

令和 年度

指定（介護予防）短期入所療養介護事業所運営指導事前提出資料
令和6年4月改訂版

事業者番号	0	9								
-------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

事業者名	
------	--

- 注1) 複数の事業所を併設している事業所については、事業ごとに資料を作成してください。（重複する部分は省略可）
- 注2) 平面図を添付してください。
- 注3) パンフレット等の施設概要の分かるものを添付してください。

1 事業所の概要

開設者等の状況

令和 年 月 日現在

開設者の状況	法人等の種別及び名称						
	代表者職氏名						
施設状況	名称		定員	全病床数			
				療養病床数		介護保険適用病床数	
	所在地	〒 -					
	管理者の氏名		事業所の電話番号				
	事業所のメールアドレス						
	施設形態	<input type="checkbox"/> 療養病床を有する病院（完全型・転換型）			<input type="checkbox"/> 老人性認知症疾患病棟を有する病院（完全型・転換型）		
		<input type="checkbox"/> 療養病床を有する診療所			<input type="checkbox"/> 基準適合診療所		
併設する指定居宅サービス事業所等	①サービスの種類		事業所名				
	②サービスの種類		事業所名				
	③サービスの種類		事業所名				

※1 「併設する」とは、開設者が同じで同一敷地内にあるものをいい、当該施設と公道を挟んで隣接するものを含む。

2 「指定居宅サービス事業所等」とは、指定居宅サービス事業所及び介護保険施設をいう。

2 職員の状況（併施設資料の写し可）

令和 年 月 日現在

職 種	氏 名	資 格	事業所における勤務形態(常勤, 非常勤)	専従・兼務の別	兼務先事業所名とその職種	常勤換算数	勤務年数			備 考	
							うち入所	うち通所	うち外来		

- ※ 1 本表は、指定病床を含む病棟における職員の配置状況について記載すること。
- 2 「職種」は、管理者、医師、薬剤師、栄養士、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、事務職等と記載する。
- 3 「資格」は、医師、薬剤師、看護師、准看護師、実務者研修修了者、ヘルパー1級、理学療法士、無資格等と記載する。
- 4 「常勤・非常勤」については、雇用形態ではなく、事業所における勤務形態を記載する。（例えば常勤従業者が週40時間勤務である場合、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は「常勤」と記載。）
- 5 「専従・兼務の別」は、複数の職種又は事業所に従事する場合は「兼務」、それ以外は「専従」と記載する。
- 6 同一事業所で複数の職種に従事する場合は、「兼務先事業所名とその職種」欄に「同事業所」と記載し、兼務する職種を併記する。
- 7 「当該事業所の勤務割合」は、常勤従業者の勤務時間を1としてその割合を記載する。（例えば常勤従業者が週40時間である場合に、当該職員が週10時間勤務であれば $10 / 40 = 0.25$ とする。）
- 8 「勤続年数」とは、当月の前月の末日時点における勤続年数をいい、勤続年数の算定にあたっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。

3 前年度の短期利用者数等（併施設設資料の写し可）

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

※平均利用者数等＝前年度の延短期利用者合計数÷1年間の日数（小数第二位以下切り上げ）

4 職員研修・訓練の実施状況 実施したすべて（2回実施したものは2回分）の研修・訓練について実施年月（予定を含む）を記載してください。

		(記載例) 感染症対策(4月), 虐待防止(5月)
新規採用時研修	前年度	
	今年度	
定期的な職員研修	前年度	
	今年度	
定期的な訓練 (シミュレーション)	前年度	
	今年度	

- ※ 1 新規採用時研修, 定期的な職員研修, 定期的な訓練(シミュレーション) についての実施状況について記載する。
2 実施した内容及び実施月について記載する。

5 事故等の発生状況

	ヒヤリハット 発生件数	事故件数 (件)	事故件数の内訳(件)		
			転倒・転落等	服薬事故	その他
前年度					
今年度					

	市町村へ報告 した事故(件)
前年度	
今年度	

- ※ 1 ヒヤリハット件数, 事故件数, 事故件数の内訳を記載する。
2 事故件数の内, 市町村へ報告した件数を記載する。

6 介護給付費算定加算一覧

	施設の種別	タイプ	算定加算の名称	備考
短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> エット型個室 <input type="checkbox"/> エット型個室的多床室		
	<input type="checkbox"/> 療養病床を有する病院			
	<input type="checkbox"/> 療養病床を有する診療所			
	<input type="checkbox"/> 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院			
	<input type="checkbox"/> 介護医療院			
	<input type="checkbox"/> 基準適合診療所			

7 介護給付費算定に係る体制等に関する状況

(1) 夜勤職員配置加算

加算なし 加算あり

※直近3か月分の夜勤職員配置加算の職員の配置要件を確認した計算書（夜勤職員配置加算算定表及び別紙 等）を添付してください。

(2) サービス提供体制強化加算

加算なし 加算(I) 加算(II) 加算(III)

① サービス提供体制強化加算（I）～（III）共通 【前年度実績】 ※算定に当たって適用する要件に応じて記入してください。

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計（人）
①	介護職員の総数（常勤換算）												
②	①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）												
③	①のうち各月の前月の末日時点における勤続年数が10年以上の介護福祉士の総数（常勤換算）												
②/①													
③/①													

※ 1 介護職員に係る常勤換算にあつては、利用者・入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。

2 介護

3 前年度の実績が6月に満たない事業所は、届出を行った月以降の実績を提出すること。

② サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 【前年度実績】 ※算定に当たって適用する要件に応じて記入してください。

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計（人）
①	看護・介護職員の総数（常勤換算）												
②	①のうち常勤の者の総数（常勤換算）												
②/①													

(%)

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計（人）
①	直接サービスを提供する職員の総数（常勤換算）												
②	①のうち、各月の前月の末日時点における勤続年数が7年以上の者の人数（常勤換算）												
②/①													

(%)

※ 直接サービスを提供する職員とは、看護職員、介護職員、支援相談員、理学（作業）療法士又は言語聴覚士として勤務を行う職員を指す。

タイムテーブル

出勤形態	時間帯	6時	9時	12時	15時	18時	21時	24時	3時	6時
夜間及び深夜の時間帯										

タイムテーブル（作成例）

出勤形態	時間帯	6時	9時	12時	15時	18時	21時	24時	3時	6時
日勤	8:00~17:00		[勤務時間]							
早番	6:00~15:00	[勤務時間]								
遅番	13:00~23:00			[勤務時間]						
夜勤	21:00~8:00	[勤務時間]					[勤務時間]			
夜間及び深夜の時間帯	21:00~6:00	[勤務時間]					[勤務時間]			