

事業所名:

事業所番号:

(枝番)

基本情報調査票：訪問入浴介護（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 | |

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 | |
| | 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 | | | |

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 | [] 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 | | |

| ＜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 | | | |

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 | | |
| | | |
| 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 |

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 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | |
| 看護師 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 准看護師 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0人 | 人 |
| 介護職員 | 人 | 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 | 人 | 人 |
| 実務者研修 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 介護職員初任者研修 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 介護支援専門員 | 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)

入浴車両1台当たりの1か月のサービス提供回数 回

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 | 看護師及び准看護師 | | 介護職員 | |
|--------------------|-----------|-----|------|-----|
| | 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。

従業者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 |

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 | | | | | | |
| 協力医療機関の名称 | | | | | | |
| (協力の内容) | | | | | | |
| 介護報酬の加算状況(記入日前月から直近1年間の状況) | | | | | | |
| 特別地域訪問入浴介護加算 | | | | [|] | 0. なし・ 1. あり |
| 中山間地域等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・ 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 |
| 看取り連携体制加算(予防を除く) | | | | [|] | 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) | | | | [|] | 0. なし・ 1. あり |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | | | | [|] | 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 |

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|-----|---|
| 介護サービスの利用者への提供実績(記入日前月の状況) | | | | | | | | | |
| 訪問入浴介護サービスの提供回数 | | | | | | | | | 回 |
| 介護予防訪問入浴介護サービスの提供回数 | | | | | | | | | 回 |
| 利用者の人数 | 要支援1 | 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 | |
| | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0 人 | |
| (前年同月の提供実績) | 人 | 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。 | | | | | | | | | |

| | |
|-----------------------|---|
| 介護サービスを提供する事業所、設備等の状況 | |
| 使用している入浴車両の台数 | 台 |

| | | |
|----------------------|----|-----------|
| 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等(記入日前4年間の状況) | [] 0. なし・ 1. あり |
| 実施した直近の年月日(評価結果確定日) | |
| 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 |
| (その開示内容を確認できる【ホームページアドレス】を記入) | |

※第三者による評価とは、提供する福祉サービスの質を事業者及び利用者以外の公正・中立な第三者機関が専門的かつ客観的な立場から行った評価をいう。(事業所内で行う内部監査や行政による指導監査は含まれない。)

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 | |
| 利用者の選定により、特別な浴槽水などを使用して訪問入浴介護を行う場合、それに要する費用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、算定方法等) | |