**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**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の名称 |  |
| 事業者（法人等）の名称 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 運営指導年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 運営指導立会者 | 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。

|  |  |
| --- | --- |
| **事前提出資料**□１　事業所の概要□２　事業所設置法人の概要□３－１　従業者の配置状況□３－２　勤務表（運営指導前月実績）□３－３　退職者の状況□４　事業所の平面図□５　行動・心理症状のある利用者について（該当者がいる場合のみ作成）□６　行動・心理症状のない利用者について**自己点検表**□７　自己点検表 | **各種加算等自己点検シート**□８　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費**その他資料**□９　運営規程□10　重要事項説明書□11　事業所のパンフレット□12　研修年間計画表□13　年間行事予定表※11～13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。 |

※記載不要。長寿介護課で記載します。

|  |  |
| --- | --- |
| 長寿介護課（※） | ●職名　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　○職名　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　○職名　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　○職名　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　 |

**１　事業所の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| ふ　り　が　な事業所の名称 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 事業開始年月日 | 平成　　　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 |  |
| 事業所の特色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（事業所設置法人）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　従業者の配置状況**　　　　※運営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 | **現事業所以外**での福祉事業経験年数 |
| 採用年月日（勤務年数） |
| 　　　　 |  | （　　　） |  | 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 . . ( ) |
|  |  | （　　　） |  | 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、事業所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、事業所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（計画作成担当者、機能訓練指導員、介護職員等）を記入してください。**

**３－２　勤務表（運営指導前月実績）を、1部添付してください。**

**３－３　退職者の状況**　　　　　※前年度４月から運営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 | **現事業所以外**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） |
|  |  | 　　　（　　　） |  | S・H . .  | 月額　・日給　・時給円 | 年 |
| S・H . . ( )H . . 退職（　　　　　　　　　　　　） |
|  |  | 　　　（　　　） |  | S・H . .  | 月額　・日給　・時給円 | 年 |
| S・H . . ( )H . . 退職（　　　　　　　　　　　　） |
|  |  | 　　　（　　　） |  | S・H . .  | 月額　・日給　・時給円 | 年 |
| S・H . . ( )H . . 退職（　　　　　　　　　　　　） |
|  |  | 　　　（　　　） |  | S・H . .  | 月額　・日給　・時給円 | 年 |
| S・H . . ( )H . . 退職（　　　　　　　　　　　　） |
|  |  | 　　　（　　　） |  | S・H . .  | 月額　・日給　・時給円 | 年 |
| S・H . . ( )H . . 退職（　　　　　　　　　　　　） |
|  |  | 　　　（　　　） |  | S・H . .  | 月額　・日給　・時給円 | 年 |
| S・H . . ( )H . . 退職（　　　　　　　　　　　　） |
|  |  | 　　　（　　　） |  | S・H . .  | 月額　・日給　・時給円 | 年 |
| S・H . . ( )H . . 退職（　　　　　　　　　　　　） |

※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、事業所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、事業所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（計画作成担当者、機能訓練指導員、介護職員等）を記入してください。**

**４　事業所の平面図　※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）での運営指導訪問　：　（　　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）**のある利用者について**

**事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**行動・心理症状のある利用者の有無（　　有　　　・　　　無　　）**

※保険者名欄は南九州市以外の場合のみ記入

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 居室の番号又は名称 | 利用者氏名 | 年齢 | 要支援要介護状態区分 | 利用開始年月日 | 行動・心理症状の内容 | 保険者名 |
| １ |  | 　　　　　　　　　 |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| ２ |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| ３ |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| ４ |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| ５ |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| ６ |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| ７ |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| ８ |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| ９ |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| 10 |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| **行動・心理症状のある利用者の人数** | 計　　　　人 | 南九州市以外の保険者人数 | 　　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・心理症状のない利用者について**

**事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

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

※保険者欄は南九州市以外の場合のみ記入

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 居室の番号又は名称 | 利用者氏名 | 年齢 | 要支援要介護状態区分 | 利用開始年月日 | 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 |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| ２ |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| ３ |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| ４ |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| ５ |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| ６ |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| ７ |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| ８ |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| ９ |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| 10 |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| 11 |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| 12 |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| 13 |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| 14 |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| 15 |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| 16 |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| 17 |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| 18 |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| 19 |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| 20 |  |  |  | 要支援要介護 | H　　年　　月　　日 |  |  |
| **行動・心理症状のない利用者の人数** | 　　計　　　　　　人 | 南九州市以外の保険者人数 | 　　　　　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。