

自己点検シート（（介護予防）通所リハビリテーション）

| | |
|-----------------|-------|
| 事業所名 | |
| 点検者 (職名及び氏名) | |
| 点検年月日 | 年 月 日 |

○各項目を確認書類等により点検し、確認事項の内容を満たしているものには「適」、そうでないものは「不適」、該当がないものは「該当なし」にチェックをしてください。

○「Ⅰ基本方針からⅤ変更の届出」までは、別に定める場合を除き、居宅サービス及び介護予防サービス共通とします。その際、介護予防サービスにおいては要介護を要支援に、通所リハビリテーションを介護予防通所リハビリテーションに、居宅サービス計画を介護予防サービス計画に、居宅介護支援事業者を介護予防支援事業者に、それぞれ読み替えてください。

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|-------------------------|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 指定居宅サービスの事業の一般原則 | | | | | |
| 1 | 指定居宅サービスの事業の一般原則 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 利用者 の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 指定居宅サービスの事業を運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、市町村、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めていますか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 運営規程 ・ 重要事項説明書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 指定居宅サービスの提供に当たり、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ⅰ 基本方針 | | | | | |
| 2 | 基本方針 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (介護予防) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|----------------|---|-------|---|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| II 人員基準 | | | | | |
| 3 ① | <p>【医師】</p> <p>専任の常勤医師が1人以上勤務していますか。</p> <p>※指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所と併設されている場合は、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えありません。</p> <p>※指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、当該介護老人保健施設又は介護医療院に常勤医師として勤務している場合には、常勤の要件として足るものです。</p> <p>※指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所と併設されている事業所において指定通所リハビリテーション事業所の医師が、当該病院又は当該診療所の常勤医師と兼務している場合でも、常勤の要件として足るものです。</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>【従業者】</p> <p>・利用者の数（*）が同時に10人以下の場合</p> <p>単位毎に提供時間帯を通じて、専ら当該サービスの提供に当たる従業者（理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員）を1名以上配置していますか。</p> <p>・利用者の数（*）が同時に10人を超える場合</p> <p>単位毎に提供時間帯を通じて、専ら当該サービスの提供に当たる従業者（理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員）が、利用者の数を10で除した数以上確保していますか。</p> | | <p>・職員の勤務体制表</p> <p>・常勤・非常勤の区分及び1か月の勤務時間が分かる書類</p> <p>・職員の専任、兼任の状況が分かる書類</p> <p>・出勤簿又はタイムカードなど出勤時間が分かる書類</p> <p>・職員の資格、実務経験が分かる書類</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 ② | <p>【理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士】</p> <p>上記の従業員の内、単位毎、かつ営業日ごとに、専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を利用者100人又はその端数を増すごとに1以上配置していますか。</p> <p>・所要時間1時間から2時間の指定通所リハビリテーションを提供する場合であって、定期的に適切な研修（*）を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を理学療法士等として計算することができる。</p> <p>*「研修」とは、運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 ③ | <p>【医師】</p> <p>・利用者の数（*）が同時に10人を超える場合</p> <p>専任の常勤医師が1人以上勤務していますか。</p> <p>※指定通所リハビリテーション事業所である場合と同じ</p> <p>・利用者の数（*）が同時に10人以下の場合</p> <p>次のa及びbの要件に適合していますか。</p> <p>a 専任の医師が1人勤務している</p> <p>b 利用者数は、専任の医師1人に対し1日48人以下となっていますか。</p> | | <p>・雇用契約書</p> <p>・就業規則</p> <p>・賃金台帳等</p> <p>・利用者数及び利用者の所要時間が分かる書類（サービス提供記録等）</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|---|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 3 ④ 従業者の員数 (指定通所リ ハビリテー ション事業所 が診療所であ る場合) | 【従業者】 ・利用者の数（*）が同時に10人以下の場合 単位毎に提供時間帯を通じて、専ら当該サービスの提供に当たる従業者（理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員）を1名以上配置していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ・利用者の数（*）が同時に10人を超える場合 単位毎に提供時間帯を通じて、専ら当該サービスの提供に当たる従業者（理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員）が、利用者の数を10で除した数以上確保していますか。 | ・職員の勤務体制表 ・常勤・非常勤の区分及び1か月の勤務時間が分かる書類 ・職員の専任、兼任の状況が分かる書類 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 【理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士】 上記の従業者の内、単位毎、かつ営業日ごとに、専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、又は通所リハビリテーション若しくはこれに類するサービスに1年以上従事した経験を有する看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師を、常勤換算方法で、0.1以上配置していますか。 ・所要時間1時間から2時間の指定通所リハビリテーションを提供する場合であって、定期的に適切な研修（*）を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を理学療法士等として計算することができる。 *「研修」とは、運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。 | ・出勤簿又はタイムカードなど出勤時間が分かる書類 ・職員の資格、実務経験が分かる書類 ・雇用契約書 ・就業規則 ・賃金台帳等 ・利用者数及び利用者の所要時間が分かる書類（サービス提供記録等） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*「利用者の数」とは、実人数をいい、介護予防通所リハビリテーション（併せて指定を受け、かつ、同一の事業所において一体的に運営されている場合）の利用者を含む。

III 設備基準

| | | | | | |
|------------------|--|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4 設備及び 備品等 | 【指定通所リハビリテーションを行う専用の部屋等】 専用の部屋等は、それぞれ必要な広さがあり、その合計した面積は3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上となっていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ※事業所が介護老人保健施設又は介護医療院である場合は、専用の部屋等の面積に利用者用に確保されている食堂（リハビリテーションに供用されるものに限る。）の面積を加えていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 【必要な専用機械及び器具】 指定通所リハビリテーションを行うために必要な専用の機械及び器具を備えていますか。 | ・事業所の平面図 ・設備、備品台帳 ・消防署への届出 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 【消火設備その他非常災害に際して必要な設備】 消防法その他法令等に規定された設備は確実に設置されていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | | |
|----------------|------------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし | |
| IV 運営基準 | | | | | | |
| 5 | 内容及び手続の説明及び同意 | 事業所の運営規程の概要、重要事項（※）について記した文書を交付し、利用申込者又はその家族に対し説明を行い、利用申込者の同意を得ていますか。 ※ 運営規程の概要、勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況等利用者のサービス選択に資すると認められる事項 | ・重要事項説明書 ・利用契約書 ・同意に関する記録 ・事業者が発行するパンフレット、チラシ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | 提供拒否の禁止 | 正当な理由なくサービス提供を拒否していませんか。特に要介護度や所得の多寡を理由にサービス提供を拒否していませんか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | サービス提供困難時の対応 | サービス提供が困難な場合、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の事業者の紹介その他の必要な措置を速やかに行っていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | 受給資格等の確認 | 利用申込者の被保険者証で、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認していますか。 | ・利用者の介護保険被保険者証番号、有効期限等を確認している記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、サービス提供に際し、その意見を考慮していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | 要介護認定の申請に係る援助 | 利用者申込者が要介護認定を受けていない場合は、要介護認定申請のために必要な援助を行っていますか。 | ・利用者に関する記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 要介護認定の有効期間が終了する30日前には更新申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | 心身の状況等の把握 | サービス担当者会議等を通じて利用者の心身の状況等の把握に努めていますか。 | ・利用者に関する記録 ・サービス担当者会議の記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | 居宅介護支援事業者等との連携 | サービス提供に当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。 | ・利用者に関する記録 ・情報提供に関する記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | サービス提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治の医師及び居宅介護支援事業者に対する情報の提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助 | 利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画の作成を居宅介護支援事業者に依頼する旨を市町村に対して届け出ること等により、指定通所リハビリテーションを法定代理受領サービスとして受けることができる旨を説明すること、居宅介護支援事業者に関する情報を提供することその他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行っていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | | |
|------|---------------------|--|--|--|--|---|--------------------------|
| | | | | 適 | 不適 | 該当なし | |
| 13 | 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供 | 居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿ったサービスを提供していますか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・居宅（介護予防）サービス計画書の写し ・週間サービス計画表 ・通所リハビリテーション計画書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14 | 居宅サービス計画等の変更の援助 | 利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、居宅介護支援事業者への連絡その他の必要な援助を行っていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15 | サービスの提供の記録 | 介護サービスを提供した際は、必要な事項を書面に記録していますか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供記録 ・業務日誌 ・送迎記録（車両運行記録） ・食事提供に関する記録 ・入浴に関する記録 ・サービス提供票・別表 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | 介護サービスを提供した際は、具体的なサービス内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、情報提供していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16 | 利用料等の受領 | 法定代理受領サービスの場合、利用者から利用者負担分の支払を受けていますか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・運営規程 ・利用料の請求書、領収書控 ・説明文書 ・同意に関する記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | 法定代理受領サービスに該当しない通所リハビリテーションを提供した場合の利用料と、居宅介護サービス基準額との間に、不合理な差額を生じさせていませんか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | 上記の支払いを受ける額のほか、次に掲げる費用の額以外の支払いを利用者から受けていませんか。 | | <ul style="list-style-type: none"> ①利用者の選定により通常の事業実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用 ②通常要する時間を超えるサービス提供で、利用者の選定に係るものの提供に伴い必要となる費用の範囲内において、通常の指定通所リハビリテーションに係る居宅介護サービス費用基準額を超える費用【介護予防通所リハビリテーションは不可】 ③食事の提供に要する費用 ④おむつ代 ⑤指定通所リハビリテーションの提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者負担とすることが適当な費用 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 前項の費用の額に係るサービス提供に当たっては、あらかじめ利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明し、利用者の同意を得ていますか。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | サービスの提供に要した費用の支払いを受けた際、領収証を交付していますか。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 上記の領収証には、それぞれ個別の費用ごとに区分して記載していますか。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 17 | | 保険給付の請求のための証明書の交付 | 法定代理受領サービスに該当しないサービスに係る利用料の支払いを受けた場合は、提供した指定通所リハビリテーションの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対し交付していますか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供証明書控 | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|------|-----------------------------|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 18 | 指定通所リハビリテーションの基本取扱方針 | 指定通所リハビリテーションの提供は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう目標を設定し、計画的に行われていますか。 | ・通所リハビリテーション計画書 ・居宅サービス計画書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 指定通所リハビリテーション事業者は、提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。 | ・自己評価基準等 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | (指定介護予防通所リハビリテーションの基本取扱方針) | 単に利用者の運動器の機能向上、栄養状態の改善、口腔機能の向上等の特定の心身機能に着目した改善等を目的とするのではなく、心身機能の改善等を通じて、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービス提供を行っていますか。 | ・介護予防通所リハビリテーション計画書 ・サービス提供記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 利用者が有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービス提供に努めていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 利用者とのコミュニケーションを十分に図ることその他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | 指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針 | サービスの提供に当たっては、医師の指示及び通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう妥当適切に行っていますか。 | ・通所リハビリテーション計画書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行っていますか。 | ・説明文書 ・同意に関する記録 ・事業者が発行しているパンフレット、チラシ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 常に利用者の病状、心身の状況等の把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供していますか。特に、認知症である要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービス提供ができる体制を整えていますか。 | ・利用者に関する記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | リハビリテーション会議(※)の開催により、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するよう努め、利用者に対し、適切なサービスを提供していますか。 (※)リハビリテーション計画作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、医師、理学療法士等、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者その他の関係者(以下「構成員」という。)により構成される会議をいう。 | ・リハビリテーション会議議事録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | (指定介護予防通所リハビリテーションの具体的取扱方針) | サービス提供開始時から少なくとも1月に1回はモニタリングを行い、記録するとともに、指定介護予防支援事業者に報告していますか。 | ・利用者に関する記録 ・モニタリングの記録 ・報告の記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | サービス提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は計画の実施状況の把握(モニタリング)を行い、記録するとともに、指定介護予防支援事業者に報告していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | | |
|---------------------------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし | |
| 22 (指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっての留意点) | アセスメントにおいて把握された課題、サービス提供による当該課題に係る改善状況等を踏まえつつ、効率的かつ柔軟なサービス提供に努めていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを提供するに当たっては、国内外の文献等において有効性が確認されている等適切なものとしていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 利用者が虚弱な高齢者であることを十分に配慮し、利用者に危険が伴うような強い負荷を伴うサービス提供は行わないとともに、安全管理体制等の確保を図ること等を通じて、利用者の安全面に最大限配慮していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 23 通所リハビリテーション計画書の作成 | 指定通所リハビリテーション事業所の医師の診察又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、医師等の従業者が共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した通所リハビリテーション計画を作成していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 通所リハビリテーション計画は居宅サービス計画に沿った内容となっていますか。又必要に応じて変更していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、通所リハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族に説明を行い、利用者から同意を得ていますか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントに関する記録 ・通所リハビリテーション計画書 ・居宅サービス計画書の写し ・モニタリングに関する記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 管理者は、通所リハビリテーション計画を利用者に交付していますか。(介護予防通所リハビリテーションの場合は、医師等の従業者) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 提供したサービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定通所リハビリテーション事業者は、当該居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から通所リハビリテーション計画の提供の求めがあった際には、当該通所リハビリテーション計画を提供することに協力するよう努めていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | <p>※訪問・通所リハビリテーションの両サービスを同一事業者が提供する場合であって、リハビリテーション会議の開催等を通じて、訪問・通所リハの目標及びリハビリテーションの提供内容について整合性のとれた通所リハビリテーション計画を作成した場合、訪問リハビリテーションの基準条例第68条第1項から第4項の基準を満たすことにより、通所リハビリテーションの基準条例第115条第1項から4項の基準を満たしているとみなすことができる。</p> | | | | | |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|---------------|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 24 | 訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメントについて | リハビリテーションマネジメントにおけるSPDCAサイクルは、心身機能、活動及び参加について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理することによって、質の高いリハビリテーションの提供を目指すものであり、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示」（令和3年3月16日 老認発0316第3号、老老発0316第2号）の通知に基づいて、次の事項を実施していますか。 | | | |
| ① 調査 (Survey) | | | | | |
| | イ 事業所の医師の診療、運動機能検査、作業能力検査等により利用者の心身機能や、利用者が個人として行う日常生活動作（以下「ADL」という。）や手段的日常生活動作（以下「IADL」という。）といった活動、家庭内での役割、余暇活動、社会地域活動、リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組等といった参加についての状況を把握していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ※別紙様式●「興味・関心チェックシート」を活用し、利用者の興味や関心のある生活行為について把握すること。 | | | | |
| | ロ 介護支援専門員より居宅サービス計画の総合的援助の方針や解決すべき具体的な課題及び目標について情報を入手していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | （事業所とは別に医療機関において計画的な医学的管理を行っている医師がいる場合）適宜、これまでの医療提供の状況についての情報を入手していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 計画 (Plan) | | | | | |
| | （リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握） 事業所の医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、①調査により収集した情報を踏まえ、利用者の心身機能、活動及び参加の観点からアセスメントを行っていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | （リハビリテーション計画の作成） 事業所の医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士はアセスメントに基づき、目標、実施期間、リハビリテーションの具体的な内容、リハビリテーションの提供頻度、提供時間、リハビリテーション提供中の具体的な対応等について検討するとともに、必要に応じて歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士等の助言を参考とし、リハビリテーション計画を作成していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ※別紙様式●-1及び別紙様式●-2「リハビリテーション計画書」を活用すること。 | | | | |
| | リハビリテーション計画の内容については、利用者又はその家族に対して説明され、利用者の同意を得ていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | リハビリテーション計画の変更が生じる場合には、速やかに介護支援専門員に情報提供を行うこと。 ※、事業所とは別の医療機関において計画的な医学的管理を行っている医師やその他の居宅サービス事業者等に対しても適宜、情報提供すること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | （リハビリテーション計画書の保存） 作成したリハビリテーション計画書は2年間保存していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ 実行 (Do) | | | | | |
| | 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、事業所の医師の指示及びリハビリテーション計画に基づき、リハビリテーションを提供していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 事業所の医師は、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て、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、次のうちいずれか1以上の指示を行っていますか。 (1) 当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項 (2) 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 (3) 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 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|----------------------------------|--|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| | 指示の内容については、利用者の状態の変化に応じ、適宜変更していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 指示を行った医師又は指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は当該指示の日時、内容等を記録に留めていますか。 ※サービスの提供の記録において、利用者ごとのリハビリテーション計画に従い、医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者の状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別にリハビリテーションマネジメント加算の算定のために利用者の状態を定期的に記録する必要はない。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 介護支援専門員を通じたリハビリテーションの観点からの助言等 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従事者に対し以下の情報を伝達する等、連携を図っていますか。 ・利用者及びその家族の活動や参加に向けた希望 ・利用者の日常生活能力を維持又は向上させる介護の方法及びその留意点 ・その他、リハビリテーションの観点から情報共有をすることが必要な内容 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>④ 評価 (Check) 、改善 (Action)</u> | | | | | |
| | 初回はサービス提供開始からおおむね2週間以内、その後はおおむね3月ごとにアセスメントとそれに基づくリハビリテーション計画の見直しを行っていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 次の場合は、適宜当該計画の見直しを行っていますか。 ・退院（所）後間もない場合 ・利用者及びその家族が在宅生活に不安がある場合 ・利用者の状態が変化する等の理由でリハビリテーション計画の見直しが必要になった場合 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 目標の達成状況やADL及びIADLの改善状況等を評価した上で、再度アセスメントを行い、サービスの質の改善に関する事項も含め、リハビリテーション計画の変更の必要性を判断していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | リハビリテーション計画の進捗状況について評価し、見直された計画は、3月ごとに担当の介護支援専門員等に情報を提供するとともに、必要に応じて居宅サービス計画の変更を依頼していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | リハビリテーション計画の変更が生じた場合は、利用者又はその家族に説明し、同意を得ていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | サービスの利用が終了する1月前以内に、事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーション会議を行っていますか。【努力規定】 ※その際、介護支援専門員や終了後に利用予定の他の居宅サービス事業所のサービス担当者、介護予防・日常生活支援総合事業を利用する際はその担当者等の参加を求めるものであること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 利用終了時に、担当の介護支援専門員や計画的な医学的管理を行っている医師に対し、リハビリテーションの観点から必要な情報提供を行っていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|------|-----------------------------|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 25 | 利用者に関する市町村への通知 | <p>利用者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知していますか。</p> <p>①正当な理由なしに指定通所リハビリテーションの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたときと認められるとき。 ②偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。</p> | ・ 情報提供に関する記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 | 緊急時等の対応 | サービス提供中、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置をとっていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 | 安全管理体制等の確保（介護予防通所リハビリテーション） | サービス提供中に利用者に病状の急変等が生じた場合に備え、緊急時マニュアル等を作成し、従業員に周知徹底を図るとともに、速やかに主治の医師への連絡が行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めていますか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 運営規程 ・ 緊急時対応マニュアル（緊急時の連絡体制を含む。） ・ 連絡に関する記録 ・ サービス提供記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 転倒等を防止するための環境整備に努めていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | サービス提供前に脈拍や血圧等を測定するなど利用者の当日の体調を確認するとともに、無理のない適度なサービス内容とするよう努めていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | サービスの提供中においても、利用者の体調の変化に常に気を配り、病状の急変等が生じた場合などには、速やかに主治の医師へ連絡するなど必要な措置を講じていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 | 管理者等の責務 | 管理者業務を、医師、理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士又は専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから選任した者に代行させていますか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 組織図 ・ 業務分担表 ・ 業務報告書 ・ 業務日誌等 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 管理者又は管理を代行する者は、従業員に「運営に関する基準」を遵守させるための必要な指揮命令を行っていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29 | 運営規程 | <p>指定通所リハビリテーション事業所ごとに次に掲げる重要事項に関する規程を定めていますか。</p> <p>①事業の目的及び運営の方針 ②従業員の職種、員数及び職務内容 ③営業日及び営業時間 ④指定通所リハビリテーションの利用定員 ⑤指定通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額 ⑥通常の事業の実施地域 ⑦サービス利用に当たっての留意事項 ⑧非常災害対策 ⑨虐待の防止のための措置に関する事項 ⑩その他運営に関する重要事項</p> <p>※⑨については、虐待の防止に係る、組織内の体制（責任者の選定、従業員への研修方法や研修計画等）や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法等を示す内容であること。</p> | ・ 運営規程 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|-----------------------------|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 30 勤務体制の確保等① | 利用者に対し、適切なサービスを提供できるよう事業所ごとに勤務の体制（日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職員配置、管理者との兼務関係等）を定めていますか。 | ・ 職員の勤務体制表（原則として月ごと） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 当該事業所の従業者によってサービスを提供していますか。 ※調理、洗濯等の利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については委託可。 | ・ 雇用契約書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 通所リハビリテーション従業者の資質向上のために、研修の機会を確保していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 【令和6年3月31までは努力義務】 全ての通所リハビリテーション従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉士、認知症介護実践者研修修了者等を除く）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じていますか。 | ・ 研修受講修了証明書 ・ 研修計画 ・ 研修実施記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 勤務体制の確保等② (ハラスメント) | <u>適切な通所リハビリテーションの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより担当職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じていますか。</u> | | | | |
| | <u>①次の指針に規定されている内容に沿って必要な措置を講じていますか。</u> <u>(1)事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成18年厚生労働省告示第615号）</u> <u>(2)事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和2年厚生労働省告示第5号）</u> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>②職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発していますか。</u> | ・ ハラスメント防止に関する方針 ・ 従業者に周知・啓発していることがわかる資料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>③相談（苦情を含む。）に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談の対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知していますか。</u> | ・ 担当者を設置したことが分かる文書 ・ 従業者に周知していることがわかる資料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>※②・③の措置を講じるにあたっては次のマニュアルや手引きを参考にすること。（厚生労働省ホームページ掲載）</u> <u>(1)介護現場におけるハラスメント対策マニュアル</u> <u>(2)（管理職・職員向け）研修のための手引き</u> | | | | |
| | <u>④介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、次の事項について取り組むように努めていますか。</u> <u>(1)相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備</u> <u>(2)被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等）</u> <u>(3)被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施、業種・業態等の状況に応じた取組）</u> | ・ 各取組がわかる資料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|--------------------------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 32 業務継続計画の策定等 【令和6年3月31日まで経過措置あり】 | <p>感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を、策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていますか。【令和6年3月31日までは努力義務】</p> <p>計画に必要な項目 ①感染症に係る業務継続計画 (1) 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等） (2) 初動対応 (3) 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等） ②災害に係る業務継続計画 (1) 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等） (2) 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等） (3) 他施設及び地域との連携</p> | ・業務継続計画 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>事業者は職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的（年1回以上）に実施していますか。 ※研修については、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。</p> | ・研修及び訓練の記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っていますか。</p> | | | | |
| 33 定員の遵守 | <p>サービス提供日において、利用定員を超えて指定通所リハビリテーションの提供を行っていませんか。</p> | ・運営規程 ・サービス提供日ごとの利用者の数がわかる書類 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 非常災害対策 | <p>非常災害に関する具体的計画を立て、関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知していますか。また、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。</p> | ・非常災害時対応マニュアル（対応計画） ・避難訓練の記録 ・通報・連絡体制に関する書類 ・消防計画 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p><u>上記に規定する訓練の実施にあたって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めていますか。</u></p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 衛生管理等① | <p>利用者の使用する施設、食器その他の設備・飲料水について、衛生的な管理に努め又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行っていますか。</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じるよう努めていますか。特に、インフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、別途発出されている通知に基づき、適切な措置を講じていますか。</p> | ・衛生管理マニュアル ・衛生管理に関する記録 ・情報提供に関する記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じ保健所の助言・指導を求めるとともに、密接な連携を図っていますか。</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|-------------------------|---|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 36 衛生管理等② (感染症対策) | 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じていますか。【令和6年3月31日までは努力義務】 | | | | |
| | ①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図っていますか。 | ・委員会の実施記録 ・従業員に周知していることがわかる資料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ②事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備していますか。 ※「介護現場における感染対策の手引き」(厚生労働省)を参考にすること。 | ・指針 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ③事業所において、職員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的(年1回以上)に実施していますか。 ※研修については、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。 | ・研修及び訓練の記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37 重要事項の揭示 | 事業所の利用者から見やすい場所に、運営規程の概要、従業員の勤務体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を揭示していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ※上記に規定する事項を記載した書面を事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、揭示に代えることができます。 | | | | |
| 38 秘密保持等 | 従業員及び管理者が、正当な理由なく、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じていますか。 | ・秘密保持に関する就業時の取り決め ・就業規則 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 従業員及び管理者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ていますか。 | ・利用者の個人情報同意等の記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止 | 居宅介護支援事業者又はその従業員に対して、利用者に対する特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40 苦情処理等 | 利用者及びその家族からの苦情に対し、迅速かつ適切に対応していますか。また苦情受付窓口を設置する等必要な措置を講じていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 苦情件数 : 年 件程度 苦情相談窓口の設置 : 有 ・ 無 相談窓口担当者 : | ・苦情対応マニュアル ・苦情に関する記録 ・市町村への報告記録 | | | |
| | 苦情相談を受けた場合には、苦情相談等の内容を記録・保存していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|----------------|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 41 地域との連携等 | 事業の運営に当たっては、提供サービスに関する利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対してサービスを提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対してもサービスの提供を行うよう努めていますか。</u> | ・利用者名簿 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42 事故発生時の対応 | 事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 事故があった場合、事故の状況や措置について記録していますか。 →過去一年間の事故の有無： 有 ・ 無 →市への報告： 有 ・ 無 | ・事故対応マニュアル ・事故に関する記録 ・再発防止策の検討の記録 ・ヒヤリハットの記録 ・市町村・家族・介護支援専門員への報告の記録 ・損害賠償関係書類 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ※過去に事故が発生していない場合でも、発生した場合に備えて、あらかじめ対応方法や記録様式等を定めておくことが望ましい。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行っていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 事故が生じた際には、原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|---------------------------------|--|---|------|----|------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 43 虐待の防止 【令和6年3月31日まで経過措置あり】 | <p>虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じていますか。【令和6年3月31日までは努力義務】</p> | | | | |
| | <p>1. 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可）を定期的に開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ること。</p> <p>※委員会の検討内容 (1) 虐待防止検討委員会その他事業所内組織に関すること (2) 虐待の防止のための指針の整備に関すること (3) 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること (4) 虐待等について、従業員が相談・報告できる体制整備に関すること (5) 従業員が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること (6) 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること (7) 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること</p> | <p>・委員会の実施記録 ・従業員に周知していることがわかる書類</p> | □ | □ | □ |
| | <p>2. 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。</p> <p>※指針に盛り込む項目 (1) 事業所における虐待の防止に関する基本的な考え方 (2) 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項 (3) 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針 (4) 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針 (5) 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項 (6) 成年後見制度の利用支援に関する事項 (7) 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項 (8) 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項 (9) その他虐待の防止の推進のために必要な事項</p> | <p>・指針</p> | □ | □ | □ |
| | <p>3. 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年1回以上）実施すること。 ※新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施すること。 ※研修の実施内容についても記録すること。</p> | <p>・研修の記録</p> | □ | □ | □ |
| | <p>4. 上記3項目に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。</p> | <p>・担当者を設置したことが分かる文書</p> | □ | □ | □ |
| 44 会計の区分 | <p>事業所ごとに経理を区分するとともに、指定通所リハビリテーション事業の会計とその他の事業の会計を区分していますか。</p> | <p>・会計関係書類</p> | □ | □ | □ |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|-----------------|--|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 45 記録の整備 | 従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備していますか。 | ・職員名簿・設備台帳 ・会計関係書類 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 次に掲げる介護サービスの提供に関する記録を整備し、その完結の日から2年間保存していますか。 ①通所リハビリテーション計画 ②提供した具体的なサービス内容等の記録 ③市町村への通知に係る記録 ④苦情の内容の記録 ⑤事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録 ※「その完結の日」とは、個々の利用者につき、契約終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立等）により一連のサービス提供が終了した日を指すもの。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46 電磁的記録等 | <p><u>(電磁的記録について)</u> <u>(1)作成、保存その他これらに類するもののうち、西宮市条例の規定において書面で行うことが規定されている又は規程されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録により行うことができます。</u> <u>(2)交付、説明、同意、承諾その他これらに類するもののうち、西宮市条例の規定において書面で行うことが規定されている又は規定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を事前に得て、書面に代えて、電磁的方法によることができます。</u></p> | | | | |
| V 変更の届出等 | | | | | |
| 47 変更の届出等 | 当該指定に係る事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったときは、10日以内にその旨を西宮市長に届け出ていますか。 | ・届出書類の控 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|---|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| VI-1 介護給付費関係 | | | | | |
| 48 基本的事項 | 指定通所リハビリテーションに要する費用の額は、平成12年厚生省告示第19号の別表「指定居宅サービス介護給付費単位数表」により算定していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 指定通所リハビリテーションに要する費用の額は、「厚生労働大臣が定める1単位の単価」に、別表に定める単位数を乗じて算定していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1単位の単価に単位数を乗じて得た額に1円未満の端数があるときは、端数金額を切り捨てて計算していますか。 | ・通所リハビリテーション計画書 ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供票・別表 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ※平成27年度の介護報酬改定において、個別リハビリテーション実施加算が本体報酬に包括化された趣旨を踏まえ、利用者の状態に応じ、個別にリハビリテーションを実施していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ※ 記録(実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者、加算の算定に当たって根拠となった書類等等)は利用者ごとに保管され、常に事業所のリハビリテーション従業者による閲覧が可能であるようにしていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 原則として、通所リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、通所リハビリテーション計画を作成し、実施していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (例外) 保険医療機関から当該事業所が情報提供を受け、所定様式(*)をリハビリテーション計画とみなす場合 次のア及びイの要件を満たしていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ア 医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料等を算定すべきリハビリテーションを受けていた患者が、介護保険の指定通所リハビリテーションへ移行する際に、所定様式(*)をもって、保険医療機関から当該事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診察するとともに、所定様式(*)に記載された内容について確認し、サービスの提供を開始しても差し支えないと判断していますか。 | ・別紙様式2-1 ・次回のリハビリテーション計画書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | イ アの場合であっても、算定開始の日が属する月から起算して3月以内に、当該事業所の医師の診療に基づいて、次回のリハビリテーション計画を作成していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *「様式」とは、「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画等の事務処理手順及び様式例の提示について」(平成30年3月22日老老発0322第2号)の別紙様式2-1をいう。 | | | | | |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|---|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 49 所要時間の取扱い | <p>所要時間の算定は、サービス提供に現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画に位置づけられた内容のサービスを行うのに要する標準的な時間（※）で行っていますか。</p> <p>※ 送迎に要する時間は含まない。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 所要時間がわかる記録 ・ 届出書控 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>※ 送迎時に実施した居宅内での介助等（着替え、ベッド・車いすへの移乗、戸締り等）に要する時間は、次のいずれの要件も満たす場合、1日30分を限度として通所介護を行うのに要する時間に含めていますか。</p> <p>①居宅サービス計画、通所リハビリテーション計画に位置づけた上で実施 ②送迎時に居宅内の介助を行う者が、次の者である場合</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅サービス計画書 ・ 通所リハビリテーション計画書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>介護福祉士、実務研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、1級課程修了者、介護職員初任者研修修了者、看護職員、機能訓練指導員又は当該事業所における勤続年数と同一法人の経営する他の介護サービス事業所、医療機関、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員としての勤続年数の合計が3年以上の介護職員</p> | | | | | |
| 50 定員超過利用 | <p>月平均の利用者数（※）が運営規程に定められている利用定員を超える場合、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定していますか。</p> <p>※サービス提供日ごとの同時にサービスの提供を受けた者の最大数の合計を、当該月のサービス提供日数で除した数（小数点以下切り上げ）</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の数がわかる書類 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51 人員基準を満たさない状況で提供された通所リハビリテーション | <p>当該事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員の員数が人員基準を満たさない状況で行われた通所リハビリテーションについては、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定していますか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員勤務表 ・ 利用者の数がわかる書類 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>◆一月の平均で、人員基準上1割を超えて減少した場合、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について減算（所定単位数の70%を算定する）</p> <p>○理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（算定式）⇒ $\frac{\text{サービス提供日に配置された延べ人数}}{\text{サービス提供日数}} < 0.9$</p> <p>○理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員（算定式）⇒ $\frac{\text{当該月に配置された職員の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき職員の勤務延時間数}} < 0.9$</p> </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>◆一月の平均で、人員基準上1割の範囲内で減少した場合、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について減算（所定単位数の70%を算定する）ただし、翌月の末日に人員基準を満たす場合は除く。</p> <p>○理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（算定式）⇒ $0.9 \leq \frac{\text{サービス提供日に配置された延べ人数}}{\text{サービス提供日数}} < 1$</p> <p>○理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員（算定式）⇒ $0.9 \leq \frac{\text{当該月に配置された職員の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき職員の勤務延時間数}} < 1$</p> </div> </div> | | | | | |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | | |
|------|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし | |
| 52 | 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じた場合に、西宮市長に届出て、次の方法により介護報酬を申請していますか。 | | | | | |
| | (1) 感染症や災害の影響により利用者延人員数の減が生じた月の利用延人員が前年度の1月当たりの平均利用延人員数(※)から100分の5以上減少している場合に、サービス提供を行った場合には、利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数に加算していますか。 ※「前年度の1月当たりの平均利用延人員数」とは、No.〇の【事業所規模における平均利用延人員の計算について】と同じ。(以下、この項目において同じ) | ・前年度との比較資料等算定根拠 ・(特例適用期間において)月ごとに利用延人員数を確認した記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | (2) 感染症や災害の影響により利用者延人員数の減が生じた月の利用延人員が、より小さい事業所規模別の報酬区分の利用延べ人員数と同等となった場合に、事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例(より小さい事業所規模別の報酬区分)による評価を行い、報酬請求の申請を行っていますか。 | ・前年度との比較資料等算定根拠 ・(特例適用期間において)月ごとに利用延人員数を確認した記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 53 | 事業所規模について、次の要件を満たしていますか。 注：いずれも、人員基準上必要とされる看護職員又は介護職員を置いていること | | | | | |
| | ① 通常規模型通所リハビリテーション費 前年度の1月当たりの平均利用延人員数が750人以内の事業所であること | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | ② 大規模型通所リハビリテーション費(Ⅰ) 前年度の1月当たりの平均利用延人員数が750人を 超え900人以内の事業所であること | ・職員勤務表 ・利用者の数がわかる書類 ・「算定区分確認表」 (様式第7号) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | ③ 大規模型通所リハビリテーション費(Ⅱ) 前年度の1月当たりの平均利用延人員が900人 を超える事業所であること | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 【事業所規模における平均利用延人員の計算について】 ・当該事業所が通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションを一体的に事業実施している場合は、介護予防通所リハビリテーションの利用者を含む。 ・2時間未満の報酬を算定している利用者については、1/4で計算 2時間以上4時間未満の報酬を算定している利用者については、1/2で計算 4時間以上6時間未満の報酬を算定している利用者については、3/4で計算 (介護予防通所リハビリテーションの利用時間についても同様) ・ただし、介護予防通所リハビリテーションの利用者については、同時にサービス提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算してもよい。 ・正月等の特別な期間を除いて毎日営業した月については、6/7を乗じた数による。 ・前年度の実績が6月に満たない事業所又は前年度から定員を25%以上変更した事業所については、便宜上、利用定員の90%に1月当たりの予定営業日数を乗じて得た数とする。 | | | | | |
| 54 | 理学療法士等 体制強化加算 | 算定対象時間が1時間以上2時間未満の場合について、指定居宅サービス基準第111条に規定する配置基準を超えて、理学療法士等(理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士)を専従かつ常勤で2名以上配置している事業所については、1日につき30単位を加算していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|--|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 55 8時間以上の 場合に係る加 算(延長加算) | <p>日常生活上の世話をを行った後に引続き所要時間7時間以上8時間未満のサービス提供を行った場合又は所要時間7時間以上8時間未満のサービス提供を行った後に引続き日常生活上の世話をを行った場合で、当該指定通所リハビリテーションの所要時間と当該指定通所リハビリテーションの前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間が8時間以上となった場合は、次に掲げる区分に応じ、次に掲げる単位数を加算していますか。</p> <p>イ 8時間以上9時間未満の場合 50単位 ロ 9時間以上10時間未満の場合 100単位 ハ 10時間以上11時間未満の場合 150単位 ニ 11時間以上12時間未満の場合 200単位 ホ 12時間以上13時間未満の場合 250単位 ヘ 13時間以上14時間未満の場合 300単位</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>※ サービス提供時間帯において、所要時間7時間以上8時間未満を算定する事業所のみ算定できる。 ※ 家族等の出迎え等までの間の「預かり」サービスについては、利用者から別途利用料を徴収しても差し支えない。(介護予防サービスを除く。)</p> | | | | |
| 56 リハビリテー ション提供体 制加算 | <p>次の①及び②の基準に適合しているものとして西宮市に届け出た事業所については、通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容の指定通所リハビリテーションを行うのに要する標準的な時間に応じ、以下の単位数を所定単位数に加算していますか。</p> <p>イ 所定時間3時間以上4時間未満の場合 12単位 ロ 所定時間4時間以上5時間未満の場合 16単位 ハ 所定時間5時間以上6時間未満の場合 20単位 ニ 所定時間6時間以上7時間未満の場合 24単位 ホ 所定時間7時間以上の場合 28単位</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>①指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上である。</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>②リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)から(Ⅳ)までのいずれかを算定している。</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57 中山間地域等 に居住する者 へのサービス 提供加算 | <p>医師等(医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員)が平成21年厚生労働省告示第83号の二に定める地域に居住している利用者に対し、通常の事業の実施地域を越えてサービス提供を行った場合は、1日につき所定単位数の100分の5に相当する単位数を加算していますか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・運営規程 ・領収書控 ・車両運行日誌 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|---|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 58 入浴介助加算 | 厚生労働大臣が定める基準に適合しているとして届出て入浴介助を行った場合は、次に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる単位数を加算していますか。 <u>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定できません。</u> <u>※入浴を実施しなかった場合は算定できません。</u> | ・入浴介助に関する記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>イ 入浴介助加算（Ⅰ） 40単位</u> 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>ロ 入浴介助加算（Ⅱ） 60単位</u> 次のいずれにも適合していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>（1）イに掲げる基準に適合していますか。</u> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>（2）医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」という。）が利用者の居室を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していますか。</u> | ・居室の浴室環境に関する評価の記録 ・訪問した医師等の助言の記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>（3）上記（2）の訪問において、居室の浴室が、利用者自身又はその家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にあると認められる場合は、訪問した医師等が、介護支援専門員又は福祉用具貸与事業所もしくは特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与もしくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行っていますか。</u> | ・訪問した医師等の助言の記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>（4）事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者の居室を訪問した医師等との連携の下で、当該利用者の身体の状態、訪問により把握した居室の浴室の環境等を踏まえて個別の入浴計画を作成していますか。</u> | 入浴計画書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>（5）上記（4）の入浴計画に基づき、個別の入浴その他の利用者の居室の状況に近い環境で、入浴介助を行っていますか。</u> | 入浴を実施した記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| ケース | 算定可否 |
|---|------|
| （1）入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合 | ○ |
| （2）利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、極力利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを行うことにより、結果として、身体に直接接触する介助を行わなかった場合 | ○ |
| （3）通所リハビリテーション計画上、入浴の提供が位置づけられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合 | × |
| （4）清拭又は部分浴 | × |
| （5）シャワー浴 | ○ |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|-------------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 59 リハビリテーションマネジメント加算 | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして西宮市長に届け出た指定通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合は、次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を加算していますか。 ※次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しません。 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録 ・通所リハビリテーション計画書 ・情報伝達に関する記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>イ リハビリテーションマネジメント加算 (A) イ</u> 次の①～⑧のいずれにも適合している場合 | | | | |
| | (1) 560単位 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 240単位 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>ロ リハビリテーションマネジメント加算 (A) ロ</u> 次の①～⑨のいずれにも適合している場合 | | | | |
| | (1) 593単位 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 273単位 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>ハ リハビリテーションマネジメント加算 (B) イ</u> 次の①～③、⑤～⑦、⑩、⑪のいずれにも適合している場合 | | | | |
| | (1) 830単位 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 510単位 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>ニ リハビリテーションマネジメント加算 (B) ロ</u> 次の①～③、⑤～⑦、⑨～⑪のいずれにも適合している場合 | | | | |
| | (1) 863単位 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 543単位 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|------|--|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| | ① 指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所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、次のいずれか1以上の指示を行っていること。 ・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 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ② 上記①の指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該指示の内容が上記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すること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 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、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ④ 通所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すること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑤ 通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあっては1月に1回以上、6月を超えた場合にあっては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、通所リハビリテーション計画を見直していること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑥ 指定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うこと。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑦ 次のいずれかに適合すること。 (1) 指定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に該当する事業に係る従業者と指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、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うこと。 (2) 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、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うこと。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>⑧ ①から⑦までに掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。</u> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>⑨ 利用者ごとの通所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。</u> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑩ 通所リハビリテーション計画について、指定通所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、利用者の同意を得ること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>⑪ ①～③、⑤～⑦、⑩に掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。</u> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|---------------------------------------|---|---|------|----|------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 60 短期集中個別 リハビリテー ション実施加 算 | <p>別に厚生労働大臣が定める基準(※1)に適合しているものとして西宮市長に届け出た指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者に対して、その退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行った場合、1日につき110単位を加算していますか。</p> <p>※認知症短期集中リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション加算を算定している場合は、算定できません。</p> <p>※ 認定日とは、新たに要介護認定を受けた者の有効期間の始期で、要支援者が更新手続きにて要介護となった場合も含まれる。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録 ・通所リハビリテーション計画書 | □ | □ | □ |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | | |
|--|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし | |
| 61 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、厚生労働大臣が定める施設基準（※）に適合しているものとして西宮市長に届け出た事業所において、認知症であると医師が判断した者で、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、イについてはその退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に、ロについてはその退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合は、次に掲げる区分に応じ、イについては1日につき、ロについては1月につき、次に掲げる単位数を加算していますか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録 ・通所リハビリテーション計画書 ・職員勤務表 ・利用者の数がわかる書類 | | | | |
| | ※①リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。 ※②リハビリテーションを行うに当たり、利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。 | | | | | |
| | イ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） 240単位 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | ロ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） 1920単位 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | （注）上記のいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、短期集中個別リハビリテーション実施加算又はは生活行為向上リハビリテーション加算を算定している場合においては、算定しない。 | | | | | |
| | <加算Ⅰ> ※ 1週間に2日を限度として個別に20分以上実施すること。 <加算Ⅱ> ※ 個別又は集団によるリハビリテーションを1月に8回以上実施が望ましいが、4回以上実施した場合に算定できる。 ※ 通所リハビリテーション計画には、時間、実施頻度、実施方法を定めた上で実施すること。 ※ 通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、利用者の居宅を訪問すること。 ※ 評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を利用者と家族に伝達すること。（訪問の際にはリハビリテーションを実施できない。） <加算Ⅰ、加算Ⅱ> ※ 当該リハビリテーションに関わる医師は、精神科医師又は神経内科医師を除き、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了していること。※ 対象となる利用者は、MMSE又はHDS-Rにおいて概ね5～25点に相当する者とする。 ※ 過去3月の間に算定していないこと。 | 【認知症に対するリハビリテーションに関わる専門的研修の例】 「認知症短期集中リハビリテーション研修」(全国老人保健施設協会) 「認知症短期集中リハビリテーション医師研修会」(日本慢性期医療協会, 日本リハビリテーション病院・施設協会, 全国老人デイ・ケア連絡協議会) 「認知症サポート医養成研修」 | | | | |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） ※いずれにも適合すること。 | 一週間に2日を限度として個別にリハビリテーションを実施すること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） ※いずれにも適合すること。 | 1月に4回以上リハビリテーションを実施すること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | リハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された通所リハビリテーション計画を作成し、生活機能の向上に資するリハビリテーションを実施すること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロのいずれかを算定していること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|---|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 62 生活行為向上 リハビリテー ション実施加 算 | <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準（※）に適合しているものとして西宮市長に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合は、次に掲げる区分に応じ、リハビリテーション実施計画に基づく指定通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り1月につき1、250単位を加算していますか。</p> <p>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合においては、算定できません。</p> <p>※リハビリテーションを行うに当たり、利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録 ・通所リハビリテーション計画書 ・職員勤務表 ・生活行為の内容の充実を図るための研修修了証 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士（※）又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること。 ※作業療法士についても、理学療法士若しくは言語聴覚士と同様に、日本作業療法士会協会が実施する生活行為向上マネジメント研修等を修了していること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを実施すること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 当該計画で定めた指定通所リハビリテーションの実施期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内に、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロのいずれかを算定していること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の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利用者の居宅を訪問し、生活行為に関する評価をおおむね1月に1回以上実施していること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 63 若年性認知症 利用者受入 加算 | <p>厚生労働大臣が定める基準（※）に適合しているものとして西宮市長に届け出た事業所において、若年性認知症利用者に対してサービス提供を行った場合には、1日につき60単位を加算していますか。</p> <p>※受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていること。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 64 栄養アセスメント加算 | 次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして西宮市長に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。以下この項目において同じ。）を行った場合は、栄養アセスメント加算として、1月につき50単位を所定単位数に加算していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ※ただし、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定できません。 | | | | |
| | (1) 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。 | ・勤務表 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) 利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。 | ・説明を行った記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (3) 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理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。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) 別に厚生労働大臣が定める基準（※）に適合している指定通所リハビリテーション事業所であること。 ※通所介護費等算定方法第一号、第二号、第五号の二、第六号、第十一号、第十六号及び第二十号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 65 栄養改善加算 | 別に厚生労働大臣が定める基準にも適合しているものとして西宮市長に届け出て、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、栄養改善サービスを行った場合は、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき200単位を加算していますか。 ただし、栄養改善サービス開始から3月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができます。 | ・利用者に関する記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価すること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 利用定員・人員基準に適合している事業所であること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|-----------------------------|---|--|------|----|------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| ■ 次のいずれの基準にも適合する場合 (栄養改善加算) | | | | | |
| | 基準 | 留意事項 | | | |
| 目的 | 低栄養状態の改善等 | 利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること | | | |
| 実施形態 | <ul style="list-style-type: none"> ・栄養食事相談等の栄養管理 ・個別に実施されるもの ・利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの | (要支援者に対する場合) ・当該サービスを通じて要支援者ができるかぎり要介護にならず自立した日常生活を営むことができるよう支援すること。 ・概ね3月実施した時点で栄養状態の改善状況について評価を行い、その結果を介護予防支援事業者に報告するとともに、栄養状態に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、サービスを終了すること。 | | | |
| 回数 | ・3月以内の期間に限り1月に2回を限度(通所のみ) ※ただし、サービスの開始から3月ごとの利用者の評価の結果、改善せずサービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。 | (予防)は1月につき所定の単位数を加算する | | | |
| 配置人員 | 管理栄養士を1名以上 | | | | |
| 計画作成 | ① 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、 ② 医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の方が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成している | 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること 利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること (予防)通所リハビリテーションにおいては、栄養ケア計画に相当する内容を(予防)通所リハビリテーション計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができる サービス実施に当たり栄養ケア計画に実施上の問題点があれば直ちに計画を修正する | | | |
| 提供 | 管理栄養士等が利用者ごとの栄養ケア計画に従いサービスを実施 利用者の栄養状態を定期的に記録する 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価する | 通所リハビリテーションサービスの提供記録に定期的に記録した場合は、この加算のための定期的な記録は必要ない。 | | | |
| ■ 次のいずれの基準にも適合する場合 (栄養改善加算) | | | | | |
| | 基準 | 留意事項 | | | |
| 事業所基準 | 利用者数及び人員基準において減算対象となっていないこと | | | | |
| 該当利用者 | | 次のいずれかに該当する者であってサービス提供が必要と認められる者 ①BMIが18.5未満である者 ②1～6月間で3%以上の体重減少が認められる者 ③6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がある者 ④血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 ⑤食事摂取量が不良(75%以下)である者 ⑥その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者 ※次のものは上記①～⑥に該当するかどうか適宜確認すること ()内数字は基本チェックリスト(P. 57)のNo ・口腔及び摂食・嚥下機能の問題 (13, 14, 15) ・生活機能の低下の問題 ・じよく瘡に関する問題 ・食欲の低下の問題 ・閉じこもりの問題(16, 17) ・認知症の問題(18, 19, 20) ・うつの問題(21～25) | | | |
| 情報提供 | | 概ね3月ごとに体重を測定する等により栄養状態の評価を行い、その結果を、介護支援専門員や主治医に対してすること。 | | | |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|---|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 66 口腔・栄養スクリーニング加算 | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定通所リハビリテーション事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、口腔・栄養スクリーニング加算として1回につき次の単位数を所定単位数に加算する。 ただし、次の場合は算定しない。 ・当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合 | ・利用者に関する記録 ・職員勤務表 ・栄養状態に関する確認記録 ・介護支援専門員に情報提供を行った記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | イ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 20単位 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ロ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 5単位 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| イ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） ※右に掲げる基準のいずれにも適合すること | ①利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ②利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ④算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当しないこと。 | | | | |
| | ④-1 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④-2 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ロ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） ※右に掲げる基準のいずれかに適合すること | ①次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ①-1 イ①及び③に掲げる基準に適合すること。 | | | | |
| | ①-2 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ①-3 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|---|---|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| ロ 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ) ※右に掲げる基準のいずれかに適合すること | ②次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ②-1 イ②及び③に掲げる基準に適合すること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ②-2 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ②-3 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>【口腔・栄養スクリーニング加算 留意事項】</u> 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者についてそれぞれ次の掲げる事項に関する栄養状態について確認を行い、確認した情報（低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を介護支援専門員に提供すること。 | | | | | |
| イ 口腔スクリーニング A 硬いものを避け、柔らかいものばかりを中心に食べる者 B 入れ歯を使っている者 C むせやすい者 ロ 栄養スクリーニング A BMIが18.5未満である者 B 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者 C 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 D 食事摂取量が不良（75%以下）である者 | | | | | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施していること。 | | ・サービス担当者会議録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|--------------------------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 67 口腔機能向上加算 | <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの(以下、口腔機能向上サービスという。)を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき次に掲げる単位数を加算していますか。</p> <p>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しません。また、口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録 ・職員勤務表 ・口腔機能改善管理指導計画書 ・評価、モニタリング結果 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | イ 口腔機能向上加算（Ⅰ） 150単位 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ロ 口腔機能向上加算（Ⅱ） 160単位 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| イ 口腔機能向上加算（Ⅰ） 右に掲げる基準のいずれにも適合すること | ①言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ②利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ③利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ④利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑤定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ロ 口腔機能向上加算（Ⅱ） 右に掲げる基準のいずれにも適合すること | ①イ①～⑤までに掲げるいずれにも適合すること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>②利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理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>※ 厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム（LIFE）」を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照すること。</p> <p>サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた口腔機能改善管理指導計画の作成（Plan）、当該計画に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（PDCAサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|------|------|-------|------|----|------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |

■次のいずれの基準にも適合する場合

(口腔機能向上加算)

| 基準 | | 留意事項 |
|------|--|--|
| 目的 | 口腔機能の向上 | 利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること |
| 実施形態 | <ul style="list-style-type: none"> 口腔清掃の指導(or実施) 摂食・嚥下機能に関する訓練の指導(or実施) 個別的に実施されるもの 利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの | (要支援者に対する場合) ・当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護にならず自立した日常生活を営むことができるよう支援すること。 ・概ね3月実施した時点で栄養状態の改善状況について評価を行い、その結果を介護予防支援事業者に報告するとともに、栄養状態に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、サービスを終了すること。 |
| 回数 | ・3月以内の期間に限り1月に2回を限度(通所のみ) ※ただし、サービスの開始から3月ごとの利用者の評価の結果、向上せず、サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。 | (予防)は1月につき所定の単位数を加算する |
| 配置人員 | 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上 | |
| 計画作成 | ① 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、 ② 医師、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成している | 利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること (予防)通所リハビリテーションにおいては、口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を(予防)通所リハビリテーション計画の中に記載する場合は、その記載をもって当該計画の作成に代えることができる サービス実施に当たり口腔機能改善管理指導計画に実施上の問題点があれば直ちに計画を修正する |
| 提供 | 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従いサービスを実施 利用者の口腔機能を定期的に記録する 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価する | 通所リハビリテーションサービスの提供記録に定期的に記録した場合は、この加算のための定期的な記録は必要ない。 |

■次のいずれの基準にも適合する場合

(口腔機能向上加算)

| 基準 | | 留意事項 |
|-------------------------|-----------------------------|---|
| 事業所基準 | 利用者数及び人員基準において減算対象となっていないこと | |
| 該当利用者 | | 次のいずれかに該当する者であってサービス提供が必要と認められる者 ①認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者 ②基本チェックリスト13、14、15の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者 ③その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者 |
| 情報提供 | | 概ね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果を、介護支援専門員や主治医又は主治の歯科医師に対して情報提供すること |
| 歯科医療を受診している場合で、加算できない場合 | | ①医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合 ②医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合 |

| 点検項目 | | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|--|---------------|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 68 | サービス種類相互の算定関係 | 利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護若しくは特定施設入居者生活介護又は小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護若しくは複合型サービスを受けている間は、算定していませんか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・通所リハビリテーション計画書 ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供票・別表 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69 | 重度療養管理加算 | 厚生労働大臣が定める状態にある利用者（要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者に限る。）に対して、計画的な医学的管理のもと、指定通所リハビリテーションを行った場合に、重度療養管理加算として1日につき100単位を加算していますか。 ただし、所要時間1時間以上2時間未満の場合を算定している場合は、算定できません。 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録 ・通所リハビリテーション計画書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | ※ 厚生労働大臣が定める状態 イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態 ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 ハ 中心静脈注射を実施している状態 ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態 ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 ヘ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害福祉法施行規則別表第5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態 ト 経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われている状態 チ 褥瘡に対する治療を実施している状態 リ 気管切開が行われている状態 | | | | |
| 70 | 中重度者ケア体制加算 | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、1日につき20単位を加算していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 指定通所リハビリテーション事業所の看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保していること。 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 前年度又は算定日が属する月の前3月間の指定通所リハビリテーション事業所の利用者数の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上であること。 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上配置していること。 ※配置していない日には算定できない。 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|------|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 71 | 科学的介護推進体制加算 | 次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出た事業所が、利用者に対してサービスを行った場合は、科学的介護推進体制加算として、1月につき40単位を加算していますか。 ※原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに上記イ及びロに掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の利用者全員に対して算定できるものである。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | イ | 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。 ※情報の提出については、「LIFE」を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照すること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ロ | 必要に応じて通所介護計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、イに規定する情報その他通所介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。 ※情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | PDCAサイクルにより質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めるために、具体的には、次のような一連の取組を行っていますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (1) | 利用者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するためのサービス計画を作成していますか。（Plan） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (2) | サービスの提供に当たっては、サービス計画に基づいて、利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施していますか。（Do） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (3) | LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、事業所の特定やサービス提供の在り方について検証を行っていますか。（Check） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) | 検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質の更なる向上に努めていますか。（Action） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|--|---|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 72 | <p>同一建物による減算</p> <p>指定通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する者又は指定通所リハビリテーション事業所と同一建物から当該指定通所リハビリテーション事業所に通う者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、1日につき94単位を減算していますか。</p> <p>ただし、傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りではない。</p> <p>※ 当該事業所と構造上又は外形上一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の1階部分に事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。 また、ここでいう同一建物については、当該建築物の管理、運営法人と当該事業所の法人が異なる場合であっても該当する。</p> | <p>・送迎記録</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>その他やむを得ず送迎が必要である利用者とは</p> <p>◎傷病等により一時的に歩行困難となった者又は歩行困難な要介護者であって、かつ建物の構造上自力での通所が困難である者に対し、2人以上の従業者が、当該利用者の居住する場所と当該事業所間の往復の移動を介助した場合に限られる。</p> <p>この場合、2人以上の従業者による移動介助を必要とする理由や移動介助の方法及び期間について、介護支援専門員とサービス担当者会議等で慎重に検討し、その内容及び結果を通所リハビリテーション計画に記録すること。また、移動介助者及び移動介助時の利用者の様子等について記録すること。</p> | | | | | |
| 73 | <p>送迎を行わない場合の減算</p> <p>利用者に対して、その居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき47単位を減算していますか。 ※理由の如何を問わず、送迎を実施していない場合は減算。送迎の有無を通所リハビリテーション計画に位置づけておくこと。</p> | <p>通所リハビリテーション計画</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74 | <p>移行支援加算</p> <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして西宮市長に届け出た事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所等を支援した場合は、評価対象期間（※）の末日が属する年度の次の年度内に限り、1日につき12単位を加算していますか。</p> <p>※移行支援加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間</p> | <p>・利用者に関する記録 ・通所リハビリテーション計画書</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>評価対象期間において指定通所リハビリテーションの提供を終了した者（生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定した者を除く。）のうち、指定通所介護等（指定通所リハビリテーションを除く。）を実施した者の占める割合が100分の5を超えていること。</p> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>評価対象期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、通所リハビリテーション従業者が、通所リハビリテーション終了者に対して、居宅訪問等により、当該通所リハビリテーション終了者の指定通所介護等の実施が、居宅訪問等をした日から起算して、3月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。</p> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>12を当該事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数が100分の25以上であること。</p> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|-----------------|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 75 サービス提供体制強化加算 | 厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして西宮市長に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が利用者に対しサービス提供を行った場合は、1回につき次の単位数を加算していますか。 ただし、次のいずれかの加算を算定している場合は、次に掲げるその他の加算は算定できません。 (1) サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) 22単位 (2) サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) 18単位 (3) サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) 6単位 | ・職員に関する記録 ・常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く)の平均の記録 ・職員勤務表 ・職員履歴書 勤務表、提供強化加算に関する確認書等により、毎年度算定可否の確認をしているか、確認する(11ヶ月平均) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) | 次の(1)又は(2)のいずれかに適合すること。 (1) 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。 ※いずれにも適合すること (2) 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 定員利用・人員基準に適合している事業所であること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|------------------|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) | 当該指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ※いずれにも適合すること | 定員利用・人員基準に適合している事業所であること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|------------------|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) | 次の(1)又は(2)のいずれかに適合すること。 (1) 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。 ※いずれにも適合すること (2) 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数7年以上の介護福祉士の占める割合が100分の30以上であること | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 定員利用・人員基準に適合している事業所であること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 留意事項 | 前年度の実績が6月以上の事業所 | 前年度の実績が6月に満たない事業所 (新規開設、再開事業所を含む) |
|-------------------|--|--|
| 職員の割合算出について | 常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く)の平均 | 届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均 ※この場合、当該加算の届出は4月目以降で可能 ※届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき毎月継続的に所定の割合を維持し、その割合を毎月記録するものとする。また、所定の割合を下回った場合については直ちに変更の届出を提出すること |
| 介護福祉士 | 各月の前月の末日時点で資格を取得している又は研修の課程を修了している者とする | |
| 介護予防との関連 | 同一の事業所において介護予防通所リハビリテーションを一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととする | |
| 勤続年数 | 各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする 当該事業所における勤務年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる | |
| サービスを利用者に直接提供する職員 | 理学療法士等(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)、看護職員又は介護職員として勤務を行う職員。1時間以上～2時間未満を算定する場合であって、柔道整復師又はあん摩マッサージ師等がリハビリテーションを提供する場合には、これらの職員も含む。 | |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|---------------|--|--|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 76 介護職員処遇改善加算 | <p>介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして西宮市長に届け出た事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合には、次に掲げる区分に従い、令和6年3月31日までの間（（4）及び（5）については、令和4年3月31日までの間）に次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>（1）介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 次の①、②、③、④、⑤に適合している場合 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の1000分の47に相当する単位数</p> <p>（2）介護職員処遇改善加算（Ⅱ） 次の①、②、③、⑤に適合している場合 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の1000分の34に相当する単位数</p> <p>（3）介護職員処遇改善加算（Ⅲ） 次の①及び⑤を適合し、かつ②又は③のいずれかに適合している場合 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の1000分の19に相当する単位数</p> <p>（4）介護職員処遇改善加算（Ⅳ） 次の①に適合し、かつ②又は③又は⑥のいずれかに適合している場合 （3）により算定した単位数の100分の90に相当する単位数</p> <p>（5）介護職員処遇改善加算（Ⅴ） 次の①に適合している場合 （3）により算定した単位数の100分の80に相当する単位数</p> | <p>・介護職員処遇改善加算届出書等</p> <p>・キャリアパス要件を確認できる書類（任用等の要件を定めている等の資料、資質向上の研修の実施状況が分かる資料、賃金改善以外の処遇改善実績が分かる資料等）</p> <p>・労働保険料が納付されていることがわかる書類</p> <p>・賃金改善のルールを定めたことがわかる書類（就業規則・賃金規程等）</p> | <p>算定している場合 その区分 ()</p> | | |
| ① | <p>介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善（以下「賃金改善」という。）に要する費用の見込額が、介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>当該事業所において、上記の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、西宮市長に届け出ていること。</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。</p> <p>※ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について西宮市長に届け出ること。</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>当該事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を西宮市長に報告すること。</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>算定日が属する月の前12月間において、労働基準法（昭和22年法律第49号）、労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）、最低賃金法（昭和34年法律第137号）、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）、雇用保険法（昭和49年法律第116号）その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>労働保険料の納付が適正に行われていること。</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | | |
|------|---|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし | |
| ② | (1) 次に掲げる要件の全てに適合すること。 A 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 B aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ③ | (2) 次に掲げる要件の全てに適合すること。 A 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 B Aについて、全ての介護職員に周知していること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ④ | (3) 次に掲げる要件の全てに適合すること。 A 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。 B Aについて、就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し全ての介護職員に周知していること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ⑤ | 介護職員処遇改善計画書の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込み額を全ての職員に周知していること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ⑥ | 平成20年10月から①(2)の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。 【改正前の指定居宅サービス介護給付費単位数の訪問介護費への注】 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 77 | 介護職員等特定処遇改善加算 | 介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして西宮市長に届け出た事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合には、次に掲げる区分に従い、令和6年3月31日までの間に次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護職員等特定処遇改善加算届出書等 ・キャリアパス要件を確認できる書類(任用等の要件を定めている等の資料、資質向上の研修の実施状況が分かる資料、賃金改善以外の処遇改善実績が分かる資料等) ・職場環境等要件について、インターネット等によらず公表している場合、公表していることがわかる書類 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | (1) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) 次の①～⑧の基準のいずれにも適合している場合 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の1000分の20に相当する単位数 (2) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) 次の①及び⑥～⑧の基準のいずれにも適合している場合 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の1000分の17に相当する単位数 | | | | |
| ① | | (1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。 | | | | |
| | | (一) 介護福祉士であって、経験及び技能を有する介護職員と認められる者(以下「経験・技能のある介護職員」という。)のうち1人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。 ※ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | (二) 事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていること。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|------|---|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| | (三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であること。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の平均賃金額を上回らない場合はその限りでないこと。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らないこと。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② | 賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、西宮市長に届け出ていること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ | 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。 ※ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について西宮市長に届け出ること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④ | 事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を西宮市長に報告すること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑤ | 特定事業所加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)のいずれかを届け出ていること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑥ | 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑦ | ②の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。以下この号において同じ。)及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑧ | ⑦の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | | |
|---|--|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし | |
| VI-2 介護給付費関係（介護予防） | | | | | | |
| 78 基本的事項 | 指定介護予防通所リハビリテーションに要する費用の額は、平成18年厚生労働省告示第127号の別表「指定介護予防サービス介護給付費単位数表」により算定していますか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防通所リハビリテーション計画書 ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 ・サービス提供票・別表 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 指定介護予防通所リハビリテーションに要する費用の額は、「厚生労働大臣が定める1単位の単価」に、別表に定める単位数を乗じて算定していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 1単位の単価に単位数を乗じて得た額に1円未満の端数があるときは、端数金額を切り捨てて計算していますか。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 次の区分に応じ、それぞれの所定単位数を算定していますか。 ①要支援1 2、053単位 ②要支援2 3、999単位 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 79 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準（※）に適合しているものとして西宮市長に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合は、リハビリテーション実施計画に基づく指定介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき562単位を加算していますか。</p> <p>※リハビリテーションを行うに当たり、利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録 ・介護予防通所リハビリテーション計画書 ・職員勤務表 ・生活行為の内容の充実を図るための研修修了証 | | | | |
| 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士（※）又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること。 ※作業療法士についても、理学療法士若しくは言語聴覚士と同様に、日本作業療法士会協会が実施する生活行為向上マネジメント研修等を修了していること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを実施すること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 当該計画で定めた指定介護予防通所リハビリテーションの実施期間中に指定介護予防通所リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内に、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 介護予防通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロのいずれかを算定していること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 80 | 人員基準を満たさない状況で提供された通所リハビリテーション | 利用者数の基準及び医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員若しくは看護職員の員数が人員基準を満たさない状況で行われた通所リハビリテーションについては、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定していますか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・職員勤務表 ・利用者の数がわかる書類 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|------|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 81 | 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 平成21年厚生労働省告示第83号の二に定める地域に居住している利用者に対し、通常の事業の実施地域を越えてサービス提供を行った場合は、1月につき所定単位数の100分の5に相当する単位数を加算していますか。 | <ul style="list-style-type: none"> 運営規程 領収書控 車両運行日誌 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 82 | 若年性認知症利用者受入加算 厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た事業所において、若年性認知症患者に対してサービス提供を行った場合には、1月につき240単位を加算していますか。 | <ul style="list-style-type: none"> 利用者に関する記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 83 | サービス種類相互の算定関係 利用者が介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護若しくは介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間、算定していませんか。 | <ul style="list-style-type: none"> 介護予防サービス計画書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 84 | 複数事業所利用の場合 利用者が一の指定介護予防通所リハビリテーション事業所においてサービス提供を受けている間は、当該事業所以外の指定介護予防通所リハビリテーション事業所がサービス提供を行った場合、算定していませんか。 | <ul style="list-style-type: none"> 介護予防サービス計画書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 85 | 同一建物による減算 事業所と同一建物に居住する者又は事業所と同一建物から介護予防通所リハビリテーション事業所に通う者に対し、介護予防通所リハビリテーションを行った場合は、1月につき次の単位を減算していますか。 ただし、傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りではない。 ①要支援1 376単位 ②要支援2 752単位 | <ul style="list-style-type: none"> 送迎記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 86 | 長期期間利用の介護予防リハビリテーションの適正化 <u>指定介護予防リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に指定介護予防通所リハビリテーションを行う場合、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数から減算していますか。</u> <u>(1) 要支援1 20単位</u> <u>(2) 要支援2 40単位</u> <u>※入院による中断があり、医師の指示内容に変更がある場合は、新たに利用が開始されたものとする。</u> <u>※本取扱いについては、令和3年4月から起算して12月を超える場合から適用される。</u> <u>※12月以上継続した場合の減算起算の開始時点は当該サービスを利用開始した日が属する月となる。</u> <u>※12月の計算方法は、当該事業所のサービスを利用された月を合計したものを利用期間とする。</u> | <ul style="list-style-type: none"> 利用者に関する記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|--|--|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 87 運動器機能向上加算 | 次のいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出て、利用者の運動器の機能向上を目的として個別に実施されるリハビリテーションであって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下「運動器機能向上サービス」という。）を行った場合は、1月につき225単位を加算していますか。 | ・利用者に関する記録 ・職員勤務表 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置していること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 利用者の運動器の機能を利用開始時に把握し、医師、理学療法士等、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、運動器機能向上計画を作成していること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等、作業療法士又は言語聴覚士若しくは看護職員が運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録していること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 利用者ごとの運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価すること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 定員利用・人員基準に適合している事業所であること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 要件 | 基準 | 留意事項 |
|---------|--|--|
| 目的 | 運動器の機能向上 | 当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護にならず自立した日常生活を営むことができるよう支援すること。 |
| 実施形態 | 個別に実施される機能訓練 | |
| 機能訓練指導員 | 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 | |
| 勤務形態 | 専従 | |
| 人数 | 1人以上 | |
| 利用開始時 | 利用者の運動器の機能を把握する | 看護職員等の医療従事者によるサービス実施に当たってのリスク評価、体力測定等を実施 サービスの提供に際して考慮すべきリスク、利用者のニーズ及び運動器の機能状況を把握する |
| 計画の作成 | 医師、理学療法士等、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して利用者ごとに作成する | 暫定的に、長期目標(概ね3月程度で達成可能な目標)、短期目標(概ね1月程度で達成可能な目標)を設定する ※介護予防サービス計画と整合が図れたものとする 実施する運動の種類、実施期間(概ね3月程度)、実施頻度、1回当たりの実施時間、実施形態等を記載する サービス提供による効果、リスク、緊急時の対応等と併せて利用者に説明し、同意を得る 介護予防通所リハ計画の中に本サービス計画に相当する内容を記載する場合は、その記載をもって本サービス計画の作成に代えることができる 実施上の問題点があれば直ちに計画を修正すること |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|---------|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 要件 | 基準 | 留意事項 | | | |
| 実施 | 利用者ごとの計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等若しくは看護職員が行う | 提供するサービスは、国内外の文献等において介護予防の観点からの有効性が確認されている等の適切なものとする | | | |
| 記録評価等 | 利用者ごとの運動器の機能及び計画の進捗状況を定期的に記録し評価する | <p>介護予防通所リハのサービス提供記録において運動器の機能を定期的に記録する場合は、別に記録をする必要はない</p> <p>概ね1月間毎に短期目標の達成度と客観的な運動器の機能状況についてモニタリングを行い、必要に応じて計画修正を行う</p> <p>実施期間終了後、利用者毎に長期目標の達成度及び運動器の機能状況について事後アセスメントを実施する</p> <p>事後アセスメントの結果を当該利用者に係る介護予防支援事業者に報告する</p> | | | |
| 継続する場合 | | 事後アセスメントを踏まえたうえで、介護予防支援事業者における介護予防ケアマネジメントの結果、サービスの継続が必要であると判断される場合 | | | |
| 加算事業所基準 | 利用定員、人員基準において減算対象となっていないこと | | | | |
| 88 | <p>栄養アセスメント加算</p> <p>次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出た指定予防通所リハビリテーション事業所において、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合は、所定単位数を加算していますか。ただし、当該利用者が栄養改善加算又は選択的サービス複数実施加算の算定に係る栄養改善サービスを受ける間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しません。</p> <p>1月につき 50単位</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（管理栄養士等）が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じて対応すること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理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。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|---|---|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 89 栄養改善加算 | 次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出て、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下「栄養改善サービス」という。）を行った場合は、1月につき200単位を加算していますか。 | ・利用者に関する記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者（管理栄養士等）が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価すること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 利用定員・人員基準に適合している事業所であること。 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|---|---|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 90 口腔・栄養スクリーニング加算 | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定介護予防通所リハビリテーション事業所等の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、次に掲げる区分に応じ、1回につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。 ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しません。 | ・利用者に関する記録 | | | |
| | イ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 20単位 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ロ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 5単位 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| イ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） ※右に掲げる基準のいずれにも適合すること | ①利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ②利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ③定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ④算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当しないこと。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ④-1 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算若しくは選択的サービス複数実施加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ④-2 当該利用者が口腔機能向上加算若しくは選択的サービス複数実施加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ①次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 | | | | |
| ロ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） ※右に掲げる基準のいずれかに適合すること | ①-1 イ①及び③に掲げる基準に適合すること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ①-2 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算若しくは選択的サービス複数実施加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ①-3 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算若しくは選択的サービス複数実施加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ②次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ②-1 イ②及び③に掲げる基準に適合すること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ②-2 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算若しくは選択的サービス複数実施加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ②-3 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算若しくは選択的サービス複数実施加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|---|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 【口腔・栄養スクリーニング加算 留意事項】 | | | | | |
| <p>利用開始時及び利用中6月ごとに利用者についてそれぞれ次の掲げる事項に関する栄養状態について確認を行い、確認した情報（低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を介護支援専門員に提供すること。</p> <p>イ 口腔スクリーニング A 硬いものを避け、柔らかいものばかりを中心に食べる者 B 入れ歯を使っている者 C むせやすい者</p> <p>ロ 栄養スクリーニング A BMIが18.5未満である者 B 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者 C 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 D 食事摂取量が不良（75%以下）である者</p> | | | | | |
| <p>口腔・栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施していること。</p> | | ・サービス担当者会議録 | | | |
| 91 | <p>口腔機能向上加算</p> <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下、口腔機能向上サービスという。）を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる単位数を加算していますか。</p> <p>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しません。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録 ・職員勤務表 ・口腔機能改善管理指導計画書 ・評価、モニタリング結果 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>イ 口腔機能向上加算（Ⅰ） 150単位</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p>ロ 口腔機能向上加算（Ⅱ） 160単位</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| イ 口腔機能向上加算（Ⅰ） 右に掲げる基準のいずれにも適合すること | ①言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ②利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ③利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ④利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ⑤定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|--|---|-------|------|----|------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| □ 口腔機能向上加算 (Ⅱ) 右に掲げる基準の いずれにも適合す ること | ①イ①～⑤までに掲げるいずれにも適合すること。 | | □ | □ | □ |
| | ②利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理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。 ※ 厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム(LIFE)」を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照すること。 サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた口腔機能改善管理指導計画の作成(Plan)、当該計画に基づく支援の提供(Do)、当該支援内容の評価(Check)、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行うこと。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。 | | □ | □ | □ |
| 92 選択的サービ ス複数実施 加算 | 次に掲げる厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が利用者に対し、選択的サービスのうち複数のサービスを実施した場合に、1月につき次に掲げる単位数を加算していますか。 ただし、この場合において、同月中に利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを算定している場合には、次に掲げる加算は算定しない。また、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。 | | | | |
| | (1) 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ) 480単位 次の①～③のいずれにも適合すること | | □ | □ | □ |
| | (2) 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ) 700単位 次の②～④のいずれにも適合すること | | □ | □ | □ |
| ① | 指定介護予防サービス介護給付費単位数表の各サービスの掲げる基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て運動機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち、2種類のサービスを実施していること。 | | □ | □ | □ |
| ② | 利用者が指定介護予防通所介護又は指定介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、選択的サービスを行っていること。 | | □ | □ | □ |
| ③ | 利用者に対し、選択的サービスのうちいずれかのサービスを1月につき2回以上行っていること。 | | □ | □ | □ |
| ④ | 利用者に対し、選択的サービスのうち3種類のサービスを実施していること。 | | □ | □ | □ |
| <p>※ 実施する各選択的サービスの取扱いに従い適切に実施していること。 ※ いずれかの選択的サービスを週1回以上実施すること。 ※ 複数の種類の選択的サービスを組み合わせるに当たり、各選択的サービスを担当する専門の職種が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法について検討すること。</p> | | | | | |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|-------------------|--|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 93 事業所評価 加算 | 厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所において、評価対象期間（加算を算定する年度の前年の1月から12月までの期間（基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た年においては、届出の日から同年12月までの期間））の満了日に属する年度の次の年度内に限り1月につき120単位を加算していますか。 ※ただし、生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定しない。 | ・利用者の数がわかる書類 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ① | 定員利用・人員基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを行っていること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② | 評価対象期間における事業所の利用実人員数が10名以上であること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ | 評価対象期間における当該指定介護予防通所介護事業所又は当該介護予防通所リハビリテーション事業所の提供する選択的サービスの利用実人員数を当該指定介護予防通所介護事業所又は当該介護予防通所リハビリテーション事業所の利用実人員数で除して得た数が0.6以上であること。 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④ | （2）の規定により算定した数を（1）に規定する数で除して得た数が0.7以上であること （1）評価対象期間において、当該指定介護予防通所介護事業所又は当該介護予防通所リハビリテーション事業所の提供する選択的サービスを3月間以上利用し、かつ、当該サービスを利用した後、要支援更新認定等を受けた者の数 （2）選択的サービスを利用した後、評価対象期間に行われる要支援更新認定等において、当該要支援更新認定等の前の要支援状態区分と比較して、要支援状態区分に変更がなかった者の数に、要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援2の者であって、要支援更新認定等により要支援1と判定された者又は要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援1の者であって要支援更新認定等により非該当と判定された者の人数及び要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援2の者であって、要支援更新認定等において非該当と判定された者の人数の合計数に2を乗じて得た数を加えたもの | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 94 ① | <u>次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出た事業所が、利用者に対してサービスを行った場合は、科学的介護推進体制加算として、1月につき40単位を加算していますか。</u> <u>※原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに上記イ及びロに掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の利用者全員に対して算定できるものである。</u> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>イ 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。</u> <u>※情報の提出については、「LIFE」を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照すること。</u> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 94 ② | <p>ロ <u>必要に応じて介護予防通所リハビリテーション計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、イに規定する情報その他介護予防通所リハビリテーションを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。</u> <u>※情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。</u></p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p><u>PDCAサイクルにより質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めるために、具体的には、次のような一連の取組を行っていますか。</u></p> | | | | |
| | <p><u>(1) 利用者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するためのサービス計画を作成していますか。(Plan)</u></p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p><u>(2) サービスの提供に当たっては、サービス計画に基づいて、利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施していますか。(Do)</u></p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <p><u>(3) LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、事業所の特定やサービス提供の在り方について検証を行っていますか。(Check)</u></p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p><u>(4) 検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質の更なる向上に努めていますか。(Action)</u></p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|---|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 95 サービス提供体制強化加算 | <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対しサービスを行った場合は、区分に従い、利用者の要支援状態区分に応じて1月につき次に掲げる所定単位数を加算していますか。</p> <p>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合は、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) サービス提供体制強化加算 (I) 要支援1・事業対象者 88単位 要支援2 176単位</p> <p>(2) サービス提供体制強化加算 (II) 要支援1・事業対象者 72単位 要支援2 144単位</p> <p>(3) サービス提供体制強化加算 (III) 要支援1・事業対象者 24単位 要支援2 48単位</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・職員に関する記録 ・常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く)の平均の記録 ・職員勤務表 ・職員履歴書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| イ サービス提供体制強化加算 (I) ※①及び②のいずれにも適合すること | <u>①次のいずれかに適合すること</u> | | | | |
| | <u>・事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。</u> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>・事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。</u> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ロ サービス提供体制強化加算 (II) ※③及び④のいずれにも適合すること | <u>②定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</u> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>③当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。</u> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ハ サービス提供体制強化加算 (III) ※⑤及び⑥のいずれかに適合すること | <u>④定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</u> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>⑤次のいずれかに適合すること</u> | | | | |
| | <u>・事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。</u> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>・介護予防通所リハビリサービスを利用者に直接提供する職員の総数の内、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。</u> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <u>④定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</u> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| 点検項目 | 確認事項 | 確認書類等 | 点検結果 | | |
|---------------------|---|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 適 | 不適 | 該当なし |
| 96 介護職員処遇改善加算 | <p>介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして西宮市長に届け出た事業所が、利用者に対し、指定介護予防リハビリテーションを行った場合には、次に掲げる区分に従い、令和6年3月31日までの間（（4）及び（5）については、令和4年3月31日までの間）に次に掲げる単位数を所定単位数に加算していますか。</p> <p>◆要件等は、通所リハビリテーションを参照</p> <p>※厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）第130号の規定により準用する同告示第48号の基準を準用し（この場合において、同告示中「定期巡回・随時対応型訪問介護サービス」とあるのは「指定介護予防リハビリテーション」と読み替えるものとする。）、また内容は、別途通知（「介護職員処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」）を準用する。</p> <p>なお、指定介護予防リハビリテーション事業所において、介護職員処遇改善加算の対象となる介護職員は、介護予防・生活支援員（管理者又は訪問事業責任者を兼務している場合も含む。）とする。</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 97 介護職員等特定処遇改善加算 | <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして西宮市長に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、単位数を所定単位数に加算する。</p> <p>ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合又は、生活援助従事者研修の修了者が身体介護に従事した場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>（1） 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）アからオまでにより算定した単位数の1000分の20に相当する単位数</p> <p>（2） 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）アからオまでにより算定した単位数の1000分の17に相当する単位数</p> <p>◆要件等は、通所リハビリテーションを参照</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |