

事業所名:

事業所番号:

基本情報調査票：居宅介護支援

(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。

法人等が実施する介護サービス(0と1の複数回答は有り) 0. 同一法人・系列法人が運営する介護保険施設・事業所を併設している 1. 同一法人・系列法人が運営している介護保険施設・事業所があるが、併設ではない 2. 同一法人・系列法人が運営している介護保険施設・事業所はない				
		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に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
訪問入浴介護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
訪問看護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
訪問リハビリテーション	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
居宅療養管理指導	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
通所介護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
通所リハビリテーション	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
短期入所生活介護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
短期入所療養介護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
特定施設入居者生活介護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			

当該法人等が、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（県外含む）には、以下①②のとおり記載すること。

①現在記入している介護サービス（事業所）と併設している場合には、介護サービスの種類ごとに「0.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。

②現在記入している介護サービス（事業所）と併設していない場合には、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 事業所のための運営の場合、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）

福祉用具貸与	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
特定福祉用具販売	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
＜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に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
夜間対応型訪問介護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
地域密着型通所介護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
認知症対応型通所介護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
小規模多機能型居宅介護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
認知症対応型共同生活介護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
地域密着型特定施設入居者生活介護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			

居宅介護支援	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
<介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
介護予防訪問看護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
介護予防訪問 リハビリテーション	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
介護予防居宅療養 管理指導	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
介護予防通所 リハビリテーション	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
介護予防短期入所 生活介護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
介護予防短期入所 療養介護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
介護予防特定施設 入居者生活介護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
介護予防福祉用具貸与	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
特定介護予防福祉 用具販売	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			

＜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に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
介護予防小規模 多機能型居宅介護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
介護予防認知症 対応型共同生活介護	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
介護予防支援	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
介護老人保健施設	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			
介護医療院	[] 0に該当すれば○			
	[] 1に該当すれば○			
	[] 2に該当すれば○			

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 (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		[] 0. なし・ 1. あり	
介護予防支援の指定		[] 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(県又は市への指定申請)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: ○○線○○駅より○km(徒歩○○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		
介護支援専門員	人				0 人	人
うち主任介護支援専門員	人				0 人	人
事務員	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

※ 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。

従業員である介護支援専門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
医師	人	人	人	人
歯科医師	人	人	人	人
薬剤師	人	人	人	人
保健師	人	人	人	人
助産師	人	人	人	人
看護師	人	人	人	人
准看護師	人	人	人	人
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
社会福祉士			人	人
介護福祉士			人	人
実務者研修			人	人
介護職員初任者研修			人	人
視能訓練士			人	人
義肢装具士	人	人	人	人
歯科衛生士	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
柔道整復師	人	人	人	人
栄養士	人	人	人	人
管理栄養士	人	人	人	人
精神保健福祉士	人	人	人	人
その他	人	人	人	人

管理者の主任介護支援専門員資格の有無

[] 0. なし・ 1. あり

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主任介護支援専門員・介護支援専門員以外の資格等

[] 0. なし・ 1. あり

(資格等の名称)

「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。

『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。

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		介護支援専門員	
		常勤	非常勤
前年度の採用者数		人	人
前年度の退職者数		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
1年未満の者の人数		人	人
1年～3年未満の者の人数		人	人
3年～5年未満の者の人数		人	人
5年～10年未満の者の人数		人	人
10年以上の者の人数		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)			
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。

「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

緊急時の電話連絡の対応状況

[] 0. なし・ 1. あり

(その連絡先: 電話番号)

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(記入日前月から直近1年間の状況)

介護報酬の加算状況

特定事業所加算(Ⅰ)

[] 0. なし・ 1. あり

特定事業所加算(Ⅱ)

[] 0. なし・ 1. あり

特定事業所加算(Ⅲ)

[] 0. なし・ 1. あり

特定事業所加算(A)

[] 0. なし・ 1. あり

特定事業所医療介護連携加算

[] 0. なし・ 1. あり

入院時情報連携加算(Ⅰ)

[] 0. なし・ 1. あり

入院時情報連携加算(Ⅱ)

[] 0. なし・ 1. あり

退院・退所加算(Ⅰ)イ

[] 0. なし・ 1. あり

退院・退所加算(Ⅰ)ロ

[] 0. なし・ 1. あり

退院・退所加算(Ⅱ)イ

[] 0. なし・ 1. あり

退院・退所加算(Ⅱ)ロ

[] 0. なし・ 1. あり

退院・退所加算(Ⅲ)

[] 0. なし・ 1. あり

通院時情報連携加算

[] 0. なし・ 1. あり

緊急時等居宅カンファレンス加算

[] 0. なし・ 1. あり

ターミナルケアマネジメント加算

[] 0. なし・ 1. あり

介護職員等処遇改善加算

[] 0. なし・ 1. あり

介護支援専門員1人当たりの利用者数

※標準的な給付管理人数:44人(居宅介護支援費Ⅱを算定している場合は49人)

人

介護サービスの利用者(要介護者)、介護予防サービスの利用者(要支援者)への提供実績(記入日前月の状況)

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

0人

(前年同月の提供実績)

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。

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。

当該事業所申請時の営業時間を記入。
(例:9時00分～17時00分)

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。

指定申請時に通常の事業の実施地域として届出をした地域を記入。

記入日前月から直近1年間に、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」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。

記入日前月の介護支援専門員1人当たりの平均給付管理数を記入。

(算出方法について)
① 給付管理実績より、記入日前月の利用者人数の実績における1か月当たりの平均値を算出。
② ①の値を事業所の介護支援専門員の常勤換算人数で除す。小数点第2位以下を切り捨て、小数点第1位までを記入。

記入日前月の介護報酬請求実績の状況を記入。 ※ 桃色二重線内

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						

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ヵ所記入。
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。

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)	
--------	--

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。

ケアマネジメントの公正中立性の確保

前6ヶ月間に作成したケアプラン(予防は含まない)における各サービスの利用割合

訪問介護	%	
通所介護	%	
地域密着型通所介護	%	
福祉用具貸与	%	

前6ヶ月間に作成したケアプラン(予防は含まない)における同一事業所によって提供された各サービスの割合と事業所名(上位3位まで)

	事業所名	割合	事業所名	割合	事業所名	割合
訪問介護		%		%		%
通所介護		%		%		%
地域密着型通所介護		%		%		%
福祉用具貸与		%		%		%

前6ヶ月間については、前期(3月1日から8月末日)又は後期(9月1日から2月末日)のうち、記入年月日の直近の期間に作成したケアプランのうち、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与事業所の各サービスの利用割合、同一事業所によって提供されたものの割合と事業所名(上位3つ(※))を記すこと。
(※)上位3つまで事業所がない場合は、必ずしも3つ全てに記載する必要はない。

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
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(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)	

※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。)

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。

第三者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。

手順1 基本情報 必須

項目	状況	備考
1 法人情報	記入中	
2 所在地	記入中	
3 従業員数	記入中	
4 サービス内容	記入中	
5 利用料	記入中	

備考 備考を保存する

各サービスの提供割合が100%を超過する場合は、「調査票トップページ」の基本情報「サービス内容」備考欄にその理由を記入。

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

[] 0. なし・ 1. あり	
(その額、算定方法等)	

「あり」を選択した場合は、『(その額、その算定方法等)』を記入。