|  |
| --- |
| 事前提出資料総合事業訪問介護 |
|  | 事業所名 |  |  |
| 事業所番号 |  |
|  作成者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　●事前提出書類一覧□１　事前提出資料（パンフレットがあれば、パンフレットも添付してください）□２　勤務体制実績表（直近のもの１ヶ月分）□３　事業所内面図□４　契約書・運営規程・重要事項説明書　　各1部□５　総合事業訪問介護計画書　様式□６　自己点検シート　※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。 |
|  |  管理者確認欄（署名）  |  |
| ※署名の場合は、押印不要です。記名の場合は、押印が必要です。 |

総合事業訪問介護

|  |  |
| --- | --- |
| 法人の名称 |  |
| 法人の所在地 | 〒 |
| 連　絡　先 |  ℡ Fax Eﾒｰﾙ |
| 代表者職名 |  |  代表者氏名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号事業所の名称 |  | 指定年月日 | 　　　年　月　日 |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所所在地 | 〒 |
| 連　絡　先 |  ℡ Fax Eﾒｰﾙ |
| 同一敷地内にある他の施設等 |  |
| 営　業　日 |  | 営業時間 |  |

１．管理者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  管理者氏名 |  | 他の施設等との兼務 | 有　　　　無 |
| 他職種との兼務 | 有　　　　無 | 兼務している他施設の名称とその職務 |  |

２．訪問介護員の人数

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護福祉士 | 実務者研修（基礎研修）（１級） | 初任者研修（２級） | 生活援助従事者研修 | 保健師看護師准看護師 | 障害者居宅介護従事者基礎研修重度訪問介護従業者養成研修 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

３．サービス提供責任者

 人数　　　　　　　　　　人（常勤換算）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 | 保有資格（サービス提供責任者になれる資格） | 勤務形態 |
|  |  | 常勤・非常勤 |
|  |  | 常勤・非常勤 |
|  |  | 常勤・非常勤 |
|  |  | 常勤・非常勤 |
|  |  | 常勤・非常勤 |
|  |  | 常勤・非常勤 |

※非常勤のサービス提供責任者については常勤換算０．５以上必要。

４．月間のサービス提供状況（直近の６ヶ月を記入）

単位：人

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月分 | 月分 | 月分 | 月分 | 月分 | 月分 |
| 人数 | 人数 | 人数 | 人数 | 人数 | 人数 |
| 事業対象者 |  |  |  |  |  |  |
| （　　　） | （　　　） | （　　　） | （　　　） | （　　　） | （　　　） |
| 要支援１ |  |  |  |  |  |  |
| （　　　） | （　　　） | （　　　） | （　　　） | （　　　） | （　　　） |
| 要支援２ |  |  |  |  |  |  |
| （　　　） | （　　　） | （　　　） | （　　　） | （　　　） | （　　　） |
| 合　計 |  |  |  |  |  |  |
| （　　　） | （　　　） | （　　　） | （　　　） | （　　　） | （　　　） |

注）利用者数は、上段に延人数を、（　）内に実人数を記入すること。

５．事務室等の面積や設備について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  事務室 | ㎡  |  相談室 | ㎡  |
|  更衣室等 | ㎡  |  他の事務所との共用の有無 | 有　　無 |
|  他の事務所との 共用が有る場 合 |  共用する事務所の名称 |
|  相談室を設けていない場合相談 スペースの状況 |  |
|  感染症予防に必要な設備及び備品の種類 |  |

６．利用料について

(1) 利用料（本人負担額）はどのように徴収しているか。

毎回徴収している　　　　　　月締めで徴収している

その他（　　　　　　　）

入金方法：　現金　・　銀行等振込み　・　口座引落とし　・　その他

(2) その他の利用料としてはどのようなものを徴収しているか。

　　（重要事項説明書の該当部分を添付）

７．総合事業訪問介護計画等について

1. 総合事業訪問介護計画は直近一月に何件作成したか。

　　　　　　　件（うち新規　　　件、変更・更新　　　件）

1. サービス担当者会議には直近一月に何回出席したか。

(3) ①モニタリングの実施頻度

　　（どのくらいのサービス利用期間ごとにモニタリングを行っているか）

　　②利用状況に関する情報は、どんな方法で介護予防支援事業所等へ提供しているか

８．苦情処理に対して、担当者の配置など体制を整えているか。

|  |  |
| --- | --- |
|  苦情処理担当職員の氏名 |  |
|  〃 の資格 |  |
|  苦情処理件数（過去１年間） | 件　 |

９．事故報告について

|  |  |
| --- | --- |
| 事故報告の対応マニュアル等を作成しているか | 有　　・　　無 |
| 記録様式・処理簿の整備はあるか | 有　　・　　無 |
| 前年度の事故発生件数 | 　　　　件 |
| 前年度の事故のうち、保険者への報告件数 | 　　　　件 |

１０．加算・減算の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 特別地域加算 | 有　　　　　　　　無 |
| 中山間地域等における小規模事業所加算 | 有　　　　　　　　無 |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 | 有　　　　　　　　無 |
| 初回加算 | 有　　　　　　　　無 |
| 生活機能向上連携加算 | 有（Ⅰ・Ⅱ）　　　無 |
| 介護職員処遇改善加算 | 有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）　無 |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | 有（Ⅰ・Ⅱ）　　　無 |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 有　　　　　　　　無 |
| 事業所と同一敷地内建物等に居住する利用者（50人以上除く）又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 | 有　　　　　　　　無 |

　　　年　　　　月分　 （直近の１ヶ月について記入）

事業所名

割引率　　　　　　　　　　　　％

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 所定単位 | 減算状況 | 加算状況 | 合計(単位数) | 保険請求額(円) | 本人負担額(円) |
| 訪問型独自サービスⅠ～Ⅵ | 訪問型独自短時間サービス | 事業所と同一敷地内建物等に居住する利用者（50人以上除く）又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合（単位数） | 特別地域加算(単位数) | 中山間地域等小規模事業所加算(単位数) | 中山間地域等利用者加算(単位数) | 初回加算(単位数) | 生活機能向上連携加算(単位数) | 介護職員処遇改善加算(単位数) | 介護職員等特定処遇改善加算（単位数） | 介護職員等ベースアップ等支援加算（単位数） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注１）単位数を記入する欄には利用者個人ごとに保険請求の基礎となった単位数の一月分の合計を記入してください。

注２）社会福祉法人において利用者負担減免の実施をしている方は、右端の欄に○を記入してください。

　　総合事業訪問介護事業従業者一覧

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　種 | 氏　　名 | 兼務している種職 | 資 格 | 常勤・非常勤の別 | 当該事業所の勤務年数 |
|  |  |  |  | 常勤・非常勤 | 　　　　年　　　月 |
|  |  |  |  | 常勤・非常勤 | 　　　　年　　　月 |
|  |  |  |  | 常勤・非常勤 | 　　　　年　　　月 |
|  |  |  |  | 常勤・非常勤 | 　　　　年　　　月 |
|  |  |  |  | 常勤・非常勤 | 　　　　年　　　月 |
|  |  |  |  | 常勤・非常勤 | 　　　　年　　　月 |
|  |  |  |  | 常勤・非常勤 | 　　　　年　　　月 |
|  |  |  |  | 常勤・非常勤 | 　　　　年　　　月 |
|  |  |  |  | 常勤・非常勤 | 　　　　年　　　月 |
|  |  |  |  | 常勤・非常勤 | 　　　　年　　　月 |
|  |  |  |  | 常勤・非常勤 | 　　　　年　　　月 |
|  |  |  |  | 常勤・非常勤 | 　　　　年　　　月 |