

「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

認知症対応型共同生活介護  
（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 .....    | 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 .....    | 26 |

**基本情報項目： 認知症対応型共同生活介護（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。

|      |    |       |  |
|------|----|-------|--|
| 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。

〈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         |                        | 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)<br>03:医療法人 04:社団・財団 05:営利法人 06:NPO法人<br><input type="checkbox"/> 07:農協 08:生協 09:その他法人<br>10:地方公共団体(都道府県) 11:地方公共団体(市町村)<br>12:地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)<br>99:その他 |  |
|                | 名称                     | (その他の場合、その名称)   (ふりがな)   |  |
|                | 法人番号の有無                | <input type="checkbox"/> 0. 法人番号の指定を受けていない<br><input type="checkbox"/> 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<br>(ホームページアドレス) | <input type="checkbox"/> 0. なし・ 1. あり  |  |
| 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（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<br>(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<br>年月日(直近)<br>(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  |              |                  |  |
|   |              |                  |  |
| 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。

★・『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」「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）」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記入し、必ず「https…」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 91 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 71 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。

★・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」

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。

### ●「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。

★次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。

★<記入例>・JR 京浜東北 根岸線 ●●駅下車 ▲▲行きバス ■■バス停 徒歩 1 分

## ■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（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 | 兼務 | 専従  | 兼務 |    |        |
| 管理者     | 人  | 人  | —   | —  | 0人 | 人      |
| 計画作成担当者 | 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。

| 従業者である計画作成担当者のうち介護支援専門員の人数 | 常勤 |    | 非常勤 |    |
|----------------------------|----|----|-----|----|
|                            | 専従 | 兼務 | 専従  | 兼務 |
|                            | 人  | 人  | 人   | 人  |

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  
宿直

人  
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)

介護職員1人当たりの利用者数

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

| 区分                 | 計画作成担当者 |     | 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   |
| 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

★<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。

★<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、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。
- ・一体的に運営している介護予防サービスがある場合でも、一つの職種のみに従事している従業者は「専従」となります。

## ■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（管理者除く）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。また、複数単位ある場合は、単位ごとではなく事業所全体としての各職種の実人数、常勤換算人数を記載すること。

※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（指定地域密着型サービス基準第 91 条第 1 項第 1 号に規定する「管理者」及び指定地域密着型介護予防サービス基準第 71 条第 1 項に規定する「管理者」をいう。以下同じ。）
- ② 計画作成担当者（指定地域密着型サービス基準第 90 条第 6 項に規定する「計画策定担当者」及び指定地域密着型介護予防サービス基準第 70 条第 6 項に規定する「計画作成担当者」をいう。以下同じ。）
- ③ 介護職員（指定地域密着型サービス基準第 90 条第 1 項に規定する「介護従業者」及び指定地域密着型介護予防サービス基準第 70 条第 1 項に規定する「介護従業者」をいう。以下同じ。）
- 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

### ●「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。

### ●「従業者である計画作成担当者のうち介護支援専門員の数」

介護支援専門員の資格を有する計画作成担当者について、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の人数をそれぞれ記載すること。

### ●「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。

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。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。

★ 『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。

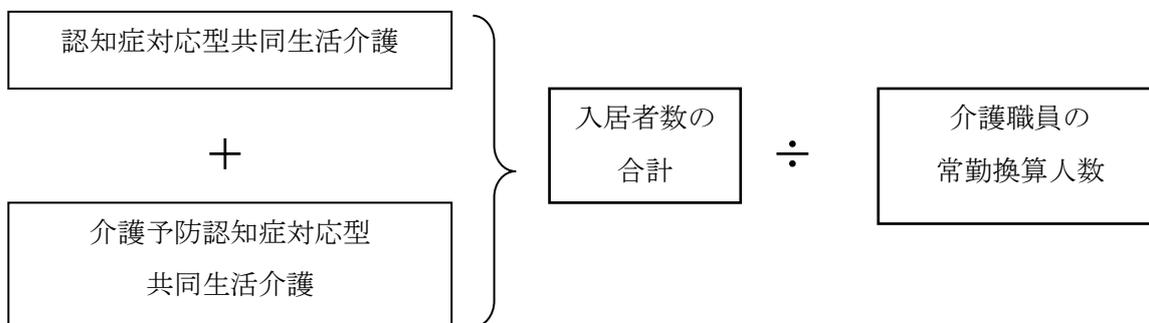
● 「介護職員1人当たりの利用者数」

※本項目は調査票の入力内容を基に自動計算される。

当該サービスに係る利用者数を、「実人数」の③介護職員に係る常勤換算人数の合計で除した人数を記載すること。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。

★ 《介護職員1人当たりの入居者数の算出方法》

計算式



■ 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」

前年度1年間の当該事業所における計画作成担当者、介護職員の採用人数を、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」

前年度1年間の当該事業所における計画作成担当者、介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、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」

計画作成担当者、介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】

- ・経験年数には、他の認知症対応型共同生活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              |       |       |                  |      |
| (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 や書面等も含まれます。  
記載例)・5/23、24 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×2 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

|   |                  |
|---|------------------|
| 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。 |                  |
| 介護サービスの内容、入居定員等   |                  |
| 介護報酬の加算状況（記入日前月から直近1年間の状況）                                |                  |
| 夜間支援体制加算（Ⅰ）   | [ ] 0. なし・ 1. あり |
| 夜間支援体制加算（Ⅱ）   | [ ] 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 |
| 入院時費用   | [ ] 0. なし・ 1. あり |
| 看取り介護加算（予防を除く）  | [ ] 0. なし・ 1. あり |
| 医療連携体制加算（Ⅰ）イ（予防を除く）                                       | [ ] 0. なし・ 1. あり |
| 医療連携体制加算（Ⅰ）ロ（予防を除く）                                       | [ ] 0. なし・ 1. あり |
| 医療連携体制加算（Ⅰ）ハ（予防を除く）                                       | [ ] 0. なし・ 1. あり |
| 医療連携体制加算（Ⅱ）（予防を除く）  | [ ] 0. なし・ 1. あり |
| 協力医療機関連携加算（相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携している場合）            | [ ] 0. なし・ 1. あり |
| 協力医療機関連携加算（上記以外の医療機関と連携している場合）                            | [ ] 0. なし・ 1. あり |
| 退居時情報提供加算   | [ ] 0. なし・ 1. あり |
| 退居時相談援助加算   | [ ] 0. なし・ 1. あり |
| 認知症専門ケア加算（Ⅰ）  | [ ] 0. なし・ 1. あり |
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ）  | [ ] 0. なし・ 1. あり |
| 認知症チームケア推進加算（Ⅰ）   | [ ] 0. なし・ 1. あり |
| 認知症チームケア推進加算（Ⅱ）   | [ ] 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 |
| 栄養管理体制加算  | [ ] 0. なし・ 1. あり |
| 口腔衛生管理体制加算  | [ ] 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 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）   | [ ] 0. なし・ 1. あり |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）   | [ ] 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 |
| 短期利用認知症対応型共同生活介護の提供 | [ ] 0. なし・ 1. あり |
| 共用型指定認知症対応型通所介護の提供  | [ ] 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102条及び指定地域密着型介護予防サービス基準第79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のみ記載でも構わない。

## ■介護サービスの内容、入居定員等

### ●「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。

### ●「短期利用認知症対応型共同生活介護の提供」

短期利用認知症対応型共同生活介護の提供の有無について記すこと。

### ●「共用型指定認知症対応型通所介護の提供」

共用型指定認知症対応型通所介護の提供の有無について記すこと。

|                                       |      |  |
|---------------------------------------|------|--|
| 協力医療機関(入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保) | [ ]  | 0. なし・ 1. あり                             |
| (その名称)                                |      |  |
| 協力医療機関(診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保)   | [ ]  | 0. なし・ 1. あり                             |
| (その名称)                                |      |  |
| 上記以外の協力医療機関                           | [ ]  | 0. なし・ 1. あり                             |
| (その名称)                                |      |  |
| 新興感染症発生時に対応を行う医療機関との連携                | [ ]  | 0. なし・ 1. あり                             |
| (医療機関の名称)                             |      |  |
| 協力歯科医療機関                              | [ ]  | 0. なし・ 1. あり                             |
| (その名称)                                |      |  |
| 看護師の確保方法                              | [ ]  | 1. 職員として配置・ 2. 契約・ 3. 職員として配置及び契約・ 4. なし |
| (契約の場合、契約先の名称)                        |      |  |
| 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                          |      |  |
| 利用に当たっての条件                            |      |  |
| 退居に当たっての条件                            |      |  |
| 入居定員                                  | ユニット | 人  |

● 「協力医療機関の名称」

指定地域密着型サービス基準第 105 条第 2 項第 1 号並びに第 2 号に規定する協力医療機関及びそれ以外の協力医療機関を定めている場合には、「あり」に記すとともに、その名称を記載すること。

● 「新興感染症発生時に対応を行う医療機関との連携」

指定地域密着型サービス基準第 105 条第 4 項に規定する新興感染症発生時に対応を行う医療機関と新興感染症発生時における対応を取り決めている場合には「あり」に記すとともに、その名称を記載すること。

● 「協力歯科医療機関」

指定地域密着型サービス基準第 105 条第 7 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、その名称を記載すること。

● 看護師の確保方法

医療ニーズが必要となった場合に適切な対応が取れるよう看護師をどのように確保しているかについて、「職員として配置」、「契約」、「職員として配置及び契約での確保」、「なし」のうち、該当するものを選択し記載すること。

●「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 105 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。

★平成十八年厚生労働省令第三十四号) 参照

(協力医療機関等)

**第二百五条** 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、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なければならない。

2 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、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 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、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、介護医療院、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 108 条において準用する指定地域密着型サービス基準第 85 条第 1 項に規定する運営推進会議の前年度 1 年の開催実績、参加者人数、協議内容等について記載すること。

★【前年度の実績を報告】

●「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、具体的な協働内容について記載すること。

★【記入年月日前 1 年間の状況を報告】

●「利用に当たっての条件」

当該事業所の利用にあたって何らかの受け入れ条件を設定している場合は、その内容を概ね 400 字以内で記載すること。

●「退居に当たっての条件」

当該事業所において何らかの退居条件を設定している場合は、その内容を概ね 400 字以内で記載すること。

●「入居定員」

認知症対応型共同生活介護の提供を受ける入居者の定員を記載すること。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 102 条に規定する運営規程の内容等との整合性を図ること。

| 認知症対応型共同生活介護の入居者の状況        |       |           |          |          |           |       |    |
|----------------------------|-------|-----------|----------|----------|-----------|-------|----|
| 入居者の人数                     | 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     | 0人 |
| 65歳以上75歳未満                 | 人     | 人         | 人        | 人        | 人         | 人     | 0人 |
| 75歳以上85歳未満                 | 人     | 人         | 人        | 人        | 人         | 人     | 0人 |
| 85歳以上                      | 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。 |       |           |          |          |           |       |    |
| 入居者の平均年齢                   |       |           |          |          |           | 歳     |    |
| 入居者の男女別人数                  |       | 男性        | 人        | 女性       | 人         |       |    |
| 入居率(一時的に不在となっている者を含む)      |       |           |          |          |           | %     |    |
| 認知症対応型共同生活介護を退居した者の人数(前年度) |       |           |          |          |           |       |    |
| 退去先                        | 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 |
| 自宅等                        | 人     | 人         | 人        | 人        | 人         | 人     | 0人 |
| 介護保険施設                     | 人     | 人         | 人        | 人        | 人         | 人     | 0人 |
| 特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設         | 人     | 人         | 人        | 人        | 人         | 人     | 0人 |
| 医療機関                       | 人     | 人         | 人        | 人        | 人         | 人     | 0人 |
| 死亡者                        | 人     | 人         | 人        | 人        | 人         | 人     | 0人 |
| その他                        | 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。 |       |           |          |          |           |       |    |
| 入居者の入居期間                   |       |           |          |          |           |       |    |
| 入居期間                       | 6か月未満 | 6か月以上1年未満 | 1年以上3年未満 | 3年以上5年未満 | 5年以上10年未満 | 10年以上 |    |
| 入居者数                       | 人     | 人         | 人        | 人        | 人         | 人     |    |

## ■認知症対応型共同生活介護の入居者(要支援者を含む)の状況

- 「入居者の人数」 記入年月日の前月において、介護報酬を請求した当該事業所の入居者について、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、要支援(要支援2)及び要介護(要介護1,2,3,4及び5)に該当する者を記載すること。

※合計の人数は調査票の入力内容を基に自動計算される。

- 「入居者の平均年齢」 当該事業所の入居者の平均年齢を小数点第2位を切り捨て、小数点第1位まで記載すること。

- 「入居者の男女別人数」 当該事業所の入居者について、男女の別に該当する者の人数を記載すること。

- 「入居率(一時的に不在となっている者を含む)」

当該事業所の入居者数を、当該事業所の入居定員で除した数を記載すること。

★単位(%)は入力できませんので、数字のみ記入してください。

●「認知症対応型共同生活介護を退居した者の人数（前年度）」

前年度1年の当該事業所を退居した者について、その退居先（自宅等、介護保険施設、特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設、医療機関、死亡者、その他）別に、要支援（要支援2）及び要介護（要介護1、2、3、4及び5）に該当する者の人数を記載すること。

※合計の人数は調査票の入力内容を基に自動計算される。

★・【前年度2024年4月1日～2025年3月31日の状況を報告】

- ・他のグループホームに転居した場合は、「特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設」に記入し、該当者がいない場合は、「0」を記入してください

●「入居者の入居期間」

当該事業所の入居者について、その入居期間（6か月未満6か月以上1年未満、1年以上5年未満、5年以上10年未満、10年以上15年未満及び15年以上）別に該当する者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                           | 1室当たりの居室面積       |
|                | m <sup>2</sup>      | m <sup>2</sup>                 | m <sup>2</sup>   |
| 二人部屋の有無        | [ ] 0. なし・ 1. あり    |                                |                  |
| 共同便所の設置数       | 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               |
| 個室の便所の設置数      | か所 (個室における便所の設置割合)  |                                | %                |
|                | か所 (うち車いす等の対応が可能な数) |                                | か所               |
| 浴室の設備状況        |                     |                                |                  |
| 浴室の総数          |                     |                                | か所               |
| 個浴             |                     | 大浴槽                            | 特殊浴槽             |
| か所             |                     | か所                             | か所               |
| リフト浴           |                     |                                |                  |
| か所             |                     | か所                             |                  |
| その他の浴室の設備の状況   |                     |                                |                  |
| 居間、食堂、台所の設備状況  |                     |                                |                  |
| 入居者等が調理を行う設備状況 |                     |                                | [ ] 0. なし・ 1. あり |
| その他の共用施設の設備状況  |                     |                                | [ ] 0. なし・ 1. あり |
| (その内容)         |                     |                                |                  |
| 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)         |                     |                                |                  |
| 緊急通報装置の設置状況    |                     | [ ] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 各居室内にあり |                  |
| 外線電話回線の設置状況    |                     | [ ] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 各居室内にあり |                  |
| テレビ回線の設置状況     |                     | [ ] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 各居室内にあり |                  |
| 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        |                     | 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               |                  |

## ■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。

★ 建物に認知症対応型通所介護が併設されている場合も「併設型」となります。

### ●「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。

★（例）木造平屋造り 鉄筋コンクリート造り

### ●「広さ等」

当該事業所の敷地・延床・1室あたりの居室面積を記載すること。

### ●「二人部屋の有無」

当該事業所の二人部屋の有無を記載すること。

### ●「共同便所の設置数」

入居者の個室以外に設置された共同便所について、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。

★・『共同便所の設置数』は、便器の数ではなく、場所としての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。

### ●「個室の便所の設置数」

入居者の個室の便所の数を記載するとともに、当該個室における便所の設置割合及び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。

★・『個室の便所の設置数』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。

●「浴室の設備状況」

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に関する事項」欄には、浴室に関する留意事項等について記載すること。

- ★・『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。

●「居間、食堂、台所の設備状況」

食堂の設備の状況について記載すること。さらに、「入居者等が調理を行う設備状況」欄には、入居者等が簡易な調理を行う設備を有している場合には、「あり」に記すこと。

- ★『入居者等が調理を行う設備状況』では、利用者自身が使用できる調理設備（電子レンジ、電磁調理器等、簡易なものを含む）の有無を選択してください。

●「その他の共用施設の設備状況」

共同便所、浴室及び食堂以外の共用施設の設備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。

●「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。

●「緊急通報装置の設置状況」

緊急通報装置を全ての居室内に設置している場合は、「各居室内にあり」に記すこと。  
また、当該設備を一部の居室内に設置している場合には、「一部あり」に記すこと。

●「外線電話回線の設置状況」

外線電話回線を全ての居室内に設置している場合には、「各居室内にあり」に記すこと。  
また、当該設備を一部の居室内に設置している場合には、「一部あり」に記すこと。

●「テレビ回線の設置状況」

テレビ回線を全ての居室内に設置している場合には、「各居室内にあり」に記すこと。  
また、当該設備を一部の居室内に設置している場合には、「一部あり」に記すこと。

●「事業所の敷地に関する事項」

- a 「敷地の面積」 当該事業所の敷地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条項が入っている場合には、「あり」に記すこと。

★『敷地面積』は、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。

●「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。
- 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』は、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。

| 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<br>(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<br>(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)                    |                  |     |       |

## ■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。

★・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「代」のような文字は入力せず、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～24時00分」とご記入ください。留意事項には「24時間対応」と記入してください。
- ・『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、指定地域密着型サービス基準第 108 条において準用する指定地域密着型サービス基準第 35 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～
  - ・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

## ■利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価（地域密着型サービスの評価を含む）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】

### ●「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基準第 97 条第 7 項に規定する地域密着型サービス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。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。

★ 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。

★ ・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。
- ・『（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「https…」から）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等に関する事項

| 利用料等(入居者の負担額)   |                  |          |   |
|-----------------|------------------|----------|---|
| 家賃(月額)          |                  |          | 円 |
| 敷金              | [ ] 0. なし・ 1. あり | (その費用の額) | 円 |
| 保証金の有無<br>(前払金) | [ ] 0. なし・ 1. あり | (その費用の額) | 円 |
| (保全措置の内容)       |                  |          |   |
| (償却の有無)         | [ ] 0. なし・ 1. あり |          |   |
| 食材料費            | [ ] 0. なし・ 1. あり | (朝食)     | 円 |
|                 |                  | (昼食)     | 円 |
|                 |                  | (夕食)     | 円 |
|                 |                  | (おやつ)    | 円 |
|                 |                  | (又は1日)   | 円 |
| その他の費用          |                  |          |   |
| ①理美容代           | [ ] 0. なし・ 1. あり | (その費用の額) | 円 |
| 算定方法            |                  |          |   |
| ②おむつ代           | [ ] 0. なし・ 1. あり | (その費用の額) | 円 |
| 算定方法            |                  |          |   |
| ③その他 ( )        | [ ] 0. なし・ 1. あり | (その費用の額) | 円 |
| 算定方法            |                  |          |   |
| ④その他 ( )        | [ ] 0. なし・ 1. あり | (その費用の額) | 円 |
| 算定方法            |                  |          |   |
| ⑤その他 ( )        | [ ] 0. なし・ 1. あり | (その費用の額) | 円 |
| 算定方法            |                  |          |   |

★ (その費用の額) の入力を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はシステム上エラーとなります。

### ■利用料等（入居者の負担額）

#### ●「家賃（月額）」

当該事業所を利用するに当たって利用者が負担する家賃（月額）を記載すること。

規定額がなく、利用者によって金額が異なる場合、前年度1年の平均金額を記載すること。

#### ●「敷金」

当該事業所を利用するに当たって敷金を徴収している場合には「あり」と記し、その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。

#### ●「保証金の有無（前払金）」

当該事業所を利用するに当たって保証金（前払金）を徴収している場合には「あり」と記し、保全措置の内容、前払金の金額及び償却の有無を記載すること。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。

### ●「食材料費」

指定地域密着型サービス基準第 96 条第 3 項第 1 号に規定する食材料費の額を記載すること。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。

- ★・食材料費設定の有無を選択してください。「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。
- ・個別（朝食、昼食、夕食、おやつ）の設定ではなく 1 日単位の設定の場合は、それぞれの項目に「0」を記入し、「又は 1 日」欄に 1 日の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

### ●「①理美容代」

指定地域密着型サービス基準第 96 条第 3 項第 2 号に規定する理美容代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、「なし」に記すこと。

### ●「②おむつ代」

指定地域密着型サービス基準第 96 条第 3 項第 3 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、「なし」に記すこと。

### ★《実費負担（事業所を通さず利用者やその家族が直接支払いをする）の場合》

「なし」を選択した上、金額に「0」と記入してください。

- ・算定方法に実費負担と記入し、①理美容代②おむつ代の実費負担金額を記入してください。

《事業所が、利用者からの預かり金等から支払いをする場合》

- ・「あり」を選択した上、①理美容代は 1 回あたりの金額を、②おむつ代は 1 ヶ月
- ・設定金額を記入してください。設定金額がない場合は、利用している方の一ヶ月の平均額を記入の上算定方法に 1 回毎の料金設定等を記入してください。

### ●「③その他（ ）」「④その他（ ）」「⑤その他（ ）」

当該事業所を利用するにあたり、その他の費用を徴収している場合、「その他の日常生活費」として運営規程に定めているもののうち、利用頻度の高い名目を 3 つ記入し、それぞれの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、「なし」に記すこと。

- ★ ③・④「その他」の項目には、それぞれ「管理費」「光熱水費」を記入し、「あり」を選択した上、それぞれの 1 ヶ月あたりの金額と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。

⑤「その他」の項目には、「その他の日常生活費」として重要事項説明書や運営規程等に定めているもののうち、利用頻度の高い名目を記入し、「あり」を選択した上、その額と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。

その他の費用全ての項目において、規定額がなく、利用者によって金額が異なる場合、1 ヶ月の平均金額を記入してください。