

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. 介護サービスを提供し、又は提供しようとする施設に関する事項

事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先			
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			
許可の年月日			
許可の更新年月日(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。

介護保険の許可に関係なく、開設した年月日を記入。

介護保険(県又は市への許可申請)における許可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、当該施設の許可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))

病院又は診療所に関する事項 ※医療機関併設型介護医療院の場合

区分		[] 1:病院・2:診療所・3:在宅療養支援診療所		
病棟・病床数				
	全体	病床数	床	
		病棟数	棟	
	種別	病床区分	病床数	病棟数
	医療保険	一般	床	棟
		療養	床	棟
		精神	床	棟
		その他	床	棟
	介護保険	療養	床	棟
	標榜診療科	内科	呼吸器科	消化器科(胃腸科)
		[] 0. なし・ 1. あり	[] 0. なし・ 1. あり	[] 0. なし・ 1. あり
循環器科		小児科	精神科	
[] 0. なし・ 1. あり		[] 0. なし・ 1. あり	[] 0. なし・ 1. あり	
神経科		神経内科	心療内科	
[] 0. なし・ 1. あり		[] 0. なし・ 1. あり	[] 0. なし・ 1. あり	
アレルギー科		リウマチ科	外科	
[] 0. なし・ 1. あり		[] 0. なし・ 1. あり	[] 0. なし・ 1. あり	
整形外科		形成外科	美容外科	
[] 0. なし・ 1. あり		[] 0. なし・ 1. あり	[] 0. なし・ 1. あり	
脳外科		呼吸器外科	心臓血管外科	
[] 0. なし・ 1. あり		[] 0. なし・ 1. あり	[] 0. なし・ 1. あり	
小児外科		産婦人科	産科	
[] 0. なし・ 1. あり		[] 0. なし・ 1. あり	[] 0. なし・ 1. あり	
婦人科		眼科	耳鼻いんこう科	
[] 0. なし・ 1. あり		[] 0. なし・ 1. あり	[] 0. なし・ 1. あり	
気管食道科		皮膚科	泌尿器科	
[] 0. なし・ 1. あり		[] 0. なし・ 1. あり	[] 0. なし・ 1. あり	
性病科		こう門科	リハビリテーション科	
[] 0. なし・ 1. あり		[] 0. なし・ 1. あり	[] 0. なし・ 1. あり	
放射線科		麻酔科	歯科	
[] 0. なし・ 1. あり		[] 0. なし・ 1. あり	[] 0. なし・ 1. あり	
矯正歯科		小児歯科	歯科口腔外科	
[] 0. なし・ 1. あり		[] 0. なし・ 1. あり	[] 0. なし・ 1. あり	

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

施設全体の従業者数(病院・診療所全体の従業者数) ※医療機関併設型介護医療院の場合

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数
	専従	兼務	専従	兼務		
医師	人	人			0 人	人
歯科医師	人	人			0 人	人
薬剤師	人	人			0 人	人
看護職員	人	人			0 人	人
介護職員	人	人			0 人	人
理学療法士	人	人	人	人	0 人	人
作業療法士	人	人	人	人	0 人	人
言語聴覚士	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
臨床検査技師	人	人	人	人	0 人	人
診療放射線技師 (診療エックス線技師含む)	人	人	人	人	0 人	人
介護支援専門員	人	人	人	人	0 人	人
医療ソーシャルワーカー	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

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。

「従業者」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、委託先の従業者は含めない。

うち介護医療院の従業者数 ※全ての介護医療院において記載する

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	兼務	専従	兼務		
医師	介護療養型医療施設と短期入所療養介護が併設されており、従業者が兼務している場合は「兼務」となる。 また、「常勤換算人数」は定員数や延べ利用（入所）日数等の合理的と考えられる数値を用いて従事時間を按分し算出する。 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。					人
薬剤師						人
看護職員						人
介護職員						人
理学療法士						人
作業療法士	人	人	人	人	0 人	人
言語聴覚士	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
診療放射線技師 (診療エックス線技師含)	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

【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、委託先の従業者は含めない。

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。

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。

・医師: I 型入所者の数を48で除した数に、II 型入所者の数を100で除した数を加えて得た数以上
(その数が3に満たないときは3とし、その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数は1として計算する)

・II 型療養病床のみ有する介護医療院で、宿直を行う医師を置かない場合は、入所者の数を100で除した数以上(その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数は1として計算する)

・医療機関併設型介護医療院の場合、I 型入所者の数を48で除した数に、II 型入所者の数を100で除した数を加えて得た数以上

・併設型小規模医療介護院の場合、医師・リハビリ専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)・薬剤師・栄養士・診療放射線技師・調理員・事務員・その他の従事者については、併設される医療機関により当該併設型小規模医療介護院の入所者の処遇が適切と認められる場合にあっては、置かないことができることとする。また、介護支援専門員については、併設される医療機関により当該併設型小規模医療介護院の入所者の処遇が適切と認められる場合にあっては、実情に応じた適当数でよい。

・薬剤師: I 型入所者の数を150で除した数に、II 型入所者の数を300で除した数を加えて得た数以上

・看護職員: 入所者の数を6で除した数以上

・介護職員: I 型入所者の数を5で除した数に、II 型入所者の数を6で除した数を加えて得た数以上

・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士: 介護医療院の実情に応じた適当数

・栄養士: 入所定員100以上の介護医療院にあっては1以上

・介護支援専門員: 1以上(入所者の数が100又はその端数を増すごとに1以上(標準))

※指定基準等

・「介護医療院の人員、設備及び運営に関する基準(平成30年1月18日厚生労働省令第5号)」

・「介護医療院の人員、設備及び運営に関する基準について(平成30年3月22日老老第1号)」

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。)

8 / 13 ページ

区分	言語聴覚士		栄養士		管理栄養士	
	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
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	介護支援専門員					
	常勤	非常勤				
前年度の採用者数	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。			
前年度の退職者数	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				
1年未満の者の人数	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。			
1年～3年未満の者の人数	人	人				
3年～5年未満の者の人数	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。			
5年～10年未満の者の人数	人	人				
10年以上の者の人数	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、新規指定施設の場合、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	
介護報酬の加算状況(記入日前月から直近1年間の状況)	
療養環境減算(Ⅰ)	[] 0. なし・ 1. あり
療養環境減算(Ⅱ)	[] 0. なし・ 1. あり
夜勤を行う介護職員の勤務条件に関する基準の区分	
夜間勤務等看護加算(Ⅰ)(看護職員が15:1以上)	[] 0. なし・ 1. あり
夜間勤務等看護加算(Ⅱ)(看護職員が20:1以上)	[] 0. なし・ 1. あり
夜間勤務等看護加算(Ⅲ)(看護職員+介護職員が15:1以上)	[] 0. なし・ 1. あり
夜間勤務等看護加算(Ⅳ)(看護職員+介護職員が20:1以上)	[] 0. なし・ 1. あり
加算なし(看護職員+介護職員が30:1以上)	[] 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
外泊時費用	[] 0. なし・ 1. あり
試行的退所サービス費	[] 0. なし・ 1. あり
他科受診時費用	[] 0. なし・ 1. あり
初期加算	[] 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
退所前訪問指導加算	[] 0. なし・ 1. あり
退所後訪問指導加算	[] 0. なし・ 1. あり
退所時指導加算	[] 0. なし・ 1. あり
退所時情報提供加算(Ⅰ)	[] 0. なし・ 1. あり
退所時情報提供加算(Ⅱ)	[] 0. なし・ 1. あり
退所前連携加算	[] 0. なし・ 1. あり
訪問看護指示加算	[] 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
在宅復帰支援機能加算	[] 0. なし・ 1. あり
特別診療費	[] 0. なし・ 1. あり
緊急時施設診療費	[] 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
重度認知症患者療養体制加算(Ⅰ)	[] 0. なし・ 1. あり
重度認知症患者療養体制加算(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

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、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。

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					
個別リハビリテーションの1週間当たりの実施状況	[] 0. なし・ 1. あり					
(実施回数(記入日前月から直近3か月平均))	回					
レクリエーションの1週間当たりの実施状況	[] 0. なし・ 1. あり					
(実施回数(記入日前月から直近3か月平均))	回					
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)						
入所を制限する場合がある者の状況	[] 0. なし・ 1. あり					
(その内容)						
入所定員(Ⅰ型)	人					
入所定員(Ⅱ型)	人					
待機者数(入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超える場合)	[] 0. なし・ 1. あり					
(その人数:「入所申込者の数」-「入所定員」-「入所患者」)	人					
介護サービスの利用者(入所者)への提供実績(記入日前月)						
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
	人	人	人	人	人	0 人
(前年同月の提供実績)	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。						
3か月間の退所者の人数(記入日前月から直近3か月間の状況)						
退所先	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
※該当する利用者がいない場合は0を入力してください。						
入所者の平均的な入所日数(前年度末現在)	日					

「あり」を選択した場合は、施設における1週間当たりの延べ実施回数を記入。

「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。

介護医療院基準第8条に規定される介護サービスの提供を拒むことのできる正当な理由を記入。

「あり」を選択した場合は、記入時点において、施設が把握している最新の人数を記入。

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

記入日前月から直近3か月における退所者について、退所先別に記入。
※ 黄色二重線内
同一入所者が3か月間に退所、再入所、再退所した場合、各退所時の退所先に1(合計2)を計上する。

2026/3/31時点における当該施設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				
施設の形態	医療機関併設型介護医療院				[] 0. なし・ 1. あり						
	併設型小規模介護医療院(利用定員19人以下)				[] 0. なし・ 1. あり						
	単独型介護医療院				[] 0. なし・ 1. あり						
居室類型	ユニット型個室				ユニット型個室の多床室						
	[] 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						
報酬類型	Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)			Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ)			Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅱ)				
	[] 0. なし・ 1. あり			[] 0. なし・ 1. あり			[] 0. なし・ 1. あり				
	Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅱ)			Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅲ)			Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅲ)				
	[] 0. なし・ 1. あり			[] 0. なし・ 1. あり			[] 0. なし・ 1. あり				
	Ⅰ型特別介護医療院サービス費			Ⅱ型特別介護医療院サービス費							
療養室の状況				個室		2人部屋		3人部屋		4人部屋	
	療養室の数										
	療養室の床面積			㎡		㎡		㎡		㎡	
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				(個室における便所の設置割合)			%				
	か所			(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							
訪問リハビリテーションの実施状況				[] 0. なし・ 1. あり							
通所リハビリテーションの実施状況				[] 0. なし・ 1. あり							

『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)					
※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。

当該施設の特色等について、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年間に於いて、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年間に於ける実施状況
※ 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療養室の提供を行う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	

介護保険制度の一部負担金以外に、入所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、入所者の希望により提供する教養娯楽に係る費用等