

「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

特定福祉用具販売（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	7
4. 介護サービス（予防を含む）の内容に関する事項.....	12
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	18

基本情報項目 特定福祉用具販売（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、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 (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
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（又は政令市長及び中核市長）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)」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「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

a「氏名」当該事業所の指定居宅サービス基準第 209 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。

★ 県又は政令指定都市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」

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

b「介護予防サービス」 当該報告に係る法第 53 条第 1 項に規定する指定介護予防サービス事業者の指定の更新を受けた直近の年月日を記載すること。

★ 介護予防サービスのみ実施している場合は「指定の年月日」の「介護サービス」には「-（ハイフン）」を入力し、「介護予防サービス」の欄に入力してください。

●「指定の更新年月日（直近）」

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

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

★ 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 徒歩 1 分

3. 事業所において介護サービス（予防を含む）に従事する従業者に関する事項

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		
福祉用具専門相談員	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。

従業者である福祉用具専門相談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
義肢装具士	人	人	人	人
保健師	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
社会福祉士	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
福祉用具専門相談員指定講習の課程を修了	人	人	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)

福祉用具専門相談員1人当たりの1か月の利用者数

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	福祉用具専門相談員	
	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

■職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間、従業者 1 人当たりの利用者数等

●「実人数」

以下の者について、常勤及び非常勤の勤務形態別に、当該業務に係る専従及び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 福祉用具専門相談員（指定居宅サービス基準第 208 条に規定する「福祉用具専門相談員」及び指定介護予防サービス基準第 282 条に規定する「福祉用具専門相談員」をいう。以下、同じ。）

② 事務員

③ 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

★＜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。

★＜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。
- ・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。
- ・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。

●「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。

●「従業者である福祉用具専門相談員が有している資格」

以下の資格を有する福祉用具専門相談員について、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 介護福祉士
- ② 義肢装具士
- ③ 保健師
- ④ 看護師
- ⑤ 准看護師
- ⑥ 理学療法士
- ⑦ 作業療法士
- ⑧ 社会福祉士
- ⑨ 実務者研修
- ⑩ 介護職員初任者研修
- ⑪ 福祉用具専門相談員指定講習の課程を修了

※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⑨、訪問介護員 2 級保有者は⑩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⑨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。

●「管理者の他の職務との維持の有無」

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。

●「福祉用具専門相談員 1 人当たりの 1 か月の利用者数」

記入年月日の前月の請求実績にもとづく利用者の実人数を、「実人数」の①に係る常勤換算人数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。

★《福祉用具専門相談員 1 人当たりの 1 か月の利用者数の算出方法》

計算式

記入年月日の前月の請求実績 (件数) にもとづく利用者人数 (予防も含む)	÷	福祉用具販売サービスに従事する 福祉用具専門相談員の <u>常勤換算人数の合計</u>
---	---	---

※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。

■従業員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 年間の福祉用具専門相談員の採用者数を、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 年間の福祉用具専門相談員の退職者数を、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。

★【2023 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、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、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」

福祉用具専門相談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。
- ・「職種別従業員の実人数」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】

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		
(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年間に於いて、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〉・5/24 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

・4/10 中堅職員対象「接遇研修（傾聴力、伝達力、観察力の向上）」3時間

・6/20 全職員対象「福祉用具の事故防止について」3時間 等

●「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（予防を含む）の内容に関する事項

事業所の運営に関する方針					
介護サービスを提供している日時					
事業所の営業時間	平日	時	分	～	時 分
	土曜	時	分	～	時 分
	日曜	時	分	～	時 分
	祝日	時	分	～	時 分
定休日					
留意事項					
事業所が通常時に介護サービスを提供する地域					
介護サービスの内容等					
特定福祉用具販売の種目の配送に係る業務の委託状況					
一部実施				[] 0. なし・ 1. あり	
(委託先の名称)					
全て実施				[] 0. なし・ 1. あり	
(委託先の名称)					

■事業所の運営に関する方針

事業の目的、事業の運営等の方針について記載すること。なお、記載内容については、指定居宅サービス基準第 216 条において準用する同基準第 200 条に規定する運営規程及び指定介護予防サービス基準第 289 条において準用する同基準第 270 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。なお、記載内容については、指定居宅サービス基準第 216 条において準用する同基準第 200 条に規定する運営規程及び指定介護予防サービス基準第 289 条において準用する同基準第 270 条に規定する運営規程等と整合性を図ること。

★「運営規程」等の記載にある特定福祉用具販売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

利用者が指定居宅サービス基準第 212 条第 2 項第 1 号に規定する交通費（指定介護予防サービス基準第 286 条第 2 項第 1 号に規定する交通費を含む。）の額の負担が生じない地域を記載すること。なお、記載内容については、指定居宅サービス基準第 216 条において準用する同基準第 200 条に規定する運営規程及び指定介護予防サービス基準第 289 条において準用する同基準第 270 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

●「特定福祉用具販売の種目の配送に係る業務の委託状況」

福祉用具の種目の配送に係る業務を委託している場合には、以下の事項に該当するものについて「あり」に記すとともに、その委託先の名称を記載すること。

a 「一部実施」

各福祉用具の種目の一部について、配送に係る業務を他社に委託している場合をいう。

b 「全て実施」

全ての福祉用具の種目について、配送に係る業務を他社に委託している場合をいう。

介護サービス利用者への提供実績（記入日前月の状況）

腰掛便座							[] 0. なし・ 1. あり	
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	0 人
自動排泄処理装置の交換可能部品							[] 0. なし・ 1. あり	
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	0 人
排泄予測支援機器							[] 0. なし・ 1. あり	
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	0 人
入浴補助用具							[] 0. なし・ 1. あり	
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	0 人
簡易浴槽							[] 0. なし・ 1. あり	
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	0 人
移動用リフトのつり具の部分							[] 0. なし・ 1. あり	
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	0 人
スロープ							[] 0. なし・ 1. あり	
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	0 人
歩行器							[] 0. なし・ 1. あり	
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	0 人
歩行補助つえ							[] 0. なし・ 1. あり	
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	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。

■介護サービス利用者への提供実績

福祉用具の種目のうち、以下の種目について、記入年月日の前月に特定福祉用具販売を提供し、支払いを受けた場合は、「あり」に記すとともに、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）に該当する利用者の人数及びその合計を記載すること。

※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 腰掛便座
- ② 自動排泄処理装置の交換可能部品
- ③ 排泄予測支援機器
- ④ 入浴補助用具
- ⑤ 簡易浴槽
- ⑥ 移動用リフトのつり具の部分
- ⑦ スロープ
- ⑧ 歩行器
- ⑨ 歩行補助つえ

★・福祉用具ごとに、記入年月日の前月 1 か月間における特定福祉用具の販売実績の有無を選択してください。

- ・ 1 人の利用者が、1 か月の間に、同一の福祉用具を複数回利用したとしても、「1 人」として扱う。
- ・ 該当者がいない場合は必ず「0」を記入してください。
- ・ 「各段の合計」は自動計算で数値入力となります。

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内容に関する特色等				
(その内容)				
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、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「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。
- ・24時間対応の場合は「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、当該欄に記入してください。

■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、指定居宅サービス基準第 216 条において準用する同基準第 34 条及び指定介護予防サービス基準第 289 条において準用する規定する同基準第 32 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 → 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

■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、第三者による評価の実施状況等

●「利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況」

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

●「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 年間に於いて実施したものについて記載すること。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。

★【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（「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

介護給付サービスに要する費用のうち、利用者が負担すべき費用（利用者負担1割の場合）				
特定福祉用具販売の種目		最低の額	最高の額	種類の数
腰掛便座	[] 0. なし・ 1. あり	円	円	
自動排泄処理装置の交換可能	[] 0. なし・ 1. あり	円	円	
排泄予測支援機器	[] 0. なし・ 1. あり	円	円	
入浴用いす	[] 0. なし・ 1. あり	円	円	
浴槽用手すり	[] 0. なし・ 1. あり	円	円	
浴槽内いす	[] 0. なし・ 1. あり	円	円	
入浴台	[] 0. なし・ 1. あり	円	円	
浴室内すのこ	[] 0. なし・ 1. あり	円	円	
浴槽内すのこ	[] 0. なし・ 1. あり	円	円	
入浴用介助ベルト	[] 0. なし・ 1. あり	円	円	
簡易浴槽	[] 0. なし・ 1. あり	円	円	
移動用リフトのつり具の部分	[] 0. なし・ 1. あり	円	円	
スロープ	[] 0. なし・ 1. あり	円	円	
歩行器	[] 0. なし・ 1. あり	円	円	
歩行補助つえ	[] 0. なし・ 1. あり	円	円	
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				
福祉用具の搬入に特別な措置が必要な場合、それに要する費用の額及びその算定方法				

■介護給付サービスに要する費用のうち、利用者が負担すべき費用 (利用者負担 1 割の場合)

特定福祉用具販売の種目については、指定居宅サービス基準第 207 条に規定する特定福祉用具販売（指定介護予防サービス基準第 281 条に規定する指定介護予防福祉用具販売を含む。）を当該事業所が実施している場合には、該当する特定福祉用具販売の種目について「あり」に記すとともに、介護保険法第 44 条第 3 項に規定する現に特定福祉用具の購入に要した費用の額から居宅介護福祉用具購入費（利用者負担 1 割の場合）を差し引いた、利用者が負担すべき最低の額及び最高の額（介護保険法第 56 条第 3 項に規定する現に特定介護予防福祉用具の購入に要した費用の額から介護予防福祉用具購入費（利用者負担 1 割の場合）を差し引いた利用者が負担すべき最低の額及び最高の額を含む。）をそれぞれ記載すること。（記入漏れを防止するため、無しの場合でも、0 円を入力すること）

また、それぞれにその種類の数を記載すること。

- ① 腰掛便座
- ② 自動排泄処理装置の交換可能部品
- ③ 排泄予測支援機器
- ④ 入浴用いす
- ⑤ 浴槽用手すり

- ⑥ 浴槽内いす
- ⑦ 入浴台
- ⑧ 浴室内すのこ
- ⑨ 浴槽内すのこ
- ⑩ 入浴用介助ベルト
- ⑪ 簡易浴槽
- ⑫ 移動用リフトのつり具の部分
- ⑬ スロープ
- ⑭ 歩行器
- ⑮ 歩行補助つえ

- ★・販売実績の有無ではなく、各種目について販売が可能な場合は「あり」を選択し、その1か月あたりの利用者負担額の『最低の額』及び『最高の額』を記入してください。
- ・料金設定が一律で幅がない場合は、『最低の額』『最高の額』に同じ金額を記入してください。
 なお、自費負担が発生するケースがある等、『最高の額』としての金額記入が困難な場合は「0円」を記入してください。
- ・「なし」を選択した種目については、利用者負担額を記入しないでください。

■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」

指定居宅サービス基準第212条第2項第1号に規定する費用（指定介護予防サービス基準第286条第2項第1号に規定する費用を含む。）の額及びその算定方法を記載すること。

- ★ 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、又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。

- 「福祉用具の搬入に特別な措置が必要な場合、それに要する費用の額及びその算定方法」

指定居宅サービス基準第212条第2項第2号に規定する費用の額（指定介護予防サービス基準第286条第2項第2号に規定する費用を含む。）及びその算定方法を記載すること。

- ★ 特別な措置は対応していない場合、又は対応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。