

事業所名:

事業所番号:

基本情報調査票：訪問リハビリテーション（予防を含む）

【必須入力項目、必須免除項目の見分け方】

「**黄**」と「**ピンク**」の網掛け項目は必須入力項目。

ただし、「**ピンク**」の網掛け項目は新規指定事業所は「0」（半角数字ゼロ）を記入。**※前年度からの変更箇所は赤字で示してあります。**

計画年度	2026 年度	記入年月日	
記入者名		所属・職名	

実際の記入日を記入。
記入が何日もかかる場合、記入開始日を記入。
令和8年(和暦)ではなく、2026年(西暦)を記入。

1. 事業所を運営する法人等に関する事項

法人等の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先		
法人等の名称	法人等の種類	01:社会福祉法人(社協以外) 02:社会福祉法人(社協) 03:医療法人 04:社団・財団 05:営利法人 06:NPO法人 07:農協 08:生協 09:その他法人 10:地方公共団体(都道府県) 11:地方公共団体(市町村) 12:地方公共団体(広域連合・一部事務組合等) 99:その他 [] (その他の場合、その名称)
	名称	(ふりがな)
	法人番号の有無	[] 0. 法人番号の指定を受けていない・1. 法人番号の指定を受けている
	法人番号	
法人等の主たる事務所の所在地	〒 	
法人等の連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	ホームページ	[] 0. なし・1. あり
	(ホームページアドレス)	
法人等の代表者の氏名及び職名	氏名	
	職名	
法人等の設立年月日		

「事業所を運営する法人等」とは、指定を受けている法人等を指す。

○法人の種類
・医療法人は、社団医療法人及び財団医療法人。
・営利法人は、株式会社、有限会社など株主や出資者に還元することを目的とした法人。
・その他は、個人事業主など法人ではない場合に選択。

法人番号の指定を受けている場合には、「法人番号の指定を受けている」を選択し、法人番号を記載すること。
法人番号の指定を受けていない場合には「法人番号の指定を受けていない」を選択すること。

書式:半角数字(例:025-000-0000)

当該法人等の情報が掲載されているホームページのアドレスを「http」から半角で記入。

2013年1月1日の場合、「2013/01/01」（半角数字）と入力。
以下年月日記入欄は同様。

法人等が当該都道府県内で実施する介護サービス				
介護サービスの種類		か所数	事業所等の名称(主な事業所1箇所分を記載)	所在地(主な事業所1箇所分を記載)
＜居宅サービス＞				
訪問介護	[] 0. なし・ 1. あり			
訪問入浴介護	[] 0. なし・ 1. あり			
訪問看護	[] 0. なし・ 1. あり			
訪問リハビリテーション	[] 0. なし・ 1. あり			
居宅療養管理指導	[] 0. なし・ 1. あり			
通所介護	[] 0. なし・ 1. あり			
通所リハビリテーション	[] 0. なし・ 1. あり			
短期入所生活介護	[] 0. なし・ 1. あり			
短期入所療養介護	[] 0. なし・ 1. あり			
特定施設入居者生活介護	[] 0. なし・ 1. あり			
福祉用具貸与	[] 0. なし・ 1. あり			
特定福祉用具販売	[] 0. なし・ 1. あり			
＜地域密着型サービス＞				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	[] 0. なし・ 1. あり			
夜間対応型訪問介護	[] 0. なし・ 1. あり			
地域密着型通所介護	[] 0. なし・ 1. あり			
認知症対応型通所介護	[] 0. なし・ 1. あり			
小規模多機能型居宅介護	[] 0. なし・ 1. あり			
認知症対応型共同生活介護	[] 0. なし・ 1. あり			
地域密着型特定施設入居者生活介護	[] 0. なし・ 1. あり			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	[] 0. なし・ 1. あり			
看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)	[] 0. なし・ 1. あり			
居宅介護支援	[] 0. なし・ 1. あり			

当該法人等が新潟県内で、現在記入している介護サービスを含む介護サービスを実施している場合には、介護サービスの種類ごとに「1.あり」を選択するとともに事業所の数(か所数)を記入し、さらに、主な事業所の名称及びその所在地について1つ記入。

※ 1法人1事業所のみの運営の場合、現在記入の事業所情報の記入も可。
運営主体に関連法人*があり、その関連法人が介護サービスを実施している場合には、その関連法人が提供しているサービスも含める。

* 開設者、代表者が同一又は親族である、役員の3割以上が共通である、人事・資金等の関係が強いなど、特別な関係にある法人(関連法人・系列法人)

＜介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防訪問看護	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防訪問 リハビリテーション	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防居宅療養 管理指導	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防通所 リハビリテーション	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防短期入所 生活介護	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防短期入所 療養介護	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防特定施設 入居者生活介護	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防福祉用具貸与	[] 0. なし・ 1. あり			
特定介護予防福祉 用具販売	[] 0. なし・ 1. あり			
＜地域密着型介護予防サービス＞				
介護予防認知症 対応型通所介護	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防小規模 多機能型居宅介護	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防認知症 対応型共同生活介護	[] 0. なし・ 1. あり			
介護予防支援	[] 0. なし・ 1. あり			
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	[] 0. なし・ 1. あり			
介護老人保健施設	[] 0. なし・ 1. あり			
介護医療院	[] 0. なし・ 1. あり			

地域包括支援センターからの委託で、「介護予防支援」を実施している場合は含めない。

介護予防支援事業所の指定を受けている場合のみ、「あり」を選択。

2. 介護サービス（予防を含む）を提供し、又は提供しようとする事業所に関する事項

事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先				
事業所の名称	(ふりがな)			
事業所の所在地	〒	市区町村コード		
	(都道府県から番地まで)			
	(建物名・部屋番号等)			
事業所の連絡先	電話番号			
	FAX番号			
	ホームページ	[]	0. なし・	1. あり
	(ホームページアドレス)			
介護保険事業所番号				
事業所の管理者の氏名及び職名	氏名			
	職名			
事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定を受けた年月日 (指定の更新を受けた場合にはその直近の年月日)				
事業の開始(予定)年月日				
指定の年月日	介護サービス			
	介護予防サービス			
指定の更新年月日 (直近) (未来の日付は入らない)	介護サービス			
	介護予防サービス			
※介護予防サービスのみ実施している場合は「指定の年月日」の「介護サービス」には「-」を入力し、「介護予防サービス」の欄に入力してください。				
介護保険法第71条及び第72条に規定する訪問リハビリテーションのみなし指定		[]	0. なし・	1. あり
生活保護法第54条の2に規定する介護機関(生活保護の介護扶助を行う機関)の指定		[]	0. なし・	1. あり
社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3に規定する登録喀痰吸引等事業者		[]	0. なし・	1. あり
事業所に併設している医療サービス				
事業所までの主な利用交通手段				
通所介護事業所等の生活機能向上加算算定のための連携				
連携の可否	[]	0. 不可能・	1. 可能	
ケアプランデータ連携システム(国保中央会)の利用登録の有無		[]	0. なし・	1. あり

リストから事業所がある市区町村を選択。

所在地は県名から記入。（正確に記入されない場合、公表画面で地図が正しく表示されないことがある。）

書式：半角数字(例：025-000-0000)

事業所のホームページアドレスがある場合は記入（法人のホームページアドレスでも可）。ホームページアドレスは「http」から半角で記入。

介護保険の指定に関係なく、開設した年月日を記入。

介護保険（県又は市への指定申請）における指定を受けた年月日を記入。

「変更・修正」ではなく、「更新」を行った年月日を記入。
なお、更新を受けたことのない場合には、当該事業所の指定を受けた年月日を記入。

事業所までの行き方を分かりやすく記入。（例：〇〇線〇〇駅より〇km(徒歩〇〇分)）

通所介護事業所等が生活機能向上連携加算を算定するために、連携を行っている又は連携を行うことができる体制がある(※)場合は「可能」に記すこと。

○ 生活機能向上連携加算とは、通所介護事業所等が、訪問リハビリテーション事業所や通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師と連携し、以下を行う場合に算定できる加算である。

- ・ 当該事業所の機能訓練指導員等と共同してアセスメント、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能計画の作成を行う。
- ・ 個別機能訓練開始後、3か月ごとに1回以上、個別機能訓練計画の進捗状況等について、機能訓練指導員等と共同で評価し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行う。

○ 連携の方法としては、以下の3つがある。

- ・ 訪問リハビリテーション事業所又は通所リハビリテーション事業所において行う。
- ・ ICTを活用した動画やテレビ電話装置等を用いて行う。
- ・ 通所介護事業所等を訪問して行う。

○ この欄に「可能」と記した場合、通所介護事業所等から貴事業所に連携依頼がある場合がある。

当該事業所において、国民健康保険中央会が運用する「ケアプランデータ連携システム」の利用登録をしている場合には、「あり」に記すこと。

3. 事業所において介護サービス（予防を含む）に従事する従業者に関する事項

職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間、従業者1人当たりの利用者数等						
病院又は診療所、介護老人保健施設、介護医療院の従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	兼務	専従	兼務		
医師	人		雇用形態ではなく、勤務時間で振り分けること。		0 人	人
理学療法士	人		※雇用上は非常勤職員であっても、勤務時間数が常勤が勤務すべき時間数と同じであれば、「常勤」に計上する。		0 人	人
作業療法士	人				0 人	人
言語聴覚士	人				0 人	人
うち指定訪問リハビリテーションの従業者の人数及びその勤務形態 ※全ての指定訪問リハビリテーションにおいて記載する						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	兼務	専従	兼務		
医師	人		雇用形態ではなく、勤務時間で振り分けること。		0 人	人
理学療法士	人		※雇用上は非常勤職員であっても、勤務時間数が常勤が勤務すべき時間数と同じであれば、「常勤」に計上する。		0 人	人
作業療法士	人				0 人	人
言語聴覚士	人				0 人	人
事務員	人				0 人	人
その他の従業者	人	人	人	人	0 人	人
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						時間
※ 常勤換算人数とは、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人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。						
管理者の他の職務との兼務の有無					[]	0. なし・ 1. あり
管理者が有している当該報告に係る介護サービスに係る資格等					[]	0. なし・ 1. あり
(資格等の名称)						
理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士1人当たりの1か月のサービス提供回数						回

「従業者」とは、雇用契約等により該当事業所の管理者の指揮命令下にある者を指す。

【常勤換算の算出方法】
・1週間に数回の勤務の場合：
非常勤職員の1週間の勤務時間÷事業所が定めている1週間の勤務時間
・1か月に数回の勤務の場合：
非常勤職員の1か月の勤務時間÷（事業所が定めている1週間の勤務時間×4）
小数点第2位以下を切り捨て、小数点第1位までを記入。

常勤職員について就業規則などで定められた1週間当たりの労働時間を記入。

『他の職務』とは、事業所内の他の職務だけでなく、同一敷地内にある他事業所の職務を兼務している場合も対象。

「あり」を選択した場合は、その資格等の名称を記入。

自動計算で挿入されるため記入不要。

職種別の従業者の数について、複数の職種を兼務している従業者の記入方法

●看護職員と機能訓練指導員を兼務している場合

(例1)常勤職員で「看護職員としての勤務」と「機能訓練指導員としての勤務」がおおむね7:3の場合

(勤務割合は各事業所ごとに実際の勤務比率を勘案する)

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	兼務	専従	兼務		
看護職員	人	1 人	人	人	1 人	0.7 人
機能訓練指導員	人	1 人	人	人	1 人	0.3 人

(例2)非常勤職員(常勤換算0.7)で「看護職員としての勤務」と「機能訓練指導員としての勤務」がおおむね7:3の場合

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	兼務	専従	兼務		
看護職員	人	人	人	1 人	1 人	0.5 人
機能訓練指導員	人	人	人	1 人	1 人	0.2 人

●訪問介護と介護予防訪問介護を兼務しており、他に兼務がない場合は「専従」に記入
(介護予防サービスは介護サービスと一体として扱う。)

従業員

の当該報告に係る介護サービスの業務に従事した経験年数等

区分	理学療法士		作業療法士	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度の採用者数	人	人	人	人
前年度の退職者数	人	人	人	人
当該職種として業務に従事した経験年数	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1年未満の者の人数	人	人	人	人
1年～3年未満の者の人数	人	人	人	人
3年～5年未満の者の人数	人	人	人	人
5年～10年未満の者の人数	人	人	人	人
10年以上の者の人数	人	人	人	人

令和7年度(2025/04/01～2026/03/31)の状況 ※ 青色二重線内

法人内の異動は含めない。前年度、新規指定事業所の場合、全従業員ではなく、指定日以降から前年度末までの採用者数を記入。

現事業所での経験年数ではなく、他の事業所も含めて、同一職種に従事した年数を記入。

区分	言語聴覚士	
	常勤	非常勤
前年度の採用者数	人	人
前年度の退職者数	人	人
当該職種として業務に従事した経験年数	常勤	非常勤
1年未満の者の人数	人	人
1年～3年未満の者の人数	人	人
3年～5年未満の者の人数	人	人
5年～10年未満の者の人数	人	人
10年以上の者の人数	人	人

令和7年度(2025/04/01～2026/03/31)の状況 ※ 青色二重線内

法人内の異動は含めない。前年度、新規指定事業所の場合、全従業員ではなく、指定日以降から前年度末までの採用者数を記入。

現事業所での経験年数ではなく、他の事業所も含めて、同一職種に従事した年数を記入。

研修等の内容(名称、対象者、カリキュラムもしくは時間等)を記載。

※経験年数は当該職種として他の事業所で勤務した年数を含む。

従業員の健康診断の実施状況

[] 0.なし・1.あり

従業員の教育訓練のための制度、研修その他の従業員の資質向上に向けた取組の実施状況

事業所で実施している従業員の資質向上に向けた研修等の実施状況

(その内容)

認知症に関する取組の実施状況

認知症介護指導者養成研修修了者の人数	人	
認知症介護実践リーダー研修修了者の人数	人	
認知症介護実践者研修修了者の人数	人	
それ以外の認知症対応力の向上に関する研修を修了した者の人数(認知症介護基礎研修を除く)	人	

「認知症介護指導者養成研修修了者の人数」事業所の従業員で、認知症介護指導者養成研修を修了したものの人数を記載すること。

「認知症介護実践リーダー研修修了者の人数」事業所の従業員で、認知症介護実践リーダー研修を修了したものの人数を記載すること。

「認知症介護実践者研修修了者の人数」事業所の従業員で、認知症介護実践者研修を修了したものの人数を記載すること。

「それ以外の認知症対応力の向上に関する研修修了者の人数」事業所の従業員で、上記3つ以外の認知症対応力の向上に関する研修を修了したものの人数を記載すること。

6 / 8 ページ

4. 介護サービス（予防を含む）の内容に関する事項

事業所の運営に関する方針									
介護サービスを提供している日時									
事業所の営業時間		平日	時		分	～	時		分
		土曜	時		分	～	時		分
		日曜	時		分	～	時		分
		祝日	時		分	～	時		分
定休日									
留意事項									
営業時間外の対応状況									
24時間の電話相談の対応状況						[] 0. なし・ 1. あり			
訪問リハビリテーションを利用できる時間		平日	時		分	～	時		分
		土曜	時		分	～	時		分
		日曜	時		分	～	時		分
		祝日	時		分	～	時		分
留意事項									
事業所が通常時に介護サービスを提供する地域									
介護サービスの内容等(介護報酬の加算状況(記入日前月から直近1年間の状況))									
特別地域訪問リハビリテーション加算						[] 0. なし・ 1. あり			
中山間地域等における小規模事業所加算						[] 0. なし・ 1. あり			
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算						[] 0. なし・ 1. あり			
短期集中リハビリテーション実施加算						[] 0. なし・ 1. あり			
リハビリテーションマネジメント加算(イ)(予防を除く)						[] 0. なし・ 1. あり			
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)(予防を除く)						[] 0. なし・ 1. あり			
リハビリテーションマネジメント加算(事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合)(ナ)						[] 0. なし・ 1. あり			
退院時共同指導加算						[] 0. なし・ 1. あり			
口腔連携強化加算						[] 0. なし・ 1. あり			
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(予防を除く)						[] 0. なし・ 1. あり			
移行支援加算(予防を除く)						[] 0. なし・ 1. あり			
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)						[] 0. なし・ 1. あり			
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)						[] 0. なし・ 1. あり			
介護職員等処遇改善加算						[] 0. なし・ 1. あり			
介護サービスの利用者への提供実績(記入日前月の状況)									
訪問リハビリテーションの1か月の提供回数				回					
利用者の人数		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	合計
		人	人	人	人	人	人	人	0 人
(前年同月の提供実績)		人	人	人	人	人	人	人	0 人
※該当する利用者がいない場合は0を入力してください。									

介護保険の指定基準において、「運営
規程」として定めることになっている「事
業目的及び運営の方針」を記入。

当該事業所申請時の営業時間を記入。
(例:9時00分～17時00分)

定期的な休業日(曜日等)があれば記
入。

随時対応、24時間対応など上段の曜日
単位での記入ができない場合には、留
意事項の欄にその内容を記入。

指定訪問リハビリテーションを利用でき
る時間に関する制限事項等について記
入。

指定申請時に通常の事業の実施地域
として届出をした地域を記入。

記入日前月から直近1年間において、
指定居宅サービス報酬基準に規定する
加算を受けた場合には「あり」を選択。
例:記入日が2026年9月の場合
2025年9月～2026年8月の1年間の状
況を記入
※ 赤色二重線内
届出のみの場合は、「なし」を選択。

記入日前月の介護報酬請求実績の状
況を記入。
介護保険制度を利用していない利用者
に対してサービスを提供した回数は含
めない。
※ 桃色二重線内

記入日前月の介護報酬請求実績の状
況を記入。
介護保険制度を利用していない利用者
は含めない。 ※ 桃色二重線内

訪問リハビリテーション(介護保険適用以外の利用者も含む)の提供実績(記入日前月の状況)				
利用者数	合計	0 人		
性別	男性	人	女性	人
年齢別	10歳未満	人	50歳代	人
	10歳代	人	60歳代	人
	20歳代	人	70歳代	人
	30歳代	人	80歳代	人
	40歳代	人	90歳以上	人
延べサービス提供回数(記入日前月の状況)				
理学療法士の延べサービス提供回数		回		
作業療法士の延べサービス提供回数		回		
言語聴覚士の延べサービス提供回数		回		
利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況				
窓口の名称				
電話番号				
対応している時間	平日	時	分	～ 時 分
	土曜	時	分	～ 時 分
	日曜	時	分	～ 時 分
	祝日	時	分	～ 時 分
定休日				
留意事項				
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の仕組み				
損害賠償保険の加入状況		[] 0. なし・ 1. あり		
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 (記入日前1年間の状況)		[] 0. なし・ 1. あり		
当該結果の開示状況		[] 0. なし・ 1. あり		
第三者による評価の実施状況等(記入日前4年間の状況)		[] 0. なし・ 1. あり		
実施した直近の年月日 (評価結果確定日)				
実施した評価機関の名称				
当該結果の開示状況		[] 0. なし・ 1. あり		
(その開示内容を確認できる【ホームページアドレス】を記入)				
※第三者による評価とは、提供する福祉サービスの質を事業者及び利用者以外の公正・中立な第三者機関が専門的かつ客観的な立場から行った評価をいう。(事業所内で行う内部監査や行政による指導監査は含まれない。)				

記入日前月において、訪問リハビリテーションを提供した全ての者(医療保険適用の利用者や自費負担の利用者の数を含む)について該当する人数、回数を記入。
※ 桃色二重線内

当該事業所又は当該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に対応する窓口の名称及び電話番号を1ヵ所記入。
電話番号は半角数字で記入。
例:025-000-0000

定期的な休業日(曜日等)があれば記入。

随時対応、24時間対応など上段の曜日単位での記入ができない場合には、留意事項の欄にその内容を記入。

当該事業所の特色等について、その内容を400文字以内で記入。
例:特殊技能のある職員とその人数(専門看護師、認定看護師、外国語対応可能、手話対応可能)、ターミナルケア実施、障害者及び難病患者へのサービス提供実施 等
なお、虚偽又は誇大広告は禁止。

記入日前1年間における実施状況
※ 紫色二重線内

「あり」を選択した場合は、『実施した直近の年月日』、『実施した評価機関の名称』を記入し、『当該結果の開示状況』を選択。

第三者評価の結果が掲載されているホームページのアドレスを「http」から半角で記入。

5. 介護サービス(予防を含む)を利用するに当たっての利用料等に関する事項

介護給付以外のサービスに要する費用	
利用者の選定により、通常の事業の実施地域以外で当該介護サービスを行う場合、それに要する交通費の額及びその算定方法	
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(キャンセル料)の徴収状況	[] 0. なし・ 1. あり
(その額、算定方法等)	

「あり」を選択した場合は、『(その額、その算定方法)』を記入。