

加算等自己点検シート（介護予防通所リハビリテーション）

点検項目	点検事項	点検結果		
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条の10の2に規定する措置を講じていない場合	<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項に規定する措置を講じていない場合	<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	
定員超過利用減算		<input type="checkbox"/>	該当	
人員基準欠如減算		<input type="checkbox"/>	該当	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	6月間のリハビリテーション実施計画を作成	<input type="checkbox"/>	あり	生活行為向上リハビリテーション実施計画(参考様式)
	家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等を可能とすることを見据えた目標や実施内容を設定	<input type="checkbox"/>	該当	リハビリテーション計画書(参考様式)
	専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士を配置	<input type="checkbox"/>	該当	修了証
	終了前一月以内に、リハビリテーション会議を開催	<input type="checkbox"/>	あり	プロセス管理票(参考様式)
	リハビリテーションの目標の達成状況を報告	<input type="checkbox"/>	該当	リハビリテーション計画書(参考様式)
	利用者が生活の中で実践できるよう家族に指導助言	<input type="checkbox"/>	該当	リハビリテーション計画書(参考様式)
	居宅を訪問し、利用者の居宅における能力を評価、利用者及び家族に伝達	<input type="checkbox"/>	該当	リハビリテーション計画書(参考様式)

点検項目	点検事項	点検結果		
	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利用者宅を訪問し、生活行為に対する評価を概ね1月に1回以上実施	<input type="checkbox"/>	該当	リハビリテーション計画書(参考様式)
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者定める	<input type="checkbox"/>	該当	
	利用者に応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/>	実施	
同一建物減算	事業所と同一建物に居住又は同一建物から通所	<input type="checkbox"/>	該当	
	疾病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	<input type="checkbox"/>	非該当	
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通所リハビリテーションを行う	<input type="checkbox"/>	該当	
	入院による中断があり、医師の指示内容に変更がある	<input type="checkbox"/>	非該当	
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通所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通所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	病院又は診療所を退院するにあたり、指定介護予防通所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、退院時共同指導を実施	<input type="checkbox"/>	該当	
	退院時共同指導の内容を介護予防通所リハビリテーション計画へ反映	<input type="checkbox"/>	該当	介護予防通所リハビリテーション計画
	退院時共同指導の内容を記録	<input type="checkbox"/>	該当	退院時共同指導記録
	退院1回に限り、当該共同指導後の初回の介護予防通所リハビリテーションを行った場合に算定	<input type="checkbox"/>	該当	
	介護予防通所リハビリテーション事業所が一体的に運営されている場合	<input type="checkbox"/>	併算定不可	

点検項目	点検事項	点検結果	
栄養アセスメント加算	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	<input type="checkbox"/> あり	
	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、生活相談員その他の職種の者が共同で栄養アセスメントを3月に1回以上行い、利用者又は、家族に結果を説明し、相談等に対応	<input type="checkbox"/> 実施	栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング (参考様式)
	利用者の体重を1月毎に測定	<input type="checkbox"/> 実施	
	利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省（LIFE）に提出し、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	<input type="checkbox"/> 実施	
	栄養改善加算又は一体的サービス提供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	<input type="checkbox"/> 非該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 適合	
栄養改善加算	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	<input type="checkbox"/> 配置	
	管理栄養士等（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、生活相談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配慮した栄養ケア計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	栄養ケア計画に従い管理栄養士等が（必要に応じて居宅を訪問し）栄養改善サービスの提供、栄養状態等の記録	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア提供経過記録 (参考様式)
	栄養ケア計画の評価、介護支援専門員や主治の医師に対する情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	栄養ケアモニタリング (参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	利用開始時および利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態および栄養状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供	<input type="checkbox"/> 該当	※いずれも非該当であることが要件
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	栄養アセスメント加算を算定している間である又は当該利用者が栄養改善加算若しくは一体的サービス提供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（栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。）	<input type="checkbox"/> 非該当	
	口腔機能向上加算若しくは一体的サービス提供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（口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。）	<input type="checkbox"/> 非該当	
	他の介護サービス事業所において、当該利用者について、すでに口腔連携強化加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	（１）又は（２）に該当	<input type="checkbox"/> 該当	
	（１）利用開始時および利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供している場合次の①及び②が該当 ①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間である又は当該利用者が栄養改善加算若しくは一体的サービス提供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（栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。）	<input type="checkbox"/> 該当	
	②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一体的サービス提供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	<input type="checkbox"/> 該当	
	（２）利用開始時および利用中６月ごとに利用者の栄養状態について確認し情報を担当の介護支援専門員に提供している場合次の①及び②が該当	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
	①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一体的サービス提供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	<input type="checkbox"/> 該当	
	②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一体的サービス提供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（口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。）	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	他の介護サービス事業所において、当該利用者について、すでに口腔連携強化加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
口腔機能向上加算（Ⅰ）	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を１名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	口腔機能向上サービスの提供は、以下に掲げる手順により行うこと	<input type="checkbox"/> 実施	
	利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握	<input type="checkbox"/> 実施	
	利用開始時に言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等が共同して口腔機能改善管理指導計画を作成	<input type="checkbox"/> なし	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画（参考様式）
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成	<input type="checkbox"/> あり	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画（参考様式）
	利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね３月ごとに口腔機能の状態の評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/> ３月ごとに実施	口腔機能向上サービスのモニタリング（参考様式）
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	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」を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
口腔機能向上加算（Ⅱ）	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	口腔機能向上サービスの提供は、以下に掲げる手順により行うこと	<input type="checkbox"/> 実施	
	利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握	<input type="checkbox"/> 実施	
	利用開始時に言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成	<input type="checkbox"/> なし	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成	<input type="checkbox"/> あり	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに口腔機能の状態の評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
一体的サービス提供加算	利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省（LIFE）に提出し、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	<input type="checkbox"/> 実施	
	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」を行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
	栄養改善加算及び口腔機能向上加算のいずれの要件を満たすものとして、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者が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、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかを行う日を、1月につき2回以上設定	<input type="checkbox"/> 該当	
科学的介護推進体制加算	栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	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利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省（LIFE）に提出	<input type="checkbox"/> あり	
	利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（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	<input type="checkbox"/> 実施	

点検項目	点検事項	点検結果	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	次の（１）又は（２）のいずれかに該当	<input type="checkbox"/> 該当	
	（１）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	<input type="checkbox"/> 該当	
	（２）介護職員の総数のうち勤続年数が10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	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	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	次の（１）又は（２）のいずれかに該当	<input type="checkbox"/> 該当	
	（１）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	<input type="checkbox"/> 該当	
	（２）利用者に直接サービスを提供する職員の総数のうち勤続年数7年以上の職員の占める割合が100分の30以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	