

# 事前提出資料

## 介護予防通所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

## 介護予防通所リハビリテーション

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		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		指定単位数		
病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院の別				定員		

### 1. 管理者

管理者氏名		他の施設等との兼務	有            無
他の職種との兼務	有            無	兼務している他施設の名称とその職種	

### 2. 従業者の人数

	担当医師		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護・介護職員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤									(    )	(    )
非常勤									(    )	(    )

注) 経験看護師については、( ) 書きで再掲して下さい。

### 3. 専用の部屋の面積や設備について

専用の部屋の面積	m <sup>2</sup>	他の事務所との共用の有無	有 無
他の事務所との共用がある場合	共用する事務所の名称		

### 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。

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. 加算の届出状況

(1) 施設区分          通常規模      大規模      大規模（一定の要件を満たす）

(2) 加算

中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	有	無
生活行為向上リハビリテーション実施加算	有	無
若年性認知症利用者受入加算	有	無
退院時共同指導加算	有	無
栄養アセスメント加算	有	無
栄養改善加算	有	無
口腔・栄養スクリーニング加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無

口腔機能向上加算	有 ( I ・ II )	無
一体的サービス提供加算	有	無
科学的介護推進体制加算	有	無
サービス提供体制強化加算	有 ( I ・ II ・ III )	無
介護職員等処遇改善加算	有 ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	無

### (3) 減算

職員の欠員による減算	医師	PT	OT	ST	看護職員 介護職員 無
定員超過による減算	有				無
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	有				無
事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に介護予防通所リハビリテーションを行う場合	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通所リハビリテーションを行った場合 (※)	有				無

※ 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。