

添付資料

短期入所療養介護

事業所名	
指定番号	

作成者 _____ 印

_____ 印

_____ 印

作成日 年 月 日

管理者確認欄（署名）	印
------------	---

短期入所療養介護

法人（開設者）の名称			
法人（開設者）の所在地	〒		
連絡先	TEL Eメール	Fax	
代表者職名		代表者氏名	

事業所番号		指定年月日		年	月	日
事業所の名称						
所在地	〒					
連絡先	TEL Eメール	Fax				
本体施設の種別	1. 介護老人保健施設 2. 介護療養型医療施設 3. 診療所 4. 介護医療院					
本体施設の入所（院）定員	人					

1. 管理者

管理者氏名	
-------	--

2. 従業者の人数

	医 師		（老 健） 支援相談員		看護職員		介護職員		薬剤師	
	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務
常 勤										
非 常 勤										

	栄 養 士		理学療法士又 は作業療法士	
	専 従	兼 務	専 従	兼 務
常 勤				
非 常 勤				

3. 月間のサービス提供状況（直近のものを記入）

単位：人

	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
	利用者数	利用者数	利用者数	利用者数	利用者数	利用者数
要介護1	()	()	()	()	()	()
要介護2	()	()	()	()	()	()
要介護3	()	()	()	()	()	()
要介護4	()	()	()	()	()	()
要介護5	()	()	()	()	()	()
合 計	()	()	()	()	()	()

注1) 利用者人数は延入日数で記入し、() 内に実人数を記入して下さい。

4. 施設の面積や設備について

1室あたりの定員 (最も多い部屋)			人	一人あたりの居室の面積 (最も小さいもの)	m ²
廊下幅	片廊下 m	中廊下 m		食堂と 機能回復訓練室の合計面積	m ²
感染症予防に必要な 設備及び備品の 種類					

5. 利用料について

(1) 利用料（本人負担額）はどのように徴収しているか。

毎回徴収している 月締めで徴収している その他

入金方法： 現金 銀行等振込み 口座引落とし その他

(2) その他の利用料としてはどのようなものを徴収しているか。
(重要事項説明書の該当部分を添付)

6. 短期入所療養介護計画について

(1) 短期入所療養介護計画書は何件作成しているか。（過去1年間）
件

7. 身体拘束を行った事例があれば記入してください。

8. 苦情処理に対して、担当者の配置など体制を整えているか。

苦情処理担当職員の氏名	
” の資格	
苦情処理件数 (過去1年間)	件

9. 加算の状況について 9-1 (老健)

基本区分	老健短期入所療養介護費 ユニット型老健短期入所療養介護費
施設区分	老健(Ⅰ) 老健(Ⅱ) 老健(Ⅲ) 老健(Ⅳ) ユニット老健(Ⅰ) ユニット老健(Ⅱ) ユニット老健(Ⅲ) ユニット老健(Ⅳ) 特定老健短期療養
居室区分	従来型個室 多床室 ユニット型個室 ユニット型個室の多床室
夜間勤務条件基準	基準型 減算型
夜勤職員配置加算	有 無
個別リハビリテーション実施加算	有 無
認知症ケア加算	有 無
認知症行動・心理症状緊急対応加算	有 無
若年性認知症利用者受入加算	有 無
在宅復帰・在宅療養支援機能加算	無 加算Ⅰ 加算Ⅱ
送迎加算	有 無
特別療養費	有 無
療養体制維持特別加算	無 加算Ⅰ 加算Ⅱ
総合医学管理加算	有 無
療養食加算	有 無
認知症専門ケア加算	無 加算Ⅰ 加算Ⅱ
緊急時施設療養費	有 無
サービス提供体制強化加算	無 加算Ⅰ 加算Ⅱ 加算Ⅲ
ユニットにおける職員減算	有 無
定員超過による減算	有 無
職員の欠員による減算の状況	無・医師・看護職員・介護職員・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
緊急短期入所受入加算	有 無
重度療養管理加算	有 無
介護職員処遇改善加算	無 加算Ⅰ 加算Ⅱ 加算Ⅲ 加算Ⅳ 加算Ⅴ
介護職員等特定処遇改善加算	無 加算Ⅰ 加算Ⅱ

年 月分（直近の1ヶ月について記入）

事業所名

事業所類型	
-------	--

夜勤勤務条件	基準型	減算型
定員超過及び職員欠員による減算	有	無

ユニット減算：有 無

氏名	算定単位 (単位数)	加算の状況															合計 (単位数)	保険 請求額 (円)	本人 負担額 (1割) (円)	その他 の利用 料 (円)								
		個別リハビリ テーション 実施加算 (単位数)	夜勤職員 配置加算 (単位数)	認知症行動・ 心理症状緊急 対応加算 (単位数)	若年性認知症 利用者受入加算 (単位数)	在宅復帰・ 在宅療養 支援機能加算 (単位数)	送迎加算 (単位数)	療養体制維 持特別加算 (単位数)	療養食加算 (単位数)	認知症専門 ケア加算 (単位数)	認知症ケア加算 (単位数)	特別療養費 (単位数)	サービス提供 体制強化加算 (単位数)	緊急時施設 療養費 (単位数)	緊急短期入所 受入加算 (単位数)	重度療養 管理加算 (単位数)					介護職員処遇 改善加算 (単位数)							
合計																												

- 注1) 単位数を記入する欄には利用者個人ごとに一月分の保険請求の基礎となった単位数を記入してください。
- 注2) 事業所類型には、報酬に係る基本部分による類型を記入してください。（「介護老人保健施設短期入所療養介護（I）」等）
- 注3) 当該月における夜勤勤務条件、定員超過及び職員欠員の状況について○を付けてください。
- 注4) ユニットにおける職員減算の有無については、右上の欄（減免の有無）に○を記入して下さい。

9. 加算の状況について

9-2 (療養病床)

基本区分	療養病床短期入所療養介護費 ユニット型療養病床短期入所療養介護費 療養病床経過型短期入所療養介護費 ユニット型療養病床経過型短期入所療養介護費
施設区分	病床 (I) 病床 (II) 病床 (III) 経過型 (I) 経過型 (II) ユニット病床 (I) ユニット病床 (II) ユニット経過型 (I) ユニット経過型 (II) 特定療養短期
居室区分	従来型個室 多床室 ユニット型個室 ユニット型個室的多床室
夜間勤務条件基準	基準型 加算型 I 加算型 II 加算型 III 加算型 IV 減算型
夜間勤務看護加算	加算 I 加算 II 加算 III 加算 IV
認知症行動・心理症状緊急対応加算	有 無
若年性認知症利用者受入加算	有 無
療養環境減算	有 無
送迎加算	有 無
療養食加算	有 無
認知症専門ケア加算	無 加算 I 加算 II
特定診療費	有 無
サービス提供体制強化加算	無 加算 I 加算 II 加算 III
僻地医師減算	有 無
ユニットにおける職員減算	有 無
定員超過による減算	有 無
職員の欠員による減算の状況	無・看護職員・介護職員
医師の配置基準	基準型 医療法施行規則第49条適用
緊急短期入所受入加算	有 無
介護職員処遇改善加算	無 加算 I 加算 II 加算 III 加算 IV 加算 V
介護職員等特定処遇改善加算	無 加算 I 加算 II

年 月分（直近の1ヶ月について記入）

事業所名

事業所類型	
-------	--

夜勤勤務条件	
定員超過及び職員欠員による減算	有 無
医師の配置基準	基準型 49条適用

僻地医師減算：有 無
療養環境減算：有 無
ユニット減算：有 無

氏名	算定単位 (単位数)	加算の状況										合計 (単位数)	保険請求額 (円)	本人負担額 (1割) (円)	その他の利用料 (円)	
		夜間勤務看護加算 (単位数)	認知症行動・心理症状緊急対応加算 (単位数)	若年性認知症利用者受入加算 (単位数)	送迎加算 (単位数)	療養食加算 (単位数)	認知症専門ケア加算 (単位数)	特定診療費 (単位数)	サービス提供体制強化加算 (単位数)	緊急短期入所受入加算 (単位数)	介護職員処遇改善加算 (単位数)					
合計																

- 注1) 単位数を記入する欄には利用者個人ごとに一月分の保険請求の基礎となった単位数を記入してください。
- 注2) 事業所類型には、報酬に係る基本部分による類型を記入してください。（「病院療養病床短期入所療養介護(I)」等）
- 注3) 当該月における夜勤勤務条件、定員超過及び職員欠員の状況、医師の配置基準について○を付けてください。
- 注4) ユニットにおける職員減算、療養環境減算、僻地医師減算の有無については、右上の欄（減免の有無）に○を記入して下さい。

9. 加算の状況について

9-3 (診療所)

基本区分	診療所短期期入所療養介護費 ユニット型診療所短期入所療養介護費
施設区分	診療所（Ⅰ） 診療所（Ⅱ） ユニット診療所（Ⅰ） ユニット診療所（Ⅱ） 特定診療所短期
居室区分	従来型個室 多床室 ユニット型個室 ユニット型個室的多床室
食堂の有無	基準型 減算型
認知症行動・心理症状緊急対応加算	有 無
若年性認知症利用者受入加算	有 無
送迎加算	有 無
療養食加算	有 無
認知症専門ケア加算	無 加算Ⅰ 加算Ⅱ
特定診療費	有 無
サービス提供体制強化加算	無 加算Ⅰ 加算Ⅱ 加算Ⅲ
設備基準減算	有 無
定員超過による減算	有 無
ユニットにおける職員減算	有 無
緊急短期入所受入加算	有 無
介護職員処遇改善加算	無 加算Ⅰ 加算Ⅱ 加算Ⅲ 加算Ⅳ 加算Ⅴ
介護職員等特定処遇改善加算	無 加算Ⅰ 加算Ⅱ

年 月分（直近の1ヶ月について記入）

事業所名

事業所類型	
-------	--

定員超過減算	有 無
--------	-----

設備基準減算：有 無
 食堂減算：有 無
 ユニット減算：有 無

氏名	算定単位	加算の状況									合計 (単位数)	保険 請求額 (円)	本人 負担額 (1割) (円)	その他 の利用 料 (円)
	算定単位 (単位数)	認知症行動・ 心理症状 緊急対応加算 (単位数)	若年性認知症 利用者受入 加算 (単位数)	送迎加算 (単位数)	療養食加算 (単位数)	認知症専門ケア 加算 (単位数)	特定診療費 (単位数)	サービス提供 体制強化加算 (単位数)	緊急短期入所 受入加算 (単位数)	介護職員 処遇改善加算 (単位数)				
合計														

- 注1) 単位数を記入する欄には利用者個人ごとに一月分の保険請求の基礎となった単位数を記入してください。
- 注2) 事業所類型には、報酬に係る基本部分による類型を記入してください。（「診療所短期入所療養介護（I）」等）
- 注3) 当該月における夜勤勤務条件、定員超過及び職員欠員の状況について○を付けてください。
- 注4) ユニットにおける職員減算、設備基準減算の有無については、右上の欄（減免の有無）に○を記入して下さい。

9. 加算の状況について

9-4 (認知症病棟病院)

基本区分	認知症短期入所療養介護費 ユニット型認知症短期入所療養介護費 認知症経過型短期入所療養介護費
施設区分	認知症疾患型 (I) 認知症疾患型 (II) 認知症疾患型 (III) 認知症疾患型 (IV) 認知症疾患型 (V) 認知症経過型 (I) 認知症経過型 (II) ユニット型認知症 (I) ユニット型認知症 (II) 特定認知症短期
居室区分	従来型個室 多床室 ユニット型個室 ユニット型個室的多床室
送迎加算	有 無
療養食加算	有 無
特定診療費	有 無
サービス提供体制強化加算	無 加算 I 加算 II 加算 III
僻地医師減算	有 無
ユニットにおける職員減算	有 無
定員超過による減算	有 無
職員の欠員による減算の状況	無・看護職員・介護職員
緊急短期入所受入加算	有 無
介護職員処遇改善加算	無 加算 I 加算 II 加算 III 加算 IV 加算 V
介護職員等特定処遇改善加算	無 加算 I 加算 II

年 月分（直近の1ヶ月について記入）

事業所名

事業所類型	
-------	--

定員超過及び職員 欠員による減算	有 無
---------------------	-----

僻地医師減算：有 無

ユニット減算：有 無

氏名	算定単位	加算の状況						合計	保険 請求額	本人 負担額 (1割)	その他 の利用 料
	算定単位 (単位数)	送迎加算 (単位数)	療養食加算 (単位数)	特定診療費 (単位数)	サービス提供体制 強化加算 (単位数)	緊急短期入所 受入加算 (単位数)	介護職員 処遇改善加算 (単位数)				
合計											

- 注1) 単位数を記入する欄には利用者個人ごとに一月分の保険請求の基礎となった単位数を記入してください。
- 注2) 事業所類型には、報酬に係る基本部分による類型を記入してください。（「病院療養病床短期入所療養介護（I）」等）
- 注3) 当該月における夜勤勤務条件、定員超過及び職員欠員の状況について○を付けてください。
- 注4) ユニットにおける職員減算、僻地医師減算の有無については、右上の欄（減免の有無）に○を記入して下さい。

9. 加算の状況について

9-1 (介護医療院)

基本区分	介護医療院短期入所療養介護費 ユニット型介護医療院短期入所療養介護費
施設区分	I型介護医療院 II型介護医療院 ユニット型I型介護医療院 ユニット型II型介護医療院 特定介護医療院
居室区分	従来型個室 多床室 ユニット型個室 ユニット型個室的多床室
夜間勤務条件基準	基準型 加算型I 加算型II 加算型III 加算型IV 減算型
療養環境基準(廊下)	基準型 減算型
療養環境基準(療養室)	基準型 減算型
認知症行動・心理症状緊急対応加算	有 無
緊急短期入所受入加算	有 無
若年性認知症利用者受入加算	有 無
送迎加算	有 無
療養食加算	有 無
緊急時施設診療費	有 無
認知症専門ケア加算	無 加算I 加算II
重度認知症疾患療養体制加算	無 加算I 加算II
特別診療費	重皮皮膚潰瘍管理指導 薬剤管理指導 集団コミュニケーション療法
リハビリテーション提供体制	理学療法I 作業療法 言語聴覚療法 精神科作業療法 その他
ユニットケア体制	有 無
サービス提供体制強化加算	無 加算I 加算II 加算III
定員超過による減算	有 無
職員の欠員による減算の状況	無 医師 薬剤師 看護職員 介護職員
介護職員処遇改善加算	無 加算I 加算II 加算III 加算IV 加算V
介護職員等特定処遇改善加算	無 加算I 加算II

年 月分（直近の1ヶ月について記入）

事業所名

事業所類型	
-------	--

夜勤務条件	基準型	減算型
定員超過及び職員欠員による減算	有	無

療養環境基準：有 無
 ユニット減算：有 無

氏名	算定単位 (単位数)	加算の状況												合計 (単位数)	保険 請求額 (円)	本人 負担額 (1割) (円)	その他 の利用 料 (円)
		認知症行動・ 心理症状緊急 対応加算 (単位数)	緊急短期入所 受入加算 (単位数)	若年性認知症 利用者受入加算 (単位数)	送迎加算 (単位数)	療養食加算 (単位数)	緊急時施設 療養費 (単位数)	認知症専門 ケア加算 (単位数)	重度認知症疾患 療養体制加算 (単位数)	夜勤職員 配置加算 (単位数)	特別診療費 (単位数)	リハビリテーシ ョン提供体制 (単位数)	サービス提供 体制強化加算 (単位数)				
合計																	

- 注1) 単位数を記入する欄には利用者個人ごとに一月分の保険請求の基礎となった単位数を記入してください。
- 注2) 事業所類型には、報酬に係る基本部分による類型を記入してください。（「I型介護医療院短期入所療養介護」等）
- 注3) 当該月における夜勤務条件、定員超過及び職員欠員の状況について○を付けてください。
- 注4) ユニットにおける職員減算の有無については、右上の欄（減免の有無）に○を記入して下さい。

短期入所療養介護事業従業者一覧

氏名	職種	兼務している職種	資格	常勤・非常勤の別

注) 「兼務している職種」には、貴事業所と一体となっている介護予防短期入所療養介護事業所を記入する必要はありません。