

104 訪問リハビリテーション費

点検項目	点検事項	点検結果	
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	
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)

点検項目	点検事項	点検結果	
リハビリテーションマネジメント加算 (A)イ	指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対してリハビリの目的、留意事項、中止する際の基準、リハビリにおける利用者への負荷等のいずれか一以上の指示	<input type="checkbox"/> 実施	リハビリテーション計画書(参考様式)
	指示の内容の記録(医師又は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による)	<input type="checkbox"/> あり	
	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	
	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、同意、説明内容を医師に報告	<input type="checkbox"/> あり	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	リハビリテーション会議録、プロセス管理票(参考様式)
	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を通じて他のサービス事業者への情報伝達	<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"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
	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"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
上記を全て記録	<input type="checkbox"/> 該当		

点検項目	点検事項	点検結果	
リハビリテーションマネジメント加算 (A) 口	指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対してリハビリの目的、留意事項、中止する際の基準、リハビリにおける利用者への負荷等のいずれか一以上の指示	<input type="checkbox"/> 実施	リハビリテーション計画書(参考様式)
	指示の内容の記録(医師又は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による)	<input type="checkbox"/> あり	
	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	
	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、同意、説明内容を医師に報告	<input type="checkbox"/> あり	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	リハビリテーション会議録、プロセス管理票(参考様式)
	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を通じて他のサービス事業者への情報伝達	<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"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
	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"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
	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	

点検項目	点検事項	点検結果	
リハビリテーションマネジメント加算 (B)イ	指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対してリハビリの目的、留意事項、中止する際の基準、リハビリにおける利用者への負荷等のいずれかー以上の指示	<input type="checkbox"/> 実施	リハビリテーション計画書(参考様式)
	指示の内容の記録(医師又は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による)	<input type="checkbox"/> あり	
	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	
	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	リハビリテーション会議録、プロセス管理票(参考様式)
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が在宅介護支援事業者を通じて他のサービス事業者への情報伝達	<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"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
	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"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
	医師による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、同意	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
	上記を全て記録	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
リハビリテーションマネジメント加算 (B) 口	指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対してリハビリの目的、留意事項、中止する際の基準、リハビリにおける利用者への負荷等のいずれか一以上の指示	<input type="checkbox"/> 実施	リハビリテーション計画書(参考様式)
	指示の内容の記録(医師又は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による)	<input type="checkbox"/> あり	
	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	
	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	リハビリテーション会議録、プロセス管理票(参考様式)
	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を通じて他のサービス事業者への情報伝達	<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"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
	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"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
	医師による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、同意	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書及びプロセス管理票(参考様式)
	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	
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	リハビリテーション計画の作成に係る事業所の医師の診療の実施	<input type="checkbox"/> なし	

点検項目	点検事項	点検結果	
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	リハビリテーション計画書(参考様式)
	12月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	リハビリテーション計画書(参考様式)
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	