

介護サービス供給量調査（案）

介護予防支援

事業所番号	2	6							
法人の名称									
事業所の名称									
事業所の所在地									
電話番号					記入者				

1 介護予防支援従事者の状況

地域包括支援センター 専門職員 (3職種の内、介護予防支 援業務を担当するもの)	地域包括支援センター専門職員以外で 介護予防支援業務を担当するもの				合計	常勤換算後
	常勤専従	常勤兼務	非常勤 専従	非常勤 兼務		
人	人	人	人	人	人	人

2 介護予防支援の状況（平成20年1月の給付管理数について記入してください。）

(1) 利用者数

要支援1	要支援2	合 計
人	人	人

(2) 保険者別

京都市	府内（京都市以外） *基準該当	他府県 *基準該当	合 計
人	人	人	人

(3) 指定介護予防支援業務の実施の形態

直接実施分	法人内実施分	委託	合計
人	人	人	人

(4) 介護予防サービスの利用の状況（平成20年1月の介護予防サービス計画に基づき記入してください。重複者については、それぞれに記入してください。）

訪問介護	人
通所介護	人
通所リハビリテーション	人
福祉用具貸与	人
その他	人

(5) 通所介護及び通所リハビリテーションの加算算定状況（重複者については、それぞれに記入してください。）

		アセスメントの結果、プログラムの実施が望ましい方		実際に加算を算定している方
通 所 介 護	運動器機能向上	約	人	人
	栄養改善	約	人	人
	口腔機能向上	約	人	人
通所リハビリテーション	運動器機能向上	約	人	人
	栄養改善	約	人	人
	口腔機能向上	約	人	人

(6) 介護保険サービス以外のサービスを計画に位置付けている方

人

例：移送サービス、配食サービス、シルバー人材センターからの派遣、家政婦紹介所からの派遣、ボランティア等

(7) 介護度の変化（平成18年4月から平成19年9月までの更新認定又は区分変更の結果に基づいて記入してください。）

		更新認定又は区分 変更の結果の累計	左記のうち通所 系サービスの加 算算定者(アクテ ィビティ除く)
改善	支援2 ⇒ 非該当	件	件
	支援2 ⇒ 支援1	件	件
	支援1 ⇒ 非該当	件	件
	小 計	件	件
維持	支援2 ⇒ 支援2	件	件
	支援1 ⇒ 支援1	件	件
	小 計	件	件
悪化	支援1 ⇒ 支援2	件	件
	支援2 ⇒ 要介護	件	件
	支援1 ⇒ 要介護	件	件
	小 計	件	件
合 計		件	件

(注) 指定介護予防支援の実施状況報告書の「介護度の変化 (I) (II)」に基づき、平成18年4月から平成19年9月までの累計を記入してください。

3 今後の事業運営の課題

今後の事業運営に当たっての課題についてお聞かせください。

(1) 人員の確保（確保が困難な職種：)

ア 人員確保のための課題・工夫・要望等について記入してください。

イ 介護サービスの質的向上のための課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(2) 介護予防の推進

介護予防を効果的に推進していくために課題と思われること、そのための工夫、行政や制度への要望等について記入してください。

[]

(3) その他

今後の事業運営に当たって、課題と考えられることについて記入してください。

[]

4 その他

貴事業所における今後の事業運営や取組、京都市の高齢者保健福祉施策や介護保険制度等について、ご意見がございましたら、自由にご記入ください。

[]

介護サービス供給量調査（案）

認知症対応型通所介護

事業所番号	2	6								
法人の名称										
事業所の名称										
事業所の所在地										
電話番号						記入者				

1 事業所の概要

事業所の形態	1 単独型 2 併設型	
定 員	単位 人	
介護予防サービス	有 ・ 無	
営 業 日 サービス提供時間	平日 時 分～ 時 分	祝 日 営業している・営業していない
	土曜日 時 分～ 時 分	年末年始 営業している・ 月 日～ 月 日休み
	日曜日 時 分～ 時 分	
サービス提供地域 通常の提供地域に○を付けてください。 ただし、一部の地域のみ提供可としている 場合は△を付けてください。		北区・上京区・左京区・中京区・東山区 ・山科区・下京区・南区・右京区 ・西京区（洛西）・伏見区（深草・醍醐）

2 利用者の状況（平成20年1月の通所介護計画に基づき記入してください。）

（1）保険者別

京 都 市	府内（京都市以外）	他 府 県	合 計
人	人	人	人

(2) 要介護度

要支援 1	要支援 2	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	人	人	人

(3) 1週間当たりの利用回数

	1回	2回	3回	4回以上	合計
介護	人	人	人	人	人
予防	人	人	人	人	人

(4) 認知症の程度別

認知症老人自立度「Ⅱ」	()人	左のうち、障害自立度 「自立」、「J」又は「A」	()人
認知症老人自立度「Ⅲ」以上	()人	左のうち、障害自立度 「自立」、「J」又は「A」	()人
上記以外	()人		

(5) 医療ケアを必要とする方（重複者については、それぞれに記入してください。）

鼻腔栄養	()人	
胃ろう	()人	
バルーンカテーテル	()人	
人工肛門	()人	
人工透析	()人	
酸素吸入	()人	
吸引	()人	
その他	()人	実人数合計 ()人

（注）重複する方がある場合は、実人数合計と医療ケアの内容別人数とは合致しません。

(6) 平成20年1月の利用延人数

人 …(A)

(7) 稼働率 {利用延人数 (A) ÷ (定員 × 1月の開所日数)}

%

- (8) 利用申込みに対し、自ら適切なサービス提供ができないことを理由として、サービス提供を拒んだ事例はありますか。(ただし、定員超過となる場合、認知症の状態にない方、著しい精神症状を呈する方、疾患が急性の状態にある方からの申込みに該当する場合及び利用申込者の居住地が貴事業所の通常の事業の実施地域外である場合を除く。)

該当する番号に○を付けたうえ、「1 有」を選択した場合は具体例を記入してください。
(「対応できない医療ケア」については、該当箇所に○を付けてください。)

1 有 ↓ ア 申込者が必要とする医療ケアに対応できないため 対応できない医療ケア ・鼻腔栄養 ・胃ろう ・バルーンカテーテル ・人工肛門 ・人工透析 ・酸素吸入 ・吸引 ・その他 ()	2 無 イ その他 (具体例:)
---	-------------------------

3 今後の事業運営の課題

今後の事業運営に当たっての課題についてお聞かせください。

- (1) 人員の確保(確保が困難な職種:)

ア 人員確保のための課題・工夫・要望等について記入してください。

イ 介護サービスの質的向上のための課題・工夫・要望等について記入してください。

- (2) 重度者や認知症高齢者への対応

ア 高度な医療ケアを必要とする利用者への支援

- ① 対応が困難な医療ケア(該当箇所に○を付けてください。)

・鼻腔栄養	・胃ろう	・バルーンカテーテル
・人工肛門	・人工透析	・酸素吸入
・その他 (	)	

- ② 実践例や医療機関との連携についての課題・工夫・要望等について記入してください。

イ ターミナルケア （実践例： 有・無 ）

実践するに当たっての課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

ウ 認知症高齢者への対応

実践例や医療機関との連携においての課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(3) その他

今後の事業運営に当たって、課題と考えられることについて記入してください。

[]

4 事業運営に係る今後の展望

(1) 営業時間の延長等

営業時間の延長や営業日の拡大（土・日曜日や祝日の営業）等について検討しておられますか。該当する番号に○を付けたうえ、「1 検討している」を選択した場合は検討内容を具体的に記入してください。

1 検討している	2 検討していない
→ 具体的に： []	

(2) 今後の事業実施の意向

下表の事業が実施される場合の参入意向についてお伺いします。該当する番号に○を付けたうえ、必要事項を記入してください。

	1 予定なし	2 検討している又は検討予定
本事業所の小規模多機能型 居宅介護への転換	1	2 (転換時期 年)
特定施設（介護専用型・定員 30人以上）	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
特定施設（混合型）	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
地域密着型特定施設（介護 専用型・定員30人未満）	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
認知症対応型共同生活介護	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
小規模多機能型居宅介護 （転換以外）	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
認知症対応型通所介護	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)

5 そ の 他

貴事業所における今後の事業運営や取組、京都市の高齢者保健福祉施策や介護保険制度等について、ご意見がございましたら、自由にご記入ください。

介護サービス供給量調査（案）

小規模多機能型居宅介護

事業所番号	2	6							
法人の名称									
事業所の名称									
事業所の所在地									
電話番号					記入者				

1 利用者の状況（平成20年1月の登録者について記入してください。）

(1) 保険者別

京都市	府内（京都市以外）	他府県	合計
人	人	人	人

(2) 要介護度別

要支援 1	要支援 2	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	人	人	人

(3) 平成20年1月の利用実績

	通い	訪問	宿泊	登録者数
1月の延べ利用人数	人	人	人	人
1日平均	人	人	人	人

	週 1 回	週 2 回	週 3 回	週 4 回以上
通い	人	人	人	人
訪問	人	人	人	人
宿泊	人	人	人	人
上記 3 サービスの利用回数	人	人	人	人

(注)「上記 3 サービスの利用回数」欄は、利用者ごとの 3 サービス全体の利用回数に基づいて記載してください。通い 2 回と訪問 1 回を利用した方は、週 3 回になります。

(4) 単 身 者

人

(5) 高齢者世帯（65 歳以上の方のみの世帯）に属する方

人

(6) 認知症のある方

認知症老人自立度「Ⅱ」	() 人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	() 人
認知症老人自立度「Ⅲ」以上	() 人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	() 人

(7) 医療ケアを必要とする方（重複者については、それぞれに記入してください。）

鼻腔栄養	() 人	
胃ろう	() 人	
バルーンカテーテル	() 人	
人工肛門	() 人	
人工透析	() 人	
酸素吸入	() 人	
吸 引	() 人	
そ の 他	() 人	実人数合計 () 人

(注) 重複する方がある場合は、実人数合計と医療ケアの内容別人数の計とは合致しません。

(8) 小規模多機能居宅介護以外の居宅介護サービスを位置づけている方

福祉用具貸与	訪問看護	その他
人	人	人

(9) 成年後見制度の利用状況等

3親等以内の親族がいない方	() 人	左のうち成年後見制度の利用者	() 人
親族はいるが関わりが十分でない方 (親族から虐待を受けていた方を含む)	() 人	左のうち成年後見制度の利用者	() 人

(10) 施設入所の申込手続きを行っている方

人

ア 介護保険施設	() 人	うち、介護支援専門員の目から見て早急な入所が必要と認められる方	() 人
イ 認知症高齢者グループホーム	() 人	うち、介護支援専門員の目から見て早急な入所が必要と認められる方	() 人

(注) 介護保険施設と認知症高齢者グループホームの両方に申込みをしている方は、それぞれに記入してください。

(11) 利用申込みに対し、自ら適切なサービス提供ができないことを理由として、サービス提供を拒んだ事例はありますか。(ただし、定員超過となる場合及び利用申込者の居住地が貴事業所の通常の事業の実施地域外である場合を除く。)

該当する番号に○を付けたうえ、「1有」を選択した場合は具体例を記入してください。
(「対応できない医療ケア」については、該当箇所に○を付けてください。)

1 有	2 無									
↓										
ア 申込者が必要とする医療ケアに対応できないため 対応できない医療ケア										
<table border="0"> <tr> <td>・鼻腔栄養</td> <td>・胃ろう</td> <td>・バルーンカテーテル</td> </tr> <tr> <td>・人工肛門</td> <td>・人工透析</td> <td>・酸素吸入</td> </tr> <tr> <td>・その他 (</td> <td></td> <td>・吸引</td> </tr> </table>		・鼻腔栄養	・胃ろう	・バルーンカテーテル	・人工肛門	・人工透析	・酸素吸入	・その他 (		・吸引
・鼻腔栄養	・胃ろう	・バルーンカテーテル								
・人工肛門	・人工透析	・酸素吸入								
・その他 (		・吸引								
イ その他 (具体例:)										

2 利用開始前及び登録解除後の状況

(1) 利用開始前の状況

居宅（介護サービス利用あり）	人	介護老人保健施設	人
居宅（介護サービス利用なし）	人	介護療養型医療施設	人
居宅（特定施設入居者生活介護を利用）	人	病院（医療保険適用病床）	人
グループホーム	人	その他	人
介護老人福祉施設	人	合 計	人

(2) 登録解除後の状況

居宅（介護サービス利用あり）	人	介護老人保健施設	人
居宅（介護サービス利用なし）	人	介護療養型医療施設	人
居宅（特定施設入居者生活介護を利用）	人	病院（医療保険適用病床）	人
グループホーム	人	死亡	人
介護老人福祉施設	人	その他	人
		合 計	人

(3) 利用開始時の紹介機関

居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	訪問介護事業所	民生委員、老人福祉員	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	病院	診療所	左記以外
人	人	人	人	人	人	人	人	人

3 今後の事業運営の課題

今後の事業運営に当たっての課題についてお聞かせください。

- (1) 人員の確保（確保が困難な職種： ）

ア 人員確保のための課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

イ 介護サービスの質的向上のための課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

- (2) 重度者や認知症高齢者への対応

ア 高度な医療ケアを必要とする利用者への支援

- ① 対応が困難な医療ケア（該当箇所に○を付けてください。）

・ 鼻腔栄養	・ 胃ろう	・ バルーンカテーテル	
・ 人工肛門	・ 人工透析	・ 酸素吸入	・ 吸引
・ その他（	）		

- ② 実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

イ ターミナルケア（実践例： 有・無 ）

実践するに当たっての課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

ウ 認知症高齢者への対応

実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(3) その他

今後の事業運営に当たって、課題と考えられることについて記入してください。

4 事業運営に係る今後の展望

下表の事業への参入意向についてお伺いします。該当する番号に○を付けたうえ、必要事項を記入してください。

	1 予定なし	2 検討している又は検討予定
特定施設（介護専用型・定員 30 人以上）	1	2 （開始時期 年, 設置行政区 ）
特定施設（混合型）	1	2 （開始時期 年, 設置行政区 ）
地域密着型特定施設（介護専用型・定員 30 人未満）	1	2 （開始時期 年, 設置行政区 ）
認知症対応型共同生活介護	1	2 （開始時期 年, 設置行政区 ）
小規模多機能型居宅介護	1	2 （開始時期 年, 設置行政区 ）
認知症対応型通所介護	1	2 （開始時期 年, 設置行政区 ）

5 その他

貴事業所における今後の事業運営や取組、京都市の高齢者保健福祉施策や介護保険制度等について、ご意見がございましたら、自由にご記入ください。

介護サービス供給量調査（案）

認知症対応型共同生活介護

事業所番号	2	6								
法人の名称										
事業所の名称										
事業所の所在地										
電話番号						記入者				

1 事業所の概要

(1) ユニット数・定員

() ユニット / 定員 計 () 人

(2) 居住に要する費用（部屋代、光熱水費、共益費、管理費等の合計）

円／月

(3) 食材料費

円／月

(4) 医療連携体制加算算定の有無

有 ・ 無

(5) 併設事業所

該当する番号に○を付けたうえ、「1 有」を選択した場合はサービスの種別を記入してください。

1	有	2	無	
	→	サービス種別：		

2 入居者の状況（平成20年2月1日現在の入居者について記入してください。）

(1) 保険者別

京都市	府内（京都市以外）	他府県	合計
人	人	人	人

(2) 入居前の住所

京都市内		府内 （京都市以外）	他府県	合計
事業所所在区・支所	左記以外			
人	人	人	人	人

(3) 入居期間別

3ヶ月未満（平成19年11月以降に入居）	3ヶ月以上6ヶ月未満（平成19年8～10月に入居）	6ヶ月以上1年未満（平成19年2～7月に入居）	1年以上2年未満（平成18年2月～19年1月に入居）	2年以上3年未満（平成17年2月～18年1月に入居）	3年以上（平成17年1月以前に入居）	合計
人	人	人	人	人	人	人



(4) 入居申込みから入居までの期間

（平成19年8月以降月の入居者について記入してください。）

1ヶ月未満	1ヶ月以上3ヶ月未満	3ヶ月以上6ヶ月未満	6ヶ月以上1年未満	1年以上	合計
人	人	人	人	人	人

(5) 要介護度別

要支援2	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	人	人

(6) 認知症の程度別

認知症老人自立度「Ⅱ」	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人
認知症老人自立度「Ⅲ」以上	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人
上記以外	()人		

(7) 医療ケアを必要とする方（重複者については、それぞれに記入してください。）

鼻腔栄養	() 人	
胃ろう	() 人	
バルーンカテーテル	() 人	
人工肛門	() 人	
人工透析	() 人	
酸素吸入	() 人	
吸 引	() 人	
そ の 他	() 人	実人数合計 () 人

(注) 重複する方がある場合は、実人数合計と医療ケアの内容別人数の計とは合致しません。

(8) (7) のうち、看護師（訪問介護ステーション等との契約によって派遣を受けている看護師を含む。）がオンコールによって緊急対応した方

人

(9) 成年後見制度の利用状況等

3 親等以内の親族がいない方	() 人	左のうち成年後見 制度の利用者	() 人
親族はいるが関わりが十分でない方 (親族から虐待を受けていた方を含む)	() 人	左のうち成年後見 制度の利用者	() 人

(10) 平成20年2月1日現在の稼働率 {入居者数÷定員×100}

%

3 入退居の状況（平成19年8月以降の入居者・退居者について記入してください。）

(1) 入所前の居所

居 宅（独居）	人	他のグループホーム	人
居 宅（家族と同居）	人	介護老人福祉施設	人
居宅（小規模多機能利用）	人	介護老人保健施設	人
養護老人ホーム	人	介護療養型医療施設	人
ケ ア ハ ウ ス	人	病院（医療保険適用病床）	人
有料老人ホーム	人	その他	人
		合 計	人

(2) 退居後の居所

居 宅（独居）	人	介護老人福祉施設	人
居 宅（家族と同居）	人	介護老人保健施設	人
居宅（小規模多機能利用）	人	介護療養型医療施設	人
養護老人ホーム	人	病院（医療保険適用病床）	人
ケ ア ハ ウ ス	人	死 亡	人
有料老人ホーム	人	そ の 他	人
他のグループホーム	人	合 計	人

(3) 入居時の要介護度

要介護認定なし	要支援1	要支援2	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	人

(4) 退居時の要介護度

[illegible]

(5) 利用申込みに対し、自ら適切なサービス提供ができないことを理由として、サービス提供を拒んだ事例はありますか。(ただし、定員超過の場合と、認知症の状態にない方、著しい精神症状を呈する方、疾患が急性の状態にある方からの申込みに該当する場合を除く。)

該当する番号に○を付けたうえ、「1有」を選択した場合は具体例を記入してください。
(「対応できない医療ケア」については、該当箇所に○を付けてください。)

1 有
↓
ア 申込者が必要とする医療ケアに対応できないため
対応できない医療ケア

・鼻腔栄養	・胃ろう	・バルーンカテーテル	
・人工肛門	・人工透析	・酸素吸入	・吸引
・その他（			

イ その他
(具体例：)

4 入居申込者の状況

(1) 現在、把握しておられる入居申込者数

人

(2) 入居申込みから入居できるまでの平均的期間

約	年	月
---	---	---

(3) 入居受入れの連絡に対し、本人・家族が辞退することはありませんか。該当する番号に○を付けたうえ、「1有」を選択した場合は、主な理由を3つまで選び、その番号を記入してください。

1 有	2 無
理由	
1 既に他のグループホームに入所した。	
2 介護保険施設に入所（入院）した。	
3 特定施設入所者生活介護事業所に入居した。	
4 入院（医療保険適用病床）中である。	
5 まだ入居を希望しない。（自宅での生活を継続したい。）	
6 死亡した。	
7 その他	
()	

5 今後の事業運営の課題

今後の事業運営に当たっての課題についてお聞かせください。

(1) 人員の確保（確保が困難な職種：)

ア 人員確保のための課題・工夫・要望等について記入してください。

--

イ 介護サービスの質的向上のための課題・工夫・要望等について記入してください。

--

(2) 重度者や認知症高齢者への対応

ア 高度な医療ケアを必要とする利用者への支援

① 対応が困難な医療ケア（該当箇所に○を付けてください。）

・ 鼻腔栄養	・ 胃ろう	・ バルーンカテーテル
・ 人工肛門	・ 人工透析	・ 酸素吸入
・ その他（		・ 吸引

② 実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

イ ターミナルケア（実践例： 有・無 ）

実践するに当たっての課題・工夫・要望等について記入してください。

(3) その他

今後の事業運営に当たって、課題と考えられることについて記入してください。

6 今後の事業実施の意向

下表の事業等への参入意向についてお伺いします。該当する番号に○を付けたうえ、必要事項を記入してください。

	1 予定なし	2 検討している又は検討予定
特定施設（介護専用型・定員 30 人以上）	1	2 （開始時期 年, 設置行政区 ）
特定施設（混合型）	1	2 （開始時期 年, 設置行政区 ）
地域密着型特定施設（介護専用型・定員 30 人未満）	1	2 （開始時期 年, 設置行政区 ）
認知症対応型共同生活介護	1	2 （開始時期 年, 設置行政区 ）
小規模多機能型居宅介護	1	2 （開始時期 年, 設置行政区 ）
認知症対応型通所介護	1	2 （開始時期 年, 設置行政区 ）

7 そ の 他

貴事業所における今後の事業運営や取組、京都市の高齢者保健福祉施策や介護保険制度等について、ご意見がございましたら、自由にご記入ください。

介護サービス供給量調査（案）

夜間対応型訪問介護

事業所番号	2	6								
法人の名称										
事業所の名称										
事業所の所在地										
電話番号						記入者				

1 事業所の概要

平日	時	分	～	時	分					
土曜日	時	分	～	時	分					
日曜日	時	分	～	時	分					
サービス提供地域 通常の提供地域に○を付けてください。 ただし、一部の地域のみ提供可としている 場合は△を付けてください。						北区・上京区・左京区・中京区・東山区・ 山科区・下京区・南区・右京区・西京区・ 洛西・伏見区・深草・醍醐				

2 利用者の状況（平成20年1月の利用実績に基づき記入してください。）

(1) 要介護度別

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	人

(2) 利用回数

	週0回	週1回	週2回	週3回	週4回以上
定期訪問	人	人	人	人	人
随時訪問	人	人	人	人	人

(3) 単 身 者

人

(4) 高齢者世帯（65歳以上の方のみの世帯）に属する方

人

(5) 認知症のある方

認知症老人自立度「Ⅱ」	() 人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	() 人
認知症老人自立度「Ⅲ」以上	() 人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	() 人

(6) 医療ケアを必要とする方（重複者については、それぞれに記入してください。）

鼻腔栄養	() 人
胃ろう	() 人
バルーンカテーテル	() 人
人工肛門	() 人
人工透析	() 人
酸素吸入	() 人
吸 引	() 人
そ の 他	() 人
実人数合計 () 人	

(注) 重複する方がある場合は、実人数合計と医療ケアの内容別人数の計とは合致しません。

(7) 利用申込みに対し、自ら適切なサービス提供ができないことを理由として、サービス提供を拒んだ事例はありますか。（ただし、貴事業所の現員体制から利用申込みに応じられない場合及び利用申込者の居住地が貴事業所の通常の事業実施地域外である場合を除く。）

該当する番号に○を付けたうえ、「1 有」を選択した場合は具体例を記入してください。
（「対応できない医療ケア」については、該当箇所に○を付けてください。）

1 有	2 無											
↓												
ア 申込者が必要とする医療ケアに対応できないため 対応できない医療ケア												
<table border="0"><tr><td>・鼻腔栄養</td><td>・胃ろう</td><td>・バルーンカテーテル</td></tr><tr><td>・人工肛門</td><td>・人工透析</td><td>・酸素吸入</td><td>・吸引</td></tr><tr><td colspan="4">・その他 ()</td></tr></table>		・鼻腔栄養	・胃ろう	・バルーンカテーテル	・人工肛門	・人工透析	・酸素吸入	・吸引	・その他 ()			
・鼻腔栄養	・胃ろう	・バルーンカテーテル										
・人工肛門	・人工透析	・酸素吸入	・吸引									
・その他 ()												
イ その他 (具体例:)												

(8) 利用開始前の状況（重複する場合には、それぞれに記入してください。）

訪問介護夜間 早朝加算算定	訪問介護深夜 加算算定	緊急通報シス テム設置	施設入所	医療機関に 入院	左記以外
人	人	人	人	人	人

(9) 利用開始時の紹介機関

居宅介 護支 援 事業所	地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー	訪 問 介 護 事 業 所	民 生 委 員、老 人 福 祉 員	介 護 老 人 福 祉 施 設	介 護 老 人 保 健 施 設	病 院	診 療 所	左 記 以 外
人	人	人	人	人	人	人	人	人

3 今後の事業運営の課題

今後の事業運営に当たっての課題についてお聞かせください。

(1) 人員の確保（確保が困難な職種：

ア 人員確保のための課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

イ 介護サービスの質的向上のための課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(2) 重度者や認知症高齢者への対応

ア 高度な医療ケアを必要とする利用者への支援

① 対応が困難な医療ケア（該当箇所に○を付けてください。）

[
・ 鼻腔栄養 ・ 胃ろう ・ バルーンカテーテル
・ 人工肛門 ・ 人工透析 ・ 酸素吸入 ・ 吸引
・ その他 ()
]

② 実践例や医療機関との連携についての課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

<71 夜間対応型訪問介護>

イ ターミナルケア （実践例： 有・無 ）

実践するに当たっての課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

ウ 認知症高齢者への対応

実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(3) その他

今後の事業運営に当たって、課題と考えられることについて記入してください。

[]

4 そ の 他

貴事業所における今後の事業運営や取組、京都市の高齢者保健福祉施策や介護保険制度等について、ご意見がございましたら、自由にご記入ください。

[]

介護サービス供給量調査（案）

介護老人福祉施設

事業所番号	2	6							
法人の名称									
施設の名称									
施設の所在地									
電話番号						記入者			

1 施設の概要

(1) 定員

	ユニット型	従来型	合 計
長 期	人	人	人
短期入所	人	人	人

(2) 居室の状況

	ユニット型 個室	従来型個室	多床室	特別な室料の 徴収の有無
定員	人	人	人	
居住費 (1日)	円	円	円	有・無

(3) 食費の額 食費 円/日

2 入所者の状況（平成20年2月1日現在の入所者について記入してください。）

(1) 居室別

ユニット型個室	従来型個室	多床室	合 計
人	人	人	人

(2) 保険者別

京 都 市	府内（京都市以外）	他 府 県	合 計
人	人	人	人

(3) 入所期間別

3ヶ月未満（平成19年11月以降に入居）	3ヶ月以上6ヶ月未満（平成19年8～10月に入居）	6ヶ月以上1年未満（平成19年2～7月に入居）	1年以上2年未満（平成18年2月～19年1月に入居）	2年以上3年未満（平成17年2月～18年1月に入居）	3年以上（平成17年1月以前に入居）	合計
人	人	人	人	人	人	人



(4) 入所申込みから入所までの期間

（平成19年8月以降の入所者について記入してください。）

1ヶ月未満	1ヶ月以上3ヶ月未満	3ヶ月以上6ヶ月未満	6ヶ月以上1年未満	1年以上	合計
人	人	人	人	人	人

(5) 要介護度別

要支援 1	要支援 2	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	人	人	人

(6) 認知症のある方

認知症老人自立度「Ⅱ」	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人
認知症老人自立度「Ⅲ」以上	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人

(7) 医療ケアを必要とする方（重複者については、それぞれに記入してください。）

鼻腔栄養	()人
胃ろう	()人
バルーンカテーテル	()人
人工肛門	()人
人工透析	()人
酸素吸入	()人
吸 引	()人
そ の 他	()人
実人数合計 ()人	

（注）重複する方がある場合は、実人数合計と医療ケアの内容別人数の計とは合致しません。

(8) 在宅復帰に向けて相談援助を行っている方(又は今後行う予定の方)

約 人

(9) 成年後見制度の利用状況等

3親等以内の親族がいない方	() 人	左のうち成年後見制度の利用者	() 人
親族はいるが関わりが十分でない方 (親族から虐待を受けていた方を含む)	() 人	左のうち成年後見制度の利用者	() 人

(10) 平成20年2月1日現在の稼働率 {入所者数÷定員×100}

ユニット型個室	従来型個室	多床室	全 体
. %	. %	. %	. %

3 入退所の状況 (平成19年2月以降の入所者・退所者について記入してください。)

(1) 入所前の居所

居 宅 (独居)	人	グループホーム	人
居 宅 (家族と同居)	人	他の介護老人福祉施設	人
居宅 (小規模多機能利用)	人	介護老人保健施設	人
養護老人ホーム	人	介護療養型医療施設	人
ケアハウス	人	病院 (医療保険適用病床)	人
有料老人ホーム	人	その他	人
		合 計	人

(2) 退所後の居所

居 宅（独居）	人	他の介護老人福祉施設	人
居 宅（家族と同居）	人	介 護 老 人 保 健 施 設	人
居宅（小規模多機能利用）	人	介 護 療 養 型 医 療 施 設	人
養護老人ホーム	人	病院（医療保険適用病床）	人
ケ ア ハ ウ ス	人	死 亡	人
有料老人ホーム	人	そ の 他	人
グループホーム	人	合 計	人

(3) 入所時の要介護度

要介護 認定なし	要支援1	要支援2	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	人

(4) 退所時の要介護度

要介護 認定なし	要支援1	要支援2	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	人	人	人	人

- (5) 入所申込みに対し、自ら適切なサービス提供ができないことを理由として、サービス提供を拒んだ事例はありますか。（ただし、ベッドが空いていない場合及び入院による治療を要する場合を除く。）

該当する番号に○を付けたうえ、「1 有」を選択した場合は具体例を記入してください。
 （「対応できない医療ケア」については、該当箇所に○を付けてください。）

1 有 ↓ ア 申込者が必要とする医療ケアに対応できないため 対応できない医療ケア ・ 鼻腔栄養 ・ 人工肛門 ・ その他（ ・ 胃ろう ・ 人工透析 ・ バルーンカテーテル ・ 酸素吸入 ・ 吸引 イ その他 （具体例：	2 無
--	------------

4 入所申込者の状況

(1) 現在、把握しておられる入所申込者数

人

(2) 入所申込みから入所できるまでの平均的期間

約	年	月
---	---	---

(3) 入所受入れの連絡に対し、本人・家族が辞退することはありますか。該当する番号に○を付けたうえ、「1有」を選択した場合は、主な理由を3つまで選び、その番号を記入してください。

1 有 2 無

理由

1 既に他の介護老人福祉施設に入所した。

2 介護老人保健施設に入所又は介護療養型医療施設に入院した。

3 認知症対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護事業所に
入所した。

4 入院（医療保険適用病床）中である。

5 まだ入所を希望しない。（自宅での生活を継続したい。）

6 死亡した。

7 その他

()

5 優先入所評価の状況

(1) 現在、把握しておられる入所申込者について、優先入所評価の状況を記入してください。

A	B	C
人	人	人

(2) 平成19年2月以降、京都市内から入所した方について、優先入所評価の状況を記入してください。

A	B	C	(再掲) 虐待によって優先的に入所させた方
人	人	人	人

6 短期入所生活介護の利用状況（平成20年1月の利用者について記入してください。）

(1) 平成20年1月の利用実人数

京都市	府内（京都市以外）	他府県	合計
人	人	人	人 … (A)

（注）1月に複数回利用した方については、1人として計上してください。

(2) 利用日数

7日以内	8～14日	15～30日
人	人	人

（注1）(A)の内訳について記入してください。

（注2）月をまたがって利用する方については両月の利用日数を合算して記入してください。

例：12/28～1/4の利用者

⇒ 8日の利用となるため、「8～14日」の欄に記入してください。

（注3）1月において複数回利用する方については、それぞれの利用日数を合算して記入してください。

例：12/30～1/2と1/20～1/24の2回利用者

⇒ 4日+5日=9日の利用となるため、「8～14日」の欄に記入してください。

(3) (A)のうち、緊急利用者（介護者の急な疾病、看護、葬祭、罹災、虐待等）

人

(4) (A)の要介護度別内訳

要支援 1	要支援 2	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	人	人	人

(5) (A)のうち、認知症のある方

認知症老人自立度「Ⅱ」	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人
認知症老人自立度「Ⅲ」以上	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人

(6) (A)のうち、医療ケアを必要とする方

鼻腔栄養	() 人	
胃ろう	() 人	
バルーンカテーテル	() 人	
人工肛門	() 人	
人工透析	() 人	
酸素吸入	() 人	
吸引	() 人	
その他	() 人	実人数合計 () 人

(注) 重複する方がある場合は、実人数合計と医療ケアの内容別人数の計とは合致しません。

(7) 平成20年1月の利用延人数・・・(B)

ユニット型個室	従来型個室	多床室	合 計
人	人	人	人

(8) 稼働率 {利用延人数 (B) ÷ (定員 × 31日) × 100}

ユニット型個室	従来型個室	多床室	全 体
%	%	%	%

(注) 空床利用がある場合等は、100%を超えることがあります。

(9) 短期入所の利用申込みに対し、自ら適切なサービス提供ができないことを理由として、サービス提供を拒んだ事例はありますか。(ただし、ベッドが空いていない場合及び入院による治療を要する場合を除く。)

該当する番号に○を付けたうえ、「1有」を選択した場合は具体例を記入してください。
 (「対応できない医療ケア」については、該当箇所に○を付けてください。)

1 有	2 無
↓	
ア 申込者が必要とする医療ケアに対応できないため 対応できない医療ケア	
・ 鼻腔栄養 ・ 人工肛門 ・ その他 (・ 胃ろう ・ 人工透析 ・ バルーンカテーテル ・ 酸素吸入 ・ 吸引	
イ その他 (具体例:)	

(10) 短期入所の利用申込みに対し、ベッドが空いていないことを理由として、サービス提供を拒んだ回数(平成20年1月実績)

約	回
---	---

7 今後の事業運営の課題

今後の事業運営に当たっての課題についてお聞かせください。

(1) 人員の確保（確保が困難な職種： ）

ア 人員確保のための課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

イ 介護サービスの質的向上のための課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(2) 重度者や認知症高齢者への対応

ア 高度な医療ケアを必要とする利用者への支援

① 対応が困難な医療ケア（該当箇所に○を付けてください。）

・ 鼻腔栄養	・ 胃ろう	・ バルーンカテーテル	
・ 人工肛門	・ 人工透析	・ 酸素吸入	・ 吸引
・ その他（			）

② 実践例や医療機関との連携についての課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

イ ターミナルケア（実践例： 有・無 ）

実践するに当たっての課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

ウ 認知症高齢者への対応

実践例や医療機関との連携についての課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(3) その他

今後の事業運営に当たって、課題と考えられることについて記入してください。

8 今後の事業実施の意向

下表の事業等への参入意向についてお伺いします。該当する番号に○を付けたうえ、必要事項を記入してください。

	1 予定なし	2 検討している又は検討予定
個室・ユニット化に係る施設の改修	1	2 (改修時期 年)
在宅・入所相互利用	1	2 (開始時期 年)
介護老人福祉施設(定員 30 人以上)	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
介護老人保健施設	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
特定施設(介護専用型・定員 30 人以上)	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
特定施設(混合型)	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
地域密着型介護老人福祉施設(定員 30 人未満)	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
地域密着型特定施設(介護専用型・定員 30 人未満)	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
認知症対応型共同生活介護	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
小規模多機能型居宅介護	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
認知症対応型通所介護	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)

9 そ の 他

貴施設における今後の事業運営や取組，京都市の高齢者保健福祉施策や介護保険制度等について，ご意見がございましたら，自由にご記入ください。

介護サービス供給量調査（案）

介護老人保健施設

事業所番号	2	6								
法人の名称										
施設の名称										
施設の所在地										
電話番号						記入者				

1 施設の概要

(1) 定員

	ユニット型	従来型	合 計
認知症専門棟	人	人	人
上記以外	人	人	人

(2) 居室の状況

	ユニット型 個室	従来型個室	多床室	特別な室料の 徴収の有無
定員	人	人	人	
居住費 (1日)	円	円	円	有・無

(3) 食費の額 食費 円／日

2 入所者の状況（平成20年2月1日現在の入所者について記入してください。）

(1) 居室別

ユニット型個室	従来型個室	多床室	合 計
人	人	人	人

(2) 保険者別

京 都 市	府内（京都市以外）	他 府 県	合 計
人	人	人	人

(3) 入所期間別

3ヶ月未満（平成 19年11月以降に 入所）	3ヶ月以上6ヶ月未 満（平成19年8～ 10月に入所）	6ヶ月以上1年未満 （平成19年2～7 月に入所）	1年以上2年未満 （平成18年2月～ 19年1月に入所）	2年以上3年未満 （平成17年2月～ 18年1月に入所）	3年以上（平成17 年1月以前に入所）	合計
人	人	人	人	人	人	人

(4) 入所申込みから入所までの待機期間

(平成19年8月以降の入所者について記入してください。)

1ヶ月未満	1ヶ月以上 3ヶ月未満	3ヶ月以上 6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上	合計
人	人	人	人	人	人

(5) 要介護度別

要支援 1	要支援 2	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	人	人	人

(6) 認知症のある方

認知症老人自立度「Ⅱ」	()人	左のうち、障害自立度 「自立」、「J」又は「A」	()人
認知症老人自立度「Ⅲ」以上	()人	左のうち、障害自立度 「自立」、「J」又は「A」	()人

(7) 医療ケアを必要とする方（重複者については、それぞれに記入してください。）

鼻腔栄養	()人	
胃ろう	()人	
バルーンカテーテル	()人	
人工肛門	()人	
人工透析	()人	
酸素吸入	()人	
吸 引	()人	
そ の 他	()人	実人数合計 ()人

(注) 重複する方がある場合は、実人数合計と医療ケアの内容別人数の計とは合致しません。

(8) リハビリテーションを実施している方

リハビリテーションマネジメント加算を算定している方	() 人
短期集中リハビリテーション実施加算を算定している方	() 人
入所直前に医療保険によるリハビリテーションを行われていた方 (平成19年8月以降の入所者について、把握されている範囲内で記入してください。)	() 人

(9) 在宅復帰に向けて相談援助を行っている方(又は今後行う予定の方)

約 人

(10) 成年後見制度の利用状況等

3親等以内の親族がいない方	() 人	左のうち成年後見 制度の利用者	() 人
親族はいるが関わりが十分でない方 (親族から虐待を受けていた方を含む)	() 人	左のうち成年後見 制度の利用者	() 人

(11) 平成20年2月1日現在の稼働率 {入所者数÷定員×100}

ユニット型個室	従来型個室	多床室	全 体
. %	. %	. %	. %

3 入退所の状況 (平成19年8月以降の入所者・退所者について記入してください。)

(1) 入所前の居所

居 宅 (独居)	人	グループホーム	人
居 宅 (家族と同居)	人	介護老人福祉施設	人
居宅 (小規模多機能利用)	人	他の介護老人保健施設	人
養護老人ホーム	人	介護療養型医療施設	人
ケアハウス	人	病院 (医療保険適用病床)	人
有料老人ホーム	人	その他	人
		合 計	人

(2) 退所後の居所

居 宅（独居）	人	介護老人福祉施設	人
居 宅（家族と同居）	人	他の介護老人保健施設	人
居宅（小規模多機能利用）	人	介護療養型医療施設	人
養護老人ホーム	人	病院（医療保険適用病床）	人
ケアハウス	人	死 亡	人
有料老人ホーム	人	そ の 他	人
グループホーム	人	合 計	人

(3) 入所時の要介護度

要介護 認定なし	要支援1	要支援2	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	人

(4) 退所時の要介護度

要介護 認定なし	要支援1	要支援2	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	人	人	人	人

- (5) 入所申込みに対し、自ら適切なサービス提供ができないことを理由として、サービス提供を拒んだ事例はありますか。（ただし、ベッドが空いていない場合及び入院による治療を要する場合を除く。）

該当する番号に○を付けたうえ、「1 有」を選択した場合は具体例を記入してください。
 （「対応できない医療ケア」については、該当箇所に○を付けてください。）

1 有 ↓ ア 申込者が必要とする医療ケアに対応できないため 対応できない医療ケア ・鼻腔栄養 ・胃ろう ・バルーンカテーテル ・人工肛門 ・人工透析 ・酸素吸入 ・吸引 ・その他（ ）	2 無
イ その他 （具体例： ）	

<52 介護老人保健施設>

4 入所申込者の状況

- (1) 現在、把握しておられる入所申込者数

人

- (2) 入所申込みから入所できるまでの平均的期間

約	年	月
---	---	---

- (3) 入所受入れの連絡に対し、本人・家族が辞退することはありますか。該当する番号に○を付けたうえ、「1有」を選択した場合は、主な理由を3つまで選び、その番号を記入してください。

1 有 2 無

理由

1 既に他の介護老人保健施設に入所した。

2 介護老人福祉施設に入所又は介護療養型医療施設に入院した。

3 認知症対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護事業所に入所した。

4 入院（医療保険適用病床）中である。

5 まだ入所を希望しない。（自宅での生活を継続したい。）

6 死亡した。

7 その他

()

5 短期入所療養介護の利用状況（平成20年1月の利用者について記入してください。）

- (1) 平成20年1月の利用実人数

京 都 市	府内（京都市以外）	他 府 県	合 計
人	人	人	人 … (A)

(注) 1月に複数回利用した方については、1人として計上してください。

- ### (2) 利用日数

7 日以内	8~14 日	15~30 日
人	人	人

(注1) (A)の内訳について記入してください。

(注2) 月をまたがって利用する方については、両月の利用日数を合算して記入してください。

例：12/28～1/4の利用者

⇒ 8日の利用となるため、「8～14日」の欄に記入してください。

(注3) 1月において複数回利用する方については、それぞれの利用日数を合算して記入してください。

例：12/30～1/2 と 1/20～1/24 の2回利用者

⇒ 4日+5日=9日の利用となるため、[8~14日]の欄に記入してください。

(3) (A)のうち、緊急利用者(介護者の急な疾病、看護、葬祭、罹災、虐待等)

人

(4) (A)の要介護度別内訳

要支援 1	要支援 2	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	人	人	人

(5) (A)のうち、認知症のある方

認知症老人自立度「Ⅱ」	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人
認知症老人自立度「Ⅲ」以上	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人

(6) (A)のうち、医療ケアを必要とする方(重複者については、それぞれに記入してください。)

鼻腔栄養	()人	
胃ろう	()人	
バルーンカテーテル	()人	
人工肛門	()人	
人工透析	()人	
酸素吸入	()人	
吸引	()人	
その他	()人	実人数合計 ()人

(注)重複する方がある場合は、実人数合計と医療ケアの内容別人数の計とは合致しません。

(7) 平成20年1月の利用延人数

ユニット型個室	従来型個室	多床室	合計
人	人	人	人

- (8) 短期入所の利用申込みに対し、自ら適切なサービス提供ができないことを理由として、サービス提供を拒んだ事例はありますか。(ただし、ベッドが空いていない場合及び入院による治療を要する場合を除く。)

該当する番号に○を付けたうえ、「1 有」を選択した場合は具体例を記入してください。
(「対応できない医療ケア」については、該当箇所に○を付けてください。)

1 有 ↓	2 無				
ア 在宅では、申込者が必要とする医療ケアに対応できないため 対応できない医療ケア <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"> { ・ 鼻腔栄養 ・ 人工肛門 ・ その他 (・ 胃ろう ・ 人工透析 ・ バルーンカテーテル ・ 酸素吸入 ・ 吸引 } </td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> イ その他 (具体例:) </td> </tr> </table>		{ ・ 鼻腔栄養 ・ 人工肛門 ・ その他 (・ 胃ろう ・ 人工透析 ・ バルーンカテーテル ・ 酸素吸入 ・ 吸引 }		イ その他 (具体例:)	
{ ・ 鼻腔栄養 ・ 人工肛門 ・ その他 (・ 胃ろう ・ 人工透析 ・ バルーンカテーテル ・ 酸素吸入 ・ 吸引 }					
イ その他 (具体例:)					

- (9) 短期入所の利用申込みに対し、ベッドが空いていないことを理由として、サービス提供を拒んだ回数 (平成20年1月実績)

約	回
---	---

6 今後の事業運営の課題

今後の事業運営に当たっての課題についてお聞かせください。

- (1) 人員の確保 (確保が困難な職種:)

ア 人員確保のための課題・工夫・要望等について記入してください。

イ 介護サービスの質的向上のための課題・工夫・要望等について記入してください。

- (2) 重度者や認知症高齢者への対応

ア 高度な医療ケアを必要とする利用者への支援

- ① 対応が困難な医療ケア (該当箇所に○を付けてください。)

{ ・ 鼻腔栄養 ・ 人工肛門 ・ その他 (・ 胃ろう ・ 人工透析 ・ バルーンカテーテル ・ 酸素吸入 ・ 吸引 }	
--	--

② 実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

イ ターミナルケア （実践例： 有・無 ）

実践するに当たっての課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

ウ 認知症高齢者への対応

実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(3) その他

今後の事業運営に当たって、課題と考えられることについて記入してください。

[]

7 今後の事業実施の意向

下表の事業等への参入意向についてお伺いします。該当する番号に○を付けたうえ、必要事項を記入してください。

	1 予定なし	2 検討している又は検討予定
個室・ユニット化に係る施設の改修	1	2 (改修時期 年)
介護老人福祉施設(定員 30 人以上)	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
介護老人保健施設	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
特定施設(介護専用型・定員 30 人以上)	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
特定施設(混合型)	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
地域密着型介護老人福祉施設(定員 30 人未満)	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
地域密着型特定施設(介護専用型・定員 30 人未満)	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
認知症対応型共同生活介護	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
小規模多機能型居宅介護	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
認知症対応型通所介護	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)

8 その他

貴施設における今後の事業運営や取組、京都市の高齢者保健福祉施策や介護保険制度等について、ご意見がございましたら、自由にご記入ください。