

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）

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	<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			

東京都内で指定、又は許可を受けているサービスの種類ごとに「あり」を選択してください。なお、当該対象事業所分も入力（記入）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。

※ 空白のままでも可

＜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。

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	<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/	
サテライト事業所	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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		<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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		<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
事業所の所在地			
介護保険事業所番号	1234567890		
併設施設等	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
	種別		名称
訪問看護事業所の指定の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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		
介護保険法第71条に規定する訪問看護のみなし指定	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 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			
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	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
介護保険サービスの指定状況	<input type="radio"/> 通常の指定 <input type="radio"/> 共生型		
障害福祉サービスの指定状況	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 通常の指定 <input type="radio"/> 共生型 <input type="radio"/> 基準該当		
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	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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。

・同一事業所において、「介護保険サービス」と「障害福祉サービス」の両方を提供している場合は「あり」を選択してください。

※「なし」を選択した場合は、指定状況は空白のまま回答不要です。

・「介護保険サービス」と「障害福祉サービス」の指定状況をそれぞれに選択してください。

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	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
その他の従業者	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。						
従業者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		
従業者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・宿直を行う従業者の人数	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 (資格等の名称)					○ なし ● あり	

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)して下さい。

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。

実務者研修
 ・実務者研修修了者
 ・介護職員基礎研修修了者
 ・訪問介護員1級(旧ヘルパー1級)

介護職員初任者研修
 ・訪問介護員2級(旧ヘルパー2級)

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。

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	1	0	0	0	0
前年度の退職者数	0	0	0	0	0
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	0	0	0	0	0
1年～3年未満の者の人数	0	0	0	0	0
3年～5年未満の者の人数	3	1	0	0	0
5年～10年未満の者の人数	0	0	0	0	1
10年以上の者の人数	1	0	1	0	0
※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					
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			● なし ○ 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			

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	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

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)

特別地域看護小規模多機能型居宅介護加算	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
中山間地域における小規模事業所加算	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
認知症加算(Ⅰ)	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
認知症加算(Ⅱ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
認知症加算(Ⅲ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
認知症加算(Ⅳ)	<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(※ロのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
若年性認知症利用者(入居者・患者)受入加算(※イのみ)	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
栄養アセスメント加算(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
栄養改善加算(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
口腔機能向上加算(Ⅰ)(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
口腔機能向上加算(Ⅱ)(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
退院時共同指導加算(※イのみ)	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
緊急時対応加算(※イのみ)	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
特別管理加算(Ⅰ)(※イのみ)	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
特別管理加算(Ⅱ)(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
専門管理加算(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
ターミナルケア加算(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
遠隔死亡診断補助加算(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
看護体制強化加算(Ⅰ)(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
看護体制強化加算(Ⅱ)(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
訪問体制強化加算(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
総合マネジメント体制強化加算Ⅰ(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
総合マネジメント体制強化加算Ⅱ(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
排せつ支援加算(Ⅰ)(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
排せつ支援加算(Ⅱ)(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
排せつ支援加算(Ⅲ)(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
科学的介護推進体制加算(※イのみ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり

「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。

生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	● なし ○ あり
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	● なし ○ あり
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	○ なし ● あり
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	○ なし ● あり
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	○ なし ● あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(2)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(3)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(4)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(5)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(6)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(7)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(8)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(9)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(10)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(11)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(12)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(13)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(14)	● 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	○○○○○○○○○○						
(協力の内容)							
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	○○○○○○○○○○						
(協力の内容)							
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)							
地域・市町村との連携状況	○○○○○○○○○○						
短期利用居宅介護費	● なし ○ あり						
看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)の登録者の状況(記入日前月の状況)							
登録定員							人
通いサービス利用定員	人			宿泊サービス利用定員	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	0人	0人	0人	0人	0人	0人
65歳以上75歳未満	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
75歳以上85歳未満	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
85歳以上	0人	0人	0人	0人	0人	0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。							
登録者の平均年齢							歳
登録者の男女別人数	男性		人		女性		人
看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)の利用者への提供実績(記入日前月の状況)							
利用者の人数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	
通いサービス	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
(前年同月の提供実績)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
宿泊サービス	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
(前年同月の提供実績)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
訪問サービス(介護)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
(前年同月の提供実績)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
訪問サービス(看護)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
(前年同月の提供実績)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
事業所での看護サービス	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
(前年同月の提供実績)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
自宅での看護サービス	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
(前年同月の提供実績)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0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		

利用者の人数
 記入年月日を含む月の前月にて介護報酬を請求した介護サービスの利用者数について記入(入力)してください。

訪問サービス(看護)については、事業所内での提供及び利用者の自宅での提供の内訳も記入(入力)してください。

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	延床面積	居間及び食堂の面積
	99 m ²	180 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		○ なし ● あり	
(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	
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			
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			
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		● なし ○ あり	
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			

運営推進会議を活用した外部評価を実施している場合は「あり」を選択し、実施した直近の年月日(評価結果確定日)と、結果の内容又は開示方法について入力(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

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)				