**平成　　年度**

**介護保険地域密着型サービス**

**（指定認知症対応型共同生活介護）**

**事　前　提　出　資　料**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所の名称 |  | | | |
| 記入者 | 職　名 |  | 氏　名 |  |
| 介護保険事業所番号 |  | | | |
| 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・　月分について別紙様式を使用）  □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、併せて添付し提出願います。  □自己点検表  □点検事項 |

１　事業所の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  名称 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 電話 |  | | ＦＡＸ |  |
| 事業所メールアドレス |  | | | |
| 指定年月日  （注１） | 平成　　年　　月　　日 | | 指定更新年月日  （注２） | 平成　　年　　月　　日 |
| 併設事業所  （注３） |  | | | |
| （介護予防）認知症対応型通所介護実施の有無 | | 実施　・　実施していない　←いずれかに○ | | |
| 指定年月日  （注１） | 平成　　年　　月　　日 | | 指定更新年月日  （注２） | 平成　　年　　月　　日 |

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すること。

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すること。

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、保険医療機関の名称を記入すること。

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 |  | ＦＡＸ |  |

（２）役員及び管理者の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　　　　名 | 生年月日 | 住　　　　　所 |
| 役職名 | TEL　　　　　　　　　　FAX |
| （　　　　　　） | 年　　月　　日 | （〒　　　　） |
|  | TEL　　　　　　　　　　FAX |
| （　　　　　　） | 年　　月　　日 | （〒　　　　） |
|  | TEL　　　　　　　　　　FAX |
| （　　　　　　） | 年　　月　　日 | （〒　　　　） |
|  | TEL　　　　　　　　　　FAX |
| （　　　　　　） | 年　　月　　日 | （〒　　　　） |
|  | TEL　　　　　　　　　　FAX |
| （　　　　　　） | 年　　月　　日 | （〒　　　　） |
|  | TEL　　　　　　　　　　FAX |
| （　　　　　　） | 年　　月　　日 | （〒　　　　） |
|  | TEL　　　　　　　　　　FAX |
| （　　　　　　） | 年　　月　　日 | （〒　　　　） |
|  | TEL　　　　　　　　　　FAX |
| （　　　　　　） | 年　　月　　日 | （〒　　　　） |
|  | TEL　　　　　　　　　　FAX |
| （　　　　　　） | 年　　月　　日 | （〒　　　　） |
|  | 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者であるかを問わず、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。）及び事業所を管理者する者について記載すること。

（３）代表者の状況

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ  氏　　　　名 |  |
| 研修の修了状況 | □認知症高齢者グループホーム管理者研修  □認知症（痴呆）介護実務者研修（基礎課程又は専門課程）  □認知症介護実践研修（実務者研修又は実践リーダー研修）  □認知症介護指導者養成研修  □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  その他修了した研修（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

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こと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にはその者を記入すること。

注２　研修の修了状況は、修了した研修にレ印を付けること。

３　建物の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 建物構造 | （　　　　　　　　）造り　（　　　　階建ての　　　　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） |
| 二人部屋の有無（注２） | □有　　　　　　　□無 |
| 消防用設備 | □自動火災報知装置　　□火災通報装置　　□スプリンクラー設置 |

注１　所有状況は（土地・建物）のうち、該当するものに○を付けること。

注２　「二人部屋の有無」「消防用設備」欄は該当するものにレ印を付けること。

４　職員の概要

（１）管理者等の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | ユニット１  名称 | ユニット２  名称 |
| 定員（　　　　　）人 | 定員（　　　　　）人 |
| 管  理  者 | 氏　　　名 |  |  |
| 就任年月日（注２） | 平成　　　年　　　月　　　日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 研修の修了状況  （注３） | □基礎課程　　 □専門課程  □実践者研修　　□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  □認知症対応型サービス事業管理者研修  その他修了した研修  （　　　　　　　　　　　　　） | □基礎課程　　 □専門課程  □実践者研修　　□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  □認知症対応型サービス事業管理者研修  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（　　　　　　　　　） | 事業所名（　　　　　　　　　）  職　　種（　　　　　　　　　） |
| 計画  作成担当者 | 氏　　　名 |  |  |
| 就任年月日（注２） | 平成　　　年　　　月　　　日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 研修の修了状況  （注３） | □基礎課程　　 □専門課程  □実践者研修　　□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  □認知症対応型サービス事業管理者研修  その他修了した研修  （　　　　　　　　　　　　　） | □基礎課程　　 □専門課程  □実践者研修　　□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  □認知症対応型サービス事業管理者研修  その他修了した研修  （　　　　　　　　　　　　　） |
| 介護支援専門員の資格 | □有　　　□無 | □有　　　□無 |
| （登録年月日） （有効期限日） | （平成　　　年　　　月　　　日）  （平成　　　年　　　月　　　日） | （平成　　　年　　　月　　　日）  （平成　　　年　　　月　　　日） |
| 勤務形態（注４） | Ａ ・ Ｂ ・ Ｃ ・ Ｄ | Ａ ・ Ｂ ・ Ｃ ・ Ｄ |
| 当該ユニットで兼務している場合の他の職種 |  |  |
| 介護従業者 | 資格の状況  （注５） | 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 | 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　実地指導日の属する月の１日現在で記入すること。

注２　「就任年月日」欄は、管理者、計画作成担当者に就任した年月日を記入すること。

注３　研修の修了状況は、修了した研修にレ印を付けること。

注４　勤務形態はいずれかに○を付けること。（A：常勤専従・B：常勤兼務・C：非常勤専従・D：非常勤兼務）

注５　資格の状況には、管理者、計画作成担当者が介護従業員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すること。また、１人で複数の資格を有している場合は該当する全ての欄に記入すること。

（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） | | 経験年数等 | | 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 |
| 管理者 |  | （　　） | 男・女 |  | 平成　　年　　月　　日 |  |  | 月額・日給・時給  円 | 平成　　年　　月　　日採用 |
|  |  | （　　） | 男・女 |  | 平成　　年　　月　　日 |  |  | 月額・日給・時給  円 | 平成　　年　　月　　日採用 |
|  |  | （　　） | 男・女 |  | 平成　　年　　月　　日 |  |  | 月額・日給・時給  円 | 平成　　年　　月　　日採用 |
|  |  | （　　） | 男・女 |  | 平成　　年　　月　　日 |  |  | 月額・日給・時給  円 | 平成　　年　　月　　日採用 |
|  |  | （　　） | 男・女 |  | 平成　　年　　月　　日 |  |  | 月額・日給・時給  円 | 平成　　年　　月　　日採用 |
|  |  | （　　） | 男・女 |  | 平成　　年　　月　　日 |  |  | 月額・日給・時給  円 | 平成　　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・時給の該当するものを○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）で記入すること。**

（３）退職者の状況　　　　※前年度４月から実地指導日までの退職者（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） | | 経験年数等 | | 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 |
| 管理者 |  | （　　） | 男・女 |  | 平成　　年　　月　　日 |  |  | 月額・日給・時給  円 | 平成　　年　　月　　日採用  平成　　年　　月　　日退職  （　　　　　　　　　　　） |
|  |  | （　　） | 男・女 |  | 平成　　年　　月　　日 |  |  | 月額・日給・時給  円 | 平成　　年　　月　　日採用  平成　　年　　月　　日退職  （　　　　　　　　　　　） |
|  |  | （　　） | 男・女 |  | 平成　　年　　月　　日 |  |  | 月額・日給・時給  円 | 平成　　年　　月　　日採用  平成　　年　　月　　日退職  （　　　　　　　　　　　） |
|  |  | （　　） | 男・女 |  | 平成　　年　　月　　日 |  |  | 月額・日給・時給  円 | 平成　　年　　月　　日採用  平成　　年　　月　　日退職  （　　　　　　　　　　　） |
|  |  | （　　） | 男・女 |  | 平成　　年　　月　　日 |  |  | 月額・日給・時給  円 | 平成　　年　　月　　日採用  平成　　年　　月　　日退職  （　　　　　　　　　　　） |
|  |  | （　　） | 男・女 |  | 平成　　年　　月　　日 |  |  | 月額・日給・時給  円 | 平成　　年　　月　　日採用  平成　　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・時給の該当するものを○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）で記入すること。**

5　入所者の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 | （再掲）  第２号被  保険者 | （再掲）  生活保護  受給者 | （再掲）  他市町村  被保険者 |
| ユニット  １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ユニット  ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注　実地指導日の属する月の１日現在で記入すること。

　　入・退去が同一にあった場合は入居した者のみ記入すること。

６　短期利用共同生活介護の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 体制の届出の有無 | □有　　　　　　□無 |
| 利用者の状況 | 実人数（　　　　）人　　延利用人数（回数）（　　　　）人 |

注　有の場合は、前年度の利用実績を記入すること。

７　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 |

注１　自己評価及び外部評価の直近の実施終了日を記入すること。

　２　外部評価の実施時期は、訪問調査を受けた時期ではなく、評価確定日を記入すること。

８　医療連携

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 協力医療機関 | | |  |
|  |
|  |
| 医療連携体制加算 | 体制の届出の有無 | | □有　　　　□無 |
| 看護師（准看護師は不可） | 氏　　　名 |  |
| 配置方法 | □事業所職員  　□常勤  　□非常勤　　　週（　　　　）日  　　　　　　　　　※具体的な勤務曜日・時間  （　　　　　　　　　　　　　）  □医療機関・訪問看護ステーション等との契約  契約機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　週（　　　）日　※具体的な勤務曜日・時間  　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　） |

注　実地指導日の属する月の１日現在で記入すること。

９　家族との関わり・地域との連携

|  |  |
| --- | --- |
| 入居者家族会等の有無 | □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　有りの場合は、前年度における開催回数を記入すること。

注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すること。

注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すること。

10　苦情の状況（主な内容及び処理状況）【前年度苦情件数　　　　件】

|  |  |
| --- | --- |
| （苦情の内容） | （処理状況） |

注　前年度に受けた利用者からの苦情について、その内容と処理結果を簡潔に記入すること。

11　身体拘束の状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要支援 | 要介護度 | | | | | 合　計 |
| ２ | １ | ２ | ３ | ４ | ５ |
| 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すること。

12　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（設置有りの場合） |  | |
| 前年度の開催状況 | 開催回数 |  |
| 記録の有無 |  |

注　身体拘束廃止推進委員会等の設置状況を記入すること。

13　預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 |
| 入居者等との保管依頼書（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り金を取り扱っている場合に記入すること。

14　防火管理責任者等の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| 消　　火　　訓　　練  避　　難　　訓　　練 | ①平成　　年　　月　　日　（日中・夜間想定）  ②平成　　年　　月　　日　（日中・夜間想定） |

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すること。

　　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すること。