

事前提出資料

介護予防訪問リハビリテーション

事業所名	
指定番号	

作成者

作成日

令和 年 月 日

介護予防訪問リハビリテーション事業所

法人（開設者）の名称			
法人（開設者）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	
事業所の名称			
事業所所在地	〒		
連絡先	TEL Eメール	Fax	
同一敷地内にある他の施設等			
営業日		営業時間	
病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院の別			

1. 管理者

管理者氏名		他の施設等との兼務	有 無
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	

2. 従業者の人数

	医師		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤								
非常勤								

3. 事務室等の面積や設備について

事務室		m ²	相談室		m ²
更衣室等		m ²	他の事務所との共用の有無	有 無	
他の事務所との共用が有る場合	共用する事務所の名称				
相談室を設けていない場合相談スペースの状況					
感染症予防に必要な設備及び備品の種類					

4. 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。

5. 身体的拘束について

(1) やむを得ず身体的拘束を行った事例があるか。

① 事例がある ② 事例はない

(2) やむを得ず身体的拘束を行う際にその理由や状態を整えているか。

① 記録している ② 記録していない

6. 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

7. 加算・減算の状況

(1) 加算

特別地域加算	有	無
中山間地域等における小規模事業所加算	有	無
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	有	無
短期集中リハビリテーション実施加算	有	無
口腔連携強化加算	有	無
退院時共同指導加算	有	無
サービス提供体制強化加算	有（I・II）	無

(2) 減算

高齢者虐待防止措置未実施減算	有	無
----------------	---	---

業務継続計画未策定減算（※1）	有	無
事業所と同一の建物に居住する利用者 又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	有	無
事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合	有	無
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	有	無
利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防訪問リハビリテーションを行った場合（※2）	有	無

※1 令和7年4月1日より適用

※2 次のいずれの要件も満たす場合は減算適用外

- イ 三月に一回以上、当該利用者に係るリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、当該利用者の状態の変化に応じ、介護予防訪問リハビリテーション計画を見直していること
- ロ 当該利用者ごとの介護予防訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。