

事業所名:

事業所番号:

(枝番)

基本情報：訪問介護（予防を含む）

(20XX年XX月XX日現在)

| | | | |
|------|----|-------|--|
| 計画年度 | 年度 | 記入年月日 | |
| 記入者名 | | 所属・職名 | |

記入年月日
例)20XX年XX月XX日

基本情報は記入年月日の**前月末時点**の情報を入力。

運営情報の対象期間は、**記入年月日の前1年間**。

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 [] 01:社会福祉法人(社協以外) 02:社会福祉法人(社協) 03:医療法人 04:社団・財団 05:営利法人 06:NPO法人 07:農協 08:生協 09:その他法人 10:地方公共団体(都道府県)11:地方公共団体(市町村) 12:地方公共団体(広域連合・一部事務組合等) 99:その他 (その他の場合、その名称) |
| | 名称 (ふりがな) |
| | 法人番号の有無 [] 0. 法人番号なし・ 1. 法人番号あり・ 2. 法人番号あり(非公表) |
| | 法人番号 |
| 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 |
| | FAX番号 |
| | ホームページ [] 0. なし・ 1. あり (ホームページアドレス) |
| 法人等の代表者の氏名及び職名 | 氏名 |
| | 職名 |
| 法人等の設立年月日 | |

医療法人社団 は 03:医療法人 を選択。

株式会社、有限会社、合同会社等 は 05:営利法人 を選択。

その他 を選択した場合は、**(その他の場合、その名称)に具体的名称を記入。**

法人格を有している場合は**あり** を選択し、

国税庁から指定されている法人番号 を記載。

※**法人番号** は、法人等に指定される13桁の番号です。

ホームページがある場合には「あり」に記し、アドレスを記載。

メールアドレスではなく、**ホームページのアドレス**を記載。

| 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> | | | | |
| 訪問介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 訪問入浴介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 訪問看護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 訪問リハビリテーション | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 居宅療養管理指導 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 通所介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 通所リハビリテーション | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 短期入所生活介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 短期入所療養介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 福祉用具貸与 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 特定福祉用具販売 | [] 0. なし・ 1. 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 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 地域密着型通所介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 認知症対応型通所介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護) | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 居宅介護支援 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |

「か所数」
法人等が道内で実施している介護サービス事業所の数を記載。
(当該報告事業所分を含む)

「主な事業所等の名称」
及び
「その所在地」
については
サービス毎に主な1つを記載。

| ＜介護予防サービス＞ | | | | |
|------------------|------------------|--|--|--|
| 介護予防訪問介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防訪問看護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防通所介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | [] 0. なし・ 1. 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 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防支援 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| ＜介護保険施設＞ | | | | |
| 介護老人福祉施設 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護老人保健施設 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護療養型医療施設 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |

地域包括支援センターから受託して、要支援者のケアプランを作成しているのであれば「あり」に記載。

2. 介護サービス（予防を含む）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) _____ |
| 事業所の所在地 | 〒 _____ 市区町村コード _____ |
| | (都道府県から番地まで) _____ |
| | (建物名・部屋番号等) _____ |
| 事業所の連絡先 | 電話番号 _____ |
| | FAX番号 _____ |
| | ホームページ [] 0. なし・ 1. あり |
| | (ホームページアドレス) _____ |
| 介護保険事業所番号 | _____ |
| 事業所の管理者の氏名及び職名 | 氏名 _____ |
| | 職名 _____ |
| 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 | _____ |
| 指定の年月日 | 介護サービス _____ |
| | 介護予防サービス _____ |
| 指定の更新年月日 (直近) (未来の日付は入らない) | 介護サービス _____ |
| | 介護予防サービス _____ |
| ※介護予防サービスのみ実施している場合は「指定の年月日」の「介護サービス」には「-」を入力し、「介護予防サービス」の欄に入力してください。 | |
| 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 | [] 0. なし・ 1. 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 | [] 0. なし・ 1. あり |
| 事業所までの主な利用交通手段 | _____ |

ホームページがある場合には「あり」に記し、アドレスを記載。
メールアドレスではなく、**ホームページのアドレス**を記載。

更新を受けた直近の年月日を記載。報告時に更新を受けたことのない事業所は、指定を受けた年月日を記載。

最寄りの駅等の名称
最寄り駅等から事業所までの行き方
所要時間等について記載。

3. 事業所において介護サービス（予防を含む）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 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 訪問介護員等 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| （うちサービス提供責任者） | 人 | 人 | 人 | — | 0人 | 人 |
| 事務員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| その他の従業者 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | 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。 | | | | | | |
| 従業者である訪問介護員等が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| | うちサービス提供責任者 | うちサービス提供責任者 | うちサービス提供責任者 | うちサービス提供責任者 | | |
| 介護福祉士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 実務者研修 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 介護職員初任者研修 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 訪問介護員養成研修に相当するものとして都道府県知事が認めた研修の修了者 | 人 | — | 人 | — | 人 | 人 |
| 管理者の他の職務との兼務の有無 | | | | | [] | 0. なし・ 1. 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 | | | | | [] | 0. なし・ 1. あり |
| (資格等の名称) | | | | | | |
| 訪問介護員等1人当たりの1か月のサービス提供時間数(要介護者) | | | | | | 時間 |
| 訪問介護員等1人当たりの1か月のサービス提供件数(要支援者) | | | | | | 件 |
| 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 | 訪問介護員等 | | 非常勤 | 合計 | 経験年数 | 備考 |
| | 常勤 | うちサービス提供責任者 | | | | |
| 前年度の採用者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 前年度の退職者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 1年～3年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 3年～5年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 5年～10年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 10年以上の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | | [] | 0. なし・ 1. あり |

記入年月日の前月末日時点の人数を記載。

【従業者の1週間の勤務時間数の和】
÷
【常勤の従業者1人あたりの勤務すべき時間数】を記載。

常勤の従業者が勤務すべき時間数の1週間の延べ時間数(1人あたり)を記載。

訪問介護員1級 訪問介護員2級 介護職員基礎研修 看護師 准看護師 保健師 は「介護職員初任者研修」の欄に記入。

項目4「介護サービス利用者への提供実績」の「身体介護中心型」及び「生活援助中心型」の合計時間数を訪問介護員等の「常勤換算人数」で除す。

項目4「介護予防サービスの利用者への提供実績」の合計件数を訪問介護員等の「常勤換算人数」で除す。(算定件数を提供回数とみなし、算出。)

前年度1年間の採用・退職者数を記載。

人事異動による増・減は除く。

当該事業所の従業者として勤務した経験年数ではなく

当該職種に従事した経験年数毎に人数を記載。(全従業者について)

専従・非専従

- ・「専従」とは、当該サービスの当該職種にのみ従事している者。
- ・「非専従」とは、他のサービス、他の職種、他の事業所を 兼務 している者。

常勤・非常勤

- ・「常勤」とは、当該事業所で定める「常勤が勤務すべき時間数」勤務している者。正規職員、非正規職員(臨時職員等)の別は問わない。
- ・「非常勤」とは、「常勤が勤務すべき時間数」を下回る勤務時間数の者。

常勤換算人数

- ・【従業者の1週間の勤務時間数の和】÷【常勤の従業者1人あたりの勤務すべき時間数】を記載してください。
※ 記入例:1週間に常勤職員が40時間働き、非常勤職員が30時間働く場合の
非常勤職員の常勤換算人数
30 ÷ 40 = 0.75 小数点第二位以下切り捨て → 0.7(人)

その他

- ・ 該当者がいない場合は「0」を記入してください。
- ・ 当項目の実人数と、「従事した経験年数」との整合性にご注意ください。

| | | | | |
|-------------------------------------------|------------------|-------|------|------|
| 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 |
| 外部評価の実施状況 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |

従業者の資質向上のために実施している研修等について
内容(名称、対象者、カリキュラムもしくは時間等)を記載。

介護プロフェッショナルキャリア段位制度についての詳細は「シルバーサービス振興会」のホームページ等でご確認ください。

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」を選択。
※地域密着型サービスの外部評価とは異なりますので、ご注意ください。

4. 介護サービス(予防を含む)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 | 時 | 分 | ～ 時 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 | | | | |
| サービスを利用できる時間 | 平日 | 時 | 分 | ～ 時 分 |
| | 土曜 | 時 | 分 | ～ 時 分 |
| | 日曜 | 時 | 分 | ～ 時 分 |
| | 祝日 | 時 | 分 | ～ 時 分 |
| 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 | | | | |
| | | | | |
| 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) | | | | |
| 特定事業所加算(Ⅰ)(予防を除く) ※体制要件、人材要件及び重度対応要件に適合 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 特定事業所加算(Ⅱ)(予防を除く) ※体制要件及び人材要件に適合 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 特定事業所加算(Ⅲ)(予防を除く) ※体制要件及び重度対応要件に適合 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 特定事業所加算(Ⅳ)(予防を除く) ※体制要件及び重度対応要件に適合 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 緊急時訪問介護加算(予防を除く) | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 生活機能向上連携加算 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 通院等乗降介助の実施 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 頻回の20分未満の身体介護の実施 | [] 0. なし・ 1. あり | | | |

記入年月日の前月から前1年間に於いて、加算を受けた場合には「あり」に記載。

| 介護サービスの利用者(要介護者)への提供実績(記入日前月の状況) | | | | | | |
|--------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------------------|
| 身体介護中心型の1か月の提供時間 | | | | | | 時間 |
| 生活援助中心型の1か月の提供時間 | | | | | | 時間 |
| 通院等乗降介助中心型の1か月の提供回数 | | | | | | 回 |
| 利用者の人数 (通院等乗降介助中心型の利用者を除く) | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
| | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 |
| (前年同月の提供実績) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 |
| ※介護サービスを実施していない場合は0を入力してください。 | | | | | | |
| 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) | | | | | | |
| 介護予防訪問介護費(Ⅰ)の算定件数 ※週1回程度のサービス提供 | | | | | | 件 |
| 介護予防訪問介護費(Ⅱ)の算定件数 ※週2回程度のサービス提供 | | | | | | 件 |
| 介護予防訪問介護費(Ⅲ)の算定件数 ※週2回を超えるサービス提供 | | | | | | 件 |
| 利用者の人数 | 要支援1 | 要支援2 | | | | 合計 |
| | 人 | 人 | | | | 0人 |
| (前年同月の提供実績) | 人 | 人 | | | | 0人 |
| ※介護予防サービスを実施していない場合は0を入力してください。 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 時 | 分 | ～ | 時 | 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 | | | | | | [] 0. なし・ 1. あり |
| 介護サービスの提供内容に関する特色等 | | | | | | |
| (その内容) | | | | | | |
| 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) | | | | | | [] 0. なし・ 1. あり |
| 当該結果の開示状況 | | | | | | [] 0. なし・ 1. あり |
| 第三者による評価の実施状況 | | | | | | [] 0. なし・ 1. あり |
| 実施した直近の年月日 | | | | | | |
| 実施した評価機関の名称 | | | | | | |
| 当該結果の開示状況 | | | | | | [] 0. なし・ 1. あり |
| (その開示している結果の内容【ホームページアドレス】) | | | | | | |

記入年月日の前月の介護報酬の請求実績を記載。

第三者による評価を実施している場合には「あり」に記し、直近の年月日、実施した評価機関の名称を記載。
(当公表制度・行政が行う指導監査は非該当)

ホームページ上で結果を開示している場合は、掲載アドレスを記載。

5. 介護サービス（予防を含む）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 | |
| | |
| 利用者の都合により介護サービスを提供できなかった場合に係る費用（キャンセル料）の徴収状況 | [] 0. なし・ 1. あり |
| (その額、その算定方法) | |
| 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の実施の有無 | [] 0. なし・ 1. あり |

キャンセル料の徴収を実施している場合には「あり」に記し、その額、算定方法等を記載。