

介護サービス情報記入マニュアル

看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)

令和6年度版

2ページ 提出作業の流れ

3～12ページ 手順1 基本情報

13ページ 手順2 運営情報

14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)

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。

◆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可。

・メールアドレスの記載は不可。

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	○社会福祉法人(社協以外) ○社会福祉法人(社協) ○医療法人 ○社団・財団 ○営利法人 ○NPO法人 ○農協 ○生協 ○その他法人 ○地方公共団体(都道府県) ○地方公共団体(市町村) ○地方公共団体(広域連合・一部事務組合等) ○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	○法人番号の指定を受けていない・○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	○なし ○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			

TEL/FAXは半角数字で記入

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。
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

「法人番号に紐付く法人名称と本システムに入力した法人名称が異なっています」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				
介護療養型医療施設	○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 注意: FAX番号の記入誤り にお気をつけください!!							
		FAX番号											
		ホームページ						○なし		○あり			
		(ホームページアドレス)											
サテライト事業所		○なし		○あり		(そのか所数)				か所			
サテライト型小規模多機能型居宅介護								○なし		○あり			
事業所の所在地													
サテライト型看護小規模多機能型居宅介護								○なし		○あり			
事業所の所在地													
介護保険事業所番号													
併設施設等		○なし		○あり									
		種別				名称							
訪問看護事業所の指定の有無		○なし		○あり									
		病院、診療所、訪問看護ステーションの別											
		名称											
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)													
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			
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								○なし		○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								○なし		○あり			
介護保険サービスの指定状況		○通常の指定											
障害福祉サービスの指定状況		○なし						○通常の指定		○共生型		○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								○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。赤い的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。

・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。

【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】
障害福祉サービス(生活介護 等) 又は共生型サービスの指定を受けている場合は「あり」とする。

◆ 介護保険サービスの指定状況
通常の介護保険の指定を選択。

◆ 障害福祉サービスの指定状況
4つのうち該当する指定状況を選択。

障害福祉サービスを行っていない場合
「介護保険サービスの指定状況: 通常の指定」
「障害福祉サービスの指定状況: なし」
をそれぞれ選択する。

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、労働時間等									
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数			
	専従	兼務	専従	兼務					
管理者	人	人	—	—	人	人			
介護支援専門員	人	人	人	人	人	人			
介護職員	10人	0人	人	人	人	人			
看護職員	人	人	2人	0人	人	人			
その他の従業者	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			
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					
従業者である看護職員が有している資格									
保健師	人	人	人	人					
看護師	人	人	人	人					
准看護師	人	人	人	人					
夜勤・宿直を行う従業者の人数	夜勤	人	(うち併設施設等との兼務)		人				
	宿直	人	(うち併設施設等との兼務)		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)									
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	介護職員		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	0人	人	人	0人	人				
1年～3年未満の者の人数	5人	人	人	1人	人				
3年～5年未満の者の人数	5人	人	人	1人	人				
5年～10年未満の者の人数	0人	人	人	0人	人				
10年以上の者の人数	0人	人	人	0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。									

【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、介護職員と管理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】

下記参照

【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

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小規模多機能型居宅介護に係る経験年数を含む。

【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)

従業員の健康診断の実施状況			○なし ○あり	
従業員の教育訓練のための制度、研修その他の従業員の資質向上に向けた取組の実施状況				
事業所で実施している従業員の資質向上に向けた研修等の実施状況				
(その内容)				
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			○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						
介護サービスを提供している日時						
事業所の営業時間	通いサービス	時	分	～	時	分
	宿泊サービス	時	分	～	時	分
	訪問サービス	24時間				
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						
利用者の送迎の実施					○なし	○あり
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)						
特別地域看護小規模多機能型居宅介護加算					○なし	○あり
中山間地域における小規模事業所加算					○なし	○あり
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算					○なし	○あり
認知症加算(Ⅰ)					○なし	○あり
認知症加算(Ⅱ)					○なし	○あり
認知症加算(Ⅲ)					○なし	○あり
認知症加算(Ⅳ)					○なし	○あり
認知症行動・心理症状緊急対応加算(※ロのみ)					○なし	○あり
若年性認知症利用者(入居者・患者)受入加算 (※イのみ)					○なし	○あり
栄養アセスメント加算(※イのみ)					○なし	○あり
栄養改善加算(※イのみ)					○なし	○あり
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(※イのみ)					○なし	○あり
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(※イのみ)					○なし	○あり
口腔機能向上加算(Ⅰ)(※イのみ)					○なし	○あり
口腔機能向上加算(Ⅱ)(※イのみ)					○なし	○あり
退院時共同指導加算(※イのみ)					○なし	○あり
緊急時対応加算(※イのみ)					○なし	○あり
特別管理加算(Ⅰ)(※イのみ)					○なし	○あり
特別管理加算(Ⅱ)(※イのみ)					○なし	○あり
専門管理加算(※イのみ)					○なし	○あり
ターミナルケア加算(※イのみ)					○なし	○あり
遠隔死亡診断補助加算(※イのみ)					○なし	○あり
看護体制強化加算(Ⅰ)(※イのみ)					○なし	○あり
看護体制強化加算(Ⅱ)(※イのみ)					○なし	○あり
訪問体制強化加算(※イのみ)					○なし	○あり
総合マネジメント体制強化加算Ⅰ(※イのみ)					○なし	○あり
総合マネジメント体制強化加算Ⅱ(※イのみ)					○なし	○あり
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(※イのみ)					○なし	○あり
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)(※イのみ)					○なし	○あり
排せつ支援加算(Ⅰ)(※イのみ)					○なし	○あり
排せつ支援加算(Ⅱ)(※イのみ)					○なし	○あり
排せつ支援加算(Ⅲ)(※イのみ)					○なし	○あり
科学的介護推進体制加算(※イのみ)					○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

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(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
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
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(予防を除く)		○なし	○あり
その他		○なし	○あり
介護サービスの提供内容に関する特色等			
サービス利用に当たっての留意事項			
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
	(協力の名称)		
	(協力の内容)		

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。

ターミナルケアへの対応可能範囲等、当該事業所のサービス利用に当たって留意事項がある場合、その内容を概ね400字以内で記載。

【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)

介護サービス情報報告システム

大阪府

2021年度

手順1 基本情報

手順2 運営情報

手順3 事業所の特色

手順4 独自項目

手順3 事業所の特色

任意

現在、情報がある

項目

備考

1 事業所の特色

9 / 14 ページ

	バックアップ施設の名称											
	(協力の内容)											
	運営推進会議の開催状況(前年度)											
	(開催実績)							(参加者延べ人数)		人		
	(協議内容等)											
地域・市町村との連携状況												
短期利用居宅介護費							○なし ○あり					
看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)の登録者の状況(記入日前月の状況)												
登録定員							人					
通いサービス利用定員		人			宿泊サービス利用定員		人					
登録者の人数		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計					
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					
※該当する利用者がいない場合は0を入力してください。												
登録者の平均年齢							歳					
登録者の男女別人数			男性	人			女性	人				
看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)の利用者への提供実績(記入日前月の状況)												
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					
通いサービス		人	人	人	人	人	人					
(前年同月の提供実績)		人	人	人	人	人	人					
宿泊サービス		人	人	人	人	人	人					
(前年同月の提供実績)		人	人	人	人	人	人					
訪問サービス(介護)		人	人	人	人	人	人					
(前年同月の提供実績)		人	人	人	人	人	人					
訪問サービス(看護)		人	人	人	人	人	人					
(前年同月の提供実績)		人	人	人	人	人	人					
事業所での看護サービス		人	人	人	人	人	人					
(前年同月の提供実績)		人	人	人	人	人	人					
自宅での看護サービス		人	人	人	人	人	人					
(前年同月の提供実績)		人	人	人	人	人	人					
訪問サービス(看護)の1か月の提供時間			時間									
※該当する利用者がいない場合は0を入力してください。												
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					
介護サービスを提供する事業所、設備等の状況												
建物形態						○単独型 ○併設型						
建物構造		造り			階建ての			階部分				
広さ等		敷地面積		延床面積			居間及び食堂の面積					
		㎡		㎡			㎡					
		宿泊室について										
		個室		室								
		1室当たりの床面積		㎡								
上記以外の宿泊室		室										
有床診療所の病床の宿泊室としての兼用		○なし ○あり										
便所の設置数		か所			(うち手すりの設置がある数)			か所				
					(うち車いす等の対応が可能な数)			か所				
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)												
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						

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。

事業所で定めた利用定員数

記入日前月時点での登録者数

記入日前月の提供実績

個室によって床面積が異なる場合は、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。

	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					
利用者等の意見を把握する体制、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
地域密着型サービスの外部評価の実施状況							○なし		○あり					
実施した直近の年月日 (評価結果確定日)														
結果の内容又は開示方法														

開示方法を記載する場合は、「事業所内にて閲覧可能」、「事業所ホームページに掲載」等のコメントを記載。

【地域密着型サービスの外部評価の実施状況について】

既にご承知おきのとおり、平成27年度介護保険制度の見直しにより、事業所が自らその提供するサービスの質の評価として自己評価を行った内容を運営推進会議に報告した上で公表すること(※)となりました。

※「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第3条の37第1項に定める介護・医療連携推進会議、第85条第1項(題182条第1項において準用する場合を含む。)に規定する運営推進会議を活用した評価の実施等について」に準ずる。

それに伴い、「(評価を)実施した評価機関の名称」という項目が削除され、事業所自身が自己評価を行なった直近の年月日と、その結果の内容又は開示方法を記載することとしました。

◆記載要領

- ・**地域密着型サービスの外部評価の実施状況**
運営推進会議において第三者の観点からサービスの評価(外部評価)を実施している場合には、「あり」に記す。
- ・**実施した直近の年月日(評価結果確定日):**
評価結果確定日(年月日)を記載。
- ・**結果の内容又は開示方法:**
自己評価の開示方法を記載(例: 事業所にて閲覧可能、事業所ホームページにて公表、又は公表しているホームページアドレスを記載)

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

利用料等(利用者の負担額)			
食費	○なし ○あり	朝食	円
		昼食	円
		夕食	円
		おやつ	円
宿泊費	○なし ○あり	(その額)	円
その他の費用			
①その他 ()	○なし ○あり	(その額)	円
(算定方法)			
②その他 ()	○なし ○あり	(その額)	円
(算定方法)			
③その他 ()	○なし ○あり	(その額)	円
(算定方法)			
④その他 ()	○なし ○あり	(その額)	円
(算定方法)			
⑤その他 ()	○なし ○あり	(その額)	円
(算定方法)			

その他別途費用がかかる場合は「その他」のカッコ内にその内容を記入。「あり」にチェックをし、その額を記入。額に変動がある場合は直近1ヶ月の平均額を算出。

※「その他」に何も入らない場合は「なし」にチェックをつけてください。

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	編集
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	●なし
			●あり	●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	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
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	

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。

