

事業所名:

事業所番号:

(枝番)

基本情報：地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

(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 | |

記入年月日
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**。

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 [] 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 | |

医療法人社団 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。

法人格を有している場合は**あり**を選択し、

国税庁から指定されている法人番号を記載。

※**法人番号** は、法人等に指定される13桁の番号です。

ホームページがある場合には「あり」に記し、アドレスを記載。

メールアドレスではなく、**ホームページのアドレス**を記載。

| 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 | | | |
| 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護) | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 居宅介護支援 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |

「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」
については
サービス毎に主な1つを記載。

| ＜介護予防サービス＞ | | | | |
|----------------------|------------------|--|--|--|
| 介護予防訪問介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 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 | | | |
| 介護予防通所介護 | [] 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 | | | |
| 介護療養型医療施設 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |

地域包括支援センターから受託して、要支援者のケアプランを作成しているのであれば「あり」に記載。

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 | | | |
| 指定の年月日 | | | |
| 指定の更新年月日(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 | | | |
| | | | |

ホームページがある場合には「あり」に記し、アドレスを記載。
メールアドレスではなく、**ホームページのアドレス**を記載。

更新を受けた直近の年月日を記載。報告時に更新を受けたことのない事業所は、指定を受けた年月日を記載。

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。

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 | | | | | | |
|--|----|-----|-----|-----|----|--------|
| 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 |
| 生活相談員 | 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 |
| 管理栄養士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 栄養士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 機能訓練指導員 | 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。 | | | | | | |
| <small> 介護職員の勤務時間については、指定基準等（※）において、施設の実態に応じた基準又は除算すべきに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。 </small> <ul style="list-style-type: none"> 生活相談員：1以上 看護職員及び介護職員：入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上 栄養士：1以上 機能訓練指導員：1以上 介護支援専門員：1以上 <small> ※指定基準等 <ul style="list-style-type: none"> 「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第34号）」 「指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について（平成18年3月31日老社、老振、老老通知）」 </small> | | | | | | |
| 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 | | |

記入年月日の前月末日時点の人数を記載。

【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。

常勤の従業者が勤務すべき時間数の1週間の延べ時間数（1人あたり）を記載。

訪問介護員1級 訪問介護員2級 介護職員基礎研修 看護師 准看護師 保健師 は「介護職員初任者研修」の欄に記入。

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 ÷ 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。

| 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 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 理学療法士 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 作業療法士 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 言語聴覚士 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 看護師及び准看護師 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 柔道整復師 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 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地域密着型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人当たりの利用者数 | | | | 人 | | |
| 夜勤(宿直を除く)を行う看護職員及び介護職員の数 | 最少時の人数 | | | | 人 | |
| | 平均の人数 | | | | 人 | |
| 医師の氏名 | | 勤務先 | | | | |
| 当該医師が担当している診療科の名称 | | | | | | |
| 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 | | 生活相談員 | | 介護職員 | |
| | 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 | 看護職員 | | 管理栄養士 | | 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 | 機能訓練指導員 | | 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 | | | | | |

項目4「介護サービスの入所者への提供実績」(記入年月日の前月の請求実績)の**入所者数**を

看護職員・介護職員の「常勤換算人数」の和で除す。

前年度1年間の採用・退職者数を記載。

人事異動による増・減は除く。

当該事業所の従業者として勤務した経験年数ではなく、**当該職種に従事した経験年数毎**に人数を記載。(全従業者について)

| | | | | |
|---|------------------|-------|------|------|
| 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 | | | |

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。

介護プロフェッショナルキャリア段位制度についての詳細は「シルバーサービス振興会」のホームページ等でご確認ください。

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。

記入年月日の前月から前1年間に於いて、加算を受けた場合には「あり」に記載。

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) | |
| 日常生活継続支援加算(Ⅰ) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 日常生活継続支援加算(Ⅱ) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 看護体制加算(Ⅰ)イ | [] 0. なし・ 1. あり |
| 看護体制加算(Ⅰ)ロ | [] 0. なし・ 1. あり |
| 看護体制加算(Ⅱ)イ | [] 0. なし・ 1. あり |
| 看護体制加算(Ⅱ)ロ | [] 0. なし・ 1. あり |
| 夜勤職員配置加算(Ⅰ)イ | [] 0. なし・ 1. あり |
| 夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ | [] 0. なし・ 1. あり |
| 夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ | [] 0. なし・ 1. あり |
| 夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ | [] 0. なし・ 1. あり |
| 準ユニットケア | [] 0. なし・ 1. あり |
| 個別機能訓練の実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 若年性認知症入所者の受入 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 専従の常勤医師の配置 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 精神科医師による月2回以上の療養指導の実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 障害者生活支援体制加算(専従の障害者生活支援員の配置) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 退所前訪問相談援助の実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 退所後訪問相談援助の実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 退所時相談援助の実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 退所前連携の実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 栄養マネジメントの実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 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 |
| 看取り介護の実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 在宅復帰支援機能 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 在宅・入所相互利用の実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 小規模拠点集合型施設 | [] 0. なし・ 1. あり |

| | | | | | | |
|----------------------------|------|--------------|------|------|------|----|
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | [] | 0. なし・ 1. あり | | | | |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | [] | 0. なし・ 1. あり | | | | |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | [] | 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 | | | | |
| リハビリテーション等の実施状況 | | | | | | |
| (実施内容) | | | | | | |
| 協力病院の名称 | | | | | | |
| (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) | | | | | | |
| 運営推進会議の開催状況(前年度) | | | | | | |
| (開催実績) | | (参加者延べ人数) 人 | | | | |
| (協議内容等) | | | | | | |
| 介護サービスの入所者への提供実績(記入日前月の状況) | | | | | | |
| 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 |
| 65歳未満 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 |
| 65歳以上75歳未満 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 |
| 75歳以上85歳未満 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 |
| 85歳以上 | 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。 | | | | | | |
| 入所者の平均年齢 | | | | | | 歳 |
| 入所者の男女別人数 | 男性 | 人 | 女性 | 人 | | |
| 入所者の平均的な入所日数(前年度末現在) | | | | | | 日 |

延べ参加者人数を記載。

記入年月日の前月の介護報酬の請求実績を記載。

前年度末時点における入所者の延入所期間を前年度末時点における入所者数で除す。

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 |
| 報酬類型 | ユニット型個室 | | ユニット型準個室 | | | / |
| | [] 0. なし・ 1. あり | | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| | 従来型個室 | | 多床室 | | | |
| | [] 0. なし・ 1. あり | | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 居室の状況 | | 個室 | 2人部屋 | 3人部屋 | 4人部屋 | 5人部屋以上 |
| | 居室の数 | | | | | |
| | 居室の床面積 | m ² | 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 | |
| 短期入所生活介護事業所を併設している場合 | | | | | [] 0. なし・ 1. あり | |
| (その利用定員) | | | | | 人 | |
| 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】) | |

第三者による評価を実施している場合には「あり」に記し、**直近の年月日、実施した評価機関の名称**を記載。
(当公表制度・行政が行う指導監査は非該当)

ホームページ上で結果を開示している場合は、掲載アドレスを記載。

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居室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 | |
| 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 | |
| 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の実施の有無 | [] 0. なし・ 1. あり |