**小規模多機能型居宅介護**

**新規指定**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | 通常の事業実施地域 | |  |
| 営業時間 | ○○：○○～○○：○○ | サービス提供時間 | | 訪問：24時間  通い：○○：○○～○○：○○  宿泊：○○：○○～○○：○○ | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人の特色や概要を教えてください。介護事業が初めての場合、進出するきっかけ（理由）も教えてください。 | | |
|  | | |
| 法人代表者や役員、管理者（予定含む）はどのように介護保険事業に関わってきましたか | | |
|  | | |
| 何故、申請する所在地で小規模多機能型居宅介護を始めようと思ったのですか（法人変更の場合、変更理由について差し支えない範囲で教えてください） | | |
|  | | |
| 事業所開設について、地域（近隣住民等）に対し、いつ・どのように説明しますか。  （説明時期・その方法等） | | |
|  | | |
| 日中に提供予定のサービス内容について具体的に教えてください（レクリエーションやイベントの内容等）。 | | |
|  | | |
| 地域とはどのような交流を行いますか | | |
|  | | |
| 家族等に対して、利用者の事業所内での様子について、どのように周知していきますか。 | | |
|  | | |
| 非常災害時の対応について、マニュアル整備や職員への周知、避難訓練等事業所としてどのような体制をとられますか。 | | |
|  | | |
| 事故発生時の対応について、マニュアル整備や職員への周知等どのような体制をとられますか。 | | |
|  | | |
| 最初の介護報酬が入るまで（約２か月）の資金計画はありますか？（差し支えない範囲で教えてください） | | |
|  | | |
| 損害賠償保険の加入状況を教えてください（保険名称・保険会社名） | | |
|  | | |
| どのような事業所にしたいと思いますか | | |
|  | | |
| 運営推進会議の設置見込時期と構成員（予定）について教えてください。 |
| １　設置見込時期：事業開始後○か月程度以内に第１回を開催する  ２　構成員は以下の分野から各１名以上就任の依頼済又は依頼予定ですか　□はい　□いいえ   |  |  | | --- | --- | | 分野 | 備考 | | 利用者又は利用者の家族 | 利用申込の際に利用者及び家族に説明し、選定する等 | | 地域住民の代表者 | 地域の自治会や地区の民生委員に依頼する等 | | 当該サービスに知見を有する者 | 他法人事業所の職員等 | | 市・区の職員又は  地域包括支援センターの職員 | 区役所高齢・障害支援課や地域ケアプラザの職員 |   ※「地域住民の代表者」とは自治会町内会役員等をいい、「当該サービスに知見を有する者」とは学識経験者、民生委員、地区社会福祉協議会役員、老人クラブ役員、他法人事業所施設等管理者、高齢者福祉施設等ボランティア、協力医療機関等の医師・看護師、その他高齢者福祉や認知症ケアに携わっている者をいう  ３　合同開催の有無：□有り　□無し  ※併設事業所等との合同開催等がある場合、「有り」として、「〇〇と合同開催予定」と記入してください。 |
| 事業所は建物の何階部分に開設予定か教えてください。 |
| ○階建て○階部分 |
| 業務継続計画（BCP）について、令和６年４月１日より策定が義務付けられますが、策定していますか。※令和６年４月１日時点で策定されていない場合、基本報酬が減算となります。（例外規定有） |
| □作成済み  □作成中（令和　年　月に完成予定） |
| 【法人変更の場合のみ】現在の従業員・利用者は引き継がれますか？引き継がれる割合等の状況を教えてください。また利用料金等の変化があればその状況について教えてください |
|  |
| 最寄り駅から事業所までの経路を教えてください | |
| 【最寄り駅から徒歩の場合】   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 最寄り駅 | 路線名 | ～ | 事業所まで徒歩  ○○分 | |  |  | | |
| 【最寄り駅からバスの場合】   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 最寄り駅 | 路線名 | ～ | バス停 | 路線名 | ～ | バス停 | ～ | 事業所まで徒歩○○分 | |  |  |  |  |  | | バス乗車時間：○○分 | | | |   ※最寄り駅の路線名は横浜市営地下鉄、京急線といったように入力してください。  ※バスの路線名は市営バス○○系統○○行きといったように入力してください。 | |

※枠は適宜大きくしてください

**事業運営実績表**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |

現在、法人で運営している介護保険事業所にチェックし、事業所数を横浜市内、市外に分けて以下に記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| チェック | サービス種類 | 横浜市内 | 横浜市外 |
|  | **【居宅サービス】** | か所 | か所 |
| □ | （介護予防）訪問介護 |  |  |
| □ | （介護予防）訪問入浴介護 |  |  |
| □ | （介護予防）訪問看護 |  |  |
| □ | （介護予防）訪問リハビリテーション |  |  |
| □ | （介護予防）居宅療養管理指導 |  |  |
| □ | （介護予防）通所介護 |  |  |
| □ | （介護予防）通所リハビリテーション |  |  |
| □ | （介護予防）短期入所生活介護 |  |  |
| □ | （介護予防）短期入所療養介護 |  |  |
| □ | （介護予防）特定施設入居者生活介護 |  |  |
| □ | （介護予防）福祉用具貸与 |  |  |
| □ | 特定（介護予防）福祉用具販売 |  |  |
|  | **【居宅介護支援】** | か所 | か所 |
| □ | 居宅介護支援 |  |  |
|  | **【介護保険施設】** | か所 | か所 |
| □ | 介護老人福祉施設 |  |  |
| □ | 介護老人保健施設 |  |  |
| □ | 介護療養型医療施設 |  |  |
|  | **【地域密着型サービス】** | か所 | か所 |
| □ | 定期巡回・随時対応型訪問介護 |  |  |
| □ | 夜間対応型訪問介護 |  |  |
| □ | 地域密着型通所介護 |  |  |
| □ | （介護予防）認知症対応型通所介護 |  |  |
| □ | （介護予防）小規模多機能型居宅介護 |  |  |
| □ | （介護予防）認知症対応型共同生活介護 |  |  |
| □ | 地域密着型特定施設入居者生活介護 |  |  |
| □ | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |  |  |
| □ | 複合型サービス |  |  |
|  | **【介護予防支援】** | か所 | か所 |
| □ | 介護予防支援 |  |  |
|  |  |  |  |
| □ | 特になし |  |  |

※各サービスの事業所数が「０」の場合、何も記入しなくて結構です（全てに「０」を記入する必要はありません）。