**地域密着型通所介護**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | 事業所番号 | | | 14 | |
| 通常の事業実施地域 | |  | | | | | | |
| 単位数 | 単位 | | 利用定員（事業所計） | | 人 | 食堂機能訓練室の合計面積 | | ㎡ |
| 事業所の特色や概要、アピールポイントを教えてください | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 職員の定着率（離職の状況等）について教えてください。（おおよそ勤続何年等）  また、職員の定着について課題があれば教えてください。 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 地域とはどのように交流していますか | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 機能訓練の方法を具体的に教えてください。マシンを使う場合は、用途（効果）等も教えてください。 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 非常災害に関する避難訓練等を年２回以上実施していますか。また、実施している訓練の具体的な内容を教えてください。（消防署や地域との連携を行っている場合はその内容も記載してください。） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 利用者の登録人数、平均介護度を教えてください | | | | | | | | |
| 登録人数：　人（１単位当たりの利用者数平均：　人）  平均介護度： | | | | | | | | |
| どのような事故が発生していますか、事故防止策として工夫していることは何ですか | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 利用者に対し賠償すべき事故が発生した場合、損害を速やかに賠償するためにどのような体制を確保していますか。 | | | | | | | | |
| （損害賠償保険の名称、保険会社名等を含めて回答してください） | | | | | | | | |
| 地域密着型通所介護（療養通所介護）の課題と思われることがあれば教えてください | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 直近で実施した２回の運営推進会議の状況について、教えてください | | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | 実施日 | 会議の主な内容 | 備考 | | ○年度　第○回 |  |  |  | | ○年度　第○回 |  |  |  | | | | | | | | | |
| 宿泊サービスを提供していますか  ※指針では地域密着型通所介護の利用定員の２分の１以下、かつ９名以下と定められています。 | | | | | | | | |
| □宿泊サービスを提供していない  　□宿泊サービスを提供している　⇒　宿泊サービスの定員：　　　　名  利用料金：１泊　　　　　円  利用状況：１日平均　○名（○月時点）  スプリンクラー：　　あり　　なし（○月設置予定）  宿泊サービスの届出はしていますか：　　届出済み　　まだ届出してない | | | | | | | | |
| 横浜市以外の被保険者が利用している場合は「○○市（○名）」、利用していない場合は「無し」とご記入ください(個人名は不要です)。（第１号通所サービスの利用者は除く。）保険者ごとに申請が必要です。 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 業務継続計画（BCP）について、令和６年４月１日より策定が義務付けられますが、策定していますか。※令和６年４月１日時点で策定されていない場合、基本報酬が減算となります。（例外規定有） | | | | | | | | |
| □作成済み  □作成中（令和　年　月に完成予定） | | | | | | | | |

※枠は適宜大きくしてください