

事業所名:

事業所番号:

(枝番)

**基本情報：認知症対応型共同生活介護（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	
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
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			
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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		
管理者	人	人	—	—	0人	人
計画作成担当者	人	人	人	人	0人	人
介護職員	人	人	人	人	0人	人
看護職員	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。						
従業者である計画作成担当者のうち介護支援専門員の人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従	人	人
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	非専従	専従	非専従	人	人
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
介護支援専門員	人	人	人	人	人	人
夜勤・宿直を行う従業者の人数	夜勤					人
	宿直					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)						
介護職員1人当たりの利用者数						人
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	計画作成担当者		介護職員			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	人	人
前年度の採用者数	人	人	人	人	人	人
前年度の退職者数	人	人	人	人	人	人
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	人
	1年～3年未満の者の人数	人	人	人	人	人
	3年～5年未満の者の人数	人	人	人	人	人
	5年～10年未満の者の人数	人	人	人	人	人
	10年以上の者の人数	人	人	人	人	人

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。

利用者数を、介護職員の常勤換算数で除す。

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。

従業者の健康診断の実施状況					[ ] 0. なし・ 1. 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		
介護予防および介護度進行予防に関する方針		
※介護予防サービスを実施していない場合は「介護予防および介護度進行予防に関する方針」には「-」を入力してください。		
介護サービスの内容、入居定員等		
介護報酬の加算状況(記入日前月から直近1年間の状況)		
認知症行動・心理症状緊急対応加算	[ ]	0. なし・ 1. あり
若年性認知症患者受入加算	[ ]	0. なし・ 1. あり
看取り介護の実施(予防を除く)	[ ]	0. なし・ 1. あり
医療連携体制加算(予防を除く)	[ ]	0. なし・ 1. あり
退居時相談援助加算	[ ]	0. なし・ 1. あり
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	[ ]	0. なし・ 1. あり
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	[ ]	0. なし・ 1. あり
夜間支援体制加算(Ⅰ)	[ ]	0. なし・ 1. あり
夜間支援体制加算(Ⅱ)	[ ]	0. なし・ 1. あり
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	[ ]	0. なし・ 1. あり
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	[ ]	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
短期利用認知症対応型共同生活介護の提供	[ ]	0. なし・ 1. あり
共用型指定認知症対応型通所介護の提供	[ ]	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。

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						
(その名称)							
(協力の内容)							
看護師の確保方法	[ ] 1. 職員として配置・ 2. 契約・ 3. 職員として配置及び契約・ 4. なし						
(契約の場合、契約先の名称)							
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							
利用に当たっての条件							
退居に当たっての条件							
入居定員	ユニット					人	
認知症対応型共同生活介護の入居者の状況							
入居者の人数	要支援2	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	人	0人
65歳以上75歳未満	人	人	人	人	人	人	0人
75歳以上85歳未満	人	人	人	人	人	人	0人
85歳以上	人	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。							
入居者の平均年齢							歳
入居者の男女別人数	男性	人				女性	人
入居率(一時的に不在となっている者を含む)							%
認知症対応型共同生活介護を退居した者の人数(前年度)							
退去先	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等	人	人	人	人	人	人	0人
介護保険施設	人	人	人	人	人	人	0人
特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設	人	人	人	人	人	人	0人
医療機関	人	人	人	人	人	人	0人
死亡者	人	人	人	人	人	人	0人
その他	人	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。							
入居者の入居期間							
入居期間	6か月未満	6か月以上1年未満	1年以上3年未満	3年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上	
入居者数	人	人	人	人	人	人	

延べ参加者人数を記載。

記入年月日の前月の介護報酬の請求実績を記載。

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	1室当たりの居室面積
	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>
二人部屋の有無	[ ] 0. なし・ 1. あり		
共同便所の設置数	男子便所	か所 (うち車いす等の対応が可能な数)	か所
	女子便所	か所 (うち車いす等の対応が可能な数)	か所
	男女共用便所	か所 (うち車いす等の対応が可能な数)	か所
個室の便所の設置数	か所	(個室における便所の設置割合)	%
		(うち車いす等の対応が可能な数)	か所
浴室の設備状況			
浴室の総数		か所	
	個浴	大浴槽	特殊浴槽
	か所	か所	か所
その他の浴室の設備の状況			
居間、食堂、台所の設備状況			
入居者等が調理を行う設備状況		[ ] 0. なし・ 1. あり	
その他の共用施設の設備状況		[ ] 0. なし・ 1. あり	
(その内容)			
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)			
緊急通報装置の設置状況		[ ] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 各居室内にあり	
外線電話回線の設置状況		[ ] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 各居室内にあり	
テレビ回線の設置状況		[ ] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 各居室内にあり	
事業所の敷地に関する事項			
敷地の面積		m <sup>2</sup>	
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		m <sup>2</sup>	
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	

消火設備等を有している場合にはその内容を記載すること。



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		
地域密着型サービスの評価の実施状況	[ ] 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】)			

地域密着型サービスの質の評価を実施している場合には「あり」に記し、**実施した取組の1つ**について、**実施した直近の年月日、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

掲載アドレスを記載。

【地域密着型サービスの評価結果の開示状況(ホームページアドレス)の記載方法(例:WAM NET)】

対象事業所の「**検索結果一覧**」から、直近の評価をクリックします。

「**外部評価結果**」ページのURLをコピーして、貼り付けてください。

〈WAM NET〉 → 〈介護保険地域密着型サービス外部評価〉 → 〈介護保険地域密着型サービス外部評価情報〉

→ 〈検索結果一覧〉 → 〈外部評価結果〉



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

利用料等(入居者の負担額)			
家賃(月額)			円
敷金	[ ] 0. なし・ 1. あり	(その費用の額)	円
保証金の有無 (入居時一時金)	[ ] 0. なし・ 1. あり	(その費用の額)	円
(保全措置の内容)			
(償却の有無)			[ ] 0. なし・ 1. あり
食材料費	[ ] 0. なし・ 1. あり	(朝食)	円
		(昼食)	円
		(夕食)	円
		(おやつ)	円
		(又は1日)	円
その他の費用			
①理美容代	[ ] 0. なし・ 1. あり	(その費用の額)	円
算定方法			
②おむつ代	[ ] 0. なし・ 1. あり	(その費用の額)	円
算定方法			
③その他 ( )	[ ] 0. なし・ 1. あり	(その費用の額)	円
算定方法			
④その他 ( )	[ ] 0. なし・ 1. あり	(その費用の額)	円
算定方法			
⑤その他 ( )	[ ] 0. なし・ 1. あり	(その費用の額)	円
算定方法			

規定額がなく、利用者によって金額が異なる場合は  
**前年度1年の平均金額**を記載。

「その他の日常生活費」として運営規程に定めているもののうち、利用頻度の高い名目を3つ記入。