**神川町　地域密着型サービス事業者　実地指導事前確認書**

|  |  |
| --- | --- |
| **サービス種別** | **地域密着型通所介護** |

記入日　令和　     　年　     　月　     　日

**（作成基準日　令和　　年　　　月　　日）**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |       |
| 記入者 |       |

**１　前年度利用者実績調べ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 通所介護利用者延数ア | 介護予防通所介護利用者延数イ | 合計延数ウ（＝ア＋イ） | 前年度月平均利用者数エ（＝ウ÷１２月）（小数点第２位以下切り上げ） |
| 4月 |       |       |       |  |
| 5月 |       |       |       |
| 6月 |       |       |       |
| ７月 |       |       |       |
| 8月 |       |       |       |
| 9月 |       |       |       |
|  10月 |       |       |       |
|  11月 |       |       |       |
|  12月 |       |       |       |
| 1月 |       |       |       |
| 2月 |       |       |       |
| 3月 |       |       |       |
| 合　計 |       |       |       |       |

* １　イについては、併設の介護予防通所介護事業所と一体的に事業を実施している場合のみ記載すること。

２　地域密着型通所介護の単位が２単位以上の場合は、単位ごとに別葉とすること。

３　平成２７年度において、通所介護サービスと介護予防通所介護サービスの体制が完全に分離しており、一体的な運営がなされていない場合は、それぞれ別葉とすること。

**２　職員に関する調べ**　 （　　　　　　　単位目　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 **基準日（令和　　　年　　月　　日）現在**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 職　　　種 | 兼務先及び職種 | Ａ　職員の１週間の勤務時間 | Ｂ＝Ａ÷Ｃ（小数点以下第２位まで） | 当該事業所で勤務を始めた日 | 現在の職種に就いた日 | 資格及び資格取得年月日（事業所保管の写しで確認） |
|       | 代表者 |       |      時間 |       |       |       |       |
|       | 管理者 |       |      時間 |       |       |       |       |
|       | 生活相談員 |       |      時間 |       |       |       |       |
|       |       |       |      時間 |       |       |       |       |
|       |       |       |      時間 |       |       |       |       |
|       |       |       |      時間 |       |       |       |       |
|       |       |       |      時間 |       |       |       |       |
|       |       |       |      時間 |       |       |       |       |
|       |       |       |      時間 |       |       |       |       |
|       |       |       |      時間 |       |       |       |       |
|       |       |       |      時間 |       |       |       |       |
| 合計 |      名 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ｃ　就業規則で定めた１週間の勤務時間（32時間を下回る場合は32時間とする。 | 　     時　間 |

**記入要領**

１　職員名簿等の既存資料がある場合は、当該資料の利用可（ただし、上記の記載内容を満たさない場合は手書き等により追記すること）。

２　記載職員の勤務実績表２か月分（基準月及び基準月の前月）を添付すること。

３　職種は、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年3月14日 厚生省令第34号／平成18年3月31日 厚生省令第81号）」の人員に関する基準で規定されている職種を記入すること。

４　「兼務先及び職種」欄：　当該事業所だけでなく、他の事業所の職務に従事している場合に記入すること。併設事業所の場合は、と記入すること。

５　管理者や生活相談員が兼務している場合等は、２段書きとして、それぞれの職種における勤務時間を記入すること。

７　「Ａ　職員の１週間の勤務時間」欄：　事業所における職種別の勤務時間を記入すること。勤務形態が２週間で４時間勤務等、不規則な勤務シフトの場合は、１週間の勤務時間に換算すること。

８　「Ｃ　就業規則で定めた１週間の就労時間」欄：　宿直等の勤務時間を含めないこと。

９　「資格及び資格取得年月日」欄： 資格及び資格取得年月日のほかに、認知症介護実践者研修等を受講済みの場合はその旨及び受講年月日を記入すること。

 （記入例）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 職　　　種 | 兼務先及び職種 | Ａ　職員の１週間の勤務時間　 | Ｂ＝Ａ÷Ｃ（小数点以下第２位まで） | 当該事業所で勤務を始めた日 | 現在の職種に就いた日 | 資格及び資格取得年月日（事業所保管の写しで確認） |
| ○○　○○ | 管理者 | ― | １０時間 | ０．２５ | Ｈ１０．４．１ | Ｈ１２．１０．１ |  |
| 〃 |  | 介護老人福祉施設○○　　施設長 | ３０時間 | ０．７５ | Ｈ１０．４．１ | Ｈ１２．１０．１ |  |
| △△　△△ | 生活相談員 | ― | ４０時間 | １．０ | Ｈ１２．４．１ | Ｈ１２．５．１ | 社会福祉主事　Ｈ１２．５．１ |
| □□　□□ | 看護職員 | ― | ２４時間 | ０．６ | Ｈ１３．６．２ | Ｈ１３．６．２ | 看護師　Ｈ６．４．１ |
| 〃 | ― | ○○訪問看護看護師 | １６時間 | ０．４ | Ｈ１４．４．１ | Ｈ１４．４．１ | ― |
| ▽▽　▽▽ | 介護職員 | ― | １２時間 | ０・３ | Ｈ１３．１１．５ | Ｈ１３．１１．５ | なし |

|  |  |
| --- | --- |
| Ｃ　就業規則で定めた１週間の勤務時間（32時間を下回る場合は32時間とする。 | ４０　時　間 |

**３　各種会議（各委員会、身体拘束廃止検討会、ケアカンファレンス、感染症対策会議及び事故発生防止のための委員会等）の実施状況 （基準月以前１年間）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会議等の名称 | 参加職種 | 実施状況(回/月,随時等) | 記録の有無 | 主な内容 |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

※ 欄が不足する場合は、別紙に記入すること。

**４　サービス利用者一覧表（基準月の前月から基準月までの２か月間の利用者について作成）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏　　　　　名 | 年齢 | 要介護度 | 負担軽減 | 住　　　　　　　　　所（町名以降から記入） | 居宅介護（介護予防）支援事業所名 | 居宅（介護予防）サービス計画書入手 | 利用開始(終　了)年月日 | 直近のサービス担当者会議出席年月日 | 直近の地域密着型通所介護計画見直し年月日 | 利用回数 | 行動障害 | 事業所と同一建物に居住する(通う)利用者 |
|       |       |       |       |       |       |       | 有　・　無 |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       | 有　・　無 |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       | 有　・　無 |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       | 有　・　無 |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       | 有　・　無 |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       | 有　・　無 |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       | 有　・　無 |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       | 有　・　無 |       |       |       |       |       |       |

※１　　利用者名簿等の既存資料がある場合は、当該資料（コピー等）の利用可（ただし上記の項目を満たさない場合は、手書き等により追記すること）。

２　　「年齢」、「要介護度」欄：　記載対象期間中に変更があった場合は、変更前と変更後の内容を併記すること（例　年齢「６７→６８」、要介護度「３→２」等）。介護予防事業所の場合は「要介護度」欄に「要支援１」→「支１」のように記入すること。

３　　「負担軽減」欄：　社会福祉法人の減免の場合は“社”、生活保護法による介護扶助を受けている場合は“生”、その他の公費負担による軽減がある場合は“他”と記入すること。

４　　「居宅（介護予防）サービス計画書入手」欄：　居宅（介護予防）サービス計画書第１表、第2表、第3表、第6表及び第7表の全部を入手している場合は「有」、１つでも未入手の場合は「無」に○をつけること。

５　　「利用開始年月日」欄：　基準月の前月から基準月までの２か月内に利用を終了した場合は、終了年月日も記載すること。
６　　「直近の（介護予防）認知症対応型通所介護計画見直し年月日」欄：　計画を作成していない場合は空欄とすること。

７　　「利用回数」欄：　基準月１か月間の利用回数を記入すること。

８　 「行動障害」欄：　行動障害がある場合に内容を記入すること（食事行為の障害、物壊し、他害、徘徊、奇声又は排泄行為の障害等）。

９　　事業所と同一建物に居住する（通う）利用者については、該当者に○をつけること。