

「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

2026 年度版

地域密着型通所介護

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に基づく都道府県と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、今年度の公表制度における調査票記入マニュアルであることにご留意の上、ご活用願います。

2025年1月～2025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.....                | 18 |
| 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.....    | 29 |

## 基本情報項目 地域密着型通所介護

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)<br>03:医療法人 04:社団・財団 05:営利法人 06:NPO法人<br>[    ] 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 |  |
|                                | (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<br>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)                 |                                       |                      |
| 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                                                                |                              |                                       |                      |
| 指定の更新年月日(直近)(未来の日付は入らない)                                              |                              |                                       |                      |
| 届出年月日                                                                 | 夜間及び深夜の指定通所介護以外のサービス(宿泊サービス) |                                       |                      |
| ※介護予防サービスのみ実施している場合は「指定の年月日」の「介護サービス」には「-」を入力し、「介護予防サービス」の欄に入力してください。 |                              |                                       |                      |
| 生活保護法第54条の2に規定する介護機関(生活保護の介護扶助を行う機関)の指定                               |                              |                                       | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3に規定する登録喀痰吸引等事業者                                    |                              |                                       | [     ] 0. なし・ 1. あり |
| 事業所までの主な利用交通手段                                                        |                              |                                       |                      |
|                                                                       |                              |                                       |                      |
| 高齢者の方と障害者の方が同時一体的に利用できるサービス                                           |                              | [     ] 0. なし・ 1. あり                  |                      |
| 介護保険サービスの指定状況                                                         |                              | [     ] 0. 通常の指定・1. 共生型               |                      |
| 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。

★・『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、「フリーダイヤル」「代」のような文字は使用せず、「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。メールアドレスではありません。

## ■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」 当該事業所の指定地域密着型サービス基準第 21 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 42 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。

★・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】

### ●「届け出年月日」

夜間及び深夜の指定地域密着型通所介護以外のサービス（宿泊サービス）に関して、指定地域密着型サービス基準第 22 条第 4 項に規定する指定権者に届出をした年月日を記載すること。

★・宿泊サービスの実施に関する届出内容との整合性にご注意ください。

・まだ届出を提出していない場合は、届出後に記入してください。

## ■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。

## ■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、介護保険法第 78 条の 2 の 2 に定める共生型地域密着型サービス事業者の特例を活用して地域密着型通所介護事業所としての指定を受けた場合、「1. 共生型」に記すこと。上記に該当しない事業所にあつては、「0. 通常の指定」に記すこと。

### ●「障害福祉サービスの指定状況」

当該事業所が、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス事業等の人員、設備及び運営に関する基準」第 94 条、第 163 条、第 172 条に定める基準該当生活介護事業者、基準該当自立訓練（機能訓練）事業者、基準該当自立訓練（生活訓練）事業者や、「児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準」第 54 条の 6、第 71 条の 3 に定める基準該当児童発達支援事業者、基準該当放課後等デイサービス事業者として、基準該当生活介護、基準該当自立訓練（機能訓練）、基準該当自立訓練（生活訓練）、基準該当児童発達支援、基準該当放課後等デイサービスを提供する場合、「3. 基準該当」に記すこと。また当該事業所が、障害者総合支援法第 41 条の 2 に定める共生型障害福祉サービス事業者の特例や児童福祉法第 21 条の 5 の 17 に定める共生型障害児通所支援事業者の特例を活用して、生活介護事業所、自立訓練（機能訓練）事業所、自立訓練（生活訓練）事業所、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所としての指定を受けた場合、「2. 共生型」に記すこと。2 及び 3 には該当せず、障害者総合支援法第 36 条、児童福祉法第 21 条の 5 の 15 により生活介護事業所、自立訓練（機能訓練）事業所、自立訓練（生活訓練）事業所、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所としての指定を受けた場合、「1. 通常の指定」に記すこと。1 から 3 のいずれにも該当しない場合、「0. なし」に記すこと。

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

【介護保険の指定状況→「通常の指定」を選択】

【障害福祉サービスの指定状況→「なし」を選択】

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

## ■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、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<br>人数 |
|                                                                                                 | 専従 | 兼務 | 専従  | 兼務 |     |            |
| 生活相談員                                                                                           | 人  | 人  | 人   | 人  | 0 人 | 人          |
| 看護職員                                                                                            | 人  | 人  | 人   | 人  | 0 人 | 人          |
| 介護職員                                                                                            | 人  | 人  | 人   | 人  | 0 人 | 人          |
| 機能訓練指導員                                                                                         | 人  | 人  | 人   | 人  | 0 人 | 人          |
| 歯科衛生士                                                                                           | 人  | 人  | 人   | 人  | 0 人 | 人          |
| 管理栄養士                                                                                           | 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。 |    |    |     |    |     |            |

#### ★＜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。
- ・総合事業を一体的に運営している場合でも、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。
- ・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、全ての職種を勤務形態一覧表に記入して、計算してください。
- ・お手元に勤務形態一覧表がない場合は、指定を受けた各市町村発表の運営状況点検書などをご参照ください。

#### ★＜調査票への記入手順＞

- 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。
- 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。
  - ・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。
  - ・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。

- ・複数単位ある場合も、単位ごとではなく、事業所全体としての各職種の実人数を記入し、常勤換算人数を計算してください。

## ■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

### ●「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。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 生活相談員（指定地域密着型サービス基準第 20 条第 1 項第 1 号に規定する「生活相談員」をいう。以下、同じ。）
- ② 看護職員（指定地域密着型サービス基準第 20 条第 1 項第 2 号に規定する「看護職員」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 20 条第 1 項第 3 号に規定する「介護職員」をいう。以下、同じ。）
- ④ 機能訓練指導員（指定地域密着型サービス基準第 20 条第 1 項第 4 号に規定する「機能訓練指導員」をいう。以下、同じ。）
- ⑤ 歯科衛生士
- ⑥ 管理栄養士
- ⑦ 事務員
- ⑧ 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  |

|                       |    |    |     |    |
|-----------------------|----|----|-----|----|
| 従業者である機能訓練指導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 |
| 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  |
| 看護師及び准看護師             | 人  | 人  | 人   | 人  |
| 柔道整復師                 | 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  |

|                     |    |    |     |    |
|---------------------|----|----|-----|----|
| 従業者である生活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 |
| 社会福祉士               | 人  | 人  | 人   | 人  |
| 社会福祉主事              | 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)                     |  |  |                         |  |

|                      |  |  |   |  |
|----------------------|--|--|---|--|
| 看護職員及び介護職員1人当たりの利用者数 |  |  | 人 |  |
|----------------------|--|--|---|--|

|                                  |   |   |   |       |
|----------------------------------|---|---|---|-------|
| 宿泊サービスの提供時間帯を通じて配置する職員数          |   |   |   |       |
| 通常時の人数                           | 人 |   |   |       |
| 時間帯での増員(※時間帯での増員を行っていない場合は記載は不要) |   |   |   |       |
| 夕食介助                             | 時 | 分 | ～ | 時 分 人 |
| 朝食介助                             | 時 | 分 | ～ | 時 分 人 |

|                        |                         |  |  |  |
|------------------------|-------------------------|--|--|--|
| 宿泊サービス提供時に配置する職員の保有資格等 |                         |  |  |  |
| 看護職員                   | [     ]    0. なし・ 1. あり |  |  |  |
| 介護福祉士                  | [     ]    0. なし・ 1. あり |  |  |  |
| 上記以外の介護職員              | [     ]    0. なし・ 1. あり |  |  |  |
| その他有資格者                | [                       |  |  |  |

### ●「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。

### ●「従業者である機能訓練指導員が有している資格」

以下の資格を有する機能訓練指導員について、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理学療法士
- ②作業療法士
- ③言語聴覚士
- ④看護師及び准看護師
- ⑤柔道整復師
- ⑥あん摩マッサージ指圧師
- ⑦はり師
- ⑧きゅう師

※複数の資格を取得している場合は、重複計上すること。

★「従業者である機能訓練指導員が有している資格」では、上記の資格以外（介護福祉士など）の記入は不要です。

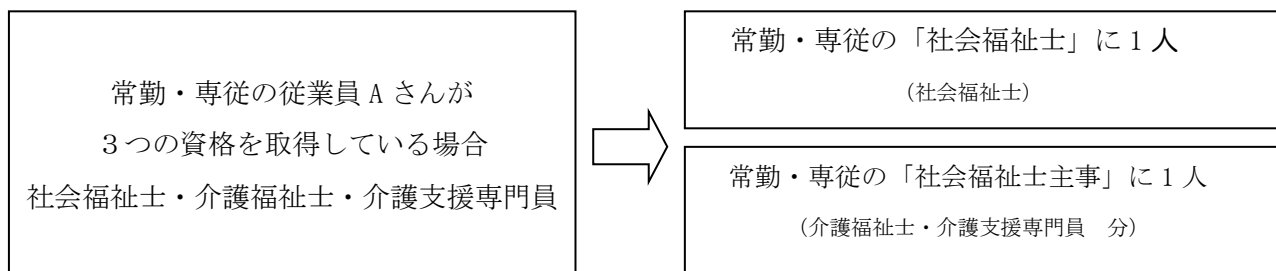
### ●「従業者である生活相談員が有している資格」

以下の資格を有する生活相談員について、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それぞれ記載すること。

- ①社会福祉士
- ②社会福祉主事

★「社会福祉士」以外の要件を満たしている場合は、「社会福祉主事」の欄に記入してください。

★ 資格欄の記載例



- ・生活相談員は、次の資格要件のうち、いずれかに該当する者を配置してください。

①社会福祉士

②社会福祉主事（社会福祉法第 19 条第 1 項各号のいずれかに該当する者）

③介護福祉士

④介護支援専門員

⑤介護保険施設又は通所系サービス事業所において、常勤で 2 年以上（勤務日数 360 日以上）

介護等の業務に従事した者（直接処遇職員に限る）

## ●「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。

## ●「看護職員及び介護職員 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。

「4 介護サービスの内容に関する事項」の「介護サービスの内容等」の「利用定員」の利用定員を、「実人数」の②及び③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、利用定員には宿泊サービスの利用定員は含まない。また、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。

## ★《看護職員及び介護職員 1 人当たりの利用者数》

計算式

|                                                                 |   |                                  |
|-----------------------------------------------------------------|---|----------------------------------|
| <p>地域密着型通所介護の利用定員</p> <p>※同時に地域密着型通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限</p> | ÷ | <p>看護職員及び介護職員の<br/>常勤換算人数の合計</p> |
|-----------------------------------------------------------------|---|----------------------------------|

※以下の点にご注意のうえ、算出してください

- ・宿泊サービスの利用定員は含めません。

【例外】看護職員及び介護職員の常勤換算人数の合計が「1」未満で「1 人当たりの利用者数」が「利用定員数」より多くなる場合は、「利用定員数」を記入してください。



●「宿泊サービスの提供時間帯を通じて配置する職員数」

夜間及び深夜の通所介護以外のサービス（宿泊サービス）を実施するにあたり、当該業務に従事する者の人数、該当時間等をそれぞれ記載すること。

- ① 通常時の人数
- ② 時間帯での増員（※時間帯での増員を行っていない場合は記載は不要）
  - a. 夕食介助
  - b. 朝食介助

●「宿泊サービス提供時に配置する職員の保有資格等」

当該サービス提供時に配置する職員の保有資格において、「看護職員」「介護福祉士」「上記以外の介護職員」の資格を有している場合には、「あり」に記すとともに、その他の資格を有する場合はその資格名称を記載すること。

★・宿泊サービスの実施に関する届出内容との整合性に注意してください。

- ・まだ届出を提出していない場合は、届出後に記入してください。

| 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                                          | 生活相談員 |       | 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    |
| 区分                                          | 介護職員  |       | 機能訓練指導員                 |      |
|                                             | 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年間の生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導員の採用者数を、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年間の生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導員の退職者数を、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。

### ★【2025年4月1日～2026年3月31日の状況を報告】

- ・同法人内での移動は、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」

生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導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。
- ・基本情報3の「職種別従業者の実人数」との整合性にご注意ください。
- ・経験年数には、他の通所介護・地域密着型通所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。

## ■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

・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 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                  | 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                      |    |   |   |   |     |
| <宿泊サービスに関して><br>サービスの提供時間 | 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 29 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。また、複数単位ある場合は、利用定員が一番多い単位の時間帯を記入すること。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 29 条に規定する運営規程等と整合性を図ること。

★「運営規程」等の記載にある地域密着型通所介護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。

#### ●「<宿泊サービスに関して>サービスの提供時間」

当該サービスの提供にあたり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」欄には当該サービスの提供にあたり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、指定地域密着型サービス基準第 29 条に規定する運営規程と整合性を図ること。

★・自治体への届出内容との整合性にご注意ください。未届出の場合は届出後に記入してください。

| 利用可能な時間帯              |                      |                 |   |                                                 |
|-----------------------|----------------------|-----------------|---|-------------------------------------------------|
| サービス提供所要時間            |                      | (サービスが提供される時間帯) |   |                                                 |
| 2時間以上3時間未満            | [     ] 0. なし・ 1. あり | 時               | 分 | ～                      時                      分 |
| 3時間以上4時間未満            | [     ] 0. なし・ 1. あり | 時               | 分 | ～                      時                      分 |
| 4時間以上5時間未満            | [     ] 0. なし・ 1. あり | 時               | 分 | ～                      時                      分 |
| 5時間以上6時間未満            | [     ] 0. なし・ 1. あり | 時               | 分 | ～                      時                      分 |
| 6時間以上7時間未満            | [     ] 0. なし・ 1. あり | 時               | 分 | ～                      時                      分 |
| 7時間以上8時間未満            | [     ] 0. なし・ 1. あり | 時               | 分 | ～                      時                      分 |
| 8時間以上9時間未満            | [     ] 0. なし・ 1. あり | 時               | 分 | ～                      時                      分 |
| 9時間以上10時間未満           | [     ] 0. なし・ 1. あり | 時               | 分 | ～                      時                      分 |
| 10時間以上11時間未満          | [     ] 0. なし・ 1. あり | 時               | 分 | ～                      時                      分 |
| 11時間以上12時間未満          | [     ] 0. なし・ 1. あり | 時               | 分 | ～                      時                      分 |
| 12時間以上13時間未満          | [     ] 0. なし・ 1. あり | 時               | 分 | ～                      時                      分 |
| 13時間以上14時間未満          | [     ] 0. なし・ 1. あり | 時               | 分 | ～                      時                      分 |
| 宿泊サービス                | [     ] 0. なし・ 1. あり | 時               | 分 | ～                      時                      分 |
| 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 |                      |                 |   |                                                 |
|                       |                      |                 |   |                                                 |

### ● 「利用可能な時間帯」

利用者が指定地域密着型サービス基準第 19 条に規定する指定地域密着型通所介護を利用することが可能な所要時間について、サービス提供所要時間の 2 時間以上 3 時間未満、3 時間以上 4 時間未満、4 時間以上 5 時間未満、5 時間以上 6 時間未満、6 時間以上 7 時間未満、7 時間以上 8 時間未満、8 時間以上 9 時間未満、9 時間以上 10 時間未満、10 時間以上 11 時間未満、11 時間以上 12 時間未満、12 時間以上 13 時間未満、13 時間以上 14 時間未満及び宿泊サービスのそれぞれの欄に該当する場合に「あり」に記すとともに、そのサービス提供所要時間のサービスが提供される時間帯をそれぞれ記載すること。なお、「留意事項」欄には、指定地域密着型通所介護を利用できる時間に関する制限事項等について記載すること。また、複数単位ある場合は、利用定員が一番多い単位の時間帯を記入すること。2 単位目以降は、必要に応じて「留意事項」欄に記載すること。

★・『留意事項』には、以下のケース等、利用可能時間帯に関する留意事項があれば記入してください。

- ①複数単位のサービスを実施している場合は、2 単位目以降の時間帯。
- ②利用者の事情等により、届け出ている提供時間より短時間、長時間の対応も可能な場合
- ・ 宿泊サービスを提供している場合は、「あり」にチェックを入れ、「利用可能な時間帯」は届出内容との整合性にご注意ください。まだ届出を提出していない場合は、届出後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 24 条第 3 項第 1 号に規定する送迎に要する費用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、指定地域密着型サービス基準第 29 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

介護報酬の加算状況(記入日前月から直近1年間の状況)

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| 生活相談員配置等加算             | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 入浴介助加算(Ⅰ)              | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 入浴介助加算(Ⅱ)              | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 中重度者ケア体制加算             | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ)          | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ)          | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ           | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ           | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ)            | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| ADL維持等加算(Ⅰ)            | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| ADL維持等加算(Ⅱ)            | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 認知症加算                  | [    ] 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 |
| 栄養アセスメント加算             | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 栄養改善加算                 | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)      | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)      | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ)            | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ)            | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 科学的介護推進体制加算            | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)        | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ)        | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ)        | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ        | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ        | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ        | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ        | [    ] 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 |
| 利用者の送迎の実施              | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 送迎時における居宅内介助等の実施       | [    ] 0. なし・ 1. あり |
| 利用定員                   |                     |
| 指定地域密着型通所介護事業所         | 人                   |
| 宿泊サービス                 | 人                   |

## ■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。

### ★【記入年月日の前月時点での加算算定状況を報告】

- ・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。

### ●「利用者の送迎の実施」

指定地域密着型通所介護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。

### ●「送迎時における居宅内介助等の実施」

指定地域密着型通所介護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時に居宅内介助（電気の消灯・点灯、着替え、ベッドへの移乗、窓の施錠等）を実施している場合には「あり」に記すこと。

### ●「利用定員」

当該事業所の利用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29条に規定する運営規程等との整合性を図ること。

- ①指定地域密着型通所介護事業所
- ②宿泊サービス

★指定地域密着型通所介護事業所の利用定員は、同時に地域密着型通所介護の提供を受けることができる利用者数の上限を記入してください。

|                                                  |  |      |      |      |           |      |     |
|--------------------------------------------------|--|------|------|------|-----------|------|-----|
| 運営推進会議の開催状況（前年度）                                 |  |      |      |      |           |      |     |
| （開催実績）                                           |  |      |      |      | （参加者延べ人数） | 人    |     |
| （協議内容等）                                          |  |      |      |      |           |      |     |
| 地域・市町村との連携状況                                     |  |      |      |      |           |      |     |
| 介護サービスの利用者（要介護者）への提供実績（記入日前月の状況）※総合事業利用者は含めないこと  |  |      |      |      |           |      |     |
| 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  |
|                                                  |  | 人    | 人    | 人    | 人         | 人    | 0 人 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームに居住する者の人数 |  | 人    | 人    | 人    | 人         | 人    | 0 人 |
| （前年同月の提供実績）                                      |  | 人    | 人    | 人    | 人         | 人    | 0 人 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームに居住する者の人数 |  | 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。                       |  |      |      |      |           |      |     |
| <宿泊サービスに関して><br>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  |
|                                                  |  | 人    | 人    | 人    | 人         | 人    | 0 人 |
| （前年同月の提供実績）                                      |  | 人    | 人    | 人    | 人         | 人    | 0 人 |



●「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 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 2025 年 4 月 1 日～2026 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。

■介護サービスの利用者への提供実績

●「利用者の人数」

記入年月日の前月における介護報酬を請求した介護サービスの利用者数及びその前年同月に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。

上記利用者数のうち、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームに居住する者の人数について、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。

★【記入年月日の前月及びその前年同月の実績を報告】

- ・介護報酬を請求した利用者数を、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。
- ・上段には記入年月日の前月の人数を、下段にはその前年同月の人数を記入してください。

●「＜宿泊サービスに関して＞利用者の人数」

記入年月日の前月における当該サービスの利用者数及びその前年同月における当該サービスの利用者数について、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。

★【記入年月日の前月及びその前年同月の実績を報告】

- ・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。

介護サービスを提供する事業所、設備等の状況

|                       |      |                            |      |                  |             |                     |   |  |
|-----------------------|------|----------------------------|------|------------------|-------------|---------------------|---|--|
| 建物の構造                 |      | 地上階                        | 階    |                  | 地下階         | 階                   |   |  |
| 当該事業所の設置階             |      | 階                          | 階    | 階                | 階           | 階                   | 階 |  |
| 送迎車輛の有無               |      | [    ] 0. なし・ 1. あり (その台数) |      | 台                |             |                     |   |  |
| リフト車輛の設置状況            |      | [    ] 0. なし・ 1. あり (その台数) |      | 台                |             |                     |   |  |
| 他の車輛の形態               |      | [    ] 0. なし・ 1. あり (その内容) |      |                  |             |                     |   |  |
| 食堂の面積                 |      | ㎡                          |      | 機能訓練室の面積         |             | ㎡                   |   |  |
| 食堂及び機能訓練室の利用者1人当たりの面積 |      |                            |      |                  |             | ㎡                   |   |  |
| 静養室の面積                |      | ㎡                          |      | 相談室の面積           |             | ㎡                   |   |  |
| 宿泊室の状況                |      |                            |      |                  |             |                     |   |  |
| 個室                    | 合計室数 | 室                          | 床面積  | ㎡                | ㎡           | ㎡                   | ㎡ |  |
|                       |      |                            |      | ㎡                | ㎡           | ㎡                   | ㎡ |  |
| 個室以外                  | 合計室数 | 場所                         | 利用定員 | 床面積              | プライバシー確保の方法 |                     |   |  |
|                       |      |                            |      |                  | 室           | 人                   | ㎡ |  |
|                       |      |                            |      |                  |             | 人                   | ㎡ |  |
|                       |      |                            |      |                  |             | 人                   | ㎡ |  |
|                       |      |                            |      |                  |             | 人                   | ㎡ |  |
|                       |      |                            |      |                  |             | 人                   | ㎡ |  |
| 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                  |   |  |
| 浴室の設備の状況              |      |                            |      |                  |             |                     |   |  |
| 浴室の総数                 |      |                            |      |                  |             | か所                  |   |  |
| 個浴                    |      | 大浴槽                        |      | 特殊浴槽             |             | リフト浴                |   |  |
| か所                    |      | か所                         |      | か所               |             | か所                  |   |  |
| その他の浴室の設備の状況          |      |                            |      |                  |             |                     |   |  |
| 消火設備等の状況              |      |                            |      |                  |             |                     |   |  |
| 消火器                   |      |                            |      |                  |             | [    ] 0. なし・ 1. あり |   |  |
| スプリンクラー設備             |      |                            |      |                  |             | [    ] 0. なし・ 1. あり |   |  |
| 自動火災報知設備              |      |                            |      |                  |             | [    ] 0. なし・ 1. あり |   |  |
| 消防機関へ通報する火災報知設備       |      |                            |      |                  |             | [    ] 0. なし・ 1. あり |   |  |
| その他                   |      |                            |      |                  |             | [    ] 0. なし・ 1. あり |   |  |
| (その名称)                |      |                            |      |                  |             |                     |   |  |
| 福祉用具の設置状況             |      |                            |      |                  |             |                     |   |  |
| 車いす                   |      |                            |      |                  |             | [    ] 0. なし・ 1. あり |   |  |
| 歩行補助つえ                |      |                            |      |                  |             | [    ] 0. なし・ 1. あり |   |  |
| 歩行器                   |      |                            |      |                  |             | [    ] 0. なし・ 1. あり |   |  |
| その他                   |      |                            |      |                  |             | [    ] 0. なし・ 1. あり |   |  |
| (その名称)                |      |                            |      |                  |             |                     |   |  |

## ■介護サービスを提供する事業所、設備等の状況

### ●「建物の構造」

#### a 「地上階」

当該事業所を置いている建物の地上の階数を記載すること。

#### b 「地下階」

当該事業所を置いている建物の地下の階数を記載すること。

★地下階がない場合は「0」を記入してください。

#### c 「当該事業所の配置階」

当該事業所を置いている階数をそれぞれ記載すること。

★地下階の場合は数字の前に「-」（半角のマイナス）を入力してください。

例) 地下1階の場合は「-1」

### ●「送迎車輛の有無」

当該事業所が利用者の送迎のための車輛を有している場合には、「あり」に記すとともに、車輛の保有台数を記載すること。「リフト車輛の設置状況」欄には、送迎車輛のうち、当該事業所が利用者の送迎のための車いすに対応可能なリフト車輛（以下「リフト車輛」という。）を有している場合には、「あり」に記すとともに、リフト車輛の保有台数を記載すること。「他の車輛の形態」欄には、リフト車輛以外で特記すべき車両を有している場合には、「あり」に記すとともに、特記すべき主な車輛の形態、特徴等を記載すること。

### ●「食堂の面積」

食堂の面積を平方メートルを用いて記載すること。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22条第2項に規定する設備の基準等との整合性を図ること。

### ●「機能訓練室の面積」

機能訓練室の面積を平方メートルを用いて記載すること。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22条第2項に規定する設備の基準等との整合性を図ること。

### ●「食堂及び機能訓練室の利用者1人当たりの面積」

食堂及び機能訓練室の面積を利用定員数で除した数を、平方メートルを用いて記載すること。

#### ★「食堂の面積」「機能訓練室の面積」の注意点

- ・食事を提供する、しないにかかわらず、指定基準上食堂は必置です。食堂と機能訓練室が兼用の場合は「食堂の面積」と「機能訓練室の面積」に同じ面積を記入します。小数点第3位以下を切り捨て、第2位まで記入してください。

「食堂及び機能訓練室の利用者1人当たりの面積」の注意点

- ・食堂と機能訓練室の総面積（兼用の場合はいずれかの面積）を『利用定員※』で割り算出してください。面積の計算結果は小数点第3位を切り捨て、小数点第2位まで記入してください。

※地域密着型通所介護の利用定員は、同時に地域密着型通所介護の提供を受けることができる利用者数の上限です。

### ●「静養室の面積」

静養室の面積を平方メートルを用いて記載すること。

### ●「相談室の面積」

相談室の面積を平方メートルを用いて記載すること。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 22 条第 2 項に規定する設備の基準等との整合性を図ること。

### ●「宿泊室の状況」

宿泊サービスが利用できる、宿泊室について記載すること。

①個室・・・ 合計室数と各室の床面積を平方メートルを用いて記載すること。

②個室以外・・・ 合計室数と、それぞれの室ごとに場所、利用定員、床面積（平方メートルを用いる）並びにプライバシー確保の方法について記載すること。

★・宿泊サービスの実施に関する届出の内容との整合性にご注意ください。

・まだ届出を提出していない場合は、届出後に「宿泊室の状況」を記入してください。

・個室面積が同じ場合でも、すべての個室の床面積を記入してください。

### ●「便所の設置数」

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。

### ●「浴室の設備の状況」

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の状況」欄には、浴室に関する留意事項等について記載すること。

★・『浴室の総数』には浴室の室数を記入してください。

・『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。

### ●「消火設備等の状況」

消火設備等の設備を有している場合には、下記①から④の種類ごとに「あり」に記すとともに、下記①から④に該当しないものを有している場合には「あり」に記すとともに、「その名称」欄にその内容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 22 条第 1 項に規定する設備の基準等との整合性を図ること。

①消火器

②スプリンクラー設備

③自動火災報知設備

④消防機関へ通報する火災報知設備

⑤その他（その名称）

### ●「福祉用具の設置状況」

利用者が利用することが可能な車いす、歩行補助つえ、歩行器の設備を有している場合には、それぞれ「あり」に記すこと。さらに、「その他」欄には、車いす、歩行補助つえ、歩行器以外の利用者が自立して行うことを補助する福祉用具を有している場合には、「あり」に記すとともに、その名称を記載すること。

| 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 |       |
| 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<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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |   |                         |       |
| 当該結果の一部の公表の同意                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |   | [     ]    0. なし・ 1. あり |       |
| 評価機関による総評                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |   |                         |       |
| 事業所のコメント                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |   |                         |       |
| <p>※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。)</p> <p>※評価機関による総評、事業所のコメントは「福祉サービス第三者評価に関する指針」(平成26年4月1日付け雇児発0401第12号、社援発0401第33号、老発0401第11号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、社会・援護局長、老健局長連名通知)別添5「福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン」で示される、「⑥総評(特に評価の高い点、改善を求められる点)」及び「⑦第三者評価結果 に対する施設・事業所のコメント」に相当するもの。</p> |    |   |                         |       |

## ■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。
- ・対応している時間は24時間制で、24時間対応の場合は「0時00分～24時00分」と記入してください。
- ・『留意事項』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37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。

- ★〈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
  - ・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、その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」の欄の、「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。

また、評価結果の一部として、「評価機関による総評」(※)及び「事業所のコメント」(※)を公表することに同意する場合には、「あり」に記すとともに、その内容を記載すること。ただし、既に、ホームページ上で、評価結果を開示し、その掲載アドレスを記載している場合には不要とする。

※「福祉サービス第三者評価に関する指針」（平成26年4月1日付け雇児発0401第12号、社援発0401第33号、老発0401第11号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、社会・援護局長、老健局長連名通知）別添5「福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン」で示される、「⑥総評（特に評価の高い点、改善を求められる点）」及び「⑦第三者評価結果 に対する施設・事業所のコメント」に相当するもの。

★ 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の地域の利用者に対して行う送迎の費用の額及びその算定方法              |    |                         |    |
|                                                                 |    |                         |    |
| 利用者の選定により、通常要する時間を超えるサービスを提供する場合の費用の額及びその算定方法                   |    |                         |    |
|                                                                 |    |                         |    |
| 食事の提供に要する費用の額及びその算定方法                                           |    |                         |    |
|                                                                 |    |                         |    |
| おむつ代及びその算定方法                                                    |    |                         |    |
|                                                                 |    |                         |    |
| 当該介護サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用(日常生活費)の額及びその算定方法 |    |                         |    |
|                                                                 |    |                         |    |
| 宿泊サービスの提供に要する経費                                                 |    |                         |    |
| (1泊当たりの利用料金)                                                    | 宿泊 | 夕食                      | 朝食 |
|                                                                 | 円  | 円                       | 円  |
| 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)                                                     |    |                         |    |
| 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の実施の有無                                       |    | [     ]    0. なし・ 1. あり |    |

### ■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の地域の利用者に対して行う送迎の費用の額及びその算定方法」

指定地域密着型サービス基準第24条第3項第1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、その旨を記載すること。

- ★〈記載例〉「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。」

「通常の事業の実施地域を越えた時点から片道1kmごとに～円。」等

- 「利用者の選定により、通常要する時間を超えるサービスを提供する場合の費用の額及びその算定方法」

指定地域密着型サービス基準第24条第3項第2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、その旨を記載すること。

- ★〈記載例〉「通常の時間を超えるサービスは、提供していない」「1時間～円」

- 「食事の提供に要する費用の額及びその算定方法」

指定地域密着型サービス基準第24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、その旨を記載すること。

- ★〈記載例〉「昼食代～円 おやつ代～円。(税込)」

- 「おむつ代及びその算定方法」

指定地域密着型サービス基準第24条第3項第4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、その旨を記載すること。

- ★〈記載例〉「おむつ1枚～円。パット1枚～円」等



●「当該介護サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用（日常生活費）の額及びその算定方法」

指定地域密着型サービス基準第 24 条第 3 項第 5 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、その旨を記載すること。

★重要事項説明書、料金表と整合性にご注意ください。

●「宿泊サービスの提供に要する経費」

宿泊サービスの提供にあたり、1 泊あたりの費用の額を記載すること。

①宿泊、 ②夕食、 ③朝食

★・宿泊サービスの実施に関する届出内容との整合性に、ご注意ください。

- ・まだ届出を提出していない場合は、届出後に記入してください。
- ・宿泊料金設定額が複数ある場合は小数点以下繰り上げで設定額の平均額を算出してください。
- ・当該項目は「～」などの記号の記入や複数価格帯の併記はできません。ご注意ください。

■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、算定方法等を記載すること。

★〈記載例〉「サービスを利用する前日の～時までに連絡がなかった場合、食事代の分として～円頂きます。」

■社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の実施の有無

「低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の減免制度の実施について（平成 12 年 5 月 1 日老発第 474 号）」別添 2 に規定する社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額減免制度事業を市区町村が実施している場合であって、当該減免制度を実施している場合には「あり」に記すこと。

★生活保護受給者のことではありません。