

# 【介護報酬編】介護サービス事業者自己点検表（兼事前提出資料） 訪問リハビリテーション費（R6.4月改定版）

事業所名：

※過去1年程度（改正があった場合は、その施行日又は適用日まで）を振り返って、算定した加算・減算の要件を満たしているか点検してください。

※点検結果の□にチェックを記入するか、又は塗りつぶして(■)ください。

※実地指導の事前書類として提出する場合、算定していない加算については削除していただいてもかまいません。

| 点検項目           | 点検事項                                                                        | 点検結果                                      |                                                                      |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 記録の整備          | 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の内容の要点を診療録に記入している。                           | <input type="checkbox"/> 該当               |                                                                      |
|                | 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、訪問リハビリテーション計画書に基づき提供した具体的なサービスの内容等及び指導に要した時間を記録にとどめている。 | <input type="checkbox"/> 該当               | 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ですが、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してください。 |
|                | リハビリテーションに関する記録は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能である。                | <input type="checkbox"/> 該当               | リハビリテーションに関する記録とは、実施時間、訓練内容、担当者、加算の算定に当たって根拠となる書類等をさします。             |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算 | 高齢者虐待防止のための委員会の開催、指針の整備、定期的な研修の実施又は担当者の配置のいずれかの措置を講じていない場合                  | <input type="checkbox"/> 講じている<br>→減算なし   |                                                                      |
|                |                                                                             | <input type="checkbox"/> 講じていない<br>→減算対象  |                                                                      |
| 業務継続計画未策定減算    | 自然災害に関する業務継続計画又は感染症に関する業務継続計画のいずれか又は両方策定していない場合                             | <input type="checkbox"/> 策定している<br>→減算なし  |                                                                      |
|                |                                                                             | <input type="checkbox"/> 策定していない<br>→減算対象 |                                                                      |
| 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。）の場合                  | <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の場合                                          | <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の場合                                       | <input type="checkbox"/> あり               |                                                                      |

| 点検項目                   | 点検事項                                                   | 点検結果                     |      |
|------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------|------|
| 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      | 算定期間は、起算日から3月以内に実施しているものか。                             | <input type="checkbox"/> | 期間内  |
|                        | 算定期間におけるリハビリテーションの頻度は、1週につきおおむね2日以上、1日当たり40分以上実施しているか。 | <input type="checkbox"/> | している |

起算日は、退院(所)日又は認定日  
**退院(所)日**：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の治療のために入院又は入所した病院、診療所又は介護保険施設から退院又は退所した日  
**認定日**：要介護認定の効力が生じた日  
(当該利用者が新たに要介護認定を受けた者である場合に限りします。)

当該加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて、基本的動作能力(起居、歩行、発話等を行う能力)及び応用的動作能力(運搬、トイレ、掃除、洗濯、コミュニケーション等を行うに当たり基本的動作を組み合わせる能力)を向上させ、身体機能を回復するための集中的なリハビリテーションを実施するものです。

| 点検項目                 | 点検事項                                                                                                   | 点検結果                           |                                                    |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------|
| リハビリテーションマネジメント加算（イ） | リハビリテーション会議の開催及びその内容を記録している。                                                                           | <input type="checkbox"/> 実施    |                                                    |
|                      | 訪問リハビリテーション計画の作成に関与した医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又は家族に対するリハビリテーション計画の説明を行い、同意を得ている。                       | <input type="checkbox"/> あり    | 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明した場合は、説明した内容等について医師へ報告してください。 |
|                      | リハビリテーション会議の開催、状況の変化に応じてリハビリテーション計画の見直しは、計画の同意を得た日の属する月から起算して、6月以内は月1回以上実施している。                        | <input type="checkbox"/> している  |                                                    |
|                      | リハビリテーション会議の開催、状況の変化に応じてリハビリテーション計画の見直しは、計画の同意を得た日の属する月から起算して、6月を超えるときは3月に1回以上実施している。                  | <input type="checkbox"/> している  |                                                    |
|                      | 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っている。 | <input type="checkbox"/> 行っている |                                                    |
|                      | 次の①又は②のいずれかを行っている。                                                                                     | <input type="checkbox"/> 行っている |                                                    |
|                      | ①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他のサービス事業者との同行訪問による他のサービス事業者の担当者必要な指導及び助言を行っている。                      | <input type="checkbox"/> 該当    |                                                    |
|                      | ②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、家族に介護の工夫に関する指導及び助言を行っている。                                               | <input type="checkbox"/> 該当    |                                                    |
| リハビリテーションマネジメント加算（ロ） | 上記の実施状況を全て記録している。                                                                                      | <input type="checkbox"/> あり    |                                                    |
|                      | リハビリテーションマネジメント加算（イ）の基準をすべて適合している。                                                                     | <input type="checkbox"/> 該当    |                                                    |
|                      | 利用者毎の訪問リハビリテーション計画等の内容等を厚生労働省（LIFE）に提供及び情報の活用をしている。                                                    | <input type="checkbox"/> 該当    |                                                    |

| 点検項目                 | 点検事項                                                                                           | 点検結果                                                                                                                                    |     |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | 精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者を対象としている。 | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | 該当  |
|                      | 対象となる利用者は、MMSE（MiniMental State Examination）又はHDS-R（改定長谷川式簡易知能評価スケール）においておおむね5～25点に相当する者である。   | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | 該当  |
|                      | 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、利用者に対して、リハビリテーションを集中的に行っているか。                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | 該当  |
|                      | 算定期間は、起算日から3月以内に実施しているものか。                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | 期間内 |
|                      | 算定は、訪問リハビリテーション計画に基づき1週につき2日以内を限度としている。                                                        | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | 該当  |
|                      |                                                                                                | 当該加算におけるリハビリテーションは、認知症を有する利用者の認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力（生活環境又は家庭環境へ適応する等の能力をいいます。）を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施するものです。 |     |
|                      |                                                                                                | 起算日は、退院（所）日又は訪問開始日                                                                                                                      |     |

| 点検項目     | 点検事項                                                                                                                                                       | 点検結果                           |                                            |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|
| 口腔連携強化加算 | 指定訪問リハビリテーション事業所の従業者が利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表の区分番号C000に掲げる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"/> 該当    |                                            |
|          | 当該指定訪問介護事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、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、当該評価の結果の情報提供を行っている。                                                                    | <input type="checkbox"/> 該当    |                                            |
|          | 口腔の健康状態の評価は、次の確認を行っている。<br>ア 開口の状態<br>イ 歯の汚れの有無<br>ウ 舌の汚れの有無<br>エ 歯肉の腫れ、出血の有無<br>オ 左右両方の奥歯のかみ合わせの状態<br>カ むせの有無<br>キ ぶくぶくうがいの状態<br>ク 食物のため込み、残留の有無          | <input type="checkbox"/> 行っている | キ及びクについては、利用者の状態に応じて確認可能な場合に限って評価を行ってください。 |
|          | 当該利用者について、他の介護サービス事業所において、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を算定していない（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）                                                            | <input type="checkbox"/> 該当    |                                            |
|          | 当該利用者について、口腔の健康状態の評価の結果、療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除き、指定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を算定していない。                                       | <input type="checkbox"/> 該当    |                                            |
|          | 当該利用者について、他の介護サービス事業所で口腔連携強化加算を算定していない。                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 該当    |                                            |

| 点検項目                                    | 点検事項                                                                                      | 点検結果                     |                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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（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                                                                                                                                                                 |
| 退院時共同指導加算                               | 病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定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（医師等）が、退院前カンファレンスに参加している。 | <input type="checkbox"/> | している                                                                                                                                                               |
|                                         | 退院前カンファレンスで退院時共同指導を行った後に、当該利用者に対する初回の指定訪問リハビリテーションを行った。                                   | <input type="checkbox"/> | 該当                                                                                                                                                                 |
|                                         | 退院時共同指導の内容を記録している。                                                                        | <input type="checkbox"/> | している                                                                                                                                                               |
|                                         | 当該利用者が、通所及び訪問リハビリテーション事業所を利用する場合は、各事業所の医師等がそれぞれ退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行っている。              | <input type="checkbox"/> | それぞれ行っている                                                                                                                                                          |
|                                         |                                                                                           |                          | 退院時共同指導とは、病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者との間で病院又は診療所に入院中の者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、当該者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同で行い、その内容を在宅での訪問リハビリテーション計画に反映させることをいいます。 |
|                                         |                                                                                           |                          | 通所及び訪問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は併算定できず、どちらかのサービスでの算定となります。                                                                                                        |

| 点検項目   | 点検事項                                                                                                                                                                               | 点検結果                     |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 移行支援加算 | 評価対象期間において終了者で指定通所介護等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    | 指定通所介護等とは、指定通所介護、指定（介護予防）通所リハビリテーション、指定地域密着型通所介護、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、指定看護小規模多機能型居宅介護、第1号通所事業その他社会参加に資する取組をいいます。なお、「その他社会参加に資する取組」には、医療機関への入院や介護保険施設への入所、指定訪問リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護等は含まれず、算定対象とはなりません。                                                                                                         |
|        | 終了日から14日～44日以内に当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が終了者に対して終了者の指定通所介護等の実施状況を確認し、記録している                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | あり    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|        | 12を利用者の平均利用月数で除して得た数が27%以上である<br><br>※平均利用月数については、以下の式により計算すること<br><b>A ÷ B</b><br>A：当該事業所における評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計<br>B：（当該事業所における評価対象期間の新規利用者数の合計＋当該事業所における評価対象期間の新規終了者数の合計）÷ 2 | <input type="checkbox"/> | 25%以上 | ・ Aにおける利用者には、当該事業所の利用を開始して、その日のうちに利用を終了した者又は死亡した者を含みます。<br>・ Aにおける利用者延月数は、利用者が評価対象期間において当該事業所の提供する訪問リハビリテーションを利用した月数の合計をいいます。<br>・ Bにおける新規利用者数とは、当該評価期間に新たに当該事業所の提供する指定訪問リハビリテーションを利用した者の数をいいます。また、当該事業所の利用を終了後、12月以上の期間を空けて、当該事業所を再度利用した者については、新規利用者として取り扱います。<br>・ Bにおける新規終了者数とは、評価対象期間に当該事業所の提供する指定訪問リハビリテーションの利用を終了した者の数をいいます。 |
|        | リハビリテーション計画書を移行先の指定通所介護等の事業所へ提供している                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | 該当    | リハビリテーション計画書の全ての情報ではなく、本人・家族等の希望、健康状態・経過、リハビリテーションの目標、リハビリテーションサービス等の情報を抜粋し、提供することで差し支えありません。                                                                                                                                                                                                                                      |

| 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） | 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 |  |