

高齢者福祉サービス【特別養護老人ホーム】施設状況票

(入力例のPDFはこちら)

K-A

|                      |            |
|----------------------|------------|
| 法人名<br>(個人事業主の場合は氏名) | 社会福祉法人 竹水会 |
|----------------------|------------|

|      |       |       |       |
|------|-------|-------|-------|
| 年度   | 顧客コード | 拠点コード | 施設票番号 |
| 2025 | 37397 | 001   | 001   |

施設状況票入力にあたってのお願い

- 施設の状況をご確認の上、入力欄(太枠内)を入力してください。また、入力されている内容が誤っている場合は修正してください。
- 各項目の記入にあたり、指定がない場合は、会計期間末日の状況を入力してください。
- 一つの建物で複数の事業を行っている場合など、事業ごとに按分が必要な場合は各事業で調整してください。また、同じ職員が複数事業で勤務している場合などは、勤務時間や人件費で従事者を按分してください。
- 入力内容について当機構で確認後、作成担当者様にご連絡することがあります。

|       |            |                 |      |              |                                |               |               |
|-------|------------|-----------------|------|--------------|--------------------------------|---------------|---------------|
| 作成担当者 | フリガナ<br>氏名 | オカダ ユカ<br>岡田 友加 | 電話番号 | 0244-24-0228 | ※14桁以内の半角数字とハイフンで入力<br>してください。 | FAX番号<br>(任意) | 00244-25-3357 |
|-------|------------|-----------------|------|--------------|--------------------------------|---------------|---------------|

※介護保険事業所番号は「介護サービス情報公表システム」で用いる10桁の番号です。介護保険事業所番号が不明な場合は、厚生労働省の「介護事業所・生活関連情報検索」にてご確認ください。

厚生労働省の「介護事業所・生活関連情報検索」: <https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>

1. 施設の概要

|                   |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                    |   |                                                                                                 |   |                                                                   |   |          |        |                                              |               |            |   |    |   |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------|---|----------|--------|----------------------------------------------|---------------|------------|---|----|---|
| 施設名               | 特別養護老人ホーム竹水園                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                    |   |                                                                                                 |   |                                                                   |   |          |        |                                              | 介護保険<br>事業所番号 | 0771200227 |   |    |   |
| 施設の所在地            | 郵便番号                                                                                                                                                               | 975-0074                                                                                                                                           |   | ※3桁の半角数字とハイフンと4桁の半角数字の郵便番号を入力してください。(例:105-8486)                                                |   |                                                                   |   |          |        |                                              |               |            |   |    |   |
|                   | 住所                                                                                                                                                                 | 福島県南相馬市原町区長野字南原41                                                                                                                                  |   |                                                                                                 |   |                                                                   |   |          |        |                                              |               |            |   |    |   |
| 開設年月日             | 西<br>暦                                                                                                                                                             | 2007                                                                                                                                               | 年 | 11                                                                                              | 月 | 1                                                                 | 日 | 指定管理者の指定 |        | ※行政から指定管理者として指定を受けて施設を運営している場合は「1」を入力してください。 |               |            |   |    |   |
| 土地・建物の所有状況        | ※次の選択肢からお選びください。(選択肢:[1]法人所有 [2]全て賃借(借地) [3]一部賃借(借地) [4]その他)                                                                                                       |                                                                                                                                                    |   |                                                                                                 |   |                                                                   |   |          |        |                                              |               |            |   |    |   |
|                   | 土地の所有状況                                                                                                                                                            | 1                                                                                                                                                  |   | 建物の所有状況                                                                                         |   | 1                                                                 |   |          |        |                                              |               |            |   |    |   |
| 公有地等の状況           | ※土地(建物)の一部に公有地(公設の建物)を含む場合は「1」を入力してください。                                                                                                                           |                                                                                                                                                    |   |                                                                                                 |   |                                                                   |   |          |        |                                              |               |            |   |    |   |
|                   | 公有地の有無                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                    |   | 公設の建物の有無                                                                                        |   |                                                                   |   |          |        |                                              |               |            |   |    |   |
| 全面建替の竣工時期         | 西<br>暦                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                    | 年 |                                                                                                 | 月 | ※開設から全面建替を行っていない場合は空欄にしてください。<br>また、複数回行われている場合は直近の竣工時期を入力してください。 |   |          |        |                                              |               |            |   |    |   |
| 地域区分              | 8                                                                                                                                                                  | ※介護報酬における地域区分について、次の選択肢からお選びください。<br>(選択肢:[1]1級地 [2]2級地 [3]3級地 [4]4級地 [5]5級地 [6]6級地 [7]7級地 [8]その他)                                                 |   |                                                                                                 |   |                                                                   |   |          |        |                                              |               |            |   |    |   |
| 会計期間              | 西<br>暦                                                                                                                                                             | 2025                                                                                                                                               | 年 | 4                                                                                               | 月 | 1                                                                 | 日 | ～        | 西<br>暦 | 2026                                         | 年             | 3          | 月 | 31 | 日 |
| 短期入所生活介護の実施<br>状況 | 1                                                                                                                                                                  | ※次の選択肢からお選びください。<br>(選択肢:[1]短期入所生活介護を併設している(空床利用型を含む) [2]短期入所生活介護を併設していない)                                                                         |   |                                                                                                 |   |                                                                   |   |          |        |                                              |               |            |   |    |   |
|                   | 短期入所生活介護の報告方法                                                                                                                                                      | 1                                                                                                                                                  |   | ※次の選択肢からお選びください。(選択肢:[1]特別養護老人ホームの施設状況票(K-A)にまとめて報告<br>[2]短期入所生活介護の施設状況票(K-C)で報告)               |   |                                                                   |   |          |        |                                              |               |            |   |    |   |
|                   | 併設する短期入所生活介護の施設票番号                                                                                                                                                 | 004                                                                                                                                                |   | ※「短期入所生活介護の報告方法」で[1]を選択した場合のみ、入力してください。施設票番号は、別で出力<br>されている併設する短期入所生活介護の施設状況票(K-C)の右上に記載されています。 |   |                                                                   |   |          |        |                                              |               |            |   |    |   |
| サテライト事業           | 1                                                                                                                                                                  | ※この施設状況票の報告対象について、次の選択肢からお選びください(選択肢:[1]本体事業 [2]サテライト事業 [3]本体事業(サテライト含む))。本<br>体施設とサテライト施設の決算区分が同じ場合は[3]を選択し、利用状況や従事者の状況についてはサテライトを含んだ人数を入力してください。 |   |                                                                                                 |   |                                                                   |   |          |        |                                              |               |            |   |    |   |
| 期中の開設・廃止等         | ※期中に開設、休止、廃止、譲渡、または開設前あるいは前年度以前から休止・廃止の場合、最も適当なものを次の選択肢からお選びください。<br>(選択肢:[1]開設 [2]休止 [3]廃止 [4]譲渡 [5]開設前 あるいは 前年度以前から休止・廃止)<br>複数該当する場合は選択肢の番号が大きいものを優先して選択してください。 |                                                                                                                                                    |   |                                                                                                 |   |                                                                   |   |          |        |                                              |               |            |   |    |   |

2. 利用状況

|             |  |                                                                                |      |        |  |   |  |   |
|-------------|--|--------------------------------------------------------------------------------|------|--------|--|---|--|---|
| 定員の変更(特養)   |  | ※年度内に定員を変更した場合は「1」を入力し、右欄に変更した時期を入力してください。年<br>度内に複数回変更した場合は、直近の変更時期を入力してください。 | 変更時期 | 西<br>暦 |  | 年 |  | 月 |
| 定員の変更(短期入所) |  |                                                                                |      | 西<br>暦 |  | 年 |  | 月 |

|                            |                          |                                                                  |       |   |            |       |   |                                        |
|----------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------|-------|---|------------|-------|---|----------------------------------------|
| 【その他】                      |                          | 食費(1日あたり)                                                        | 1,445 | 円 | 居住費(1日あたり) | 2,066 | 円 | ※運営規程等で定められていない場合、<br>平均的な金額を入力してください。 |
| 介護給付費以外の実費負担<br>(利用者1人あたり) | その他(1日あたり)               | 0                                                                | 円     |   |            |       |   |                                        |
|                            | 延べ利用者数における利用者負担額4段階以上の割合 |                                                                  |       |   |            | 49.8  | % |                                        |
| 施設の取り組み(自由記述)              |                          | ※当該施設について特徴的な取り組み(従事者確保、利用者確保、提供サービスや運営面の工夫、費用削減等)がある場合は教えてください。 |       |   |            |       |   |                                        |
|                            |                          |                                                                  |       |   |            |       |   |                                        |

3. 加算等の状況

加算の算定状況について伺います。会計期間内に算定した実績があるもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

|                                                                 |   |                                   |   |                                 |   |
|-----------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------|---|---------------------------------|---|
| 加算の算定なし                                                         |   | ※加算を算定していない場合は、「加算の算定なし」をお選びください。 |   |                                 |   |
| 日常生活継続支援加算(Ⅰ)                                                   |   | 日常生活継続支援加算(Ⅱ)                     | 1 | 看護体制加算(Ⅰ)イ                      |   |
| 看護体制加算(Ⅰ)ロ                                                      | 1 | 看護体制加算(Ⅱ)イ                        |   | 看護体制加算(Ⅱ)ロ                      | 1 |
| 夜勤職員配置加算(Ⅰ)イ                                                    |   | 夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ                      |   | 夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ                    |   |
| 夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ                                                    | 1 | 夜勤職員配置加算(Ⅲ)イ                      |   | 夜勤職員配置加算(Ⅲ)ロ                    |   |
| 夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ                                                    |   | 夜勤職員配置加算(Ⅳ)ロ                      |   | 準ユニットケア加算                       |   |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ)                                                   |   | 生活機能向上連携加算(Ⅱ)                     |   | 個別機能訓練加算(Ⅰ)                     |   |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ)                                                     |   | 個別機能訓練加算(Ⅲ)                       |   | ADL維持等加算(Ⅰ)                     |   |
| ADL維持等加算(Ⅱ)                                                     |   | 若年性認知症入所者受入加算                     | 1 | 初期加算                            | 1 |
| 退所時栄養情報連携加算                                                     |   | 再入所時栄養連携加算                        |   | 障害者生活支援体制加算(Ⅰ)                  |   |
| 障害者生活支援体制加算(Ⅱ)                                                  |   | 退所前訪問相談援助加算                       |   | 退所後訪問相談援助加算                     |   |
| 退所時相談援助加算                                                       |   | 退所前連携加算                           |   | 退所時情報提供加算                       |   |
| 協力医療機関連携加算<br>(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) | 1 | 協力医療機関連携加算<br>(左記以外の協力医療機関と連携)    |   | 栄養マネジメント強化加算                    |   |
| 経口移行加算                                                          |   | 経口維持加算(Ⅰ)                         |   | 経口維持加算(Ⅱ)                       |   |
| 口腔衛生管理加算(Ⅰ)                                                     |   | 口腔衛生管理加算(Ⅱ)                       |   | 療養食加算                           | 1 |
| 特別通院送迎加算                                                        |   | 配置医師緊急時対応加算<br>(配置医師の勤務時間外)       |   | 配置医師緊急時対応加算<br>(早朝・夜間)          |   |
| 配置医師緊急時対応加算<br>(深夜)                                             |   | 看取り介護加算(Ⅰ)<br>(死亡日以前31日以上45日以下)   |   | 看取り介護加算(Ⅰ)<br>(死亡日以前4日以上30日以下)  |   |
| 看取り介護加算(Ⅰ)<br>(死亡日以前2日または3日)                                    |   | 看取り介護加算(Ⅰ)<br>(死亡日)               |   | 看取り介護加算(Ⅱ)<br>(死亡日以前31日以上45日以下) |   |
| 看取り介護加算(Ⅱ)<br>(死亡日以前4日以上30日以下)                                  |   | 看取り介護加算(Ⅱ)<br>(死亡日以前2日または3日)      |   | 看取り介護加算(Ⅱ)<br>(死亡日)             |   |
| 在宅復帰支援機能加算                                                      |   | 在宅・入所相互利用加算                       |   | 認知症専門ケア加算(Ⅰ)                    |   |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ)                                                    |   | 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)                   |   | 認知症チームケア推進加算(Ⅱ)                 |   |
| 認知症行動・心理症状<br>緊急対応加算                                            |   | 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)                     |   | 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)                   |   |
| 排せつ支援加算(Ⅰ)                                                      |   | 排せつ支援加算(Ⅱ)                        |   | 排せつ支援加算(Ⅲ)                      |   |
| 自立支援促進加算                                                        |   | 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)                    |   | 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)                  |   |
| 安全対策体制加算                                                        | 1 | 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)                 |   | 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)               |   |
| 新興感染症等施設療養費                                                     |   | 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)                    |   | 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)                  |   |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)                                                 |   | サービス提供体制強化加算(Ⅱ)                   |   | サービス提供体制強化加算(Ⅲ)                 |   |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)                                                  | 1 | 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)                    |   | 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)                  |   |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)                                                  |   |                                   |   |                                 |   |

|             |  |
|-------------|--|
| 業務継続計画未策定減算 |  |
|-------------|--|

4. 従事者の状況

従事者の状況について伺います。会計期間内の10月1日時点の状況を入力してください(小数点第一位まで)。派遣職員等の常勤換算には業務委託による従事者を含みます。

| 主 な 職 種 の 内 訳        | 常勤職員<br>(a) | 非常勤職員の<br>常勤換算(b) | 派遣職員等の<br>常勤換算(c) | 合計<br>(a)+(b)+(c) | 主 な 職 種 の 内 訳    | 常勤職員<br>(a) | 非常勤職員の<br>常勤換算(b) | 派遣職員等の<br>常勤換算(c) | 合計<br>(a)+(b)+(c) |
|----------------------|-------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|-------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 施 設 長 ・ 管 理 者        | 1.0         |                   |                   | 1.0               | 機 能 訓 練 指 導 員    | 1.0         |                   |                   | 1.0               |
| 医<br>( 嘱 託 医 は 除 く ) |             |                   |                   | 0.0               | ( うち 理 学 療 法 士 ) |             |                   |                   | 0.0               |
| 生 活 相 談 員            | 2.0         |                   |                   | 2.0               | ( うち 作 業 療 法 士 ) |             |                   |                   | 0.0               |
| 看 護 師 等              | 7.0         | 1.5               |                   | 8.5               | ( うち 言 語 聴 覚 士 ) |             |                   |                   | 0.0               |
| 介 護 職 員              | 68.0        | 8.5               |                   | 76.5              | ( うち 看 護 師 )     | 1.0         |                   |                   | 1.0               |
| ( うち 介 護 福 祉 士 )     | 23.0        | 4.2               |                   | 27.2              | 介 護 支 援 専 門 員    | 1.0         | 0.8               |                   | 1.8               |
| ( うち 外 国 人 職 員 )     | 24.0        |                   |                   | 24.0              | 宿 直              |             |                   |                   | 0.0               |
| 事 務 員                | 4.0         | 0.7               |                   | 4.7               | そ の 他            | 2.0         | 2.6               |                   | 4.6               |
| 栄 養 士                | 2.0         |                   |                   | 2.0               | 合 計              | 95.0        | 14.5              | 0.0               | 109.5             |
| 調 理 員                | 7.0         | 0.4               |                   | 7.4               |                  |             |                   |                   |                   |

※「1. 施設の概要」の「短期入所生活介護の報告方法」にて「[2] 短期入所生活介護の施設状況票で報告」を選択した場合は、同一拠点の短期入所生活介護(K-C)の従事者数と重複しないようご注意ください。

5. 委託の状況

委託の状況について伺います。該当するもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。業務委託を利用していない場合は、「委託なし」にのみ「1」を入力してください。

|                |  |                |  |     |  |      |   |    |  |    |  |
|----------------|--|----------------|--|-----|--|------|---|----|--|----|--|
| 給食業務<br>(全面委託) |  | 給食業務<br>(一部委託) |  | 清掃  |  | 洗濯   | 1 | 送迎 |  | 宿直 |  |
| 労務管理           |  | 会計・請求          |  | その他 |  | 委託なし |   |    |  |    |  |

注)「労務管理」は、給与計算、勤怠管理、就業規則の作成等の業務を委託している場合、「会計・請求」は決算業務、介護給付費の請求等の業務を委託している場合が該当します。

