

# 事前提出資料

## 短期入所生活介護・共生型短期入所生活介護

事業所名	
指定番号	

作成者 \_\_\_\_\_ 印  
\_\_\_\_\_ 印  
\_\_\_\_\_ 印

作成日            令和      年      月      日

管理者確認欄（署名）	印
------------	---

## 短期入所生活介護・共生型短期入所生活介護

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	無	兼務している他施設の名称とその職務	施設名： 兼務する職種名：	
	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. 月間のサービス提供状況（直近のものを記入）

	月分	月分	月分
	人数	人数	人数
要介護1	( )	( )	( )
要介護2	( )	( )	( )
要介護3	( )	( )	( )
要介護4	( )	( )	( )
要介護5	( )	( )	( )
合計	( )	( )	( )

注1) 利用者人数は延人数で記入し、( )内に実人数を記入して下さい。

5. 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 <sup>2</sup>
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 <sup>2</sup>
感染症予防に必要な設備 及び備品の種類				

6. 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)

7. 身体的拘束について

(1) 拘束服、ミトン型手袋、柵(サイドレール)、Y字型拘束帯や腰ベルトなどの用具または施錠できる部屋(居室)を備えているか。

備えている                      備えていない

(2) やむを得ず身体拘束を行う際にその理由や状態を記録しているか。

(3) 利用者、家族への同意取得についてはどのような方法によるか。

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

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 ユニット型準個室
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
機能訓練指導加算	有	無
個別機能訓練加算	有	無
看護体制加算	有 ( I ・ II ・ IIIイ ・ IIIロ ・ IVイ ・ IVロ )	無
医療連携強化加算	有	無
夜勤職員配置加算	有 ( I ・ II ・ III ・ IV )	無
認知症心理症状緊急加算	有	無
若年性認知症受入加算	有	無
送迎加算	有	無
緊急短期入所受入加算	有	無
療養食加算	有	無
在宅中重度者受入加算	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
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	無	看護職員 介護職員
長期利用者に対する減算	有	無
介護職員処遇改善加算	有 ( I ・ II ・ III )	無
介護職員等特定処遇改善加算	有 ( I ・ II )	無
介護職員等ベースアップ等 支援加算	有	無

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
ユニットにおける職員減算	有	無

割引率 %

減免の有無： 有 ・ 無

氏名	所定単位		加算の状況																	合計 (単位数)	保険請求額 (円)	本人負担額 (円)							
	所定単位 (単位数)	長期利用者に対する減算 (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)	機能訓練指導加算 (単位数)	個別機能訓練加算 (単位数)	看護体制加算 (単位数)	医療連携強化加算 (単位数)	夜勤職員配置加算 (単位数)	認知症心理症状緊急加算 (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)	緊急短期入所受入加算 (単位数)	療養食加算 (単位数)	在宅中重度者受入加算 (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)	介護職員処遇改善加算 (単位数)	介護職員処遇改善加算 (単位数)				介護職員等ベースアップ等支援加算 (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。（「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、定員超過及び職員欠員の状況、ユニット職員減算の有無について、○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。

短期入所生活介護事業従業者一覧

職 種	氏 名	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生活介護事業所を記入する必要はありません。