

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

基本情報（短期入所生活介護）

| | | | | | | |
|------|---------|-------|----|---|---|---|
| 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、短期入所生活介護について必ず記入してください。

介護老人福祉施設と同じ

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護と同じ

| 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 印をして下さい。 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 | 99:(その他の場合,その名称) _____ (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 | http:// _____ | | |
| 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 | | | | | |
|----------------------------|----|-----|-------------------------|-----|--|
| 介護老人福祉施設と同じ | | | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護と同じ | | |
| 介護サービスの種類 | | か所数 | 主な事業所等の名称 | 所在地 | |
| < 居宅サービス > | | | | | |
| 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 | | | |
| < 地域密着型サービス > | | | | | |
| 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 |
|--------------------------------|----|-----|-----------|-----|
| < 居宅介護予防サービス > | | | | |
| 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 | | |
| < 地域密着型介護予防サービス > | | | | |
| 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 | | |
| < 介護保険施設 > | | | | |
| 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

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、短期入所生活介護について必ず記入してください。

介護老人福祉施設と同じ

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護と同じ

| | | | | |
|---|------------|---------|----|----------------|
| 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 |
| 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

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、短期入所生活介護について必ず記入してください。

介護老人福祉施設と同じ

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護と同じ

| 職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間、従業者1人当たりの入所者数等 | | | | | | |
|---|----|-----|-----|-----|----|--------|
| 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 |
| 生活相談員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 必要な員数：利用者の数が100又はその端数を増すことに1以上 | | | | | | |
| 看護職員及び介護職員 | | | | | | |
| 看護職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 必要な員数：利用者の数が3又はその端数を増すことに1以上(看護職員及び介護職員) | | | | | | |
| 管理栄養士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 栄養士 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 必要な員数：1以上 | | | | | | |
| 機能訓練指導員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 必要な員数：1以上 | | | | | | |
| 介護支援専門員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 必要な員数：利用者の数が100又はその端数を増すことに1以上(標準) | | | | | | |
| 調理員 | 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 |
| 1 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。 | | | | | | |
| 2 必要な員数とは、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)」及び「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について(平成11年9月17日老企第25号)」に示された基準又は標準とされた従業者の員数である。なお、それぞれ定められた場合には、これを置かないとすることができる。 | | | | | | |

| 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 |
| 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 | |
| 看護職員及び介護職員1人当たりの利用者数 | | | | 人 |
| 夜勤(宿直を除く)を行う看護職員及び介護職員の人数 | 最少時の人数 | | | 人 |
| | 平均の人数 | | | 人 |
| 医師の氏名 | | | 勤務先 | |
| 当該医師が担当している診療科の名称 | | | | |

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 | | 生活相談員 | | 介護職員 | | |
|---------------|---------|-----|---------|-----|------|-----|--|
| | 常勤 | 非常勤 | 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 | 人 | 人 | |
| 前年度1年間の退職者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | |
| 業務に従事した経験年数 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | |
| 1年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | |
| 1年～3年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | |
| 3年～5年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | |
| 5年～10年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | |
| 10年以上の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | |
| 区分 | 看護職員 | | 管理栄養士 | | 栄養士 | | |
| | 常勤 | 非常勤 | 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 | 人 | 人 | |
| 前年度1年間の退職者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | |
| 業務に従事した経験年数 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | |
| 1年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | |
| 1年～3年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | |
| 3年～5年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | |
| 5年～10年未満の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | |
| 10年以上の者の人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | |
| 区分 | 機能訓練指導員 | | 介護支援専門員 | | / | | |
| | 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 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | | | |
| 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

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、短期入所生活介護について必ず記入してください。

介護老人福祉施設と同じ

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護と同じ

| | | | | | | | | |
|---------------------------|--|--------|------|--------------|------|------|------|----|
| 施設の運営に関する方針 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 介護サービスの内容等 | | | | | | | | |
| 専従の機能訓練指導員の配置(介護報酬の加算)の有無 | | | | なし | あり | | | |
| 送迎実施の有無 | | | | なし | あり | | | |
| 管理栄養士の配置(介護報酬の加算)の有無 | | | | なし | あり | | | |
| 栄養士の配置(介護報酬の加算)の有無 | | | | なし | あり | | | |
| 療養食の実施(介護報酬の加算)の有無 | | | | なし | あり | | | |
| 緊急短期入所ネットワーク(介護報酬の加算)の有無 | | | | なし | あり | | | |
| 夜間看護体制加算(介護報酬の加算)の有無 | | | | なし | あり | | | |
| 在宅中重度者受け入れ加算(介護報酬の加算)の有無 | | | | なし | あり | | | |
| リハビリテーション等の実施状況 | | | | | | | | |
| なし | | あり | | 「あり」の場合、その内容 | | | | |
| 協力病院の名称 | | | | | | | | |
| (協力に関する内容) | | | | | | | | |
| 協力歯科医療機関 | | なし | あり | その名称 | | | | |
| (協力に関する内容) | | | | | | | | |
| 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 |
| 65歳未満 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 65歳以上75歳未満 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 75歳以上85歳未満 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 85歳以上 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 利用者の平均年齢 | | | | | | | | 歳 |
| 利用者の男女別人数 | | 男性 | 人 | | | 女性 | 人 | |
| 利用者の平均的な利用日数 | | | | | | | | 日 |

| 介護サービスを提供する施設、設備等の状況 | | | | | | | |
|----------------------|---------------------------------------|-----|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 建物の構造 | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物 | | | | なし | あり | |
| | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 | | | | なし | あり | |
| | 耐火又は準耐火建築物以外の建物であって、火災に係る利用者の安全性の確保対策 | | | | なし | あり | |
| | 地上階 | 階 | | 地下階 | 階 | | |
| 報酬類型 | ユニット型個室 | | ユニット型準個室 | | | | |
| | なし | あり | なし | あり | | | |
| | 従来型個室 | | 多床室 | | | | |
| | なし | あり | なし | あり | | | |
| 居室の状況 | | | 個室 | 2人部屋 | 3人部屋 | 4人部屋 | 5人部屋以上 |
| | 居室の数 | | | | | | |
| | 居室の床面積 | | m ² | m ² | m ² | m ² | m ² |
| 共同便所の設置数 | 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 | |
| 個室の便所の設置数 | か所 | | 個室における便所の設置割合 | | | % | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | | か所 | |
| 浴室の設備状況 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 食堂の設備状況 | | | | | | | |
| 利用者等が調理を行う設備状況 | | | | なし | | あり | |
| 消火設備等の状況 | | | | なし | あり | | |

| 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) | | | | | |
| 介護相談員の受け入れ状況の有無 | | | なし | あり | |
| 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

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、短期入所生活介護について必ず記入してください。

介護老人福祉施設と同じ

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護と同じ

| | | |
|---|----|----|
| 介護保険給付以外のサービスに要する費用 | | |
| 食事に要する費用の額及びその算定方法 | | |
| | | |
| 滞在に要する費用の額及びその算定方法 | | |
| | | |
| 利用者が選定する特別な居室の提供を行ったことに伴い必要となる費用の額及びその算定方法 | | |
| | | |
| 利用者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用の額及びその算定方法 | | |
| | | |
| 理美容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 | | |
| | | |
| 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 |