

基本情報調査票：地域密着型特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム：老人福祉法に基づく届出事業所)

記入年月日は、調査票を入力(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入力(記入)してください。

入力(記入)の時点は、調査票を入力(記入)した日現在です。

計画年度	2024年度	記入年月日	2024 年 10 月 01 日
記入者名	財団 花子	所属・職名	公表担当

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 <ul style="list-style-type: none"> <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
	(その他の場合、その名称)
	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"/> 法人番号の指定を受けていない <input checked="" type="radio"/> 法人番号の指定を受けている
	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 <input checked="" type="radio"/> あり (ホームページアドレス) https://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	2001/04/01

法人等の種類は該当する種類を選択してください。

「医療法人」は
医療法人社団
医療法人財団

「営利法人」は
株式会社
有限会社
合同会社

「その他法人」は
学校法人
宗教法人
独立行政法人
企業組合
日本赤十字社 等

法人番号の指定を受けている場合には、「法人番号の指定を受けている」を選択し、法人番号(国税庁から通知されている13ケタの番号)を入力してください。

※国税庁法人番号検索サイト(<https://www.houjin-bangou.nta.go.jp/>)で、確認の上、公表されている法人番号を入力してください。
※法人番号を入力すると、国税庁法人番号公表サイトに紐づけられた「法人名称(ふりがな含む)」と「法人の主たる事業所の所在地」が自動で入力されます。

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）	
<居宅サービス>				
訪問介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
訪問入浴介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
訪問看護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
居宅療養管理指導	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
通所介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
通所リハビリテーション	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
短期入所生活介護	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	1 財団事業所	東京都新宿区西新宿2丁目7番 1号	
短期入所療養介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
特定施設入居者生活介護	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	1 財団事業所	東京都新宿区西新宿2丁目7番 1号	
福祉用具貸与	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
特定福祉用具販売	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
夜間対応型訪問介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
地域密着型通所介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
認知症対応型通所介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
小規模多機能型 居宅介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
認知症対応型共同 生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
地域密着型特定施設 入居者生活介護	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	1 財団事業所	東京都新宿区西新宿2丁目7番 1号	
地域密着型介護老人 福祉施設入所者生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
看護小規模多機能型居宅 介護（複合型サービス）	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
居宅介護支援	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			

東京都内で指定、又は許可を受けているサービスの種類ごとに「あり」を選択してください。
 なお、当該対象事業所分も入力（記入）してください

サービスの種類のか所数・事業所名称・所在地について
 ※ 入力（記入）する場合、合計の「か所数」と代表の事業所名称及び所在地を1つ入力（記入）してください。
 ※ 空白のままでも可

＜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	東京都新宿区西新宿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	東京都新宿区西新宿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			

介護予防支援について
 ※下記の場合のみ入力(記入)してください。
 ・法人が運営している
 地域包括支援センター
 ・**介護予防支援の指定を受けている**居宅介護支援事業所
 ※地域包括支援センターからの委託を受けて「介護予防支援」を実施する居宅介護支援事業所は除いてください。

2. 介護サービスを提供し、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
	(都道府県から番地まで) 東京都新宿区西新宿2丁目7番1号
	(建物名・部屋番号等)
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 <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
	(ホームページアドレス) http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/
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
指定の年月日	2001/04/01
指定の更新年月日(直近)(未来の日付は入らない)	2019/04/01
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	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
老人福祉法第29条に規定する有料老人ホームの届出	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
有料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	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
事業所までの主な利用交通手段	
JR新宿駅より徒歩10分	
ケアプランデータ連携システム(国保中央会)の利用登録の有無	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり

「東京都」から入力(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)欄に入力(記入)してください。

ホームページがある場合は「あり」を選択した上で、「半角英数字」にて「https://」から入力(記入)してください。なお、「メールアドレス」と間違えないよう気をつけてください。

事業の開始年月日は当該サービスの提供を開始した日または、開始予定年月日を入力(記入)してください。

指定の更新年月日は新規の事業所やまだ更新手きを受けていない事業所は「指定の年月日」と同日を入力(記入)してください。

生活保護法指定介護機関として指定を受けている場合は「あり」を選択してください。なお、2014年7月以降の指定事業所は指定を受けたと見なされています。

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入力(記入)してください。

(例)

〇〇線〇〇駅より徒歩〇〇分

〇〇線〇〇駅より △△バス△△停留所下車徒歩□分

※自転車・自動車等は入力(記入)しないでください。

3. 事業所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

有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態

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
生活相談員	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人
看護職員	3 人	1 人	1 人	0 人	5 人	4.6 人
介護職員	13 人	2 人	7 人	0 人	22 人	20.6 人
機能訓練指導員	1 人	0 人	1 人	0 人	2 人	1.8 人
計画作成担当者	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人
栄養士	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人
調理員	1 人	1 人	1 人	0 人	3 人	2.6 人
事務員	3 人	1 人	1 人	0 人	5 人	4.6 人
その他の従業者	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					40 時間	

記入日現在における
有料老人ホームの職員
の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
入力(記入)してください。

常勤従業者1名分
の1週間の勤務すべ
き時間数を入力(記
入)してください。

※ 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。

常勤換算人数の求め方

- ①常勤の方々の1週間の勤務時間数を計算します。
- ②非常勤の方々の1週間の勤務時間数を計算します。
(①②ともに「1日の時間数×1週間の勤務日数」で計算)
- ③上記で計算した「①と②の勤務合計時間数」を「1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数」で割る。

計算式：(一日の勤務時間数×1週間の勤務日数×人数)÷常勤の勤務すべき時間数

※1週間での計算が困難な場合は1か月(4週間)での計算をしてください。

※管理者としての勤務時間数は含めません。

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	0 人	0 人	0 人	0 人
介護職員初任者研修	11 人	2 人	2 人	0 人
介護支援専門員	2 人	0 人	0 人	0 人

実務者研修

- ・実務者研修修了者
- ・介護職員
基礎研修修了者
- ・訪問介護員1級
(旧ヘルパー1級)

介護職員初任者研修

- ・訪問介護員2級
(旧ヘルパー2級)

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

記入日現在における地域密着型特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業員の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入力(記入)してください。

地域密着型特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業員の人数及びその勤務形態

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	0	0	0	1	1
看護職員	2	1	1	0	4	3.4
介護職員	10	1	1	0	12	11.2
機能訓練指導員	1	0	1	0	2	1.6
計画作成担当者	1	0	0	0	1	1
その他の従業員	2	0	0	0	2	2

常勤従業員1名分の1週間の勤務すべき時間数を入力(記入)してください。

1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 40 時間

※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の数に換算した人数をいう。

従業員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	0	0	0
実務者研修	0	0	0	0
介護職員初任者研修	7	1	1	0
介護支援専門員	1	0	0	0

従業員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	0	0	0
作業療法士	0	0	1	0
言語聴覚士	0	0	0	0
看護師及び准看護師	0	0	0	0
柔道整復師	0	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0
はり師	0	0	0	0
きゅう師	0	0	0	0

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人当たりの地域密着型特定施設入居者生活介護の利用者数 1.9 人

看護職員及び介護職員1人当たりの1か月の地域密着型特定施設入居者生活介護の利用者数とは

「サービス内容」の項目の中の「有料老人ホームの入居者の状況」の「入居者の人数(外部サービス利用者を除く)」の合計を「地域密着型特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業員の人数及びその勤務形態」の実人数の看護職員と介護職員の常勤換算合計人数で割った人数のことです。
 なお、介護サービス情報報告システムにてご報告の際は自動計算されます。

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	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	1人	0人	2人	0人	0人	0人
前年度の退職者数	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	2人	0人	0人	0人
3年～5年未満の者の人数	1人	0人	3人	0人	1人	0人
5年～10年未満の者の人数	1人	0人	6人	1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		

前年度の採用者数と退職者数について

・前年度とは
**2023年4月1日から
 2024年3月31日**
 の期間のことです。

※法人内の異動は
 含みません。

業務に従事した経験年数について

「実人数」に入力(記入)した従業者の**キャリア年数合計(当該職種として他の事業所で勤務した年数を含める)**を入力(記入)してください。

※「実人数」と「経験年数」の人数が一致するように入力(記入)してください。

※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

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(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			

認知症に関する取組の実施状況

認知症介護指導者養成研修修了者の人数	人
認知症介護実践リーダー研修修了者の人数	人
認知症介護実践者研修修了者の人数	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)	人

「それ以外の認知症対応力の向上に関する研修」とは

- ・認知症対応型サービス事業管理者研修
- ・小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修
- ・認知症対応型サービス事業開設者研修

4. 介護サービス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)

入居継続支援加算(Ⅰ)	● なし ○ あり
入居継続支援加算(Ⅱ)	● 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)	● なし ○ あり
ADL維持等加算(Ⅱ)	● なし ○ あり
夜間看護体制加算(Ⅰ)	● なし ○ あり
夜間看護体制加算(Ⅱ)	● なし ○ あり
若年性認知症入居者受入加算	● なし ○ あり
協力医療機関連携加算(相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と)	● なし ○ あり
協力医療機関連携加算(上記以外の医療機関と連携している場合)	● 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
退院・退所時連携加算	● なし ○ あり
看取り介護加算(Ⅰ)	● なし ○ あり
看取り介護加算(Ⅱ)	● なし ○ あり
退居時情報提供加算	● 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
科学的介護推進体制加算	● なし ○ あり
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	● なし ○ あり
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	● なし ○ あり
新興感染症等施設療養費	● なし ○ あり
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	● なし ○ あり
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	● なし ○ あり
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
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	● なし ○ あり

介護報酬の加算状況について

記入年月日の前月から過去1年間に於いて該当する加算を受けた実績がある場合は「あり」を選択してください。

※加算において変更(追加加算項目)のあった場合は変更前の実績でなく、**当該年度4月以降に加算を受けた実績**により、「あり」または「なし」を選択してください。

介護職員等処遇改善加算(V)(1)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(V)(2)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(V)(3)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(V)(4)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(V)(5)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(V)(6)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(V)(7)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(V)(8)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(V)(9)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(V)(10)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(V)(11)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(V)(12)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(V)(13)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(V)(14)	● なし ○ あり
短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護の提供	● 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	別紙 ←
協力医療機関(入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保)	● なし ○ あり
(その名称)	
協力医療機関(診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保)	● なし ○ あり
(その名称)	
上記以外の協力医療機関	● なし ○ あり
(その名称)	
新興感染症発生時に対応を行う医療機関との連携	● なし ○ あり
(医療機関の名称)	
協力歯科医療機関	○ なし ● あり
(その名称)	〇〇〇〇歯科医院
運営推進会議の開催状況(前年度)	
(開催実績)	〇〇〇〇 (参加者延べ人数) 10人
(協議内容等)	
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	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
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)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
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)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
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

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」にご入力(記入)してください

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 checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
(その内容)	

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 checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
(その内容)	

その他へ移る場合

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 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 checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
(その内容)	

有料老人ホームの要介護者以外の入居に関する要件

入居中に要介護から改善した者	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
入居者(要介護者及び上記の者)の3親等以内の親族	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
入居者(要介護者)と同居させることが必要と市町村長が認めた者	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 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	29 人

有料老人ホームの入居者の状況(記入日前月末現在)

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	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
65歳以上75歳未満	2 人	4 人	4 人	3 人	1 人	14 人
75歳以上85歳未満	1 人	3 人	3 人	2 人	2 人	11 人
85歳以上	0 人	1 人	0 人	2 人	1 人	4 人
	自立	要支援1	要支援2	合計		
65歳未満	0 人	0 人	0 人	0 人		
65歳以上75歳未満	0 人	0 人	0 人	0 人		
75歳以上85歳未満	0 人	0 人	0 人	0 人		
85歳以上	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。

記入年月日の前月末における**有料老人ホーム**の入居者について該当する人数を入力(記入)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 14 人

女性 15 人

入居率(一時的に不在となっている者を含む)

100 %

有料老人ホームを退居した者の人数(前年度)

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。

記入年月日を含む年度の**前年度**における**有料老人ホーム**を退居した者について該当する人数を入力(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	10 人	10 人	9 人	0 人	0 人	0 人

介護サービスを提供する事業所、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		● なし ○ 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		○ なし ● 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		○ なし ● あり	
居室の状況	区分	室数	人数	居室の床面積
	一般居室個室	● なし ○ あり		m ²
	一般居室相部屋	● なし ○ あり		m ²
				m ²
				m ²
	介護居室個室	○ なし ● あり		m ²
	介護居室相部屋	● なし ○ あり		m ²
				m ²
			m ²	
一時介護室	● なし ○ あり		m ²	
共同便所の設置数	男子便所	5 か所 (うち車いす等の対応が可能な数)	5 か所	
	女子便所	5 か所 (うち車いす等の対応が可能な数)	5 か所	
	男女共用便所	3 か所 (うち車いす等の対応が可能な数)	3 か所	
個室の便所の設置数	29 か所	(個室における便所の設置割合)	100 %	
		(うち車いす等の対応が可能な数)	10 か所	
浴室の設備状況				
浴室の総数		9 か所		
個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
5 か所	1 か所	2 か所	1 か所	
その他の浴室の設備の状況				
食堂の設備状況	○○○○○○○○○○○○○○○○○○			
入居者等が調理を行う設備状況	○ なし ● あり			
その他の共用施設の設備状況	○ なし ○ あり			
(その内容)				
バリアフリーの対応状況				
(その内容)	○○○○○○○○○○○○○○○○○○			
消火設備等の状況	○ なし ● あり			
(その内容)				
緊急通報装置の設置状況	● なし ○ 一部あり ○ 各居室内にあり			
外線電話回線の設置状況	● なし ○ 一部あり ○ 各居室内にあり			
テレビ回線の設置状況	● なし ○ 一部あり ○ 各居室内にあり			

居室の状況について
 室数、定員、床面積を記入してください。床面積については、**最も多い居室**の面積を入力(記入)してください。

事業所の敷地に関する事項		
敷地の面積	1650 m ²	
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 type="radio"/> あり	
貸借(借地)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
契約期間	始 <input type="text"/> 終 <input type="text"/>	
契約の自動更新	<input type="radio"/> なし <input 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 ²	
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 type="radio"/> あり	
貸借(借家)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
契約期間	始 <input type="text"/> 終 <input type="text"/>	
契約の自動更新	<input type="radio"/> なし <input 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	<input type="text"/>	
留意事項	<input type="text"/>	
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)	<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)	<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	
実施した評価機関の名称	○○評価機関	
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)	https://○○○○○○	
※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。)		

「事業所の営業時間」に受付対応が可能な通常の時間帯を入力(記入)してください。

通常以外の時間帯について特筆すべき事項がある場合は「留意事項」欄に入力(記入)してください。

記入日前4年間以前の実施は「なし」を選択し、日付を入力(記入)しないでください。
※介護サービス情報の公表における訪問調査や区市町村の実地調査等のことではありません。

ホームページ上で評価結果を公表している場合は、そのホームページアドレス(メールアドレスではありません)を入力(記入)してください。

第三者による評価についてはこちらをご参照ください。

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

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			
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			
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			
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 type="radio"/> あり	
	上記以外 (その内容)		
初期償却率(%)	%		
償却年月数	年		
留意事項			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況		<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
(その内容)			

前払金に関する費用について

居室の人数ごとの前払金の最低の額、最高の額並びに最多価格帯及びその室数を入力(記入)してください。
また、留意事項がある場合は、その内容を入力(記入)してください。

②その他に要する前払金		● なし ○ 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		
保全措置の実施状況	○ なし ○ あり	
(その内容)		
留意事項		

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	○ なし ● あり	(その費用の額)	円
留意事項			
食費	○ なし ● あり	(その費用の額)	円
留意事項			
光熱水費	○ なし ● あり	(その費用の額)	円
留意事項			

月払い方式の場合の利用料の額について

月額の利用料がある場合には「あり」を選択してください。
また、その金額及び留意事項がある場合には、その内容を入力(記入)してください。

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	○ なし ● 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)	○ なし ○ あり
個別的な選択による介護サービス	○ なし ● あり
(その内容及び利用料)	

家賃相当額	● なし ○ あり		
(その費用の額)	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	○ なし ● 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	○ なし ● あり
(その内容及び利用料)	

別紙 地域密着型特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム：老人福祉法に基づく届出事業所）

区分	地域密着型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	地域密着型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。