

【単独型】短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指導に係る事前資料

※併設型・空床型については、（地域密着型）介護老人福祉施設の事前資料に含まれています。

1 事業所の概要

事業所名		事業所番号	
管理者氏名		電話番号	
所在地	(〒 - )		

2 設備の概要 (利用定員 人)

食堂	m <sup>2</sup>	合計	居室	1室あたり最大利用定員	人
機能訓練室	m <sup>2</sup>			m <sup>2</sup>	利用者1人あたり最小面積

3 従業者の状況 (指導月の直近の月末現在)

職種	勤務形態	氏名	資格	週平均勤務時間	備考
管理者					
医師					
生活相談員					
栄養士					
機能訓練指導員					
介護職員1					
介護職員2					
介護職員3					
介護職員4					
介護職員5					
介護職員6					
介護職員7					
看護師1					
看護師2					
看護師3					

注1) 勤務形態欄 A: 常勤専従 B: 常勤兼務 C: 非常勤専従 D: 非常勤兼務

4 職員に対する研修の状況（指導月の直近の1年間）

研修日	研修参加者の 職種・氏名	研 修 内 容	内部・外部

※適宜追加、または別紙に記載していただいても結構です。

5 利用者の要介護度等の状況  
（指導月の直近の月末現在）

要介護度等	人 数
要支援 1	
要支援 2	
要介護 1	
要介護 2	
要介護 3	
要介護 4	
要介護 5	

注）人数欄は、当該月の月末現在の登録者を記載すること

6 利用状況（前年度の状況を記載）

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計	利用者数/日
月間延利用者数														
平均利用者数														

※延利用者数の算出に当たっては、介護報酬明細書の請求日数と一致すること。

7 身体的拘束等利用者制限行為の状況（指導月の直近1年以内で事例があったもの）

利用者	拘束期間	やむを得ず制限した理由	記録の有無
利用者 1			
利用者 2			

8 事故処理の経過（前年度から）

事故の内容（年月日）	処理経過の概要	市への報告 有無

9 苦情処理の状況（前年度から）

苦情処理窓口担当者名 \_\_\_\_\_

苦情の内容（年月日）	申立者の別	処理経過の概要

注）申立者は、利用者本人、家族、その他の別を記載すること。