

「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

2022 年度版

小規模多機能型居宅介護  
（予防を含む）

Ver.01

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、今年度における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。

2021年1月～2021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。

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 .....	9
4. 介護サービス（予防を含む）の内容に関する事項.....	14
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 .....	24

## 基本情報項目 小規模多機能型居宅介護（予防を含む）

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。

### 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)

### 基本情報調査票：小規模多機能型居宅介護（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			

## ■記入年月日

記入年月日を記載すること。（例： 20××年○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。

（職名記載例） 運営法人代表・施設長・介護事業部部長・管理者・事務長・管理部課長・一般職員 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」と記入してください。

#### 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。

- ★ 県や市町村から指定管理者として指定を受けているサービスは法人名の後にカッコ書きで（自治体名＋指定管理者）と記載してください。

記載例：社会福祉法人〇〇（〇〇市指定管理者）

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って、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」<https://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	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		

## ■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。なお、「介護予防支援」の欄は、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」を実施する居宅介護支援事業所を除いた内容を記載すること。

### ★＜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)		
サテライト事業所	[ ]	0. なし・ 1. あり	(そのか所数) か所
事業所の所在地			
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			
高齢者の方と障害者の方が同時一体的に利用できるサービス		[ ]	0. なし・ 1. あり
介護保険サービスの指定状況		[ ]	0. 通常の指定
障害福祉サービスの指定状況		[ ]	0. なし・1. 通常の指定・2. 共生型・3. 基準該当



## ■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。

### ●サテライト事業所

指定地域密着型サービス基準第 63 条第 7 項に規定するサテライト型指定小規模多機能型居宅介護事業所（指定地域密着型介護予防サービス基準第 44 条第 7 項に規定するサテライト型指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を含む。）を設置している場合には、「あり」に記すとともに、その箇所数を記載すること。また、当該サテライト事業所の所在地を記載すること。

★・『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 番号は半角数字と「-（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必ず <http://> から記入してください。

## ■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

- 「氏名」 当該事業所の指定地域密着型サービス基準第 64 条に規定する管理者（指定地域密着型介護予防サービス基準第 45 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。
- 「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（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」

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。

★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42条の2第1項に規定する指定地域密着型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54条の2第1項に規定する指定地域密着型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78条の12において準用する法第70条の2第1項に規定する指定地域密着型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21において準用する法第70条の2第1項に規定する指定地域密着型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。

★当報告においては、以下の場合は記入不要です。

【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所

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 ●●駅下車 ▲▲行きバス ■■バス停 徒歩 1 分

## ■高齢者の方と障害者の方が同時一体的に利用できるサービス

### ●「介護保険サービスの指定状況」

当該事業所が、介護保険の共生型の指定を受け、高齢者の方と障害者の方が同時一体的に利用できるサービスを実施している場合、「0. 通常の指定」に記すこと。

### ●「障害福祉サービスの指定状況」

当該事業所が、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス事業等の人員、設備及び運営に関する基準」第 94 条、第 125 条の 5、第 163 条、第 172 条に定める基準該当生活介護事業者、基準該当短期入所事業者、基準該当自立訓練（機能訓練）事業者、基準該当自立訓練（生活訓練）事業者や、「児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準」第 54 条の 6、第 71 条の 3 に定める基準該当児童発達支援事業者、基準該当放課後等デイサービス事業者として、基準該当生活介護、基準該当短期入所、基準該当自立訓練（機能訓練）、基準該当自立訓練（生活訓練）、基準該当児童発達支援、基準該当放課後等デイサービスを提供する場合、「3. 基準該当」に記すこと。

当該事業所が、障害者総合支援法第 41 条の 2 に定める共生型障害福祉サービス事業者の特例や児童福祉法第 21 条の 5 の 17 に定める共生型障害児通所支援事業者の特例を活用して、生活介護事業所、短期入所事業所、自立訓練（機能訓練）事業所、自立訓練（生活訓練）事業所、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所としての指定を受けた場合、「2. 共生型」に記すこと。2 及び 3 には該当せず、障害者総合支援法第 36 条、児童福祉法第 21 条の 5 の 15 により生活介護事業所、短期入所事業所、自立訓練（機能訓練）事業所、自立訓練（生活訓練）事業所、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所としての指定を受けた場合、「1. 通常の指定」に記すこと。1 から 3 のいずれにも該当しない場合、「0. なし」に記すこと。

★高齢者の方と障害者の方が同時一体的に利用できるサービスを「なし」と選択した場合以下の様に記入してください。

【介護保険の指定状況→「通常の指定」を選択】

【障害福祉サービスの指定状況→「なし」を選択】

★高齢者の方と障害者の方が同時一体的に利用できるサービスを「あり」と選択した場合は実際の指定状況にあわせて記入してください

### 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		
管理者	人	人	—	—	0人	人
介護支援専門員	人	人	人	人	0人	人
介護職員	人	人	人	人	0人	人
看護職員	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。						
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			
	専従	兼務	専従	兼務		
介護福祉士	人	人	人	人		
実務者研修	人	人	人	人		
介護職員初任者研修	人	人	人	人		
介護支援専門員	人	人	人	人		
夜勤・宿直を行う従業者の人数	夜勤	人 (うち併設施設等との兼務)		人		
	宿直	人 (うち併設施設等との兼務)		人		
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 (資格等の名称)					[ ] 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						
区分	介護支援専門員		その他の従業者			
	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		
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		
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。						
従業者の健康診断の実施状況					[ ] 0. なし・ 1. あり	

#### ■職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間等

##### ●「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兼務に該当する者及びそ

の合計の人数をそれぞれ記載すること。また、常勤換算人数をそれぞれ記載すること。

※合計の人数は調査票の入力内容を基に自動計算される。

①管理者（常勤のみ） ②介護支援専門員 ③介護職員 ④看護職員 ⑤その他の従業者  
常勤換算人数の計算式

当該事業所の従業者の勤務延時間数 ÷ 当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数

★<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。

★<常勤換算人数について>

- ・行政に提出する常勤換算方法で記入してください。
- ・勤務形態一覧表は指定を受けた市町村発表の運営状況点検書記載のものなどをご参照ください。
- ・該当者がいない場合は、必ず「0」を記入してください。
- ・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。
- ・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・兼務』として、該当する職種に、人数を計上してください。

★<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であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられる場合は、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・兼務について>

- ・「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。
- ・「兼務」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。
- ・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業者は、勤務実態に係わらず、複数サービスを「兼務」している者として扱いますので、全て「兼務」となります。

★相模原市における<専従・兼務>の考え方は以下の様になります。

- ・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業者は、勤務実態に係わらず、複数サービスを「兼務」している者でも、全て「専従」となります。
- ・共生型サービスとの兼務は、「兼務」となります。

●「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。

●「従業者である介護職員が有している資格」

以下の資格を有する介護職員について、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兼務

に該当する者の人数をそれぞれ記載すること。

①介護福祉士 ②実務者研修 ③介護職員初任者研修 ④介護支援専門員

※複数の資格を取得している場合は、重複計上することとし、旧介護職員基礎研修、訪問介護員1級は②、訪問介護員2級保有者は③として計上すること。

★ 家庭奉仕員講習会修了者・家庭奉仕員採用時研修修了者など  
旧課程1級相当の資格・研修課程修了者は②としてください。

★ 該当者がいない項目については「0」を記入してください。

#### ●「夜勤・宿直を行う従業者の人数」

夜勤・宿直を行う当該事業所における従業者の夜勤・宿直時間帯の平均の人数を記載すること。あわせて、併施設等と兼務して夜勤・宿直をしている従業者がいる場合、その人数を再掲すること。なお、記載内容については、当該事業所の夜勤・宿直を行う一般的な人員体制を踏まえること。

★ この場合、単に宿直として夜間勤務に従事する者（看護・介護対応しない者）は除いてください。

#### ●「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。

### ■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年間の介護支援専門員、その他の従業者（介護支援専門員以外の従事者）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。なお、同一法人内での異動による人数の増加は、新規採用者に含めずに記載すること。

#### ●「退職者数」

当該事業所における前年度1年間の介護支援専門員、その他の従業者（介護支援専門員以外の従事者）の退職者数を、常勤及び非常勤の勤務形態別に記載すること。なお、同一法人内での異動による人数の減少は、退職者数に含めずに記載すること。

★ 2021年4月1日～2022年3月31日の状況で、同法人内での異動は、新規採用者・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。

#### ●「当該職種として業務に従事した経験年数」

介護支援専門員、その他の従業者（介護支援専門員以外の従事者）の当該職種としての経験年数について、1年未満、1年～3年未満、3年～5年未満、5年～10年未満及び10年以上経験を有する者に該当する人数を記載すること。

★ ・記入年月日の前月末日の状況を報告

・経験年数には、他の小規模多機能型居宅介護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まれます。「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				
(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	

## ■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、資質を向上させるために実施した研修を具体的に、記入してください。

★ 研修の実施方法についてはWEBや書面等も含みます。

〈記載例〉・4/10 「中堅職員対象、「傾聴力、伝達力、観察力の向上」、3時間

・6/20 相談支援業務の概要について、全職員対象、3時間 等

●「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（介護プロフェッショナルキャリア段位制度）の実施状況」

前年度1年間に、介護プロフェッショナルキャリア段位制度の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. 介護サービスの内容に関する事項」の「第三者による評価の実施状況等」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。

●「認知症に関する取組の実施状況」

a. 「認知症介護指導者養成研修修了者の人数」

事業所の従業者で、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。

b. 「認知症介護実践リーダー研修修了者の人数」

事業所の従業者で、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。

c. 「認知症介護実践者研修修了者の人数」

事業所の従業者で、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。

d. 「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」

事業所の従業者で、a～c 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（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	
介護予防および介護度進行予防に関する方針	
※介護予防サービスを実施していない場合は「介護予防および介護度進行予防に関する方針」には「-」を入力してください。	
営業時間等	
営業時間	通いサービス 時 分 ～ 時 分
	宿泊サービス 時 分 ～ 時 分
	訪問サービス 24時間
時間外対応の実績 (記入日前月の前1年間の状況)	
通常の事業の実施地域	
利用者の送迎の実施	[ ] 0. なし・ 1. あり

#### ■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、指定地域密着型サービス基準第 81 条に規定する運営規程及び指定地域密着型介護予防サービス基準第 57 条に規定する運営規程の内容等との整合性を図ること。

#### ■介護予防および介護度進行予防に関する方針

事業所の運営に関する方針のうち、特に介護予防や介護度進行予防に関する方針について記載することが望ましいが、両方に記載することが困難な場合は、どちらか片方のみの記載でも構わない。

#### ■営業時間等

##### ●「営業時間」

当該事業所の運営基準で定めた営業時間帯を、通いサービス、宿泊サービスの別に記載すること。

##### ●「時間外対応の実績（記入年月日の前月から1年間）」

当該事業所の訪問サービスの24時間対応を除く営業時間外の対応実績（記入年月日の前月から1年間）について、サービス別に記載すること。

★時間外対応の実績がない場合は、「実績なし」と記入してください。

##### ●「通常の事業の実施地域」

当該事業所の運営規程で定めた通常の事業の実施地域について、記載すること。

#### ■利用者の送迎の実施

指定小規模多機能型居宅介護サービス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。

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)		
特別地域小規模多機能型居宅介護加算	[ ]	0. なし・ 1. あり
中山間地域等における小規模事業所加算	[ ]	0. なし・ 1. あり
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	[ ]	0. なし・ 1. あり
認知症加算(Ⅰ)(予防を除く)	[ ]	0. なし・ 1. あり
認知症加算(Ⅱ)(予防を除く)	[ ]	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
若年性認知症利用者受入加算	[ ]	0. なし・ 1. あり
看護職員配置加算(Ⅰ)(予防を除く)	[ ]	0. なし・ 1. あり
看護職員配置加算(Ⅱ)(予防を除く)	[ ]	0. なし・ 1. あり
看護職員配置加算(Ⅲ)(予防を除く)	[ ]	0. なし・ 1. あり
看取り連携体制加算(予防を除く)	[ ]	0. なし・ 1. あり
訪問体制強化加算(予防を除く)	[ ]	0. なし・ 1. あり
総合マネジメント体制強化加算	[ ]	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
口腔・栄養スクリーニング加算	[ ]	0. なし・ 1. あり
科学的介護推進体制加算	[ ]	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
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	[ ]	0. なし・ 1. あり
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	[ ]	0. なし・ 1. あり
短期利用居宅介護の提供	[ ]	0. なし・ 1. あり

## ■介護サービスの内容等

### ●「介護報酬の加算の状況」

記入年月日の前月から前1年間において、以下の事項の指定地域密着型サービス報酬基準（指定地域密着型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。

### ★【記入年月日の前月から前1年間の加算状況を報告】

- ・介護サービスの内容（加算）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。
- ・加算の詳細は「運営の手引き」をご覧ください。

### ●「短期利用居宅介護費」

宿泊室に空床がある場合には、登録定員に空きがある場合であって、緊急やむを得ない場合など一定の状況下において、登録者以外の短期利用が可能である規定において、実施している場合には「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			
サービス利用に当たっての留意事項			
体験利用の内容			
協力医療機関の名称			
(協力の内容)			
協力歯科医療機関			[ ] 0.なし・1.あり
(協力の名称)			
(協力の内容)			
バックアップ施設の名称			
(協力の内容)			
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)			
地域・市町村との連携状況			

●「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 字で記載すること。なお、記載内容については、指定地域密着型サービス基準第 88 条において準用する同基準第 3 条の 34 及び指定地域密着型介護予防サービス基準第 64 条において準用する同基準第 34 条に規定する虚偽又は誇大広告の禁止を踏まえること。

★〈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

- ・365 日、24 時間サービスを行っている → 365 日対応、24 時間対応、年中無休 等
- ・聴覚障がい者に対応したサービス提供 → 手話によるコミュニケーションが可能  
聴覚障がい者に対応

●「サービス利用に当たっての留意事項」

ターミナルケアへの対応可能範囲等、当該事業所のサービス利用に当たって留意事項がある場合、その内容を概ね 400 字以内で記載すること。

●「体験利用の内容」

当該事業所の利用を希望するものに対し、事前に体験利用を実施している場合、そのサービスの種類、受け入れ日・時間帯、利用条件、具体的な体験利用の内容等について、概ね 400 字以内で記載すること。

●「協力医療機関の名称」

指定地域密着型サービス基準第 83 条第 1 項に規定する協力医療機関（指定地域密着型介護予防サービス基準第 59 条第 1 項に規定する協力医療機関を含む。）の名称を記載するとともに、その協力の内容について記載すること。

●「協力歯科医療機関」

指定地域密着型サービス基準第 83 条第 2 項に規定する協力歯科医療機関（指定地域密着型介護予防サービス基準第 59 条第 2 項に規定する協力歯科医療機関を含む。）を定めている場合には、「あり」に記すとともに、その名称及びその協力の内容について記載すること。

●「バックアップ施設の名称」

指定地域密着型サービス基準第 83 条第 3 項に規定するバックアップ施設（指定地域密着型介護予防サービス基準第 59 条第 3 項に規定するバックアップ施設を含む。）の名称及びその協力の内容について記載すること。

★（平成十八年厚生労働省令第三十四号）参照

第八十三条 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、主治の医師との連携を基本としつつ、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかねばならない。

2 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

3 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との間の連携及び支援の体制を整えなければならない。

●「運営推進会議の開催状況」

指定地域密着型サービス基準第 88 条において準用する第 34 条第 1 項に規定する運営推進会議（指定地域密着型介護予防サービス基準第 64 条において準用する同基準第 39 条第 1 項に規定する運営推進会議を含む。）について、前年度 1 年間の開催実績、延べ参加者人数、協議内容等について記載すること。

★【前年度（2021 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日）の実績を報告】

●「地域・市町村との連携状況」

運営推進会議以外に当該事業所の運営を円滑にするために地域・市町村と行っている取り組みがある場合には、その体制、方法、具体的な連携内容について記載すること。

★【記入年月日の前月から前 1 年間の状況を報告】

小規模多機能型居宅介護の登録者の状況(記入日前月の状況)

登録定員							人	
通いサービス利用定員	人				宿泊サービス利用定員	人		
登録者の人数	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
65歳未満	人	人	人	人	人	人	人	0人
65歳以上75歳未満	人	人	人	人	人	人	人	0人
75歳以上85歳未満	人	人	人	人	人	人	人	0人
85歳以上	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。								
登録者の平均年齢							歳	
登録者の男女別人数			男性	人		女性	人	

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
通いサービス	人	人	人	人	人	人	人	0人
(前年同月の提供実績)	人	人	人	人	人	人	人	0人
宿泊サービス	人	人	人	人	人	人	人	0人
(前年同月の提供実績)	人	人	人	人	人	人	人	0人
訪問サービス	人	人	人	人	人	人	人	0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。

## ■小規模多機能型居宅介護の登録者の状況

記入年月日の前月における以下の事項について記載すること。

### ●「登録定員」

指定地域密着型サービス基準第 66 条に規定する登録定員及び通いサービス、宿泊サービスの利用定員を記載すること。

### ●「登録者の人数」

小規模多機能型居宅介護（介護予防小規模多機能型居宅介護を含む）の登録者について、年齢（65 歳未満、65 歳以上 75 歳未満、75 歳以上 85 歳未満及び 85 歳以上）別に記入年月日の前月に要支援（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。

★ 該当がない場合は、必ず「0」を記入してください。

### ●「登録者の平均年齢」

登録者の平均年齢（小数点第 1 位まで）を記載すること。

### ●「登録者の男女別人数」

登録者の男女別の人数を記載すること。

## ■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介護報酬を請求した介護サービスの利用者数について、通いサービス、宿泊サービス、訪問サービスの別に、要支援（要支援 1、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。

※合計の人数は調査票の入力内容を基に自動計算される。

介護サービスを提供する事業所、設備等の状況										
建物形態					[ ] 0. 単独型・ 1. 併設型					
建物構造		造り			階建ての			階部分		
広さ等	敷地面積		延床面積		居間及び食堂の面積					
	m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>					
	宿泊室について									
	個室		室							
	1室当たりの居室面積		m <sup>2</sup>							
上記以外の宿泊室		室								
便所の設置数		か所			(うち手すりの設置がある数)			か所		
					(うち車いす等の対応が可能な数)			か所		
バリアフリーの対応状況										
(その内容)										
消火設備等の状況					[ ] 0. なし・ 1. あり					
(その内容)										
事業所の敷地に関する事項										
敷地の面積					m <sup>2</sup>					
事業所を運営する法人が所有					[ ] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. あり					
抵当権の設定					[ ] 0. なし・ 1. あり					
貸借(借地)					[ ] 0. なし・ 1. あり					
契約期間		始		終						
契約の自動更新					[ ] 0. なし・ 1. あり					
事業所の建物に関する事項										
建物の延床面積(併設している施設等を含む)					m <sup>2</sup>					
事業所を運営する法人が所有					[ ] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. あり					
抵当権の設定					[ ] 0. なし・ 1. あり					
貸借(借家)					[ ] 0. なし・ 1. あり					
契約期間		始		終						
契約の自動更新					[ ] 0. なし・ 1. あり					
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					
利用者等の意見を把握する体制、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					
地域密着型サービスの外部評価の実施状況					[ ] 0. なし・ 1. あり					
実施した直近の年月日 (評価結果確定日)										
結果の内容又は開示方法										



## ■介護サービスを提供する事業所、設備等の状況

### ●「建物形態」

当該事業所の建物形態について、事業所単体の場合には「単独型」、施設に併設されている場合には「併設型」を記すこと。

### ●「建物構造」

当該事業所の所在する建物の構造を記載すること。

### ●「広さ等」

当該事業所の敷地・延床・居間及び食堂の面積を記載すること。また、宿泊サービスに利用する宿泊室について個室とそれ以外宿泊室についてそれぞれ室数を記載するとともに、個室については、1室あたりの平均面積を記載すること。

### ●「便所の設置数」

当該事業所に設置された便所の数を記載するとともに、うち手すりの設置、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。

★ 『便所の設置数』とは、便器の数ではなく、場所としてのか所数を記入し、それぞれについて、手すりの設置、車いす等対応可能となっているか所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。

### ●「バリアフリーの対応状況」

バリアフリーの対応の状況について、その内容を記載すること。

### ●「消火設備等の状況」

消火設備等を有している場合には、「あり」に記すとともに、その内容を記載すること。

### ●「事業所の敷地に関する事項」

#### a 「敷地の面積」

当該事業所の面積を平方メートルを用いて記載すること。

#### b 「事業所を運営する法人が所有」

当該敷地を当該事業所を運営する法人が所有している場合には、「あり」に記すこと。また、当該敷地の一部を有している場合には、「一部あり」に記すこと。また、「抵当権の設定」欄には、当該敷地に抵当権を設定している場合には、「あり」に記すこと。

#### c 「貸借（借地）」

当該敷地が借地の場合には、「あり」に記すとともに、契約期間の開始及び終了の年月日を記載すること。さらに、「契約の自動更新」欄には、当該契約に自動更新の条項が入っている場合には、「あり」に記すこと。

### ●「事業所の建物に関する事項」

a 「建物の延床面積」 当該事業所の延床面積を平方メートルを用いて記載すること。なお、併設型の場合は、併設している施設等も含め記載すること。

b 「事業所を運営する法人が所有」 当該建物を当該事業所を運営する法人が所有している場合には、「あり」に記すこと。また、当該建物の一部を有している場合には、「一部あり」に記すこと。また、「抵当権の設定」欄には、当該建物に抵当権を設定している場合には、「あり」に記すこと。

c 「貸借（借家）」 当該建物が借家の場合には、「あり」に記すとともに、契約期間の開始及び終了の年月日を記載すること。さらに、「契約の自動更新」欄には、当該契約に自動更新の条項が入っている場合には、「あり」に記すこと。

## ■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、運営規程との整合性にご注意ください。

- ・電話番号は「代」のような文字は入力せず半角数字と「-（半角ハイフン）」のみ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～24時00分」、留意事項は「24時間対応」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、当該欄に記載してください。

## ■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。

## ■利用者等の意見を把握する体制、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年間において実施したものについて記載すること。

### ●「地域密着型サービスの評価の実施状況」

「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第3条の37第1項に定める介護・医療連携推進会議、第34条第1項（第88条、第108条及び第182条第1項において準用する場合に限る。）に規定する運営推進会議を活用した評価の実施等について」において定められている外部評価を実施している場合には、「あり」に記すとともに、実施した直近の年月日（評価結果確定日）を記載すること。さらに、結果の内容又は開示方法について記載すること。

★ 調査票記入年月日を含めた過去4年度に実施した直近の評価年月日を記入してください。

- ★・小規模多機能型居宅介護サービスについて、地域密着型サービス外部評価の実施の有無を選択してください。
- ・「あり」を選択した場合は「実施した直近の年月日（訪問日）」「結果の内容又は開示方法」を記入してください。

## 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等に関する事項

利用料等(利用者の負担額)			
食費	[ ] 0. なし・ 1. あり	朝食	円
		昼食	円
		夕食	円
		おやつ	円
宿泊費	[ ] 0. なし・ 1. あり	(その額)	円
その他の費用			
①その他 ( )	[ ] 0. なし・ 1. あり	(その額)	円
(算定方法)			
②その他 ( )	[ ] 0. なし・ 1. あり	(その額)	円
(算定方法)			
③その他 ( )	[ ] 0. なし・ 1. あり	(その額)	円
(算定方法)			
④その他 ( )	[ ] 0. なし・ 1. あり	(その額)	円
(算定方法)			
⑤その他 ( )	[ ] 0. なし・ 1. あり	(その額)	円
(算定方法)			

### ■利用料等（利用者の負担額）

#### ●「食費」

指定地域密着型サービス基準第71条第3項第3号に規定する費用（指定地域密着型介護予防サービス基準第52条第3項第3号に規定する費用を含む）の額を記載すること。規定額がない場合は、直近1か月の平均金額を記載すること。なお、当該費用の徴収等を行っていない場合には、「なし」に記すこと。

#### ●「宿泊費」

指定地域密着型サービス基準第71条第3項第4号に規定する費用（指定地域密着型介護予防サービス基準第52条第3項第4号に規定する費用を含む）の額を記載すること。規定額がない場合は、直近1か月の平均金額を記載すること。なお、当該費用の徴収等を行っていない場合には、「なし」に記すこと。

#### ★【記入年月日の状況を報告】

・「なし」を選択した場合もそれぞれの項目に「0」を記入してください。

### ■その他の費用

指定地域密着型サービス基準第71条第3項第6号に規定するその他の費用（指定地域密着型介護予防サービス基準第52条第3項第6号に規定する費用を含む）を徴収している場合には、その費用名を記載し、「あり」に記すとともに、その額（規定額がない場合は、直近1か月の平均金額）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、「なし」に記すこと。

★・その他の費用を徴収している場合には、「あり」を選択し、内容、金額（規定額がない場合は、直近1か月の平均金額）、算定方法を記入してください。

・算定方法については簡潔に記入してください。なお、当該費用の徴収等を行っていない場合には、「なし」を選択してください。