地域密着型サービス取組計画書

（認知症対応型通所介護）

**事業所名**

**１　基本理念**

|  |
| --- |
| **①　地域密着型サービスに対する取り組み**  ※開設にあたり貴事業所が取り組んでいく概要について記入してください。 |
|  |
| **②　質の高いサービス提供や利用者の満足度等を高めるための独自の取り組み**  ※利用者に対する独自の取り組み方について記入してください。 |
|  |

|  |
| --- |
| **２　人員関係** |
| **①　雇用の状況** |
| １　職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間等（令和　　年　　月1日予定）   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | 生活相談員 |  |  |  |  |  |  | | 看護師・准看護師 |  |  |  |  |  |  | | 機能訓練指導員 |  |  |  |  |  |  | | 介護職員 |  |  |  |  |  |  | | その他従業者 |  |  |  |  |  |  | | 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | |  | | | |   　２　従業者である介護職員が有している資格（令和　　年　　月1日予定）   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | 社会福祉士 |  |  |  |  |  | | 介護福祉士 |  |  |  |  |  | | 介護福祉士実務者研修  （旧　訪問介護員1級） |  |  |  |  |  | | 介護職員初任者研修  （旧　訪問介護員2級） |  |  |  |  |  | | 介護支援専門員 |  |  |  |  |  |   ３　介護職員の介護サービスの業務に従事した経験年数等（令和　　年　　月１日予定）   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 区分 | 介護職員 | | | 業務に従事した平均経験年数 | 常勤 | 非常勤 | | １年未満の者の人数 |  |  | | １年～３年未満の者の人数 |  |  | | ３年～５年未満の者の人数 |  |  | | ５年～１０年未満の者の人数 |  |  | | １０年以上の者の人数 |  |  | |
| **②　職員の研修制度・人事制度**  ※研修内容、研修時期、外部講師の活用等について記入してください。 |
|  |

|  |
| --- |
| **３　施設・設備等の関係** |
| **①　施設や設備面での利用者への配慮** |
| **（１）食堂及び機能訓練室等の利用の仕方について**　※工夫している点を記入してください |
| 【食堂及び機能訓練室の配置】  【その他の工夫（環境への配慮など）】 |
| **②　日常的な点検体制の内容** |
| **（１）安全確保のための点検体制について**  ※日常的に点検している内容、実施方法、点検実施者等の点検体制について記入してください。 |
|  |
| **（２）防犯体制について**  ※日中及び夜間の防犯体制について記入してください。 |
| 【日中】  【夜間】 |
| **③　危機管理体制の内容** |
| **（１）非常災害発生時の対応について**  ※設置している設備についてチェックしてください。 |
| □スプリンクラー  □自動火災報知設備  □消火器（設置個数：　　　個　・　設置場所：　　　　　　）  □誘導灯（　　　　　箇所）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  【非常災害発生時の対応方法等について】 |
| **（２）平常時における防災対策等について**  ※非常災害発生に備えた防災訓練実施状況や地域住民との連携について記入してください。 |
|  |
| **４　運営関係** |
| **①　利用者の日常生活上の支援** |
| **（１）個別ケアや認知症ケアの考え方を実践するための具体的方策について**  ※日常生活活動の中で、どのように個別ケア・認知症ケアを実践していくかを具体的に記入してください。 |
|  |
| **（２）身体拘束廃止を実践するための具体的方策について**  ※同法人内における他事業所等での身体拘束の事例と、身体拘束ゼロに向けた取組みについて具体的に記入してく  ださい。 |
|  |
| **（３）利用者の入浴について** |
| 【入浴時間帯や回数】  【入浴設備面、入浴方法、同姓介助等の工夫点】 |
| **（４）利用者の排せつについて**  ※排せつの自立援助、おむつ使用、同性介助の考え方等、排せつに対する方針について記入してください。 |
|  |
| **（５）利用者の食事について** |
| 【食事時間帯や食事の提供方法】  【経口摂取困難者や嚥下困難者に対する対応について】 |
| **（６）利用者の日中活動について**  ※日中活動のプログラムの内容等について具体的に記入してください。 |
|  |
| **②　苦情解決体制の内容**  ※同法人内における他事業所での苦情の事例とその対応について記入してください。 |
|  |
| **（１）苦情を踏まえたサービスの質の向上に向けた取り組みについて**  ※苦情について、その後のサービスの質の向上に向けてどのように取り入れていくかを記入してください。 |
|  |
| **（２）介護サービス相談員派遣事業の受け入れ態勢について**  ※介護サービス相談員派遣事業の受け入れ体勢と、その対応について記入してください。 |
|  |
| **③　利用者への公正・公平な対応のための取り組み**  ※サービス利用希望者の利用決定の基準と、決定に至る過程について記入してください。 |
|  |
| **④　利用料・実費分（食費、居住費等）の設定内容**  ※利用料・実費分（食費・居住費）及びサービス費に含まれない実費負担を求める日常生活品の品目及び金額について、その設定根拠とともに記入してください。 |
|  |
| **⑤　利用者家族との関係向上に向けた取組み**  ※利用者、利用者家族との交流の機会を確保するための取組みやその方策について具体的に記入してください。 |
|  |
| **⑥　地域との連携に関する取組み** |
| **（１）市内介護サービス事業者、地域包括支援センターとの連携・協力について**  ※他の介護サービス事業者、地域包括支援センターとの連携・協力方法について記入してください。 |
|  |
| **（２）地区住民、自治会等との連携・協力について**  ※地区住民や自治会との連携に対する取組みについて記入してください。 |
|  |
| **（３）市内ボランティア、福祉関係施設等との連携・協力について**  ※ボランティア等の受入れやシルバー人材センター等福祉関係施設との連携に対する取組みについて記入してください。 |
|  |
| **⑧　医療必要度の高い利用者に対する取組み** |
| **（１）在宅酸素や経管栄養等の受入れについて**  ※在宅酸素や経管栄養等を行っている医療必要度が高い方の受入れ体制について記入してください。  また、医療機関との連携方法について記入してください。 |
|  |
| **（２）認知症を含めた精神疾患を有する利用者への対応について（医療機関との連携の観点から）**  ※特に認知症の方に対応する場合の医療機関との連携体制について記入してください。 |
|  |
| **（３）利用者のかかりつけ医との連携について**  ※利用者のかかりつけ医との連携方法について記入してください。 |
|  |