

#### 4. 訪問リハビリテーション

##### 基本情報項目(案)

	記入年月日	(西暦)	年	月	日
記入者名	部署・役職				

##### 1. 事業を運営する法人に関する事項

運営主体の法人名、所在地及び電話番号その他の連絡先					
運営主体の法人名	法人の種類	なし	あり		
	法人名	(フリガナ)			
運営主体の所在地	〒 -				
法人等の連絡先	代表電話番号	TEL	-	-	
	FAX番号	FAX	-	-	
	ホームページアドレス	なし あり : http://			
代表者氏名					
運営主体の開設年月	(西暦)	年	月		

運営主体等が当該都道府県内で実施する他の介護サービス				
介護サービスの種類			事業所・施設名	所在地
<b>&lt; 居宅サービス &gt;</b>				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム)	あり	なし		
特定施設入居者生活介護(軽費老人ホーム)	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt; 地域密着型サービス &gt;</b>				
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<b>&lt; 居宅介護予防サービス &gt;</b>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt; 地域密着型介護予防サービス &gt;</b>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<b>&lt; 介護保健施設 &gt;</b>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

2. 報告に係る介護サービスを提供しようとする事業所等又は提供する事業所等に関する事項

事業所名、所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業所名	(フリガナ)		
事業所の所在地	〒 -		
事業所の連絡先	電話番号	TEL	- -
	FAX番号	FAX	- -
	ホームページ	なし	
	アドレス	あり : http://	
介護保険事業所番号			
事業所の管理者の氏名 及び役職	氏名		
	役職		
事業所の開設年月、指定年月日(指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日)			
事業所の開設年月	(西暦)	年	月
指定の年月日	(西暦)	年	月 日
指定の更新年月日	(西暦)	年	月 日
事業所に併設している医療・介護サービス			
事業所までの主な利用交通手段			

### 3. 事業所において介護サービスに従事する従業者に関する事項

職種別の従業者の数及びその勤務形態				
実人数	常勤	非常勤	常勤換算後の人数	
1. 理学療法士	人	人	人	
2. 作業療法士	人	人	人	
3. 言語聴覚士	人	人	人	
4. その他の従業者( )	人	人	人	
5. その他の従業者( )	人	人	人	
合計	人	人	人	
訪問リハビリテーション従業者1人当たりの利用者数			人	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数		1週間当たり	時間	
※常勤換算方法について	当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいう。			
従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した平均経験年数等				
	管理者		訪問理学療法士	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	人	人	人	人
前年度1年間の退職者数	人	人	人	人
業務に従事した平均経験年数	年 月	年 月	年 月	年 月
	訪問作業療法士		訪問言語聴覚士	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用数	人	人	人	人
前年度1年間の退職者数	人	人	人	人
業務に従事した平均経験年数	年 月	年 月	年 月	年 月
従業者の健康診断の実施の有無			あり	なし

4. 介護サービスの内容に関する事項

事業の目的及び運営の方針				
介護サービスの提供日時				
営業時間 (窓口対応可能時間)	月～金曜	:	～ :	
	土曜	:	～ :	
	日曜・祝日	:	～ :	
	特記事項 (定休日等)			
サービス提供可能時間	月～金曜	:	～ :	
	土曜	:	～ :	
	日曜・祝日	:	～ :	
	特記事項 (定休日等)			
介護サービスの提供地域				
介護サービスの提供実績				
過去1ヶ月間の実績				
利用者数	男性		名	
	女性		名	
	合計		名	
年齢別	10歳未満	名	50歳未満	名
	10歳代	名	60歳代	名
	20歳代	名	70歳代	名
	30歳代	名	80歳代	名
	40歳代	名	90歳代以上	名
	延べ訪問回数			回
指示書を受けている医療 機関数及び医師数	医療機関数		機関	
	医師数		人	
自由記載欄				

利用者からの苦情・相談に対応する窓口等の状況		
事業所又は事業所を運営する法人に設置している利用者からの苦情・相談に対応する窓口		
窓口の名称		
連絡先電話番号		TEL - -
対応時間	平日	: ~ :
	土曜	: ~ :
	日曜・祝日	: ~ :
定休日等		
外部に設置された利用者からの苦情・相談に対応する窓口		
窓口の名称		
連絡先電話番号		TEL - -
対応時間	平日	: ~ :
	土曜	: ~ :
	日曜・祝日	: ~ :
定休日等		
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応		
損害賠償保険の加入状況		
なし	あり	(その内容)
その他、介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応に関すること		
なし	あり	(その内容)
介護サービスの提供内容に関する特色等 (その内容)		
利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等		
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況		
利用者アンケート調査、意見箱等の実施状況の有無	実施なし 実施あり : (西暦) 年 月に実施	
利用者アンケート調査等の結果の開示の有無 (上記「実施あり」の場合に記入)	開示なし 開示あり : 開示方法( )	
第三者による評価の実施状況		
第三者評価の受審の有無	実施なし 実施あり : (西暦) 年 月に実審	
評価機関名 (上記「実績あり」の場合に記入)		
第三者評価の結果の開示の有無 (上記「実績あり」の場合に記入)	開示なし 開示あり : 開示方法( )	

5. 介護サービスを利用するに当たっての料金に関する事項

介護給付以外のサービスに要する費用(介護保険制度の一部負担以外の料金体系)		
利用者の都合により介護サービスを提供できなかった場合に係る費用の徴収状況及び算定方法		
なし	あり	(その算定方法)