

「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

2025 年度版

看護小規模多機能型居宅介護
（複合型サービス）

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。

2024年1月～2024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。ご入力にはご注意ください。

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.....	2
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.....	9
4. 介護サービスの内容に関する事項.....	15
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.....	26

基本情報項目 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

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。

計画年度		年度	記入年月日	
記入者名			所属・職名	

■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

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. 法人番号の指定を受けていない ☐ 1. 法人番号の指定を受けている	
	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		_____	

■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。

また、法人番号を記載した場合、当該欄は、自動入力となる。

c 「法人番号」

法人番号の指定を受けている場合には、「法人番号の指定を受けている」を選択し、法人番号を記載すること。

法人番号の指定を受けていない場合には「法人番号の指定を受けていない」を選択すること。

- ★・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。また、法人番号を記載した場合、当該欄は自動入力となるが、編集可能であるため実情に応じて適宜修正すること。

● 「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必ず「https…」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			

■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』は市町村から指定を受けた地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所

➡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	
サテライト型小規模多機能型居宅介護			[] 0. なし・ 1. あり	
事業所の所在地				
サテライト型看護小規模多機能型居宅介護			[] 0. なし・ 1. あり	
事業所の所在地				
介護保険事業所番号				
併設施設等	[] 0. なし・ 1. あり			
	種別		名称	
訪問看護事業所の指定の有無	[] 0. なし・ 1. あり			
	病院、診療所、訪問看護ステーションの別			
	名称			
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)				
介護保険法第71条に規定する訪問看護のみなし指定			[] 0. なし・ 1. あり	
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		
ケアプランデータ連携システム(国保中央会)の利用登録の有無			[] 0. なし・ 1. あり	

■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、市町村長への届出事項等との整合性を図ること。

★・事業所の名称は、指定通知書をご確認の上、正式名称でご記入ください。

・『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、建物名・部屋番号等は 2 行目の（建物名・部屋番号等）に記入してください。正確に入力されていないと、公表システムで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」「フリーダイヤル」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 番号は任意記入です。）

・事業所のホームページアドレスは半角英数字で必ず「https…」から記入してください。

●「サテライト事業所」

指定地域密着型サービス基準第 63 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又は同基準第 171 条第 8 項に規定するサテライト型指定看護小規模多機能型居宅介護事業所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。

a. 「サテライト型小規模多機能型居宅介護」

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を設置している場合には、「あり」に記すとともに、当該サテライト事業所の所在地を記載すること。

b. 「サテライト型看護小規模多機能型居宅介護」

指定地域密着型サービス基準第 171 条第 8 項に規定するサテライト型指定看護小規模多機能型居宅介護事業所を設置している場合には、「あり」に記すとともに、当該サテライト事業所の所在地を記載すること。

■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。

■併設施設等

訪問看護サービスを除く介護保険サービス事業所、又は医療機関（診療所を含む）が併設されている場合には、「あり」に記すとともに、併設施設の介護サービスの種別及び事業所の名称を記載すること。なお、該当するサービスや事業所が複数ある場合は、主なもの 1 つについて記載すること。

■訪問看護事業所の指定の有無

指定地域密着型サービス基準第 171 条第 10 項に規定される指定訪問看護事業所の指定を受け、かつ指定複合型サービスの事業と指定訪問看護の事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合には、「あり」に記すとともに、病院、診療所、訪問看護ステーションの別及びその事業所の名称を記載すること。

■事業所の管理者の氏名及び職名

- a 「氏名」 当該事業所の指定地域密着型サービス基準第 172 条に規定する管理者（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。

★市町村へ届け出ている管理者の氏名及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。

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

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。

●「指定の更新年月日（直近）」

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。

★当報告においては、以下の場合には記入不要です。

- ✓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（未来の日付は記入しないでください）

●「介護保険法第 71 条に規定する訪問看護のみなし指定」

法第 71 条第 1 項の規定により、指定訪問看護に係る法第 41 条第 1 項の指定があつたことをみなされている場合には、「あり」に記すこと。

■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。

★＜記入例＞ JR 京浜東北 根岸線 ●●駅 徒歩 5 分

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、介護保険の指定を受けている場合、「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、障害福祉サービスを提供し、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、障害福祉サービスの指定状況を「通常の指定」「共生型」「基準該当」から選択して記すこと。

★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

■ケアプランデータ連携システム（国保中央会）の利用登録の有無

当該事業所において、国民健康保険中央会が運用する「ケアプランデータ連携システム」の利用登録をしている場合には、「あり」に記すこと。

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
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
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		
従業者である看護職員が有している資格						
保健師	人	人	人	人		
看護師	人	人	人	人		
准看護師	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					[] 0. なし・ 1. あり	
(資格等の名称)						

★＜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。

★・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、当該サービスにおいて他の職種を兼務している者を指します。
- ・共生型として指定を受けている事業所の従業者は、勤務実態に関わらず全て「兼務」となります。

★＜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、全ての職種で勤務形態一覧表に記入し、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。
- ・指定を受けた各市町村発出の運営状況点検書などの勤務形態一覧表をご参照ください。

■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（※准看護師は「看護職員欄」に記入してください）
- ⑤ その他の従業者（①から④の職種以外の従業者の全体及び「理学療法士」「作業療法士」「言語聴覚士」について、それぞれ記載すること。）

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

●「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。

●「従業者である看護職員が有している資格」

以下の資格を有する看護職員について、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 保健師 ②看護師 ③准看護師

●「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、併設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。

★ 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入してください。
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				
区分	介護職員		看護職員	
	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
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	
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 年間の介護職員、看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。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 年間の介護職員、看護職員の退職者数を、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。

★【2024 年 4 月 1 日～2025 年 3 月 31 日の状況を報告】

- ・同一法人内での異動は、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、今年度に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」

介護職員、看護職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。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】

- ・平成 24 年度から新設されたサービスのため、当報告においてのみ次のとおり取扱います。
- ・経験年数には他の複合型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。
ただし、介護職員は、小規模多機能型居宅介護事業所において、同職種として勤務した経験年数、看護職員は、訪問看護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。
- ・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、カリキュラム若しくは時間等）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や書面等も含まれます。

記載例)・6/20 相談支援業務の概要について、全職員対象、3時間

・7/1 自宅での看取り研修、全職員対象、90分 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」

事業所の従業員で、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（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等」の評価とは、異なりますのでご注意ください。

●「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

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	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		
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				
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 182 条において準用する同基準第 81 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。さらに、「留意事項」欄には、必要に応じて通常以外の時間帯を記載すること。

★・「運営規程」等の記載にある営業時間を 24 時間制で入力してください。

・「24 時間対応」「随時対応」など時間単位で記入できない場合は、留意事項欄に記入してください。

●「事業所が通常時に介護サービスを提供する地域」

利用者が指定地域密着型サービス基準第 182 条において準用する同基準第 71 条第 3 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、同基準第 182 条において準用する同基準第 81 条に規定する運営規程等との整合性を図ること。

■利用者の送迎の実施

指定複合型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)		
特別地域看護小規模多機能型居宅介護加算	[]	0. なし・ 1. あり
中山間地域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・ 2. あり
認知症加算(Ⅰ)	[]	0. なし・ 1. あり
認知症加算(Ⅱ)	[]	0. なし・ 1. あり
認知症加算(Ⅲ)	[]	0. なし・ 1. あり
認知症加算(Ⅳ)	[]	0. なし・ 1. あり
認知症行動・心理症状緊急対応加算(※ロのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
若年性認知症利用者受入加算 (※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
栄養アセスメント加算(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
栄養改善加算(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
口腔機能向上加算(Ⅰ)(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
口腔機能向上加算(Ⅱ)(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
退院時共同指導加算(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
緊急時対応加算(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
特別管理加算(Ⅰ)(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
特別管理加算(Ⅱ)(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
専門管理加算(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
ターミナルケア加算(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
遠隔死亡診断補助加算(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
看護体制強化加算(Ⅰ)(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
看護体制強化加算(Ⅱ)(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
訪問体制強化加算(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
総合マネジメント体制強化加算Ⅰ(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
総合マネジメント体制強化加算Ⅱ(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
排せつ支援加算(Ⅰ)(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
排せつ支援加算(Ⅱ)(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
排せつ支援加算(Ⅲ)(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり
科学的介護推進体制加算(※イのみ)	[]	0. なし・ 1. あり

生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	[] 0. なし・ 1. あり
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	[] 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
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	[] 0. なし・ 1. あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	[] 0. なし・ 1. あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	[] 0. なし・ 1. あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	[] 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。

★【記入年月日の前月時点での加算算定状況を報告】

- ・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。

特別な医療処置等の実施状況（記入日前月から直近1年間の状況）		
経管栄養法（胃ろうを含む）	[]	0. なし・ 1. あり
在宅中心静脈栄養法（IVH）	[]	0. なし・ 1. あり
点滴・静脈注射	[]	0. なし・ 1. あり
膀胱留置カテーテル	[]	0. なし・ 1. あり
腎ろう・膀胱ろう	[]	0. なし・ 1. あり
在宅酸素療法（HOT）	[]	0. なし・ 1. あり
人工呼吸療法（レスピレーター、ベンチレーター）	[]	0. なし・ 1. あり
在宅自己腹膜灌流（CAPD）	[]	0. なし・ 1. あり
人工肛門（ストマ）	[]	0. なし・ 1. あり
人工膀胱	[]	0. なし・ 1. あり
気管カニューレ	[]	0. なし・ 1. あり
吸引	[]	0. なし・ 1. あり
麻薬を用いた疼痛管理（予防を除く）	[]	0. なし・ 1. あり
その他	[]	0. なし・ 1. あり
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		

●「特別な利用処置等の実施状況（記入日前月から直近1年間の状況）」

記入年月日の前月から前1年間において、以下の事項を実施している場合には「あり」に記すこと。さらに「その他」欄には、以下の事項以外の特別な医療処置等を必要とする利用者の受け入れを実施して

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。

- ① 経管栄養法（胃ろうを含む） ②在宅中心静脈栄養法（IVH） ③点滴・静脈注射
④膀胱留置カテーテル ⑤腎ろう・膀胱ろう ⑥在宅酸素療法（HOT）
⑦人工呼吸療法（レスピレーター、ベンチレーター） ⑧在宅自己腹膜灌流（CAPD）
⑨人工肛門（ストマ） ⑩人工膀胱 ⑪気管カニューレ ⑫吸引 ⑬麻薬を用いた疼痛管理

★【記入年月日の前月から前1年間の実績】

●「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 182 条において準用する同基準第 3 条の 34 に規定する虚偽又は誇大広告の禁止を踏まえること。

★・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。

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			
短期利用居宅介護費		[] 0. なし・ 1. あり	

●「協力医療機関の名称」

指定地域密着型サービス基準第 182 条において準用する同基準第 83 条第 1 項に規定する協力医療機関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 182 条において準用する同基準第 83 条第 2 項に規定する協力歯科医療機関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 182 条において準用する同基準第 83 条第 3 項に規定するバックアップ施設の名称及びその協力の内容について記載すること。

★参照（平成十八年厚生労働省令第三十四号）

第八十三条 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。（準用）第八十一条から第八十四条まで及び第八十六条の規定は、指定看護小規模多機能型居宅介護の事業について準用する。

●「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 182 条において準用する同基準第 85 条第 1 項に規定する運営推進会議について、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（2024 年 4 月 1 日～2025 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】

●「短期利用居宅介護費」

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が、実施している場合には「あり」に記すこと

看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）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	0 人
65歳以上75歳未満		人	人	人	人	人	0 人
75歳以上85歳未満		人	人	人	人	人	0 人
85歳以上		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	

■看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）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。

★複合型サービスの登録者について、年齢別、要介護度別人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。

●「登録定員」

指定地域密着型サービス基準第 174 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」

複合型サービスの登録者について、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。

★登録者について、年齢別要介護度別人数を記入します。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。

看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）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	0 人
（前年同月の提供実績）	人	人	人	人	人	0 人
宿泊サービス	人	人	人	人	人	0 人
（前年同月の提供実績）	人	人	人	人	人	0 人
訪問サービス（介護）	人	人	人	人	人	0 人
（前年同月の提供実績）	人	人	人	人	人	0 人
訪問サービス（看護）	人	人	人	人	人	0 人
（前年同月の提供実績）	人	人	人	人	人	0 人
事業所での看護サービス	人	人	人	人	人	0 人
（前年同月の提供実績）	人	人	人	人	人	0 人
自宅での看護サービス	人	人	人	人	人	0 人
（前年同月の提供実績）	人	人	人	人	人	0 人
訪問サービス（看護）の1か月の提供時間			時間			
※該当する利用者がいない場合は0を入力してください。						
指示書を受けている医療機関及び医師の数						
医療機関の数				医師の人数	人	

■看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）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（介護）、訪問サービス（看護）の別に、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。また、訪問サービス（看護）については、事業所内での提供及び利用者の自宅での提供の内訳も記載すること。

※合計の人数は調査票の入力内容を基に自動計算される。

●「訪問サービス（看護）の1か月の提供時間」

記入年月日の前月における各利用者への訪問サービス（看護）の提供時間数の合計を記載すること。

■指示書を受けている医療機関及び医師の数

●「医療機関の数」

指定地域密着型サービス基準第178条第2項に規定する主治の医師が所属する医療機関の数を記載すること。

●「医師の人数」

指定地域密着型サービス基準第178条第2項に規定する主治の医師の人数を記載すること。

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
	㎡		㎡	㎡
	宿泊室について			
	個室		室	
	1室当たりの床面積		㎡	
	上記以外の宿泊室		室	
有床診療所の病床の宿泊室としての兼用			[] 0. なし・ 1. あり	
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)				

■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。
さらに、指定地域密着型サービス基準第175条第2項第2号ホに規定する、診療所が有する病床について宿泊室を兼用している場合には、「あり」に記すこと。
- 「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』は、場所としてのか所数です。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					
敷地の面積				㎡	
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				㎡	
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	

● 「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。

★・『敷地の面積』には複合型サービス事業所全体の敷地面積を、小数点以下第3位を切り捨て、第2位まで記入してください。

・『貸借（借地）』では、その敷地が借地の場合「あり」を選択し、『契約期間』には開始及び終了の年月日を記入し（例：2000/01/01）、その契約が自動更新か否かについても選択してください。

●「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。

★・『建物の延床面積』には、複合型サービス事業所の全体の床面積を、小数点以下第 3 位を切り捨て、第 2 位まで記入してください。

・『貸借（借家）』では、建物が借家の場合「あり」を選択し、『契約期間』には開始及び終了の年月日を記入し（例：2000/01/01）、その契約が自動更新か否かについても選択してください。

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	
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				

■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。

★・電話番号は、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、24時間営業は、「0時00分～24時00分」記入してください。
- ・留意事項には、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を記入します。

■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外部評価の実施状況」

「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85条第1項（第182条第1項において準用する場合を含む）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。
- ★ ・看護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)			

★「食事」や「(その額)」の入力は目安となる金額をそれぞれにご記入ください。「実費」「100～1,000 円」などの半角数字以外の文字入力システム上エラーとなります。

■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182条において準用する同基準第71条第3項第3号に規定する費用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182条において準用する同基準第71条第3項第4号に規定する費用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】

「あり」を選択した場合は、それぞれに1日の設定金額を記入してください。なお、「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182条において準用する同基準第71条第3項第6号に規定するその他の費用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。