

外部サービス利用型（介護予防）特定施設入居者
生活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 (利用定員 人)

介護居室 (個室)	室	最大床面積	m ²
		最小床面積	m ²
介護居室 (2人室)	室	最大床面積	m ²
		最小床面積	m ²
介護居室 (3人室)	室	最大床面積	m ²
		最小床面積	m ²
介護居室 (4人室)	室	最大床面積	m ²
		最小床面積	m ²

3 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

4 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	

5 利用状況（前年度分を記載）

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

6 利用状況（今年度の指導実施の前月までを記載）

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

7 受託居宅サービスの種類（該当するサービスに○印を付けてください）

訪問介護		通所リハビリテーション	
訪問入浴介護		福祉用具貸与	
訪問看護		地域密着型通所介護	
訪問リハビリテーション		認知症対応型通所介護	
通所介護			

8 従業員の状況（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					
生 活 相 談 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					
計 画 作 成 担 当 者					

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) 宿直職員についても記載してください。

注3) 記載欄が不足する場合には、適宜別紙等を利用し、全員について記入してください。

9 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）

入所者	拘束期間	やむを得ず制限した理由	記録の有無
入所者 1			
入所者 2			
入所者 3			

10 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

1 1 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、その他の別を記載してください。

1 2 利用者から徴収している利用料（オムツ代・日常生活費等）

サービスの項目	利用料の単価	利用者数（月）	備 考

注 1）備考欄には、サービスの具体的な内容を記載してください。

注 2）利用者数については、指導月の直近の月末現在で記入してください。