



自己点検シート

(介護報酬編)

令和6年8月版

通所リハビリテーション

介護予防通所リハビリテーション

事業所番号: 33

事業所名 :

点検年月日: 令和 年 月 日()

点検担当者:

107 通所リハビリテーション費 407

介護予防通所リハビリテーション費

■根拠となる法令等

共通 法： 介護保険法（平成9年法律第123号）

解釈通知： 解釈通知：指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（平成11年9月17日老企第25号）

27号告示： 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年厚生省告示第27号）

94号告示： 厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平成27年厚生労働省告示第94号）

95号告示： 厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）

83号告示： 厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域（平成21年厚生労働省告示第83号）

記載要領： 「介護給付費請求書等の記載要領について」（平成13年11月16日老老発第31号）

介護 基準省令： 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）

基準条例： 岡山市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成24年市条例第85号）

報酬告示： 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年厚生省告示第19号）

留意事項通知： 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日老企第36号）

予防 基準省令： 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に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）

基準条例： 岡山市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に関する基準等を定める条例（平成24年市条例第90号）

報酬告示： 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年厚生労働省告示第127号）

留意事項通知： 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日老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号）

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | |
|------|--------------|--|-----------------------------------|-------------|--|--|
| | | | | | 介護 | 予防 |
| | 施設等の区分 | | | 事業所規模に係る届出書 | 報酬告示 別表7イ～ロ 留意事項通知第2の8(8) 平成24年度介護報酬改定に係るQ&A(Vol.2)問10 | 青P298、 299 青P300～ 301 緑P106 Q7 |
| | ・通常規模の事業所 | 前年度1月当たり平均延人員数 | <input type="checkbox"/> 750人以内 | 利用者数の記録 | | |
| | ・大規模の事業所 | 前年度1月当たり平均延人員数 | <input type="checkbox"/> 750人超 | “ | | |
| | ・大規模の事業所(特例) | 前年度1月当たり平均延人員数 | <input type="checkbox"/> ※に該当する場合 | “ | | |
| | 計算方法 | 通リハ1時間以上～2時間未満 通リハ2時間以上～3時間未満、3時間以上～4時間未満 通リハ4時間以上～5時間未満、5時間以上～6時間未満 予防通リハ2時間未満 予防通リハ2時間以上～4時間未満 予防通リハ4時間以上～6時間未満 1/4×利用者数 1/2×利用者数 3/4×利用者数 1/4×利用者数 1/2×利用者数 3/4×利用者数 | | | | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | |
|--|------|------|------|------|----------|----|
| | | | | | 介護 | 予防 |
| ① 事業所規模による区分については、施設基準第6号イ(1)に基づき、前年度の1月当たりの平均利用延人員数により算定すべき通所リハビリテーション費を区分しているところであるが、当該平均利用延人員数の計算に当たっては、同号の規定により、当該指定通所リハビリテーション事業所に係る指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け一體的に事業を実施している場合は、当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所における前年度の1月当たりの平均利用延人員数を含むこととされているところである。したがって、仮に指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受けている場合であっても、事業が一體的に実施されず、実態として両事業が分離されて実施されている場合には、当該平均利用延人員数には当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所の平均利用延人員数は含めない取扱いとする。 | | | | | | |
| ② 平均利用延人員数の計算に当たっては、1時間以上2時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に4分の1を乗じて得た数とし、2時間以上3時間未満の報酬を算定している利用者及び3時間以上4時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に2分の1を乗じて得た数とし、4時間以上5時間未満及び5時間以上6時間未満の報酬を算定している利用者については利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。また、平均利用延人員数に含むこととされた介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者の計算に当たっては、介護予防通所リハビリテーションの利用時間が2時間未満の利用者については、利用者数に4分の1を乗じて得た数とし、2時間以上4時間未満の利用者については、利用者数に2分の1を乗じて得た数とし、利用時間が4時間以上6時間未満の利用者については、利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。ただし、介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者については、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えない。また、1月間(暦月)、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月における平均利用延人員数については、当該月の平均利用延人員数に7分の6を乗じた数によるものとする。 | | | | | | |
| ③ 前年度の実績が6月に満たない事業者(新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む)又は前年度から定員をおおむね25%以上変更して事業を実施しようとする事業者においては、当該年度に係る平均利用延人員数については、便宜上、市に届け出た当該事業所の利用定員の90%に予定される1月当たりの営業日数を乗じて得た数とする。 | | | | | | |
| ④ 毎年度3月31日時点において、事業を実施している事業者であって、4月以降も引き続き事業を実施するものの当該年度の通所リハビリテーション費の算定に当たっては、前年度の平均利用延人員数は、前年度において通所リハビリテーション費を算定している月(3月を除く。)の1月当たりの平均利用延人員数とする。 | | | | | | |
| ※平均利用延人員数が750人超の事業所であっても、算定する月の前月において、以下に示す基準を満たしている場合は、通常規模型通所リハビリテーション費を算定することができる。 | | | | | | |
| a 利用者の総数のうち、リハビリテーションマネジメント加算を算定した利用者の割合が80%以上であること。利用者の総数とは、前月に当該事業所において通所リハビリテーションを利用することを通所リハビリテーション 計画上位置付けている者の人数とする。 | | | | | | |
| b 「専ら当該通所リハビリテーションの提供に当たる 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の数を10で除した数以上確保されていること。 | | | | | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | | | |
|-----------|--|-------|--|------------------------------|-----------------------------------|----|--|--|
| | | | | | 介護 | 予防 | | |
| 所要時間による区分 | 1 時間以上 2 時間未満 | □ 満たす | 利用者に関する記録（アセスメント）、通所リハビリテーション計画、居宅サービス計画、サービス提供票 | 報酬告示 別表7イ～ロ 留意事項通知第2の8(1) | 青P298～299 青P302 緑P105 Q3～Q4 | | | |
| | | □ 満たす | | | | | | |
| | | □ 満たす | | | | | | |
| | | □ 満たす | | | | | | |
| | | □ 満たす | | | | | | |
| | | □ 満たす | | | | | | |
| | | □ 満たす | | | | | | |
| | 保険医療機関において、脳血管疾患等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（以下、疾患別リハビリテーション）と1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションを同時に行う場合、理学療法士等は同日に疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションを提供するには、次の三つの条件をすべて満たす必要がある。 | | | | □ 合致 | | | |
| | 1 通所リハビリテーションにおける20分の個別リハビリテーションに従事した時間を、疾患別リハビリテーションの1単位とみなし、理学療法士等1人当たり1日18単位を標準、1日24単位を上限とし、週108単位以内であること。 | | | | | | | |
| | 2 疾患別リハビリテーション1単位を通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーション20分としてみなし、理学療法士等1人当たり1日合計8時間以内、週36時間以内であること。 | | | | | | | |
| | 3 理学療法士等の疾患別リハビリテーション及び通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーションに従事する状況が、勤務簿等に記載されていること。 | | | | | | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | |
|-----------------------------------|------|---|------------------------------|----------------------------------|--|--|
| | | | | | 介護 | 予防 |
| 施設基準に掲げる区分の通所リハビリテーション費 | | 利用者の要介護状態区分（要介護1～5）に応じて算定（月途中の区分変更に注意） | <input type="checkbox"/> 合致 | 受給資格等の確認 | 報酬告示別表7イ～ロ 介護報酬等に係るQ&A vol.2問22 介護報酬に係るQ&A問3 留意事項通知第2の1(3) | 青P298～299 緑P12 Q2 緑P105 Q3 緑P340 Q8, Q9 青P132 |
| | | 通所リハビリテーション計画上に位置付けられた内容を行うのに要する標準的な時間で算定 | <input type="checkbox"/> 満たす | 通所リハビリテーション計画、サービス提供の記録 | | |
| | | 居宅サービス計画に沿い通所リハビリテーションの実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | 居宅サービス計画、サービス提供の記録 | 留意事項通知第2の8(1) 介護報酬改定に関するQ&A 問52, 53, 54, 55 | 青P302 緑P107 Q9 ～Q12 |
| | | 送迎時に実施した居宅内介助等を通所リハビリテーションの所要時間に含める場合、以下の要件をすべて満たしているか。 1 含めることができるのは1日30分以内 2 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 3 実施者は、理学療法士等、実務者研修修了者、サービス直接提供職員として勤続3年以上の介護職員等、要件に該当 | <input type="checkbox"/> 合致 | 居宅サービス計画、通所リハビリテーション計画、サービス提供の記録 | | |
| 介護予防通所リハビリテーション費【予防】 | | 利用者の要支援状態区分（要支援1、2） | <input type="checkbox"/> 合致 | 受給資格等の確認 | 報酬告示別表5イ 留意事項通知第2の1(3) | 青P1176～5イ |
| | | 介護予防サービス計画に沿い介護予防通所リハビリテーションの実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | サービス提供の記録 | | |
| 日割り請求に係る適用 | | 区分変更（要支援I ⇄ 要支援II） | <input type="checkbox"/> 合致 | 受給資格等の確認 | 留意事項通知第1の1(5) 月額包括報酬の日割り請求に係る適用 | 青P1110 緑P34 Q5 緑P1243 緑P1152～1153 緑P534 Q2, Q3, Q5 |
| | | 区分変更（要介護→要支援） | <input type="checkbox"/> 合致 | 受給資格等の確認 | | |
| | | 区分変更（要支援→要介護） | <input type="checkbox"/> 合致 | 受給資格等の確認 | | |
| | | サービス事業者の変更（同一保険者内のみ） | <input type="checkbox"/> 合致 | 契約日、契約解除日 | | |
| | | 介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている者 | <input type="checkbox"/> 合致 | 利用日数の確認 | | |
| | | 介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている者 | <input type="checkbox"/> 合致 | 利用日数の確認 | | |
| | | 介護予防小規模多機能型居宅介護を受けている者 | <input type="checkbox"/> 合致 | 利用日数の確認 | | |
| 介護老人保健施設等の退所（退院）日の通所リハビリテーション費の算定 | | 介護老人保健施設及び介護療養型医療施設の退所（退院）日、短期入所療養介護のサービス終了日（退所・退院日）での通所リハビリテーション費の算定 | <input type="checkbox"/> なし | 実施記録、サービス提供票、利用者に関する記録 | 留意事項通知第2の1(3) | 青P132 |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | |
|------|--------------------------------|---|------------------------------|-------------|---|--|
| | | | | | 介護 | 予防 |
| | サービス種類相互の算定関係 | 短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービスを受けている間の算定 | <input type="checkbox"/> なし | サービス提供票 | 報酬告示 別表7イ～口注19 青P326 | |
| | サービス種類相互の算定関係 | 介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間の算定 | <input type="checkbox"/> なし | サービス提供票 | 報酬告示 別表7イ注7及び8 青P1180 | |
| | | 他の介護予防通所リハビリテーションを受けている間の算定 | <input type="checkbox"/> なし | | | |
| | 併設医療機関の受診 | 通所リハビリテーションのサービス提供時間帯における併設医療機関の受診（緊急やむを得ない場合を除いて認められない。） | <input type="checkbox"/> なし | カルテ等 | 15.5.30事務連絡 介護保険最新情報vol.151 介護報酬に係るQ&A問3 緑P105 Q3 | 15.5.30事務連絡 介護保険最新情報vol.151 介護報酬に係るQ&A問3 緑P105 Q3 |
| | 定員超過利用減算 | 定員超過利用（1ヶ月の利用者数の平均が利用定員を超える）が発生した翌月から、定員超過が解消されるに至った月まで、利用者の全員について減算「1か月（歴月）のサービス提供日ごとの同時にサービス提供を受けた者の最大数の合計」÷「サービス提供日数」（小数点以下切り上げ）>利用定員 | <input type="checkbox"/> 合致 | 業務日誌 | 留意事項通知第2の8(27)→第2の7(16) 27号告示 二 基準省令第119条→基準省令第102条 平成18年4月改定関係Q&A (vol.1)問41 緑P705 赤P221 緑P340 Q10 青P303 | 留意事項通知第2の6(9)→留意事項通知第2の8(25) 27号告示 十六 基準省令第120条の3 平成18年4月改定関係Q&A (vol.1)問41 緑P718 赤P1126 緑P340 Q10 青P1176 青P303 |
| | | 災害、虐待等の受入等やむを得ない利用による定員超過利用については、当該定員超過利用が開始した月（災害等が生じた時期が月末であって、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合は翌月も含む。）の翌月から所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行うものとする。また、この場合にあっては、やむを得ない理由により受け入れた利用者については、その利用者を明確に区分した上で、平均利用延人員数に含まないこととする。 | <input type="checkbox"/> 合致 | | | 27号告示 十六 基準省令第120条の3 平成18年4月改定関係Q&A (vol.1)問41 緑P718 赤P1126 緑P340 Q10 青P1176 青P303 |
| | | 定員超過利用減算ではなく運営基準であるが、利用定員を超えて通所リハビリテーションの提供を行ってはならない（営業日ごと）。ただし、災害時を除く。 | <input type="checkbox"/> 満たす | 運営規程 | 基準省令 第119条→基準省令 第102条 赤P221 | 基準省令 第120条の3 赤P1126 |
| | 人員基準欠如減算（人員欠如がない場合） 【介護・予防】 | 常勤医師の配置（1以上）※1 | <input type="checkbox"/> 満たす | 出勤簿、勤務表、資格証 | 報酬告示 別表7イ～口注1 留意事項通知第2の8(28) 27号告示 二 基準省令第111条第1項～4項 平成21年4月改定関係Q&A (vol.1)問54 緑P337 青P303 | 報酬告示 別表7イ注1 緑P718 赤P1123 |
| | | 医師の配置（営業日ごと1以上） | <input type="checkbox"/> 満たす | 出勤簿、勤務表 | | 27号告示 十六 基準省令第117条第1項～4項 |
| | | 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員（月平均で1.0以上） | <input type="checkbox"/> 満たす | 出勤簿、勤務表、資格証 | | |
| | | 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員（営業日ごと） | <input type="checkbox"/> 満たす | 出勤簿、勤務表 | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | |
|---------------------------------------|-------------------|--|-------------------------------|-------------|---|----|
| | | | | | 介護 | 予防 |
| 人員基準欠如減算 (1割を超えて減少した場合) 【介護・予防】 | 医師の配置 式A < 0.9 | 人員欠如が発生した翌月から、人員欠如が解消されるに至った月まで利用者全員について減算 | <input type="checkbox"/> 合致 | 出勤簿、勤務表 | 平成24年6月25日事務連絡（岡山市事業者指導課） 式A 「サービス提供日に専任の（常勤）医師が勤務した日数」 ÷ 「サービス提供日数」 式B 「営業日のサービス提供時間中における従事者が実際に勤務した時間の合計」 ÷ 「各営業日における従事すべき従事者数 × サービス提供時間の合計」 式C 「営業日のリハビリテーションを提供する時間帯に配置された理学療法士等の延べ人数」 ÷ 「各営業日における従事すべき理学療法士等の人数の合計」 式D 「歴月における理学療法士等の勤務延時間数」 ÷ 「歴月における常勤の職員が勤務する時間」 | |
| | | 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員の配置 式B < 0.9 | <input type="checkbox"/> 減算該当 | 出勤簿、勤務表 | | |
| | | 従事者のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置（リハビリテーションを提供する時間帯に配置） 式C < 0.9 ※2 | <input type="checkbox"/> 減算該当 | 出勤簿、勤務表、資格証 | | |
| | (診療所) | 従事者のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、経験看護師の配置 式D < 0.09 ※2 | <input type="checkbox"/> 減算該当 | 出勤簿、勤務表、資格証 | | |
| | | 人員欠如が発生した翌々月から、人員欠如が解消されるに至った月まで利用者全員について減算（翌月の末日に人員基準を満たすに至っている場合を除く） | <input type="checkbox"/> 合致 | 出勤簿、勤務表 | | |
| | | 医師の配置 0.9 ≤ 式A < 1.0 | <input type="checkbox"/> 減算該当 | 出勤簿、勤務表 | | |
| | (老健・病院) | 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員の配置 0.9 ≤ 式B < 1.0 | <input type="checkbox"/> 減算該当 | 出勤簿、勤務表 | | |
| | | 従事者のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置（リハビリテーションを提供する時間帯に配置） 0.9 ≤ 式C < 1.0 ※2 | <input type="checkbox"/> 減算該当 | 出勤簿、勤務表、資格証 | | |
| | | 従事者のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、経験看護師の配置 0.09 ≤ 式D < 0.1 ※2 | <input type="checkbox"/> 減算該当 | 出勤簿、勤務表、資格証 | | |

※1 診療所で、利用者数が同時に10人以下の場合を除く。

※2 所要時間1時間から2時間の通所リハビリテーションを行う場合であって、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指圧師がリハビリテーションを提供する場合は、単位における理学療法士等として計算することができる。

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | | |
|------|------------------------------------|---|--------------------------------|--|--|------------------|--------------------------------------|
| | | | | | 介護 | | 予防 |
| | 高齢者虐待防止措置未実施減算 (所定単位数 × 99/100) | 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に開催していない | <input type="checkbox"/> 減算該当 | 委員会の開催記録 虐待の発生・再発防止の指針 研修計画、実施記録 担当者の配置がわかる文書 | 報酬告示 別表7 イ～口注2 留意事項通知 第2の8(3) | 青P304 緑P465 | 報酬告示 別表 5イ注2 留意事項通知 第2の6(2) |
| | | 高齢者虐待防止のための指針を整備していない | <input type="checkbox"/> 減算該当 | | | | |
| | | 高齢者虐待防止のための研修を定期的に実施していない | <input type="checkbox"/> 減算該当 | | | | |
| | | 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"/> 減算該当 | | | | |
| | 業務継続計画未策定減算 (所定単位数 × 99/100) | 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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を策定していない | <input type="checkbox"/> 減算該当 | 業務継続計画（感染症・非常災害） 対応の記録 | 報酬告示 別表7 イ～口注3 留意事項通知 第2の8(4) | 青P304 緑P464 | 報酬告示 別表 5イ注3 留意事項通知 第2の6(3) |
| | | 上記計画に従い必要な措置を講じていない | <input type="checkbox"/> 減算該当 | | | | |
| | 理学療法士等体制強化加算 | 1時間以上2時間未満の通所リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 該当 | 実施記録 出勤簿、勤務表、資格証 | 報酬告示 別表 7イ～口注5 留意事項通知 第2の8(6) | 青P305 | |
| | | 理学療法士等を専従かつ常勤で2人以上 | <input type="checkbox"/> 配置 | | | | |
| | 時間延長サービス体制（7～8時間の前後に行う日常生活上の世話） | 7時間以上8時間未満のサービス提供 | <input type="checkbox"/> 実施 | 通所リハビリテーション計画、サービス提供票、実施記録 | 報酬告示 別表 7イ～口注6 留意事項通知 第2の8(7) | 青P306 緑P22 Q6 | |
| | | 8時間以上9時間未満 | <input type="checkbox"/> 50単位 | | | | |
| | | 9時間以上10時間未満 | <input type="checkbox"/> 100単位 | | | | |
| | | 10時間以上11時間未満 | <input type="checkbox"/> 150単位 | | | | |
| | | 11時間以上12時間未満 | <input type="checkbox"/> 200単位 | | | | |
| | | 12時間以上13時間未満 | <input type="checkbox"/> 250単位 | | | | |
| | | 13時間以上14時間未満 | <input type="checkbox"/> 300単位 | | | | |
| | リハビリテーション提供体制加算 | 常時、事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | 勤務表 | 報酬告示 別表 7イ～口注7 留意事項通知 第2の8(9) | 青P307 | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | |
|------|------------------------|---|--------------------------------|-----------------------|---|-----------------|
| | | | | | 介護 | 予防 |
| | 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 | 厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域に利用者が居住 | <input type="checkbox"/> 300単位 | 利用者の基本情報 | 報酬告示 別表 7イ～口注7 留意事項通知 第2の8(8) 大臣告示第83 号 | 青P307 緑P766～ |
| | | 通常の実施地域を越えてサービスを提供 | <input type="checkbox"/> 合致 | 運営規程 | | |
| | | 交通費の支払いを受領 | <input type="checkbox"/> なし | 領収書 | | |
| | 入浴介助加算 (I)、(II) 共通 | 入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備 | <input type="checkbox"/> 満たす | 勤務表、入浴設備 | 報酬告示 別表 7イ～口注9 留意事項通知 第2の8(12)ア 令和3年度介護 報酬改定に關 するQ&A (vol. 8) 問6 | 青P308 |
| | | 通所リハビリテーション計画上の位置付け | <input type="checkbox"/> あり | 通所リハビリテーション計画 | | |
| | | 入浴介助の実施（介助には、入浴中の利用者の観察を含む。） | <input type="checkbox"/> 実施 | 実施記録 | | |
| | | 利用者の事情により入浴を実施しなかった場合 | <input type="checkbox"/> 算定せず | 実施記録 | | |
| | 入浴介助加算(II) | 医師、理学療法士、作業療法士、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、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」）が利用者の居宅を訪問し、浴室における利用者の動作及び浴室の環境を評価 | <input type="checkbox"/> 実施 | 通所リハビリテーション計画、評価の記録 | 留意事項通知 第2の8(12)イ 令和3年度介護 報酬改定に關 するQ&A (vol. 8) 問1 ～問5 | 青P308, 309 |
| | | 利用者の居宅を訪問し評価した者が入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが可能であると判断した場合、通所リハビリテーション事業所に対しその旨情報共有 | <input type="checkbox"/> 実施 | 通所リハビリテーション計画、情報共有の記録 | | |
| | | 評価の結果、利用者自身又はその家族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、介護支援専門員又は福祉用具専門相談員と連携し、利用者及び利用者担当の介護支援専門員等に対し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行う。ただし、医師等による利用者の居宅への訪問が困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が利用者の居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が当該評価・助言を行っても差し支えない | <input type="checkbox"/> 実施 | 通所リハビリテーション計画、助言の記録 | | |
| | | 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師等との連携の下で、利用者の身体の状況や訪問により把握した利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成 | <input type="checkbox"/> 実施 | 通所リハビリテーション計画、入浴計画 | | |
| | | 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にて入浴解除を実施（利用者の居宅の浴室の状況に近い環境については、大浴槽等においても、手すりなど入浴に要する福祉用具等を活用し、浴室の手すりの位置や使用する浴槽の深さ及び高さ等を踏まえることで、利用者の居宅の浴室環境の状況を再現していることとして差し支えない） | <input type="checkbox"/> 実施 | 通所リハビリテーション計画、入浴計画 | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | |
|---|------|---|-----------------------------|-------------------------------------|---|----|
| | | | | | 介護 | 予防 |
| リハビリテーションマネジメント加算（共通） リハビリテーションマネジメント加算イ（介護） | | 同一の利用者に対し、同一月に他のリハビリテーションマネジメント加算を併算定していない | <input type="checkbox"/> 適合 | リハビリテーション計画書（別紙様式2-2-1又は2-2-2）、同意書等 | 報酬告示 別表7イ～口注10 95号告示 二十五 留意事項通知第2の8(13) リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一體的取組について（R6.3.15） 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.2）」問27, 28, 問30～問35 | |
| | | リハビリテーションの質の向上を図るため、利用者の状態や生活環境等を踏まえた、多職種協働による通所リハビリテーション計画の作成、当該計画に基づく状態や生活環境等を踏まえた適切なリハビリテーションの提供、当該提供内容の評価とその結果を踏まえた当該計画の見直し等といったサイクル「SPDCA」が構築され、継続的に質の管理を行っている | <input type="checkbox"/> 適合 | | | |
| | | 事業所の医師が理学療法士等に対し、利用者に対するリハビリテーションの目的に加えて、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負荷等のうちいずれか1以上の指示を行っている | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士等が、当該内容がリハビリテーションマネジメント加算の基準に適合するものであると明確に分かるように記録している | <input type="checkbox"/> あり | | | |
| | | リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録している | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 通所リハビリテーション計画について、計画の作成に関与した理学療法士等が利用者又は家族に対して説明し利用者の同意を得ている。 ※医師以外が説明した場合は、説明した内容等について医師へ報告している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | リハビリテーション会議の構成員である医師がテレビ電話等情報通信機器を使用して参加した場合に、会議の議事に支障がないか | <input type="checkbox"/> なし | | | |
| | | 通所リハビリテーション計画の作成にあたり、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 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 理学療法士等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、以下に関する情報提供を行う | | | | |
| | | ・利用者の有する能力 | <input type="checkbox"/> あり | | | |
| | | ・自立のために必要な支援方法 | <input type="checkbox"/> あり | | | |
| | | ・日常生活上の留意点 | <input type="checkbox"/> あり | | | |
| | | 次のいずれかに適合 (1) 理学療法士等が、居宅サービス計画に位置付けた訪問介護事業その他の居宅サービスに係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行う (2) 理学療法士等が、利用者の居宅を訪問し、利用者の家族に対し、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 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | |
|-----------------------|------------------------|---|--------------------------------|---------------------|--|--------------------------|
| | | | | | 介護 | 予防 |
| | リハビリテーションマネジメント加算口（介護） | リハビリテーションマネジメント加算イの要件を満たしている | <input type="checkbox"/> 該当 | | 科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（R6.3.15） | 青P310～312 緑P875～ |
| | | 利用者ごとの通所リハビリテーション計画書等の内容を科学的介護情報システム（LIFE）を用いて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、LIFEへの提供情報及びフィードバック情報を活用し、PDCAサイクルによりサービスの質の管理を行っている | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | リハビリテーションマネジメント加算ハ | リハビリテーションマネジメント加算（口）の基準に適合している | <input type="checkbox"/> 該当 | | 報酬告示 別表7イ～ロ注10 95号告示 二十五 留意事項通知 第2の8(13) | 青P310～312 |
| | | 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 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 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 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 利用者ごとに医師、理学療法士等、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、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 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 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、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 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士等、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者が、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 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 上記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、その内容を関係職種間で共有している | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| 通所リハビリテーション計画の医師による説明 | | 通所リハビリテーション計画について、事業所の医師が、利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | 青P310 |
| | 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | 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集中的な個別リハビリテーションを行っている | <input type="checkbox"/> 合致 | リハビリテーション実施計画書、実施記録 | 報酬告示 別表7イ～ロ注11 留意事項通知 第2の8(14) リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施…（R6.3.15） | 青P313 緑P890～ 緑P109 |
| | | 退院（所）日から起算して3月以内に個別リハビリテーションを集中的に実施（概ね週2回以上1回40分以上） | <input type="checkbox"/> 110単位 | | | |
| | | 実施計画の評価、見直し | <input type="checkbox"/> 1月以内 | | | |
| | | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算の有無 | <input type="checkbox"/> なし | | | |
| | | 生活行為向上リハビリテーション実施加算の有無 | <input type="checkbox"/> なし | | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | |
|------------------------------|---|-----------------------------|---|--|-----------------------------------|---------|
| | | | | | 介護 | (前記と同じ) |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）（Ⅱ）共通 | 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（生活環境又は家庭環境へ適応する等の能力）を最大限に活かしながら、当該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 | <input type="checkbox"/> 該当 | 通所リハビリテーション計画書、実施記録、研修修了証 | 報酬告示 別表7イ～口注12 留意事項通知第2の8(15) 95号告示 二十七 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について（R6.3.15） | 青P314, 315 緑P890～ 緑P109～111 | |
| | | <input type="checkbox"/> 配置 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 合致 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 合致 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 合致 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 合致 | | | | |
| | | | | | | |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） | 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、個別にリハビリテーションを実施 | <input type="checkbox"/> 合致 | 報酬告示 別表7イ～口注12 95号告示 二十七 留意事項通知第2の8(15) | 青P314, 315 緑P890～ | | |
| | 個別に行う手的なリハビリテーション（1回20分以上） | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | |
| | 1週に2日を限度 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | |
| | 退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | |
| | | | | | | |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） | リハビリテーションマネジメント加算イ、ロ、ハのいずれかを算定 | <input type="checkbox"/> あり | 報酬告示 別表7イ～口注12 95号告示 二十七 留意事項通知第2の8(15) | 青P314, 315 | | |
| | 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、利用者の状態に応じて、個別又は集団によるリハビリテーションを実施 | <input type="checkbox"/> 合致 | | | | |
| | 1月に4回以上（1月に8回以上が望ましい） | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | |
| | 通所リハビリテーション計画に、時間、実施頻度、実施方法を定めている | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | |
| | 通所リハビリテーション計画の作成に当たって、利用者の生活環境をあらかじめ把握するため、利用者の居宅を訪問 | <input type="checkbox"/> あり | | | | |
| | 通所リハビリテーションの評価に当たって、利用者の居宅を訪問し、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、その結果を利用者と家族に伝達 | <input type="checkbox"/> あり | | | | |
| | 通所リハビリテーションの評価に当たって、利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施していない | <input type="checkbox"/> 合致 | | | | |
| | 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 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | |
|---------------------|--|------------------------------|--|--|--|--|
| | | | | | 介護 | (前記と同じ) |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 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 | <input type="checkbox"/> 配置 | 報酬告示 別表7イ～口注13 95号告示 二十八 留意事項通知第2の8(16) 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 5)」問6 通所リハビリテーション計画書、生活行為向上リハビリテーション実施計画（別紙様式6）、実施記録、出勤簿、勤務表、資格証 | <input type="checkbox"/> 青P316～317 緑P112, 113 | <input type="checkbox"/> 報酬告示 別表5イ注5 95号告示 百六の六 留意事項通知第2の6(4) 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 5)」問6 | <input type="checkbox"/> 青P178～180 緑P112, 113 |
| | | <input type="checkbox"/> 合致 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 合致 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 満たす | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> あり | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 合致 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 合致 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 合致 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 合致 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 満たす | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 合致 | | | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | |
|---------------|------------------------|---|-------------------------------|--|---|--|
| | | | | | 介護 | 予防 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定める | 初老期における認知症 | <input type="checkbox"/> 該当 | 利用者の基本情報 | 報酬告示 別表7イ～口注14 留意事項通知第2の8(17) 95号告示 十八の二 | 報酬告示 別表5イ注6 95号告示 十八 |
| | | 若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定める | <input type="checkbox"/> 該当 | 通所リハビリテーション計画 | | |
| | | 利用者に応じた適切なサービス提供 | <input type="checkbox"/> あり | 実施記録 | | |
| 栄養アセスメント加算 | 栄養アセスメント加算 | 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 | <input type="checkbox"/> 満たす | 出勤簿、勤務表、資格証、栄養アセスメントの記録 | 報酬告示 別表7イ～口注15 留意事項通知第2の8(18) 95号告示 十八の二 令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol. 6) 問4、 (vol. 7) 問2 | 報酬告示 別表5ハ注 留意事項通知第2の6(8) リハビリテーション・個別機能訓練、栄養及び口腔の実施及び一體的取組について(R6. 3. 15) |
| | | 管理栄養士、看護・介護職員等が共同して栄養アセスメントを実施（3月に1回以上・体重測定は1月毎） | <input type="checkbox"/> 実施 | | | |
| | | 利用者等に対する結果の説明及び栄養食事相談、情報提供等 | <input type="checkbox"/> 実施 | | | |
| | | 低栄養状態にある利用者等について、介護支援専門員と情報共有のうえ、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供検討を依頼 | <input type="checkbox"/> 実施 | | | |
| | | 原則として、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月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ていない | <input type="checkbox"/> 算定せず | | | |
| | | 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出（LIFEを使用）し、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 | <input type="checkbox"/> 実施 | | | |
| | | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| 栄養改善加算 | 栄養改善加算 | 事業所の従業者として又は外部（他の事業所（栄養改善加算の対象事業所に限る）、医療機関、介護保健施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているものまたは常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置運営する「栄養ケア・ステーション」）との連携により管理栄養士を1人以上配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | 出勤簿、勤務表、資格証 栄養ケア計画（参考様式） 利用者又は家族が同意した旨の記録 栄養ケア提供経過記録（参考様式） 栄養ケアモニタリング（参考様式） 介護給付費請求書及び明細書 | 報酬告示 別表7イ～口注16 留意事項通知第2の8(19) 95号告示 二十九 令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol. 3) 問33 | 報酬告示 別表5ニ注 留意事項通知第2の6(9) 95号告示 十九 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一體的取組について(R6. 3. 15) |
| | | 管理栄養士、看護・介護職員等が共同した栄養ケア計画の作成 | <input type="checkbox"/> あり | | | |
| | | 利用者等に対する計画の説明及び同意の有無 | <input type="checkbox"/> あり | | | |
| | | 計画に従い、栄養改善サービスの提供、必要に応じた利用者の居宅訪問、栄養状態等の記録 | <input type="checkbox"/> あり | | | |
| | | 概ね3月ごとに栄養ケア計画の評価、介護支援専門員に対する情報提供 | <input type="checkbox"/> あり | | | |
| | | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> 満たす | | | |
| | | 月の算定回数 | <input type="checkbox"/> 2回以下 | | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | |
|------|--------------------|---|-------------------------------|------------------------------------|--|---|
| | | | | | 介護 | 予防 |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算(共通) | 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ない | <input type="checkbox"/> 算定せず | | 報酬告示 別表7イ～口注17 留意事項通知第2の8(20) 95号告示 十九の二 | 青P322, 323 緑P890～ |
| | | 当該利用者について、他の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 | <input type="checkbox"/> 算定せず | | 報酬告示 別表5木注 留意事項通知第2の6(8) 95号告示 百七の二 | 青P1186～ 1188 緑P890～ |
| | | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算(I) | 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及び栄養状態について確認を行う | <input type="checkbox"/> 実施 | 口腔・栄養スクリーニング様式(参考様式) 情報提供した旨の記録 | 報酬告示 別表7イ～口注17 留意事項通知第2の8(20) 95号告示 十九の二 | 青P322, 323 緑P890～ |
| | | 当該利用者の口腔の健康状態及び栄養状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供 | <input type="checkbox"/> 実施 | | 報酬告示 別表5木注 留意事項通知第2の6(8) 95号告示 百七の二 | 青P1186～ 1188 緑P890～ |
| | | 算定月が次に掲げる基準のいずれにも適合しないこと | | | | |
| | | 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 | <input type="checkbox"/> 該当せず | | | |
| | | 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 | <input type="checkbox"/> 該当せず | | | |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算(II) | 次に掲げる基準(1)か(2)のいずれかに適合すること | | 口腔・栄養スクリーニング様式(参考様式) 情報提供した旨の記録 | 報酬告示 別表7イ～口注17 留意事項通知第2の8(20) 95号告示 十九の二 | 青322, 323 緑P890～ |
| | | (1) 次にかかげる基準のいずれにも適合すること | | | リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一體的取組について(R6.3.15) | リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一體的取組について(R6.3.15) |
| | | 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う | <input type="checkbox"/> 実施 | | | |
| | | ②当該利用者の口腔の健康状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供 | <input type="checkbox"/> 実施 | | | |
| | | ③算定月が、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 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | ④算定月が、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ない | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | (2) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること | | | | |
| | | ①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う | <input type="checkbox"/> 実施 | | | |
| | | ②当該利用者の栄養状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供 | <input type="checkbox"/> 実施 | | | |
| | | ③算定月が、栄養アセスメント加算を算定していないかつ当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月でない | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | ④算定月が、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 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | | | |
|-------------------------|-------------------------|---|--------------------------------------|--|---|--|---|--------|
| | | | | | 介護 | 予防 | | |
| 口腔機能向上加算 (I) (II) 共通 | 口腔機能向上加算 (I) (II) 共通 | 言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | 出勤簿、勤務表、資格証 口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式) 利用者又は家族が同意した旨の記録 口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式) 介護給付費請求書及び明細書 | 報酬告示 別表7イ～口注18 留意事項通知第2の8(21) 95号告示 三十 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一體的取組について(R6.3.15) 平成21年4月改定関係Q&A (vol.1) 問14, 15 (vol.2) 問1 | 青P324～326 緑P890～ 緑P115, 116 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一體的取組について(R6.3.15) 平成21年4月改定関係Q&A (vol.1) 問14, 15 (vol.2) 問1 | | |
| | | 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 | <input type="checkbox"/> あり | | | | | |
| | | 医師若しくは歯科医師の指示を受けた言語聴覚士若しくは看護職員又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能向上サービスを個別に行っている | <input type="checkbox"/> 合致 | | | | | |
| | | 必要に応じ、介護支援専門員を通じての主治の歯科医師等への情報提供、受診勧奨などの措置 | <input type="checkbox"/> あり若しくは必要がない | | | | | |
| | | 利用者が歯科医療を受診をしている場合で、医療保険において歯科診療点数表に掲げる摂食機能療法の算定をしておらず、かつ介護保健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」を行っている | <input type="checkbox"/> 満たす | | | | | |
| | | 利用者に対する計画の説明及び同意の有無 | <input type="checkbox"/> あり | | | | | |
| | | 計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成 | <input type="checkbox"/> おおむね3月ごとに実施 | | | | | |
| | | 利用者ごとの計画の進捗状況を定期的に評価、介護支援専門員等への情報提供 | <input type="checkbox"/> 満たす | | | | | |
| | | 定員、人員基準に適合 | <input type="checkbox"/> 満たす | | | | | |
| | | 月の算定回数 | <input type="checkbox"/> 2回以下 | | | | | |
| 口腔機能向上加算 (I) | 口腔機能向上加算 (I) | リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | | |
| 口腔機能向上加算 (II)イ | 口腔機能向上加算 (II)イ | 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 | <input type="checkbox"/> 該当 | | 科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について(R6.3.15) | 緑P875～ | 科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について(R6.3.15) | 緑P875～ |
| | | 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している | <input type="checkbox"/> 実施 | | | | | |
| 口腔機能向上加算 (II)ロ | 口腔機能向上加算 (II)ロ | リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | | 科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について(R6.3.15) | 緑P875～ | 科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について(R6.3.15) | 緑P875～ |
| | | 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している | <input type="checkbox"/> 実施 | | | | | |
| 重度療養管理加算 | 重度療養管理加算 | 要介護3、要介護4又は要介護5に該当 | <input type="checkbox"/> 合致 | 利用者の基本情報 | 報酬告示 別表7イ～口注20 留意事項通知第2の8(22) | 青P326～327 | | |
| | | 厚生労働大臣が定める状態が一定の期間や頻度で継続 | <input type="checkbox"/> 合致 | 利用者の基本情報 | | | | |
| | | 計画的な医学的管理を継続的に実施し、診療録に記録 | <input type="checkbox"/> あり | 診療録 | | | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | |
|-------------|-------------|--|-----------------------------|------------------|---|--------------------------------------|
| | | | | | 介護 | 予防 |
| 中重度者ケア体制加算 | 中重度者ケア体制加算 | 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 | <input type="checkbox"/> 合致 | 出勤簿、勤務表、資格証 | 報酬告示 別表 7イ～ロ注21 留意事項通知 第2の8(23) | |
| | | 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 | <input type="checkbox"/> 合致 | 利用者的基本情報 | | |
| | | 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 | <input type="checkbox"/> 配置 | 出勤簿、勤務表、資格証 | | |
| | | 中重度の要介護者であっても社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するリハビリテーションを計画的に実施するプログラムを作成している | <input type="checkbox"/> あり | リハビリテーション実施プログラム | | |
| | | 看護職員の配置のない日は算定不可 | <input type="checkbox"/> 合致 | 出勤簿、勤務表、実施記録 | | |
| 科学的介護推進体制加算 | 科学的介護推進体制加算 | 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 | <input type="checkbox"/> 該当 | | 報酬告示 別表 7イ～ロ注22 留意事項通知 第2の8(24) | 報酬告示 別表 5チ注 留意事項通知 第2の6(13) |
| | | 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、厚生労働省に提出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 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| 移行支援加算 | 移行支援加算 | 通所リハビリテーション計画に家庭や社会への参加を可能とするための目標を作成した上で、利用者のADL及びIADLを向上させ、指定通所介護等（通所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は除く。）に移行させるリハビリテーションを実施している | <input type="checkbox"/> 合致 | リハビリテーション実施プログラム | 報酬告示 別表 7ニ注 95号告示 三十二 94号告示 十九 留意事項通知 第2の8(30) | |
| | | 評価対象期間において通所リハビリテーションの提供を終了した者のうち指定通所介護等（指定通所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 | <input type="checkbox"/> 合致 | 実施記録 | | |
| | | 評価対象期間中に通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、通所リハビリテーション従業者が、通所リハビリテーション終了者に対して、通所リハビリテーション終了者の通所介護等の実施状況を確認し、記録していること | <input type="checkbox"/> あり | 実施記録 | | |
| | | 12を当該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 | <input type="checkbox"/> 合致 | | | |
| | | 通所リハビリテーション終了者が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 | <input type="checkbox"/> あり | リハビリテーション計画書 | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | | | |
|------|------------------|---|-----------------------------|-------------------------------------|--|---------------------|--------------------------------------|------------------|
| | | | | | 介護 | 予防 | | |
| | 退院時共同指導加算 | 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、言語聴覚士その他の従業者との間で当該者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。）を行っているか | <input type="checkbox"/> 該当 | | 報酬告示 別表 7ハ注 留意事項通知 第2の8(29) | 青P330, 331 | 報酬告示 別表 5口注 留意事項通知 第2の6(7) | 青 P1182, 1183 |
| | | 退院時共同指導を行った場合は、その内容を記録しているか | <input type="checkbox"/> 該当 | | | | | |
| | 同一建物居住者等に対する減算 | 事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から当該事業所に通う者については、所定単位を減算する。※「同一建物」とは事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物。 ・建物の1階部分に通所リハビリテーション事業所がある場合や、建物と渡り廊下等で繋がっている場合は該当。 ・同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は非該当。 ※当該建築物の管理、運営法人が当該通所リハビリテーション事業所の事業者と異なる場合であっても該当。 ※減算の対象は、通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する者及び同一建物から通所リハビリテーションを利用する者に限られる。 | <input type="checkbox"/> 該当 | 利用者の基本情報 | 報酬告示 別表 7イ～口注23 留意事項通知 第2の8(25) | 青P330, 331 緑P22 | 報酬告示 別表 5イ注9 留意事項通知 第2の6(6) | 青 P1180, 1181 |
| | | 傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して送迎を行った場合は、例外的に減算対象とならない。 具体的には、傷病により一時的に歩行困難となった者又は歩行困難な要介護者であって、かつ建物の構造上自力での通所が困難である者に対し、2人以上の従業者が、当該利用者の居住する場所と当該指定通所リハビリテーション事業所の間の往復の移動を介助した場合に限られる。ただし、この場合、2人以上の従業者による移動介助を必要とする理由や移動介助の方法及び期間について、介護支援専門員とサービス担当者会議等で慎重に検討し、その内容及び結果について通所リハビリテーション計画に記載し、移動介助者及び移動介助時の利用者の様子等について、記録しなければならない。 | <input type="checkbox"/> 該当 | 実施記録 | 「平成24年度 介護報酬改定 に関するQ&A (Vol. 1)」問 55 | | | |
| | 事業者が送迎を行わない場合の減算 | 居宅と事業所間の送迎を行わない場合は、片道ごとに所定単位を減算している（同一建物居住者等に係る減算の対象者を除く） | <input type="checkbox"/> 合致 | 実施記録、送迎の 記録 通所リハビリテー ション計画 | 報酬告示 別表 7イ～口注24 留意事項通知 第2の8(26) | 青P330, 331 緑P116 | | |
| | | 通所リハビリテーション計画に送迎の有無の位置付けはされているか | <input type="checkbox"/> あり | | | | | |
| | | 事業所の職員が徒歩で送迎した場合は、減算の対象にはならない | <input type="checkbox"/> 合致 | | | | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | |
|------|---|--|---|------|---|--|
| | | | | | 介護 | 予防 |
| | 【介護予防】 介護予防通所リハビリテーションの利用を開始して12月を超えた場合の減算 | 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月を超えて介護予防通所リハビリテーションを実施した場合減算をしている ただし、下記基準を満たす場合を除く | <input type="checkbox"/> 該当 | | | 報酬告示 別表 青P1183 5イ～ロ注10 留意事項通知 第2の6(5) |
| | | 利用開始日の属する月から12月を超えて介護予防通所リハビリテーションを行う場合の減算を行わない基準 ・3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直していること ・利用者ごとのリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること | <input type="checkbox"/> いずれにも該当 | | | |
| | サービス提供体制強化加算（Ⅰ） （Ⅱ）（Ⅲ）共通 | 前年度（3月を除く）の職員の割合につき、毎年度記録しているか。また、前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出を行った月以降についても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に維持しており、その割合について毎月記録しているか | <input type="checkbox"/> 適合 | | 報酬告示 別表 青P334, 335 7ホ注 95号告示 三十三 留意事項通知 第2の8(31) | 報酬告示 別表 青P1192 5ソ注 95号告示 百十 三 緑P14～17 緑P14～17 |
| | サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない | <input type="checkbox"/> 適合 | | | |
| | サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 次の①、②のいずれかに適合 ①介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上 ②介護職員のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上 | <input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす | | 職員台帳（履歴書）、資格証等 | |
| | サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上 | <input type="checkbox"/> 適合 | | | |
| | | 次の①、②のいずれかに適合 ①介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上 ②リハビリテーションを直接提供する職員（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員等）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 | <input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たす | | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | |
|-----------------------|------|--|-----------------------------|------|---|---|
| | | | | | 介護 | 予防 |
| 【介護予防】 一体的サービス提供加算 | | 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ている | <input type="checkbox"/> 該当 | | | 報酬告示 別表 5ト注 |
| | | 利用者が介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において当該利用者に対し栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設けていること | <input type="checkbox"/> 該当 | | | 留意事項通知 第2の6(12) |
| | | 同月中に利用者に対し、栄養改善加算を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 同月中に利用者に対し、口腔機能向上加算を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | | 1 介護職員処遇改善加算の算定額を上回る介護職員の賃金改善を実施すること | <input type="checkbox"/> 該当 | | 報酬告示 別表 7へ注1 | 報酬告示 別表 5又注1 |
| | | 2 1の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、県に届け出ていること | <input type="checkbox"/> 該当 | | 「介護職員等 処遇改善加算 等に関する基 本的考え方並 びに事務処理 手順及び様式 例の提示につ いて」 | 「介護職員等 処遇改善加算 等に関する基 本的考え方並 びに事務処理 手順及び様式 例の提示につ いて」 |
| | | 3 次に掲げる基準のいずれにも適合すること | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | (1)【月額賃金改善要件Ⅰ】 加算Ⅳの加算額の2分の1以上に相当する額以上を、基本給又は毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の改善に充てている。 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | (2)【月額賃金改善要件Ⅱ】 令和6年5月31日時点で、旧処遇改善加算を算定し、かつ、旧ベースアップ等加算を算定していない事業所が、令和8年3月31日までに新規に加算ⅠからⅣまでのいずれかを算定する場合は、仮に旧ベースアップ等加算を算定する場合に見込まれる加算額の3分の2以上の基本給等の引上げを実施している。 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | (3)【キャリアパス要件Ⅰ】（任用要件・賃金体系の整備等） 次に掲げる要件の全てに適合すること ア 介護職員の任用の際ににおける職位、職責又は職務内容等の要件を定めていること。 イ アに掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系について定めていること。 ウ ア及びイの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。 | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |

| 届出状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | |
|----------------|------|---|-----------------------------|------|--|--|
| | | | | | 介護 | 予防 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） | | (4) 【キャリアパス要件Ⅱ】（研修の実施等） 次に掲げる要件の全てに適合すること ア 介護職員の資質向上又は資格取得のための支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること イ アについて、全ての介護職員に周知していること | <input type="checkbox"/> 該当 | | 報酬告示 別表 7へ注1 「介護職員等 処遇改善加算 等に関する基 本的考え方並 びに事務処理 手順及び様式 例の提示につ いて」 | 報酬告示 別表 5又注1 「介護職員等 処遇改善加算 等に関する基 本的考え方並 びに事務処理 手順及び様式 例の提示につ いて」 |
| | | (5) 【キャリアパス要件Ⅲ】（昇給の仕組みの整備等） 次に掲げる要件の全てに適合すること ア 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること イ アの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | (6) 【キャリアパス要件Ⅳ】（改善後の年額賃金要件） 「経験・技能のある介護職員」のうち1人以上は、賃金改善前の賃金の見込み額が年額440万円以上であること（加算等による賃金改善以前の賃金が年額440万円以上の者を除く） | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | (7) 【キャリアパス要件Ⅴ】（介護福祉士の配置要件） サービス類型ごとに以下の届出を行っていること ・介護老人保健施設、介護医療院、（介護予防）認知症対応型共同生活介護、（介護予防）通所リハビリテーション サービス提供体制強化加算Ⅰ又はⅡを算定していること ・介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設 サービス提供体制強化加算Ⅰ又はⅡを算定している、若しくは日常生活継続支援加算Ⅰ又はⅡを算定していること ・（介護予防）特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護 サービス提供体制強化加算Ⅰ又はⅡを算定している、若しくは入居継続支援加算Ⅰ又はⅡを算定していること ・（介護予防）短期入所生活介護、（介護予防）短期入所療養介護 サービス提供体制強化加算Ⅰ又はⅡを算定していること、若しくは本体施設において旧特定加算Ⅰ又は加算Ⅰの届出があること | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | (8) 【職場環境等要件】 届出に係る計画の期間中に実施する処遇改善（賃金改善を除く）の内容を全ての介護職員に周知していること | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 4 事業年度ごとに介護職員処遇改善実績報告書を作成し、市に提出していること | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 5 賃金改善を行う方法等について計画書を用いて職員に周知するとともに、就業規則等の内容についても職員に周知すること | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | | 6 労働基準法等を遵守すること | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） | | 加算（Ⅰ）の1から2、4から6に加え、3(1)から(6)及び(8)の要件をすべて満たすこと | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |

| 届出 状況 | 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | 確認書類 | 根拠となる法令等 | |
|----------|----------------------------------|---|-----------------------------|-----------------|----------|-----------------|
| | | | | | 介護 | 予防 |
| | 介護職員処遇改善 加算 (Ⅲ) | 加算 (I) の1から2、4から6に加え、3(1)から(5)及び(8)の要件をすべて満たすこと | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | 介護職員処遇改善 加算 (Ⅳ) | 加算 (I) の1から2、4から6に加え、3(1)から(4)及び(8)の要件をすべて満たすこと | <input type="checkbox"/> 該当 | | | |
| | 介護職員処遇改善 加算 (V) (1) ～ (14) | 令和6年5月31日時点で算定していた加算に応じて定められた各要件を満たすこと | <input type="checkbox"/> 該当 | 報酬告示 別表 7へ注2 | 青P337 | 報酬告示 別表 5又注2 |