

事業所名:

作成日:

加算等自己点検シート（訪問リハビリテーション）

点検項目	点検事項	点検結果	挙証資料
通院が困難	在宅の利用者であって通院が困難なものに対するサービス	<input type="checkbox"/> 該当	
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待防止検討委員会を定期的に開催し、その結果を理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に周知	<input type="checkbox"/> 実施	
	虐待の防止のための指針を整備	<input type="checkbox"/> 実施	
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、虐待防止のための研修を年1回以上実施し、その内容を記録	<input type="checkbox"/> 実施	
	虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者の配置	<input type="checkbox"/> 配置	
業務継続計画未策定減算	業務継続計画の策定	<input type="checkbox"/> 策定	
	当該計画に従い必要な措置を講じている	<input type="checkbox"/> 実施	
同一建物減算	事業所の所在する建物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当該事業所と同一の建物に居住する利用者	<input type="checkbox"/> 該当（所定単位数の90%）	
	事業所における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	<input type="checkbox"/> 該当（所定単位数の90%）	
	同一敷地内建物等で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に居住する利用者	<input type="checkbox"/> 該当（所定単位数の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＋事業所規模要件	<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へ通常の実施地域を越えてサービス提供	<input type="checkbox"/> 該当	
短期集中リハビリテーション実施加算	起算日より3月以内にリハビリを集中的に実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	週2日以上1日当たり20分以上	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	挙証資料
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	1 リハビリテーション会議の開催、会議内容の記録	<input type="checkbox"/> 実施	
	2 医師、理学療法士等による訪問リハビリテーション計画の利用者等への説明、同意の取得（理学療法士等が説明した場合は、説明した内容等について医師への報告）	<input type="checkbox"/> あり	
	3 定期的なリハビリテーション会議の開催	<input type="checkbox"/> 3月に1回以上	
	4 居宅介護支援事業者への情報提供	<input type="checkbox"/> あり	
	5 次の（一）、（二）のいずれかに適合		
	（一）居宅サービス計画に位置付けた指定訪問介護事業等に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者への指導及び助言	<input type="checkbox"/> 該当	
	（二）利用者の居宅を訪問し、その家族への指導及び助言	<input type="checkbox"/> 該当	
	6 上記1～5の要件の確認および記録	<input type="checkbox"/> あり	
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	リハビリテーションマネジメント加算（イ）の要件を満たしている	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者ごとの訪問リハビリテーション計画所等の内容等の情報をLIFEにより提出、情報活用	<input type="checkbox"/> 実施	
リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明	リハビリテーションマネジメント加算の算定	<input type="checkbox"/> 算定あり	
	訪問リハビリテーション計画について、当該事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ている	<input type="checkbox"/> 該当（1月につき270単位）	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	認知症であると医師が判断した者であって、リハビリ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、退院（所）日又は訪問開始日から起算して3月以内にリハビリを集中的に実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	当該利用者について、短期集中リハビリテーション実施加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 算定なし	
	当該利用者について、過去3月の間に本加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 算定なし	

点検項目	点検事項	点検結果	挙証資料
口腔連携強化加算	1 事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施	<input type="checkbox"/> あり	
	2 当該評価の結果について、利用者の同意を得て、歯科医療機関および介護支援専門員に対し情報提供を実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	3 歯科点数表のC000歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に相談できる体制を確保し、その旨を文書等で取り決めている	<input type="checkbox"/> 実施	
	4 次の(一)、(二)、(三)いずれにも該当しない		
	(一)当該利用者について、他の介護サービス事業所で、口腔・栄養スクリーニング加算（栄養状態のスクリーニングを行い、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）を算定している場合を除く）を算定している	<input type="checkbox"/> 非該当	
	(二)当該利用者について、口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、居宅療養管理指導事業所が歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定している（初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除く）	<input type="checkbox"/> 非該当	
	(三)当該事業所以外の介護サービス事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定している	<input type="checkbox"/> 非該当	
診療未実施減算	当該事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がサービスを提供	<input type="checkbox"/> 該当（1回につき50単位減算）	
退院直後の診療未実施減算の免除	次の(一)、(二)、(三)いずれにも該当する場合		
	(一)医療機関に入院し、当該医療機関の医師の診療を受け、当該医療機関の医師、理学療法士等からリハビリを受けた利用者である	<input type="checkbox"/> 該当	
	(二)訪問リハビリテーション事業所が、当該利用者が入院していた医療機関から、利用者に関する情報の提供を受けている	<input type="checkbox"/> 該当	
	(三)当該利用者の退院日から起算して1月以内の訪問リハビリテーションの提供である	<input type="checkbox"/> 該当	
退院時共同指導加算	病院又は診療所に入院中の利用者が退院するに当たり、事業所の医師又は理学療法士等が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に初回のサービスを提供	<input type="checkbox"/> 該当	
	退院時共同指導内容の記録	<input type="checkbox"/> 実施	

点検項目	点検事項	点検結果	挙証資料
移行支援加算	前年の1月～12月において、訪問リハ終了者のうち社会参加に資する取組を実施した者の占める割合が5%を超えている	<input type="checkbox"/> 該当	
	訪問リハ終了日から14日～44日以内に、ADLおよびIADLが維持改善されていることや社会参加に資する取組が継続されていることの確認、記録の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	12月を利用者の平均利用月数で除して得た数が25%以上であること	<input type="checkbox"/> 該当	
	訪問リハ終了者が通所介護等事業所へ移行するに当たり、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先事業所へ提供	<input type="checkbox"/> 実施	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	サービスを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	<input type="checkbox"/> 1名以上配置	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	サービスを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	<input type="checkbox"/> 1名以上配置	