

# 介護報酬 自己点検表 【訪問リハビリテーション費】

R7 一部改正

| 点検項目                   | 点検事項                                                                                                                      | 点検結果                        |  |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|
| 高齢者虐待防止措置未実施減算         | 高齢者虐待防止のための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徹底していない                                                                    | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 高齢者虐待防止のための指針を整備していない                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 高齢者虐待防止のための年1回以上の研修を実施していない                                                                                               | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない                                                                                            | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 業務継続計画未策定減算            | 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていない | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 同一建物減算                 | 事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物（以下「同一敷地内建物等」とする。）                                                                   | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者                                                                                           | <input type="checkbox"/> あり |  |
|                        | 1月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物の利用者                                                                                        | <input type="checkbox"/> あり |  |
| 特別地域加算                 | 厚生労働大臣の定める地域                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 中山間地域等における小規模事業所加算     | 厚生労働大臣の定める地域                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
|                        | 1月あたり延べ訪問回数30回以下                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 該当 |  |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 | 厚生労働大臣の定める地域                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 該当 |  |

| 点検項目                 | 点検事項                                                                                                              | 点検結果                             |                                    |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| 短期集中リハビリテーション実施加算    | 短時間の訪問リハビリテーション                                                                                                   | <input type="checkbox"/> なし      |                                    |
|                      | 起算日より3月以内に実施（概ね週2回以上1回20分以上）                                                                                      | <input type="checkbox"/> 該当      | リハビリテーション計画書（参考様式）                 |
| リハビリテーションマネジメント加算（イ） | リハビリテーション会議の開催及び内容の記録                                                                                             | <input type="checkbox"/> 実施      |                                    |
|                      | 医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又は家族に対するリハビリテーション計画の説明し、利用者の同意を得ているか。<br>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、説明内容を医師へ報告しているか。 | <input type="checkbox"/> あり      | リハビリテーション計画書（参考様式）<br>説明、同意、報告等の記録 |
|                      | リハビリテーション会議の開催、状況の変化に応じてリハビリテーション計画の見直し                                                                           | <input type="checkbox"/> 約3月毎に実施 |                                    |
|                      | 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が居宅介護支援事業者に情報伝達                                                                                 | <input type="checkbox"/> あり      |                                    |
|                      | 居宅サービス計画に位置付けた他のサービス事業者との同行訪問による他のサービス事業者の担当者必要な指導及び助言                                                            | <input type="checkbox"/> どちらかに適合 |                                    |
|                      | 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者の居宅を訪問し、家族に介護の工夫に関する指導及び助言                                                                  | <input type="checkbox"/>         |                                    |
|                      | 上記を全て記録                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 該当      |                                    |
| リハビリテーションマネジメント加算（ロ） | リハビリテーション会議の開催及び内容の記録                                                                                             | <input type="checkbox"/> 実施      |                                    |
|                      | 医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又は家族に対するリハビリテーション計画の説明し、利用者の同意を得ているか。<br>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、説明内容を医師へ報告しているか。 | <input type="checkbox"/> あり      | リハビリテーション計画書（参考様式）<br>説明、同意、報告等の記録 |
|                      | リハビリテーション会議の開催、状況の変化に応じてリハビリテーション計画の見直し                                                                           | <input type="checkbox"/> 約3月毎に実施 |                                    |
|                      | 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が居宅介護支援事業者に情報伝達                                                                                 | <input type="checkbox"/> あり      |                                    |

| 点検項目                 | 点検事項                                                                                                                                        | 点検結果                     |         |             |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------|-------------|
|                      | 居宅サービス計画に位置付けた他のサービス事業者との同行訪問による他のサービス事業者の担当者必要な指導及び助言                                                                                      | <input type="checkbox"/> | どちらかに適合 |             |
|                      | 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者の居宅を訪問し、家族に介護の工夫に関するの指導及び助言                                                                                           | <input type="checkbox"/> |         |             |
|                      | 上記を全て記録                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | 該当      |             |
|                      | 利用者毎の訪問リハビリテーション計画等の内容等を厚生労働省（LIFE）に提供及び情報の活用                                                                                               | <input type="checkbox"/> | あり      |             |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | 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利用者に対してリハビリテーションを実施                                                                     | <input type="checkbox"/> | 該当      |             |
|                      | 利用者は、MMSE（Mini Mental State Examination）又はHDS-R（改定長谷川式寛一能評価スケール）においておおむね5～25点に相当する者                                                         | <input type="checkbox"/> | 該当      |             |
|                      | 医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、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実施                                                           | <input type="checkbox"/> | 該当      |             |
|                      | 当該利用者が過去3か月の間に本加算を算定していない。                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | 該当      |             |
|                      | 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。                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | 該当      |             |
| 口腔連携強化加算             | 口腔の健康状態の評価を実施し、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、当該評価の結果を情報提供している。                                                                               | <input type="checkbox"/> | 実施      | 1月に1回限り算定可能 |
|                      | 利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科診療報酬点数表区分番号 C000 に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めている。 | <input type="checkbox"/> | 実施      |             |

| 点検項目                                   | 点検事項                                                                                                                    | 点検結果                     |    |  |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|--|
|                                        | 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、栄養状態のスクリーニングを行い、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定している場合を除き、口腔・栄養スクリーニング加算を算定していない。                        | <input type="checkbox"/> | 適切 |  |
|                                        | 当該利用者について、口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除き、指定居宅療養管理指導事業所が歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定していない。 | <input type="checkbox"/> | 適切 |  |
|                                        | 当該事業所以外の介護サービス事業所において、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"/> | 適切 |  |
| 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合の減算 | リハビリテーション計画の作成に係る当該事業所の医師の診療の未実施                                                                                        | <input type="checkbox"/> | 該当 |  |
|                                        | 利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から情報の提供を受けている。                                  | <input type="checkbox"/> | 該当 |  |
|                                        | 当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の終了をしていること。(令和9年3月31日までは「適切な研修の終了等」の有無を確認し、訪問リハビリテーション計画書に記載している場合は、算定できる)                     | <input type="checkbox"/> | 該当 |  |
|                                        | 当該事業所の医師が当該情報を踏まえ、訪問リハビリテーション計画を作成                                                                                      | <input type="checkbox"/> | 該当 |  |
|                                        | 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ヶ月を超えて提供される訪問リハビリテーションを実施                     | <input type="checkbox"/> | 該当 |  |
| 退院時共同指導加算                              | 病院または診療所に入院中のものが退院するに当たり、事業所の医師または理学療法士等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、利用者に対する初回の指定訪問リハビリテーションを実施                        | <input type="checkbox"/> | 該当 |  |

| 点検項目            | 点検事項                                                                                                                                                  | 点検結果                     |    |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|
|                 | 退院時共同指導を行った場合、その内容を記録                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                 | 当該利用者が通所及び訪問リハビリテーション事業所を利用する場合において、各事業所の医師等がそれぞれ退院前にカンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合は、各事業所において当該加算を算定できる。ただし、通所及び訪問リハビリテーション事業所が一体的に運営されている場合においては、併算定できない。 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| 移行支援加算          | 評価対象期間において終了者で指定通所介護等を実施した者の占める割合が100分の5を超えている                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                 | 終了日から14日～44日以内に理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が終了者の指定通所介護等の実施状況を確認し、記録                                                                                             | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                 | 12を利用者の平均利用月数で除して得た数が100分の25以上であること                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | 該当 |
|                 | リハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち勤続年数7年以上の者がいる                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち勤続年数3年以上の者がいる                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | 該当 |