を含む）  
（軽費老人ホーム）**

<b>財団事業所</b>	
事業所番号： 1234567890	グループ名称： 特定施設入居者生活介護（軽費老人ホーム）サービス
計画年度： 2022年度	サービス名称： 特定施設入居者生活介護（軽費老人ホーム）

**| 基本情報**

計画年度	2022年度	記入年月日 ※1	2022年 10月 01日
記入者名	財団 花子	所属・職名	公表担当

※1 記入年月日は調査票を記入した日、または、記入開始日から調査票を提出するまでの期間内で基準とする日付を記載してください。  
記入の時点は調査票を記入した日現在です。

**● 1. 事業所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 ※2	<input type="radio"/> 社会福祉法人(社協以外) <input type="radio"/> 社会福祉法人(社協) <input type="radio"/> 医療法人 <input checked="" type="radio"/> 社団・財団 <input type="radio"/> 営利法人(株式会社等) <input type="radio"/> NPO法人 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 生協 <input type="radio"/> その他法人 <input type="radio"/> 地方公共団体(都道府県) <input type="radio"/> 地方公共団体(市町村) <input type="radio"/> 地方公共団体(広域連合・一部事務組合等) <input type="radio"/> その他
	名称	(ふりがな) ざいだんほうじんふくしんこうざいだん 財団法人福祉振興財団
	法人番号の有無	<input type="radio"/> 法人番号なし ● 法人番号あり ○ 法人番号あり(非公表)
	法人番号	1234567890123
法人等の主たる事務所の所在地	〒 163-0718 東京都新宿区西新宿2丁目7番1号	
法人等の連絡先	電話番号	03-3344-8630
	FAX番号	03-3344-8594
	ホームページ	<input type="radio"/> なし ● あり (ホームページアドレス) http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/
法人等の代表者の氏名及び職名	氏名	財団太郎
	職名	理事長
法人等の設立年月日	※3	2001/04/01 ※半角で記入してください(例:2013/04/01)

※2 法人等の種類は該当の○を選択してください。  
例)  
・医療法人  
→ 社団医療法人  
財団医療法人  
  
・営利法人  
→ 株式会社  
有限会社  
合資会社 等  
  
区市町村より委託を受けている場合は、事業所を運営する法人欄は、区市町村名を記入してください。

※3 法人等の設立年月日については、登記事項に合わせて記入してください。

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	事業所等の名称 (主な事業所 1箇所分を記載)	所在地 (主な事業所 1箇所分を記載)
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
	<b>※4</b>	<b>※5</b>	<b>※5</b>	<b>※5</b>
訪問介護	● なし ○ あり			
訪問入浴介護	● なし ○ あり			
訪問看護	● なし ○ あり			
訪問リハビリテーション	● なし ○ あり			
居宅療養管理指導	● なし ○ あり			
通所介護	● なし ○ あり			
通所リハビリテーション	● なし ○ あり			
短期入所生活介護	○ なし ● あり	1	財団事業所	新宿区西新宿2丁目7番1号
短期入所療養介護	● なし ○ あり			
特定施設入居者生活介護	○ なし ● あり	1	財団事業所	新宿区西新宿2丁目7番1号
福祉用具貸与	● なし ○ あり			
特定福祉用具販売	● なし ○ あり			
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	● なし ○ あり			
夜間対応型訪問介護	● なし ○ あり			
地域密着型通所介護	● なし ○ あり			
認知症対応型通所介護	● なし ○ あり			
小規模多機能型居宅介護	● なし ○ あり			
認知症対応型共同生活介護	● なし ○ あり			
地域密着型特定施設入居者生活介護	● なし ○ あり			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	● なし ○ あり			
看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)	● なし ○ あり			
居宅介護支援	● なし ○ あり			

**※4**  
当該法人等が東京都内で介護サービスを実施している場合は介護サービスの種類毎に「あり」を選択してください。(当該報告に係る介護サービスを含む)

実施していない場合は介護サービスの種類毎に「なし」を選択してください。

**※5**  
※4で「あり」を選択した場合は、その事業所の  
・か所数  
・名称  
・所在地  
を記入してください。

同一サービスで複数の事業所を有する場合はそのうちの主な当該事業所の名称及びその所在地を1カ所記載してください。

＜介護予防サービス＞					
介護予防訪問入浴介護	● なし ○ あり				
介護予防訪問看護	● なし ○ あり				
介護予防訪問 リハビリテーション	● なし ○ あり				
介護予防居宅療養 管理指導	● なし ○ あり				
介護予防通所 リハビリテーション	● なし ○ あり				
介護予防短期入所 生活介護	○ なし ● あり	1	財団事業所		新宿区西新宿2丁目7 番1号
介護予防短期入所 療養介護	● なし ○ あり				
介護予防特定施設 入居者生活介護	○ なし ● あり	1	財団事業所		新宿区西新宿2丁目7 番1号
介護予防福祉用具貸与	● なし ○ あり				
特定介護予防福祉 用具販売	● なし ○ 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	● なし ○ あり				
介護予防小規模 多機能型居宅介護	● なし ○ あり				
介護予防認知症 対応型共同生活介護	● なし ○ あり				
介護予防支援	● なし ○ あり				
＜介護保険施設＞					
介護老人福祉施設	● なし ○ あり				
介護老人保健施設	● なし ○ あり				
介護医療院	● なし ○ あり				
介護療養型医療施設	● なし ○ あり				

2. 介護サービス（予防を含む）を提供し、又は提供しようとする事業所に関する事項

事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先	
事業所の名称	(ふりがな) ざいだんじぎょうしょ 財団事業所
事業所の所在地	〒 163-0718 市区町村コード 新宿区 V
	東京都新宿区西新宿2丁目7番1号 ※6 [ 地図上の表示位置の確認・修正 ]
	(都道府県から番地まで) ※住所を変更した場合は、「地図上の表示位置の確認・修正」ボタンを押して表示位置を修正してください。
	(建物名・部屋番号等) ※6
事業所の連絡先	電話番号 03-3344-8630
	FAX番号 03-3344-8594
	ホームページ ※7 ○ なし ● あり (ホームページアドレス) <a href="http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/">http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/</a>
介護保険事業所番号	1234567890
事業所の管理者の氏名及び職名	氏名 財団 太郎
	職名 所長
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	2001/04/01 ※半角で記入してください(例:2013/04/01)
指定の年月日	介護サービス 2001/04/01 ※半角で記入してください(例:2013/04/01)
	介護予防サービス 2001/04/01 ※半角で記入してください(例:2013/04/01)
指定の更新年月日 (直近) (未来の日付は入らない) ※8	介護サービス 2019/04/01 ※半角で記入してください(例:2013/04/01)
	介護予防サービス 2019/04/01 ※半角で記入してください(例:2013/04/01)
※介護予防サービスのみ実施している場合は「指定の年月日」の「介護サービス」には「-」を入力し、「介護予防サービス」の欄に入力してください。	
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 ※9	● なし ○ あり
老人福祉法第20条の6に規定する軽費老人ホームの許可等	○ なし ● あり
軽費老人ホームの開設年月日	2001/04/01
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	● なし ○ あり
事業所までの主な利用交通手段 ※10	JR新宿駅より徒歩10分 ※10 : 最寄りの公共機関駅名等の名称、最寄駅等から事業所までの主な交通手段、所要時間について分かりやすく記入してください。 (記入例) ○○線○○駅より○○Km (徒歩○○分)

※6 「東京都」から記入してください。なお、番地の後にビル名等がある場合は(建物名・部屋番号等)欄に記入してください。

※7 「あり」を選択した上で、「半角英数字」にて「http://」から記入してください。なお、Eメールドットと間違えないよう気をつけてください。

※8 更新予定日ではなく、直近に更新した年月日を記入してください。  
また、更新を受けたことのない事業所や新規事業所は、「指定の年月日」を記入してください。

※9 生活保護法第54条の2に規定する介護機関の指定の有無について  
本人又は設置者の同意を得て、生活保護法による介護扶助のための居宅介護若しくは居宅介護支援計画の作成、福祉用具の給付、施設介護、介護予防若しくは介護予防支援計画の作成又は介護予防福祉用具の給付を担当させる機関としての指定の有無。

3. 事業所において介護サービス(予防を含む)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							
軽費老人ホームの職員の人数及びその勤務形態						※11	※12
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数	
	専従	兼務	専従	兼務			
施設長	1人	0人	0人	0人	1人	1人	1人
生活相談員	1人	0人	0人	0人	1人	1人	1人
看護職員	3人	1人	1人	0人	5人	4.6人	4.6人
介護職員	30人	1人	1人	0人	32人	31人	31人
機能訓練指導員	1人	0人	1人	0人	2人	1.8人	1.8人
計画作成担当者	1人	0人	0人	0人	1人	1人	1人
栄養士	1人	0人	0人	0人	1人	1人	1人
調理員	1人	1人	1人	0人	3人	2.6人	2.6人
事務員	3人	1人	1人	0人	5人	4.6人	4.6人
その他の従業者	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					※13	40	時間
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所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、当該事業所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。							
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	兼務	専従	兼務			
介護福祉士	0人	0人	0人	0人			
実務者研修	2人	0人	0人	0人			
介護職員初任者研修	11人	1人	1人	0人			
介護支援専門員	0人	0人	0人	0人			
従業者である機能訓練指導員が有している資格							
延べ人数	常勤		非常勤				
	専従	兼務	専従	兼務			
理学療法士	0人	0人	1人	0人			
作業療法士	1人	0人	0人	0人			
言語聴覚士	0人	0人	0人	0人			
看護師及び准看護師	0人	0人	0人	0人			
柔道整復師	0人	0人	0人	0人			
あん摩マッサージ指圧師	0人	0人	0人	0人			
はり師	0人	0人	0人	0人			
きゆう師	0人	0人	0人	0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				4人		
	平均時の人数				5人		

※11 常勤及び非常勤の勤務形態別に、専従及び兼務に該当する人数を記入して下さい。  
また、下記の常勤換算方法により算出された人数を記入してください。

※13 常勤職員について就業規則等で定められた1週間あたりの労働時間を記入してください。

※12

《常勤換算の計算式》

・常勤換算人数：従業者の勤務のべ時間数÷常勤の従業者が勤務すべき時間数

(例1) 1週間の勤務延べ時間で計算する場合 介護職員

$$\begin{aligned}
 & ( 1200時間 + 25時間 + 15時間 ) \div 40時間 = 31.0人 \\
 & \begin{array}{ccccccc}
 \langle \text{常勤} \rangle & \langle \text{常勤} \rangle & \langle \text{非常勤} \rangle & \langle \text{事業所が定めている} & \langle \text{常勤換算人数} \rangle \\
 \text{専従30名} & \text{兼務1名の合計} & \text{専従1名の合計} & \text{1週間の勤務時間} & 
 \end{array}
 \end{aligned}$$

(例2) 1ヶ月の勤務延べ時間数で計算する場合 介護職員

$$\begin{aligned}
 & ( 4800時間 + 100時間 + 60時間 ) \div 160時間 = 31.0人 \\
 & \begin{array}{ccccccc}
 \langle \text{常勤} \rangle & \langle \text{常勤} \rangle & \langle \text{非常勤} \rangle & \langle \text{事業所が定めている} & \langle \text{常勤換算人数} \rangle \\
 \text{専従30名} & \text{兼務1名の合計} & \text{専従1名の合計} & \text{1週間の勤務時間} \times 4 & 
 \end{array}
 \end{aligned}$$

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態 ※11							※12
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数	
	専従	兼務	専従	兼務			
生活相談員	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人	
看護職員	2 人	1 人	1 人	0 人	4 人	3.4 人	
介護職員	30 人	1 人	1 人	0 人	32 人	31 人	
機能訓練指導員	1 人	0 人	1 人	0 人	2 人	1.6 人	
計画作成担当者	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人	
その他の従業者	2 人	0 人	0 人	0 人	2 人	2 人	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					※13	40 時間	
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所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、当該事業所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。							
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	兼務	専従	兼務			
介護福祉士	2 人	0 人	0 人	0 人			
実務者研修	0 人	0 人	0 人	0 人			
介護職員初任者研修	8 人	1 人	1 人	0 人			
介護支援専門員	0 人	0 人	0 人	0 人			
従業者である機能訓練指導員が有している資格							
延べ人数	常勤		非常勤				
	専従	兼務	専従	兼務			
理学療法士	1 人	0 人	0 人	0 人			
作業療法士	0 人	0 人	1 人	0 人			
言語聴覚士	0 人	0 人	0 人	0 人			
看護師及び准看護師	0 人	0 人	0 人	0 人			
柔道整復師	0 人	0 人	0 人	0 人			
あん摩マッサージ指圧師	0 人	0 人	0 人	0 人			
はり師	0 人	0 人	0 人	0 人			
きゆう師	0 人	0 人	0 人	0 人			
管理者の他の職務との兼務の有無					● なし ○ 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					● なし ○ あり		
(資格等の名称)							
看護職員及び介護職員1人当たりの特定施設入居者生活介護の利用者数					※14	1.3 人	

※11 常勤及び非常勤の勤務形態別に、専従及び兼務に該当する人数を記入して下さい。  
また、下記の常勤換算方法により算出された人数を記入してください。

※13 常勤職員について就業規則等で定められた1週間あたりの労働時間を記入してください。

※12

《常勤換算の計算式》 については前ページをご参照ください。

※14

《看護職員及び介護職員1人当たりの特定施設入居者生活介護の利用者数の計算方法》

※ 本項目は調査票の入力内容を基に自動計算されます。

当該サービスに係る自立を除いた入居者数を、「特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態」の実人数の看護職員及び介護職員に係る常勤換算人数の合計で除した人数を記載してください。なお、入居者数は「軽費老人ホームの入居者の状況」の「入居者の人数」の合計になります。また、計算結果は小数点第2位を切り捨て、小数点第1位まで記載してください。

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	看護職員		介護職員		生活相談員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度の採用者数 ※15	1 人	0 人	2 人	0 人	0 人	0 人
前年度の退職者数 ※15	1 人	0 人	1 人	0 人	0 人	0 人
当該職種として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	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
1年～3年未満の者の人数	1 人	1 人	9 人	1 人	0 人	0 人
3年～5年未満の者の人数	2 人	0 人	8 人	0 人	1 人	0 人
5年～10年未満の者の人数	0 人	0 人	14 人	0 人	0 人	0 人
10年以上の者の人数	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
区分	機能訓練指導員		計画作成担当者		/	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
前年度の採用者数	0 人	0 人	0 人	0 人		
前年度の退職者数	0 人	0 人	0 人	0 人		
当該職種として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	0 人	0 人	0 人	0 人		
1年～3年未満の者の人数	0 人	1 人	0 人	0 人		
3年～5年未満の者の人数	1 人	0 人	1 人	0 人		
5年～10年未満の者の人数	0 人	0 人	0 人	0 人		
10年以上の者の人数	0 人	0 人	0 人	0 人		

※15 採用者数・退職者数には、同一法人内での人事異動は含めないでください。

※経験年数は当該職種として他の事業所で勤務した年数を含む。

従業者の健康診断の実施状況 ○ なし ● 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 ※17

アセッサー(評価者)の人数	1 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
	1 人	0 人	0 人	0 人
外部評価(介護プロフェッショナルキャリア段位制度)の実施状況	● なし ○ あり			

※16 業務に従事した経験年数は、現在業務に従事している従業者の経験年数を記入してください。経験年数の数え方は、現在の事業所の経験だけでなく、他の事業所で同じ職種で業務に従事した経験があれば経験年数に加えてください。(当該職種に従事した年数について記入します。)  
全くの新規採用者で業務に従事してまだ数日という場合であっても、「1年未満の者の人数」に記入してください。

※17 「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」  
事業所の従業者で、アセッサー養成講習を修了しアセッサーとなっているものの人数を記載してください。
- 「段位取得者の人数」  
アセッサーが内部評価を行い、レベル認定委員会にて認定を受けたものの数をレベル毎(2①、2②、3、4)に記載してください。
- 「外部評価(介護プロフェッショナルキャリア段位制度)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」と記してください。

認知症に関する取組の実施状況		※18
認知症介護指導者養成研修修了者の人数	0人	
認知症介護実践リーダー研修修了者の人数	0人	
認知症介護実践者研修修了者の人数	0人	
それ以外の認知症対応力の向上に関する研修を修了した者の人数(認知症介護基礎研修を除く)	0人	

**※18**

「認知症に関する取組の実施状況」

- a. 「認知症介護指導者養成研修修了者の人数」  
事業所の従業者で、認知症介護指導者養成研修を修了したものの人数を記載してください。
- b. 「認知症介護実践リーダー研修修了者の人数」  
事業所の従業者で、認知症介護実践リーダー研修を修了したものの人数を記載してください。
- c. 「認知症介護実践者研修修了者の人数」  
事業所の従業者で、認知症介護実践者研修を修了したものの人数を記載してください。
- d. 「それ以外の認知症対応力の向上に関する研修修了者の人数」  
事業所の従業者で、a～c以外の認知症対応力の向上に関する研修を修了したものの人数を記載してください。

**4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項**

事業所の運営に関する方針	
○○○○○○○○○○○○○○○○	
介護予防および介護度進行予防に関する方針	
○○○○○○○○○○○○○○○○	
※介護予防サービスを実施していない場合は「介護予防および介護度進行予防に関する方針」には「-」を入力してください。	
介護サービスの内容、入居定員等	
介護報酬の加算状況(記入日前月から直近1年間の状況) ※19	
入居継続支援加算(Ⅰ)(予防を除く)	● なし ○ あり
入居継続支援加算(Ⅱ)(予防を除く)	● なし ○ あり
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	● なし ○ あり
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	● なし ○ あり
個別機能訓練加算(Ⅰ)	● なし ○ あり
個別機能訓練加算(Ⅱ)	● なし ○ あり
ADL維持等加算(Ⅰ)(予防を除く)	● なし ○ あり
ADL維持等加算(Ⅱ)(予防を除く)	● なし ○ あり
夜間看護体制加算(予防を除く)	○ なし ● あり
若年性認知症入居者受入加算	○ なし ● あり
医療機関連携加算	○ なし ● あり
口腔衛生管理体制加算	○ なし ● あり
口腔・栄養スクリーニング加算	● なし ○ あり
科学的介護推進体制加算	● なし ○ あり
退院・退所時連携加算(予防を除く)	○ なし ● あり
看取り介護加算(Ⅰ)(予防を除く)	● なし ○ あり
看取り介護加算(Ⅱ)(予防を除く)	● なし ○ あり
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	● なし ○ あり
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	● なし ○ あり

**※19**

介護報酬の加算  
・記入年月日を含む月の前月から前1年間において該当する加算を受けた場合は「あり」を選択してください。

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	● なし ○ あり
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	● なし ○ あり
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	● なし ○ あり
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	● なし ○ あり
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	● なし ○ あり
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	● なし ○ あり
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	● なし ○ あり
介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	● なし ○ あり
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	● なし ○ あり
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	● なし ○ あり
短期利用特定施設入居者生活介護の提供(予防を除く)	● なし ○ あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施	● なし ○ あり
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	※20 別紙
協力医療機関の名称	○○○○○○○○○○○○○○○○○○
(協力の内容)	○○○○○○○○○○○○○○○○○○
協力歯科医療機関	○ なし ● あり
(その名称)	○○○○ 歯科医院
(協力の内容)	○○○○○○○○○○○○○○○○○○
入居後の居室の住み替えに関する事項	
要介護時に介護を行う場所	
○○○○○○○○○○○○○○○○○○	
入居後に居室を住み替える場合	
一時介護室へ移る場合	
判断基準・手続について	
(その内容)	○○○○○○○○○○○○○○○○○○
追加的費用の有無	○ なし ● あり
居室利用権の取扱い	
(その内容)	○○○○○○○○○○○○○○○○○○
前払金償却の調整の有無	○ なし ● あり
従前の居室からの面積の増減の有無	○ なし ● あり
従前居室との仕様の変更	
便所の変更の有無	● なし ○ あり
浴室の変更の有無	○ なし ● あり
洗面所の変更の有無	● なし ○ あり
台所の変更の有無	○ なし ● あり
その他の変更の有無	○ なし ● あり
(その内容)	○○○○○○○○○○○○○○○○○○

※20 個別的な選択による介護サービスの実施状況については、「別紙」にご記入ください。

介護居室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
--------	----------------------

追加的費用の有無	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
----------	--

居室利用権の取扱い

(その内容)	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
--------	----------------------

前払金償却の調整の有無	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
-------------	--

従前の居室からの面積の増減の有無	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
------------------	--

従前居室との仕様の変更

便所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
----------	--

浴室の変更の有無	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
----------	--

洗面所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
-----------	--

台所の変更の有無	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
----------	--

その他の変更の有無	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
-----------	--

(その内容)	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
--------	----------------------

その他へ移る場合	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
----------	--

判断基準・手続について

(その内容)	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
--------	----------------------

追加的費用の有無	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
----------	--

居室利用権の取扱い

(その内容)	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
--------	----------------------

前払金償却の調整の有無	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
-------------	--

従前の居室からの面積の増減の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
------------------	--

従前居室との仕様の変更

便所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
----------	--

浴室の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
----------	--

洗面所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
-----------	--

台所の変更の有無	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
----------	--

その他の変更の有無	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
-----------	--

(その内容)	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
--------	----------------------

軽費老人ホームの入居に関する要件	
自立している者を対象	○ なし ● あり
要支援の者を対象	○ なし ● あり
要介護の者を対象	○ なし ● あり
留意事項	○○○○○○○○○○○○○○○○○○
契約の解除の内容	○○○○○○○○○○○○○○○○○○
体験入居の内容	○○○○○○○○○○○○○○○○○○
入居定員	100 人

軽費老人ホームの入居者の状況(記入日の前月末現在)

入居者の人数						
区分	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	1 人	1 人	1 人	0 人	0 人	3 人
65歳以上75歳未満	6 人	4 人	3 人	1 人	2 人	16 人
75歳以上85歳未満	2 人	2 人	5 人	4 人	2 人	15 人
85歳以上	1 人	3 人	2 人	3 人	3 人	12 人
	自立	要支援1	要支援2	合計		
65歳未満	4 人	0 人	0 人	4 人		
65歳以上75歳未満	33 人	0 人	0 人	33 人		
75歳以上85歳未満	15 人	0 人	0 人	15 人		
85歳以上	2 人	0 人	0 人	2 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。

入居者の平均年齢	75 歳
入居者の男女別人数	男性 50 人 女性 50 人
入居率(一時的に不在となっている者を含む)	100 %

軽費老人ホームを退居した者の人数(前年度) ※21

退去先	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	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
介護保険施設	0 人	0 人	1 人	0 人	0 人	1 人
特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設	0 人	0 人	1 人	0 人	0 人	1 人
医療機関	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
死亡者	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
その他	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
	自立	要支援1	要支援2	合計		
自宅等	0 人	0 人	0 人	0 人		
介護保険施設	0 人	0 人	0 人	0 人		
特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設	0 人	0 人	0 人	0 人		
医療機関	0 人	0 人	0 人	0 人		
死亡者	0 人	0 人	0 人	0 人		
その他	0 人	0 人	0 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。

※21  
記入年月日を含む年度の  
前年度における老人  
ホームを退居した者につ  
いて該当する人数を記入  
してください。

入居者の入居期間						
入居期間	6か月未満	6か月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
入居者数	20 人	20 人	60 人	0 人	0 人	0 人



事業所の敷地に関する事項			
敷地の面積		1650 m <sup>2</sup>	
事業所を運営する法人が所有		<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 一部あり <input type="radio"/> あり	
抵当権の設定		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
貸借(借地)		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
契約期間	始	2001/02/01	終 2025/01/31
契約の自動更新		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
事業所の建物に関する事項			
建物の延床面積		2500 m <sup>2</sup>	
事業所を運営する法人が所有		<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 一部あり <input type="radio"/> あり	
抵当権の設定		<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
貸借(借家)		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
契約期間	始	2001/02/01	終 2025/01/31
契約の自動更新		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況			
窓口の名称	振興財団事務所		
電話番号	03-3344-8630		
対応している時間	平日	9 時 0 分 ~ 17 時 0 分	
	土曜	9 時 0 分 ~ 17 時 0 分	
	日曜	時 分 ~ 時 分	
	祝日	時 分 ~ 時 分	
定休日	※23	日曜・祝日	
留意事項	※23		
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		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
介護サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容)	○○○○○○○○○○		
利用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			
利用者アンケート調査、意見箱等利用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) ※24		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
当該結果の開示状況		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
第三者による評価の実施状況等(記入日前4年間の状況) ※25		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
実施した直近の年月日 (評価結果確定日)	2020/11/03 ※半角で記入してください(例:2020/04/01)		
実施した評価機関の名称	○○機関		
当該結果の開示状況		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
(その開示内容を確認できる【ホームページアドレス】を記入)		<a href="http://○○○○○○○">http://○○○○○○○</a>	
※第三者による評価とは、提供する福祉サービスの質を事業者及び利用者以外の公正・中立な第三者機関が専門的かつ客観的な立場から行った評価をいう。(事業所内で行う内部監査や行政による指導監査は含まれない。)			

※23  
定休日欄には当該苦情の受付窓口の定休日を記載してください。  
留意事項の欄には必要に応じて通常以外の時間帯等を記載してください。

※24  
「利用者アンケート調査・・・」については、記入年月日の前1年間において実施したものについて記載してください。

※25  
「第三者による評価の・・・」については、記入年月日の前4年間において実施した直近の年月日を記載してください。  
東京都指定情報公表センターは、評価機関ではありませんのでご注意ください。

5. 介護サービス(予防を含む)を利用するに当たっての利用料等に関する事項

年齢により前払金の料金が異なる場合		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり		
利用料の支払い方式		<input checked="" type="radio"/> 前払金方式 <input type="radio"/> 月払い方式 <input type="radio"/> 選択方式		
前払金に関する費用				
①居室に要する前払金 (一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの)		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり		
前払金の名称		○○○○○○○○○○		
前払金の額				
1	人の入居の場合	最低の額	最高の額	最多価格帯
		10000000 円	20000000 円	15000000 円 5 室
	留意事項			
2	人の入居の場合	最低の額	最高の額	最多価格帯
		20000000 円	40000000 円	30000000 円 30 室
	留意事項			
	人の入居の場合	最低の額	最高の額	最多価格帯
		円	円	円 室
	留意事項			
前払金の償却に関する事項				
償却開始	入居をした月	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり		
	上記以外 (その内容)	○○○○○○○○		
初期償却率(%)	10 %			
償却年月数	10 年			
留意事項	○○○○○○○○○○○○○○○○			
解約時返還金の算定方法	○○○○○○○○○○○○○○○○			
②その他に要する前払金		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり		
(その内容及び利用料)	○○○○○○○○○○○○○○○○			
前払金の名称	○○○○○○○○○○			
解約時返還金の算定方法	○○○○○○○○○○○○○○○○			
留意事項	○○○○○○○○○○○○○○○○			

**自立、要介護者、要支援者共通項目**

介護保険給付以外のサービスに要する費用

月払い方式の場合の利用料の額

管理費	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	(その費用の額)	50000	円
留意事項	○○○○○○○○			
食費	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	(その費用の額)	50000	円
留意事項	○○○○○○○○			
光熱水費	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	(その費用の額)	50000	円
留意事項	○○○○○○○○			

利用者の個別的な選択による介護サービス利用料

人員配置が手厚い場合の介護サービス	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
(その内容及び利用料)	○○○○○○○○○○○○○○○○
(サービス提供に係る費用が、介護保険給付(利用者負担分を含む)の費用では賄えない額の合理的な積算根拠)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
個別的な選択による介護サービス	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
(その内容及び利用料)	○○○○○○○○○○○○○○○○

家賃相当額

	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり								
(その費用の額)	<table border="1"> <tr> <th>最低の額</th> <th>最高の額</th> <th colspan="2">最多価格帯</th> </tr> <tr> <td>円</td> <td>円</td> <td>円</td> <td>室</td> </tr> </table>	最低の額	最高の額	最多価格帯		円	円	円	室
最低の額	最高の額	最多価格帯							
円	円	円	室						
留意事項									

その他に必要な月額利用料

	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
(その内容及び利用料)	○○○○○○○○○○○○○○○○

その他、前払金及び利用料以外に必要な利用料

	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
(その内容及び利用料)	○○○○○○○○○○○○○○○○

●別紙

区分	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス	各種前払金、月額の利用料等で、実施するサービス	別途利用料を徴収した上で、実施するサービス	備考
介護サービス				
食事介助	○ なし ● あり	● なし ○ あり	● なし ○ あり	
排泄介助・おむつ交換	○ なし ● あり	● なし ○ あり	● なし ○ あり	
おむつ代	○ なし ● あり	● なし ○ あり	● なし ○ あり	
入浴(一般浴)介助・清拭	○ なし ● あり	● なし ○ あり	● なし ○ あり	
特浴介助	○ なし ● あり	● なし ○ あり	● なし ○ あり	
身辺介助(移動・着替え等)	○ なし ● あり	● なし ○ あり	● なし ○ あり	
機能訓練	○ なし ● あり	● なし ○ あり	● なし ○ あり	
通院介助(協力医療機関)	○ なし ● あり	● なし ○ あり	● なし ○ あり	
通院介助(協力医療機関以外)	○ なし ● あり	● なし ○ あり	● なし ○ あり	
生活サービス				
居室清掃	● なし ○ あり	● なし ○ あり	○ なし ● あり	
リネン交換	● なし ○ あり	● なし ○ あり	○ なし ● あり	
日常の洗濯	● なし ○ あり	● なし ○ あり	○ なし ● あり	
居室配膳・下膳	● なし ○ あり	● なし ○ あり	○ なし ● あり	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	● なし ○ あり	● なし ○ あり	○ なし ● あり	
おやつ	● なし ○ あり	● なし ○ あり	○ なし ● あり	
理美容師による理美容サービス	● なし ○ あり	● なし ○ あり	○ なし ● あり	
買い物代行(通常の利用区域)	● なし ○ あり	● なし ○ あり	○ なし ● あり	
買い物代行(上記以外の区域)	● なし ○ あり	● なし ○ あり	○ なし ● あり	
役所手続き代行	● なし ○ あり	● なし ○ あり	○ なし ● あり	
金銭・貯金管理	● なし ○ あり	● なし ○ あり	○ なし ● あり	管理手数料○○○円/月

区分	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス	各種前払金、月額の利用料等で、実施するサービス	別途利用料を徴収した上で、実施するサービス	備考
健康管理サービス				
定期健康診断	● なし ○ あり	○ なし ● あり	● なし ○ あり	
健康相談	● なし ○ あり	○ なし ● あり	● なし ○ あり	
生活指導・栄養指導	○ なし ● あり	● なし ○ あり	● なし ○ あり	
服薬支援	● なし ○ あり	○ なし ● あり	● なし ○ あり	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	○ なし ● あり	● なし ○ あり	● なし ○ あり	
入退院時・入院中のサービス				
入退院時の同行(協力医療機関)	○ なし ● あり	● なし ○ あり	● なし ○ あり	
入退院時の同行(協力医療機関以外)	○ なし ● あり	● なし ○ あり	● なし ○ あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	● なし ○ あり	● なし ○ あり	○ なし ● あり	
入院中の見舞い訪問	● なし ○ あり	● なし ○ あり	○ なし ● あり	

○それぞれのサービスについて、サービス実施の有無、実施している場合の費用負担について選択してください。実施している場合の負担に関しては、単独選択及び複数選択が可能です。備考欄には、特記事項を記入してください。