

「介護サービス情報の公表」 調査票記入例

認知症対応型共同生活介護等

- 1 調査票の記入にあたって
- 2 基本情報記入例
 - (1) 認知症対応型共同生活介護
 - (2) 介護予防認知症対応型共同生活介護
- 3 調査情報項目の「その他」欄の記入上の注意
- 4 調査情報項目の「該当なし」欄の記入上の注意

はじめに

平成20年度より調査票の記入・提出は、報告システムにより行うこととなりました。報告システムへの入力・提出方法については、別途ホームページ上に掲載している「東京都介護サービス情報報告システム事業所様向け操作マニュアル」をご参照ください。

1 調査票の記入にあたって

調査票は、「基本情報」と「調査情報」の2種類あります。それぞれ下記の事項を踏まえ、記入してください。「基本情報」は前年度の状況が表示されますので、変更箇所を訂正してください。「調査情報」は前年度の状況は表示されませんので、すべて入力してください。

(1) 基本情報に関する事項

① 一般的事項

- ア 具体的な内容等を記載する項目等は、おおむね200字以内で明瞭、簡潔に記載してください。
- イ 記載すべき欄に記載すべき事項がない場合は、「なし」を記入してください。
- ウ 小数点以下の数値を記載する場合は、下記のとおり取り扱いをお願いします。
 - 人数に関する事項 → 小数点第1位まで（端数切り捨て）
 - その他の事項 → 小数点第2位まで（端数切り捨て）

② 記入の時点について

基本情報は、調査票を記入した日現在の内容で記入してください。
ただし、時期を指定している項目については、その指定に従って記入してください。

【例】

記入年月日……………平成23年7月1日（2011年7月1日）

↓

記入年月日の前月……………平成23年6月（2011年6月）

前年同月……………平成22年6月（2010年6月）

前年度……………平成22年度（2010年度）

*平成22年4月1日～平成23年3月31日

③ 「記入年月日」について

「記入年月日」の欄には、報告期限までの間に、調査票を記入した日を記載してください。同一グループで複数サービスを運営している場合は、年月日を統一してください。

④ その他記入上の注意

ア 「年月日」「年月」の記入について

「年月日」、「年月」の欄は、西暦で記入してください。

例：2011年7月1日

イ 「時間」の記入について

「時間」は24時間制で記入してください。

例：17時30分

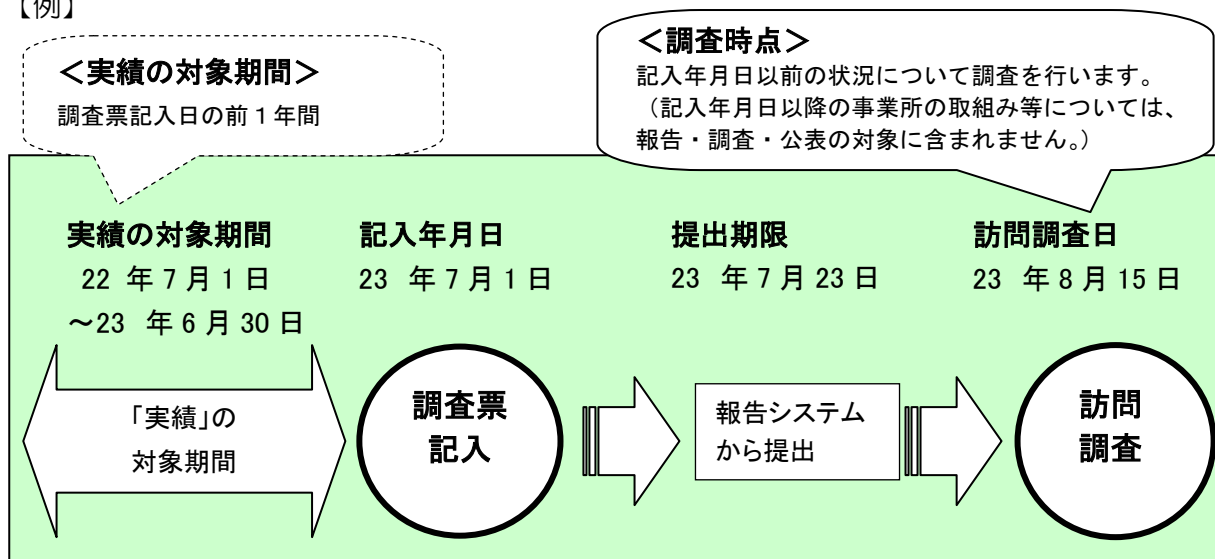
(2) 調査情報に関する事項

① 記入の時点について

調査情報は、基本情報の「記入年月日」の欄に記載した日現在の内容で記入してください。

ただし、過去の実績等（研修や会議の記録等）を問う項目は、「記入年月日」の前1年間を対象として、記入してください。

【例】



② 各項目の記入について

調査情報は、「大項目」「中項目」「小項目」「確認事項」「確認のための材料」の5段階で構成されています。各段階の内容を踏まえた上で、事業所の普段の取組状況を確認し、「確認のための材料」について「あり」または「なし」を選択してください。

③ 「その他」欄の記入について

「その他」の欄には、あらかじめ記載されている「確認のための材料」はないが、確認事項及び「確認のための材料」の内容を踏まえて、あらかじめ記載されていない「確認のための材料」を報告することが可能な場合に、その材料名を記入してください。記入方法の詳細については、「3 調査情報項目の「その他」欄の記入上の注意」をご参照ください。

④ 「該当なし」欄の記入について

確認事項の中には、「該当なし」を選択できるものがあります。

該当しない場合は「該当なし」を選択してください。記入方法の詳細については、「4 調査情報項目の「該当なし」欄の記入上の注意」をご参照ください。

2 (1) 基本情報記入例（認知症対応型共同生活介護）

計画年度	2011 年度	記入年月日	※1 2011/7/1
記入者名	財団花子	所属・職名	公表担当

※1

記入年月日は調査票を記入した日を記載してください。記入の時点は調査票を記入した日現在です。

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 ※2
	<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 checked="" type="radio"/> 社団・財団 <input type="radio"/> 営利法人 <input type="radio"/> NPO <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) ざいだんほうじん ふくしんこうざいだん
	財団法人福祉振興財団
法人等の主たる事務所の所在地	〒 162-0823
	東京都新宿区神楽河岸1丁目1番
法人等の連絡先	電話番号 03-5206-8736
	FAX番号 03-5206-8743
	ホームページアドレス <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/
法人等の代表者の氏名及び職名	氏名 財団太郎
	職名 理事長
法人等の設立年月日 ※3	2001/04/01

※2

法人等の種類は該当の番号を記入してください。

例)
03:医療法人
→社団医療法人
財団医療法人

05:営利法人
→株式会社
有限会社
合資会社 等

区市町村より委託を受けている場合は、事業所を運営する法人欄は、区市町村名を記入してください。

※3 法人等の設立年月日については、登記事項に合わせて記入してください。

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	主な事業所等の名称	所在地
< 居宅サービス >			
	※4	※5	※5
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 >			
夜間対応型訪問介護	●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	1 グループホームざいだん	新宿区神楽河岸1-1
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		
居宅介護支援	●なし ○あり		

※4
 当該法人等が東京都内で介護サービスを実施している場合は介護サービスの種類毎に「1」を記入してください。
 (当該報告に係る介護サービスを含む)

実施していない場合は介護サービスの種類毎に「0」を記入してください。

※5
 ※4で「1」を記入した場合は、その事業所の
 ・か所数
 ・名称
 ・所在地
 を記入してください。

同一サービスで複数の事業所を有する場合はそのうちの主な事業所の名称及びその所在地を1カ所記載してください。

＜介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防訪問入浴介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防訪問看護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防訪問 リハビリテーション	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防居宅療養 管理指導	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防通所介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防通所 リハビリテーション	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防短期入所 生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防短期入所 療養介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防特定施設 入居者生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防福祉用具貸与	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
特定介護予防福祉 用具販売	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防小規模 多機能型居宅介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防認知症 対応型共同生活介護	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	1	グループホームざいだ ん	新宿区神楽河岸1-1
介護予防支援	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護老人保健施設	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護療養型医療施設	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			

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) ぐるーぷほーむざいだん
	グループホームざいだん
事業所の所在地	〒 162-0823 市区町村コード 新宿区
	東京都新宿区神楽河岸1-1 ※6
事業所の連絡先	電話番号 03-5206-8736
	FAX番号 03-5206-8743
	ホームページアドレス ○なし ●あり ※7 http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/
介護保険事業所番号	1234567890
事業所の管理者の氏名及び職名	氏名 財団太郎
	職名 所長
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	2006/03/03
指定の年月日	2006/04/01
指定の更新年月日(直近) ※8	
生活保護法第54条の2に規定する介護機関の指定の有無 ※9	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
事業所までの主な利用交通手段	
JR飯田橋駅より徒歩5分 ※10 事業所までの行き方を分かりやすく記入してください。 (例) ○○線○○駅より徒歩○○分	

※6 「東京都」から記入してください。

※7 Eメールアドレスと間違えないよう気をつけてください。

※8 更新予定日ではなく、直近に更新した年月日を記入してください。
まだ、更新を受けたことのない事業所や新規事業所は、「指定の年月日」を記入してください。

※9 生活保護法第54条の2に規定する介護機関の指定の有無について
本人又は設置者の同意を得て、生活保護法による介護扶助のための居宅介護若しくは居宅介護支援計画の作成、福祉用具の給付、施設介護、介護予防若しくは介護予防支援計画の作成又は介護予防福祉用具の給付を担当させる機関としての指定の有無。

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

実人数	常勤		非常勤		合計	※12 常勤換算 人数
	専従	非専従	専従	非専従		
管理者	1人	0人	—	—	1人	1人
計画作成担当者	1人	0人	0人	3人	4人	2.5人
介護職員	0人	2人	0人	0人	2人	1.5人
看護職員	0人	2人	0人	0人	2人	1.5人
その他の従業者	0人	2人	6人	0人	8人	6.7人
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					※13	40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。						

※11 常勤及び非常勤の勤務形態別に、専従及び非専従に該当する人数を記入して下さい。
また、下記の常勤換算方法により算出された人数を記入して下さい。

※13 常勤職員について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して下さい。

※12

《常勤換算の計算式》

・常勤換算人数：従業者の勤務のべ時間数÷常勤の従業者が勤務すべき時間数

(例1) 1週間の勤務延べ時間で計算する場合 計画作成担当者

$$\left(\begin{array}{l} \text{40時間} \\ \text{<常勤>} \\ \text{専従1名} \end{array} + \begin{array}{l} \text{60時間} \\ \text{<非常勤>} \\ \text{非専従3名の合計} \end{array} \right) \div \begin{array}{l} \text{40時間} \\ \text{<事業所が定めている} \\ \text{1週間の勤務時間>} \end{array} = \begin{array}{l} \text{2.5人} \\ \text{<常勤換算人数>} \end{array}$$

(例2) 1ヶ月の勤務延べ時間数で計算する場合 計画作成担当者

$$\left(\begin{array}{l} \text{160時間} \\ \text{<常勤>} \\ \text{専従1名} \end{array} + \begin{array}{l} \text{240時間} \\ \text{<非常勤>} \\ \text{非専従3名の合計} \end{array} \right) \div \begin{array}{l} \text{160時間} \\ \text{<事業所が定めている} \\ \text{1週間の勤務時間} \times 4 > \end{array} = \begin{array}{l} \text{2.5人} \\ \text{<常勤換算人数>} \end{array}$$

従業者である計画作成担当者が有している資格				
延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
介護支援専門員	1人	0人	0人	3人
夜勤・宿直を行う従業者の人数	夜勤	4人		
	宿直	2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			
	1. あり: →	資格等の名称	介護福祉士	
介護従業者1人当たりの利用者数				※14 3.2人

※14 《介護従業者1人当たりの利用者数》

「4.介護サービスの内容に関する事項」の「認知症対応型共同生活介護の入居者の状況」の「入居者数」の合計を「実人数」の「計画作成担当者」及び「介護福祉士」の常勤換算人数の合計で除した人数を記載して下さい。

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	計画作成担当者		介護従業者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数 ※15	0人	1人	0人	0人
前年度1年間の退職者数 ※15	0人	0人	0人	0人
業務に従事した経験年数 ※16				
1年未満の者の人数	0人	1人	0人	0人
1年～3年未満の者の人数	0人	0人	0人	0人
3年～5年未満の者の人数	1人	2人	0人	6人
5年～10年未満の者の人数	0人	0人	6人	0人
10年以上の者の人数	0人	0人	0人	0人
従業者の健康診断の実施状況	○なし ●あり			

※15
採用者数・退職者数には、同一法人内での人事異動は含めないでください。

※16 業務に従事した経験年数は、現在業務に従事している従業者の経験年数を記入してください。経験年数の数え方は、現在の事業所の経験だけでなく、他の事業所で同じ職種で業務に従事した経験があれば経験年数に加えてください。（当該職種に従事した年数について記入します。）
全くの新規採用者で業務に従事してまだ数日という場合であっても、「1年未満の者の人数」に記入してください。

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	
入居者、ひとりひとりの能力を最大限に活かし、自立した生活を支援します。	
介護予防および介護度進行予防に関する方針	
閉じこもりがちな方を対象に認知症予防プログラムを通じて、状態の悪化を予防する。	
介護サービスの内容、入居定員等 ※17	
夜間ケア加算(介護報酬の加算)の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
認知症行動・心理症状緊急対応加算(介護報酬の加算)の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
若年性認知症利用者受入加算(介護報酬の加算)の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
看取り介護の実施(介護報酬の加算)の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
医療連携体制加算(介護報酬の加算)の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
退居時相談援助加算(介護報酬の加算)の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
認知症専門ケア加算(Ⅰ)(介護報酬の加算)の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
認知症専門ケア加算(Ⅱ)(介護報酬の加算)の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(介護報酬の加算)の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)(介護報酬の加算)の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)(介護報酬の加算)の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
入居定員	2 ユニット 16 人
介護サービスの提供内容に関する特色等	週に一度、入居者参加のイベント・年に一度の旅行会を実施しております。 地域包括支援センター・町内会・ご家族との緊密な連携を図っています。
利用に当たっての条件	介護保険による要支援2・要介護度1以上の認知症のお年寄り 少人数での共同生活を営むことに支障のない方。
退居に当たっての条件	3ヶ月以上入院が必要となる場合は退去をしていただきます。 希望により退去する場合は1ヶ月前までにご連絡ください。
短期利用共同生活介護の提供の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
共用型指定認知症対応型通所介護の提供の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり

※17
介護報酬の加算
・記入年月日を含む月の前月から前1年間において該当する加算を受けた場合は「あり」を選択してください。

協力医療機関の名称	神楽坂病院		
(協力の内容)	総合病院である神楽坂病院と定期健診及び緊急時の迅速な対応について協力関係を結んでいる。		
協力歯科医療機関	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	その名称	
(協力の内容)			
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	<input checked="" type="radio"/> 職員として配置 <input type="radio"/> 契約 <input type="radio"/> 職員として配置 及び 契約での確保 <input type="radio"/> なし		
	契約先の名称		
バックアップ施設の名称	神楽坂病院		
(協力の内容)	夜間時における緊急時にも迅速に対応してもらえるよう協力関係を結んでいる。		
運営推進会議の開催状況			
(前年度1年間の開催実績)	6月1日・12月1日	(参加者人数)	30人
(協議内容等)	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の健康状態報告 ・行事報告 ・意見交換 		
地域・市町村との連携状況	地域盆踊り		

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

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	0人	0人	0人	0人	0人	0人
65歳以上75歳未満	0人	2人	0人	0人	0人	2人
75歳以上85歳未満	3人	5人	0人	0人	0人	8人
85歳以上	1人	2人	0人	0人	0人	3人

入居者の平均年齢 80.23 歳

入居者の男女別人数 男性 5人 女性 8人

入居率(一時的に不在となっている者を含む) 81.25 %

前年度の認知症対応型共同生活介護を退居した者の人数

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	0人	0人	0人	0人	0人	0人
介護保険施設	0人	0人	0人	0人	0人	0人
特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設	0人	0人	0人	0人	0人	0人
医療機関	0人	0人	0人	0人	0人	0人
死亡者	0人	0人	0人	0人	0人	0人
その他	0人	0人	0人	0人	0人	0人

入居者の入居期間

入居期間	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	0人	0人	13人	0人	0人	0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	<input checked="" type="radio"/> 単独型 <input type="radio"/> 併設型		
建物構造	鉄筋コンクリート造り		2階建ての 1～2階部分
広さ等	敷地面積	延床面積	1室当たりの居室面積
	198 m ²	300 m ²	9.9 m ²
二人部屋の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
共同便所の設置数	男子便所	3 か所	うち車いす等の対応が可能な数 2 か所
	女子便所	3 か所	うち車いす等の対応が可能な数 2 か所
	男女共用便所	0 か所	うち車いす等の対応が可能な数 0 か所
個室の便所の設置数	0 か所	個室における便所の設置割合	0 %
		うち車いす等の対応が可能な数	0 か所
浴室の設備状況			
浴室の総数		1 か所	
個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴
17 か所	0 か所	0 か所	0 か所
その他の浴室の設備に関する事項		床はすべり止め、浴槽手すりつき	
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		<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
その他の共用施設の設備状況			
<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり あり: →	
緊急通報装置の設置状況		<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 一部あり <input checked="" type="radio"/> 各居室内にあり	
外線電話回線の設置状況		<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 一部あり <input checked="" type="radio"/> 各居室内にあり	
テレビ回線の設置状況		<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 一部あり <input checked="" type="radio"/> 各居室内にあり	
事業所の敷地に関する事項			
敷地の面積		198 m ²	
事業所を運営する法人が所有		<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 一部あり <input checked="" type="radio"/> あり	
抵当権の設定		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
貸借(借地)			
<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	契約期間	始	終
	契約の自動更新		<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり

事業所の建物に関する事項							
建物の延床面積		300 m ²					
事業所を運営する法人が所有		<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 一部あり <input checked="" type="radio"/> あり					
抵当権の設定		<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり					
貸借(借家)							
<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		契約期間	始		終		
		契約の自動更新		<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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		グループホームざいだん					
電話番号		03-5206-8736					
対応している時間		平日	9時	0分	～	17時	0分
		土曜	9時	0分	～	17時	0分
		日曜	時	分	～	時	分
		祝日	時	分	～	時	分
定休日		日曜・祝日					
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				<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり			
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				※18			
<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり		当該結果の開示状況		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり			
地域密着型サービスの評価の実施状況				※19			
<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり		実施した直近の年月日	2008/11/03				
		実施した評価機関の名称	(株)イダバシ評価サービス				
		当該結果の開示状況		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり			

※18 「利用者アンケート調査・・・」は、記入年月日の前1年間において実施したものを記載してください。

※19 「地域密着型サービスの評価の・・・」は、実施した直近の年月日を記載してください。
東京都指定情報公表センターは、評価機関ではありませんのでご注意ください。

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(入居者の負担額)			
家賃(月額)			80000 円
敷金	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり		160000 円
保証金の有無 (入居時一時金)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	保全措置の内容	
		償却の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり 円
食材料費	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	朝食	300 円
		昼食	500 円
		夕食	600 円
		お や	100 円
		又は1日	円
その他の費用			
①理美容代	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり		1000 円
算定方法			
②おむつ代	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり		2000 円
算定方法			
③その他 (光熱水費)	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり		15000 円
算定方法			
④その他 ()	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		円
算定方法			
⑤その他 ()	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		円
算定方法			

2 (2) 基本情報記入例（介護予防認知症対応型共同生活介護）

計画年度	2011 年度	記入年月日	※1 2011/7/1
記入者名	財団花子	所属・職名	公表担当

※1

記入年月日は調査票を記入した日を記載してください。記入の時点は調査票を記入した日現在です。

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 ※2	<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 checked="" type="radio"/> 社団・財団 <input type="radio"/> 宮利法人 <input type="radio"/> NPO <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
	名称	(その他の場合、その名称) (ふりがな) ざいだんほうじん ふくしんこうざいだん 財団法人福祉振興財団
法人等の主たる事務所の所在地	〒 162-0823	
	東京都新宿区神楽河岸1丁目1番	
法人等の連絡先	電話番号	03-5206-8736
	FAX番号	03-5206-8743
	ホームページアドレス	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/
法人等の代表者の氏名及び職名	氏名	財団太郎
	職名	理事長
法人等の設立年月日	※3	2001/04/01

※2

法人等の種類は該当の番号を記入してください。

例)

03:医療法人
→社団医療法人
財団医療法人

05:宮利法人
→株式会社
有限会社
合資会社 等

区市町村より委託を受けている場合は、事業所を運営する法人欄は、区市町村名を記入してください。

※3 法人等の設立年月日については、登記事項に合わせて記入してください。

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	主な事業所等の名称	所在地	
< 居宅サービス >				
	※4	※5	※5	※5
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 >				
夜間対応型訪問介護	●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	1	グループホームざいだん	新宿区神楽河岸1-1
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			
居宅介護支援	●なし ○あり			

※4
 当該法人等が東京都内で介護サービスを実施している場合は介護サービスの種類毎に「1」を記入してください。（当該報告に係る介護サービスを含む）

実施していない場合は介護サービスの種類毎に「0」を記入してください。

※5
 ※4で あり「1」を記入した場合は、その事業所の
 ・か所数
 ・名称
 ・所在地
 を記入してください。

同一サービスで複数の事業所を有する場合はそのうちの主な事業所の名称及びその所在地を1カ所記載してください。

＜介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防訪問入浴介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防訪問看護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防訪問 リハビリテーション	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防居宅療養 管理指導	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防通所介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防通所 リハビリテーション	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防短期入所 生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防短期入所 療養介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防特定施設 入居者生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防福祉用具貸与	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
特定介護予防福祉 用具販売	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防小規模 多機能型居宅介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防認知症 対応型共同生活介護	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	1	グループホームざいだん	新宿区神楽河岸1-1
介護予防支援	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護老人保健施設	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護療養型医療施設	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			

2. 介護予防サービスを提供し、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) ぐるーぷほーむざいだん
	グループホームざいだん
事業所の所在地	〒 162-0823 市区町村コード 新宿区
	東京都新宿区神楽河岸1-1 ※6
事業所の連絡先	電話番号 03-5206-8736
	FAX番号 03-5206-8743
	ホームページアドレス <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり ※7 http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/
介護保険事業所番号	1234567890
事業所の管理者の氏名及び職名	氏名 財団太郎
	職名 所長
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	2006/03/03
指定の年月日	2006/04/01
指定の更新年月日(直近) ※8	
生活保護法第54条の2に規定する介護機関の指定の有無 ※9	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
事業所までの主な利用交通手段	
JR飯田橋駅より徒歩5分 ※10 事業所までの行き方を分かりやすく記入してください。 (例) ○○線○○駅より徒歩○○分	

※6 「東京都」から記入してください。

※7 Eメールアドレスと間違えないよう気をつけてください。

※8 更新予定日ではなく、直近に更新した年月日を記入してください。
また、更新を受けたことのない事業所や新規事業所は、「指定の年月日」を記入してください。

※9 生活保護法第54条の2に規定する介護機関の指定の有無について
本人又は設置者の同意を得て、生活保護法による介護扶助のための居宅介護若しくは居宅介護支援計画の作成、福祉用具の給付、施設介護、介護予防若しくは介護予防支援計画の作成又は介護予防福祉用具の給付を担当させる機関としての指定の有無。

3. 事業所において介護予防サービスに従事する従業者に関する事項

実人数	常勤		非常勤		合計	※12 常勤換算 人数
	専従	非専従	専従	非専従		
管理者	1人	0人	—	—	1人	1人
計画作成担当者	1人	0人	0人	3人	4人	2.5人
介護職員	0人	2人	0人	0人	2人	1.5人
看護職員	0人	2人	0人	0人	2人	1.5人
その他の従業者	0人	2人	6人	0人	8人	6.7人
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					※13	40 時間

※11 常勤及び非常勤の勤務形態別に、専従及び非専従に該当する人数を記入して下さい。
また、下記の常勤換算方法により算出された人数を記入して下さい。
※13 常勤職員について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して下さい。

※12

《常勤換算の計算式》

・常勤換算人数：従業者の勤務のべ時間数÷常勤の従業者が勤務すべき時間数

(例1) 1週間の勤務延べ時間で計算する場合 計画作成担当者

$$(40時間 + 60時間) \div 40時間 = 2.5人$$

＜常勤＞ 専従1名 ＜非常勤＞ 非専従3名の合計 ＜事業所が定めている1週間の勤務時間＞ ＜常勤換算人数＞

(例2) 1ヶ月の勤務延べ時間数で計算する場合 計画作成担当者

$$(160時間 + 240時間) \div 160時間 = 2.5人$$

＜常勤＞ 専従1名 ＜非常勤＞ 非専従3名の合計 ＜事業所が定めている1週間の勤務時間×4＞ ＜常勤換算人数＞

※常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延べ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。				
従業者である計画作成担当者が有している資格				
延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
介護支援専門員	1人	0人	0人	3人
夜勤・宿直を行う従業者の人数	夜勤	4人		
	宿直	○なし ●あり 2人		
管理者の他の職務との兼務の有無				
管理者が有している当該報告に係る介護予防サービスに係る資格等	○なし ●あり			
	資格等の名称	介護福祉士		
介護従業者1人当たりの利用者数				
※14				
3.2 人				

※14 《介護従業者1人当たりの利用者数》

「4.介護サービスの内容に関する事項」の「認知症対応型共同生活介護の入居者の状況」の「入居者数」の合計を「実人数」の「計画作成担当者」及び「介護福祉士」の常勤換算人数の合計で除した人数を記載して下さい。

従業者の当該報告に係る介護予防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		介護従業者		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
前年度1年間の採用者数	※15	0人	1人	0人	0人
前年度1年間の退職者数	※15	0人	0人	0人	0人
業務に従事した経験年数	※16				
1年未満の者の人数		0人	1人	0人	0人
1年～3年未満の者の人数		0人	0人	0人	0人
3年～5年未満の者の人数		1人	2人	0人	6人
5年～10年未満の者の人数		0人	0人	6人	0人
10年以上の者の人数		0人	0人	0人	0人
従業者の健康診断の実施状況			○なし ●あり		

※15 採用者数・退職者数には、同一法人内での人事異動は含めないでください。

※16 業務に従事した経験年数は、現在業務に従事している従業者の経験年数を記入してください。

経験年数の数え方は、現在の事業所の経験だけでなく、他の事業所で同じ職種で業務に従事した経験があれば経験年数に加えてください。（当該職種に従事した年数について記入します。）

全くの新規採用者で業務に従事してまだ数日という場合であっても、「1年未満の者の人数」に記入してください。

4. 介護予防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	
入居者、ひとりひとりの能力を最大限に活かし、自立した生活を支援します。	
介護予防および介護度進行予防に関する方針	
閉じこもりがちな方を対象に認知症予防プログラムを通じて、状態の悪化を予防する。	
介護予防サービスの内容、入居定員等 ※17	
夜間ケア加算(介護報酬の加算)の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
認知症行動・心理症状緊急対応加算(介護報酬の加算)の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
若年性認知症利用者受入加算(介護報酬の加算)の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
退居時相談援助加算(介護報酬の加算)の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
認知症専門ケア加算(Ⅰ)(介護報酬の加算)の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
認知症専門ケア加算(Ⅱ)(介護報酬の加算)の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(介護報酬の加算)の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)(介護報酬の加算)の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)(介護報酬の加算)の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
入居定員	2 ユニット 16 人
介護予防サービスの提供内容に関する特色等	週に一度、入居者参加のイベント・年に1回旅行会を実施しております。 地域包括支援センター・町内会・ご家族との緊密な連携を図っています。
利用に当たっての条件	介護保険による要支援2・要介護度1以上の認知症のお年寄り 少人数での共同生活を営むことに支障のない方。
退居に当たっての条件	3ヶ月以上入院が必要となる場合は退去をしていただきます。 希望により退去する場合は1ヶ月前までにご連絡ください。
介護予防短期利用共同生活介護の提供の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
介護予防共用型指定認知症対応型通所介護の提供の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり

※17
介護報酬の加算
・記入年月日を含む
月の前月から前1年
間において該当する
加算を受けた場合は
「あり」を選択して
ください。

協力医療機関の名称	神楽坂病院		
(協力の内容)	総合病院である神楽坂病院と定期検診及び緊急時の迅速な対応について協力関係を結んでいる。		
協力歯科医療機関	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	その名称	
(協力の内容)			
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	<input checked="" type="radio"/> 職員として配置 <input type="radio"/> 契約 <input type="radio"/> 職員として配置 及び 契約での確保 <input type="radio"/> なし		
	契約先の名称		
バックアップ施設の名称	神楽坂病院		
(協力の内容)	夜間時における緊急時にも迅速に対応してもらえるよう協力関係を結んでいる。		
運営推進会議の開催状況			
(前年度1年間の開催実績)	6月1日・12月1日	(参加者人数)	30人
(協議内容等)	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の健康状態報告 ・行事報告 ・意見交換 		
地域・市町村との連携状況	地域盆踊り		

介護予防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			合計		
65歳未満	0 人			0 人		
65歳以上75歳未満	0 人			0 人		
75歳以上85歳未満	2 人			2 人		
85歳以上	0 人			0 人		
入居者の平均年齢				84.5 歳		
入居者の男女別人数		男性	0 人	女性	2 人	
入居率(一時的に不在となっている者を含む)				0.12 %		
前年度の介護予防認知症対応型共同生活介護を退居した者の人数						
	要支援2			合計		
自宅等	0 人			0 人		
介護保険施設	0 人			0 人		
特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設	0 人			0 人		
医療機関	0 人			0 人		
死亡者	0 人			0 人		
その他	0 人			0 人		
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	0 人	0 人	2 人	0 人	0 人	0 人

介護予防サービスを提供する事業所、設備等の状況

建物形態	<input checked="" type="radio"/> 単独型 <input type="radio"/> 併設型		
建物構造	鉄筋コンクリート造り	2階建ての	1～2階部分
広さ等	敷地面積	延床面積	1室当たりの居室面積
	198 m ²	300 m ²	9.9 m ²
二人部屋の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
共同便所の設置数	男子便所	3 か所	うち車いす等の対応が可能な数
	女子便所	3 か所	うち車いす等の対応が可能な数
	男女共用便所	0 か所	うち車いす等の対応が可能な数
個室の便所の設置数	0 か所	個室における便所の設置割合	0 %
		うち車いす等の対応が可能な数	0 か所
浴室の設備状況			
浴室の総数		1 か所	
個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴
17 か所	0 か所	0 か所	0 か所
その他の浴室の設備に関する事項		床はすべり止め、浴槽手すりつき	
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		<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
その他の共用施設の設備状況			
<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり あり: →	
緊急通報装置の設置状況		<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 一部あり <input checked="" type="radio"/> 各居室内にあり	
外線電話回線の設置状況		<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 一部あり <input checked="" type="radio"/> 各居室内にあり	
テレビ回線の設置状況		<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 一部あり <input checked="" type="radio"/> 各居室内にあり	
事業所の敷地に関する事項			
敷地の面積		198 m ²	
事業所を運営する法人が所有		<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 一部あり <input checked="" type="radio"/> あり	
抵当権の設定		<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
貸借(借地)			
<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		契約期間	始
			終
		契約の自動更新	
		<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	

事業所の建物に関する事項			
建物の延床面積	300 m ²		
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	グループホームざいだん		
電話番号	03-5206-8736		
対応している時間	平日	9時 0分	～ 17時 0分
	土曜	9時 0分	～ 17時 0分
	日曜	時 分	～ 時 分
	祝日	時 分	～ 時 分
定休日	日曜・祝日		
留意事項			
介護予防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、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		※18	
○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評価の実施状況		※19	
○なし ●あり	実施した直近の年月日	2008/11/03	
	実施した評価機関の名称	(株)イイダバシ評価サービス	
	当該結果の開示状況	○なし ●あり	

※18 「利用者アンケート調査・・・」は、記入年月日の前1年間において実施したものを記載してください。

※19 「地域密着型サービスの評価の・・・」は、実施した直近の年月日を記載してください。
東京都指定情報公表センターは、評価機関ではありませんのでご注意ください。

5. 介護予防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(入居者の負担額)			
家賃(月額)			80000 円
敷金	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり		160000 円
保証金の有無 (入居時一時金)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	保全措置の内容	
		償却の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり 円
食材料費	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	朝食	300 円
		昼食	500 円
		夕食	600 円
		おやつ	100 円
		又は1日	円
その他の費用			
①理美容代	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり		1000 円
算定方法			
②おむつ代	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり		2000 円
算定方法			
③その他 (光熱水費)	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり		15000 円
算定方法			
④その他 ()	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		円
算定方法			
⑤その他 ()	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		円
算定方法			

3 調査情報項目の（その他）欄の記入上の注意

「その他」欄は、事業所が報告する際に記載する欄であり、あらかじめ記載されている「確認のための材料」はないが、「確認事項」及び「確認のための材料」の内容を踏まえて、あらかじめ記載されていない「確認のための材料」を報告することが可能な場合には、その材料名を「その他」欄に記載するものです。既に示されている確認のための材料ではないが、確認事項を満たす他の材料があれば記入する欄です。

（事例）

1 確認のための材料が「あり」の場合で、（その他）の確認のための材料が「なし」の場合

大項目1. 介護サービスの内容に関する事項					
中項目1. 介護サービスの提供開始時における利用者等、入所者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いる措置					
小項目1. 介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び利用者等の同意の取得の状況		事業所	対象サービス (○:対象 -:対象外)		
確認事項① 利用申込者のサービスの選択に資する重要事項について説明し、サービスの提供開始について同意を得ている。			訪問介護	介護予防 訪問介護	夜間対応型 訪問介護
確認のための材料	重要事項を記した文書の同意欄に、利用申込者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	(その他)	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2 確認のための材料が「なし」の場合で、（その他）の確認のための材料が「あり」の場合

大項目1. 介護サービスの内容に関する事項					
中項目1. 介護サービスの提供開始時における利用者等、入所者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いる措置					
小項目1. 介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び利用者等の同意の取得の状況		事業所	対象サービス (○:対象 -:対象外)		
確認事項① 利用申込者のサービスの選択に資する重要事項について説明し、サービスの提供開始について同意を得ている。			訪問介護	介護予防 訪問介護	夜間対応型 訪問介護
確認のための材料	重要事項を記した文書の同意欄に、利用申込者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	(その他) ○○○○○○記録	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

（その他）の確認のための材料がある場合は、「（その他）の確認のための材料」欄にその内容（材料名）を記入し、「あり」を選択します。

「（その他）の確認のための材料」とは

あらかじめ記載されている確認のための材料はないが、その「確認事項」及び「確認のための材料」の内容を踏まえて、報告することが可能なその他の「文書等の記録媒体」等で、調査員が事実確認できる材料となるもの。

（記入例） ① ○○○について明記した△△△文書がある ② ○○○を対象に×××について、研修を実施した△△△記録がある。

※ 記入できない内容

① 口頭による場合 ② 「確認のための材料」が「なし」の場合で、その「なし」の理由を（その他）欄で説明する場合など、客観的に事実が確認ができない内容は、その他欄に記入できません。

（記入できない事例） ① 利用者に口頭で、随時説明している。 ② 現在、検討中である。 ③ 事例はありません。 など

3 確認のための材料がすべて「なし」で、（その他）の確認のための材料も「なし」の場合

大項目1. 介護サービスに関する事項					
中項目1. 介護サービスの提供開始時における利用者等、入所者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いる措置					
小項目1. 介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び利用者等の同意の取得の状況					
		事業所	対象サービス (○：対象 -：対象外)		
確認事項① 利用申込者のサービスの選択に資する重要事項について説明し、サービスの提供開始について同意を得ている。			訪問介護	介護予防 訪問介護	夜間対応型 訪問介護
確認のための材料	重要事項を記した文書の同意欄に、利用申込者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。	○あり ●なし	○	○	○
	（その他）	○あり ●なし	○	○	○

「確認のための材料」がすべて「なし」の場合で、（その他）の確認のための材料もない場合は「（その他）の確認のための材料」欄には、何も記入せず、「なし」を選択してください。

4 調査情報項目の「該当なし」欄の記入上の注意

○ 確認事項に該当しない場合 → 「該当なし」を します。

この場合、材料を確認する必要がないため、「確認のための材料」はすべて「なし」となります。

○ 確認事項に該当する場合 → 「該当なし」は (空欄のまま)

この場合、「確認のための材料」を確認し、「あり」または「なし」を選択します。

(認知症対応型共同生活介護 事例)

1 利用者の金銭管理 (金銭管理を行っていない事例)

金銭管理を行っていない場合は「該当なし」を します

大項目 I . 介護サービスの内容に関する事項		中項目 1. 介護サービスの提供開始時における利用者等、入所者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いる措置		
小項目(4) . 利用者等に対する利用者が負担する利用料に関する説明の実施の状況		事業所	対象サービス (○:対象 -:対象外)	
確認事項③ 利用者ごとの金銭管理の記録及び利用者又はその家族への報告を行っている。			認知症対応型共同生活介護	介護予防認知症対応型共同生活介護
		<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし		
確認のための材料	a 利用者ごとの金銭管理の記録がある。	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> ○	<input type="radio"/> ○
	b 利用者又はその家族に対して、管理している金銭の収支及び残高について報告した記録がある。	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> ○	<input type="radio"/> ○
	(その他)	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> ○	<input type="radio"/> ○

「該当なし」を した場合は、「確認のための材料」を確認する必要がないため、すべて「なし」を選択します。