

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書＜指定事業者用＞

令和 年 月 日

久留米市長あて

所在地

名 称

代表者職・氏名

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ						
	名 称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都・道 市・区 府 町・村					
	連 絡 先	電話番号			FAX番号		
	法人の種別			法人所轄庁			
	代表者の職・氏名	職名			氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 -) 都・道 市・区 府 町・村					
	(ビルの名称等)						
事業所・施設 の 状 況	フリガナ						
	名 称						
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 -) 福岡 都・道 久留米市 市・区 府 町・村					
	連 絡 先	電話番号			FAX番号		
	主たる事業所・施設の所在地以外 の場所で一部実施する場合の 出張所等の所在地	(郵便番号 -) 福岡 都・道 久留米市 市・区 府 町・村					
	連 絡 先	電話番号			FAX番号		
	管理者の氏名						
	管理者の住所	(郵便番号 -) 都・道 市・区 府 町・村					
	(ビルの名称等)						
届出を行う事業所・施設の 種 類	同一の所在地において行う事業等の種類	実施 事業	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目 (※変更の場合)	
	訪問介護			1新規 2変更 3終了			
	訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了			
	訪問看護			1新規 2変更 3終了			
	訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了			
	居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了			
	通所介護			1新規 2変更 3終了			
	通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了			
	短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了			
	短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了			
	特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了			
	福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了			
	介護予防訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了			
	介護予防訪問看護			1新規 2変更 3終了			
	介護予防訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了			
	介護予防居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了			
	介護予防通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了			
	介護予防短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了			
	介護予防短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了			
	介護予防特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了			
	介護予防福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了			
	居宅介護支援			1新規 2変更 3終了			
	施 設	介護老人福祉施設			1新規 2変更 3終了		
		介護老人保健施設			1新規 2変更 3終了		
		介護療養型医療施設			1新規 2変更 3終了		
介護医療院				1新規 2変更 3終了			
介護保険事業所番号							
医療機関コード等		(指定又は許可を受けている場合)					
特記事項	変 更 前			変 更 後			
関係書類		別添のとおりに					
届出担当者		氏名			電話番号		

備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

2「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

3「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

4「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

5「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。

6「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。

7「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。

8「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

(別紙1)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

※異動区分は記入しないでください

記入担当者氏名		事業所電話番号		異動区分	1:新規、2:変更、3:終了
事業所番号	40	事業所名			

提供サービス	適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等				LIFEへの登録
14 訪問リハビリテーション	令和 年 月 日	1 病院又は診療所 2 介護老人保健施設 3 介護医療院		特別地域加算	1 なし	2 あり		1 なし 2 あり
				中山間地域等における小規模事業所加算(地域に関する状況)	1 非該当	2 該当		
				中山間地域等における小規模事業所加算(規模に関する状況)	1 非該当	2 該当		
				リハビリテーションマネジメント加算	1 なし	3 加算Aイ	6 加算Aロ	
					4 加算Bイ	7 加算Bロ		
				移行支援加算	1 なし	2 あり		
64 介護予防訪問リハビリテーション	令和 年 月 日	1 病院又は診療所 2 介護老人保健施設 3 介護医療院		サービス提供体制強化加算	1 なし	3 加算Ⅰ	4 加算Ⅱ	
				特別地域加算	1 なし	2 あり		1 なし 2 あり
				中山間地域等における小規模事業所加算(地域に関する状況)	1 非該当	2 該当		
				中山間地域等における小規模事業所加算(規模に関する状況)	1 非該当	2 該当		
				事業所評価加算〔申出〕の有無	1 なし	2 あり		
				事業所評価加算	1 なし	2 あり		
				サービス提供体制強化加算	1 なし	3 加算Ⅰ	4 加算Ⅱ	

※「施設等の区分」欄の該当する項目に○印をつけてください。
※施設等の区分欄、LIFE(科学的介護情報システム(Long-term care Information system For Evidence))への登録欄、その他該当する体制等欄に掲げる項目につき該当する番号に○印を付してください。
※「サービス提供体制強化加算」については、「サービス提供体制強化加算に関する届出書」(別紙4)を添付してください。
※「移行支援加算」については、「訪問リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出」(別紙2及び別紙2-2)を添付してください。

(別紙2)

令和 年 月 日

訪問リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 移行支援加算

① 終了者数の状況	①	評価対象期間の訪問リハビリテーション終了者数	人	→ 5%超	有・無
	②	①のうち、指定通所介護等を実施した者の数(注1)	人		
	③	①に占める②の割合	%		
② 事業所の利用状況	①	評価対象期間の利用者延月数	月	→ 25%以上	有・無
	②	評価対象期間の新規利用者数	人		
	③	評価対象期間の新規終了者数(注2)	人		
	④	$12 \times (② + ③) \div 2 \div ①$	%		

注1:「指定通所介護等を実施」とは、指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定認知症対応型通所介護等の利用、及び自宅において役割を持って生活している場合を含み、サービス提供の終了の事由が入院、介護保険施設への入所、指定訪問リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護等を含めない。

注2:入院、入所、死亡を含む。

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

移行支援加算に関する確認書

事業所名	
------	--

1 終了者数の状況の確認

訪問リハビリテーション終了者数

換算月(前年)	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	①合計
終了者数													人

指定通所介護等を実施することとなった者の数

換算月(前年)	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	②合計
指定通所介護等の 実施人数													人

$3② \div 3① \times 100 =$

%

←5%越が適

2 事業所の利用者状況の確認

利用者延月数

延月数	1月間	2月間	3月間	4月間	5月間	6月間	7月間	8月間	9月間	10月間	11月間	12月間	①合計
利用者数													
延月数×利用者数													月

新規利用者数

換算月(前年)	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	②合計
新規利用者数													人

新規終了者数(入院、入所、死亡を含む。)

換算月(前年)	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	③合計
新規終了者数													人

$12 \times (② + ③) \div 2 \div ①$

%

←25%以上が適

令和 年 月 日

リハビリテーションマネジメント加算に関する届出書 (訪問リハビリテーション事業所)

1 事業所名			
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了

<p>リハビリテーションマネジメント加算に係る届出内容</p> <p>イ リハビリテーションマネジメント加算 (A)イ</p> <p>① 訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行っている。</p> <p>② ①における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が①に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録している。</p> <p>③ 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、会議の内容を記録している。</p> <p>④ 訪問リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告している。</p> <p>⑤ 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、訪問リハビリテーション計画を見直している。</p> <p>⑥ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行っている。</p> <p>⑦ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスの従業者と、利用者の居宅を訪問し、当該従業者又は利用者の家族に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行っている。</p> <p>⑧ ①から⑦までに適合することを確認し、記録している。</p>		<p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p>
<p>ロ リハビリテーションマネジメント加算 (A)ロ</p> <p>① イ①～⑧に掲げる基準に適合している。</p> <p>② 利用者ごとの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。</p>		<p>有・無</p> <p>有・無</p>
<p>ハ リハビリテーションマネジメント加算 (B)イ</p> <p>① イ①～③及び⑤～⑦に掲げる基準に適合している。</p> <p>② 訪問リハビリテーション計画について、当該訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ている。</p> <p>③ ①及び②に掲げる基準に適合することを確認し、記録している。</p>		<p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p>
<p>ニ リハビリテーションマネジメント加算 (B)ロ</p> <p>① ハ①から③までに掲げる基準のいずれにも適合している。</p> <p>② 利用者ごとの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。</p>		<p>有・無</p> <p>有・無</p>

(別紙4)

令和 年 月 日

サービス提供体制強化加算に関する届出書
((介護予防)訪問リハビリテーション事業所)

1 事業所名					
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了				
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 2 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)				
4 勤続年数の状況	①	サービスを直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の総数	人	①のうち②の者が1名以上	有・無
	②	①のうち ・サービス提供体制強化加算(Ⅰ) →勤続年数7年以上の者の総数 ・サービス提供体制強化加算(Ⅱ) →勤続年数3年以上の者の総数	人		

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

参考様式

経 歴 書

事業所又は施設の名称			
力 ナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
住所	(郵便番号 -)		
電話番号			
主 な 職 歴 等			
年 月 ~ 年 月	勤 務 先 等		職 務 内 容
職 務 に 関 連 す る 資 格			
資 格 の 種 類		資 格 取 得 年 月 日	
備 考（研修等の受講の状況等）			