

事業所名: 作成日: 

## 加算等自己点検シート（介護予防訪問リハビリテーション）

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
高齢者虐待防止未実施減算	指定介護予防サービス等基準第53の10の2に規定する措置を講じていない場合（①虐待防止対策検討委員会の開催②虐待防止指針の整備③虐待防止のための年1回以上の研修④虐待防止措置実施のための担当者の配置）	<input type="checkbox"/> 該当	
業務継続計画未策定減算	指定介護予防サービス等基準第53条の2の2第1項に規定する基準を満たさない事実が生じた場合	<input type="checkbox"/> 該当	
同一建物減算	事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物（以下「同一敷地内建物等」とする。）	<input type="checkbox"/> 該当 （所定単位数の100分の90）	
	1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者	<input type="checkbox"/> 該当 （所定単位数の100分の90）	
	1月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物の利用者	<input type="checkbox"/> 該当 （所定単位数の100分の85）	
特別地域加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間地域等における小規模事業所加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
	1月あたり延べ訪問回数10回以下	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	点検書類等
短期集中リハビリテーション実施加算	短時間の訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> なし	リハビリテーション計画書(参考様式)
	起算日(退院(退所)又は認定日)より3月以内に実施 (起算から1月以内:概ね週2日以上、40分/日以上) (起算から1月を超え3月以内:概ね週2日以上、20分/日以上)	<input type="checkbox"/> あり	
口腔連携強化加算	利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、口腔の健康状態の評価結果の情報提供を行った	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者の口腔の健康状態について歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示をうけた歯科衛生士に相談、指示を受けている。	<input type="checkbox"/> 該当	
事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合の減算	リハビリテーション計画の作成に係る事業所の医師の診療の実施	<input type="checkbox"/> なし	
利用開始した月から12月を超えた場合の減算	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定介護予防訪問リハビリテーションを行う	<input type="checkbox"/> 該当	
12月超減算の適用対象外(いずれの要件にも該当)	3月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、その内容を記録するとともに、必要に応じ介護予防訪問リハビリテーション計画を見直す	<input type="checkbox"/> 該当	リハビリテーション会議記録
	利用者ごとの介護予防訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報をLIFEを用いて厚労省へ提出し、リハビリテーションの提供に当たって必要な情報を活用	<input type="checkbox"/> 該当	
退院時共同指導加算	指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導の内容を在宅での介護予防訪問リハビリテーション計画に反映させている	<input type="checkbox"/> 該当	退院時共同指導記録 介護予防訪問リハビリテーション計画
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち勤続年数7年以上の者がいる	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち勤続年数3年以上の者がいる	<input type="checkbox"/> 該当	