

# 実地検査指導事項票

指定（介護予防）通所リハビリテーション（運営管理）

検査日：令和 年（ ） 月 日（ ） 事業者名称： \_\_\_\_\_

事業所名称： \_\_\_\_\_

検査員所属：八王子市 福祉部 指導監査課 介護・高齢担当 \_\_\_\_\_

検査員氏名： \_\_\_\_\_

## 【注意事項】

- この指導事項票は、事業所等が遵守すべき主な項目を記載しており、検査員が検査当日に遵守されていないと認められた指導事項について、事業所等の方と、相互にその内容を確認するためのものです。
- 下表の指導事項欄にチェックした項目が、遵守されていないと認められた指導事項です。
- 後日通知する「検査結果」により、文書で改善を指示しなかった事項が、口頭での指導事項に該当します。この口頭での指導事項についても、改善を図ってください。
- 今後、精査・確認等により、後日、この指導事項票を差し替えることがあります。

指導事項	検査項目	確認欄	備考
<b>I 人員に関する基準</b>			
	1 従業員の配置		
	(1) 専任の常勤医師が1人以上勤務しているか。(兼務の条件を満たしているか。)		
	(2) 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の員数は、単位ごとに提供時間帯を通じて10：1以上になっているか。		
	(3) (2)の従事者のうち、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の員数は適正か。(100：1以上)		
	その他指導事項等		
<b>II 設備に関する基準</b>			
	1 設備及び備品等		
	(1) 平面図に合致しているか。		
	(2) 使用目的に沿って使われているか。		
	その他指導事項等		
<b>III 運営に関する基準</b>			
	1 運営規程		
	(1) 必要な項目は規定されているか。		
	(2) 規程の内容は適切か。		
	2 勤務体制の確保等 ※ (4)は令和6年4月1日より適用		
	(1) 月ごとの勤務表を作成しているか。		
	通所リハビリテーション従業者について、日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、専従の生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導員の配置、管理者との兼務関係等を明確にしているか。		
	(2) 雇用契約等を締結しているか。		
	(3) 資質向上のための研修等の機会を確保しているか。		
	(4) 認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるための措置を講じているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	(5) セクハラ及びパワハラを防止するため、方針の明確化等（周知・啓発、相談）の必要な措置を講じているか。		
	<b>3 業務継続計画の策定等 ※ 令和6年4月1日より適用</b>		
	(1) 感染症、非常災害発生時のサービスの継続実施及び早期の業務再開の計画（業務継続計画）の策定及び必要な措置を講じているか。		
	(2) 従業員に対して計画を周知しているか。		
	(3) 業務継続計画に係る研修について。		
	① 定期的（年1回以上）に実施しているか。		
	② 新規採用時に実施しているか。（努力義務）		
	③ 研修の内容を記録しているか。		
	(4) 業務継続計画に係る訓練について。		
	① 定期的（年1回以上）に実施しているか。		
	② 訓練の内容を記録しているか。		
	(5) 計画の見直しを行っているか。		
	<b>4 内容及び手続の説明及び同意</b>		
	(1) 重要事項説明書の内容は適切か。		
	(2) 運営規程との相違はないか。		
	<b>5 利用料等の受領</b>		
	(1) 利用者から負担額の支払いを受けているか。		
	(2) 次に掲げる費用は適切か。		
	① 通常の実施地域を超える送迎に要する費用		
	② 通常要する時間を超える提供に伴う費用		
	③ 食事の提供に要する費用		
	④ おむつ代		
	⑤ 日常生活に要する費用		
	(3) (2)に係るサービスの提供に当たって、あらかじめ利用者に説明し、同意を得ているか。		
	(4) 領収証について		
	①領収証を交付しているか。 ※介護給付に係る費用と、その他の費用を区分しているか。		
	②医療費控除額を記載しているか。		
	<b>6 定員の遵守</b>		
	利用定員を超えていないか。		
	<b>7 緊急時等の対応</b>		
	(1) 緊急時対応マニュアル等が整備されているか。		
	(2) 緊急事態が発生した場合、速やかに主治の医師に連絡しているか。		
	<b>8 秘密保持等</b>		
	従業員であった者が、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。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	9 苦情処理		
	(1) 相談窓口、苦情処理の体制及び手順等を文書により説明するとともに、事業所に掲示等しているか。		
	(2) 苦情の内容等を記録し、保管しているか。		
	(3) 苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を自ら行っているか。		
	10 非常災害対策		
	(1) 非常災害に関する具体的な計画を策定しているか。		
	(2) 関係機関への通報及び連携の体制並びに地域との連携の体制を整備しているか。		
	(3) 計画及び体制について、定期的に、従業者に周知するとともに、避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を実施しているか。		
	(4) 防火管理に関する責任者を定めているか。		
	11 衛生管理等 ※ (2)～(4)は令和6年4月1日より適用		
	(1) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保っているか。		
	(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委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知しているか。		
	(3) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備しているか。		
	(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定期的に(年1回以上)実施し、記録しているか。		
	12 事故発生時の対応		
	(1) 事故が発生した場合の対応方法を定めているか。		
	(2) 事故が発生した場合は、区市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡をしているか。		
	(3) 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しているか。		
	(4) 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じているか。		
	(5) 賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに賠償しているか。		
	13 虐待の防止 ※ (1)、(2)及び(4)は令和6年4月1日より適用		
	(1) 虐待の発生・再発防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、従業者に周知しているか。		
	(2) 虐待の発生・再発防止の指針を整備しているか。		
	(3) 虐待防止研修を実施しているか。		
	① 定期的に(年1回以上)実施しているか。		
	② 新規採用時に必ず実施しているか。		
	③ 研修の内容を記録しているか。		
	(4) 上記の措置を適切に実施するための担当者を設定しているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
IV 介護給付費の算定及び取扱い			
	1 所定単位数の算定		
	(1) 利用定員を超える場合、100分の70で算定しているか。		
	(2) 従業者の員数の基準を満たさない場合、100分の70で算定しているか。		
	2 理学療法士等体制強化加算		
	(1) 1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションか。		
	(2) 配置基準を超えて、専従かつ常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置しているか。		
	3 リハビリテーション提供体制加算		
	常時、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上となっているか。 ※所要時間数に応じた単位を算定しているか。		
	4 中重度者ケア体制加算		
	(1) 規定要件を満たす員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保しているか。		
	(2) 前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者総数のうち、要介護3～5の者の占める割合が100分の30以上か。		
	(3) サービス提供時間帯を通じて、専従の看護職員を1名以上配置しているか。		
	5 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）、（Ⅱ）【介護予防のみ】		
	(1) 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）		
	① 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うち、2種類のサービスを実施しているか。		
	② 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、選択的サービスを行っているか。		
	③ 利用者に対し、選択的サービスのうちいずれかのサービスを1月に2回以上行っているか。		
	(2) 選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）		
	① 利用者に対し、選択的サービスのうち3種類のサービスを実施しているか。		
	② (1)の②及び③の基準に適合しているか。		
	6 事業所評価加算【介護予防のみ】		
	(1) 選択的サービスを行っているか。		
	(2) 介護予防通所リハビリテーション事業所の利用実人員数が10名以上であるか。		
	(3) 介護予防通所リハビリテーションを利用した者の数のうち、選択的サービスを利用した者の数の割合が0.6以上であるか。		
	(4) 運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを3月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数のうち、要支援状態区分の維持者数と改善者数（×2）の合計の数の割合が0.7以上であるか。		
	※（2）～（4）は評価対象期間における数値である。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	7 科学的介護推進体制加算		
	(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か。		
	(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、通所リハビリテーションの提供に当たって、(1)に規定する情報等を活用しているか。		
	8 同一建物減算		
	同一建物に居住する者又は同一建物から通う者に対し、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※を減算しているか。 ※傷病その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りでない。 ※介護予防は月単位（要支援1は376単位、要支援2は752単位）		
	9 サービス提供体制強化加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）		
	(1) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		
	① 次のいずれかに適合すること。		
	一 介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の70以上か。		
	二 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以上か。		
	② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
	(2) サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		
	① 介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の50以上か。		
	② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
	(3) サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		
	① 次のいずれかに該当すること。		
	一 介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の40以上か。		
	二 利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の割合が100分の30以上か。		
	② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
	10 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）		
	基準に適合しているか。		
	11 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
	基準に適合しているか。		
	12 介護職員等ベースアップ等支援加算		
	基準に適合しているか。		
	その他指導事項等		

※「介護給付費の算定及び取扱い」において、後日送付する実地検査結果通知の指摘事項となったものは、介護報酬の返還となる場合があります。この場合、返還の対象は、実地検査当日に市が確認した事例に限らず、全ての該当者を自主点検した結果のものとなります。

# 実地検査指導事項票

指定（介護予防）通所リハビリテーション（サー

検査日：令和 年（ ） 月 日（ ） 事業者名称： \_\_\_\_\_

事業所名称： \_\_\_\_\_

検査員所属：八王子市 福祉部 指導監査課 介護・高齢担当 \_\_\_\_\_

検査員氏名： \_\_\_\_\_

## 【注意事項】

- この指導事項票は、事業所等が遵守すべき主な項目を記載しており、検査員が検査当日に遵守されたいと認めた指導事項について、事業所等との方と、相互にその内容を確認するためのものです。
- 下表の指導事項欄にチェックした項目が、遵守されていないと認めた指導事項です。
- 後日通知する「指導結果」により、文書で改善を指示しなかった事項が、口頭での指導事項に該当しこの口頭での指導事項についても、改善を図ってください。
- 今後、精査・確認等により、後日、この指導事項票を差し替えることがあります。

指導事項	検査項目	確認欄	備
I 運営に関する基準			
	1 内容及び手続の説明及び同意		
	サービス提供の開始前に、重要事項を記した文書を交付して説明を行い、文書により同意を得ているか。		
	2 受給資格等の確認		
	被保険者資格、要介護認定の有無、要介護認定の有効期限を確認しているか。		
	3 心身の状況等の把握		
	サービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めているか。		
	4 居宅介護支援事業者等との連携		
	サービス担当者会議等を通じて居宅介護支援事業者、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。		
	5 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供		
	居宅サービス計画に沿ったサービスが提供されているか。		
	6 秘密保持等		
	個人情報を用いる場合の同意を、あらかじめ文書により得ているか。 1. 利用者                      2. 家族代表		
	7 通所リハビリテーション計画の作成		
	(1) 医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら通所リハビリテーションの提供に当たる従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所リハビリテーション計画を作成しているか。		
	(2) 居宅サービス計画の内容に沿って作成しているか。		
	2 勤務体制の確保等 ※ (4)は令和6年4月1日より適用		
	(4) 作成した通所リハビリテーション計画を利用者に交付しているか。		
	(5) 通所リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載しているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備
	(6) サービスの提供の開始時から、少なくとも1月に1回は、利用者の状態、サービスの提供状況等について、介護予防支援事業者に報告するとともに、サービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、当該介護予防通所リハビリテーション計画の実施状況の把握（モニタリング）を行っているか。【介護予防】		
	(7) 通所リハビリテーション計画にサービスの提供を行う期間を記載しているか。【介護予防】		
	(4) 認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるための措置を講じているか。		
	8 サービスの提供の記録		
	通所リハビリテーションを提供した際には、提供日、提供した具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況その他必要な事項を記録しているか。		
	その他指導事項等		
II 介護給付費の算定及び取扱い			
	1 所定単位数の算定		
	(1) 所要時間による区分の取扱いは適正か。		
	(2) 延長加算の取扱いは適正か。		
	2 入浴介助加算		
	(1) 入浴介助加算（Ⅰ）		
	入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助か。		
	(2) 入浴介助加算（Ⅱ）		
	① (1)に適合しているか。		
	② 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しているか。この際、居宅の浴室が、利用者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、訪問した医師等が介護支援専門員又は福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行っているか。		
	③ 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、利用者の身体の状況、訪問により把握した居宅の浴室の環境等を踏まえて個別の入浴計画を作成しているか。		
	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、入浴介助を行っているか。		
	3 リハビリテーションマネジメント加算		
	(1) リハビリテーションマネジメント加算（A）イ		
	① 医師が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対するリハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず中止する際の基準、利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行っているか。		
	② ①における指示を行った医師又は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、指示の内容が①に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるよう記録しているか。		
	③ リハビリテーション会議を開催し、専門的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。		
	④ 通所リハビリテーション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、説明した内容等を医師へ報告しているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備
	⑤ 通所リハビリテーション計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあつては1月に1回以上、6月を超えた場合にあつては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、計画の見直しをしているか。		
	⑥ 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、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。		
	⑦ 以下のいずれかに適合しているか。		
	一 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等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、専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行っているか。		
	二 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行っているか。		
	⑧ ①～⑦に適合することを確認し、記録しているか。		
	(2) リハビリテーションマネジメント加算 (A)口		
	① (1)の①～⑧に掲げる基準のいずれにも適合しているか。		
	② 利用者ごとの通所リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報等を活用しているか。		
	(3) リハビリテーションマネジメント加算 (B)イ		
	① (1)の①～③及び⑤～⑦のいずれにも適合しているか。		
	② 通所リハビリテーション計画について、医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ているか。		
	③ ①及び②に適合することを確認し、記録しているか。		
	(4) リハビリテーションマネジメント加算 (B)ロ		
	① (3)の①～③のいずれにも適合しているか。		
	② 利用者ごとの通所リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報等を活用しているか。		
	4 短期集中個別リハビリテーション実施加算		
	(1) 身体機能を回復するための集中的なリハビリテーションを個別に実施しているか。		
	(2) 退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に、1週につきおおむね2日以上、1日当たり40分以上実施しているか。		
	5 認知症短期集中リハビリテーション実施加算		
	(1) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)		
	1週間に2日を限度として個別にリハビリテーションを実施しているか。		
	(2) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II)		
	① 1月に4回以上リハビリテーションを実施しているか。		
	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。		
	③ リハビリテーションマネジメント加算 (A)イ又はロ若しくは (B)イ又はロまでのいずれかを算定しているか。		
	6 生活行為向上リハビリテーション実施加算		
	(1) 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。		
	(2) 生活行為の内容の充実を図るための目標及び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いるか。		

※指導事項はレ印を付す



指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備
	(3) 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。		
	(4) リハビリテーションマネジメント加算 (A)イ又はロ若しくは (B)イ又はロまでのいずれかを算定しているか。		
	(5) 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。		
	<b>7 若年性認知症利用者受入加算</b>		
	(1) 若年性認知症利用者（初老期における認知症によって要介護者となった者）か。		
	(2) 利用者ごとに担当者を定め、特性に合ったサービスを提供しているか。		
	<b>8 栄養アセスメント加算</b>		
	(1) 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。		
	(2) 利用者ごとに管理栄養士等が共同して栄養アセスメントを3月に1回以上実施し、利用者又は家族にその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応しているか。また、利用者の体重を1月毎に測定しているか。		
	(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、当該情報等を活用しているか。		
	(4) 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栄養改善サービスが終了した日の属する月に、当該加算を算定していないか。（当該加算に基づく栄養アセスメントの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスが必要と判断された場合を除く。）		
	(5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
	<b>9 栄養改善加算</b>		
	(1) 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。		
	(2) 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。		
	(3) 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて居宅を訪問し、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、栄養状態を定期的に記録しているか。		
	(4) 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。		
	(5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
	<b>10 口腔・栄養スクリーニング加算</b>		
	(1) 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）		
	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を確認し、利用者の口腔の健康状態に関する以下の情報を介護支援専門員に提供しているか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者</li> <li>・ 入れ歯を使っている者</li> <li>・ むせやすい者</li> </ul>		
	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し、利用者の栄養状態に関する以下の情報を介護支援専門員に提供しているか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ BMIが18.5未満である者</li> <li>・ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者等</li> <li>・ 血清アルブミン値※が3.5g/dl以下である者 ※年1回以上要確認</li> <li>・ 食事摂取量が不良（75%以下）である者</li> </ul>		
	③ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備
	④ 算定日が属する月が、次のいずれにも該当しないか。		
	ア 栄養アセスメント加算を算定している又は栄養改善加算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栄養改善サービスが終了した日の属する月		
	イ 口腔機能向上加算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口腔機能向上サービスが終了した日の属する月		
	(2) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)		
	次のいずれかに適合しているか。		
	① 次のいずれにも適合しているか。		
	ア (1)の①及び③に掲げる基準に適合しているか。		
	イ 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栄養改善加算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栄養改善サービスが終了した日の属する月であるか。		
	ウ 算定日が属する月が、口腔機能向上加算に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び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か。		
	② 次のいずれにも適合しているか。		
	ア (1)の②及び③に掲げる基準に適合しているか。		
	イ 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、栄養改善加算に係る栄養改善サービスを受けている間又は栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないか。		
	ウ 算定日が属する月が、口腔機能向上加算に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であるか。		
	1 1 口腔機能向上加算		
	(1) 口腔機能向上加算(Ⅰ)		
	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。		
	② 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。		
	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。		
	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。		
	⑤ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
	(2) 口腔機能向上加算(Ⅱ)		
	① (1)に適合しているか。		
	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、当該情報等を活用しているか。		
	1 2 重度療養管理加算		
	(1) 厚生労働大臣が定める状態※にある利用者か。 ※喀痰吸引、人工呼吸器、中心静脈注射、人工腎臓、常時モニター測定、身体障害者4級以上かつストーマ、経鼻胃管・胃瘻、褥瘡、気管切開		
	(2) 要介護3以上か。		
	(3) 所要時間1時間以上2時間未満の介護報酬を算定していないか。		
	1 3 送迎を行わない場合の減算		
	片道につき47単位を所定単位数から減算しているか。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備
	14 移行支援加算		
	(1) 次のいずれにも適合しているか。		
	① 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（介護予防）通所リハビリテーションは除く。）を実施した者の占める割合が、100分の3を超えているか。		
	② 評価対象期間中に通所リハビリテーションを終了した日から起算して14日以降44日以内に、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指定通所介護等（指定（介護予防）通所リハビリテーションは除く。）の実施状況を確認し、記録しているか。		
	(2) 12を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。		
	(3) 通所リハビリテーション終了者が指定通所介護等（指定（介護予防）通所リハビリテーションは除く。）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。		
	15 利用が12月を超える場合の減算【介護予防】		
	介護予防通所リハビリテーションの利用が12月を超える場合は、要支援1は20単位、要支援2は40単位減算しているか。※入院による中断があり、医師の指示内容に変更がある場合は、新たに利用が開始されたものとする。		
	16 運動器機能向上加算【介護予防】		
	(1) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置しているか。		
	(2) 利用者の運動器の機能を利用開始時に把握し、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、運動器機能向上計画を作成しているか。		
	(3) 利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士若しくは看護職員が運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録しているか。		
	(4) 利用者ごとの運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価しているか。		
	(5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
	その他指導事項等		

※「介護給付費の算定及び取扱い」において、後日送付する実地指導結果通知の指摘事項となったものの返還となる場合があります。この場合、返還の対象は、実地指導当日に市が確認した事例に限らず、を自主点検した結果のものとなります。

ビス)

いな

ます。

考
---

考

考

考

考



考

よ、介護報酬  
に於ける該当者