

通所介護事業所の指導に係る事前資料

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 (定員 人)

食 堂	m ²	合計	
機能訓練室	m ²		m ²

3 従業員の状況 (単位ごとに、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					
生活相談員 1					
生活相談員 2					
看護職員 1					
看護職員 2					
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					

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

注 2) 複数の単位を有する事業所については、別葉に記載すること

注 3) すべての従業員について記入下さい

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
※事業対象者	
※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

※）介護予防通所介護相当サービス利用者数を記入してください。

6 利用者の総数

（指導月の直近１ヶ月の延べ利用者数）

人
