

事業所名：

事業所番号：

基本情報調査票：地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

(20XX)

【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. 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			

「施設を運営する法人等」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に選択。

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）	
＜居室サービス＞					
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事業所のみの運営の場合、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めない。

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			

リストから施設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)

施設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、当該施設の指定を受けた年月日を記入。

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

3. 施設において介護サービスに従事する従業員に関する事項

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	兼務	専従	兼務		
医師	人				0 人	人
生活相談員	人				0 人	人
看護職員	人				0 人	人
介護職員	人				0 人	人
管理栄養士	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
留意事項						
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、施設の規模に応じた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。						
・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						
※指定基準等						
・「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日老計・老振・老老通知)」						
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		合計	常勤換算 人数
	専従	兼務	専従	兼務		
介護福祉士	人	人	人	人	人	人
実務者研修	人	人	人	人	人	人
介護職員初任者研修	人	人	人	人	人	人
介護支援専門員	人	人	人	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		合計	常勤換算 人数
	専従	兼務	専従	兼務		
理学療法士	人	人	人	人	人	人
作業療法士	人	人	人	人	人	人
言語聴覚士	人	人	人	人	人	人
看護師及び准看護師	人	人	人	人	人	人
柔道整復師	人	人	人	人	人	人
あん摩マッサージ指圧師	人	人	人	人	人	人
はり師	人	人	人	人	人	人
きゅう師	人	人	人	人	人	人

「従業員」とは、雇用契約等により当該施設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÷施設が定めている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÷(施設が定めている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、委託先の従業員は含めない。

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。

職種別の従業員の数について、複数の職種を兼務している従業員の記入方法

●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。)

管理者の他の職務との兼務の有無		[] 0. なし・ 1. あり		『他の職務』とは、施設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。				
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		「あり」を選択した場合は、その資格等の名称を記入。		
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				
医師の氏名		勤務先				「4 介護サービスの内容に関する事項」の「介護サービスの入所者への提供実績」のうち入所者の人数の合計を、看護職員及び介護職員の常勤換算人数の合計で除した人数を記入。 小数点第2位以下を切り捨て、小数点第1位までを記入。		
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	当該施設の夜勤を行う一般的な人人体制を踏まえ、1日当たりの『最少時の人数』及び『平均の人数』を記入。 ※ 桃色二重線内
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	『平均の人数』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。
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	人	人	
区分		看護職員		管理栄養士		栄養士		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、新規指定施設の場合、全従業者ではなく、指定日以降から前年度末までの採用者数を記入。
		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	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、新規指定施設の場合、全従業者ではなく、指定日以降から前年度末までの採用者数を記入。
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	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、新規指定施設の場合、全従業者ではなく、指定日以降から前年度末までの採用者数を記入。
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	人	人	
区分		機能訓練指導員		介護支援専門員				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、新規指定施設の場合、全従業者ではなく、指定日以降から前年度末までの採用者数を記入。
		常勤	非常勤	常勤	非常勤			
前年度の採用者数		人	人	人	人			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。
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			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。
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			

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・ 2. 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
夜勤職員配置加算(Ⅲ)イ	[]	0. なし・ 1. あり
夜勤職員配置加算(Ⅲ)ロ	[]	0. なし・ 1. あり
夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ	[]	0. なし・ 1. あり
夜勤職員配置加算(Ⅳ)ロ	[]	0. なし・ 1. あり
準ユニットケア加算	[]	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
個別機能訓練加算(Ⅲ)	[]	0. なし・ 1. あり
ADL維持等加算(Ⅰ)	[]	0. なし・ 1. あり
ADL維持等加算(Ⅱ)	[]	0. なし・ 1. あり
若年性認知症入所者受入加算	[]	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(Ⅰ)	[]	0. なし・ 1. あり
障害者生活支援体制加算(Ⅱ)	[]	0. なし・ 1. あり
入院又は外泊時費用	[]	0. なし・ 1. あり
外泊時在宅サービス利用費用	[]	0. なし・ 1. あり
退所時栄養情報連携加算	[]	0. なし・ 1. あり
再入所時栄養連携加算	[]	0. なし・ 1. あり
退所前訪問相談援助加算	[]	0. なし・ 1. あり
退所後訪問相談援助加算	[]	0. なし・ 1. あり
退所時相談援助加算	[]	0. なし・ 1. あり
退所前連携加算	[]	0. なし・ 1. あり
退所時情報提供加算	[]	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、緊急時に入院を受け入れる体制を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
栄養マネジメント強化加算	[]	0. なし・ 1. あり
経口移行加算	[]	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
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	[]	0. なし・ 1. あり
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	[]	0. なし・ 1. あり
療養食加算	[]	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。

記入日前月から直近1年間ににおいて、指定施設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。

特別通院送迎加算	[]	0. なし・ 1. あり
配置医師緊急時対応加算	[]	0. なし・ 1. あり
看取り介護加算(Ⅰ)	[]	0. なし・ 1. あり
看取り介護加算(Ⅱ)	[]	0. なし・ 1. あり
在宅復帰支援機能加算	[]	0. なし・ 1. あり
在宅・入所相互利用加算	[]	0. なし・ 1. あり
小規模拠点集合型施設加算	[]	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
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	[]	0. なし・ 1. あり
認知症チームケア推進加算(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
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	[]	0. なし・ 1. あり
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	[]	0. なし・ 1. あり
排せつ支援加算(Ⅰ)	[]	0. なし・ 1. あり
排せつ支援加算(Ⅱ)	[]	0. なし・ 1. あり
排せつ支援加算(Ⅲ)	[]	0. なし・ 1. あり
自立支援促進加算	[]	0. なし・ 1. あり
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	[]	0. なし・ 1. あり
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	[]	0. なし・ 1. あり
安全対策体制加算	[]	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
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

リハビリテーション等の実施状況							
(実施内容)							
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)							
協力病院(入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保)		[]		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)							
入所定員		人					
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

施設におけるリハビリテーション等の内容と実施時間を記入。

「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。

令和7年度(2025/04/01～2026/03/31)の状況
※ 青色二重線内
新規施設の場合、『(開催実績)』は「－」、
『(参加者延べ人数)』は「0」を記入。

記入日前月の介護報酬請求実績の状況を記入。
※ 桃色二重線内

小数点第1位までを記入。

2026/3/31時点における当該事業所の入所者数の延べ入所期間を2026/3/31時点における入所者数で除した数を記入。
小数点第2位までを記入。

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				
	木造平屋建てであつて、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			ユニット型個室的多床室					
	[] 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					[] 0. なし・ 1. あり				
(その内容)									
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							

『床面積』が複数ある場合は、その中で代表的なものについて記入。

便器の数ではなく、場所としての数を記入。
なお、職員専用の便所は含めない。

入所者の個室の便所の数を記入。

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。

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。

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等(記入日前4年間の状況)					[] 0. なし・ 1. あり						
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					[] 0. なし・ 1. 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)											
当該結果の一部の公表の同意					[] 0. なし・ 1. あり						
評価機関による総評											
事業所のコメント											
※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。) ※評価機関による総評、事業所のコメントは「福祉サービス第三者評価に関する指針」(平成26年4月1日付け雇児発0401第12号、社援発0401第33号、老発0401第11号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、社会・援護局長、老健局長連名通知)別添5「福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン」で示される、「⑥総評(特に評価の高い点、改善を求められる点)」及び「⑦第三者評価結果 に対する施設・事業所のコメント」に相当するもの。											

当施設又は当該施設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カ所記入。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、市区町村から派遣された介護相談員の受け入れを実施している場合には、「あり」を選択。

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』、『当該結果の一部の公表の同意』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。

評価結果の一部として、「評価機関による総評」(※)及び「事業所のコメント」(※)を公表することに同意する場合には「あり」とし、その内容を記載。

ただし、既にホームページ上で評価結果を開示し、その掲載アドレスを記載している場合には不要とする。

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				

介護保険制度の一部負担金以外に、利用者から徴収している費用がある場合は、挙げられている費目ごとに料金等を記入。
金額の記入について、幅がある場合は、「最低料金～最高料金」の記入で可。

実施していない、又は実施していても費用の徴収を行っていない場合はその旨記入。

上記の食事、居住費等の他に入所者から徴収している費目について、費目ごとに料金金額等を記入。

例: 入所者の希望により提供する身の回り品の費用、利用者の希望により提供する教養娯楽に係る費用等