令和6年4月版

（看護）小規模多機能型居宅介護事業所に係る情報提供票

（令和　　年　　月　　日現在）

１）事業主体の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 事業主体名 |  |
| 代表者名 |  |
| 代表者の研修の  受講状況＊ | □受講済　　□未受講 |
| 上記の者以外が  受講している場合 | 氏名（　　　　　　　　　）  役職（　　　　　　　　　） |

＊認知症対応型サービス開設者研修を指します。

２）事業の目的及び運営の方針

|  |
| --- |
|  |

３）（看護）小規模多機能型居宅介護事業所以外に事業所として指定等を受けている事業

|  |
| --- |
| □　指定介護予防小規模多機能型居宅介護  □　短期利用居宅介護 |

４）組織の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在地及び連絡先 | | 〒  ＴＥＬ  ＦＡＸ | | |
| 交通の便（最寄りの交通機関等） | |  | | |
| 開設年月日 | 年　　月　　日 | | 登録定員等 | 登録定員（　　　）人  通いサービスの利用定員　（　　　）人  宿泊サービスの利用定員　（　　　）人 |

５）建物の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 建物形態 | □　単独型　　　　　□　併設型（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 建物構造 | （　　　　　　　　）造り　（　　　　階建ての　　　　階部分） |
| 広さ等 | 敷地面積（　　　　　　）㎡　　延床面積（　　　　　　）㎡  居間及び食堂の面積（　　　　　　）㎡  宿泊室について  個室（　　）室　１室当たりの居室面積（　　　　　　）㎡  個室以外の宿泊室（　　）室　個室以外の宿泊室の合計面積（　　　）㎡ |

６）営業時間等

|  |  |
| --- | --- |
| 営業時間 | 通いサービス　（　　　　）時　～　（　　　　）時  宿泊サービス　（　　　　）時　～　（　　　　）時  訪問（看護）サービス　２４時間 |
| 通常の事業の実施地域 |  |

７）利用料等（入居者の負担額）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 食費 | | 朝　食（　　　　　　）円　　昼　食（　　　　　　）円  夕　食（　　　　　　）円　　おやつ（　　　　　　）円 | |
| 宿泊費 | | （　　　　　　　　　　　）円 | |
| その他の費用と徴収方法 | | | |
| 名目 | 徴収方法 | | 金額（円) |
| ①おむつ代 |  | |  |
| ②　その他 |  | |  |
| ・ |  | |  |
| ・ |  | |  |
| ・ |  | |  |

８）登録者の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の登録者の状態 | 登録人数（　　　名）　（男性（　　　名）女性（　　　名）） |
| 要介護１（　　名）　要介護２（　　名）　要介護３（　　名）  要介護４（　　名）　要介護５（　　名）  要支援１（　　名）　要支援２（　　名） |
| 年齢（平均　　 　　歳）　（最低　　　歳） （最高　　　歳） |
| サービス利用に当たって  の留意事項 |  |

９）職員の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 総数 | | （　　　　　　名） | |
| （内数）・常　勤（専任　　 名）  　　　　　　　（兼務　 　名） 常勤換算（ 　　名）  　　　・非常勤（　　　 　名） | |
|  | ※職員の勤務時間を１週間当たり40時間とした場合の常勤換算数。  職員の１週間の勤務延時間数　注)(　　　時間)÷40時間＝常勤換算数( 　　名)  注）勤務延時間数には、宿直時間数は含まない。 | | |
|  |
| 夜間の体制 | | | □専任　　　□兼務（兼務の施設　　　　　　　　　　　　　　） |
| □夜勤（　　　　名）　　□宿直（　　　　名） |
| 管理者  氏名（ ） | | | □専任　　　□兼務（兼務の施設　　　　　　　　　　　　　　）  資格（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  認知症介護の経験年数（　　年　　か月）  認知症介護に関する研修の受講歴  ・認知症介護実践研修（実践者研修） □受講済　　□未受講  （実践ﾘｰﾀﾞｰ研修） □受講済　　□未受講  ・認知症対応型サービス管理者研修 □受講済　　□未受講  ・上記の研修の他に受講した研修名  （　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　） |
| 介護支援専門員  氏名（ ） | | | 他の資格（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  認知症介護に関する研修の受講歴  ・認知症介護実践研修（実践者研修）　　□受講済　　□未受講  （実践ﾘｰﾀﾞｰ研修） □受講済　　□未受講  ・小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修　□受講済　□未受講  ・上記の研修の他に受講した研修名  （　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　） |
| その他の職員 | | | 資格　介護福祉士（　　　名）　看護職員（　　　　名）  その他（　　　　　　）　（　　　　名）  認知症介護の経験年数（平均　　　年　　か月）  認知症介護に関する研修の受講歴  ・認知症介護実践研修（実践者研修） □受講済（　　名）□未受講  (実践ﾘｰﾀﾞｰ研修） □受講済（　　名）□未受講  ・上記の研修の他に受講した研修名  （　　　　　　　　　　　　）　受講済者（　　　名）  （　　　　　　　　　　　　）　受講済者（　　　名） |
| 職員の交代状況  （直近1年間） | | | ①　管理者の交代回数　　（　　　　）回  　（理由）  ②　介護支援専門員の交代回数　　（　　　　）回  　（理由）  ③常勤職員の交代回数　　（　　　　）回  　 （理由） |

１０）その他

|  |  |
| --- | --- |
| 協力医療機関名 |  |
| 運営推進会議の設置状況 | □有　　　　□無  開催状況（　　　月に　　回）  メンバー構成（役職等） |
| 市町村との連携状況 |  |
| 介護相談員注）等の受入状況 | □有（具体的にご記入下さい。） |
| □無 |
| 直近の外部評価公表日  （市町村が受理した日） | 年　　　　月　　　　日 |

注）「介護相談員」とは、「介護相談員派遣等事業の実施について」（平成18年５月24日老計発第0524001号厚生労働省老健局計画課長通知）に基づき市町村より派遣され、介護サービスの提供の場において、サービスの提供者・利用者等の話を聞き、相談に応じる等の活動を行う者のこと。

（記入上の留意事項）

１　「□」を設けている欄については、該当部分にレ点でチェックすること。

２　記載事項については、簡潔明瞭に記載すること。

３　９）において記載している各研修については、それぞれ「実践者研修」には旧基礎課程を、「実践リーダー研修」には旧専門課程を含んでいるので、留意すること。

４　下線部（　　　　）については、介護保険法施行規則第131条の13第１項第4号に該当する事項であり、変更があった場合には、10日以内に届け出る必要がある。