

## (介護予防) 訪問リハビリテーション自主点検表

記入年月日	令和 年 月 日	(令和4年度版)		
法人名				
介護保険事業所番号	介護予防訪問リハビリテーション			
事業所名称				
記入担当者	(職種)	(氏名)	連絡先 電話番号	- - -

## 自主点検表記載に当たっての留意事項

- 該当するものにチェックをしてください。(記載例: 、など)
- 各項目の内容を満たしているものについては「適」、そうでないものは「不適」、該当しないものは「非該当」にチェックをしてください。
- 内容欄に含まれる□や○内等の記入すべき箇所については、できる限り具体的にチェック (、など)をし、詳細を記入してください。

## 第1 基本方針

項目	内 容	適	不適	非該当
1.基本方針 【介護】	(1) 指定居宅サービスに該当する訪問リハビリテーション(以下「指定訪問リハビリテーション」という。)の事業は、要介護状態となった場合においても、その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であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【予防】	(2) 指定介護予防サービスに該当する介護予防訪問リハビリテーション(以下「指定介護予防訪問リハビリテーション」という。)の事業は、その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であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 第2 人員に関する基準

項目	内 容	適	不適	非該当
1 医師	(1) 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以上の数となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 医師は、常勤であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	(3) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、1以上となっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) サービスの提供は、資格を有する従業者が行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 人員に関する基準のみなし規定	(5) 事業者が指定介護予防訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、指定訪問リハビリテーションの事業と指定介護予防訪問リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合については、指定介護予防サービス等基準に規定する人員に関する基準を満たすことをもって、基準を満たしているものとみなすことができる。このような事例はあるか。(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 第3 設備に関する基準

項目	内 容	適	不適	非該当
----	-----	---	----	-----

1 設備及び備品等	(1) 用途の変更により必要な設備基準を満たさなくなっている場合、実態に即した平面図を作成のうえ、当市へ変更届を提出しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所は、病院、診療所、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るとともに、指定訪問リハビリテーションの提供に必要な設備及び備品等を備えているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業の運営を行うために必要な広さ（利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペース）を有する専用の区画を設けているか。 また、必要な設備及び備品等を備えているか。 （病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に備えつけられたものを使用することができる）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 その他	(1) 手指を洗浄するための設備等感染症予防に必要な設備等に配慮しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 利用者にかかる各種記録類等を保管するものにあつては、個人情報の漏洩防止の観点から配慮されたものであるか。（扉がガラスでないもの、施錠可能なもの等が望ましい）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 設備に関する基準のみなし規定	指定訪問リハビリテーション事業者が指定介護予防訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、指定訪問リハビリテーションの事業と指定介護予防訪問リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合については、指定介護予防サービス等基準に規定する設備に関する基準を満たすことをもって、1(2)に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。このような事例はあるか。（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 第4 運営に関する基準

項目	内容	適	不適	非該当
1 内容及び手続の説明及び同意	(1) 事業者は、指定訪問リハビリテーションの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の勤務の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記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 重要事項説明書には、次の事項が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 運営規程の概要 <input type="checkbox"/> 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の勤務体制 <input type="checkbox"/> 事故発生時の対応 <input type="checkbox"/> 苦情処理の体制 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 提供拒否の禁止	事業者は、正当な理由なく指定訪問リハビリテーションの提供を拒んでいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 サービス提供困難時の対応	事業者は、当該事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定訪問リハビリテーションを提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定訪問リハビリテーション事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 受給資格等の確認	(1) 事業者は、指定訪問リハビリテーションの提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、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かめているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、(1)の被保険者証に、認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定訪問リハビリテーションを提供するように努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 要介護認定の申請に係る援助	(1) 事業者は、指定訪問リハビリテーションの提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であつて必要と認めるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
6 心身の状況等の把握	事業者は、指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 居宅介護支援事業者等との連携	(1) 事業者は、指定訪問リハビリテーションを提供するに当たっては、居宅介護支援事業者等との密接な連携に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、指定訪問リハビリテーションの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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 法定代理受領サービスを受けるための援助	事業者は、指定訪問リハビリテーションの提供の開始に際し、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の提供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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	事業者は、居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿った指定訪問リハビリテーションを提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 居宅サービス計画等の変更の援助	事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 身分を証する書類の携行	事業者は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士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、これを提示すべき旨を指導しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 サービスの提供の記録	(1) 事業者は、指定訪問リハビリテーションを提供した際には、当該指定訪問リハビリテーションの提供日及び内容、当該指定訪問リハビリテーションについて利用者に代わって支払を受ける居宅介護サービス費の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画に記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、指定訪問リハビリテーションを提供した際には、提供した具体的なサービスの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、その情報を利用者に対して提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 利用料等の受領	(1) 事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定訪問リハビリテーションを提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定訪問リハビリテーションに係る居宅介護サービス費用基準額から当該指定訪問リハビリテーション事業者に支払われる居宅介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、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際にその利用者から支払を受ける利用料の額及び指定訪問リハビリテーションに係る居宅介護サービス費用基準額と、療養の給付のうち指定訪問リハビリテーションに相当するものに要する費用の額との間に、不合理な差額が生じないようにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、(1)と(2)の支払を受ける額のほか、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定訪問リハビリテーションを行う場合は、それに要した交通費の額の支払を利用者から受けている事例があるか。 ( 有 ・ 無 )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業者は、(3)の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(領収証の交付)	(5) 利用料等の支払を受ける際、利用者に対し領収証を交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 領収証には、医療費控除の対象となる額を明示して記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 保険給付の請求のための証明書の交付	事業者は、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に係る利用料の支払を受けた場合は、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て交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 指定(介護予防)訪問リハビリテーションの基本取扱方針【介護】	(1) 指定訪問リハビリテーションは、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、リハビリテーションの目標を設定し、計画的に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
【予防】	(2) 指定介護予防訪問リハビリテーションは、利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たり、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するものであることを常に意識してサービスの提供に当たっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業者は、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の提供に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 事業者は、指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たり、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な働きかけに努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(質の評価)	(6) 事業者は、自らその提供する指定（介護予防）訪問リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 指定訪問リハビリテーションの 具体的取扱方針	(1) 指定訪問リハビリテーションの提供は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うものとしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 指定訪問リハビリテーション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、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう妥当適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 訪問リハビリテーション計画の目標や内容等について、利用者及びその家族に理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) それぞれの利用者について、訪問リハビリテーション計画に従った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、医師に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 事業者は、リハビリテーション会議（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、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。）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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 訪問リハビリテーション計画の 作成	(1) 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、当該医師の診療に基づき、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、当該サービスの目標、当該目標を達成するための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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 訪問リハビリテーション計画は、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実施上の留意点、リハビリテーション終了の目安・時間等を記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 訪問リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 訪問リハビリテーション計画の目標や内容等について、利用者及びその家族に理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、訪問リハビリテーション計画を作成した際には、当該訪問リハビリテーション計画を利用者に交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(7) 事業者が指定通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション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については、運営に関する基準を満たすことをもって、(1)(3)(4)(6)に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。このような事例はあるか。(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 指定介護予防訪問リハビリテーションの具体的な取扱方針	(1) 指定介護予防訪問リハビリテーションの提供は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うものとしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、主治の医師若しくは歯科医師からの情報伝達又はサービス担当者会議若しくはリハビリテーション会議（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、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。）を通じる等の適切な方法により、利用者の病状、心身の状況、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、(2)に規定する利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定介護予防訪問リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した、介護予防訪問リハビリテーション計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 介護予防訪問リハビリテーション計画は、支援の方向性や目標を明確にし、提供するサービスの具体的な内容、期間等を明らかにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 介護予防訪問リハビリテーション計画は、既に介護予防サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、介護予防訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、介護予防訪問リハビリテーション計画の目標や内容等について、利用者又はその家族に、理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、介護予防訪問リハビリテーション計画を作成した際には、当該介護予防訪問リハビリテーション計画を利用者に交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、介護予防訪問リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた介護予防訪問リハビリテーション計画を作成した場合については、介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を満たすことをもって、(3)(5)(6)(8)までに規定する基準を満たしているものとみなすことができる。このような事例はあるか。(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び介護予防訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう妥当適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) 指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(13) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、それぞれの利用者について、介護予防訪問リハビリテーション計画に従った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、医師に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	14) 医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、介護予防訪問リハビリテーション計画に基づくサービス提供の開始時から、当該介護予防訪問リハビリテーション計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、当該介護予防訪問リハビリテーション計画の実施状況の把握(以下「モニタリング」という。)を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15) 医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、モニタリングの結果を記録し、当該記録を当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画を作成した指定介護予防支援事業者に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16) 医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防訪問リハビリテーション計画の変更を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17) (2)から(3)、(5)から(6)及び(8)から(15)までの規定は、介護予防訪問リハビリテーション計画の変更についても準用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 利用者に関する市町村への通知	<p>指定訪問リハビリテーションを受けている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に通知しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 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認められるとき。</p> <p><input type="checkbox"/> 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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 管理者の責務	<p>(1) 管理者は、事業所の従業者の管理及び指定訪問リハビリテーションの利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行っているか。</p> <p>(2) 管理者は、当該事業所の従業者に運営に関する基準を遵守させるため必要な指揮命令を行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 運営規程	<p>運営規程には、次の事項が定められているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針</p> <p><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容</p> <p><input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間</p> <p><input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用の額</p> <p><input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域</p> <p><input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項</p> <p><input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項</p> <p><input type="checkbox"/> 身体拘束等の原則禁止</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 勤務体制の確保等	<p>(1) 事業者は、利用者に対し適切な指定訪問リハビリテーションを提供できるよう、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の体制を定めているか。</p> <p>(2) 事業所ごとに、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指定訪問リハビリテーションを提供しているか。</p> <p>(3) 事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士については、日々の勤務時間、職務の内容、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係等を明確にしているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(研修機会の確保)	<p>(4) 事業者は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の資質の向上のために、その研修の機会を確保しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 研修年間計画策定 (有・無)</p> <p><input type="checkbox"/> 研修機会の確保</p> <p><input type="checkbox"/> 事故対応 : (研修年月日: 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 苦情処理 : (研修年月日: 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 衛生管理 : (研修年月日: 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止 : (研修年月日: 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 身体的拘束等適正化 : (研修年月日: 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 研修記録</p> <p><input type="checkbox"/> 欠席者への対応・情報共有方法 ( )</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内容	適	不適	非該当
	(5) 事業者は、適切な指定訪問リハビリテーション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理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 業務継続計画の策定等(令和6年3月31日までの経過措置あり)	(1) 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問リハビリテーション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(以下「業務継続計画」という。)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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 業務継続計画には、以下の項目等を記載しているか。 なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。  <input type="checkbox"/> イ 感染症に係る業務継続計画 <input type="checkbox"/> a 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) <input type="checkbox"/> b 初動対応 <input type="checkbox"/> c 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)  <input type="checkbox"/> ロ 災害に係る業務継続計画 <input type="checkbox"/> a 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) <input type="checkbox"/> b 緊急時の対応(業務継続計画発動基準、対応体制等) <input type="checkbox"/> c 他施設及び地域との連携	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、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実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行っているか。 職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的(年1回以上)な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録しているか。 なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 訓練(シミュレーション)においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的(年1回以上)に実施しているか。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。 訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 事業者は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 衛生管理等	(1) 事業者は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(令和6年3月31日までの経過措置あり)	(3) 当該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(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)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、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に周知徹底を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 当該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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 当該事業所において、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、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実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(6) 事業者は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が感染源となることを予防し、また理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を感染の危険から守るため、使い捨ての手袋等感染を予防するための備品等を備えるなど対策を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 掲示	(1) 事業者は、事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の勤務の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るか。  <input type="checkbox"/> 運営規程の概要 <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の勤務体制 <input type="checkbox"/> その他のサービスの選択に関する重要事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、(1)に規定する事項を記載した書面を当該事業所に備え付け、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、(1)の規定による掲示に代えることができるが、事例はあるか。(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 高齢者虐待に関する通報窓口を掲示しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 秘密保持等	(1) 事業所の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、当該事業所の従業者であった者が、正当な理由がなく、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がないように、必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ているか。 <input type="checkbox"/> 利用者の同意 <input type="checkbox"/> 利用者家族の複数同意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	事業者は、居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して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ないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 苦情処理	(1) 事業者は、提供した指定訪問リハビリテーションに係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じているか。 苦情対応マニュアル(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、(1)の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、提供した指定訪問リハビリテーションに関し、市が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は市の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市が行う調査に協力するとともに、市から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業者は、市からの求めがあった場合には、(3)の改善の内容を市に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 事業者は、提供した指定訪問リハビリテーションに係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、(5)の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 地域との連携等	(1) 事業者は、その事業の運営に当たっては、提供した指定訪問リハビリテーションに関する利用者からの苦情に関して市等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市が実施する事業に協力するよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、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指定訪問リハビリテーション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指定訪問リハビリテーションの提供を行うよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 事故発生時の対応	(1) 事業者は、利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市、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るか。 事故対応マニュアル(有・無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



項目	内 容	適	不適	非該当
	(2) 事業者は、(1)の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) ひやりはっと事例報告に係る様式を作成しているか。また、その様式に記録し、保存しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 事業者は、利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供により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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 虐待の防止（令和6年3月31日までの経過措置あり）	(1) 当該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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に周知徹底を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討しているか。 <input type="checkbox"/> イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること <input type="checkbox"/> ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること <input type="checkbox"/> ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること <input type="checkbox"/> ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること <input type="checkbox"/> ホ 従業者が高齢者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 <input type="checkbox"/> ヘ 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 <input type="checkbox"/> ト へ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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 当該事業所における虐待の防止のための指針を整備しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業者が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込んでいるか。 <input type="checkbox"/> 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針 <input type="checkbox"/> 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用支援に関する事項 <input type="checkbox"/> 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項 <input type="checkbox"/> 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項 <input type="checkbox"/> その他虐待の防止の推進のために必要な事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 当該事業所において、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年1回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) (1)(3)(5)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いているか。 担当者（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 従業者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 利用する高齢者について、以下に掲げる行為を行っていないか。 <input type="checkbox"/> 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。 <input type="checkbox"/> 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。 <input type="checkbox"/> 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。 <input type="checkbox"/> 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。 <input type="checkbox"/> 高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
(身体的拘束等)	(1) 事業所は、身体的拘束等のないケアの実現のために必要な措置を講じているか。 身体的拘束等のマニュアル（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 身体的拘束等を行った事例があるか。（有・無）			
	(3) 「緊急やむを得ない場合」を満たす状態であることを「身体拘束廃止委員会」等のチームで検討、確認し、記録をしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 「緊急やむを得ない場合」の以下の3要件すべてを満たしているか、また記録から読み取れるか。 <input type="checkbox"/> 切迫性・利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと <input type="checkbox"/> 非代替性・身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと <input type="checkbox"/> 一時性・身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用者本人や家族に対して、身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等できる限り詳しく説明し、十分な理解を得るよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) その際には、医師、その他現場の責任者（管理者等）から説明を行うなど、説明手続や説明者について事前に明文化しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 身体拘束等開始後の経過観察の記録（その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由）をしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合は、直ちに身体拘束等を解除しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 会計の区分	事業者は、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の事業の会計とその他の事業の会計を区分しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 記録の整備 (2)は令和4年4月1日から施行)	(1) 事業者は、従業員、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完了の日から5年間保存しているか。 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション計画 <input type="checkbox"/> 具体的なサービスの内容等の記録 <input type="checkbox"/> 市への通知に係る記録 <input type="checkbox"/> 苦情の内容等の記録 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 電磁的記録等	(1) 事業者及びサービスの提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するものうち、書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下同じ。）で行うことが規定されている又は想定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（電子的方式、磁気的方式その他の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。このような事例はあるか。 （有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者及びサービスの提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法（電磁的方法、磁気的方法その他の知覚によっては認識することができない方法をいう。）によることができる。このような事例はあるか。 （有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 変更届出の手続	運営に関する基準について、変更届出提出の該当事項があった場合、速やかに変更届出を豊中市長に提出しているか。 ※ 変更した日から10日以内に提出すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
<b>第5 介護給付(予防)費関係</b>				
項目	内 容	適	不適	非該当
1 介護給付費単位	通院が困難な利用者に対して、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当該事業所の医師の指示に基づき、指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 記録の整備について	(1) 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るか。 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おく。なお、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とする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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、加算の算定に当たって根拠となった書類等)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ようにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 同一建物等に居住する利用者に対する取扱い	(1) 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指定訪問リハビリテーション事業所と同一の建物(以下この注において「同一敷地内建物等」という。)に居住する利用者(指定訪問リハビリテーション事業所における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を除く。)又は指定訪問リハビリテーション事業所における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(同一敷地内建物等を除く。)に居住する利用者に対して、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業所における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回につき所定単位数の100分の85に相当する単位数を算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 短期集中リハビリテーション実施加算	(1) 利用者に対して、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若しくは入所した病院、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又は要介護認定の効力が生じた日から起算して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に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 「リハビリテーションを集中的に行った場合」については、退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に、1週につきおおむね2日以上、1日当たり20分以上実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 リハビリテーションマネジメント加算(A)イ【介護】	(1) 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に加算しているか。	<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、(B)イ及び(B)ロを算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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、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、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のうちいずれか1以上の指示を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) (3)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、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が(3)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(8) 当該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っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 以下のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> 当該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っている。 <input type="checkbox"/> 当該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っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) (3)から(9)までに適合することを確認し、記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 リハビリテーションマネジメント加算(A)口【介護】	(1) 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に加算しているか。	<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)イ、(B)イ及び(B)ロを算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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、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、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のうちいずれか1以上の指示を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) (3)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、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が(3)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 当該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っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 以下のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> 当該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っている。 <input type="checkbox"/> 当該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っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) (3)から(9)までに適合することを確認し、記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(12) 厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム」(以下「LIFE」という。)を用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 リハビリテーションマネジメント加算(B)イ 【介護】	(1) 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に加算しているか。	<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)イ、A)ロ及び(B)ロを算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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、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、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のうちいずれか1以上の指示を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) (3)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、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が(3)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 当該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っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 以下のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> 当該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っている。 <input type="checkbox"/> 当該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っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) (3)から(9)に適合することを確認し、記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ 【介護】	(1) 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に加算しているか。	<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)イ、A)ロ及び(B)イを算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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、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、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のうちいずれか1以上の指示を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) (3)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、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が(4)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
	(7) 当該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っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 以下のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> 当該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っている。 <input type="checkbox"/> 当該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っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) (3)から(9)に適合することを確認し、記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 急性増悪等により一時的に頻回のリハビリテーションを行う必要がある旨の特別な指示があった場合の取扱い	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な指示を行った場合は、その指示の日から14日間に限って訪問リハビリテーション費は算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 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、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、（介護予防）訪問リハビリテーション費は算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 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の取扱い	(1) 当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、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、指定訪問リハビリテーションを行った場合に減算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 「適切な研修の修了等」とは、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修のすべての単位を取得している必要はなく、事業所の医師に情報提供を行う日が属する月から前36月の間に合計6単位以上（応用研修のうち、「応用研修第1期」の項目である「フレイル予防・高齢者総合的機能評価（CGA）・老年症候群」「栄養管理」「リハビリテーション」「摂食嚥下障害」及び「応用研修第2期」の項目である「かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実践」「在宅リハビリテーション症例」「リハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害」のうち、いずれか1単位以上を含むこと。）を取得又は取得を予定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 令和3年4月1日から令和6年3月31日までの間に、(2)及び(5)に適合する場合には、同期間に限り、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の取扱いに準じて算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	内 容	適	不適	非該当
12 12月を越えた期間にサービスを行う場合 【予防】	利用者に対して指定介護予防訪問リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して12月を越えて指定介護予防訪問リハビリテーションを行う場合は、1回につき所定単位数から減算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 移行支援加算 【介護】	(1) 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（移行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（厚生労働大臣が定める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））の末日が属する年度の次の年度内に限り、1日につき所定単位数に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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終了した者のうち、指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定地域密着型通所介護、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、第一号通所事業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を超えているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 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状況を確認し、記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 12を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以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 事業所評価加算 【予防】	(1) 評価対象期間（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）の満了日の属する年度の次の年度内に限り加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 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名以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 以下の算定式で計算しているか。 $\frac{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2}{\text{評価対象期間内に介護予防訪問リハビリテーションリハビリテーション費を3月以上算定し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}} \geq 0.7$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 サービス提供体制強化加算 (I)	(1) 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、勤続年数が7年以上の者が1名以上いるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 加算を算定する根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 サービス提供体制強化加算 (II)	(1) 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、勤続年数が3年以上の者が1名以上いるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 加算を算定する根拠資料が作成されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>