

令和5年度
介護保険 居宅サービス
(指定短期入所療養介護)
事前提出資料

事業所の名称	
事業者（法人等）の名称	
介護保険事業所番号	
運営指導年月日	令和 年 月 日
運営指導立会者	職名 _____ 氏名 _____
	職名 _____ 氏名 _____
	職名 _____ 氏名 _____
	職名 _____ 氏名 _____
事前提出資料作成担当者	職名 _____ 氏名 _____
	連絡（問合せ）先 TEL : _____

◆ 提出資料・・・A4サイズで両面出力し、添付漏れがないか、提出前に再度確認してから、提出してください。

<p>事前提出資料</p> <p><input type="checkbox"/> 1 事業所の概要</p> <p><input type="checkbox"/> 2 事業所設置法人の概要</p> <p><input type="checkbox"/> 3-1 従業者の配置状況</p> <p><input type="checkbox"/> 3-2 勤務表（運営指導前月実績）</p> <p><input type="checkbox"/> 3-3 退職者の状況</p> <p><input type="checkbox"/> 4 事業所の平面図</p> <p><input type="checkbox"/> 5 居宅サービス（短期入所療養介護）利用者の一覧表</p> <p><input type="checkbox"/> 6 前年度の事業所利用者等の状況（介護老人福祉施設や介護老人保健施設と併設する事業所は提出不要です。）</p>	<p>自己点検表</p> <p><input type="checkbox"/> 7 自己点検表</p> <p>各種加算等自己点検シート</p> <p><input type="checkbox"/> 8 短期入所療養介護費</p> <p><input type="checkbox"/> 9 介護予防短期入所療養介護費</p> <p>その他資料</p> <p><input type="checkbox"/> 10 運営規程</p> <p><input type="checkbox"/> 11 重要事項説明書</p> <p><input type="checkbox"/> 12 施設のパンフレット</p> <p><input type="checkbox"/> 13 研修年間計画表</p> <p><input type="checkbox"/> 14 年間行事予定表</p> <p>※12～14については作成している場合のみ1部提出をお願いします。</p>
--	---

※記載不要。指導監査課で記載します。

指導監査課	<p>●職名 _____ 氏名 _____</p> <p>○職名 _____ 氏名 _____</p> <p>○職名 _____ 氏名 _____</p> <p>○職名 _____ 氏名 _____</p>
-------	---

1 事業の概要

ふりがな 事業所の名称				
事業所在地				
事業開始年月日	年 月 日	従業者数	常 勤 人	
			非 常 勤 人	
			合 計 人	
ふりがな 管理者氏名				
連 絡 先	電 話	() -	FAX	() -
	メールアドレス			
併設事業所				
事業所の特色及び 特に配慮していること があったら、記入してく ださい。				
ホームページ 公開の有無	有・無	有の場合は、アドレスを 記入してください。 →	http://www.	
交通アクセス	(近くの目印になる公共の施設や建物を記入してください)			

※ パンフレット等を作成している場合は、1部添付してください。

2 事業者（事業所設置法人）の概要

ふりがな 事業者名 (法人等の名称)				
所在地				
ふりがな 代表者職氏名	職名		氏名	
連 絡 先	電 話	() -	FAX	() -
法人の沿革	(法人の設立年月日、変遷等を簡潔にご記入ください。)			

※1. 2ともに書類作成時点の状況で記入してください。

3-1 従業者の配置状況

※運営指導当日に所属している従業者(採用予定を含む)について記入してください。

職名 ※兼務がある場合、その職名も記入	常勤・非常勤の別	氏名(年齢)	資格	取得年月日	兼務先及び兼務先での週当たりの勤務時間 (兼務がある場合のみ記入)
	週当たりの勤務時間	採用年月日(勤務年数)			
管理者	常勤・非常勤	()		S・H・R . .	兼務先: 週: h
	週 h	S・H・R . . ()			
	常勤・非常勤	()		S・H・R . .	兼務先: 週: h
	週 h	S・H・R . . ()			
	常勤・非常勤	()		S・H・R . .	兼務先: 週: h
	週 h	S・H・R . . ()			
	常勤・非常勤	()		S・H・R . .	兼務先: 週: h
	週 h	S・H・R . . ()			
	常勤・非常勤	()		S・H・R . .	兼務先: 週: h
	週 h	S・H・R . . ()			
	常勤・非常勤	()		S・H・R . .	兼務先: 週: h
	週 h	S・H・R . . ()			
	常勤・非常勤	()		S・H・R . .	兼務先: 週: h
	週 h	S・H・R . . ()			
	常勤・非常勤	()		S・H・R . .	兼務先: 週: h
	週 h	S・H・R . . ()			
	常勤・非常勤	()		S・H・R . .	兼務先: 週: h
	週 h	S・H・R . . ()			

※注 ① 正規職員以外の職員(非常勤職員、パートタイマー等)ももれなく記入してください。

・常勤職員とは、施設の就業規則で定められている週当たりの勤務時間数の勤務をする方です。

・非常勤職員とは、施設の就業規則で定められている週当たりの勤務時間数の勤務をしない方です。

② 「勤務形態」欄については、雇用契約書等に基づく勤務時間数を記入してください。(例:週○時間、週○日○時間、月○日○時間 等)

③ 記入欄が不足する場合は、この様式をコピーし追加して作成してください。

④ 職名は運営基準に定められている職名(医師、薬剤師、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、栄養士)を記入してください。

3-2 勤務表(運営指導前月実績)を、1部添付してください。

※運営指導が月の初旬の場合は、前々月の実績を添付してください。

3-3 退職者の状況

※前年度4月から運営指導当日までの退職者(予定を含む)について記入してください。

職名 ※兼務がある場合、その職名も記入	常勤・非常勤の別	氏名(年齢)	資格 (介護に携わる資格を記入)	取得年月日	兼務先及び兼務先での週当たりの勤務時間 (兼務がある場合のみ記入)
	週当たりの勤務時間	採用年月日(勤務年数) 退職年月日 (退職理由等を記入)			
	常勤・非常勤	()			兼務先:
	週 h	S・H・R . . () H・R . . 退職 ()		S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤	()			兼務先:
	週 h	S・H・R . . () H・R . . 退職 ()		S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤	()			兼務先:
	週 h	S・H・R . . () H・R . . 退職 ()		S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤	()			兼務先:
	週 h	S・H・R . . () H・R . . 退職 ()		S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤	()			兼務先:
	週 h	S・H・R . . () H・R . . 退職 ()		S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤	()			兼務先:
	週 h	S・H・R . . () H・R . . 退職 ()		S・H・R . .	週: h

※注 ① 正規職員以外の職員(非常勤職員、パートタイマー等)ももれなく記入してください。

・常勤職員とは、施設の就業規則で定められている週当たりの勤務時間数の勤務をする方です。

・非常勤職員とは、施設の就業規則で定められている週当たりの勤務時間数の勤務をしない方です。

② 「勤務形態」欄については、雇用契約書等に基づく勤務時間数を記入してください。(例:週○時間、週○日○時間、月○日○時間 等)

③ 記入欄が不足する場合は、この様式をコピーし追加して作成してください。

④ 職名は運営基準に定められている職名(医師、薬剤師、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、栄養士)を記入してください。

4 事業所の平面図

※既存の資料(指定申請時添付資料等)での提出でも可能です。この様式は枠内の質問に回答の上、必ず提出してください。

※公用車(軽自動車)での運営指導訪問：(可 ・ 不可) 駐車場：(有 ・ 無)

※ 併設事業所の場合等、建物の一部を使用している場合は区分がわかるように作成してください。

5 居宅サービス（短期入所療養介護）利用者の一覧表

事業所名(_____)

※保険者名欄は鹿児島市以外の場合のみ記入

No	居室の番号又は名称	利用者氏名	年齢	要支援 要介護 状態区分	利用開始年月日	行動・心理症状の内容	経管栄養・喀痰吸引・褥瘡・身体拘束、入院中等、特記すべき事項があれば記入してください	保険者名
(例)	さくら	鹿児島 花子	80	要介護 3 要支援	Ⓜ 30年〇月〇日 R	被害妄想 徘徊	夜間のみ四点柵	
1				要支援 要介護	H 年 月 日 R			
2				要支援 要介護	H 年 月 日 R			
3				要支援 要介護	H 年 月 日 R			
4				要支援 要介護	H 年 月 日 R			
5				要支援 要介護	H 年 月 日 R			
6				要支援 要介護	H 年 月 日 R			
7				要支援 要介護	H 年 月 日 R			
8				要支援 要介護	H 年 月 日 R			
9				要支援 要介護	H 年 月 日 R			
10				要支援 要介護	H 年 月 日 R			
行動・心理症状のある利用者の人数					計 人	鹿児島市以外の保険者人数		人

※注 ①記入欄が不足する場合はこの様式を複写して追加してください。

②事業所で作成されている既存の利用者名簿があり、上記の内容がわかる場合は、その名簿の提出で差し支えありません

6 前年度（令和 年度）の利用者の状況

※介護老人福祉施設や介護老人保健施設と併設する事業所は提出不要です。（併設する施設で提出してください。）

事業所名(_____)

	日数(日) A	利用者延べ数(人) B	利用者平均(人) $B \div A = C$	備 考
4月	30			
5月	31			
6月	30			
7月	31			
8月	31			
9月	30			
10月	31			
11月	30			
12月	31			
1月	31			
2月	28			
3月	31			
合計	365			

※ 記入上の留意事項

1. 当該年度の前年度(毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。)の状況を記入してください。
2. 利用者延べ数は、利用した日を含み、退所した日は含めずに算定してください。
3. 平均数については、小数点第2位以下を切り上げてください。

【算定例】

- 4月3日から5日まで(2泊3日)のショート利用1名
短期入所の利用者延べ数 2人