

基本情報調査票：居宅介護支援

計画年度	2024年度	記入年月日	2024年10月01日
記入者名	財団 花子	所属・職名	公表担当

記入年月日は、調査票を入力(記入)した日、または、記入開始日から調査票を提出するまでの期間内で基準とする日付を入力(記入)してください。
入力(記入)の時点は、調査票を入力(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	
	<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(株式会社等) <input type="radio"/> NPO法人 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 生協 <input type="radio"/> その他の法人 <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	
法人番号の有無	<input type="radio"/> 法人番号の指定を受けていない <input checked="" type="radio"/> 法人番号の指定を受けている	
法人番号	1234567890123	
法人等の主たる事務所の所在地	〒163-0718 東京都新宿区西新宿2丁目7番1号	
法人等の連絡先	電話番号	03-3344-8630
	FAX番号	03-3344-8594
	ホームページ	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
	(ホームページアドレス) https://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	2001/04/01	

法人等の種類は該当する種類を選択してください。

「医療法人」は
医療法人社団
医療法人財団

「営利法人」は
株式会社
有限会社
合同会社

「その他法人」は
学校法人
宗教法人
独立行政法人
企業組合
日本赤十字社 等

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(国税庁から通知されている13ケタの番号)を入力してください。

※国税庁法人番号検索サイト(<https://www.houjin-bangou.nta.go.jp/>)で、確認の上、公表されている法人番号を入力してください。

※法人番号を入力すると、国税庁法人番号公表サイトに紐づけられた「法人名称(ふりがな含む)」と「法人の主たる事業所の所在地」が自動で入力されます。

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	<input checked="" type="checkbox"/> 0に該当する	1	財団事業所	東京都新宿区西新宿 2丁目7番1号
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input type="checkbox"/> 2に該当する			
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
訪問看護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
通所介護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			

・報告対象の居宅介護支援事業所と併設(同一敷地内または隣接)の所在地で運営の事業所がある場合は「0」にチェックしてください。

・報告対象の居宅介護支援事業所と違う所在地で運営の事業所がある場合は「1」にチェックしてください(東京都以外にあるものも含む)。

・法人が指定又は許可を受けている介護サービス事業所がない場合は「2」にチェックしてください。

**サービスの種類の
か所数・事業所名称・
所在地**について

※ 入力(記入)する場合、**合計の「か所数」と代表の事業所名称及び所在地を1つ**入力(記入)してください。

※入力(記入)する場合、報告対象の事業所分も入力(記入)してください。

※ 空白のままでも可

特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			

<地域密着型サービス>

定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
小規模多機能型 居宅介護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
認知症対応型共同 生活介護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
地域密着型特定施設 入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			

地域密着型介護老人 福祉施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
看護小規模多機能型居宅 介護(複合型サービス)	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/> 0に該当する	1	財団事業所	東京都新宿区西新宿 2丁目7番1号
	<input checked="" type="checkbox"/> 1に該当する	1	財団ケアセンター	埼玉県さいたま市1丁目1番地1
	<input type="checkbox"/> 2に該当する			

<介護予防サービス>

介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
介護予防訪問 リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
介護予防居宅療養 管理指導	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
介護予防通所 リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
介護予防短期入所 生活介護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
介護予防短期入所 療養介護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			

介護予防特定施設 入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
特定介護予防福祉 用具販売	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			

<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 type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
介護予防小規模 多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
介護予防認知症 対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			

介護予防支援	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			

介護予防支援について
 ※下記の場合のみ入力(記入)してください。

- ・法人が運営している
地域包括支援センター
- ・介護予防支援の指定を受けている居宅介護支援事業所

※地域包括支援センターからの委託を受けて「介護予防支援」を実施する居宅介護支援事業所は除いてください。

<介護保険施設>

介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			
介護医療院	<input type="checkbox"/> 0に該当する			
	<input type="checkbox"/> 1に該当する			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2に該当する			

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) ざいだんじぎょうしょ 財団事業所
事業所の所在地	〒 163-0718 市区町村コード 新宿区 (都道府県から番地まで) 東京都新宿区西新宿2丁目7番1号 (建物名・部屋番号等)
事業所の連絡先	電話番号 03-3344-8630 FAX番号 03-3344-8594 ホームページ ○ なし ● あり (ホームページアドレス) https://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	2001/04/01
指定の年月日	2001/04/01
指定の更新年月日(直近)(未来の日付は入らない)	2019/04/01
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
介護予防支援の指定	● なし ○ あり
事業所までの主な利用交通手段	
JR新宿駅より徒歩10分	
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

「東京都」から入力(記入)してください。なお、番地の後にビル名等がある場合は(建物名・部屋番号等)欄に入力(記入)してください。

ホームページがある場合は「あり」を選択した上で、「半角英数字」にて「https://」から入力(記入)してください。なお、「メールアドレス」と間違えないよう気をつけてください。

事業の開始年月日は当該サービスの提供を開始した日または、開始予年月日を入力(記入)してください。

指定の更新年月日は新規の事業所やまだ更新手続きを受けていない事業所は「指定の年月日」と同日を入力(記入)してください。

生活保護法指定介護機関として指定を受けている場合は「あり」を選択してください。なお、2014年7月以降の指定事業所は指定を受けたと見なされています。

最寄りの公共機関駅名等の名称、最寄駅等から事業所までの主な交通手段、所要時間について分かりやすく入力(記入)してください。

(例)
 ○○線○○駅より徒歩○○分
 ○○線○○駅より △△バス△△停留所下車徒歩□分
 ※自転車・自動車等は入力(記入)しないでください。

介護予防支援の指定を受けている場合は「あり」を選択してください。

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

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	2人	1人	1人	0人	4人	3.6人
うち主任介護支援専門員	0人	0人	0人	0人	0人	0人
事務員	0人	1人	0人	0人	1人	0.7人
その他の従業者	0人	0人	0人	0人	0人	0人

記入日現在における常勤及び非常勤の勤務形態別に、専従及び兼務に該当する人数を入力(記入)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 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。

常勤従業者1名分の1週間の勤務すべき時間数を入力(記入)してください。

介護支援専門員の男女の人数 男性 1人 女性 3人

従業者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	1人	0人	0人	0人
歯科医師	0人	0人	0人	0人
薬剤師	0人	0人	0人	0人
保健師	0人	0人	0人	0人
助産師	0人	0人	0人	0人
看護師	0人	0人	1人	0人
准看護師	0人	0人	0人	0人
理学療法士	0人	0人	0人	0人
作業療法士	0人	0人	0人	0人
言語聴覚士	0人	0人	0人	0人
社会福祉士	1人	0人	0人	0人
介護福祉士	0人	1人	0人	0人
実務者研修	1人	0人	0人	0人
介護職員初任者研修	0人	0人	0人	0人
視能訓練士	0人	0人	0人	0人
義肢装具士	0人	0人	0人	0人
歯科衛生士	0人	0人	0人	0人
あん摩マッサージ指圧師	0人	0人	0人	0人
はり師	0人	0人	0人	0人
きゅう師	0人	0人	0人	0人
柔道整復師	0人	0人	0人	0人
栄養士	0人	0人	0人	0人
管理栄養士	0人	0人	0人	0人
精神保健福祉士	0人	0人	0人	0人
その他	0人	0人	0人	0人

常勤換算人数の求め方

- ①常勤の方々の1週間の勤務時間数を計算します。
- ②非常勤の方々の1週間の勤務時間数を計算します。
(①②ともに「1日の時間数×1週間の勤務日数」で計算)
- ③上記で計算した「①と②の勤務合計時間数」を「1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数」で割る。

計算式：(一日の勤務時間数×1週間の勤務日数×人数)÷常勤の勤務すべき時間数

※1週間での計算が困難な場合は1か月(4週間)での計算をしてください。
※管理者としての勤務時間数は含めません。

管理者の主任介護支援専門員資格の有無		○ なし ● あり	
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主任介護支援専門員・介護支援専門員以外の資格等		○ なし ● あり	
(資格等の名称)	社会福祉士		
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	介護支援専門員		
	常勤		非常勤
前年度の採用者数	0 人	1 人	
前年度の退職者数	0 人	1 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	0 人	1 人	
1年～3年未満の者の人数	1 人	0 人	
3年～5年未満の者の人数	2 人	0 人	
5年～10年未満の者の人数	0 人	0 人	
10年以上の者の人数	0 人	0 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)			
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	

前年度の採用者数と退職者数について

・前年度とは
2023年4月1日から
2024年3月31日
の期間のことです。

※法人内の異動は
含みません。

業務に従事した経験年数について

「実人数」に入力(記入)した従業者のキャリア年数合計(当該職種として他の事業所で勤務した年数を含める)を入力(記入)してください。

※「実人数」と「経験年数」の人数が一致するように入力(記入)してください。

「それ以外の認知症対応力の向上に関する研修」とは

- ・認知症対応型サービス事業管理者研修
- ・小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修
- ・認知症対応型サービス事業開設者研修

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	9 時 0 分 ~	17 時 0 分
	土曜	時 分 ~	時 分
	日曜	時 分 ~	時 分
	祝日	時 分 ~	時 分
定休日	土曜・日曜・祝日		
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		○ なし ● あり	
(その連絡先:電話番号)		03-0000-0000	
事業所が通常時に介護サービスを提供する地域			
東京都新宿区			
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)	○ なし ● あり		
特定事業所加算(Ⅱ)	● なし ○ あり		
特定事業所加算(Ⅲ)	● なし ○ あり		
特定事業所加算(A)	● なし ○ あり		
特定事業所医療介護連携加算	● なし ○ あり		
入院時情報連携加算(Ⅰ)	● なし ○ あり		
入院時情報連携加算(Ⅱ)	● なし ○ あり		
退院・退所加算(Ⅰ)イ	● なし ○ あり		
退院・退所加算(Ⅰ)ロ	● なし ○ あり		
退院・退所加算(Ⅱ)イ	● なし ○ あり		
退院・退所加算(Ⅱ)ロ	● なし ○ あり		
退院・退所加算(Ⅲ)	● なし ○ あり		
通院時情報連携加算	● なし ○ あり		
緊急時等居宅カンファレンス加算	● なし ○ あり		
ターミナルケアマネジメント加算	● なし ○ 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)	35	人	

「事業所の営業時間」に受付対応が可能な通常の時間帯を入力(記入)してください。

通常以外の時間帯について特筆すべき事項がある場合は「留意事項」欄に入力(記入)してください。

介護報酬の加算状況について
記入年月日の前月から過去1年間に於いて該当する加算を受けた実績がある場合は「あり」を選択してください。
※加算において変更(追加加算項目)のあった場合は変更前の実績でなく、当該年度4月以降に加算を受けた実績により、「あり」または「なし」を選択してください。

介護支援専門員1人当たりの利用者数
記入年月日前月の当該事業所の「給付管理業務」の件数を、「実人数」の介護支援専門員の常勤換算人数で割った利用者数を記入(入力)してください。要支援は総合事業に移行したサービス分を除いた実績を0.5件で計算してください。

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
	3人	3人	18人	10人	25人	5人	1人	65人
(前年同月の提供実績)	3人	3人	20人	25人	20人	2人	3人	76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。

記入年月日の前月において、介護報酬を請求した(介護予防支援業務の委託を受けている場合は、委託費の支払いを受けた場合を指す。)介護サービスの利用者数について入力(記入)してください。

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	振興財団事務所	
電話番号	03-3344-8630	
対応している時間	平日	9時0分～17時0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)	○○○○○○○○○○○○○○
--------	----------------

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	45%
通所介護	23%
地域密着型通所介護	12%
福祉用具貸与	10%

前6ヶ月間とは記入年月日の直近の期間(前期・後期)のことを指します。
 前期:3月1日から8月末日
 後期:9月1日から2月末日

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	○○○	35%	△△△	20%	×××	14%
通所介護	▲▲▲	18%	■ ■ ■	12%	● ● ●	8%
地域密着型通所介護	◇◇◇	28%	▽▽▽	24%	□□□	12%
福祉用具貸与	●×○	60%	◆ ■ ▼	40%		%

※記入年月日前6ヶ月間ではありません。

前6ヶ月間の回答については、「**居宅介護支援における特定事業所集中減算の届出**」作成時のデータ等をもとに算出した割合等を入力(記入)してください。

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・福祉用具貸与ごとに各々の割合を計算します。

➡計算式(訪問介護の場合)
 期間内に作成した訪問介護のケアプランのみの合計件数 ÷ 期間内に作成したケアプランの合計件数 × 100

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) ※上位3つまで事業所がない場合は、かならずしも3つ全てに記載する必要はありません。

訪問介護・通所介護・地域密着型通所介護・福祉用具貸与ごとに各々(4サービス)の紹介率1位から3位の事業所の割合を計算します。

➡計算式(訪問介護紹介率1位(最多)の場合)
 紹介件数最多の訪問介護事業所のケアプランの合計件数 ÷ 期間内に作成したケアプランの合計件数 × 100

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)	<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 type="radio"/> 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)	
実施した直近の年月日 (評価結果確定日)	2020/11/03
実施した評価機関の名称	〇〇評価機関
当該結果の開示状況	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 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)	https://〇〇〇〇〇〇
※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4年間以前の実施は「なし」を選択し、日付を入力(記入)しないでください。

※介護サービス情報の公表における訪問調査や区市町村の実地調査等のことではありません。

ホームページ上で評価結果を公表している場合は、そのホームページアドレス(メールアドレスではありません)を入力(記入)してください。

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

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	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
(その額、算定方法等)	