

基本情報調査票：看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

| | |
|-------------------|-----------------|
| 財団事業所 | |
| 事業所番号： 1234567890 | グループ名称： その他 |
| 計画年度： 2022年度 | サービス名称： 複合型サービス |

基本情報

| | | | |
|------|--------|-------------|-----------------|
| 計画年度 | 2022年度 | 記入年月日 ※1 | 2022年 10 月 01 日 |
| 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、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(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"/> 法人番号なし ● 法人番号あり ○ 法人番号あり(非公表) |
| 法人番号 | 1234567890123 | |
| 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 | 03-3344-8630 |
| | FAX番号 | 03-3344-8594 |
| | ホームページ | <input type="radio"/> なし ● あり |
| (ホームページアドレス) | 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 ※半角で記入してください(例:2013/04/01) |

※2 法人等の種類は該当の○を選択してください。

- 例)
- 医療法人
→ 社団医療法人
財団医療法人
 - 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 | ※4 | ※5 | ※5 | ※5 |
| 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 | <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり | 1 | 財団事業所 | 東京都新宿区西新宿2丁目7番1号 |
| 訪問入浴介護 | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | | |
| 訪問看護 | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | | |
| 訪問リハビリテーション | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | | |
| 居宅療養管理指導 | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | | |
| 通所介護 | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | | |
| 通所リハビリテーション | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | | |
| 短期入所生活介護 | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | | |
| 短期入所療養介護 | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | | |
| 福祉用具貸与 | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | | |
| 特定福祉用具販売 | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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 | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | | |
| 地域密着型通所介護 | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | | |
| 認知症対応型通所介護 | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス) | <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり | 1 | 財団事業所 | 東京都新宿区西新宿2丁目7番1号 |
| 居宅介護支援 | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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」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当該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 | | | |

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 V |
| | (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※6 [地図上の表示位置の確認・修正] | |
| | (建物名・部屋番号等) | ※6 | |
| 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 | ※7 ○ なし ● あり | |
| | (ホームページアドレス) | http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/ | |
| 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 | 1234567890 | | |
| 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 | 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 ※8 | | |
| 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 | ※9 ● なし ○ あり | | |
| 社会福祉士及び介護福祉士法第48条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 ※10 | | | |
| JR新宿駅より徒歩10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。
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)欄に記入してください。

※7 「あり」を選択した上で、「半角英数字」にて「http://」から記入してください。なお、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。

| | | |
|-----------------------------|---------------------------|-----------|
| 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 | ※11 | ● なし ○ あり |
| 介護保険サービスの指定状況 | ● 通常の指定 ○ 共生型 | |
| 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 | |

※11

- ・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の有無を選択してください。
- ・「介護保険サービスの指定状況」
共生型居宅サービス事業者の特例を活用して訪問介護事業所としての指定を受けた場合、「共生型」を選択してください。

上記に該当しない事業所にあつては、「通常の指定」を選択してください。

- ・「障害福祉サービス指定状況」
共生型障害福祉サービス事業者の特例を活用して、居宅介護事業所、重度訪問介護事業所としての指定を受けた場合、「共生型」を選択してください。
- ・居宅介護事業所、重度訪問介護事業所としての指定を受けた場合、「通常の指定」を選択してください。
- ・「通常の指定」・「共生型」のいずれにも該当しない場合、「なし」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員に関する事項

| 職種別の従業員の数、勤務形態、労働時間等 | | | | | | ※12 | ※13 |
|---|-------|----|---------------|----|-----------|--------|-----|
| 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 | 1人 | 0人 | — | — | 1人 | 1人 | |
| 介護支援専門員 | 1人 | 0人 | 0人 | 0人 | 1人 | 1人 | |
| 介護職員 | 3人 | 1人 | 1人 | 0人 | 5人 | 4.6人 | |
| 看護職員 | 1人 | 0人 | 1人 | 0人 | 2人 | 1.8人 | |
| その他の従業員 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | |
| 理学療法士 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | |
| 作業療法士 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | |
| 言語聴覚士 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | |
| 1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 | | | | | ※14 | 40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数に換算した人数をいう。 | | | | | | | |
| 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 | 1人 | 1人 | 0人 | 0人 | | | |
| 実務者研修 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | | | |
| 介護職員初任者研修 | 2人 | 0人 | 1人 | 0人 | | | |
| 介護支援専門員 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | | | |
| 従業員である看護職員が有している資格 | | | | | | | |
| 保健師 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | | | |
| 看護師 | 1人 | 0人 | 0人 | 0人 | | | |
| 准看護師 | 0人 | 0人 | 1人 | 0人 | | | |
| 夜勤・宿直を行う従業員の数 | 夜勤 | 1人 | (うち併設施設等との兼務) | | 1人 | | |
| | 宿直 | 1人 | (うち併設施設等との兼務) | | 1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) | 介護福祉士 | | | | | | |

※12

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。

※14

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。

※13

《常勤換算の計算式》

- ・常勤換算人数：従業員の勤務のべ時間数÷常勤の従業員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 介護職員

$$(120時間 + 29時間 + 35時間) \div 40時間 = 4.6人$$

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

(例2) 1ヶ月の勤務延べ時間で計算する場合 介護職員

$$(480時間 + 116時間 + 140時間) \div 160時間 = 4.6人$$

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

| 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 | ※15 | 1 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 前年度の退職者数 | ※15 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 当該職種として業務に従事した経験年数 | ※16 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 1年未満の者の人数 | | 0 人 | 0 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 | | 3 人 | 1 人 | 0 人 | 0 人 |
| 5年～10年未満の者の人数 | | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 1 人 |
| 10年以上の者の人数 | | 1 人 | 0 人 | 1 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) | ○○○○○○○○○○○○○○ | | | | |
| 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 | | | | ※17 | |
| アセッサー(評価者)の人数 | 1 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 | |
| | 1 人 | 0 人 | 0 人 | 0 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 | | | | ※18 | |
| 認知症介護指導者養成研修修了者の人数 | 0 人 | | | | |
| 認知症介護実践リーダー研修修了者の人数 | 0 人 | | | | |
| 認知症介護実践者研修修了者の人数 | 0 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) | 0 人 | | | | |

※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てください。)
 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。

※17 「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」
事業所の従業者で、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してください。
- 「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)に記載してください。
- 「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、外部評価審査員における外部評価を受けた場合は「あり」と記してください。

※18 「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」
事業所の従業者で、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してください。
- 「認知症介護実践リーダー研修修了者の人数」
事業所の従業者で、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してください。
- 「認知症介護実践者研修修了者の人数」
事業所の従業者で、認知症介護実践者研修を修了したものの人数を記載してください。
- 「それ以外の認知症対応力の向上に関する研修修了者の人数」
事業所の従業者で、a～c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 | | | |
| ○○○○○○○○○○○○○○○○ | | | |
| 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 | 9 時 0 分 | ～ 17 時 0 分 |
| | 宿泊サービス | 9 時 0 分 | ～ 17 時 0 分 |
| | 訪問サービス | 24時間 | |
| 留意事項 | ※19 | | |
| 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 | | | |
| 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) | | ※20 | |
| 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 | | |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算(※イのみ) | ● 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 | | |
| 緊急時訪問看護加算(※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 | | |
| ターミナルケア加算(※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(※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 | | |

※19
「随時対応」
「24時間対応」
「水曜定休」等
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してください。

※20
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には「あり」を選択してください。

| | |
|--------------------------------|--|
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ | ● なし ○ あり |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ | ○ なし ● あり |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ)イ | ○ なし ● あり |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ)ロ | ○ なし ● あり |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ)イ | ● なし ○ あり |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ)ロ | ● なし ○ あり |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | ○ なし ● あり |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | ● なし ○ あり |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | ● なし ○ あり |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | ● なし ○ あり |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) | ● なし ○ あり |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | ● なし ○ あり |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | ● 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 | 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 | ● なし ○ あり |
| (協力の名称) | |
| (協力の内容) | |
| 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) | |
| (開催実績) | 6月1日・12月1日 (参加者延べ人数) 30人 |
| (協議内容等) | ・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 | ○○○○○○○○○ |
| 短期利用居宅介護費 | ● なし ○ あり |

| 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)の登録者の状況(記入日前月の状況) | | | | | | |
|--|--------------------|---------------------|------|------------------|--------------------|-------------|
| 登録定員 | | | | | | 24 人 |
| 通いサービス利用定員 | 15 人 | | | 宿泊サービス利用定員 | 9 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 | 0 人 | 3 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 3 人 |
| 65歳以上75歳未満 | 2 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 2 人 |
| 75歳以上85歳未満 | 0 人 | 8 人 | 4 人 | 0 人 | 0 人 | 12 人 |
| 85歳以上 | 1 人 | 0 人 | 0 人 | 6 人 | 0 人 | 7 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 | | | | | | 78.5 歳 |
| 登録者の男女別人数 | 男性 10 人 | | | 女性 14 人 | | |
| 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)の利用者への提供実績(記入日前月の状況) ※21 | | | | | | |
| 利用者的人数 | 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 | 3 人 | 11 人 | 4 人 | 6 人 | 0 人 | 24 人 |
| (前年同月の提供実績) | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 宿泊サービス | 0 人 | 7 人 | 0 人 | 1 人 | 0 人 | 8 人 |
| (前年同月の提供実績) | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 訪問サービス(介護) | 3 人 | 9 人 | 2 人 | 2 人 | 0 人 | 16 人 |
| (前年同月の提供実績) | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 訪問サービス(看護) | 0 人 | 2 人 | 0 人 | 1 人 | 0 人 | 3 人 |
| (前年同月の提供実績) | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 事業所での看護サービス(前年同月の提供実績) | 0 人 | 1 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 1 人 |
| 自宅での看護サービス(前年同月の提供実績) | 0 人 | 1 人 | 0 人 | 1 人 | 0 人 | 2 人 |
| 訪問サービス(看護)の1か月の提供時間 | 300 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 | 40 | | | 医師の人数 | 50 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 | 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 | 99 m ² | | 延床面積 | 180 m ² | |
| | | 99 m ² | | | 66 m ² | |
| | 宿泊室について | | | | | |
| | 個室 | 9 室 | | | | |
| | 1室当たりの床面積 | 7.43 m ² | | | | |
| | 上記以外の宿泊室 | | 0 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 | 1 か所 | | | (うち手すりの設置がある数) | 1 か所 | |
| | | | | (うち車いす等の対応が可能な数) | 1 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 | | | | | | |
| (その内容) | ○○○○○○○○○○○○ | | | | | |
| 事業所の敷地に関する事項 | | | | | | |
| 敷地の面積 | 99 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(借地) | ● なし ○ あり | | | | | |
| 契約期間 | 始 | | | | 終 | |
| | 契約の自動更新 | | | | | ● なし ○ あり |

※21
利用者への提供実績について、請求実績をベースとして記入してください。
なお、介護保険制度を利用していない利用者については利用者人数として算定する必要はありません。

| 事業所の建物に関する事項 | | | |
|--|--------------------|--------------------|---|
| 建物の延床面積 | 180 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 | 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 | 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 | ○ 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 ※22 | | | |
| 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 ※23 | | | |
| 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 | | | |

※22

「利用者アンケート調査・・・」については、
記入年月日の前1年間において実施したものについて記載してください。

※23

「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（第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」において定められている外部評価を実施している場合には、「あり」に記すとともに、実施した直近の年月日（評価結果確定日）を記載すること。さらに、結果の内容又は開示方法について記載すること。外部評価を実施した直近の年月日を記載してください。

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

| 利用料等(利用者の負担額) | | | |
|---------------|-----------|-------|--------|
| 食費 | ○ なし ● あり | 朝食 | 400 円 |
| | | 昼食 | 500 円 |
| | | 夕食 | 600 円 |
| | | おやつ | 100 円 |
| 宿泊費 | ○ なし ● あり | (その額) | 2500 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) | | | |