

# 介護サービス情報記入マニュアル

## 訪問看護

令和6年度版

2ページ 提出作業の流れ

3～10ページ 手順1 基本情報

11ページ 手順2 運営情報

12ページ 手順3～5について

---

介護サービス情報公表センター  
大阪府社会福祉協議会

お問い合わせ: TEL 06-6762-9476・9471 / FAX 06-6764-5374

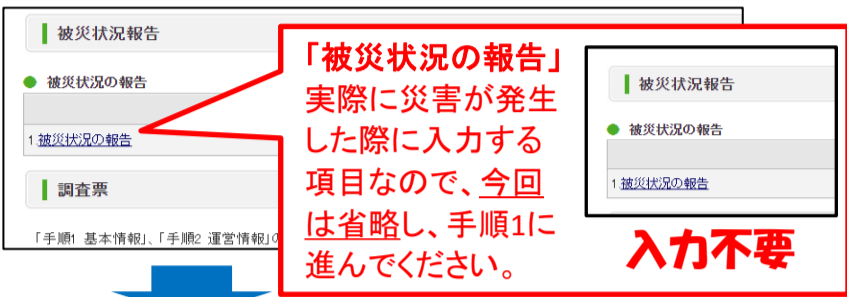
# 提出作業の流れ

## ① トップページ (ログイン後)



↓下に進む

画面をスクロールして下に進む。



「手順1 基本情報」の「1 法人情報」をクリック。

## ② 手順1 基本情報

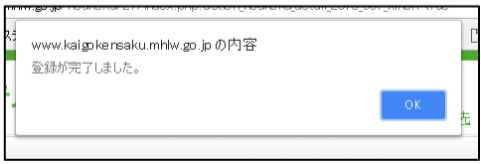


基本情報および全てのタブの情報を記入。  
★本マニュアル3ページ目からの項目の解説を確認のうえ入力してください。

記入した内容をチェックして登録する

全てを記入し終わったら「記入した内容をチェックして登録する」ボタンをクリック。記入漏れや不備がある場合はメッセージが表示されるので、メッセージに従い修正する。

完了の場合、下記のメッセージが画面上に表示される。「OK」をクリック。



画面右下の「全画面に戻る」をクリックしてトップ

前画面に戻る

「保存していないデータは破棄されます」というメッセージが出現するが、登録が完了しているのであれば、そのままOKを押して次に進む。

## ③ 手順2 運営情報 (新規事業所は対象外につき入力不要)



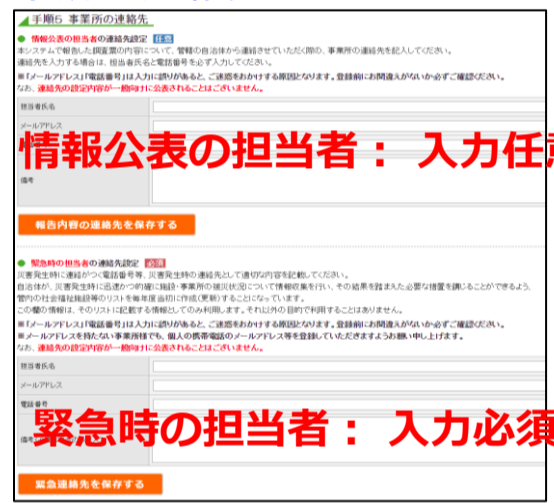
運営情報は「あり・なし」で回答。全て記入し、「記入した内容をチェックして登録する」ボタンをクリック。「前画面に戻る」でトップページへ戻る。(手順は基本情報と同じ)

- ・手順3 事業所の特色：提出後に入力
- ・手順4 独自項目：提出後に入力(一部入力不可)



「手順3」と「手順4」は、ここでは省略し、次の手順へ進む。(詳細は本マニュアルの最終ページに記載)

## ④ 事業所の連絡先



「手順5 事業所の連絡先」を記入。「情報公表の担当者の連絡先設定」は空白のままでも提出可能。「緊急時の担当者の連絡先設定」は入力必須。「担当者・メール・電話番号」を全て入力。なお、「メール・電話番号」は半角で入力。

## ⑤ 調査票の提出



連絡先の設定が終わると「提出する」のボタンが赤く変化する。



最終確認画面が表示される。問題が無ければ「提出する」ボタンをクリック。(これで提出完了です。)

# 手順1 基本情報

**黄色** 記入必須の項目

**白色** 該当する場合は記入

**赤文字** = 今年度から追加された項目

計画年度	2024 年度	記入年月日	年 月 日
記入者名		所属・職名	

【計画年度】  
2024年度計画であることを確認

【記入年月日】  
年は西暦(2024)で記入

※記入年月日は基本情報を記入する上での基準日となります。

【記入者名／所属・職名】  
実際に入力を担当する者の名前および所属・職名を入力。  
※「記入者名」および「所属・職名」の欄は一般には公表されません。

## 1. 事業所を運営する法人等に関する事項

法人等の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先

法人等の名称	法人等の種類	<input type="radio"/> 社会福祉法人(社協以外) <input type="radio"/> 社会福祉法人(社協) <input type="radio"/> 医療法人 <input type="radio"/> 社団・財団 <input type="radio"/> 営利法人 <input type="radio"/> NPO法人 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 生協 <input type="radio"/> その他法人 <input type="radio"/> 地方公共団体(都道府県) <input type="radio"/> 地方公共団体(市町村) <input type="radio"/> 地方公共団体(広域連合・一部事務組合等) <input type="radio"/> その他
	(その他の場合、その名称)	
	名称	(ふりがな)
	法人番号の有無	<input type="radio"/> 法人番号の指定を受けていない・ <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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		

### ◆法人等の名称について

・法人等の種類  
株式会社  
有限会社  
合同会社等  
⇒「営利法人」

一般社団法人  
社会医療法人等  
⇒「社団・財団」  
または「医療法人」

個人病院  
⇒「その他」+ その名称を記入

・法人番号の有無、法人番号  
令和5年度より、法人番号の公表が必須となりました。  
(下記の「法人番号とは」参照)

必ず「あり」を選択する。

・http:// から記載する  
※「http://」を省略するとホームページアドレスとして認識しません。

・入力誤りを防ぐため、「コピー⇒貼り付け」を推奨。  
(載せたいホームページアドレスをコピーし、項目欄に貼り付ける)

・事業所の説明も兼ねた法人ホームページであれば、事業所に関する事項のホームページアドレス欄にも同じアドレスの記入も可。

・メールアドレスの記載は不可。

### 注意: FAX番号の記入誤りにお気をつけください!!

この度、事業所からご報告いただいたFAX番号に誤りがあり、その番号が個人宅のものであったため、度重なる誤FAXの受信により、多大なご迷惑をお掛けするといった事案が発生いたしました。

大阪府ではこの度の事態を厳粛に受け止め、再発防止に向け、対象事業者の皆様にご迷惑を電話番号、FAX番号の報告時における再確認をお願いしておりますところですので。

本案件の趣旨をご理解いただき、報告時にはご配慮いただきますようお願いいたします。

### ～ 法人番号とは ～

行政手続における特定の個人を識別するための13桁の番号で、特段、届出手続等を要することなく、平成27年から全国の法人に対して国税庁長官が法人番号を指定し、「法人番号指定通知書」により通知を行いました。原則としてインターネット上で公表され、誰もが自由に利用することが可能です。また、法人番号は支店や事業所単位ではなく、1法人に対し1番号のみ指定されます。

#### ・法人番号が分からない場合

- ①「法人番号公表サイト」にアクセス(「法人番号公表サイト」で検索すると一番にヒットします)
- ②「法人の商号及び所在地などから法人番号を調べる」より法人名を入力
- ③「部分一致検索」にチェックを入れて画面下の「検索」ボタンをクリック

#### ・法人を有さない個人病院等の場合

法人番号を有さない場合は「法人番号の指定を受けていない」にチェックを入れる。

#### ・法人番号を入力するとエラーが出る場合

「法人番号に紐づく法人名称と本システムに入力した法人名称が異なります」という注意が出た場合、法人名にスペース(空白)が含まれている又は「株式会社」「社会福祉法人」「医療法人」等の表記が抜けていることが考えられますが、自法人であることが明らかな場合は確定ボタンを押しても差し支えありません。

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）
<b>&lt; 居宅サービス &gt;</b>			
訪問介護	○なし ○あり		
訪問入浴介護	○なし ○あり		
訪問看護	○なし ○あり		
訪問リハビリテーション	○なし ○あり		
居宅療養管理指導	○なし ○あり		
通所介護	○なし ○あり		
通所リハビリテーション	○なし ○あり		
短期入所生活介護	○なし ○あり		
短期入所療養介護	○なし ○あり		
特定施設入居者生活介護	○なし ○あり		
福祉用具貸与	○なし ○あり		
特定福祉用具販売	○なし ○あり		
<b>&lt; 地域密着型サービス &gt;</b>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	○なし ○あり		
夜間対応型訪問介護	○なし ○あり		
地域密着型通所介護	○なし ○あり		
認知症対応型通所介護	○なし ○あり		
小規模多機能型居宅介護	○なし ○あり		
認知症対応型共同生活介護	○なし ○あり		
地域密着型特定施設入居者生活介護	○なし ○あり		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	○なし ○あり		
看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	○なし ○あり		
居宅介護支援	○なし ○あり		
<b>&lt; 介護予防サービス &gt;</b>			
介護予防訪問入浴介護	○なし ○あり		
介護予防訪問看護	○なし ○あり		
介護予防訪問リハビリテーション	○なし ○あり		
介護予防居宅療養管理指導	○なし ○あり		
介護予防通所リハビリテーション	○なし ○あり		
介護予防短期入所生活介護	○なし ○あり		
介護予防短期入所療養介護	○なし ○あり		
介護予防特定施設入居者生活介護	○なし ○あり		
介護予防福祉用具貸与	○なし ○あり		
特定介護予防福祉用具販売	○なし ○あり		
<b>&lt; 地域密着型介護予防サービス &gt;</b>			
介護予防認知症対応型通所介護	○なし ○あり		
介護予防小規模多機能型居宅介護	○なし ○あり		
介護予防認知症対応型共同生活介護	○なし ○あり		
介護予防支援	○なし ○あり		
<b>&lt; 介護保険施設 &gt;</b>			
介護老人福祉施設	○なし ○あり		
介護老人保健施設	○なし ○あり		
介護医療院	○なし ○あり		

同じサービス種別で事業所が複数ある場合は、そのうちの主な当該事業所の名称及びその所在地について一つ記入。

地域密着型通所介護には、指定療養通所介護も含まれます。

地域包括支援センター等が該当。  
※新たに指定を受けた居宅介護支援事業所は含まれる。



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 _____ TEL/FAXは半角数字で記入
	FAX番号 _____
	ホームページ ○なし ○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。	
介護保険法第71条に規定する訪問看護のみなし指定	○なし ○あり
生活保護法第54条の2に規定する介護機関(生活保護の介護扶助を行う機関)の指定	○なし ○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	○なし ○あり

※住所は「大阪府」から正確に記入。

※地図設定  
住所記入を終え、Enterを押すと、地図確認画面が出現。赤いのが事業所を示していない場合は手動で微調整を行い、「この位置に修正する」をクリック。「閉じる」をクリックして入力画面に戻る。

※建物名・部屋番号はこちらに分けて記入。

・ホームページを記載する場合、必ず「あり」を選択する。  
・http:// から記載する  
※「http://」を省略するとホームページアドレスとして認識しません。

・入力誤りを防ぐため、「コピー⇒貼り付け」を推奨。  
(載せたいホームページアドレスをコピーし、項目欄に貼り付ける)  
・事業所に関係ある内容であれば法人ホームページの記載も可。  
・メールアドレスの記載は不可。

**注意: FAX番号の記入誤りにお気をつけください!!**  
この度、事業所からご報告いただいたFAX番号に誤りがあり、その番号が個人宅のものであったため、度重なる誤FAXの受信により、多大なご迷惑をお掛けするといった事案が発生いたしました。  
大阪府ではこの度の事態を厳粛に受け止め、再発防止に向け、対象事業者の皆様にご電話番号、FAX番号の報告時における再確認をお願いしておりますところですので、本案件の趣旨をご理解いただき、報告時にはご配慮いただきますようお願いいたします。

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						
病院又は診療所以外の指定訪問看護事業所(指定訪問看護ステーション)					○なし ○あり	
その従業者の数及びその勤務形態						
職種別 実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数
	専従	兼務	専従	兼務		
保健師	人	人	人	人	人	人
看護師	人	人	人	人	人	人
准看護師	人	人	人	人	人	人
助産師	人	人	人	人	人	人
理学療法士	人	人	人	人	人	人
作業療法士	人	人	人	人	人	人
言語聴覚士	人	人	人	人	人	人
事務員	人	人	人	人	人	人
その他の従業者	人	人	人	人	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。						
管理者の他の職務との兼務の有無					○なし ○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					○なし ○あり	
(資格等の名称)						
保健師、看護師及び准看護師1人当たりの1か月のサービス提供時間数					時間	
病院又は診療所である指定訪問看護事業所					○なし ○あり	
病院・診療所全体の従業者の数及びその勤務形態						
職種別 実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数
	専従	兼務	専従	兼務		
保健師	人	人	人	人	人	人
看護師	人	人	人	人	人	人
准看護師	人	人	人	人	人	人
事務員	人	人	人	人	人	人
その他の従業者	人	人	人	人	人	人
うち指定訪問看護の従業者の数及びその勤務形態						
職種別 実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数
	専従	兼務	専従	兼務		
保健師	人	人	人	人	人	人
看護師	人	人	人	人	人	人
准看護師	人	人	人	人	人	人
事務員	人	人	人	人	人	人
その他の従業者	人	人	人	人	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。						
管理者の他の職務との兼務の有無					○なし ○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					○なし ○あり	
(資格等の名称)						
保健師、看護師及び准看護師1人当たりの1か月のサービス提供時間数					時間	

訪問看護ステーションの従業者について記載する項目。

※ みなし指定事業所の場合は「なし」にチェック。その場合、従業者数、勤務時間、提供時間には全て「0」を記入してください。

常勤換算人数の求め方は下記参照

就業規則等で定められた1週間あたりの労働時間を記入。(例: 40時間)

本項目は基本情報の入力内容を基に自動計算される。(下記※1参照)

指定訪問看護ステーション 記入用

みなし指定訪問看護事業所 記入用

みなし指定の訪問看護事業所の従業者について記載する項目。

※ 指定訪問看護ステーションの場合は「なし」にチェック。その場合、従業者数、勤務時間、提供時間には全て「0」を記入してください。

常勤換算人数の求め方は下記参照

就業規則等で定められた1週間あたりの労働時間を記入。

本項目は基本情報の入力内容を基に自動計算される。(下記※1参照)

【常勤換算人数の求め方】

1週間の勤務時間の合計 ÷ 事業所が定める1週間の勤務時間  
(1週間で求め難い場合は1ヶ月で算出しても良い)

1週間での算出例:

(Aさん40時間 + Bさん20時間 + Cさん40時間 + Dさん15時間) ÷ 40時間  
= 2.8人(小数点第2位から切り捨て)

【※1 保健師、看護師及び准看護師1人当たりの1か月のサービス提供時間数の計算式】

訪問看護(介護予防含む)1か月の提供時間の合計 ÷ 保健師、看護師、准看護師の常勤換算人数の合計  
(自動計算される為、記入不要。)

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	保健師・看護師		准看護師	
	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			○なし	○あり
従業者の教育訓練のための制度、研修その他の従業者の資質向上に向けた取組の実施状況				
事業所で実施している従業者の資質向上に向けた研修等の実施状況				
(その内容)				
認知症に関する取組の実施状況				
認知症介護指導者養成研修修了者の人数		人		
認知症介護実践リーダー研修修了者の人数		人		
認知症介護実践者研修修了者の人数		人		
それ以外の認知症対応力の向上に関する研修を修了した者の人数(認知症介護基礎研修を除く)		人		

採用者数と退職者数を記入。  
人事異動は含めない。  
前年度 = 令和5年度  
(2023/4/1-2024/3/31)

「実人数」の項目で記入した各職種別の従業者についての経験年数(内訳)を常勤・非常勤に分けて記入。  
※実人数と整合性が取れない場合エラーになってしまい登録できません。  
※前年度ではなく記入年月日現在の人数です。  
・以前の職場での経験年数も含める他の事業所で勤務した訪問看護に係る経験年数を含む。

**【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を記入する。事業所が自ら実施したもの又は、外部の研修へ参加したものの別は問わない。

(例) ・看護技術スキルアップ研修・・・訪問看護職員を対象に2時間  
・福祉分野における個人情報保護について・・・全職員を対象に3時間  
・苦情対応マニュアル・・・全職員を対象に3時間  
・防災について学ぶ・・・全職員を対象に3時間  
・管理職の役割とは・・・中堅職員を対象に2時間

**【認知症に関する取組の実施状況】**  
令和3年度から始まった認知症介護基礎研修受講義務づけに伴い、新たに項目が追加されました。

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						
営業時間外の対応状況						
24時間の電話相談の対応状況		○なし ○あり				
急な病状の変化があった場合の訪問看護の対応状況		○なし ○あり				
訪問看護を利用できる時間	平日	時	分	～	時	分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
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						
介護報酬の加算状況(記入日前月から直近1年間の状況)						
緊急時訪問看護加算(Ⅰ)			○なし ○あり			
緊急時訪問看護加算(Ⅱ)			○なし ○あり			
特別管理加算(Ⅰ)			○なし ○あり			
特別管理加算(Ⅱ)			○なし ○あり			
ターミナルケア加算(予防を除く)			○なし ○あり			
退院時共同指導加算			○なし ○あり			
看護・介護職員連携強化加算(予防を除く)			○なし ○あり			
看護体制強化加算(Ⅰ)(予防を除く)			○なし ○あり			
看護体制強化加算(Ⅱ)(予防を除く)			○なし ○あり			
看護体制強化加算(予防のみ)			○なし ○あり			
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)			○なし ○あり			
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)			○なし ○あり			
専門管理加算			○なし ○あり			
遠隔死亡診断補助加算(予防除く)			○なし ○あり			
口腔連携機能加算			○なし ○あり			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携(予防を除く)			○なし ○あり			

運営規定の「事業の目的および運営方針」と整合性の取れた内容を記載。

利用者が指定居宅サービス基準第48条第3項第1号に規定する交通費の額の負担が生じない地域を記載。  
 なお、記載内容については、指定居宅サービス基準第53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53条に規定する運営規程等との整合性を図る。

【介護報酬の加算状況】  
 事前に届出が必要な加算に関しては、記入年月日現在に届出をしていれば「あり」とする(※)  
 ※職種別の従業者の実人数に記載した内容との整合性を図ること。  
 届出を必要としない加算に関しては、記入年月日の前月から直近1年間に実績があれば「あり」とする。



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

【特別な医療処置等の実施状況】  
記入日前月から直近1年間に当該内容について、受け入れた実績があれば「あり」とする。

介護サービスの利用者への提供実績(記入日前月の状況)								
訪問看護の1か月の提供時間						時間		
介護予防訪問看護の1か月の提供時間						時間		
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	人
(前年同月の提供実績)	人	人	人	人	人	人	人	人

記入日の前月の請求実績を元に記入。  
※介護保険適用以外のサービスは含めません。

訪問看護の提供(介護保険適用以外の利用者も含む)実績(記入日前月の状況)					
利用者数	合計	人			
性別	男性	人	女性	人	
	年齢別	10歳未満	人	50歳代	人
		10歳代	人	60歳代	人
		20歳代	人	70歳代	人
		30歳代	人	80歳代	人
		40歳代	人	90歳以上	人

記入日の前月の状況を記入。  
※介護保険適用以外の利用者も含めます。

指示書を受けている医療機関及び医師の数	
医療機関の数	医師の人数
	人

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	○なし ○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 (記入日前月から直近1年間の状況)	○なし ○あり
当該結果の開示状況	○なし ○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)	
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	○なし ○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。)	

※「第三者による評価」とは、福祉サービス第三者評価事業に限定するものではありません。

尚、本制度「介護サービス情報の公表」や、指導監査等は第三者による評価には含まれません。

**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**

介護給付以外のサービスに要する費用	
利用者の選定により、通常の事業の実施地域以外で当該介護サービスを行う場合、それに要する交通費の額及びその算定方法	
利用者の都合により介護サービスを提供できなかった場合に係る費用(キャンセル料)の徴収状況	○なし ○あり
(その額、算定方法等)	

交通費等を徴収していない場合はその旨を記載する。

(例：交通費はいただいておりません。)

## 手順2 運営情報

※2023年(令和5年)1月1日以降に事業所指定を受けた事業所については「運営情報」は記入不要のため、項目は表示されません。

### ◆ 項目の解釈について

項目の解釈は、報告システム上で確認することができます。右の図のように、それぞれの質問文の語尾に設置された「？」にカーソルを合わせると表示されます。

また、項目の解釈をプリントアウトして見たい場合は、公表センターホームページの「記載要領・マニュアル」ページ内の「運営情報記載要領」をダウンロードしてください。

等へ	外部機関等との連携	事業運営・管理	安全・衛生管理等	従業員の研修等
等又は入院患者等に対する説明及び契約等に当たり、利用者、入所者又は入院患者等の権利擁護等のために講じて				
説明及び利用者等の同意の取得の状況			チェック項目	調査員
説明し、サービスの提供開始について同意を得ている。 族の署名若しくは記名捺印がある。			重要事項を記した文書を交付して説明を行い、サービス提供開始について利用申込者の同意を得ていることの有無を問う項目である。その同意を得ていることが確認できるものとして、同意欄への署名若しくは記名捺印のある文書の有無を記載する。	
利用者に代わってその家族、代理人、成年後見人等との契約を行っている又は立			<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> あり	
用者に代わってその家族、代理人、成年後見人等と交わした契約書又は第三者で			<input type="checkbox"/> 事例なし <input type="checkbox"/> 事例なし	
			<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり

### ◆ 対象期間について 記入年月日より過去1年間の実績について「あり・なし」で回答

※例：記入年月日が2024年9月1日の場合 ⇒ 対象期間：2023年9月1日～2024年8月31日



### ◆ 対象期間を遡れる項目について

運営情報項目は原則として、対象期間(記入年月日から過去1年間)の実績を証明する材料を求めています。しかしそのままその期間を適用すると、過去1年間に、たまたま事例が1件も無い場合も「なし」と判断することになり、実際には事業所の体制があるにもかかわらず、「なし」と公表されてしまうことも考えられます。大阪府では、下記に挙げた項目については、対象期間内に該当する事例がない場合、記入年月日現在から1年以上遡って、材料の「あり」「なし」を判断することとしております。その場合、記入年月日から最も近い日付の記録等を判断材料としてください。

#### ① 大項目 I 中項目 1 (サービス提供開始時における措置) に係るもの

I (大項目) - 1 (中項目) はサービス提供開始時における各種取組の状況に関わる項目ですので、サービス提供を受け始めた方のケース(新規ケース)の記録等で判断しておりますが、調査対象期間内に新規ケースがない場合は対象期間以前の最も直近の新規ケースに遡って判断することとしております。

項目	対象サービス	確認方法
重要事項説明書の同意	全サービス	調査対象期間に新規ケースがない場合
退所(居)基準が記載された契約書	施設系サービス (療養型を除く)	①対象期間以前の新規ケース ②現在使用している様式 この2つを判断材料とする
アセスメント記録	全サービス	調査対象期間に新規ケースがない場合は 対象期間以前の新規ケースを判断材料とする
サービス計画(希望や目標の記載、計画への同意等)	全サービス	
居宅サービス計画への介護保険給付以外サービスの位置づけ	居宅介護支援	
車両の駐車位置、設備の搬入順路の記録	訪問入浴	
福祉用具選定前の面談の記録	福祉用具	
福祉用具選定理由の記録	福祉用具	
利用料金の計算方法についての同意	通所系サービス 施設系サービス	調査対象期間に新規ケースがない場合は ①対象期間以前の新規ケース ②現在使用している様式 この2つを判断材料とする

#### ② その他

項目	対象サービス	確認方法
ボランティア申込票、登録票、受入票等	通所系サービス 施設系サービス	調査対象期間に当該ケースがない場合は 対象期間以前の当該ケースを判断材料とする

#### ③ 研修の実施状況

研修は前年度の4月(令和5年4月1日)から記入年月日現在までに実施した研修の実施記録を参考に、「あり」「なし」を判断してください。

#### ④ 事業計画・年次計画・研修計画の作成状況

令和5年度、令和6年度、令和7年度の計画いずれかで「あり」「なし」を判断してください。

### 手順3 事業所の特色（入力任意です）

本項目を登録すると、事業所のアピールポイントを利用者が閲覧できるようになります。また、利用者が検索した際、最初の検索結果は「空き人数(受け入れ可能人数)」の更新日が新しい順に並ぶので、積極的に活用することでより利用者にアピールができます。

#### 項目の内容

- ・ 従業員の男女比や年齢構成、特色等
- ・ 賃金改善以外で取り組んでいる処遇改善の内容
- ・ 併設されているサービスの有無や、介護保険外のサービスについての利用料等に関する内容
- ・ 受け入れ可能人数（最大受け入れ可能人数に対して、あと何人受け入れが可能かを表示できます。）
- ・ 画像・動画の登録（公表情報のサムネイルに設定可能）
- ・ 従業員の雇用に関する情報（賃金体系や休暇制度、福利厚生、離職率に関する情報等）
- ・ 「重要事項説明書」等のアップロード★新項目

登録した内容は、公表センターの確認・受理を介さず、そのまま公表されます。（現在公表中のデータがある場合、すぐに反映されます。）



### 手順4 独自項目（任意）

#### ◆「当施設における一人当たりの賃金」（任意）★新項目

必要に応じて公表可能です。但し、注意事項1～3(項目の初めに赤字で記載)を必ずご確認ください。

#### ◆「独自項目 - 処分・指導に関する情報」（入力不要）

介護保険法において、行政指導(改善勧告及び改善命令)のうち、勧告については、法第76条の2第2項において当該勧告に従わなかった場合に公表することができるとされています。このことを踏まえ、従来の方法による公示等に加え、介護サービス情報の公表を活用し、当該処分に対する事業所の取組状況等を公表することとなりました。

### 手順5 事業所の連絡先（①担当者の連絡先 及び ②緊急連絡先）

#### ① 情報公表の担当者の連絡先設定（入力任意です）

本システムについてのご担当者を入力してください。なお、登録する場合メールアドレスは省くことができます。

#### ② 緊急時の担当者の連絡先（入力は必須です）

災害発生時に連絡がつく電話番号等、災害発生時の連絡先として適切な内容を記載してください。

以下の入力フォームにそれぞれ記入し、オレンジの「緊急連絡先を登録する」ボタンをクリックしてください。

● 緊急時の担当者の連絡先設定 **必須**

災害発生時に連絡がつく電話番号等、災害発生時の連絡先として適切な内容を記載してください。自治体が、災害発生時に迅速かつ的確に施設・事業所の被災状況について情報収集を行い、その結果管内の社会福祉施設等のリストを毎年度当初に作成(更新)することになっています。この欄の情報は、そのリストに記載する情報としてのみ利用します。それ以外の目的で利用することはできません。 ※「メールアドレス」「電話番号」は入力に誤りがあると、ご迷惑をおかけする原因となります。登録前 ※メールアドレスを持たない事業所様でも、個人の携帯電話のメールアドレス等を登録していただき、なお、連絡先の設定内容が一般向けに公表されることはございません。

担当者氏名	谷町 太郎
メールアドレス	taro@osakatanimachi.com
電話番号	06-6762-9476
備考(必要な場合のみ記入)	

緊急連絡先を保存する

全角が含まれているとエラーメッセージが表示される。

緊急連絡先の登録

- ・ メールアドレスの形式が正しいか、ご確認ください。
- ・ 電話番号の形式が正しいか、ご確認ください。

自治体が、災害発生時に迅速かつ的確に施設・事業所の被災



かな入力モードになっている場合、キーボードの左上辺りの「半角/全角」のキーを押すと半角モードに切り替わります。