

事業所名:

事業所番号:

基本情報調査票：特定施設入居者生活介護（予防を含む）
（有料老人ホーム：サービス付き高齢者向け住宅）

(20XX年XX月)

【必須入力項目、必須免除項目の見分け方】
「黄」と「ピンク」の網掛け項目は必須入力項目。
ただし、「ピンク」の網掛け項目は新規指定事業所は「0」(半角数字ゼロ)を記入。
※前年度からの変更箇所は赤字で示してあります。

計画年度	2026 年度	記入年月日	
記入者名		所属・職名	

実際の記入日を記入。
記入が何日もかかる場合、記入開始日を記入。
令和8年(和暦)ではなく、2026年(西暦)を記入。

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. 法人番号の指定を受けていない・1. 法人番号の指定を受けている
	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		

「事業所を運営する法人等」とは、指定を受けている法人等を指す。

○法人の種類
・医療法人は、社団医療法人及び財団医療法人。
・営利法人は、株式会社、有限会社など株主や出資者に還元することを目的とした法人。
・その他は、個人事業主など法人ではない場合を選択。

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、法人番号を記載すること。
法人番号の指定を受けていない場合には「法人番号の指定を受けていない」を選択すること。

書式：半角数字(例:025-000-0000)

当該法人等の情報が掲載されているホームページのアドレスを「http」から半角で記入。

2013年1月1日の場合、「2013/01/01」(半角数字)と入力。
以下年月日記入欄は同様。

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	[] 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			

当該法人等が新潟県内で、現在記入している介護サービスを含む介護サービスを実施している場合には、介護サービスの種類ごとに「1.あり」を選択するとともに事業所の数（か所数）を記入し、さらに、主な事業所の名称及びその所在地について1つ記入。

※ 1法人1事業所のための運営の場合、現在記入の事業所情報の記入も可。
運営主体に関連法人*があり、その関連法人が介護サービスを実施している場合には、その関連法人が提供しているサービスも含める。

* 開設者、代表者が同一又は親族である、役員の3割以上が共通である、人事・資金等の関係が強いなど、特別な関係にある法人（関連法人・系列法人）

＜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			

地域包括支援センターからの委託で、「介護予防支援」を実施している場合は含まれない。

介護予防支援事業所の指定を受けている場合のみ、「あり」を選択。

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)		
事業所の所在地	〒	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)		
事業所の連絡先	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			
事業所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	介護サービス		
	介護予防サービス		
指定の更新年月日 (直近) (未来の日付は入らない)	介護サービス		
	介護予防サービス		
※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		[] 0. なし・ 1. あり	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録		[] 0. なし・ 1. あり	
高齢者向け賃貸住宅の開設年月日			
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	
事業所までの主な利用交通手段			
ケアブランドデータ連携システム(国保中央会)の利用登録の有無		[] 0. なし・ 1. あり	

リストから事業所がある市区町村を選択。

所在地は県名から記入。(正確に記入されない場合、公表画面で地図が正しく表示されないことがある。)

書式: 半角数字 (例: 025-000-0000)

事業所のホームページアドレスがある場合は記入(法人のホームページアドレスでも可)。ホームページアドレスは「http」から半角で記入。

介護保険の指定に関係なく、開設した年月日を記入。

介護保険(市町村への指定申請)における指定を受けた年月日を記入。

「変更・修正」ではなく、「更新」を行った年月日を記入。
なお、更新を受けたことのない場合には、当該事業所の指定を受けた年月日を記入。

事業所までの行き方を分かりやすく記入。
(例: ○○線○○駅より○km(徒歩○○分))

当該事業所において、国民健康保険中央会が運用する「ケアブランドデータ連携システム」の利用登録をしている場合には、「あり」に記すこと。

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

サービス付き高齢者向け住宅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	人		人		0 人	人
生活相談員	人		人		0 人	人
看護職員	人		人		0 人	人
介護職員	人		人		0 人	人
機能訓練指導員	人		人		0 人	人
計画作成担当者	人	人	人	人	0 人	人
栄養士	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

※ 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	人		人	人
実務者研修	人		人	人
介護職員初任者研修	人		人	人
介護支援専門員	人		人	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	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
はり師	人	人	人	人
きゅう師	人	人	人	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

平均時の人数

人

人

「従業者」とは、雇用契約等により当該事業所の管理者の指揮命令下にある者を指す。

【常勤換算の算出方法】
・1週間に数回の勤務の場合:
非常勤職員の1週間の勤務時間÷事業所が定めている1週間の勤務時間
・1か月に数回の勤務の場合:
非常勤職員の1か月の勤務時間÷(事業所が定めている1週間の勤務時間×4)
小数点第2位以下を切り捨て、小数点第1位までを記入。

調理員について、給食業務を外部委託している場合、委託先の従業者は含まない。

常勤職員について就業規則などで定められた1週間当たりの労働時間を記入。

複数の資格を取得している場合は、重複計上。

複数の資格を取得している場合は、重複計上。

当該事業所の夜勤を行う一般的な人員体制を踏まえ、1日当たりの『最少時の人数』及び『平均時の人数』を記入。
※ 桃色二重線内

『平均時の人数』は、小数点第2位以下を切り捨て、小数点第1位までを記入。

職種別の従業者の数について、複数の職種を兼務している従業者の記入方法

●看護職員と機能訓練指導員を兼務している場合

(例1)常勤職員で「看護職員としての勤務」と「機能訓練指導員としての勤務」がおおむね7:3の場合
(勤務割合は各事業所ごとに実際の勤務比率を勘案する)

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	兼務	専従	兼務		
看護職員	人	1 人	人	人	1 人	0.7 人
機能訓練指導員	人	1 人	人	人	1 人	0.3 人

(例2)非常勤職員(常勤換算0.7)で「看護職員としての勤務」と「機能訓練指導員としての勤務」がおおむね7:3の場合

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	兼務	専従	兼務		
看護職員	人	人	人	1 人	1 人	0.5 人
機能訓練指導員	人	人	人	1 人	1 人	0.2 人

●訪問介護と介護予防訪問介護を兼務しており、他に兼務がない場合は「専従」に記入
(介護予防サービスは介護サービスと一体として扱う。)

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	人	人	雇用形態ではなく、勤務時間で振り分けること。 ※雇用上は非常勤職員であっても、勤務時間数が常勤が勤務すべき時間数と同じであれば、「常勤」に計上する。		0 人	人
看護職員	人	人			0 人	人
介護職員	人	人			0 人	人
機能訓練指導員	人	人			0 人	人
計画作成担当者	人	人			0 人	人
その他の従業員	人	人	人	人	0 人	人
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数						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人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	人	旧介護職員基礎研修、訪問介護員1級、保有者は「実務者研修」として計上すること。		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	訪問介護員2級保有者は「介護職員初任者研修」として計上すること。		人	人	人
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	人	人	人		人	人
作業療法士	人	人	人		人	人
言語聴覚士	人	人	人		人	人
看護師及び准看護師	人	人	人		人	人
柔道整復師	人	人	人		人	人
あん摩マッサージ指圧師	人	人	人		人	人
はり師	人	人	人		人	人
きゅう師	人	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介護サービスに係る資格等					[]	0. なし・ 2. 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						人

【常勤換算の算出方法】
・1週間に数回の勤務の場合：
非常勤職員の1週間の勤務時間÷事業所が定めている1週間の勤務時間

・1か月に数回の勤務の場合：
非常勤職員の1か月の勤務時間÷（事業所が定めている1週間の勤務時間×4）
小数点第2位以下を切り捨て、小数点第1位までを記入。

常勤職員について就業規則などで定められた1週間当たりの労働時間を記入。

複数の資格を取得している場合は、重複計上。

『他の職務』とは、事業所内の他の職務だけでなく、同一敷地内にある他事業所の職務を兼務している場合も対象。

「あり」を選択した場合は、その資格等の名称を記入。

自動計算で挿入されるため記入不要。

従業員

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	人	人	人	人	人	人
前年度の退職者数	人	人	人	人	人	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	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		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	人	人	人	人		
前年度の退職者数	人	人	人	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	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		
※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。						

従業員

の健康診断の実施状況

[] 0. なし・ 1. あり

従業員

の教育訓練のための制度、研修その他の従業員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員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

[] 0. なし・ 1. 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

令和7年度(2025/04/01～2026/03/31)の状況

※ 青色二重線内

法人内の異動は含めない。
前年度、新規指定事業所の場合、全従業員ではなく、指定日以降から前年度末までの採用者数を記入。

令和7年度(2025/04/01～2026/03/31)の状況

※ 青色二重線内

法人内の異動は含めない。
前年度、新規指定事業所の場合、全従業員ではなく、指定日以降から前年度末までの採用者数を記入。

現事業所での経験年数ではなく、他の事業所も含めて、同一職種に従事した年数を記入。

研修等の内容(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の取組を実施している場合は記載。

「アセッサー(評価者)の人数」
事業所の従業員で、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すること。

「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)に記載すること。

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。

「認知症介護指導者養成研修修了者の人数」
事業所の従業員で、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すること。

「認知症介護実践リーダー研修修了者の人数」
事業所の従業員で、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すること。

「認知症介護実践者研修修了者の人数」
事業所の従業員で、認知症介護実践者研修を修了したものの人数を記載すること。

「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」
事業所の従業員で、上記3つ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すること。

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)

入居継続支援加算(Ⅰ)(予防を除く)	[]	0. なし・ 1. あり
入居継続支援加算(Ⅱ)(予防を除く)	[]	0. なし・ 1. あり
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	[]	0. なし・ 1. あり
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	[]	0. なし・ 1. あり
個別機能訓練加算(Ⅰ)	[]	0. なし・ 1. あり
個別機能訓練加算(Ⅱ)	[]	0. なし・ 1. あり
ADL維持等加算(Ⅰ)(予防を除く)	[]	0. なし・ 1. あり
ADL維持等加算(Ⅱ)(予防を除く)	[]	0. なし・ 1. あり
夜間看護体制加算(予防を除く)(Ⅰ)	[]	0. なし・ 1. あり
夜間看護体制加算(予防を除く)(Ⅱ)	[]	0. なし・ 1. あり
若年性認知症入居者受入加算	[]	0. なし・ 1. 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連携している場合)	[]	0. なし・ 1. 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)	[]	0. なし・ 1. あり
口腔・栄養スクリーニング加算	[]	0. なし・ 1. あり
科学的介護推進体制加算	[]	0. なし・ 1. あり
退院・退所時連携加算(予防を除く)	[]	0. なし・ 1. あり
退居時情報提供加算	[]	0. なし・ 1. あり
看取り介護加算(Ⅰ)(予防を除く)	[]	0. なし・ 1. あり
看取り介護加算(Ⅱ)(予防を除く)	[]	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
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	[]	0. なし・ 1. あり
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	[]	0. なし・ 1. あり
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	[]	0. なし・ 1. あり
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	[]	0. なし・ 1. あり
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	[]	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

介護保険の指定基準において、「運営規程」として定めることになっている「事業目的及び運営の方針」を記入。

事業所の運営に関する方針のうち、特に介護予防や介護度進行予防に関する方針について記載することが望ましいが、両方記載することが困難な場合はどちらかのみの記載でも構わない。

記入日前月から直近1年間において、指定居宅サービス報酬基準に規定する加算を受けた場合には「あり」を選択。
例: 記入日が2026年9月の場合
2025年9月～2026年8月の1年間の状況を記入
※ 赤色二重線内

届出のみの場合は、「なし」を選択。

サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	[]	0. なし・ 1. あり	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ	[]	0. なし・ 1. あり	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ	[]	0. なし・ 1. あり	
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ	[]	0. なし・ 1. あり	
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ	[]	0. なし・ 1. あり	
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	[]	0. なし・ 1. あり	
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	[]	0. なし・ 1. 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)	[]	0. なし・ 1. あり	
人員配置が手厚い介護サービスの実施	[]	0. なし・ 1. 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)	[]	0. なし・ 1. 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)	[]	0. なし・ 1. あり	
(その名称)			
上記以外の協力医療機関	[]	0. なし・ 1. 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	[]	0. なし・ 1. あり	
(医療機関の名称)			
協力歯科医療機関	[]	0. なし・ 1. あり	
(その名称)			
サービス付き高齢者向け住宅の入居に関する要件			
自立している者を対象	[]	0. なし・ 1. あり	
要支援の者を対象	[]	0. なし・ 1. あり	
要介護の者を対象	[]	0. なし・ 1. あり	
留意事項			
体験入居の内容			
賃貸住宅の戸数	戸		
入居定員	人		

「あり」を選択した場合は、「(その名称)」を記入。
※以下、「協力歯科医療機関」まで同様。

当該サービス付き高齢者向け住宅の入居の要件に関する留意事項を記入。

体験入居を行っている場合は、その内容を記入。

運営規程の内容等との整合性を図る。

サービス付き高齢者向け住宅の入居者の状況(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	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
	自立	要支援1	要支援2	合計		
65歳未満	人	人	人	0人		
65歳以上75歳未満	人	人	人	0人		
75歳以上85歳未満	人	人	人	0人		
85歳以上	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。						
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	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
	自立	要支援1	要支援2	合計		
自宅等	人	人	人	0人		
介護保険施設	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	0人		
医療機関	人	人	人	0人		
死亡者	人	人	人	0人		
その他	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	人	人	人	人	人	人

「入居者の人数」、「入居者の平均年齢」、「入居者の男女別人数」、「入居率」については、記入日の前月末現在の状況を記入。

小数点第1位までを記入。

サービス付き高齢者向け住宅の入居者数を、サービス付き高齢者向け住宅の入居定員で除した数を記入。

令和7年度(2025/04/01～2026/03/31)の状況 ※ 青色二重線内

令和7年度(2025/04/01～2026/03/31)の状況 ※ 青色二重線内

記入日の前月末現在の状況(上記「入居者の人数」の内訳)を記入。

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

[] 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

住戸の状況

住戸タイプ(1K,1LDK等の代表的なタイプ)

各戸(代表的なタイプ)の床面積

㎡

住戸の設備

台所

[] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 全戸にあり

(一部ありの場合その設置率)

%

水洗便所

[] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 全戸にあり

(一部ありの場合その設置率)

%

収納設備

[] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 全戸にあり

(一部ありの場合その設置率)

%

洗面設備

[] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 全戸にあり

(一部ありの場合その設置率)

%

浴室

[] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 全戸にあり

(一部ありの場合その設置率)

%

共同浴室の設備状況

浴室の総数

か所

個浴

か所

大浴槽

か所

特殊浴槽

か所

リフト浴

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

[] 0. なし・ 1. あり

その他の共用施設の設備状況

[] 0. なし・ 1. 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

[] 0. なし・ 1. あり

(その内容)

緊急通報装置の設置状況

[] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 各居室内にあり

外線電話回線の設置状況

[] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 各居室内にあり

テレビ回線の設置状況

[] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 各居室内にあり

事業所の敷地に関する事項

敷地の面積

㎡

事業所を運営する法人が所有

[] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. あり

抵当権の設定

[] 0. なし・ 1. あり

貸借(借地)

[] 0. なし・ 1. あり

契約期間

始

終

契約の自動更新

[] 0. なし・ 1. あり

事業所の建物に関する事項

建物の延床面積

㎡

事業所を運営する法人が所有

[] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. あり

抵当権の設定

[] 0. なし・ 1. あり

貸借(借家)

[] 0. なし・ 1. あり

契約期間

始

終

契約の自動更新

[] 0. なし・ 1. あり

サービス付き高齢者向け住宅全体の内容について記入。

浴室に関する留意事項等について記入。

食堂の設備状況(広さ、座席数、バリアフリー等)について記入。

共同便所、浴室及び食堂以外の共用施設の設備を有している場合には、「あり」を選択するとともに、『(その内容)』を記入。

消火設備等の設備を有している場合、「あり」を選択するとともに、消火設備の具体的な内容を記入。

全ての居室内に設置している場合には、「各居室内にあり」を選択。また、当該設備を一部の居室内に設置している場合には、「一部あり」を選択。

11 / 13 ページ

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

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)

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)

当該結果の開示状況

第三者による評価の実施状況等(記入日前4年間の状況)

実施した直近の年月日
(評価結果確定日)

実施した評価機関の名称

当該結果の開示状況

(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)

※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。)

当該事業所又は当該事業所を運営する法人に設置している利用者からの苦情に対応する窓口の名称及び電話番号を1ヵ所記入。
電話番号は半角数字で記入。
例:025-000-0000

定期的な休業日(曜日等)があれば記入。

随時対応、24時間対応など上段の曜日単位での記入ができない場合には、留意事項の欄にその内容を記入。

当該事業所の特色等について、その内容を400文字以内で記入。
例:特殊技能のある職員とその人数(専門看護師、認定看護師、外国語対応可能、手話対応可能)、ターミナルケア実施、障害者及び難病患者へのサービス提供実施 等
なお、虚偽又は誇大広告は禁止。

記入日前1年間における実施状況
※ 紫色二重線内

「あり」を選択した場合は、『実施した直近の年月日』、『実施した評価機関の名称』を記入し、『当該結果の開示状況』を選択。

第三者評価の結果が掲載されているホームページのアドレスを「http」から半角で記入。

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

賃貸住宅の料金に関する事項

家賃(月額)

最低額

円

最高額

円

最多価格帯

円

(その戸数)

戸

管理費・共益費

[] 0. なし・ 1. あり

(その費用の額)

円

敷金

円

前払い家賃の概算額

最低額

円

最高額

円

前払い家賃の保全措置の実施状況

[] 0. なし・ 1. あり

(その内容)

家賃の公的補助の有無

[] 0. なし・ 1. あり

(その内容)

12 / 13 ページ

区分	管理費・共益費で実施するサービス	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス	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	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
排泄介助・おむつ交換	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	それぞれのサービスについて、サービスの実施の有無、実施している場合の費用負担について選択。実施している場合の費用負担に関しては、「特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス」、「特定施設入居者生活介護費、各種一時金、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」、の単独選択のほか、これらの複数選択も可。 また、備考欄には、記入例にならって特記事項を記入。 記入例： ・実費にて料金徴収 ・週2回まで介護保険給付や月額利用料で、3回以上は別途徴収 など
おむつ代	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
入浴（一般浴）介助・清拭	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
特浴介助	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
身辺介助（移動・着替え等）	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
機能訓練	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
通院介助（協力医療機関）	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
通院介助（協力医療機関以外）	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
生活サービス					
居室清掃	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
リネン交換	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
日常の洗濯	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
居室配膳・下膳	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
おやつ	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
理美容師による理美容サービス	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
買い物代行（通常の利用区域）	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
買い物代行（上記以外の区域）	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
役所手続き代行	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
金銭・貯金管理	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
健康管理サービス					
定期健康診断	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
健康相談	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
生活指導・栄養指導	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
服薬支援	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. 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）	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
入退院時の同行（協力医療機関以外）	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	
入院中の見舞い訪問	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	☐ 0. なし・ 1. あり	