

107 通所リハビリテーション費

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|-------------------------|------------------------|--|--|
| 大規模事業所（Ⅰ） | 前年度1月当たり平均延べ利用者数 | <input type="checkbox"/> 750人を超え 900人以内 | |
| 大規模事業所（Ⅱ） | 前年度1月当たり平均延べ利用者数 | <input type="checkbox"/> 900人超 | |
| 理学療法士等体制強化 加算 | 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 | |
| | 理学療法士等を専従かつ常勤で2名以上 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| 7～8時間の前後に行 う日常生活上の世話 | 6時間以上8時間未満のサービス提供 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 8時間以上9時間未満 | <input type="checkbox"/> 50単位 | |
| | 9時間以上10時間未満 | <input type="checkbox"/> 100単位 | |
| | 10時間以上11時間未満 | <input type="checkbox"/> 150単位 | |
| | 11時間以上12時間未満 | <input type="checkbox"/> 200単位 | |
| | 12時間以上13時間未満 | <input type="checkbox"/> 250単位 | |
| | 13時間以上14時間未満 | <input type="checkbox"/> 300単位 | |
| リハビリテーション提 供体制加算 | 3時間以上4時間未満 | <input type="checkbox"/> 12単位 | |
| | 4時間以上5時間未満 | <input type="checkbox"/> 16単位 | |
| | 5時間以上6時間未満 | <input type="checkbox"/> 20単位 | |
| | 6時間以上7時間未満 | <input type="checkbox"/> 24単位 | |
| | 7時間以上 | <input type="checkbox"/> 28単位 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | |
|------------------------|--|--------------------------|---------|---|
| 送迎時における居宅内 介助等の実施 | 提供時間の内30分以内 | <input type="checkbox"/> | あり | リハビリテーション計画書(参考 様式) |
| | 居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に位置付 けた上で実施 | <input type="checkbox"/> | あり | リハビリテーション計画書(参考 様式) |
| | 送迎時に居宅内の介助等を行う者が、理学療法士、作業療 法士、言語聴覚士、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、又は当該事業所における勤続年数と同 一法人の経営する他の介護サービス事業所、医療機関、社会 福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員と しての勤続年数の合計が3年以上の介護職員である | <input type="checkbox"/> | 該当 | |
| 入浴介助加算 | 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 | |
| | 通所計画上の位置づけ | <input type="checkbox"/> | あり | |
| | 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 | 計画の定期的評価、見直し | <input type="checkbox"/> | 約3月毎に実施 | リハビリテーション計画書(参考 様式) |
| | 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 | |
| | 利用者の興味・関心、身体の状態、家屋の状況、家屋内にお けるADL等の評価 | <input type="checkbox"/> | あり | 興味・関心チェックシート、リ ハビリテーション計画書(参考様 式) |
| | 医師、PT、OT、STによるリハビリテーション計画の作成 | <input type="checkbox"/> | あり | リハビリテーション計画書(参考 様式) |
| | 利用者に対する計画原案の説明、同意 | <input type="checkbox"/> | あり | リハビリテーション計画書(参考 様式) |
| | 計画に基づくリハビリの実施、利用者の状態の定期的な記録 | <input type="checkbox"/> | あり | 診療記録 |
| | 終了前リハビリテーション会議の実施 | <input type="checkbox"/> | あり | プロセス管理票(参考様式) |
| | 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Ⅱ・Ⅲ (リハビリテーションマネジメント加算Ⅰの要件に加え) | リハビリテーション会議の開催(6月以内) | <input type="checkbox"/> | 約1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) |
| | リハビリテーション会議の開催(6月超え) | <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) |
| | リハビリテーション会議の開催(利用者又は家族、介護支援専門員、医師、他のサービス提供事業所の担当者の参加) | <input type="checkbox"/> | あり リハビリテーション会議録(参考様式) |
| | リハビリテーション会議の欠席者への情報共有 | <input type="checkbox"/> | あり リハビリテーション計画書と会議録の送付確認(参考様式) |
| | 介護支援専門員に対する情報提供 | <input type="checkbox"/> | あり リハビリテーション計画書と会議録の提供確認(参考様式) |
| | 医師による利用者又は家族に対する計画原案の説明、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) |
| | 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又は利用者の家族への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) |
| | プロセス管理票の記録 | <input type="checkbox"/> | あり プロセス管理票(参考様式) |
| リハビリテーションマネジメント加算Ⅳ (リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ・Ⅲの要件に加え) | 通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集事業に参加してデータを提出していること | <input type="checkbox"/> | 約3月毎に提出 興味・関心チェックシート、リハビリテーション計画書(参考様式)等 |
| 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～Ⅳの有無 | <input type="checkbox"/> | あり リハビリテーション計画書(参考様式) |
| | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | <input type="checkbox"/> | なし |
| | 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | <input type="checkbox"/> | なし |
| | 短時間の通所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40分以上) | <input type="checkbox"/> | あり 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 | |
|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------|----|
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ | 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 |
| | 個別に行う集中的なリハビリテーション | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| | 1週に2日以内 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| | リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ～Ⅳの有無 | <input type="checkbox"/> | あり |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ | 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 |
| | 一月に四回以上実施 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| | 実施頻度、場所、時間等が記載されたリハビリテーション計画の作成 | <input type="checkbox"/> | 該当 |
| | 利用者宅を訪問し、リハビリテーション計画を作成 | <input type="checkbox"/> | あり |
| | 居宅を訪問し、利用者の居宅における能力を評価、利用者及び家族に伝達 | <input type="checkbox"/> | あり |
| | リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ～Ⅳの有無 | <input type="checkbox"/> | あり |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|---------------------|---|-----------------------------|----------------------|
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 6月間のリハビリテーション実施計画を作成 | <input type="checkbox"/> あり | リハビリテーション実施計画書(参考様式) |
| | 家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等を可能とすることを見据えた目標や実施内容を設定 | <input type="checkbox"/> 該当 | リハビリテーション実施計画書(参考様式) |
| | 専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士を配置 | <input type="checkbox"/> 該当 | 修了証 |
| | 終了前一月以内に、リハビリテーション会議を開催 | <input type="checkbox"/> あり | プロセス管理票(参考様式) |
| | リハビリテーションの目標の達成状況を報告 | <input type="checkbox"/> 該当 | リハビリテーション実施計画書(参考様式) |
| | リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ～Ⅳを算定 | <input type="checkbox"/> あり | リハビリテーション計画書(参考様式) |
| | 生活行為向上リハビリテーションを行うための理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | 生活行為向上リハビリテーション実施減算について説明をした上で、利用者の同意を得ていること | <input type="checkbox"/> 該当 | リハビリテーション計画書(参考様式) |
| | 利用者が生活の中で実践できるよう家族に指導助言 | <input type="checkbox"/> 該当 | リハビリテーション実施計画書(参考様式) |
| 生活行為向上リハビリテーション実施減算 | 居室を訪問し、利用者の居室における能力を評価、利用者及び家族に伝達 | <input type="checkbox"/> 該当 | リハビリテーション実施計画書(参考様式) |
| | 当該加算の提供終了した日の属する月の翌月から、1日につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数から減算 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | リハビリテーション計画を作成する際に、減算について利用者及び家族に説明されている。 | <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 | |
|------------------------|--|----------------------------------|--------------------|
| 社会参加支援加算 | 評価対象期間において終了者で社会参加に資する取組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 | |
| | 終了日から14日～44日以内に居宅を訪問する又は介護支援専門員から居宅サービス計画に関する情報提供を受け、ADL及びIADLが維持改善されてことや社会参加に資する取組が継続されていることの確認、記録の実施 | <input type="checkbox"/> あり | 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25%以上であること | <input type="checkbox"/> あり | |
| 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 | |
| | 管理栄養士、看護・介護職員等が共同した栄養ケア計画の作成 | <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) |
| | 栄養ケア計画の評価、ケアマネ等に対する情報提供 | <input type="checkbox"/> 3月ごとに実施 | 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 | |
| | 月の算定回数 | <input type="checkbox"/> 2回以下 | |
| 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 | |
| 同一建物減算 | 事業所と同一建物に居住又は同一建物から通所 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 重度療養管理加算 | 要介護3から要介護5で厚生労働大臣が定める状態に該当 | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|------------------|--|----------------------------------|---------------------------|
| 中重度者ケア体制加算 | 看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1名以上配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | 利用者数の総数のうち、要介護状態区分が要介護三から要介護五である者の占める割合が30%以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | ケアを計画的に実施するプログラムを作成 | <input type="checkbox"/> あり | リハビリテーション計画書(参考様式) |
| 送迎減算 | 送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 口腔機能向上加算 | 言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置 | <input type="checkbox"/> 配置 | |
| | 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) |
| | 医療における対応の必要性の有無 | <input type="checkbox"/> なし | |
| | 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) |
| | 利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供 | <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 | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ | 介護職員のうち介護福祉士が5割以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 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)ロ又は(Ⅱ)を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ | 介護職員のうち介護福祉士が4割以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 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)イ又は(Ⅱ)を算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | |
|--|---|--------------------------------|-------------|
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 直接処遇職員のうち勤続年数3年以上の職員が3割以上 | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| | 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）イロを算定していない | <input type="checkbox"/> 該当 | |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置 | <input type="checkbox"/> あり | 介護職員処遇改善計画書 |
| | 2 改善計画書の作成、周知、届出 | <input type="checkbox"/> あり | 介護職員処遇改善計画書 |
| | 3 賃金改善の実施 | <input type="checkbox"/> あり | |
| | 4 処遇改善に関する実績の報告 | <input type="checkbox"/> あり | 実績報告書 |
| | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑 | <input type="checkbox"/> なし | |
| | 6 労働保険料の納付 | <input type="checkbox"/> 適正に納付 | |
| | 7 次の（一）、（二）、（三）のいずれにも適合 | <input type="checkbox"/> | |
| | （一）任用の際の職責又は職務内容等の要件を定め、その内容について書面を作成し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | |
| （二）資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会の確保し、全ての介護職員に周知 | | | |
| （三）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的に昇給を判定する仕組みを設け、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | 研修計画書 | |
| 8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> あり | | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | |
|---------------|--|--------------------------|-------|-------------|
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置 | <input type="checkbox"/> | あり | 介護職員処遇改善計画書 |
| | 2 改善計画書の作成、周知、届出 | <input type="checkbox"/> | あり | 介護職員処遇改善計画書 |
| | 3 賃金改善の実施 | <input type="checkbox"/> | あり | |
| | 4 処遇改善に関する実績の報告 | <input type="checkbox"/> | あり | 実績報告書 |
| | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑 | <input type="checkbox"/> | なし | |
| | 6 労働保険料の納付 | <input type="checkbox"/> | 適正に納付 | |
| | 7 次の(一)、(二)のいずれにも適合 | <input type="checkbox"/> | | |
| | (一) 任用の際の職責又は職務内容等の要件を定め、その内容について書面を作成し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> | あり | |
| | (二) 資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> | あり | 研修計画書 |
| | 8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> | あり | |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ） | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置 | <input type="checkbox"/> | あり | 介護職員処遇改善計画書 |
| | 2 改善計画書の作成、周知、届出 | <input type="checkbox"/> | あり | 介護職員処遇改善計画書 |
| | 3 賃金改善の実施 | <input type="checkbox"/> | あり | |
| | 4 処遇改善に関する実績の報告 | <input type="checkbox"/> | あり | 実績報告書 |
| | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑 | <input type="checkbox"/> | なし | |
| | 6 労働保険料の納付 | <input type="checkbox"/> | 適正に納付 | |
| | 7 次の(一)、(二)のいずれかに適合 | <input type="checkbox"/> | | |
| | (一) 任用の際の職責又は職務内容等の要件を定め、その内容について書面を作成し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> | あり | |
| | (二) 資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> | あり | 研修計画書 |
| | 8 処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> | あり | |

| 点検項目 | 点検事項 | 点検結果 | | |
|---------------|---|--------------------------|-------|-------------|
| 介護職員処遇改善加算（Ⅳ） | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置 | <input type="checkbox"/> | あり | 介護職員処遇改善計画書 |
| | 2 改善計画書の作成、周知、届出 | <input type="checkbox"/> | あり | 介護職員処遇改善計画書 |
| | 3 賃金改善の実施 | <input type="checkbox"/> | あり | |
| | 4 処遇改善に関する実績の報告 | <input type="checkbox"/> | あり | 実績報告書 |
| | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑 | <input type="checkbox"/> | なし | |
| | 6 労働保険料の納付 | <input type="checkbox"/> | 適正に納付 | |
| | 7 次の(一)、(二)、(三)のいずれかに適合 | <input type="checkbox"/> | | |
| | (一)任用の際の職責又は職務内容等の要件を定め、その内容について書面を作成し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> | あり | |
| | (二)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知 | <input type="checkbox"/> | あり | 研修計画書 |
| | (三)処遇改善の内容（賃金改善を除く）及び処遇改善に要した費用を全ての職員に周知 | <input type="checkbox"/> | あり | |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅴ） | 1 賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置 | <input type="checkbox"/> | あり | 介護職員処遇改善計画書 |
| | 2 改善計画書の作成、周知、届出 | <input type="checkbox"/> | あり | 介護職員処遇改善計画書 |
| | 3 賃金改善の実施 | <input type="checkbox"/> | あり | |
| | 4 処遇改善に関する実績の報告 | <input type="checkbox"/> | あり | 実績報告書 |
| | 5 前12月間に法令違反し、罰金以上の刑 | <input type="checkbox"/> | なし | |
| | 6 労働保険料の納付 | <input type="checkbox"/> | 適正に納付 | |