

介護老人保健施設、（介護予防）短期入所療養介護及び  
（介護予防）通所リハビリテーション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

① 入所・短期入所

（定員：入所            人（うち認知症専門棟            人）・短期入所            人）  
（現員：入所            人（うち認知症専門棟            人）（指導月の直近の月末現在）

食 堂	㎡	合計	療 養 室	1室あたり最大利用定員	人
機能訓練室	㎡	㎡		1人あたり最小面積	㎡

② 通所リハビリ      （定員：            人）

食 堂	㎡	合計	療 養 室	1室あたり最大利用定員	人
機能訓練室	㎡	㎡		1人あたり最小面積	㎡

※入所と共用の場合は記入不要

3 職員に対する研修の状況（指導月の直近の1年間）

※適宜追加、または別紙に記載していただいても結構です。

① 入所・短期入所

研修日	研修参加者の 職種・氏名	研 修 内 容	内部・外部

② 通所リハビリ

研修日	研修参加者の 職種・氏名	研 修 内 容	内部・外部

4 従業者の状況（指導月の直近の月末現在）

① 入所・短期入所

職 種	勤務 形態	氏 名	資 格	週平均 勤務時間		備 考
				入所	認知症 専門棟	
管理者						
医 師						
薬剤師						
支援相談員						
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
栄養士						
介護支援専門員						
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						
介護職員 8						
介護職員 9						
介護職員 10						
看護職員 1						
看護職員 2						
看護職員 3						
看護職員 4						

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) 記入欄が不足する場合は、欄を追加して全員を記入してください。

② 通所リハビリ（単位ごとに記入）

職 種	勤 務 形 態	氏 名	資 格	週 平 均 勤 務 時 間	備 考
医師					
看護職員 1					
看護職員 2					
看護職員 3					
介護職員 1					
介護職員 2					
介護職員 3					
作業療法士 1					
作業療法士 2					
理学療法士 1					
理学療法士 2					

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、別業に記載してください。

注 3) 看護職員の備考欄には、経験看護師であるか否かの別を記入してください。

注 4) 記入欄が不足する場合は、欄を追加して全員を記入してください。

5 要介護度等の状況（指導月の直近の月末現在）

① 入所

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

② 短期入所

要介護度等	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
人 数							

③ 通所リハビリ

要介護度等	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
人 数							

6 入所（利用）者数の状況

※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。

① 入所（前年度の状況を記載）

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計	入所者数/日
月間延入所者数														
平均入所者数														

② 短期入所（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														

③ 通所リハビリ（指導月の直近1ヶ月の延べ利用者数）

人
---

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

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

8 職員会議等の開催状況（入所）

※記入欄が不足する場合は、適宜追加してください。

会議等の名称	参加職種	開催頻度	主な内容

※入所判定、身体拘束適正化、感染症防止、事故防止、褥瘡、食事等の委員会

9 事故処理の経過 (前年度から)

① 入所

事故の内容 (年月日)	処理経過の概要	市への報告 有無

② 短期入所

事故の内容 (年月日)	処理経過の概要	市への報告 有無

③ 通所リハビリ

事故の内容 (年月日)	処理経過の概要	市への報告 有無

10 苦情処理の状況 (前年度から)

※申立者は、利用者本人、家族、その他の別を記載すること。

① 入所

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

② 短期入所

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

③ 通所リハビリ

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