

事前提出資料

介護予防短期入所生活介護・ 共生型介護予防短期入所生活介護

事業所名	
指定番号	

作成者

作成日

令和 年 月 日

管理者確認欄（署名）

介護予防短期入所生活介護・共生型介護予防短期入所生活介護

法人の名称			
法人の所在地	〒		
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			
単独・併設の別	単 独		併 設			
本体施設の種別・名称						
専用床の利用定員	人（ユニット 人）		本体施設の入所（院）定員		人（ユニット 人）	
本体施設の入所（院）定員と短期入所専用床数合計			人（ユニット 人）			

注）ユニット型の居室がある場合は、（ユニット 人）にユニット型の定員を記載してください。

1. 管理者

管理者氏名			他の施設等との兼務	有	無
当該施設における他の職務との兼務	有 兼務する職種名：		無 兼務する職種名：	施設名： 兼務する職種名：	

2. 従業者の人数

	医師		生活相談員		看護職員		介護職員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常 勤								
非常勤								

	管理栄養士		栄養士		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常 勤						
非常勤						

注）併設施設の場合は、本体施設の従業者との合計人数を記入してください。

3. ユニットリーダー（ユニット型のみ記入してください。）

氏 名	ユニットリーダー研修受講	氏 名	ユニットリーダー研修受講
	有 無		有 無
	有 無		有 無
	有 無		有 無

4. 施設の面積や設備について

1室あたりの最大定員			一人あたりの居室の最小面積	m ²
廊下幅	片廊下 m	中廊下 m	食堂と 機能訓練室の合計面積	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. 身体的拘束について

(1) やむを得ず身体的拘束を行った事例があるか。

① 事例がある ② 事例はない

(2) やむを得ず身体的拘束を行う際にその理由や状態を記録しているか。

① 記録している ② 記録していない

7. 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

8. 加算・減算の状況

(1) 減算

高齢者虐待防止措置未実施減算	有	無
業務継続計画未策定減算	有	無
身体拘束廃止未実施減算	有	無
夜勤を行う職員の勤務条件を満たさない場合の減算	有	無
定員超過による減算	有	無
職員の欠員による減算	無	看護職員 介護職員
ユニットにおける職員減算	有	無
共生型介護予防短期入所生活介護を行う場合の減算	有	無
長期利用者に対する減算	有	無

(2) 加算

基本区分	・短期入所生活介護費 ・ユニット型短期入所生活介護費	
施設区分	・単独型 ・併設型 ・単独型ユニット型 ・併設型ユニット型	
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	減算型
生活相談員配置等加算 (共生型のみ)	有	無
生活機能向上連携加算	有 (Ⅰ・Ⅱ)	無
機能訓練体制加算	有	無
個別機能訓練加算	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	有 (Ⅰ・Ⅱ)	無
サービス提供体制強化加算	有 (Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)	無

生産性向上推進体制加算	有（Ⅰ・Ⅱ） 無
口腔連携強化加算	有 無
介護職員等処遇改善加算	有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ） 無

年 月分（直近の1ヶ月について記入）

事業所名

業所類型		夜勤勤務条件	基準型 減算型	割引率 % 減免の有無： 有 ・ 無
------	--	--------	---------	-----------------------

氏 名	所定 単位	加算状況													減算状況										合 計 (単位数)	保 険 請求額 (円)	本 人 負担額 (円)
	所定単位 (単位数)	生活相談員 配置等加算 (単位数)	生活機能向 上連携加算 (単位数)	機能訓練 体制加算 (単位数)	個別機能 訓練加算 (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)	サービス提供 体制強化加算 (単位数)	生産性向上推 進体制加算 (単位数)	口腔連携強 化加算 (単位数)	介護職員等処 遇改善加算 (単位数)	高齢者虐待 防止措置未 実施減算 (単位数)	業務継続計 画未策定減 算 (単位数)	身体拘束 廃止未策 定減算 (単位数)	定員超 過による 減算 (単位 数)	職員の欠 員による 減算 (単位数)	ユニットに おける職員 減算 (単位数)	共生型介護予 防短期入所生 活介護を行う 場合 (単位数)	長期利用者 に対する減 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。（「単独型ユニット型短期入所生活介護（Ⅰ）」など）

注3) 当該月における夜勤勤務条件について○を付けてください。

注4) 社会福祉法人において利用者負担減免の実施をしているものがある場合、右上の欄（減免の有無）に○を記入して下さい。

[illegible]

注)「兼務している職種」には、貴事業所と一体となっている短期入所生活介護事業所を記入する必要はありません。