

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】

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 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
I 人員に関する基準			
	1 従業者の配置		
	(1) 専任の常勤医師が1人以上勤務しているか。（兼務の場合は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）		
	(4) 従事者1人が1日に行う指定通所リハビリテーションは2単位までとなっているか。 ※ 1～2時間の通所リハビリテーションは0.5単位として扱う。		
	その他指導事項等		
II 設備に関する基準			
	1 設備及び備品等		
	(1) 指定申請時（更新時含む）又は直近の変更届の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		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
Ⅲ 運営に関する基準			
	1 内容及び手続の説明及び同意		
	(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。		
	2 利用料等の受領		
	(1) 利用者からの費用徴収は適切に行われているか。		
	(2) 領収書を発行しているか。		
	3 緊急時等の対応		
	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。		
	4 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。		
	5 勤務体制の確保等		
	(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。		
	(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。		
	6 業務継続計画の策定等		
	(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) 従業者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。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	(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。		
	7 定員の遵守		
	利用定員を超えていないか。		
	8 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。		
	9 衛生管理等		
	感染症の発生又はまん延しないよう次の措置を講じているか。		
	(1) 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開催（おおむね6月に1回以上）、その結果の周知		
	(2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備		
	(3) 感染症の予防及びまん延の防止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) 感染症の予防及びまん延の防止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。		
	10 秘密保持等		
	退職者を含む従業者が、利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、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
	11 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、事業所に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載しているか。 ※ ウェブサイトへの掲載は、令和7年4月1日から適用。		
	(2) 苦情を受け付けた場合、内容等を記録し、保存しているか。		
	12 事故発生時の対応		
	(1) 市町村、利用者家族、居宅介護支援事業者等に連絡・報告しているか。		
	(2) 事故状況、事故に際して採った処置が記録されているか。		
	(3) 損害賠償すべき事故が発生した場合に、速やかに賠償を行っているか。		
	13 虐待の防止		
	(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、従業員に周知しているか。		
	(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選任しているか。		
	その他指導事項等		
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) 従業員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。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	<p>2 高齢者虐待防止措置未実施減算</p> <p>以下の措置が講じられていない場合、所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算しているか。</p> <p>(1) 虐待防止検討委員会の定期的開催し、従業員へ周知</p> <p>(2) 虐待の防止のための指針整備</p> <p>(3) 従業員への、虐待防止研修の定期的（年1回以上）実施</p> <p>(4) 上記措置を実施するための担当者選任</p>		
	<p>3 業務継続計画未策定減算</p> <p>以下の基準に適合していない場合、所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算しているか。</p> <p>※ 令和7年3月31日までの間、感染症予防まん延防止指針の整備及び非常災害計画の策定を行っている場合には不適用。</p> <p>(1) 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の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定している。</p> <p>(2) 当該業務継続計画に従い必要な措置を講じている。</p>		
	<p>4 理学療法士等体制強化加算</p> <p>(1) 1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションか。</p> <p>(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。</p>		
	<p>5 リハビリテーション提供体制加算</p> <p>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。</p>		
	<p>6 中重度者ケア体制加算</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>		

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、少なくとも3月ごとにLIFEを用いて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		
	<p>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。</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 介護予防は月単位（要支援1は376単位、要支援2は752単位）</p>		
	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。		
	ア 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。		
	イ 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。		
	ア 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。		
	イ 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。		

指導事項	検 査 項 目	確 認 欄	備 考
	10 介護職員等処遇改善加算 （Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）、（Ⅳ）、（Ⅴ）		
	基準に適合しているか。 ※（Ⅴ）は令和7年（2025年）3月31日まで		
	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（サービス）

検査日：令和 年(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】

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 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
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利用申込者又はその家族に説明を行い、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。		

指導事項	検査項目	確認欄	備考
	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 サービスの提供の記録 (1) 介護報酬請求（実績報告）時におけるサービス提供票（居宅サービス計画第6表）及びサービス提供票別表（同第7表）に、サービス提供日、内容及び利用者に代わって受ける法定代理受領額等を適正に記載しているか。 (2) サービス提供記録に、提供した具体的サービスの内容等を記録しているか。		
	7 具体的取扱方針（身体的拘束等の適正化） (1) 身体的拘束等は、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に行っているか。 (2) 身体的拘束等を行う場合に要件（切迫性、非代替性、一時性）を全て満たしているか。 (3) 身体的拘束等を行う際には、その態様及び時間、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。		
	8 通所リハビリテーション計画の作成 (1) 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いるか。 (2) 入院中に受けていたリハビリテーションの内容を把握しているか。 (3) 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把握しているか。 (4) 居宅サービス計画に基づいて通所リハビリテーション計画が立てられているか。 (5) 利用者又はその家族への説明・同意・交付は行われているか。 (6) 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。 (7) 訪問リハビリテーション計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該訪問リハビリテーション計画の変更を行っているか。		

指導事項	検査項目	確認欄	備考
	9 秘密保持等		
	個人情報の利用にあたり、利用者（利用者の情報）及び家族（利用者家族の情報）から同意を得ているか。		
	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（Ⅰ）、（Ⅱ）		
	(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、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」という。）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。		
	③ ②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。 ※ 医師等の訪問が困難な場合は、医師等の指示のもと介護職員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状態を把握した情報を踏まえて、医師等が当該評価及び助言を行っても差し支えない。		
	④ 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、利用者の身体の状態、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。		

指導事項	検査項目	確認欄	備考
	⑤ ④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（利用者の居宅の手すりの位置や、使用する浴槽の深さ及び高さ等に合わせ、当該事業所の浴室に福祉用具等を設置することにより、利用者の浴室の状況を再現しているものをいう）で、入浴介助を行っているか。		
	⑥ 医師等が居宅への訪問を行った際、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と情報共有できているか。		
	⑦ 利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、必要な介護技術の習得に努めているか。		
	3 リハビリテーションマネジメント加算 イ、ロ、ハ		
	(1) リハビリテーションマネジメント加算イ		
	① リハビリテーション会議を開催し、情報を構成員と共有し、会議の内容を記録しているか。		
	② 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対して説明し、利用者の同意を得ているか。また、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が説明した場合は内容を医師に報告しているか。		
	③ 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、計画の見直しをしているか。		
	④ 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。		

指導事項	検査項目	確認欄	備考
	⑤ 以下のいずれかに適合しているか。		
	ア 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。		
	イ 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。		
	⑥ ①～⑤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 □		
	① (1)の①～⑥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、必要な情報を活用しているか。		
	(3) リハビリテーションマネジメント加算 ハ		
	① (2)の①、②に適合しているか。		
	② 管理栄養士を1名以上配置しているか。		
	③ 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。		
	④ 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もの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その結果を説明し、相談等に対応しているか。		
	⑤ 定員超過・人員基準欠如に該当していないか。		
	⑥ 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もの共同して口腔の健康状態を評価し、解決すべき課題の把握を行っているか。		
	⑦ 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(⑧において「関係職種」という。)が相互に必要な情報を共有しているか。		
	⑧ ⑦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。		

指導事項	検査項目	確認欄	備考
	<p>4 短期集中個別リハビリテーション実施加算</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>		
	<p>5 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)、(II)</p> <p>※ 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る場合は、算定しない。</p> <p>(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。</p> <p>(2) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>③ 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。</p>		
	<p>6 生活行為向上リハビリテーション実施加算</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(4) 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。</p> <p>(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。</p>		

指導事項	検査項目	確認欄	備考
	7 若年性認知症利用者受入加算		
	(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）を受け入れているか。		
	(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。		
	8 栄養アセスメント加算		
	(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LIFEを用いて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。		
	9 栄養改善加算		
	(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。		

指導事項	検査項目	確認欄	備考
	10 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）、（Ⅱ）		
	（Ⅰ） 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。		
	ア 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者		
	イ 入れ歯を使っている者		
	ウ むせやすい者		
	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。		
	ア BMIが18.5未満である者		
	イ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者等		
	ウ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者		
	エ 食事摂取量が不良（75%以下）である者		
	③ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないか。		
	④ 他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か。		
	⑤ 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		
	（Ⅱ） 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 （Ⅰ）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間であ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 （Ⅰ）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。		

指導事項	検査項目	確認欄	備考
	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。		
	③ 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。		
	1 1 口腔機能向上加算(Ⅰ)、(Ⅱ)		
	(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)イ		
	① 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。		
	② (1)に適合しているか。		
	③ 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、当該情報等を活用しているか。		
	(3) 口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ		
	① 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か。		
	② (1)及び(2)③に適合しているか。		
	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) 当該医学的管理の内容等を診療録に記録しているか。		
	(4) 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。		

指導事項	検査項目	確認欄	備考
	13 送迎を行わない場合の減算		
	以下の場合は、片道につき47単位減算する。		
	(1) 利用者が自ら通う、若しくは利用者の家族等が送迎していないか。		
	(2) 同一建物減算の対象になっていないか。		
	14 退院時共同指導加算		
	(1) 医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行ったか。		
	(2) 退院時共同指導をテレビ電話装置等を活用する場合、以下の点を満たしているか。		
	・ 当該者又は家族の同意を得ている。		
	・ 個人情報についてガイドラインを遵守している。		
	(3) 退院時共同指導の内容を記録しているか。		
	(4) 他の事業所で当該加算を算定していないか。		
	15 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。②及び（3）において同じ。）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 通所リハビリテーション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の指定通所介護等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。		

指導事項	検査項目	確認欄	備考
	<p>16 利用が12月を超える場合の減算【介護予防】</p> <p>下記の要件を満たさない場合であって、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、1月につき要支援1は120単位、要支援2は240単位減算しているか。</p> <p>(1) 3月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、利用者の情報を構成員と共有し、内容を記録し、計画を見直している。</p> <p>(2) 利用者ごとのリハビリテーション計画の内容等の情報を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あたって、必要な情報を活用している。</p>		
	<p>17 一体的サービス提供加算【介護予防】</p> <p>(1) 同一の月において利用者に対し、基本サービスとしている運動器機能向上サービスに加えて、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを一体的に実施しているか。</p> <p>(2) 運動器機能向上サービス、栄養改善サービス、口腔機能向上サービスを一体的に実施するに当たって、各選択的サービスを担当する専門の職種が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法等について検討しているか。</p> <p>(3) 栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定していないか。</p>		
	<p>その他指導事項等</p>		

※「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、実地指導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。