|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　事前提出資料**指定地域密着型サービス****・認知症対応型通所介護****・介護予防認知症対応型通所介護**

|  |  |
| --- | --- |
| **事業所名** |  |
| **事業所番号** |  |

**作成者**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**作成日　　　　令和　　　年　　　月　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **管理者名** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　 |

認知症対応型通所介護（介護予防を含む）

１　設置法人

|  |  |
| --- | --- |
| 法人の名称 |  |
| 法人の所在地 | 〒 |
| 連　絡　先 | TEL |  | FAX |  |
| 代表者職名 |  | 代表者氏名 |  |

２ 事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 指定年月日（介護予防は下段） | 年　　　月　　　　日 |
| 年　　　月　　　　日 |
| 所　在　地 | 〒 |
| 連　絡　先 | TEL |  | FAX |  |
| メール　アドレス |  |
| 同一敷地内にある他の施設等　　　　　　　 |  |
| 利用定員 | 　　　　　　　　　　人 | 施設区分 | 単独型、併設型　・　共用型 |

３ 管理者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 他の職務との兼務 | 有　　・　　無 | 兼務している職務及び他施設兼務の場合は施設の名称 |  |
| 他の施設等との兼務 | 有　　・　　無 |
| 研修の受講状況 | 研修名（管理者研修、実践者研修等） | 修了年月日 |
|  | 　　年　　　月　　　日 |
|  | 　　年　　　月　　　日 |
| 認知症高齢者の処遇に係る経験 | 有　　・　　無 | 経験年数 | 　　　　　　　　　　年 |
| 施設（病院等）名 |  |

注）認知症高齢者の処遇の経験を積んだ施設（病院）名とその経験年数について記入してください。

４ 生活相談員（共用型施設については記載不要）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（１） |  |
| 他の職務との兼務 | 有　　・　　無 | 兼務している職務及び他施設兼務の場合は施設の名称 |  |
| 他の施設等との兼務 | 有　　・　　無 |
| 生活相談員となるための資格 | 資格名 | 資格取得年月日 |
|  | 　　年　　　月　　　日 |
| 氏名（２） |  |
| 他の職務との兼務 | 有　　・　　無 | 兼務している職務及び他施設兼務の場合は施設の名称 |  |
| 他の施設等との兼務 | 有　　・　　無 |
| 生活相談員となるための資格 | 資格名 | 資格取得年月日 |
|  | 　　年　　　月　　　日 |

５ 機能訓練指導員（共用型施設については記載不要）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（１） |  |
| 他の職務との兼務 | 有　　・　　無 | 兼務している職務及び他施設兼務の場合は施設の名称 |  |
| 他の施設等との兼務 | 有　　・　　無 |
| 機能訓練指導員となるための資格 | 資格名 | 資格取得年月日 |
|  | 　　年　　　月　　　日 |
| 氏名（２） |  |
| 他の職務との兼務 | 有　　・　　無 | 兼務している職務及び他施設兼務の場合は施設の名称 |  |
| 他の施設等との兼務 | 有　　・　　無 |
| 機能訓練指導員となるための資格 | 資格名 | 資格取得年月日 |
|  | 　　年　　　月　　　日 |

６ 従業者の人数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 看護・介護従業者 | 生活相談員（共用型施設は記載の必要なし） | 機能訓練指導員（共用型施設は記載の必要なし） |
| 専　従 | 兼　務 | 専　従 | 兼　務 | 専　従 | 兼　務 |
| 常　勤 |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  |  |  |

７　サービスの提供状況　　（直近月のものを記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 　年　月 | 　年　月 | 年 月 | 年 　月 | 　年　月 | 　年　月 |
| 延利用者数 | 延利用者数 | 延利用者数 | 延利用者数 | 延利用者数 | 延利用者数 |
| 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 |  |  |  |  |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |  |  |  |

８　設備

|  |  |
| --- | --- |
| 食堂及び機能訓練室の面積 | 　　　　　　㎡ |
| 感染症予防に必要な設備及び備品の種類 |  |

９　非常災害対策

|  |  |
| --- | --- |
| 非常災害に関する具体的計画の有無 | １.火災　　　　２.地震　　　　３.浸水　４.土砂災害　　５.津波　　　　６.その他(　　　 　　　)　　７.計画無し |
| 昨年度の避難訓練の実施状況 | 回数 | 　　　　　　　　回（うち夜間対応のもの　　　　回） |
| 実施日 |  |
| 実施内容 | １.火災　　　　２.地震　　　　３.浸水　４.土砂災害　　５.津波　　　　６.その他　　　　　　　　７.計画無し |

１０ 利用料について

　（１）利用料（本人負担額）はどのようにして徴収していますか。

　　　　　①　毎回徴収している　　　②　月締めで徴収している　　　　③　その他

徴収方法：①現金　　②銀行等振込み　　③口座引落し　　④その他

（２）その他の利用料としてはどのようなものを徴収していますか。

|  |
| --- |
| ・　　　　　・・ |

１１　認知症対応型通所介護計画について（資料作成日の前月）

　　（１）認知症対応型通所介護計画は何件作成していますか。

　　　　　　　　　　　　　　　件　（うち　新規　　　　　件、変更・更新　　　　　件）

（２）介護予防認知症対応型通所介護計画は何件作成していますか。

　　　　　　　　　件　（うち　新規　　　　　件、変更・更新　　　　　件）

１２　身体的拘束について

　　（１）拘束服、ミトン型手袋、Ｙ字型拘束帯や腰ベルトなどの用具を備えていますか。

①　備えている　　　　　　　②　備えていない

（２）同意を得てやむを得ず身体拘束を行う際にその理由や状態を記録していますか。

①　記録している　　　　②　記録していない　　　　③該当なし

（３）施設・事業所として、虐待防止・身体拘束廃止についての取り組み、考え方、方針について教えてください。

|  |
| --- |
| 　　　 |

（４）事業所の虐待防止・身体拘束廃止についての方針に対して、職員全員が共通の認識をもっていますか。

　　　　　　　　①　もっている　　　　　　　②もっていない

（５）虐待防止・身体拘束廃止についての都道府県などが主催する外部の研修に参加していますか。

　　　　 また、参加した回数と参加者の人数、参加者の職種を教えてください。（前年度分）

　　　　①　参加している　　　　　　②　参加していない

参加回数　　　　　　　回　　　　　　　　参加者人数　　　　　　　人

参加者職種

　（６）虐待防止・身体拘束廃止について事業所内で内部研修、勉強会を行っていますか。また、開催した回数と参加者の人数、参加者の職種を教えてください。（前年度分）

　　　　①　行っている　　　　　　　②　行っていない

参加回数　　　　　　　回　　　　　　　　参加者人数　　　　　　　人

参加者職種

　　（７）研修や勉強会の内容の実践及び実践の効果を検討していますか。

　　　　　　　　①　行っている　　　　　　　②行っていない

　　（８）虐待や身体拘束にあたる具体的行為や事例、身体拘束等がもたらす弊害について、全従業者が認識していますか。

　　　　　　　　①　はい　　　　　　　　　　②　いいえ

　　（９）緊急やむを得ない身体拘束のための記録様式、利用者や家族への説明書、同意書が整備されていますか。

　　　　　　　　①　はい　　　　　　　　　　②　いいえ

　　（１０）家族に対して、事業所の身体拘束に関する方針を説明していますか。

　　　　　　　　①　はい　　　　　　　　　　②　いいえ

　　（１１）家族から身体拘束を求められたときの対応はどのようにしていますか。（怪我をして欲しくないので、車イスにベルトで固定して欲しいなど）

　　　　　　また、身体拘束を求める家族に対して、身体拘束による弊害を説明していますか。

|  |
| --- |
|  |

　　（１２）現在のサービスを受けるまでの家族等による介護方法・身体拘束の有無の確認をしていますか。また、家族からの虐待が疑われているような事例はありませんか。

|  |
| --- |
|  |

（１３）著しい行動障害又は身体拘束のある利用者（前年度、今年度分）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 年齢 | 要介護 | 行動障害の状況・身体拘束の原因、理由 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

１３　夜間及び深夜のサービス（お泊まりデイサービス）の実施状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 夜間及び深夜のサービスの実施 | 有　・　無 | 市への届出の有無 | 有　・　無 |
| 利用定員 | 　　　　名 | 一日当たりの平均利用者数 | 　　　名 |
| 夜間・深夜帯に配置する職員数 | 　　　　名 | 職員の保有する資格 |  |
| 個室 | 　　　室 | 個室以外 | 　　　　室 | 消防設備の設置状況（スプリンクラー、火災通報装置等） |  |

１４　苦情処理に対して、担当者の配置など体制を整えていますか。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 苦情処理担当職員の氏名 |  | 職種 |  |
| 苦情処理件数（過去１年間） | 件 |
| 苦情処理の対応方法 |  |

１５　事故発生時の対応など体制を整えていますか。

|  |  |
| --- | --- |
| 事故発生時の対応 | （事故対応マニュアル　　　　　あり　　　　　なし　　） |
| 市町村への事故報告書の提出 | あり　　・　　なし |
| 損害賠償保険への加入状況（保険会社、種類） |  |
| 利用者の家族に対して事故の状況等の説明 | 行っている　　　　　　　行っていない |
| ヒヤリハットの活用 | 活用している　　　　　　活用していない |
| 居住のための設備等の安全対策（例：居室に手すりを設置している　など） |  |

１６　加算等の届出状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設等の区分 | 種類 | 届出状況 |
| １．単独型２．併設型３．共用型 | 職員の欠員による減算の状況 | 無　　　　看護職員　　　介護従業者 |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無 | 減算型　　基準型 |
| 業務継続計画策定の有無 | 減算型　　基準型 |
| 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応 | 無　　　　有 |
| 時間延長サービス体制 | 対応不可　　　　対応可 |
| 入浴介助加算 | 無　　　　加算Ⅰ　　 加算Ⅱ |
| 生活機能向上連携加算 | 無　　　　加算Ⅰ　　 加算Ⅱ |
| 個別機能訓練加算 | 無　　　　有 |
| ADL維持等加算〔申出〕の有無 | 無　　　　有 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 無　　　　有 |
| 栄養アセスメント・栄養改善体制 | 無　　　　有 |
| 口腔機能向上加算 | 無　　　　有 |
| 科学的介護推進体制加算 | 無　　　　有 |
| サービス提供体制強化加算 | 無　　　　加算Ⅰ 　　加算Ⅱ　　　加算Ⅲ |
| 介護職員処遇改善加算 | 無　　　　加算Ⅰ 　　加算Ⅱ　　　加算Ⅲ |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | 無　　　　加算Ⅰ　　　加算Ⅱ　　　 |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 無　　　　有 |
|  | 介護職員等処遇改善加算 | 有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ｖ(1)・Ｖ(2)・Ｖ(3)・Ｖ(4)・Ｖ(5)・Ｖ(6)・Ｖ(7)・Ｖ(8)・Ｖ(9)・Ｖ(10)・Ｖ(11)・Ｖ(12)・Ｖ(13)・Ｖ(14)）無 |

※施設等の区分と加算の届出を行っているものに「○」を付けてください。

１７　喀痰吸引等業務について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 喀痰吸引等を行う事業の届出 | 有　・　無 | 介護福祉士 | 　　　　　　　　　名 |
| 医師、看護師その他医療関係者との連携の確保 | 有　・　無 | 喀痰吸引等研修の課程を修了した介護職員 | 　　　　　　　　　名 |
| 喀痰吸引の実施に関する記録の整備 | 有　・　無 | 喀痰吸引等を行う機材 | 有　・　無 |

１８　認知症対応型通所介護従業者一覧

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　種 | 氏　　名 | 兼務している職種 | 資　　格 | 常勤・非常勤の別 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |