

事業所名:

事業所番号:

基本情報調査票：認知症対応型共同生活介護（予防を含む）

(20)

【必須入力項目、必須免除項目の見分け方】

「黄」と「ピンク」の網掛け項目は必須入力項目。

ただし、「ピンク」の網掛け項目は新規指定事業所は「0」（半角数字ゼロ）を記入。※前年度からの変更箇所は赤字で示してあります。

計画年度	2026 年度	記入年月日	
記入者名		所属・職名	

実際の記入日を記入。
記入が何日もかかる場合、記入開始日を記入。
令和8年(和暦)ではなく、2026年(西暦)を記入。

1. 事業所を運営する法人等に関する事項

法人等の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
法人等の名称	法人等の種類	01:社会福祉法人(社協以外) 02:社会福祉法人(社協) 03:医療法人 04:社団・財団 05:営利法人 06:NPO法人 07:農協 08:生協 09:その他法人 10:地方公共団体(都道府県) 11:地方公共団体(市町村) 12:地方公共団体(広域連合・一部事務組合等) 99:その他 []	
	(その他の場合、その名称)		
	名称	(ふりがな)	
	法人番号の有無	[] 0. 法人番号の指定を受けていない・1. 法人番号の指定を受けている	
	法人番号		
法人等の主たる事務所の所在地	〒		
法人等の連絡先	電話番号		
	FAX番号		
	ホームページ	[] 0. なし・1. あり	
	(ホームページアドレス)		
法人等の代表者の氏名及び職名	氏名		
	職名		
法人等の設立年月日			

「事業所を運営する法人等」とは、指定を受けている法人等を指す。

○法人の種類
・医療法人は、社団医療法人及び財団医療法人。
・営利法人は、株式会社、有限会社など株主や出資者に還元することを目的とした法人。
・その他は、個人事業主など法人ではない場合に選択。

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。

書式: 半角数字(例: 025-000-0000)

当該法人等の情報が掲載されているホームページのアドレスを「http」から半角で記入。

2013年1月1日の場合、「2013/01/01」(半角数字)と入力。
以下年月日記入欄は同様。

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			
居宅療養管理指導	[] 0. なし・ 1. あり			
通所介護	[] 0. なし・ 1. あり			
通所リハビリテーション	[] 0. なし・ 1. あり			
短期入所生活介護	[] 0. なし・ 1. あり			
短期入所療養介護	[] 0. なし・ 1. あり			
特定施設入居者生活介護	[] 0. なし・ 1. あり			
福祉用具貸与	[] 0. なし・ 1. あり			
特定福祉用具販売	[] 0. なし・ 1. 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	[] 0. なし・ 1. あり			
夜間対応型訪問介護	[] 0. なし・ 1. あり			
地域密着型通所介護	[] 0. なし・ 1. あり			
認知症対応型通所介護	[] 0. なし・ 1. あり			
小規模多機能型居宅介護	[] 0. なし・ 1. あり			
認知症対応型共同生活介護	[] 0. なし・ 1. あり			
地域密着型特定施設入居者生活介護	[] 0. なし・ 1. あり			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	[] 0. なし・ 1. あり			
看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	[] 0. なし・ 1. あり			
居宅介護支援	[] 0. なし・ 1. あり			

当該法人等が新潟県内で、現在記入している介護サービスを含む介護サービスを実施している場合には、介護サービスの種類ごとに「1.あり」を選択するとともに事業所の数(か所数)を記入し、さらに、主な事業所の名称及びその所在地について1つ記入。

※ 1法人1事業所のみの運営の場合、現在記入の事業所情報の記入も可。運営主体に関連法人*があり、その関連法人が介護サービスを実施している場合には、その関連法人が提供しているサービスも含める。

* 開設者、代表者が同一又は親族である、役員の3割以上が共通である、人事・資金等の関係が強いなど、特別な関係にある法人（関連法人・系列法人）

＜介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防訪問看護	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防訪問 リハビリテーション	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防居宅療養 管理指導	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防通所 リハビリテーション	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防短期入所 生活介護	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防短期入所 療養介護	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防特定施設 入居者生活介護	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防福祉用具貸与	[] 0. なし・ 1. あり			
特定介護予防福祉 用具販売	[] 0. なし・ 1. 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	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防小規模 多機能型居宅介護	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防認知症 対応型共同生活介護	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防支援	[] 0. なし・ 1. あり			
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	[] 0. なし・ 1. あり			
介護老人保健施設	[] 0. なし・ 1. あり			
介護医療院	[] 0. なし・ 1. あり			

地域包括支援センターからの委託で、「介護予防支援」を実施している場合は含めない。

介護予防支援事業所の指定を受けている場合のみ、「あり」を選択。

2. 介護サービス（予防を含む）を提供し、又は提供しようとする事業所に関する事項

事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業所の名称	(ふりがな)		
事業所の所在地	〒	市区町村コード	
	(都道府県から番地まで)		
	(建物名・部屋番号等)		
事業所の連絡先	電話番号		
	FAX番号		
	ホームページ	[] 0. なし・ 1. あり	
	(ホームページアドレス)		
介護保険事業所番号			
事業所の管理者の氏名及び職名	氏名		
	職名		
事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定若しくは許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合にはその直近の年月日)			
事業の開始(予定)年月日			
指定の年月日	介護サービス		
	介護予防サービス		
指定の更新年月日 (直近) (未来の日付は入らない)	介護サービス		
	介護予防サービス		
※介護予防サービスのみ実施している場合は「指定の年月日」の「介護サービス」には「-」を入力し、「介護予防サービス」の欄に入力してください。			
生活保護法第54条の2に規定する介護機関(生活保護の介護扶助を行う機関)の指定		[] 0. なし・ 1. あり	
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			
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	

リストから事業所がある市区町村を選択。

所在地は県名から記入。(正確に記入されない場合、公表画面で地図が正しく表示されないことがある。)

書式: 半角数字 (例: 025-000-0000)

事業所のホームページアドレスがある場合は記入(法人のホームページアドレスでも可)。ホームページアドレスは「http」から半角で記入。

介護保険の指定に関係なく、開設した年月日を記入。

介護保険(市町村への指定申請)における指定を受けた年月日を記入。

「変更・修正」ではなく、「更新」を行った年月日を記入。
なお、更新を受けたことのない場合には、当該事業所の指定を受けた年月日を記入。

事業所までの行き方を分かりやすく記入。
(例: 〇〇線〇〇駅より〇km(徒歩〇〇分))

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（予防を含む）に従事する従業員に関する事項

職種別の従業員の数、勤務形態、労働時間、従業員1人当たりの利用者数等

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	兼務	専従	兼務		
管理者	人	人	—	—	0 人	人
計画作成担当者	人				0 人	人
介護職員	人				0 人	人
看護職員	人				0 人	人
その他の従業員	人				0 人	人
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数						時間
※常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の人数に換算した人数をいう。						
従業員である計画作成担当者のうち介護支援専門員の人数	常勤		非常勤			
	専従	兼務	専従	兼務		
	人	人	人	人		
従業員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		
夜勤・宿直を行う従業員の人数	夜勤					人
	宿直					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)						
介護職員1人当たりの利用者数						人

「従業員」とは、雇用契約等により当該事業所の管理者の指揮命令下にある者を指す。

【常勤換算の算出方法】

・1週間に数回の勤務の場合:
非常勤職員の1週間の勤務時間÷事業所が定めている1週間の勤務時間

・1か月に数回の勤務の場合:
非常勤職員の1か月の勤務時間÷(事業所が定めている1週間の勤務時間×4)
小数点第2位以下を切り捨て、小数点第1位までを記入。

常勤職員について就業規則などで定められた1週間当たりの労働時間を記入。

複数の資格を取得している場合は、重複計上。

旧介護職員基礎研修、訪問介護員1級、保有者は「実務者研修」として計上すること。

訪問介護員2級保有者は「介護職員初任者研修」として計上すること。

夜勤・宿直を行う当該事業所における従業員の夜勤・宿直時間帯の平均の人数を記入。
※ 桃色二重線内

なお、記載内容については、当該事業所の夜勤・宿直を行う一般的な人員体制を踏まえること。

『他の職務』とは、事業所内の他の職務だけでなく、同一敷地内にある他事業所の職務を兼務している場合も対象。

「あり」を選択した場合は、その資格等の名称を記入。

自動計算で挿入されるため記入不要。

職種別の従業員の数について、複数の職種を兼務している従業員の記入方法

●看護職員と機能訓練指導員を兼務している場合

(例1)常勤職員で「看護職員としての勤務」と「機能訓練指導員としての勤務」がおおむね7:3の場合
(勤務割合は各事業所ごとに実際の勤務比率を勘案する)

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	兼務	専従	兼務		
看護職員	人	1 人	人	人	1 人	0.7 人
機能訓練指導員	人	1 人	人	人	1 人	0.3 人

(例2)非常勤職員(常勤換算0.7)で「看護職員としての勤務」と「機能訓練指導員としての勤務」がおおむね7:3の場合

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	兼務	専従	兼務		
看護職員	人	人	人	1 人	1 人	0.5 人
機能訓練指導員	人	人	人	1 人	1 人	0.2 人

●訪問介護と介護予防訪問介護を兼務しており、他に兼務がない場合は「専従」に記入
(介護予防サービスは介護サービスと一体として扱う。)

従業員

の当該報告に係る介護サービスの業務に従事した経験年数等

区分	計画作成担当者		介護職員	
	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
※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。				
従業員の健康診断の実施状況			[] 0. なし・ 1. 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			[] 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			

令和7年度(2025/04/01～2026/03/31)の状況 ※ 青色二重線内

法人内の異動は含めない。
前年度、新規指定事業所の場合、全従業員ではなく、指定日以降から前年度末までの採用者数を記入。

現事業所での経験年数ではなく、他の事業所も含めて、同一職種に従事した年数を記入。

研修等の内容(名称、対象者、カリキュラムもしくは時間等)を記載。

介護プロフェッショナルキャリア段位制度の取組を実施している場合は記載。
「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。
「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。

前年度1年間に、外部評価審査員における外部評価を受けた場合は「あり」を選択。

「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。
「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。
「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。
「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、上記3つ以外の認知症対応力の向上に関する研修を修了したものの人数を記載すること。

4. 介護サービス（予防を含む）の内容に関する事項

事業所の運営に関する方針

介護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）

夜間支援体制加算（Ⅰ）	[]	0. なし・ 1. あり
夜間支援体制加算（Ⅱ）	[]	0. なし・ 1. あり
認知症行動・心理症状緊急対応加算	[]	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
入院時費用	[]	0. なし・ 1. あり
看取り介護加算（予防を除く）	[]	0. なし・ 1. あり
医療連携体制加算（Ⅰ）イ（予防を除く）	[]	0. なし・ 1. あり
医療連携体制加算（Ⅰ）ロ（予防を除く）	[]	0. なし・ 1. あり
医療連携体制加算（Ⅰ）ハ（予防を除く）	[]	0. なし・ 1. あり
医療連携体制加算（Ⅱ）（予防を除く）	[]	0. なし・ 1. 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）	[]	0. なし・ 1. 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）	[]	0. なし・ 1. あり
退居時情報提供加算	[]	0. なし・ 1. あり
退居時相談援助加算	[]	0. なし・ 1. あり
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	[]	0. なし・ 1. あり
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	[]	0. なし・ 1. あり
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	[]	0. なし・ 1. あり
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	[]	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
栄養管理体制加算	[]	0. なし・ 1. あり
口腔衛生管理体制加算	[]	0. なし・ 1. あり
口腔・栄養スクリーニング加算	[]	0. なし・ 1. あり
科学的介護推進体制加算	[]	0. なし・ 1. あり
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	[]	0. なし・ 1. あり
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	[]	0. なし・ 1. あり
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	[]	0. なし・ 1. あり
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	[]	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

介護保険の指定基準において、「運営規程」として定めることになっている「事業目的及び運営の方針」を記入。

事業所の運営に関する方針のうち、特に介護予防や介護度進行予防に関する方針について記載することが望ましいが、両方記載することが困難な場合はどちらかのみでの記載でも構わない。

記入日前月から直近1年間において、指定地域密着型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」を選択。
例：記入日が2026年9月の場合
2025年9月～2026年8月の1年間の状況を記入
※ 赤色二重線内
届出のみの場合は、「なし」を選択。

短期利用認知症対応型共同生活介護の提供		[] 0. なし・ 1. あり					
共用型指定認知症対応型通所介護の提供		[] 0. なし・ 1. あり					
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)		[] 0. なし・ 1. 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)		[] 0. なし・ 1. あり					
(その名称)							
上記以外の協力医療機関		[] 0. なし・ 1. 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		[] 0. なし・ 1. あり					
(医療機関の名称)							
協力歯科医療機関		[] 0. なし・ 1. あり					
(その名称)							
看護師の確保方法		[] 1. 職員として配置・ 2. 契約・ 3.職員として配置及び契約・ 4. なし					
(契約の場合、契約先の名称)							
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							
利用に当たっての条件							
退居に当たっての条件							
入居定員		ユニット	人				
認知症対応型共同生活介護の入居者の状況							
入居者の人数	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
65歳未満	人	人	人	人	人	人	0 人
65歳以上75歳未満	人	人	人	人	人	人	0 人
75歳以上85歳未満	人	人	人	人	人	人	0 人
85歳以上	人	人	人	人	人	人	0 人
※該当する利用者がいない場合は0を入力してください。							
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)						%	
認知症対応型共同生活介護を退居した者の人数(前年度)							
退 去 先	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
自宅等	人	人	人	人	人	人	0 人
介護保険施設	人	人	人	人	人	人	0 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	0 人
医療機関	人	人	人	人	人	人	0 人
死亡者	人	人	人	人	人	人	0 人
その他	人	人	人	人	人	人	0 人
※該当する利用者がいない場合は0を入力してください。							
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3年未満	3年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上	
入居者数	人	人	人	人	人	人	

「あり」を選択した場合は、「(その名称)」を記入。
※以下、「協力歯科医療機関」まで同様。

指定地域密着型サービス基準第105条第3項に規定する『バックアップ施設の名称』及び『(協力の内容)』について記入。

令和7年度(2025/04/01～2026/03/31)の状況
※ 青色二重線内

新規事業所の場合、『(開催実績)』は「－」、『(参加者延べ人数)』は「0」を記入。

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、具体的な協働内容について記入。

当該事業所の利用に当たって何らかの受入れ又は退去条件を設定している場合は、概ね400字以内で記入。

認知症対応型共同生活介護の提供を受ける入居者の定員を記入。
2ユニット以上ある場合は、合計した入居定員を記入。

記入日前月の状況を記入。
※ 桃色二重線内

当該事業所の入居者の平均年齢を小数点第1までを記入。

当該事業所の入居者数を、当該事業所の入居定員で除した数を記入。

令和7年度(2025/04/01～2026/03/31)の状況
※ 青色二重線内

記入日前月の状況(上記「入居者の人数」の内訳)を記入。
※ 桃色二重線内

介護サービスを提供する事業所、設備等の状況

建物形態	[] 0. 単独型・ 1. 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		1室当たりの居室面積
	㎡		㎡		㎡
二人部屋の有無				[] 0. なし・ 1. 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)		%
			(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					
居間、食堂、台所の設備状況					
入居者等が調理を行う設備状況				[] 0. なし・ 1. あり	
その他の共用施設の設備状況				[] 0. なし・ 1. 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				[] 0. なし・ 1. あり	
(その内容)					
緊急通報装置の設置状況			[] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 各居室内にあり		
外線電話回線の設置状況			[] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 各居室内にあり		
テレビ回線の設置状況			[] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 各居室内にあり		
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				[] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. あり	
抵当権の設定				[] 0. なし・ 1. あり	
貸借(借地)				[] 0. なし・ 1. あり	
契約期間	始		終		
契約の自動更新				[] 0. なし・ 1. 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				[] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. あり	
抵当権の設定				[] 0. なし・ 1. あり	
貸借(借家)				[] 0. なし・ 1. あり	
契約期間	始		終		
契約の自動更新				[] 0. なし・ 1. あり	

全ての居室内に設置している場合には、「各居室内にあり」を選択。また、当該設備を一部の居室内に設置している場合には、「一部あり」を選択。

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 (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	
地域密着型サービスの外部評価の実施状況										[]		0. なし・ 1. あり	
実施した直近の年月日 (評価結果確定日)													
実施した評価機関の名称													
当該結果の開示状況										[]		0. なし・ 1. あり	
(その開示内容を確認できる【ホームページアドレス】を記入)													

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からの苦情に対応する窓口の名称及び電話番号を1カ所記入。
電話番号は半角数字で記入。
例: 025-000-0000

定期的な休業日(曜日等)があれば記入。

随時対応、24時間対応など上段の曜日単位での記入ができない場合には、留意事項の欄にその内容を記入。

当該事業所の特色等について、その内容を400文字以内で記入。
例: 特殊技能のある職員とその人数(専門看護師、認定看護師、外国語対応可能、手話対応可能)、ターミナルケア実施、障害者及び難病患者へのサービス提供実施 等

なお、虚偽又は誇大広告は禁止。

記入日前1年間における実施状況
※ 紫色二重線内

「あり」を選択した場合は、『実施した直近の年月日』、『実施した評価機関の名称』を記入し、『当該結果の開示状況』を選択。
※運営推進会議で外部評価を実施した場合は、評価機関の名称記載欄に『運営推進会議にて実施』等を記載。

評価の結果が掲載されているホームページのアドレスを「http」から半角で記入。
※HPで開示していない場合、「事業所内に開示」等と入力。

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

利用料等(入居者の負担額)

家賃(月額)			円
敷金	[] 0. なし・ 1. あり	(その費用の額)	円
保証金の有無(前払金)	[] 0. なし・ 1. あり	(その費用の額)	円
(保証措置の内容)			
(償却の有無)		[] 0. なし・ 1. あり	
食材料費	[] 0. なし・ 1. あり	(朝食)	円
		(昼食)	円
		(夕食)	円
		(おやつ)	円
		(又は1日)	円

その他の費用

①理美容代	[] 0. なし・ 1. あり	(その費用の額)	円
算定方法			
②おむつ代	[] 0. なし・ 1. あり	(その費用の額)	円
算定方法			
③その他 ()	[] 0. なし・ 1. あり	(その費用の額)	円
算定方法			
④その他 ()	[] 0. なし・ 1. あり	(その費用の額)	円
算定方法			
⑤その他 ()	[] 0. なし・ 1. あり	(その費用の額)	円
算定方法			

当該事業所を利用するに当たって利用者が負担する家賃(月額)を記入。
規定額がなく、利用者によって金額が異なる場合、令和7年度(2025/04/01～2026/03/31)の平均金額を記入。
※ 青色二重線内

「あり」を選択した場合は、『(保証措置の内容)』、『(その費用の額)』及び『(償却の有無)』を記入。なお、当該費用の徴収等を行っていない場合には「なし」を選択。

指定地域密着型サービス基準第96条第3項第1号に規定する食材料費の額を記入。当該費用の徴収を行っていない場合は「なし」を選択。

指定地域密着型サービス基準第96条第3項に規定する理美容代及びおむつ代を徴収している場合には、「あり」を選択するとともに、その額及びその算定方法を記入。なお、当該費用の徴収等を行っていない場合には、「なし」を選択。

また、実費の場合は『(その費用の額)』欄に記入するのではなく、『(算定方法)』欄に「実費」と記入。

その他の費用を徴収している場合、「その他の日常生活費」として運営規程に定めているもののうち、利用頻度の高い名目を3つ記入し、それぞれの費用の額及び算定方法を記入。
なお、当該費用の徴収等を行っていない場合には、「なし」を選択。

また、実費の場合は『(その費用の額)』欄に記入するのではなく、『(算定方法)』欄に「実費」と記入。