

403 介護予防訪問リハビリテーション費

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|-------------------------------------|---|-----------------------------|--------------------|
| 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 | |
| | 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"/> あり | |
| | 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"/> あり | |
| 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30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 | |
| 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 | |
| | 起算日より3月以内に実施（概ね週2回以上1回40分以上） | <input type="checkbox"/> あり | リハビリテーション計画書（参考様式） |
| 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 | 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 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|-----------------|--|--------------------------------|--|
| 事業所評価加算 | 前年の1月から12月まで(評価期間)の利用実人員が10名以上 | <input type="checkbox"/> 満たす | |
| | (要支援状態区分の維持者数+(改善者数×2)) 評価対象期間内に介護予防訪問リハビリテーション費を3月以上算定し、その後に更新・変更認定を受けた者の数 | <input type="checkbox"/> 0.7以上 | |
| 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 | |