

○認知症対応型通所介護

○介護予防認知症対応型通所介護

事業所の実地指導に係る事前資料

1 事業所の概要

| | | | |
|-------|--------|-------|--|
| 事業所名 | | 事業所番号 | |
| 管理者氏名 | | 電話番号 | |
| 所在地 | (〒 -) | | |

2 設備の概要 (定員 人)

| | | | |
|-------|----------------|----|----------------|
| 食堂 | m ² | 合計 | |
| 機能訓練室 | m ² | | m ² |

3 従業者の状況 (単位ごとに、指導月の直近の月末現在)

| 職種 | 勤務形態 | 氏名 | 資格 | 週平均勤務時間 | 備考 |
|---------|------|----|----|---------|----|
| 管理者 | | | | | |
| 生活相談員 1 | | | | | |
| 生活相談員 2 | | | | | |
| 看護職員 | | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | |
| 介護職員 1 | | | | | |
| 介護職員 2 | | | | | |
| 介護職員 3 | | | | | |
| 介護職員 4 | | | | | |
| 介護職員 5 | | | | | |

注 1) 勤務形態欄 A: 常勤専従 B: 常勤兼務 C: 非常勤専従 D: 非常勤兼務

注 2) 複数の単位を有する事業所については、別葉に記載すること

4 職員に対する研修の状況 (指導月の直近の 1 年間)

| 研修日 | 研修参加者の職種・氏名 | 研修内容 | 内部・外部研修の区分 |
|-----|-------------|------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

※適宜追加、または別紙に記載していただいても結構です。

5 利用者の状況（単位ごと）
（指導月の直近の月末現在）

| 要介護度 | 人 数 |
|-------|-----|
| 要支援 1 | 人 |
| 要支援 2 | 人 |
| 要介護 1 | 人 |
| 要介護 2 | 人 |
| 要介護 3 | 人 |
| 要介護 4 | 人 |
| 要介護 5 | 人 |
| 合計 | 人 |

| 利用者の住所地 | 人 数 |
|---------|-----|
| 大津市 | 人 |
| | 人 |
| | 人 |
| | 人 |
| | 人 |
| | 人 |
| | 人 |
| 合計 | 人 |

注) 人数欄は、当該月の月末現在の登録者を記載すること

6 利用者から徴収している利用料

| サービスの項目 | 1日当たりの単価 | 備 考 |
|---------|----------|-----|
| 食 費 | 円 | |
| | 円 | |
| | 円 | |

注) 備考欄には、サービスの具体的な内容を記載すること。

7 運営推進会議の開催状況

[委員構成] ※適宜追加してください

| 委 員 | 立 場 |
|------|-----|
| 委員 1 | |
| 委員 2 | |
| 委員 3 | |
| 委員 4 | |
| 委員 5 | |

※立場の欄は、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者（自治会長、民生委員等）、地域包括支援センターの職員、サービスについて知見を有する者等、所属する立場を記入してください。

[開催状況]

| 開催日 | 主な協議の内容 |
|-----|---------|
| | |
| | |
| | |