

(別紙4)

認知症対応型共同生活介護事業所に係る情報提供票

(年 月 日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	<u>事業主体名</u>	
	<u>代表者名</u>	
	研修の受講状況	<input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講
	上記の者以外が受講している場合	氏名 () 役職 ()

2) 事業の目的及び運営の方針

--

3) 認知症対応型共同生活介護事業所以外に事業所として指定等を受けている事業及び加算

<input type="checkbox"/> 指定介護予防認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 医療連携体制加算 <input type="checkbox"/> 短期利用共同生活介護
--

4) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>	〒 TEL FAX		
交通の便 (最寄りの交通機関等)			
開設年月日	年 月 日	<u>ユニット数</u> <u>と利用定員</u>	() ユニット 利用定員 () 人
<u>事業所の併設施設(併設施設からのサービスがあれば記入してください。)</u>			

5) 建物の概要

<u>建物形態</u>	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
<u>建物構造</u>	() 造り (階建ての 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 () m ² 延床面積 () m ² 1室当たりの居室面積 () m ²
<u>二人部屋の有無</u>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

8) 職員の概要 (複数のユニットがある場合には、各ユニットごとに作成すること。)

(ユニット名)	総数	() 名
		(内数) ・常 勤 (専任 名) (兼務 名) } 常勤換算 (名) ・非常勤 (名)
	※職員の勤務時間を1週間当たり40時間とした場合の常勤換算数。 職員の1週間の勤務延時間数 注)(時間) ÷ 40時間 = 常勤換算数(名) 注) 勤務延時間数には、宿直時間数は含まない。	
	夜間の体制	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) <input type="checkbox"/> 夜勤 (名) <input type="checkbox"/> 宿直 (名)
	<u>管理者</u> 氏名 ()	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 (兼務の施設) 資格 () 認知症介護の経験年数 (年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・ 認知症介護実践研修 (実践者研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・ 認知症対応型サービス管理者研修又は 認知症高齢者グループホーム管理者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・ 上記のほかに受講した研修名 () ()
<u>計画作成担当者</u> 氏名 ()	介護支援専門員資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 他の資格 () 認知症介護の経験年数 (年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・ 認知症介護実践研修 (実践者研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・ 上記のほかに受講した研修名 () ()	
<u>その他の職員</u>	資格 介護福祉士 (名) 看護師 (名) その他 () (名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・ 認知症介護実践研修 (実践者研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 (実践リーダー研修) <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・ 認知症介護指導者研修 <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 ・ 上記のほかに受講した研修名 () 受講済者 (名) () 受講済者 (名)	
職員の交替状況	① 管理者の交替回数 () 回 (理由) ② 計画作成担当者の交替回数 () 回 (理由) ③ 常勤職員の交替回数 () 回 (理由)	

9) その他

<u>協力医療機関名</u>	
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	<input type="checkbox"/> 職員として配置 <input type="checkbox"/> 契約 (契約先名称)
運営推進会議の設置状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 開催状況 (月に 回) メンバー構成 (役職等)
市町村との連携状況 (事業を受託している場合の 事業名等具体的に記入してく ださい。)	
入居者家族会等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 (時～ 時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員 ^{注)} 等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有 (具体的に記入してください。)
	<input type="checkbox"/> 無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	年 月 日

注) 「介護相談員」とは、「介護相談員派遣等事業の実施について」(平成18年5月24日老計発第0524001号厚生労働省老健局計画課長通知)に基づき市町村より派遣され、介護サービスの提供の場においてサービスの提供者・利用者等の話を聞き、相談に応じる等の活動を行う者のこと。

(記入上の留意事項)

- 1 「」を設けている欄については、該当部分にレ点でチェックすること。
- 2 記載事項については、簡潔明瞭に記載すること。
- 3 7)において記載している各研修については、「実践者研修」には旧基礎課程を、「実践リーダー研修」には旧専門課程を含んでいるので、留意されたい。
- 4 下線部()については、介護保険法施行規則第131条の13第1項第5号に該当する事項であることから、変更があった場合には、10日以内に届け出る必要がある。なお、計画作成担当者については、介護支援専門員である場合についてのみ届出が必要となるものである。