

令和2年度
新規（更新）指定介護保険事業者研修

介護保険事業者 指定基準と報酬体系

（介護予防）通所リハビリテーション

和歌山県介護サービス指導室

目 次

I 総論	1
II 通所リハビリテーションの概要	2
III 指定基準編	
1 人員に関する基準	4
2 設備に関する基準	8
3 運営に関する基準	10
IV 報酬編	
—通所リハビリテーション編—	
1 基本単位	21
2 事業所規模による区分の取扱いについて	21
3 その他介護給付費算定に係る取扱いについての注意点	22
4 各種加算について	24
—介護予防通所リハビリテーション編—	
1 基本単位	40
2 各種加算	40
V 資料編(厚生労働省通知)	
・【別添①】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所等の事務処理手順及び様式例の提示について	48
・【別添②】居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手 順例及び様式例の提示について	73
・【別添③】口腔機能向上加算等に関する事務処理手順及び様式例の提示について	80
・新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な 取扱いについて(第12報)	88
・自主点検調書	102

I 【総論】

○ 介護保険法上の位置付け

(指定居宅サービスの事業の基準)

第 73 条 指定居宅サービス事業者は、次条第 2 項に規定する指定居宅サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従い、要介護者の心身の状況等に応じて適切な指定居宅サービスを提供するとともに、自らその提供する指定居宅サービスの質の評価を行うこと。

その他の措置を講ずることにより常に指定居宅サービスを受ける者の立場に立ってこれを提供するよう努めなければならない。

2 (略)

第 74 条 指定居宅サービス事業者は、当該指定に係る事業所ごとに、都道府県の条例で定める基準に従い都道府県の条例で定める員数の当該指定居宅サービスに従事する従業者を有しなければならない。

2 前項に規定するもののほか、指定居宅サービスの事業の設備及び運営に関する基準は、都道府県の条例で定める。

3～5 (略)

6 指定居宅サービス事業者は、要介護者の人格を尊重するとともに、この法律又はこの法律に基づく命令を遵守し、要介護者のため忠実にその職務を遂行しなければならない。

(指定介護予防サービスの事業の基準)

第 115 条の 3 指定介護予防サービス事業者は、次条第 2 項に規定する指定介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準及び指定介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従い、要支援者の心身の状況等に応じて適切な指定介護予防サービスを提供するとともに、自らその提供する指定介護予防サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより常に指定介護予防サービスを受ける者の立場に立ってこれを提供するよう努めなければならない。

2 (略)

第 115 条の 4 指定介護予防サービス事業者は、当該指定に係る事業所ごとに、都道府県の条例で定める基準に従い厚生労働省令で定める員数の当該指定介護予防サービスに従事する従業者を有しなければならない。

2 前項に規定するもののほか、指定介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準及び指定介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準は、都道府県の条例で定める。

3～5 (略)

6 指定介護予防サービス事業者は、要支援者の人格を尊重するとともに、この法律又はこの法律に基づく命令を遵守し、要支援者のため忠実にその職務を遂行しなければならない。

介護保険法より抜粋

Ⅱ 通所リハビリテーションの概要

【通所リハビリテーションとは】

介護保険法第8条第8項において、「通所リハビリテーションとは、「居宅要介護者〈注1〉（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準〈注2〉に適合していると認められたものに限る。）について、介護老人保健施設、介護医療院、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設〈注3〉に通わせ、当該施設において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションをいう。」と規定されている。

〈注1〉居宅要介護者とは

要介護者であって、居宅において介護を受けるものをいう。

なお、居宅には次の施設における居室も含まれる。

（法第8条第2項、法施行規則第4条）。

- ・養護老人ホーム（老人福祉法第20条の4）
- ・軽費老人ホーム（老人福祉法第20条の6）
- ・有料老人ホーム（老人福祉法第29条第1項）

〈注2〉厚生労働省令で定める基準について

病状が安定期にあり、介護老人保健施設、病院及び診療所において、心身の機能の維持回復及び日常生活上の自立を図るために、診療に基づき実施される計画的な医学的管理の下における理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを要することとする。（法施行規則第11条）。

〈注3〉厚生労働省令で定める施設について

介護老人保健施設、介護医療院、病院及び診療所とする。（法施行規則第12条）。

【介護予防通所リハビリテーションとは】

介護保険法第8条の2第6項において、「介護予防通所リハビリテーションとは、「居宅要支援者〈注4〉（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準〈注2〉に適合していると認めたものに限る。）について、介護老人保健施設、介護医療院、病院又は診療所その他の厚生労働省令で定める施設〈注3〉に通わせ、当該施設において、その介護予防〈注5〉を目的として、厚生労働省令で定める期間〈注6〉にわたり行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションをいう。」と規定されている。

〈注4〉居宅要支援者とは

要支援者であって、居宅において支援を受けるものをいう。

なお、居宅には次の施設における居室も含まれる。

（法第8条の2第2項、法施行規則第4条）。

- ・ 養護老人ホーム（老人福祉法第20条の4）
- ・ 軽費老人ホーム（老人福祉法第20条の6）
- ・ 有料老人ホーム（老人福祉法第29条第1項）

〈注5〉介護予防とは

身体上又は精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について常時介護を要し、又は日常生活を営むのに支障がある状態の軽減又は悪化の防止をいう（法第8条の2第2項）。

〈注6〉「厚生労働省令で定める期間」とは （法施行規則第22条の2）

居宅要支援者ごとに定める介護予防サービス計画において定めた期間

Ⅲ 指定基準編

1 人員に関する基準

(1) 指定通所リハビリテーション事業所（居宅基準第111条第1項）

従業者の員数	<p>医師 <★H30 年度一部改正></p>	<p>①専任の常勤医師が1人以上勤務していること。 ②指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療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。 ③指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、当該介護老人保健施設又は当該介護医療院に常勤医師として勤務している場合には、常勤の要件として足るものであること。また、指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所と併設されている事業所において指定通所リハビリテーション事業所の医師が、当該病院又は当該診療所の常勤医師と兼務している場合でも、常勤の要件として足るものであること。</p>
	<p>従事者 (理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、介護職員をいう。)</p>	<p>①利用者が10人以下の場合 提供時間を通じて1人以上確保されていること。 ②利用者が10人を超える場合 提供時間を通じて利用者の数を10で除した数以上確保されていること。 ③上記の従業者のうち、専ら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が、利用者が100人又はその端数を増すごとに1人以上確保されていること。</p>

<★H30 年度一部改正>

○ 指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について
(平成11年9月17日老企第25号厚生省老人保健福祉局)

第3 介護サービス

七 通所リハビリテーション

1 人員に関する基準

(1) 指定通所リハビリテーション事業所（居宅基準第111条第1項）

① 医師（第1号）

イ 専任の常勤医師が1人以上勤務していること。

ロ 指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設又は介護医療院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ものであること。

ハ 指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、当該介護老人保健施設又は当該介護医療院に常勤医師として勤務している場合には、常勤の要件として足るものであること。また、指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されている事業所において指定通所リハビリテーション事業所の医師が、当該病院又は当該診療所の常勤医師と兼務している場合でも、常勤の要件として足るものであること。

② 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員（以下「従事者」という。）（第2号）

イ 指定通所リハビリテーションの単位とは、同時に、一体的に提供される指定通所リハビリテーションをいうものであることから、例えば、次のような場合は、2単位として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要がある。

a 指定通所リハビリテーションが同時に一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているといえない場合

b 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合

ロ 7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行う場合にあっては、事業所の実情に応じて、適当数の従業者を配置するものとする。

ハ 提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる従業者を確保するとは、指定通所リハビリテーションの単位ごとに理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員について、提供時間帯に当該職種の従業者が常に居宅基準上求められる数以上確保されるよう必要な配置を行うよう定めたものである（例えば、提供時間帯を通じて専従する従業者が2人必要である場合、提供時間帯の2分の1ずつの時間専従する従業者の場合は、その員数としては4人が必要となる。）。

また、専ら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が、利用者が100人又はその端数を増すごとに1以上確保するとは、指定通所リハビリテーションのうち、リハビリテーションを提供する時間帯に、当該職種の従事者が常に確保されるよう必要な配置を行うよう定めたものであり、所要時間1時間から2時間の指定通所リハビリテーションを行う場合であって、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位におけるリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算することができる。この場合における「研修」とは、運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。具体的には、日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーションセラピスト研修、全国病院理学療法協会の行う運動療法機能訓練技能講習会が該当する。

ニ なお、ここでいう利用者の数又は利用定員は、単位ごとの指定通所リハビリテーションについての利用者の数又は利用定員をいうものであり、利用者の数は実人員、利用定員は、あらかじめ定めた利用者の数の上限をいうものである。従って、例えば、1日のうちの午前の提供時間帯に利用者10人に対して指定通所リハビリテーションを提供し、午後の提供時間帯に別の利用者10人に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合であって、それぞれの指定通所リハビリテーションの定員が10人である場合には、当該事業所の利用定員は10人、必要となる従業者の員数は午前午後それぞれ1人ということとなり、人員算定上午前の利用者の数と午後の利用者の数が合算されるものではない。

ホ 同一事業所で複数の単位の指定通所リハビリテーションを同時に行う場合には、同時に行われる単位の数の常勤の従業者が必要となるものである（居宅基準第111条第1項・第2項関係）。

ヘ 従業者1人が1日に行うことのできる指定通所リハビリテーションは2単位までとすること。

ただし、1時間から2時間までの指定通所リハビリテーションについては0.5単位として扱う。

(2) 指定通所リハビリテーション事業所が診療所である場合

従業者の員数	医師	<p>①利用者の数が同時に10人を超える場合 (1) 指定通所リハビリテーション事業所の医師の要件 ①～③を準用する。</p> <p>②利用者の数が同時に10人以下の場合 ア 専任の医師が1人勤務していること。 イ 利用者の数は、専任の医師1人に対し1日48人以内であること。</p>
	従事者 (理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、介護職員をいう。)	<p>①利用者が10人以下の場合 提供時間を通じて1人以上確保されていること。</p> <p>②利用者が10人を超える場合 提供時間を通じて利用者の数を10で除した数以上確保されていること。</p> <p>③上記の従業者のうち、専ら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(脳血管疾患等リハビリテーション料等に係る施設基準の届出を行った保健医療機関等)に1年以上従事した経験を有する看護師が常勤換算方法で0.1以上確保されていること。</p>

<★H30年度一部改正>

○ 指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について
 (平成11年9月17日老企第25号厚生省老人保健福祉局)

第3 介護サービス

七 通所リハビリテーション

1 人員に関する基準

(2) 指定通所リハビリテーション事業所が診療所である場合

① 医師(第1号)

- イ 利用者の数が同時に10人を超える場合にあつては、(1)①を準用すること。
- ロ 利用者の数が同時に10人以下の場合にあつては、次に掲げる要件に適合していること。
 - a 専任の医師が1人勤務していること。
 - b 利用者数は、専任の医師1人に対し1日48人以内であること。

② 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員(以下「従事者」という。)(第2号)

- イ 指定通所リハビリテーションの単位とは、同時に、一体的に提供される指定通所リハビリテーションをいうものであることから、例えば、次のような場合は、2単位として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要がある。
 - a 指定通所リハビリテーションが同時に一定の距離を置いた二つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているといえない場合
 - b 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所リハビリ b 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合
- ロ 7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行う場合にあつては、事業所の実情に応じて、適当数の従業者を配置するものとする。
- ハ 提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる従業者を確保するとは、指定通所リハビリテーションの単位ごとに理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員について、提供時間帯に当該職種の従業者が常に居宅基準上求められる数以上確保されるよう必要な配置を行うよう定めたものである(例えば、提供時間帯を通じて専従する従業者が2人必要である場合、提供時間帯の2分の1ずつの時間専従する従業者の場合は、その員数としては4人が必要となる。)

また、専従する従事者のうち理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は経験を有する看護師が、常勤換算方法で、0.1人以上確保されていることとし、所要時間1時間から2時間の指

定通所リハビリテーションを行う場合であって、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位におけるリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算することができる。この場合における「研修」とは、運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。具体的には、日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーションセラピスト研修、全国病院理学療法協会の行う運動療法機能訓練技能講習会が該当する。

ニ なお、ここでいう利用者の数又は利用定員は、単位ごとの指定通所リハビリテーションについての利用者の数又は利用定員をいうものであり、利用者の数は実人員、利用定員は、あらかじめ定めた利用者の数の上限をいうものである。従って、例えば、1日のうちの午前の提供時間帯に利用者10人に対して指定通所リハビリテーションを提供し、午後の提供時間帯に別の利用者10人に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合であって、それぞれの指定通所リハビリテーションの定員が10人である場合には、当該事業所の利用定員は10人、必要となる従業者の員数は午前午後それぞれ1人ということとなり、人員算定上午前の利用者の数と午後の利用者の数が合算されるものではない。

ホ 同一事業所で複数の単位の指定通所リハビリテーションを同時に行う場合には、同時に行われる単位の数の常勤の従業者が必要となるものである（居宅基準第111条第一項・第二項関係）。

ヘ 従業者1人が1日に行うことのできる指定通所リハビリテーションは2単位までとすること。ただし、1時間から2時間までの指定通所リハビリテーションについては0.5単位として扱う。

ト 経験を有する看護師とは、診療報酬の算定方法に定める重度認知症患者デイケア、精神科デイケア、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料に係る施設基準の届出を行った保険医療機関等又は「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成12年厚生省告示第19号）に定める通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定通所リハビリテーション事業所、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」

（平成18年厚生労働省告示第127号）に定める介護予防通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定介護予防通所リハビリテーション事業所、「厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数」（平成12年厚生省告示第30号）に定める理学療法、作業療法に係る施設基準の届出を行った介護保険施設において、それらに1年以上従事した者であること。

2 設備に関する基準

指定通所リハビリテーション事業所を行うにふさわしい専用の部屋等であって、3平方メートルに利用定員(同時に指定通所リハビリテーションの提供を受けることができる利用者の数の上限)を乗じた面積以上のものを有しなければならない。

ただし、介護老人保健施設又は介護医療院併設である場合にあっては、当該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共用されるものに限る)の面積を加えることができる。また、消火設備その他非常災害に際して必要な設備並びに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なければならない。

<疾患別リハビリテーション届出の保険医療機関の特例>

<★H30年度一部改正>

- 指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について
(平成11年9月17日老企第25号厚生省老人保健福祉局)

第3介護サービス

七 通所リハビリテーション

2 設備に関する基準

(2) 指定通所リハビリテーションを行うためのスペースと、当該指定通所リハビリテーション事業所と併設の関係にある特別養護老人ホーム、社会福祉施設等における指定通所介護の機能訓練室等との関係については、第3の六の2の(4)を参照されたい。ただし、保険医療機関が医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションの届出を行っており、当該保険医療機関において、指定通所リハビリテーション(1時間以上2時間未満に限る)又は指定介護予防通所リハビリテーションを実施する場合には、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けている患者と介護保険の指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションの利用者に対するサービス提供に支障が生じない場合に限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えない。この場合の居宅基準第112条第1項の指定通所リハビリテーションを行うために必要なスペースは、医療保険のリハビリテーションの患者数に関わらず、常時、3平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用者数(指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、指定通所リハビリテーションの利用者数と指定介護予防通所リハビリテーションの利用者数の合計数)を乗じた面積以上とする。

なお、機器及び機具は、サービス提供時間に関わらず、各サービスの提供に支障が生じない場合に限り、共用して差し支えない。(予防基準第118条の基準についても同様)。

<参考> ○ 指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について

第3の六の2(4) 設備に係る共用

指定通所介護事業所と指定居宅サービス事業所等を併設している場合に、利用者へのサービス提供に支障がない場合は、設備基準上両方のサービスに規定があるもの(指定訪問介護事業所の場合は事務室)は共用が可能である。ただし、指定通所介護事業所の機能訓練室等と、指定通所介護事業所と併設の関係にある病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院における指定通所リハビリテーション等を行うためのスペースについて共用する場合にあっては、以下の条件に適合することをもって、これらが同一の部屋等であっても差し支えないものとする。

イ 当該部屋等において、指定通所介護事業所の機能訓練室等と指定通所リハビリテーション等を行うためのスペースが明確に区分されていること。

ロ 指定通所介護事業所の機能訓練室等として使用される区分が、指定通所介護事業所の設備基準を満たし、かつ、指定通所リハビリテーション等を行うためのスペースとして使用される区分が、指定通所リハビリテーション事業所等の設備基準を満たすこと。また、玄関、廊下、階段、送迎車両など、基準上は規定がないが、設置されるものについても、利用者へのサービス提供に支障がない場合は、共用が可能である。なお、設備を共用する場合、居宅基準第104条第2項において、指定通所介護事業者は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じるよう努めなければならないと定められているところであるが、衛生管理等に一層努めること。

<★H30 年度一部改正>

- 指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について
(平成 11 年 9 月 17 日老企第 25 号厚生省老人保健福祉局)

第 2 総論

(4) 「専ら従事する」「専ら提供に当たる」

原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいうものである。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従業者の当該事業所における勤務時間(指定通所介護及び指定通所リハビリテーションについては、サービスの単位ごとの提供時間)をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。ただし、指定通所介護及び指定通所リハビリテーションについては、あらかじめ計画された勤務表に従って、サービス提供時間帯の途中で同一職種の従業者と交代する場合には、それぞれのサービス提供時間を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをもって足りるものである。

また、指定通所リハビリテーション(1時間以上2時間未満に限る)又は指定介護予防通所リハビリテーションが、保険医療機関において医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料のいずれかを算定すべきリハビリテーションが同じ訓練室で実施されている場合に限り、専ら当該指定通所リハビリテーション又は指定介護予防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は、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料のいずれかを算定すべきリハビリテーションに従事して差し支えない。

ただし、当該従業者が指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションに従事していない時間帯については、基準第 111 条第 1 項第 2 号又は第 2 項の従業者の員数及び厚生労働大臣が定める基準(平成 27 年厚生労働省告示第 95 号)の第 24 号の 2 の従業者の合計数に含めない。

- 厚生労働大臣が定める基準(平成 27 年厚生労働省告示第 95 号)

二十四の二 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーション提供体制加算の基準

イ 指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。

ロ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)から(Ⅳ)までのいずれかを算定していること。

問66 「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」(平成11年9月17日老企第25号)において、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けている患者と介護保険の指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションの利用者に対するサービス提供に支障が生じない場合に限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えないとされ、その場合には、医療保険のリハビリテーションの患者数に関わらず、常時、3平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用者数を乗じた面積以上を満たせばよいとされている。

例えば保険医療機関の45平方メートルの訓練室を指定通所リハビリテーションと共用する場合、45平方メートルを3平方メートルで除した数、すなわち15人以下の利用者数に指定通所リハビリテーションを提供できると考えていいか。

答 66 よい。

平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol. 1)

3 運営に関する基準

(1) 内容及び手続の説明及び同意 (居宅基準第8条、第119条)

指定通所リハビリテーションの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第117条に規定する運営規程の概要、通所リハビリテーション従業者の勤務の体制その他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記した文書(重要事項説明書)を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。

★ 重要事項について、わかりやすい説明書やパンフレット等の文書を交付して懇切丁寧に説明を行う。

同意については、利用者及び指定通所リハビリテーション事業者双方の保護の立場から書面によって確認することが望ましい。

(重要事項説明書に記載すべき事項)

運営規程の概要、通所リハビリテーション従業者の勤務体制、事故発生時の対応及び苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況(実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況)等の利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項

(2) 提供拒否の禁止 (居宅基準第9条、第119条)

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ではならない。

(3) サービス提供困難時の対応 (居宅基準第10条、第119条)

当該事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定通所リハビリテーションを提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定通所リハビリテーション事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じなければならない。

(4) 受給資格等の確認 (居宅基準第11条、第119条)

- 1 指定通所リハビリテーションの提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめるものとする。
- 2 被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定通所リハビリテーションを提供するように努めなければならない。

(5) 要介護認定の申請に係る援助 (居宅基準第12条、第119条)

- 1 指定通所リハビリテーションの提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうか確認し、

申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。

- 2 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られるときは、要介護認定の更新の申請が遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の 30 日前には行われるよう必要な援助を行わなければならない。

(6) 心身の状況等の把握 (居宅基準第 13 条、第 119 条)

指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、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、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

(7) 居宅介護支援事業者等との連携 (居宅基準第 64 条、第 119 条)

- 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等との密接な連携に努めなければならない。
- 2 指定通所リハビリテーションの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治の医師及び居宅介護支援事業者に対する情報提供並びに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なければならない。

(8) 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助 (居宅基準第 15 条、第 119 条)

指定通所リハビリテーションの提供の開始に際し、利用申込者が介護保険法施行規則第 64 条各号のいずれにも該当しないときは、当該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町村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わなければならない。

(9) 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供 (居宅基準第 16 条、第 119 条)

居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿った指定通所リハビリテーションを提供しなければならない。

(10) 居宅サービス計画等の変更の援助 (居宅基準第 17 条、第 119 条)

利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡その他の必要な援助を行わなければならない。

(11) サービスの提供の記録 (居宅基準第 19 条、第 119 条)

- 1 指定通所リハビリテーションを提供した際には、提供日及び内容、利用者に代わっ

て支払を受ける居宅介護サービス費の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しなければならない。

- 2 指定通所リハビリテーションを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申し出があった場合には、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なければならない。

(12) 利用料等の受領（居宅基準第96条、第119条）

- 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、その利用者から利用料の一部として、当該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から当該指定通所介護事業者を支払われる居宅介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。
- 2 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を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、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との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。
- 3 前二項の支払を受ける額のほか、次の各号に掲げる費用の額の支払を利用者から受けることができる。
 - 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 指定通所リハビリテーションに通常要する時間を超える指定通所リハビリテーションであって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
 - ③ 食事の提供に要する費用
 - ④ おむつ代
 - ⑤ 前各号に掲げるもののほか、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、その利用者に負担させることが適当と認められる費用
- 4 前項第三号に掲げる費用については、別に厚生労働大臣が定めるところ（居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針（平成17年9月7日厚生労働省告示第419号））によるものとする。
- 5 第三項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。

★上記3に掲げる費用であっても、徴収をするためには、運営規程に金額を明記し、重要事項を説明する際に利用者又はその家族に対して具体的に説明し、同意を得ておかなければならない。

★事業者は、法第41条第8項の規定により交付しなければならない領収証に、指定居宅サービスについて居宅要介護被保険者から支払を受けた費用の額のうち、同条第4項第1号又は第2号に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（その額が現に当該指定居宅サービスに要した費用の額を超えるときは、当該現に指定居宅サービスに要した費用の額とする。）、食事の提供に要し

た費用の額及び滞在に要した費用の額に係るもの並びにその他の費用の額を区分して記載し、当該その他の費用の額についてはそれぞれ個別の費用ごとに区分して記載しなければならない。（介護保険法施行規則第 65 条）

(13) 保険給付の請求のための証明書の交付（居宅基準第 21 条、第 119 条）

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、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付しなければならない。

(14) 指定通所リハビリテーションの基本取扱方針（居宅基準第 113 条）

- 1 指定通所リハビリテーションは、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、計画的に行われなければならない。
- 2 指定通所リハビリテーション事業者は、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、常にその改善を図らなければならない。

(15) 指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針（居宅基準第 114 条）

指定通所リハビリテーションの方針は、次に掲げるところによるものとする。

- 1 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び次条第一項に規定する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、妥当適切に行う。
- 2 従業者は、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う。
- 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的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供する。特に、認知症である要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービス提供ができる体制を整える。
- 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する。

(16) 通所リハビリテーション計画の作成（居宅基準第 115 条）

- 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通所リハビリテーション従業者（以下「医師等の従業者」という。）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、当該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なければならない。
- 2 通所リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければならない。
- 3 医師等の従業者は、通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

- 4 医師等の従業者は、通所リハビリテーション計画を作成した際には、当該通所リハビリテーション計画を利用者に交付しなければならない。
- 5 従業者は、それぞれの利用者について、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する。
- 6 指定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、リハビリテーション会議（医師が参加した場合に限る。）の開催等を通じて、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に関する情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた通所リハビリテーション計画を作成した場合については、第八十一条第一項から第四項までに規定する運営に関する基準を満たすことをもって、第一項から第四項までに規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

★通所リハビリテーション計画は、指定通所リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、医師の診察内容及び運動機能検査等の結果を基に、指定通所リハビリテーションの提供に関わる従業者が共同して個々の利用者ごとに作成するものである。＜H30年度一部改正＞

★リハビリテーション会議を開催し、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会議の構成員と共有すること。

構成員とは、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、計画に位置付けた指定居宅サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護職員、保健師等とする。

利用者及びその家族の参加も基本とするが、参加が望ましくない場合ややむを得ず参加できない場合は、必ずしも参加を求めるものではない。

★指定通所リハビリテーションは、事業所内でサービスを提供することが原則であるが、次の条件を満たす場合においては、事業所の屋外でサービスを提供することができる。

- ① あらかじめ通所リハビリテーション計画に位置付けられていること
- ② 効果的なりハビリテーションのサービスが提供できること

(17) 利用者に関する市町村への通知（居宅基準第26条、第119条）

利用者が次の各号のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければならない。

- 1 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とき。
- 2 偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

(18) 緊急時等の対応（居宅基準第27条、第119条）

現に指定通所リハビリテーションの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。

(19) 管理者の責務 (居宅基準第116条)

- 1 管理者は、医師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は専ら指定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選任した者に、必要な管理の代行をさせることができる。
- 2 管理者又は前項の管理を代行する者は、指定通所リハビリテーション事業所の従業者にこの節の規定を遵守させるための必要な指揮命令を行うものとする。

★管理業務を代行させる場合は、組織図等により、指揮命令系統を明確にしておくこと。

(20) 運営規定 (居宅基準第117条)

指定通所リハビリテーション事業者は、指定通所リハビリテーション事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程(以下この章において「運営規程」という。)を定めておかなければならない。

- ① 事業の目的及び運営の方針
- ② 従業者の職種、員数及び職務の内容
- ③ 営業日及び営業時間
- ④ 指定通所リハビリテーションの利用定員
- ⑤ 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
- ⑥ 通常の事業の実施地域
- ⑦ サービス利用に当たっての留意事項
- ⑧ 非常災害対策
- ⑨ その他運営に関する重要事項

★7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行う指定通所リハビリテーション事業所にあつてはサービス提供時間とは別に当該延長サービスを行う時間を運営規程に明記すること。<H30年度一部改正>

(21) 勤務体制の確保等 (居宅基準第101条、第119条)

- 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、指定通所リハビリテーション事業所ごとに従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。
- 2 指定通所リハビリテーション事業所ごとに、当該指定通所リハビリテーション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なければならない。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。
- 3 従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。

★指定通所リハビリテーション事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、通所リハビリテーション従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、専従の理学療法士、作業療法士、経験看護師等、看護職員及び介護職員の配置、管理者との兼務関係等を明確にし人員に関する基準が満たされていることを明らかにすること。

★原則として、指定通所リハビリテーション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するべきであるが、調理、洗濯等の利用者の処遇に直接影響

を及ぼさない業務については、第三者への委託等を行うことを認めるものである。

(22) 定員の遵守 (居宅基準第102条、第119条)

利用定員を超えて指定通所リハビリテーションの提供を行ってはならない。ただし、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。

(23) 非常災害対策 (居宅基準第103条、第119条)

非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。

(24) 衛生管理等 (居宅基準第118条)

- 1 指定通所リハビリテーション事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行わなければならない。
- 2 指定通所リハビリテーション事業者は、当該事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

(25) 掲示 (居宅基準第32条、第119条)

事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、通所リハビリテーション従業者の勤務の体制その他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なければならない。

(26) 秘密保持等 (居宅基準第33条、第119条)

- 1 従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
- 2 当該指定通所リハビリテーション事業所の従業者であった者が、正当な理由がなく、その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がないよう、必要な措置を講じなければならない。
- 3 サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

★指定通所リハビリテーション事業者は、当該指定通所リハビリテーション事業所の通所リハビリテーション従業者その他の従業者が、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用時等に取り決め、例えば違約金についての定めをおくなどの措置を講ずべきである。

★通所リハビリテーション従業者がサービス担当者会議等において、課題分析情報等を通じて利用者の有する問題点や解決すべき課題等の個人情報を、介護支援専門員や他のサービスの担当者と共有するためには、あらかじめ、文書により利用者又はその家族から同意を得る必要があり、この同意はサービス提供開始時に利用者及びその家族から包括的な同意を得ておくことで足りる。

(27) 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止（居宅基準第35条、第119条）

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はならない。

(28) 苦情処理（居宅基準第36条、第119条）

- 1 提供したサービスに係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければならない。
- 2 苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。
- 3 提供した指定通所リハビリテーションに関し、法の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
- 4 市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告しなければならない。
- 5 提供した指定通所リハビリテーションに係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
- 6 国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

(29) 地域との連携（居宅基準第36条の2、第119条）

事業の運営に当たっては、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、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めなければならない。

(30) 事故発生時の対応（居宅基準第37条、第119条）

- 1 利用者に対する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、市町村、当該利用者の家族、当該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、必要な措置を講じなければならない。
- 2 事故の状況及び事故に際してとった処置について記録しなければならない。
- 3 利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供により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わなければならない。

(31) 会計の区分（居宅基準第38条、第119条）

事業所ごとに経理を区分するとともに、指定通所リハビリテーションの事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならない。

(32) 記録の整備（居宅基準第118条の2）

- 1 従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかななければならない
- 2 利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から2年間保存しなければならない（※）。

- ① 通所リハビリテーション計画
- ② 提供した具体的なサービスの内容等の記録
- ③ 市町村への通知に係る記録
- ④ 苦情の内容等の記録
- ⑤ 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

※和歌山県条例においては、サービス提供日より5年間保存しなければならない。

記録の整備について リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者、加算の算定に当たって根拠となった書類等）は利用者ごとに保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること。

居宅算定基準留意事項

(3 3) 指定介護予防通所リハビリテーションの基本取扱方針

(介護予防居宅基準第124条)

- 1 指定介護予防通所リハビリテーションは、利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。
- 2 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、自らその提供する指定介護予防通所リハビリテーションの質の評価を行うとともに、主治の医師又は歯科医師とも連携を図りつつ、常にその改善を図らなければならない。
- 3 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たり、単に利用者の運動器の機能の向上、栄養状態の改善、口腔機能の向上等の特定の心身機能に着目した改善等を目的とするものではなく、当該心身機能の改善等を通じて、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービスの提供に当たらなければならない。
- 4 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めなければならない。
- 5 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たり、利用者とのコミュニケーションを十分に図ることその他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めなければならない。

(3 4) 指定介護予防通所リハビリテーションの具体的取扱方針

(介護予防居宅基準第125条)

- 1 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、主治の医師若しくは歯科医師からの情報伝達又はサービス担当者会議若しくはリハビリテーション会議を通じる等の適切な方法により、利用者の病状、心身の状況、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行うものとする。
- 2 医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定介護予防通所リハビリテーショ

ンの提供に当たる介護予防通所リハビリテーション従業者(以下この節において「医師等の従業者」という。)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、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した介護予防通所リハビリテーション計画を作成しなければならない。

- 3 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、既に介護予防サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければならない。
- 4 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。
- 5 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画を作成した際には、当該介護予防通所リハビリテーション計画を利用者に交付しなければならない。
- 6 指定介護予防通所リハビリテーション事業者が指定介護予防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、リハビリテーション会議(医師が参加した場合に限る。)の開催等を通じて、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に関する情報を構成員と共有し、介護予防訪問リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた介護予防通所リハビリテーション計画を作成した場 合については、第八十六条第二号から第五号までに規定する介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を満たすことをもって、第二号から前号までに規定する基準を満たしているものとみなすことができる。
- 7 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護予防通所リハビリテーション計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行うものとする。
- 8 指定介護予防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うものとする。
- 9 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行うものとする。
- 10 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画に基づくサービスの提供の開始時から、少なくとも一月に一回は、当該介護予防通所リハビリテーション計画に係る利用者の状態、当該利用者に対するサービスの提供状況等について、当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画を作成した指定介護予防支援事業者に報告するとともに、当該介護予防通所リハビリテーション計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも一回は、当該介護予防通所リハビリテーション計画の実施状況の把握(以下この条において「モニタリング」という。)を行うものとする。

- 11 医師等の従業者は、モニタリングの結果を記録し、当該記録を当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画を作成した指定介護予防支援事業者に報告しなければならない。
- 12 医師等の従業者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防通所リハビリテーション計画の変更を行うものとする。
- 13 第一号から第十一号までの規定は、前号に規定する介護予防通所リハビリテーション計画の変更について準用する。

(35) 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっての留意点

(介護予防居宅基準第126条)

指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護予防の効果を最大限高める観点から、次に掲げる事項に留意しながら行わなければならない。

- 1 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、サービスの提供に当たり、介護予防支援におけるアセスメントにおいて把握された課題、指定介護予防通所リハビリテーションの提供による当該課題に係る改善状況等を踏まえつつ、効率的かつ柔軟なサービスの提供に努めること。
- 2 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、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提供するに当たっては、国内外の文献等において有効性が確認されている等の適切なものとする。
- 3 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、サービスの提供に当たり、利用者が虚弱な高齢者であることに十分に配慮し、利用者に危険が伴うような強い負荷を伴うサービスの提供は行わないとともに、次条に規定する安全管理体制等の確保を図ること等を通じて、利用者の安全面に最大限配慮すること。

(36) 安全管理体制等の確保 (介護予防居宅基準第127条)

- 1 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変等が生じた場合に備え、緊急時マニュアル等を作成し、事業所内の従業者に周知徹底を図るとともに、速やかに主治の医師への連絡を行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めておかななければならない。
- 2 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、サービスの提供に当たり、転倒等を防止するための環境整備に努めなければならない。
- 3 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、サービスの提供に当たり、事前に脈拍や血圧等を測定する等利用者の当日の体調を確認するとともに、無理のない適度なサービスの内容とするよう努めなければならない。
- 4 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、サービスの提供を行っているときにおいても、利用者の体調の変化に常に気を配り、病状の急変等が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。

IV 報酬編

— 通所リハビリテーション編 —

[算定基準] …指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成 12 年厚生省告示第 19 号）、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成 18 年厚生省告示第 127 号）

[算定基準留意事項] …指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 12 年 3 月 1 日老企第 36 号）、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 18 年 3 月 17 日老計発 0317001 老振発 0317001 老老発 0317001）

1 基本単位 <★令和元年 10 月 1 日改正>

事業所規模		通常規模型	大規模型	
前年度の 1 月当たり平均 利用延人員		750 人以下	751 人以上 900 人以下(I)	901 人以上(II)
介護報酬 <7 時間以上 8 時間未満 の場合>	要介護 1	716 単位	692 単位	667 単位
	要介護 2	853 単位	824 単位	797 単位
	要介護 3	993 単位	960 単位	927 単位
	要介護 4	1,157 単位	1,117 単位	1,080 単位
	要介護 5	1,317 単位	1,273 単位	1,231 単位

- 短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護若しくは複合型サービスを受けている間は算定できない。
- 個別リハビリテーション実施加算が本体報酬に包括化された趣旨を踏まえ、利用者の状態に応じ、個別にリハビリテーションを実施することが望ましい。

2 事業所規模による区分の取扱いについて

- 通所リハビリテーション費の算定の基礎となる「事業所規模」の区分は、前年度の 1 月当たりの平均利用延人員数により決定される。
 - ※ 平均利用延人員数の算定にあたっては、3 月分を除くことに注意する。
- 正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施している事業所については、利用延人員 数に 6 / 7 を乗じて月当たりの平均利用延人員数を計算する。
- 上記にかかわらず、以下の場合は、利用定員に 90% をかけた推計値により決定する。
 - ① 前年度の実績が 6 月に満たない事業者の場合（新規指定事業者及び再開事業者を含む）
 - ② 前年度から定員を概ね 25% 以上変更して事業を実施しようとする場合（ただし、4 月 1 日付けの変更に限る。）
- 事業所規模の算定は、一体的に運営する介護予防通所介護及び第一号通所事業の利用 人員も含む。また、1 つの事業所が複数単位を実施する場合は、全ての単位を合算で行う。
- 指定通所介護事業者は、毎年 3 月に事業所規模算定区分の確認を行う必要がある。
- 変更がある場合は、3 月 15 日までに「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」、「事業所規模チェック表」を作成し、所轄の振興局健康福祉部へ提出すること（変更がない場合は特に届出の必要なし）。

・事業所規模による区分の取扱い

- ① 事業所規模による区分については、施設基準第6号イ(1)に基づき、前年度の1月当たりの平均利用延人員数により算定すべき通所リハビリテーション費を区分しているところであるが、当該平均利用延人員数の計算に当たっては、同号の規定により、当該指定通所リハビリテーション事業所に係る指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け一体的に事業を実施している場合は、当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所における前年度の1月当たりの平均利用延人員数を含むこととされているところである。したがって、仮に指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受けている場合であっても、事業が一体的に実施されず、実態として両事業が分離されて実施されている場合には、当該平均利用延人員数には当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所の平均利用延人員数は含めない取扱いとする。
- ② 平均利用延人員数の計算に当たっては、1時間以上2時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に4分の1を乗じて得た数とし、2時間以上3時間未満の報酬を算定している利用者及び3時間以上4時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に2分の1を乗じて得た数とし、4時間以上6時間未満の報酬を算定している利用者については利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。
また、平均利用延人員数に含むこととされた指定介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者の計算に当たっては、指定介護予防通所リハビリテーションの利用時間が2時間未満の利用者については、利用者数に4分の1を乗じて得た数とし、2時間以上4時間未満の利用者については、利用者数に2分の1を乗じて得た数とし、利用時間が4時間以上6時間未満の利用者については、利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。ただし、介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者については、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えない。また、1月間(暦月)、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月における平均利用延人員数については、当該月の平均利用延人員数に7分の6を乗じた数によるものとする。
- ③ 前年度の実績が6月に満たない事業者(新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む)又は前年度から定員を概ね25%以上変更して事業を実施しようとする事業者においては、当該年度に係る平均利用延人員数については、便宜上、都道府県知事に届け出た当該事業所の利用定員の90%に予定される1月当たりの営業日数を乗じて得た数とする。
- ④ 毎年度3月31日時点において、事業を実施している事業者であって、4月以降も引き続き事業を実施するものの当該年度の通所リハビリテーション費の算定に当たっては、前年度の平均利用延人員数は、前年度において通所リハビリテーション費を算定している月(3月を除く。)の1月当たりの平均利用延人員数とする。

3 その他介護給付費算定に係る取扱いについての注意点

○ 災害時等の取り扱いについて(算定基準留意事項)

災害その他のやむを得ない理由による定員超過利用については、当該定員超過利用が開始した月(災害等が生じた時期が月末であって、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合は翌月も含む。)の翌月から所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにも関わらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行うものとする。また、この場合にあっては、やむを得ない理由により受け入れた利用者については、その理由を明確に区分した上で、平均利用延人数に含まないこととする。

○ 所要時間による区分の取扱い（算定基準留意事項）

所要時間による区分については、現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画に位置づけられた内容の通所リハビリテーションを行うための標準的な時間によることとしている。そのため、例えば、単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、通所リハビリテーションのサービスが提供されているとは認められないものであり、この場合は当初計画に位置づけられた所要時間に応じた所定単位数を算定すること（このような家族等の出迎え等までの間の「預かり」サービスについては、利用者から別途利用料を徴収して差し支えない。）。

これに対し、当日の利用者の心身の状況から、実際の通所リハビリテーションの提供が通所リハビリテーション計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には通所リハビリテーション計画上の単位数を算定して差し支えない。なお、通所リハビリテーション計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合には、通所リハビリテーション計画を変更の上、変更後の所要時間に応じた単位数を算定すること。

○ 送迎時における居宅内介助の評価（算定基準留意事項）

指定通所リハビリテーションを行うのに要する時間には、送迎に要する時間は含まれないものであるが、送迎時に実施した居宅内での介助等（着替え、ベッド・車椅子への移乗、戸締まり等）に要する時間は、次のいずれの要件も満たす場合、1日30分以内を限度として、通所リハビリテーションを行うのに要する時間に含めることができる。

- ① 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する場合
- ② 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、1級課程修了者、介護職員初任者研修修了者（2級課程修了者を含む。）、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場合

○ 通所リハビリテーションの提供について（算定基準留意事項）

平成27年度の介護報酬改定において、個別リハビリテーション実施加算が本体報酬に包括化された趣旨を踏まえ、利用者の状態に応じ、個別にリハビリテーションを実施することが望ましいこと。

○ サービス種類相互の算定関係について（算定基準留意事項）

同一時間帯に通所サービスと訪問サービスを利用した場合は、訪問サービスの所定単位数は算定できない。例えば、利用者が通所サービスを受けている時間帯に本人不在の居宅を訪問して掃除等を行うことについては、訪問介護の生活援助として行う場合は、本人の安否確認・健康チェック等も合わせて行うべきものであることから、訪問介護（生活援助が中心の場合）の所定単位数は算定できない。

※ 短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービスを受けている間は算定できない。

○ 施設入所日及び退所日等における算定について（算定基準留意事項）

介護老人保健施設及び介護療養型医療施設の退所（退院）日又は短期入所療養介護のサービス終了日（退所・退院日）については、訪問看護費、訪問リハビリテーション費、居宅療養管理指導費及び通所リハビリテーション費は算定できない。

訪問介護等の福祉系サービスは別に算定できるが、施設サービスや短期入所サービスでも、機能訓練やリハビリテーションを行えることから、退所（退院日）に通所介護サービスを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。

また、入所（入院）当日であっても当該入所（入院）前に利用する訪問通所サービスは別に算定できる。

ただし、入所（入院）前に通所介護又は通所リハビリテーションを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。

また、施設入所（入院）者が外泊又は介護保健施設サービス費の試行的退所を算定した場合には、外泊時又は試行的退所を算定時に居宅サービスは算定できない。

4 各種加算について

(1) 理学療法士等体制強化加算 30 単位/日

- 1 時間以上 2 時間未満の通所リハビリテーションにおける理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を専従かつ常勤で 2 名以上配置する場合に算定できる。
- 「専従」とは、当該通所リハビリテーション事業所において行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する時間に専らその職務に従事していることで足りる。

(2) 延長加算 <★H30 年度一部改正>

- 7 時間以上 8 時間未満の通所リハビリテーションの前後に連続して日常生活上の世話を行う場合に算定可能。
- 通所リハビリテーションの所要時間と前後に行う日常生活上の世話の所要時間を通算した時（「算定対象時間」）が、

8 時間以上 9 時間未満の場合	+ 50 単位
9 時間以上 10 時間未満の場合	+ 100 単位
10 時間以上 11 時間未満の場合	+ 150 単位
11 時間以上 12 時間未満の場合	+ 200 単位
12 時間以上 13 時間未満の場合	+ 250 単位
13 時間以上 14 時間未満の場合	+ 300 単位
- 延長サービスに係る利用料（介護給付費対象外サービス）
 - ・ 運営規程及び重要事項説明書に記載されていること。
 - ・ 利用者またはその家族に対し、事前に文書で説明をした上で同意を得ること。
 - ・ 延長加算との二重計上は不可。

(3) リハビリテーション提供体制加算 <★H30 年度新規>

- 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年厚生省告示第十九号）

別表

7 通所リハビリテーション費

注4 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所については、リハビリテーション提供体制加算として、通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容の指定通所リハビリテーションを行うのに要する標準的な時間に応じ、それぞれ次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

イ 所要時間3時間以上4時間未満の場合 12 単位

ロ 所要時間4時間以上5時間未満の場合 16 単位

ハ 所要時間5時間以上6時間未満の場合 20 単位

ニ 所要時間6時間以上7時間未満の場合 24 単位

ホ 所要時間7時間以上の場合 28 単位

- 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月1日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

第2 居宅サービス単位数表に関する事項

8 通所リハビリテーション費

(5) リハビリテーション提供体制加算について

「当該事業所の利用者の数」とは、指定通所リハビリテーション事業者と指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、指定通所リハビリテーションの利用者数と指定介護予防通所リハビリテーションの利用者数の合計をいう。

- 厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）

24の2 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーション提供体制加算の基準

イ 指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が二十五又はその端数を増すごとに1以上であること。

ロ リハビリテーションマネジメント加算（I）から（IV）までのいずれかを算定していること。

問2 リハビリテーション提供体制加算の算定要件は、「指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。」とされているが、ケアプランにおいて位置付けられた通所リハビリテーションのサービス提供時間帯を通じて、理学療法士等の合計数が利用者の数に対して25：1いれば良いということか。

答2 貴見のとおり。

平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.3)

(4) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

- 各事業所が、運営規程に定めている通常の事業の実施地域を越えてサービスを提供する場合に、1日につき所定単位数の100分の5に相当する単位数を所定単位数に加算する。

※「通常の事業の実施地域」とは、事業所の運営規程に定める「通常の事業の実施地域」。
この加算を算定する場合、通常の事業の実施地域を越えた場合の交通費は徴収不可。

中山間地域等とは

- ① 離島振興対策実施地域（離島振興法）
- ② 奄美群島（奄美群島振興開発特別措置法）
- ③ 豪雪地帯（豪雪地帯対策特別措置法）
- ④ 辺地（辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律）
- ⑤ 振興山村（山村振興法）
- ⑥ 小笠原諸島（小笠原諸島振興開発特別措置法）
- ⑦ 半島地域（半島振興法）
- ⑧ 特定農山村地域（特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律）
- ⑨ 過疎地域（過疎地域自立促進特別措置法）
- ⑩ 離島（沖縄振興特別措置法）

(5) 入浴介助加算 50単位/日

- 入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合について算定される。
- 実際に入浴サービスを行った場合のみ算定可（シャワー浴：可、清拭：不可）
- 入浴介助加算について（算定基準留意事項）

通所リハビリテーション入浴介助加算は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合について算定されるものである（利用者等告示第17号）が、この場合の「観察」とは、自立生活支援のための見守りの援助のことであり、利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、極力利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを行うことにより、結果として、身体に直接接触する介助を行わなかった場合についても、加算の対象となるものであること。

また、通所リハビリテーション計画上、入浴の提供が位置づけられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合については、加算を算定できない

(6) リハビリマネジメント加算 <★H30年度一部改正>

- 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年厚生省告示第十九号）

別表

7 通所リハビリテーション費

注7 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合リハビリテーションマネジメント加算として、次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、リハビリテーションマネジメント加算(IV)については3月に1回を限度として算定することとし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- イ リハビリテーションマネジメント加算(I) 330単位
- ロ リハビリテーションマネジメント加算(II)
 - (1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 850単位
 - (2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 530単位

ハ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)

- (1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 1,120 単位
(2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 800 単位

ニ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)

- (1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 1,220 単位
(2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 900 単位

- 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月1日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

第2 居宅サービス単位数表に関する事項

8 通所リハビリテーション費

(10) リハビリテーションマネジメント加算について

- ① リハビリテーションマネジメント加算は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として実施されるものであり、リハビリテーションの質の向上を図るため、利用者の状態や生活環境等を踏まえた多職種協働による通所リハビリテーション計画の作成、当該計画に基づく適切なリハビリテーションの提供、当該提供内容の評価とその結果を踏まえた当該計画の見直し等といったSPDCAサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものである。
- ② 「リハビリテーションの質の管理」とは、生活機能の維持又は向上を目指すに当たって、心身機能、個人として行うADLやIADLといった活動をするための機能、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といった参加をするための機能について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを管理することをいう。
- ③ 本加算は、SPDCAサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものであることから、当該SPDCAサイクルの中で通所リハビリテーション計画を、新規に作成し直すことは想定しておらず、利用者の状態に応じて適切に当該計画の見直しが行われるものである。したがって、「同意」とは、本加算を取得するに当たって初めて通所リハビリテーション計画を作成して得られた同意をいい、当該計画の見直しの同意とは異なることに留意すること。
- ④ 注7ロに規定するリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)、注7ハに規定するリハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)(1)又は注7ニに規定するリハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)(1)を取得後は、注7ロに規定するリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(2)、注7ハに規定するリハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)(2)又は注7ニに規定するリハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)(2)を算定するものに留意すること。
- ただし、当該期間以降であっても、リハビリテーション会議を開催し、利用者の急性増悪等により引き続き月に1回以上、当該会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、当該計画を見直していく必要性が高いことを利用者又は家族並びに構成員が合意した場合、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)(1)又はリハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)(1)を再算定できるものであること。
- ⑤ 大臣基準告示第25号イ(1)の「定期的」とは、初回の評価は、通所リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後は各加算に位置付けられた見直しの期間ごとに評価を行うものであること。
- ⑥ 指定通所リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定通所リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書の特記事項欄に指定通所リハビリテーションの継続利用が必要な理由、その他指定居宅サービスの併用と移行の見直しを記載すること。
- ⑦ リハビリテーション会議の構成員である医師の当該会議への出席については、テレビ電話等情報通信機器を使用してもよいこととする。なお、テレビ電話等情報通信機器を使用する場合には、当該会議の議事に支障のないよう留意すること。
- ⑧ リハビリテーション会議の開催頻度について、指定通所リハビリテーションを実施する指定通所リハビリテーション事業所若しくは指定介護予防通所リハビリテーションを実施する指定介護予防通所リハビリテ

ション事業所並びに当該事業所の指定を受けている保険医療機関において、算定開始の月の前月から起算して前24月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて6月以上ある利用者については、算定当初から3月に1回の頻度でよいこととする。

- ⑨ 大臣基準告示第25号ニ(2)のデータ提出については、厚生労働省が実施するVISITに参加し、当該事業で活用しているシステムを用いて、リハビリテーションマネジメントで活用されるリハビリテーション計画書等のデータを提出することを評価したものである。当該事業への参加方法や提出するデータについては「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」(平成30年3月22日老老発0322第2号)を参照されたい。

○ 厚生労働大臣が定める基準(平成27年厚生労働省告示第95号)

二十五 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算の基準

イ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)次に掲げる基準のいずれにも適合すること

- (1) 通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。
- (2) 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。
- (3) 新規に通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定通所リハビリテーション事業所の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、当該計画に従い、指定通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して1月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行っていること。
- (4) 指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか以上の指示を行うこと。
- (5) (4)における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が(4)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。

ロ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) イ(4)及び(5)に掲げる基準に適合すること。
- (2) リハビリテーション会議を開催し、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し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。
- (3) 通所リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告すること。
- (4)~(6) 省略
- (7) (1)から(6)までに掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。

ハ リハビリテーションマネジメント(Ⅲ)加算次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) ロ(1)、(2)及び(4)から(6)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (2) 通所リハビリテーション計画について、指定通所リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。
- (3) (1)及び(2)に掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。

ニ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) ハ(1)から(3)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (2) 指定通所リハビリテーション事業所における通所リハビリテーション計画書等の内容に関するデータを、厚生労働省に提出していること。

問50 報酬告示又は予防報酬告示の留意事項通知において、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供に当たっては「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」（平成30年3月22日老老発0322第2号）の別紙様式2-1を用いることとされている。別紙様式2-1はBarthel Indexが用いられているが、情報提供をする医師と情報提供を受ける医師との間で合意している場合には、FIM (Functional Independence Measure) を用いて評価してもよいか。

答50 医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供に当たっては別紙様式2-1を用いる必要があるが、Barthel Indexの代替としてFIMを用いる場合に限り変更を認める。
なお、様式の変更にあたっては、本件のように情報提供をする医師と情報提供を受ける医師との間で事前の合意があることが必要である。

平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.1)

問51 医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供について、「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」（平成30年3月22日老老発0322第2号）の別紙様式2-1をもって、保険医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式2-1に記載された内容について確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、例外として、別紙様式2-1をリハビリテーション計画書と見なしてリハビリテーションの算定を開始してもよいとされている。

(1) 医療保険から介護保険のリハビリテーションへ移行する者が、当該保険医療機関を介護保険のリハビリテーション事業所として利用し続ける場合であっても同様の取扱いをしてよいか。また、その場合、保険医療機関側で当該の者を診療し、様式2-1に記載して情報提供を行った医師と、介護保険のリハビリテーション事業所側で情報提供を受ける医師が同一であれば、情報提供を受けたリハビリテーション事業所の医師の診療を省略して差し支えないか。

(2) 医療保険から介護保険のリハビリテーションへ移行する者が、保険医療機関から情報提供を受ける介護保険のリハビリテーション事業所において、指定訪問リハビリテーションと指定通所リハビリテーションの両方を受ける場合、リハビリテーション会議の開催等を通じて、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に関する情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合が取れたものとなっていることが確認できれば、別紙様式2-1による情報提供の内容を訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの共通のリハビリテーション計画とみなして、双方で使用して差し支えないか。

答51 (1)よい。また、医師が同一の場合であっても、医師の診療について省略して差し支えない。ただし、その場合には省略した旨を理由とともに記録すること。
(2)差し支えない。

平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.1)

問52 リハビリテーションの実施に当たり、医師の指示が求められているが、医師がリハビリテーション実施の当日に指示を行わなければならないか。

答52 毎回のリハビリテーションは、医師の指示の下、行われるものであり、当該の指示は利用者の状態等を踏まえて適時適切に行われることが必要であるが、必ずしも、リハビリテーションの提供の日の度に、逐一、医師が理学療法士等に指示する形のみを求めるものではない。

例えば、医師が状態の変動の範囲が予想できると判断した利用者について、適当な期間にわたり、リハビリテーションの指示を事前に出しておき、リハビリテーションを提供した理学療法士等の記録等に基づいて、必要に応じて適宜指示を修正する等の運用でも差し支えない。

平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.1)

問53 リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）及び（Ⅳ）の算定要件では、医師が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へ説明することとされている。

平成30年度介護報酬改定において、リハビリテーション会議の構成員である医師の参加については、テレビ電話等情報通信機器を使用しても差し支えないとされているが、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へテレビ電話等情報通信機器を介して説明した場合、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）及び（Ⅳ）の算定要件を満たすか。

答53 リハビリテーション会議の中で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へ説明する場合に限り満たす。

平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol. 1)

問54 リハビリテーションマネジメント加算におけるリハビリテーション会議の構成員である医師の参加については、テレビ電話等情報通信機器を使用しても差し支えないとされているが、テレビ電話等情報通信機器の使用について、基本的には音声通話のみであるが、議事のなかで必要になった時に、リハビリテーション会議を実施している場の動画や画像を送る方法は含まれるか。

答54 含まれない。テレビ電話等情報通信機器の使用については、リハビリテーション会議の議事を円滑にする観点から、常時、医師とその他の構成員が動画を共有している必要がある。

平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol. 1)

問55 リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）について、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業に参加するにはどうしたらよいか。

答55 「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」（平成30年3月22日老老発0322第2号）の「第2（5）リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）の算定に関して」を参照されたい。

平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol. 1)

問56 自治体が制定する条例において、法令の定めがあるときを除いて、個人情報処理する電子計算機について、自治体が保有する以外の電子計算機との回線の結合が禁じられている事業者であるが、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業に参加できるか。

答56 自治体が制定する条例の解釈については、当該条例を制定した主体が判断するものである。
なお、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業のシステムを活用したデータ提出を要件としたリハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）は「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成12年厚生省告示第19号）という法令に基づいたものである。

平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol. 1)

問1 通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)、(Ⅲ)及び(Ⅳ)では、リハビリテーション会議の開催頻度について、リハビリテーション計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあっては1月に1回以上の開催が求められているが、平成30年度介護報酬改定において、「算定開始の月の前月から起算して前24月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて6月以上ある利用者については、算定当初から3月に1回の頻度でよいこととする」とされている。平成29年度に既にリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)を算定しており、かつ、上記の要件に該当している利用者における平成30年4月以降のリハビリテーション会議の開催頻度についても、3月に1回として差し支えないか。

答1 差し支えない。

《参考》 介護報酬通知(平12老企36号)第2の8・10・⑧

⑧ リハビリテーション会議の開催頻度について、指定通所リハビリテーションを実施する指定通所リハビリテーション事業所若しくは指定介護予防通所リハビリテーションを実施する指定介護予防通所リハビリテーション事業所並びに当該事業所の指定を受けている保険医療機関において、算定開始の月の前月から起算して前24月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて6月以上ある利用者については、算定当初から3月に1回の頻度でよいこととする。

○ 「介護保険最新情報vol.59」(平成12年3月31日)1.介護報酬等に係るQ&Aについて⑤通所リハビリテーション問1は削除する。

○ 介護報酬に係るQ&A(平成15年5月30日)通所リハビリテーション問21は削除する。

○ 平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.1)(平成24年3月16日)問86は削除する。

平成30年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.2)

○ 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(平成30年3月22日 老老発0322第2号 厚生労働省老健局老人保健課長通知) <別添①参照>

(7) 短期集中個別リハビリテーション実施加算 110単位/日

○ 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定している場合で、かつ、事業所の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、利用者に対して、リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患の治療のために入院若しくは入所した病院、診療所若しくは介護保険施設から退院若しくは退所した日又は要介護認定の効力が生じた日から起算して3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合に算定できる。

○ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定しない。

○ 短期集中個別リハビリテーション実施加算について(算定基準留意事項)

① 短期集中個別リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて、基本的動作能力及び応用的動作能力を向上させ、身体機能を回復するための集中的なリハビリテーションを個別に実施するものであること。

② 「個別リハビリテーションを集中的に行った場合」とは、退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に、1週につきおおむね2日以上、1日当たり40分以上実施するものでなければならない。

③ 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえたリハビリテーションを実施するよう留意すること。

(8) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I) : 240 単位/日 (II) 1,920 単位/月

- リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえたリハビリテーションを実施するよう留意すること。
- 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ものに対して、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、(I)においては、リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患の治療のために入院若しくは入所した病院、診療所若しくは介護保険施設から退院若しくは退所した日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に、(II)においては、リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患の治療のために入院若しくは入所した病院、診療所若しくは介護保険施設から退院若しくは退所した日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合に算定できる。
- 加算(I) : 1週間に2日を限度として、20分以上のリハビリテーションを個別に実施した場合に算定できる。リハ提供時間が20分に満たない場合は算定不可。
- 加算(II) : リハビリテーションは1月に8回以上実施することが望ましいが、1月に4回以上実施した場合に算定できる。通所リハビリテーション計画にその時間、実施頻度、実施方法を定めようとして実施するものであること。また、利用者の居宅を訪問して評価を行い、その結果を利用者とその家族に伝達すること。
- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (厚生労働大臣が定める基準)

1 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① 1週間に2日を限度として個別にリハビリテーションを実施すること。
- ② 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算(I)又は(II)を算定していること。

2 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(II)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① 1月に4回以上リハビリテーションを実施すること。
- ② リハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された通所リハビリテーション計画を作成し、生活機能の向上に資するリハビリテーションを実施すること。
- ③ 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算(II)を算定していること。

○認知症短期集中リハビリテーション実施加算について (算定基準留意事項)

- ① 認知症短期集中リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、認知症を有する利用者の認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力(生活環境又は家庭環境へ適応する等の能力をいう。以下同じ。)を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施するものであること。
- ② 認知症短期集中リハビリテーション加算(I)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により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、1週間に2日を限度として、20分以上のリハビリテーションを個別に実施した場合に算定できるものである。なお、当該リハビリテーションの提供時間20分に満たない場合は、算定はできないこととする。
- ③ 認知症短期集中リハビリテーション加算(II)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終了した医師により、認知症の利用者であって生活

機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の状態に応じて、個別又は集団によるリハビリテーションは、1月に8回以上実施することが望ましいが、1月に4回以上実施した場合に算定できるものである。その際には、通所リハビリテーション計画にその時間、実施頻度、実施方法を定めたいうで実施するものであること。

- ④ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)における通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、認知症を有する利用者の生活環境に対応したサービス提供ができる体制を整える必要があることから、利用者の生活環境をあらかじめ把握するため、当該利用者の居宅を訪問すること。
- ⑤ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)における通所リハビリテーション計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。
- ⑥ 本加算の対象となる利用者は、MMS E (Mini Mental State Examination) 又はHDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) においておおむね5点~25点に相当する者とするものであること。
- ⑦ 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえたリハビリテーションを実施するよう留意すること。
- ⑧ 本加算は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)についてはその退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)についてはその退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合に算定できることとしているが、当該利用者が過去3月の間に本加算を算定した場合には算定できないこととする

(9) 生活行為向上リハビリテーション実施加算

開始月から起算して3月以内の期間に行われた場合：2,000 単位/月

開始月から起算して3月超6月以内の期間に行われた場合：1,000 単位/月

- 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、リハビリテーションを計画的に行い、利用者の有する能力の向上を支援した場合に算定できる。
- 短期集中個別リハビリテーション加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合には算定しない。
- 生活行為向上リハビリテーション実施加算 (厚生労働大臣が定める基準)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること。
- ② 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。
- ③ 当該計画で定めた指定通所リハビリテーションの実施期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日前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の達成状況を報告すること。
- ④ 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)を算定していること。

○ 生活行為向上リハビリテーション実施加算について（算定基準留意事項）

- ① 生活行為向上リハビリテーション実施加算の「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。
- ② 生活行為向上リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーション（以下「生活行為向上リハビリテーション」という。）は、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間のリハビリテーションの実施内容をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的に実施するものであること。
- ③ 生活行為向上リハビリテーションを提供するためのリハビリテーション実施計画の作成や、リハビリテーション会議における当該リハビリテーションの目標の達成状況の報告については、厚生労働大臣が定める基準第28号イによって配置された者が行うことが想定されていることに留意すること。
- ④ 通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、注10の減算（生活行為向上リハビリテーション減算）について説明した上で、当該計画の同意を得るよう留意すること。
- ⑤ 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえ、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すること。
- ⑥ 本加算は、6月間に限定して算定が可能であることから、利用者やその家族において用者が生活の中で実践していくことが望ましいこと。また、リハビリテーション会議において、訓練の進捗状況やその評価（当該評価の結果、訓練内容に変更が必要な場合は、その理由を含む。）等について、医師が利用者、その家族、構成員に説明すること。
- ⑦ リハビリテーション実施計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。

(10) 生活行為向上リハビリテーションの実施後に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実施加算を算定後に通所リハビリテーションを継続利用する場合は、翌月から6月間に限り、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する。

(11) 若年性認定証利用者受入加算 60単位/日

- 若年性認知症利用者を受け入れた場合に算定できる。
○ 受け入れた利用者ごとに個別の担当者を定めること。

(12) 栄養改善加算 150単位/回（3月以内の期間に限り月2回まで）

- 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養管理であって、心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合に算定できる。
○ 3月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定できるが、栄養改善サービスの開始から3月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定できる。
○ 栄養改善加算（厚生労働大臣が定める基準）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① 管理栄養士を1名以上配置していること。
- ② 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者（以下「管理栄養士等」という。）が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
- ③ 利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。
- ④ 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。
- ⑤ 定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。

(13) 栄養スクリーニング加算 <★H30 年度新規>

○ 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年厚生省告示第十九号）

別表

7 通所リハビリテーション費

注 14 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定通所リハビリテーション事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供した場合に、栄養スクリーニング加算として1回につき5単位を所定単位数に加算する。ただし、当該利用者について、当該事業所以外で既に栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定せず、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。

○ 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月1日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

第2 居宅サービス単位数表に関する事項

8 通所リハビリテーション費

(17) 栄養スクリーニング加算について

通所介護と同様であるので、7(16)を参照されたい。

<参考> 7 通所介護

(16) 栄養スクリーニング加算について

- ① 栄養スクリーニングの算定に係る栄養状態に関するスクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 栄養スクリーニング加算の算定に当たっては、利用者について、次に掲げるイからニに関する確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。
 - イ BMIが18.5未満である者
 - ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者
 - ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
 - ニ 食事摂取量が不良（75%以下）である者
- ③ 栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく栄養スクリーニングを継続的に実施すること。
- ④ 栄養スクリーニング加算に基づく栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。

○ 厚生労働大臣が定める基準（平成 27 年厚生労働省告示第 95 号）

十九の二 通所介護費、通所リハビリテーション費、特定施設入居者生活介護費、地域密着型通所介護費、認知症対応型通所介護費、小規模多機能型居宅介護費、認知症対応型共同生活介護費、地域密着型特定施設入居者生活介護費、看護小規模多機能型居宅介護費、介護予防通所リハビリテーション費、介護予防特定施設入居者生活介護費、介護予防認知症対応型通所介護費、介護予防小規模多機能型居宅介護費、介護予防認知症対応型共同生活介護費における栄養スクリーニング加算の基準

通所介護費等算定方法第一号、第二号、第五号から第九号まで、第十一号、第十六号、第十九号、第二十号から第二十二号までに規定する基準のいずれにも該当しないこと。

○ 居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について（平成 18 年 3 月 31 日老老発第 0331009 号厚生労働省老健局老人保健課長通知 <※別添②参照>

問 30 当該利用者が、栄養スクリーニング加算を算定できるサービスを複数利用している場合、栄養スクリーニング加算の算定事業者をどのように判断すればよいか。

答 30 サービス利用者が利用している各種サービスの栄養状態との関連性、実施時間の実績、栄養改善サービスの提供実績、栄養スクリーニングの実施可能性等を踏まえ、サービス担当者会議で検討し、介護支援専門員が判断・決定するものとする。

平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol.1)

(14) 口腔機能向上加算 150 単位/回（3 月以内の期間に限り月 2 回まで）

- 口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合に算定できる。
- 3 月以内の期間に限り 1 月に 2 回を限度として算定できるが、口腔機能向上サービスの開始から 3 月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定できる。
- 口腔機能加算（厚生労働大臣が定める基準）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を 1 名以上配置していること。
- ② 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、医師、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。
- ③ 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い医師、医師若しくは歯科医師の指示を受けた言語聴覚士若しくは看護職員又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。
- ④ 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。
- ⑤ 定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。

○ 口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について（平成 18 年 3 月 21 日老老発第 0331008 号 <※別添③参照>

(15) 重度療養管理加算 100 単位/日

- 所要時間 1 時間以上 2 時間未満の利用者以外の者であること。
- 要介護 3、要介護 4 又は 5 であって、別に厚生労働大臣が定める状態であるもの。
- 医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合算定できる。

厚生労働大臣が定める状態

- ① 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ② 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
- ③ 中心静脈注射を実施している状態
- ④ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
- ⑤ 重篤な心機能障害、呼吸器障害等により常時モニター測定を実施している状態
- ⑥ 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
- ⑦ 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- ⑧ 褥瘡に対する治療を実施している状態
- ⑨ 気管切開が行われている状態

(16) 中重度者ケア体制加算 20 単位/日

- 指定基準に定められた員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で 1 以上確保していること。
- 前年度又は算定日が属する月の前 3 月間の利用者数の総数のうち、要介護 3 以上の利用者の占める割合が 100 分の 30 以上であること。
- 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら当該指定リハビリテーションの提供に当たる看護職員を 1 以上配置していること。
- 中重度者ケア体制加算について（算定基準留意事項）

- ① 暦月ごとに、基準第 111 条第 1 項又は第 2 項に規定す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 以上確保する必要がある。このため、常勤換算方法による職員数の算定方法は、暦月ごとの看護職員又は介護職員の勤務延時間数を、当該事業所において常勤の職員が勤務すべき時間数で除することによって算定し、暦月において常勤換算方法で 1 以上確保していれば加算の要件を満たすこととする。なお、常勤換算方法を計算する際の勤務延時間数については、サービス提供時間前後の延長加算を算定する際に配置する看護職員又は介護職員の勤務時間数は含めないこととし、常勤換算方法による員数については、小数点第 2 位以下を切り捨てるものとする。
- ② 要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 である者の割合については、前年度（3 月を除く。）又は届出日の属する月の前 3 月の 1 月当たりの実績の平均について、利用実人員数又は利用延人員数を用いて算定するものとし、要支援者に関しては人員数には含めない。
- ③ 利用実人員数又は利用延人員数の割合の計算方法は、次の取扱いによるものとする。
 - ア 前年度の実績が 6 月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、前年度の実績による加算の届出はできないものとする。
 - イ 前 3 月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近 3 月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。また、割合については、毎月記録し、所定の割合を下回った場合については、直ちに届出を提出しなければならない。
- ④ 看護職員は、指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて 1 名以上配置する必要があり、他の職務との兼務は認められない。

- ⑤ 事業所を利用する利用者全員に算定することができる。
- ⑥ 中重度の要介護者であつても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プログラムを作成することとする。

(17) 社会参加支援加算 12単位/日

- リハビリテーションを行い、利用者の社会参加等を支援した場合に算定できる。
- 評価対象期間の末日が属する年度の次の年度内に限り算定できる。
- 社会参加に資する取組等を実施した実人数÷評価対象期間中にサービスの提供を終了した実人数>5%であること。
- 12月÷平均利用延月数≥25%であること。
- 社会参加支援加算（厚生労働大臣が定める基準）

① 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

ア 評価対象期間において指定通所リハビリテーションの提供を終了した者（生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定した者を除く。以下「通所リハビリテーション終了者」という。）のうち、指定通所介護等（指定通所リハビリテーションを除く。）を実施した者の占める割合が100分の5を超えていること。

イ 評価対象期間中に指定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（指定居宅サービス等基準第111条第1項に規定する通所リハビリテーション従業者をいう。）が、通所リハビリテーション終了者に対して、居宅訪問等により、当該通所リハビリテーション終了者の指定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、記録していること。

② 12を当該指定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で除して得た数が100分の25以上であること。

評価対象期間（厚生労働大臣が定める期間）

社会参加支援加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間（厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た年においては、届出の日から同年12月までの期間）

○ 社会参加支援加算について（算定基準留意事項）

① 社会参加支援加算におけるリハビリテーションは、通所リハビリテーション計画に家庭や社会への参加を可能とするための目標を作成した上で、利用者のADL及びIADLを向上させ、指定通所介護等（通所リハビリテーションは除く。）に移行させるものであること。

② 「その他社会参加に資する取組」には、医療機関への入院や介護保険施設への入所、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は含まれず、算定対象とならないこと。

③ 大臣基準告示第13号イ(1)の基準において、指定通所介護等（通所リハビリテーションは除く。）を実施した者の占める割合及び基準第13号ロにおいて、12を指定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で除して得た数については、小数点第3位以下は切り上げること。

④ 平均利用月数については、以下の式により計算すること。

ア (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数

(i) 当該事業所における評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計

(ii) (当該事業所における評価対象期間の新規利用者数の合計+当該事業所における評価対象期間の新規終了者数の合計)÷2

イ ア(i)における利用者には、当該施設の利用を開始して、その日のうちに利用を終了した者又は

死亡した者を含むものである。

- ウ ア (i)における利用者延月数は、利用者が評価対象期間において当該事業所の提供する通所リハビリテーションを利用した月数の合計をいう。
- エ ア (ii)における新規利用者数とは、当該評価対象期間に新たに当該事業所の提供する通所リハビリテーションを利用した者の数をいう。また、当該事業所の利用を終了後、12月以上の期間を空けて、当該事業所を再度利用した者については、新規利用者として取り扱うこと。
- オ ア (ii)における新規終了者数とは、評価対象期間に当該事業所の提供する通所リハビリテーションの利用を終了した者の数をいう。

⑤ 「3月以上継続する見込みであること」の確認に当たっては、指定通所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が、通所リハビリテーション終了者の居宅を訪問し、通所リハビリテーション計画書のアセスメント項目を活用しながら、リハビリテーションの提供を終了した時と比較して、ADL及びIADLが維持又は改善していることを確認すること。

なお、利用者の居宅への訪問が困難である場合、当該利用者の介護支援専門員に対して、居宅サービス計画の提供を依頼し、社会参加等に資する取組の実施状況を確認するとともに、電話等を用いて、上記と同様の内容を確認すること。

⑥ 「3月以上継続する見込みであること」の確認に当たって得られた情報については、通所リハビリテーション計画等に記録すること。

(18) サービス提供体制強化加算 (I)イ：18 単位/回、ロ：12 単位/回 (II)：6 単位/回
○厚生労働大臣が定める基準

1 サービス提供体制強化加算(I)イ

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。
- ② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

2 サービス提供体制強化加算(I)ロ

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。
- ② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

3 サービス提供体制強化加算(II)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① 指定通所リハビリテーションを利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。
- ② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

○ 職員割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。)の平均を用いる。

○ 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいう。勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、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勤務した年数を含めることができる。

一 介護予防通所リハビリテーション編 一

- 予防給付においては、目標志向型のサービス提供が求められており、利用者の状態や希望に応じた柔軟な対応を可能とするために、基本部分については月単位の定額報酬になっています。
- 介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は算定できません。
- 介護予防通所リハビリテーションは1か所の事業所のみ利用することができます。
- 事業者が利用者から受け取ることができる費用について、介護予防通所リハビリテーションでは延長サービスに係る料金を受領できません。

1 基本単位 <★令和元年10月1日改正>

要支援1	1,721 単位/月
要支援2	3,634 単位/月

2 各種加算

(1) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

※通所リハビリテーションと基本的に同様であるので前記を参照してください。

(2) リハビリテーションマネジメント加算 <★H30年度新規>

- 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生省告示第百二十七号）

別表

5 介護予防通所リハビリテーション費

注3 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合は、リハビリテーションマネジメント加算として、1月につき330単位を所定単位数に加算する。

- 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年3月17日老計発第0317001号、老振発第0317001号、老老発第0317001号厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長通知）

第2 指定介護予防サービス単位数表に関する事項

6 介護予防通所リハビリテーション費

(1) リハビリテーションマネジメント加算について

- ① リハビリテーションマネジメント加算は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として実施されるものであり、リハビリテーションの質の向上を図るため、利用者の状態や生活環境等を踏まえた多職種協働による介護予防通所リハビリテーション計画の作成、当該計画に基づく適切な指定介護予防通所リハビリテーションの提供、当該提供内容の評価とその結果を踏まえた当該計画の見直し等といったSPDCAサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものである。
- ② 「リハビリテーションの質の管理」とは、生活機能の維持又は向上を目指すに当たって、心身機能、個人として行うADLやIADLといった活動をするための機能、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といった参加をするための機能について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを管理することをいう。
- ③ 大臣基準告示第106の5号(1)の「定期的に」とは、初回の評価は、介護予防通所リハビリテーション計画に基づく介護予防通所リハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに評価を行うものである。
- ④ 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定介護予防通所リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書の特記事項欄に指定介護予防通所リハビリテーションの継続利用が必要な理由その他介護予防サービスの併用と移行の見通しを記載する

○ 厚生労働大臣が定める基準（平成二十七年厚生労働省第九十五号）

百六の五 介護予防通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算の基準次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 介護予防通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。
- (2) 指定介護予防通所リハビリテーション事業所（指定介護予防サービス等基準第一百七条第一項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。以下この号及び第十号において同じ。）の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、法第十五条の四十五第一項第一号イに規定する第一号訪問事業その他の指定介護予防サービスに該当する事業に係る従業者に対しリハビリテーションの観点から日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。
- (3) 新規に介護予防通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定介護予防通所リハビリテーション事業所の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、当該計画に従い、指定介護予防通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して一月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行っていること。
- (4) 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師が、指定介護予防通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか以上の指示を行うこと。
- (5) (4)における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が(4)の基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。

問3 介護予防通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算の算定要件に、「新規に介護予防通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定介護予防通所リハビリテーション事業所の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、当該計画に従い、指定介護予防通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して一月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行っていること」とあるが、平成30年3月31日以前から介護予防通所リハビリテーションを利用している利用者について、平成30年4月以降にリハビリテーションマネジメント加算を算定する場合に、利用者の居宅を訪問する必要があるのか。

答3 平成30年3月31日以前に利用者の居宅を訪問して評価を行った記録があれば、平成30年4月以降に改めて居宅を訪問する必要はないが、利用者の状態や居宅の状況に変化がある場合は、必要に応じて利用者の居宅を訪問することが望ましい。平成30年3月31日以前に利用者の居宅を訪問して評価を行った記録がなければ、平成30年4月以降に次のリハビリテーション計画を見直す機会を利用するなどして居宅を訪問された

平成30年度介護報酬改定に関する Q&A (vol. 3)

(3) 生活行為向上リハビリテーション実施加算 <★H30年度新規>

○ 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生省告示第百二十七号）

別表

5 介護予防通所リハビリテーション費

注4 別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合は、生活行為向上リハビリテーション実施加算として、次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

イ リハビリテーション実施計画に基づく指定介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して3月以内の場合 900 単位

ロ 当該日の属する月から起算してから3月を超え、6月以内の場合 450 単位

- 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年3月17日老計発第0317001号、老振発第0317001号、老老発第0317001号厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長通知）

第2 指定介護予防サービス単位数表に関する事項

6 介護予防通所リハビリテーション費

(2) 生活行為向上リハビリテーション実施加算について

- ① 生活行為向上リハビリテーション実施加算の「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。
- ② 生活行為向上リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーション（以下「生活行為向上リハビリテーション」という。）は、加齢や廃用症候群等により生活機能の一つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間の生活行為向上リハビリテーションの実施内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的に実施するものである。
- ③ 生活行為向上リハビリテーションを提供するための生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成や、当該リハビリテーションの目標の達成状況の報告については、大臣基準告示第106の6号イによって配置された者が行うことが想定されている。
- ④ 生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成に当たっては、本加算の趣旨及び注5の減算について説明した上で、当該計画の同意を得る。
- ⑤ 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえ、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する。
- ⑥ 本加算は、6月間に限定して算定が可能であることから、利用者やその家族においても、生活行為の内容の充実を図るための訓練内容を理解し、家族の協力を得ながら、利用者が生活の中で実践していくことが望ましい。
- ⑦ 生活行為向上リハビリテーション実施計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできない。

- 厚生労働大臣が定める基準（平成二十七年厚生労働省第九十五号）

百六の六 介護予防通所リハビリテーション費における生活行為向上リハビリテーション実施加算次のいずれにも適合すること。

- イ 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること。
- ロ 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。
- ハ 当該計画で定めた指定介護予防通所リハビリテーションの実施期間中に指定介護予防通所リハビリテーションの提供を終了した日以前一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の達成状況を報告すること。
- ニ 介護予防通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算を算定していること

- 厚生労働大臣が定める施設基準（平成二十七年厚生労働省第九十六号）

八 指定通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算に係る施設基準リハビリテーションを行うに当たり、利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。

(4) 生活行為向上リハビリテーション実施加算後の再利用に係る減算 <★H30 年度新規>

- 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生省告示第百二十七号）

別表

5 介護予防通所リハビリテーション費

注5 生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定し、当該加算を算定するために作成したリハビリテーション実施計画で定めた指定介護予防通所リハビリテーションの実施期間中に指定介護予防通所リハビリテーションの提供を終了した場合において、同一の利用者に対して、再度指定介護予防通所リハビリテーションを行ったときは、実施期間中に指定介護予防通所リハビリテーションの提供を終了した日の属する月の翌月から6月以内の期間に限り、1月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する。

- 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年3月17日老計発第0317001号、老振発第0317001号、老老発第0317001号厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長通知）

第2 指定介護予防サービス単位数表に関する事項

6 介護予防通所リハビリテーション費

(3) 注5の減算について

生活行為向上リハビリテーションの提供を終了後、同一の利用者に対して、引き続き指定介護予防通所リハビリテーションを提供することは差し支えないが、介護予防通所リハビリテーション計画の作成に当たって、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、同意を得る際には、6月以内の期間に限り、1月につき所定単位数の100分の15に相当する単位数が減算されることを説明した上で、当該計画の同意を得る。

(5) 若年性認知症利用者受入加算 240 単位/月

※通所リハビリテーションと基本的に同様であるので前記を参照してください。

(6) 運動器機能向上加算 225 単位/月

- 運動器の機能向上を目的として個別的に実施されるリハビリテーションであり、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合にさんていできる。
- 運動器機能向上加算（介護予防算定基準）

- ① 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置していること。
- ② 利用者の運動器の機能を利用開始時に把握し、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、運動器機能向上計画を作成していること。
- ③ 利用者ごとの運動器機能向上計画に従い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若しくは看護職員が運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録していること。
- ④ 利用者ごとの運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価していること。
- ⑤ 別に厚生労働大臣の定める基準に適合している指定介護予防通所リハビリテーション事業所であること。＝定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

- 運動機能向上加算の取扱いについて（介護予防算定基準留意事項）

- ① 運動器機能向上サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならずに自立した日常生活を営むことができるよう支援することが目的であることに留意しつつ

行うこと。

- ② 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師（以下「理学療法士等」という。）を1名以上配置して行うものであること。
- ③ 運動器機能向上サービスについては、以下のアからキまでに掲げるとおり、実施すること。
- ア 利用者ごとに看護職員等の医療従事者による運動器機能向上サービスの実施に当たってのリスク評価、体力測定等を実施し、サービスの提供に際して考慮すべきリスク、利用者のニーズ及び運動器の機能の状況を、利用開始時に把握すること。
- イ 理学療法士等が、暫定的に、利用者ごとのニーズを実現するためのおおむね3月程度で達成可能な目標（以下「長期目標」という。）及び長期目標を達成するためのおおむね1月程度で達成可能な目標（以下「短期目標」という。）を設定すること。長期目標及び短期目標については、介護予防支援事業者において作成された当該利用者に係る介護予防サービス計画と整合が図れたものとする。
- ウ 利用者に係る長期目標及び短期目標を踏まえ、理学療法士等、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、当該利用者ごとに、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、1回当たりの実施時間、実施形態等を記載した運動器機能向上計画を作成すること。その際、実施期間については、運動の種類によって異なるものの、おおむね3月間程度とすること。また、作成した運動器機能向上計画については、運動器機能向上サービスの提供による効果、リスク、緊急時の対応等と併せて、当該運動器機能向上計画の対象となる利用者に分かりやすい形で説明し、その同意を得ること。なお、介護予防通所リハビリテーションにおいては、運動器機能向上計画に相当する内容を介護予防通所リハビリテーション計画の中にそれぞれ記載する場合は、その記載をもって運動器機能向上計画の作成に代えることができるものとする。
- エ 運動器機能向上計画に基づき、利用者ごとに運動器機能向上サービスを提供すること。その際、提供する運動器機能向上サービスについては、国内外の文献等において介護予防の観点からの有効性が確認されている等の適切なものとする。また、運動器機能向上計画に実施上の問題点（運動の種類の変更の必要性、実施頻度の変更の必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。
- オ 利用者の短期目標に応じて、おおむね1月間毎に、利用者の当該短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、必要に応じて、運動器機能向上計画の修正を行うこと。
- カ 運動器機能向上計画に定める実施期間終了後に、利用者ごとに、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について、事後アセスメントを実施し、その結果を当該利用者に係る介護予防支援事業者に報告すること。介護予防支援事業者による当該報告も踏まえた介護予防ケアマネジメントの結果、運動器機能向上サービスの継続が必要であるとの判断がなされる場合については、前記アからカまでの流れにより、継続的に運動器機能向上サービスを提供する。
- キ 旧指定介護予防サービス基準第107条において準用する第19条又は指定介護予防サービス基準第123条において準用する第49条の13において規定するそれぞれのサービスの提供の記録において利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、介護予防通所リハビリテーションにおいては、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等若しくは看護職員が利用者の運動器の機能を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に運動器機能向上加算の算定のために利用者の運動器の機能を定期的に記録する必要はないものとする。

(7) 栄養改善加算 150単位/月

※通所リハビリテーションと基本的に同様であるので前記を参照してください。

○ 栄養改善加算の取扱いについて（介護予防算定基準留意事項）

通所リハビリテーションにおける栄養マネジメント加算と基本的に同様である。

ただし、介護予防通所リハビリテーションにおいて栄養改善サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることを留意すること。

なお、要支援者に対する当該サービスの実施に当たっては、栄養ケア計画に定める栄養改善サービスをおおむね3月実施した時点で栄養状態の改善状況について評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告するとともに、栄養状態に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、当該サービスを終了するものとする。

(8) 栄養スクリーニング加算 <★H30 年度新規>

○ 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生省告示第百二十七号）

別表

5 介護予防通所リハビリテーション費

ニ 栄養スクリーニング加算 5単位

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定介護予防通所リハビリテーション事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあつては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供した場合に、栄養スクリーニング加算として1回につき5単位を所定単位数に加算する。ただし、当該利用者について、当該事業所以外で既に栄養スクリーニング加算を算定している場合にあつては算定せず、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。

○ 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年3月17日老計発第0317001号、老振発第0317001号、老老発第0317001号厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長通知）

第2 指定介護予防サービス単位数に関する事項

6 介護予防通所リハビリテーション費

(7) 栄養スクリーニング加算の取扱いについて

通所介護と同様であるので、老企第36号7の(16)を参照されたい。

(9) 口腔機能向上加算 150単位/月

※通所リハビリテーションと基本的に同様であるので前記を参照してください。

○ 口腔機能向上加算の取扱いについて（介護予防算定基準留意事項）

通所リハビリテーションにおける口腔機能向上加算と基本的に同様。

ただし、介護予防通所リハビリテーションにおいて口腔機能向上サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることを留意すること。

なお、要支援者に対する当該サービスの実施に当たっては、口腔機能改善管理指導計画に定める口腔機能向上サービスをおおむね3月実施した時点で口腔機能の状態の評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告するとともに、口腔機能向上に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、当該サービスを終了するものとする。

(10) 選択的サービス複数実施加算 (I) : 480 単位/月 (II) : 700 単位/月

- 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（以下「選択的サービス」）のうち、複数プログラムを組み合わせて実施した場合に算定する。
- 運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上体制加算を算定している場合は、算定しない。
- 選択的サービス複数実施加算（厚生労働大臣が定める基準）

1 選択的サービス複数実施加算 (I)

- ① 選択的サービスのうち、2種類のサービスを実施している。
- ② 利用者が指定介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、選択的サービスを行っていること。
- ③ 利用者に対し、選択的サービスのうちいずれかのサービスを1月につき2回以上行っていること。

2 選択的サービス複数実施加算 (II)

- ① 利用者に対し、選択的サービスのうち3種類のサービスを実施していること。
- ② 利用者が指定介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、選択的サービスを行っていること。
- ③ 利用者に対し、選択的サービスのうちいずれかのサービスを1月につき2回以上行っていること。

○ 選択的サービス複数実施加算（介護予防算定基準留意事項）

当該加算は、選択的サービスのうち複数のサービスを組み合わせて実施することにより、要支援者の心身機能の改善効果を高め、介護予防に資するサービスを効果的に提供することを目的とするものである。なお、算定に当たっては以下に留意すること。

- ① 実施する選択的サービスごとに、各選択的サービスの取扱いに従い適切に実施していること。
- ② いずれかの選択的サービスを週一回以上実施すること。
- ③ 複数の種類の選択的サービスを組み合わせて実施するに当たって、各選択的サービスを担当する専門の職種が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法等について検討すること。

(11) 事業所評価加算 120 単位/月

- 事業所評価加算とは、選択的サービスを行う指定介護予防通所リハビリテーション事業所について、効果的なサービスの提供を評価する観点から、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合、翌年度に120単位/月の加算を行うもの。

○ 算定要件

体制等状況一覧表の「事業所評価加算（申出）の有無」の欄に「2あり」と届け出ている事業所のみが対象となる。また、該当、非該当の計算は国保連で行うため、該当する場合、新たに加算の届出書の提出は不要。

- ① 県に届け出て、選択的サービスを行っていること。
- ② 評価対象期間における介護予防サービスの利用実人員が10名以上であること。
- ③ 選択的サービスの利用実人員数を事業所の利用実人員数で除して得た数が0.6以上であること。
- ④ 下記の値が0.7以上であるとき

計算方法

{ (要支援状態区分の維持者数+改善者数×2) / 評価対象期間内（前年の1月～12月）に選択的サービスを3月以上利用し、その後 に更新・変更認定を受けた者の数 } ≥ 0.7

問65 平成30年介護報酬改定により、介護予防通所リハビリテーションにおける施設等の区分に新たに介護医療院が設けられるが、従前より介護予防通所リハビリテーションを提供している事業所において、施設等の区分を介護医療院へ変更した場合の事業所評価加算に係る実績の取扱い、如何。

答65 原則として、従前より介護予防通所リハビリテーションを提供している事業所が、介護医療院へ施設等の区分を変更する場合には、変更前の実績を引き継いで評価する。

ただし、施設等の区分の変更に伴い事業者のサービス提供の体制等が大きく変わると保険者が判断する場合においてはその限りではない。

平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol. 1)

(12) サービス提供体制強化加算

要支援1 (I)イ：72 単位/月、ロ：48 単位/月 (II)：24 単位/月

要支援2 (I)イ：144 単位/月、ロ：96 単位/月 (II)：48 単位/月

※通所リハビリテーションと基本的に同様であるので前記を参照してください。

各都道府県介護保険主管部（局）長あて

厚生労働省老健局老人保健課長通知

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

リハビリテーションマネジメント加算とそれに関連する各加算の算定については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年老企第 36 号）及び「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年老計発第 0317001 号、老振発第 0317001 号、老老発第 0317001 号）において示しているところであるが、今般、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を下記のとおりお示しますので、御了知の上、各都道府県におかれては、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その取扱いに当たっては遺漏なきよう期されたい。

なお、本通知は、平成 30 年 4 月 1 日から適用するが、平成 18 年 3 月 27 日老老発 0327001 厚生労働省老健局老人保健課長通知「リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」については、平成 21 年度介護報酬改定において、一部のサービスのリハビリテーションマネジメント加算が本体報酬に包括化された際の基本的な考え方等を示すものであることから、廃止しないこと、平成 27 年 3 月 27 日厚生労働省老健局老人保健課長通知「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」については、本通知を新たに発出することから廃止することにご留意されたい。

記

第 1 リハビリテーションマネジメントの基本的な考え方

(1) リハビリテーションマネジメントについて

リハビリテーションマネジメントは、調査 (Survey)、計画 (Plan)、実行 (Do)、評価 (Check)、改善 (Action) (以下「SPDCA」という。) のサイクルの構築を通じて、心身機能、活動及び参加について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理することによって、質の高いリハビリテーションの提供を目指すものである。

以下にリハビリテーションマネジメントにおけるSPDCAサイクルの具体的な取組内容を記載する。

① 調査 (Survey)

イ 事業所の医師の診療、運動機能検査、作業能力検査等により利用者の心身機能や、利用者が個人として行う日常生活動作（以下「ADL」という。）や手段的日常生活動作（以下「IADL」という。）といった活動、家庭内での役割、余暇活動、社会地域活動、リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組等といった参加についての状況を把握すること。

別紙様式1「興味・関心チェックシート」を活用し、利用者の興味や関心のある生活行為について把握すること。

ロ 介護支援専門員より居宅サービス計画の総合的援助の方針や解決すべき具体的な課題及び目標について情報を入手すること。

また、事業所とは別に医療機関において計画的な医学的管理を行っている医師がいる場合にあっては、適宜、これまでの医療提供の状況についての情報を入手すること。

② 計画 (Plan)

イ リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握

事業所の医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、①調査により収集した情報を踏まえ、利用者の心身機能、活動及び参加の観点からアセスメントを行うこと。

ロ リハビリテーション計画の作成

事業所の医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は別紙様式2-1及び別紙様式2-2「リハビリテーション計画書」を活用し、また、アセスメントに基づき、目標、実施期間、リハビリテーションの具体的な内容、リハビリテーションの提供頻度、提供時間、リハビリテーション提供中の具体的な対応等について検討し、リハビリテーション計画を作成すること。

リハビリテーション計画の内容については、利用者又はその家族に対して説明され、利用者の同意を得ること。

なお、居宅サービス計画の変更が生じる場合には、速やかに介護支援専門員に情報提供を行うこと。また、事業所とは別の医療機関において計画的な医学的管理を行っている医師やその他の居宅サービス事業者等に対しても適宜、情報提供すること。

ハ リハビリテーション計画書の保存

作成したリハビリテーション計画書は2年間保存すること。

③ 実行 (Do)

イ リハビリテーションの実施

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、事業所の医師の指示及びリハビリテーション計画に基づき、リハビリテーションを提供すること。

ロ 医師の詳細な指示

事業所の医師は、リハビリテーションの実施に当たり、当該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、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハ

ビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行うこと。

指示の内容については、利用者の状態の変化に応じ、適宜変更すること。

ハ 指示を行った医師又は指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は当該指示の日時、内容等を記録に留めること。

ニ 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第83条又は第119条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録において、利用者ごとのリハビリテーション計画に従い、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利用者の状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別にリハビリテーションマネジメント加算の算定のために利用者の状態を定期的に記録する必要はないものであること。

④ 評価 (Check)、改善 (Action)

イ リハビリテーション計画の見直し

初回はサービス提供開始からおおむね2週間以内、その後はおおむね3月ごとにアセスメントとそれに基づくリハビリテーション計画の見直しを行うこと。

a 退院(所)後間もない場合、利用者及びその家族が在宅生活に不安がある場合又は利用者の状態が変化する等の理由でリハビリテーション計画の見直しが必要になった場合は、適宜当該計画の見直しを行うこと。

b 目標の達成状況やADL及びIADLの改善状況等を評価した上で、再度アセスメントを行い、サービスの質の改善に関する事項も含め、リハビリテーション計画の変更の必要性を判断すること。

c リハビリテーション計画の進捗状況について評価し、見直された計画は、3月ごとに担当の介護支援専門員等に情報を提供するとともに、必要に応じて居宅サービス計画の変更を依頼すること。

d リハビリテーション計画の変更が生じた場合は、利用者又はその家族に説明し、同意を得ること。

ロ サービスの利用終了時の説明等

a サービスの利用が終了する1月前以内に、事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーション会議を行うことが望ましい。その際、介護支援専門員や終了後に利用予定の他の居宅サービス事業所のサービス担当者、介護予防・日常生活支援総合事業を利用する際はその担当者等の参加を求めるものであること。

b 利用終了時に、担当の介護支援専門員や計画的な医学的管理を行っている医師に対し、リハビリテーションの観点からに必要な観点から情報提供を行うこと。

第2 リハビリテーションマネジメント加算について

(1) リハビリテーションマネジメント加算の算定上の留意事項

① リハビリテーションマネジメントは、利用者ごとにケアマネジメントの一環として行われること。

② 各施設・事業所における管理者は、リハビリテーションマネジメントに関する手順をあらかじめ定めること。

③ リハビリテーションマネジメントは、SPDCA サイクルの構築を通じて、リハビリテーションの質の管理を行うものであること。各事業所における多職種協働の体制等が異なることを鑑み、リハビリテーションマネジメントの加算の種類を選択すること。

④ 指定通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)の算定において、当該計画に係る利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月間を超えた場合であって、指定通所リハビリテーションのサービスを終了後に、病院等への入院又は他の居宅サービス等の利用を経て、同一の指定通所リハビリテーション事業所を再度利用した場合は、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)、(Ⅲ)(1)又は(Ⅳ)(1)を再算定することはできず、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(2)、(Ⅲ)(2)又は(Ⅳ)(2)を算定すること。

ただし、疾病が再発するなどにより入院が必要になった状態又は医師が集中的な医学的管理を含めた支援が必要と判断した等の状態の変化に伴う、やむを得ない理由がある場合であって、利用者又は家族が合意した場合には、この限りでない。

(2) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の算定に関して

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)は、心身機能、活動及び参加について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理し、質の高いリハビリテーションを提供するための取組を評価したものである。

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の算定に当たっては、第1(1)に加えて、以下の点に留意すること。

① リハビリテーション計画の進捗状況の評価と見直し

初回はサービス提供開始からおおむね2週間以内、その後はおおむね3月ごとにアセスメントとそれに基づくリハビリテーション計画の見直しを行うこと。

② 介護支援専門員を通じたリハビリテーションの観点からの助言等

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従事者に対し以下の情報を伝達する等、連携を図ること。

- ・ 利用者及びその家族の活動や参加に向けた希望
- ・ 利用者の日常生活能力を維持又は向上させる介護の方法及びその留意点
- ・ その他、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内容

③ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の届出

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の取得に当たっては、リハビリテーション計画を利用者やその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から算定が可能となる。

したがって、当該月の前月の15日までに届出が必要であるため、同意の見込みをもって届け出ることには差し支えないが、万一その後に同意を得られず、算定月の変更が見込まれる当該計画の見直しが必要となった場合には、すみやかに加算等が算定されなくなった場合の届出を行う必要がある。

(3) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の算定に関して

リハビリテーション会議の開催を通じた多職種の協働による継続的なリハビリ

テーションの質の管理に加え、退院（所）後間もない者や新たに要介護認定等を受けた者の生活の不安に対して、健康状態、生活の見通し及びリハビリテーション計画の内容等を当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者又は家族に説明することを評価したものである。

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の算定に当たっては、第1(1)に加えて、以下の点に留意すること。

① リハビリテーション会議の開催

イ リハビリテーション会議の構成員

利用者及びその家族を基本とし、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者であること。

ロ リハビリテーション会議の構成員である医師の参加

リハビリテーション会議の構成員である医師の参加については、テレビ電話等情報通信機器を活用しても差し支えない。

なお、テレビ電話等情報通信機器を使用する場合には、当該会議の議事に支障のないように留意すること。

ハ リハビリテーション会議での協議内容

リハビリテーション会議では、アセスメント結果などの情報の共有、多職種協働に向けた支援方針、リハビリテーションの内容、構成員間の連携等について協議するよう努めること。

利用者の必要に応じて、短期集中個別リハビリテーション、認知症短期集中リハビリテーション、生活行為向上リハビリテーションを実施することについても検討すること。

ニ リハビリテーション会議の記録

リハビリテーション会議で検討した内容については、別紙様式3「リハビリテーション会議録」を活用し記録に残すこと。

作成した会議録は介護支援専門員をはじめ、居宅サービス計画に位置付けられた居宅サービスの担当者と共有を図ること。

当該記録は利用者毎に2年間保存するものであること。

ホ その他

リハビリテーション会議に、家庭内暴力等により利用者やその家族の参加が望ましくない場合又は家族が遠方に住んでいる等によりやむを得ず参加ができない場合は、その理由を会議録に記載すること。

また、リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、構成員の事由等により、構成員が参加できなかった場合にはその理由を会議録に記録するとともに、欠席者にはリハビリテーション計画書及び会議録の写しを提供する等、情報の共有を図ること。

② リハビリテーション計画の利用者又はその家族への説明

イ 計画作成に関与した医師の指示の下、計画作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、リハビリテーション計画について、リハビリテーション会議等で利用者又はその家族に説明し、同意を得ること。

具体的には、アセスメントに基づいた利用者の状態、解決すべき課題とその要因、リハビリテーションの目標、実施期間、リハビリテーションの具体的な内容、リハビリテーションの提供頻度、提供時間、リハビリテーション

提供中の具体的な対応等を説明すること。

ロ 利用者又はその家族の同意が得られた場合、リハビリテーション計画書にサインを記入してもらうこと。また、説明者のサインを記入すること。

ハ 説明した内容や説明時に生じた疑義等について、説明した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は速やかに事業所の医師へ報告し、必要に応じて適切に対応すること。

③ リハビリテーション会議の開催頻度

リハビリテーション計画は、指定訪問リハビリテーションにおいてはおおむね3月に1回、指定通所リハビリテーションにおいては、利用者の同意を得てから6月以内はおおむね1月に1回、6月超後はおおむね3月に1回、リハビリテーション会議の開催を通して、進捗状況を確認し、見直しを行うこと。

ただし、指定通所リハビリテーションを実施する指定通所リハビリテーション事業所若しくは指定介護予防通所リハビリテーションを実施する指定介護予防通所リハビリテーション事業所並びに当該事業所の指定を受けている保険医療機関において、算定開始の月の前月から起算して前24月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて6月以上ある利用者については、算定当初から3月に1回の頻度でよいこととする。

④ 介護支援専門員に対するリハビリテーションの観点からの情報提供

リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行う場合には、以下の内容を盛り込むことが望ましい。

- ・ 利用者や家族の活動や参加に関する希望及び将来利用を希望する社会参加に資する取組
- ・ 利用者の基本的動作能力、応用的動作能力及び社会適応能力等の日常生活能力並びにその能力の改善の可能性
- ・ 利用者の日常生活能力を維持又は向上させる介護の方法及び留意点
- ・ 家屋等の環境調整の可能性及び家具や調理器具等の生活用具の工夫
- ・ その他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内容

⑤ 指定訪問介護等の居宅サービスの従事者又は家族に対する助言

事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、リハビリテーション会議により協議した内容等を考慮し、助言する対象者を適切に判断し、助言すること。

イ 指定訪問介護等の居宅サービスの従事者助言

居宅サービス計画に位置付けられた指定訪問介護等の居宅サービスの従事者と利用者の居宅を訪問し、当該従事者に対し、利用者の基本的動作能力、応用的動作能力及び社会適応能力、それらの能力の改善の可能性、生活環境に応じた日常生活上の留意点並びに介護の工夫等の情報について助言指導を行うこと。

ロ 家族への助言

利用者の居宅を訪問し、その家族に対して、利用者の基本的動作能力、応用的動作能力及び社会適応能力、その能力の改善の可能性、生活環境に応じた日常生活上の留意点並びに介護の工夫等の情報について助言指導を行うこと。

⑥ リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理

リハビリテーションマネジメントの徹底を図るため、別紙様式4「リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票」を活用して、SPDCAサイクルの工程管理を行うこと。

⑦ その他

指定通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)においては、利用者の状態の悪化等の理由から指定通所リハビリテーションのサービスの利用がない月においても、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、利用者やその家族、介護支援専門員にリハビリテーション及び廃用症候群を予防する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点等について助言を行った場合は算定できるものであること。その場合、助言を行った内容の要点を診療記録に記載すること。

(4) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)の算定に関して

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)におけるリハビリテーションは、リハビリテーション会議の開催を通じて、多職種の協働による継続的なリハビリテーションの質の管理に加え、退院(所)後間もない者や新たに要介護認定等を受けた者の生活の不安に対して、健康状態、生活の見通し及びリハビリテーション計画の内容等を事業所の医師が、利用者又は家族に説明することを評価したものである。

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)の算定に当たっては、第1(1)に加えて、以下の点に留意すること。

① リハビリテーション会議の開催

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)と同様であるため、(3)①を参照されたい。

② リハビリテーション計画の利用者又はその家族への説明

リハビリテーション計画の作成に関与した医師が、利用者又はその家族に対して、リハビリテーション計画の内容について、リハビリテーション会議等で説明し、同意を得ること。

なお、医師がやむを得ない理由等によりリハビリテーション会議を欠席した場合は、リハビリテーション会議以外の機会を通して、利用者又はその家族に対して、当該計画を説明し、同意を得ること。

③ リハビリテーション会議の開催頻度

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)と同様であるため、(3)③を参照されたい。

④ 介護支援専門員に対するリハビリテーションの観点からの情報提供

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)と同様であるため、(3)④を参照されたい。

⑤ 指定訪問介護等の居宅サービスの従事者又は家族に対する助言

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)と同様であるため、(3)⑤を参照されたい。

⑥ リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)と同様であるため、(3)⑥を参照されたい。

⑦ その他

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)と同様であるため、(3)⑦を参照されたい。なお、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)はリハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)と読み替えられたい。

(5) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)の算定に関して

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)は、リハビリテーションの質の更なる向上のために、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)と同様の要件により、質の管理されたリハビリテーションの提供状況について、「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業(Monitoring and evaluation of the rehabilitation services in long-term care)」(以下、「VISIT」という。)を利用してリハビリテーションに関するデータを提出し、フィードバックを受けていることを評価したものである。

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)を算定する際には、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)の要件に加えて、以下の点に留意すること。

イ VISIT への参加登録

登録専用電子アドレス「reha-visit@mhlw.go.jp」に 必要事項(事業所番号、事業所名、事業所の住所、事業所の電話番号、代表者氏名)を記載の上、メールを送信すること。

ロ VISIT へのデータ登録に用いる様式

下記に示す様式でデータを提出すること。ただし、時期によっては平成 30 年度介護報酬改定前の様式となっている可能性があるため、適宜読み替えられたい。

① 別紙様式 1 (興味・関心チェックシート)

利用者が日常生活上実際にしていること、実際にしてはいるがしてみたいと思っていること、してみたいまでは思わないものの興味があると思っていることに関して、利用者の記入又は聞き取った内容について、該当項目を入力すること。

② 別紙様式 2-1、別紙様式 2-2 (リハビリテーション計画書)

リハビリテーション計画の内容について、原則、該当項目をすべて入力すること。

ただし、訪問リハビリテーション計画において、当該様式にある「サービス提供中の具体的対応」については必須ではない。また、「社会参加支援評価」については、社会参加支援加算を算定している利用者について必要に応じて入力すること。

③ 別紙様式 3 (リハビリテーション会議録)

原則、該当項目をすべて入力すること。

④ 別紙様式 4 (リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票)

進捗状況に応じて、該当項目をすべて入力すること。

⑤ 別紙様式 5 (生活行為向上リハビリテーション実施計画)

生活行為向上リハビリテーションを実施している場合には、原則、該当項目をすべて入力すること。

ハ 介護給付費請求書の記載上の留意点

給付費明細欄の「摘要欄」に、VISIT に利用者の情報を登録した際に利用者

個人に付与される「利用者 ID」を記載すること。

- (6) 介護予防訪問リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の算定に関して

リハビリテーションマネジメント加算(I)と同様であるため、「(2)リハビリテーションマネジメント加算(I)の算定に関して」を参照されたい。

第3 別紙様式の記載要領

- (1) 別紙様式1 (興味・関心チェックシート)

利用者が日常生活上実際にしていること、実際にしてはいるがしてみたいと思っていること、してみたいまでは思わないものの興味があると思っていることに関して、利用者の記入又は聞き取りにより作成すること。

- (2) 別紙様式2-1、別紙様式2-2 (リハビリテーション計画書)

イ 本人の希望及び家族の希望

本人の希望に関しては、別紙様式1で把握した、利用者がしてみたい又は興味があると答えた内容を考慮して、利用者を確認の上、したい又はできるようになりたい生活の希望等を該当欄に記載すること。

家族の希望に関しては、利用者の家族が利用者に関して特に自立してほしいと思っている生活内容又は今後の生活で送ってほしいと希望する内容に該当する項目を具体的に確認した上で、該当箇所に記載すること。

ロ 健康状態、経過

原因疾病、当該疾患の発症日・受傷日、直近の入院日、直近の退院日、手術がある場合は手術日と術式等の治療経過、合併疾患の有無とそのコントロールの状況等、これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等)を該当箇所に記載すること。

ハ 心身機能・構造

心身機能の障害(筋力低下、麻痺、感覚機能障害、関節可動域制限、摂食嚥下障害、失語症・構音障害、見当識障害、記憶障害、その他の高次脳機能障害、栄養障害、褥瘡、疼痛、精神行動障害(BPSD))の有無について、現在の状況の欄に記載すること。

心身機能の障害があった場合には、活動への支障の有無について該当箇所にチェックすること。また、リハビリテーションを実施した場合の、機能障害の将来の見込みについて該当箇所に記載すること。なお、該当項目に無い項目に関して障害を認める場合は、特記事項に記載すること。

ニ 背景因子

家族・介護者、福祉用具等、住環境、自宅周辺的环境、地域への社会参加、利用者が利用できる交通機関の有無、その他のサービスの利用について、課題があった場合に該当箇所にチェックする。あわせて、福祉用具と住環境については調整の状況及び調整状況についても該当箇所にチェックする。なお、具体的に記載すべき課題がある場合は備考に記入すること。

ホ 活動の状況

現在の状況については「している」状況を該当箇所にチェックし、将来の見込みについてはリハビリテーションを行った場合の見込みを該当箇所にチ

チェックすること。また、評点については、リハビリテーション計画の見直しごとに、以下の通り、各活動の状況の評価を行い記入すること。

① 基本動作、移動能力、認知機能等

居宅を想定しつつ、基本動作（寝返り、寝た状態からの起き上がり、座位、立ち上がり（いすから、床から）、立位保持）、移動能力、認知機能、服薬管理の状況、コミュニケーションの状況の評価し、該当箇所に記載すること。

基本動作については、現在の状況及び将来の見込みを該当箇所にチェックすること。

移動能力については、6分間歩行試験又は Timed up & Go Test (TUG) を選択し、客観的測定値を記入するとともに、将来の見込みについて該当箇所にチェックする。

認知機能については、MMSE (Mini Mental State Examination) 又は HDS-R (改定長谷川式簡易知能評価スケール) を選択し、その得点を記入するとともに、将来の見込みについて該当箇所にチェックする。

服薬管理の状況については、現在の状況及び将来の見込みを該当箇所にチェックすること。

コミュニケーションの状況については、現在の状況を記載するとともに、将来の見込みを該当箇所にチェックすること。

② 活動 (ADL) (Barthel Index を活用)

下記を参考に現在「している」状況について評価を行い、該当箇所に記載すること。また、将来の見込みについては、リハビリテーションを行った場合の見込みを該当箇所にチェックすること。

動作		選択肢			
1	食事	10 自立	5 一部介助	0 全介助	
2	イスとベッド間の移乗	15 自立	10 監視下	5 一部介助	0 全介助
3	整容	5 自立	0 一部介助又は全介助		
4	トイレ動作	10 自立	5 一部介助	0 全介助	
5	入浴	5 自立	0 一部介助又は全介助		
6	平地歩行	15 自立	10 歩行器等	5 車椅子操作が可能 0 その他	
7	階段昇降	10 自立	5 一部介助	0 全介助	
8	更衣	10 自立	5 一部介助	0 全介助	
9	排便コントロール	10 自立	5 一部介助	0 全介助	
10	排尿コントロール	10 自立	5 一部介助	0 全介助	

へ 社会参加の状況

過去と現在の参加の状況（家庭内での役割や余暇活動、社会活動及び地域活動への参加等）を聞き取り、また当該取組みを今後継続する意向があるかどうか確認すること。さらに、サービス利用終了後の生活に関して、利用者及びその家族と共有するために、指定通所リハビリテーション利用終了後に利用を希望する社会参加等の取組に関して聞き取ること。

ト リハビリテーションの目標、方針、実施上の留意点、終了の目安と時期

目標は長期目標と短期目標（今後3ヶ月間）を、方針については今後3ヶ月間として、該当箇所に記載すること。

リハビリテーション実施上の留意点について、リハビリテーション開始前・訓練中の留意事項、運動負荷の強度と量等を該当箇所に記載すること。終了の目安・時期について、おおよその時期を記載すること。

チ 特記事項

イからトの項目以外に記入すべき事項があった場合は、特記事項に記載すること。

また、事業所の医師が利用者に対して3月以上のリハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーションの継続利用が必要な理由、その他介護サービスの併用と移行の見通しを記載すること。

リ 居宅サービス計画の総合的援助の方針及び居宅サービス計画の解決すべき具体的な課題

リハビリテーション計画は居宅サービス計画の一環として位置づけられることから、居宅サービス計画の総合的援助の方針と解決すべき具体的な課題を該当箇所に居宅サービス計画から転記すること。

ヌ 他の利用サービス

リハビリテーション会議への参加を求める等、連携が必要なサービスを把握するため、居宅サービス計画に位置付けられているサービスとその利用頻度について、介護支援専門員から情報を把握し該当箇所にチェックすること。

ル 活動 (IADL) (Frenchay Activity Index を活用)

下記を参考に現在「している」状況について評価を行い、該当箇所にその得点を記載するとともに、将来の見込みについては、リハビリテーションを行った場合の見込みを該当箇所にチェックすること。

項目		選択肢	
1	食事の用意 (買い物は含まれない)	0 していない	1 まれにしている
		2 時々 (週に1~2回)	
		3 週に3回以上している	
2	食事の片づけ	0 していない	1 まれにしている
		2 時々 (週に1~2回)	
		3 週に3回以上している	
3	洗濯	0 していない	1 まれにしている
		2 時々している (週に1回未満)	
		3 週に1回以上している	
4	掃除や整頓 (箒や掃除機を使った清掃や身の回りの整理整頓など)	0 していない	1 まれにしている
		2 時々している (週に1回未満)	
		3 週に1回以上している	
5	力仕事 (布団の上げ下げ、雑巾で床を拭く、家具の移動や荷物の運搬など)	0 していない	1 まれにしている
		2 時々している (週に1回未満)	
		3 週に1回以上している	
6	買物 (自分で運んだり、購入すること)	0 していない	1 まれにしている
		2 時々している (週に1回未満)	
		3 週に1回以上している	
7	外出 (映画、観劇、食事、酒飲み、会合などに出かけること)	0 していない	1 まれにしている
		2 時々している (週に1回未満)	
		3 週に1回以上している	
8	屋外歩行 (散歩、買物、外出等のために少なくとも15分以上歩くこと)	0 していない	1 まれにしている
		2 時々している (週に1回未満)	
		3 週に1回以上している	

9	趣味（テレビは含めない）	0 していない 1 まれにしている 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している
10	交通手段の利用（タクシー含む）	0 していない 1 まれにしている 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している
11	旅行	0 していない 1 まれにしている 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している
12	庭仕事（草刈き、水撒き、庭掃除） ※ベランダ等の作業も含む	0 していない 1 時々している 2 定期的に行っている 3 定期的に行っている。必要があれば掘り起し、植え替え等の作業もしている
13	家や車の手入れ	0 していない 1 電球の取替・ねじ止めなど 2 ペンキ塗り・模様替え・洗車 3 2の他、家の修理や車の整備
14	読書（新聞・週刊誌・パンフレット類は含めない）	0 読んでいない 1 まれに 2 月に1回程度 3 月に2回以上
15	仕事（収入のあるもの、ボランティアは含まない）	0 していない 1 週に1～9時間 2 週に10～29時間 3 週に30時間以上

ヲ 「活動」と「参加」に影響を及ぼす課題の要因分析

能力及び生活機能の障害と、それらの予後予測を踏まえて、本人が希望する活動と参加において重要性の高い課題、活動と参加に影響を及ぼす機能障害の課題と機能障害以外の要因を分析し、簡潔にまとめた上で記載すること。

ウ リハビリテーションサービス

リハビリテーションの提供計画については、ヲで分析した課題について優先順位をつけ、その順位に沿って、目標（解決すべき課題）、目標達成までの期間、具体的支援内容、サービス提供の予定頻度、時間及び訪問の必要性について記載すること。

具体的支援内容については、リハビリテーション会議を通して検討し、利用者又はその家族が合意した提供内容について記載すること。また、利用者の家族や居宅サービス計画に位置付けられている他の居宅サービスの担当者と、利用者の居宅に訪問する場合、その助言内容についても、あらかじめ分かる範囲で記載すること。さらに、居宅や通所施設以外でリハビリテーションを実施する場合には、あらかじめその目的、内容、場所についても記載すること。

カ サービス提供中の具体的対応

通所リハビリテーションを提供する場合のみ、具体的な提供内容に関するタイムスケジュールやケアの提供方法を記入すること。また、訪問介護や訪問看護、他の居宅サービスとの協働の必要性についても検討し、必要な場合はその支援方針や支援内容について記載すること。

ヨ 情報提供先

リハビリテーション計画書は、介護支援専門員や計画的な医学的管理を行っている医師、居宅サービス計画に位置付けられている居宅サービスの担当者と、その写しを共有すること。また、当該計画に関する事項について情報提供をした場合は、該当の情報提供先にチェックをすること。

タ 社会参加支援評価

対象期間中にリハビリテーションの提供を終了した後、居宅を訪問した際の記録については、社会参加支援評価の項目の訪問日にチェックをするとともに訪問日を記入すること。なお、居宅を訪問できなかった場合については、居宅サービス計画を入手した場合は、該当箇所にチェックし、訪問できなかった理由を記載すること。リハビリテーションの提供を終了した後のサービス等の利用状況を確認すること。該当箇所にチェックを入れること。現在の生活状況について、簡単に記載すること。

(3) 別紙様式3 (リハビリテーション会議録)

イ リハビリテーション会議の開催日、開催場所、開催時間、開催回数を明確に記載すること。

ロ 会議出席者の所属（職種）や氏名を記載すること。

ハ リハビリテーションの支援方針（サービス提供終了後の生活に関する事項を含む。）、リハビリテーションの内容、各サービス間の協働の内容について検討した結果を記載すること。

ニ 構成員が不参加の場合には、不参加の理由を記載すること。

(4) 別紙様式4 (リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票)

イ サービス開始時における情報収集

事業者は、介護支援専門員より居宅サービス計画の総合的援助の方針や解決すべき具体的な課題及び目標について情報を入手すること。

また、事業所とは別の医療機関において計画的な医学的管理を行っている医師がいる場合であっては、適宜、これまでの医療提供の状況についての情報を入手すること。

入手した場合は該当箇所にチェックすること。

ロ 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作成

リハビリテーション会議を開催した場合は、参加者に○をつけるとともに、開催日付を記載すること。

ハ リハビリテーション計画の利用者・家族への説明

リハビリテーション計画の説明を実施し、利用者から同意が得られた場合、該当箇所にチェックをする。なお、説明後に利用者又はその家族からリハビリテーション計画の変更又は当該計画に関しての意見があった場合は、その旨を記載し、必要に応じて当該計画を見直すこと。

① リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)を算定している場合にあつては、計画作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明の欄に記載すること。

② リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)又は(Ⅳ)を算定している場合にあつては、医師によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明の欄に記載すること。

ニ リハビリテーション計画書に基づくリハビリテーションの提供

- リハビリテーションプログラムの内容について検討し、実施した内容について、該当箇所にチェックをすること。
- ホ リハビリテーション会議の実施と計画の見直し
 - リハビリテーション会議を開催し、計画の見直しを行った場合、その実施日を記入すること。
- へ 訪問介護の事業その他の居宅サービス事業に係る従業者に対する日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報伝達
 - 指定訪問介護又はその他の居宅サービスの担当者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点及び介護の工夫等の助言を行った場合、その実施日を記入すること。
- ト 居宅を訪問して行う介護の工夫に関する指導・助言等の実施
 - 利用者の居宅を訪問し、介護の工夫に関する指導・助言等を実施した場合、その実施日を記入すること。
- チ サービスを終了する1月前以内のリハビリテーション会議の開催
 - サービス終了する1月前以内にリハビリテーション会議を実施した場合は、該当箇所にチェックを行い、参加者に○をつけること。
- リ 終了時の情報提供
 - 終了時、リハビリテーションの情報を提供した場合は、その提供者の該当箇所にチェックをすること。
- ヌ プロセス管理表の保管
 - プロセス管理表は、利用者ごとにリハビリテーション計画書と一緒に保管すること。

第4 リハビリテーションマネジメントに関連する主な加算

(1) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について

心身機能、活動及び参加の維持又は回復を図るに当たって、認知症高齢者の状態によりきめ細かく配慮し、より効果的なリハビリテーションの提供を促進するため、認知症短期集中リハビリテーション実施加算を設けた。

① 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)の算定に関して

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)の算定に関しては、留意事項通知で示している内容を踏まえ、適切に行うこと。

② 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(II)の算定に関して

イ 包括報酬である認知症短期集中リハビリテーション加算(II)を算定する場合は、利用者の認知症の状態に対し、支援内容や利用回数が妥当かどうかを確認し、適切に提供することが必要であることから1月に1回はモニタリングを行い、通所リハビリテーション計画を見直し、医師から利用者又はその家族に対する説明し、同意を得ることが望ましい。

ロ 別紙様式1を活用し、利用者がしている、してみたい、興味がある生活行為を把握し、見当識や記憶などの認知機能や実際の生活環境を評価し、アセスメント後に、当該生活行為で確実に自立できる行為を目標とする。

ハ 目標を達成するために何を目的に、どんな実施内容をどのようにするのか(たとえば、個別で又は集団で)をできる限り分かりやすく記載する。

ニ 通所での訓練内容について、その実施内容において望ましい提供頻度、時

間を記載する。通所の頻度については、月4回以上実施することとしているが、利用者の見当識を考慮し、月8回以上の通所リハビリテーションの提供が望ましいものであり、その提供内容を記載すること。

ホ 目標の内容によっては、訓練した内容が実際の生活場面でできるようになったかどうかを評価、確認するために、当該利用者の居宅において応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。その際にはその実施時期、及び何をするのかをリハビリテーション計画書に記載する。家族に指導する際に特に留意することがあった場合、記載すること。

ヘ 居宅で評価する際には、利用者が実際に生活する場面で、失敗をしないで取り組めるよう、実施方法や環境にあらかじめ配慮し、実施すること。

ト リハビリテーションの内容を選定する際には、役割の創出や達成体験、利用者が得意とすることをプログラムとして提供するなど自己効力感を高める働きかけに留意すること。

③ 認知症短期集中リハビリテーション(Ⅱ)の提供後

引き続きリハビリテーションの提供を継続することができる。なお、この場合でも参加に向けた取組を促すこと。

(2) 生活行為向上リハビリテーション実施加算について

活動の観点から、生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、加齢等により低下した利用者の活動の向上を図るためのリハビリテーションの提供を評価するため、生活行為向上リハビリテーション実施加算を設けた。

なお、活動と参加の観点からは、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指定訪問リハビリテーションを提供することも重要である。

① 生活行為向上リハビリテーション実施加算の考え方

生活行為とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買い物、趣味活動等の行為をいう。生活行為向上リハビリテーションは、加齢や廃用症候群等により生活機能の一つである活動するための機能が低下した高齢者や急性増悪により生活機能が低下し、医師がリハビリテーションの提供が必要であると判断した者に対し、起居や歩行、排泄、入浴などのADL、調理、買い物、趣味活動などのIADLなどの生活行為の内容の充実を図るため、その能力の向上について別紙様式5を作成し、その介入方法及び介入頻度、時間等生活行為の能力の向上に資するプログラムを作成、計画的に実施するものである。

② 生活行為向上リハビリテーションを実施する上での留意事項

イ 目標達成後に自宅での自主的な取組や介護予防・日常生活支援総合事業における第一号通所事業や一般介護予防事業、地域のカルチャー教室や通いの場、通所介護などに移行することを目指し、6月間を利用限度に集中的に行うこと。

ロ 個人の活動として行う排泄するための行為、入浴するための行為、調理するための行為、買い物をするための行為、趣味活動など具体的な生活行為の自立を目標に、心身機能、活動、参加に対し段階的に実施する6月間のリハ

ビリテーション内容を別紙様式5にあらかじめ定めた上で、実施すること。

ハ 実施する際には、6月間を超えて引き続き指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた場合に減算があることを、生活行為向上リハビリテーション計画の作成時に、利用者又はその家族、介護支援専門員に十分に説明し、同意を得ること。

ニ 生活行為向上リハビリテーション実施計画は、専門的な知識や経験のある作業療法士又は生活行為向上リハビリテーションに関する研修を受けた理学療法士、言語聴覚士が立案、作成すること。

ホ 事業所の医師が、おおむね月ごとに開催されるリハビリテーション会議で、生活行為向上リハビリテーション実施計画の進捗状況について報告することが望ましく、評価に基づく利用者の能力の回復状況、適宜適切に達成の水準やプログラムの内容について見直しを行い、目標が効果的に達成されるよう、利用者又はその家族、構成員に説明すること。

また、生活行為向上リハビリテーションを提供する場合は、目標が達成する期限に向けて、計画の進捗の評価や利用者又はその家族に生活行為を行う能力の回復程度など状況の説明が重要であることから1月に1回はモニタリングを行い、別紙様式5を見直し、医師から利用者又はその家族に対する説明し、同意を得ることが望ましい。

ヘ 当該リハビリテーションは、利用者と家族のプログラムへの積極的な参加が重要であることから、生活行為向上リハビリテーション実施計画の立案に当たっては、利用者及びその家族に生活行為がうまくできない要因、課題を解決するために必要なプログラム、家での自主訓練を含め分かりやすく説明を行い、利用者及びその家族にプログラムの選択を促すよう配慮し進め、生活行為向上リハビリテーションについて主体的に取り組む意欲を引き出すこと。

ト 目標の達成期限の前1月以内には、リハビリテーション会議を開催し、生活行為向上リハビリテーション実施計画及びそれに基づき提供したリハビリテーションの成果、他のサービスへの移行に向けた支援計画を、利用者又はその家族、構成員に説明すること。

③ 生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定に関して

イ 生活行為のニーズの把握

別紙様式1を活用し、利用者がどのような生活行為をしてみたい、興味があると思っているのかを把握する。把握に当たっては、利用者の生活の意欲を高めるためにも、こういうことをしてみたいという生活行為の目標を認識できるよう働きかけることも重要である。

ロ 生活行為に関する課題分析

a 利用者がしてみたいと思う生活行為で、一連の行為のどの部分が支障となっていてうまくできていないのかという要因をまず分析すること。例えば、トイレ行為であれば、畳に座っている姿勢、立ち上がり、トイレに行く、トイレの戸の開閉、下着の脱衣、便座に座る動作、排泄、後始末、下着の着衣、元の場所に戻る、畳に座る等の一連の行為を分析し、そのどこがうまくできていないのかを確認すること。

- b うまくできていない行為の要因ごとに、利用者の基本的動作能力（心身機能）、応用的動作能力（活動）、社会適応能力（参加）のどの能力を高めることで生活行為の自立が図られるのかを検討すること。

基本的動作能力については、起居や歩行などの基本的動作を直接的に通所にて訓練を行い、併せて居宅での環境の中で1人でも安全に実行できるかを評価すること。

応用的動作能力については、生活行為そのものの技能を向上させる反復練習、新たな生活行為の技能の習得練習などを通して、通所で直接的に能力を高める他、住環境や生活で用いる調理器具などの生活道具、家具など生活環境について工夫すること等についても検討すること。通所で獲得した生活行為が居宅でも実行できるよう訪問し、具体的な実践を通して評価を行い、実際の生活の場面でできるようになるよう、支援すること。また、利用者が家庭での役割を獲得できるよう、家族とよく相談し、調整すること。

社会適応能力については、通所の場面だけではなく、居宅に訪問し家庭環境（家の中での環境）への適応状況の評価、利用者が利用する店での買い物や銀行、公共交通機関の利用などの生活環境への適応練習、地域の行事や趣味の教室などへの参加をするための練習をするなど、利用者が1人で実施できるようになることを念頭に指導すること。

- c 利用者の能力だけではなく、利用者を取り巻く家族や地域の人々、サービス提供者に対しても、利用者の生活行為の能力について説明を行い、理解を得て、適切な支援が得られるよう配慮すること。

ハ 別紙様式5（生活行為向上リハビリテーション実施計画）の記載

- a 利用者が、してみたいと思う生活行為に関して、最も効果的なリハビリテーションの内容（以下「プログラム」という。）を選択し、おおむね6月間で実施する内容を心身機能、活動、参加のアプローチの段階ごとに記載すること。
- b プログラムについては、専門職が支援することの他、本人が取り組む自主訓練の内容についても併せて記載すること。また、プログラムごとに、おおむねの実施時間、実施者及び実施場所について、記載すること。
- c 支援の頻度は、リハビリテーションを開始してから3月間までの通所を主体とする通所訓練期はおおむね週2回以上、その後目標を達成する6月間の期限まで、終了後の生活を視野に入れ、訪問等組み合わせる訓練をする社会適応期はおおむね週1回以上訓練を行うこと。
- d プログラムの実施に当たっては、訪問で把握した生活行為や動作上の問題を事業所内外の設備を利用し練習する場合には、あらかじめ計画上に書き込むこと。
- e 通所で獲得した生活行為については、いつ頃を目安に、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の実際の生活の場面で評価を行うのかもあらかじめ記載すること。
- f 終了後の利用者の生活をイメージし、引き続き生活機能が維持できるよう地域の通いの場などの社会資源の利用する練習などについてもあらかじめプログラムに組み込むこと。

ニ 生活行為向上リハビリテーションの実施結果報告

計画実施期間の達成1ヵ月前には、リハビリテーション会議を開催し、別紙様式5に支援の結果を記入し、本人及び家族、構成員に支援の経過及び結果を報告すること。

また、リハビリテーション会議にサービスの提供終了後に利用するサービス等の担当者にも参加を依頼し、サービスの提供終了後も継続して実施するとよい事柄について申し送ることが望ましい。

ホ その他

生活行為向上リハビリテーションを行うために必要な家事用設備、各種日常生活活動訓練用具などが備えられていることが望ましい。

ヘ 要介護認定等の更新又は区分の変更に伴う算定月数の取扱い

要介護認定等の更新又は区分の変更により、要介護状態区分から要支援状態区分又は要支援状態区分から要介護状態区分となった利用者に対して、生活行為向上リハビリテーションの提供を継続する場合には、算定月数を通算するものとする。

なお、作成した生活行為向上リハビリテーション実施計画を活用することは差し支えないが、利用者の心身の状況等を鑑み、適時適切に計画は見直すこと。

(3) 社会参加支援加算について

参加の観点から、利用者の社会参加等を支援するリハビリテーションの提供を評価するため、社会参加支援加算を新設した。

なお、活動と参加の観点からは、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指定訪問リハビリテーションを提供することも重要である。

① 社会参加支援加算の考え方

イ 社会参加支援加算は、参加へのスムーズな移行ができるよう、リハビリテーション計画を基に、リハビリテーションを提供し、その結果、利用者のADLとIADLが向上し、社会参加に資する他のサービス等に移行できるなど、質の高いリハビリテーションを提供しているリハビリテーションを提供する事業所の体制を評価するものである。

ロ 社会参加に資する取組とは、指定通所リハビリテーション、指定介護予防通所リハビリテーション（指定通所リハビリテーションの場合にあっては、指定通所リハビリテーション間及び指定介護予防通所リハビリテーション間の移行は除く。）や指定通所介護、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型通所介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防・日常生活支援総合事業における通所事業や一般介護予防事業、居宅における家庭での役割を担うこと、就労であること。

ハ 入院、介護保険施設への入所、指定認知症対応型共同生活介護、指定地域密着型特定施設入居者生活介護、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定訪問リハビリテーションは社会参加に資する取組としては想定していないこと。

② 社会参加支援加算の算定に関して

社会参加支援加算は、指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハ

ハビリテーション事業所について、効果的なサービスの提供を評価する観点から、評価対象期間（各年1月1日から12月31日までの期間をいう。）において、利用者の社会参加に資する取組等への移行割合が一定以上となった場合等に、当該評価対象期間の翌年度における指定訪問リハビリテーション又は指定通所リハビリテーションの提供につき加算を行うものである。

イ 算定方法

以下の両方の条件を満たしていること。

- a 社会参加等への移行状況
- $$\frac{\text{社会参加に資する取組等を実施した者}}{\text{評価対象期間中にサービス提供を終了した者}} > 5\%$$
- b リハビリテーションの利用状況
- $$\frac{\text{12月}}{\text{平均利用延月数}} > 25\%$$

※平均利用延月数の考え方

$$\frac{\text{評価対象期間の利用者延月数}}{\text{評価対象期間の（新規利用者数+新規終了者数）} \div 2}$$

ロ 社会参加の継続の有無の評価

評価対象期間中に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、指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所の従業者が、リハビリテーションの提供を終了した者に対して、その居宅を訪問し、別紙様式2社会参加支援評価の欄を活用しながら、リハビリテーションの提供を終了した時と比較して、ADLとIADL評価すること。ADLとIADLが維持又は改善していることをもって、「3月以上継続する見込みである」こととする。

また、日程調整又は利用者が転居するなど、居宅に訪問しADLとIADLの状況を確認することができなかつた場合は、担当の介護支援専門員に居宅サービス計画の提供を依頼し、社会参加に資する取組の実施を確認するとともに、電話等の手段を用いて、ADLとIADLの情報を確認すること。

ハ 別紙様式2の社会参加支援評価の欄の記入方法

- a 評価対象期間中にリハビリテーションの提供を終了した後、居宅を訪問した際の記録について、社会参加支援評価の欄の訪問日にチェックをするとともに、訪問日を記入すること。なお、居宅を訪問できなかった場合については、居宅サービス計画を入手した上で、該当箇所にチェックし、訪問できなかった理由を記載すること。
- b リハビリテーションの提供を終了した後のサービス等の利用状況を確認し、該当箇所にチェックすること。
- c 現在の生活状況について、該当箇所に記載すること。
- d 訪問し、状況を確認した結果、状態の悪化又はその恐れがある場合や参加が維持されていなかった場合は、利用者及び家族に適切な助言を行うとともに速やかに医師、また、必要に応じて介護支援専門員に情報を提供し、その対応を検討することが望ましい。

興味・関心チェックシート

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他 ()				その他 ()			
その他 ()				その他 ()			

(別紙様式2-1)

事業所番号 _____ リハビリテーション計画書 入院 外来 / 訪問 通所 計画作成日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏名: _____ 様 性別: 男 女 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 要支援 要介護
リハビリテーション担当医: _____ 担当: _____ (OPT OT ST 看護職員 その他従事者(_____))

本人の希望(したい又はできるようにしたい生活の希望等) _____
家族の希望(本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等) _____

健康状態、経過
原因疾病: _____ 発症日・受傷日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 直近の入院日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 直近の退院日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
治療経過(手術がある場合は手術日・術式等): _____
合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等): _____
これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等): _____

目標設定等支援・管理シート: あり なし 日常生活自立度: J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M

心身機能・痛覚

項目	現在の状況	活動への支障	将来の見込み(※)
筋力低下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
麻痺	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
感覚機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
関節可動域制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
失語症・構音障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
見当識障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
記憶障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
その他の高次脳機能障害(_____)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
栄養障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
褥瘡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
疼痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
精神行動障害(BPSD)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

活動(基本動作、移動能力、認知機能等)

項目	現在の状況	将来の見込み(※)
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
立ち上がり	いすから <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 床から <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
<input type="checkbox"/> 6分間歩行試験		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
<input type="checkbox"/> Timed Up & Go Test		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
<input type="checkbox"/> MMSE		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
<input type="checkbox"/> HDS-R		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
コミュニケーションの状況		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化

活動(ADL)(※「している」状況について記載する)

項目	自立	一部介助	全介助	将来の見込み(※)
食事	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
イスとベッド間の移乗	15	10 ← 監視下	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
座れるが移れない	5	0	0	
整容	5	0	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
トイレ動作	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
入浴	5	0	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
平地歩行	15	10 ← 歩行器等	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
車椅子操作が可能	5	0	0	
階段昇降	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
更衣	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
排便コントロール	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
排尿コントロール	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
合計点				

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

社会参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する)

家庭内の役割の内容	
余暇活動(内容および頻度)	
社会地域活動(内容および頻度)	
リハビリテーション終了後にやりたい社会参加等の取組	

リハビリテーションの目標
(長期)
(短期(今後3ヶ月間))

リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)

リハビリテーション実施上の留意点
(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

リハビリテーション終了の目安・時期

利用者・ご家族への説明: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人のサイン: _____ 家族サイン: _____ 説明者サイン: _____

特記事項: _____

(別紙様式 3)

リハビリテーション会議録 (訪問・通所リハビリテーション)

利用者氏名 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ : _____ ~ _____ : _____ 開催回数 _____

	所属(職種)	氏名	氏名	所属(職種)	氏名	氏名
会議出席者						
リハビリテーションの支援方針						
リハビリテーションの内容						
各サービス間の提供に当たって共有すべき事項						
利用者又は家族構成員不参加理由	<input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> サービス担当者 <input type="checkbox"/> サービス担当者	() () ()				
次回の開催予定と検討事項						

リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票

利用者氏名 殿

作成年月日 年 月 日

チェック	プロセス	参加者及び内容	備考
<input type="checkbox"/>	サービス開始時における情報収集	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員	
<input type="checkbox"/>	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作成	<input type="checkbox"/> 参加者(本人・家族・医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員 介護支援専門員・訪問介護・訪問リハ・通所介護・その他) (日付: . . .)	
<input type="checkbox"/>	【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)】 計画作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明 【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)又は(Ⅳ)】 医師によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 変更・意見() <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 変更・意見()	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション計画書に基づくリハビリ	<input type="checkbox"/> リハビリテーションプログラムの内容 <input type="checkbox"/> 短期集中(個別リハ) <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅡ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション会議の実施と計画の見直し	<input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .)	
<input type="checkbox"/>	訪問介護の事業その他の居宅サービス事業に係る従業者に対する日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報伝達	<input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .)	 () CM・CW・家族・その他() () CM・CW・家族・その他() () CM・CW・家族・その他() () CM・CW・家族・その他() () CM・CW・家族・その他()
<input type="checkbox"/>	居宅を訪問して行う介護の工夫に関する指導・助言の実施	<input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .)	
<input type="checkbox"/>	サービスを終了する1月前以内のリハビリテーション会議の開催	<input type="checkbox"/> 参加者(本人・家族・医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員 介護支援専門員・訪問介護・訪問リハ・通所介護・その他) (日付: . . .)	
<input type="checkbox"/>	終了時の情報提供	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他()	

(別紙様式5)

生活行為向上リハビリテーション実施計画

利用者氏名 _____ 殿

本人の生活行為の目標			
家族の目標			
実施期間		通所訓練期(. . . ~ . . .) 【通所頻度】 _____ 回/週	社会適応訓練期(. . . ~ . . .) 【通所頻度】 _____ 回/週
活動	プログラム		
	自己訓練		
心身機能	プログラム		
	自己訓練		
参加	プログラム		
	自己訓練		

【支援内容の評価】

○ (居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について) (平成18年3月31日老発第0331009号厚生労働省老健局老人保健課長通知) 新旧対照表

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>今般、平成30年度介護報酬改定の平成30年4月1日からの施行に伴い、従前の栄養改善加算及び居宅療養管理指導に加えて、通所介護等の通所サービス及び特定施設入居者生活介護等の居宅サービスにおける栄養スクリーニング加算における栄養ケア・マネジメント体制を評価することとしたことである。</p> <p>通所サービス等における栄養スクリーニング、栄養改善及び管理栄養士の居宅療養管理指導の算定については、別に通知する「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年老企第36号）、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成18年老計発第0317001号・老振発第0317001号）、「指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成18年3月31日老計発第0331005号・老振発第0331018号）及び「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年3月8日老企第40号）において示しているところであるが、今般、居宅サービス及び介護予防サービスにおける栄養ケア・マネジメントに係る事務処理手順例及び様式例を別表及び別紙の通りお示しするので、御了知の上、管下市町村、関係団体にその周知をお願いしたい。</p> <p>当該事務処理手順例及び様式例は、居宅サービス及び介護予防サービスにおける栄養ケア・マネジメント体制の適切な実施に資するよう一つの参考例としてお示しするものであり、当該事務処理手順例及び様式例によらない場合であっても、適正に個別の高齢者の低栄養状態の改善のための栄養ケア・マネジメント体制が実施されていると認められる場合には、介護報酬上算定して差し支えないものであるため念のため申し添える。</p> <p>記</p> <p>1 通所サービス等における栄養ケア・マネジメントの実務等について</p> <p>ア (1) 通所サービス等における栄養ケア・マネジメントの提供体制</p> <p>イ 事業所は、管理栄養士(外部との連携を含む。以下この項において同じ。)と主治の医師、歯科医師、看護師及び居宅介護支援専門員その他の職種(以下「関連職種」という。)が行う体制を整備すること。</p> <p>ウ～オ (略)</p>	<p>今般、介護保険法等の一部を改正する法律(平成17年法律第77号)及び平成18年度介護報酬改定の平成18年4月1日からの施行に伴い、通所介護及び通所リハビリテーションにおける栄養・マネジメント加算、介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションにおける栄養改善加算、居宅療養管理指導(介護予防サービスとして行われる場合を含む。以下同じ。)における栄養ケア・マネジメント体制を評価することとしたことである。</p> <p>通所サービスにおける栄養改善、栄養・マネジメント及び管理栄養士の居宅療養管理指導の算定については、別に通知する「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年老企第36号）及び「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成18年老計発第0317001号・老振発第0317001号）において示しているところであるが、今般、居宅サービス及び介護予防サービスにおける栄養ケア・マネジメントに係る事務処理手順例及び様式例を別表及び別紙の通りお示しするので、御了知の上、管下市町村、関係団体にその周知をお願いしたい。</p> <p>当該事務処理手順例及び様式例は、居宅サービス及び介護予防サービスにおける栄養ケア・マネジメント体制の適切な実施に資するよう一つの参考例としてお示しするものであり、当該事務処理手順例及び様式例によらない場合であっても、適正に個別の高齢者の低栄養状態の改善のための栄養ケア・マネジメント体制が実施されていると認められる場合には、介護報酬上算定して差し支えないものであるため念のため申し添える。</p> <p>記</p> <p>1 通所サービス等における栄養ケア・マネジメントの実務等について</p> <p>ア (1) 通所サービス等における栄養ケア・マネジメントの提供体制</p> <p>イ 事業所は、管理栄養士と主治の医師、歯科医師、看護師及び居宅介護支援専門員その他の職種(以下「関連職種」という。)が行う体制を整備すること。</p> <p>ウ～オ (略)</p>

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>12) 栄養ケア・マネジメントの実務</p> <p>ア 利用開始時における栄養スクリーニング 管理栄養士は、利用者の利用開始時に、関連職種と共同して、低栄養状態のリスクを把握する(以下「栄養スクリーニング」という。)。なお、<u>栄養スクリーニングは、別紙1又は2の様式例を参照の上、結果を記録する。ただし、管理栄養士が配置されていない場合は、介護職員等が別紙1の様式例を参照の上、栄養スクリーニングの結果を記録することも差し支えない。なお、事業所における管理栄養士の配置の有無にかかわらず、栄養スクリーニング加算を算定する場合は、記録した情報を介護支援専門員に文書で共有する。</u></p> <p>イ 栄養アセスメントの実施 管理栄養士は、<u>栄養スクリーニングを踏まえ、利用者毎に解決すべき課題を把握する(以下「栄養アセスメント」という。)</u>。栄養アセスメントの実施にあたっては、<u>別紙2の様式例を参照の上、作成する。</u></p> <p>ウ 栄養ケア計画の作成 ① 管理栄養士は、上記の栄養アセスメントに基づいて、利用者のi) 栄養補給(補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給量、慢性的な疾患に対する対応、食事の形態等食事の提供に関する事項等)、ii) 栄養食事相談、iii) 課題解決のための関連職種の分担等について、関連職種と共同して、<u>別紙3の様式例を参照の上栄養ケア計画を作成する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成十一年厚生省令第三十七号)第九十九条若しくは第百十五号又は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に関する基準(平成十八年厚生労働省令第三十五号)第百九条若しくは第百二十五条において作成することとされている各計画の中に、<u>栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。</u></u></p> <p>②・③ (略)</p> <p>エ～カ (略)</p> <p>キ モニタリングの実施 ① モニタリングは、<u>栄養ケア計画に基づいて、低栄養状態の低リスク者は三か月毎、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性がある者の場合には、二週間毎等適宜行う。ただし、低栄養状態の低リスク者も含め、体重は一か月毎に測定する。</u> ② 管理栄養士又は関連職種は、<u>長期目標の達成度、体重等の栄養状態の改善状況、栄養補給量等をモニタリングし、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、栄養ケア計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙2の様式例を参照の上、作成する。</u> ③ 低栄養状態のリスクの把握やモニタリング結果は、<u>三か月毎に事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員等へ情報を提供する。</u></p>	<p>12) 栄養ケア・マネジメントの実務</p> <p>ア 利用開始時における栄養スクリーニング 管理栄養士は、利用者の利用開始時に、関連職種と共同して、<u>低栄養状態のリスクを把握する(以下「栄養スクリーニング」という。)</u>。なお、<u>栄養スクリーニングは、別紙1の様式例を参照の上、作成する。</u></p> <p>イ 栄養アセスメントの実施 管理栄養士は、<u>栄養スクリーニングを踏まえ、利用者毎に解決すべき課題を把握する(以下「栄養アセスメント」という。)</u>。栄養アセスメントの実施にあたっては、<u>別紙1の様式例を参照の上、作成する。</u></p> <p>ウ 栄養ケア計画の作成 ① 管理栄養士は、上記の栄養アセスメントに基づいて、利用者のi) 栄養補給(補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給量、慢性的な疾患に対する対応、食事の形態等食事の提供に関する事項等)、ii) 栄養食事相談、iii) 課題解決のための関連職種の分担等について、関連職種と共同して、<u>別紙2の様式例を参照の上栄養ケア計画を作成する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成十一年厚生省令第三十七号)第九十九条若しくは第百十五号又は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に関する基準(平成十八年厚生労働省令第三十五号)第百九条若しくは第百二十五条において作成することとされている各計画の中に、<u>栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。</u></u></p> <p>②・③ (略)</p> <p>エ～カ (略)</p> <p>キ モニタリングの実施 ① モニタリングは、<u>栄養ケア計画に基づいて、低栄養状態の低リスク者は三か月毎、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性がある者の場合には、二週間毎等適宜行う。ただし、低栄養状態の低リスク者も含め、体重は一か月毎に測定する。</u> ② 管理栄養士又は関連職種は、<u>長期目標の達成度、体重等の栄養状態の改善状況、栄養補給量等をモニタリングし、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、栄養ケア計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙1の様式例を参照の上、作成する。</u> ③ 低栄養状態のリスクの把握やモニタリング結果は、<u>三か月毎に事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員等へ情報を提供する。</u></p>

○ (居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について) (平成18年3月31日老発第0331009号厚生労働省老健局老人保健課長通知) 新旧対照表

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>ク・ケ (略)</p> <p>2 管理栄養士の居宅療養管理指導の実務について 管理栄養士の居宅療養管理指導にかかる栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等については、別紙2、別紙3の様式例を準用する。ただし、当該指導に必要とされる事項が記載できるものであれば、別の様式を利用して差し支えない。</p>	<p>ク・ケ (略)</p> <p>2 管理栄養士の居宅療養管理指導の実務について 管理栄養士の居宅療養管理指導にかかる栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等については、別紙1、別紙2の様式例を準用する。ただし、当該指導に必要とされる事項が記載できるものであれば、別の様式を利用して差し支えない。</p>

栄養スクリーニング（通所・居宅）（様式例）

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	生まれ	歳
氏名		要介護度・病名・ 特記事項等		記入者名：				
				作成年月日：年 月 日				
				事業所内の管理栄養士・栄養士 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				

実施日	年月日(記入者名)	年月日(記入者名)	年月日(記入者名)	年月日(記入者名)
身長(cm) ^{※1}	(cm)	(cm)	(cm)	(cm)
体重(kg)	(kg)	(kg)	(kg)	(kg)
BMI(kg/m ²) ^{※1} 18.5未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/m ²)
直近1～6か月間における 3%以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ か月)
直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/6か月)
血清アルブミン値(g/dl) ^{※2} 3.5g/dl未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有((g/dl))
食事摂取量75%以下 ^{※3}	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)
特記事項 (医師、管理栄養士等への 連携の必要性等)				

※1 身長が測定できない場合は、空欄でも差し支えない。

※2 確認できない場合は、空欄でも差し支えない。

※3 管理栄養士・栄養士がいない事業所の場合は、参考値とする。

(参考)低栄養状態のリスク分類について

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング (通所・居宅) (様式例)

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	生まれ	歳
氏名		要介護度・病名・ 特記事項等		記入者名：				
				作成年月日： 年 月 日				
身体状況、栄養・食事に関する意向		食事の準備状況	買い物： 食事の支度： 地域特性：	家族構成と キーパーソン (支援者)		本人 —		

(以下は、利用者個々の状態に応じて作成。)

実施日	年月日(記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾	年月日(記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾	年月日(記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾	年月日(記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾		
低栄養状態のリスクレベル	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高		
本人の意欲 ²⁾ (健康感、生活機能、身体機能など)	[] ()	[] ()	[] ()	[] ()		
低栄養状態のリスク(状況)	身長(cm)	(cm)	(cm)	(cm)	(cm)	
	体重(kg)	(kg)	(kg)	(kg)	(kg)	
	BMI(kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)	
	3%以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ か月)	
	血清アルブミン値(g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有((g/dl))	
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	
	その他					
	食生活状況等	栄養補給の状況	食事摂取量 % ・主食の摂取量 主食 % ・主菜、副菜の摂取量 主菜 % 副菜 % ・その他(補助食品など) ()	食事摂取量 % ・主食の摂取量 主食 % ・主菜、副菜の摂取量 主菜 % 副菜 % ・その他(補助食品など) ()	食事摂取量 % ・主食の摂取量 主食 % ・主菜、副菜の摂取量 主菜 % 副菜 % ・その他(補助食品など) ()	食事摂取量 % ・主食の摂取量 主食 % ・主菜、副菜の摂取量 主菜 % 副菜 % ・その他(補助食品など) ()
		必要栄養量(エネルギー・たんぱく質など)	kcal g	kcal g	kcal g	kcal g
食事時の摂食・嚥下状況(姿勢、食べ方、むせ等) ³⁾		[]	[]	[]	[]	
嚥下調整食の必要性の有無 ⁴⁾		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード [] とろみ: <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード [] とろみ: <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード [] とろみ: <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード [] とろみ: <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	
その他の食事上の留意事項の有無 (療養食の指示、嗜好、禁忌、アレルギーなど)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
食欲・食事の満足感 ⁵⁾		[]	[]	[]	[]	
食事に対する意識 ⁵⁾		[]	[]	[]	[]	
他のサービスの使用の有無など(訪問介護、配食など)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
その他(食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など)						
多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題) ⁶⁾						
①褥瘡 ②口腔及び摂食・嚥下 ③嘔気・嘔吐 ④下痢 ⑤便秘 ⑥浮腫 ⑦脱水 ⑧感染・発熱 ⑨経腸・静脈栄養 ⑩生活機能低下 ⑪閉じこもり ⑫うつ ⑬認知機能 ⑭医薬品 ⑮その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []		
特記事項						

評価・判定	問題点 ^{*)} ①食事摂取・栄養補給の状況 (補助食品、経腸・静脈栄養など) ②身体機能・臨床症状(体重、 摂食・嚥下機能、検査データなど) ③習慣・周辺環境(食・生活習 慣、意欲、購買など)④その他	□無 □有 []	□無 □有 []	□無 □有 []	□無 □有 []
	総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない
サービス継続の必要性	□無(終了)		□有(継続)		

- 1) 必要に応じて プロセス(スクリーニング、アセスメント、モニタリング)を記入する
 - 2) 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない から[]へ該当数字を記入し、必要な事項があれば記載する。
 - 3) 1 安定した正しい姿勢が自分でとれない 2 食事に集中することができない 3 食事中に傾眠や意識混濁がある 4 歯(義歯)のない状態で食事をしている
5 食べ物を口腔内に溜め込む 6 固形の食べ物を咀嚼く中にむせる 7 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある 8 水分でむせる
9 食事中、食後に咳をすることがある 10 その他 から[]へ該当数字を記入し(あてはまるものすべて)、必要な事項があれば記載する。
 - 4) 嚥下調整食が必要な場合は、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類を記入する。
 - 5) 1 大いにある 2 ややある 3 ふつう 4 ややない 5 全くない から[]へ該当数字を記入し、必要な事項があれば記載する。
 - 6) 問題があれば、□有 にチェックし、[]へその番号を記入。必要な事項があれば記載する。
- ※ スクリーニングにおいては、把握可能な項目(BMI、体重減少率、血清アルブミン値(検査値がわかる場合に記入)等)により、低栄養状態のリスクを把握する。
- ※ 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

<低栄養状態のリスクの判断>

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~29.9	18.5 未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1 月に3~5%未満 3 月に3~7.5%未満 6 月に3~10%未満	1 月に5%以上 3 月に7.5%以上 6 月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl 以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl 未満
食事摂取量	76~100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

栄養ケア計画書 (通所・居宅) (様式例)

別紙 3

氏名	殿	計画作成者:	初回作成日: 年 月 日
		所属名:	作成(変更)日: 年 月 日
医師の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (要点)		指示日 /)
利用者及び家族の意向			説明と同意日 年 月 日
解決すべき課題(ニーズ)	低栄養状態のリスク (低 ・ 中 ・ 高)		サイン
長期目標(ゴール)と期間			続柄

短期目標と期間	栄養ケアの具体的内容	担当者	頻度	期間
① 栄養補給・食事				
② 栄養食事相談				
③ 多職種による課題の解決など				
特記事項				

栄養ケア提供経過記録

月 日	サービス提供項目

○ 口腔機能向上上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について(平成18年3月31日老老発第0331008号厚生労働省老健局老人保健課長通知)(抄)

(傍線部分は改正部分)

改正前	改正後
<p>1 口腔機能向上サービスの実務等について</p> <p>(1) 通所サービスにおける口腔機能向上サービスの提供体制</p> <p>ア 口腔機能向上サービスの提供体制は、ヘルスケアサービスの環境として、個々に最適な実地指導を行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。</p> <p>イ 事業所は、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員(以下「サービス担当者」という。)と介護職員、生活相談員その他の職種の者等(以下「関連職種」という。)が共同した口腔機能向上サービスを行う体制を整備する。</p> <p>ウ 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービスに関する手順(利用開始時における把握(リストクの確認)、解決すべき課題の把握(アセスメント)、口腔機能改善管理指導計画、モニタリング、評価等)をあらかじめ定める。</p> <p>エ サービス担当者は、利用者に適切な実地指導を効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。</p> <p>オ 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービス体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。</p> <p>(2) 口腔機能向上サービスの実務</p> <p>ア 利用開始時における把握(リストクの確認)の実施</p> <p>口腔機能向上サービスを行う通所サービスにおける関連職種は、サービス担当者と連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクを把握する。なお、サービス担当者は、関連職種に対し、利用開始時における把握について指導及び助言等を十分に行うこととし、この把握には、別紙1の様式例を参照の上、作成する。</p>	<p>1 口腔機能向上サービスの実務等について</p> <p>(1) 通所サービスにおける口腔機能向上サービスの提供体制</p> <p>ア 口腔機能向上サービスの提供体制は、ヘルスケアサービスの環境として、個々に最適な実地指導を行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。</p> <p>イ 事業所は、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員(以下「サービス担当者」という。)と介護職員、生活相談員その他の職種の者等(以下「関連職種」という。)が共同した口腔機能向上サービスを行う体制を整備する。</p> <p>ウ 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービスに関する手順(利用開始時における課題の把握、専門職種による解決すべき課題の確認・把握(アセスメント)、口腔機能改善管理指導計画、モニタリング等)をあらかじめ定める。</p> <p>エ サービス担当者は、利用者に適切な実地指導を効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。</p> <p>オ 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービス体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。</p> <p>(2) 口腔機能向上サービスの実務</p> <p>ア 利用開始時における課題の把握の実施</p> <p>口腔機能向上サービスを行う通所サービスにおける関連職種は、サービス担当者と連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクを把握する。なお、サービス担当者は、関連職種に対し、利用開始時における把握について指導及び助言等を十分に行うこととする。この課題の把握には、別紙1の様式例を参照の上、作成する。</p>

導計画原案の内容を、事業所を通じて居宅サービス計画又は介護予防サービス計画にも適切に反映させる。

③ 介護予防通所介護又は通所介護において行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者は、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治医又は主治の歯科医師の指示・指導が必要で場合、サービス担当者は、主治の歯科医師の指示・指導を受けなければならない。

④ 介護予防通所リハビリテーション又は通所リハビリテーションにおいて行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者は、医師又は歯科医師の指示・指導が必要であり、利用者の主治医又は主治の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。

エ 利用者又はその家族への説明

サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に際して、口腔機能改善管理指導計画原案を利用者又はその家族に説明し、口腔機能向上サービスの提供に関する同意を得る。医師又は歯科医師は、指示・指導が必要な場合、口腔機能改善管理指導計画の実施に当たり、その計画内容、利用者又はその家族の同意等を確認する。

オ 口腔機能向上サービスの実施

① サービス担当者と関連職種は、口腔機能改善管理指導計画に基づいた口腔機能向上サービスの提供を行う。

② サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画に基づいて、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する実地指導を実施する。

③ サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に当たっては、関連職種に対して、口腔機能改善管理指導計画に基づいて個別又は集団に対応した口腔機能向上サービスの提供ができるように指導及び助言等を行う。

導計画原案の内容を、事業所を通じて居宅サービス計画又は介護予防サービス計画にも適切に反映させる。

③ 介護予防通所介護又は通所介護において行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者は、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導が必要で判断される場合は、サービス担当者は、主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導を受けなければならない。

④ 介護予防通所リハビリテーション又は通所リハビリテーションにおいて行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者は、医師又は歯科医師の指示・指導が必要であり、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。

エ 利用者又はその家族への説明

サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に際して、口腔機能改善管理指導計画原案を利用者又はその家族に説明し、口腔機能向上サービスの提供に関する同意を得る。医師又は歯科医師は、サービス担当者への指示・指導が必要な場合、口腔機能改善管理指導計画の実施に当たり、その計画内容、利用者又はその家族の同意等を確認する。

オ 口腔機能向上サービスの実施

① サービス担当者と関連職種は、口腔機能改善管理指導計画に基づいた口腔機能向上サービスの提供を行う。

② サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画に基づいて、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する実地指導を実施する。

③ サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に当たっては、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導が必要で考慮される場合、サービス担当者は、主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。また、関連職種に対して、口腔機能改善管理指導計画に基づいて個別又は

は集団に対応した口腔機能向上サービスの提供ができるよう
に指導及び助言等を行う。

④ サービス担当者、関連職種と共同して口腔機能向上サービスに関するインシデント・アクシデント事例等の把握を行う。

⑤ サービス担当者は、口腔機能向上サービス提供の主な経過を記録する。記録の内容は、実施日、担当者名、指導又は訓練の要点、利用者の変化等（解決すべき課題の改善等）に関する要点等について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第九十一条、第九十五条の十九若しくは第九十九条において準用する第九十九条又は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等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第七十七条若しくは第二百二十二条において準用する第九十九条に規定するサービスの提供の経過を記録する場合は、当該記録とは別に歯科衛生士等の居宅療養管理指導費又は口腔機能向上加算の算定のために口腔機能向上サービスの提供の経過を記録する必要があるものとする。

カ 実施上の問題点の把握

関連職種は、口腔機能改善管理指導計画に基づき、サービス担当者の指導及び助言等に従い、利用者の目標の達成状況、口腔衛生、摂食・嚥下機能の改善状況等を適宜把握する。改善状況に係る記録は、別紙1の様式例を参照の上、作成する。口腔機能改善管理指導計画の変更が必要になる状況が疑われる場合には、サービス担当者へ報告し、サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画の変更を検討する。

キ モニタリングの実施

① サービス担当者は、目標の達成度、口腔衛生、摂食・嚥下機能の改善状況等を適宜モニタリングし、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、口腔機能改善管理指導計画の変更の必要性を判断する。モニタリン

グの記録は、別紙1の様式例を参照の上、作成する。

- ② モニタリングは、口腔機能改善管理指導計画に基づき、概ね一か月毎に適宜行う。

ク 両把握の実施

サービス担当者は、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクにかかると把握を三か月毎に実施し、事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等へ情報を提供し、なお、この把握には、別紙1、別紙2の様式例を参照の上、作成する。

介護支援専門員又は介護予防支援事業者等は、情報提供を受け、サービス担当者連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクにかかわらず、把握を三か月毎に実施する。

ケ 口腔機能向上サービスの継続及び終了の説明等

サービス担当者は、総合的な評価を行い、口腔機能向上サービスの継続又は終了の場合には、その結果を利用者又はその家族に説明するとともに、利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等に継続又は終了の情報を提供し、サービスを継続又は終了する。サービスの継続又は終了については、利用者又はその家族へ説明し同意を得る。

総合的な評価の結果が改善等により終了する場合は、関連職種や居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所との連携を図り、総合的な評価の結果において医療が必要な場合は、必要に応じて主治医又は主治の歯科医師、介護支援専門員若しくは介護予防支援事業者並びに関係機関（その他の居宅サービス事業所等）との連携を図る。

- 2 歯科衛生士等の居宅療養管理指導の実務等については、居宅療養管理指導にかかると口腔機能スクリーニング、口腔機能アセスメント、管理指導計画、モニタリング、評価等については、原則として、別紙1及び別紙2の様式例を準用する。ただし、別紙1及び別紙2の様式例によらない場合であっても、個々の利用者の口腔機能に着目した居宅療養管理指導が適切に行われており、当該指導に必要とされる事項が記載されている場合には、別の様式例を利用して差し支えない。

リングの記録は、別紙1の様式例を参照の上、作成する。

- ② モニタリングは、口腔機能改善管理指導計画に基づき、概ね一か月毎に適宜行う。

ク 両把握の実施

サービス担当者は、口腔衛生、摂食・嚥下機能等に関するリスクにかかると把握を三か月毎に実施し、事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等へ情報を提供し、なお、この把握には、別紙1、別紙2の様式例を参照の上、作成する。

介護支援専門員又は介護予防支援事業者等は、情報提供を受け、サービス担当者連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクにかかわらず、把握を三か月毎に実施する。

ケ 口腔機能向上サービスの継続及び終了の説明等

サービス担当者は、総合的な評価を行い、口腔機能向上サービスの継続又は終了の場合には、その結果を利用者又はその家族に説明するとともに、利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等に継続又は終了の情報を提供し、サービスを継続又は終了する。サービスの継続又は終了については、利用者又はその家族へ説明し同意を得る。

総合的な評価の結果が改善等により終了する場合は、関連職種や居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所との連携を図り、総合的な評価の結果において医療が必要な場合は、必要に応じて主治の医師又は主治の歯科医師、介護支援専門員若しくは介護予防支援事業者並びに関係機関（その他の居宅サービス事業所等）との連携を図る。

- 2 歯科衛生士等の居宅療養管理指導の実務等については、居宅療養管理指導にかかると口腔機能スクリーニング、口腔機能アセスメント、管理指導計画、モニタリング、評価等については、原則として、別紙1及び別紙2の様式例を準用する。ただし、別紙1及び別紙2の様式例によらない場合であっても、個々の利用者の口腔機能に着目した居宅療養管理指導が適切に行われており、当該指導に必要とされる事項が記載されている場合には、別の様式例を利用して差し支えない。



**口腔機能向上サービスに関する
課題把握・アセスメント・モニタリング・評価票（様式例）**

別紙 1

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 口 <input type="checkbox"/> 腔	年	月	日 生まれ	歳
氏名	要介護度・病名等						
	かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

1. 関連職種等により把握された課題等（該当する項目をチェック）

（記入日：平成 年 月 日、記入者： ）

<input type="checkbox"/> かみにくさ <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口のかわき <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 義歯（痛み・動揺・清掃状態・管理状態） <input type="checkbox"/> その他（ ）
--

2. 事前・事後アセスメント・モニタリング

（アセスメント、モニタリングでそれぞれ記入）

事前 ※1	平成 年 月 日	モニタ リング ※2	平成 年 月 日	事後 ※1	平成 年 月 日
	記入者		記入者		記入者
	<input type="checkbox"/> 言語 聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科 衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師		<input type="checkbox"/> 言語 聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科 衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 関連職種		<input type="checkbox"/> 言語 聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科 衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師

観察・評価等	評価項目	事前	モニタリング	事後評価
①課題の確認・把握	固いものかみにくさ	1 ない 2 ある		
	お茶や汁物等によるむせ	1 ない 2 ある		
	口のかわき	1 ない 2 ある		
②咬筋の触診（咬合力）	1 強い 2 弱い 3 無し			
③歯や義歯のよごれ	1 ない 2 ある 3 多い			
④舌のよごれ	1 ない 2 ある 3 多い			
⑤ブクブクうがい（空ブクブクでも可）	1 できる 2 やや不十分 3 不十分			
（以下の⑥と⑦の評価は専門職の判断により必要に応じて実施）				
⑥RSST（※ 30秒間の喉頭挙上の回数）	（ ）回/30秒	（ ）回/30秒	（ ）回/30秒	（ ）回/30秒
⑦オーラルディアドコネシス	パ（ ）回/10秒	パ（ ）回	パ（ ）回	パ（ ）回
	タ（ ）回/10秒	タ（ ）回	タ（ ）回	タ（ ）回
	カ（ ）回/10秒	カ（ ）回	カ（ ）回	カ（ ）回
⑧特記事項等※3				
⑨問題点	<input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 口のかわき <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

- ※1 事前・事後アセスメントについては、把握された課題やモニタリング結果を確認した上で行う。
 ※2 モニタリングについては、利用開始日の翌月の結果をモニタリングの欄に記載する。
 ※3 対象者・利用者の状況により観察・評価に係る項目が実施できない場合は、特記事項等の欄に理由を記入する。

3. 総合評価※4

①日常生活における口腔機能向上サービスの利用前後を比較した場合の特記すべき事項		
②サービスを継続しないことによる口腔機能の低下のおそれ	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

【総合評価結果】

①サービス継続の必要性	<input type="checkbox"/> あり(継続)	<input type="checkbox"/> なし(終了)	②計画変更の必要性	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
-------------	---------------------------------	---------------------------------	-----------	-----------------------------	-----------------------------

備考：

※4 総合評価については、関連職種は、サービス担当者と連携して行うこと。

□ 口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録

別紙2

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明						
氏名		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大		年	月	日	生まれ	
			<input type="checkbox"/> 昭						

1. □ 口腔機能改善管理指導計画

※：内容を通所介護計画、通所リハ計画、介護予防通所介護計画、介護予防通所リハ計画に記載する場合は不要

初回作成日	年 月 日	作成者氏名：	職種
作成(変更)日	年 月 日	作成者氏名：	職種
ご本人またはご家族の希望			
解決すべき課題・目標			

【実施計画】(実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」に記入する。)

関連職種又は専門職種の実施項目	指導等	<input type="checkbox"/> □ 口腔機能向上に関する情報提供	<input type="checkbox"/> □ 口腔体操・嚥下体操	<input type="checkbox"/> □ 歯みがき支援	<input type="checkbox"/> □ 食事姿勢や食環境の指導
	その他				
専門職の実施項目	機能訓練	<input type="checkbox"/> □ 歯みがき実地指導	<input type="checkbox"/> □ かむ	<input type="checkbox"/> □ 飲み込み	<input type="checkbox"/> □ 発音・発声 □ 呼吸
	その他				
家庭での実施項目	本人	<input type="checkbox"/> □ 口腔体操・嚥下体操	<input type="checkbox"/> □ 歯みがきの実施	<input type="checkbox"/> □ その他()	
	介護者	<input type="checkbox"/> □ 歯みがき支援(確認・声かけ・介助)	<input type="checkbox"/> □ 口腔体操等支援	<input type="checkbox"/> □ その他()	
サービスの説明と同意	開始時	平成 年 月 日		同意者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他() ; 担当者名：	
	継続時	平成 年 月 日		同意者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他() ; 担当者名：	

2. □ 口腔機能向上サービスの実施記録(実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。)

実施年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
担当者名：	担当者名	担当者名	担当者名	担当者名	担当者名	担当者名
<input type="checkbox"/> □ 口腔機能向上に関する情報提供						
<input type="checkbox"/> □ 摂食・嚥下機能に関する訓練(指導)						
<input type="checkbox"/> □ 口腔衛生に関する指導(歯・義歯・舌、支援・実施含む)						
<input type="checkbox"/> □ 発音・発声・呼吸に関する訓練(指導)						
<input type="checkbox"/> □ 食事姿勢や食環境についての指導						
<input type="checkbox"/> □ その他()						

特記事項(注意すべき点、利用者の変化等)

--

事務連絡
令和2年6月1日

都道府県
各 指定都市 介護保険担当主管部（局） 御中
中核市

厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室
高齢者支援課
振興課
老人保健課

新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等
の臨時的な取扱いについて（第12報）

新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の取扱いについては、「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて」（令和2年2月17日付厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室ほか連名事務連絡。以下、「第1報」という。）等でお示ししているところです。

本日、通所系サービス事業所（通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護。以下、同じ。）と短期入所系サービス事業所（短期入所生活介護、短期入所療養介護。以下、同じ。）については、介護支援専門員と連携の上、利用者からの事前の同意が得られた場合には、新型コロナウイルス感染症拡大防止への対応を適切に評価する観点から、別紙に従い、介護報酬を算定することを可能としたことから、管内市町村、サービス事業所等に周知を図るようお願いいたします。また今回の取扱いについてわかりやすくお伝えする観点から参考資料を作成いたしましたのであわせてご確認ください。

I 通所介護費等の請求単位数について

1 通所系サービス事業所が提供するサービスのうち、通所介護、地域密着型通所介護及び認知症対応型通所介護においては、表1の算定方法により算定される回数について、通所リハビリテーションにおいては、表2の算定方法により算定される回数について、提供したサービス時間の区分に対応した報酬区分の2区分上位の報酬区分を算定する取扱いを可能とする。(例：提供したサービス時間の区分に対応した報酬区分が2時間以上3時間未満である場合、4時間以上5時間未満の報酬区分を算定。)

※ 訪問・電話によるサービス提供については、本取扱いの対象外（サービス提供回数に訪問・電話によるサービスは含まない。）とする。

※ 利用者が複数の事業所を利用している場合は、各事業所において、各サービス提供回数を算定基礎として算定を行う。

表1 通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護

群	報酬区分	算定方法
A群	2時間以上3時間未満	サービス提供回数のうち、月に1回まで、2区分上位の報酬区分を算定可能
	3時間以上4時間未満	
	4時間以上5時間未満	
B群	5時間以上6時間未満	サービス提供回数を3で除した数（端数は切上げ）と4回を比較し、少ない方の数について、2区分上位の報酬区分を算定可能 注1：7時間以上8時間未満については延長加算（9時間以上10時間未満）、8時間以上9時間未満については延長加算（10時間以上11時間未満）の報酬区分を算定可能 注2：延長加算を算定している場合、9時間以上10時間未満から11時間以上12時間未満については100単位を、12時間以上13時間未満については50単位を追加可能
	6時間以上7時間未満	
	7時間以上8時間未満	
	8時間以上9時間未満	

表2 通所リハビリテーション

群	報酬区分	算定方法
A群	1時間以上2時間未満	サービス提供回数のうち、月に1回まで、2区分上位の報酬区分を算定可能
	2時間以上3時間未満	
B群	3時間以上4時間未満	サービス提供回数を6で割った数（端数は切上げ）と2回を比較し、少ない方の数について、2区分上位の増報酬区分を算定可能
	4時間以上5時間未満	
	5時間以上6時間未満	
C群	6時間以上7時間未満	サービス提供回数を3で除した数（端数は切上げ）と4回を比較し、少ない方の数について、2区分上位の報酬区分を算定可能 注1：6時間以上7時間未満については延長加算（8時間以上9時間未満）、7時間以上8時間未満については延長加算（9時間以上10時間未満）の報酬区分を算定可能 注2：延長加算を算定している場合、8時間以上9時間未満から11時間以上12時間未満については100単位を、12時間以上13時間未満については50単位を追加可能。
	7時間以上8時間未満	

- 2 なお、通所系サービス事業所が1ヶ月の間に複数の報酬区分を算定する場合には、サービス提供回数が最も多い報酬区分(同数の場合は長い方の報酬区分)について、その算定方法に従って2区分上位の報酬区分を算定すること。その際の算定にあたっては、サービス提供回数全てを算定基礎として算定を行うこと。

(例)

- i 3時間以上4時間未満を7回、7時間以上8時間未満を3回提供する場合
3時間以上4時間未満の報酬区分について1回、2区分上位の報酬を算定が可能。
- ii 3時間以上4時間未満を3回、7時間以上8時間未満を7回提供する場合
7時間以上8時間未満の報酬区分について4回(≐ $(3+7) \div 3$)、2区分上位の報酬を算定が可能。
- iii 3時間以上4時間未満を5回、7時間以上8時間未満を5回提供する場合
7時間以上8時間未満の報酬区分について4回(≐ $(5+5) \div 3$)、2区分上位の報酬を算定が可能。

※ サービス提供回数が最も多い報酬区分について、その算定方法で求められる、2区分上位の報酬区分を算定できる回数が、当該サービス提供回数が最も多い報酬区分における実際のサービス提供回数を上回る場合には、当該サービス提供回数が最も多い報酬区分と同じ群の報酬区分であって、実際にサービス提供した報酬区分のうち、より長い報酬区分(サービス提供回数が最も多い報酬区分を除く)から、その差の回数分、2区分上位の報酬区分の算定を行うこと。

- 3 また通所リハビリテーションにおいてリハビリテーション提供体制加算を算定している場合、同加算は本特例により算定する基本報酬区分に応じた算定とする。(例：提供したサービス時間が3時間以上4時間未満の場合、同加算は12単位算定するが、2区分上位の報酬区分に応じた基本報酬を算定した場合、リハビリテーション提供体制加算は5時間以上6時間未満の報酬区分に応じた20単位の算定となる。)

※ 療養通所介護については、居宅サービス計画上の報酬区分が3時間以上6時間未満～6時間以上8時間未満である場合、月1回まで3時間以上6時間未満の報酬区分から6時間以上8時間未満の区分算定が可能である。

II 短期入所生活介護費等の請求単位数について

- 1 短期入所生活系サービス事業所が提供するサービス日数を3で除した数(端数切上げ)回数分について、緊急短期入所受入加算を算定する取扱いを可能とする。

※ 利用者が複数の事業所を利用している場合は、各事業所において、各サービス提供回数を算定基礎として算定を行う。

- 2 なお、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所生活介護等を緊急に行った場合は、通常どおり、指定短期入所生活介護等を行った日から起算して7日間（短期入所生活介護に限り、利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日）を限度とし算定を行うが、その算定以降、継続して短期入所生活介護等を提供する場合は、残り日数を3で除した日数（端数切上げ）と通常どおり算定した日数との合計が短期入所生活介護については14日、短期入所療養介護については7日になるまで、追加で緊急短期入所受入加算を算定する。
- 3 また、認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は、緊急短期入所受入加算を算定することができないため、まず認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定し、同加算を算定できない日数を3で除した日数と、短期入所生活介護については14日、短期入所療養介護については7日と比較して少ない日数につき、緊急短期入所受入加算の算定を可能とする。

Ⅲ 留意事項

- I・IIによる算定を行う場合は、必ず介護支援専門員と連携し、
- ・ 通所介護計画等と居宅サービス計画におけるサービス提供回数等との整合性を図ること
 - ・ 当該取扱い等の実施により、区分支給限度基準額の取扱いに変更はないこと
 - ・ 当該取扱いにおける請求にあたっては、居宅介護支援事業所が作成する給付管理票及び居宅サービス事業所が作成する介護給付費明細書のそれぞれに反映させる必要があること
- に留意すること。

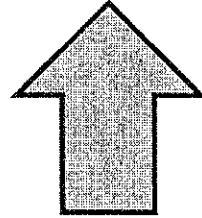
I. 通所系サービス

通所系サービス事業所（通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護。）が提供するサービスのうち、一定のルールに基づき算出された回数について、提供したサービス時間の区分に対応した報酬区分の2区分上位の報酬区分を算定する取扱いを可能とする。

例) 通所介護（通常規模型・要介護3）の場合

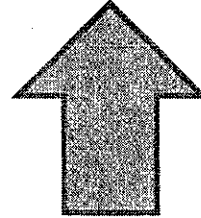
- 報酬区分を、「2時間以上3時間未満」～「4時間以上～5時間未満」のA群、「5時間以上～6時間未満」～「延長時（13時間以上14時間未満）」のB群に2分。

A 群	
居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
2時間以上3時間未満	347単位
3時間以上4時間未満	472単位
4時間以上5時間未満	495単位



サービス提供回数のうち、月1回まで2区分上位の報酬区分を算定可能。

B 群	
居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
5時間以上6時間未満	765単位
6時間以上7時間未満	784単位
7時間以上8時間未満	887単位
8時間以上9時間未満	902単位
延長加算（9時間以上10時間未満）	952単位
延長加算（10時間以上11時間未満）	1,002単位
延長加算（11時間以上12時間未満）	1,052単位
延長加算（12時間以上13時間未満）	1,102単位
延長加算（13時間以上14時間未満）	1,152単位



1ヶ月のサービス提供回数を3で除した数（端数切上げ）と4回を比較し、少ない方の数について2区分上位の報酬区分にて算定可能。

※ 利用者が複数の事業所を利用している場合は、各事業所において、各サービス提供回数を算定基礎として算定を行う。

※ 訪問によるサービス提供(居宅で生活している利用者に対して、利用者からの連絡を受ける体制を整えた上で、居宅を訪問し、個別サービス計画の内容を踏まえ、できる限りのサービスを提供した場合)、電話による安否確認(利用者の意向等を確認した上で、健康状態、直近の食事の内容や時間、直近の入浴の有無や時間、当日の外出の有無と外先、希望するサービスの提供内容や頻度等)について、電話により確認した場合)は、本取扱いの対象外とし、サービス提供回数に含まない。

新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

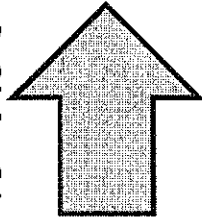
例) 通所介護の場合 (続き) A群・B群それぞれにおいて、以下の方法に基づき算定。

A群 サービス提供回数のうち、月1回まで2区分上位の報酬区分にて算定可能。

(例1) 通常規模型・要介護3の場合

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
2時間以上3時間未満	347単位
3時間以上4時間未満	472単位
4時間以上5時間未満	495単位

月1回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
4時間以上5時間未満	495単位
5時間以上6時間未満	765単位
7時間以上8時間未満	784単位

B群 1ヶ月のサービス提供回数(算定基礎)を3で除いた数(端数切上げ)と4回を比較し、少ない方の数について2区分上位の報酬区分にて算定可能。

(例2) 通常規模型・要介護3、1ヶ月のサービス提供回数が13回の場合

→ 1ヶ月のサービス提供回数13回 ÷ 3 ÷ 5回。5回と上限4回を比較し、少ない方の4回まで2区分上位の報酬区分で算定可。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
5時間以上6時間未満	765単位
6時間以上7時間未満	784単位
7時間以上8時間未満	887単位
8時間以上9時間未満	902単位
延長加算(9時間以上10時間未満)	952単位
延長加算(10時間以上11時間未満)	1,002単位
延長加算(11時間以上12時間未満)	1,052単位
延長加算(12時間以上13時間未満)	1,102単位
延長加算(13時間以上14時間未満)	1,152単位

(例2)の場合

月4回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位
8時間以上9時間未満	902単位
延長加算(9時間以上10時間未満)	952単位
延長加算(10時間以上11時間未満)	1,002単位
延長加算(11時間以上12時間未満)	1,052単位
延長加算(12時間以上13時間未満)	1,102単位
延長加算(13時間以上14時間未満)	1,152単位
※上位区分がないため、左記と同単位	1,152単位

新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

例) 通所介護の場合 (続き)

A群とB群の報酬区分を組み合わせてサービス提供する場合

1ヶ月の間に複数群の報酬区分を組み合わせてサービス提供する場合、サービス提供回数が多い報酬区分(同数の場合は長い方の報酬区分)の算定方法を用い、2区分上位の報酬区分を算定する。また、B群内の報酬区分が最も多い報酬区分である場合は、サービス提供回数全てを算定基礎として算定する。(なお、サービス提供回数が多い報酬区分について、その算定方法で求められる2区分上位の報酬区分を算定できる回数が、当該サービス提供回数が多い報酬区分における実際のサービス提供回数を上回る場合には、サービス提供回数が最も多い報酬区分と同じ群の報酬区分であって、実際にサービス提供した報酬区分のうち、より長い報酬区分(サービス提供回数が多い報酬区分を除く)から、その差の回数分、2区分上位の報酬区分の算定を行うこと。)

(例3) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「3時間以上4時間未満」が7回、「7時間以上8時間未満」が3回の場合
 → サービス提供回数が多い報酬区分は「3時間以上4時間未満」(A群)であるため、月1回「5時間以上6時間未満」で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
3時間以上4時間未満	472単位

月1回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
5時間以上6時間未満	765単位

94

(例4) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「3時間以上4時間未満」が3回、「7時間以上8時間未満」が7回の場合
 → サービス提供回数が多い報酬区分は「7時間以上8時間未満」(B群)であるため、サービス提供回数全て(10回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数10回÷3≒4回。上限4回まで2区分上位の報酬区分で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位

月4回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
延長加算(9時間以上10時間未満)	952単位

(例5) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「3時間以上4時間未満」が5回、「7時間以上8時間未満」が5回の場合
 → サービス提供回数と同数であることから、長い方の報酬区分である「7時間以上8時間未満」(B群)について、サービス提供回数全て(10回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数10回÷3≒4回。上限4回まで2区分上位の報酬区分で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位

月4回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
延長加算(9時間以上10時間未満)	952単位

新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

例) 通所介護の場合 (続き)

(例6) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数(「3時間以上4時間未満」が2回、「4時間以上5時間未満」が2回、「7時間以上8時間未満」が2回、「8時間以上9時間未満」が2回)の場合
 → サービス提供回数が同数であることから、最も長い報酬区分(「B群」)について、サービス提供回数全て(8回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数 $8 \text{回} \div 3 \approx 3 \text{回}$ 。月3回まで2区分上位の報酬区分で算定可能であるが、最も長い報酬区分である「8時間以上9時間未満」の提供回数は2回のみであることから、①「8時間以上9時間未満」の2区分上位の報酬区分で2回算定、②同じB群で、「8時間以上9時間未満」を除き最も長い報酬区分である「7時間以上8時間未満」にて2区分上位の報酬区分で1回算定が可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
8時間以上9時間未満	902単位
居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位

月2回まで



月1回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
延長加算(10時間以上11時間未満)	1,002単位
2区分上位の報酬区分	単位数
延長加算(9時間以上10時間未満)	952単位

同じ群の報酬区分を組み合わせてサービス提供する場合

1ヶ月の間に同じ群の報酬区分を組み合わせてサービス提供する場合、サービス提供回数が最も多い報酬区分(同数の場合は長い方の報酬区分)で、2区分上位の報酬区分を算定する。また、B群の報酬区分を組み合わせる場合は、サービス提供回数全てを算定基礎として算定する。(なお、サービス提供回数が最も多い報酬区分について、その算定方法で求められる2区分上位の報酬区分を算定できる回数が、当該サービス提供回数(最も多い報酬区分における実際のサービス提供回数)を上回る場合には、サービス提供回数が最も多い報酬区分と同じ群の報酬区分であって、実際にサービス提供した報酬区分のうち、より長い報酬区分(サービス提供回数が最も多い報酬区分を除く)から、その差の回数分、2区分上位の報酬区分の算定を行うこと。)

(例7) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数(「3時間以上4時間未満」が7回、「4時間以上5時間未満」が3回)の場合
 → サービス提供回数が最も多い報酬区分は「3時間以上4時間未満」であるため、月1回「5時間以上6時間未満」で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
3時間以上4時間未満	472単位

月1回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
5時間以上6時間未満	765単位

新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

例) 通所介護の場合 (続き)

(例8) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「5時間以上6時間未満」が3回、「7時間以上8時間未満」が7回の場合
 → サービス提供回数が多い報酬区分は「7時間以上8時間未満」であるため、サービス提供回数全て(10回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数10回÷3≒4回。上限4回まで2区分上位の報酬区分で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位

月4回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
延長加算 (9時間以上10時間未満)	952単位

(例9) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「5時間以上6時間未満」が5回、「7時間以上8時間未満」が5回の場合
 → サービス提供回数と同数であることから、長い方の報酬区分である「7時間以上8時間未満」について、サービス提供回数全て(10回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数10回÷3≒4回。上限4回まで2区分上位の報酬区分で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位

月4回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
延長加算 (9時間以上10時間未満)	952単位

(例10) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「5時間以上6時間未満」が2回、「6時間以上7時間未満」が2回、

「7時間以上8時間未満」が2回、「8時間以上9時間未満」が2回の場合

→ サービス提供回数と同数であることから、最も長い報酬区分である「8時間以上9時間未満」について、サービス提供回数全て(8回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数8回÷3≒3回。月3回まで2区分上位の報酬区分で算定可能であるが、最も長い報酬区分である「8時間以上9時間未満」の提供回数は2回のみであることから、①「8時間以上9時間未満」の2区分上位の報酬区分で2回算定、②同じB群で、「8時間以上9時間未満」を除き最も長い報酬区分である「7時間以上8時間未満」にて2区分上位の報酬区分で1回算定が可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
8時間以上9時間未満	902単位

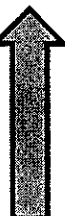
月2回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
延長加算 (10時間以上11時間未満)	1,002単位

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位

月1回まで



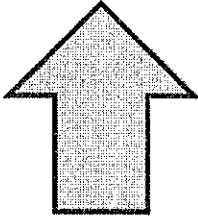
2区分上位の報酬区分	単位数
延長加算 (9時間以上10時間未満)	952単位

新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

例) 通所リハビリテーション（通常規模型・要介護3）の場合

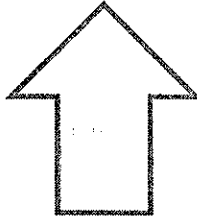
- 報酬区分を、「1時間以上2時間未満」～「2時間以上～3時間未満」のA群、「3時間以上～4時間未満」～「5時間以上～6時間未満」のB群、「6時間以上～7時間未満」～「延長加算（13時間以上14時間未満）」のC群に3分。

A群	
居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
1時間以上2時間未満	390単位
2時間以上3時間未満	457単位



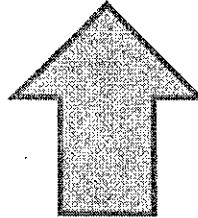
サービス提供回数のうち、月1回まで2区分上位の報酬区分を算定可能。

B群	
居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
3時間以上4時間未満	599単位
4時間以上5時間未満	684単位
5時間以上6時間未満	803単位



1ヶ月のサービス提供回数を6で除した数（端数切上げ）と2回を比較し、少ない方の数について2区分上位の報酬区分にて算定可能。

C群	
居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
6時間以上7時間未満	929単位
7時間以上8時間未満	993単位
延長加算（8時間以上9時間未満）	1,043単位
延長加算（9時間以上10時間未満）	1,093単位
延長加算（10時間以上11時間未満）	1,143単位
延長加算（11時間以上12時間未満）	1,193単位
延長加算（12時間以上13時間未満）	1,243単位
延長加算（13時間以上14時間未満）	1,293単位



1ヶ月のサービス提供回数を3で除した数（端数切上げ）と4回を比較し、少ない方の数について2区分上位の報酬区分にて算定可能。

※ 利用者が複数の事業所を利用している場合は、各事業所において、各サービス提供回数を算定基礎として算定を行う。

※ 訪問によるサービス提供（居宅で生活している利用者に対して、利用者からの連絡を受ける体制を整えた上で、居宅を訪問し、個別サービス計画の内容を踏まえ、できる限りのサービスを提供した場合）、電話等による居宅の療養状況（健康状態、居宅の療養環境、当日の外出の有無と外出先、希望するリハビリテーションサービスの提供内容や頻度等）について、電話等により確認した場合の確認は、本取扱いの対象外とし、サービス提供回数に含まれない。

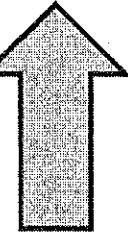
新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

例) 通所リハビリテーションの場合 (通常規模・要介護3の場合) A群・B群・C群それぞれにおいて、以下の方法に基づき算定。

A群 サービス提供回数のうち、月1回まで2区分上位の報酬区分にて算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分		2区分上位の報酬区分	
	単位数		単位数
1時間以上2時間未満	390単位	3時間以上4時間未満	599単位
2時間以上3時間未満	457単位	4時間以上5時間未満	684単位

月1回まで



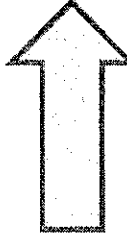
B群 1ヶ月のサービス提供回数を6で除した数(端数切上げ)と2回を比較し、少ない方の数について2区分上位の報酬区分にて算定可能。

(例1) サービス提供回数が13回の場合 → 1月のサービス提供回数13回 ÷ 6 = 3回。3回と2回を比較し、少ない方の2回まで2区分上位の報酬区分にて算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分		2区分上位の報酬区分	
	単位数		単位数
3時間以上4時間未満	599単位	5時間以上6時間未満	803単位
4時間以上5時間未満	684単位	6時間以上7時間未満	929単位
5時間以上6時間未満	803単位	7時間以上8時間未満	993単位

(例1)の場合

月2回まで



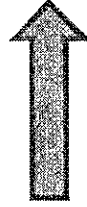
C群 1ヶ月のサービス提供回数を3で除した数(端数切上げ)と4回を比較し、少ない方の数について2区分上位の報酬区分にて算定可能。

(例2) サービス提供回数が13回の場合 → 1月のサービス提供回数13回 ÷ 3 = 5回。5回と4回を比較し、少ない方の4回まで2区分上位の報酬区分にて算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分		2区分上位の報酬区分	
	単位数		単位数
6時間以上7時間未満	929単位	延長加算(8時間以上9時間未満)	1,043単位
7時間以上8時間未満	993単位	延長加算(9時間以上10時間未満)	1,093単位
延長加算(8時間以上9時間未満)	1,043単位	延長加算(10時間以上11時間未満)	1,143単位
延長加算(9時間以上10時間未満)	1,093単位	延長加算(11時間以上12時間未満)	1,193単位
延長加算(10時間以上11時間未満)	1,143単位	延長加算(12時間以上13時間未満)	1,243単位
延長加算(11時間以上12時間未満)	1,193単位	延長加算(13時間以上14時間未満)	1,293単位
延長加算(12時間以上13時間未満)	1,243単位	※上位区分がないため、左記と同単位	1,293単位
延長加算(13時間以上14時間未満)	1,293単位		

(例2)の場合

月4回まで



新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

例) 通所リハビリテーションの場合 (続き)

A群とB群又はB群とC群の報酬区分を組み合わせてサービス提供する場合

サービス提供回数が最も多い報酬区分で算定する。

(例3) 通所リハ・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「2時間以上3時間未満」が8回、「7時間以上8時間未満」が5回の場合
 → サービス提供回数が最も多い報酬区分は「2時間以上3時間未満」であるため、月1回「4時間以上5時間未満」にて算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
2時間以上3時間未満	457単位

月1回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
4時間以上5時間未満	684単位

(例4) 通所リハ・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「2時間以上3時間未満」が5回、「5時間以上6時間未満」が8回の場合
 → サービス提供回数が最も多い報酬区分は「5時間以上6時間未満」であるため、サービス提供回数全て(13回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数13回 ÷ 6 ÷ 3回。3回と上限2回を比較し、少ない方の2回まで2区分上位の報酬区分で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
5時間以上6時間未満	803単位

月2回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	993単位

同じ群の報酬区分を組み合わせてサービス提供する場合

サービス提供回数が最も多い報酬区分で算定する。

(例5) 通所リハ・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「1時間以上2時間未満」が8回、「2時間以上3時間未満」が5回の場合
 → サービス提供回数が最も多い報酬区分は「1時間以上2時間未満」であるため、月1回「3時間以上4時間未満」で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
1時間以上2時間未満	390単位

月1回まで

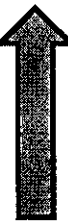


2区分上位の報酬区分	単位数
3時間以上4時間未満	599単位

(例6) 通所リハ・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「6時間以上7時間未満」が5回、「7時間以上8時間未満」が8回の場合
 → サービス提供回数が最も多い報酬区分は「7時間以上8時間未満」であるため、サービス提供回数全て(13回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数13回 ÷ 3 ÷ 5回。5回と上限4回を比較し、少ない方の4回まで2区分上位の報酬区分で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	993単位

月4回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
延長加算 (9時間以上10時間未満)	1,093単位

新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

II. 短期入所系サービス

- 短期入所系サービス事業所(短期入所生活介護、短期入所療養介護。)における1ヶ月のサービス提供日数を3で除した数(端数切上げ)の日数分につき、緊急短期入所受入加算を算定する取扱いを可能とする。
- なお、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所生活介護等を緊急に行った場合は、通常どおり、指定短期入所生活介護等を行った日から起算して7日間(短期入所生活介護に限り、利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日)を限度とし算定を行うが、その算定以降、継続して短期入所生活介護等を提供する場合は、残り日数を3で除した日数(端数切上げ)と通常どおり算定した日数との合計が短期入所生活介護については14日、短期入所療養介護については7日になるまで、追加で緊急短期入所受入加算を算定する。

例) 短期入所生活介護の場合

(例1) 短期入所生活介護、単独型 (I)、要介護3、1ヶ月のサービス提供日数が10日、加算取得なしの場合

→ 1月のサービス提供日数10日 ÷ 3 ÷ 4日であるため、4日間緊急短期入所受入加算を算定可能。

基本報酬 (10日分)	+	緊急短期入所受入加算 (4日分)	+	合計
7,650単位		360単位		8,010単位

(例2) 短期入所生活介護、単独型 (I)、要介護3、1ヶ月のサービス提供日数が25日、加算取得なし、緊急受入を行った場合

① 利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情がない場合

→ 短期入所生活介護を行った日から起算して7日間は、通常どおり緊急短期入所受入加算が算定可能。

→ 残り日数 (18日) を3で除した日数は6日であるため、通常どおり算定した日数 (7日) と合計して13日分算定が可能。

基本報酬 (25日分)	+	緊急短期入所受入加算 (13日分)	+	合計
19,125単位		1,170単位		20,295単位

② 利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合

→ 短期入所生活介護を行った日から起算して14日間は、通常どおり緊急短期入所受入れ加算が算定可能。

→ 残り日数 (11日) を3で除した日数は4日であるが、すでに通常どおり算定した日数が14日であるため、追加算定は不可。

基本報酬 (25日分)	+	緊急短期入所受入加算 (14日分)	+	合計
19,125単位		1,260単位		20,385単位

新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

○ また、認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は、緊急短期入所受入加算を算定できないため、まず認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定し、同加算を算定できない日数を3で除した日数(端数切上げ)と、短期入所生活介護については14日、短期入所療養介護については7日を比較して少ない日数につき、緊急短期入所受入加算の算定を可能とする。

例) 短期入所生活介護の場合

(例3) 短期入所生活介護、単独型 (I)、要介護3、1月のサービス提供日数が30日、認知症行動・心理症状緊急対応加算を7日間算定した場合
 → 残り日数 (認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定できない日数 (23日) を3で除した日数 (8日) と14日を比較して少ない日数 (8日) につき、緊急短期入所受入加算を算定可能。

<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">基本報酬 (30日分)</td> <td style="text-align: center;">22,950単位</td> </tr> </table>	基本報酬 (30日分)	22,950単位	+	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">認知症行動・心理症状緊急対応加算 (7日分)</td> <td style="text-align: center;">1,400単位</td> </tr> </table>	認知症行動・心理症状緊急対応加算 (7日分)	1,400単位	+	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">緊急短期入所受入加算 (8日分)</td> <td style="text-align: center;">720単位</td> </tr> </table>	緊急短期入所受入加算 (8日分)	720単位	=	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">合計</td> <td style="text-align: center;">25,070単位</td> </tr> </table>	合計	25,070単位
基本報酬 (30日分)	22,950単位													
認知症行動・心理症状緊急対応加算 (7日分)	1,400単位													
緊急短期入所受入加算 (8日分)	720単位													
合計	25,070単位													

Ⅲ. 留意事項

- I・IIによる算定を行う場合は、必ず介護支援専門員と連携し、以下に留意すること。
 - ・ 利用者から事前の同意を得ること。
 - ・ 通所介護計画等と居宅サービス計画におけるサービス提供回数等との整合性を図ること。
 - ・ 当該取扱い等の実施により、区分支給限度基準額の取扱いに変更はないこと。
 - ・ 当該取扱いにおける請求にあたっては、居宅介護支援事業所が作成する給付管理票及び居宅サービス事業所が作成する介護給付費明細書のそれぞれに反映させる必要があること。

実地指導自主点検調査（通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション）

指定基準		基準の内容(指導項目)		確認事項		当日確認書類	
人員	管理運営	管理運営	基準の内容(指導項目)	はい・いいえ	確認事項	はい・いいえ	当日確認書類
医師	管理者を選任しているか。 (病院・介護老人保健施設・利用者の数が同時に10人を超える診療所)専任の常勤医師が1名以上いるか。	はい・いいえ	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り。)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業務可。	はい・いいえ			
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師・准看護師・介護職員	(利用者の数が同時に10人以下の診療所)専任医師が1名いるか。	はい・いいえ	専任医師1人に対し利用者数1日48人以内となっているか。	はい・いいえ			
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	(利用者が10人以下の場合)単位ごとに提供時間帯を通じて1以上確保されているか。 (利用者が10人を超える場合)単位ごとに提供時間帯を通じて利用者の数を10で除した数以上確保されているか。	はい・いいえ	同一事業所で、複数の単位の指定通所リハビリテーションを同時に行う場合には、同時に利用される単位の数の移動の従業員が必要。従業員が1人に行うことのできる通所リハビリテーションは2単位を限度とする。 (1時間から2時間までの通所リハビリテーションについては0.5単位として扱う。)	はい・いいえ			職員勤務表・職員履歴書 資格を添付する書類
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	(病院・介護老人保健施設)単位ごとにリハビリテーションを提供する時間帯に利用者が100又はその増数を増すことにより確保されているか。	はい・いいえ	所要時間1時間～2時間の通所リハビリテーションの場合、定期的に適切な研修を修了している看護士、介護士、柔道整復師又はあん摩マッサージ師でも可。	はい・いいえ			
設備	専用の部屋等 リハビリにふさわしい専用の部屋があるか。	はい・いいえ	3㎡×利用定員以上	はい・いいえ			平面図
	専用の部屋(走廊) リハビリにふさわしい専用の部屋があるか。	はい・いいえ	リハビリ利用者専用面積加算	はい・いいえ			
	相談室 相談室は相談内容が漏洩しないよう配慮されているか。	はい・いいえ	しゃべり物等の設置によりプライバシーに配慮すること。	はい・いいえ			
	区画 リハビリのスペースは明確に区画されているか。	はい・いいえ	通所介護の機能訓練室とリハビリのスペースは明確に区画	はい・いいえ			設備、備品台帳、リハビリ計画
	器材及び器具 リハビリ計画に沿った専用器材が備わっているか。	はい・いいえ	器材は平行棒、階段、歩行器、マット等	はい・いいえ			
	浴室 入浴介助加算がある場合整備されているか。	はい・いいえ	加算体制の届出	はい・いいえ			指令等
衛生管理	衛生管理推進員を任命しているか。	はい・いいえ	職種 氏名	はい・いいえ			衛生(指針)マニュアル・研修記録
	感染症及び食中毒の予防・蔓延防止のための必要な措置等をし、研修の実施など職員への周知をしているか。	はい・いいえ	手洗動行、消毒液等の設置等	はい・いいえ			空調設備仕様
	空調設備 空調設備による室温の維持がなされているか。	はい・いいえ	広さに適した空調能力	はい・いいえ			清潔の記録
	飲用水の衛生管理 受水槽の清掃等を行っているか。	はい・いいえ	年 回実施	はい・いいえ			医薬品等管理簿
	医薬品等の管理 医薬品、医療器具の管理は適切か。	はい・いいえ	手洗動行、消毒液等の設置等	はい・いいえ			衛生マニュアル・研修記録
	食中毒、感染症対策 必要な措置等・研修を実施しているか。	はい・いいえ	職種 氏名	はい・いいえ			指令等
災害対策	災害対策推進員を任命しているか。	はい・いいえ	災害対策推進員を任命しているか。	はい・いいえ			消防計画
	消防計画 計画の消防署への届出又は準ずる計画の策定をしているか。	はい・いいえ	消防署への提出を要しない場合でも、準ずる計画を策定すること。	はい・いいえ			
	防火管理者 防火管理者又は責任者を専任しているか。	はい・いいえ	防火管理者又は責任者を専任しているか。	はい・いいえ			
	訓練の実施 定期的な訓練を実施しているか。	はい・いいえ	定期的な訓練を実施しているか。	はい・いいえ			訓練記録

指定基準	基準の内容(指導項目)	はい・いいえ	確認事項	内部研修 外部研修	年 回 年	回 回	人参加 人参加	当日確認書類
研修の実施	内部研修会・外部研修会への参加等研修の機会を確保しているか。	はい・いいえ	研修記録を保管すること。					受講終了証明・研修計画・出張命令・研修会資料
秘密保持	就業規則で職員の守秘義務を明確化し、退職後も含めた必要な措置を講じているか。	はい・いいえ	就業時にどのように取り決めているか。					就業規則・誓約書
個人情報の管理	サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いる場合の同意を文書で得ているか。	はい・いいえ	利用目的・範囲等を説明し同意を得る					同意書
苦情処理	相談窓口の明示がされているか。	はい・いいえ						運営規程
苦情処理体制	体制及び処理手続きを明示・概要を提示しているか。	はい・いいえ	利用者への周知					掲示物・利用説明書への記載
改善の記録	苦情及び改善経緯についての記録をしているか。	はい・いいえ	サービス提供した日から5年間保存					苦情処理・処置事項記録書
事故	市町村、家族、支援事業者への連絡体制を整備しているか。	はい・いいえ						事故対応マニュアル
事故の記録	事故状況・措置の記録・再発防止の検討を行っているか。	はい・いいえ	事故状況・措置を記録(サービス提供した日から5年間保存)					事故状況記録
損害賠償	賠償すべき事象への対応を事前に探っているか。	はい・いいえ	保険加入等の事前措置も確認					
会計・記録	事業ごとに会計が区分されているか。	はい・いいえ	老健は施設会計に含まれる					会計関係書類
記録整備	従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しているか。	はい・いいえ	・通所リハビリテーション計画 ・サービス提供記録 ・市町村への通知に関する記録 ・苦情に係る記録 ・事故に係る記録					各種保存書類
情報公表	リハビリテーションに関する記録は利用者ごとに保管し、閲覧できるようにしているか。	はい・いいえ	通所リハビリテーション計画 サービス提供記録					
	サービスを提供した日から5年間保存しているか。	はい・いいえ						各種保存書類
	介護サービス情報の公表制度において、毎年報告の更新を行っているか。(対象事業所のみ)	はい・いいえ						公表中画のコピー

指定基準	基準の内容(指導項目)	確認事項	当日確認書類
介護報酬 介護報酬の算定	<p>家族の送迎の都合で計画時間を超えて事業所にいる場合の延長時間や、送迎に要した時間を加えた時間で報酬請求していないか。</p> <p>事業所の屋外でのサービス提供。次の要件を満たした上で、事業所屋外でのサービス提供を行っているか。 ①あらかじめ通所リハビリテーション計画に位置付けられていること。 ②効果的なリハビリテーションのサービスが提供できること。</p>	はい・いいえ	<p>介護給付費明細書 サービス提供票、別表 サービス提供の記録</p>
加算	<p>入浴介助加算</p> <p>1時間以上の時間未済のリハ費における理学療法士等の配置加算</p>	あり・なし	<p>介護給付費明細書 サービス提供票、別表 サービス提供の記録</p>
	<p>事業所外行事</p>	あり・いいえ	<p>介護給付費明細書 サービス提供票、別表 サービス提供の記録 通所リハビリテーション計画、年間行事計画</p>
	<p>利用者の身体上の事情で入浴が中止になった場合や、清拭のみになった場合に、加算を請求していないか。</p>	あり・なし	<p>理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を専従かつ常勤で2名以上配置しているか。</p>
	<p>① 通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直しているか。</p> <p>② 指定通所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が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業所その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝えているか。</p> <p>③ 新規に通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定通所リハビリテーション事業所の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、当該計画に従い、指定通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して1月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行っているか。</p> <p>④ 指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行うこと。</p> <p>⑤ ④における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が④に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。</p>	あり・いいえ	<p>介護給付費明細書 サービス提供票、別表 サービス提供の記録 勤務実績、タイムカード</p>
	<p>通所リハビリテーション計画</p>	あり・いいえ	<p>ケアマネ及び他事業所への情報伝達記録 通所リハビリテーション計画 サービス提供の記録 介護給付費明細書</p>
	<p>リハビリテーションマネジメント加算(1)</p>	あり・なし	<p>通所リハビリテーション計画 訪問記録</p>
		あり・いいえ	<p>医師からの指示に関する記録</p>
		あり・いいえ	

指定基準	基準の内容(指導項目)	確認事項	当日確認書類
指定基準 加算	リハビリテーション提供体制加算	あり・なし	指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すことに1以上であるか。
	短期集中個別リハビリテーション実施加算	あり・なし	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)から(Ⅳ)までのいずれかを算定しているか。 リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定しているか。 退院日又は認定日より3月以内に個別リハビリテーションを実施しているか。(1週につきおおむね2日以上、1日当たり40分以上実施) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定していないか。
		あり・なし	① 対象者は精神科医師、神経内科医師、認定証リハビリ専門研修を修了した医師により、認知症(MMSE又はHDS-Rで概ね5～25点)であった、生活機能の改善が見込まれると判断された者であるか。 ② 退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内に実施しているか。 ③ 1週間に2日を限度として個別にリハビリテーションを実施しているか。(1回20分以上の個別リハビリテーション) ④ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定しているか。 ⑤ 過去3月の間に当該加算を算定していないか。 ⑥ 短期集中個別リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定していないか。
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	あり・なし	① 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)の①、②、⑤、⑥に適合しているか。 ② 1月に個別リハビリテーション、集団リハビリテーションを合わせて4回以上実施しているか。(1月に8回以上の実施が望ましい) ③ 利用者の居室を訪問し、生活選擇を把握した上で、通所リハビリテーション計画の作成、生活機能の向上に資するリハビリテーションの実施を行っているか。 ④ 利用者の居室を訪問し、能力評価を行い、家族に伝達しているか。 ⑤ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)を算定しているか。
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	あり・なし	通所リハビリテーション計画(実施頻度、場所、時間、方法を記載していること) サービス提供の記録 通所リハビリテーション計画 サービス提供の記録 通所リハビリテーション計画 サービス提供の記録 通所リハビリテーション計画 サービス提供の記録 通所リハビリテーション計画 サービス提供の記録

指定基準 加算	基準の内容(指導項目)	確認事項	当日確認書類
		生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を終了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されているか。	いる・いない
		生活行為(起居、歩行、排泄、入浴、調理、運動、趣味、活動等)の内容充実を図る6月間の生活行為向上リハビリテーション実施計画を作成し、リハビリを提供しているか。	いる・いない
	あり・なし	リハビリテーション会議において、訓練の進捗状況やその評価等について、医師が利用者、家族、構成員に説明しているか。	いる・いない
	あり・なし	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、目標達成状況を報告しているか。	いる・いない
		利用者の居宅を訪問し、能力評価を行い、家族に伝達しているか。	いる・いない
		リハビリマネジメント加算(Ⅱ)を算定しているか。	いる・いない
		短期集中個別リハビリテーション実施加算又認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定していないか。	いる・いない
		利用者数に応じてPT、OT、STを適切に配置しているか。	いる・いない
		生活行為向上リハビリテーション加算の延長減算について、利用者、家族に説明し、同意を得ているか。	いる・いない
生活行為向上リハビリテーションの減算	あり・なし	生活行為向上リハビリテーションを終了後、同一の利用者に対して引き続き指定通所リハビリテーションを提供した場合、6月以内の期間に限り所定単位数の100分の15に相当する単位数を減算しているか。	いる・いない
若年性認知症利用者受入加算	あり・なし	一般の利用者とは内容、提供の場を区分せず提供したサービスについて、加算を請求していないか。	いる・いない
重度療養管理加算	あり・なし	要介護3、4又は5であって厚生労働大臣が定める状態の利用者であるか。	いる・いない
	あり・なし	所要時間1時間以上2時間未満の通所リハビリ費を算定している利用者ではないか。	いる・いない
延長加算	あり・なし	延長加算は、通所リハビリの所要時間と延長サービスの所要時間の通算時間が8時間以上の部分についてのみ請求しているか。	いる・いない

指定基準 加算	基準の内容(指導項目)	確認事項	当日確認書類
		<p>① 基準員数に加え、看護職員又は介護職員常勤換算1以上配置しているか。</p> <p>② 前年度又は前3月間の利用者総数のうち要介護3、4又は5の割合が30/100以上(要利用者数、延べ利用者数とも可)</p> <p>③ 提供時間帯を通じて専らサービス提供に従事する看護職員を1以上配置しているか。</p> <p>④ 社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成しているか。</p>	<p>勤務形態一覧表 介護給付費明細書</p>
中重度ケア体制加算	あり・なし	<p>① 評価対象期間において、終了した者のうち、通所事業その他社会参加に資する取組を計った者が5%を超えているか。</p> <p>② 終了日から14日以降44日以内に居宅訪問又はケアマネからの情報提供により3月以上継続の延び込みを確認し記録しているか。</p> <p>③ 12月/平均利用延日数 ≥ 25% (小数点第3位切り上げ) ※平均利用延日数 = 評価対象期間(1/1~12/31)の利用延日数 / 評価対象期間(新規開始者数 + 新規終了者数) ÷ 2</p>	<p>勤務形態一覧表 プログラム(利用者毎)</p>
社会参加支援加算	あり・なし	<p>① 評価対象期間において、終了した者のうち、通所事業その他社会参加に資する取組を計った者が5%を超えているか。</p> <p>② 終了日から14日以降44日以内に居宅訪問又はケアマネからの情報提供により3月以上継続の延び込みを確認し記録しているか。</p> <p>③ 12月/平均利用延日数 ≥ 25% (小数点第3位切り上げ) ※平均利用延日数 = 評価対象期間(1/1~12/31)の利用延日数 / 評価対象期間(新規開始者数 + 新規終了者数) ÷ 2</p>	<p>社会参加等の実績 継続見込みの記録</p>
栄養改善加算	あり・なし	<p>管理栄養士を配置せずに、加算を請求していないか。</p>	<p>介護給付費明細書 栄養ケア計画 サービス提供の記録</p>
栄養スクリーニング加算	あり・なし	<p>指定所リハビリテーション事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供しているか。</p> <p>栄養スクリーニングの算定に係る栄養状態に関するスクリーニングは、利用者ごとにおこなわれるケアマネジメントの一環として行われているか。</p> <p>利用者について、次に掲げる①から④に関する確認を行い、確認した結果を介護支援専門員に対し、提供しているか。</p> <p>① BMIが18.5未満である者</p> <p>② 1から6ヶ月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」に規定するチェックリストのNO.11の項目が「1」に該当する者</p> <p>③ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者</p> <p>④ 食事摂取量が不良(75%以下)である者</p>	<p>介護給付費明細書 サービス提供実績、別表 サービス提供の記録 居室サービス計画 通所リハビリテーション計画 運営管理 勤務実績関係書類</p>
		<p>該当</p>	
		<p>はい・いいえ</p>	
		<p>はい・いいえ</p>	

指定基準	基準の内容(指導項目)	確認事項	当日確認書類	
加算	口腔機能向上加算 口腔機能向上加算	あり・なし 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を配置せずに、加算を請求していないか。	いる・いない	介護給付費明細書 口腔機能改善指導計画又は 介護予防通所リハビリ計画 サービス提供の記録
	運動器機能向上加算	あり・なし 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を配置せずに、加算を請求していないか。	いる・いない	介護給付費明細書 運動器機能向上計画又は 介護予防通所リハビリ計画 サービス提供の記録 勤務実績、タイムカード
	選択的サービス提供実施加算(Ⅰ)	利用者に対し運動器機能向上・栄養改善・口腔機能向上サービスのうち2種類のサービスを実施しているか。	いる・いない	介護給付費明細書 口腔機能改善指導計画 運動器機能向上計画 栄養ケア計画 介護予防通所リハビリ計画 サービス提供の記録 勤務実績、タイムカード
		選択的サービス提供を受けた日に選択的サービスを実施しているか。	いる・いない	
		選択的サービスのうち、いずれかのサービスを1月に2回以上実施しているか。	いる・いない	
	選択的サービス提供実施加算(Ⅱ)	利用者に対し運動器機能向上・栄養改善・口腔機能向上サービスのうち3種類のサービスを実施しているか。	いる・いない	介護給付費明細書 口腔機能改善指導計画 運動器機能向上計画 栄養ケア計画 介護予防通所リハビリ計画 サービス提供の記録 勤務実績、タイムカード
		サービス提供を受けた日に選択的サービスを実施しているか。	いる・いない	
		選択的サービスのうち、いずれかのサービスを1月に2回以上実施しているか。	いる・いない	
	事業所評価加算	定員・人員基準に適合しているか。	いる・いない	国保連による判定あり
		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しているか。	いる・いない	
		前年の1月から12月まで(評価期間)の利用実人員が10人以上となっているか。	いる・いない	
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	あり・なし 予防通所リハビリの受利用人員に占める選択的サービス利用実人員の割合が「0.6」以上となっているか。 選択的サービスを3ヶ月以上利用し、更新認定等した者のうち、判定が維持又は改善された者の割合が「0.7」以上となっているか。	いる・いない	前年度(前年度実績6ヶ月未満は直近3ヶ月)の割合計算の記録及び勤務形態一覧表
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	あり・なし 介護職員に占める介護福祉士の割合(前年度又は直近3月の介護福祉士の割合平均 5割以上)	該当	前年度(前年度実績6ヶ月未満は直近3ヶ月)の割合計算の記録及び勤務形態一覧表
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	あり・なし サービス直接提供職員(看護・介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等)に占める3年以上勤続者の割合(3割以上)	該当	前年度(前年度実績6ヶ月未満は直近3ヶ月)の割合計算の記録及び勤務形態一覧表	

指定基準 加算 内 容	基準の内容(指導項目)	確認事項	当日確認書類
		<p>①下記の全ての要件を満たしているか。(キャリアパス要件I)</p> <p>ア:介護職員の任用の際における職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めている。</p> <p>イ:アに掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の随時的に支払われるものを除く。)について定めている。</p> <p>ウ:ア及びイの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知している。</p>	はい・いいえ
		<p>②下記の全ての要件を満たしているか。(キャリアパス要件II)</p> <p>ア:介護職員の職務内容等を踏まえ、介護職員と雇員を交換しながら、賃金向上の目標及び、又ははに掲げる具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保している。</p> <p>イ:賃金向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施(OJT、OFF-JT等)するとともに、介護職員の能力評価を行っている。</p> <p>ウ:資格取得のための支援(研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用(交通費、受講料等)の援助等)を実施している。</p> <p>イ:アについて、全ての介護職員に周知している。</p>	はい・いいえ
介護職員処遇改善加算(1)	あり・なし	<p>③下記の全ての要件を満たしているか。(キャリアパス要件III)</p> <p>ア:介護職員について、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決定する仕組みを設けていること。具体的には、次のaからeまでのいずれかに該当する仕組みであること。</p> <p>イ:経験年数や「経験年数」などに応じて昇給する仕組みであること。</p> <p>ロ:資格等に応じて昇給する仕組み</p> <p>ハ:「介護福祉士」や「実務者研修修了者」などの取得に応じて昇給する仕組みであること。ただし、介護福祉士資格を有して当該事業所や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組みであることとする。</p> <p>ニ:一定の基準に基づき定期的に昇給を決定する仕組み</p> <p>ホ:「業績評価」や「人事評価」などの結果に基づき昇給する仕組みであること。ただし、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていることとする。</p> <p>イ:アの内容及び、就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。</p>	はい・いいえ
		<p>④平成27年4月から届出を要する日の属する月の前月までに実施した処遇改善(賃金改善を除く。)の内容を全ての介護職員に周知しているか。(職場環境改善要件)</p> <p>※介護職員処遇改善加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)を算定する場合は、平成27年4月を平成20年10月と読み替える。</p>	はい・いいえ

指定基準 介護報酬	基準の内容(指導項目)	実施事項	当日確認書類
	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	あり・なし	はい・いいえ
	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	あり・なし	はい・いいえ
	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	あり・なし	はい・いいえ
	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	あり・なし	はい・いいえ
	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	あり・なし	はい・いいえ
		次に掲げる基準①から④のいずれも適合しているか。	はい・いいえ
		① 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げるアからエいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。	はい・いいえ
		ア 経歴・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が月額440万円以上であるか。ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでない。	はい・いいえ
		イ 事業所における経歴・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員(経歴・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の平均の2倍以上であるか。	はい・いいえ
		ウ 介護職員(経歴・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の平均賃金額が介護職員(経歴・技能のある介護職員を除く。)の平均賃金額を上回らない場合はその限りでない。	はい・いいえ
		エ 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が月額440万円を上回らないか。	はい・いいえ
		② 賃金改善に関する計画 当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、都道府県知事に届け出ているか。	はい・いいえ

介護職員処遇改善加算
介護職員等特定処遇改善加算
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の①、②及び④に適合しているか。
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)の①又は②のいずれか④に適合しているか。
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)の①、②又は④のいずれかと④に適合しているか。
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)の①、②又は④のいずれかと④に適合しているか。
介護職員処遇改善加算(Ⅴ)の①、②又は④のいずれかと④に適合しているか。
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)の①、②又は④のいずれも適合しているか。
次に掲げる基準①から④のいずれも適合しているか。
① 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げるアからエいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じているか。
ア 経歴・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が月額440万円以上であるか。ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでない。
イ 事業所における経歴・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員(経歴・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の平均の2倍以上であるか。
ウ 介護職員(経歴・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の平均賃金額が介護職員(経歴・技能のある介護職員を除く。)の平均賃金額を上回らない場合はその限りでない。
エ 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が月額440万円を上回らないか。
② 賃金改善に関する計画 当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、都道府県知事に届け出ているか。

指定基準	基準の内容(指導項目)	確認事項	当日確認書類
		<p>③介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施しているか。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該施設の職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について都道府県知事に届け出ているか。</p> <p>④当該事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績報告書を県に提出しているか。</p> <p>⑤サ―ビス提供体制強化加算(Ⅰ)を算定しているか。</p> <p>⑥介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅳ)までのいずれかを算定しているか。</p> <p>⑦平成20年10月から②の届出の日の属する月の前月までに実施した職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。以下同じ。)及び当該職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知しているか。</p> <p>⑧⑦の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表しているか。</p>	はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ
	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)8月以降	あり・なし	同上