

事業所名		事業所番号	
------	--	-------	--

**基本情報（介護予防通所介護）**

計画年度	2008 年度	記入年月日	西暦 年 月 日
記入者名		所属・職名	

**1. 事業所を運営する法人等に関する事項**

主たるサービス等と共通している場合は、該当する にチェックをし、重複する箇所は記入を省略し、異なる箇所のみ記入してください。ただし、印のある項目については、介護予防通所介護サービスについて必ず記入してください。

通所介護と同じ

認知症対応型通所介護と同じ

法人等の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
法人等の名称	法人等の種類	該当する種類に 印をしてください。 01：社会福祉法人(社協以外) 02：社会福祉法人(社協) 03：医療法人 04：社団・財団 05：営利法人 06：NPO 07：農協 08：生協 09：その他法人 10：地方公共団体(都道府県) 11：地方公共団体(市町村) 12：地方公共団体(広域連合・一部事務組合等) 99：その他	
	名称	(ふりがな)	
法人等の主たる事務所の所在地	〒		
法人等の連絡先	電話番号		
	FAX番号		
	ホームページアドレス	なし	あり <u>http://</u>
法人等の代表者の氏名及び職名	氏名		
	職名		
法人等の設立年月日	西暦	年	月 日

**必ず主たるサービスの調査票からご記入ください。**

法人等が当該都道府県内で実施する介護サービス					
通所介護と同じ			認知症対応型通所介護と同じ		
介護サービスの種類		か所数	主な事業所等の名称		所在地
<b>&lt; 居宅サービス &gt;</b>					
訪問介護	なし	あり			
訪問入浴介護	なし	あり			
訪問看護	なし	あり			
訪問リハビリテーション	なし	あり			
居宅療養管理指導	なし	あり			
通所介護	なし	あり			
通所リハビリテーション	なし	あり			
短期入所生活介護	なし	あり			
短期入所療養介護	なし	あり			
特定施設入居者生活介護	なし	あり			
福祉用具貸与	なし	あり			
特定福祉用具販売	なし	あり			
<b>&lt; 地域密着型サービス &gt;</b>					
夜間対応型訪問介護	なし	あり			
認知症対応型通所介護	なし	あり			
小規模多機能型居宅介護	なし	あり			
認知症対応型共同生活介護	なし	あり			
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし	あり			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし	あり			
居宅介護支援	なし	あり			

介護サービスの種類		か所数	主な事業所等の名称	所在地
<b>&lt; 居宅介護予防サービス &gt;</b>				
介護予防訪問介護	なし	あり		
介護予防訪問入浴介護	なし	あり		
介護予防訪問看護	なし	あり		
介護予防訪問リハビリテーション	なし	あり		
介護予防居宅療養管理指導	なし	あり		
介護予防通所介護	なし	あり		
介護予防通所リハビリテーション	なし	あり		
介護予防短期入所生活介護	なし	あり		
介護予防短期入所療養介護	なし	あり		
介護予防特定施設入居者生活介護	なし	あり		
介護予防福祉用具貸与	なし	あり		
特定介護予防福祉用具販売	なし	あり		
<b>&lt; 地域密着型介護予防サービス &gt;</b>				
介護予防認知症対応型通所介護	なし	あり		
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし	あり		
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし	あり		
介護予防支援	なし	あり		
<b>&lt; 介護保険施設 &gt;</b>				
介護老人福祉施設	なし	あり		
介護老人保健施設	なし	あり		
介護療養型医療施設	なし	あり		

2. 介護予防サービスを提供し、又は提供しようとする事業所に関する事項

主たるサービス等と共通している場合は、該当する にチェックをし、重複する箇所は記入を省略し、異なる箇所のみ記入してください。ただし、印のある項目については、介護予防通所介護サービスについて必ず記入してください。

通所介護と同じ

認知症対応型通所介護と同じ

事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先					
事業所の名称	(ふりがな)				
事業所の所在地	〒	市区町村コード			
事業所の連絡先	電話番号				
	FAX番号				
	ホームページアドレス	なし	あり	<u>http://</u>	
介護保険事業所番号					
事業所の管理者の氏名及び職名	氏名				
	職名				
事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定若しくは許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合にはその直近の年月日)					
事業の開始(予定)年月日	西暦	年	月	日	
指定の年月日	西暦	年	月	日	
指定の更新年月日(直近)	西暦	年	月	日	
生活保護法第54条の2に規定する介護機関の指定の有無	なし		あり		
事業所までの主な利用交通手段					

3. 事業所において介護予防サービスに従事する従業者に関する事項

主たるサービス等と共通している場合は、該当する にチェックをし、重複する箇所は記入を省略し、異なる箇所のみ記入してください。ただし、 印のある項目については、介護予防通所介護サービスについて必ず記入してください。

通所介護と同じ

認知症対応型通所介護と同じ

職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間、従業者1人当たりの利用者数等						
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	人	人	人	人	人	人
看護職員	人	人	人	人	人	人
介護職員	人	人	人	人	人	人
相談員	人	人	人	人	人	人
機能訓練指導員	人	人	人	人	人	人
歯科衛生士	人	人	人	人	人	人
管理栄養士	人	人	人	人	人	人
事務員	人	人	人	人	人	人
その他の従業者	人	人	人	人	人	人
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					時間	
常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
介護福祉士	人	人	人	人		
介護職員基礎研修	人	人	人	人		
訪問介護員 1級	人	人	人	人		
2級	人	人	人	人		
3級	人	人	人	人		
介護支援専門員	人	人	人	人		
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士	人	人	人	人		
作業療法士	人	人	人	人		
言語聴覚士	人	人	人	人		
看護師及び准看護師	人	人	人	人		
柔道整復師	人	人	人	人		
あん摩マッサージ指圧師	人	人	人	人		

従業者である相談員が有している資格				
延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士	人	人	人	人
社会福祉主事	人	人	人	人
管理者の他の職務との兼務の有無			なし	あり
管理者が有している当該報告に係る介護予防サービスに係る資格等	なし	あり	資格等の名称	
看護職員及び介護職員1人当たりの利用者数				人
従業者の当該報告に係る介護予防サービスの業務に従事した経験年数等				
区分	生活相談員		看護職員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	人	人	人	人
前年度1年間の退職者数	人	人	人	人
業務に従事した経験年数				
1年未満の者の人数	人	人	人	人
1年～3年未満の者の人数	人	人	人	人
3年～5年未満の者の人数	<del>人</del>	<del>人</del>	<del>人</del>	<del>人</del>
5年～10年未満の者の人数	<del>人</del>	<del>人</del>	<del>人</del>	<del>人</del>
10年以上の者の人数	<del>人</del>	<del>人</del>	<del>人</del>	<del>人</del>
区分	介護職員		機能訓練指導員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	人	人	人	人
前年度1年間の退職者数	人	人	人	人
業務に従事した経験年数				
1年未満の者の人数	人	人	人	人
1年～3年未満の者の人数	人	人	人	人
3年～5年未満の者の人数	<del>人</del>	<del>人</del>	<del>人</del>	<del>人</del>
5年～10年未満の者の人数	<del>人</del>	<del>人</del>	<del>人</del>	<del>人</del>
10年以上の者の人数	<del>人</del>	<del>人</del>	<del>人</del>	<del>人</del>
従業者の健康診断の実施状況			なし	あり

4. 介護予防サービスの内容に関する事項

主たるサービス等と共通している場合は、該当する にチェックをし、重複する箇所は記入を省略し、異なる箇所のみ記入してください。ただし、印のある項目については、介護予防通所介護サービスについて必ず記入してください。

通所介護と同じ

認知症対応型通所介護と同じ

事業所の運営に関する方針							
介護予防サービスを提供している日時							
事業所の営業時間	平日		時	分	～	時	分
	土曜		時	分	～	時	分
	日曜		時	分	～	時	分
	祝日		時	分	～	時	分
定休日							
留意事項							
利用可能な時間帯							
所要時間	利用可能な時間帯						
2時間以上3時間未満	なし	あり	時	分	～	時	分
3時間以上4時間未満	なし	あり	時	分	～	時	分
4時間以上6時間未満	なし	あり	時	分	～	時	分
6時間以上8時間未満	なし	あり	時	分	～	時	分
留意事項							
6時間以上8時間未満の前後の延長サービスを利用可能な時間帯							
所要時間	利用可能な時間帯						
8時間以上9時間未満	なし	あり	時	分	～	時	分
9時間以上10時間未満	なし	あり	時	分	～	時	分
留意事項							
事業所が通常時に介護予防サービスを提供する地域							

介護予防サービスの内容等			
アクティビティの実施(介護報酬の加算)の有無	なし	あり	
運動器機能向上サービスの実施(介護報酬の加算)の有無	なし	あり	
栄養改善サービスの実施(介護報酬の加算)の有無	なし	あり	
口腔機能向上サービスの実施(介護報酬の加算)の有無	なし	あり	
事業所評価加算の有無	なし	あり	
利用者の送迎の実施の有無	なし	あり	
利用定員			人
介護予防サービスの利用者への提供実績			
介護予防通所介護費の算定件数 (記入年月日の前月)	平成	年	月
			件
アクティビティ実施加算の算定件数 (記入年月日の前月)	平成	年	月
			件
運動器機能向上加算の算定件数 (記入年月日の前月)	平成	年	月
			件
栄養改善加算の算定件数 (記入年月日の前月)	平成	年	月
			件
口腔機能向上加算の算定件数 (記入年月日の前月)	平成	年	月
			件
事業所評価加算の算定件数 (記入年月日の前月)	平成	年	月
			件
利用者の人数			
区分	要支援1	要支援2	合計
記入年月日の前月の請求実績	人	人	人
前年同月の請求実績	人	人	人

介護予防サービスを提供する施設、設備等の状況									
建物の構造	配置階	階	地上階	階	地下階	階			
		階		階					
		階		階					
		階		階					
		階		階					
送迎車輛の有無			なし	あり	台				
リフト車輛の設置状況			なし	あり	台				
他の車輛の形態			なし	あり					
食堂の面積		m <sup>2</sup>		機能訓練室の面積		m <sup>2</sup>			
食堂及び機能訓練室の利用者1人当たりの面積						m <sup>2</sup>			
静養室の面積		m <sup>2</sup>		相談室の面積		m <sup>2</sup>			
便所の設置数	男子便所	か所	うち車椅子等の対応が可能な数		か所				
	女子便所	か所	うち車椅子等の対応が可能な数		か所				
	男女共用便所	か所	うち車椅子等の対応が可能な数		か所				
浴室の設備の状況									
浴室の総数				か所					
個浴		大浴槽		特殊浴槽		リフト浴			
か所		か所		か所		か所			
その他の浴室の設備の状況									
消火設備等の状況			なし	あり					
福祉用具の設置状況									
車椅子			なし		あり				
歩行補助つえ			なし		あり				
歩行器			なし		あり				
その他			なし		あり				
「あり」の場合、その名称									

利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況					
窓口の名称					
電話番号					
対応している時間	平日	時	分	～ 時 分	
	土曜	時	分	～ 時 分	
	日曜	時	分	～ 時 分	
	祝日	時	分	～ 時 分	
定休日					
留意事項					
介護予防サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応の仕組み					
損害賠償保険の加入状況		なし	あり		
介護予防サービスの提供内容に関する特色等					
(その内容)					
利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等					
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況					
なし	あり	当該結果の開示状況	なし	あり	
第三者による評価の実施状況					
なし	あり	実施した直近の年月日	西暦	年 月 日	
		実施した評価機関の名称			
		当該結果の開示状況	なし	あり	

5. 介護予防サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項

主たるサービス等と共通している場合は、該当する にチェックをし、重複する箇所は記入を省略し、異なる箇所のみ記入してください。ただし、 印のある項目については、介護予防通所介護サービスについて必ず記入してください。

通所介護と同じ

認知症対応型通所介護と同じ

介護保険給付以外のサービスに要する費用		
利用者の選定により、通常の事業の実施地域以外の地域の利用者に対して行う送迎の費用の額及びその算定方法		
利用者の選定により、通常要する時間を超えるサービスを提供する場合の費用の額及びその算定方法		
食事に要する費用の額及びその算定方法		
おむつ代及びその算定方法		
当該介護予防サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用(日常生活費)の額及びその算定方法		
利用者の都合により介護予防サービスを提供できなかった場合に係る費用(キャンセル料)の徴収状況		
なし	あり	(その額, 算定方法等)
社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の実施の有無		なし      あり