

介護サービス情報記入マニュアル

地域密着型特定施設入居者生活介護 (軽費老人ホーム)

令和6年度版

2ページ 提出作業の流れ

3～16ページ 手順1 基本情報

17ページ 手順2 運営情報

18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

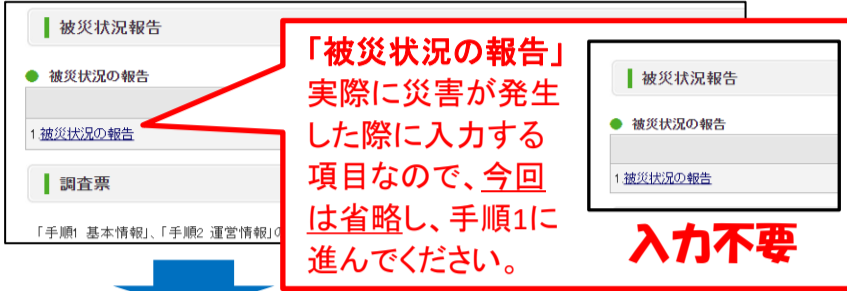
提出作業の流れ

① トップページ (ログイン後)



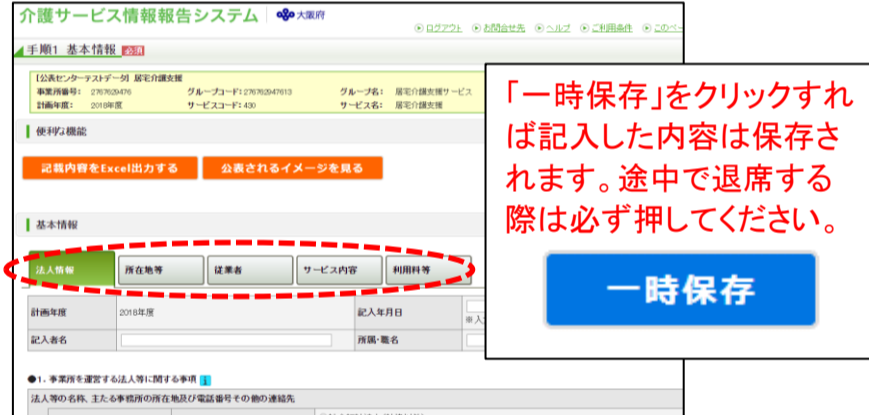
↓下に進む

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



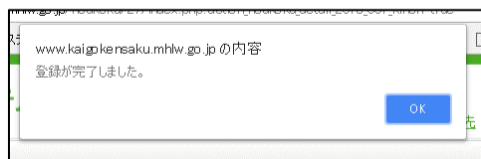
基本情報および全てのタブの情報を記入。

★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)



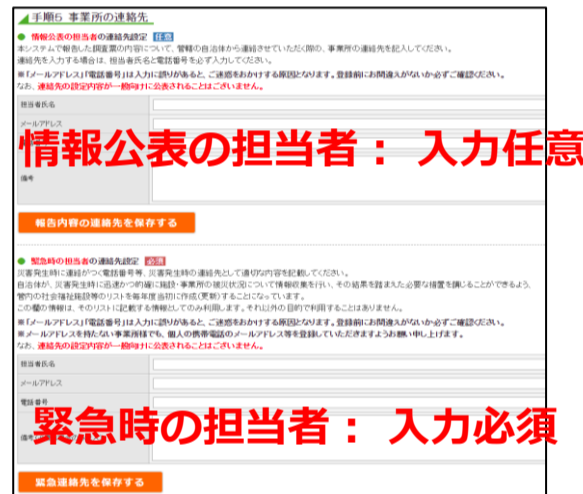
運営情報は「あり・なし」で回答。全て記入し、「記入した内容をチェックして登録する」ボタンをクリック。「前画面に戻る」でトップページへ戻る。(手順は基本情報と同じ)

- ・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)

- ・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が、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）
<居宅サービス>			
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		
<地域密着型サービス>			
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		
<介護予防サービス>			
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		
<地域密着型介護予防サービス>			
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		
<介護保険施設>			
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 <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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	_____
指定の更新年月日(直近)(未来の日付は入らない)	_____
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	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
老人福祉法第20条の6に規定する軽費老人ホームの許可等	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
軽費老人ホームの開設年月日	_____
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	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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。

※住所に建物名・部屋番号が含まれる場合はこちらに分けて記入。

TEL/FAXは半角数字で記入

・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報告の旨を電話番号、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が、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

軽費老人ホームの職員の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	兼務	専従	兼務		
施設長	人	人	人	人	人	人
生活相談員	人	人	人	人	人	人
看護職員	人	人	人	人	人	人
介護職員	人	人	人	人	人	人
機能訓練指導員	人	人	人	人	人	人
計画作成担当者	人	人	人	人	人	人
栄養士	人	人	人	人	人	人
調理員	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。						
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		合計	常勤換算人数
	専従	兼務	専従	兼務		
介護福祉士	人	人	人	人	人	人
実務者研修	人	人	人	人	人	人
介護職員初任者研修	人	人	人	人	人	人
介護支援専門員	人	人	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		合計	常勤換算人数
	専従	兼務	専従	兼務		
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
看護師及び准看護師	人	人	人	人	人	人
柔道整復師	人	人	人	人	人	人
あん摩マッサージ指圧師	人	人	人	人	人	人
はり師	人	人	人	人	人	人
きゅう師	人	人	人	人	人	人
夜勤(宿直を除く)を行う看護職員及び介護職員の人数	最少時の人数					人
	平均時の人数					人

【専従・兼務について】
 ・他の職種と兼務している従業者は兼務として各職種にカウント。
 例えば、介護職員と計画作成担当者を兼務している場合は兼務として両方にカウントする。

【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週間で求め難い場合は1ヶ月の合計で算出してください。

【1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数】
 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)

訪問介護員1級・2級
 介護職員基礎研修
 ⇒介護職員初任者研修にカウント

複数の資格を有している場合は、重複計上

記入年月日の前日から遡る1ヶ月分の勤務実績から算出。

地域密着型特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	兼務	専従	兼務		
生活相談員	人	人	3人	2人	人	人
看護職員	人	人	人	人	人	人
介護職員	人	人	人	人	人	人
機能訓練指導員	人	人	人	人	人	人
計画作成担当者	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。

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

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)

看護職員及び介護職員1人当たりの地域密着型特定施設入居者生活介護の利用者数

人

特定施設入居者生活介護の業務に従事する従業者の詳細を記載する。

※自立の入居者に対してのみ従事する従業者はこちらにはカウントされません。

本項目は基本情報の入力内容を基に自動計算される為、記入不要。

【計算式】

特定施設入居者生活介護(介護予防含む)入居者数の合計 ÷ 看護職員及び介護職員の常勤換算人数の合計

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ができません。

※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施設系サービスに係る経験年数を含む。

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	看護職員		介護職員		生活相談員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度の採用者数	人	人	人	人	人	人
前年度の退職者数	人	人	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	常勤	非常勤
1年未満の者の人数	人	人	人	人	人	2人
1年～3年未満の者の人数	人	人	人	人	人	2人
3年～5年未満の者の人数	人	人	人	人	人	1人
5年～10年未満の者の人数	人	人	人	人	人	0人
10年以上の者の人数	人	人	人	人	人	0人
区分	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	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)			
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
	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	○なし ○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		

【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) ・認知症について学ぶ・・・介護職員を対象に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
 ・介護サービス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

【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】

「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」は、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であり、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。
 具体的には、介護事業所・施設内の評価者(アセッサー)が内部評価を行うとともに、評価結果の適正性を担保するため、外部評価審査員が内部評価結果の適正性を評価(外部評価)することとしています。

- ・アセッサー(評価者)の人数
アセッサー養成講習を修了して、アセッサーとなっている者の人数を記載。
- ・段位取得者の人数
アセッサーの評価のもとレベル認定の申請を行い、認められた人数をレベル毎に記載。
- ・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年間にキャリア段位制度における外部評価を受けた場合は「あり」にチェックする。

【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. 介護サービスの内容に関する事項

事業所の運営に関する方針

介護予防および介護度進行予防に関する方針

※介護予防サービスを実施していない場合は「介護予防および介護度進行予防に関する方針」には「-」を入力してください。

介護サービスの内容、入居定員等

介護報酬の加算状況(記入日前月から直近1年間の状況)

入居継続支援加算(Ⅰ)	○なし ○あり
入居継続支援加算(Ⅱ)	○なし ○あり
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	○なし ○あり
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	○なし ○あり
個別機能訓練加算(Ⅰ)	○なし ○あり
個別機能訓練加算(Ⅱ)	○なし ○あり
ADL維持等加算(Ⅰ)	○なし ○あり
ADL維持等加算(Ⅱ)	○なし ○あり
夜間看護体制加算(Ⅰ)	○なし ○あり
夜間看護体制加算(Ⅱ)	○なし ○あり
若年性認知症入居者受入加算	○なし ○あり
協力医療機関連携加算(相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携している場合)	○なし ○あり
協力医療機関連携加算(上記以外の医療機関と連携している場合)	○なし ○あり
口腔衛生管理体制加算	○なし ○あり
口腔・栄養スクリーニング加算	○なし ○あり
退院・退所時連携加算	○なし ○あり
退居時情報提供加算	○なし ○あり
看取り介護加算(Ⅰ)	○なし ○あり
看取り介護加算(Ⅱ)	○なし ○あり
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	○なし ○あり
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	○なし ○あり
科学的介護推進体制加算	○なし ○あり
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	○なし ○あり
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	○なし ○あり
新興感染症等施設療養費	○なし ○あり
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	○なし ○あり
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	○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
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	○なし ○あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	○なし ○あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	○なし ○あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	○なし ○あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	○なし ○あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)	○なし ○あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(2)	○なし ○あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(3)	○なし ○あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(4)	○なし ○あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(5)	○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。

【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。

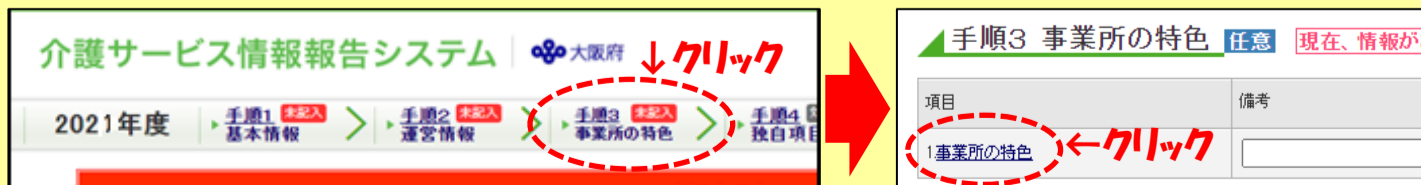
介護職員等処遇改善加算「あり」の場合、「見える化要件」の取組内容の記入については下記参照。

【介護職員等処遇改善加算の「見える化要件」の取組内容を記入する場所について】

報告システムの手順3「事業所の特色」にある「賃金改善以外で取り組んでいる処遇改善の内容」へ取り組み内容を記載。介護職員等特定処遇改善計画書の「見える化要件について」にて、「介護サービス情報公表システムへの掲載」を選択された事業者は必ず入力してください。

手順3「事業所の特色」の記入ページはこちらです

(基本情報入力中に画面を移動する際は一時保存をお忘れなく)



介護職員等処遇改善加算(V)(6)	○なし ○あり
介護職員等処遇改善加算(V)(7)	○なし ○あり
介護職員等処遇改善加算(V)(8)	○なし ○あり
介護職員等処遇改善加算(V)(9)	○なし ○あり
介護職員等処遇改善加算(V)(10)	○なし ○あり
介護職員等処遇改善加算(V)(11)	○なし ○あり
介護職員等処遇改善加算(V)(12)	○なし ○あり
介護職員等処遇改善加算(V)(13)	○なし ○あり
介護職員等処遇改善加算(V)(14)	○なし ○あり
短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護の提供	○なし ○あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施	○なし ○あり
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙
協力医療機関(入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保)	○なし ○あり
(その名称)	
協力医療機関(診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保)	○なし ○あり
(その名称)	
上記以外の協力医療機関	○なし ○あり
(その名称)	
新興感染症発生時に対応を行う医療機関との連携	○なし ○あり
(医療機関の名称)	
協力医療機関の名称	
(協力の内容)	
協力歯科医療機関	○なし ○あり
(その名称)	
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)	
入居後の居室の住み替えに関する事項	
要介護時に介護を行う場所	
入居後に居室を住み替える場合	
一時介護室へ移る場合	
判断基準・手続について	
(その内容)	
追加的費用の有無	○なし ○あり
居室利用権の取扱い	
(その内容)	
入居前払金償却の調整の有無	○なし ○あり
従前の居室からの面積の増減の有無	○なし ○あり
従前居室との仕様の変更	
便所の変更の有無	○なし ○あり
浴室の変更の有無	○なし ○あり
洗面所の変更の有無	○なし ○あり
台所の変更の有無	○なし ○あり
その他の変更の有無	○なし ○あり
(その内容)	
介護居室へ移る場合	
判断基準・手続について	
(その内容)	
追加的費用の有無	○なし ○あり
居室利用権の取扱い	
(その内容)	
入居前払金償却の調整の有無	○なし ○あり
従前の居室からの面積の増減の有無	○なし ○あり

開催実績:
前年度分の開催日を全て記載。

参加者延べ人数:
全日程の参加者数の合計を記載。

軽費老人ホームの入居者が要支援または要介護状態になった場合に、居室の住み替えに伴う、介護を行う場所等を記載。

※全室専用介護居室のため、引き続き現在の居室を使用する場合はその旨を記入してください。

一時介護室:
有料老人ホーム設置運営標準指導指針「4 規模及び構造設備」(6)に規定する一時介護室をいう

※一時介護室への住み替えを行わない場合は、「一時介護室への住み替えなし」と記入してください。

介護居室:
有料老人ホーム設置運営標準指導指針「4 規模及び構造設備」(6)に規定する介護居室をいう

軽費老人ホームの入居者が要支援または要介護状態になった場合に、介護居室へ移り住む場合の要件等について記載。

従前居室との仕様の変更	
便所の変更の有無	○なし ○あり
浴室の変更の有無	○なし ○あり
洗面所の変更の有無	○なし ○あり
台所の変更の有無	○なし ○あり
その他の変更の有無	○なし ○あり
(その内容)	

その他へ移る場合	○なし ○あり
判断基準・手続について	
(その内容)	
追加的費用の有無	○なし ○あり
居室利用権の取扱い	
(その内容)	
入居前払金償却の調整の有無	○なし ○あり
従前の居室からの面積の増減の有無	○なし ○あり
従前居室との仕様の変更	
便所の変更の有無	○なし ○あり
浴室の変更の有無	○なし ○あり
洗面所の変更の有無	○なし ○あり
台所の変更の有無	○なし ○あり
その他の変更の有無	○なし ○あり
(その内容)	

「その他へ移る場合」(黄色の必須項目)を「なし」に選択した場合、それに関連する項目は記入不要。

軽費老人ホームの要介護者以外の入居に関する要件	
入居中に要介護から改善した者	○なし ○あり
入居者(要介護者及び上記の者)の3親等以内の親族	○なし ○あり
入居者(要介護者)と同居させることが必要と市町村長が認めた者	○なし ○あり
留意事項	

契約の解除の内容	
体験入居の内容	
入居定員	人

軽費老人ホームの入居者の状況(記入日の前月末現在)

入居者の人数						
区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満	人	人	人	人	人	人
65歳以上75歳未満	人	人	人	人	人	人
75歳以上85歳未満	人	人	人	人	人	人
85歳以上	人	人	人	人	人	人
	自立	要支援1	要支援2	合計	/	
65歳未満	人	人	人	人		
65歳以上75歳未満	人	人	人	人		
75歳以上85歳未満	人	人	人	人		
85歳以上	人	人	人	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。						

前月末現在の人数です

入居者の平均年齢				歳
入居者の男女別人数	男性	人	女性	人
入居率(一時的に不在となっている者を含む)				%

軽費老人ホームを退居した者の人数(前年度)

前年度的人数

退去先	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等	人	人	人	人	人	人
介護保険施設	人	人	人	人	人	人
特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設	人	人	人	人	人	人
医療機関	人	人	人	人	人	人
死亡者	人	人	人	人	人	人
その他	人	人	人	人	人	人

	自立	要支援1	要支援2	合計			
自宅等	人	人	人	人			
介護保険施設	人	人	人	人			
特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設	人	人	人	人			
医療機関	人	人	人	人			
死亡者	人	人	人	人			
その他	人	人	人	人			
※該当する利用者がいない場合は0を入力してください。							
入居者の入居期間							
入居期間	6か月未満	6か月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上	
入居者数	人	人	人	人	人	人	
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	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物				○なし ○あり		
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物				○なし ○あり		
	木造平屋建てであって、火災に係る利用者の安全性の確保のための一定の要件を満たす建物				○なし ○あり		
居室の状況	区分		室数	人数	居室の床面積		
	一般居室個室		○なし ○あり			㎡	
	一般居室相部屋		○なし ○あり			㎡	
	介護居室個室		○なし ○あり			㎡	
	介護居室相部屋		○なし ○あり			㎡	
	一時介護室		○なし ○あり			㎡	
						㎡	
共同便所の設置数	男子便所	か所 (うち車いす等の対応が可能な数)		か所			
	女子便所	か所 (うち車いす等の対応が可能な数)		か所			
	男女共用便所	か所 (うち車いす等の対応が可能な数)		か所			
個室の便所の設置数	か所 (個室における便所の設置割合)			%			
	か所 (うち車いす等の対応が可能な数)			か所			
浴室の設備状況							
浴室の総数				か所			
個浴		大浴槽		特殊浴槽		リフト浴	
か所		か所		か所		か所	
その他の浴室の設備の状況							
食堂の設備状況				○なし ○あり			
入居者等が調理を行う設備状況				○なし ○あり			
その他の共用施設の設備状況				○なし ○あり			
(その内容)							
バリアフリーの対応状況							
(その内容)							
消火設備等の状況				○なし ○あり			
(その内容)							
緊急通報装置の設置状況		○なし ○一部あり		○各居室内にあり			
外線電話回線の設置状況		○なし ○一部あり		○各居室内にあり			
テレビ回線の設置状況		○なし ○一部あり		○各居室内にあり			

床面積については、それぞれ、最も多い居室の面積を記入。

便器の数ではなく、か所数を記載。

入居者自身が使用できる調理設備(電子レンジ、電磁調理器等)の有無を選択。

事業所の敷地に関する事項						
敷地の面積			㎡			
事業所を運営する法人が所有			○なし ○一部あり ○あり			
抵当権の設定			○なし ○あり			
貸借(借地)			○なし ○あり			
契約期間		始	終			
契約の自動更新			○なし ○あり			
事業所の建物に関する事項						
建物の延床面積			㎡			
事業所を運営する法人が所有			○なし ○一部あり ○あり			
抵当権の設定			○なし ○あり			
貸借(借家)			○なし ○あり			
契約期間		始	終			
契約の自動更新			○なし ○あり			
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)			○なし ○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			○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。)						

事業所のアピールポイント等を記載。また、以下のような点も合わせて記載。

- ・外国語対応・手話対応、ガイドヘルパー対応等
- ・ターミナルケア、人工透析、障がい者および難病患者へのサービス等

※記載内容については、指定居宅サービス基準第192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245条において準用する同基準第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。

※「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. 介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項

年齢により前払金の料金が異なる場合		○なし ○あり	
利用料の支払い方式		○前払金方式 ○月払い方式 ○選択方式	
前払金に関する費用			
①居室に要する前払金 (一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの)		○なし ○あり	
前払金の名称			
前払金の額			
人の入居の場合		最低の額	最高の額
		円	円
		最多価格帯	
		円	室
留意事項			
人の入居の場合		最低の額	最高の額
		円	円
		最多価格帯	
		円	室
留意事項			
人の入居の場合		最低の額	最高の額
		円	円
		最多価格帯	
		円	室
留意事項			
前払金の償却に関する事項			
償却開始		入居をした月	○なし ○あり
		上記以外 (その内容)	
初期償却率(%)			%
償却年月数			
留意事項			
解約時返還金の算定方法			
②その他に要する前払金		○なし ○あり	
(その内容及び利用料)			
前払金の名称			
解約時返還金の算定方法			
留意事項			

「①居室に要する前払金」(黄色の必須項目)を「なし」に選択した場合、それに関連する項目は記入不要。

注意:
①居室に要する前払金に記入した「初期償却率(%)」「償却年月数」および「留意事項」の内容が、介護事業所検索の「事業所の概要」欄にそれぞれ反映されますので、入居の際に前払金が発生する場合は必ずご記入ください。

「②その他に要する前払金」(黄色の必須項目)を「なし」に選択した場合、それに関連する項目は記入不要。

介護保険給付以外のサービスに要する費用

月払い方式の場合の利用料の額

管理費	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	(その費用の額)	円
留意事項			
食費	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	(その費用の額)	円
留意事項			
光熱水費	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	(その費用の額)	円
留意事項			

利用者の個別的な選択による介護サービス利用料

人員配置が手厚い場合の介護サービス	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
(その内容及び利用料)	
(サービス提供に係る費用が、介護保険給付(利用者負担分を含む)の費用では賄えない額の合理的な積算根拠)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
個別的な選択による介護サービス	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
(その内容及び利用料)	

家賃相当額	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり								
(その費用の額)	<table border="1"> <tr> <th>最低の額</th> <th>最高の額</th> <th colspan="2">最多価格帯</th> </tr> <tr> <td>円</td> <td>円</td> <td>円</td> <td>室</td> </tr> </table>	最低の額	最高の額	最多価格帯		円	円	円	室
最低の額	最高の額	最多価格帯							
円	円	円	室						
留意事項									

その他に必要な月額利用料	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
(その内容及び利用料)	

その他、前払金及び利用料以外に必要な利用料	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
(その内容及び利用料)	

別紙 地域密着型特定施設入居者生活介護（軽費老人ホーム）

区分	地域密着型特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス	各種前払金、月額の利用料等で、実施するサービス	別途利用料を徴収した上で、実施するサービス	備考
介護サービス				
食事介助	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
排泄介助・おむつ交換	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
おむつ代	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
入浴（一般浴）介助・清拭	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
特浴介助	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
身辺介助（移動・着替え等）	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
機能訓練	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
通院介助（協力医療機関）	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
通院介助（協力医療機関以外）	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
生活サービス				
居室清掃	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
リネン交換	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
日常の洗濯	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
居室配膳・下膳	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
おやつ	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
理美容師による理美容サービス	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
買い物代行（通常の利用区域）	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
買い物代行（上記以外の区域）	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
役所手続き代行	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
金銭・貯金管理	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
健康管理サービス				
定期健康診断	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
健康相談	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
生活指導・栄養指導	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
服薬支援	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
入退院時・入院中のサービス				
入退院時の同行（協力医療機関）	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
入退院時の同行（協力医療機関以外）	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	
入院中の見舞い訪問	○なし ○あり	○なし ○あり	○なし ○あり	

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・マニュアル式」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	
説明し、サービスの提供開始について同意を得ている。			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。	
族の署名若しくは記名捺印がある。				
			○あり ○あり	
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			事業所記入 調査員記入	
			□事例なし □事例なし	
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			○なし ○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)ー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	
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	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
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（特定処遇改善加算の算定要件に準ずる内容です。）
- ・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
- ・空き人数（定員に対して、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）
- ・従業者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



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。

全角が含まれているとエラーメッセージが表示される。



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。