202４年度

ユニットリーダー研修実地研修施設

新規調査申請書

一般社団法人　全国個室ユニット型施設推進協議会

**※貴施設の理事長・施設管理者・記入者の記名・捺印を忘れずにお願い致します。**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の名称  ※施設区分から記入してください |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 事業所の電話番号 |  |
| 開設法人の名称 |  |
| 理事長記名・捺印 | 印 |
| 施設管理者記名・捺印 | 印 |
| 記入者役職 |  |
| 記入者氏名 | 印 |
| 記入日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 【個人情報の取り扱いについて】  同意欄 | 同意します　・　同意しません |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **施設基本情報（本書類提出時点）** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開設状況 | 年　　月　　日  整備状況：創設・増築・改築・その他（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修受入担当者 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ＴＥＬ |  | | | | | | | | ＦＡＸ |  | | | | | |
| Ｅ－ＭＡＩＬ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設管理者研修修了者在籍状況 | | | | 名 | | | ユニットリーダー研修修了者在籍状況 | | | | | | | | 名 |
| **施設運営情報（本書類提出時点）** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 入居定員 | | | 本入居  　　　　　　名 | | | ②　ユニット数等 | | | | | 全ユニット数 | | |  | |
| 各ユニット定員数 | | |  | |
| 併設短期  　　　　　　名 | | | ショートステイ  専用　ユニットの設置 | | | 有　　無 | |
| ③　平均要介護度  （本入居者） | | |  | | | ④　認知症高齢者の日常生活自立度  （本入居） | | | | | 自立 | 人 | Ⅰ | 人 | |
| Ⅱ | 人 | Ⅲ | 人 | |
| Ⅳ | 人 | Ｍ | 人 | |
| ⑤　人員配置  （ショートステイを含む入居部門） | | | 1. 前年度入居者延べ人数 | | | | | | | | | | | 人 | |
| 1. 本書類提出時点の平均看護・介護人員配置数（常勤換算） | | | | | | | | | | | ： | |
| 1. 本書類提出時点の勤務表上の実績で、常勤の直接介護職員（※１）は、所属するユニットが決まっており、１ヶ月間の定められた勤務日数（※2）のうち70％以上を当該ユニットで勤務しているか。   ※1.管理職及びトレーニング等の期間にある新人・中途採用職員等は除く。  ※2.欠勤や研修出張等があった場合は、当該日を除いた勤務日数で算定する。 | | | | | | | | | | | はい  ・  いいえ | |
| 上記（イ）が「いいえ」の場合、その理由 | | | | | | | | | | | | |
| ⑥　夜勤体制  （ショートステイを含む入居部門） | | | 1日の夜勤者数（　　　人）  勤務時間（ ： ～　 ： ） | | | | | | | 夜勤時間帯（　　：　　～　　：　　）  （夜勤体制加算を算定している場合） | | | | | |
| **ユニットケアに関する取組** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①施設理念の伝え方 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②人材育成の方針 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③研修体制等について | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修委員会の設置 | | | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | |
| テーマ | | 実施 | | | 誰が | | | | | 内容（概略） | | | | | |
| ユニットケアの理念について | | 有・無 | | |  | | | | |  | | | | | |
| 基礎的な介護技術・知識等について | | 有・無 | | |  | | | | |  | | | | | |
| 認知症について | | 有・無 | | |  | | | | |  | | | | | |
| 高齢者の権利擁護について | | 有・無 | | |  | | | | |  | | | | | |
| 新人教育について | | 有・無 | | |  | | | | |  | | | | | |
| ユニットリーダー教育について | | 有・無 | | |  | | | | |  | | | | | |
| ④現在重点的に取り組んでいること | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |

【個人情報の取扱いについて】　**※本紙の提出は不要です**

一般社団法人全国個室ユニット型施設推進協議会（以下、「本会」という。）は、業務遂行のため貴殿の個人情報提供を希望いたします。ご提供いただいた個人情報の取扱は以下のとおりとなっております。内容をご確認の上、お申込みください。

**利用目的**：①本調査に関するご連絡及び申込内容への問い合わせ

②調査業務遂行のため

**第三者提供**：ご提供いただいた個人情報は、法令に基づく場合を除いて、本人の同意を得ることなく第三者に提供することはございません。

**委託**：上記の利用目的の達成の範囲内で、個人情報の取扱いの全部又は一部を委託することがありますが、委託にあたっては十分な個人情報の保護水準を満たしている者を選定し、委託を受けた者に対する必要かつ適切な監督を行います。

**個人情報提供の任意性**：個人情報の提供は任意です。ただし、個人情報を提供しない場合には、本調査に関するご連絡やお問い合わせへの対応、調査業務遂行に支障が生じる恐れがあります。

**個人情報保護管理者**：一般社団法人全国個室ユニット型施設推進協議会　会長　赤枝眞紀子

本会では、当個人情報に関する利用目的の通知、開示、内容の訂正・追加または削除、利用の停止・消去および第三者への提供の停止（「開示等」といいます。）の求めを受け付けております。その手続きについては、下記の個人情報苦情及びご相談窓口へご連絡下さい。ただし、法令等に基づく場合は、開示等できない場合がございます。あらかじめご了承ください。

**●ご記入者様への依頼事項**

申込責任者様に対して、お預かりする個人情報の利用目的等につきまして、お申し込み前にご同意を得ていただきますようお願いいたします。

**提出書類一覧表**

以下の書類を**４部**ご提出ください。書類はバラバラにならないようにファイリングしてご提出ください。**自施設分として控えを1部取っておいてください。**

**※ファイルの表紙と背表紙に施設名を必ず明記してください。**

**※各書類にインデックスをつけてください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 書類名 | | チェック欄 |
| 1 | 提出書類一覧表（本紙）　※右チェック欄に確認の上、チェックをつけてご提出ください |  |
| 2 | ユニットリーダー研修実地研修施設新規調査申請書 |  |
| 3 | 施設紹介用のパンフレット |  |
| 4 | 組織図  **※名前は削除もしくは塗りつぶすなどして、解読できないようにしてください** |  |
| 5 | 施設の配置図・各階の平面図・寸法の分かるユニットの平面図  （パンフレットは不可） |  |
| 6 | 最寄駅から施設までの案内図・周辺地図等のアクセス情報  ※施設のシャトルバスがある場合、その時刻表もつけてください |  |
| 7 | 施設の理念等が分かる書類 |  |
| 8 | 事業計画書 |  |
| 9 | ユニットリーダーの役割等が記載された職務規定等 |  |
| 10 | ユニットケア施設管理者研修1名以上分及び  ユニットリーダー研修2名以上分の修了証書のコピー |  |
| 11 | 就業規則（勤務時間がわかるもの） |  |
| 12 | 直近の全ユニットの勤務表  **※名前は削除もしくは塗りつぶすなどして、解読できないようにしてください** |  |
| 13 | 教育マニュアル等の書類等  例：理念、マナー、基礎技術、認知症、権利擁護、リーダー |  |
| 14 | **要介護度４以上の重度化傾向にある入居者**の以下の書類　※**1名分**  **１．ユニットの中での一日の生活が分かるもの**  **２．ケアプラン一式**  （施設介護サービス標準様式第1～4表に準じるもの）  **３．当該入居者のケース記録**  （直近3カ月前までの期間で、任意の1週間分）  **※入居者・家族・職員の名前、住所等個人を識別できる情報は削除若しくは塗りつぶすなどして、解読できないようにしてください** |  |
| 15 | **認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の入居者**の以下の書類　※**1名分**  **１．ユニットの中での一日の生活が分かるもの**  **２．ケアプラン一式**  （施設介護サービス標準様式第1～4表に準じるもの）  **３．当該入居者のケース記録**  （直近3カ月前までの期間で、任意の1週間分）  **※入居者・家族・職員の名前、住所等個人を識別できる情報は削除若しくは塗りつぶすなどして、解読できないようにしてください** |  |
| 16 | ユニットリーダー研修実地研修施設選定調査票（A4・1枚の総点が記載された表） |  |
| 17 | ユニットリーダー研修実地研修施設選定調査評価項目に関する基準について  （各調査項目の評価理由について記載するもの）  **※評価理由は具体的に記入してください** |  |
| 18 | **【ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設の場合】**  **市町村の了承を証する書類** |  |

**※「18」につきましては、市町村の了承を得ていることがわかる書類であれば、書式は問いません。所管の市町村にご確認ください。**