|  |
| --- |
| 事前提出資料通所介護 |
|  |  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）  |  |
|   |

通所介護

|  |  |
| --- | --- |
| 法人の名称 |  |
| 法人の所在地 | 〒 |
| 連　絡　先 |  ℡ Fax Eﾒｰﾙ |
| 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 |  |
| 事業所所在地 |  〒 |
| 連　絡　先 |  ℡ Fax Eﾒｰﾙ |
| 同一敷地内にある他の施設等 |  |
| 利用定員 | 人　 |  １日当たりの平均利用者数 | 人　 |
| 営　業　日 |  |  営業時間 |  |

１．管理者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  管理者氏名 |  | 他の施設等との兼務 | 有　　　　無 |
|  他の職種との兼務 | 有　　　　無 | 兼務している他施設の名称とその職種 |  |

２．従業者の人数

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | 機能訓練指導員 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常　勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |

３．機能訓練指導員の資格

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資　格 |  |  |

４．専用の部屋の面積や設備について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  食堂及び機能訓練室の合計面積 | ㎡  | 利用定員１人あたりの面積 | ㎡  |
|  相談室を設けていない場合相談 スペースの状況 |  |
|  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。

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

|  |  |
| --- | --- |
|  職員の欠員による減算 | 看護職員　　介護職員　　無 |
|  定員超過による減算 | 有　　　　　　無 |
| ２時間以上３時間未満の通所介護を行う場合の減算 | 有　　　　　　無 |
| 共生型通所介護を行う場合の減算 | 有　　　　　　無 |
| 事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所介護を行う場合 | 有　　　　　　無 |
| 送迎減算 | 有　　　　　　無 |
| 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 |

（2）加算

|  |  |
| --- | --- |
|  施設区分 | 通常規模　大規模(Ⅰ)　大規模(Ⅱ) |
|  延長加算 | 有　　　　　　無 |
| 生活相談員配置等加算（共生型のみ） | 有　　　　　　無 |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 | 有　　　　　　無 |
| 中重度者ケア体制加算 | 有　　　　　　無 |
| 生活機能向上連携加算 | 有（Ⅰ・Ⅱ）　無 |
| 個別機能訓練加算 | 有（Ⅰイ・Ⅰロ・Ⅱ）　無 |
| ＡＤＬ維持等加算 | 有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）　無 |
| 入浴介助加算 | 有（Ⅰ・Ⅱ）　無 |
| 認知症加算 | 有　　　　　　無 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 有　　　　　　無 |
| 栄養改善加算 | 有　　　　　　無 |
| 口腔・栄養スクリー二ング加算 | 有（Ⅰ・Ⅱ）　無 |
| 口腔機能向上加算 | 有（Ⅰ・Ⅱ）　無 |
| サービス提供体制強化加算 | 有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）　無 |
| 介護職員等処遇改善加算 | 有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ）　無 |
| 臨時的な利用者数の減少による利用者一人あたりの経費の増加に対応するための加算 | 有　　　　　　無 |
| 栄養アセスメント加算 | 有　　　　　　無 |
| 科学的介護推進体制加算 | 有　　　　　　無 |

　　　　年　　　月分　（直近の１ヶ月について記入）

事業所名

定員　　　　人　　割引率　　　　％

施設等の区分：通常規模・大規模(Ⅰ)・大規模(Ⅱ)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） |
| 所定単位数(単位数) | 延長加算(単位数) | 生活相談員等配置加算（単位数） | 中山間地域等利用者加算（単位数） | 中重度者ケア体制加算(単位数) | 生活機能向上連携加算（単位数） | 個別機能訓練加算(単位数) | ＡＤＬ維持等加算（単位数） | 入浴介助加算(単位数) | 認知症加算(単位数) | 若年性認知症利用者受入加算(単位数) | 栄養改善加算（単位数） | 口腔・栄養スクリー二ング加算（単位数） | 口腔機能向上加算（単位数） | サービス提供体制強化加算(単位数) | 介護職員等処遇改善加算(単位数) | 特定の利用者数の減少に伴って生じる加算（単位数） | 栄養アセスメント加算（単位数） | 科学的介護推進体制加算（単位数） | 職員の欠員による減算(単位数) | 定員超過による減算（単位数） | ２時間以上３時間未満の通所介護を行う場合（単位数） | 共生型通所介護を行う場合（単位数） | 同一建物減算(単位数) | 送迎減算（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） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注１）単位数を記入する欄には利用者個人ごとに保険請求の基礎となった単位数の一月分の合計を記入してください。

注２）施設等の区分及び減算の有無については、該当するものを○で囲んで下さい。

介護保険適用利用者とその他の利用者一覧

利用定員(　　　　)人

機能訓練室面積(　　　　)㎡

　　年　　月

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日 | 介護保険適用利用者 | その他(　　　　　)ｃ  | 合　　計ａ＋ｂ＋ｃ | 備　考 |
| 介護サービスａ  | 総合事業ｂ  |
| 　　　１ | 人  | 人  | 人  | 人  |  |
| 　　　２ |  |  |  |  |  |
| 　　　３ |  |  |  |  |  |
| 　　　４ |  |  |  |  |  |
| 　　　５ |  |  |  |  |  |
| 　　　６ |  |  |  |  |  |
| 　　　７ |  |  |  |  |  |
| 　　　８ |  |  |  |  |  |
| 　　　９ |  |  |  |  |  |
| 　　１０ |  |  |  |  |  |
| 　　１１ |  |  |  |  |  |
| 　　１２ |  |  |  |  |  |
| 　　１３ |  |  |  |  |  |
| 　　１４ |  |  |  |  |  |
| 　　１５ |  |  |  |  |  |
| 　　１６ |  |  |  |  |  |
| 　　１７ |  |  |  |  |  |
| 　　１８ |  |  |  |  |  |
| 　　１９ |  |  |  |  |  |
| 　　２０ |  |  |  |  |  |
| 　　２１ |  |  |  |  |  |
| 　　２２ |  |  |  |  |  |
| 　　２３ |  |  |  |  |  |
| 　　２４ |  |  |  |  |  |
| 　　２５ |  |  |  |  |  |
| 　　２６ |  |  |  |  |  |
| 　　２７ |  |  |  |  |  |
| 　　２８ |  |  |  |  |  |
| 　　２９ |  |  |  |  |  |
| 　　３０ |  |  |  |  |  |
| 　　３１ |  |  |  |  |  |

注１）作成日の前月の実績を記入のこと。

注２）その他の（　）内には介護保険以外のサービス名称を記入のこと。

 通所介護事業従業者一覧

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　種 | 氏　　名 | 兼務している種職 | 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第一号通所介護事業所、生活介護事業所、自立訓練（機能訓練・生活訓練）事業所、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所は記入する必要はありません。