**看護小規模多機能型居宅介護（小規模多機能からの転換）**

**新規指定**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 通常の事業実施地域 |  |
| 営業時間 | 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。 |
|  |
| 看護小規模多機能型居宅介護を始める(小規模多機能からに転換する)理由は何ですか |
|  |
| 看護小規模多機能型居宅介護に転換することで、既存のサービスでは対応できなかったどのようなニーズを掘り起こせると思いますか |
|  |
| 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）。 |
|  |
| 看護小規模多機能を始める（小規模多機能から転換する）ことで懸念されることはありますか |
|  |
| 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） |

※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）。