

# 令和7年度 指定（介護予防）訪問リハビリテーション 自己点検票

福祉局 指導監査部 指導第一課

## 記入上の注意

### 1 点検内容の記入について

下記の分類により、該当する欄（□内）にチェックしてください。

「はい」：事項の内容を満たしている又は行っている

「いいえ」：事項の内容を満たしていない又は行っていない

「該当なし」：該当するものがない又は前提となる事実がない等

### 2 本文中の表記について

#### ○指定訪問リハビリテーションについて

「居宅条例」：東京都指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例（平成24年10月11日付条例第111号）

「居宅規則」：東京都指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例施行規則

（平成24年10月11日付規則第141号）

「条例施行要領」：東京都指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例及び東京都指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準に関する条例施行要領

（平成25年3月29日付24福保高介第1882号）

「算定基準」：指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年2月10日付厚生省告示第19号）

「算定通知」：指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について

（平成12年3月1日付老企第36号）

#### ○指定介護予防訪問リハビリテーションについて

「予防条例」：東京都指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準に関する条例（平成24年10月11日付条例第112号）

「予防規則」：東京都指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準に関する条例施行規則（平成24年10月11日付規則第142号）

「条例施行要領」：東京都指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例及び東京都指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準に関する条例施行要領

（平成25年3月29日付24福保高介第1882号）

「算定基準」：指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年3月14日付厚生労働省告示第127号）

「算定通知」：「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」

（平成18年3月17日付老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号）

# 1 指定訪問リハビリテーション

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
<b>基本方針</b>				
基本方針 居宅条例第79条	利用者が要介護状態となった場合、可能な限り居宅において、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または向上を目指し、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なリ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っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>人員に関する基準</b>				
従業員の配置の基準 居宅条例第80条 居宅規則第14条 条例施行要領第三の四の1	事業所ごとに、指定訪問リハビリテーションの提供に当たる従業者を規則で定める基準により置いているか。			
	1 訪問リハビリテーションの提供に必要な1人以上の常勤医師を配置しているか。ただし、介護老人保健施設又は介護医療院である場合については、その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。	<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を1人以上、適当数配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>設備に関する基準</b>				
設備及び備品等 居宅条例第81条 条例施行要領第三の四の2	1 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であるか。	<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。	<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"/>
<b>運営に関する基準</b>				
管理者等の責務 居宅条例第88条 (第51条を準用) 条例施行要領第三の四の3(5) (第三の二の3(1)を参照)	1 管理者は、従業者の管理及び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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 管理者は、「運営に関する基準」を遵守させるために必要な指揮命令を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
運営規程 居宅条例第82条 条例施行要領第三の一の3(3) 参照	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（運営規程）を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 事業の目的及び運営の方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 従業者の職種、員数及び職務の内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 営業日及び営業時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 指定訪問リハビリテーションの利用料その他の費用の額	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤ 通常の事業の実施地域	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥ 虐待の防止のための措置に関する事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦ その他運営に関する重要事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
勤務体制の確保等 居宅条例第88条 (第11条を準用) 条例施行要領第三の四の3(5) (第三の一の3(6)を参照)	1 利用者に対し、適切な指定訪問リハビリテーションが提供することができるよう、各指定訪問リハビリテーション事業所において、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の勤務の体制を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 当該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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
	3 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、労働者派遣法に規定する派遣労働者（紹介予定派遣に係るものを除く）であってはならないとされているが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 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の研修の機会を確保しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業員に周知・啓発しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 職場におけるハラスメントの相談・苦情に応じ、適切に対応するために必要な体制を整備しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
業務継続計画の策定等 居宅条例第88条 (第11条の2を準用) 条例施行要領第三の四の3(5) (第三の一の3(7)を参照)	1 利用者に対する業務継続計画を策定し必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 従業員に対し業務継続計画を周知し、研修と訓練を定期的に実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 業務継続計画について、定期的に見直し必要に応じて変更しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内容及び手続の説明及び同意  居宅条例第88条 (第12条を準用) 条例施行要領第三の四の3(5) (第三の一の3(8)を参照)	1 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、重要事項を記した文書（重要事項説明書等）を交付して説明を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 サービスの内容及び利用料金等について利用者又はその家族の同意を書面によって確認しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 重要事項説明書には利用者又はその家族の署名・捺印を受けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 重要事項説明には次の内容が記載されており、その内容はわかりやすいものとなっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 運営規程の概要	<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の勤務体制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 事故発生時の対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 苦情処理の体制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤ その他の利用申込者のサービス選択に資すると認められる重要事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
提供拒否の禁止 居宅条例第88条 (第13条を準用) 条例施行要領第三の四の3(5) (第三の一の3(9)を準用)	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はならないとされているが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービス提供困難時の対応 居宅条例第88条 (第14条を準用) 条例施行要領第三の四の3(5) (第三の一の3(10)を参照)	自ら必要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る場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、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"/>
受給資格等の確認 居宅条例第88条 (第15条を準用) 条例施行要領第三の四の3(5) (第三の一の3(11)を参照)	1 利用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認しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、その意見に配慮して、指定訪問リハビリテーションを提供するよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
要介護認定の申請に係る援助 居宅条例第88条 (第16条を準用) 条例施行要領第三の四の3(5) (第三の一の3(12)を参照)	1 利用申込者が要介護認定を受けていないことを確認した場合には、要介護認定の申請が既に行われているか確認しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 利用者が要介護認定を申請していない場合は、速やかに必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 要介護認定の更新の申請が、遅くとも要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに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"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
心身の状況、病歴等の把握 居宅条例第88条 (第17条を準用)	指定訪問リハビリテーションの提供に当たり、利用者に係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、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"/>
居宅介護支援事業者等との連携 居宅条例第88条 (第69条を準用)	1 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めているか。	<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"/>
法定代理受領サービスの提供を受けるための援助 居宅条例第88条 (第19条を準用) 条例施行要領第三の四の3(5) (第三の一の3(13)を参照)	指定訪問リハビリテーションの提供の開始に際しては、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ための要件に該当しない利用申込者又はその家族に対し、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ための要件の説明、居宅介護支援事業者に関する情報提供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"/>
居宅サービス計画に沿ったサービスの提供 居宅条例第88条 (第20条を準用)	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"/>
居宅サービス計画等の変更の援助 居宅条例第88条 (第21条を準用) 条例施行要領第三の四の3(5) (第三の一の3(14)を参照)	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"/>
身分を証する書類の携行 居宅条例第88条 (第22条を準用) 条例施行要領第三の四の3(5) (第三の一の3(15)を参照)	1 事業所の名称、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の氏名が記載された身分を証する書類を携行しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 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、身分証を提示しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービスの提供の記録 居宅条例第88条 (第23条を準用) 条例施行要領第三の四の3(5) (第三の一の3(16)を参照)	1 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、提供時間、具体的な内容、保険給付の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画の書面又はサービス利用票等に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 利用者からの申出があった場合は、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提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用料等の受領及び領収書の交付 居宅条例第83条 条例施行要領第三の四の3(1) 介護保険法第41条第8項 介護保険法施行規則第65条	1 利用者から利用料の一部として、居宅介護サービス費用基準額から事業者を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いを受けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 法定代理受領サービスに該当する場合とそれ以外の場合で利用料に不合理な差額を生じさせてはならないとされているが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 利用料の他に、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に要する交通費（移動に要する実費）の支払を受けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 上記に係る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てその額等に関して説明を行い、同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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、保険給付の対象額とその他の費用を区分して記載し、その他の費用の額についてはそれぞれ個別の費用ごとに区分して記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
保険給付の申請に必要な証明書の交付 居宅条例第88条 (第25条を準用) 条例施行要領第三の四の3(5) (第三の一の3(18)を参照)	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、サービス提供証明書の交付を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
指定訪問リハビリテーションの基本取扱方針 居宅条例第84条 条例施行要領第三の四の3(2)	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、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"/>
	2 事業者は、提供する指定訪問リハビリテーションの質の評価を行い、常に改善を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
指定訪問リハビリテーションの具体的取扱方針 居宅条例第85条 条例施行要領第三の四の3(2)	1 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、適切に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 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、指導又は説明を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、リハビリテーションの実施に当たり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対するリハビリテーションの目的に加えて、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、リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等の指示を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行っていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 前号の身体的拘束等を行う場合には、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記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 常に利用者の病状、心身の状況、希望及び置かれている環境の的確な把握に努め、適切な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"/>
	7 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指定訪問リハビリテーション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"/>
	8 指定訪問リハビリテーション事業者は、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"/>
	9 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 リハビリテーション会議の構成員は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11 リハビリテーション会議は、テレビ電話装置等を活用して行っているか。ただし、利用者又はその家族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又はその家族の同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問リハビリテーション計画の作成 居宅条例第86条 条例施行要領第三の四の3(3)	1 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、当該事業所の医師の診療に基づき、利用者ごとに、利用者の心身の状態、生活環境を踏まえて、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・時期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、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス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"/>
	3 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"/>
	4 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者に係る訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 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、利用者に交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
	6 指定訪問リハビリテーション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、居宅条例第142条第1項から第3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、居宅条例第86条第1項から第3項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と定められているが遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用者に関する区市町村への通知 居宅条例第88条 (第30条を準用) 条例施行要領第三の四の3(5) (第三の一の3(21)を参照)	利用者が正当な理由なく、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場合又は偽りその他不正の行為によって保険給付を受け、若しくは受けようとした場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を区市町村に通知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
衛生管理等 居宅条例第88条 (第32条を準用) 条例施行要領第三の四の3(5) (第三の一の3(23)を参照)	1 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 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"/>
	3 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感染症対策委員会をおおむね6月に一回以上開催するとともに、その結果について、看護師等理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 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行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
掲 示 居宅条例第88条 (第33条を準用)	1 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、備え付け関係者に自由に閲覧できるようにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 重要事項をウェブサイト(法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システム)に掲載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
秘密保持等 居宅条例第88条 (第34条を準用) 条例施行要領第三の四の3(5) (第三の一の3(25)を参照)	1 従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならないとされているが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 従業者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 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当該利用者の同意を、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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止 居宅条例第88条 (第36条を準用) 条例施行要領第三の四の3(5) (第三の一の3(27)を参照)	居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならないとされているが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
苦情処理 居宅条例第88条 (第37条を準用)	1 利用者及びその家族からの指定訪問リハビリテーションに関する苦情に迅速かつ適切に対応するために、窓口の設置その他の必要な措置を講じているか。 苦情受付担当(責任)者、職・氏名( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
条例施行要領第三の四の三(五) (第三の一の三(28)を参照)	2 上記1の苦情を受け付けた場合は、当該苦情の受付日、苦情内容等について記録をしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 令和7年度において、苦情があった場合、どのような内容であったか。(具体的に記入してください。)			
	4 上記の苦情に対してどのように対応したのか。(具体的に記入してください。)			
	5 利用者からの苦情に関して、区市町村及び国保連合会が行う調査に協力し、指導又は助言を受けた場合は、必要な改善を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域との連携等 居宅条例第88条 (第38条を準用) 条例施行要領第三の四の三(五) (第三の一の三(29)を参照)	1 事業の運営に当たっては、区市町村が実施する社会福祉に関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"/>
事故発生時の対応 居宅条例第88条 (第39条を準用) 条例施行要領第三の四の三(五) (第三の一の三(30)を参照)	1 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、速やかに区市町村、利用者の家族、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、事故の状況及び処置についての記録その他必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 事故が発生した場合の対応方法を定め、事故が発生し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"/>
	3 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、速やかに損害賠償を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 賠償すべき事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくか、又は賠償資力を有しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
虐待の防止	1 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
居宅条例第88条 (第39条の2を準用) 条例施行要領第三の四の3(5) (第三の一の3(31)を参照)	2 虐待の防止のための指針を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 従業者に対し、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"/>
	4 上記1から3まで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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
会計の区分 居宅条例第88条 (第40条を準用) 条例施行要領第三の四の3(5) (第三の一の3(32)を参照)	各指定訪問リハビリテーション事業所において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とを区分しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
記録の整備 居宅条例第87条 条例施行要領第三の四の3(4)	1 従業者、設備、備品及び会計に関する記録を整備しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 以下の記録を整備し、利用者の契約終了の日から2年間保存しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 訪問リハビリテーション計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② サービスの具体的な内容等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 身体的拘束等を行う場合、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やむを得ない理由の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 区市町村への通知に係る記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤ 苦情の内容等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
変更の届出等 介護保険法第75条 介護保険法施行規則第131条	⑥ 事故の状況及び処置についての記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 指定に係る事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったとき、又は休止した当該指定居宅サービスの事業を再開したときは、10日以内にその旨を届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 下記の事項に係る変更の届出は適切に行われているか。 ※病院・診療所は東京都への届出不要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 事業所の名称及び所在地	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日及び住所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 申請者の登記簿の謄本又は条例等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 事業所の病院若しくは診療所又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の別	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
費用額の算定 算定基準一・二	⑤ 事業所の平面図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥ 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
端数処理 算定基準三	⑦ 運営規定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護給付費の算定				
費用額の算定 算定基準一・二	1 算定基準別表「指定居宅サービス等介護給付費単位数表」の所定単位数に地域区分による1単位の単価を乗じて算定されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 地域区分は適切であるか。 (1級地：11、10、2級地：10、88、3級地：10、83、4級地：10、66、5級地：10、55、6級地：10、33、7級地：10、17、その他：10、00)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問リハビリテーション費 算定基準 別表4イ注1 算定通知 第2の5(1)	上記の費用の額に1円未満の端数があるときは、端数金額を切り捨てて計算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 通院が困難な利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、計画的な医学的管理を行っている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"/>



項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
	2 計画的な医学的管理を行っている当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師の指示の下で実施するとともに、当該医師の診療の日から3月以内に行われた場合に算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 例外として、事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供を受け、当該情報提供を踏まえて、当該リハビリテーション計画を作成し、指定訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った別の医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から3月以内に行われた場合に算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 上記3により実施する場合、少なくとも3月に1回は、指定訪問リハビリテーション事業所の医師は、当該情報提供を行った別の医療機関の医師に対して訪問リハビリテーション計画等について情報提供を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 指定訪問リハビリテーションの医師が、指定訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の従業者に対し、当該リハビリテーションの目的、開始前又は実施中の留意事項、中止する際の基準、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"/>
	6 上記5の指示を行った医師又は当該指示を受けた従業者は、当該指示に基づき行った内容を明確に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 指定訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、訪問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、基準に定める医療保険のリハビリテーションを受けていた患者が、介護保険の指定訪問リハビリテーションへ移行する際に、リハビリテーションに係る通知(令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号)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、指定訪問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、例外として、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訪問リハビリテーション費の算定を開始しているか。 (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、次の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"/>
	8 訪問リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し必要に応じて見直しているか。初回の評価は、訪問リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始から概ね2週間以内に、その後は概ね3月ごとに行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9 指定訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定訪問リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書に継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、その他の指定居宅サービスの併用と移行の見通しを記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して1回当たり20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度として算定しているか。ただし、退院・退所の日から起算して3月以内に、医師の指示に基づきリハビリテーションを行う場合は、週12回まで算定可能である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11 指定訪問リハビリテーションの従業者が、介護支援専門員(ケアマネジャー)を通じて、指定訪問介護その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対して、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12 居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する訪問リハビリテーションを提供するに当たっては、訪問リハビリテーション計画にその目的、頻度等を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13 利用者が指定訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した日又は訪問診療若しくは往診を受けた日に、訪問リハビリテーション計画の作成に必要な医師の診療が行われた場合には、当該複数の診療等と時間を別にして行われていることを記録上明確にしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高齢者虐待防止措置未実施減算  算定基準 別表4イ注2 算定通知 第2の4(4)	以下の措置を講じていない場合に、利用者全員について所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。 (1) 虐待の防止に係る対策を検討するための委員会を定期的に開催するとともに、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十分周知しているか。 (2) 虐待防止のための指針を整備しているか。 (3) 看護師等に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施しているか。 (4) (1) から (3) に掲げる措置を適正に実施するための担当者を置いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
業務継続計画未策定減算  算定基準 別表4イ注3 算定通知 第2の4(5)	以下の措置を講じていない場合に、その翌月(基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月)から基準を満たさない状況が解消されるに至った月まで、利用者全員について所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算しているか。 (1) 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看護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。 (2) 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"/>
同一の敷地内・隣接する敷地内の建物に居住する利用者に対する取扱い  算定基準 別表4イ注4 算定通知 第2の5(2)	1 指定訪問リハビリテーション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一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。  2 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"/>
特別地域訪問リハビリテーション加算  算定基準 別表4イ注5 算定通知 第2の5(6)	別に厚生労働大臣が定める地域に所在する指定訪問リハビリテーション事業所(その一部として使用される事務所が当該地域に所在しない場合は、当該事務所を除く。)又はその一部として使用される事務所の理学療法士、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を行った場合に、1回につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
短期集中リハビリテーション実施加算  算定基準 別表4イ注8 算定通知 第2の5(9)	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、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、所定単位数に加算しているか。(200単位/1日)  2 1週につきおおむね2日以上、1日当たり20分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"/>
リハビリテーションマネジメント加算  算定基準 別表4イ注9 算定通知 第2の5(10)	リハビリテーションマネジメント加算(イ)の算定について			
	1 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合は、1月につき180単位を所定単位数に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 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"/>
	3 上記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、当該指示の内容が上記2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"/>
	4 リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
	5 訪問リハビリテーション計画について、その作成に関与した医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得ること。ただし、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明した場合は、説明した内容等について医師へ報告すること。	<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 指定訪問リハビリテーションの理学療法士、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すること。 ① 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた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。 ② 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問し、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"/>
	9 上記2から8までに掲げる基準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"/>
	10 訪問リハビリテーション計画について、指定訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合、1月につき270単位を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	リハビリテーションマネジメント加算（ロ）の算定について			
	1 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合は、1月につき213単位を所定単位数に加算しているか。	<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（イ）の要件をすべて満たしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 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"/>
認知症短期集中リハビリテーション実施加算  算定基準 別表4イ注10 算定通知 第2の5（11）	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ものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その退院（所）日又は訪問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、認知症短期集中リハビリテーション実施加算として、1週に2日を限度として、1日につき240単位を所定単位数に加算しているか。 ただし、短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
＜く＞ 口腔連携強化加算  算定基準 別表4イ注11 算定通知 第2の5（12）	＜く＞ 口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果の情報提供を行ったときは、口腔連携強化加算として、1月に1回に限り50単位を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頻回のリハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合  算定基準 別表4イ注12	主治の医師（介護老人保健施設及び介護医療院の医師を除く。）が、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、その指示の日から14日間に限って、訪問リハビリテーション費は算定しないとされているが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
サービス種類相互間での 算定関係  算定基準 別表4イ注13	<p>利用者が以下のサービスを受けている間は、訪問リハビリテーション費を算定しないとされているが、遵守しているか。</p> <p>① 短期入所生活介護 ② 短期入所療養介護 ③ 特定施設入居者生活介護 ④ 認知症対応型共同生活介護 ⑤ 地域密着型特定施設入居者生活介護 ⑥ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
事業所の医師が診療せずにリ ハビリテーションを提供した 場合の減算  算定基準 別表4イ注14 算定通知 第2の5(14)	<p>理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師が診療を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は、1回につき50単位を所定単位数から減算しているか。</p> <p>ただし、医療機関に入院し、リハビリテーションの提供を受けた利用者であって、当該医療機関から、当該利用者に関する情報の提供が行われている者においては、退院後1ヶ月以内に提供される訪問リハビリテーションに限り、減算を適用しない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
退院時共同指導加算  算定基準 別表4ロ注 算定通知 第2の5(15)	<p>病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回の指定訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
移行支援加算  算定基準 別表4ハ注 算定通知 第2の5(16)	<p>1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問リハビリテーション事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所等への移行等を支援した場合に、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）の末日が属する年度の次の年度内に限り、1日につき17単位を加算しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>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、指定通所介護等を実施した者の占める割合が100分の5を超えているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>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、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、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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>4 12を当該指定訪問リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数が100分の25以上であるか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>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。</p> <p>ただし、提供する計画書の情報は利用者の同意を得て、全てではなく、本人の希望、家族の希望、健康状態・経過、リハビリテーションの目標、リハビリテーションサービス等の情報を抜粋して提供することでも差し支えない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービス提供体制強化加算  算定基準 別表4ニ 算定通知 第2の5(17)	<p>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、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）にあつては、勤続年数が7年以上の者が1名以上いるか。（6単位/回）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>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、サービス提供体制強化加算（Ⅱ）にあつては、勤続年数が3年以上の者が1名以上いるか。（3単位/回）</p>	<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

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
<b>基本方針</b>				
基本方針 予防条例第78条	利用者が可能な限り居宅において、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リ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"/>
<b>人員に関する基準</b>				
* 指定訪問リハビリテーション事業の指定を併せて受け、かつ、同一の事業所において一体的に運用される場合は、指定介護予防訪問リハビリテーション事業の基準についても満たすものとみなす。				
従業者の配置の基準 予防条例第79条 条例施行要領第四の一	事業所ごとに、指定訪問リハビリテーションの提供に当たる従業者を規則で定める基準により置いているか。			
	1 訪問リハビリテーションの提供に必要な1人以上の常勤医師を配置しているか。ただし、介護老人保健施設又は介護医療院である場合については、その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。	<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を1人以上、適当数配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>設備に関する基準</b>				
* 指定訪問リハビリテーション事業の指定を併せて受け、かつ、同一の事業所において一体的に運用される場合は、指定介護予防訪問リハビリテーション事業の基準についても満たすものとみなす。				
設備及び備品等 予防条例第80条 条例施行要領第四の一	① 病院又は、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であるか。	<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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 指定介護予防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"/>
<b>運営に関する基準</b>				
管理者等の責務 予防条例第84条 (第51条準用) 条例施行要領第四の一	1 管理者は、従業者の管理及び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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 管理者は、「運営に関する基準」及び「介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」を遵守させるために必要な指揮命令を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
運営規程	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（運営規程）を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 事業の目的及び運営の方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 従業者の職種、員数及び職務の内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 営業日及び営業時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 指定介護予防訪問リハビリテーションの利用料その他の費用の額	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	なし 該当
	⑤ 通常の事業の実施地域	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥ 虐待の防止のための措置に関する事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦ その他運営に関する重要事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
勤務体制の確保等  予防条例第84条 (第52条の2準用) 条例施行要領第四の一	1 利用者に対し、適切な指定介護予防訪問リハビリテーションを提供することができるよう、各事業所において、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の勤務の体制を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 当該指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士によって指定介護予防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"/>
	3 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、労働者派遣法に規定する派遣労働者（紹介予定派遣に係るものを除く）であってはならないとされているが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 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の研修の機会を確保しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業員に周知・啓発しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 職場におけるハラスメントの相談・苦情に応じ、適切に対応するために必要な体制を整備しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
業務継続計画の策定等 予防条例第84条 (第52条の2の2準用) 条例施行要領第四の一	1 利用者に対する業務継続計画を策定し必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 従業員に対し業務継続計画を周知し、研修と訓練を定期的に実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 業務継続計画について、定期的に見直し必要に応じて変更しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内容及び手続の説明及び同意  予防条例第84条 (第52条の3準用) 予防規則第13条（第8条準用） 条例施行要領第四の一	1 指定介護予防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、重要事項を記載した文書（重要事項説明書）を交付して説明を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 サービスの内容及び利用料金等について利用者又はその家族の同意を書面によって確認しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 重要事項説明書には利用者又はその家族の署名・捺印を受けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 重要事項説明には次の内容が記載されており、その内容はわかりやすいものとなっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 運営規程の概要	<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の勤務体制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 事故発生時の対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 苦情処理の体制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤ その他の利用申込者のサービス選択に資すると認められる重要事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
提供拒否の禁止 予防条例第84条 (第52条の4準用) 条例施行要領第四の一	正当な理由なく、指定介護予防訪問リハビリテーションの提供を拒んではならないとされているが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービス提供困難時の対応  予防条例第84条 (第52条の5準用) 条例施行要領第四の一	自ら必要な指定介護予防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る場合は、当該利用申込者に係る介護予防支援事業者への連絡、他の指定介護予防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"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	なし 該当
受給資格等の確認  予防条例第84条 (第52条の6準用) 条例施行要領第四の一	1 利用者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間を確認しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、その意見に配慮して、指定介護予防訪問リハビリテーションを提供するよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
要支援認定の申請に係る援助  予防条例第84条 (第52条の7準用) 条例施行要領第四の一	1 利用申込者が要支援認定を受けていないことを確認した場合には、要支援認定の申請が既に行われているか確認しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 利用者が要支援認定を申請していない場合は、速やかに必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 要支援認定の更新の申請が、遅くとも要支援認定の有効期間の満了日の30日前までに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"/>
心身の状況、病歴等の把握  予防条例第84条 (第52条の8準用)	指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たり、利用者に係るサービス担当者会議等を通じて、当該利用者の心身の状況、病歴、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"/>
介護予防支援事業者等との連携  予防条例第84条 (第69条準用)	1 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、介護予防支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めているか。	<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、介護予防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"/>
介護予防サービス費の受給の援助  予防条例第84条 (第52条の10準用) 条例施行要領第四の一	指定介護予防訪問リハビリテーションの提供の開始に際しては、指定介護予防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ための要件に該当しない利用申込者又はその家族に対し、指定介護予防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ための要件の説明、介護予防支援事業者に関する情報提供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"/>
介護予防サービス計画に沿ったサービスの提供  予防条例第84条 (第52条の11準用)	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"/>
介護予防サービス計画等の変更の援助  予防条例第84条 (第52条の12準用) 条例施行要領第四の一	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
身分を証する書類の携行  予防条例第84条 (第52条の13準用) 条例施行要領第四の一	1 事業者の名称、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の氏名が記載された身分を証する書類を携行しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 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、身分証を提示しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービスの提供の記録  予防条例第84条 (第52条の14準用) 条例施行要領第四の一	1 指定介護予防訪問リハビリテーションを提供した際には、当該指定介護予防訪問リハビリテーションの提供日、提供時間、具体的な内容、保険給付の額その他必要な事項を、利用者の介護予防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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 利用者からの申出があった場合は、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提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	なし 該当
利用料等の受領及び 領収書の交付  予防条例第82条 条例施行要領第四の一 介護保険法第53条第7項 (第41条第8項準用) 介護保険法施行規則第85条 (第65条準用)	1 利用者から利用料の一部として、介護予防サービス費用基準額から事業者を支払われる介護予防サービス費の額を控除して得た額の支払いを受けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 法定代理受領サービスに該当する場合とそれ以外の場合で利用料に不合理な差額を生じさせてはならないとされているが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 利用料の他に、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介護予防訪問リハビリテーションを行う場合の交通費(移動に要する実費)の支払を受けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 上記に係る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てその額等に関して説明を行い、同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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、保険給付の対象額とその他の費用を区分して記載し、その他の費用の額についてはそれぞれ個別の費用ごとに区分して記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
保険給付の申請に必要な 証明書の交付  予防条例第84条 (第53条の2準用) 条例施行要領第四の一	法定代理受領サービスに該当しない指定介護予防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、サービス提供証明書の交付を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用者に関する区市町村 への通知  予防条例第84条 (第53条の3準用) 条例施行要領第四の一	利用者が正当な理由なく、指定介護予防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、要支援状態の程度を増進させ、若しくは要介護状態になったと認められる場合又は偽りその他不正の行為によって保険給付を受け、若しくは受けようとした場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を区市町村に通知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
衛生管理等  予防条例第84条 (第54条の2準用) 条例施行要領第四の一	1 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 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"/>
	3 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感染症対策委員会をおおむね6月に一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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 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行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
掲 示  予防条例第84条 (第54条の3準用)	1 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、備え付け関係者に自由に閲覧できるようにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 重要事項をウェブサイト(法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システム)に掲載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
秘密保持等  予防条例第84条 (第54条の4準用) 条例施行要領第四の一	1 従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならないとされているが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 従業者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	なし 該当
	3 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当該利用者の同意を、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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護予防支援事業者に対する利益供与の禁止 予防条例第84条 (第54条の6準用) 条例施行要領第四の一	介護予防支援事業者又はその従業者に対し、利用者に特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならないとされているが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
苦情処理  予防条例第84条 (第54条の7準用) 条例施行要領第四の一	1 利用者及びその家族からの指定介護予防訪問リハビリテーションに関する苦情に迅速かつ適切に対応するために、窓口の設置その他の必要な措置を講じているか。 苦情受付担当(責任)者、職・氏名( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 上記1の苦情を受け付けた場合は、当該苦情の受付日、苦情内容等について記録をしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 令和7年度において、苦情があった場合、どのような内容であったか。(具体的に記入してください。)			
	4 上記の苦情に対してどのように対応したのか。(具体的に記入してください。)			
	5 利用者からの苦情に関して、区市町村及び国保連合会が行う調査に協力し、指導又は助言を受けた場合は、必要な改善を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域との連携等 予防条例第84条 (第54条の8準用) 条例施行要領第四の一	事業の運営に当たっては、区市町村が実施する社会福祉に関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"/>
事故発生時の対応  予防条例第84条 (第54条の9準用) 条例施行要領第四の一	1 指定介護予防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、速やかに区市町村、利用者の家族、当該利用者に係る介護予防支援事業者等に連絡を行うとともに、事故の状況及び処置についての記録その他必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 事故が発生した場合の対応方法を定め、事故が発生し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"/>
	3 指定介護予防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、速やかに損害賠償を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 賠償すべき事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくか、又は賠償資力を有しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
虐待の防止 予防条例第84条	1 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	なし 該当
(第54条の9の2を準用) 条例施行要領第四の一	2 虐待の防止のための指針を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 従業者に対し、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"/>
	4 上記1から3まで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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
会計の区分 予防条例第84条 (第54条の10準用) 条例施行要領第四の一	各指定介護予防訪問リハビリテーション事業所において経理を区分するとともに、指定介護予防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とを区分しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
記録の整備  予防条例第83条 条例施行要領第四の一	1 従業者、設備、備品及び会計に関する記録を整備しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 以下の記録を整備し、利用者の契約終了の日から2年間保存しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 介護予防訪問リハビリテーション計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② サービスの具体的な内容等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 身体的拘束等を行う場合、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やむを得ない理由の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 区市町村への通知に係る記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤ 苦情の内容等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
変更の届出等  介護保険法第115条の5 介護保険法施行規則第140条の22	1 指定に係る事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったとき、又は休止した当該指定介護予防サービスの事業を再開したときは、10日以内にその旨を届け出ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 下記の事項に係る変更の届出は適切に行われているか。 ※病院・診療所は東京都への届出不要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 事業所の名称及び所在地	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日及び住所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 申請者の登記簿の謄本又は条例等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 事業所の病院若しくは診療所又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の別	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤ 事業所の平面図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥ 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
指定介護予防訪問リハビリテーションの基本取扱方針  予防条例第85条 条例施行要領第四の三の3 (1)	⑦ 運営規定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 指定介護予防訪問リハビリテーションは、利用者の介護予防に資するよう、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 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、常に改善を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 利用者が可能な限り要介護状態とならずに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して指定介護予防訪問リハビリテーションの提供を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 利用者が有する能力を最大限活用することが可能となるような方法による指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準				

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	なし 該当
	5 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、利用者との意思の疎通を十分に図ることその他の方法により、利用者の主体的な事業への参加を働きかけるよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
指定介護予防訪問リハビリテーションの具体的取扱方針  予防条例第86条 条例施行要領第四の三の3 (2)	1 主治の医師若しくは歯科医師からの情報の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こと等の方法により、利用者の病状、心身の状況、置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況を把握しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、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、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"/>
	3 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ときは、当該介護予防サービス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"/>
	5 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者に係る訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握しているか。	<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を作成した際には、利用者に交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 指定介護予防訪問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、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は、予防条例第125条第1項第2号から第4号までに規定する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、第2号から前号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と定められているが遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 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、適切に指定介護予防訪問リハビリテーションの提供を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9 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、指導又は説明を行っているか。	<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、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行っていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11 前号の身体的拘束等を行う場合には、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記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12 介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもって指定介護予防訪問リハビリテーション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、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指定介護予防訪問リハビリテーション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"/>
	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の提供を開始した時から、当該計画に記載した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	なし
	サービスの提供を行う期間が終了する時までに、少なくとも1回、当該計画の実施状況の把握（モニタリング）を行っているか。			
	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の記録を行い、当該指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に係る介護予防サービス計画を作成した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"/>
介護給付費の算定				
費用額の算定	1 算定基準別表「指定介護予防サービス介護給付費単位数表」の所定単位数に地域区分による1単位の単価を乗じて算定されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
算定基準一・二	2 地域区分は適切であるか。 (1級地：11、10、2級地：10、88、3級地：10、83、4級地：10、66、5級地：10、55、6級地：10、33、7級地：10、17、その他：10、00)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
端数処理 算定基準三	上記の費用の額に1円未満の端数があるときは、端数金額を切り捨てて計算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護予防訪問リハビリテーション費の算定  算定基準 別表3イ注1 算定通知 第2の4(1)	1 通院が困難な利用者に対して、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、計画的な医学的管理を行っている当該事業所の医師の指示に基づき、指定介護予防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。(307単位/回)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 計画的な医学的管理を行っている当該事業所の医師の診療の日から3月以内に行われた場合に算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 例外として、事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供を受け、当該情報提供を踏まえ、介護予防訪問リハビリテーション計画を作成し、指定介護予防訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った別の医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から3月以内に行われた場合に算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 上記3により実施する場合、少なくとも3月に1回は、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師は、当該情報提供を行った別の医療機関の医師に対して訪問リハビリテーション計画等について情報提供を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 事業所の医師が、指定介護予防訪問リハビリテーションの実施に当たり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に、当該リハビリテーションの目的に加えて、開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者の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"/>
	6 上記5の指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該指示に基づき行ったことを明確に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	なし 該当
	<p>7 指定介護予防訪問リハビリテーションは、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、介護予防訪問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、基準に定める医療保険のリハビリテーションを受けていた患者が、介護保険の指定介護予防訪問リハビリテーションへ移行する際に、リハビリテーションに係る通知（令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号）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、指定介護予防訪問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、例外として、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介護予防訪問リハビリテーション費の算定を開始しているか。 (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、次の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。)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>8 介護予防訪問リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直しているか。初回の評価は、介護予防訪問リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始から概ね2週間以内に、その後は概ね3月ごとに評価を行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>9 事業所の医師が、利用者に対して3月以上の指定介護予防訪問リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合は、介護予防訪問リハビリテーション計画に継続が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、その他指定介護予防サービスの併用と移行の見通しを記載しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>10 利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して1回当たり20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度として算定しているか。 ただし、退院・退所の日から起算して3月以内に、医師の指示に基づきリハビリテーションを行う場合は、週12回を限度として算定しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>11 居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する指定介護予防訪問リハビリテーションを提供するに当たっては、介護予防訪問リハビリテーション計画にその目的、頻度等を記録しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>12 利用者が指定介護予防訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した日又は訪問診療若しくは往診を受けた日に、介護予防訪問リハビリテーション計画の作成に必要な医師の診療が行われた場合には、当該複数の診療等と時間を別に行われていることを記録上明確にしているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>13 事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定介護予防サービスに該当する事業に係る従業者に対し、介護の工夫などの情報を伝達しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>高齢者虐待防止措置未実施減算</p> <p>算定基準 別表3イ注2 算定通知 第2の4(4)</p>	<p>以下の措置を講じていない場合に、利用者全員について所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。 (1) 虐待の防止に係る対策を検討するための委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従事者に十分周知しているか。 (2) 虐待防止のための指針を整備しているか。 (3) 従事者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施しているか。 (4) (1) から (3) に掲げる措置を適正に実施するための担当者を置いているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>業務継続計画未策定減算</p> <p>算定基準 別表3イ注3 算定通知 第2の4(4)</p>	<p>以下の措置を講じていない場合に、その翌月(基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月)から基準を満たない状況が解消されるに至った月まで、利用者全員について所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	なし 該当
	(1) 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看護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。 (2) 当該業務継続計画に従い必要な措置を講じているか。			
同一の敷地内・隣接する敷地内の建物に居住する利用者に対する取扱い  算定基準 別表3イ注4 算定通知 第2の4(2)	1 指定介護予防訪問リハビリテーション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介護予防訪問リハビリテーション事業所と同一の建物に居住する利用者(指定介護予防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。)又は指定介護予防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、指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき所定単位数の100分の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 指定介護予防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に対して、指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき所定単位数の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"/>
特別地域介護予防訪問リハビリテーション加算  算定基準 別表3イ注5 算定通知 第2の4(6)	別に厚生労働大臣が定める地域に所在する指定介護予防訪問リハビリテーション事業所(その一部として使用される事務所が当該地域に所在しない場合は、当該事務所を除く。)又はその一部として使用される事務所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合に、1回につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
短期集中リハビリテーション実施加算  算定基準 別表3イ注8 算定通知 第2の4(9)	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等のために入院又は入所した病院若しくは診療所又は介護保険施設から退院、退所した日又は要支援認定の効力が生じた日から起算して3月以内の期間に、集中的に指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合に加算しているか。(200単位/日)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 退院(所)日又は認定日から起算して1月以内の期間に行われる場合は、1週につきおおむね2日以上、1日当たり40分以上実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 退院(所)日又は認定日から起算して1月を超え3月以内の期間に行われる場合は、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"/>
口腔連携強化加算  算定基準 別表3イ注9 算定通知 第2の4(10)	厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事に対し、届け出ている介護予防訪問リハビリテーション事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果の情報提供を行ったときは、口腔連携強化加算として、1月に1回に限り50単位を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頻回のリハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合  算定基準 別表3イ注10 算定通知 第2の4(11)	主治の医師(介護老人保健施設及び介護療養院の医師を除く。)が、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、その指示の日から14日間に限って、介護予防訪問リハビリテーション費は算定しないとされているが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービス種類相互間での算定関係  算定基準 別表3イ注11	利用者が、以下のサービスを受けている間は、介護予防訪問リハビリテーション費を算定できないが、遵守しているか。 ① 介護予防短期入所生活介護 ② 介護予防短期入所療養介護 ③ 介護予防特定施設入居者生活介護 ④ 介護予防認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当
事業所の医師が診療せずにリハビリテーションを提供した場合の減算 算定基準 別表3イ注12 算定通知 第2の4(12)	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して、指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき50単位を所定単位数から減算しているか。 ただし、医療機関に入院し、リハビリテーションの提供を受けた利用者であって、当該医療機関から、当該利用者に関する情報の提供が行われている者においては、退院後1ヶ月以内に提供される訪問リハビリテーションに限り、減算を適用しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12月を超えてリハビリテーションを行う場合の減算 算定基準 別表3イ注13 算定通知 第2の4(13)	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月を超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30単位を所定単位から減算しているか。 ただし、厚生労働大臣が定める基準をいずれも満たす場合においては、リハビリテーションマネジメントのもと、リハビリテーションを継続していると考えられることから、減算は行わない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
記録の整備  算定通知 第2の4(13)	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。	<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は、介護予防訪問リハビリテーション計画書の内容を利用者に説明し、記録するとともに、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点及び指導に要した時間を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 上記2の記載については、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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 指定介護予防訪問リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は利用者ごとに保管され、常に指定介護予防訪問リハビリテーション事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
退院時共同指導加算  算定基準 別表3ロ注 算定通知 第2の4(14)	病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定訪問介護予防リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回の指定介護予防リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービス提供体制強化加算  算定基準 別表3ハ注 算定通知 第2の4(15)	1 指定介護予防訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)にあつては、勤続年数が7年以上の者が1名以上いるか。(6単位/回)	<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、サービス提供体制強化加算(Ⅱ)にあつては、勤続年数が3年以上の者が1名以上いるか。(3単位/回)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>