

年度

指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所運営指導事前提出資料
令和3年4月改訂版

事業所番号	0	9								
-------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名	
------	--

注1) 複数の事業所を併設している事業所については、事業ごとに資料を作成してください。（重複する部分は省略可）

注2) 『各種加算等自己点検シート』も提出してください。

1 事業所の概要

(1) 開設者等の状況

年 月 日現在

開設者の状況	法人の名称						
	主たる事務所の所在地	〒 ー					
	代表者職氏名						
	他の指定居宅サービス事業者等（栃木県内にあるもので下欄の事業所併設の者を除く。）	①サービスの種類		事業所名		所在市町村	
		②サービスの種類		事業所名		所在市町村	
		③サービスの種類		事業所名		所在市町村	
④サービスの種類			事業所名		所在市町村		
⑤サービスの種類			事業所名		所在市町村		
事業所の状況	名称				指定年月日		
	所在地	〒 ー			前回実地指導年月日		
					電話番号		
	管理者の氏名						
	併設する指定居宅サービス事業所等	①サービスの種類		事業所名			
②サービスの種類			事業所名				
③サービスの種類			事業所名				

※「指定居宅サービス事業所等」とは、指定居宅サービス事業所、指定居宅介護支援事業所及び介護保険施設をいいます。

※「併設する」とは、開設者が同じで同一敷地内にあるものをいい、当該施設と公道を挟んで隣接するものを含みます。

(2) 指定訪問リハビリテーション事業所の平面図（既存資料の活用可）

(3) 参考資料（パンフレットその他施設概要の分かるもの）

2 職員の状況

年 月 日現在

職 種	氏 名	年 齢	資 格	常勤・非常勤の別	専任・兼任の別	兼任先事業所名とその職種	当該事業所の勤務割合	勤続年数		備 考
								年	月	

- ※ 1 職種は、管理者，医師，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士，事務員等と記載してください。
- 2 資格は、医師，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士，無資格等と記載してください。
- 3 兼任先事業所が同一事業所の別職種である場合は、「同事業所」として兼務する職種を記載してください。
- 4 当該事業所の勤務割合は、常勤専任者の勤務時間を1としてその割合を記載してください。（例えば常勤専任者が週40時間である場合に、当該週10時間勤務であれば $10 / 40 = 0.25$ としてください。）
- 5 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいい、勤続年数の算定にあたっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所，病院等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができます。

3 勤務実績（直近3月）

勤務実績表（勤務実績が確認できるものであれば、既存の書類でも可）

4 要介護度別実利用者数（直近3ヶ月の状況）

（単位：人）

	年 月	年 月	年 月
要支援 1			
要支援 2			
要介護 1			
要介護 2			
要介護 3			
要介護 4			
要介護 5			
計			

5 介護給付費算定加算一覧

算定加算の名称

※月の途中で要介護度が変更になった者については、介護度の高い方に区分してください。

職種	勤務形態	氏名	1	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	1ヶ月の合計	常勤換算後の人数				
			*																																				
																																				0			
																																					0		
																																					0		
																																					0		
																																					0		
																																					0		
																																					0		
																																					0		
																																						0	
																																						0	
																																						0	
																																						0	
																																						0	
																																						0	
																																						0	
																																						0	
																																						0	
																																						0	
																																						0	
																																						0	
																																						0	
																																						0	

- 備考
- * 欄には、当該月の曜日を記入してください。
 - 事業に係る従業者全員（管理者を含む）について、1か月分の勤務した時間数を記入してください。
 - 職種の欄には、管理者、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、事務員などと記載してください。
 - 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載してください。
 勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：常勤以外で専従 D：常勤以外で兼務（ドロップダウンリストから選んでください）
 - 常勤換算の算出にあたっては、少数点第2位以下を切り捨ててください。
 - 超過勤務時間を含む勤務実態を記入してください。

104 訪問リハビリテーション費

点検項目	点検事項	点検結果	
同一建物減算	事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物（以下「同一敷地内建物等」とする。）	<input type="checkbox"/> 該当	
	1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者	<input type="checkbox"/> あり	
	1月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物の利用者	<input type="checkbox"/> あり	
特別地域加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間地域等における小規模事業所加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
	1月あたり延べ訪問回数30回以下	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
短期集中リハビリテーション実施加算	短時間の訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> なし	
	起算日より3月以内に実施（概ね週2回以上1回20分以上）	<input type="checkbox"/> 該当	リハビリテーション計画書(参考様式)

点検項目	点検事項	点検結果	
リハビリテーションマネジメント加算 (A)イ	指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対してリハビリの目的、留意事項、中止する際の基準、リハビリにおける利用者への負荷等のいずれかー以上の指示	<input type="checkbox"/> 実施	リハビリテーション計画書(参考様式)
	指示の内容の記録(医師又は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による)	<input type="checkbox"/> あり	
	リハビリテーション会議の開催及び内容の記録	<input type="checkbox"/> 実施	
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又は家族に対するリハビリテーション計画の説明、同意、説明内容を医師に報告	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書(参考様式)
	リハビリテーション会議の開催、状況の変化に応じてリハビリテーション計画の見直し	<input type="checkbox"/> 約3月毎に実施	リハビリテーション会議録、プロセス管理票(参考様式)
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が居宅介護支援事業者を通じて他のサービス事業者への情報伝達	<input type="checkbox"/> あり	
	居宅サービス計画に位置付けた他のサービス事業者との同行訪問による他のサービス事業者の担当者必要な指導及び助言	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者の居宅を訪問し、家族に介護の工夫に関するの指導及び助言	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
上記を全て記録	<input type="checkbox"/> 該当		

点検項目	点検事項	点検結果	
リハビリテーションマネジメント加算 (A) □	指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対してリハビリの目的、留意事項、中止する際の基準、リハビリにおける利用者への負荷等のいずれか一以上の指示	<input type="checkbox"/> 実施	リハビリテーション計画書(参考様式)
	指示の内容の記録(医師又は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による)	<input type="checkbox"/> あり	
	リハビリテーション会議の開催及び内容の記録	<input type="checkbox"/> 実施	
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又は家族に対するリハビリテーション計画の説明、同意、説明内容を医師に報告	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書(参考様式)
	リハビリテーション会議の開催、状況の変化に応じてリハビリテーション計画の見直し	<input type="checkbox"/> 約3月毎に実施	リハビリテーション会議録、プロセス管理票(参考様式)
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が居宅介護支援事業者を通じて他のサービス事業者への情報伝達	<input type="checkbox"/> あり	
	居宅サービス計画に位置付けた他のサービス事業者との同行訪問による他のサービス事業者の担当者必要な指導及び助言	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
	利用者の居宅を訪問し、家族に介護の工夫に関する指導及び助言	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
	上記を全て記録	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者毎の訪問リハビリテーション計画等の内容等を厚生労働省(LIFE)に提供及び情報の活用	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
リハビリテーションマネジメント加算 (B)イ	指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対してリハビリの目的、留意事項、中止する際の基準、リハビリにおける利用者への負荷等のいずれかー以上の指示	<input type="checkbox"/> 実施	リハビリテーション計画書(参考様式)
	指示の内容の記録(医師又は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による)	<input type="checkbox"/> あり	
	リハビリテーション会議の開催及び内容の記録	<input type="checkbox"/> 実施	
	リハビリテーション会議の開催、状況の変化に応じてリハビリテーション計画の見直し	<input type="checkbox"/> 約3月毎に実施	リハビリテーション会議録、プロセス管理票(参考様式)
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が居宅介護支援事業者を通じて他のサービス事業者への情報伝達	<input type="checkbox"/> あり	
	居宅サービス計画に位置付けた他のサービス事業者との同行訪問による他のサービス事業者の担当者必要な指導及び助言	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
	利用者の居宅を訪問し、家族に介護の工夫に関するの指導及び助言	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
	医師による利用者又は家族に対するリハビリテーション計画の説明、同意	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
	上記を全て記録	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
リハビリテーションマネジメント加算 (B) 口	指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対してリハビリの目的、留意事項、中止する際の基準、リハビリにおける利用者への負荷等のいずれか一以上の指示	<input type="checkbox"/> 実施	リハビリテーション計画書(参考様式)
	指示の内容の記録(医師又は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による)	<input type="checkbox"/> あり	
	リハビリテーション会議の開催及び内容の記録	<input type="checkbox"/> 実施	
	リハビリテーション会議の開催、状況の変化に応じてリハビリテーション計画の見直し	<input type="checkbox"/> 約3月毎に実施	リハビリテーション会議録、プロセス管理票(参考様式)
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が居宅介護支援事業者を通じて他のサービス事業者への情報伝達	<input type="checkbox"/> あり	
	居宅サービス計画に位置付けた他のサービス事業者との同行訪問による他のサービス事業者の担当者必要な指導及び助言	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
	利用者の居宅を訪問し、家族に介護の工夫に関する指導及び助言	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
	医師による利用者又は家族に対するリハビリテーション計画の説明、同意	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
	上記を全て記録	<input type="checkbox"/> 該当	
利用者毎の訪問リハビリテーション計画等の内容等を厚生労働省(LIFE)に提供及び情報の活用	<input type="checkbox"/> あり		

点検項目	点検事項	点検結果	
事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合	リハビリテーション計画の作成に係る事業所の医師の診療の実施	<input type="checkbox"/> なし	
移行支援加算	評価対象期間において終了者で指定通所介護等を実施した者の占める割合が100分の5%を超えている	<input type="checkbox"/> 該当	
	終了日から14日～44日以内に理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が終了者の指定通所介護等の実施状況を確認し、記録	<input type="checkbox"/> 該当	リハビリテーション計画書(参考様式)
	12月を利用者の平均利用月数で除して得た数が100分の25%以上であること	<input type="checkbox"/> 該当	
	リハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供	<input type="checkbox"/> 該当	リハビリテーション計画書(参考様式)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち勤続年数7年以上の者がいる	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち勤続年数3年以上の者がいる	<input type="checkbox"/> 該当	

403 介護予防訪問リハビリテーション費

点検項目	点検事項	点検結果	
同一建物減算	事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物（以下「同一敷地内建物等」とする。）	<input type="checkbox"/> 該当	
	1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者	<input type="checkbox"/> あり	
	1月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物の利用者	<input type="checkbox"/> あり	
特別地域加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間地域等における小規模事業所加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
	1月あたり延べ訪問回数30回以下	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
短期集中リハビリテーション実施加算	短時間の訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> なし	
	起算日より3月以内に実施（概ね週2回以上1回40分以上）	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書(参考様式)
事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合	リハビリテーション計画の作成に係る事業所の医師の診療の実施	<input type="checkbox"/> なし	
利用開始した月から12月を超えた場合の減算	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定介護予防訪問リハビリテーションを行う	<input type="checkbox"/> 該当	

事業所評価加算	前年の1月から12月まで(評価期間)の利用実人員が10名以上	<input type="checkbox"/> 満たす	
	(要支援状態区分の維持者数+(改善者数×2)) 評価対象期間内に介護予防訪問リハビリテーション費を3月以上算定し、その後に更新・変更認定を受けた者の数	<input type="checkbox"/> 0.7以上	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち勤続年数7年以上の者がいる	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち勤続年数3年以上の者がいる	<input type="checkbox"/> 該当	