

事業所名:

事業所番号:

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）

(20XX年XX月)

【必須入力項目、必須免除項目の見分け方】

「黄」と「ピンク」の網掛け項目は必須入力項目。

ただし、「ピンク」の網掛け項目は新規指定事業所は「0」（半角数字ゼロ）を記入。

※前年度からの変更箇所は赤字で示してあります。

計画年度	2026 年度	記入年月日	
記入者名		所属・職名	

実際の記入日を記入。
記入が何日もかかる場合、記入開始日を記入。
令和8年（和暦）ではなく、2026年（西暦）を記入。

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. 法人番号の指定を受けていない・1. 法人番号の指定を受けている	
	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			

「事業所を運営する法人等」とは、指定を受けている法人等を指す。

○法人の種類
・医療法人は、社団医療法人及び財団医療法人。
・営利法人は、株式会社、有限会社など株主や出資者に還元することを目的とした法人。
・その他は、個人事業主など法人ではない場合に選択。

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、法人番号を記載すること。
法人番号の指定を受けていない場合には「法人番号の指定を受けていない」を選択すること。

書式: 半角数字 (例: 025-000-0000)

当該法人等の情報が掲載されているホームページのアドレスを「http」から半角で記入。

2013年1月1日の場合、「2013/01/01」（半角数字）と入力。
以下年月日記入欄は同様。

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）	
＜居室サービス＞				
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			
看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)	[] 0. なし・ 1. あり			
居宅介護支援	[] 0. なし・ 1. あり			

当該法人等が新潟県内で、現在記入している介護サービスを含む介護サービスを実施している場合には、介護サービスの種類ごとに「1.あり」を選択するとともに事業所の数(か所数)を記入し、さらに、主な事業所の名称及びその所在地について1つ記入。

※ 1法人1事業所のための運営の場合、現在記入の事業所情報の記入も可。
運営主体に関連法人*があり、その関連法人が介護サービスを実施している場合には、その関連法人が提供しているサービスも含める。

* 開設者、代表者が同一又は親族である、役員の3割以上が共通である、人事・資金等の関係が強いなど、特別な関係にある法人(関連法人・系列法人)

＜介護予防サービス＞				
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 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			
介護医療院	[] 0. なし・ 1. あり			

地域包括支援センターからの委託で、
「介護予防支援」を実施している場合は含めない。

介護予防支援事業所の指定を受けている場合のみ、「あり」を選択。

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)								
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)								
サテライト事業所		[]		0. なし・ 1. 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		[]		0. なし・ 1. 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		[]		0. なし・ 1. あり					
事業所の所在地									
介護保険事業所番号									
併設施設等		[]		0. なし・ 1. あり					
		種別				名称			
訪問看護事業所の指定の有無		[]		0. なし・ 1. 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							
		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									
指定の更新年月日(直近)(未来の日付は入らない)									
介護保険法第71条に規定する訪問看護のみなし指定		[]		0. なし・ 1. 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		[]		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									
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		[]		0. なし・ 1. あり					
介護保険サービスの指定状況		[]		0. 通常の指定					
障害福祉サービスの指定状況		[]		0. なし・1. 通常の指定・2.共生型・3.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		[]		0. なし・ 1. あり					

リストから事業所がある市区町村を選択。

所在地は県名から記入。(正確に記入されない場合、公表画面で地図が正しく表示されないことがある。)

書式: 半角数字 (例: 025-000-0000)

事業所のホームページアドレスがある場合は記入(法人のホームページアドレスでも可)。ホームページアドレスは「http」から半角で記入。

介護保険の指定に関係なく、開設した年月日を記入。

介護保険(県又は市への指定申請)における指定を受けた年月日を記入。

「変更・修正」ではなく、「更新」を行った年月日を記入。
なお、更新を受けたことのない場合には、当該事業所の指定を受けた年月日を記入。

事業所までの行き方を分かりやすく記入。(例: ○○線○○駅より○km(徒歩○○分))

● 介護保険サービスの指定状況
当該事業所が、介護保険の共生型の指定を受け、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を実施している場合、「通常の指定」に記すこと。
● 障害福祉サービスの指定状況
当該事業所が、障害福祉サービスを提供し、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を実施している場合、障害福祉サービスの指定状況を「通常の指定」「共生型」「基準該当」から選択して記すこと。

当該事業所において、国民健康保険中央会が運用する「ケアプランデータ連携システム」の利用登録をしている場合には、「あり」に記すこと。

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

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	人	人	—	—	0 人	人
介護支援専門員	人				0 人	人
介護職員	人				0 人	人
看護職員	人				0 人	人
その他の従業員	人				0 人	人
理学療法士	人	人	人	人	0 人	人
作業療法士	人	人	人	人	0 人	人
言語聴覚士	人	人	人	人	0 人	人

1週間のうち、常勤の従業員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			人	人
実務者研修			人	人
介護職員初任者研修			人	人
介護支援専門員			人	人

従業員である看護職員が有している資格

保健師	人	人	人	人
看護師	人	人	人	人
准看護師	人	人	人	人

夜勤・宿直を行う従業員の人数

夜勤	人	(うち併設施設等との兼務)	人
宿直	人	(うち併設施設等との兼務)	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)

「従業員」とは、雇用契約等により該当事業所の管理者の指揮命令下にある者を指す。

【常勤換算の算出方法】
・1週間に数回の勤務の場合:
非常勤職員の1週間の勤務時間÷事業所が定めている1週間の勤務時間
・1か月に数回の勤務の場合:
非常勤職員の1か月の勤務時間÷(事業所が定めている1週間の勤務時間×4)
小数点第2位以下を切り捨て、小数点第1位までを記入。

常勤職員について就業規則などで定められた1週間当たりの労働時間を記入。

複数の資格を取得している場合は、重複計上。

夜勤・宿直を行う当該事業所における従業員の夜勤・宿直時間帯の平均の人数を記入。併せて、併設施設等と兼務して夜勤・宿直をしている従業員がいる場合、その人数を再掲。
※ 桃色二重線内

なお、記載内容については、当該事業所の夜勤・宿直を行う一般的な人員体制を踏まえること。

『他の職務』とは、事業所内の他の職務だけでなく、同一敷地内にある他事業所の職務を兼務している場合も対象。

「あり」を選択した場合は、その資格等の名称を記入。

職種別の従業員の数について、複数の職種を兼務している従業員の記入方法

●看護職員と機能訓練指導員を兼務している場合

(例1)常勤職員で「看護職員としての勤務」と「機能訓練指導員としての勤務」がおおむね7:3の場合
(勤務割合は各事業所ごとに実際の勤務比率を勘案する)

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	兼務	専従	兼務		
看護職員	人	1 人	人	人	1 人	0.7 人
機能訓練指導員	人	1 人	人	人	1 人	0.3 人

(例2)非常勤職員(常勤換算0.7)で「看護職員としての勤務」と「機能訓練指導員としての勤務」がおおむね7:3の場合

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	兼務	専従	兼務		
看護職員	人	人	人	1 人	1 人	0.5 人
機能訓練指導員	人	人	人	1 人	1 人	0.2 人

●訪問介護と介護予防訪問介護を兼務しており、他に兼務がない場合は「専従」に記入
(介護予防サービスは介護サービスと一体として扱う。)

従業員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	人	人	人	人
前年度の退職者数	人	人	人	人
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	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
※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。				
従業員の健康診断の実施状況			[] 0. なし・ 1. あり	
従業員の教育訓練のための制度、研修その他の従業員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員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			[] 0. なし・ 1. 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		

令和7年度(2025/04/01～2026/03/31)の状況
※ 青色二重線内

法人内の異動は含めない。
前年度、新規指定事業所の場合、全従業員ではなく、指定日以降から前年度末までの採用者数を記入。

現事業所での経験年数ではなく、他の事業所も含めて、同一職種に従事した年数を記入。

研修等の内容(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の取組を実施している場合は記載。

「アセッサー(評価者)の人数」
事業所の従業員で、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すること。

「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)に記載すること。

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。

「認知症介護指導者養成研修修了者の人数」
事業所の従業員で、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すること。

「認知症介護実践リーダー研修修了者の人数」
事業所の従業員で、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すること。

「認知症介護実践者研修修了者の人数」
事業所の従業員で、認知症介護実践者研修を修了したものの人数を記載すること。

「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」
事業所の従業員で、上記3つ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すること。

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			介護保険の指定基準において、「運営規程」として定めることになっている「事業目的及び運営の方針」を記入。
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	時 分 ~ 時 分	記入日前月から直近1年間における当該事業所の随時対応、24時間対応を除く営業時間外の対応実績を、サービス別に記入。 ※ 赤色二重線内
	宿泊サービス	時 分 ~ 時 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			当該事業所の運営規程で定めた通常の事業の実施地域について記入。
利用者の送迎の実施		[] 0. なし・ 1. 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		[] 0. なし・ 1. あり	記入日前月から直近1年間において、指定地域密着型サービス報酬基準に規定する加算を受けた場合には「あり」を選択。 例: 記入日が2026年9月の場合 2025年9月~2026年8月の1年間の状況を記入 ※ 赤色二重線内 届出のみの場合は、「なし」を選択。
中山間地域における小規模事業所加算		[] 0. なし・ 1. あり	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		[] 0. なし・ 2. あり	
認知症加算(Ⅰ)		[] 0. なし・ 1. あり	
認知症加算(Ⅱ)		[] 0. なし・ 1. あり	
認知症加算(Ⅲ)		[] 0. なし・ 1. あり	
認知症加算(Ⅳ)		[] 0. なし・ 1. あり	
認知症行動・心理症状緊急対応加算(※ロのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
若年性認知症利用者受入加算 (※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
栄養アセスメント加算(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
栄養改善加算(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
口腔機能向上加算(Ⅰ)(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
口腔機能向上加算(Ⅱ)(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
退院時共同指導加算(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
緊急時対応加算(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
特別管理加算(Ⅰ)(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
特別管理加算(Ⅱ)(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
専門管理加算(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
ターミナルケア加算(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
遠隔死亡診断補助加算(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
看護体制強化加算(Ⅰ)(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
看護体制強化加算(Ⅱ)(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
訪問体制強化加算(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
総合マネジメント体制強化加算Ⅰ(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
総合マネジメント体制強化加算Ⅱ(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
排せつ支援加算(Ⅰ)(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
排せつ支援加算(Ⅱ)(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
排せつ支援加算(Ⅲ)(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
科学的介護推進体制加算(※イのみ)		[] 0. なし・ 1. あり	
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)		[] 0. なし・ 1. あり	
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)		[] 0. なし・ 1. あり	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		[] 0. なし・ 1. あり	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		[] 0. なし・ 1. あり	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		[] 0. なし・ 1. あり	

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ		[]	0. なし・ 1. あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ		[]	0. なし・ 1. あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ		[]	0. なし・ 1. あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ		[]	0. なし・ 1. あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)		[]	0. なし・ 1. あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)		[]	0. なし・ 1. 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)		[]	0. なし・ 1. あり
在宅中心静脈栄養法(IVH)		[]	0. なし・ 1. あり
点滴・静脈注射		[]	0. なし・ 1. あり
膀胱留置カテーテル		[]	0. なし・ 1. あり
腎ろう・膀胱ろう		[]	0. なし・ 1. あり
在宅酸素療法(HOT)		[]	0. なし・ 1. あり
人工呼吸療法(レスピレーター、ベンチレーター)		[]	0. なし・ 1. あり
在宅自己腹膜灌流(CAPD)		[]	0. なし・ 1. あり
人工肛門(ストマ)		[]	0. なし・ 1. あり
人工膀胱		[]	0. なし・ 1. あり
気管カニューレ		[]	0. なし・ 1. あり
吸引		[]	0. なし・ 1. あり
麻薬を用いた疼痛管理(予防を除く)		[]	0. なし・ 1. あり
その他		[]	0. なし・ 1. 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	[]	0. なし・ 1. 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)		(参加者延べ人数)	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	[]	0. なし・ 1. あり	

当該事業所の特色等について、その内容を400文字以内で記入。
例:特殊技能のある職員とその人数(専門看護師、認定看護師、外国語対応可能、手話対応可能)、ターミナルケア実施、障害者及び難病患者へのサービス提供実施 等

なお、虚偽又は誇大広告は禁止。

ターミナルケアへの対応可能範囲等、当該事業所のサービス利用に当たって留意事項がある場合、その内容を概ね400字以内で記入。

協力ないし提携している協力医療機関について、名称及び協力内容を(診療科目等を含め具体的に)記入。

「あり」を選択した場合は、『その名称』及び『(協力の内容)』を記入。

指定地域密着型サービス基準第83条第3項に規定する『バックアップ施設の名称』及び『(協力の内容)』について記入。

令和7年度(2025/04/01～2026/03/31)の状況
※ 青色二重線内

新規事業所の場合、『(開催実績)』は「ー」、『(参加者延べ人数)』は「0」を記入。

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	人	人	人	人	人	0人
65歳以上75歳未満	人	人	人	人	人	0人
75歳以上85歳未満	人	人	人	人	人	0人
85歳以上	人	人	人	人	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

記入日前月の状況を記入。
※ 桃色二重線内

複合型サービスの登録者の平均年齢を小数点第1位まで記入。

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	人	人	人	人	人	0人
(前年同月の提供実績)	人	人	人	人	人	0人
宿泊サービス	人	人	人	人	人	0人
(前年同月の提供実績)	人	人	人	人	人	0人
訪問サービス(介護)	人	人	人	人	人	0人
(前年同月の提供実績)	人	人	人	人	人	0人
訪問サービス(看護)	人	人	人	人	人	0人
(前年同月の提供実績)	人	人	人	人	人	0人
事業所での看護サービス	人	人	人	人	人	0人
(前年同月の提供実績)	人	人	人	人	人	0人
自宅での看護サービス	人	人	人	人	人	0人
(前年同月の提供実績)	人	人	人	人	人	0人
訪問サービス(看護)の1か月の提供時間			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		医師の人数	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	[] 0. 単独型・ 1. 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
	m ²	m ²	m ²
	宿泊室について		
	個室	室	
	1室当たりの床面積	m ²	
	上記以外の宿泊室	室	
便所の設置数	有床診療所の病床の宿泊室としての兼用		[] 0. なし・ 1. あり
	か所	(うち手すりの設置がある数)	か所
		(うち車いす等の対応が可能な数)	か所

便器の数ではなく、場所としての数を記入。
なお、職員専用の便所は含めない。

バリアフリーの対応状況										
(その内容)										
消火設備等の状況						[] 0. なし・ 1. あり				
(その内容)										
事業所の敷地に関する事項										
敷地の面積						㎡				
事業所を運営する法人が所有						[] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. あり				
抵当権の設定						[] 0. なし・ 1. あり				
貸借(借地)						[] 0. なし・ 1. あり				
契約期間		始				終				
契約の自動更新						[] 0. なし・ 1. あり				
事業所の建物に関する事項										
建物の延床面積						㎡				
事業所を運営する法人が所有						[] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. あり				
抵当権の設定						[] 0. なし・ 1. あり				
貸借(借家)						[] 0. なし・ 1. あり				
契約期間		始				終				
契約の自動更新						[] 0. なし・ 1. 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										
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				
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)						[] 0. なし・ 1. あり				
当該結果の開示状況						[] 0. なし・ 1. あり				
地域密着型サービスの外部評価の実施状況						[] 0. なし・ 1. 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										

消火設備等の設備を有している場合、「あり」を選択するとともに、消火設備の具体的な内容を記入。

当該事業所又は当該事業所を運営する法人に設置している利用者からの苦情に対応する窓口の名称及び電話番号を1カ所記入。
電話番号は半角数字で記入。
例:025-000-0000

定期的な休業日(曜日等)があれば記入。

随時対応、24時間対応など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。

記入日前1年間における実施状況
※ 紫色二重線内

第三者による介護サービス等の質の評価を実施している場合には、「あり」を選択するとともに、実施した取組の1つについて、実施した直近の年月日を記載すること。
さらに、結果の内容又は開示方法について記載すること。

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	[] 0. なし・ 1. あり	朝食	円
		昼食	円
		夕食	円
		おやつ	円
宿泊費	[] 0. なし・ 1. あり	(その額)	円
その他の費用			
①その他 ()	[] 0. なし・ 1. あり	(その額)	円
(算定方法)			
②その他 ()	[] 0. なし・ 1. あり	(その額)	円
(算定方法)			
③その他 ()	[] 0. なし・ 1. あり	(その額)	円
(算定方法)			
④その他 ()	[] 0. なし・ 1. あり	(その額)	円
(算定方法)			
⑤その他 ()	[] 0. なし・ 1. あり	(その額)	円
(算定方法)			

指定地域密着型サービス基準第71条第3項第6号準用に規定するその他の費用を徴収している場合には、その費用名を記入し、「あり」を選択するとともに、『その額(規定額がない場合は、直近1ヶ月の平均金額)』を記入。当該費用の徴収を行っていない場合は、「なし」を選択。

また、実費の場合は『(その額)』の欄に記入するのではなく、『(算定方法)』の欄に実費と記入。