

# 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

### 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	
ー通所リハビリテーション編ー	
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
ー介護予防通所リハビリテーション編ー	
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随時的な 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り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り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」(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、作業療法その他の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	医師 ＜★H30年度一節改正＞	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。
	従事者 (理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、介護士をいう。)	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。

＜★H30年度一節改正＞

○ 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) 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。 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。
医師		
従業者の員数	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。)	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で除いた数以上確保されていること。 ③上記の従業者のうち、専任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科等)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人以上確保されていること。

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。

ア 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

ロ 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

ハ 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の前後に連続して延長サービスを行う場合

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10人又はその端数を増すごとに1人以上確保するとは、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、当該職種の従業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つて、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つて、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。

二 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、あらかじめ定められ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つて、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。

＜★H30年度改正＞

○ 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っては、(1)①を準用すること。

ロ 利用者の数が同時に10人以下の場合にあっては、次に掲げる要件に適合していること。

ア 専任の医師が1人勤務していること。

イ 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。

ア 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

ロ 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

ハ 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の前後に連続して延長サービスを行う場合

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、専従する従業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たる理学療法士等として計算することができ、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、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施設訓練講習会が該当する。

二 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、利用者の数は要人員、利用定員は、あらかじめ定められ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利用定員が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居間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關わらず、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棟、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ず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の提供時間を通じて当該サービスの提供に専ら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、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、当該従事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 項の従事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等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る利用者の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問わず、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。

例えは医療機関の 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 111 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 111 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 111 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 111 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意見が記載されているときは、当該認定審査意見に配慮して、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 111 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を確認し、

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對して行われていない等の場合であつ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1119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1119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對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對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1119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對し、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對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旨を説明すること、居宅介護支援事業者に對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1119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1119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1119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、利用者に代わつ

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に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對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1119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に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が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對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内であつて利用者の選定に係るものの提供に伴ひ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つて、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對し、当該サービスの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に掲げる費用であつても、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對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。）の食事の提供に要し

た費用の額及び滞在に要した費用の額に係るものと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1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の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスの提供をする。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に交付しななければならない。

- 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受けて、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 効果的なリ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員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 従業員の職種、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員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員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 従業員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員の日々の勤務時間、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員によって、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員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員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 従業員は、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員であった者が、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員その他の従業員が、従業員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、従業員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員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に共有するためには、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るが、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提供することの対価として、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、担当者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

(33) 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よう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。

(34) 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て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

ンの提供に当たると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た際の留意点

(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、効果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、以下の場合には、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、実態として同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まない取扱いとする。

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、平均利用延人員数を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へ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、平均利用延人員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る。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 送迎時に居宅内で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、実習者研修修了者、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と足りる。

(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並び、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 考企第 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二以上であること。

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の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 以上良いということか。

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.13)

(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 1.00 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 (シワヤ一浴：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)  
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
- 三 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 1,120 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 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 8 月 1 日 老金第 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で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)を算定するものであることに留意すること。
- ⑤ 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と判断する理由、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。
- ⑥ 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VISTに参加し、当該事業で適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 老考発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一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) ⑤～⑥ 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)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日老老第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。

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を用いる場合には限り変更を認める。  
なお、様式の変更に当たっては、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日老老第0322第2号）の別紙様式2-1をもって、介護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。また、その場合、介護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。

(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、介護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おり、当該目標を確認できれば、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。

答51 (1)より。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。

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とはならない。

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申し出ておき、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。

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日老老第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、「算定期間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、算定期間から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、算定期間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、算定期間から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⑥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に並びにリハビリテーション計画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 老考第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な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た、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 「短期集中個別リハビリテーションを集中的に行なった場合」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ぬ。

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、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な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、実施方法を定めたうえ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て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、MMSE (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なった場合に算定できるとしているが、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ためて、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ためて定めた上で、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) 若年性認知症利用者受入加算 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日老発第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 B.M.I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号厚生労働省健康局長通知）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日老発第0331009号厚生労働省健康老人保健課長通知 <※別添の参照>）

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提供している場合、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、実施時間の実態、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日老発第0331008号 <※別添の参照>）

(15) 重症療養管理加算 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 経腸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長時間数を、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長時間数については、サービスの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、次の取扱いはによるものとする。

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る。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って 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。
- 1 2 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 1 2 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 1 2 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を除く。) 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には含まれず、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

○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ず。

○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日老計第0317001号、老発第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について、バランスよくアプローチするリハビリテーションが提供すること等といった参加をするための機能のことをいう。

③大臣省告示第106の5(1)の「定期的」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利用と移行の見直しを記載する。

○ 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。以下この号及び第百十号において同じ。）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、法第百十五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新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一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（平成十八年厚生労働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（リハビリテーション実施計画にあらためて定め、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日告示第9317001号、老老発第9317001号、老老発第9317001号厚生労働省健康局計画課長、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方排世、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、加齢や障害や病状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對し、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ためて定めた上で、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つておることから、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、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）

ハ 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對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

(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。

○ 運動器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、定期的に、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、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りやすさ形で説明し、その同意を得ること。なお、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ことは、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があるものとする。

(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に留意すること。

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8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  
二 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、老保発第0317001号、老第第0317001号厚生労働省健康計画課長、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

(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、老令第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に留意すること。

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

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するので、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。

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所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は、施設等の区分の変更による事業所のサービス提供の体制等が大幅に変化すると判断する場合には、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. (1)イ：72 単位／月、ロ：48 単位／月 (Ⅱ)：24 単位／月

要支援 2. (1)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。

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)

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。

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つては、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)

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。

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。

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)

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。

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)

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。

ア 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。

イ 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。

ロ 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。

ハ 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

ア 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。

イ サービスの利用終了時に、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、医師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(Ⅰ)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月ごとに変更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て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つ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(Ⅰ)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に共有を図ること。

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(Ⅰ)に加え、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@hlw.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、してみたいと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、してみたいと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思えた内容を考慮して、利用者に確認の上、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、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、自宅周辺の環境、地域への社会参加、利用者が利用の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す

エックすること。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を評価し、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

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を確認すること。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を。

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。

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い理由、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（週に1回未満） 3 週に1回以上している	
4	掃除や整理（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（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（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（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（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（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 時々している（週に1回未満） 2 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 時々している（週に1回未満） 2 週に1回以上している
11	旅行	0 していない 1 時々している（週に1回未満） 2 週に1回以上している
12	庭仕事（草刈り、水撒き、庭掃除） ※ベランダ等の作業も含む	0 していない 1 定期的にしている 2 定期的ではない 3 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 月に1回程度 2 月に2回以上
15	仕事（収入のあるもの、ボランティアは含めない）	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

ワ 「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、ワ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、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ものと、また、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認めること。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記録）

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力すること。

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れば、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する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っては、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っては、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。

ヘ 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う、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、及び何をすること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、失敗をしないよう取り組めるよう、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。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、地域のカルチャークラスや通いの場、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。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み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に働きかけけることも重要である。

ロ 生活行為に関する課題分析

ア 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つ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。

ブ 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回復練習、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、利用者を取り巻き家族や地域の人々、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

ア 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3つの段階ごとに記載すること。

ブ 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。

ド 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な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。

二 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こととよい事例について申し送ることが望ましい。

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。

～ 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）においては、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

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

社会参加に資する取組等を実施した者

評価対象期間中にサービス提供を終了した者

b リハビリテーションの利用状況

平均利用延月数

平均利用延月数の考え方

評価対象期間の利用者延月数

評価対象期間の（新規利用者数＋新規終了者数）÷2

※平均利用延月数の考え方

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員が、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」とこととする。

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った場合は、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い場合は、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。



Form with multiple sections for registration and information. Includes fields for name, address, phone number, and checkboxes for various services. The form is organized into several distinct blocks with headers and sub-headers.

利用開始日：平成27年 月 日 ~ 平成28年 月 日

(別紙様式2-2)

Form with multiple sections for registration and information. Includes fields for name, address, phone number, and checkboxes for various services. The form is organized into several distinct blocks with headers and sub-headers.

利用開始日：平成27年 月 日 ~ 平成28年 月 日

(別紙様式2-2)

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)

(別紙様式3)

Form for recording rehabilitation sessions. Includes fields for user name, date, time, location, and a table for session details. The table has columns for session number, date, time, location, and a large area for notes.



生活行為向上リハビリテーション実施計画

(別紙様式6)

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(.....) 回/週 社会適応訓練期(.....) 回/週	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]		

チエツク	アセス	参加者及び内容	備考
<input type="checkbox"/>	サード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) 日付: .....	
<input type="checkbox"/>	[リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ] 計画作成に参与した理学療法士、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	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 変更・意見( )	
<input type="checkbox"/>	[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"/>	リハビリテーション計画に基づきリハビリテーションの提供	<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"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他( )	
<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"/> CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> 日付: ..... <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> 日付: ..... <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> 日付: ..... <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> 日付: ..... <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> 日付: ..... <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> 日付: ..... <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> 日付: ..... <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他( )	
<input type="checkbox"/>	居宅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"/> CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> 日付: ..... <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> 日付: ..... <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> 日付: ..... <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> 日付: ..... <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> 日付: ..... <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> 日付: ..... <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> 日付: ..... <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他( )	
<input type="checkbox"/>	サービス終了する1月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) 日付: .....	
<input type="checkbox"/>	終了時の情報提供	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他( )	

※CM:介護支援専門員 CW:指定訪問介護のサード責任者

リハビリテーションマネジメントにおけるアセス管理票

(別紙様式4)

利用者氏名 殿 作成年月日 年 月 日

<p>② 栄養ケア・マネジメントの実務</p> <p>利用開始時における栄養スクリーニング</p> <p>管理栄養士は、利用者の利用開始時に、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、栄養スクリーニングは、別紙1又は2の様式例を参照し、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、介護職員に依頼し、結果を記録する。)。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。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、記録した情報を利用者介護支援専門員に文書で共有する。</p> <p>栄養ケア・マネジメントの実施</p> <p>管理栄養士は、栄養スクリーニングの結果を踏まえ、利用者に適切な栄養ケアを実施する(以下「栄養ケア・マネジメント」という。)。栄養ケア・マネジメントの実施にあたっては、別紙2の様式例を参照し、作成する。</p> <p>栄養ケア計画の作成</p> <p>管理栄養士は、上記の栄養ケア・マネジメントに基づいて、利用者の1) 栄養状態(補給方法、エネルギー、たんぱく質、水分の補給量、機能的な状態に対する対応、食事の形態等食事の提供に関する事項等)、2) 栄養食料相対、3) 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、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37号)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37号)第九十九条若しくは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(平成十八年度生労働省令第35号)第九十九条若しくは第九十九条において作成することとされている各計画の中に、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。</p> <p>③ ④ (略)</p> <p>⑤ (略)</p> <p>⑥ (略)</p> <p>⑦ 低栄養状態のリスクの把握やモニタリングの結果は、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に情報を提供する。</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>② 栄養ケア・マネジメントの実務</p> <p>利用開始時における栄養スクリーニング</p> <p>管理栄養士は、利用者の利用開始時に、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、栄養スクリーニングは、別紙1の様式例を参照し、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、介護職員に依頼し、結果を記録する。)。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。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、記録した情報を利用者介護支援専門員に文書で共有する。</p> <p>栄養ケア・マネジメントの実施</p> <p>管理栄養士は、栄養スクリーニングの結果を踏まえ、利用者に適切な栄養ケアを実施する(以下「栄養ケア・マネジメント」という。)。栄養ケア・マネジメントの実施にあたっては、別紙2の様式例を参照し、作成する。</p> <p>栄養ケア計画の作成</p> <p>管理栄養士は、上記の栄養ケア・マネジメントに基づいて、利用者の1) 栄養状態(補給方法、エネルギー、たんぱく質、水分の補給量、機能的な状態に対する対応、食事の形態等食事の提供に関する事項等)、2) 栄養食料相対、3) 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、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37号)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37号)第九十九条若しくは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(平成十八年度生労働省令第35号)第九十九条若しくは第九十九条において作成することとされている各計画の中に、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。</p> <p>③ ④ (略)</p> <p>⑤ (略)</p> <p>⑥ (略)</p> <p>⑦ 低栄養状態のリスクの把握やモニタリングの結果は、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に情報を提供する。</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

表1 介護支援専門員等への情報提供

○ (居宅サービス等)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日老老第0331009号厚生労働省令) 別紙19

<p>② 栄養ケア・マネジメントの実務</p> <p>利用開始時における栄養スクリーニング</p> <p>管理栄養士は、利用者の利用開始時に、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、栄養スクリーニングは、別紙1又は2の様式例を参照し、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、介護職員に依頼し、結果を記録する。)。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。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、記録した情報を利用者介護支援専門員に文書で共有する。</p> <p>栄養ケア・マネジメントの実施</p> <p>管理栄養士は、栄養スクリーニングの結果を踏まえ、利用者に適切な栄養ケアを実施する(以下「栄養ケア・マネジメント」という。)。栄養ケア・マネジメントの実施にあたっては、別紙2の様式例を参照し、作成する。</p> <p>栄養ケア計画の作成</p> <p>管理栄養士は、上記の栄養ケア・マネジメントに基づいて、利用者の1) 栄養状態(補給方法、エネルギー、たんぱく質、水分の補給量、機能的な状態に対する対応、食事の形態等食事の提供に関する事項等)、2) 栄養食料相対、3) 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、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37号)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37号)第九十九条若しくは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(平成十八年度生労働省令第35号)第九十九条若しくは第九十九条において作成することとされている各計画の中に、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。</p> <p>③ ④ (略)</p> <p>⑤ (略)</p> <p>⑥ (略)</p> <p>⑦ 低栄養状態のリスクの把握やモニタリングの結果は、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に情報を提供する。</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>② 栄養ケア・マネジメントの実務</p> <p>利用開始時における栄養スクリーニング</p> <p>管理栄養士は、利用者の利用開始時に、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、栄養スクリーニングは、別紙1の様式例を参照し、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、介護職員に依頼し、結果を記録する。)。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。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、記録した情報を利用者介護支援専門員に文書で共有する。</p> <p>栄養ケア・マネジメントの実施</p> <p>管理栄養士は、栄養スクリーニングの結果を踏まえ、利用者に適切な栄養ケアを実施する(以下「栄養ケア・マネジメント」という。)。栄養ケア・マネジメントの実施にあたっては、別紙2の様式例を参照し、作成する。</p> <p>栄養ケア計画の作成</p> <p>管理栄養士は、上記の栄養ケア・マネジメントに基づいて、利用者の1) 栄養状態(補給方法、エネルギー、たんぱく質、水分の補給量、機能的な状態に対する対応、食事の形態等食事の提供に関する事項等)、2) 栄養食料相対、3) 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、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37号)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37号)第九十九条若しくは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(平成十八年度生労働省令第35号)第九十九条若しくは第九十九条において作成することとされている各計画の中に、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。</p> <p>③ ④ (略)</p> <p>⑤ (略)</p> <p>⑥ (略)</p> <p>⑦ 低栄養状態のリスクの把握やモニタリングの結果は、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に情報を提供する。</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

表2 介護支援専門員等への情報提供

○ (居宅サービス等)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日老老第0331009号厚生労働省令) 別紙19

別紙19

○（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号厚生労働省令第三号）

別紙19

○（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号厚生労働省令第三号）

別紙1

栄養スクリーニング（通所・居宅）（様式例）

別紙1

栄養スクリーニング（通所・居宅）（様式例）

氏名	性別	年齢	誕生日	登録年月日	登録年月日	登録年月日	登録年月日
氏名	性別	年齢	誕生日	登録年月日	登録年月日	登録年月日	登録年月日
身長 (cm)※1	体重 (kg)	BMI (kg/m <sup>2</sup> )※1	直近1～6か月間における3%以上の体重減少	直近6か月間における2～3kg以上の体重減少	血清アルブミン値 (g/dl)※2	食事摂取量75%以下※3	特記事項 (医師、管理栄養士等への連絡の必要性等)
身長 (cm)※1	体重 (kg)	BMI (kg/m <sup>2</sup> )※1	直近1～6か月間における3%以上の体重減少	直近6か月間における2～3kg以上の体重減少	血清アルブミン値 (g/dl)※2	食事摂取量75%以下※3	特記事項 (医師、管理栄養士等への連絡の必要性等)

※1 身長が測定できない場合は、空欄でも差し支えない。  
※2 補綴できない場合は、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3～9%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	
栄養評価法	経腸栄養法 経口栄養法		
補注			補注



## 別紙 3

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

短期目標と期間	栄養ケアの具体的な内容	担当者	検査	期間
① 栄養補給・食事				
② 栄養食事相談				
③ 多くの課題の解決を図ること				

特記事項	

栄養ケア提供経過記録	
月 日	サービス提供項目

○ 口座振替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31日若者参第0331008号厚生労働省若健局老人保健課長通知)(抄)

<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、個々人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（リスクの把握）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、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、サービス担当者や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、関連職種に付くこととし、この把握には、別紙1の様式例を参照の上、に dealing with、利用開始時における把握及び助言等を十分に検討し、利用開始時における課題の把握には、別紙1の様式例を参照の上、作成する。</p>	<p>改正前</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、個々人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、サービス担当者や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、関連職種に付くこととする。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>	<p>改正後</p>

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ムスの場合、サームス担当者、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

サームス担当者は、口腔機能向上サームスの提供に際して、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、口腔機能向上サーム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を確認する。

オ 口腔機能向上サームスの実施

① サーム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ムスの提供を行う。

② サームス担当者は、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 サームス担当者は、口腔機能向上サーム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ムスの提供ができるように指導及び助言等を行う。

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ムスの場合、サームス担当者、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

サームス担当者は、口腔機能向上サームスの提供に際して、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、口腔機能向上サーム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を確認する。

オ 口腔機能向上サームスの実施

① サーム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ムスの提供を行う。

② サームス担当者は、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 サームス担当者は、口腔機能向上サーム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ムスの提供ができるように指導及び助言等を行う。

イ 解決すべき課題の把握（アセスメント）の実施

サームス担当者は、利用開始時における口腔衛生等に関するリスクの把握を踏まえ（実施されていない場合は、サームス担当者が実施する）、利用者毎に口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題を把握する。解決すべき課題の把握の実施にあたっては、別紙1の様式例を参照の上、作成する。

の様式例における①、食事・衛生等、衛生、機能及びその他の項目については、事業所等の実状にあわせて項目を追加することには差し支えない。ただし、項目の追加に当たっては、利用者等の過剰な負担とならぬよう十分配慮しなければならない。

ウ 口腔機能改善管理指導計画の作成

① サームス担当者は、関連職種が利用開始時に把握した口腔衛生等に関する課題を把握し、利用者の①口腔衛生に關して解決すべき課題（口腔内の清掃、有床義歯の清掃等）、②摂食・嚥下機能に關して解決すべき課題（食生活指導、歯科保健のための食生活指導維持・向上に必要な実地指導、歯科保健のための食生活指導等）③解決すべき課題に対してサームス担当者と関連職種が共同して取り組むべき課題等について記載した口腔機能改善管理指導計画原案を作成する。なお、この作成には、別紙2の様式例を参照の上、作成する。ただし、指定居宅サームス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生の省令第三十七号）第九十九条若しくは第百十五号又は指定介護予防サームス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サーム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）第九十九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、口腔機能改善管理指導計画原案に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画原案の作成に代えることができるものとすること。

② サームス担当者は、作成した口腔機能改善管理指導計画原案に基づいて、関連職種と調整を図り、口腔機能改善管理指導計画の実施

イ 解決すべき課題の把握（アセスメント）の実施

サームス担当者は、利用開始時における口腔衛生等に関するリスクの把握を踏まえ（実施されていない場合は、サームス担当者が実施する）、利用者毎に口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題を把握する。解決すべき課題の把握の実施にあたっては、別紙1の様式例を参照の上、作成する。

の様式例における①、食事・衛生等、衛生、機能及びその他の項目については、事業所等の実状にあわせて項目を追加することには差し支えない。ただし、項目の追加に当たっては、利用者等の過剰な負担とならぬよう十分配慮しなければならない。

ウ 口腔機能改善管理指導計画の作成

① サームス担当者は、関連職種が利用開始時に把握した課題の内容を確認し、①利用者の口腔衛生に關して解決すべき課題（口腔内の清掃、有床義歯の清掃等）、②摂食・嚥下機能に關して解決すべき課題（食生活指導、歯科保健のための食生活指導等）③解決すべき課題に対してサームス担当者と関連職種が共同して取り組むべき課題等について記載した口腔機能改善管理指導計画原案を作成する。なお、この作成には、別紙2の様式例を参照の上、作成する。ただし、指定居宅サームス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生労働省令第三十七号）第九十九条若しくは第百十五号又は指定介護予防サームス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サーム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）第九十九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、口腔機能改善管理指導計画原案に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画原案の作成に代えることができるものとすること。

② サームス担当者は、作成した口腔機能改善管理指導計画原案に基づいて、関連職種と調整を図り、口腔機能改善管理指導計画の実施





ふりがな	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭				年	月	日生まれ	高
氏名	要介護度：病名等							
	かかりつけ診療医				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<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）

☐かみにくさ ☐むせ ☐のかわき ☐臭 ☐歯みがき ☐飲み込み ☐会話 ☐食べこぼし  
☐歯痛 (痛み・動揺・清掃状態・管理状態) ☐その他 ( )

## 2. 事前・事後アセスメント・モニタリング

[illegible]

観察・評価等	評価項目	補助	モニタリング	事後評価
思いものかみにくさ	1 ない 2 ある			
①清潔度の確認・把握 お茶や汁物等による汚れ	1 ない 2 ある			
②口のかわき	1 ない 2 ある			
③政治家の格好（政合力）	1 強い 2 弱い 3 無し			
④食育や健康のよごれ	1 ない 2 ある 3 多い			
⑤お金のよごれ	1 ない 2 ある 3 多い			
⑥アグアックアグうい（空アグアックでも可）	1 できる 2 やや不十分 3 不十分			

(以下の③と④の評価は専門職の判断により必要に応じて実施)

回分	SST (※ 30 秒間の観測値上の回数)	( ) 回/30 秒	( ) 回/30 秒
1	バ ( ) 回/10 秒	バ ( ) 回	バ ( ) 回
2	タ ( ) 回/10 秒	タ ( ) 回	タ ( ) 回
3	カ ( ) 回/10 秒	カ ( ) 回	カ ( ) 回
4	ク ( ) 回/10 秒	ク ( ) 回	ク ( ) 回

33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

※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 综合单价表 4

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性すべき事項

2) サブシステムを維持しないことによる口牌構築の低下のおそれ	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし

【咪哩哩合奏】

①サービスマスクの必要性	□ あり (継続)	□ なし (終了)	②計画変更の必要性	□ あり	□ 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

氏名	□男□女□明□大□昭	年	月	日	生まれ
----	------------	---	---	---	-----

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。)

食事姿勢や口腔機能向上に関する情報提供	□	口腔機能向上に関する情報提供	□	歯みがき支援	□	食事姿勢や口腔機能向上に関する情報提供	□				
その他											
専門職の実施項目	□	歯みがき実地指導	□	かむ	□	飲み込み	□	発音・発声	□	呼吸	□
その他											
本人の実施項目	□	口腔体操・嚥下体操	□	歯みがきの実施	□	その他					
介護者の実施項目	□	歯みがき支援(確認・声かけ・介助)	□	口腔体操等支援	□	その他					
開始時：平成 年 月 日	開始時：平成 年 月 日	同業者：□本人 □家族 □その他	担当者名：								
終了時：平成 年 月 日	終了時：平成 年 月 日	同業者：□本人 □家族 □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
□口腔機能向上に関する情報提供						
□摂食・嚥下機能に関する情報提供						
□口腔衛生に関する指導(歯・齦・舌・交差・実地含む)						
□発音・発声・呼吸						
□食事姿勢や口腔機能に関する指導						
□その他						

特記事項(注記すべき点、利用者の変化等)

事務連絡  
令和2年6月1日

都道府県  
指定都市  
中核市  
介護保険担当主管部(局) 御中

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  
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수에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	
	5時間以上6時間未満	
B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（端数は切り上げ）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
	7時間以上8時間未満	
	8時間以上9時間未満	
	9時間以上10時間未満	
C群	10時間以上11時間未満	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
	11時間以上12時間未満	
	12時間以上13時間未満	
	13時間以上14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	
	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6で割った数（端数は切り上げ）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
	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	
C群	9時間以上10時間未満	サービス提供回数を3で除した数（端数は切り上げ）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
	10時間以上11時間未満	
	11時間以上12時間未満	
	12時間以上13時間未満	

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。

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（回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の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（端数切り上げ）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

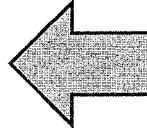
通所系サービス事業所（通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護。）が提供するサービス入のうち、一定のルールに基づき算出された回数について、提供したサービス入時間の区分に応じた報酬区分の2区分上位の報酬区分を算定する取扱いを可能とする。

### 例）通所介護（通常規模型・要介護3）の場合

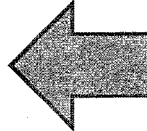
○ 報酬区分を、「2時間以上3時間未満」～「4時間以上5時間未満」のA群、「5時間以上6時間未満」～「延長時（13時間以上14時間未満）」のB群に2分。

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

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



サービス入提供回数のうち、月1回まで2区分上位の報酬区分を算定可能。



1ヶ月のサービス入提供回数を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、各サービス入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入提供（自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出先、希望するサービス入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、サービス入提供回数に含まない。

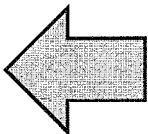
# 新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

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 サービュ提供回数(算定基礎)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

居室サービュ計画上の報酬区分	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
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
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

月1回まで



(例1) 通常規模型・要介護3の場合

B群 1ヶ月のサービュ提供回数(算定基礎)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

居室サービュ計画上の報酬区分	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
延長加算(13時間以上14時間未満)	1,152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

2

# 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ュ提供する場合

1ヶ月の間に複数群の報酬区分を組み合わせてサービュ提供する場合、サービュ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)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(なお、サービュ提供回数が最も多い報酬区分における実際のサービュ提供回数を上回る場合には、サービュ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、実際にサービュ提供した報酬区分のうち、より長い報酬区分(サービュ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。)

93

(例2) 通常規模型・要介護3、1ヶ月のサービュ提供回数が13回の場合

→ 1ヶ月のサービュ提供回数13回÷3≒5回。5回以上限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。

96

(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

居室サービュ計画上の報酬区分	単位数
3時間以上4時間未満	472単位
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

月1回まで



(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

居室サービュ計画上の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887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

月4回まで



(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

居室サービュ計画上の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887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

月4回まで



3



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

○ 報酬区分及び、1時間以上2時間未満のA群、2時間以上3時間未満のB群、3時間以上4時間未満のC群に3分。以上～6時間未満のB群、6時間以上～7時間未満のC群、7時間以上8時間未満のA群、8時間以上10時間未満のB群、10時間以上14時間未満のC群に3分。

居室サービエ計画上の報酬区分	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

1時間以上2時間未満	390単位
------------	-------

② 入退社回数(1回)が1回以上2回未満の場合、1回あたり200単位を超過する場合は、超過部分の報酬区分を算定可能。

区分	単位数
居室サービス計画上の報酬区分	3時間以上4時間未満
	599単位
	684単位
	803単位

1ヶ月のサービス提供回数を6で除いた数(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。

4時間以上5時間未満	684単位
------------	-------

区分上位の報酬区分にて算定可能。

居室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	7時間以上8時間未満	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（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
-------------------	---------	--------------------	---------	--------------------	---------	--------------------	---------	--------------------	---------

※ 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へ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 サービュ提供回数のうち、月1回まで2区分上位の報酬区分にて算定可能。

2 区分上位の報酬区分	単位数	390単位	457単位
		1時間以上2時間未満	2時間以上3時間未満
		3時間以上4時間未満	
		4時間以上5時間未満	
	単位数	599単位	684単位

月1回まで

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	月1回まで	2区分上位の報酬区分	単位数
----------------	-----	-------	------------	-----

**B群** 1ヶ月のサーベイ提供回数を6で除いた数(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。

The diagram illustrates the data flow for the '月2回まで' (Monthly 2 times or less) category. It starts with a table on the right titled '戸宅サーベイ計画上の報酬区分' (Residential Survey Plan Reward Division) with columns '単位数' (Number of Units) and '5時間以上4時間未満' (Less than 4 hours and more than 5 hours), showing 599 units. This flows into a table on the left titled '2区分上位の報酬区分' (Reward Division Above 2 Divisions) with columns '単位数' (Number of Units) and '5時間以上6時間未満' (Less than 6 hours and more than 5 hours), showing 803 units. A large arrow points from the left table to the text '月2回まで' (Monthly 2 times or less), which is then pointed to by another large arrow from the right table.

単位数	戸宅サーベイ計画上の報酬区分
599単位	5時間以上4時間未満
684単位	4時間以上5時間未満
803単位	5時間以上6時間未満

月2回まで

単位数	2区分上位の報酬区分
803単位	5時間以上6時間未満
929単位	6時間以上7時間未満
993単位	7時間以上8時間未満

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

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) サーチ提供回数が13回の場合→1月のサーチ提供回数13回÷3≒5回。5回と4回を比較し、少ない方の4回まで2区分上位報酬区分にて算定可能。

居室サーベイス計画上の報酬区分	単位数	月4回まで	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（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
延長加算（13時間以上14時間未満）	1,293単位		

月4回まで

(例2)の場合

2区分上位の報酬区分	単位数	月4回まで	単位数
延長加算（8時間以上9時間未満）	1,043単位	延長加算（8時間以上9時間未満）	1,093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（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
延長加算（13時間以上14時間未満）	1,293単位	延長加算（13時間以上14時間未満）	1,293単位
※上位区分がないため、左記と同単位	1,293単位		

7

7時間以上8時間未満	993単位	(例2)の場合 月4回まで	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

居室サーベイス計画上の報酬区分	単位数	月4回まで	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（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
延長加算（13時間以上14時間未満）	1,293単位		

月4回まで

(例2)の場合

2区分上位の報酬区分	単位数	月4回まで	単位数
延長加算（8時間以上9時間未満）	1,043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（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
延長加算（13時間以上14時間未満）	1,293単位	延長加算（13時間以上14時間未満）	1,293単位
※上位区分がないため、左記と同単位			

7



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マン提供する場合**  
 サーマン提供回数が多い報酬区分で算定する。  
 (例3) 通所リハビリテーション・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  
 → サーマン提供回数が多い報酬区分は「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。

居宅サービスマン計画上の報酬区分	単位数
2時間以上3時間未満	457単位
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

月1回まで

(例4) 通所リハビリテーション・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  
 → サーマン提供回数が多い報酬区分は「5時間以上6時間未満」であるため、サーマン提供回数全て(13回)をもとに、  
 1ヶ月のサーマン提供回数13回 ÷ 6 ÷ 3回。3回以上2回未満を比較し、少ない方の2回まで2区分上位の報酬区分で算定可能。

居宅サービスマン計画上の報酬区分	単位数
5時間以上6時間未満	803単位
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

月2回まで

**同じ群の報酬区分を組み合わせてサーマン提供する場合**  
 サーマン提供回数が多い報酬区分で算定する。  
 (例5) 通所リハビリテーション・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  
 → サーマン提供回数が多い報酬区分は「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」にて算定可能。

居宅サービスマン計画上の報酬区分	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

月1回まで

(例6) 通所リハビリテーション・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  
 → サーマン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、サーマン提供回数全て(13回)をもとに、  
 1ヶ月のサーマン提供回数13回 ÷ 3 ÷ 5回。5回以上4回未満を比較し、少ない方の4回まで2区分上位の報酬区分で算定可能。

居宅サービスマン計画上の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	993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)	1,093単位

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

### II. 短期入所サービスマン

#### 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(1)、要介護3、1ヶ月のサーマン提供日数が10日、加算取得なしの場合  
 → 1ヶ月のサーマン提供日数10日 ÷ 3 ÷ 4日であるため、4日間緊急短期入所サービスマン加算を算定可能。

基本報酬(10日分)	緊急短期入所サービスマン加算(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(1)、要介護3、1ヶ月のサーマン提供日数が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サービスマン加算が算定可能。  
 → 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日分算定可能。

基本報酬(25日分)	緊急短期入所サービスマン加算(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サービスマン加算が算定可能。  
 → 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)	緊急短期入所サービスマン加算(14日分)	合計
19,125単位	1,260単位	20,385単位

○ また、認知症行動・心理定状態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・心理定状態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。

○ 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。

基本報酬 (30日分)	+	認知症行動・心理症状緊急対応加算 (7日分)	+	緊急短期入所受入加算 (8日分)	=	合計
22,950単位		1,400単位		720単位		25,070単位

- 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入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つては、居宅介護支援事業所が作成する給付管理票及び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。

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。

[illegible][illegible]





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	あり・なし	言語療法士、歯科衛生士又は看護職員又は看護職員を配置せずに、加算を請求して いないか。
	運動器機能向上加算	あり・なし	言語療法士、作業療法士又は言語療法士を配置せずに、加算を請求し ていないか。
	選択的サードスケア実施加算(Ⅰ)	あり・なし	利用者に対し運動器機能向上・栄養改善・口腔機能向上・サードスケアの 2種類のサードスケアを実施しているか。
	選択的サードスケア実施加算(Ⅱ)	あり・なし	利用者に対し運動器機能向上・栄養改善・口腔機能向上・サードスケアの 3種類のサードスケアを実施しているか。
	事業所評価加算	あり・なし	定員・人員基準に適合しているか。
		あり・なし	運動器機能向上・サードスケア又は口腔機能向上・サードス ケアを実施しているか。
		あり・なし	前年の1月1日から12月1日までの(評価期間)の利用人員が10人以上となっ ているか。
		あり・なし	評価期間の利用人員に占める選択的サードスケア利用人員の割 合が0.6以上となっているか。
	サードスケア提供体制強化加算(Ⅰ)	あり・なし	選択的サードスケアを3ヶ月以上利用し、重新認定された者のうち、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。
		あり・なし	小規模又は近3ヶ月の介護福祉士の割合が平均 4割以上
	サードスケア提供体制強化加算(Ⅱ)	あり・なし	小規模又は近3ヶ月の介護福祉士の割合が平均 4割以上
	サードスケア提供体制強化加算(Ⅲ)	あり・なし	小規模又は近3ヶ月の介護福祉士の割合が平均 4割以上

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	中重度ケア体格加算	あり・なし	① 事業所に加入し、看護職員又は介護職員常勤配置1人以上配置している か。 ② 前年度又は前3月間の利用者数から介護3.4又は5の割合が 30/100以上(実利用者数、又は利用者数/可) ③ 評価期間中に介護士として専らサードスケア提供に従事する看護職員を1人以上配 置しているか。 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。
	社会参加支援加算	あり・なし	① 評価期間において、終了した者のうち、通所事業その他社会参加 に資する取組を継続した者が5%を超えているか。 ② 終了日から14日以内(44日以内)に退院後又はケアマネからの情報提 供により3月以上継続の見込みを認識し記録しているか。 ③ 12月/平均利用月数 ≥ 25% (小人数第3位切り上げ) ※平均利用月数 = 評価期間(1/1~12/31)の利用延月数/評価 対象期間(新規開始者数+新規終了者数)÷2
	栄養改善加算	あり・なし	管理栄養士を配置せずに、加算を請求していないか。
	栄養スクリーニング加算	あり・なし	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 果をケアマネ等専門員に提出しているか。 ① 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。 ② 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。 ③ 栄養スクリーニングの算定に際しては、栄養状態に関するスクリーニングは、 11に該当する者 ④ 栄養スクリーニングの算定に際しては、栄養状態に関するスクリーニングは、 11に該当する者 ⑤ 栄養スクリーニングの算定に際しては、栄養状態に関するスクリーニングは、 11に該当する者
		あり・なし	栄養スクリーニングの算定に際しては、栄養状態に関するスクリーニングは、 11に該当する者
		あり・なし	栄養スクリーニングの算定に際しては、栄養状態に関するスクリーニングは、 11に該当する者
		あり・なし	栄養スクリーニングの算定に際しては、栄養状態に関するスクリーニングは、 11に該当する者
	介護付養育加算	あり・なし	介護付養育加算の記録
	介護付養育加算	あり・なし	介護付養育加算の記録
	介護付養育加算	あり・なし	介護付養育加算の記録
	介護付養育加算	あり・なし	介護付養育加算の記録





[illegible][illegible]