

「介護サービス情報の公表」制度
調査票（基本情報）記入マニュアル

2018年度版

通所リハビリテーション（予防を含む）

2018年8月10日 ver.2

神奈川県指定情報公表センター

●●● 入力にあたって必ずお読みください ●●●

「介護サービス情報の公表」制度は、介護保険法第115条の35に基づく都道府県、政令市の自治事務であり、公表事務、事業所訪問調査等は都道府県、政令市単位で実施されます。したがって、項目に対する解釈や、訪問調査の実施方法等、厚生労働省の指針を基本としながらも、当制度の趣旨の範囲内で他都道府県、政令市と若干違いが生じる場合があります。このマニュアルの記載内容は、2018年度の調査票記入マニュアルであることにご留意の上、ご活用願います。

2017年1月～2017年12月の介護報酬額100万円超のサービスが公表制度の対象となり、報告が義務付けられています。さらに、公表対象事業所の中から、事業所の指定年度により、訪問調査の有無が決定されます。

また、公表後、県又は市町村に申請及び変更の際に提出された内容と、公表で報告された基本情報の内容を突合させていただきます。両データに齟齬があり修正がされなかった場合、次年度に訪問調査となる可能性がございます。ご入力にはご留意ください。

訪問調査時の調査確認の際、指定申請時に提出されている情報と、異なる場合が多く見受けられます。データの入力には十分に注意していただきますようお願いいたします。

今年度の調査票は、介護及び予防サービスが1つの調査票に統合されています。
公表対象サービスの項目について、ご記入ください。

1. 各項目の下部には、国の記載要領を掲載しています。「★」は補足説明及び、情報の公表制度における考え方を掲載しています。
2. 調査票は特記事項に記載がない場合は、原則記入年月日の状況をご報告ください。数字は、全て半角数字で、日付は西暦で入力してください。実績や人数など、該当なしの場合は「0」を必ず入力してください。
また、予防サービスが報告対象外の場合、必須入力の欄には以下のように入力してください。
①日付を入力する欄 → 「-」（半角ハイフン）
②人数など、数値を入力する欄 → 「0」（半角数字ゼロ）
3. 半角ｶﾀｶﾅ、丸付文字（①等）、記号文字（株、km、㎡等）、旧字体等は入力できますが、公表時に文字化けする可能性がありますので、使用しないでください。
4. 自由記載の項目は、400字程度までに収めることをお勧めします。文章の改行をする際には、公表時に不要な空欄が入ることを防ぐために、スペースキーで次の行へ移るのではなく、必ず Enter キーで改行するようにしてください。
5. 介護サービスの内容（加算）及び提供実績の項目は、介護報酬を請求する際に算出しているものですので、不明な点は事業所内請求事務担当にご確認ください。
6. 基本情報の内容に変更がある場合は、公表後の修正が可能です。運営情報については、公表後の修正は出来ません。

目 次

| | |
|--|----|
| 1. 事業所を運営する法人等に関する事項 | 1 |
| 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 | 5 |
| 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 | 7 |
| 4. 介護サービス（予防を含む）の内容に関する事項 | 13 |
| 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 | 23 |

1. 事業所を運営する法人等に関する事項

事業所名:

事業所番号:

(枝番)

基本情報：通所リハビリテーション（予防を含む）

(20XX年XX月XX日現在)

| | | | |
|------|----|-------|--|
| 計画年度 | 年度 | 記入年月日 | |
| 記入者名 | | 所属・職名 | |

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. 法人番号なし・ 1. 法人番号あり・ 2. 法人番号あり(非公表) | | |
| | 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 | | | | |

基本情報項目 通所リハビリテーション

各項目の下部には、国の記載要領を掲載しています。

★は補足説明及び、情報の公表制度における考え方を掲載しています。

■記入年月日

記入年月日を記載すること。(例： 2018年〇月×日)

- ★・「計画通知書」に記載されている「報告書の提出期間」内の日付を、半角英数でご入力をお願いします。
- ・記入年月日は基本情報、運営情報の報告の基準日となります。

■記入者名

省令第140条の51第2号に規定する調査客体を代表する者の名称（以下、「記入者」という）を記載すること。

★現在作成している調査票の内容に対して、責任をお持ちいただける方の氏名をご記入ください。

■所属・職名

記入者の所属部署の名称及びその職名について、記載すること。

★〈記載例〉・管理者・施設長・事務長・運営法人代表・管理部課長・介護事業部部長 等

■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」

a 「法人等の種類」

法人等の種類について、該当するものを下記から選択すること。また、法人ではない場合には「99 その他」を選択すること。

- 01 社会福祉協議会以外の社会福祉法人
- 02 社会福祉協議会
- 03 医療法人
- 04 社団法人又は財団法人
- 05 営利法人（株式会社等）
- 06 特定非営利活動法人（NPO 法人）
- 07 農業協同組合
- 08 消費生活協同組合
- 09 その他の法人
- 10 都道府県
- 11 市町村
- 12 広域連合・一部事務組合等
- 99 その他

- ★・医療法人社団、社会医療法人は、『03：医療法人』を選択してください。
- ・株式会社、有限会社、合同会社等は、『05：営利法人』を選択してください。
- ・『99：その他』を選択した場合は、下欄『その他の場合、その名称』に具体的名称を、記入してください。個人病院の場合は「個人」と記入して下さい。

b 「名称」

当該法人等の名称を記載すること。なお、記載内容については、登記事項等との整合性を図ること。

c 「法人番号の有無」「法人番号」

法人番号の指定を受けている場合には、「法人番号あり」を選択し、法人番号を記載すること。なお、設立登記のない法人又は法人でない社団若しくは財団であつて、法人番号の指定を受けているが、基本3情報（①商号又は名称、②本店又は主たる事務所の所在地及び③法人番号）の公表に同意していない場合には、「法人番号あり（非公表）」を選択すること。

（法人番号は、特段、届出手続等を要することなく、国税庁長官が法人番号を指定し、原則としてインターネット上で公表され、誰もが自由に利用することが可能であるため、基本3情報の公表に同意していない場合を除き、法人番号を秘密にする目的として「法人番号あり（非公表）」を選択しないこと。）

法人番号の指定を受けていない場合には「法人番号なし」を選択すること。

- ★・法人名称は、省略せず正式名称で・『ふりがな』は全角ひらがなで記入してください。
- ・法人番号は、国税庁から1法人1つ割り振られている13桁の番号です。
- ・登記所で手続に使われる12桁の番号は法人等の識別番号で、「法人番号」ではありません。
- ・法人番号は、インターネットの国税庁「法人番号公表サイト」<http://www.houjin-bangou.nta.go.jp/>で検索できます。

● 「法人等の主たる事務所の所在地」

当該法人等の主たる事務所の住所について、当該都道府県名、市区町村名、番地等を記載すること。なお、記載内容については、登記事項等との整合性を図ること。

● 「法人等の連絡先」

- a 「電話番号」 利用者からの照会等に対応する当該法人等の電話番号を記載すること。
 - b 「FAX 番号」 利用者からの照会等に対応する当該法人等の FAX 番号を記載すること。
 - c 「ホームページ」 当該法人等の情報が掲載されているホームページがある場合には「あり」に記すとともに、そのアドレスを記載すること。また、当該法人等の情報が掲載されているホームページがない場合には「なし」に記すこと。
- ★・電話番号、FAX 番号には、「フリーダイヤル」「代」のような文字は記入せず、半角数字と「-（半角ハイフン）」のみで記入してください。（FAX 番号は任意記入）
 - ・法人等のホームページアドレスは半角英数字で記入してください。
 - ・介護情報サービスかながわとのデータ連携上、必ず <http://> から記載してください。
 - ・メールアドレスではありませんのでご注意ください。

■法人等の代表者の氏名及び職名

- a 「氏名」 当該法人等の代表者の氏名を記載すること。
- b 「職名」 代表者の当該法人内の職名を記載すること。

■法人等の設立年月日

当該法人等の設立年月日を記載すること。なお、記載内容については、登記事項等との整合性を図ること。

| 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 | 主な事業所等の名称 | 所在地 |
| ＜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 | | |

■法人等が当該都道府県内で実施する介護サービス

当該法人等が当該都道府県内で、当該報告に係る介護サービスを含む介護サービス（法の規定に基づく指定又は許可を受けている介護サービスをいう）を実施している場合には、介護サービスの種類ごとに「あり」に記すとともに、当該介護サービスを行う事業所の数を記載すること。さらに、そのうち主な当該事業所の名称及びその所在地について1つ記載すること。

★＜主な事業所等の名称＞＜所在地＞

- ・主な事業所1つだけ記入してください。
- ・事業所の所在地は、市名・郡名から記入してください。

★ ＜介護サービスの種類＞実施していない場合は「なし」を選択してください。

➡報告数に含める場合

- ・当調査票の対象である事業所
- ・同所在地、同事業所名でも異なるサービス（介護サービスと予防サービス等）
- ・『介護予防支援』は市町村から委託を受けた地域包括支援センター

➡報告数に含めない場合

- ・地域包括支援センターからの委託を受けて『介護予防支援』を実施している居宅介護支援事業所

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

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 |
| 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 | | | |
| | | | |

■事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先

当該報告に係る介護サービスを提供する事業所（以下、「事業所」という）の名称、所在地及び電話番号、FAX 番号及びホームページアドレスを記載すること。また、「市区町村コード」の欄には、総務省自治行政局地域情報政策室が設定している「全国地方公共団体コード」から、当該報告に係る介護サービスを提供する事業所の所在地のコード番号を記載すること。なお、記載内容は、都道府県知事への届出事項等との整合性を図ること。

★・『ふりがな』は全角ひらがなで記入してください。

- ・事業所の所在地は、県名から正確に入力されていないと、公表システムの地図表示が出来ないことがあります。
- ・電話番号、FAX 番号には「代」のような文字は記入せず、半角数字と「-（半角ハイフン）」で記入してください。FAX 番号は任意記入です。
- ・ホームページアドレスは半角英数字で、「http:// ～」から記載してください。メールアドレスではありませんのでご注意ください。

■介護保険事業所番号

当該事業所の介護保険事業所番号を記載すること。

■事業所の管理者の氏名及び職名

- a 「氏名」 当該事業所の指定居宅サービス基準第 116 条に規定する管理者（指定介護予防サービス基準 119 条に規定する管理者を含む。以下、「管理者」という）の氏名を記載すること。
- b 「職名」 管理者の当該事業所内の職名を記載すること。

■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

●「事業の開始（予定）年月日」

当該報告に係る介護サービスの提供を開始した年月日を記載すること。なお、当該報告時に当該介護サービスの提供の開始を予定している事業所等にあつては、開始予定年月日を記載すること。

- ★・指定を受けた年月日に関係なく、事業を開始した年月日を（例：2000 年 1 月 1 日）入力してください。介護保険制度開始以前も対象となります。
- ・次の場合は介護事業を開始した最初の年月日を記入してください。
- ✓事業所番号が変更になった場合 ✓休止して再開した場合 ✓事業所名称が変更になった場合

●「指定の年月日」

- a 「介護サービス」 当該報告に係る法第 41 条第 1 項に規定する指定居宅サービス事業者の指定を受けた年月日を記載すること。
- b 「介護予防サービス」 当該報告に係る法第 53 条第 1 項に規定する指定介護予防サービス事業者の指定を受けた年月日を記載すること。

- ★・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、「・（ハイフン）」を入力し、「介護予防サービス」の欄に入力してください。

●「指定の更新年月日（直近）」

- a 「介護サービス」 当該報告に係る法第 70 条の 2 第 1 項に規定する指定居宅サービス事業者の指定の更新を受けた直近の年月日を記載すること。なお、報告時に当該指定の更新を受けたことのない事業所にあつては、当該指定を受けた年月日を記載すること。
- b 「介護予防サービス」 当該報告に係る法第 115 条の 11 において準用する法第 70 条の 2 第 1 項に規定する指定介護予防サービス事業者の指定の更新を受けた直近の年月日を記載すること。なお、報告時に当該指定の更新を受けたことのない事業所にあつては、当該指定を受けた年月日を記載すること。

- ★・最新の指定更新年月日をご記入ください。当報告においては、以下の場合は記入不要です。
- ✓みなし指定の場合（更新がないため）
- ✓まだ更新手続きを行っていない場合
- ✓記入年月日以降に指定更新手続きを行う予定の場合

■生活保護法第 54 条の 2 に規定する介護機関の指定

当該事業所が係る生活保護法第 54 条の 2 に規定する介護機関の指定を受けている場合には、「あり」に記すこと。

■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

当該事業所が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の場合には、「あり」に記すこと。

■事業所までの主な利用交通手段

当該事業所の最寄りの公共交通機関の駅等の名称、当該最寄りの駅等から当該事業所までの主な交通手段、所要時間等について記載すること。

- ★<記載例> JR 京浜東北 根岸線 ●●駅 徒歩 5 分

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

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

| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 人数 |
|---|----|-----|-----|-----|----------------|------------|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 医師 | 人 | 人 | 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 |
| 看護職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 介護職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 相談援助員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 歯科衛生士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 管理栄養士 | 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。 | | | | | | |
| 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・ 1.あり | |
| (資格等の名称) | | | | | | |
| 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士1人当たりの利用者数 | | | | | 人 | |

■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」

以下の者について、常勤及び非常勤の勤務形態別に、当該業務に係る専従及び非専従に該当する者及びその合計の人数を記載すること。また、それぞれ常勤換算人数を記載すること。

- ①医師 (指定居宅サービス基準第 111 条第 1 項第 1 号及び指定介護予防サービス基準第 117 条第 1 項第 1 号に規定する「医師」をいう。以下同じ。)
- ②理学療法士 (指定居宅サービス基準第 111 条第 1 項第 2 号又は第 2 項第 1 号及び指定介護予防サービス基準第 117 条第 1 項第 2 号又は第 2 項第 1 号に規定する「理学療法士」をいう。以下同じ。)
- ③作業療法士 (指定居宅サービス基準第 111 条第 1 項第 2 号又は第 2 項第 1 号及び指定介護予防サービス基準第 117 条第 1 項第 2 号又は第 2 項第 1 号に規定する「作業療法士」をいう)
- ④言語聴覚士 (指定居宅サービス基準第 111 条第 1 項第 2 号又は第 2 項第 1 号及び指定介護予防サービス基準第 117 条第 1 項第 2 号又は第 2 項第 1 号に規定する「言語聴覚士」をいう)
- ⑤看護職員 (指定居宅サービス基準第 111 条第 1 項第 2 号又は第 2 項第 1 号及び指定介護予防サービス基準第 117 条第 1 項第 2 号又は第 2 項第 1 号に規定する「看護職員」をいう)
- ⑥介護職員 (指定居宅サービス基準第 111 条第 1 項第 2 号又は第 2 項第 1 号及び指定介護予防サービス基準第 117 条第 1 項第 2 号又は第 2 項第 1 号に規定する「介護職員」をいう)
- ⑦相談援助員 (利用者に対する相談援助業務に従事する従業者をいう)
- ⑧歯科衛生士
- ⑨管理栄養士
- ⑩事務員
- ⑪その他の従業者

●「1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数」

常勤換算方法により用いた常勤の従業者が勤務すべき時間数の1週間の延べ時間数を記載すること。

なお、職種により常勤の従業者が勤務すべき時間数が異なる場合には、主な職種の常勤の従業者が勤務すべき時間数を記載すること。

★ 32 時間から 40 時間内で記入してください。

32 時間未満の場合は 32 時間、40 時間以上の場合は 40 時間と記入してください。

●「管理者の他の職務との兼務の有無」

管理者が当該報告に係る介護サービスの管理者以外の職務を兼務している場合には、「あり」に記すこと。「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」欄には、管理者が当該報告に係る介護サービスに係る資格等を有している場合には、「あり」に記すとともに、その資格等の名称を記載すること。

★『他の職務』とは、事業所内の他の職務だけではなく、同一敷地内にある他事業所の職務を兼務している場合等も対象となります。他サービスの管理者である場合も「あり」を選択してください。

★<調査票への記入手順>

- 1 記入年月日前月分の勤務形態一覧表を作成します。
※新規事業所が開設月に報告する場合は、開設月の状況又は指定申請時の勤務形態一覧表となります。
- 2 調査票の各欄には、勤務形態一覧表に記載されている数字を記入してください。
※訪問調査時は、調査票と勤務形態一覧表の記載内容に違いがないかどうかを確認します。

★・記入年月日前月末日の状況を報告します。

- ・該当者がいない場合は、必ず「0」を記入してください。
- ・従業者の実人数については、複数職種を兼務している場合、兼務している職種欄に人数を計上してください。
- ・当調査票において管理者は「従業者」に含まれません。管理者が他の職種を兼務している場合のみ『常勤・非専従』として、該当する職種に、人数を計上してください。
- ・介護サービスと介護予防サービスの指定を両方受け、一体的に運営している事業所の従事者は、勤務実態に関わらず、複数サービスを兼務しているものとして扱います。

★ 参考資料

★<常勤・非常勤について>

- ・「常勤」とは当該事業所で定める『常勤が勤務すべき時間数』勤務している者を指します。正規職員、非正規職員（派遣労働者、パートタイム労働者）の別は問いません。
- ・当該事業所に併設される事業所の職務、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務する場合（ともに同一法人である場合に限る）は、それぞれに係る時間数を足して『常勤が勤務すべき時間数』に達していれば、当該職員は「常勤」となります。
- ・「非常勤」とは『常勤が勤務すべき時間数』を下回る勤務時間数の者を指します。

★<専従・非専従について>

- ・「専従」とは、当該サービスの当該職種にのみ従事している者を指します。
- ・「非専従」とは、他のサービス、他の職種、他の事業所業務を兼務している者を指します。

★<常勤換算人数について>

- ・常勤換算人数は自動計算されませんので、全ての職種を勤務形態一覧表に記入して、計算してください。
- ・行政に提出する常勤換算方法で記入してください。

参照「介護情報サービスかながわ」(<http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>)

ーライブラリー（書式／通知）

ー 9. 運営状況点検書・運営の手引き

ー 1. 運営状況点検書（※サービスごとに運営状況点検書を掲載）

※勤務形態一覧表（常勤換算計算時使用）のフォームをエクセルで作成いたしました。

計算式は入っていませんのでご注意ください。

こちらをご参照ください。

→http://center.rakuraku.or.jp/service_office/citytown/manual_service.html

●「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士1人当たりの利用者数」

「4 介護サービスの内容に関する事項」の「介護サービスの内容等」の「利用定員」の利用定員を、「実人数」の②、③及び④に係る常勤換算方法により算出された人数の合計で除した人数を記載すること。

★《理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士1人当たりの利用者数の算出方法手順》

$$\frac{\begin{array}{l} \text{通所リハビリテーション} \\ \text{(予防を含む)の利用定員} \\ \\ \text{※同時に通所リハビリテーション} \\ \text{(予防を含む)の提供を受けることが} \\ \text{できる利用者の数の上限} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の} \\ \text{常勤換算人数の合計} \end{array}}$$

(※1) 計算結果は小数点第2位を切り捨て、小数点第1位まで記入して下さい。

(※2) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の常勤換算人数の合計が「1」未満で、「1人当たりの利用者数」が「利用定員数」より多くなる場合は、「利用定員数」を記入して下さい。

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 | | 理学療法士 | |
|---------------|-------|-----|-------|-----|
| | 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 |
| 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 |
| 区分 | 作業療法士 | | 言語聴覚士 | |
| | 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 |
| 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 |
| 区分 | 看護職員 | | 介護職員 | |
| | 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 |
| 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 |

従業者の健康診断の実施状況 [] 0. なし・ 1. あり

従業者の教育訓練のための制度、研修その他の従業者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者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 |
| 外部評価の実施状況 | | | [] 0. なし・ 1. あり | |

■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

- 「採用者数」 当該事業所における前年度1年間の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の採用者数を、常勤及び非常勤の勤務形態別に記載すること。
- 「退職者数」 当該事業所における前年度1年間の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の採用者数を、常勤及び非常勤の勤務形態別に記載すること。

★【2017年4月1日～2018年3月31日の状況を報告】

- ・同法人内での異動は、採用者数・退職者数に含めないでください。
- ・該当者がいない場合、新規指定を受けた事業所の場合は「0」を記入してください。

●「業務に従事した経験年数」

医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の当該業務に従事した経験年数について、1年未満、1年～3年未満、3年～5年未満、5年～10年未満又は10年以上経験を有する者に該当する人数をそれぞれ記載すること。

★【記入年月日の前月末日の状況を報告】

- ・経験年数には、他の通所リハビリテーションサービス事業所において、同職種として勤務した経験年数も含みます。
- ・「職種別従業者の実人数」との整合性にご注意ください。

■従業者の健康診断の実施状況

全ての従業者の健康診断を実施している場合には「あり」と記すこと。なお、全ての従業者とは、健康診断を受けないことを希望した者を除いて、労働安全衛生法第66条第1項に規定する健康診断を義務付けられた者以外も含むものとする。

★【記入年月日より前1年間の状況を報告】

■従業者の教育訓練のための制度、研修その他の従業者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者の資質向上に向けた研修等の実施状況」

事業所において、従業者の資質を向上させるために実施している研修等の実施状況について、その研修等の内容（名称、対象者、カリキュラムもしくは時間等）を記載すること。

★記入年月日前1年間において、実施した研修を具体的に記入してください。

〈記載例〉・5/23 初任者対象、接遇研修、内容「挨拶・言葉づかい他 基礎知識編」、2時間

●「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」

a. 「アセッサー（評価者）の人数」

事業所の従業者で、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。

b. 「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。

c. 「外部評価の実施状況」

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」と記すこと。

★「外部評価の実施状況」は「4. 介護サービス（予防を含む）の内容に関する事項」の「第三者による評価の実施状況」の評価とは、異なりますのでご注意ください。

★「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」とは、厚生労働省が介護職員の資質向上及びキャリアパスの確立に向けた評価の仕組みの普及促進を図るため、介護サービス分野における新しい職業能力を評価する仕組みを作り、事業所・施設ごとに行われてきた職業能力評価に共通のものさしを導入し、これに基づいて人材育成を目指す制度です。

4. 介護サービス（予防を含む）の内容に関する事項

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 | | |
| | | |
| 介護サービスを提供している日時 | | |
| 事業所の営業時間 | 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 | | |
| 利用可能な時間帯 | | |
| | サービス提供所要時間 | (サービスが提供される時間帯) |
| 1時間以上2時間未満 | [] 0. なし・ 1. あり | 時 分 ～ 時 分 |
| 2時間以上3時間未満 | [] 0. なし・ 1. あり | 時 分 ～ 時 分 |
| 3時間以上4時間未満 | [] 0. なし・ 1. あり | 時 分 ～ 時 分 |
| 4時間以上5時間未満 | [] 0. なし・ 1. あり | 時 分 ～ 時 分 |
| 5時間以上6時間未満 | [] 0. なし・ 1. あり | 時 分 ～ 時 分 |
| 6時間以上7時間未満 | [] 0. なし・ 1. あり | 時 分 ～ 時 分 |
| 7時間以上8時間未満 | [] 0. なし・ 1. あり | 時 分 ～ 時 分 |
| 8時間以上9時間未満 | [] 0. なし・ 1. あり | 時 分 ～ 時 分 |
| 9時間以上10時間未満 | [] 0. なし・ 1. あり | 時 分 ～ 時 分 |
| 10時間以上11時間未満 | [] 0. なし・ 2. あり | 時 分 ～ 時 分 |
| 11時間以上12時間未満 | [] 0. なし・ 1. あり | 時 分 ～ 時 分 |
| 12時間以上13時間未満 | [] 0. なし・ 1. あり | 時 分 ～ 時 分 |
| 13時間以上14時間未満 | [] 0. なし・ 1. あり | 時 分 ～ 時 分 |
| 留意事項 | | |
| 事業所が通常時に介護サービスを提供する地域 | | |
| | | |

■事業所の運営に関する方針

事業の目的、事業の運営等の方針について記載すること。なお、記載内容については、指定居宅サービス基準第 117 条及び指定介護予防サービス基準第 120 条に規定する運営規程の内容等との整合性を図ること。

■介護サービスを提供している日時

●「事業所の営業時間」

当該事業所の受付対応が可能な通常の間帯を、平日、土曜、日曜及び祝日の別に記載すること。また、「定休日」欄には、当該事業所の定休日を記載すること。さらに、「留意事項」欄には、必要に応じて通常以外の間帯等を記載すること。なお、記載内容については、指定居宅サービス基準第 117 条及び指定介護予防サービス基準第 120 条に規定する運営規程等と整合性を図ること。

- ★・「運営規程」等の記載にある通所リハビリテーション事業所の営業間帯（電話等の受付対応が可能な間帯）を 24 時間制で入力してください。24 時間対応の場合、間帯は「0 時 00 分～23 時 59 分」、とご記入ください。留意事項に「24 時間対応」とご記入下さい。
- ・『留意事項』には、通常の間帯以外に対応状況や、特別休業間帯等、通所リハビリテーション事業所の営業間帯に関する留意事項があれば記入してください。

●「利用可能な間帯」

利用者が指定居宅サービス基準第 110 条に規定する通所リハビリテーション（介護予防サービス基準第 116 条に規定する指定介護予防通所リハビリテーションを含む）を利用することが可能な所要間帯について、サービス提供所要間帯の 1 時間以上 2 時間未満、2 時間以上 3 時間未満、3 時間以上 4 時間未満、4 時間以上 5 時間未満、5 時間以上 6 時間未満、6 時間以上 7 時間未満、7 時間以上 8 時間未満、8 時間以上 9 時間未満、9 時間以上 10 時間未満、10 時間以上 11 時間未満、11 時間以上 12 時間未満、12 時間 13 時間未満及び 13 時間以上 14 時間未満のそれぞれの欄に該当する場合に「あり」に記すとともに、そのサービス提供所要間帯のサービスが提供される間帯をそれぞれ記載すること。なお、「留意事項」欄には、指定通所リハビリテーション（指定介護予防通所リハビリテーション）を利用できる間帯に関する制限事項等について記載すること。

- ★・複数単位があり利用可能な間帯が単位ごとに異なる場合は、利用定員が一番多い単位の間帯単位を記入してください。
- ・『留意事項』には通常の間帯以外に対応状況や、定休日、特別休業間帯等、利用可能な間帯に関する留意事項があれば記入してください。（記入例）24 時間対応、年中無休、等
- なお、次のケースについては『留意事項』に記入してください。

①複数単位の間帯を実施している場合

⇒ 2 単位目以降の間帯については『留意事項』に記入してください。

②利用者の事情等により、届け出ている提供間帯より短間帯、長時間の対応も可能な場合

⇒ 『留意事項』に、その対応状況等を記入してください。

■事業所が通常時に介護サービスを提供する地域

利用者が指定居宅サービス基準第 119 条において準用する指定居宅サービス基準第 96 条第 3 項第 1 号に規定する送迎に要する費用（指定居宅サービス基準第 123 条において準用する指定介護予防サービス基準第 100 条第 3 項第 1 項に規定する送迎に要する費用を含む）の額の負担が生じない地域を記載すること。なお、記載内容については、指定居宅サービス基準第 117 条及び指定介護予防サービス基準第 120 条に規定する運営規程等との整合性を図ること。

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)

| | |
|--------------------------------|------------------|
| 理学療法士等体制強化加算(予防を除く) | [] 0. なし・ 1. あり |
| リハビリテーション提供体制加算(予防を除く) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 入浴介助の実施(予防を除く) | [] 0. なし・ 1. あり |
| リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)(予防を除く) | [] 0. なし・ 1. あり |
| リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(予防を除く) | [] 0. なし・ 1. あり |
| リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)(予防を除く) | [] 0. なし・ 1. あり |
| リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)(予防を除く) | [] 0. なし・ 1. あり |
| リハビリテーションマネジメント加算(予防のみ) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算(予防を除く) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)(予防を除く) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)(予防を除く) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 若年性認知症利用者の受入 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算(予防を除く) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 社会参加支援加算(予防を除く) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 運動器機能向上サービスの実施(予防のみ) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 栄養改善サービスの実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 栄養スクリーニング加算 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 口腔機能向上サービスの実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 重度療養管理加算(予防を除く) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 中重度者ケア体制加算(予防を除く) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)(予防のみ) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)(予防のみ) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 事業所評価加算(予防のみ) | [] 0. なし・ 1. あり |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ | [] 0. なし・ 1. あり |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ | [] 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 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 利用者の送迎の実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 送迎時における居宅内介助等の実施 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 利用定員 | 人 |

■介護サービスの内容等

●「介護報酬の加算状況」

記入年月日の前月から前1年間において、以下の事項の指定居宅サービス報酬基準（指定介護予防サービス報酬基準を含む）に規定する加算を受けた場合には「あり」に記すこと。

●利用者の送迎の実施

指定通所リハビリテーション（指定介護予防通所リハビリテーションを含む）の実施前又は実施後において、当該事業所から利用者の送迎を実施している場合には「あり」に記すこと。

●「送迎時における居宅内介助等の実施」

指定通所リハビリテーション（指定介護予防リハビリテーションを含む）の実施前又は実施後において、当該事業所から利用者の送迎時に居宅内介助（電気の消灯・点灯、着替え、ベッドへの移乗、窓の施錠等）を実施している場合には「あり」に記すこと。

●「利用定員」

当該事業所の利用定員を記載すること。なお、記載内容については、指定居宅サービス基準第117条及び指定介護予防サービス基準第120条に規定する運営規程の内容等との整合性を図ること。

★通所リハビリテーションの利用定員は、同時に通所リハビリテーション（予防を含む）の提供受けることのできる利用者数の上限を記入してください。

| 介護サービスの利用者への提供実績(記入日前月の状況) | | | | | | | | |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|----|
| 利用者の人数 | 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 |
| (前年同月の提供実績) | 人 | 人 | 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。

| 介護サービスの利用者(要支援者)への提供実績(記入日前月の状況) | |
|----------------------------------|---|
| 介護予防通所リハビリテーション費の算定件数 | 件 |
| リハビリテーションマネジメント加算 | 件 |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 件 |
| 運動器機能向上加算の算定件数 | 件 |
| 栄養改善加算の算定件数 | 件 |
| 口腔機能向上加算の算定件数 | 件 |
| 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ) | 件 |
| 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ) | 件 |
| 事業所評価加算の算定件数 | 件 |

■介護サービスの利用者への提供実績

●「利用者の人数」

記入年月日の前月における介護報酬を請求した介護サービスの利用者数及びその前年同月における介護報酬を請求した介護サービスの利用者数について、要支援（要支援1及び2）及び要介護（要介護1、2、3、4及び5）に該当する人数及びその合計をそれぞれ記載すること。

★【記入年月日の前月およびその前年同月の実績を報告】

- ・介護報酬を請求した利用者数を、介護度別に実人数で記入してください。延べ人数ではありません。
- ・該当者がいない場合は必ず「0」を記入してください。
- ・新規事業所の方が開設月に報告をする場合は、開設月の状況をご報告ください。

※介護サービスの提供実績の項目は、介護報酬を請求する際に算出しているものですので、不明な点は事業所内請求事務担当にご確認ください。

■介護サービスの利用者（要支援者）への提供実績

記入年月日の前月において介護報酬を請求した介護サービスに係る以下の事項について記載すること。

★・【記入年月日の前月の実績を報告】該当がない場合は必ず「0」を記入してください。新規事業所の方が開設月に報告をする場合は、開設月の状況をご報告ください。

●「介護予防通所リハビリテーション費の算定件数」

指定介護予防サービス報酬基準別表「指定介護予防サービス介護給付費単位数表」5 介護予防通所リハビリテーション費」イに規定する「介護予防通所介護費」の算定件数

●「リハビリテーションマネジメント加算」

指定介護予防サービス報酬基準別表「指定介護予防サービス介護給付費単位数表」5 介護予防通所リハビリテーション費」イに規定する「リハビリテーションマネジメント加算」の算定件数

●「生活行為向上リハビリテーション実施加算」

指定介護予防サービス報酬基準別表「指定介護予防サービス介護給付費単位数表」5 介護予防通所リハビリテーション費」イに規定する「生活行為向上リハビリテーション実施加算」の算定件数

●「運動器機能向上加算の算定件数」

指定介護予防サービス報酬基準別表「指定介護予防サービス介護給付費単位数表」5 介護予防通所リハビリテーション費」ロに規定する「運動器機能向上加算」の算定件数

●「栄養改善加算の算定件数」

指定介護予防サービス報酬基準別表「指定介護予防サービス介護給付費単位数表」5 介護予防通所リハビリテーション費」ハに規定する「栄養改善加算」の算定件数

●「口腔機能向上加算の算定件数」

指定介護予防サービス報酬基準別表「指定介護予防サービス介護給付費単位数表」5 介護予防通所リハビリテーション費」ニに規定する「口腔機能向上加算」の算定件数

●「選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）」

指定介護予防サービス報酬基準別表「指定介護予防サービス介護給付費単位数表」5 介護予防通所リハビリテーション費」ホに規定する「選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）」の算定件数

●「選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）」

指定介護予防サービス報酬基準別表「指定介護予防サービス介護給付費単位数表」5 介護予防通所リハビリテーション費」ホに規定する「選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）」の算定件数

●「事業所評価加算の算定件数」

指定介護予防サービス報酬基準別表「指定介護予防サービス介護給付費単位数表」5 介護予防通所リハビリテーション費」ヘに規定する「事業所評価加算」の算定件数

| 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 | 地上階 | | 階 | 地下階 | 階 |
| 当該事業所の設置階 | | 階 | 階 | 階 | 階 |
| 送迎車輛の有無 | [] | 0. なし・ 1. あり | (その台数) | | 台 |
| リフト車輛の設置状況 | [] | 0. なし・ 1. あり | (その台数) | | 台 |
| 他の車輛の形態 | [] | 0. なし・ 1. あり | (その内容) | | |
| 食堂の面積 | | m ² | 機能訓練室の面積 | | m ² |
| 食堂及び機能訓練室の利用者1人当たりの面積 | | | | | m ² |
| 静養室の面積 | | m ² | 相談室の面積 | | m ² |
| 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 |
| 浴室の設備の状況 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 消火設備等の状況 | | | | | [] 0. なし・ 1. あり |
| (その内容) | | | | | |
| 福祉用具の設置状況 | | | | | |
| 車いす | [] | 0. なし・ 1. あり | | | |
| 歩行補助つえ | [] | 0. なし・ 1. あり | | | |
| 歩行器 | [] | 0. なし・ 1. あり | | | |
| その他 | [] | 0. なし・ 1. あり | | | |
| (その名称) | | | | | |

■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」

- a 「地上階」 当該事業所を置いている建物の地上の階数を記載すること。
- b 「地下階」 当該事業所を置いている建物の地下の階数を記載すること。
- c 「当該事業所の設置階」 当該事業所を置いている階数をそれぞれ記載すること。

★地下階がない場合は「0」を記入してください。

●「送迎車輛の有無」

当該事業所が利用者の送迎のための車輛を有している場合には、「あり」に記すとともに、車輛の保有台数を記載すること。「リフト車輛の設置状況」欄には、送迎車輛のうち、当該事業所が利用者の送迎のための車いすに対応可能なリフト車輛（以下「リフト車輛」という）を有している場合には、「あり」に記すとともに、リフト車輛の保有台数を記載すること。「他の車輛の形態」欄には、リフト車輛以外で特記すべき車輛を有している場合には、「あり」に記すとともに、特記すべき主な車輛の形態、特徴等を記載すること。

●「食堂の面積」

食堂の面積を平方メートルを用いて記載すること。

●「機能訓練室の面積」

機能訓練室の面積を平方メートルを用いて記載すること。

●「食堂及び機能訓練室の利用者 1 人当たりの面積」

食堂及び機能訓練室の面積を利用定員数で除した数を、平方メートルを用いて記載すること。

★「食堂の面積」「機能訓練室の面積」の注意点

- ・食堂と兼用で区分不可の場合は『食堂の面積』と『機能訓練室の面積』に同じ面積を記入してください。小数点第 3 位以下を切り捨て、第 2 位まで記入してください。
- ・「食堂及び機能訓練室の利用者 1 人当たりの面積」の注意点
- ・食堂と機能訓練室の総面積（兼用の場合はいずれかの面積）を『利用定員※』で割り算出してください。計算結果は小数点第 3 位を切り捨て、小数点第 2 位まで記入してください。
- ・通所リハビリテーションの利用定員は、同時に通所リハビリテーション（予防を含む）の提供を受けることができる利用者数の上限です。

●「静養室の面積」

静養室の面積を平方メートルを用いて記載すること。

★小数点第 3 位を切り捨て、小数点第 2 位まで記入してください。

●「相談室の面積」

相談室の面積を平方メートルを用いて記載すること。

★小数点第 3 位を切り捨て、小数点第 2 位まで記入してください。

●「便所の設置数」

男子便所、女子便所及び男女共用便所の数を記載するとともに、そのうち車いす等の対応が可能な便所の数をそれぞれ記載すること。

●「浴室の設備の状況」

浴室の総数を記載するとともに、個浴、大浴槽、特殊浴槽及びリフト浴に該当する数をそれぞれ記載すること。さらに、「その他の浴室の設備の状況」欄には、浴室に関する留意事項等について記載すること。

★・『浴室の総数』には浴室の室数を記入してください。

- ・『個浴』『大浴槽』『特殊浴槽』『リフト浴』については設備の個数を記入してください。
- ・該当がない場合は、必ず「0」を記入してください。

●「消火設備等の状況」

消火設備等の設備を有している場合には、それぞれ「あり」に記すこと。なお、記載内容については、指定居宅サービス基準第 112 条第 2 項及び指定介護予防サービス基準第 118 条に規定する設備の基準等との整合性を図ること。

●「福祉用具の設置状況」

利用者が利用することが可能な車いす、歩行補助つえ、歩行器の設備を有している場合にはそれぞれ「あり」に記すこと。さらに、「その他」欄には、車いす、歩行補助つえ、歩行器以外の利用者が自立して行うことを補助する福祉用具を有している場合には、「あり」に記すとともに、その名称を記載すること。

| 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) | [] 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 | [] 0. なし・ 1. あり | | |
| 実施した直近の年月日 | | | |
| 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 | | |
| (その開示している結果の内容【ホームページアドレス】) | | | |

■利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況

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等からの苦情に対応する窓口の名称及び電話番号を記載すること。また、「対応している時間」欄には、当該事業所の苦情の受付対応が可能な通常の時間帯を、平日、土曜、日曜及び祝日の別に記載すること。

また、「定休日」欄には、当該苦情の受付窓口の定休日を記載すること。さらに、「留意事項」欄には、必要に応じて通常以外の時間帯等を記載すること。なお、当該欄に記載する窓口等は、1つとする。

★・苦情対応窓口の名称及び担当者名は、運営規定との整合性にご注意ください。

- ・市区町村や国保連窓口等の公的窓口以外で記入してください。
- ・電話番号は、半角数字と「- (半角ハイフン)」で記入してください。
- ・『対応している時間』は24時間制で記入し、24時間対応の場合、時間帯は「0時00分～23時59分」とご記入ください。
- ・『留意事項』には通常の対応時間以外の対応状況や、特別休業期間等があれば、記入してください。対応窓口を複数設置している場合、オンブズマン、第三者委員制度を導入している場合等についても、当欄に記入してください。

■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

利用者に対する介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合における損害賠償を行うために、当該事業所が加入している損害賠償保険がある場合には「あり」に記すこと。

■介護サービスの提供内容に関する特色等

当該事業所の特色等について、その内容を概ね 400 字以内で記載すること。なお、記載内容については、医療法第 6 条の 5 (介護老人保健施設にあっては介護保険法第 98 条)に規定する広告制限を踏まえること。

★〈記載例〉・職員の質に関してアピールしたい → 経験豊富、〇〇資格を持った～ など

■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」

利用者アンケート調査、意見箱の設置等により利用者の意見等を把握する取組を実施している場合には、「あり」に記すこと。また、その結果を外部に開示している場合には、「当該結果の開示状況」欄の「あり」に記すこと。なお、当該取組は、記入年月日の前 1 年間に於いて実施したものについて記載すること。

★【記入年月日より前 1 年間に於ける実績を報告】

・「あり」を選択した場合は、その結果の開示状況の有無についても選択してください。

●「第三者による評価の実施状況」

第三者による介護サービス等の質の評価を実施している場合には、「あり」に記すとともに、実施した取組の 1 つについて、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称を記載すること。さらに、その結果を外部に開示している場合には、「当該結果の開示状況」欄の「あり」に記すこと。

また、ホームページ上でその結果を開示している場合は、その掲載アドレスを記載すること。

★【第三者評価に該当するもの】

・福祉サービス第三者評価 ・地域密着型サービス外部評価 ・介護サービス評価 など

【第三者評価に該当しないもの】

・介護サービス情報の公表制度 ・指定管理者第三者評価 ・ISO など

★・『(その開示している結果の内容 [ホームページアドレス])』欄の記載について評価結果をホームページ上で開示している場合は、評価結果に直接リンクできるホームページアドレス (<http://.....>) を記入してください。

・「事業所内掲示」、「閲覧可能なファイルの設置」等は記載しないでください。

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に関する事項

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

| | |
|---|---------------------|
| 介護給付以外のサービスに要する費用 | |
| 利用者の選定により、通常の事業の実施地域以外の地域の利用者に対して行う送迎の費用の額及びその算定方法 | |
| 利用者の選定により、通常要する時間を超えるサービスを提供する場合の費用の額及びその算定方法 | |
| 食事の提供に要する費用の額及びその算定方法 | |
| おむつ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 | |
| 利用者の都合により介護サービスを提供できなかった場合に係る費用(キャンセル料)の徴収状況 | [] 0. なし・ 1. あり |
| (その額、算定方法等) | |

■介護給付以外のサービスに要する費用

- 「利用者の選定により、通常の事業の実施地域以外の地域の利用者に対して行う送迎の費用の額及びその算定方法」

指定居宅サービス基準第 119 条において準用する指定居宅サービス基準第 96 条第 3 項第 1 号(指定介護予防サービス基準第 123 条において準用する指定介護予防サービス基準第 100 条第 3 項第 1 号を含む)に規定する費用の額及びその算定方法を記載すること。なお、当該費用の徴収等を行っていない場合には、その旨を記載すること。

- ★ 〈記載例〉「通常の事業の実施地域以外でのサービスを実施していない。」

「通常の事業の実施地域を越えた時点から片道 1km ごとに～円」など

- 「利用者の選定により、通常要する時間を超えるサービスを提供する場合の費用の額及びその算定方法」
指定居宅サービス基準第119条において準用する指定居宅サービス基準第96条第3項第2号に規定する費用の額及びその算定方法を記載すること。なお、当該費用の徴収等を行っていない場合には、その旨を記載すること。

★・運営規程や重要事項説明書等と整合性を図ってください。

〈記載例〉「通常的时间を超えるサービスは、提供していない」「1時間～円」など

- 「食事の提供に要する費用の額及びその算定方法」

指定居宅サービス基準第119条において準用する指定居宅サービス基準第96条第3項第3号（指定介護予防サービス基準第123条において準用する指定介護予防サービス基準第100条第3項第2号を含む）に規定する費用の額及びその算定方法を記載すること。なお、当該費用の徴収等を行っていない場合には、その旨を記載すること。

★運営規程や重要事項説明書等と整合性を図ってください。

〈記載例〉「昼食代～円 おやつ代～円。（税込）」など

- 「おむつ代及びその算定方法」

指定居宅サービス基準第119条において準用する指定居宅サービス基準第96条第3項第4号（指定介護予防サービス基準第123条において準用する指定介護予防サービス基準第100条第3項第3号を含む）に規定する費用の額及びその算定方法を記載すること。なお、当該費用の徴収等を行っていない場合には、その旨を記載すること。

★運営規程や重要事項説明書等と整合性を図ってください。

〈記載例〉「おむつ1枚～円。パット1枚～円」など

- 「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」

指定居宅サービス基準第119条において準用する指定居宅サービス基準第96条第3項第5号（指定介護予防サービス基準第123条において準用する指定介護予防サービス基準第100条第3項第4号を含む）に規定する費用の額及びその算定方法を記載すること。なお、当該費用の徴収等を行っていない場合には、その旨を記載すること。

★日常生活に必要なものに関する対応をしていない場合、または対応していてもその費用を徴収していない場合はその旨、記入してください。

■利用者の都合により介護サービスを提供できなかった場合に係る費用（キャンセル料）の徴収状況

利用者の都合により介護サービスを提供できなかった場合に係る費用の徴収を実施している場合には、「あり」に記すとともに、その額、算定方法等を記載すること。

★〈記載例〉「サービスを利用する前日の～時までに連絡がなかった場合、食事代の分として～円頂きます。ただし体調の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は頂きません。」など