

## 認知症対応型共同生活介護 基本情報調査票の記載の留意点

### 1. 事業所を運営する法人等に関する事項

事務所の所在地	千葉県〇〇市〇〇123番地		
	電話番号		
	FAX番号		
	法人等の連絡先	ホームページアドレス	[ 1 ] 0. なし・ 1. あり 1. あり: → <a href="http://www">http://www</a>
法人等の代表者の氏名及び職名	氏名	〇〇 〇子	
	職名	代表取締役	
法人等の設立年月日	1985/04/01		

メールアドレスではなく、**ホームページのアドレス**を記入してください。

### ●法人等が当該都道府県内で実施する介護サービス

※ 「あり」を入力した場合、法人等が運営する介護サービス事業所数を記入してください。「**か所数**」に**当該報告事業所分**を含みます。複数サービスを実施している法人等の場合には、他サービスの基本情報の記載内容との整合性を図るようにしてください。

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	[ 1 ] 0. なし・ 1. あり	2 〇〇ヘルパーステーション	
訪問入浴介護	[ 1 ] 0. なし・ 1. あり	2 〇〇訪問入浴ステーション	
訪問看護	[ 1 ] 0. なし・ 1. あり	1 〇〇訪問看護ステーション	〇〇市〇〇12番地

主な事業所の名称及び所在地について **1つ** 記入してください。

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			

法人が地域包括支援センターを運営している場合のみ「1」となります。地域包括支援センターから予防プラン作成の委託を受けている場合は「0」となります。

## 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

事業所の連絡先	電話番号	043-123-4567	メールアドレスではなく、ホームページのアドレスを記入してください。	
	FAX番号	043-123-4567		
	ホームページアドレス	[ 1 ] 0. なし・ 1. あり 1. あり: → <a href="http://www.abcdefg.jp">http://www.abcdefg.jp</a>		
介護保険事業所番号	1200000000			
事業所の管理者の氏名及び職名	氏名	〇〇 〇美		
	職名			
事業の開始年月日若し(指定又は許可の更新)	報告時に当該指定の更新を受けたことのない事業所にあたっては、指定を受けた年月日をそのまま記入してください。			
事業の開始(予定)				1999/04/01
指定の年月日				2006/04/01
指定の更新年月日(任意)				2006/04/01
生活保護法第54条の2に規定する介護機関の指定の有無	[ 0 ] 0. なし・ 1. あり			

生活保護受給者に介護サービスを提供するための生活保護法による指定の有無です。

## 3. 事業所において介護サービスに従事する従業者に関する事項

**常勤換算方法 (小数点第 1 位までを記入。端数は切り捨て)。**

- **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 ヶ月に数回の勤務の場合**  
非常勤職員の勤務時間 ÷ (事業所が定めている 1 週間の勤務時間 × 4)

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	1 人	0 人	—	—	1 人	1 人
計画作成担当者	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人
介護職員	8	0 人	—	0 人	22 人	9.1 人
看護職員		0 人		0 人	0 人	0 人
その他の従業者		0 人		0 人	0 人	0 人
1週間のうち、常勤の	常勤合計 1 人 (専従 1 人+非専従 0 人)		非常勤合計 0 人 (専従 0 人+非専従 0 人)			40 時間

常勤の従業者が勤務すべき 1 週間の労働時間 (1 人当たり) を記入してください。

●管理者の他の資格との兼務の有無

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	[ 1 ] 0. なし・ 1. あり	1. あり: → 資格等の名称

「1. あり」の場合は記入してください。

●従業者の当該報告に係る介護予防サービスの業務に従事した経験年数

事業所での従業年数ではなく、当該職種に従事した年数を記入してください（記入年月日現在）。また、この欄の合計が前記の「職種別の従業者の数」の実人数の数の合計と同じ数になっていることを確認してください。

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		介護従業者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	0人	0人	0人	
前年度1年間の退職者数	0人	0人	0人	
業務に従事した経験年数				
1年未満の者の人数	0人	0人	1人	1人
1年～3年未満の者の人数	0人	0人	2人	3人
3年～5年未満の者の人数	1人	0人	1人	5人
5年～10年未満の者の人数	0人	0人	4人	5人
10年以上の者の人数	0人	0人	0人	0人
従業者の健康診断の実施状況				
[ 1 ] 0. なし・ 1. あり				

前年度（4月1日～翌年3月31日）の採用・退職した方の人数を記載してください。

**常勤合計1人**  
上記従業者のうち「計画作成担当者」の常勤合計と整合を図ってください。

**非常勤合計6人**  
上記従業者のうち「計画作成担当者」の非常勤合計と整合を図ってください。

**介護予防認知症対応型共同生活介護 基本情報調査票の記載の留意点**

**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	2006/04/01
指定の年月日	2006/04/01
指定の更新年月日(直近)	2006/04/01

**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)」は、介護予防サービスの場合、2006年4月1日以降となります。**

**3. 事業所において介護予防サービスに従事する従業者に関する事項**

**●従業者の当該報告に係る介護予防サービスの業務に従事した経験年数**

事業所での従業年数ではなく、当該職種に従事した年数を記入してください(記入年月日現在)。また、この欄の合計が前記の「職種別の従業者の数」の実人数の数の合計と**同じ数**になっていることを確認してください。

従業者の当該報告に係る介護予防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		介護予防サービスについての経験年数を記入してください。	
	常勤	非常勤		
前年度1年間の採用者数	0人	0人		
前年度1年間の退職者数	0人	0人	0人	0人
業務に従事した経験年数				
1年未満の者の人数	0人	0人	1人	1人
1年～3年未満の者の人数	0人	0人	2人	3人
3年～5年未満の者の人数	1人	0人	5人	10人
5年～10年未満の者の人数	0人	0人	0人	0人
10年以上の者の人数	0人	0人	0人	0人
従業者の健康診断の実施状況	[ 1 ] 0.なし・1.あり			