**平成　　年度**

**介護保険地域密着型サービス**

**(指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)**

**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　　月分について別紙様式を使用)□契約書・重要事項等説明書□点検事項(607 地域密着型介護福祉施設サービス費) |

１　事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ名　　　称 |  |
| 所在地 |  |
| 電　　　話 |  | FAX |  |
| 事業所メールアドレス |  |
| 指定年月日（注１） |  | 指定更新年月日（注２） |  |
| 併設事業所（注３） |  | 定　員 | 　　名 |
| 施　設　長 | 氏　　　名 |  | 就任月日 |  |
| 兼務の場合 | 連絡先名称 |

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 |
| （　　　　　　　　　） |  | （〒　　　　　－　　　　） |
|  | 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）代表者の状況

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ氏　　　名 |  |
| 研修の修了状況 | □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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　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。

３　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） |
| 二人部屋の有無（注２） | □有　　　　　□無 |
| 消防用設備（注２） | □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　「二人部屋の有無」・「消防設備」は、該当するものに■を付けてください。

４　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 |  |

５　職員等の概要

　（１）職員数（常勤換算）　当該年度の4月1日現在の状況を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 管理者 | 医　師 | 生活相談員 | 介護職員 | 看護職員 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常　　勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 常勤換算 |  |  |  |  |  |
|  | 栄養士 | 機能訓練指導員 | 介護支援専門員 | ﾕﾆｯﾄﾘｰﾀﾞｰ |  |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常　　勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 常勤換算 |  |  |  |  | 計 |

（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）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。

（５）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。

６　利用料（入所者の負担額）

|  |
| --- |
| そ　の　他　の　費　用　と　徴　収　方　法 |
| 名　　　目 | 徴　収　方　法 | 金　　額（円） |
| ・・・・ |  |  |

注　運営委規定等に定められている事項を記入してください。

７　入退所等の状況

　（１）入所者数及び平均年齢（4月1日現在の状況）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 男　　性 | 女　　性 | 計 |
| 入所者数 |  |  |  |
| 平均年齢 |  |  |  |

　　　注　平均年齢は小数点第2位以下を四捨五入してください。

　（２）入所期間別人数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入所期間別人数 | 6月未満 |  |
| 6月以上1年未満 |  |
| 1年以上3年未満 |  |
| 3年以上5年未満 |  |
| 5年以上10年未満 |  |
| 10年以上 |  |
| 合　　計 |  |

　（３）前年度入所者延べ数

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 |
| 延　数 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 | ３月 | 計 |
| 延　数 |  |  |  |  |  |  |  |

　　　記入例：4/1…20人＋4/2…21人＋4/3…25人・・・・・・4/30…29人＝○○○人

　（４）前年度各月初日現在入所者数　各月初日の要介護度別入所者数を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 要介護１ | 要介護２ | 要介護３ | 要介護４ | 要介護５ | 計 |
| ４月 |  |  |  |  |  |  |
| ５月 |  |  |  |  |  |  |
| ６月 |  |  |  |  |  |  |
| ７月 |  |  |  |  |  |  |
| ８月 |  |  |  |  |  |  |
| ９月 |  |  |  |  |  |  |
| 10月 |  |  |  |  |  |  |
| 11月 |  |  |  |  |  |  |
| 12月 |  |  |  |  |  |  |
| 1月 |  |  |  |  |  |  |
| 2月 |  |  |  |  |  |  |
| ３月 |  |  |  |  |  |  |

　（５）要介護度別・自立度判定基準別入所者数（４月１日現在の状況）

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 入所者 |
| 計 | 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 |
| ランクな　し | ランクⅠ | ランクⅡ | ランクⅢ | ランクⅣ | ランクM | 不　明 |
| 要　介　護　度　等 | 自　立 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　注　入所者の要介護度別の人数を記入し、さらに自立度判定基準による内訳を記入してください。

　（６）入退所の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 区　　　分 | 前年度の入退所者の総数 |
| 新　規　入　所　者　数 | 家　庭 |  | （　　　　） |
| 社会福祉施設 | 養護老人ホーム |  | （　　　　） |
| 軽費老人ホーム |  | （　　　　） |
| 認知症高齢者ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ |  | （　　　　） |
| その他 |  | （　　　　） |
| 小計 |  | （　　　　） |
| 介護老人保健施設 |  | （　　　　） |
| 病院・診療所 |  | （　　　　） |
| その他 |  | （　　　　） |
| 合計 |  | （　　　　） |
| 退　所　者　数 | 家　庭 |  | （　　　　） |
| 社会福祉施設 | 養護老人ホーム |  | （　　　　） |
| 軽費老人ホーム |  | （　　　　） |
| 認知症高齢者ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ |  | （　　　　） |
| その他 |  | （　　　　） |
| 小計 |  | （　　　　） |
| 介護老人保健施設 |  | （　　　　） |
| 病院・診療所 |  | （　　　　） |
| その他 |  | （　　　　） |
| 合計 |  | （　　　　） |

　　　注１　前年度の異動状況について記入してください。

　　　　２　（　）内は、当該施設に以前入所したことのある者について再掲してください。

　（７）前年度の入所者平均（人員基準上満たすべき従業者の員数を算定する際の入所者数）

|  |  |
| --- | --- |
| 　年度 | 　　　　人 |

　　　　　注１　前年度の入所者延べ数／前年度の日数

　　　　　　２　小数点第2位以下を切り上げてください。

８　入所者等に対する施設処遇等の実施状況

　（１）処遇等の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 食　事　時　間 | 調理従事者検便実施状況 | 床ずれ患者の状況 |
| 朝　食 | 時　　　分 | ・実　施（年　　回）・未実施 | ・入所前から　　　名・入所後発症　　　名 |
| 昼　食 | 時　　　分 |
| 夕　食 | 時　　　分 |

|  |  |
| --- | --- |
| 入　浴　の　実　施　状　況 | おむつ使用等の状況 |
| ・一般浴（入所者1人当たり）　週　　　回対象者数：　　　　名入浴日：　　　曜日　　　　　時～　　　　時 | ・おむつ使用者数　　　　　　名　　（うち夜間のみ　　　　　名） |
| ・定時交換回数　　　回　　　　名　　　　　　　　　　回　　　　名　　　　　　　　　随時　　　　名 |
| ・特別浴（入所者1人当たり）　週　　　回対象者数：　　　　名入浴日：　　　曜日　　　　　時～　　　　時 |
| ・トイレ誘導者数　　　　　　　名　誘導回数　　　　　回　　　　名　　　　　　　　　　回　　　　名 |
| 当日入浴できない者の処遇状況 |
| ・当日は全身清拭を行っている・可能となった時に入浴を行っている・可能となった時に全身清拭を行っている・次の入浴日まで入浴等は行わない |
| ・ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ使用者数　　　　　名 |

|  |
| --- |
| 機　器　等　の　使　用　状　況 |
| 機器名 | 使用人数 | 施設保有台数 |
| 車いす | 人　 |  | （　　　　　） |
| 歩行器 | 人　 |  | （　　　　　） |
| つえ | 人　 |  | （　　　　　） |
| ポータブルトイレ | 人　 |  | （　　　　　） |
| その他（　　　） | 人　 |  | （　　　　　） |
|  | 人　 |  | （　　　　　） |

　　　注　個人の危機を使用している場合は、施設保有台数欄の（　）欄に別掲してください。

　（２）機能訓練等の実施状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 内　　容 | 担当者職氏名 |
| 実施曜日 | 実施時間 | 平均対象人数 | 主な内容 | 1人当たり週平均実施回数 | 職 | 氏　名 |
| 入所者 | 個別訓練 |  |  |  |  |  |  |  |
| 集団訓練 |  |  |  |  |  |  |  |

注１　実施日数は、機能訓練の実施時間に関わらず、機能訓練を行った日は、1日として計上してください。

　２　個別及び集団訓練の欄には、訓練計画により計画的に実施した機能訓練について、その状況を記載してください。

　（３）内容及び手続の説明及び同意等

　　　サービス提供に際し

|  |  |
| --- | --- |
| サービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書の交付 | □あ　り　・　□な　し |
| 契約書の作成 | □あ　り　・　□な　し |
| その他の日常生活費に係る同意書の作成 | □あ　り　・　□な　し |
| 被保険者証への入退所の記録の記載 | □あ　り　・　□な　し |
| 居宅介護支援事業者等への利用者に関する情報を提供する際の同意書 | □あ　り　・　□な　し |

　　　掲　　示

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 掲示の有無 | 掲示場所 |
| 運営規程の概要 | □あ　り　・　□な　し |  |
| 従業者の勤務の体制 | □あ　り　・　□な　し |  |
| 協力病院 | □あ　り　・　□な　し |  |
| 利用料 | □あ　り　・　□な　し |  |
| その他の重要事項[　　　　　　　　] | □あ　り　・　□な　し |  |

　　　計画の作成等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 計画作成担当者（実際に施設サービス計画の作成に当たっている者を記入してください。） | 職　　名 | 氏　　名 | 担当件数 |
|  |  | 件 |
|  |  | 件 |
|  |  | 件 |
| 施設サービス計画の作成 | □あ　り　・　□　な　し |
| アセスメント手法（使用している手法を記入） |  |
| サービス担当者会議（ケアカンファレンス）の開催状況 | 参加職種（参加している職種に■印） | □医師・□看護職員・□生活相談員□介護支援専門員・□機能訓練指導員□栄養士・□その他（　　　　　　　　　） |
| 開催頻度 | 　月　　　　回　（　週　　　回　） |
| 1人当たりの開催回数 | に1回 |
| 施設サービス計画の原案についての入所者（又は家族）の同意等 | 同意：□無　□有（　□口頭　・　□サイン　・　□その他） |
| 計画の交付：□無　□有 |
| 施設サービス計画見直しの状況（H　年度の全ての在籍者に対し） | なし　　　人 | 1回　　　人 | ２回　　　人 | ３回以上　　　　人 |

９　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

|  |  |
| --- | --- |
| 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） |

10　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。

11　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。

12　事故の発生状況（主な内容及び処理状況）　　　【前年度事故件数　　　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。

13　身体拘束の状況等

　（１）身体拘束の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

　　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。

14　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。

15　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 |

16　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 |  |

17　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） |