

(介護予防)通所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 :

(住所) : 新潟市

事業所名 :

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）通所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、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)	<p>【医師】</p> <p>専任の常勤の医師を1人以上配置していますか。</p> <p>※指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>注）常勤とは、当該事業所における勤務時間数（通所リハビリテーション以外の勤務時間を含む。）が就業規則等で定められている常勤者が勤務すべき時間数（週に勤務すべき時間が32時間を下回る場合は、32時間を基本とする。）に達していることをいうものであること。</p>	<p>条例第137条第1項第1号、第3項（第118条第1項第1号、第3項）</p>	<p>職員名簿、職員勤務表、タイムカード、資格証等</p>	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(2) a	<p>【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（看護師若しくは准看護師）若しくは介護職員】</p> <p>単位ごとに、指定通所リハビリテーション提供時間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を、以下の基準を満たして配置していますか。</p> <p>※ 利用者の数が10人以下の場合は、1以上 ※ 利用者の数が10人を超える場合は、利用者の数を10で除した数以上</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>条例第137条第1項第2号（第118条第1項第2号）</p>	<p>職員名簿、職員勤務表、タイムカード、資格証等</p>	※（ 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					
	<p>b 専ら指定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を、利用者が100又はその端数を増すごとに1以上配置していますか。</p> <p>※ 事業所が診療所である場合は、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は通所リハビリテーション若しくはこれに類するサービスに1年以上従事した経験を有する看護師（この項において以下「理学療法士等」という。）を、常勤換算方法で、0.1以上配置</p> <p>→ 事業所が診療所の場合は、下記の数値について記載してください。</p> <p>① 常勤専従の理学療法士等の人数 $\frac{\text{（人）}}{\text{（人）}}$</p> <p>② 常勤職員（1人当たり）の1ヶ月の通常勤務すべき時間数 $\frac{\text{（時間）}}{\text{（時間）}}$</p> <p>③ 非常勤・非専従の理学療法士等の1ヶ月間の勤務時間数の総合計 $\frac{\text{（時間）}}{\text{（時間）}}$</p> <p>④ ① + (③ ÷ ②) の値（小数点以下第2位切り捨て） （ ）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第137条第2項第2号（第118条第2項第2号）		※（適・要検討・否）	
<p>（注）「勤務実績表（実施指導月の前々月分）：別シート」を添付してください。なお、勤務実績表については、次の事項を記入例を参考に明記してください。①常勤職員の勤務すべき1週間の勤務時間数、②兼務を含めた職種、③勤務形態、④氏名、⑤1日毎の勤務時間数、⑥利用者数（実績）</p> <p>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。</p>								
II 設備基準								
1 設備及び備品等	(1)	<p>指定通所リハビリテーションを行うにふさわしい専用の部屋等であって、3㎡に利用定員を乗じた面積以上のものを有していますか。</p> <p>※ 事業所が介護老人保健施設である場合には、専用の部屋等の面積に利用者用に確保されている食堂（リハビリテーションに供用されるものに限る。）の面積を加える。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第138条第1項（第119条第1項）	平面図等	※（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					
	(2)	消火設備その他の非常災害に際して必要な設備は確実に設置されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第138条第2項（第119条第2	(現地確認)	※（適・要検討・否）	
	(3)	指定通所リハビリテーションを行うために必要な専用の機械及び器具を備えていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			(現地確認)	※（適・要検討・否）	
III 運営基準									
1 内容及び手続きの説明及び同意	(1)	a	指定通所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。 ※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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第9条準用（第51条の2準用）	重要事項説明書等	※（適・要検討・否）
		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							
		・指定通所リハビリテーションの利用定員							
		・指定通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額							
		・通常の事業の実施地域							
		・サービス利用に当たっての留意事項							
		・非常災害対策							
		・事故発生時の対応							
・苦情処理の体制									
・その他運営に関する重要事項									
	b	指定通所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）	

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 提供拒否の禁止	(1)	<p>正当な理由（※）なく指定通所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。</p> <p>※ 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</p> <p>《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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>条例第10条準用（第51条の3準用）</p> <p>苦情受付簿等</p>	※（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、自ら適切な指定通所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"/>		<p>条例第11条準用（第51条の4準用）</p> <p>苦情受付簿、連絡票等</p>	※（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"/>		<p>条例第12条準用（第51条の5準用）</p> <p>被保険者証の写し等</p>	※（適・要検討・否）	
	(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通所リハビリテーションを提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			被保険者証の写し等	※（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"/>		<p>条例第13条準用（第51条の6準用）</p> <p>支援経過記録等</p>	※（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"/>			支援経過記録等	※（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"/>			支援経過記録等	※（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"/>		<p>条例第14条準用（第51条の7準用）</p> <p>フェイスシート、サービス担当者会議の要点等</p>	※（適・要検討・否）	
7 居宅介護支援事業者等との連携	(1)	指定通所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"/>		<p>条例第69条準用（第69条準用）</p> <p>支援経過記録等</p>	※（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)	指定通所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"/>		支援経過記録等	※（ 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)	指定通所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に依頼する旨を市に対して届け出ること等により、指定通所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（指定通所リハビリテーション）のことをいう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		支援経過記録等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
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通所リハビリテーションを提供していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		居宅サービス計画、通所リハビリテーション計画等	※（ 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"/>		支援経過記録等	※（ 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				
11 サービス提供の記録	(1)	指定通所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準用）	居宅サービス計画、サービス利用票、支援経過記録等	※（ 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"/>			交付文書の写し等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
12 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通所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103条第1項、第2項準用（第119条の2第1項、第2項）	利用者に対する請求書等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(2)	法定代理受領サービスでない指定通所リハビリテーションを提供した際に利用者から支払いを受ける利用料の額と、法定代理受領サービスである指定通所リハビリテーションに係る費用の額の間に、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"/>			利用者に対する請求書等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(3) a	以下の費用に係るサービスを提供しその支払を受ける場合は、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、サービスの内容及び費用について説明を行い、同意を得ていますか。 ① 利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用 ② 通常要する時間を超える指定通所リハビリテーションの提供で、利用者の選定に係るものの提供に伴い必要となる費用の範囲内において、通常の指定通所リハビリテーションに係る居宅介護サービス費用基準額を超える費用（介護予防通所リハビリテーションは非該当） ③ 食事の提供に要する費用 ④ おむつ代 ⑤ 上記の費用のほか、指定通所リハビリテーションの提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者負担とすることが適当な費用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第103条第3項～第5項準用（第119条の2第3項～第5項）	重要事項説明書等	※（ 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				
		※ 「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①の交通費を保険給付外費用として徴収することは不可						
	b	利用者又はその家族に請求する費用は、運営規程に定めている「利用料その他の費用の額」と整合がとれていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			運営規程、重要事項説明書等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
13 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に該当しない指定通所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、提供した指定通所リハビリテーションの内容、費用の額などを記載した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をいう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第22条準用（第52条の2準用）	サービス提供証明書の写し等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
14 指定通所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、その目標を設定し、計画的に行われていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第139条（第125条）	通所リハビリテーション計画	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(2)	自らその提供する指定通所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"/>			状況報告書の3(6)等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
15 指定通所リハビリテーションの具体的な取扱方針	(1)	指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の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140条（第126条第1号、第7号～第9号）	通所リハビリテーション計画、医師の指示書等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(2)	指定通所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"/>			通所リハビリテーション計画、支援経過記録等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(3)	指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況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。 ※ 認知症である利用者に対して必要に応じて、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整えていることを含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			通所リハビリテーション計画、フェイスシート、アセスメントシート等	※（ 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)	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 ）
16 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指定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やそ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通所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141条第1項～第5項（第126条第2号～第5号、第10条）	通所リハビリテーション計画、アセスメントシート等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(2)	通所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"/>			通所リハビリテーション計画、居宅サービス計画等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(3)	通所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"/>			通所リハビリテーション計画、支援経過記録	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(4)	通所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"/>			通所リハビリテーション計画、支援経過記録	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			カルテ等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(6) a	通所リハビリテーション計画の作成後、当該通所リハビリテーション計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該通所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"/>			通所リハビリテーション計画等	※（ 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				
	b 通所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"/>			通所リハビリテーション計画等	※(適・要検討・否)
	※ 訪問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、訪問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、通所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141条第6項(第126条第6号)		
17 利用者に関する市への通知	(1) 利用者が以下のいずれかの事項に該当する場合には、遅滞なく、意見を付してその旨を市へ通知していますか。 ・ 正当な理由なしに指定通所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保険給付を受け、又は受けようとした場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第27条準用(第52条の3準用)	市への通知の写し等	※(適・要検討・否)
18 緊急時等の対応	(1) 利用者の病状の急変など緊急時には速やかに主治医への連絡などの必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第28条準用(第119条の3)	支援経過記録等	※(適・要検討・否)
19 管理者等の責務	(1) 管理者又は管理を代行する者が事業所における必要な管理を行っていますか。 ※ 管理者は、医師、理学療法士、作業療法士又は専ら通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから専任した者に、必要な管理を代行させることが可。この場合、組織図等により、指揮命令系統を明確にしておく必要がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第142条(第120条)	職員名簿、辞令、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。 ・ 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 ・ 指定通所リハビリテーションの利用定員 ・ 指定通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額 ・ 通常の事業の実施地域 ・ サービス利用に当たっての留意事項 ・ 非常災害対策 ・ その他運営に関する重要事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第143条(第121条)	運営規程	※(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				
21 勤務体制の確保等	(1)	利用者に対し適切な指定通所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、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108条準用（第121条の2）	職員勤務表	※（適・要検討・否）
	(2)	事業所ごとに、事業所の従業者によって指定通所リハビリテーションを提供していますか。 ※ 調理、洗濯等の利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務は除く。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			職員勤務表、組織図等	※（適・要検討・否）
	(3)	従業者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(7)等	※（適・要検討・否）
22 定員の遵守	(1)	利用定員を超えずに、指定通所リハビリテーションの提供を行っていますか。 ※ 災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第109条準用（第121条の3）	状況報告書の1(1)等	※（適・要検討・否）
23 非常災害対策	(1)	事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、火災、地震、風水害、津波その他の非常災害に関する具体的計画を立て、関係機関等との連携体制等を整備し、それらを定期的に従業者に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第110条準用（第121条の4）	状況報告書の3(9)等	※（適・要検討・否）
	(2)	非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			状況報告書の3(9)等	※（適・要検討・否）
24 衛生管理等	(1)	利用者の使用する施設、食器その他の設備・飲料水について、衛生的な管理に努め又は衛生上必要な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		条例第144条（第122条）	状況報告書の3(5)等	※（適・要検討・否）
	(2)	医薬品及び医療機器の管理を適正に行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			事故発生報告等	※（適・要検討・否）
	(3)	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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			感染症対策委員会議事録等	※（適・要検討・否）
	(4)	インフルエンザ、腸管出血性大腸菌感染症、レジオネラ症等の対策について、その発生及びまん延を防止するため厚労省担当課長通知等に基づき適切な措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			感染症対策委員会議事録等	※（適・要検討・否）
25 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準用）	施設内掲示物	※（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				
26 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準用）	状況報告書の3(8)	※（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。 ※ 指定通所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"/>			利用者等からの同意書等	※（適・要検討・否）
27 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準用）	会計帳簿	※（適・要検討・否）
28 苦情処理	(1)	提供した指定通所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準用）	状況報告書の3(4)	※（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(4)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）
	(4)	指定通所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）

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				
29 地域との連携	(1)	提供した指定通所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。				条例第39条準用（第55条の9準用）		※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
30 事故発生時の対応	(1)	指定通所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準用）	状況報告書の3(3)、事故発生報告等	※（ 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・ハット報告綴	※（ 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っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			状況報告書の3(3)等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(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"/>			事故・ヒヤリ・ハット報告綴	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
31 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準用）	収支決算報告書等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
32 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145条第1項（第123条第1項）	関係書類	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）
	(2)	指定通所リハビリテーションの提供に関する記録（通所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145条第2項（第123条第2項）	通所リハビリテーション計画、支援経過記録等	※（ 適 ・ 要検討 ・ 否 ）

通所リハビリテーション 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願います。
 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	
通所リハビリテーション			
通所リハビリテーション費	居宅内での介助等	<input type="checkbox"/> あり	
	通所リハビリテーションを行うのに要する時間に含めた介助等の時間	<input type="checkbox"/> 1日30分以内	
	居宅サービス計画及び通所リハビリテーションへの位置付け	<input type="checkbox"/> あり	
	介助等の従事者が、PT、OT、ST、看護職員、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、一級課程修了者、介護職員初任者研修修了者（二級課程修了者を含む。）又は介護サービス従事経験が3年以上の介護職員	<input type="checkbox"/> 該当	
人員基準減算	医師、理学療法士等、看護職員及び介護職員の数が基準から1割を超えて減少している。 ※減少した翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで減算	<input type="checkbox"/> 該当	
	医師、理学療法士等、看護職員及び介護職員の数が基準から1割の範囲内で減少している。 ※減少した翌々月から欠如が解消されるに至った月まで減算(翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く)	<input type="checkbox"/> 該当	
定員超過減算	1月間の通所リハビリテーションの提供を受けた者の総数を1月間の提供日数で割った数が、定員を超えている。	<input type="checkbox"/> 該当	
同一建物に対する減算	通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住または同一建物から当該事業所に通所している利用者がある	<input type="checkbox"/> 該当	
	減算対象外の事例に該当せず、減算が必要	<input type="checkbox"/> 該当	減算していればチェックが必要 減算していなければチェック不要
事業所が送迎を行わない場合の減算	居宅と通所リハビリテーション事業所間の送迎を行っていない利用者がある	<input type="checkbox"/> 該当	
理学療法士等体制強化加算	所要時間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	
	配置基準を超えて、理学療法士等を常勤・専従で2名以上	<input type="checkbox"/> 配置	

点検項目	点検事項	点検結果	
6～8時間の前後に行う日常生活上の世話	所要時間6時間以上8時間未満のサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	算定対象時間が8時間以上9時間未満	<input type="checkbox"/> 50単位	
	算定対象時間が9時間以上の場合	<input type="checkbox"/> あり（右欄記入）	_____時間以上_____時間未満
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通所する利用者	<input type="checkbox"/> 該当	
入浴加算	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	
	入浴介助の実施	<input type="checkbox"/> 実施	
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2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	
	新規利用者について、通所リハビリテーション実施開始日から1月以内に居宅を訪問し、診察・機能検査等を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	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）は利用者ごとに保管	<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	リハビリテーション会議録
	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	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

点検項目	点検事項	点検結果		
	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		
	新規利用者について、通所リハビリテーション実施開始日から1月以内に居宅を訪問し、診察・機能検査等を実施	<input type="checkbox"/> 該当		
	リハビリテーション会議の開催によるモニタリング		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	
	イ) 通所リハビリテーションの同意取得月から6月以内の場合	<input type="checkbox"/> 月1回以上実施		
	ロ) 通所リハビリテーションの同意取得月から6月超の場合	<input type="checkbox"/> 約3月ごとに実施		
	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）は利用者ごとに保管	<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		リハビリテーション会議録
	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		プロセス管理票
短期集中個別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月以内に医師又は医師の指示を受けたPT、OT又はSTが個別リハビリテーション（おおむね週2日以上1日40分以上）を実施	<input type="checkbox"/> 実施		
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	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		
	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		
	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リハビリテーション（週2回以内1回20分以上）を個別に実施	<input type="checkbox"/> 該当		
	当該リハビリテーションに関わる医師は精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師	<input type="checkbox"/> 該当		

点検項目	点検事項	点検結果	
	上記医師により、認知症の利用者であっても生活機能の改善が見込まれると判断された者で、MMSE又はHDS-Rにおいておおむね5～25点に相当する者	<input type="checkbox"/> 該当	
	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）は利用者ごとに保管	<input type="checkbox"/> 該当	
	過去3か月の間に当該加算を算定していない	<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（Ⅱ）を算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	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	
	リハビリテーションの時間、実施頻度、実施方法を定めた通所リハビリテーション計画を作成	<input type="checkbox"/> 該当	
	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リハビリテーション（月4回以上）を個別に実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	当該リハビリテーションに関わる医師は精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師	<input type="checkbox"/> 該当	
	上記医師により、認知症の利用者であっても生活機能の改善が見込まれると判断された者で、MMSE又はHDS-Rにおいておおむね5～25点に相当する者	<input type="checkbox"/> 該当	
	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）は利用者ごとに保管	<input type="checkbox"/> 該当	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	過去3か月の間に当該加算を算定していない	<input type="checkbox"/> 該当	
	リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を算定	<input type="checkbox"/> 該当	
	生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識等を有するOT又は研修を修了したPT若しくはSTを配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	生活行為の内容の充実を図るための目標及びリハビリテーションの実施頻度等が記載されたリハビリテーション実施計画を作成	<input type="checkbox"/> 実施	リハビリテーション実施計画
	本加算を算定して6月後に引き続き通所リハビリテーションを提供する場合の減算について説明した上で、利用者へのリハビリテーション実施計画の説明・同意	<input type="checkbox"/> 実施	
生活行為向上リハビリテーションの提供終了前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達成状況を報告	<input type="checkbox"/> 実施	リハビリテーション会議録	

点検項目	点検事項	点検結果	
	利用者の居宅を訪問し、リハビリテーションの評価及び評価結果を利用者及びその家族に伝達	<input type="checkbox"/> 実施	
	利用者数に対するPT, OT又はSTの数	<input type="checkbox"/> 適当である	
生活行為向上リハビリテーション実施加算の実施後に通所リハビリテーションを継続した場合の減算	生活行為向上リハビリテーションの提供終了日の属する月の翌月から6月以内に同一利用者に対して通所リハビリテーションを実施	<input type="checkbox"/> 該当	
重度療養管理加算	所要時間1時間以上2時間未満の通所リハビリテーション利用ではない	<input type="checkbox"/> 該当	
	医学的管理の内容を診療録に記載	<input type="checkbox"/> 該当	
	要介護度3から5まで	<input type="checkbox"/> 該当	
	以下のいずれかに該当 イ 1日当たり8回(夜間を含め約3時間に1回程度)の喀痰吸引を実施している日が月に20日を超える状態 ロ 当該月において、一週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っている状態 ハ 中心静脈注射により薬剤投与をされている又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な状態 ニ 人工腎臓を週2回以上実施し、かつ次に掲げるいずれかの合併症がある①透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病 ②収縮期血圧が90mmHg以下の常時低血圧 ③透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する状態 ④出血性消化器病変を有するもの ⑤骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの ⑥うっ血性心不全(NYHAⅢ度以上のもの) ホ 持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90mmHg以下が持続する状態、又は酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度90%以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っている ヘ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の4級以上であり、ストーマの処置を実施している状態であり、当該利用者に皮膚の炎症等に対してケアを行っている ト 経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を実施	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
	<p>チ 褥瘡が皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及び、深くぼみとして表れている(いわゆる第三度以上)</p> <p>リ 気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行っている</p>		
中重度者ケア体制加算	<p>暦月ごとに、人員基準で定める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</p>	<input type="checkbox"/> 該当	<p>当該加算を算定している場合、加算別表6を作成すること</p>
	<p>前年度又は届出日が属する月の前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、4又は5である者の割合が100分の30以上</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
	<p>通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、通所リハビリテーションの提供に当たる専従の看護職員を1名以上配置</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
	<p>中重度の要介護者が、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ためのプログラムの作成</p>	<input type="checkbox"/> あり	
若年性認知症利用者受入加算	<p>若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定める</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
	<p>利用者に応じた適切なサービス提供</p>	<input type="checkbox"/> 実施	
栄養改善加算	<p>管理栄養士を1名以上配置</p>	<input type="checkbox"/> 配置	<p>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</p>
	<p>栄養改善サービスの提供が必要と認めれる要件</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
	<p>管理栄養士、看護・介護職員等が共同した栄養ケア計画(以下「計画」という。)の作成</p>	<input type="checkbox"/> あり	<p>栄養ケア計画(参考様式)</p>
	<p>利用者等に対する計画の説明及び同意の有無</p>	<input type="checkbox"/> あり	<p>〃</p>
	<p>計画に基づく栄養改善サービスの提供、栄養状態等の記録</p>	<input type="checkbox"/> あり	<p>栄養ケア提供経過記録(参考様式)</p>
	<p>計画の評価、ケアマネ等に対する情報提供</p>	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	<p>栄養ケアモニタリング(参考様式)</p>
	<p>定員、人員基準に適合</p>	<input type="checkbox"/> あり	
	<p>月の算定回数</p>	<input type="checkbox"/> 2回以下	
口腔機能向上加算	<p>言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置</p>	<input type="checkbox"/> 配置	<p>当該加算を算定している場合、加算別表3を作成すること</p>
	<p>口腔機能向上サービスの提供が必要と認めれる要件</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
	<p>医療における対応の必要性の有無</p>	<input type="checkbox"/> なし	
	<p>言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画(以下「計画」という。)の作成</p>	<input type="checkbox"/> なし	<p>口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)</p>
	<p>利用者等に対する計画の説明及び同意の有無</p>	<input type="checkbox"/> あり	<p>〃</p>

点検項目	点検事項	点検結果		
	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"/>	あり	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	計画の評価、ケアマネ等に対する情報提供	<input type="checkbox"/>	3月ごとに実施	口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/>	2回以下	
社会参加支援加算	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、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7を作成すること
	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居宅訪問等を実施	<input type="checkbox"/>	実施	
	居宅訪問等により、通所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	
	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	<input type="checkbox"/>	48月以下	
サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)	介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が5割以上	<input type="checkbox"/>	該当	当該加算を算定している場合、加算別表4を作成すること
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当	
サービス提供体制強化加算Ⅰ(ロ)	介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が4割以上	<input type="checkbox"/>	該当	当該加算を算定している場合、加算別表4を作成すること
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	直接処遇職員の総数のうち勤続年数3年以上の職員の割合が3割以上	<input type="checkbox"/>	該当	当該加算を算定している場合、加算別表4を作成すること
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/>	該当	
介護職員処遇改善加算Ⅰ【平成29年3月31日まで】	1 介護職員の賃金の改善に要する費用の見込み額が、介護職員処遇改善加算の算定見込み額を上回る賃金改善計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じている	<input type="checkbox"/>	該当	賃金改善の計画、介護職員処遇改善計画書、改善の実施状況がわかる書類、キャリアパス要件等届出書等
	2 介護職員処遇改善計画書(賃金改善計画の実施期間、実施方法、介護職員の処遇改善の計画等を記載)を作成し、全ての介護職員に周知し、市に届け出ている	<input type="checkbox"/>	該当	
	3 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施	<input type="checkbox"/>	該当	
	4 事業年度ごとに介護職員の処遇改善の実績を市へ報告	<input type="checkbox"/>	該当	
	5 労働基準法等の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていない	<input type="checkbox"/>	該当	
	6 労働保険料の納付を適正に行っている	<input type="checkbox"/>	該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
	<p>7 次の①及び②のいずれにも該当</p> <p>①介護職員の任用の際、職責又は職務内容等（賃金に関するもの含む）の要件を書面で定め、全ての介護職員に周知している</p> <p>②介護職員の資質向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に基づき研修を実施又は研修の機会を確保し、それを全ての介護職員に周知している</p>	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当	
	<p>8 これまで（平成27年4月から2の届出の日の属する月の前月まで）の介護職員の処遇改善内容、当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知している</p>	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員処遇改善加算Ⅱ 【平成29年3月31日まで】	介護職員処遇改善加算Ⅰの1から6及び8のいずれにも適合し、かつ、7の①及び②のいずれかに適合	<input type="checkbox"/> 該当	8のうち、「平成27年4月」は「平成20年10月」に読み替えること。
介護職員処遇改善加算Ⅲ 【平成29年3月31日まで】	介護職員処遇改善加算Ⅰの1から6のいずれにも適合し、かつ、7又は8のいずれかに適合	<input type="checkbox"/> 該当	8のうち、「平成27年4月」は「平成20年10月」に読み替えること。
介護職員処遇改善加算Ⅳ 【平成29年3月31日まで】	介護職員処遇改善加算Ⅰの1から6までに適合	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 【平成29年4月1日から】	<p>1 介護職員の賃金の改善に要する費用の見込み額が、介護職員処遇改善加算の算定見込み額を上回る賃金改善計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じている</p> <p>2 介護職員処遇改善計画書（賃金改善計画の実施期間、実施方法、介護職員の処遇改善の計画等を記載）を作成し、全ての介護職員に周知し、市に届け出ている</p> <p>3 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施</p> <p>4 事業年度ごとに介護職員の処遇改善の実績を市へ報告</p> <p>5 労働基準法等の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていない</p> <p>6 労働保険料の納付を適正に行っている</p>	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当	賃金改善の計画、介護職員処遇改善計画書、改善の実施状況がわかる書類、キャリアパス要件等届出書 等
	7 次の①、②及び③のいずれにも該当		

点検項目	点検事項	点検結果	
	①介護職員の任用の際、職責又は職務内容等(賃金に関するものを含む)の要件を書面で定め、全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/> 該当	
	②介護職員の資質向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に基づき研修を実施又は研修の機会を確保し、それを全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/> 該当	
	③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断する仕組みを書面で定め、それを全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/> 該当	
	8 これまで(平成27年4月から2の届出の日の属する月の前月まで)の介護職員の処遇改善内容、当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 【平成29年4月1日から】	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の1から6及び8のいずれにも適合し、かつ、7の①及び②に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員処遇改善加算(Ⅲ) 【平成29年4月1日から】	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の1から6及び8のいずれにも適合し、かつ、7の①又は②のいずれかに適合	<input type="checkbox"/> 該当	8のうち、「平成27年4月」は「平成20年10月」に読み替えること。
介護職員処遇改善加算(Ⅳ) 【平成29年4月1日から】	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の1から6のいずれにも適合し、かつ、7の①、②、8のいずれかに適合	<input type="checkbox"/> 該当	8のうち、「平成27年4月」は「平成20年10月」に読み替えること。
介護職員処遇改善加算(Ⅴ) 【平成29年4月1日から】	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の1から6のいずれにも適合	<input type="checkbox"/> 該当	
介護予防通所リハビリテーション			
同一建物に対する減算	通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住または同一建物から当該事業所に通所している利用者がいる	<input type="checkbox"/> 該当	
	減算対象外の事例に該当せず、減算が必要	<input type="checkbox"/> 該当	減算していればチェックが必要 減算していなければチェック不要
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通所する利用者	<input type="checkbox"/> 該当	
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	<input type="checkbox"/> 該当	
	利用者に応じた適切なサービス提供	<input type="checkbox"/> 実施	
栄養改善加算	管理栄養士を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	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
	栄養改善サービスの提供が必要と認められる要件	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
	管理栄養士、看護・介護職員等が共同した栄養ケア計画（以下「計画」という。）の作成	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア計画(参考様式)
	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	〃
	計画に基づく栄養改善サービスの提供、栄養状態等の記録	<input type="checkbox"/> あり	栄養ケア提供経過記録(参考様式)
	計画評価と、ケアマネ等に対する情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	栄養ケアモニタリング(参考様式)
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
口腔機能向上加算	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	当該加算を算定している場合、加算別表3を作成すること
	口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる要件	<input type="checkbox"/> 該当	
	医療における対応の必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画（以下「計画」という。）の作成	<input type="checkbox"/> なし	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"/> あり	口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(参考様式)
	計画の評価、ケアマネ等に対する情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	口腔機能向上サービスのモニタリング(参考様式)
定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当		
運動器機能向上加算	職務に従事する理学療法士等を1人以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	当該加算を算定している場合、加算別表5を作成すること
	理学療法士、介護職員等が共同して3月程度の運動器機能向上計画（以下「計画」という。）を作成	<input type="checkbox"/> あり	運動器機能向上計画
	効果、リスク、緊急時の対応と併せて利用者に計画を説明し同意を得る	<input type="checkbox"/> あり	
	理学療法士等による運動器機能向上サービスの提供	<input type="checkbox"/> 実施	
	計画の進捗状況の定期的な評価		
	短期目標に応じたモニタリングの実施	<input type="checkbox"/> 約1月ごとに実施	
	長期目標に応じたモニタリングの実施	<input type="checkbox"/> 約3月ごとに実施	
	利用者の運動器の機能を定期的に記録	<input type="checkbox"/> あり	
	計画実施期間終了後、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について介護予防支援事業者へ報告	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	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る日に必ずいずれかの選択的サービス(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)を実施している	<input type="checkbox"/> 該当	
	1月につき、いずれかの選択的サービスを複数回実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	選択的サービスのうち2種類実施	<input type="checkbox"/> 該当	
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	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る日に必ずいずれかの選択的サービスを実施している	<input type="checkbox"/> 該当	
	1月につき、いずれかの選択的サービスを複数回実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	選択的サービスのうち3種類実施	<input type="checkbox"/> 該当	
事業所評価加算	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
	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実施	<input type="checkbox"/> あり	
	前年の1月から12月まで(評価期間)の利用実人員が10名以上	<input type="checkbox"/> 満たす	
	前年の1月から12月まで(評価期間)の利用実人員のうち、その60%以上に選択的サービスを提供していること	<input type="checkbox"/> 該当	
	前年の1月から12月まで(評価期間)に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、その後更新・変更認定を受けた者のうち、要支援状態区分が維持された者の数と改善した者に2を乗じた数の合計の割合が70%以上厚生労働大臣が定める基準	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)	介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が5割以上	<input type="checkbox"/> 該当	当該加算を算定している場合、加算別表4を作成すること
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅰ(ロ)	介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が4割以上	<input type="checkbox"/> 該当	当該加算を算定している場合、加算別表4を作成すること
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	直接処遇職員の総数のうち勤続年数3年以上の職員の割合が3割以上	<input type="checkbox"/> 該当	当該加算を算定している場合、加算別表4を作成すること
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員処遇改善加算Ⅰ【平成29年3月31日まで】	1 介護職員の賃金の改善に要する費用の見込み額が、介護職員処遇改善加算の算定見込み額を上回る賃金改善計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じている	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
	2 介護職員処遇改善計画書（賃金改善計画の実施期間、実施方法、介護職員の処遇改善の計画等を記載）を作成し、全ての介護職員に周知し、市に届け出ている	<input type="checkbox"/> 該当	賃金改善の計画、介護職員処遇改善計画書、改善の実施状況がわかる書類、キャリアパス要件等届出書 等
	3 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	4 事業年度ごとに介護職員の処遇改善の実績を市へ報告	<input type="checkbox"/> 該当	
	5 労働基準法等の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていない	<input type="checkbox"/> 該当	
	6 労働保険料の納付を適正に行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
	7 次の①及び②のいずれにも該当 ①介護職員の任用の際、職責又は職務内容等（賃金に関するもの含む）の要件を書面で定め、全ての介護職員に周知している ②介護職員の資質向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に基づき研修を実施又は研修の機会を確保し、それを全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当	
	8 これまで（平成27年4月から2の届出の日の属する月の前月まで）の介護職員の処遇改善内容、当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員処遇改善加算Ⅱ【平成29年3月31日まで】	介護職員処遇改善加算Ⅰの1から6及び8のいずれにも適合し、かつ、7の①及び②のいずれかに適合	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員処遇改善加算Ⅲ【平成29年3月31日まで】	介護職員処遇改善加算Ⅰの1から6のいずれにも適合し、かつ、7又は8のいずれかに適合	<input type="checkbox"/> 該当	8のうち、「平成27年4月」は「平成20年10月」に読み替えること。
介護職員処遇改善加算Ⅳ【平成29年3月31日まで】	介護職員処遇改善加算Ⅰの1から6までに適合	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）【平成29年4月1日から】	1 介護職員の賃金の改善に要する費用の見込み額が、介護職員処遇改善加算の算定見込み額を上回る賃金改善計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じている	<input type="checkbox"/> 該当	
	2 介護職員処遇改善計画書（賃金改善計画の実施期間、実施方法、介護職員の処遇改善の計画等を記載）を作成し、全ての介護職員に周知し、市に届け出ている	<input type="checkbox"/> 該当	
	3 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
	4 事業年度ごとに介護職員の処遇改善の実績を市へ報告	<input type="checkbox"/> 該当	賃金改善の計画、介護職員処遇改善計画書、改善の実施状況がわかる書類、キャリアパス要件等届出書 等
	5 労働基準法等の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていない	<input type="checkbox"/> 該当	
	6 労働保険料の納付を適正に行っている	<input type="checkbox"/> 該当	
	7 次の①、②及び③のいずれにも該当 ①介護職員の任用の際、職責又は職務内容等(賃金に関するものを含む)の要件を書面で定め、全ての介護職員に周知している ②介護職員の資質向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に基づき研修を実施又は研修の機会を確保し、それを全ての介護職員に周知している ③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断する仕組みを書面で定め、それを全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 該当	
	8 これまで(平成27年4月から2の届出の日の属する月の前月まで)の介護職員の処遇改善内容、当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知している	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 【平成29年4月1日から】	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の1から6及び8のいずれにも適合し、かつ、7の①及び②に適合	<input type="checkbox"/> 該当	
介護職員処遇改善加算(Ⅲ) 【平成29年4月1日から】	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の1から6及び8のいずれにも適合し、かつ、7の①又は②のいずれかに適合	<input type="checkbox"/> 該当	8のうち、「平成27年4月」は「平成20年10月」に読み替えること。
介護職員処遇改善加算(Ⅳ) 【平成29年4月1日から】	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の1から6のいずれにも適合し、かつ、7の①、②、8のいずれかに適合	<input type="checkbox"/> 該当	8のうち、「平成27年4月」は「平成20年10月」に読み替えること。
介護職員処遇改善加算(Ⅴ) 【平成29年4月1日から】	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の1から6のいずれにも適合	<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			理学療法士等の居宅訪問日	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 . . .	H . . .
2		I・II	実施内容	H . . .		H . . .	H . . .		H . . .		H . . .	H . . .	H . . .	H . . .	H . . .
3		I・II	実施内容	H . . .		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	短期集中リハ加算等の有無	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	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 「短期集中リハ加算等」とは、「短期集中個別リハビリテーション実施加算」及び「認知症短期集中リハビリテーション加算」を指す。

※5 「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)

○口腔機能向上加算

No.	利用者名	口腔機能の状況		歯科医療の受診の有無	口腔機能等のアセスメント実施日	口腔機能改善管理指導計画作成日①	口腔機能改善管理指導計画作成担当者及び共同作成者の職種名	口腔機能改善管理指導計画の利用者等の同意取得日①	口腔機能の状態の評価日	利用者の主治医・主治歯科医師、担当介護支援専門員への情報提供の有無	3か月後の口腔機能の状態	
		要件	判断根拠								要件	判断根拠
1				有・無						有・無		
2				有・無						有・無		
3				有・無						有・無		

※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、それ以前のもので利用を開始した者について記入してください。

※2 「口腔機能の状況」の「要件」には、算定要件のどの項目に該当するかを記入してください。「イ:認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者」、「ロ:「地域支援事業の実施について」に規定する基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)~(15)の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者」、「ハ:その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者」
 なお、「ハ」と記入した場合は、「判断根拠」にそう判断した根拠を記入してください。

※3 「歯科医療の受診の有無」には、医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合に「有」に、それ以外は「無」に○で囲ってください。

※4 「3か月後の口腔機能の状態」の「要件」には、算定要件のどの項目に該当するかを記入してください。「イ:口腔清掃・唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者」、「ロ:当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が著しく低下するおそれのある者」
 なお、「判断根拠」には、サービス継続を判断した根拠を記入してください。

○口腔機能向上加算(続き)

No.	口腔機能改善管理指導計画作成日②	口腔機能改善管理指導計画作成担当者及び共同作成者の職種名	口腔機能改善管理指導計画の利用者等の同意取得日②	口腔機能の状態の評価日	利用者の主治医・主治歯科医師、担当介護支援専門員への情報提供の有無	3か月後の口腔機能の状況		口腔機能改善管理指導計画作成日③	口腔機能改善管理指導計画作成担当者及び共同作成者の職種名	口腔機能改善管理指導計画の利用者等の同意取得日③	口腔機能の記録の有無	口腔機能向上サービスの実施者
						要件	判断根拠					
1					有・無						有・無	
2					有・無						有・無	
3					有・無						有・無	

※5 「口腔機能向上サービスの実施者」には、口腔機能向上サービスを提供している主たる職種名を記入してください。

加算別表5

自己点検表(加算別表)

○運動器機能向上加算

No.	利用者名	利用初日 (利用開始時)	アセスメント実施日	運動器機能向上計画								運動器機能向上計画作成担当者・共同作成者の職種名	左記計画の利用者等への説明日	モニタリング実施日			事後アセスメント実施日	介護予防支援事業者への連絡	
				作成日	長期目標	短期目標	運動の種類	実施期間	実施頻度	1回当たり実施時間	実施形態			第1回	第2回	第3回			
1																			
2																			
3																			

※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 「運動器機能向上計画」の、「長期目標」、「短期目標」、「運動の種類」、「実施頻度」、「1回当たり実施時間」、「実施形態」には、運動器機能向上計画に当該事項が盛り込まれていれば「○」を記入してください。

「実施期間」については、当該事項が計画に記載されていれば、上段に「○」を記入し、下段に具体的な実施期間を記入してください。

※3 「左記計画の利用者等への説明日」については、運動器機能向上計画を入所者等に説明し、同意をもらった日を記入してください。

※4 「モニタリング実施日」の「第1回」から「第3回」には、モニタリングを実施した日付を記入してください。

○運動器機能向上加算(続き)

No.	運動器機能向上計画								運動器機能向上計画作成担当者・共同作成者の職種名	左記計画の利用者等への説明日	モニタリング実施日			事後アセスメント実施日	介護予防支援事業者への連絡	運動器機能の定期的な記録の有無	運動器機能向上サービスの実施者
	作成日	長期目標	短期目標	運動の種類	実施期間	実施頻度	1回当たり実施時間	実施形態			第1回	第2回	第3回				
1																有・無	
2																有・無	
3																有・無	

※5 「運動器機能サービスの実施者」には、運動器機能向上サービスを提供している主たる職種名を記入してください。

自己点検表(加算別表)

中重度者ケア体制加算について

加算別表6

【実地指導実施月の属する月の前年度の状況】

○中重度者の利用者の状況等

	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	計	
対象者数※ ①(②+③+④)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	名
要介護度3の利用者数 ②														0	名
要介護度4の利用者数 ③														0	名
要介護度5の利用者数 ④														0	名
利用者総数 ⑤														0	名
対象者の割合 ①/⑤*100				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	%

※1 月末時点の状況を記入すること。

※2 前年度の実績が6月未満又は前年度の中重度者の割合が100分の30未満の場合は、実地指導実施月の前々月から過去1年間の状況を記載すること。

※3 ※2に該当しない場合は、3月を除く前年度の実績を記載すること。

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通所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 通所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 ①には、生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定者を除く

※ 2 「通所介護等」とは、指定通所介護、指定認知症対応型通所介護等の利用、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、指定通所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

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{平均利用月数} \\ \hline \end{array}
 = \frac{\begin{array}{|c|} \hline \text{評価対象期間の} \\ \text{利用延月数} \\ \hline \end{array} \text{月}}{\begin{array}{|c|} \hline \text{評価対象期間の} \\ \text{右記の利用者数} \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline \text{新規利用者数} \\ \hline \end{array} \text{名} + \begin{array}{|c|} \hline \text{新規終了者数} \\ \hline \end{array} \text{名} \div 2}
 = \begin{array}{|c|} \hline \phantom{\text{平均利用月数}} \\ \hline \end{array} \text{月}$$

※ 3 「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通所リハビリテーションを利用した月数の合計

※ 4 「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。