訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ・介護予防訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ事業所の

指導に係る事前資料

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 従業者の状況 （指導月の直近の月末現在） （　　　　年　　月末現在）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　種 | 勤 務  形 態 | 氏　　　名 | 資　格 | 週 平 均  勤務時間 | 備　考 |
| 管理者 |  |  |  |  |  |
| 理学療法士１ |  |  |  |  |  |
| 理学療法士２ |  |  |  |  |  |
| 作業療法士１ |  |  |  |  |  |
| 作業療法士２ |  |  |  |  |  |
| 言語聴覚士１ |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注）・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

・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

３　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。

４　利用者の要介護度等の状況 ５　利用者に係る居宅サービス計画作成事業所

（指導月の直近の月末現在） 　　　 （多い順に５事業所を記載のこと）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護度等 | 人　数 |  |  | 居宅介護支援事業所名 | 件数 |
| 要支援１ |  | １ |  |  |
| 要支援２ |  | ２ |  |  |
| 要介護１ |  |  | ３ |  |  |
| 要介護２ |  |  | ４ |  |  |
| 要介護３ |  |  | ５ |  |  |
| 要介護４ |  |  |  | | |
| 要介護５ |  |  |

（添付資料）　※指導日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

（当該事業所およ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様式または現に利用している勤務表で、常勤換

算方法による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

（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