**指定居宅（介護予防）・施設サービス事業所　概要**

サービスの種類 ：

介護予防

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 |  | | | | | | | |
| 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 |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
| 定　員 | 利用定員人 | | | | | | | |
| 併設している事業所等の種別、名称 | |  | | | | | | |

注）①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職員数の職種に関しては、各サービスにて基準上必要とされる職種をご記載ください。

２　利用者の介護度　（単位：人）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要支援１ | 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　　　　） |