

自己点検シート（訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション）

事業所名	
点検者職・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、訪問リハビリテーションを介護予防訪問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	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。	<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"/>
	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。		<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 (介護予防)	要介護状態となった場合でも、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持又は向上を目指し、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものとなっていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとなっていますか。		<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	
II 人員基準						
3	医師	<p>指定訪問リハビリテーションの提供に当たらせるために必要な1以上の数を配置していますか。</p> <p>* 指定訪問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ものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えない。</p> <p>* 指定訪問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当該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ある。</p> <p>* 指定訪問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、指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務している場合でも、常勤の要件として足るものである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・勤務表 ・訪問リハビリテーション記録 ・職員名簿、雇用契約書 ・資格を確認する書類 ・就業規則 ・賃金台帳等 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者の員数	<p>事業所ごとに、指定訪問リハビリテーションを提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を配置していますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・勤務表 ・訪問リハビリテーション記録 ・職員名簿、雇用契約書 ・資格を確認する書類 ・賃金台帳等 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III 設備基準						
4	設備及び備品等	<p>事業所は、病院、診療所又は介護老人保健施設又は介護医療院であって、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所平面図 ・設備・備品台帳 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV 運営基準						
5	内容及び手続の説明及び同意	<p>事業所の運営規定の概要、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。</p> <p>※ 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書 ・利用申込書（契約書等） ・同意に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	提供拒否の禁止	<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護度の分布がわかる資料 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	サービス提供困難時の対応	<p>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、適切な他の事業者の紹介その他の必要な措置を速やかに講じていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	受給資格等の確認	<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>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。</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
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を通じて利用者の心身の状況、病歴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要点	<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。	・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。	・利用者に関する記録 ・指導、連絡等の記録 ・終了に際しての注意書	<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に対して届け出ること等により、指定訪問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。	・利用者の届出書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	・居宅サービス計画書 ・週間サービス計画表 ・訪問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。	・サービス計画表 ・サービス提供票	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	身分を証する書類の携行	従業者に身分を証する書類を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは提示するよう指導していますか。	・身分を証する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	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。	・サービス提供票・別表 ・業務日誌 ・訪問リハビリテーション記録	<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"/>

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
17	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。	・サービス提供票・別表 ・領収書控	<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指定訪問リハビリテーションを提供した場合の利用料と、居宅介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額を生じさせていませんか。	・運営規程 ・領収書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		上記の支払いを受ける額のほか、通常の事業の実施地域以外の地域におけるサービス提供に要した交通費以外の支払いを利用者から受けていませんか。	・運営規程 ・重要事項説明書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		前項の交通費の支払を受けるに当たっては、あらかじめ利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明し、同意を得ていますか。	・説明文書 ・同意に関する記録	<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。	・領収書控	<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。	・領収書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	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訪問リハビリテーションに係る利用料の支払いを受けた場合は、提供した指定訪問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。	・サービス提供証明書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	指定訪問リハビリテーションの基本的取扱方針	指定訪問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。	・訪問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"/>
		自らその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"/>
20	(指定介護予防訪問リハビリテーションの基本的取扱方針)	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常に意識してサービスを提供していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		利用者がその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。	・介護予防訪問リハビリテーション計画書 ・介護予防サービス計画書	<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に働きかけていますか。		<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
21 指定訪問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、医師の指示及び訪問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適切に行っていますか。	・訪問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心がけるとともに、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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。	・利用者に関する記録 ・指導を記録した書類等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供を行った際には、速やかに、サービス提供を実施した要介護者等の氏名、実施日時、実施したサービスの要点及び担当者の氏名を記録していますか。	・サービスの提供の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービスを提供した際には、サービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに医師に報告していますか。	・診療記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事業所の理学療法士等が、介護支援専門員を通じて、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に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達していますか。	・介護支援専門員を通じてサービス事業所の従業者に伝達した内容	<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(以下「構成員」という。)により構成される会議をいう。 <u>(※)テレビ電話装置等を活用して行うことができる。ただし、利用者又はその家族が参加する場合には、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。</u>	・リハビリテーション会議議事録 ・ <u>(テレビ電話装置等を活用した場合)同意を得た記録等</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 (指定介護予防訪問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。	・モニタリングの記録 ・報告の記録	<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
23 訪問リハビリ テーション計画 書の作成	医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師の診察に基づき、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訪問リハビリテーション計画を作成していますか。	・訪問リハビリテーション計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該計画には、利用者の希望、リハビリテーションの目標及び方針、健康状態、リハビリテーションの実施上の留意点、リハビリテーション終了の目安・時期等を記載していますか。	・訪問リハビリテーション計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(例外 当該事業所の医師が診療しない場合) 指定訪問リハビリテーション事業所とは別の医療機関の医師から計画的な医学的管理を受けている患者であって、例外として、当該事業所の医師がやむを得ず診療できない場合は、別の医療機関の医師から情報の提供を受けて、別の医療機関の医師から情報の提供を受けて、当該情報をもとに訪問リハビリテーション計画を作成していますか。	・訪問リハビリテーション計画書 ・別の医療機関の医師から情報提供を受けた記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	訪問リハビリテーション計画書は居宅サービス計画書に沿った内容となっていますか。	・訪問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"/>
	訪問リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していますか。	・訪問リハビリテーション計画書 ・居宅サービス計画書 ・モニタリング記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	訪問リハビリテーション計画書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。	・訪問リハビリテーション計画書 ・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	訪問リハビリテーション計画書を利用者に交付していますか。	・訪問リハビリテーション計画書 ・利用者に関する記録	<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訪問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訪問介護リハビリテーション計画の提供の求めがあった際には、当該訪問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。	・訪問リハビリテーション計画書 ・利用者に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※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訪問リハビリテーション計画を作成した場合、通所リハビリテーションの基準条例第115条第1項から第4項の基準を満たすことにより、訪問リハビリテーションの基準条例第68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。				

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"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
<u>③ 実行 (Do)</u>					
	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"/>
	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に通知していますか。</p> <p>①正当な理由なしに指定訪問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>	<ul style="list-style-type: none"> ・市町に送付した通知に係る記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	管理者の責務	<p>事業所の従業者及び業務の管理は、管理者により一元的に行われていますか。また、管理者は従業者に法令・基準等を遵守させるために必要な指揮命令を行っていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・組織図、組織規程 ・業務分担表 ・業務報告書 ・業務日誌等 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	運営規程	<p>指定訪問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従業者の職種、員数及び職務内容 ③営業日及び営業時間 ④指定訪問リハビリテーションの利用料及びその他の費用の額 ⑤通常の事業の実施地域 ⑥虐待の防止のための措置に関する事項 ⑦その他運営に関する重要事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程 ・指定申請及び変更届写 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	勤務体制の確保等① (勤務表、研修の機会等)	<p>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、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の勤務体制を定めていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・就業規則 ・運営規程 ・雇用契約書 ・勤務表 (原則として月ごと) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士によってサービスを提供していますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・勤務表 ・雇用契約書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<p>理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の資質向上のために、研修の機会を確保していますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・研修受講修了証明書 ・研修計画、出張命令 ・研修会資料 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	勤務体制の確保等② (ハラスメント)	<p><u>適切な介護予防支援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></p>				
		<p><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></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
勤務体制の確保等② (ハラスメント)	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、従業員に周知・啓発していますか。	・ハラスメントに関する方針 ・従業員に周知・啓発していることがわかる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。	・相談対応担当者 ・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・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) (1)介護現場におけるハラスメント対策マニュアル (2)(管理職・職員向け)研修のための手引き				
	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。 (1)相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備 (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) (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)	・各取組がわかる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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】 ※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	・業務継続計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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】	理学療法士等に対し、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。	・研修及び訓練の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。	・業務継続計画	<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
29 衛生管理等	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の清潔保持及び健康状態について必要な管理を行っていますか。	・健康診断の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	設備及び備品等について、衛生的な管理を行っていますか。	・衛生管理マニュアル等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>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】</u>				
	<u>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。</u>	・委員会開催の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>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。</u>	・指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>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。</u>	・研修及び訓練の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30 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掲示していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>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、掲示に代えることができる。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 秘密保持等	従業者及び管理者が正当な理由なく、その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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者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。	・就業時の取り決め等の記録	<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若しくはその家族の個人情報を用いる場合の同意を書面により得ていますか。	・利用者及び家族の同意書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 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者に対して、利用者に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"/>

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
33	苦情処理等	利用者及びその家族からの苦情を受け付けるための仕組みを設けていますか。また苦情に関する市町・国保連等の調査に協力し、指導助言に従って必要な改善を行っていますか。 苦情件数：月 件程度 苦情相談窓口の設置：有・無 相談窓口担当者：	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程 ・苦情に関する記録 ・苦情対応マニュアル ・苦情に対する対応結果記録 ・指導等に関する改善記録 ・市町への報告記録 ・国保連からの指導に対する改善記録 ・国保連への報告書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		苦情相談を受けたことがある場合、苦情相談等の内容を記録・保存していますか。 苦情相談を受けたことがない場合、苦情相談等の内容を記録・保存する準備をしていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・指導等に関する改善記録 ・市町への報告記録 ・国保連からの指導に対する改善記録 ・国保連への報告書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	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>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。また、事故の状況や措置について記録していますか。 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準備していますか。 →過去一年間の事故事例の有無：有・無	<ul style="list-style-type: none"> ・事故対応マニュアル ・事故に関する記録 ・事故発生報告書 	<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。賠償すべき事故が発生したことがない場合でも損害賠償を速やかに行える準備をしていますか。 →損害賠償保険への加入：有・無	<ul style="list-style-type: none"> ・損害賠償関係書類 	<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。	<ul style="list-style-type: none"> ・事故再発防止検討記録 	<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
35	<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>・委員会開催の記録 ・従業員に周知していることがわかる書類</p>	□	□	□
	<p>虐待の防止【令和6年3月31日まで経過措置あり】</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>・担当者の配置がわかる書類もの</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
36	会計の区分	事業所ごとに経理を区分するとともに、指定訪問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。	・会計関係書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	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、規則に定める日から2年間保存していますか。 ①訪問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。 ※指定訪問リハビリテーションの提供に関する記録には診療記録が含まれる、。	・訪問リハビリテーション計画書 ・サービス提供記録 ・市町村への通知に係る記録 ・苦情の記録 ・事故の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	電磁的記録等	<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、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>				
V 変更の届出等						
38	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					
39 基本的事項	指定訪問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"/>
	指定訪問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。	・訪問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"/>
	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"/>
40 訪問リハビリテーションの算定	通院が困難な利用者に対して、指定訪問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、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、サービス提供を行った場合に算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画的な医学管理を行う当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師の診療の日から3月以内に行った場合に算定していますか。	・診療録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(例外 当該事業所の医師が診療しない場合) 当該事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の計画的な医学管理を行っている医師から情報提供(指定訪問リハビリテーションの必要性や利用者の心身機能や活動等に係るアセスメント情報等)を受け、当該情報提供を踏まえて、当該リハビリテーション計画を作成していますか。	・診療録 ・情報提供に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(例外 当該事業所の医師が診療しない場合) 情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から3月以内に行われた場合に算定していますか。	・診療録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(例外 当該事業所の医師が診療しない場合) 少なくとも3月に1回は、指定訪問リハビリテーション事業所の医師は、当該情報提供を行った別の医療機関の医師に対して、訪問リハビリテーション計画等について医師による情報提供を行っていますか。	・訪問リハビリテーション計画書 ・情報提供を行った記録	<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
40 訪問リハビリテーションの算定	<p>当該事業所の医師が、指定訪問リハビリテーションの実施に当たり、理学療法士等に対し、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。</p> <p>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</p>	・医師が理学療法士等に指示を行った記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>上記の①～③の指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士等が、当該指示に基づき行った内容を記録していますか。</p>	・指示に基づき行った内容に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(例外 当該事業所の医師が診療しない場合) 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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>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、介護保険の指定訪問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。</p>	・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"/>
	<p>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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>訪問リハビリテーション計画の進捗を定期的(※)に評価し、必要に応じて当該計画を見直していますか。</p> <p>※定期的とは、初回の評価は、訪問リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに評価をいいます。</p>	・訪問リハビリテーション計画 ・モニタリング記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>事業所の医師が、利用者に対して3月以上の指定訪問リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合は、リハビリテーション計画に次の事項を記載していますか。</p> <p>①指定訪問リハビリテーションの継続利用が必要な理由 ②具体的な終了目安となる時期 ③その他指定居宅サービスの併用と以降の見通し</p>	・訪問リハビリテーション計画 ・モニタリング記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して1回当たり20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度※として算定していますか。(下記の場合を除く)</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
40 訪問リハビリテーションの算定	退院・退所の日から起算して3月以内に、医師の指示に基づきリハビリテーションを行う場合は、週12回を限度として算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事業所の理学療法士等が、介護支援専門員を通じて、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に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達していますか。		<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であって、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、利用者の居宅を訪問してサービスを行った場合は、訪問する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の当該訪問時間は、介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準の算定に含めていませんか。 介護老人保健施設又は介護医療院による訪問リハビリテーションの実施に当たっては、施設サービスに支障がないよう留意していますか。	・職員勤務表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	居宅から一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する訪問リハビリテーションを提供するに当たっては、訪問リハビリテーション計画に、その目的、頻度等を記録していますか。	・訪問リハビリテーション計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 記録上の区分について	利用者が指定訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した日又は訪問診療若しくは往診を受けた日に、訪問リハビリテーション計画の作成に必要な医師の診療が行われた場合には、当該複数の診療等と時間を別にして行われていることを記録上明確にしていますか。	・サービス提供記録 ・診療情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 通院が困難な利用者	通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通所リハビリテーション等を優先していますか。 ※指定通所リハビリテーションのみでは、家屋内にけるADLの自立が困難である場合の家屋状況の確認を含めた指定訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合は可。	・居宅サービス計画 ・サービス担当者会議録 ・アセスメントシート ・診療情報	<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	同一建物による減算	次のいずれかの利用者に対し、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定していますか。 (1) 指定訪問リハビリテーション事業所と同一の敷地内又は若しくは隣接する敷地内の建物若しくは指定訪問リハビリテーション事業所と同一建物に居住する利用者 (2) 指定訪問リハビリテーション事業所における一月当たりの利用者が(1)に該当するもの以外の同一の建物に20人以上居住する建物の利用者		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		次のいずれかの利用者に対し、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、所定単位数の100分の85に相当する単位数を算定していますか。 (3) 指定訪問リハビリテーション事業所における一月当たりの利用者が(1)に該当するもの以外の同一の建物に50人以上居住する建物の利用者 (2)(3)について 算定月の1月(暦月)当たりの利用者数の平均 = $\frac{\text{1日ごとの利用者数(介護予防訪問リハビリテーション利用者を含む。)}}{\text{当該月の日数}}$ (小数点以下切捨て)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	特別地域訪問リハビリテーション加算	平成24年厚生労働省告示第120号に定める地域に所在する指定訪問リハビリテーション事業所又はその一部として使用される事務所の理学療法士等が指定訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を加算していますか。	・訪問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 ・居宅サービス計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	中山間地域等における小規模事業所加算	平成21年厚生労働省告示第83号の一に定める地域に所在し、かつ、厚生労働大臣が定める施設基準に適合する指定訪問リハビリテーション事業所又はその一部として使用される事務所の理学療法士等が指定訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき所定単位数の100分の10に相当する単位数を加算していますか。	・訪問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 ・居宅サービス計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	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回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。	・運営規程 ・領収書控 ・車両運行日誌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	短期集中リハビリテーション実施加算	指定訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対して、退院(所)日(※1)又は認定日(※2)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、短期集中リハビリテーション実施加算として、1日につき200単位を加算していますか。 ※1 利用者がリハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院若しくは入所した病院若しくは診療所若しくは介護保険施設から退院若しくは退所した日 ※2 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。	・利用者に関する記録 ・訪問リハビリテーション計画	<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	
48	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訪問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共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合は、リハビリテーションマネジメント加算として、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。 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。	・利用者に関する記録 ・訪問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"/>
		(1) リハビリテーションマネジメント加算 (A) イ 180単位 次の①～⑧のいずれにも適合している場合		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(2) リハビリテーションマネジメント加算 (A) ロ 213単位 次の①～⑨のいずれにも適合している場合		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(3) リハビリテーションマネジメント加算 (B) イ 450単位 次の①～③、⑤～⑦、⑩、⑪のいずれにも適合している場合		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(4) リハビリテーションマネジメント加算 (B) ロ 483単位 次の①～③、⑤～⑦、⑨～⑫のいずれにも適合している場合		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定訪問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における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①に掲げる基準に適合するものであると明確に分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 訪問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 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、訪問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 指定訪問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) 指定訪問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訪問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) 指定訪問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、指定訪問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"/>	

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
		⑧ 上記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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		⑨ 利用者ごとの訪問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。 ※「科学的介護情報システム（L I F E）を用いて行うこと。L I F E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（L I F E）関連加算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について」（令和3年3月16日老老発0316第4号厚生労働省老健局老人保健課長通知）を参照すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		⑩ 訪問リハビリテーション計画について、指定訪問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"/>
		⑪ 上記①～③、⑤～⑦、⑩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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		⑫ 利用者ごとの訪問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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	医療保険の算定	指定訪問リハビリテーションを利用しようとする者の主治の医師（介護老人保健施設及び介護医療院の医師を除く。）が当該者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、その指示の日から14日間に限り、訪問リハビリテーション費は算定していませんか。（医療保険の給付対象となるため）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	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若しくは地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を受けている間は、算定していませんか。	・訪問リハビリテーション計画書 ・介護給付費請求書 ・介護給付明細書 ・サービス提供票・別表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	当該事業所の医師が診療を行っていない場合の減算	次の基準のいずれにも適合している指定訪問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、当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師が診療をおこなっていない利用者に対して、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき50単位を所定単位数から減算していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		①指定訪問リハビリテーション事業所の利用者が、当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること。				
		②当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。				
		③当該情報の提供を受けた指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、訪問リハビリテーション計画を作成すること。				
		※上記②については、令和3年4月1日から令和6年3月31日までの間は、適合しない場合でも、指定居宅サービス介護給付費単位数表の注10の訪問リハビリテーション費（1回につき50単位を所定単位数から減算した単位数）を算定できるものとする。				

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	移行支援加算	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訪問リハビリテーション事業所が、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への移行等を支援した場合は、移行支援加算として、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17単位を加算する。 ※社会参加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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
評価対象期間において指定訪問リハビリテーションの提供を修了した者のうち、指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防通所リハビリテーション、指定介護予防認知症対応型通所介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、第1号通所事業その他その他社会参加に資する取組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。				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
評価対象期間中に指定訪問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、指定訪問リハビリテーションの事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、訪問リハビリテーション終了者に対して、当該訪問リハビリテーション終了者の指定通所介護等の実施を確認し、記録していること。				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12月を指定訪問リハビリテーション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。				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問リハビリテーション終了者が指定通所介護等の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の事業所へ提供すること。				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	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訪問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、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる所定単位を加算していますか。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しない。 (1) サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 6単位 (2) サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 3単位	・職員に関する記録 ・職員勤務表 ・職員履歴書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【サービス提供体制強化加算（Ⅰ）の算定要件】 指定訪問リハビリテーション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年以上の者がいること。				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※「勤続年数」について (1) 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいいます。具体的には、令和3年4月における勤続年数7年以上の者とは、令和3年3月31日時点で勤続年数が7年以上である者をいいます。 (2) 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人等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ます。				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【サービス提供体制強化加算（Ⅱ）の算定要件】 指定訪問リハビリテーション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年以上の者がいること。				<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）					
54 基本的事項	指定介護予防訪問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"> ・介護予防訪問リハビリテーション計画書 ・介護給付管理表 ・介護給付費請求書 ・介護給付明細書 ・サービス提供票・別表 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定介護予防訪問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"/>
55 介護予防訪問リハビリテーションの算定	通院が困難な利用者に対して、指定介護予防訪問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、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、サービス提供を行った場合に算定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	計画的な医学管理を行う当該指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師の診療の日から3月以内に行った場合に算定していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・診療録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	（例外 当該事業所の医師が診療しない場合） 当該事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供（指定介護予防訪問リハビリテーションの必要性や利用者の心身機能や活動等に係るアセスメント情報等）を受け、当該情報提供を踏まえて、当該リハビリテーション計画を作成していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・診療録 ・情報提供に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	（例外 当該事業所の医師が診療しない場合） 少なくとも3月に1回は、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師は、当該情報提供を行った別の医療機関の医師に対して、訪問リハビリテーション計画等について医師による情報提供を行っていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問リハビリテーション計画書 ・情報提供を行った記録 			

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 介護予防訪問リハビリテーションの算定	<p>当該事業所の医師が、指定介護予防訪問リハビリテーションの実施に当たり、理学療法士等に対し、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。</p> <p>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</p>	<p>・医師が理学療法士等に指示を行った記録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>上記の①～③の指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士等が、当該指示に基づき行った内容を記録していますか。</p>	<p>・指示に基づき行った内容に関する記録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(例外 当該事業所の医師が診療しない場合) 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。</p>				
	<p>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、介護保険の指定介護予防訪問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。</p>	<p>・別紙様式2-1 ・次回のリハビリテーション計画書</p>			
	<p>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。</p>				
	<p><u>介護予防訪問リハビリテーション計画の進捗を定期的(※)に評価し、必要に応じて当該計画を見直していますか。</u></p> <p><u>※定期的とは、初回の評価は、介護予防訪問リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに評価をいいます。</u></p>	<p>・<u>介護予防訪問リハビリテーション計画</u> ・<u>モニタリング記録</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
55 介護予防訪問リハビリテーションの算定	<p>事業所の医師が、利用者に対して3月以上の指定介護予防訪問リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合は、リハビリテーション計画に次の事項を記載していますか。</p> <p>①指定介護予防訪問リハビリテーションの継続利用が必要な理由 ②具体的な終了目安となる時期 ③その他指定介護予防サービスの併用と以降の見通し</p>	<p>・介護予防訪問リハビリテーション計画 ・モニタリング記録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して1回当たり20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度※として算定していますか。（下記の場合を除く）</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>退院・退所の日から起算して3月以内に、医師の指示に基づきリハビリテーションを行う場合は、週12回を限度として算定していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>事業所の理学療法士等が、介護支援専門員を通じて、指定第1号訪問事業の事業その他の指定介護予防居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>事業所が介護老人保健施設である場合であって、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、利用者の居宅を訪問してサービス提供を行った場合は、訪問する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の当該訪問時間は、介護老人保健施設の人員基準の算定に含めていませんか。</p> <p>介護老人保健施設による介護予防訪問リハビリテーションの実施に当たっては、施設サービスに支障がないよう留意していますか。</p>	<p>・職員勤務表</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する指定介護予防訪問リハビリテーションを提供するに当たっては、介護予防訪問リハビリテーション計画にその目的、頻度等を記録していますか。</p>	<p>・介護予防訪問リハビリテーション計画書 ・サービス提供記録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>利用者が指定介護予防訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した日又は訪問診療若しくは往診を受けた日に、介護予防訪問リハビリテーション計画の作成に必要な医師の診療が行われた場合には、当該複数の診療等と時間を別にして行われていることを記録上明確にしていますか。</p>	<p>・サービス提供記録 ・診療情報</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
56	記録の整備について	医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点を診療録に記入していますか。		<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は、介護予防訪問介護リハビリテーション計画書の内容を利用者に説明し、記録するとともに、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点及び指導に要した時間を記録にとどめていますか。 *当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		指定介護予防訪問リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は利用者ごとに保管され、常に指定介護予防訪問リハビリテーション事業所のリハビリテーション従業者により閲覧が可能になっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	同一建物による減算	次のいずれかの利用者に対し、指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合は、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定していますか。 (1)指定介護予防訪問リハビリテーション事業所と同一の敷地内又は若しくは隣接する敷地内の建物若しくは指定介護予防訪問リハビリテーション事業所と同一建物に居住する利用者 (2)指定介護予防訪問リハビリテーション事業所における一月当たりの利用者が(1)に該当するもの以外の同一の建物に20人以上居住する建物の利用者		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		次のいずれかの利用者に対し、指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合は、所定単位数の100分の85に相当する単位数を算定していますか。 (3)指定訪問リハビリテーション事業所における一月当たりの利用者が(1)に該当するもの以外の同一の建物に50人以上居住する建物の利用者 (2)(3)について 算定月の1月(暦月)当たりの利用者数の平均 = $\frac{\text{1日ごとの利用者数(訪問リハビリテーション利用者を含む。)} \times \text{当月の日数}}{\text{当月の日数}}$ (小数点以下切捨て)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	特別地域介護予防訪問リハビリテーション加算	平成24年厚生労働省告示第120号に定める地域に所在する指定介護予防訪問リハビリテーション事業所又はその一部として使用される事務所の理学療法士等が指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を加算していますか。	・介護予防訪問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 ・居宅サービス計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	中山間地域等における小規模事業所加算	平成21年厚生労働省告示第83号の一に定める地域に所在し、かつ、厚生労働大臣が定める施設基準に適合する指定介護予防訪問リハビリテーション事業所又はその一部として使用される事務所の理学療法士等が指定訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき所定単位数の100分の10に相当する単位数を加算していますか。	・介護予防訪問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 ・居宅サービス計画	<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	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回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"/>
61	短期集中リハビリテーション実施加算 利用者に対し、当該利用者がリハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院又は入所した病院若しくは診療所又は介護保険施設から退院又は退所した日又は認定日(※)から起算して3月以内の期間に集中的にサービス提供を行った場合、1日につき200単位を加算していますか。 ※新たに要支援認定を受けた者の有効期間の始期	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録 ・訪問リハビリテーション計画 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	医療保険の算定 指定介護予防訪問リハビリテーションを利用しようとする者の主治の医師（介護老人保健施設の医師を除く。）が当該者が急性憎悪等により一時的に頻回の介護予防訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、その指示の日から14日間に限り、介護予防訪問リハビリテーション費は算定していませんか。（医療保険の算定対象となるため）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	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認知症対応型共同生活介護を受けている間は、介護予防リハビリテーション費は算定していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	当該事業所の医師が診療を行っていない場合の減算 次の基準のいずれにも適合している指定介護予防訪問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、当該介護予防指定訪問リハビリテーション事業所の医師が診療をおこなっていない利用者に対して、指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき50単位を所定単位数から減算していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の利用者が、当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること。				
	②当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。				
	③当該情報の提供を受けた指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、介護予防訪問リハビリテーション計画を作成すること。				
	※上記②については、令和3年4月1日から令和6年3月31日までの間は、適合しない場合でも、指定居宅サービス介護給付費単位数表の注9の介護予防訪問リハビリテーション費（1回につき50単位を所定単位数から減算した単位数）を算定できるものとする。				

点検項目		確認事項	確認書類等	点検結果		
				適	不適	該当なし
65	長期期間利用者に対する減算	<p>利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えてサービスを行う場合は、1回につき5単位を所定単位数から減算していますか。</p> <p>※入院により中断があり、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しします。</p> <p>※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ます。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・契約書 ・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"/>
66	事業所評価加算	<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西宮市長に届け出た指定介護予防訪問リハビリテーション事業所において、評価対象期間（※）の満了日に属する年度の次の年度内に限り1月につき所定単位数を加算していますか。</p> <p>※事業所評価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（リハビリテーションマネジメント加算の基準に適合しているものとして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）</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
① 評価対象期間における指定介護予防訪問リハビリテーション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"/>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #ffff00;"> ② $\frac{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2}{\text{評価対象期間内に介護予防訪問リハビリテーション費を3月以上算定し、その後更新・変更認定を受けた者の数}} \geq 0.7$ </div>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	サービス提供体制強化加算	<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指定介護予防訪問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、当該基準に掲げる区分に従い、1回につき次に掲げる所定単位数を加算していますか。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しない。</p> <p>(1) サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 6単位</p> <p>(2) サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 3単位</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・職員に関する記録 ・職員勤務表 ・職員履歴書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>【サービス提供体制強化加算（Ⅰ）の算定要件】</p> <p>指定介護予防訪問リハビリテーション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年以上の者がいること。</p> <p>※「勤続年数」について</p> <p>(1) 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいいます。具体的には、令和3年4月における勤続年数7年以上の者とは、令和3年3月31日時点で勤続年数が7年以上である者をいいます。</p> <p>(2) 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人等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ます。</p>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>【サービス提供体制強化加算（Ⅱ）の算定要件】</p> <p>指定介護予防訪問リハビリテーション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年以上の者がいること。</p>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>