

○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 <sup>2</sup>	合計	
機能訓練室	m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>

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