大口町指定介護保険事業者等指導要綱　第６条関係

　　　　年度

指定認知症対応型共同生活介護事業所の実地指導に係る事前提出資料

事業所名

提出日：　　　　年　　月　　日

 開設法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

* 既存の様式として作成してあるものは、内容の変更がなければ既存の様式を利用してください。

　　１　指定認知症対応型共同生活介護事業所の概要

（１）指定認知症対応型共同生活介護事業所の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所の名称 |  | 所　在　地 | （〒　　‐　　　） |
| 連　絡　先 |  |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 指定年月日 | 　　年　　月　　日 | 事業開始年月日 | 　　年　　月　　日 |
| ユニット数 | 　（　　　　　）ユニット | ユニット毎の定員 | ①　　　　　人 | ②　　　　　人 | ③　　　　　人 |
| 事業所建物の概　　　　要 | 形　態 | 　単独型　・　併設型　→　（併設施設・事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 構　造 | 　　　　　　　　　　造　　　　　　階建ての　　　　　階部分 |
| 床面積 | ①　　　　　　　　㎡ | ②　　　　　　　　㎡ | ③　　　　　　　　㎡ |
| 居　室 | 個室　　室、 ２人部屋　　室最小の個室面積　　　　　㎡ | 個室　　室、 ２人部屋　　室最小の個室面積　　　　　㎡ | 個室　　室、 ２人部屋　　室最小の個室面積　　　　　㎡ |

（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 |  |

２　施設職員の状況

（１）職員の配置状況（ユニット毎に１枚作成してください。）　　　　　　　　　　　　　　　　　ユニット名（　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　種 | 氏　　名 | 年齢 | 勤務形態(注)１ | 当該事業所勤続年数年・月 | 兼 務 状 況 | 勤務割合(注)２ | 資　格 | 実践者研修（基礎課程含む）受講状況（受講者に○） |
| 介護支援専門員（有に○） | その他（具体的に） |
| 兼 務 先 | 職　種 |
| 管　理　者 |  |  |  | ・ |  |  |  |  |  |  |
| 計画作成担当者 |  |  |  | ・ |  |  |  |  |  |  |
| 介護従事者 |  |  |  | ・ |  |  |  |  |  |  |
| 介護従事者 |  |  |  | ・ |  |  |  |  |  |  |
| 介護従事者 |  |  |  | ・ |  |  |  |  |  |  |
| 介護従事者 |  |  |  | ・ |  |  |  |  |  |  |
| 介護従事者 |  |  |  | ・ |  |  |  |  |  |  |
| 介護従事者 |  |  |  | ・ |  |  |  |  |  |  |
| 介護従事者 |  |  |  | ・ |  |  |  |  |  |  |
| 介護従事者 |  |  |  | ・ |  |  |  |  |  |  |
| 合　計 | 人 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※夜間及び深夜の時間帯の設定 | 　　時　　分 から 　　時　　分まで |

（注）１ 「勤務形態」欄は，次により記載すること。

　　　　　Ａ：常勤で専従　　Ｂ：常勤で兼務　　Ｃ：非常勤で専従　　　Ｄ：非常勤で兼務

　　　２　「勤務割合」欄は、兼務および非常勤職員の当該ユニットにおける勤務の割合を、常勤専従の職員の勤務時間を１．０として記載すること。

　　　　例えば、常勤専従職員の１週間の所定労働時間が４０時間である場合、当該ユニットにおける１週間当たりの勤務時間が１０時間の非常勤職員の

勤務割合は０．２５（１０／４０）となる。

（２）職員研修の実施状況（　　年度以降）

 【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　利用者に対する介護等の実施状況

（１）利用者等に対する処遇の取り組み方針（具体的に記載すること。既存資料の活用可）

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 実 施 方 針 ・ 方 法 ・ 内 容 な ど |
| 入居申込者の状況把握 | ・要介護度 | ・認知症の状態 |
| ・生活暦、病暦等 |
| 認知症対応型共同生活介護計画の作成 | ・作成時期 | ・作成者および決定者 |
| ・作成基準･方法（関係者との協議状況等） |
| ・利用者、家族への説明、同意、交付状況 | ・実施状況の把握、計画変更の手順 |
| 通所介護等の利用状況 | ・利用の有無、内容 | ・利用している場合の費用負担 |
|  | ・職員の秘密保持対策 | ・利用者の個人情報利用の同意確認方法 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 実 施 方 針 ・ 方 法 ・ 内 容 な ど |
|  | ・消防計画の届出（直近）　　　　　年　　　月　　　日 | ・防火管理者　　役職　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ・防火、消防設備の保守点検　：　年　　　　回実施・実施月、内容等 | ・消防防災訓練等実施状況　：　年　　　　回実施・実施月、内容等 |
|  | ・職員の健康管理（健康診断の実施状況）・その他の衛生管理対策（インフルエンザ予防対策など） |
|  |  | 名　称　　　　　　　　　　　　　　　診療科目 |
| 名　称　　　　　　　　　　　　　　　診療科目 |
| 協力歯科医療機関 | 名　称 |
|  | 施設名　　　　　　　　　　　　　　　施設種類 |
| 施設名　　　　　　　　　　　　　　　施設種類 |
| 運営推進会議の開催状況 | 年　　　　　　回実施（実施月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他（処遇の改善等に努めていること） |  |

（２）身体拘束（記入事項は、当調書への記入に代えて，既存資料等の活用により別添として提出することでもよい。）

　　① 利用者に対する身体拘束をなくすための取り組みについて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 「身体拘束廃止委員会」等、施設内での身体拘束廃止を推進するための組織等の設置状況 | 　有　・　無 | 有の場合　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　責任者の氏名および職種　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　構成員の職種等および員数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 施設全体で身体拘束廃止に取り組むための改善計画の作成状況 | 　有　・　無　　　（有の場合、内容がわかる資料を添付） |
| 身体拘束廃止に取り組むことを目的とした、研修会やシンポジウム等への職員の参加実績 | 研修・シンポジウム等名称 | 参　加　日 | 参加人数 | 参加者の職種 |
|  | 　　　　年　　月　　日 | 人 |  |
|  | 　　　　年　　月　　日 | 人 |  |

　　② 身体拘束禁止の対象となる具体的行為（「身体拘束ゼロへの手引き」（厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」発行）参照）を行った事例

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 行った身体拘束の方法 | 身　体　拘　束　を　行　っ　た　理　由 | 家族への説明 | 記録の有無 |
|  |  | 有　･　無 | 有　･　無 |
|  |  | 有　･　無 | 有　･　無 |

（３）自己評価および外部評価

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　分 | 直近の実施年月日 | 結果の開示方法（実施しているものに○） |
|  | 　　　　年　　月　　日 | ・利用申込者への重要事項説明書に添付　　　・共同生活住居内に掲示・入居者の家族に送付　　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 　　　　年　　月　　日 | ・利用申込者への重要事項説明書に添付　　　・共同生活住居内に掲示・入居者の家族に送付　　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

４　利用料等の状況

1. 利用料の内容（既存資料の活用可）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 請求単位 | 単　価（円） | 直近３か月の利用該当実人員数 | 項目に対する具体的な内容を記入 |
| 年　月 | 年　月 | 　　年月 |
| 家　賃 |  |  |  |  |  |  |
| 光熱水費 |  |  |  |  |  |  |
| 食材料費 |  |  |  |  |  |  |
|  | 朝　食 |  |  |  |  |  |  |
|  | 昼　食 |  |  |  |  |  |  |
|  | 夕　食 |  |  |  |  |  |  |
|  | おやつ |  |  |  |  |  |  |
| 理美容代 |  |  |  |  |  |  |
| おむつ代 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 日用品費 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

（注）１　おむつ代、日用品費については、おむつの種類または日用品の品目ごとに記載すること。

　　　２　利用料が実費でない場合は金額の算出根拠を添付すること。

（２）利用料の徴収方法

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 方　　　法 | 該当入所者数 |  | 請　求　方　法 | 領収書の配布方法 |
| 家族が持参 | 　　　　　　　人　　　　　　　　 |  |  |
| 銀行振込 | 　　　　　　　人　　　　　　　　 |
| その他（　　　　　　　　　） | 　　　　　　　人　　　　　　　　 |

５　入居者の状況（直近時）　　　（　　年　月末日現在）

（１）要介護度別、男女別、自立度別入居者数

（単位：人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護度項　目 | 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 |
| 総　　数 |  |  |  |  |  |  |  |
| 男女別 | 男性 |  |  |  |  |  |  |  |
| 女性 |  |  |  |  |  |  |  |
| 認知症性老人自立度判定基準 | 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 |  |  |  |  |  |  |  |

（２）入居者の平均年齢

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 全体 | 歳 | 男性 | 歳 | 女性 | 歳 |

　　（注）小数点以下２位を四捨五入し、１位まで記入

　　　６　入退居者の状況

（単位：人）

|  |  |
| --- | --- |
| 区　　分 | 直近３か月の状況 |
| 年　月 | 年月 | 年月 |
| 新規入居者数 | 医療機関 | 併　　設 |  |  |  |
| 協　　力 |  |  |  |
| そ の 他 |  |  |  |
| 小　　計 |  |  |  |
| 社会福祉施設 |  |  |  |
| 家　　　　庭 |  |  |  |
| 計 |  |  |  |
| 新規退居者数 | 医療機関 | 併　　設 |  |  |  |
| 協　　力 |  |  |  |
| そ の 他 |  |  |  |
| 小　　計 |  |  |  |
| 社会福祉施設 |  |  |  |
| 家　　　　庭 |  |  |  |
| 死　　　　亡 |  |  |  |
| 計 |  |  |  |
| 月末入居者数 | 男 |  |  |  |
| 女 |  |  |  |
| 計 |  |  |  |

７　会計の区分

|  |  |
| --- | --- |
| 会計の区分（該当項目に　○を記載） | * 認知症対応型生活介護事業所ごとに経理区分し、認知症対応型生活介護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* 科目および按分方法は、次のうちどれか

　　ア　国の通知（平成13年3月28日付け老振発第18号）に基づく　　イ　独自の科目および按分基準を定めている |

８　苦情解決の仕組みの運用状況

　（１）体制整備状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日現在）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 職　名 | 氏　　　　　名 | 職業（公職） | 報酬支給額（円／年） |
| 苦情解決責任者 |  |  |  |  |
| 苦情受付担当者 |  |  |  |  |
| 第三者委員 |  |  |  |  |
|  |  |  |

　（２）苦情解決の仕組みに係る書類等整備状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　書類等 | 整備状況 | （理由） |
| 要綱（マニュアル） | 有　・　無 |
| 苦情受付簿 | 有　・　無 |

（注）　整備状況欄に「無」がある場合は、「理由」欄に未整備の理由を記載すること。

　（３）苦情解決の仕組みの周知方法

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設内に掲示 | 有（　　箇所）・無 | ポスト設置 | 有（　　箇所）・無 |
| 会報等に掲載 | 有（年　　回）・無 |
| その他 | 具体的に |

　（４）苦情受付件数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 年度 | 年度 | 年度 |
| 苦情受付件数 | 件 | 件 | 件 |

　（５）報告および開示の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 第三者委員への報告 | 有（　　　　年　　月　　日）・無（理由　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 苦情解決結果の開示状況 | 有（開示場所　　　　　　　　）・無（理由　　　　　　　　　　　　　　　） |

９　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 |

１０　提出添付資料

（１）パンフレットまたは施設の概要が分かるもの、および事業所の平面図

（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）認知症対応型共同生活介護計画（１名分）

※利用者名、住所、電話番号、家族構成など個人情報に係わる部分はマジックなどで黒く塗りつぶしてください。

（５）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。