大口町指定介護保険事業者等指導要綱　第６条関係

　　　　年度

指定介護予防支援事業所の実地指導に係る事前提出資料

 事業所名

開設法人名：

代表者名　：

提出年月日：　　　　年　　月　　日

※既存の資料として作成したものがある場合、内容に違いがなければ、その様式を利用してください。

１　指定介護予防支援事業所の概要

（１）事業所の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所の名称 |  | 所　在　地 | （〒　　‐　　　） |
| 連　絡　先 |  |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 指定年月日 |  |

（２）設置経営する法人等の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 法人等の代表者名 |  |
| 主たる事務所の所在地 | （〒　　　　－　　　　　　　） |
| 指定を受けているサービス事業（該当する番号に○印） | １　訪問介護　２　訪問入浴介護　３　訪問看護　４　訪問リハビリテーション　５　居宅療養管理指導　　６　（地域密着型）通所介護　７　通所リハビリテーション　　８　短期入所生活介護　　９　短期入所療養介護　　10　特定施設入所者生活介護　11　福祉用具貸与　12 特定福祉用具販売　　13　介護老人福祉施設　　14　介護老人保健施設　　15　介護療養型医療施設　16　夜間対応型訪問介護　17 認知症対応型共同生活介護 18 (看護)小規模多機能型居宅介護　　19 地域密着型介護老人福祉施設　　20 地域密着型特定施設入居者生活介護　　21　定期巡回・随時対応型訪問介護看護　22　居宅介護支援　　23　介護予防支援　24　認知症対応型通所介護　25　（総合事業）訪問型予防給付相当サービス　　26　（総合事業）通所型予防給付相当サービス　27　（総合事業）通所型基準緩和サービス（Ａ型） |

２　事業所職員の状況

（１）職員配置の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 職　種 | 管理者 | ｻｰﾋﾞｽ計画作成者 | 専従・兼務の別 | 常勤・非常勤の別 | 年齢 | 勤続年数(　年　月） | 他の事業所で兼務する職種と事業所名 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）１「職種」欄は、保健師、介護支援専門員、社会福祉士、看護師、社会福祉主事、その他（事務員など）の順番で記入すること。

　　　２「管理者」欄は、管理者に該当する者に丸を付けること。

３「サービス計画作成者」欄は、介護予防サービス計画の作成を行っている者に丸を付けること。

４「勤続年数」欄は、当該指定介護予防支援事業所における勤続年数を記載すること。

（２）職員研修の実施状況（　　年度）

【内部研修】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開　催　年　月　日 | 研　修　内　容 | 講　師（講演者） | 参加人員（人） |
| 　　　　年　　月　　日 |  |  |  |
| 　　　　年　　月　　日 |  |  |  |
| 　　　　年　　月　　日 |  |  |  |
| 　　　　年　　月　　日 |  |  |  |

 【外部研修】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 開　催　年　月　日 | 研　修　内　容 | 主 催 者 | 開 催 地 | 開催期間 | 参加人員（人） |
| 　　　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |
| 　　　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |
| 　　　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |
| 　　　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |

３　事業所の運営状況・記録の整備など

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護予防支援の業務の委託状況 | 年度（　　　　）件 | 年度（　　　　）件 |
| 年度１件あたり委託料（　　　　　）円 | 年度１件あたり委託料（　　　　　）円 |
| 年度の内訳（件数の多い事業所から順に） | 年度の内訳（件数の多い事業所から順に） |
| ①△△△居宅介護支援事業所　（　　　）件 | ①□□□居宅介護支援事業所　（　　　）件 |
| ② | ② |
| ③ | ③ |
| ④ | ④ |
| ⑤ | ⑤ |
| ⑥ | ⑥ |
| ⑦ | ⑦ |
| ⑧ | ⑧ |
| ⑨ | ⑨ |
| ⑩ | ⑩ |
| 従業者の健康管理の実施状況 |  |
| 運営規定・重要事項説明書の掲示 | （ 有　・　無 ） |
| 事業所の設備 | プライバシーが確保された相談スペースの有無 | （ 有　・　無 ） |
| 職員の身分証明書の携行 | （ 有　・　無 ） |
| 秘密保持 | 利用者の個人情報の利用に関する同意書の取得の有無 | （ 有　・　無 ） |
| 事故発生時の対応 | 事故状況および事故処置の記録の有無 | （ 有　・　無 ） |
| 事故発生件数 | 年度（　　　）件・年度（　　　）件・年度（　　　）件 |
| 損害賠償保険加入の有無 | （ 有　・　無 ） |
| 介護予防サービス事業者等との連絡調整に関する記録 | 記録の有無　（　有　・　無　） |
| 介護予防支援台帳 | 1. 介護予防サービス計画の有無　（　有　・　無　）
2. アセスメントの結果の記録の有無　（　有　・　無　）
3. サービス担当者会議などの記録の有無　（　有　・　無　）
4. 計画の目標の達成状況についての評価の記録の有無　（　有　・　無　）
5. モニタリングの結果の記録の有無　（　有　・　無　）
 |
| 苦情処理の状況 | 苦情内容の記録の有無　（　有　・　無　） |
| 年度苦情件数（　　　）件 | 年度苦情件数（　　　）件 | 年度苦情件数（　　　）件 |

５　会計の区分

|  |  |
| --- | --- |
| 会計の区分（該当項目に○を記載） | ・事業所ごとに経理区分し、指定介護予防支援の事業の会計とその他の事業の会計を区分しているか。（ア　している　　　イ　していない）・「している」場合、会計処理の方法は次のうちどれか。　　ア　会計単位分割方式　　イ　本支店会計方式　　ウ　部門補助科目方式　　エ　区分表方式　　オ　その他 |

６　必要添付書類

（１）利用者等に配布しているパンフレット、チラシ等

　　（２）利用申込者への説明資料等一式（重要事項説明書、契約書、個人情報利用に関する同意書など）

　　（３）運営規程

　　 (４) 直近３か月の勤務表（勤務時間、兼務関係等が確認できること）

**前回の監査（指導）において指導した事項の対応状況**

法人(施設)名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指摘・指導の別 | 指摘（指導）事項 | 指摘(指導)事項の対応状況 | 改善の済・未 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　　※１　指摘(指導)事項および対応状況は簡潔に記載してください。