

令和7年度 指定（介護予防）通所リハビリテーション 自己点検票（介護老人保健施設を除く）

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

○指定通所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）

○指定介護予防通所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）

○共通

「告示第27号」：厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法
（平成12年2月10日付厚生省告示第27号）

1 指定通所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
基本方針				
基本方針 居宅条例第135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又は向上を目指し、理学療法、作業療法その他必要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"/>
人員に関する基準				
従業者の配置の基準 居宅条例第136条 居宅規則第28条 条例施行要領第三の七の1	共 通 事 項			
	1 単位を設定する際、同時に、一体的に提供される指定通所リハビリテーションを1単位としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 次のような場合は、2単位としているか。 ① 指定通所リハビリテーションが同時に一定の距離を置いた二つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているといえない場合 ② 午前と午後とで別の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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 従事者1人が1日に行うことのできる指定通所リハビリテーションは、2単位までとしているか。(ただし、1時間から2時間までの通所リハビリテーションについては0.5単位として扱う。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行う場合にあっては、事業所の実情に応じて、適当数の従業者を配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定通所リハビリテーションの事業者が病院の場合			
	1 医師について、専任の常勤医師が1人以上勤務しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 単位ごとにサービス提供時間帯を通じて、専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員を、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で除した数以上置いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 上記2に掲げる人員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を、利用者が100又はその端数を増すごとに1以上置いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 上記3に掲げる人員のうち、所要時間1時間から2時間の指定通所リハビリテーションを行う場合、理学療法士等として計算できるのは定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師であるが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定通所リハビリテーションの事業所が診療所の場合			
	1 医師について、利用者数が同時に10人を超える場合にあっては、専任の常勤医師が1人以上勤務しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 医師について、利用者数が同時に10人以下の場合にあっては、以下の要件に適合しているか。 ① 専任の医師が1人勤務していること。 ② 利用者数は、専任の医師1人に対し1日48人以内であること。	<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
従業者の配置の基準 居宅条例第136条 居宅規則第28条 条例施行要領第三の七の1	3 単位ごとにサービス提供時間帯を通じて、専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員を、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で除した数以上置いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 上記3に掲げる人員のうち専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は通所リハビリテーション若しくはこれに類するサービスに1年以上従事した経験を有する看護師を、常勤換算方法で0.1以上置いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 上記4に掲げる人員のうち、所要時間1時間から2時間のリハビリテーションを行う場合、理学療法士等として計算できるのは定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師であるが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定通所リハビリテーション事業所がみなし指定を受けた介護老人保健施設又は介護医療院である場合（医師）			
	介護老人保健施設又は介護医療院の人員に関する基準を満たすことをもって、人員基準を満たしているものとみなす。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
設備に関する基準				
設 備 居宅条例第137条 居宅規則第29条 条例施行要領第三の七の2	1 指定通所リハビリテーションの提供に適した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面積を有しているか。	<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ために必要な専用の器械及び器具を備えているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 医療保険の脳血管リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーションの届出を行っている保険医療機関において、1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーションを医療保険のリハビリテーション患者と同一のスペースにおいて実施する際に必要なスペースは、医療保険のリハビリテーションの患者数に関わらず、3平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用者数（同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、指定介護予防通所リハビリテーションの利用者数との合計）を乗じた面積以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を確実に設置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
運営に関する基準				
管理者等の責務 居宅条例第138条 条例施行要領第三の七の3(1)	1 管理者は、必要な管理の代行をさせる場合、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ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 管理者又は管理を代行する者は、従業者に「運営に関する基準」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"/>
運営規程 居宅条例第139条 条例施行要領第三の七の3(2)	各指定通所リハビリテーション事業所において、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 指定通所リハビリテーションの利用定員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤ 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥ 通常の事業の実施地域	<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
	⑦ 指定通所リハビリテーションの利用に当たっての留意事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧ 非常災害対策	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑨ 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"/>
	⑩ 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145条 (第103条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (第三の六の3(2)を参照)	1 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、従業者の勤務体制を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 各指定通所リハビリテーション事業所において、当該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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 従業者の資質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"/>
	4 介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者に対して認知所介護にかか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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 セクシャルハラスメントやパワーハラスメント等を防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
業務継続計画の策定等 居宅条例第145条 (第11条の2準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (第三の一の3(7)を参照)	1 業務継続計画を策定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 業務継続計画に従業者に周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 業務継続計画を定期的に見直し、必要に応じて変更を行っているか。	<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145条 (第12条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (第三の一の3(8)を参照)	1 指定通所リハビリテーションの提供開始に際し、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同意を確認しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 重要事項説明書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 通所リハビリテーション従業者の勤務体制	<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145条 (第13条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (第三の一の3(9)を参照)	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"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
サービス提供困難時の対応 居宅条例第145条 (第14条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (第三の一の3(10)を参照))	自ら必要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、他の指定通所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145条 (第15条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (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意見が記載されているときは、その意見に配慮して、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145条 (第16条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (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"/>
心身の状況、病歴等の把握 居宅条例第145条 (第17条準用))	指定通所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"/>
居宅介護支援事業者等との連携 居宅条例第145条 (第69条準用))	1 指定通所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。	<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145条 (第19条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (第三の一の3(13)を参照))	指定通所リハビリテーションの提供の開始に際しては、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145条 (第20条準用))	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通所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145条 (第21条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (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"/>
サービスの提供の記録 居宅条例第145条 (第23条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (第三の一の3(16)を参照))	1 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、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"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
利用料等の受領 及び領収証の交付 居宅条例第145条 (104条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (第三の六の3(3)を参照) 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と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、次の費用の額の支払を受けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者の選定により当該利用者に対して行う送迎に要する費用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 食事の提供に要する費用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ おむつ代	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤ ①から④以外で、指定通所リハビリテーションとして提供される便宜のうち、日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、かつ、当該利用者負担させることが適当と認められるもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 上記3の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、同意を得ているか。	<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145条 (第25条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (第三の一の3(18)を参照)	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"/>
指定通所リハビリテーシ ョンの基本取扱方針 居宅条例第140条	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、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、提供する指定通所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"/>
指定通所リハビリテーシ ョンの具体的取扱方針 居宅条例第141条 条例施行要領第三の七の3(4)	1 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、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 指定通所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"/>
	4 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"/>
	5 常に利用者の病状、心身の状況及び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指定通所リハビリテーションを提供しているか。 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指定通所リハビリテーションの提供ができる体制を整えているか。	<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"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
通所リハビリテーション計画の作成 居宅条例142条 条例施行要領第三の七の3(4)	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、診療又は運動機能若しくは作業能力に係る検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえて、通所リハビリテーションの目標、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計画は、既に居宅サービス計画が作成されているときは、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 通所リハビリテーション計画は、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、利用者ごとに作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 通所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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 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、同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 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"/>
	7 通所リハビリテーション計画を作成した際には、利用者又はその家族に交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 通所リハビリテーション計画に従った指定通所リハビリテーション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"/>
	9 医師等の従業者は、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通所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"/>
	10 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、居宅条例第86条第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、居宅条例第142条第1項から第4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145条 (第30条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (第三の一の3(21)を参照)	利用者が正当な理由なく、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報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
緊急時等の対応 居宅条例第145条 (第31条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (第三の一の3(22)を参照)	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"/>
定員の遵守 居宅条例第145条 (第108条準用)	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"/>
非常災害対策 居宅条例第145条 (第110条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (第三の六の3(7)を参照)	1 非常災害に関する具体的計画を策定し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、定期的に、これらに従業者に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 定期的に避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 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地域住民等との連携に努めているか。	<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
衛生管理等 居宅条例第143条 条例施行要領第三の七の3(4)	1 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、衛生上必要な措置を講じるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 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、看護師等に周知しているか。	<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指針を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 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145条 (第33条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (第三の一の3(24)を参照)	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体制その他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又は事業所に備え付けることにより、自由に閲覧できるようにしているか。原則として重要事項をウェブサイト(法人のホームページ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145条 (第34条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (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"/>
居宅介護支援事業所に対する利益供与の禁止 居宅条例第145条 (第36条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (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145条 (第37条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (第三の一の3(28)を参照)	1 利用者及びその家族からの指定通所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。)			

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
	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145条 (第38条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (第三の一の3(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"/>
事故発生時の対応 居宅条例第145条 (第39条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (第三の一の3(30)を参照)	1 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、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、速やかに損害賠償を行なっているか。	<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 居宅条例第145条 (第39条の2準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (第三の一の3(31)を参照)	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、従業員に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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 従業員に対し、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145条 (第40条準用) 条例施行要領第三の七の3(6) (第三の一の3(32)を参照)	指定通所リハビリテーションにおいて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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
記録の整備 居宅条例第144条 条例施行要領第三の七の3(5)	1 従業員、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 通所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 身体的拘束等を行った際の態様及び時間、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"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
	⑤ 苦情の内容等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
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	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。	<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列等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 事業所の種別（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 事業所の平面図及び設備の概要	<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"/>
	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 別表7イ、ロ、ハ 算定基準一・二	1 厚生労働大臣が定める施設基準（厚生省告示第96号）に定められた施設基準に応じて、通常規模型通所リハビリテーション費、大規模型通所リハビリテーション費のいずれかを算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 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"/>
	3 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"/>
通所リハビリテーション費 算定基準 別表7注1 告示第27号 2 算定通知 第2の8（1）・（2）・（10）・（11）・（27）・（28）・（33）	1 所要時間による区分については、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づけられた内容の通所リハビリテーションを行うための標準的な時間によることとされているが、遵守しているか。	<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のに要する時間には、送迎に要する時間は含ま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 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、ベッドへの移乗等）に要する時間は、次の①②の要件を満たす場合、1日30分以内を限度として、通所リハビリテーションを行うのに要する時間に含めることができると定められているが遵守しているか。 ① 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地する場合 ② 送迎時に居宅内の介助等を行う者が、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護福祉士、実務者研修終了者、介護職員基礎研修課程修了者、一級課程修了者、介護職員初任者研修修了者（二級課程修了者を含む。）又は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"/>
	4 当日の利用者の心身の状況から、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するとされているが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 1時間以上2時間未満の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
	6 災害時等の取扱いについて、算定通知第2の7(7)を遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 平均利用延人員数の取扱いについて、算定通知第2の8(10)を遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 利用者の状態に応じ、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"/>
	9 リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者、加算の算定に当たって根拠となった書類等)は利用者ごとに保管され、従業者により閲覧が可能であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 当該事業所の医師により理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加え、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"/>
	11 前項において、指示を行った医師または指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が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"/>
	12 通所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、通所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"/>
	13 当該事業所の医師が、利用者に対して3月以上の継続利用について必要と判断する場合には、計画書に継続利用が必要な理由、具体的な終了の目安となる時期、その他指定居宅サービスの併用と移行の見通しを記載し、本人・家族に説明を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14 新規にリハビリテーション計画を作成した利用者に対して、事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、計画に従いリハビリテーションを開始した日から1月以内に、利用者宅を訪問し診療、運動機能検査、作業能力検査を行うよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15 介護支援専門員を通じて、訪問介護等の居宅サービス従業者に対し、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"/>
	16 利用者の数が運営規程に定められている利用定員を超えた場合、その翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、利用者の全員について所定単位数の100分の70を算定するとされているが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員の員数について、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の100分の70を算定するとされているが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員の員数について、人員基準上必要とされる員数から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の100分の70を算定するとされているが、遵守しているか。	<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7注2 算定通知 第2の8(3)	高齢者虐待防止措置未実施の場合は、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
業務継続計画未策定減算 算定基準 別表7注3 算定通知 第2の8(4)	業務継続計画未策定の場合は、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。	<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
感染症等を理由とした利用者数の減少に対する取扱い(3%加算) 算定基準 別表7注4 算定通知 第2の8(5)	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た場合の加算の算定について適正に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
理学療法士等体制強化加算 算定基準 別表7注5 算定通知 第2の8(6)	所要時間1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーションを行う場合に、指定居宅サービス基準第111条に規定する配置基準を超えて、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事業所について、1日につき所定単位数に加算しているか。(30単位/日)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
延長加算 算定基準 別表7注6 算定通知 第2の8(7)	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、次に掲げる単位数を所定単位数に加算しているか。 ① 8時間以上9時間未満の場合 50単位 ② 9時間以上10時間未満の場合 100単位 ③ 10時間以上11時間未満の場合 150単位 ④ 11時間以上12時間未満の場合 200単位 ⑤ 12時間以上13時間未満の場合 250単位 ⑥ 13時間以上14時間未満の場合 300単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
リハビリテーション提供体制加算 算定基準 別表7注7 算定通知 第2の8(8)	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て当該基準によるリハビリテーションを行った場合は、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応じ、それぞれ次に掲げる単位数を所定単位数に加算しているか。 ① 所要時間3時間以上4時間未満の場合 12単位 ② 所要時間4時間以上5時間未満の場合 16単位 ③ 所要時間5時間以上6時間未満の場合 20単位 ④ 所要時間6時間以上7時間未満の場合 24単位 ⑤ 所要時間7時間以上の場合 28単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴介助加算 算定基準 別表7注9 算定通知 第2の8(12)	入浴介助加算(Ⅰ)の算定について			
	入浴介助を適切に行うことができる入浴設備を有して行われる入浴介助を行った場合に、1日につき40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"/>
	入浴介助加算(Ⅱ)の算定について			
	次に掲げるいずれの基準にも適合する入浴介助を行った場合に、1日につき60単位を所定単位数に加算しているか。 ① 入浴介助を適切に行うことができる入浴設備を有していること。 ② 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士若しくは介護支援専門員又は利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者(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こと。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その家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境に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等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うこと。	<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
	③ 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すること。 ④ ③の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境で、入浴介助を行うこと。			
リハビリテーションマネジメント加算 算定基準 別表7注10 算定通知 第2の8(13)	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、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に、1月につき560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 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、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に、1月につき240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"/>
	3 通所リハビリテーション計画について、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、利用者の同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 通所リハビリテーション計画について、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明した場合は、説明した内容等について医師へ報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 事業所の医師が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場合は、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"/>
	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、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 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行っているか。	<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。 ① 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と指定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うこと。 ② 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定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うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11 上記6から10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"/>
	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			

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
	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、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に、1月につき593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 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、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に、1月につき273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"/>
	3 通所リハビリテーション計画について、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、利用者の同意を得ているか。理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明した場合は、説明した内容等について医師へ報告しているか。事業所の医師が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場合は、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"/>
	4 リハビリテーションマネジメント加算イ（6から11まで）の要件を満たしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 指定通所リハビリテーション事業所における通所リハビリテーション計画書等の内容に関するデータ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は提出情報及びフィードバック情報を活用しているか。	<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ハの算定について			
	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、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に、1月につき793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 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、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に、1月につき473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"/>
	3 リハビリテーションマネジメント加算ロの要件に適合しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 当該事業所の従事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"/>
	5 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"/>
	6 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（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"/>
	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 利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9 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、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者（「関係職種」という。）が、通所リハビリテーション計画等の内容等の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、利用者の栄養状態に関する情報及び利用者の口腔の健康状態に関する情報を相互に共有しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 9で共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種の間で共有しているか。	<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
	11 栄養アセスメント加算又は口腔機能向上加算（Ⅰ）若しくは口腔機能向上加算（Ⅱ）□を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
短期集中個別リハビリテーション実施加算	1 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分以上の個別リハビリテーションを行っているか。（110単位/日）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
算定基準 別表7注11 算定通知 第2の8（14）	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。	<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7注12 算定通知 第2の8（15）	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）の算定について			
	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、1週に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た場合は、1日につき240単位を加算しているか。	<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（Ⅱ）の算定について			
	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、個別又は集団によるリハビリテーションを、1月に4回以上実施した場合に、1月につき1,920単位を加算しているか。	<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"/>
	3 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イ、ロ又はハのいずれかを算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 利用者の認知症の状態に対し、支援内容や利用回数が妥当かどうかを確認し、適切に提供することが必要であることから、1月に1回はモニタリングを行い、通所リハビリテーション計画を見直し、医師から利用者又はその家族に対する説明を行い、同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、認知症を有する利用者の生活環境に対応したサービス提供ができる体制を整える必要があることから、利用者の生活環境をあらかじめ把握するため、当該利用者の居宅を訪問しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 リハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達しているか。（なお、居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。）	<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（Ⅰ）（Ⅱ）の算定の共通事項について			
	1 認知症を有する利用者の認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力を最大限に活かしながら、利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 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点に相当するものであるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 利用者が過去3月の間に、当該加算を算定していない場合に限り算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）のいずれかの加算を算定している場合、もう一方の加算を算定していないか。また、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"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
生活行為向上リハビリテーション実施加算 算定基準 別表7注13 算定通知 第2の8(16)	1 生活行為(個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為)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た場合は、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月以内の期限に限り、1月につき1,250単位を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 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"/>
	3 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"/>
	4 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"/>
	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イ、ロ又はハのいずれかを算定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 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"/>
	7 リハビリテーション会議において、訓練の進捗状況やその評価(当該評価の結果、訓練内容に変更が必要な場合は、その理由も含む。)等について、医師が利用者、その家族、構成員に説明しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 生活行為向上リハビリテーション実施計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達しているか。(なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
若年性認知症利用者受入加算 算定基準 別表7注14 算定通知 第2の8(17)	9 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。また、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、この加算は算定しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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通所リハビリテーション事業所において、若年性認知症利用者に対して指定通所リハビリテーションを行った場合は、若年性認知症利用者受入加算として、1日につき60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"/>
栄養アセスメント加算 算定基準 別表7注15 算定通知 第2の8(18)	2 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った通所リハビリテーション事業所において、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を行った場合は、栄養アセスメント加算として、1月につき50単位を所定単位数に加算しているか。 ① 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。 ② 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。 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 ③ 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。 ただし、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善加算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並びにリハビリテーションマネジメント加算ハを算定している場合は、算定しない。	<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
栄養改善加算 算定基準 別表7注16 算定通知 第2の8(19)	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電子情報処理組織を使用する方法により都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行い、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、栄養改善サービスを行った場合は、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき200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 栄養改善サービスの開始から3月ごとの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することができるとされているが、遵守しているか。	<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"/>
	5 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"/>
	6 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"/>
	7 利用者は、算定通知第2の8(17)（「指定通所介護」算定通知第2の7(16)③）に該当する者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 栄養改善サービスの提供は、算定通知第2の8(17)（「指定通所介護」算定通知第2の7(16)④）に掲げる手順を経てなされているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9 リハビリテーションマネジメント加算Ⅷを実施し、栄養改善サービスの提供が必要と判断して当該加算を算定する場合は、リハビリテーションや口腔に係る評価を踏まえて栄養ケア計画を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔・栄養スクリーニング加算 算定基準 別表7注17 算定通知 第2の8(20)	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）の算定について			
	次に掲げる基準のいずれにも適合する場合、1回につき20単位を所定単位数に加算しているか。 ① 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。 ② 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。 ③ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 ④ 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ないこと。 (1) 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。 (2) 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"/>
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）の算定について			

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
	次に掲げる基準(①、②)のいずれかに適合する場合、1回につき5単位を所定単位数に加算しているか。 ① 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (1) 上記口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)の①及び③の基準に適合すること。 (2) 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。 (3) 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。 ② 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (1) 上記口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)の②及び③の基準に適合すること。 (2) 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完了した日の属する月ではないこと。 (3) 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"/>
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(Ⅱ)の算定の共通事項について			
	1 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)のいずれかの加算を算定している場合、もう一方の加算を算定していないか。また、当該利用者について、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る場合に、算定していないか。加えて、当該利用者について、他の介護サービス事業所において、口腔連携強化加算を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 口腔・栄養スクリーニング加算の算定に係る口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ算定通知第2の8(18)(「指定通所介護」算定通知第2の7(17)③イ及びロ)に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 口腔・栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔機能向上加算 算定基準 別表7注18 算定通知 第2の8(21)	口腔機能向上加算(Ⅰ)の算定について			
	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、個別的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を行った場合は、口腔機能向上加算として、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき150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"/>
	口腔機能向上加算(Ⅱ)の算定について			
	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、個別的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を行った場合は、口腔機能向上加算として、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき155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 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、LIFEを用いて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"/>
	3 リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定しているか。	<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
	口腔機能向上加算(Ⅱ) 口の算定について			
	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、個別的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を行った場合は、口腔機能向上加算として、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき160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 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、LIFE を用いて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"/>
	3 リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)を算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	口腔機能向上加算(Ⅰ)(Ⅱ)の算定の共通事項について			
	1 口腔機能向上サービスの開始からおおむね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、引き続き算定することができるとされているが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 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"/>
	3 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"/>
	4 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"/>
	5 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"/>
	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 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供には、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 利用者は、算定通知第2の8(19)（「指定通所介護」算定通知第2の7(18)③）に該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9 必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 歯科医療を受診している場合であって、次のいずれかに該当する場合にあっては、当該加算は算定できないとされているが、遵守しているか。 ① 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 ② 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"/>
	11 口腔機能向上サービスの提供は、算定通知第2の8(19)（「指定通所介護」算定通知第2の7(18)⑤）に掲げる手順を経てなされているか。	<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7注19	1 利用者が以下の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できないとされているが、遵守しているか。 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 小規模多機能型居宅介護 ⑤ 認知症対応型共同生活介護 ⑥ 地域密着型特定施設入居者生活介護 ⑦ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ⑧ 複合型サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 施設入所（入院）者が外泊又は介護保健施設、経過の介護療養型医療施設若しくは介護医療院の試行的退所を行っている場合には、外泊時又は試行的退所時に居宅サービスは算定でき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"/>
重度療養管理加算 算定基準 別表7注20 算定通知 第2の8（22）	1 別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者（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、重度療養管理加算として1日につき100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 医学的管理の内容等を診療録に記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 請求明細書の摘要欄に該当する状態を記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
中重度者ケア体制加算 算定基準 別表7注21 算定通知 第2の8（23）	1 中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、リハビリテーションを行った場合は、1日につき20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 指定通所リハビリテーション事業所の看護職員又は介護職員の員数に加え、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 前年度又は算定日が属する月の前3月間の指定通所リハビリテーション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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
科学的介護推進体制加算 算定基準 別表7注22 算定通知 第2の8（24）	次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定通所リハビリテーションを行った場合は、科学的介護推進体制加算として、1日につき40単位を所定単位数に加算しているか。 ① 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症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こと。 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、イ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こと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
事業所と同一の建物に居住する利用者に対する取扱い 算定基準 別表7注23 算定通知 第2の8（25）	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指定通所リハビリテーション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、1日につき94単位を所定単位数から減算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
事業所が送迎を行わない場合 算定基準 別表7注24 算定通知 第2の8（26）	利用者に対して、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47単位を所定単位数から減算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
退院時共同指導加算 算定基準 別表7のハ 算定通知 第2の8（29）	病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定通所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（病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他従業者との間で当会社の状況等に関する情報を相互に共有した上で、当該者又はその家族に対し	<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
	て 在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅での通所リハビリテーション計画に反映させることをいう。)を行った後に、当該者に対する初回の指定通所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、600単位を加算しているか。			
移行支援加算 算定基準 別表7の二 算定通知 第2の8(30)	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通所リハビリテーション事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所等への移行等を支援した場合は、移行支援加算として、評価対象期間(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12単位を加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 評価対象期間において指定通所リハビリテーションの提供を終了した者(生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定した者を除く。)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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 12を当該指定通所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27以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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。	<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7のホ 算定通知 第2の8(31)	1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)に係る算定において、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、または、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割合が100分の25以上である場合に、1回につき22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 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)に係る算定において、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以上である場合に、1回につき18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"/>
	3 サービス提供体制強化加算(Ⅲ)に係る算定において、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、または、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以上である場合に、1回につき6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"/>
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)の算定の共通事項について			
	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"/>
介護職員等処遇改善加算 算定基準 別表7のヘ 算定通知 第2の8(32)	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)(Ⅳ)			
	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして電子情報処理組織を使用する方法により都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合に、所定単位数に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 指定介護予防通所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
基本方針				
基本方針 予防条例第116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、理学療法、作業療法その他必要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であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人員に関する基準				
* 指定通所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ている場合は、指定介護予防通所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117条 予防規則第24条 条例施行要領第四の一	共 通 事 項			
	1 単位を設定する際、同時に、一体的に提供される指定介護予防通所リハビリテーションを1単位としているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 次のような場合は、2単位としているか。 ① 指定介護予防通所リハビリテーションが同時に一定の距離を置いた二つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているといえない場合 ② 午前と午後とで別の利用者に対して指定介護予防通所リハビリテーションを提供する場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 従事者1人が1日に行うことのできる指定介護予防通所リハビリテーションは、2単位までとしているか。(ただし、1時間から2時間までのサービスについては0.5単位として扱う。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 7時間以上8時間未満の指定介護予防通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行う場合にあっては、事業所の実情に応じて、適当数の従業者を配置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定介護予防通所リハビリテーションの事業者が病院の場合			
	1 医師について、専任の常勤医師が1人以上勤務しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 単位ごとにサービス提供時間帯を通じて、専ら当該指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員を、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で除した数以上置いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 上記2に掲げる人員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を、利用者が100又はその端数を増すごとに1以上置いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 上記3に掲げる人員のうち、所要時間1時間から2時間の指定通所リハビリテーションを行う場合、理学療法士等として計算できるのは定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師であるが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定介護予防通所リハビリテーションの事業所が診療所の場合			
	1 医師について、利用者数が同時に10人を超える場合にあっては、専任の常勤医師が1人以上勤務しているか。	<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 医師について、利用者数が同時に10人以下の場合にあっては、以下の要件に適合しているか。 ① 専任の医師が1人勤務していること。 ② 利用者数は、専任の医師1人に対し1日48人以内であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 単位ごとにサービス提供時間帯を通じて、専ら当該指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員を、利用者の数が10人以下の場合は1人以上、利用者の数が10人を超える場合は、利用者の数を10で除した数以上置いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 上記3に掲げる人員のうち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理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は介護予防通所リハビリテーション若しくはこれに類するサービスに1年以上従事した経験を有する看護師を、常勤換算方法で0.1以上置いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 上記4に掲げる人員のうち、所要時間1時間から2時間のリハビリテーションを行う場合、理学療法士等として計算できるのは定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師であるが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定介護予防通所リハビリテーション事業所がみなし指定を受けた介護老人保健施設又は介護医療院である場合（医師）			
	介護老人保健施設又は介護医療院の人員に関する基準を満たすことをもって、人員基準を満たしているものとみなす。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
設備に関する基準				
* 指定通所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ている場合は、指定介護予防通所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 予防条例第118条 予防規則第25条 条例施行要領第四の一	1 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に適した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面積を有しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 指定介護予防通所リハビリテーションを行うために必要な専用の器械及び器具を備えているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 医療保険の脳血管リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーションの届出を行っている保険医療機関において、1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーションを実施する際に必要なスペースは、医療保険のリハビリテーションの患者数に関わらず、3平方メートルに指定介護予防通所リハビリテーションの利用者数(同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、指定通所リハビリテーションの利用者数との合計)を乗じた面積以上であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を確実に設置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
運営に関する基準				
管理者等の責務 予防条例第119条 条例施行要領第四の一	1 管理者は、必要な管理の代行をさせる場合、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は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看護師のうちから選任しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 管理者又は管理を代行する者は、従業者に「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」を遵守させるための必要な指揮命令を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定介護予防通所リハビリテーション事業所において、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"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
運営規程 予防条例第120条 条例施行要領第四の一	① 事業の目的及び運営の方針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 従業員の職種、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 指定介護予防通所リハビリテーションの利用定員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤ 指定介護予防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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥ 通常の事業の実施地域	<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利用に当たっての留意事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧ 非常災害対策	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑨ 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"/>
	⑩ 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120条の2 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通所リハビリテーションが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、従業員の勤務の体制を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 各指定介護予防通所リハビリテーション事業所において、当該事業所の従業員によって、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 従業員の資質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"/>
	4 介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者に対して認知所介護にかか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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 セクシャルハラスメントやパワーハラスメント等を防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
業務継続計画の策定等 居宅条例第120条の2 (第52条の2準用) 条例施行要領第四の一 (第三の一の3(7)を参照)	1 業務継続計画を策定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 業務継続計画を従業員に周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 業務継続計画を定期的に見直し、必要に応じて変更を行っているか。	<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123条 (第52条の3準用) 予防規則第26条(第8条準用) 条例施行要領第四の一	1 指定介護予防通所リハビリテーションの提供開始に際し、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 介護予防通所リハビリテーション従業員の勤務体制	<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"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
提供拒否の禁止 予防条例第123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、指定介護予防通所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123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、他の指定介護予防通所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 予防条例第123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、指定介護予防通所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"/>
要支援認定等の申請に係る援助 予防条例第123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123条 (第52条の8準用)	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123条 (第69条準用)	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、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、主治の医師及び当該利用者に係る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123条 (第52条の10準用) 条例施行要領第四の一	指定介護予防通所リハビリテーションの提供の開始に際しては、介護保険法施行規則第83条の9各号のいずれにも該当しないときは、当該利用申込者又はその家族に対し、介護予防サービス計画の作成を介護予防支援事業者等に依頼する旨の区市町村への届出等により、介護予防サービス費の受給が可能となる旨の説明、介護予防支援事業者に関する情報の提供その他の介護予防サービス費の受給のための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123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通所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123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必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービスの提供の記録 予防条例第123条 (第52条の14準用) 条例施行要領第四の一	1 指定介護予防通所リハビリテーションを提供した際には、当該指定介護予防通所リハビリテーションの提供日、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"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
利用料等の受領 及び領収証の交付 予防条例第120条の3 予防規則第25条の2 条例施行要領第四の一 条例施行要領第四の二の2 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、次の費用の額の支払を受けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者の選定により当該利用者に対して行う送迎に要する費用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 食事の提供に要する費用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ おむつ代	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ ①から③以外で、介護予防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、日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、かつ、当該利用者負担させることが適当と認められるもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 上記3の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、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"/>
保険給付の申請に必要な 証明書の交付 予防条例第123条 (第53条の2準用) 条例施行要領第四の一	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"/>
	法定代理受領サービスに該当しない指定介護予防通所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123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報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
緊急時等の対応 予防条例第120条の4 条例施行要領第四の一	指定介護予防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"/>
定員の遵守 予防条例第120条の5	利用定員を超えて指定介護予防通所リハビリテーションの提供を行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"/>
非常災害対策 予防条例第121条の2 条例施行要領第四の一	1 非常災害に関する具体的計画を策定し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、定期的に、これらを従業者に周知しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 定期的に避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 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地域住民等との連携に努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
衛生管理等 予防条例第121条 予防規則第25条の3 条例施行要領第四の一	1 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、衛生上必要な措置を講じるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 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
	3 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"/>
	4 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123条 (第54条の3準用)	事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、介護予防通所リハビリテーション従業者の勤務体制その他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又は事業所に備え付けることにより、自由に閲覧できるようにしているか。原則として、重要事項をウェブサイト(法人のホームページ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123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"/>
	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123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123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通所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、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 前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。)			

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
	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	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"/>
地域との連携等 予防条例第123条 (第54条の8準用) 条例施行要領第四の一	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介護予防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介護予防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"/>
事故発生時の対応 予防条例第123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、速やかに区市町村、利用者の家族、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、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 居宅条例第123条 (第54条の9第2項準用) 予防規則第26条 (第9条の3準用) 条例施行要領第四の一	1 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、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"/>
	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123条 (第54条の10準用) 条例施行要領第四の一	指定介護予防通所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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
記録の整備 予防条例第122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 介護予防通所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 身体的拘束等を行った際の態様及び時間、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"/>
	④ 苦情の内容等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤ 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"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
変更の届出等	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 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 事業所の種別（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 事業所の平面図及び設備の概要	<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"/>
	⑦ 運営規定	<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				
指定介護予防通所リハビリテーションの基本取扱方針 予防条例第124条 条例施行要領第四の三の5(1)	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、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連携を図り、常に改善を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 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通所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通所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"/>
	5 利用者との意思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"/>
指定介護予防通所リハビリテーションの具体的取扱方針 予防条例第125条 条例施行要領第四の三の5(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従業者は、診療又は運動機能若しくは作業能力に係る検査等を基に、共同して、利用者の病状、心身の状況、希望及び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指定介護予防通所リハビリテーションの具体的な内容、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 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ときは、当該介護予防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"/>
	4 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 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、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"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
	6 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、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り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、予防条例第86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、予防条例第125条第1項第2号から第4号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 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"/>
	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 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通所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 計画に基づく指定介護予防通所リハビリテーションの提供を開始した時から、少なくとも1月に1回、利用者の状態、サービスの提供状況等について、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"/>
	14 計画に記載した指定介護予防通所リハビリテーションの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回、計画の実施状況の把握（モニタリング）を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15 モニタリングの結果の記録を行い、当該記録を当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画を作成した指定介護予防支援事業者に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16 モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて計画の変更を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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留意すべき事項 予防条例第126条	1 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、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 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の提供に当たっては、介護予防の観点から有効性が確認されていること等の適切なものを提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 利用者が高齢者であることに十分に配慮し、利用者に危険を生じさせるような強い負荷を伴う指定介護予防通所リハビリテーションの提供は行わないようにするとともに、次項に規定する安全管理体制等の確保を図ること等により、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"/>
安全管理体制等の確保 予防条例第127条	1 指定介護予防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に備え、緊急時における手引等を作成し、事業所における従業者に周知徹底を図るとともに、速やかな主治の医師への連絡が可能となるよう、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 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、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 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、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し、利用者に過度な負担とならないよう努めているか。	<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
	4 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、利用者の体調の変化に常に留意し、病状の急変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"/>
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、端数を切り捨てているか。	<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 指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合に、利用者の要支援状態区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定しているか。 要支援1 2,053単位/月 要支援2 3,999単位/月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 当該事業所の医師によりPT、OT又はST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、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 前項において、指示を行った医師または指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が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"/>
	4 リハビリテーション計画の進捗情報を定期的に評価し、必要に応じて見直しているか。初回の評価は、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"/>
	5 当該事業所の医師が、利用者に対して3月以上の継続利用について必要と判断する場合には、計画書に継続利用が必要な理由、具体的な終了の目安となる時期、その他指定介護予防サービス等の併用と移行の見通しを記載し、本人・家族に説明を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 新規にリハビリテーション計画を作成した利用者に対して、事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、計画に従いリハビリテーションを開始した日から1月以内に、利用者宅を訪問し診療、運動機能検査、作業能力検査を行うよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 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、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"/>
	8 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」)を提供すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9 利用者の数が運営規程に定められている利用定員を超えた場合、その翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、利用者の全員について所定単位数の100分の70を算定するとされているが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員の員数について、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の100分の70を算定するとされているが、遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
算定基準 別表5のイ注1・注8 告示第27号 16 算定通知 第2の6(1)(15)	11 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員の員数について、人員基準上必要とされる員数から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するとされているが、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
	<p>1 2 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1 2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月につき次に掲げる単位数を所定単位数から減算しているか。</p> <p>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。</p> <p>要支援 1 20単位/月 要支援 2 40単位/月</p>	<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5のイ注2 算定通知 第2の6(2)	<p>高齢者虐待防止措置未実施の場合は、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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
業務継続計画未策定減算 算定基準 別表5のイ注3 算定通知 第2の6(3)	<p>業務継続計画未策定の場合は、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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
中山間地域等提供加算 算定基準 別表5のイ注4	<p>指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師等が、利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合は、1月につき所定単位数の100分の5に相当する単位数を所定単位数に加算する。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活行為向上リハビリテーション実施加算 算定基準 別表5のイ注5 算定通知 第2の6(4)	<p>1 事業所が、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た場合は、リハビリテーション実施計画に基づく利用を開始した日6月以内の期間に限り、1月につき562単位を所定単位数に加算しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>2 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を配置しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>3 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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>4 当該計画で定めた指定介護予防通所リハビリテーションの実施期間中に指定介護予防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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>5 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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>6 生活行為向上リハビリテーション実施計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達しているか。(なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
若年性認知症利用者受入加算 算定基準 別表5のイ注6 算定通知 第2の6(15)	<p>1 若年性認知症利用者に対して指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合は、1月につき240単位を所定単位数に加算しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>2 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っているか。</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	該当なし
サービス種類相互間の算定関係 算定基準 別表5のイ注7・注8 算定通知 第2の1(2)(3)	1 利用者が以下のサービスを受けている間は、介護予防通所リハビリテーション費を算定できないとされているが、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 介護予防小規模多機能型居宅介護 ⑤ 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"/>
	2 利用者が他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サービスを受けている間は、介護予防通所リハビリテーション費は算定でき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"/>
事業所と同一の建物に居住する利用者に対する取扱い 算定基準 別表5のイ注9 算定通知 第2の6(6)	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指定介護予防通所リハビリテーション事業所に通う者に対し、指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合は、1月につき次の単位を所定単位数から減算するとされているが、遵守しているか。 要支援1 376 単位 要支援2 752 単位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用開始月から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5のイ注10 算定通知 第2の6(5)	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ときは、1月につき次に掲げる単位数を減算しているか。 要支援1 120 単位 要支援2 240 単位 ただし、以下の基準をいずれも満たす場合は、減算は行わない。 ・3月に1回以上のリハビリテーション会議の開催 ・LIFE を通じて厚生労働省に利用者ごとの介護予防通所リハビリテーション計画書等の内容を提供し、リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために当該情報を活用していること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
退院時共同指導加算 算定基準 別表5のロ注 算定通知 第2の6(7)	病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、医師又は理学療法士 理学療法士、作業療法士、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通所リハビリテーションを行った場合、当該退院につき1回に限り、600 単位を加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
栄養アセスメント加算 算定基準 別表5のハ注 算定通知 第2の6(8)	次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た通所リハビリテーション事業所において、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を行った場合は、栄養アセスメント加算として、1月につき50 単位を所定単位数に加算しているか。 ① 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。 ② 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。 ③ 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
栄養改善加算 算定基準 別表5のニ注 算定通知 第2の6(9)	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、個別的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。)を行った場合は、1月につき200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 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、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"/>

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
	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 利用者は、算定通知第2の6（7）（「指定通所介護」算定通知第2の7（16）③）に該当する者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者であるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 栄養改善サービスの提供は、算定通知第2の6（7）（「指定通所介護」算定通知第2の7（16）④）に掲げる手順を経てなされているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9 栄養ケア計画に定める栄養改善サービスを概ね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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 栄養状態に係る課題が解決され栄養改善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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔・栄養スクリーニング加算 算定基準 別表5のホ注 算定通知 第2の6（8）	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）の算定について			
	次に掲げる基準のいずれにも適合する場合、1回につき20単位を所定単位数に加算しているか。 ① 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。 ② 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。 ③ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 ④ 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ないこと。 (1) 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若しくは一体的サービス提供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（栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。）であること。 (2) 当該利用者が口腔機能向上加算若しくは一体的サービス提供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（口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。）であること。 (3)他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）の算定について			
	次に掲げる基準（①、②）のいずれかに適合する場合、1回につき5単位を所定単位数に加算しているか。 ① 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (1) 上記口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）の①及び③の基準に適合すること。 (2) 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若しくは選択的サービス複数実施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。 (3) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算若しくは選択的サービス複数実施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。 ② 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (1) 上記口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）の②及び③の基準に適合すること。 (2) 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	<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
	<p>養改善加算若しくは選択的サービス複数実施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完了した日の属する月ではないこと。</p> <p>(3) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算若しくは選択的サービス複数実施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。</p>			
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定の共通事項について			
	1 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）のいずれかの加算を算定している場合、もう一方の加算を算定していないか。また、当該利用者について、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る場合に、算定していないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 口腔・栄養スクリーニング加算の算定に係る口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ算定通知第2の6（8）③イ及びロに掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 口腔・栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>口腔機能向上加算</p> <p>算定基準一別表5のへ注 算定通知 第2の6（11）</p>	口腔機能向上加算（Ⅰ）の算定について			
	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、個別的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を行った場合に、1月につき150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"/>
	口腔機能向上加算（Ⅱ）の算定について			
	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、個別的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を行った場合に、1月につき160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 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、LIFE を用いて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"/>
	口腔機能向上加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定の共通事項について			
	1 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"/>
	2 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"/>
	3 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"/>
	4 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"/>
	5 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"/>
	6 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供には、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 利用者は、算定通知第2の6（9）（「指定通所介護」算定通知第2の7（18）③）に該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者であるか。	<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
	8 必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9 歯科医療を受診している場合であって、次のいずれかに該当する場合にあっては、当該加算は算定できないとされているが、遵守しているか。 ① 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 ③ 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"/>
	10 口腔機能向上サービスの提供は、算定通知第2の6(9)（「指定通所介護」算定通知第2の7(18)⑤）に掲げる手順を経てなされているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11 口腔機能向上サービスを提供する目的は、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12 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概ね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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13 口腔機能向上に係る課題が解決され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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一体的サービス提供加算 算定基準 別表5のト注 算定通知 第2の6(12)	利用者に対し、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施した場合に、1月につき480単位を加算しているか。ただし、この場合において、同月中に利用者に対し、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定している場合は算定しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
科学的介護推進体制加算 算定基準 別表5のチ注 算定通知 第2の6(13)	次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合は、科学的介護推進体制加算として、1月につき40単位を所定単位数に加算しているか。 ① 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症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こと。 ② 必要に応じて介護予防通所リハビリテーション計画を見直すなど、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、①に規定する情報その他指定介護予防通所リハビリテーションを適切かつ有効に提供していること。	<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5のリ注	1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)に係る算定において、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、または、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割合が100分の25以上である場合に、所定単位数に加算しているか。 要支援1 88単位/月 要支援2 176単位/月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)に係る算定において、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以上である場合に、所定単位数に加算しているか。 要支援1 72単位/月 要支援2 144単位/月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 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、または、指定介護予防通所リハビリテーションを利用者に直接提供する諸職員のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上である場合、所定単位数に加算しているか。 要支援1 24単位/月 要支援2 48単位/月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)の算定の共通事項について			
	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"/>
介護職員等処遇改善加算	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)(Ⅳ)			

項 目 (根拠法令等)	確 認 事 項	はい	いいえ	該当なし
算定基準 別表5の又注 算定通知 第2の6(14)	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして電子情報処理組織を使用する方法により都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合に、所定単位数に加算しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>