

事業所名		事業所番号	
------	--	-------	--

基本情報（介護予防短期入所療養介護 介護療養型医療施設）

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、介護予防短期入所療養介護(医療)について必ず記入してください。

介護療養型医療施設と同じ

短期入所療養介護(医療)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	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			
介護療養型医療施設と同じ		短期入所療養介護(医療)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、介護予防短期入所療養介護(医療)について必ず記入してください。

介護療養型医療施設と同じ

短期入所療養介護(医療)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	http://	
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					

病院又は診療所に関する事項

区分		該当するものに印をしてください		1: 病院 2: 診療所 3: 在宅療養支援診療所	
病棟・病床数					
全体	病床数	床			
	病棟数	棟			
種別	病床区分	病床数	病棟数		
	医療保険	一般	床	棟	
		療養	床	棟	
		精神	床	棟	
その他		床	棟		
介護保険	療養	床	棟		
	老人性認知症疾患療養	床	棟		
標榜診療科					
内科		呼吸器科		消化器科(胃腸科)	
なし	あり	なし	あり	なし	あり
循環器科		小児科		精神科	
なし	あり	なし	あり	なし	あり
神経科		神経内科		心療内科	
なし	あり	なし	あり	なし	あり
アレルギー科		リウマチ科		外科	
なし	あり	なし	あり	なし	あり
整形外科		形成外科		美容外科	
なし	あり	なし	あり	なし	あり
脳外科		呼吸器外科		心臓血管外科	
なし	あり	なし	あり	なし	あり
小児外科		産婦人科		産科	
なし	あり	なし	あり	なし	あり
婦人科		眼科		耳鼻いんこう科	
なし	あり	なし	あり	なし	あり
気管食道科		皮膚科		泌尿器科	
なし	あり	なし	あり	なし	あり
性病科		こう門科		リハビリテーション科	
なし	あり	なし	あり	なし	あり
放射線科		麻酔科		歯科	
なし	あり	なし	あり	なし	あり
矯正歯科		小児歯科		歯科口腔外科	
なし	あり	なし	あり	なし	あり

訪問診療実施状況 (前3か月の平均)	なし	あり			件
1日平均外来患者数					人
1日平均面会者数					人
食事の開始時間	朝食		昼食		夕食
	時	分	時	分	時 分
面会時間の制限	なし	あり	面会時間	時 分 ~	時 分

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、介護予防短期入所療養介護(医療)について必ず記入してください。

介護療養型医療施設と同じ

短期入所療養介護(医療)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	事業所全体の従業者数(病院・診療所全体の従業者数)											
											うち指定介護療養型医療施設の従業者数 (記入が困難な場合は「-」を記入)	
	常勤		非常勤		合計	常勤換算 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	専従			非専従	専従	非専従			
医師					人	人					人	人
必要な員数：病院の場合、医療法に規定する療養病床を有する病院として必要とされる数以上 ：診療所の場合、常勤換算方法で1以上												
歯科医師					人	人					人	人
薬剤師					人	人					人	人
必要な員数：病院の場合、医療法に規定する療養病床を有する病院として必要とされる数以上												
看護職員					人	人					人	人
必要な員数：入院患者の数が6又はその端数を増すごとに1以上												
介護職員					人	人					人	人
必要な員数：入院患者の数が6又はその端数を増すごとに1以上												
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
管理栄養士					人	人					人	人
栄養士					人	人					人	人
必要な員数：病院の場合、医療法に規定する療養病床を有する病院として必要とされる数以上												
臨床検査技師					人	人					人	人
診療放射線技師 (診療X線技師含む)					人	人					人	人
介護支援専門員					人	人					人	人
必要な員数：病院の場合、入所者の数が100又はその端数を増すごとに1以上(標準) ：診療所の場合1以上												
医療ソーシャル ワーカー					人	人					人	人
調理員					人	人					人	人
事務員					人	人					人	人
その他従業者					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		
看護職員、介護職員の勤務体制(交替制)の状況	該当するものに印をしてください	1: 2交替制(変則2交替制を含む)				
		2: 3交替制(変則3交替制を含む)				
		3: その他				
夕方・早朝の対応の状況	早出	なし	あり	遅出	なし	あり
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	最小時の人数					人
	平均の人数					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	看護師及び准看護師		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		
区分	医療ソーシャルワーカー					
	常勤	非常勤				
前年度1年間の採用者数	人	人				
前年度1年間の退職者数	人	人				
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	人	人				
1年～3年未満の者の人数	人	人				
3年～5年未満の者の人数	人	人				
5年～10年未満の者の人数	人	人				
10年以上の者の人数	人	人				
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、介護予防短期入所療養介護(医療)について必ず記入してください。

介護療養型医療施設と同じ

短期入所療養介護(医療)と同じ

事業所の運営に関する方針			
介護予防サービスの内容			
介護保険施設サービス費のうち、介護報酬の加算を届けた事項			
夜勤を行う介護職員の勤務条件に関する基準の区分による加算	該当するものに印をしてください	1: 夜間勤務等看護加算()(看護職員が15:1以上) 2: 夜間勤務等看護加算()(看護職員が20:1以上) 3: 夜間勤務等看護加算()(看護職員+介護職員が20:1以上) 4: 加算なし(看護職員+介護職員が30:1以上)	
上記以外の介護報酬の加算の実施状況			
送迎実施(介護報酬の加算)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	
個別リハビリテーションの1週間当たりの実施状況			
なし	あり	実施回数	回
レクリエーションの1週間当たりの実施状況			
なし	あり	実施回数	回
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)			
利用を制限する必要がある者の状況			
介護予防サービスの利用者への提供実績			
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
利用者の平均的な利用日数			日

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	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			
療養室の状況			個室	2人部屋	3人部屋	4人部屋	5人以上の多床室			
	療養室の数									
	療養室の床面積		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										
食堂の設備の状況										
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			
				あり:						
通所リハビリテーションの実施状況				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)				
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
老人の専門医療を考える会作成の「老人病院機能マニュアル」などを用いた自己評価の実施状況等				
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
利用者の私物の持ち込みを制限する場合、その内容				
なし	あり	(その内容)		

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、介護予防短期入所療養介護(医療)について必ず記入してください。

介護療養型医療施設と同じ

短期入所療養介護(医療)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療養室等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	