**指定地域密着型（介護予防）サービス事業所　概要**

**サービスの種類 ： 指定認知症対応型共同生活介護**

**指定介護予防認知症対応型共同生活介護**

１　サービス事業者の概要　　　　　　　　　　　　　　　　　　【令和　 　　年　　　 月　 　　日現在】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所の名称 |  | 指定年月日 |  |
| 事業所番号 |  |  |
| 事業所の所在地 |  | 電話番号 |  |
| 代表者 職氏名 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 開設者名（法人名） |  |
| 管理者氏名 |  |
| 計画作成担当者氏名 |  | 介護支援専門員資格の有無 | 有　　・　　無 |
|  | 介護支援専門員資格の有無 | 有　　・　　無 |
| 職　員　数 | 職種 | 常 勤 | 非常勤 | 合計 | 兼務の場合はその兼務先及び職種 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |  |  |
| 管 理 者 |  |  |  |  |  |  |
| 介護従事者 |  |  |  |  |  |  |
| 計画作成担当者 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 定員、居室数 | ユニット　１ | 利用定員 | 人 | 利用現員 | 人 | 居室数 | 室 |
| ユニット　２ | 利用定員 | 人 | 利用現員 | 人 | 居室数 | 室 |
| 併設している事業所等の種別、名称 |  |

　※事業所概要には、直近の月の勤務実績に基づく**勤務形態一覧表**を添付してください。

２　利用者の介護度　（単位：人）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要支援２ | 要介護１ | 要介護２ | 要介護３ | 要介護４ | 要介護５ |
|  |  |  |  |  |  |

３　著しい行動・心理症状※のある利用者の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者 | 具体的な状況 |
| Ａ |  |
| Ｂ |  |
| Ｃ |  |
| Ｄ |  |
| Ｅ |  |
| Ｆ |  |
| Ｇ |  |

※行動・心理症状とは、暴力、徘徊、不潔行為などの行動上の問題や、うつ状態、不安、幻覚、妄想、興奮などの精神症状

４　身体的拘束等の状況　（単位：人）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身体的拘束等の方法 | 前年度実人員 | 前年度実人員のうち指導日までに身体的拘束等廃止に至った実人員 | **指導日当日の実人員** |
| １　車イスのY字帯型拘束帯・腰ベルト等の使用 |  |  |  |
| ２　ミトン型手袋の使用 |  |  |  |
| ３　介護衣（つなぎ服）の着用 |  |  |  |
| ４　ベッドに体幹や四肢をひも等で拘束 |  |  |  |
| ５　ベッドをサイドレールで囲む |  |  |  |
| ６　向精神薬を過剰に服用 |  |  |  |
| ７　自分で開けることができない居室等への隔離 |  |  |  |
| ８ その他（具体的に記入） |  |  |  |
| 計 | 　（実人員　　　　） | 　（実人員　　　　） | （実人員　　　　） |