大口町指定介護保険事業者等指導要綱　第６条関係

　　　　年度

指定認知症対応型通所介護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　：　　　　　　　　　　　　　　　印

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　事業所の概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 営業日・営業時間（曜日欄は営業日に○） | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 祝日 | 営　業　時　間 | 休　業　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | ：　　～　　　： |  |
| 配置職員数（従事している職員実人員を記入） | 管理者 | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | 機能訓練指導員 | 調理員 | 運転手 | 事務員 | その他 |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 単位数・利用定員 | （　　　　）単位 | 単位ごとの定員 | ①　　　　人 | ②　　　　人 | ③　　　　　人 |  |
| 事業所の面積 | 認知症対応型通所介護事業所の食堂及び機能訓練室の面積　（単位①：　　　　　　　　㎡）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位②：　　　　　　　　㎡）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位③：　　　　　　　　㎡） |
| 特別加算等の状況(該当する者に○） | 単独型併設型グループホーム等活用型 | 時間外延長 | 個別機能訓練 | 入浴介助 | 栄養マネジメント | 口腔機能向上 |
|  |  |  |  |  |
| 指定年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 開設法人が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） |

※　管理者、申請者等の変更届の提出が必要な変更がある場合には、早急に提出願います。

２　職員の配置状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　種 | 氏　　名 | 認知症対応型通所介護で兼務する職種 | 他の事業所で兼務する職種と事業所名 | 年齢 | 勤続年数(　年　月） | 専従・兼務の別 | 常勤・非常勤の別 | 資格名（社会福祉主事など） | 配置単位名 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）１「職種」欄は、管理者、生活相談員、介護職員、機能訓練指導員、調理員、運転手、事務員の順番で該当者を記入すること。機能訓練指導

　　　　 員の場合、該当資格を備考欄に記載すること。

　　　２「勤続年数」欄は、当該指定認知症対応型通所介護事業所における勤続年数を記載すること。

３　事業所の運営状況（既存の資料の活用や別紙での添付することも可）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の運営方針等（事業所運営の基本理念、基本方針を具体的に記入） |  |
| 職員研修の実施状況（実施日、研修内容、講師、参加者の職種、参加者数等） | 〔内部研修〕〔外部研修〕 |
| 防火・防災体制の状況 | 〔防火管理者〕役職　　　　　　　　　氏名〔防火、消防設備の保守点検状況〕年　　　　　　回実施（実施月　　　　　月　　　　　　　　月　　　　　　　　月）〔消防防災訓練〕年　　　　　　回実施（実施月　　　　　月　　　　　　　　月　　　　　　　　月） |
| 衛生管理対策の実施状況 |  |
| 〔職員の健康管理（健康診断の実施状況等）〕 |
| 苦情処理の状況 | 〔苦情内容に対する具体的な取り組み〕 |
| 苦情受付件数 | 年度（　　　）件 | 年度（　　　）件 | 年度（　　　）件 |
| 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 |

４　機能訓練指導等の実施状況

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 実施方法・実施内容・実施頻度（実施回数）、参加者数等を具体的に記載 |
| 認知症対応型通所介護計画の作成状況 |  |
| 集団訓練 |  |
| 個別訓練 |  |
| レクレーション |  |
| クラブ活動 |  |
| 年間行事 |  |

５　最近３か月の登録者（契約者）数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　月 | 登録者（実人数） | 登録者（実人数）の介護度別内訳 |
| 計 | 男性 | 女性 | 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 |
| 年　月末日時点 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月末日時点 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月末日時点 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

６　最近３か月の利用者数（既存の資料の活用や別紙での添付することも可）

1. 年　月の利用者数

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日 | 1日 | 2日 | 3日 | 4日 | 5日 | 6日 | 7日 | 8日 | 9日 | 10日 | 11日 | 12日 | 13日 | 14日 | 15日 | 16日 |
| 利用者数（単位①） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者数（単位②） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者数（単位③） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 日 | 17日 | 18日 | 19日 | 20日 | 21日 | 22日 | 23日 | 24日 | 25日 | 26日 | 27日 | 28日 | 29日 | 30日 | 31日 |  |
| 利用者数（単位①） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者数（単位②） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者数（単位③） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 年　月の利用者数

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日 | 1日 | 2日 | 3日 | 4日 | 5日 | 6日 | 7日 | 8日 | 9日 | 10日 | 11日 | 12日 | 13日 | 14日 | 15日 | 16日 |
| 利用者数（単位①） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者数（単位②） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者数（単位③） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 日 | 17日 | 18日 | 19日 | 20日 | 21日 | 22日 | 23日 | 24日 | 25日 | 26日 | 27日 | 28日 | 29日 | 30日 | 31日 |  |
| 利用者数（単位①） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者数（単位②） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者数（単位③） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 年　月の利用者数

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日 | 1日 | 2日 | 3日 | 4日 | 5日 | 6日 | 7日 | 8日 | 9日 | 10日 | 11日 | 12日 | 13日 | 14日 | 15日 | 16日 |
| 利用者数（単位①） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者数（単位②） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者数（単位③） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 日 | 17日 | 18日 | 19日 | 20日 | 21日 | 22日 | 23日 | 24日 | 25日 | 26日 | 27日 | 28日 | 29日 | 30日 | 31日 |  |
| 利用者数（単位①） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者数（単位②） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者数（単位③） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

７　利用料等の状況

（１）　利用料の徴収方法

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 利用者 |  | 請求方法 | 領収書の配布方法 | 請求金額の確認方法 |
| 家族が持参 | 人 |  |  |  |
| 銀行振込 | 人 |
| その他（　　　　　） | 人 |

８　会計の区分

|  |  |
| --- | --- |
| 会計の区分（該当項目に○を記載） | ・指定認知症対応型通所介護事業所ごとに経理区分し、指定認知症対応型通所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 |

９　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）認知症対応型通所介護計画（１名分）

 (５) 居宅サービス計画（１名分）

　　　　　※（４）、（５）については同一人物のものをお願いします。

個人情報に係る部分についてはマジック等で黒く塗りつぶしてください。

　 (６)　事業所の平面図

　 (７)　直近３か月の勤務表（勤務時間、兼務関係などが確認できること）

**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。