通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業所の

指導に係る事前調書(病院・診療所)

１　事業所の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 事業所番号 |  |
| 管理者氏名 |  | 電話番号 |  |
| 所在地 | （〒 - ） | | |

２　設備の概要 （総定員　　　　　人）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 食　堂 | ㎡ | 合計  ㎡ | 厨　房 | ㎡ |
| 機能訓練室 | ㎡ | 特別浴室 | ㎡ |
| 便　 所 | ㎡ | | 一般浴室 | ㎡ |

　注）既存のパンフレットがあれば、添付してください。

３ 従業者の状況 （単位ごとに、指導月の直近の月末現在）　（令和　年　月末現在）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　種 | 勤 務  形 態 | 氏　　　名 | 資　格 | 週 平 均  勤務時間 | 備　考 |
| 医師 |  |  |  |  |  |
| 看護職員１ |  |  |  |  |  |
| 看護職員２ |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 介護職員１ |  |  |  |  |  |
| 介護職員２ |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 作業療法士１ |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 理学療法士１ |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注１）勤務形態欄　Ａ：常勤専従　Ｂ：常勤兼務　　Ｃ：非常勤専従　Ｄ：非常勤兼務

注２）複数の単位を有する事業所については、別葉に記載してください。

注３）看護職員の備考欄には、経験看護師であるか否かの別を記入してください。

注４）記入欄が不足する場合は、欄を追加して全員を記入してください。

４　職員に対する研修の状況（指導月の直近の１年間）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修日 | 研修参加者の  職種・氏名 | 研　修　内　容 | 内部・外部  研修の区分 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※適宜追加、または別紙に記入いただいても結構です。

５　利用者の要介護度等の状況 　６　利用者の総数

（指導月の直近の月末現在） 　 （指導月の直近１ケ月の延べ利用者数）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護度等 | 人　数 |  | 人 | | |
| 要支援１ |  |
|  | | |
| 要支援２ |  | ７　利用者に係る居宅サービス計画作成事業所  （多い順に５事業所を記載のこと） | | | | |
| 要介護１ |  |  |  | 居宅介護支援事業所名 | 件数 |
| 要介護２ |  | １ |  |  |
| 要介護３ |  | ２ |  |  |
| 要介護４ |  | ３ |  |  |
| 要介護５ |  | ４ |  |  |
| ５ |  |  |

８　非常災害対策計画の策定状況

　○　火災、水害、土砂災害、地震、原子力災害など、事業所で想定される災害のリスクに応じた非常災害対策計画について

|  |
| --- |
| 策定している　　　・　　　策定していない |

９　避難訓練の実施状況

　○　事業所で想定される災害のリスクに応じた避難訓練について

|  |
| --- |
| 実施している　　　・　　　実施していない |

（添付書類）　※指導日の７日前までに提出してください。

１）運営規程

２）契約書および重要事項説明書（様式）

３）組織図（当該事業所及び同一敷地内にある事業所の職員名を記載したもの）

　　※既存の資料で可

４）指導実施直前月の勤務実績表

※指定申請時の勤務表または現に利用している勤務表で、サービス提供時間中

の配置人員が確認できるもの

５）「介護報酬」自己点検表

６）「指定基準」自己点検表

７）施設の平面図

（当日の準備書類）

別紙　運営指導当日の準備書類等一覧　参照