

通所リハビリテーション 施設状況票

I-C

法人名 (個人事業主の場合は氏名)	
----------------------	--

年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
2021			

施設状況票入力にあたってのお願い

- 施設の状況をご確認の上、入力欄（太枠内）を入力してください。また、入力されている内容が誤っている場合は修正してください。
- 各項目の記入にあたり、指定がない場合は、会計期間末日の状況をご記入ください。
- 一つの建物で複数の事業を行っている場合など、事業ごとに按分が必要な場合は各事業で調整してください。また、同じ職員が複数事業で勤務している場合などは、勤務時間や人件費等で従事者数を按分してください。

作成担当者		電話番号		※14桁以内の半角数字とハイフンで入力してください。	FAX番号 (任意)	
-------	--	------	--	----------------------------	---------------	--

1. 基本情報

施設名						介護保険 事業所番号										
施設の所在地	郵便番号	※3桁の半角数字とハイフンと4桁の半角数字の郵便番号を入力してください。(例: 105-8486)														
	住所															
開設年月日	西暦		年		月		日	指定管理者の指定		※行政から指定管理者として指定を受けて施設を運営している場合は「1」を入力してください。						
土地・建物の所有状況	※次の選択肢1～4からお選びください。(選択肢:[1] 法人所有 [2] 全て賃借(借地) [3] 一部賃借(借地) [4] その他)															
	土地の所有状況		建物の所有状況													
公有地等の状況	※土地(建物)の一部に公有地(公設の建物)を含む場合は「1」を入力してください。															
	公有地の有無		公設の建物有無													
建物の延床面積		㎡ ※一つの建物で複数の事業を行っている場合は当該事業に使用している面積を入力してください。														
全面建替の竣工時期	西暦		年		月	※開設から全面建替を行っていない場合は空欄にしてください。また、複数回行われている場合は直近の竣工時期を記入してください。										
会計期間	西暦		年		月		日	～	西暦		年		月		日	※この施設状況票が報告する会計期間を入力してください。
地域区分	※介護報酬における地域区分について、次の選択肢1～8からお選びください。 (選択肢:[1]1級地 [2]2級地 [3]3級地 [4]4級地 [5]5級地 [6]6級地 [7]7級地 [8]その他)															
併設の状況	※併設している施設について、次の選択肢1～5からお選びください。この施設状況票の事業がサテライト型の場合は「5その他」を選択してください。また、その他以外で複数の選択肢が該当する場合は、数字の小さいものを入力してください。 (選択肢:[0] 併設無し [1] 病院 [2] 診療所 [3] 特養 [4] ケアハウス [5] その他)															

2. 利用状況

定員の変更(年度内)		※年度内に定員を変更した場合は「1」を入力し、右欄に変更した時期を入力してください。年度内に複数回の変更した場合は、直近の変更内容を入力してください。	変更時期	西暦		年		月
開所日数		※会計期間内の開所日数(年間営業日数)を入力してください。利用者がいなかった日を含みます。						

【定員】

区分	当初(期首)	変更後(期末)	年間定員延数
定員			

年間延べ利用者の状況	報酬区分	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	(参考)利用率 その他	合計
	1時間以上2時間未満									
	2時間以上3時間未満									
	3時間以上4時間未満									
	4時間以上5時間未満									
	5時間以上6時間未満									
	6時間以上7時間未満									
	7時間以上8時間未満									
	合計									

年間登録者数(実人数)		人	※年間登録者数は会計期間を通じた登録者数を記入してください。 【例】利用者1人に対し、1日1回3単位のリハビリを年間100回実施し、対象利用者が50人の場合「年間登録者数」: 50人、「年間延実施単位数」: 15,000単位(3×100×50)になります。
年間延実施単位数		単位	

3. 従事者の状況

従事者の状況について伺います。会計期間内の10月1日時点の状況を入力してください(小数点第一位まで)。派遣職員等の常勤換算には業務委託による従事者を含みます。

区分	常勤	非常勤		派遣職員等 常勤換算		常勤	非常勤		派遣職員等 常勤換算
		常勤換算					常勤換算		
医師					言語聴覚士				
歯科医師					薬剤師				
看護師					管理栄養士				
准看護師					栄養士				
介護職員					調理員				
支援相談員					その他の技術員				
介護支援専門員					事務員				
理学療法士					その他				
作業療法士					合計				

4. 加算等の状況

加算の算定状況について伺います。会計期間内に算定した実績があるもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

感染症災害3%加算		理学療法士等体制強化加算		延長加算	
リハビリテーション提供体制加算		中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		入浴介助加算(Ⅰ)	
入浴介助加算(Ⅱ)		リハビリテーションマネジメント加算(A)イ		リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ		リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ		短期集中個別リハビリテーション実施加算	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)		認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)		生活行為向上リハビリテーション実施加算	
若年性認知症利用者受入加算		栄養アセスメント加算		口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)		口腔機能向上加算(Ⅰ)		口腔機能向上加算(Ⅱ)	
重度療養管理加算		中重度者ケア体制加算		科学的介護推進体制加算	
移行支援加算		サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)		介護職員処遇改善加算(Ⅳ)		介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)		介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)			

5. 委託の状況

委託の状況について伺います。該当するもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

給食業務 (全面委託)	給食業務 (一部委託)	清掃	洗濯	宿直	送迎	労務管理	会計・請求
その他・委託なし	注)「労務管理」は、給与計算、勤怠管理、就業規則の作成等の業務を委託している場合、「会計・請求」は決算業務、介護給付費の請求等の業務を委託している場合が該当します。						

給食委託費総額		円	※給食業務の委託を行っている場合は、給食委託費総額(年額)を入力してください。
---------	--	---	---