**指定地域密着型サービス事業所　概要**

サービスの種類 ： 指定地域密着型特定施設入居者生活介護

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 | |  | | |
| 管理者氏名 | |  | | | | ＦＡＸ番号 | |  | | |
| 開設者名（法人名） | |  | | | | | | | | |
| 代表者 職氏名 | |  | | | | | | | | |
| 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 |  |  |  |  | |  | |  | |
| 生活相談員 |  |  |  |  | |  | |  | |
| 看護職員 |  |  |  |  | |  | |  | |
| 介護職員 |  |  |  |  | |  | |  | |
| 機能訓練指導員 |  |  |  |  | |  | |  | |
| 計画作成担当者 |  |  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | |
| 利用定員 | 人 | 利用現員 | 人 | 居室数 | 一人部屋 | | 室 | | 二人部屋 | 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　　） |