

(介護予防) 通所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	介護老人保健施設 (介護予防) 短期入所療養介護 (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
基本方針 【介護】	指定通所リハビリテーションの事業は、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、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【予防】	指定介護予防通所リハビリテーションの事業は、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、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) 指定通所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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) (1)の医師は常勤か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 従事者	(1) 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員は単位(同時に一体的に行われるものをいう)ごとにサービス提供時間帯を通じて専従の職員を利用者の数が10人以下の場合は、1以上、利用者の数が10人を超える場合は、利用者の数を10で除した数以上確保されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) (1)のうち専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が100人又はその端数を増すごとに1以上確保されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 指定通所リハビリテーションのうち、リハビリテーションを提供する時間帯に、専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語療法士が常に確保されるよう必要な配置を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 人員に関する基準のみなし規定	指定通所リハビリテーション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、指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所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か。	<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 設備に関する基準	(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) 指定通所リハビリテーションを行うにふさわしい専用の部屋等であって、3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上のものとなっているか。 ただし、当該指定通所リハビリテーション事業所が介護老人保健施設又は介護医療院である場合にあっては、当該専用の部屋等の面積に利用者用に確保されている食堂（リハビリテーションに供用されるものに限る。）の面積を加えるものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定通所リハビリテーションを行うために必要な専用の機械及び器具を備えているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(その他)	(4) 静養室、便所、浴室等に、ナースコール又はこれに代わる設備は設置されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 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、施錠可能なものが望ましい）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 事故の未然防止（誤飲防止）の観点から、画鋲やマグネット等を使用していないか。また、浴室、トイレ等に、使い捨て手袋や洗剤等を放置していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 設備に関する基準のみなし規定	指定通所リハビリテーション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、指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所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か。	<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 内容及び手続きの説明及び同意	(1) 事業者は、指定通所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、通所リハビリテーション従業者等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。 (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（24 運営規程の項目を参照） <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション従業者の勤務体制 <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通所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、当該指定通所リハビリテーション事業所の通常の事業の実施地域（当該事業所が通常時に当該サービスを提供する地域をいう。以下同じ。）等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定通所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られた場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定通所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、指定通所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。 (2) 事業者は、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、指定通所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 要介護認定等の申請に係る援助	(1) 事業者は、指定通所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。 (2) 事業者は、居宅介護支援（これに相当するサービスを含む。）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"/>
6 心身の状況等の把握【介護】	(1) 事業者は、指定通所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"/>

【予防】	(2) 事業者は、指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、利用者に係る介護予防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。	□	□	□
7 居宅介護支援事業者等との連携	(1) 事業者は、指定通所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。	□	□	□
	(2) 事業者は、指定通所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。	□	□	□
8 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助	事業者は、指定通所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、指定通所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。	□	□	□
9 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供【介護】	(1) 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通所リハビリテーションを提供しているか。	□	□	□
【予防】	(2) 事業者は、介護予防サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿った指定介護予防通所リハビリテーションを提供しているか。	□	□	□
10 居宅サービス計画等の変更の援助【介護】	(1) 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。	□	□	□
【予防】	(2) 事業者は、利用者が介護予防サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る介護予防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。	□	□	□
11 サービスの提供の記録	(1) 事業者は、指定通所リハビリテーションを提供した際には、当該指定通所リハビリテーションの提供日及び内容、当該指定通所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を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しているか。	□	□	□
	(2) 事業者は、指定通所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（送迎の記録等）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。	□	□	□
12 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通所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、当該指定通所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通所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。	□	□	□
	(2) 事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定通所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と、指定通所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の間に、不合理な差額が生じていないか。	□	□	□
	(3) 事業者は、(1)(2)の支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額以外の支払を利用者から受けていないか。 <input type="checkbox"/> ①利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用 <input type="checkbox"/> ②指定通所リハビリテーションに通常要する時間を超える指定通所リハビリテーションであって利用者の選定に係るものの提供に伴い必要となる費用の範囲内において、通常の指定通所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を超える費用 <input type="checkbox"/> ③食事の提供に要する費用 <input type="checkbox"/> ④おむつ代 <input type="checkbox"/> ①～④のほか、指定通所リハビリテーションの提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用 ※「その他の日常生活費」者企第54号 （支払いを受けている費用）	□	□	□
	(4) (3)の③の食事の提供に要する費用については、食材料費及び調理に係る費用に相当する額を基本としているか。	□	□	□
	(5) (3)の費用の支払を受けるに当たり、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を行い、利用者の同意を得ているか。	□	□	□

領収証の発行	(1) 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"/>
	(2) 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"/>
13 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通所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、提供した指定通所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"/>
14 指定通所リハビリテーションの基本取扱方針	(1) 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、その目標を設定し、計画的に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 自らその提供する指定通所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"/>
15 指定介護予防通所リハビリテーションの基本取扱方針	(1) 指定介護予防通所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、計画的に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、自らその提供する指定介護予防通所リハビリテーションの質の評価を行うとともに、主治の医師又は歯科医師とも連携を図りつつ常にその改善を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たり、単に利用者の運動器の機能の向上、栄養状態の改善、口腔機能の向上等の特定の心身機能に着目した改善等を目的とするものではなく、当該心身機能の改善等を通じて、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を提供しているか。	<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、指定介護予防通所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"/>
16 指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針	(1) 提供に当たっては、医師の指示及び通所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妥当適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 従業者は、指定通所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"/>
	(3) 提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況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"/>
	(4) 特に、認知症である要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービス提供ができる体制を整えているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 事業者は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 指定通所リハビリテーションは、事業所の医師の診療に基づき、個々の利用者に応じて作成された通所リハビリテーション計画に基づいて行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 通所リハビリテーション計画の目標及び内容については、利用者又は家族に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"/>
17 通所リハビリテーション計画の作成	(1) 医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる通所リハビリテーション従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、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、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等を記載した通所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) 通所リハビリテーション従業者が提供するサービスの具体的な内容、時間、日程等が明らかになっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 通所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されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 医師等の従業者は、通所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) 医師等の従業者は、通所リハビリテーション計画を作成した際には、当該通所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"/>
	(6) 従業者は、それぞれの利用者について、通所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を診療記録に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 指定通所リハビリテーション事業者が指定訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつリハビリテーション会議（医師が参加した場合に限る。）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通所リハビリテーション計画を作成した場合については、訪問リハビリテーション計画の作成の第1項から第4項までに規定する運営に関する基準を満たすことをもって、(1)から(4)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。そのような事例はあるか。 (有 ・ 無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 事業所の屋外でサービス提供を行う場合には、次に掲げる条件を満たしているか。 <input type="checkbox"/> あらかじめ通所リハビリテーション計画に位置付けていること。 <input type="checkbox"/> 効果的なリハビリテーションのサービスが提供できること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 指定介護予防通所リハビリテーションの具体的取扱いの方針	(1) 指定介護予防通所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"/>
	(2) 医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たる介護予防通所リハビリテーション従業者（以下「医師等の従業者」という。）は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、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、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通所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"/>
	(3) 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、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"/>
	(4) 医師等の従業者は、介護予防通所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) 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画を作成した際には、当該介護予防通所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"/>
	(6) 指定介護予防通所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、リハビリテーション会議（医師が参加した場合に限る。）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通所リハビリテーション計画を作成した場合については、指定介護予防訪問リハビリテーションの具体的取扱いの方針の第2号から第5号までに規定する基準を満たすことをもって、(2)から(5)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。 そのような事例はあるか。 (有 ・ 無)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護予防通所リハビリテーション計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 指定介護予防通所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"/>
	(9) 指定介護予防通所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"/>
	(10) 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画に基づくサービスの提供の開始時から、少なくとも1月に1回は、当該介護予防通所リハビリテーション計画に係る利用者の状態、当該利用者に対するサービスの提供状況等について、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するとともに、当該介護予防通所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、当該介護予防通所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"/>
	(11) 医師等の従業者は、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"/>

	(12) 医師等の従業者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防通所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"/>
	(13) (1)から(11)までの規定は、(12)に規定する介護予防通所リハビリテーション計画の変更について準用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(14) アセスメントに基づき、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内容、所要時間、日程等を明らかにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(15) 介護予防通所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"/>
19 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっての留意点	(1) 事業者は、サービスの提供に当たり、介護予防支援におけるアセスメントにおいて把握された課題、指定介護予防通所リハビリテーションの提供による当該課題に係る改善状況等を踏まえつつ、効率的かつ柔軟なサービスの提供に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを提供するに当たっては、国内外の文献等において有効性が確認されている等の適切なものとなっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、サービスの提供に当たり、利用者が虚弱な高齢者であることに十分に配慮し、利用者に危険が伴うような強い負荷を伴うサービスの提供は行わないとともに、安全管理体制等の確保を図ること等を通じて、利用者の安全面に最大限配慮しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 利用者に関する市への通知	事業者は、指定通所リハビリテーションを受けている利用者が下記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。 <input type="checkbox"/> 正当な理由なしに指定通所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。 <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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 緊急時等の対応	(1) 緊急時対応マニュアル等が整備されているか。 <input type="checkbox"/> 緊急時における対応フロー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 通所リハビリテーション従業者は、現に指定通所リハビリテーションの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 安全管理体制等の確保【予防】	(1) 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変等が生じた場合に備え、緊急時マニュアル等を作成し、事業所内の従業者に周知徹底を図るとともに、速やかに主治の医師への連絡を行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 事業者は、サービスの提供に当たり、転倒等を防止するための環境整備に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 事業者は、サービスの提供に当たり、事前に脈拍や血圧等を測定する等利用者の当日の体調を確認するとともに、無理のない適度なサービスの内容とするよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業者は、サービスの提供を行っているときにおいても、利用者の体調の変化に常に気を配り、病状の急変等が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 管理者等の責務	(1) 管理者は、医師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから選任した者に、必要な管理の代行をさせている事例はあるか。（有・無）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 管理者又は(1)の管理を代行する者は、指定通所リハビリテーション事業所の従業者に運営に関する基準の規定を遵守させるための必要な指揮命令を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>24 運営規程</p>	<p>(1) 事業者は、指定通所リハビリテーション事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程（以下この章において「運営規程」という。）を定めているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 指定通所リハビリテーションの利用定員 <input type="checkbox"/> 指定通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービス利用に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 身体的拘束等の原則禁止 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>25 勤務体制の確保等</p>	<p>(1) 事業者は、利用者に対し適切な指定通所リハビリテーションを提供できるよう、指定通所リハビリテーション事業所ごとに従業者の勤務の体制を定めているか。</p> <p>(2) 事業者は、指定通所リハビリテーション事業所ごとに、当該指定通所リハビリテーション事業所の従業者によって指定通所リハビリテーションを提供しているか。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。</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、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、専従の生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導員の配置、管理者との兼務関係等を明確にしているか。</p> <p>(4) 事業者は、通所リハビリテーション従業者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> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 研修年間計画策定（有・無） <input type="checkbox"/> 研修機会の確保 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 事故対応：（研修年月日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 苦情処理：（研修年月日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 衛生管理：（研修年月日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止：（研修年月日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 身体的拘束等適正化：（研修年月日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 研修記録 <input type="checkbox"/> 欠席者への対応・情報共有方法（ ） 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>（令和6年3月31日までの経過措置あり）</p>	<p>(5) 事業者は、通所リハビリテーション従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。その際、当該事業者は、全ての通所リハビリテーション従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じているか。</p> <p>認知症介護基礎研修を受講させるために講じている措置の内容（ ）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(6) 事業者は、適切な指定通所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通所リハビリテーション従業者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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>26 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）</p>	<p>(1) 指定通所リハビリテーション事業者は、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通所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。</p> <p>(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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> イ 感染症に係る業務継続計画 <ul style="list-style-type: none"> <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 <ul style="list-style-type: none"> <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"/>

	<p>(3) 指定通所リハビリテーション事業者は、通称リハビリテーション従業者に対し、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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(6) 指定通所リハビリテーション事業者は、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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 定員の遵守	<p>事業者は、利用定員を超えて指定通所リハビリテーションの提供を行っていないか。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 非常災害対策	<p>(1) 事業者は、非常災害に関する具体的計画を立てているか。 <input type="checkbox"/> 火災、風水害、地震等に対応した内容となっている 【非常災害対策計画に盛り込む具体的な項目例】 <input type="checkbox"/> 介護保険施設等の立地条件（地形 等） <input type="checkbox"/> 災害に関する情報の入手方法（「高齢者等避難」等の情報の入手方法の確認等） <input type="checkbox"/> 災害時の連絡先及び通信手段の確認（自治体、家族、職員 等） <input type="checkbox"/> 避難を開始する時期、判断基準（「高齢者等避難発令」時 等） <input type="checkbox"/> 避難場所（市が指定する避難場所、施設内の安全なスペース 等） <input type="checkbox"/> 避難経路（避難場所までのルート（複数）、所要時間 等） <input type="checkbox"/> 避難方法（利用者ごとの避難方法（車いす、徒歩等） 等） <input type="checkbox"/> 災害時の人員体制、指揮系統（災害時の参集方法、役割分担、避難に必要な職員数 等） <input type="checkbox"/> 関係機関との連携体制 等</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 非常災害時の関係機関への通報及び連携の体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか。 <input type="checkbox"/> 防火管理者：（ ） <input type="checkbox"/> 消防訓練（年 回） <input type="checkbox"/> 直近の実施日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 前回の実施日（ 年 月 日）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><input type="checkbox"/> 機器点検（年 回） ※年2回必要 <input type="checkbox"/> 直近の実施日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 前回の実施日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 総合点検（年 回） ※年1回必要 <input type="checkbox"/> 直近の実施日（ 年 月 日）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) (2)に規定する訓練の実施に当たっては、地域住民の参加が得られるよう連携に努めているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 衛生管理等	<p>(1) 事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 事業者は、食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるとともに、密接な連携を保っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 空調設備等により施設内の適温の確保に努めているか。</p>	<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)	<p>(4) 当該指定通所リハビリテーション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（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話機器装置等」という。）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、通所リハビリテーション従業者に周知徹底を図ること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<p>(5) 当該指定通所リハビリテーション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すること</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(6) 当該指定通所リハビリテーション事業所において、通所リハビリテーション従業者に対し、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すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(7) 特にインフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、その発生及びまん延を防止するための措置について、別途通知等が発出されているので、これに基づき、適切な措置を講じているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(8) その他必要な措置を講じているか。 <input type="checkbox"/> 医薬品及び医療用具の管理は適切か。 <input type="checkbox"/> 従事者（常勤・非常勤）の健康管理を行っているか。 <input type="checkbox"/> 感染症予防マニュアルの作成等必要な対策を講じているか。 <input type="checkbox"/> 共用タオルや固形石鹸を使用しないようにしているか。（職員、利用者共） <input type="checkbox"/> 手指消毒薬剤又は消毒器を設置しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(9) 循環式浴槽を使用している場合、以下の検査等を含めてレジオネラ症対策を適切に行っているか。 <input type="checkbox"/> 入浴日の浴槽水の残留塩素濃度検査は、入浴前・入浴中・入浴後の3回実施し、常に0.4mg/ℓ以上を保たれているか。 <input type="checkbox"/> 浴槽水を適切に（1週間に1回以上）交換し、清掃を行っているか。 ※浴槽水交換頻度（ 回/週） <input type="checkbox"/> 循環式浴槽水は少なくとも1年に1回以上は水質検査を行い、レジオネラ属菌に汚染されていないか確認している。 （高齢者施設の場合、1年に2回以上が望ましい） 1回目：時期（ ） 結果（ ） 2回目：時期（ ） 結果（ ） <input type="checkbox"/> 水質検査を実施した場合には、その結果を豊中市に報告しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 掲示	<p>(1) 事業者は、指定通所リハビリテーション事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、通所リハビリテーション従業者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"/> 従業者の勤務体制 <input type="checkbox"/> その他サービスの選択に資すると認められる事項</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 指定通所リハビリテーション事業者は、(1)に規定する事項を記載した書面を当該指定通所リハビリテーション事業所に備え付け、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 ）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 高齢者虐待に関する通報窓口を掲示しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 秘密保持等	<p>(1) 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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 事業者は、当該指定通所リハビリテーション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、必要な措置を講じているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 事業者は、サービス担当会議等において、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</p>	<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	<p>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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 苦情処理	<p>(1) 事業者は、提供した指定通所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）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する措置の概要についても併せて記載するとともに、事業所に掲示しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(3) 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"/>
	(4) 苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を自ら行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 事業者は、提供した指定通所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"/>
	(6) 事業者は、市からの求めがあった場合には、(5)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"/>
	(7) 事業者は、提供した指定通所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"/>
	(8) 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、(7)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"/>
34 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、提供した指定通所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。 介護相談員の受け入れ（有・無）	<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通所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通所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"/>
35 事故発生時の対応	(1) 事業者は、利用者に対する指定通所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"/>
	(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) 事業者は、利用者に対する指定通所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"/>
	(4) 事業者は、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生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) 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"/>
36 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。）を定期的に開催するとともに、その結果について、通所リハビリテーション従業者に周知徹底を図っているか。 直近開催日（ 年 月 日）	<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"/>

	<p>(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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 <p>(5) 当該事業所において、通所リハビリテーション従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施しているか。</p> <p>(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。</p> <p>(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（ ）</p> <p>(8) 事業所の従業者は、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。</p> <p>(9) 利用する高齢者に対して、以下に掲げる行為を行っていないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <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"/>
<p>(身体的拘束等)</p>	<p>(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）</p> <p>(2) 身体的拘束等を行った事例があるか。（有・無）</p> <p>(3) (4)の3つの要件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。</p> <p>(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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(6) 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。</p> <p>(7) 「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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>37 会計の区分</p>	<p>事業者は、指定通所リハビリテーション事業所ごとに経理を区分するとともに、指定通所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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>38 記録の整備 (2は令和4年4月1日から施行)</p>	<p>(1) 事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<p>(2) 事業者は、利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション計画 <input type="checkbox"/> 提供した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</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 事業者の名称等の変更の届出等	<p>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市に提出しているか。 ※変更した日から10日以内に提出すること。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 電磁的記録等	<p>(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）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(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、承諾その他これに類するもの（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）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第5 介護給付費関係

項目	内 容	適	不適	非該当	
1. 施設基準 【通常規模型リハビリテーション費】	(1) 前年度の1月当たりの平均利用延人員数（一体的に事業を実施している指定介護予防通所リハビリテーション事業所における前年度の1月当たりの平均利用延人員数を含む）が750人以内の事業所であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 豊中市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（以下「条例」という。）に定める設備の基準に適合しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	【大規模型通所リハビリテーション費(I)】	(3) (1)に該当しない事業所であって、前年度の1月当たりの平均利用延人員数（一体的に事業を実施している指定介護予防通所リハビリテーション事業所における前年度の1月当たりの平均利用延人員数を含む）が900人以内の事業所であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【大規模型通所リハビリテーション費(II)】	(4) 条例に定める設備の基準に適合しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) (1)及び(3)に該当しない事業所であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6) 条例に定める設備の基準に適合しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【介護予防通所リハビリテーション費】	(1) 定員超過利用又は人員基準欠如に該当する場合の算定について、当該事業所と一体的に運営する指定通所リハビリテーション事業所における当該事項と同様に適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 月途中からのサービス開始、月途中でのサービス終了であっても、以下の場合を除いて月額報酬で算定しているか。 <input type="checkbox"/> 要介護から要支援に変更となった場合 <input type="checkbox"/> 要支援から要介護に変更になった場合 <input type="checkbox"/> 要支援度が変更となった場合 <input type="checkbox"/> 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 指定通所リハビリテーションの提供について	(1) 平成27年度の報酬改定において、個別リハビリテーション実施加算が本体報酬に包括化された趣旨を踏まえ、利用者の状態に応じ、個別リハビリテーションを実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 指定通所リハビリテーションは、事業所の医師の診療に基づき、通所リハビリテーション計画を作成し、実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	<p>(3) 指定通所リハビリテーションは、指定通所リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、通所リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、例外として、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けていた患者が、介護保険の指定通所リハビリテーションへ移行する際に、「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について」の別紙様式2-2-1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療するとともに、別紙様式2-2-1に記載された内容について確認し、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、別紙様式2-2-1をリハビリテーション計画書とみなして通所リハビリテーション費の算定を開始してもよいこととする。</p> <p>なお、その場合であっても、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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(4) 事業所の医師が、指定通所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以上の指示を行った場合、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、当該指示に基づき行った内容を明確に記録しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3 所要時間による区分の取扱い</p>	<p>(1) 利用者の要介護状態区分に応じて、現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容の指定通所リハビリテーションを行うのに要する標準的な時間でそれぞれ所定単位数を算定しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 通所リハビリテーション計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合には、通所リハビリテーション計画を変更のうえ、変更後の所要時間に応じた単位数を算定しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 利用者に対して、1日に複数の指定通所リハビリテーションを行う事業所にあつては、それぞれの指定通所リハビリテーションごとに通所リハビリテーション費を算定しているか（例えば、午前と午後指定通所リハビリテーションを行う場合にあっては、午前と午後それぞれについて通所リハビリテーション費を算定する。）。ただし、1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーションの利用者については、同日に行われる他の通所リハビリテーション費は算定できない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(4) 理美容サービスは、介護保険による指定通所リハビリテーションには含まれないが、テイクサービスセンター等において、指定通所リハビリテーションとは別に、利用者の自己負担により理美容サービスを受けることは問題ない。その際、利用者に必要なものとして当初から予定されている指定通所リハビリテーションの提供プログラム等に影響しないよう配慮が必要である。なお、指定通所リハビリテーションの提供時間には、理美容サービスに要した時間は含んでいないか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(5) 緊急やむを得ない場合において、併設医療機関（他の医療機関を含む。）を受診した場合は、医療機関等における保険請求が優先され、通所サービスについては変更後の所要時間に応じた所定単位数を算定しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(送迎時における居宅内等介助の準備)</p>	<p>(6) 指定通所リハビリテーションを行うのに要する時間に、送迎に要する時間は含んでいないか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(7) 送迎時に実施した居宅内での介助等（電気の消灯・点灯、窓の施錠、着替え、ベッド移乗等）に要する時間は、下記のいずれの要件も満たす場合、1日30分以内を限度として、指定通所リハビリテーションを行うのに要する時間に含めているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に位置付けた上で実施する場合</p> <p><input type="checkbox"/> 送迎時に居宅内の介助等を行う者が以下の資格を有しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 実務者研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修課程修了者 <input type="checkbox"/> 1級課程修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者（2級課程修了者を含む。） <input type="checkbox"/> 当該事業所における勤続年数と同一法人の経営する他の介護サービス事業所、医療機関、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の勤続年数の合計が3年以上の介護職員である場合 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(災害時の取扱い)</p>	<p>(8) 災害その他のやむを得ない理由による定員超過利用については、当該定員超過利用が開始した月（災害等が生じた時期が月末であつて、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合は翌月も含む。）の翌月から所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>(感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少に係る特例について)</p>	<p>(9) 感染症又は災害（厚生労働大臣が認めるものに限る。）の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している場合に、市長に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、指定通所リハビリテーションを行った場合には、利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数に加算しているか。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると認められる場合は、当該加算の期間が終了した月の翌月から3月以内に限り、引き続き加算することができる。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(定員超過利用に該当する場合の所定単位数の算定について)</p>	<p>(10) 市長に提出した運営規程に定められている利用定員を超える利用者を利用させている場合には、全利用者の所定単位数について、100分の70に相当する単位数を算定しているか。</p> <p>(11) 利用者の数は、一月間(暦月)の利用者の数の平均を用いているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定について)</p>	<p>(12) 事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の配置数が人員基準を満たすべき員数を下回っている場合、全利用者について、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定しているか。</p> <p>(13) 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の配置数については、</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合にはその翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算しているか。 <input type="checkbox"/> 1割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算しているか（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）。 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4 理学療法士等体制強化加算</p>	<p>所要時間1時間以上2時間未満のサービス提供について、配置基準を超えて理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を専従かつ常勤で2名以上配置している場合に加算しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5 延長サービス体制</p>	<p>(1) 日常生活上の世話をを行った後に引き続き、所要時間7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションを行った場合又は所要時間7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションを行った後に引き続き日常生活上の世話をを行った場合であって、当該指定通所リハビリテーションの所要時間と当該指定通所リハビリテーションの前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間が、8時間以上となった場合は、次に掲げる区分に応じて単位を加算しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 8時間以上 9時間未満の場合 <input type="checkbox"/> 9時間以上10時間未満の場合 <input type="checkbox"/> 10時間以上11時間未満の場合 <input type="checkbox"/> 11時間以上12時間未満の場合 <input type="checkbox"/> 12時間以上13時間未満の場合 <input type="checkbox"/> 13時間以上14時間未満の場合 <p>(2) 所要時間7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの前後に連続して指定通所リハビリテーションを行う場合について、6時間を限度として算定しているか。</p> <p>(3) 指定通所リハビリテーションと延長サービスを通算した時間が8時間以上の部分について算定しているか。</p> <p>(4) 延長加算は、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な体制にあり、かつ、実際に延長サービスを行った場合に算定されるものであるが、当該事業所の実情に応じて、適当数の従業者を置いているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6 リハビリテーション提供体制加算</p>	<p>(1) 通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容の指定通所リハビリテーションを行うのに要する標準的な時間に、所定単位数にそれぞれ加算しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 所要時間3時間以上4時間未満の場合 <input type="checkbox"/> 所要時間4時間以上5時間未満の場合 <input type="checkbox"/> 所要時間5時間以上6時間未満の場合 <input type="checkbox"/> 所要時間6時間以上7時間未満の場合 <input type="checkbox"/> 所要時間7時間以上の場合 <p>(2) 事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が2.5又はその端数を増すことに1以上であるか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>7 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算</p>	<p>(1) 事業所の医師等が、中山間地域等に居住する利用者に対して、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に、1日につき所定単位数の100分の5に相当する単位数を算定しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(2) 通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用の支払いを受けていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 入浴介助加算(I)	(1) 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 通所リハビリテーション計画上、入浴の提供が位置付けられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合については、算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 入浴介助加算(II)	(1) 次のいずれにも適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であるか。 <input type="checkbox"/> (二) 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」という。）が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価しているか。 <input type="checkbox"/> (三) 当該訪問において、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境であると認められる場合は、訪問した医師等が指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行っているか。 <input type="checkbox"/> (四) 当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師との連携の下で、利用者の身体の状態、訪問により把握した当該利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえて個別の入浴計画を作成しているか。 <input type="checkbox"/> (五) 四の入浴計画に基づき、個浴（個別の入浴をいう。）その他の利用者の居宅の状況に近い環境で、入浴介助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 通所リハビリテーション計画上、入浴の提供が位置付けられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合については、算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	(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)イを算定している場合においては、リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ(B)イ(B)ロは算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 次に掲げるいずれかの場合に該当するか。 <input type="checkbox"/> (一) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 <input type="checkbox"/> (二) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業所の医師が、指定通所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"/>
	(5) (4)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"/>
	(6) 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"/>
	(7) 通所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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあっては1月に1回以上、6月を超えた場合にあっては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、通所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"/>

	(9) 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"/>
	(10) 以下のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> 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通所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か。 <input type="checkbox"/> 事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定通所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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) (4)から(10)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 リハビリテーションマネジメント加算(A)口	(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)口を算定している場合においては、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(B)イ(B)口は算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 次に掲げるいずれかの場合に該当するか。 <input type="checkbox"/> (一) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 <input type="checkbox"/> (二) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業所の医師が、指定通所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"/>
	(5) (4)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"/>
	(6) 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"/>
	(7) 通所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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあっては1月に1回以上、6月を超えた場合にあっては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、通所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"/>
	(9) 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"/>
	(10) 以下のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> 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通所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か。 <input type="checkbox"/> 事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定通所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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) (4)から(10)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"/>

	(12) 利用者ごとの通所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"/>
	(13) 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"/>
12 リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	(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(B)イを算定している場合においては、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(A)ロ(B)ロは算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 次に掲げるいずれかの場合に該当するか。 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 <input type="checkbox"/> 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 事業所の医師が、指定通所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"/>
	(5) (4)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"/>
	(6) 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"/>
	(7) 通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあっては1月に1回以上、6月を超えた場合にあっては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、通所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) 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"/> 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通所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か。 <input type="checkbox"/> 事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定通所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か。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 通所リハビリテーション計画について、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"/>
	(11) (4)から(10)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"/>
13 リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	(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(B)ロを算定している場合においては、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(A)ロ(B)イは算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<p>(3) 次に掲げるいずれかの場合に該当するか。</p> <p><input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合</p> <p><input type="checkbox"/> 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(4) 事業所の医師が、指定通所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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(5) (4)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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(6) 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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(7) 通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあっては1月に1回以上、6月を超えた場合にあっては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、通所リハビリテーション計画を見直しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(8) 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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(9) 以下のいずれかに適合しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 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通所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か。</p> <p><input type="checkbox"/> 事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定通所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か。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(10) 通所リハビリテーション計画について、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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(11) (4)から(10)に適合することを確認し、記録しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(12) 利用者ごとの通所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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(13) 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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 短期集中個別リハビリテーション実施加算	<p>(1) 医師又は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、利用者に対して、その退院（所）日又は認定日から起算して3月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行った場合に、算定しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定していないか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 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40分以上実施しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	<p>(1) 認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、医師又は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、その退院（所）日又は通所開始日から起算して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、1日につき所定の単位を加算しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 短期集中個別リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定していないか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(3) 1週間に2日を限度として個別にリハビリテーションを実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) リハビリテーションを行うに当たり、利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 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に対して算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 通所リハビリテーション計画に基づき、1週間に2日を限度として、20分以上のリハビリテーションを個別に実施しているか。なお、当該リハビリテーションの提供時間が20分に満たない場合は、算定できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 「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」として以下のいずれかを修了しているか。 <input type="checkbox"/> 全国老人保健施設協会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション研修」 <input type="checkbox"/> 日本リハビリテーション病院・施設協会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション研修会」 <input type="checkbox"/> 全国デイ・ケア協会が主催する「通リハ認知症研修会」 <input type="checkbox"/> 都道府県等が実施する「認知症サポート医養成研修」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 本加算の対象となる利用者は、MMSE (Mini Mental State Examination) 又はHDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) においておおむね5点～25点に相当する者であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 認知症短期集中リハビリテーション実施加(Ⅱ)	(1) 認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、医師又は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、その退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して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、1月につき所定の単位を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 短期集中個別リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 1月に4回以上リハビリテーションを実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) リハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された通所リハビリテーション計画を作成し、生活機能の向上に資するリハビリテーションを実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロまでのいずれかを算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) リハビリテーションを行うに当たり、利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 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に対して算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の状態に応じて、個別又は集団によるリハビリテーションは、1月に8回以上実施することが望ましいが、1月に4回以上実施した場合に算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 「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」として以下のいずれかを修了しているか。 <input type="checkbox"/> 全国老人保健施設協会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション研修」 <input type="checkbox"/> 日本リハビリテーション病院・施設協会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション研修会」 <input type="checkbox"/> 全国デイ・ケア協会が主催する「通リハ認知症研修会」 <input type="checkbox"/> 都道府県等が実施する「認知症サポート医養成研修」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(1) 本加算の対象となる利用者は、MMSE(Mini Mental State Examination)又はHDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）においておおむね5点～25点に相当する者であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 生活行為向上リハビリテーション実施加算 【介護・予防】	(1) 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) リハビリテーション実施計画に基づく指定通所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6月以内の期間に限り、1月につき加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定していた場合においては、利用者の急性増悪等によりこの加算を算定する必要性についてリハビリテーション会議により合意した場合を除き、この加算を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、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"/>
	(7) 当該計画で定めた指定通所リハビリテーションの実施期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内に、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロまでのいずれかを算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 事業所の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当該利用者の居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね1月に1回以上実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) リハビリテーションを行うに当たり、利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 若年性認知症利用者受入加算	(1) 若年性認知症利用者（初老期における認知症によって、要介護状態となった者をいう）に対して、指定通所リハビリテーションを行った場合に、所定単位数を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 栄養アセスメント加算	(1) 利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。）を行った場合に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 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"/>
20 栄養改善加算 【介護・予防】	(1) 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下「栄養改善サービス」という）を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(2) 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員、その他の職種の者(以下「管理栄養士等」)が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに体重を測定する等により栄養状態の評価を行い、その結果を当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師に対して情報提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 3月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 栄養改善サービスの開始から3月ごとに利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 介護予防通所リハビリテーションにおいて栄養改善サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態に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であることに留意しているか。 なお、要支援者に対する当該サービスの実施に当たっては、栄養ケア計画に定める栄養改善サービスをおおむね3月実施した時点で栄養状態の改善状況について評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告するとともに、栄養状態に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、当該サービスを終了するものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 口腔・栄養スクリーニング加算(I)	(1) 従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 口腔・栄養スクリーニング加算(II)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当していないか。 <input type="checkbox"/> (一) 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。 <input type="checkbox"/> (二) 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 口腔・栄養スクリーニング加算(II)	(1) 従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 口腔・栄養スクリーニング加算(I)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(4) (5)または(6)のいずれかに適合しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 <input type="checkbox"/> (二) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 <input type="checkbox"/> (三) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。 <input type="checkbox"/> (四) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 次に掲げる基準のいずれにも適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 <input type="checkbox"/> (二) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 <input type="checkbox"/> (三) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。 <input type="checkbox"/> (四) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 口腔機能向上加算(I)【介護・予防】	(1) 口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下「口腔機能向上サービス」という。）を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 3月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 口腔機能向上加算(II)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 歯科医療を受診している場合であって、次のイ又はロのいずれかに該当する場合にあっては、算定していないか。 <input type="checkbox"/> イ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合 <input type="checkbox"/> ロ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(10) 利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について、当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) 指定介護予防通所リハビリテーションにおいて口腔機能向上サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態に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であることに留意しているか。 なお、要支援者に対する当該サービスの実施に当たっては、口腔機能改善管理指導計画に定める口腔機能向上サービスをおおむね3月実施した時点で口腔機能の状態の評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告するとともに、口腔機能向上に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、当該サービスを終了するものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 口腔機能向上加算(Ⅱ)【介護・予防】	(1) 口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下「口腔機能向上サービス」という。）を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 3月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 口腔機能向上加算(Ⅰ)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 歯科医療を受診している場合であって、次のイ又はロのいずれかに該当する場合にあっては、算定していないか。 <input type="checkbox"/> イ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合 <input type="checkbox"/> ロ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について、当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理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"/>
	(13) 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"/>

	<p>(14) 指定介護予防通所リハビリテーションにおいて口腔機能向上サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態に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であることに留意しているか。 なお、要支援者に対する当該サービスの実施に当たっては、口腔機能改善管理指導計画に定める口腔機能向上サービスをおおむね3月実施した時点で口腔機能の状態の評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告するとともに、口腔機能向上に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、当該サービスを終了するものとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 サービス種類相互の算定関係【介護】	<p>(1) 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小規模多機能型居宅介護、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、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護若しくは複合型サービスを受けている間は、通所リハビリテーション費を算定していないか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【予防】	<p>(2) 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小規模多機能型居宅介護若しく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、介護予防通所リハビリテーション費を算定していないか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 利用者が一の指定介護予防通所リハビリテーション事業所において指定介護予防通所リハビリテーションを受けている間は、当該事業所以外の指定介護予防通所リハビリテーション事業所が指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合に、介護予防通所リハビリテーション費を算定していないか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 重度療養管理加算	<p>(1) 以下の状態にある利用者（要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者に限る。）に対して、計画的な医学的管理のもと、指定通所リハビリテーションを行った場合に、所定の単位を加算しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態 <input type="checkbox"/> 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 <input type="checkbox"/> 中心静脈注射を実施している状態 <input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態 <input type="checkbox"/> 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 <input type="checkbox"/> 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 <input type="checkbox"/> 褥瘡に対する治療を実施している状態 <input type="checkbox"/> 気管切開が行われている状態 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 所要時間1時間以上2時間未満の区分を算定している場合は、当該加算を算定していないか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 当該加算を算定する場合にあっては、当該医学的管理の内容等を診療録に記録しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 中重度者ケア体制加算	<p>(1) 中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、指定通所リハビリテーションを行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 指定基準に規定する要件を満たす員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 前年度又は算定日が属する月の前3月間の事業所の利用者数の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上であるか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(4) 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上配置しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 科学的介護推進体制加算	<p>(1) 利用者ごとのADL値（ADLの評価に基づき測定した値をいう。以下同じ。）、栄養状態、口腔機能、認知症（法第5条の2第1項に規定する認知症をいう。以下同じ。）の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(2) 必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直すなど、指定通所リハビリテーションの提供に当たって、(1)に規定する情報その他指定通所リハビリテーションを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(3) 情報の提出については、LIFEを用いて行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 同一建物減算	<p>事業所と同一建物に居住する者又は事業所と同一建物から事業所に通う者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、所定単位数を減算しているか。ただし、傷病その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りでない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>30 12月を超えてのサービス提供の扱い【予防】</p>	<p>利用者に対して、指定介護予防通所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月を超えて指定介護予防通所リハビリテーションを行う場合は、1月につき要支援度に応じて所定単位数から減算しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>31 送迎を行わない場合の減算について</p>	<p>利用者に対し、その居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき所定の単位を減算しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>32 移行支援加算</p>	<p>(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（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を加算しているか。</p> <p>(2) 評価対象期間において指定通所リハビリテーションの提供を終了した者（以下「通所リハビリテーション終了者」という。）のうち、指定通所介護等（指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションを除く。）を実施した者の占める割合が100分の3を超えているか。</p> <p>(3) 評価対象期間中に指定通所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、通所リハビリテーション従業者が、通所リハビリテーション終了者に対して、当該通所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。</p> <p>(4) 12を当該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27以上であるか。</p> <p>(5) 通所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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>33 運動器機能向上加算【予防】</p>	<p>(1) 利用者の運動器の機能向上を目的として個別に実施されるリハビリテーションであって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下「運動器機能向上サービス」という。）を行った場合に加算しているか。</p> <p>(2) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置しているか。</p> <p>(3) 利用者の運動器の機能を利用開始時に把握し、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、運動器機能向上計画を作成しているか。</p> <p>(4) 利用者ごとの運動器機能向上計画に従い医師又は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若しくは看護職員が運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録しているか。</p> <p>(5) 利用者ごとの運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価しているか。</p> <p>(6) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。</p> <p>(7) 利用者に係る長期目標及び短期目標を踏まえ、医師、理学療法士等、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、当該利用者ごとに、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、1回当たりの実施時間、実施形態等を記載した運動器機能向上計画を作成しているか。</p> <p>(8) 作成した運動器機能向上計画については、運動器機能向上サービスの提供による効果、リスク、緊急時の対応等と併せて、当該運動器機能向上計画の対象となる利用者に分かりやすい形で説明し、その同意を得ているか。</p> <p>(9) 運動器機能向上計画に定める実施期間終了後に、利用者ごとに、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について、事後アセスメントを実施し、その結果を当該利用者に係る介護予防支援事業者に報告しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>34 選択的サービス複数実施加算(I)【予防】</p>	<p>(1) 事業所が、利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス（以下「選択的サービス」）のうち2種類のサービスを実施した場合に加算しているか。</p> <p>(2) 同月中に利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔（くう）機能向上サービスを算定していないか。</p> <p>(3) 利用者が指定介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、選択的サービスを行っているか。</p> <p>(4) 利用者に対し、選択的サービスのうちいずれかのサービスを1月につき2回以上行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35 選択的サービス複数実施加算 (Ⅱ)【予防】	<p>(1) 事業所が、利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス（以下「選択的サービス」）のうち3種類のサービスを実施した場合に加算しているか。</p> <p>(2) 同月中に利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔（くう）機能向上サービスを算定していないか。</p> <p>(3) 利用者が指定介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、選択的サービスを行っているか。</p> <p>(4) 利用者に対し、選択的サービスのうちいずれかのサービスを1月につき2回以上行っているか。</p>	□	□	□
36 事業所評価加算 【予防】	<p>(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（選択的サービスの基準に適合の旨を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。</p> <p>(2) 生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定していないか。</p> <p>(3) 定員利用・人員基準に適合しているものとして届け出て選択的サービスを行っているか。</p> <p>(4) 評価対象期間における事業所の利用実人員数が10名以上であるか。</p> <p>(5) 以下の算定式で計算しているか。 $\frac{\text{評価対象期間内に選択的サービスを利用した者の数}}{\text{評価対象期間内に指定介護予防通所リハビリテーションを利用した者の数}} \geq 0.6$</p> <p>(6) 以下の算定式で計算しているか。 $\frac{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2}{\text{評価対象期間内に運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを3月以上利用し、その後に変更・変更認定を受けた者の数}} \geq 0.7$</p>	□	□	□
37 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	<p>(1) 次のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であるか。 <input type="checkbox"/> (二) 事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であるか。</p> <p>(2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。</p> <p>(3) 加算を算定する際の根拠資料が作成されているか。</p>	□	□	□
38 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	<p>(1) 事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であるか。</p> <p>(2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。</p> <p>(3) 加算を算定する際の根拠資料が作成されているか。</p>	□	□	□
39 サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	<p>(1) 次のいずれかに適合しているか。 <input type="checkbox"/> (一) 事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であるか。 <input type="checkbox"/> (二) 指定通所リハビリテーションを利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であるか。</p> <p>(2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。</p> <p>(3) 加算を算定する際の根拠資料が作成されているか。</p>	□	□	□
40 介護職員処遇改善加算	当該事業所と一体的に運営する介護老人保健施設における当該事項と同様に、当該基準を満たす場合に算定しているか。	□	□	□
41 介護職員等特定処遇改善加算	当該事業所と一体的に運営する介護老人保健施設における当該事項と同様に、当該基準を満たす場合に算定しているか。	□	□	□

42 介護職員等ベースアップ等支援加算	当該事業所と一体的に運営する介護老人保健施設における当該事項と同様に、当該基準を満たす場合に算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------