

付表6  
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定に係る記載事項

|                              |                                           |        |               |                                                       |                                                       |         |                  |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
|------------------------------|-------------------------------------------|--------|---------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------|------------------|-----------|------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--|--|--|
| 施設                           | フリガナ                                      |        |               |                                                       |                                                       |         |                  |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
|                              | 名 称                                       |        |               |                                                       |                                                       |         |                  |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
|                              | 所在地                                       |        | (郵便番号 ー 県 都市) |                                                       |                                                       |         |                  |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
|                              | 連 絡 先                                     |        | 電話番号          |                                                       |                                                       |         | FAX 番号           |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
| Email                        |                                           |        |               |                                                       |                                                       |         |                  |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
| 管<br>理<br>者                  | フリガナ                                      |        |               |                                                       |                                                       |         | 住所               | (郵便番号 ー ) |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
|                              | 氏 名                                       |        |               |                                                       |                                                       |         |                  |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
|                              | 生年月日                                      |        |               |                                                       |                                                       |         |                  |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
|                              | 同一敷地内の他の事業所、施設または本体施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入) |        |               |                                                       | 名称                                                    |         |                  |           |      |                                                           | 事業所番号                                                 |  |  |  |
|                              |                                           |        |               |                                                       | 兼務する職種および勤務時間等                                        |         |                  |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
|                              | 本体施設の有無                                   |        |               |                                                       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |         | 併設事業所の有無         |           |      |                                                           | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |  |  |  |
| 短期入所生活介護の実施の有無               |                                           |        |               | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                                                       | 事業の実施形態 |                  |           |      | <input type="checkbox"/> 空床型 <input type="checkbox"/> 併設型 |                                                       |  |  |  |
| 協<br>機<br>関<br>医<br>療        | 名称                                        |        |               |                                                       |                                                       |         | 主な診療科名           |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
|                              | 名称                                        |        |               |                                                       |                                                       |         | 主な診療科名           |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
| ○人員に関する基準の確認に必要な事項           |                                           |        |               |                                                       |                                                       |         |                  |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
| 従業者の職種・員数                    |                                           |        |               | 医 師                                                   |                                                       | 生活相談員   |                  | 介護職員      |      | 看護職員                                                      |                                                       |  |  |  |
|                              |                                           |        |               | 専 従                                                   | * 兼務                                                  | 専 従     | * 兼務             | 専 従       | * 兼務 | 専 従                                                       | * 兼務                                                  |  |  |  |
| 地域密着型介護老人福祉施設および短期入所生活介護従事人数 |                                           | 常 勤(人) |               |                                                       |                                                       |         |                  |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
|                              |                                           | 非常勤(人) |               |                                                       |                                                       |         |                  |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
| 常勤換算後の人数(人)                  |                                           |        |               |                                                       |                                                       |         |                  |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
| 地域密着型介護老人福祉施設および短期入所生活介護従事人数 |                                           |        |               | 栄養士                                                   |                                                       | 機能訓練指導員 |                  | 介護支援専門員   |      | 栄養士を配置しない場合の措置                                            |                                                       |  |  |  |
|                              |                                           |        |               | 専 従                                                   | * 兼務                                                  | 専 従     | * 兼務             | 専 従       | * 兼務 |                                                           |                                                       |  |  |  |
| 地域密着型介護老人福祉施設および短期入所生活介護従事人数 |                                           | 常 勤(人) |               |                                                       |                                                       |         |                  |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
|                              |                                           | 非常勤(人) |               |                                                       |                                                       |         |                  |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
| 常勤換算後の人数(人)                  |                                           |        |               |                                                       |                                                       |         |                  |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
| 入所者数(推定数を記入)                 |                                           |        | 人             |                                                       |                                                       |         | 短期入所利用者数(併設型の場合) |           |      |                                                           | 人(推定数を記入)                                             |  |  |  |
| ○設備に関する基準の確認に必要な事項           |                                           |        |               |                                                       |                                                       |         |                  |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
| 居室                           |                                           |        |               | 地域密着型介護老人福祉施設                                         |                                                       |         |                  | 短期入所生活介護  |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
|                              |                                           |        |               | 1室の最大定員                                               |                                                       |         |                  | 人         |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
|                              |                                           |        |               | 入所者1人あたりの最小床面積                                        |                                                       |         |                  | ㎡         |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
|                              |                                           |        |               | 食堂と機能訓練室の合計面積                                         |                                                       |         |                  | ㎡         |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
|                              |                                           |        |               | 廊下                                                    |                                                       |         |                  | ㎡         |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
|                              |                                           |        |               | 片廊下の幅                                                 |                                                       |         |                  | m         |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
| 中廊下の幅                        |                                           |        |               | m                                                     |                                                       |         |                  |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
| 入居定員                         |                                           |        | 人             |                                                       |                                                       |         |                  |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |
| 添付書類                         |                                           |        | 別添のとおり        |                                                       |                                                       |         |                  |           |      |                                                           |                                                       |  |  |  |

備考

1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するかまたは別様に記載した書類を添付してください。

2 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方または両方にチェックをしてください。

3 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

4 従業員の職種・員数の「\* 兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。

5 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。

6 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の「設備に関する基準の確認に必要な事項」欄については、記載不要です。