

令和 年度
介護保険地域密着型サービス
(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)
事前提出資料

施設の名称	
事業者(法人等)の名称	
介護保険事業所番号	
実地指導年月日	令和 年 月 日
実地指導立会者	職名 _____ 氏名 _____
	職名 _____ 氏名 _____
	職名 _____ 氏名 _____
	職名 _____ 氏名 _____
事前提出資料作成担当者	職名 _____ 氏名 _____
	連絡(問合せ)先 TEL: _____

◆ 提出資料・・・A4サイズで両面出力し、添付漏れがないか、提出前に再度確認してから、提出してください。

<p>事前提出資料</p> <p><input type="checkbox"/>1 施設の概要</p> <p><input type="checkbox"/>2 施設設置法人の概要</p> <p><input type="checkbox"/>3-1 従業員の配置状況</p> <p><input type="checkbox"/>3-2 勤務表(実地指導前月実績)</p> <p><input type="checkbox"/>3-3 退職者の状況</p> <p><input type="checkbox"/>4 事業所の平面図</p> <p><input type="checkbox"/>5 行動・心理症状のある入所者について (該当者がいる場合のみ作成)</p> <p><input type="checkbox"/>6 行動・心理症状のない入所者について</p> <p><input type="checkbox"/>7 前年度の施設入所者等の状況</p> <p><input type="checkbox"/>8 身体的拘束等利用者制限行為の状況</p> <p><input type="checkbox"/>9 事故処理の経過</p> <p><input type="checkbox"/>10 苦情処理の状況</p> <p><input type="checkbox"/>11 介護報酬に係る体制</p>	<p>自己点検シート</p> <p><input type="checkbox"/>12 自己点検シート</p> <p>各種加算等自己点検シート</p> <p><input type="checkbox"/>13 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</p> <p>その他資料</p> <p><input type="checkbox"/>14 運営規程</p> <p><input type="checkbox"/>15 重要事項説明書</p> <p><input type="checkbox"/>16 施設のパフレット</p> <p><input type="checkbox"/>17 研修年間計画表</p> <p><input type="checkbox"/>18 年間行事予定表</p> <p>※16～18については作成している場合のみ 1部提出をお願いします。</p>
---	---

※記載不要。町健康福祉課で記載します。

健康福祉課	○職名 _____ 氏名 _____	○職名 _____ 氏名 _____
	○職名 _____ 氏名 _____	

1 施設の概要

ふりがな 施設の名称				
施設所在地				
事業開始年月日	年 月 日	従業者数	常 勤 人	
			非 常 勤 人	
			合 計 人	
ふりがな 管理者氏名				
連 絡 先	電 話	() -	FAX	() -
	メールアドレス			
併設事業所				
施設の特徴及び 特に配慮していることが あったら、記入してくだ さい。				
ホームページ 公開の有無	有・無	有の場合は、アドレスを 記入してください。 →	http://www.	
交通アクセス	(近くの目印になる公共の施設や建物を記入してください)			

※ パンフレット等を作成している場合は、1部添付してください。

2 事業者(施設設置法人)の概要

ふりがな 事業者名 (法人等の名称)				
所在地				
ふりがな 代表者職氏名	職名		氏名	
連 絡 先	電 話	() -	FAX	() -
法人の沿革	(法人の設立年月日、変遷等を簡潔にご記入ください。)			

※1. 2ともに書類作成時点の状況で記入してください。

3-1 従業員の配置状況

※実地指導当日に所属している従業員(採用予定を含む)について記入してください。

職名 ※兼務がある場合、その職名も記入	勤務形態 (週当たりの勤務時間数を記入)	氏名(年齢)	資格	介護支援専門員資格のみ取得年月日を記入	基本給	現施設以外での福祉事業経験年数
		採用年月日(勤務年数)				
管理者		()		S・H . . .	月額・日給・時給 円	年
		S・H . . . ()				
		()		S・H . . .	月額・日給・時給 円	年
		S・H . . . ()				
		()		S・H . . .	月額・日給・時給 円	年
		S・H . . . ()				
		()		S・H . . .	月額・日給・時給 円	年
		S・H . . . ()				
		()		S・H . . .	月額・日給・時給 円	年
		S・H . . . ()				
		()		S・H . . .	月額・日給・時給 円	年
		S・H . . . ()				
		()		S・H . . .	月額・日給・時給 円	年
		S・H . . . ()				
		()		S・H . . .	月額・日給・時給 円	年
		S・H . . . ()				
		()		S・H . . .	月額・日給・時給 円	年
		S・H . . . ()				

※注 ① 正規職員以外の職員(非常勤職員、パートタイマー等)ももれなく記入し、「給料」欄の月額・日額・時給の該当するものを○で囲み、その単価を記入してください。

・常勤職員とは、施設の就業規則で定められている週当たりの勤務時間数の勤務をする方です。

・非常勤職員とは、施設の就業規則で定められている週当たりの勤務時間数の勤務をしない方です。

② 「勤務形態」欄については、雇用契約書等に基づく勤務時間数を記入してください。(例:週○時間、週○日○時間、月○日○時間 等)

③ 記入欄が不足する場合は、この様式をコピーし追加して作成してください。

④ 職名は、運営基準に定められている職名(管理者、医師、生活相談員、介護職員、看護職員、栄養士、機能訓練指導員、介護支援専門員)を記入してください。

3-2 勤務表(実地指導前月実績)を、1部添付してください。

3-3 退職者の状況

※前年度4月から実地指導当日までの退職者(予定を含む)について記入してください。

職名 ※兼務がある場合、その職名も記入	勤務形態 (週当たりの勤務時間数を記入)	氏名(年齢)		資格 (介護に携わる資格を記入)	介護支援専門員資格のみ取得年月日を記入	基本給	現施設以外での福祉事業経験年数
		採用年月日(勤務年数)	退職年月日(退職理由等を記入)				
		()				月額・日給・時給 円	年
		S・H () H 退職 ()			S・H	月額・日給・時給 円	年
		()				月額・日給・時給 円	年
		S・H () H 退職 ()			S・H	月額・日給・時給 円	年
		()				月額・日給・時給 円	年
		S・H () H 退職 ()			S・H	月額・日給・時給 円	年
		()				月額・日給・時給 円	年
		S・H () H 退職 ()			S・H	月額・日給・時給 円	年

※注 ① 正規職員以外の職員(非常勤職員、パートタイマー等)ももれなく記入し、「給料」欄の月額・日給・時給の該当するものを○で囲み、その単価を記入してください。

・常勤職員とは、施設の就業規則で定められている週当たりの勤務時間数の勤務をする方です。

・非常勤職員とは、施設の就業規則で定められている週当たりの勤務時間数の勤務をしない方です。

② 「勤務形態」欄については、雇用契約書等に基づく勤務時間数を記入してください。(例:週○時間、週○日○時間、月○日○時間 等)

③ 記入欄が不足する場合は、この様式をコピーし追加して作成してください。

④ 職名は、運営基準に定められている職名(管理者、医師、生活相談員、介護職員、看護職員、栄養士、機能訓練指導員、介護支援専門員)を記入してください。

4 施設の平面図 ※既存の資料(指定申請時添付資料等)での提出でも可能です。この様式は枠内の質問に回答の上、必ず提出してください。

※公用車(軽自動車)での実地指導訪問：(可 ・ 不可) 駐車場：(有 ・ 無)

※ 併設事業所の場合等、建物の一部を使用している場合は区分がわかるように作成してください。

5 行動・心理症状(徘徊や他者への暴力、自傷・異食・破壊行為等の行動)のある入所者について

施設名(_____)

行動・心理症状のある入所者の有無(有 ・ 無)

※保険者名欄は南部町以外の場合のみ記入

No	居室の番号 又は名称	入所者氏名	年齢	要介護 状態区分	入所年月日	行動・心理症状の内容	保険者名
1				要介護	年 月 日		
2				要介護	年 月 日		
3				要介護	年 月 日		
4				要介護	年 月 日		
5				要介護	年 月 日		
6				要介護	年 月 日		
7				要介護	年 月 日		
8				要介護	年 月 日		
9				要介護	年 月 日		
10				要介護	年 月 日		
行動・心理症状のある入所者の人数					計 人	南部町以外の保険者人数	人

※注 記入欄が不足する場合はこの様式を複写して追加してください。

6 行動・心理症状のない入所者について

施設名(_____)

行動・心理症状のある利用者名簿に記入していない入所者全員について記入して下さい。

※保険者欄は南部町以外の場合のみ記入

No	居室の番号 又は名称	入所者氏名	年齢	要介護 状態区分	入所年月日	経管栄養・喀痰吸引・褥瘡・ 身体拘束、入院中等、特記すべき 事項があれば記入してください。	保険者名
1				要介護	年 月 日		
2				要介護	年 月 日		
3				要介護	年 月 日		
4				要介護	年 月 日		
5				要介護	年 月 日		
6				要介護	年 月 日		
7				要介護	年 月 日		
8				要介護	年 月 日		
9				要介護	年 月 日		
10				要介護	年 月 日		
11				要介護	年 月 日		
12				要介護	年 月 日		
13				要介護	年 月 日		
14				要介護	年 月 日		
15				要介護	年 月 日		
16				要介護	年 月 日		
17				要介護	年 月 日		
18				要介護	年 月 日		
19				要介護	年 月 日		
20				要介護	年 月 日		
行動・心理症状のない入所者の人数				計	人	南部町以外の保険者人数	人

記入欄が不足する場合はこの様式を複写して追加してください。

8 身体的拘束等利用者制限行為の状況

利用者氏名	制限行為年月日	やむを得ず制限した理由	記録の有無
			有・無
			有・無
			有・無

(注)前年度からのものを記入してください。

9 事故処理の経過

利用者氏名	事故年月日	傷病状況	事故の状況

(注)前年度からのものを記入してください。

10 苦情処理の状況

苦情処理窓口担当者名

苦情の内容(年月日)	申立者の別	処理経過の概要

(注)前年度からのものを記入してください。

申立者は、利用者本人、家族、その他の別を記入してください。

11 介護報酬に係る体制(実施指導前月分)

介護報酬に係る体制	
夜間勤務条件基準	基準型・減算型
職員の欠員による減算の状況	なし・看護職員・介護職員・介護支援専門員
ユニットケア体制	対応不可・対応可
身体拘束廃止取組の有無	基準型・減算型
日常生活継続支援加算	なし・あり
看護体制加算Ⅰ	なし・あり
看護体制加算Ⅱ	なし・あり
夜間職員配置加算	なし・加算Ⅰ・加算Ⅱ・加算Ⅲ・加算Ⅳ
介護ロボットの導入	なし・あり
準ユニットケア体制	対応不可・対応可
生活機能向上連携加算	なし・あり
個別機能訓練体制	なし・あり
若年性認知症入所者受入加算	なし・あり
常勤専従医師配置	なし・あり
精神科医師定期的療養指導	なし・あり
障害者生活支援体制	なし・加算Ⅰ・加算Ⅱ
栄養マネジメント体制	なし・あり
療養食加算	なし・あり
配置医師緊急時対応加算	なし・あり
看取り介護体制	なし・加算Ⅰ・加算Ⅱ
在宅・入所相互利用体制	対応不可・対応可
小規模拠点集合体制	なし・あり
認知症専門ケア加算	なし・加算Ⅰ・加算Ⅱ
褥瘡マネジメント加算	なし・あり
サービス提供体制強化加算	なし・Ⅰイ・Ⅰロ・Ⅱ・Ⅲ
介護職員処遇改善加算	なし・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ