

「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

居宅介護支援

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。

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に従事する従業者に関する事項.....	7
4. 介護サービスの内容に関する事項.....	13
5. 介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項.....	20

基本情報項目 居宅介護支援

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：居宅介護支援

(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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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法人に割り振られている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://> から記入してください。
- ・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。

法人等が実施する介護サービス(0と1の複数回答は有り)				
0. 同一法人・系列法人が運営する介護保険施設・事業所を併設している				
1. 同一法人・系列法人が運営している介護保険施設・事業所があるが、併設ではない				
2. 同一法人・系列法人が運営している介護保険施設・事業所はない				
	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に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
訪問入浴介護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			

■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。

★法人等が実施する介護サービス（0と1の複数回答は有り）

・「0に該当すれば○」

県内において同一法人等が運営する介護保険施設・事業所があり、当該居宅介護支援事業所に併設している場合は○とし、そのか所数を記入してください。

・「1に該当すれば○」

県内において同一法人等が運営する介護保険施設・事業所があり、当該居宅介護支援事業所に併設していない場合は○とし、そのか所数を記入してください。

・「2に該当すれば○」

県内において同一法人等が運営している介護保険施設・事業所がない場合は○としてください。

【注意】「居宅介護支援」の記入について、当該報告事業所は含めないでください。

例) 法人内事業所が当該報告の居宅介護支援の単一の場合、「居宅介護支援」の記入については、

「2. 同一法人・系列法人が運営している介護保険施設・事業所はない」となります。

→すべてのサービスに「2に該当すれば○」に○としてください。

★<主な事業所等の名称><所在地>

- ・事業所の所在地は、市名・郡名から記入してください。
- ・総合事業のサービスは個所数に含めません。

2. 介護サービスを提供し、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			
指定の更新年月日(直近)(未来の日付は入らない)			
生活保護法第54条の2に規定する介護機関(生活保護の介護扶助を行う機関)の指定			[] 0. なし・ 1. あり
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、県名から記入してください。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

a 「氏名」 当該事業所の指定居宅介護支援基準第3条に規定する管理者（以下、管理者）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。

★ 県または市町村へ届け出ている管理者の氏名および事業所内における役職名を入力してください。

■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。

★・指定年月日に関係なく、事業を開始した年月日を入力してください。（例：2000/04/01）

・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」

当該報告に係る法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業所の指定を受けた年月日を記載すること。

★ 今現在の介護保険事業所番号で指定を受けた年月日を記入してください。

●「指定の更新年月日（直近）」

当該報告に係る法第79条の2第1項に規定する指定居宅介護支援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。

✓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。

■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 ■■バス停から徒歩1分

3. 事業所において介護サービスに従事する従業者に関する事項

職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間、従業者1人当たりの利用者数等						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	兼務	専従	兼務		
介護支援専門員	人	人	人	人	0人	人
うち主任介護支援専門員	人	人	人	人	0人	人
事務員	人	人	人	人	0人	人
その他の従業者	人	人	人	人	0人	人
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。						
介護支援専門員の男女の人数			男性	人	女性	人
従業者である介護支援専門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		
医師	人	人	人	人		
歯科医師	人	人	人	人		
薬剤師	人	人	人	人		
保健師	人	人	人	人		
助産師	人	人	人	人		
看護師	人	人	人	人		
准看護師	人	人	人	人		
理学療法士	人	人	人	人		
作業療法士	人	人	人	人		
言語聴覚士	人	人	人	人		
社会福祉士	人	人	人	人		
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		
視能訓練士	人	人	人	人		
義肢装具士	人	人	人	人		
歯科衛生士	人	人	人	人		
あん摩マッサージ指圧師	人	人	人	人		
はり師	人	人	人	人		
きゅう師	人	人	人	人		
柔道整復師	人	人	人	人		
栄養士	人	人	人	人		
管理栄養士	人	人	人	人		
精神保健福祉士	人	人	人	人		
その他	人	人	人	人		
管理者の主任介護支援専門員資格の有無					[] 0. なし・ 1. あり	
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主任介護支援専門員・介護支援専門員以外の資格等					[] 0. なし・ 1. あり	
(資格等の名称)						

■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

【記入年月日前月末日の状況を報告】

●「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 介護支援専門員（指定居宅介護支援基準第2条第1項に規定する「介護支援専門員」をいう）
- ② うち主任介護支援専門員（再掲）
- ③ 事務員
- ④ 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。

※新規事業所については、開設月又は指定を受けた時の状況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。

★＜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。

★<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。
- ・訪問調査がある事業所につきましては、勤務形態一覧表（もしくは類似した書類）を確認させていただきます。
- ・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。
- ・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・兼務』として、該当する職種に、人数を計上してください。

●「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。

●「介護支援専門員の男女の人数」

介護支援専門員について、男女の別にその人数を記載すること。

●「従業者である介護支援専門員が有している資格」

以下の資格を有する介護支援専門員について、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記載すること。

- | | |
|---------|---------------|
| ① 医師 | ② 歯科医師 |
| ③ 薬剤師 | ④ 保健師 |
| ⑤ 助産師 | ⑥ 看護師 |
| ⑦ 准看護師 | ⑧ 理学療法士 |
| ⑨ 作業療法士 | ⑩ 言語聴覚士 |
| ⑪ 社会福祉士 | ⑫ 介護福祉士 |
| ⑬ 実務者研修 | ⑭ 介護職員初任者研修 |
| ⑮ 視能訓練士 | ⑯ 義肢装具士 |
| ⑰ 歯科衛生士 | ⑱ あん摩マッサージ指圧師 |
| ⑲ はり師 | ⑳ きゅう師 |
| ㉑ 柔道整復師 | ㉒ 栄養士 |
| ㉓ 管理栄養士 | ㉔ 精神保健福祉士 |
| ㉕ その他 | |

※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⑬、訪問介護員2級保有者は⑭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⑬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。

●「管理者の主任介護支専門員資格の有無」

管理者が主任介護支援専門員資格を有している場合には、「あり」に記すこと。

●「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		
区分	介護支援専門員	
	常勤	非常勤
前年度の採用者数	人	人
前年度の退職者数	人	人
当該職種として業務に従事した経験年数	常勤	非常勤
1年未満の者の人数	人	人
1年～3年未満の者の人数	人	人
3年～5年未満の者の人数	人	人
5年～10年未満の者の人数	人	人
10年以上の者の人数	人	人
※経験年数は当該職種として他の事業所で勤務した年数を含む。		
従業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)		
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日の状況を報告

- ・該当者がいない場合、今年度に新規指定を受けた事業所の場合は必ず「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。なお、経験年数には当該職種として他の事業所で勤務した年数を含めて記載すること。

★・記入年月日の前月末日の状況を報告

- ・複数職種を兼務している場合は、それぞれの職種で人数を記入してください。
- ・「職種別従業者の実人数」との整合性にご注意ください

■従業員の健康診断の実施状況

全ての従業員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、全ての従業員とは、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 年間の状況を報告してください。

■従業員の教育訓練のための制度、研修その他の従業員の資質向上に向けた取組の実施状況

●「事業所で実施している従業員の資質向上に向けた研修等の実施状況」

事業所において、従業員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） ・ 5/23、24 初任者対象、接遇研修「挨拶・言葉づかい他 基礎知識編」2 時間

●「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」

事業所の従業員で、認知症介護指導者養成研修を修了したものの人数を記載すること。

b. 「認知症介護実践リーダー研修修了者の人数」

事業所の従業員で、認知症介護実践リーダー研修を修了したものの人数を記載すること。

c. 「認知症介護実践者研修修了者の人数」

事業所の従業員で、認知症介護実践者研修を修了したものの人数を記載すること。

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」

事業所の従業員で、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. 介護サービスの内容に関する事項

4. 介護サービス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					
営業時間外の対応状況					
緊急時の電話連絡の対応状況					[] 0. なし・ 1. あり
(その連絡先: 電話番号)					
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、指定居宅介護支援基準第 18 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時間帯等を記載すること。「営業時間外の対応状況」欄には、利用者が緊急を要する際に当該事業所と電話で連絡を行うことが可能な場合には、「あり」に記すとともに、その電話番号を記載すること。なお、記載内容については、指定居宅介護支援基準第 18 条に規定する運営規程等と整合性を図ること。

★「運営規程」等の記載にある居宅介護支援事業所の営業時間帯（電話等の受付対応が可能な時間）を 24 時間制で入力してください。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。

■事業所が通常時に介護サービスを提供する地域

利用者が指定居宅介護支援基準第 10 条第 2 項に規定する交通費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、指定居宅介護支援基準第 18 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(記入日前月から直近1年間の状況)

介護報酬の加算状況	
特定事業所加算(Ⅰ)	[] 0.なし・1.あり
特定事業所加算(Ⅱ)	[] 0.なし・1.あり
特定事業所加算(Ⅲ)	[] 0.なし・1.あり
特定事業所加算(A)	[] 0.なし・1.あり
特定事業所医療介護連携加算	[] 0.なし・1.あり
入院時情報連携加算(Ⅰ)	[] 0.なし・1.あり
入院時情報連携加算(Ⅱ)	[] 0.なし・1.あり
退院・退所加算(Ⅰ)イ	[] 0.なし・1.あり
退院・退所加算(Ⅰ)ロ	[] 0.なし・1.あり
退院・退所加算(Ⅱ)イ	[] 0.なし・1.あり
退院・退所加算(Ⅱ)ロ	[] 0.なし・1.あり
退院・退所加算(Ⅲ)	[] 0.なし・1.あり
通院時情報連携加算	[] 0.なし・1.あり
緊急時等居宅カンファレンス加算	[] 0.なし・1.あり
ターミナルケアマネジメント加算	[] 0.なし・1.あり
介護支援専門員1人当たりの利用者数 ※標準的な給付管理人数:35人	人

介護サービスの利用者(要介護者)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	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。

■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介護支援サービス報酬基準に規定する加算を受けた場合には「あり」に記すこと。
- ★ 加算の詳細は「運営の手引き」をご覧ください。

●「介護支援専門員1人当たりの利用者数」

当該事業所の指定居宅介護支援基準第14条に規定する事務（以下、「給付管理業務」という）の件数を当該事業所に所属する介護支援専門員数で除した数を記載すること。なお、計算結果は小数点第2位を切り捨て、小数点第1位まで記載すること。

計算式

$$\frac{\text{記入年月日前月の当該事業所の「給付管理業務」の件数（要支援の実績は1/2で計上する）}}{\text{当該事業所に所属する介護支援専門員の常勤換算人数}}$$

※計算結果は小数点第2位を切り捨て、小数点第1位まで記入してください。

■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（介護予防支援業務の委託を受けている場合は、委託費の支払いを受けた場合を指す。以下、同じ。）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。

※合計の人数は調査票の入力内容を基に自動計算される。

- ★・記入年月日の前月およびその前年同月の実績を報告
 - ・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。

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)						
ケアマネジメントの公正中立性の確保						
前6ヶ月間に作成したケアプランにおける各サービスの利用割合						
訪問介護		%				
通所介護		%				
地域密着型通所介護		%				
福祉用具貸与		%				
前6ヶ月間に作成したケアプランにおける同一事業所によって提供された各サービスの割合と事業所名(上位3位まで)						
	事業所名	割合	事業所名	割合	事業所名 割合	
訪問介護		%		%		%
通所介護		%		%		%
地域密着型通所介護		%		%		%
福祉用具貸与		%		%		%
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等(記入日前4年間の状況)				[]	0. なし・ 1. あり	
実施した直近の年月日 (評価結果確定日)						
実施した評価機関の名称						
当該結果の開示状況				[]	0. なし・ 1. あり	
(その開示内容を確認できる【ホームページアドレス】を記入)						
※第三者による評価とは、提供する福祉サービスの質を事業者及び利用者以外の公正・中立な第三者機関が専門的かつ客観的な立場から行った評価をいう。(事業所内で行う内部監査や行政による指導監査は含まれない。)						

■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的时间帯を、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」「フリーダイヤル」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、年末年始等の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、指定居宅介護支援基準第24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

■ケアマネジメントの公正中立性の確保

前6ヶ月間については、前期（3月1日から8月末日）又は後期（9月1日から2月末日）のうち、記入年月日の直近の期間に作成したケアプランのうち、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与事業所の各サービスの利用割合、同一事業所によって提供されたものの割合と事業所名（上位3つ（※））を記すこと。

（※）上位3つまで事業所がない場合は、必ずしも3つ全てに記載する必要はない。

■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年間において実施したものについて記載すること。

★ 「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等」

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（評価結果確定日）、実施した評価機関の名称を記載すること。なお、当該取組は、記入年月日の前4年間において実施したものについて記載すること。さらに、評価結果全体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」に記すとともに、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。

★ 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。

★ 【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. 介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項

5. 介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項

介護給付以外のサービスに要する費用	
利用者の選定により、通常の事業の実施地域以外で当該介護サービスを行う場合、それに要する交通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で当該介護サービスを行う場合、それに要する交通費の額及びその算定方法」

指定居宅介護支援基準第 10 条第 2 項に規定する交通費の額及びその算定方法を記載すること。なお、当該サービスを行っていない場合及び当該費用の徴収を行っていない場合には、その旨を記載すること。

- ★ ・算定方法は簡潔に記入してください。

- ・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場合、または実施し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、算定方法を記載すること。