

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 事業所名 |  | 事業所番号 |  |
|------|--|-------|--|

**基本情報（通所リハビリテーション）**

|      |         |       |    |   |   |   |
|------|---------|-------|----|---|---|---|
| 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**

|                                 |                |   |    |                |   |  |
|---------------------------------|----------------|---|----|----------------|---|--|
| 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。<br>01：社会福祉法人(社協以外) 02：社会福祉法人(社協)<br>03：医療法人 04：社団・財団 05：営利法人 06：NPO<br>07：農協 08：生協 09：その他法人<br>10：地方公共団体(都道府県) 11：地方公共団体(市町村)<br>12：地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)<br>99：その他<br>99:(その他の場合, その名称) |    |                |   |  |
|                                 | 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     |    |    |     |           |     |
|----------------------------|----|----|-----|-----------|-----|
| 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<br>居宅介護            | なし | あり |     |           |     |
| 認知症対応型共同<br>生活介護           | なし | あり |     |           |     |
| 地域密着型特定施設<br>入居者生活介護       | なし | あり |     |           |     |
| 地域密着型介護老人<br>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

|   |            |         |    |                               |
|---|------------|---------|----|-------------------------------|
| 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 | <a href="http://">http://</a> |
| 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<br>(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サービスに従事する従業者に関する事項

| 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 |    |        |
| 医師  | 人  | 人   | 人      | 人   | 人  | 人      |
| 理学療法士   | 人  | 人   | 人      | 人   | 人  | 人      |
| 作業療法士   | 人  | 人   | 人      | 人   | 人  | 人      |
| 言語聴覚士   | 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      |
| 相談援助員   | 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。 |    |     |        |     |    |        |
| 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サービスに係る資格等  | なし | あり  | 資格等の名称 |     |    |        |
| 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士1人当たりの利用者数   |    |     |        |     | 人  |        |
| 従業者の当該報告に係る介護サービスの業務に従事した経験年数等  |    |     |        |     |    |        |
| 区分  | 医師 |     | 理学療法士  |     |    |        |
|   | 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  | 人  | 人   | 人      | 人   |    |        |
| 5年～10年未満の者の人数   | 人  | 人   | 人      | 人   |    |        |
| 10年以上の者の人数  | 人  | 人   | 人      | 人   |    |        |

| 区分            | 作業療法士 |     | 言語聴覚士 |     |
|---------------|-------|-----|-------|-----|
|               | 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  | 人     | 人   | 人     | 人   |
| 5年～10年未満の者の人数 | 人     | 人   | 人     | 人   |
| 10年以上の者の人数    | 人     | 人   | 人     | 人   |
| 区分            | 看護職員  |     | 介護職員  |     |
|               | 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  | 人     | 人   | 人     | 人   |
| 5年～10年未満の者の人数 | 人     | 人   | 人     | 人   |
| 10年以上の者の人数    | 人     | 人   | 人     | 人   |
| 従業者の健康診断の実施状況 |       |     | なし    | あり  |

4. 介護サービスの内容に関する事項

|                               |          |    |   |   |   |   |   |
|-------------------------------|----------|----|---|---|---|---|---|
| 事業所の運営に関する方針                  |          |    |   |   |   |   |   |
|                               |          |    |   |   |   |   |   |
| 介護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サービスを提供する地域         |          |    |   |   |   |   |   |
|                               |          |    |   |   |   |   |   |

| 介護サービスの内容等                                  |    |    |
|---|----|----|
| リハビリテーションマネジメントの実施(介護報酬の加算)の有無              | なし | あり |
| 入浴介助の実施(介護報酬の加算)の有無                         | なし | あり |
| 若年性認知症ケアの実施(介護報酬の加算)の有無                     | なし | あり |
| 栄養マネジメントの実施(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 |
| 利用者の送迎の実施の有無                                | なし | あり |
| 居宅訪問による通所リハビリテーション計画の作成及び見直しの実施(介護報酬の加算)の有無 | なし | あり |
| 利用定員  | 人  |    |

| 介護サービスの利用者への提供実績 |        |      |      |      |      |      |    |
|------------------|--------|------|------|------|------|------|----|
| 利用者の人数           |        |      |      |      |      |      |    |
| 区分               | 経過的要介護 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
| 記入年月日の前月の請求実績    | 人      | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人  |
| 前年同月の請求実績        | 人      | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人  |

| 介護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              |   |
|                       |                |     |                | /              |     | /              |   |
| 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             |   |
|                       |                |     |                | 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

|   |    |              |
|---|----|--------------|
| 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) |
|   |    |              |