

# 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	
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、結果を職員に周知	<input type="checkbox"/> 未実施	テレビ電話装置等の活用可
	虐待の防止のための指針の整備	<input type="checkbox"/> 未実施	
	虐待の防止のための研修の定期的な実施	<input type="checkbox"/> 未実施	
	上記の措置を適切に実施するための担当者の設置	<input type="checkbox"/> 未実施	
業務継続計画未策定減算 ※令和7年3月末まで経過措置	感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定	<input type="checkbox"/> 該当	
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。）の利用者	<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	
利用開始した月から12月を超えた場合 （介護予防のみ）	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて理学療法士等が指定介護予防訪問リハビリテーションを行う	<input type="checkbox"/> 該当	
	3月に1回以上、リハビリテーション会議の開催、利用者の状況等に関する情報を構成員と共有、会議の内容を記録、計画の見直しをしている	<input type="checkbox"/> 該当	※該当しない場合は減算。
	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に提出及び情報の活用をしている	<input type="checkbox"/> 該当	※該当しない場合は減算。
特別地域訪問リハビリテーション加算	厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所	<input type="checkbox"/> 該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
中山間地域等における小規模事業所加算	厚生労働大臣が定める地域＋事業者規模要件（1月当たり延べ訪問回数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へ通常の事業の実施地域を越えてサービス提供	<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3月以内に実施（概ね週2回以上1日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）
短期集中リハビリテーション実施加算（介護予防のみ）	起算日より1月以内に実施（概ね週2回以上1日40分以上）	<input type="checkbox"/> 該当	リハビリテーション計画書（参考様式）
	起算日より1月を超え3月以内に実施（概ね週2回以上1日20分以上）	<input type="checkbox"/> 該当	
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の開催、利用者の状況等に関する情報を構成員と共有、会議の内容を記録	<input type="checkbox"/> 実施	
	② 医師、理学療法士等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。ただし、理学療法士等が説明した場合は、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） 理学療法士等※ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士
	③ リハビリテーション会議の開催、利用者の状態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"/> 3月に1回以上	リハビリテーション会議録、プロセス管理票（参考様式）
	④ 理学療法士等が介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、支援方法、日常生活上の留意点に関する情報伝達を行う	<input type="checkbox"/> あり	
	⑤ 次のいずれかに該当 （1）理学療法士等が、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に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）
	（2）理学療法士等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）
	⑥ 上記を全て記録	<input type="checkbox"/> 該当	
	リハビリテーション計画について、事業所の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	<input type="checkbox"/> 該当	270単位加算

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（ロ）	リハビリテーションマネジメント加算（イ）①～⑥に適合	<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に提出及び情報の活用	<input type="checkbox"/> あり	
	リハビリテーション計画について、事業所の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	<input type="checkbox"/> 該当	270単位加算
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	認知症であると医師※が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者	<input type="checkbox"/> 該当	※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
	退院（所）日又は訪問開始日から起算して3月以内	<input type="checkbox"/> 該当	
	個別に行う集中的なリハビリテーション	<input type="checkbox"/> 該当	リハビリテーション計画書(参考様式)
	1週に2日以内	<input type="checkbox"/> 該当	リハビリテーション計画書(参考様式)
	短期集中リハビリテーション実施加算	<input type="checkbox"/> なし	
口腔連携強化加算	事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、評価の結果の情報提供を実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	事業所の従業者が利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に相談できる体制を確保し、その旨を文書等で取り決め	<input type="checkbox"/> 該当	
	他の介護サービスの事業所において、栄養状態のスクリーニングを行い口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）を算定している場合を除き、口腔・栄養スクリーニング加算を算定	<input type="checkbox"/> 非該当	
	当該利用者について、口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導事業所が歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定（初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除く。）	<input type="checkbox"/> 非該当	
	当該事業所以外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	<input type="checkbox"/> 非該当	

点検項目	点検事項	点検結果	
主治の医師の特別な指示	急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別な指示(14日を限度として医療保険で算定)	<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	
退院時共同指導加算	病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、事業所の医師又は理学療法士等が、退院前カンファレンスに参加し、リハビリテーションに関わる情報の共有・在宅でのリハビリテーションに必要な指導の実施し、その内容を訪問リハビリテーション計画に反映	<input type="checkbox"/> 該当	
	当該者に対して、初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り算定	<input type="checkbox"/> 該当	
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5%を超えている	<input type="checkbox"/> 該当	終了者※ サービスの提供を終了した者
	終了日から14日～44日以内に理学療法士等が終了者※の指定通所介護等の実施状況を確認し、記録	<input type="checkbox"/> あり	
	12月を利用者の平均利用月数で除して得た数が25%以上であること	<input type="checkbox"/> あり	
	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	
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等のうち勤続年数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等のうち勤続年数3年以上の者がいる	<input type="checkbox"/> 該当	