

(介護予防)訪問リハビリテーション実地指導 事前提出資料

事業者名(法人名) :

事業者(法人)代表者職・氏名 :

事業所名 :

(住所) : 新潟市

担当者職・氏名 : (連絡先 TEL)

指導年月日 : 平成 年 月 日

- (提出資料)
- ① 自己点検表
 - ② 勤務実績表
 - ③ 加算等一覧、自己点検表(加算等)
 - ④ 状況報告書
 - ⑤ パンフレット等事業所の概要がわかるもの
 - ⑥ 組織図(職・氏名が入っているもの)
 - ⑦ 平面図(上記⑤に平面図が含まれている場合は省略可)
 - ⑧ サービス契約書、重要事項説明書

自己点検表（（介護予防）訪問リハビリテーション）

事業所名称		点検年月日	
記入者職氏名			

※ 根拠条文は、「新潟市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例」、「新潟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の基準に関する条例」を指します。

太枠で囲っている点検事項の点検結果を記入してください。なお、他に勤務実績表、加算一覧、自己点検表(加算等)のシートも記入してください。

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
		適	不適				
I 人員基準 (注)							
1 従業者の員数	(1) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を適当数配置していますか。 → 下記の数値について記載してください。 ① 理学療法士の人数 _____ (人) ② 作業療法士の人数 _____ (人) ③ 言語聴覚士の人数 _____ (人)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第81条(第80条)	職員名簿、職員勤務表、資格証	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)

(注) 「勤務表(実地指導月の前々月分)」を添付して下さい。なお、勤務表については、次の事項を明記して下さい。

- ① 兼務を含めた職種
- ② 常勤職員の勤務すべき1週間の勤務時間
- ③ 常勤・非常勤の別
- ④ 利用者数(実績)

また、既存の勤務を管理した表が勤務実績表の項目を満たすものであれば、その添付により代えることができます。

II 設備基準								
1 設備及び備品等	(1)	事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画が設けられ、指定訪問リハビリテーションの提供に必要な設備及び備品等を備えていますか。 ※業務に支障がないときは、区画が明確に特定されていればよく、また、設備等は当該病院、診療所又は介護老人保健施設の診療用のもを使用可。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第82条(第81条)	平面図(現地確認)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(2)	設備及び備品等は、利用者へのサービスの向上及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の業務の負担の軽減を図るため、常に技術の進歩に配慮して備えるよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			平面図(現地確認)	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄	
		適	不適					
Ⅲ 運営基準								
1 内容及び手続きの説明及び同意	(1)	a	指定訪問リハビリテーションの提供の開始に際し、利用申込者又はその家族に対し、重要事項（※）について記した文書を交付して説明を行い、提供の開始について利用申込者の同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第9条準用（第51条の2）	重要事項説明書等	※（適・要検討・否）
			※重要事項説明書に記載されているものに○印を記入してください。					
			項目	記入欄				
			・事業の目的及び運営方針					
			・従業者の職種、員数及び職務の内容					
			・営業日及び営業時間					
			・利用料その他の費用の額					
			・通常の事業の実施地域					
			・事故発生時の対応					
			・苦情処理の体制					
			記載している苦情申出窓口を記入してください。					
		b	指定訪問リハビリテーションの提供の開始に当たっての利用申込者の同意については、書面によって確認していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（適・要検討・否）
2 提供拒否の禁止	(1)		正当な理由（※）なく指定訪問リハビリテーションの提供を拒んだことはありませんか。 ※ ①事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合、②利用申込者の居住地が事業所の通常の事業の実施地域外である場合 等 《注意》 拒んだことがない場合は「適」に、拒んだことがある場合は「不適」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第10条準用（第51条の3）	利用申込受付簿、苦情受付簿等	※（適・要検討・否）
3 サービス提供困難時の対応	(1)		上記2（1）の正当な理由により、自ら適切な指定訪問リハビリテーションの提供が困難な場合、利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他事業者等の紹介など必要な措置を速やかに取っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第11条準用（第51条の4）	サービス提供依頼書等	※（適・要検討・否）
4 受給資格等の確認	(1)		被保険者証によって、被保険者資格等の確認を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第12条準用（第51条の5）	被保険者証の写し、利用者に関する	※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
		適	不適				
	(2)	被保険者証に認定審査会意見が記載されている場合には、その意見に配慮して指定訪問リハビリテーションを提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		る記録等	※（適・要検討・否）
5 要介護認定の申請に係る援助	(1)	利用申込者が要介護認定を受けていない場合、既に要介護認定の申請をしているか確認していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		利用者に関する記録	※（適・要検討・否）
	(2)	利用申込者が要介護認定を申請していない場合、利用申込者の意思を踏まえて速やかに申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（適・要検討・否）
	(3)	居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			※（適・要検討・否）
6 心身の状況等の把握	(1)	利用者に係る居宅介護支援事業者が開催する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等の把握に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第14条準用（第51条の7）	利用者に関する記録、サービス担当者会議の記録等	※（適・要検討・否）
7 居宅介護支援事業者等との連携	(1)	指定訪問リハビリテーションを提供するに当たっては、居宅介護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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第69条準用（第69条）	情報提供に関する記録	※（適・要検討・否）
	(2)	指定訪問リハビリテーションの提供の終了に際し、利用者又はその家族に対し適切な指導を行うとともに、主治医及び居宅介護支援事業者に対する情報の提供並びに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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		指導に関する記録	※（適・要検討・否）
8 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助	(1)	指定訪問リハビリテーションの提供の開始に際し、法定代理受領サービスの届出をしていない利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画の作成を居宅介護支援事業者等に依頼する旨を市に対して届け出ること等により、指定訪問リハビリテーションの提供を法定代理受領サービスとして受けることができる旨を説明すること、居宅介護支援事業者に関する情報を提供することその他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行っていますか。 ※ 「法定代理受領サービス」とは、居宅サービス事業者に対し、市又は国保連から直接居宅サービス費（利用者負担分を除く）が支払われる場合の居宅サービス（指定訪問リハビリテーション）のことをいう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条例第16条準用（第51条の9）	利用者の届出書	※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
		適	不適				
9 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	(1) 居宅サービス計画が作成されている場合は、その計画に沿った指定訪問リハビリテーションを提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第17条準用（第51条の10）	居宅サービス計画 訪問リハビリテーション計画等 サービス提供記録等 (現地確認)	※（適・要検討・否）
10 居宅サービス計画等の変更の援助	(1) 利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡など必要な援助を行っていますか。 ※ 利用者の状態の変更等により追加的なサービスが必要になった場合等で、利用者が変更の必要性に同意した場合を含む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第18条準用（第51条の11）	同上	※（適・要検討・否）
11 身分を証する書類の携行	(1) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に身分を明らかにする証書や名札等を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族の求めに応じて提示するよう指導していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第19条準用（第51条の12）	就業規則、業務マニュアル、身分を証する書類	※（適・要検討・否）
12 サービス提供の記録	(1) 指定訪問リハビリテーションを提供した際は、その提供日、内容など必要な事項を利用者の居宅サービス計画の書面又はサービス利用票等に記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第20条準用（第51条の13）	サービス提供票、居宅サービス計画、訪問リハビリテーション報告書等	※（適・要検討・否）
	(2) 利用者からの申出があった場合に、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）
13 利用料等の受領	(1) 法定代理受領サービスに該当する指定訪問リハビリテーションを提供した際には、利用者から利用者負担分（1割又は2割負担）の支払を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第83条（第82条）	サービス提供票、領収証 運営規程（利用料その他の費用の確認）、サービス提供票、領収証	※（適・要検討・否）
	(2) 法定代理受領サービスでない指定訪問リハビリテーションを提供した際の利用料の額及び法定代理受領サービスである指定訪問リハビリテーションに係る費用の額と、医療保険給付の対象となる健康保険法又は高齢者医療確保法の指定訪問リハビリテーションの費用の額の間不合理な差額を設けていませんか。 《注意》 設けていない場合は「適」に、設けている場合は「不適」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
		適	不適				
	(3) 利用者の選定により通常の事業の実施地域外での指定訪問リハビリテーションに要した交通費の額の支払を利用者から受ける場合は、あらかじめ、利用者又はその家族に説明を行い、利用者の同意を得ていますか。 ※ 「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」を算定する利用者については、上記交通費を保険給付外費用として徴収することは不可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			重要事項説明書、運営規程(実施区域の確認)、領収証控	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
14 保険給付の請求のための証明書の交付	(1) 法定代理受領サービスでない指定訪問リハビリテーションに係る利用料の支払を受けた場合は、サービス提供証明書を利用者に交付していますか。 ※ ここでいう「サービス提供証明書」は、利用者が保険給付を請求する上で必要と認められる事項を記載したもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第22条準用(第52条の2)	サービス提供証明書控	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
15 指定訪問リハビリテーションの基本取扱方針	(1) 利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、リハビリテーションの目標を設定し、計画的に行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第84条(第86条)	訪問リハビリテーション計画書、サービス実施記録、利用者に関する記録、状況報告書の3(5)等	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(2) 自らその提供する指定訪問リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
16 指定訪問リハビリテーションの具体的取扱方針	(1) 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第85条(第87条第7号～第10号)	医師の指示書、訪問リハビリテーション計画書、パンフレット等	※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(2) 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※ (適 ・ 要検討 ・ 否)
	(3) 常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				※ (適 ・ 要検討 ・ 否)

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄	
		適	不適					
	(4)	訪問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について、診療記録を作成するとともに、医師に報告していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		訪問リハビリテーション計画書、サービス実施記録、医師との連絡記録	※（適・要検討・否）	
	(5)	リハビリテーション会議の開催により、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するよう努め、利用者に対し適切なサービスを提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		リハビリテーション会議の議事録等	※（適・要検討・否）	
17 訪問リハビリテーション計画書の作成	(1)	医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の診療に基づき、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、当該サービスの目標やこの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訪問リハビリテーション計画を作成していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第86条（第87条第1号～第5号、第11号～第14号）	訪問リハビリテーション計画書	※（適・要検討・否）
	(2)	訪問リハビリテーション計画は、居宅サービス計画に沿った内容となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			訪問リハビリテーション計画書、居宅サービス計画	※（適・要検討・否）
	(3)	訪問リハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族に説明を行い、利用者から同意を得ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			訪問リハビリテーション計画書	※（適・要検討・否）
	(4)	訪問リハビリテーション計画を利用者に交付していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			訪問リハビリテーション計画書	※（適・要検討・否）
	(5) a	訪問リハビリテーション計画の作成後、当該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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			訪問リハビリテーション計画書	※（適・要検討・否）
	(5) b	訪問リハビリテーション計画を変更する場合は、上記(1)～(4)を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			訪問リハビリテーション計画書	※（適・要検討・否）
			※ 通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、医師が参加するリハビリテーション会議の開催等を通じて、必要な計画が作成されている場合は、通所リハビリテーション計画作成に係る基準を満たすことをもって、訪問リハビリテーション計画作成に係る基準を満たすものとみなすことができる。				条例第86条第5項（第87条第6号）	
18 利用者に関する市への通知	(1)	利用者が以下の事項に該当する場合には、遅滞なく、意見を付して市への通知を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第27条準用（第52条の3）	市への通知の写し等	※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項		点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
			適	不適				
		<ul style="list-style-type: none"> ・指定訪問リハビリテーションの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められる場合 ・偽りその他不正な行為により給付を受けた、又は受けようとした場合 						
19 管理者の責務	(1)	管理者は、事業所の従業者の管理、利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第56条準用（第54条）	組織図等	※（適・要検討・否）
20 運営規程	(1)	以下の事項を運営規程に定めていますか。 <ul style="list-style-type: none"> ・事業の目的及び運営の方針 ・従業者の職種、員数及び職務内容 ・営業日及び営業時間 ・指定訪問リハビリテーションの利用料及びその他の費用の額 ・通常の事業の実施地域 ・その他運営に関する重要事項 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第87条（第83条）	運営規程	※（適・要検討・否）
21 勤務体制の確保等	(1)	利用者に対し、適切な指定訪問リハビリテーションを提供できるよう事業所ごとに従業者の勤務の体制（日々の勤務時間、職務内容、常勤・非常勤の別等）を定めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第32条準用（第55条の2）	職員勤務表	※（適・要検討・否）
	(2)	事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士によって指定訪問リハビリテーションを提供していますか。 《注意》 「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士」とは、雇用契約その他の契約により、管理者の指揮命令下にある者を指す。なお、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士については、労働者派遣法に規定する派遣労働者であってはならない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			職員勤務表、組織図等	※（適・要検討・否）
	(3)	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の資質の向上のために、研修の機会を確保していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			状況報告書の3(4)等	※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項		点検結果		備 考	根拠条文	参照	記 入 欄
			適	不適				
22 衛生管理等	(1)	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行っていますか。 ※ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が感染源となることを予防する、また感染の危険から守るための対策を講じることを含む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第33条準用（第55条の3）	状況報告書の3(3)等	※（適・要検討・否）
	(2)	設備及び備品等について、衛生的な管理に努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			状況報告書の3(3)等	※（適・要検討・否）
23 掲示	(1)	事業所の見やすい場所に、運営規程の概要等の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第34条準用（第55条の4）	事業所内掲示物（現地確認）	※（適・要検討・否）
24 秘密保持等	(1)	従業者又は従業者であった者が正当な理由なく、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第35条準用（第55条の5）	状況報告書の3(6)等	※（適・要検討・否）
	(2)	サービス担当者会議等において、利用者又はその家族の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ますか。 ※ 指定訪問リハビリテーションの提供開始時における包括的な同意で可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			重要事項説明書等	※（適・要検討・否）
25 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	(1)	居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることへの対償として、金品その他の財産上の利益を供与していませんか。 《注意》 していない場合は「適」に、している場合は「不適」にチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第37条準用（第55条の7）	会計帳簿	※（適・要検討・否）
26 苦情処理	(1)	指定訪問リハビリテーションに係る利用者及びその家族からの苦情を受け付けるための相談窓口や苦情処理体制など必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第38条準用（第55条の8）	状況報告書の3(2)等	※（適・要検討・否）
	(2)	苦情の受付日、内容等を記録・保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			状況報告書の3(2)等	※（適・要検討・否）
	(3)	苦情があった場合、苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			苦情受付簿等	※（適・要検討・否）

点検項目	確認事項	点検結果		備考	根拠条文	参照	記入欄
		適	不適				
	(4) 指定訪問リハビリテーションに対する苦情に関する市・国保連の調査に協力し、指導助言に従って必要な改善を行っていますか。 ※ 市又は国保連からの求めがあった場合、改善の内容を報告することを含む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			市・国保連への調査報告書類等	※（適・要検討・否）
27 地域との連携	(1) 提供した指定訪問リハビリテーションに関する利用者からの苦情に関して、市が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他市が実施する事業に協力するよう努めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第39条準用（第55条の9）		※（適・要検討・否）
28 事故発生時の対応	(1) 指定訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第40条準用（第55条の10）	状況報告書の3(1)等	※（適・要検討・否）
	(2) 事故の状況やその処置について、記録・保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			事故・ヒヤリハット報告書	※（適・要検討・否）
	(3) 賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行なっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			状況報告書の3(1)等	※（適・要検討・否）
	(4) 事故が生じた際には、原因を究明し、再発生を防ぐための対策を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			状況報告書の3(1)等	※（適・要検討・否）
29 会計の区分	(1) 事業所ごとに経理を区分するとともに、他の事業との会計を区分していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第41条準用（第55条の11）	収支決算報告書等	※（適・要検討・否）
30 記録の整備	(1) 従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第88条第1項（第84条第1項）	関係書類	※（適・要検討・否）
	(2) 指定訪問リハビリテーションの提供に関する記録（訪問リハビリテーション計画、サービス実施記録等）を整備し、その完結の日から5年間保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第88条第2項（第84条第2項）	訪問リハビリテーション計画書・サービス実施記録等	※（適・要検討・否）

記入例

勤務実績表

事業所名			
サービスの種類	(介護予防)訪問リハビリテーション		
当該事業所における常勤の従業者(1人当たり)が1週間に勤務すべき時間数	時間		
利用者数(実績)	人	(内訳:要介護者数	人、要支援者数

(年 月分) **基準上規定されている職種の全職員について記載すること**

職種	勤務形態	氏名	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	※注3 分の ビス 時間	備考
			曜日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火		
管理者	B	●田●男	8	8	8	8	8	×	×	8	8	8	0	0	×	×	8	8	0	8	8	×	×					理学療法士と兼務
			兼務の職種別に勤務時間を区分して、職種別に表記すること																									兼務状況を明記すること
理学療法士	A	△山△子	8	8	8	8	8	×	×	8	8	8	研修	研修	×	×	8	8	有休	8	8	×	×					
理学療法士	B	●田●男	0	0	0	0	0	×	×	0	0	0	8	8	×	×	0	0	8	0	0	×	×					
理学療法士	A	◇川◇花	8	8	8	8	8	×	×	8	8	8	有休	有休	×	×	8	8	8	8	8	×	×					
作業療法士	C	○富○恵	6	6	6	6	6	×	×	6	6	6	6	6	×	×	6	6	6	6	6	×	×					

省略

注1: 「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。
 注2: 勤務時間数を1日毎に記入すること。公休の場合は「×」を記入、その他は内容が分かる表記とすること。(例:有給休暇 → 「有休」、育児休暇 → 「育休」等)
 注3: 「1月分のサービス提供時間」欄には、4週分ではなく1月分のサービス提供時間数を記入すること。
 注4: 基準上規定されている職種の全職員について、職種ごとに分けて記入すること。
 注5: 兼務職員は、兼務状況が分かるように記入すること。

加算等一覧

- 介護給付費算定加算一覧(貴事業所で実地指導月の前々月から過去1年間で算定した加算等の名称を記載すること。)

(介護予防) 訪問リハビリテーション	算定した加算等の名称

自己点検表(加算等)

※加算一覧表に記入したものを自己点検してください。
 なお、現地確認を容易にするため、実地指導時には算定根拠となった書類をあらかじめ準備しておいてください。

点検項目	点検事項	点検結果	
訪問リハビリテーション			
訪問リハビリテーション費	居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する訪問リハビリテーションを提供	<input type="checkbox"/> あり	
	訪問リハビリテーション計画にその目的、頻度等を記録	<input type="checkbox"/> あり	
集合住宅減算	① 事業所の所在する建物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建物に居住する利用者に対するサービス提供 ※ 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。	<input type="checkbox"/> 該当	
	② 事業所における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に対するサービスの提供 ※ ①以外の有料老人ホーム等を指す。	<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	
	通常の事業の実施地域を越えて訪問リハビリテーションを行った	<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（Ⅰ）	サービス提供開始時における利用者への医療提供状況等の情報収集	<input type="checkbox"/> 実施	当該加算を算定している場合、加算別表1を作成すること
	収集した情報を踏まえたアセスメントの実施	<input type="checkbox"/> あり	
	リハビリテーション会議の開催によるリハビリテーション計画書の検討	<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書
	利用者等に対するリハビリテーション計画書の説明、同意	<input type="checkbox"/> あり	
	リハビリテーション計画書に基づき医師又は医師の指示を受けたPT、OT又はSTがリハビリを実施、利用者の状態の定期的な記録	<input type="checkbox"/> あり	当該加算を算定している場合、加算別表1を作成すること
	リハビリテーション計画書の評価、見直し（初回）	<input type="checkbox"/> 2週間以内	
	再アセスメントによるリハビリテーション計画書の見直し	<input type="checkbox"/> 約3月ごとに実施	
	見直されたリハビリテーション計画書の担当介護支援専門員等への情報提供	<input type="checkbox"/> 約3月ごとに実施	
	上記リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等）は利用者毎に保管	<input type="checkbox"/> 該当	
	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	リハビリテーション会議録
	終了前1月以内にリハビリテーション会議の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	終了時に介護支援専門員、医師等への情報提供	<input type="checkbox"/> あり	
	リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）	サービス提供開始時における利用者への医療提供状況等の情報収集	<input type="checkbox"/> 実施
収集した情報を踏まえたアセスメントの実施		<input type="checkbox"/> あり	
リハビリテーション会議の開催によるリハビリテーション計画書の検討及び会議内容の記録		<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション会議録
医師による利用者等に対するリハビリテーション計画書の説明、同意		<input type="checkbox"/> あり	リハビリテーション計画書
リハビリテーション計画書に基づき医師又は医師の指示を受けたPT、OT又はSTがリハビリを実施、利用者の状態の定期的な記録		<input type="checkbox"/> あり	
リハビリテーション計画書の評価、見直し（初回）		<input type="checkbox"/> 2週間以内	
リハビリテーション会議の開催によるモニタリング		<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	

点検項目	点検事項	点検結果	
	再アセスメントによるリハビリテーション計画書の見直し	<input type="checkbox"/> 約3月ごとに実施	リハビリテーション会議録 プロセス管理票
	見直されたリハビリテーション計画書の担当介護支援専門員等への情報提供	<input type="checkbox"/> 約3月ごとに実施	
	上記リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等）は利用者毎に保管	<input type="checkbox"/> 該当	
	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	
	終了前1月以内にリハビリテーション会議の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	終了時に介護支援専門員、医師等への情報提供	<input type="checkbox"/> あり	
	プロセス管理票の作成	<input type="checkbox"/> あり	
短期集中リハビリテーション実施加算	リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	起算日より3月以内におおむね週2日以上、1日20分以上を実施	<input type="checkbox"/> 実施	
社会参加支援加算	評価対象期間において、訪問リハビリテーションの提供を終了した者のうち、通所介護等を実施した者の占める割合が100分の5超	<input type="checkbox"/> 該当	当該加算を算定している場合、加算別表2を作成すること
	評価対象期間中に訪問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、訪問リハビリテーション従業者が訪問リハビリテーション終了者に対して居宅訪問等を実施	<input type="checkbox"/> 実施	
	居宅訪問等により、訪問リハビリテーション終了者の通所介護等の実施が、居宅訪問等をした日から起算して、3月以上継続する見込みであることを確認した記録	<input type="checkbox"/> あり	
	訪問リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数	<input type="checkbox"/> 48月以下	
サービス提供体制強化加算	勤続年数3年以上のPT、OT又はSTを1名以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
介護予防訪問リハビリテーション			
集合住宅減算	① 事業所の所在する建物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建物に居住する利用者に対するサービス提供 ※ 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。	<input type="checkbox"/> 該当	
	② 事業所における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に対するサービスの提供 ※ ①以外の有料老人ホーム等を指す。	<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	
	通常の事業の実施地域を越えて訪問リハビリテーションを行った	<input type="checkbox"/> 該当	
短期集中リハビリテーション実施加算	起算日より1月以内に実施（おおむね週2日以上、1日あたり40分以上）	<input type="checkbox"/> 実施	
	起算日より1月を超え3月以内に実施（おおむね週2日以上、1日あたり20分以上）	<input type="checkbox"/> 実施	
介護予防訪問介護計画を作成する上での必要な指導及び助言	介護予防訪問介護事業所のサービス提供責任者に同行し利用者の居宅を訪問	<input type="checkbox"/> あり	
	利用者の身体の状態、家屋の状態、家屋内におけるADL等の評価	<input type="checkbox"/> あり	
	サービス提供責任者へ介護予防訪問介護計画を作成する上での必要な指導及び助言	<input type="checkbox"/> あり	
	指導及び助言の内容を診療録へ記載	<input type="checkbox"/> あり	診療録
サービス提供体制強化加算	勤続年数3年以上のPT、OT又はSTを1名以上配置	<input type="checkbox"/> 該当	

加算別表1

自己点検表(加算別表)

○リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)、(Ⅱ)共通

No.	利用者名	算定加算	項目	情報収集実施日	アセスメント		リハビリテーション会議		リハビリテーション計画書①			モニタリング・計画書の見直し		
	利用開始日				評価者	実施日	開催日	会議の構成員	作成日	説明者	同意日	モニタリング	リハ会議	CMへ報告
					様式	1	2	4	3					
1		I・II	実施内容	H . . .		H . . .	H . . .		H . . .		H . . .	H . . .	H . . .	H . . .
2		I・II	実施内容	H . . .		H . . .	H . . .		H . . .		H . . .	H . . .	H . . .	H . . .
3		I・II	実施内容	H . . .		H . . .	H . . .		H . . .		H . . .	H . . .	H . . .	H . . .

※1 実地指導月の6か月前に利用を開始した者について記入してください。なお、該当がない場合は、それ以前の月で利用を開始した者について記入してください。

※2 「様式」は平成27年3月27日老老発0327第3号「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」により示されている様式を指す。

※3 「リハ会議」=「リハビリテーション会議」の略、「CM」=「ケアマネージャー」の略で用いています。

○リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)、(Ⅱ)共通(続き)

No.	項目	アセスメント		リハビリテーション計画書②			モニタリング・計画書の見直し			プロセス管理票の作成	短期集中リハ加算の有無	担当CMを通じた他事業所への情報伝達	利用終了前リハ会議開催の有無	リハビリテーションに関する記録			利用状況(週単位)
		評価者	実施日	作成日	説明者	同意日	モニタリング	リハ会議	CMへ報告					担当者名	訓練内容	実施時間	
		様式	2	3			4							5			
1	実施内容		H . . .	H . . .			H . . .	H . . .	H . . .	有・無	有・無	有・無	有・無				回
2	実施内容		H . . .	H . . .			H . . .	H . . .	H . . .	有・無	有・無	有・無	有・無				回
3	実施内容		H . . .	H . . .			H . . .	H . . .	H . . .	有・無	有・無	有・無	有・無				回

※4 「担当CMを通じた他事業所への情報伝達」の内容は、リハビリテーションの観点から情報共有をすることが必要なものを指す。

自己点検表(加算別表)

社会参加支援加算について

○社会参加支援加算における訪問リハビリテーション終了者の状況等

区分	平成28年												計(人)
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
①	訪問リハビリテーションの終了者												
②	①のうち、通所介護等を実施した者												
②/①												(%)	

※ 1 「通所介護等」とは、指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定認知症対応型通所介護の利用、及び自宅において役割を持って生活している場合を含み、サービス提供の終了の事由が入院、介護保険施設への入所、指定訪問リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護等を含めない。

○社会参加支援加算における平均利用月数等

$$\text{平均利用月数} = \frac{\text{評価対象期間の利用延月数}}{\frac{\text{評価対象期間の右記の利用者数} + \text{新規利用者数} + \text{新規終了者数}}{2}} \text{ 月}$$

※ 2 「評価対象期間の利用者延月数」は、全ての利用者が評価対象期間で当該事業所の訪問リハビリテーションを利用した月数の合計

※ 3 「新規利用者数」には当該事業所の利用終了後、12月以上の期間を空けて、再度利用した者を含む。