**平成　　年度**

**介護保険地域密着型サービス**

**((介護予防)認知症対応型通所介護)**

**事　前　提　出　資　料**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の名称 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 記　入　者 | 職　名 |  | 氏　名 |  |
| 資料作成年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 添付資料 | □運営規程□従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(平成　　年　　月分について別紙様式を使用してください。)□契約書・重要事項等説明書※介護予防サービス事業分を別に作成している場合は、合わせて添付し提出願います。□点検事項(603　認知症対応型通所介護費・701　介護予防認知症対応型通所介護費) |

１　事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ名　　　称 |  |
| 所在地 |  |
| 電　　　話 |  | FAX |  |
| 事業所ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | 利用定員 | 　　名 |
| 指定年月日（注１） |  | 指定更新年月日（注２） |  |
| 併設事業所（注３） |  |
| 介護予防サービス実施の有無 | □実施　・□実施していない　←いずれかに■ |
| 指定年月日（注１） |  | 指定更新年月日（注２） |  |

注１　「指定年月日」欄は、事業所開設時に知事（市長）から指定を受けた年月日を記入してください。

注２　「指定更新年月日」欄は、直近に受けた指定更新年月日を記入してください。

注３　「併設事業所」欄は、同一敷地内に併設されている居宅介護サービス事業所（介護予防サービス事業所を含む。）、地域密着型サービス事業所（地域密着型介護予防サービス事業所を含む。）、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護保険施設、社会福祉施設、保健医療機関の名称を記入してください。

２　事業所設置法人の概要

　（１）法人名等

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ設置法人名 |  |
| 法人所在地 |  |
| フリガナ代表者氏名 |  |
| 電　　　話 |  | F　A　X |  |

　（２）役員の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ氏　　　名 | 生年月日 | 住　　　所 |
| 役職名 | TEL　　　　　FAX |
| （　　　　　　　　　） |  | （〒　　　　　－　　　　） |
|  | TEL | FAX |
| （　　　　　　　　　） |  | （〒　　　　　－　　　　） |
|  | TEL | FAX |
| （　　　　　　　　　） |  | （〒　　　　　－　　　　） |
|  | TEL | FAX |
| （　　　　　　　　　） |  | （〒　　　　　－　　　　） |
|  | TEL | FAX |
| （　　　　　　　　　） |  | （〒　　　　　－　　　　） |
|  | TEL | FAX |
| （　　　　　　　　　） |  | （〒　　　　　－　　　　） |
|  | TEL | FAX |
| （　　　　　　　　　） |  | （〒　　　　　－　　　　） |
|  | TEL | FAX |
| （　　　　　　　　　） |  | （〒　　　　　－　　　　） |
|  | TEL | FAX |
| （　　　　　　　　　） |  | （〒　　　　　－　　　　） |
|  | TEL | FAX |
| （　　　　　　　　　） |  | （〒　　　　　－　　　　） |
|  | TEL | FAX |

注　当該法人の役員（業務を執行する社員・取締役・執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役・顧問その他いかなる名称を有するものであるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員・取締役・執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）

　　例：医療法人　　　・・・　医療法第46条の２に規定される役員（理事及び監事）

　　　　社会福祉法人　・・・　社会福祉法第36条で規定される役員（理事及び監事）

　　　　株式会社　　　・・・　会社法で規定される取締役等（取締役及び監査役）

　　　　旧有限会社　　・・・　旧有限会社法で規定される社員（有限責任・無限責任の区分）

３　職員の概要

　（１）管理者等の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理者 | フリガナ氏　　　名 |  |
| 研修の修了状況（注２） | □認知症対応型サービス事業管理者研修□認知症(痴呆)介護実務者研修(基礎課程又は専門課程)□認知症介護実践者研修(実務者又は実践リーダー研修)□認知症高齢者グループホーム管理者研修□認知症高齢者グループホーム開設予定者研修□認知症対応型サービス事業開設者研修□認知症介護指導者養成研修□その他修了した研修（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 当該事業所で兼務している場合の他の職種 |  |
| 他の事業所で兼務している場合の事業所名と職種 | 事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）職　　種（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生活相談員 | 勤務形態（注３） | Ａ（　　）名・Ｂ（　　）名・Ｃ（　　）名・Ｄ（　　） |
| 機能訓練指導員 | 勤務形態（注３） | Ａ（　　）名・Ｂ（　　）名・Ｃ（　　）名・Ｄ（　　）名 |
| 介護・看護職員 | 資格の状況（注４） | 介護支援専門員　（　　）名社会福祉士　　　（　　）名介護福祉士　　　（　　）名 | 看護師　　（　　）名准看護師　（　　）名 |

　注１　法人の規模等によって理事長や代表取締役を法人の代表者として扱う事が合理的でないと判断される場合で、地域密着型サービスの事業部門の責任者をその法人の地域密着型サービス部門の代表者としている場合はその者を記入してください。

注２　研修の修了状況は、終了した研修に■印を付けてください。

注３　勤務形態は該当する人員数を記入してください。

　　　（Ａ：常勤専従・Ｂ：常勤兼務・Ｃ：非常勤専従・Ｄ：非常勤兼務）

注４　資格の状況には、管理者・生活相談員等が従業者を兼務している場合で該当がある場合はその者も加えて記入してください。また、１人で複数の資格を有している場合は該当するすべての欄に記入してください。

　注５　従業員の職種別必要員数

　　　（１）単独型及び併設型の場合

　　　　　①管理者　　　　　常勤１名（当該事業所の他職務又は同一敷地内の他の事業所施設等の職務に従事可）

　　　　　②生活相談員　　　提供時間数に応じて１名以上確保できるために必要な人数

　　　　　　※生活相談員又は看護・介護職員のうち１名以上は常勤でなければならない。

　　　　　③機能訓練指導員　１名以上（当該事業所のほかの職務に従事可）

　　　　　④看護職員（看護師又は准看護師）・介護職員

単位ごとに２名以上(うち１名は提供時間数に応じて)確保できるために必要な人数

　　　（２）共用型　　　　　共用する施設等の入居者と当該事業所利用者の合計数について、共用する施設等の人員基準を満たすために必要な人数以上

　注６　従業員の職種別資格要件

　　　（１）生活相談員

特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（平成11年厚労省令第46号）第5条第2項に定める生活相談員に順ずる。

　　　（２）機能訓練指導員

①理学療法士　　　②作業療法士　　　③言語聴覚士

④看護職員　　　　⑤柔道整復師　　　⑥あん摩マッサージ指圧師

（２）従業者の配置状況　　　※実地指導当日に所属している従業者（採用予定者を含む）について記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　名※兼務についても記入 | 勤務形態（勤務時間数を記入） | 氏　　名（年齢） | 性別 | 資格等（介護支援専門員・介護福祉士・社会福祉士・社会福祉主事等） | 経験年数 | 給　　　料 | 備　　　考（採用年月日を記入） |
| 現事業所勤務年数 | 現事業所以外での福祉事業経験年数 | 基　本　給（日額・時給）円 |
| 名　　称 | 介護支援専門員資格のみ取得年月日記入 |
|  | 週時間 | （　　）　 | 男・女 |  |  | 年 | 年 | 月額・日給・時給円 | 　　　　年　　月　　日採用 |
|  | 週時間 | （　　）　 | 男・女 |  |  | 年 | 年 | 月額・日給・時給円 | 　　　　年　　月　　日採用 |
|  | 週時間 | （　　）　 | 男・女 |  |  | 年 | 年 | 月額・日給・時給円 | 　　　　年　　月　　日採用 |
|  | 週時間 | （　　）　 | 男・女 |  |  | 年 | 年 | 月額・日給・時給円 | 　　　　年　　月　　日採用 |
|  | 週時間 | （　　）　 | 男・女 |  |  | 年 | 年 | 月額・日給・時給円 | 　　　　年　　月　　日採用 |
|  | 週時間 | （　　）　 | 男・女 |  |  | 年 | 年 | 月額・日給・時給円 | 　　　　年　　月　　日採用 |
|  | 週時間 | （　　）　 | 男・女 |  |  | 年 | 年 | 月額・日給・時給円 | 　　　　年　　月　　日採用 |
|  | 週時間 | （　　）　 | 男・女 |  |  | 年 | 年 | 月額・日給・時給円 | 　　　　年　　月　　日採用 |

注１　正規職員以外の職員（非常勤職員・パートタイマー等）も記入し、「給料」欄の月額・日額・時給の該当する者を○で囲み、その単価を記入してください。

注２　「勤務形態」欄について、雇用契約等に基づく勤務時間数を記入してください。（例：週○時間、週○日○時間、月○日○時間　等）

注３　記入欄が不足する場合は、この様式をコピーし追加して作成してください。

注４　職名は、基準に定められている職名（計画作成担当者・機能訓練指導員・介護職員等）で記入してください。

（３）退職者の状況　　　※前年度4月から実地指導当日までの退職者（予定を含む）について記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　名※兼務についても記入 | 勤務形態（勤務時間数を記入） | 氏　　名（年齢） | 性別 | 資格等（介護支援専門員・介護福祉士・社会福祉士・社会福祉主事等） | 経験年数 | 給　　　料 | 採用年月日退職年月日（退職理由等を記入） |
| 現事業所勤務年数 | 現事業所以外での福祉事業経験年数 | 基　本　給（日額・時給）円 |
| 名　　称 | 介護支援専門員資格のみ取得年月日記入 |
|  | 週時間 | （　　）　 | 男・女 |  |  | 年 | 年 | 月額・日給・時給円 | 　　　　年　　月　　日採用　　　　年　　月　　日退職（　　　　　　　　　　　） |
|  | 週時間 | （　　）　 | 男・女 |  |  | 年 | 年 | 月額・日給・時給円 | 　　　　年　　月　　日採用　　　　年　　月　　日退職（　　　　　　　　　　　） |
|  | 週時間 | （　　）　 | 男・女 |  |  | 年 | 年 | 月額・日給・時給円 | 　　　　年　　月　　日採用　　　　年　　月　　日退職（　　　　　　　　　　　） |
|  | 週時間 | （　　）　 | 男・女 |  |  | 年 | 年 | 月額・日給・時給円 | 　　　　年　　月　　日採用　　　　年　　月　　日退職（　　　　　　　　　　　） |
|  | 週時間 | （　　）　 | 男・女 |  |  | 年 | 年 | 月額・日給・時給円 | 　　　　年　　月　　日採用　　　　年　　月　　日退職（　　　　　　　　　　　） |
|  | 週時間 | （　　）　 | 男・女 |  |  | 年 | 年 | 月額・日給・時給円 | 　　　　年　　月　　日採用　　　　年　　月　　日退職（　　　　　　　　　　　） |
|  | 週時間 | （　　）　 | 男・女 |  |  | 年 | 年 | 月額・日給・時給円 | 　　　　年　　月　　日採用　　　　年　　月　　日退職（　　　　　　　　　　　） |
|  | 週時間 | （　　）　 | 男・女 |  |  | 年 | 年 | 月額・日給・時給円 | 　　　　年　　月　　日採用　　　　年　　月　　日退職（　　　　　　　　　　　） |

注１　正規職員以外の職員（非常勤職員・パートタイマー等）も記入し、「給料」欄の月額・日額・時給の該当する者を○で囲み、その単価を記入してください。

注２　「勤務形態」欄について、雇用契約等に基づく勤務時間数を記入してください。（例：週○時間、週○日○時間、月○日○時間　等）

注３　記入欄が不足する場合は、この様式をコピーし追加して作成してください。

注４　職名は、基準に定められている職名（計画作成担当者・機能訓練指導員・介護職員等）で記入してください。

４　利用者の状況（前年度）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 認知症対応型通所介護利用者（人） | 介護予防認知症対応型通所介護利用者（人） | 計 | （再掲）第２号被保険者（注２） | （再掲）生活保護受給者（注２） |
| ４月 | 実人数 |  |  |  |  |  |
| 延利用回数 | （　　　　） | （　　　　） | （　　　　） |
| ５月 | 実人数 |  |  |  |  |  |
| 延利用回数 | （　　　　） | （　　　　） | （　　　　） |
| ６月 | 実人数 |  |  |  |  |  |
| 延利用回数 | （　　　　） | （　　　　） | （　　　　） |
| ７月 | 実人数 |  |  |  |  |  |
| 延利用回数 | （　　　　） | （　　　　） | （　　　　） |
| ８月 | 実人数 |  |  |  |  |  |
| 延利用回数 | （　　　　） | （　　　　） | （　　　　） |
| ９月 | 実人数 |  |  |  |  |  |
| 延利用回数 | （　　　　） | （　　　　） | （　　　　） |
| １０月 | 実人数 |  |  |  |  |  |
| 延利用回数 | （　　　　） | （　　　　） | （　　　　） |
| １１月 | 実人数 |  |  |  |  |  |
| 延利用回数 | （　　　　） | （　　　　） | （　　　　） |
| １２月 | 実人数 |  |  |  |  |  |
| 延利用回数 | （　　　　） | （　　　　） | （　　　　） |
| １月 | 実人数 |  |  |  |  |  |
| 延利用回数 | （　　　　） | （　　　　） | （　　　　） |
| ２月 | 実人数 |  |  |  |  |  |
| 延利用回数 | （　　　　） | （　　　　） | （　　　　） |
| ３月 | 実人数 |  |  |  |  |  |
| 延利用回数 | （　　　　） | （　　　　） | （　　　　） |
| 合計 | 実人数 |  |  |  |  |  |
| 延利用回数 | （　　　　） | （　　　　） | （　　　　） |

　　注１　各月ごとの利用実人員を記入してください。（　）内は延利用回数を記入してください。

　　注２　（再掲）欄には実人数のみ記入してください。

　　注３　「合計」欄の実人数は各月の平均数を、延利用回数は各月の延利用回数の合計を記入してください。

５　通常の事業実施地域以外で送迎を実施した地域及び人員（前年度）

|  |
| --- |
|  |

　　注　運営規程で定める通常の事業実施地域以外で、送迎を行った地域と実人員を記入してください。

６　建物の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 建物の構造 | （　　　　　　　　）造り　　（　　　　　建ての　　　　階部分） |
| 広　　　さ | 敷地面積（　　　　　　　）㎡　　延床面積（　　　　　　　）㎡ |
| 所有の状況（注１） | 法人所有（□土地・□建物）　　　賃借（□土地・□建物） |
| 居住部門の併設 | □グループホーム　　□有料老人ホーム　　□高齢者下宿等 |
| 宿泊サービスの提供(注２) | □有　　　　　□無 |
| 消防用設備（注３） | □自動火災報知装置　　□火災通報装置　　□スプリンクラー設備 |

注１　所有状況は（土地・建物）のうち、該当するものに■を付けてください。

注２　「宿泊サービス」は、サービス提供時間以外に自主事業として宿泊サービスを実施している場合に記入してください。

注３　「消防設備」は、該当するものに■を付けてください。

７　協力医療機関

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 協力病院 | 名　称 |  | 開設者 |  |
| 所在地 |  | 診療科目 |  |
| 協力歯科 | 名　称 |  | 開設者 |  |
| 所在地 |  |

８　職員研修の実施状況（前年との状況）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 開催年月日 | 研修内容 | 講師等 | 参加職種 | 参加人数 |
| 内部研修 | 　月　　日 |  |  |  |  |
| 　月　　日 |  |  |  |  |
| 　月　　日 |  |  |  |  |
| 　月　　日 |  |  |  |  |
| 　月　　日 |  |  |  |  |
| 外部研修 | 　月　　日 |  |  |  |  |
| 　月　　日 |  |  |  |  |
| 　月　　日 |  |  |  |  |
| 　月　　日 |  |  |  |  |
| 　月　　日 |  |  |  |  |

注　研修回数が多く、上の欄に記載できない場合は、別の用紙（任意様式）に記入し添付してください。

９　職員会議・委員会等の実施状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会議等の名称 | 参加職種 | 実施状況（頻度） | 記録の有　無 | 記録者の職種 | 会議等の主な内容 |
| （身体拘束廃止推進委員会） |  |  |  |  |  |
| （感染症・食中毒の対策委員会） |  |  |  |  |  |
| （事故発生防止検討委員会） |  |  |  |  |  |
| （運営推進会議） |  |  |  |  |  |
| （その他の職員会議・委員会） |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注１　各種会議・委員会・検討会等の活動状況について記入してください。

注２　「実施状況」欄については、週○回・月○回等実施頻度を記入してください。

１０　非常災害対策の状況

　（１）消防計画等及び各種防災訓練の実施状況

|  |  |
| --- | --- |
| 防火管理責任者氏名 | （届出　平成　　年　　月　　日） |
| 消防計画等の策定状況 | 　□有（届出　平成　　年　　月　　日）　　□無 |
| 区分 | 実施回数 | 実施月 | 消防署への事前通報 | 消防署の立会 | 記　録 |
| 避難訓練 | 回 | 月 | □有　・　□無 | □有　・　□無 | □有　・　□無 |
| 月 | □有　・　□無 | □有　・　□無 | □有　・　□無 |
| 今年度予定実施回数　　　　　　　回 | 実施予定月　　　　　　　月 |
| ①平成　　年　　月　　日　　（□日中　・　□夜間想定）②平成　　年　　月　　日　　（□日中　・　□夜間想定） |
| 通報訓練 | 回 | 月 | □有　・　□無 | □有　・　□無 |
| 今年度予定実施回数　　　　　　　回 | 実施予定月　　　　　　　月 |
| 消防訓練 | 回 | 月 | □有　・　□無 | □有　・　□無 |
| 今年度予定実施回数　　　　　　　回 | 実施予定月　　　　　　　月 |

注　消防法により防火管理者・消防計画を定める必要がある場合は届出年月日を記入してください。

前年度１年間の実施状況と本年度の実施予定回数及び実施予定月を記入してください。

　　　避難訓練は前年度の実施年月日を記入し、訓練で想定した火災発生時間帯を記入してください。

（２）緊急時連絡網等の整備状況

|  |  |
| --- | --- |
| 緊急時連絡網等の整備 | □有　・　□無 |

（３）消防署の立ち入り検査の状況（前年度）

|  |  |
| --- | --- |
| 実施年月日 | 指　導　指　示　等　の　内　容 |
|  | （文書）（口頭） |
|  | （上記に対する改善措置） |

１１　家族とのかかわり地域との連携

|  |  |
| --- | --- |
| 入所者家族会等の有無 | 　□有　　　□無 |
| 家族会等の開催回数（注１） | （　　　　　回） |
| 家族との連携（注２） |  |
| 運営推進会議の設置の有無 | 　□有　　　□無 |
| 運営推進会議の開催回数（注１） | （　　　　　回） |
| 地域との連携（注３） |  |

　　注１　有の場合は、前年度における開催回数を記入してください。

　　　２　利用者の処遇や事業所の運営などに関する家族との連携状況について記入してください。

３　利用者の処遇や事業所の運営などに関する地域住民・町内会・ボランティア等との連携状況について記入してください。

1２　苦情の状況（主な内容及び処理状況）　　　　　【前年度苦情件数　　　件】

|  |  |
| --- | --- |
| 苦情受付窓口の設置状況 | □有　　・　　□無 |
| 苦情処理マニュアル等の作成状況 | □有　　・　　□無 |
| 苦情処理の概要について入所者への説明 | □有　　・　　□無 |
| 苦情処理に関する記録の整備状況 | □有　　・　　□無 |
| （苦情の内容） | （処理状況） |

　　注１　有の場合は、概要を記入してください。

　　　２　前年度の具体的事例があれば、内容及び処理結果について、簡潔に記入してください。

1３　事故の発生状況（主な内容及び処理状況）　　　【前年度事故発生件数　　　件】

|  |  |
| --- | --- |
| （事故の内容） | （処理状況） |

　　注　前年度に発生した事故・事件等について、その内容及び処理結果について、簡潔に記入してください。

1４　身体拘束の状況等

　（１）身体拘束の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 人 |

　　注　前年度中に身体拘束を行った利用者の実人数を記入してください。

　（２）身体拘束廃止推進委員会等の設置状況

|  |  |
| --- | --- |
| 設置の有無 | □有　　・　□無 |
| 名称（設置有の場合） |  |
| 前年度の開催状況 | 開催回数 | 回　 |
| 記録の有無 | □有　　・　□無 |

　　注　身体拘束廃止推進委員会等の設置状況を記入してください。

1５　預かり金の出納管理の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 責任者及び補助者が選定され、利用者ごとに印鑑と通帳・現金が別々に保管されているか。 | □いる　・　□いない |
| 適切な支出管理が行われていることを、複数の者が常に確認しているか。 | □いる　・　□いない |
| 入所者との保管依頼書（契約書）、個人別出納台帳など必要な書類等が備えられているか。 | □いる　・　□いない |

　　注　利用者等との契約等により預かり金を取り扱っている場合に記入してください。

1６　介護サービスの質の評価の実施状況

|  |  |
| --- | --- |
| 自己評価の実施時期 | 平成　　年　　月　　日 |
| 外部評価の実施時期 | 平成　　年　　月　　日 |

1７　衛生管理等

|  |
| --- |
| 具　体　的　な　実　施　状　況 |
| 衛生管理 | 食器 |  |
| 飲用水 |  |
| 医療品及び医療器具 |  |
| 感染症対策 |  |
| 食中毒対策 |  |
| 施設内の適温の確保 |  |

1８　秘密保持等

|  |  |
| --- | --- |
| 従業者（従業者であった者）が業務上知り得た秘密の保持に関する措置 |  |
| 居宅介護支援事業者等に情報提供することに係る入所者の同意に有無 | 　□有　　・　□無 |
| （具体的に記入） |