

令和２年度

訪問リハビリテーション

集団指導資料

令和３年３月２６日

岡山県保健福祉部
保健福祉課指導監査室

令和２年度 集団指導（訪問リハビリテーション） 資料目次

・【主な関係法令等】	1
・【訪問リハビリテーション 実施上の留意事項】	2
・訪問リハビリテーション 各種加算	13
・特別地域加算及び中山間地域等小規模事業所加算対象地域一覧	19
・令和３年４月の報酬改定に伴う「介護給付費算定に係る体制等に関する届出」 の留意事項	22
・令和３年度介護報酬改定における改定事項について	24
・介護報酬の算定構造	40
・「令和３年９月３０日までの上乗せ分」の計算方法について	42
・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（抄）	44
・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（抄）	47
・厚生労働大臣が定める基準（抄）	49
・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（抄）	60
・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（抄）	75
・リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する 基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について	89
・科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに 事務処理手順及び様式例の提示について	115
・介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等を 定める条例新旧対照表（抄）	119
・令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.1～Vol.3）	124

※本資料は現時点でのものとなります。

施設基準・算定要件等の詳細については、関連する告示・通知等の最新情報で御確認ください。

○厚生労働省 令和３年度介護報酬改定について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

○介護保険事務処理システム変更に係る参考資料（その６）（令和３年３月１９日事務連絡）
介護報酬の算定構造、サービスコード等

<https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou/detail?gno=7820&ct=020050010>

※上記の法令・通知等は、次の文献、ホームページ等で確認できます。

☆岡山県保健福祉部保健福祉課 指導監査室ホームページ（運営：岡山県）

<http://www.pref.okayama.jp/soshiki/340/>

【主な関係法令等】

- ・介護保険法（平成9年法律第123号）
- ・介護保険法施行令（平成10年政令第412号）
- ・介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）
- ・介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等を定める条例（平成24年岡山県条例第62号）
- ・介護保険法に基づく指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準等を定める条例（平成24年岡山県条例第65号）
- ・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年厚生労働省告示第127号）
- ・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年老企第25号）
- ・介護保険法に基づき条例で規定された指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等の基準等について（平成25年長寿第1868号）
- ・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年老企第36号）
- ・指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号）

令和3年度の介護報酬改定に伴い、関係する告示や通知が改正されています。
改正後の告示・通知等や報酬改定に関する情報は、次のホームページ等で確認できます。

○厚生労働省 令和3年度介護報酬改定について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

○介護保険事務処理システム変更に係る参考資料（その6）（令和3年3月19日事務連絡）

介護報酬の算定構造、サービスコード等

<https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou/detail?gno=7820&ct=020050010>

※上記の法令・通知等は、次の文献、ホームページ等で確認できます。

【訪問リハビリテーション 実施上の留意事項】

1 概要

訪問リハビリテーションの事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すもの。

2 算定の基準

- ① 計画的な医学的管理を行っている当該指定訪問リハビリテーション事業所（以下「事業所」という。）の医師の指示の下で実施するとともに、当該医師の診療の日から3月以内に行われた場合に算定。

また、例外として、事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供（訪問リハビリテーションの必要性や利用者の心身機能や活動等に係るアセスメント情報等）を受け、それを踏まえ、リハビリテーション計画を作成し、指定訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った別の医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から3月以内に行われた場合に算定。

～別の医療機関の医師について**資格要件あり**～

この場合、少なくとも3月に1回は、事業所の医師は、当該情報提供を行った別の医療機関の医師に対し訪問リハビリテーション計画等について情報提供を行う。

- ② 指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定訪問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、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。

- ③ ②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、当該指示に基づき行った内容を明確に記録する。

- ④ 指定訪問リハビリテーションは、事業所の医師の診療に基づき、訪問リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、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又は運動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た患者が、介護保険の指定訪問リハビリテーションへ移行する際に、「**リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について**」の別紙様式2-2-1をもって、保険医療機関から当該事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式2-2-1に記載された内容について確認し、指定訪問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2-2-1をリハビリテーション計画書とみなして訪問リハビリテーション費の算定を開始してもよい。

～計画書の転用～

なお、その場合であっても、算定開始の日が属する月から起算して3月以内に、当該事業所の医師の診療に基づいて、次の訪問リハビリテーション計画を作成する。

- ⑤ 訪問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す。初回の評価は、訪問リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに評価を行う。
- ⑥ 指定訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定訪問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に指定訪問リハビリテーションの継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、その他指定居宅サービスの併用と移行の見通しを記載する。
- ⑦ 指定訪問リハビリテーションは、利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して1回当たり20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度として算定する。ただし、退院（所）の日から起算して3月以内に、医師の指示に基づきリハビリテーションを行う場合は、週12回まで算定可能である。
- ⑧ 事業所が介護老人保健施設又は介護医療院である場合であって、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、利用者の居宅を訪問して指定訪問リハビリテーションを行った場合には、訪問する理学療法士等の当該訪問時間は、**介護老人保健施設又は介護医療院の人員の基準の算定に含めない。**
なお、介護老人保健施設又は介護医療院による指定訪問リハビリテーションの実施に当たっては、施設サービスに支障のないよう留意する。
- ⑨ 指定訪問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、介護の工夫などの情報を伝達する。
- ⑩ 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訪問リハビリテーションを提供するに当たっては、訪問リハビリテーション計画にその目的、頻度等を記録するもの。
- ⑪ 利用者が事業所である医療機関を受診した日又は訪問診療若しくは往診を受けた日に、訪問リハビリテーション計画の作成に必要な医師の診療が行われる場合には、当該複数の診療等と時間を別にして行われていることを記録上明確にする。

3 指定訪問リハビリテーションの人員基準

(1) 医師

- 指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供に当たらせるために必要な1以上、**常勤**
- 指定訪問リハビリテーションを実施するに当たり、リハビリテーション計画を作成することが求められており、この際に事業所の医師が診療する必要がある。
- このため、事業所に**専任の常勤医師の配置**を求める。
- 事業所である病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院の常勤医師との**兼務を可能とする**ほか、指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設、介護医療院であって、**病院又は診療所と併設**されているものについては、通所リハビリテーションの人員基準と同様に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**。

(2) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士

- 基準条例：1以上

4 指定訪問リハビリテーションの設備基準

○指定訪問リハビリテーション事業所

病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院

○設備及び備品

訪問リハビリテーションを行う医療機関、介護老人保健施設、介護医療院は、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用区画を確保（区画の特定）し、必要な設備、備品を備えなければならない。

5 指定訪問リハビリテーションの事業実施上の留意事項

（１）利用料等の受領

通常の事業の実施地域（事前に運営規程で定めておくべきこと）以外の地域の居宅において指定訪問リハビリテーションを行う場合は、それに要した交通費の額を利用者から受けることができる。支払いを受けるに当たっては、事前に利用者又はその家族にその額等を説明し、同意を得ておくことが必要。

（２）指定訪問リハビリテーションの基本取扱方針と具体的取扱方針

リハビリテーションの目標を設定し、計画的に行うこと。

その提供する訪問リハビリテーションの質について評価を行い、常に改善を図ること。

訪問リハビリテーション計画に基づいて行うこと。

利用者又はその家族へ、療養上必要な事項について理解しやすく指導、説明を行うこと。

●リハビリテーション会議

- ・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ための会議。
- ・利用者及びその家族の参加を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、サービス担当者、保健師その他の職種（歯科医師等）により構成。
- ・テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとし、利用者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者又はその家族の同意を得なければならないものとする。

（３）訪問リハビリテーション計画の作成

医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、当該医師の診療に基づき、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を踏まえて、具体的なサービス内容（利用者の希望、リハビリテーションの目標及び方針、健康状態、実施上の留意点、終了の目安・時期等）を記載した訪問リハビリテーション計画を作成すること。

既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画に沿って訪問リハビリテーション計画を作成すること。

訪問リハビリテーション計画を作成するに当たっては、利用者又はその家族に内容を説明し、同意を得た上で、作成後は訪問リハビリテーション計画を利用者に交付すること。

【訪問リハビリテーション実施の手順について】

リハビリテーションの実施は以下の手順を踏まえて行われることが望ましい。

- イ 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多職種協働によりリハビリテーションに関する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）とそれに基づく評価を行って訪問リハビリテーション計画の作成を行うこと。
- ロ 必要に応じ、介護支援専門員を通して、他の居宅サービス事業所のサービス担当者に対してリハビリテーションに関する情報伝達（日常生活上の留意点、介護の工夫等）や連携を図るとともに、居宅サービス計画の変更の依頼を行うこと。
- ハ 利用者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的（**利用開始から概ね2週間以内、その後概ね3月ごと**）に評価し、必要に応じて当該計画を見直すとともに、その内容を利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
- ニ 利用を終了する前（**1月前以内**）に、関連スタッフによる終了前リハビリテーション会議を行うこと。その際、居宅介護支援員や終了後に利用予定の居宅サービス事業所のサービス担当者等の参加を求めること。
- ホ 利用終了時には、サービス担当者会議等を通じて、居宅介護支援専門員や利用者の主治の医師に対し、リハビリテーションの観点から必要な情報提供を行うこと。

6 指定訪問リハビリテーション事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは同一の建物等に居住する利用者に対する取扱い

- ① 同一敷地内建物等に居住する者（利用者の人数が49人以下の場合）→10%減算
- ② 同一敷地内建物等のうち、当該同一敷地内建物等に居住する利用者の人数が50人以上の場合 →15%減算
- ③ 上記以外（同一敷地内建物等以外）で**一つの建物**に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月当たり20人以上） →10%減算

＜注意点＞

- ・ 減算を受けている者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いる。

【同一敷地内建物等の定義】

以下の該当する敷地にある建築物で、効率的なサービス提供が可能なものを指す。

- ・ 構造上または外形上、一体的な建築物
- ・ 同一敷地内並びに隣接する敷地（幅員の狭い道路等を挟んで隣接する場合を含む）にある建築物

【同一敷地内建物に該当しないものの例】

- ・ 同一敷地であっても、広大な敷地に複数の建物が点在する場合
- ・ 隣接する敷地であっても、道路や河川などに敷地が隔てられており、横断するために迂回しなければならない場合

※ 適用について疑義がある場合は、**県民局にお問い合わせください。**

【利用者の人数】

1月間（暦月）の利用者数の平均を用い、当該月における1日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とする。（小数点以下切捨）

7 「通院が困難な利用者」について

- ・指定通所リハビリテーションのみでは、家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋状況の確認を含めた指定訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合は訪問リハビリテーション費を算定できる。
- ・「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通所系サービスを優先すべきということ。

8 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合

○事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合の減算

50単位/回減算（新設）

○事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合には、例外として下記を要件とし、訪問リハビリテーションを提供できることとする。

- ・事業所の利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること。

【別の医療機関の医師から受ける利用者に関する情報の提供とは】

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」の別紙2-2-1

のうち、「本人の希望」「家族の希望」「健康状態・経過」「心身機能・構造」「活動（基本動作、移動能力、認知機能等）」「活動（ADL）」「リハビリテーションの目標」「リハビリテーション実施上の留意点」等、事業所の医師が訪問リハビリテーション計画に十分に記載できる情報の提供をいう。

- ・当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修（別添Q&A参照）の修了等をしていること。
- ・当該情報の提供を受けた事業所の医師が、当該情報を踏まえ、リハビリテーション計画を作成すること。

なお、この場合、少なくとも3月に1回は、事業所の医師は、当該情報提供を行った別の医療機関の医師に対し、訪問リハビリテーション計画等について情報提供を行うこと。

※ なお、1日のうち40分以上サービス提供した場合に2回分として所定単位数を算定する場合は、減算も2回分にそれぞれ適用となることに留意。

【県Q&A】H30.4.17

Q：「事業所の医師の診療」とは、本人を前に診療又は訪問診療をするという理解でよいのか。

A：お見込みのとおり。

9 急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合の取扱い


- ・「急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合」

＝保険医療機関の医師が、診療に基づき、利用者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要性を認め、計画的な医学的管理の下に、在



宅で療養を行っている利用者であって通院が困難なものに対して、訪問リハビリテーションを行う旨の指示を行った場合

- この場合は、その特別の指示の日から１４日間を限度として医療保険の給付対象となるため、訪問リハビリテーション費は算定しない。

10 訪問リハビリテーションの運営基準


基準項目	概要及び留意点等
内容及び手続の説明及び同意	サービス提供の開始に際し、あらかじめ利用者又はその家族に対し、運営規程の概要や <u>理学療法士等全ての従業員の勤務体制</u> 看護師等全ての従業員の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、その他利用者が指定訪問看護事業者の選択に当たっての重要事項を記載した文書を交付して、説明をした後、提供の開始については同意を得なければならない。
(重要事項説明書の留意ポイント) ・運営規程（営業時間、通常の事業の実施地域等）が相違していないこと。 ・指定を受けている場合は、介護予防サービスに係る重要事項説明書も作成していること。	
提供拒否の禁止 サービス提供困難時の対応	主治医、居宅介護支援事業者への連絡を行い、適当な他の指定訪問リハビリテーション事業者を紹介する等、必要な措置を速やかに講じなければならない。
(提供拒否の正当な理由と考えられるもの) ① 当該事業所の現員からは利用申し込みに応じきれない場合 ② 利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合 ③ 利用者の病状等	
居宅介護支援事業者等との連携	介護支援専門員から訪問リハビリテーション計画書等の提出依頼があったときは、 <u>当該計画書を提出する</u> 。
(留意ポイント) ・介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス事業者に対して訪問リハビリテーション計画等の提出を求めることとされている。	
居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	<u>居宅サービス計画に沿った訪問リハビリテーション計画書により訪問リハビリテーションを提供しなければならない。</u> 
居宅サービス計画等の変更の援助	利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、居宅介護支援事業者への連絡等の援助を行わなければならない。

基準項目	概要及び留意点等
<p>(留意ポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス計画、訪問リハビリテーション計画書、提供する訪問リハビリテーションの内容が整合していること。 ・居宅サービス計画や訪問リハビリテーション計画書に基づかないサービスは介護報酬を算定することはできない。 	
身分を証する書類の携行	事業所の理学療法士等である旨の証明書を携行させ、利用者等から求められた場合は提示すること。
<p>(留意ポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の名称、理学療法士等の氏名は必須。当該理学療法士等の写真や職能の記載が望ましい。 	
サービス提供の記録	サービス提供した際の提供日、時間、サービス提供者の氏名、提供した具体的なサービス内容、 <u>利用者の心身の状況</u> その他必要な事項を記録すること。
<p>(留意ポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの提供開始及び終了時刻は、計画上の標準的な時間ではなく、実際の時間を記載する。 ・サービス提供の記録は、介護報酬の請求の根拠となる（いわば診療報酬請求におけるカルテと同様）ため、介護報酬の請求内容を証明できるだけの内容の記録が必要であり、<u>サービス提供の記録がないと認められる場合には、過誤調整を指導する。</u> 	
利用料の受領	実施地域外でのサービス提供時の交通費や、その他のサービス提供に係る費用については、あらかじめ利用者やその家族に内容を説明し、利用者の同意を得ておくこと。
<p>(留意ポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・交付する領収証に、保険給付対象額、その他の費用、<u>医療費控除対象額を区分して記載し、当該その他の費用の額については個別の費用ごとに区分して記載すること。</u> 	
指定訪問リハビリテーションの基本取扱方針	<p>提供されたサービスについて、目標達成の度合いや利用者及びその家族の満足度等について常に評価を行わなければならない。サービスの質の評価は、自ら行う評価に限らず、第三者評価などの外部の者による評価など、<u>多様な評価方法を広く用い、様々な視点から客観的にサービスの質の評価を行わなければならない。</u></p> <p>また、評価の結果を踏まえ、常にサービスの改善を図りながらより良いサービスの提供を行わなければならない。 【県独自基準】</p>

基準項目	概要及び留意点等
指定訪問リハビリテーションの 具体的取扱方針	<p>事業者は、適正な契約手続等を行うために成年後見制度の活用が必要と認められる場合（利用者自身では、各種契約、不動産・預貯金等の財産の管理等が困難であり、利用者を法律的に支援する必要がある等）は、地域包括支援センターや市町村担当課等の相談窓口を利用者に紹介する等関係機関と連携し、<u>利用者が成年後見制度を活用することができるように配慮しなければならない。</u></p> <p style="text-align: right;">【県独自基準】</p> <p>医師又は理学療法士等は、介護予防訪問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1回は、介護予防訪問リハビリテーション計画の実施状況の把握（モニタリング）を行うこと。また、結果については介護予防支援事業者に報告すること。（介護予防）</p>
訪問リハビリテーション計画書の作成	<p>訪問リハビリテーション計画書は、居宅サービス計画の内容に沿ったものでなければならない。そのためには、サービス担当者会議に出席し情報共有することや居宅（介護予防）サービス計画の交付を受け、サービス内容の確認を行うことが重要となる。</p> <p>当該計画書は、利用者の希望及び利用者の心身の状況、生活環境を踏まえて作成されなければならないもので、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、計画書の作成に当たっては、その内容等を説明した上で利用者の同意を得なければならない。また、計画書を利用者に交付しなければならない。</p>
<p>（留意ポイント）</p> <ul style="list-style-type: none"> サービス提供開始前に、訪問リハビリテーションに係る利用者の同意を得ること。 	
管理者の責務	<p>管理者は、従業者の管理、利用申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。</p> <p>管理者は、従業者に「運営に関する基準」を遵守させるために必要な指揮命令を行わなければならない。</p>
<p>（留意ポイント）</p> <ul style="list-style-type: none"> 管理者が他の職種としての業務を行う場合は、本来業務に支障がないよう留意すること。 実地指導において、「医師だから医師業務はできるが、管理業務はできない。」との主張は全く通用しないので、当該規定の遵守を徹底すること。 	
運営規程	<p>必要な事項を定めた運営規程を定めること。</p> <p>規定内容が、法令等及び実態と整合していること。</p> <p style="color: red;">（R3.4改正）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「<u>虐待の防止のための措置に関する事項</u>」を追加 ・従業者の員数を「〇人以上」と記載することを可能とする。（従前からの本県の取扱いと同様です。） <p style="text-align: right;"></p>

基準項目	概要及び留意点等
<p>(留意ポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運営規程に定めている営業日・営業時間及び利用料が、事業所の実態と整合していない。 ・介護予防サービス事業に係る運営規程が整備されていない。 	
勤務体制の確保等	<p>全ての従業者を勤務体制を定め、事業所ごと、月ごとに勤務表を作成すること。</p> <p>従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職種、兼務関係などを明記すること。</p> <p>(R3.4改正)</p> <p><u>職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。</u></p>
<p>(留意ポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・翌月の勤務予定表が前月末までに作成されていること。また、非常勤職員についても勤務予定の管理を行うこと。なお、営業日・営業時間内に、従業者の配置がない時間がないこと。 ・研修について、年間計画などを策定し、実施後は資料等を含め記録を残すこと。 	
業務継続計画の策定等	<p>(R3.4改正)</p> <p><u>感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するとともに、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下この条において「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施しなければならない。</u></p> <p>※3年間の経過措置あり（令和5年度末までは努力義務）</p>
衛生管理等	<p>感染症予防に必要な措置をとり、常に衛生的な管理に努めること。</p> <p>(R3.4改正)</p> <p><u>感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じなければならない。</u></p> <p>一 <u>感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）をおおむね六月に一回以上開催するとともに、その結果について、看護師等に周知徹底を図ること。</u></p> <p>二 <u>感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。</u></p> <p>三 <u>理学療法士等に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的の実施すること。</u></p> <p>※3年間の経過措置あり（令和5年度末までは努力義務）</p>

基準項目	概要及び留意点等
<p>(留意ポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症予防マニュアル等を整備し、従業者に周知すること。 ・感染を予防するための備品等（使い捨て手袋、手指洗浄設備等）を備えること。 	
<p>掲示</p>	<p>利用申込者のサービスの選択に資する重要事項（運営規程の概要、看護師等の勤務体制等）を事業所の見やすい場所に掲示すること。</p> <p>(R3.4改正)</p> <p><u>重要事項を記載した書面を事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、同項の規定による掲示に代えることができる。</u>（従前からの本県の取扱いと同様です。）</p>
<p>(留意ポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・掲示すべき内容（項目）は、重要事項説明書と同じ。 （苦情処理のために講ずる措置の概要も併せて掲示等すること）。 ・受付コーナー、相談室等利用申込者等が見やすいよう工夫して掲示すること。 <p>※掲示が困難な場合には、利用者等誰もが閲覧できるように、ファイル等に入れて、備え置きも可。</p>	
<p>秘密保持等</p>	<p>従業者の在職中及び退職後における、利用者及びその家族の個人情報に関する秘密保持について、事業者と従業者等との雇用契約、就業規則、労働条件通知書、誓約書等で取決めを行うこと。</p> <p>サービス担当者会議等において、利用者及びその家族の個人情報を用いることについて、それぞれから文書による同意が得ること。</p>
<p>(留意ポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の家族から使用の同意を得る様式になっていない。 	
<p>苦情処理</p>	<p>苦情を受け付けた場合は、苦情の内容等を記録すること。</p> <p>また、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を行うこと。</p>
<p>(留意ポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情の内容の記録には、「その後の経過」「原因の分析」「<u>再発防止のための取組</u>」等を記録すること。 	
<p>事故発生時の対応</p>	<p>事故の状況等によっては、事業所を所管する県民局等へ報告を行うこと。</p> <p>※ 介護保険施設・事業所における事故等発生時の対応に係る指針） 参照</p>

基準項目	概要及び留意点等
<p>(留意ポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事故(「ひやりはっと」を含む。)の事例報告を記録様式に記録すること。 ・ 事故の内容の記録には、「その後の経過」「原因の分析」「<u>再発防止のための取組</u>」等を記録すること。 ・ 損害賠償保険に加入しておくこと。 	
会計の区分	指定訪問リハビリテーション事業とその他の事業の経理・会計を区分すること。
<p>(留意ポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所(サービス)ごとに経理を区分すること。  ・ 事務的経費等についても按分するなどの方法により、会計を区分すること。 	
記録の整備	利用者に対する訪問リハビリテーションの提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から5年間【県独自基準】保存すること。
<p>(留意ポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 退職した従業者に関する諸記録についても保存すること。 ・ 訪問リハビリテーション計画を変更しても以前の当該計画を保存すること。 ・ 契約解除になった利用者の記録をすぐに廃棄しないこと。完結の日とは、利用者との契約の終了日ではなく、それぞれの書類ごとに、その書類を使わなくなった日となる。利用者との契約が継続している間において、当該利用者に関する全ての記録を保存することを求めるものではない。【県独自基準】 ・ 事業者においては、保存業務の煩雑さを避ける観点から、それぞれの記録の所属する年度(目標期間が設けられているものについては、その期間の満了日の所属する年度)の終了後、5年間保存する等、適正な運用を図るものとする。【県独自基準】 ・ なお、他の法令等により、5年間以上の保管期間が義務付けられているものについては、それぞれの規定に従う必要がある。【県独自基準】 	

訪問リハビリテーション 各種加算

特別地域訪問リハビリテーション加算

①単位数・・・所定単位数の100分の15相当を加算

②算定要件

別に厚生労働大臣が定める地域（※1）に所在する指定（介護予防）訪問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指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供した場合。

※1 離島振興法、奄美群島振興開発特別措置法、山村振興法、小笠原諸島振興開発特別措置法、沖縄振興特別措置法、豪雪地帯対策特別措置法の指定区域

③注意事項

区分支給限度基準額の算定に含めない。

中山間地域等における小規模事業所加算

①単位数・・・所定単位数の100分の10相当を加算

②算定要件

別に厚生労働大臣が定める地域（※2）に所在し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準（※3）に適合する指定（介護予防）訪問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指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供した場合。

※2 豪雪地帯対策特別措置法、辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律、半島振興法、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、過疎地域自立促進特別措置法の指定地域

※3 訪問リハビリテーションについては、1月当たりの延訪問回数が30回以下であること
介護予防訪問リハビリテーションについては、1月当たり延訪問回数が10回以下であること

③注意事項

区分支給限度基準額の算定に含めない。

中山間地域等に居住する利用者へのサービス提供に対する加算

①単位数・・・所定単位数の100分の5相当を加算

②算定要件

厚生労働大臣が定める地域（※4）に居住している利用者に対して、通常の事業実施地域を越えて、サービスを提供する。

※2 特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算の対象地域

③注意事項

交通費の支払いを受けることはできない。

区分支給限度基準額の算定に含めない。

短期集中リハビリテーション実施加算

① 単位数・・・1 日につき 200 単位

② 算定要件

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・入所した医療機関、介護保険施設から退院・退所した日、又は要介護認定）の効力が生じた日（当該利用者が新たに要介護認定を受けた者である場合に限る。）から起算して 3 月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合。。

（基準）

訪問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。（介護予防訪問リハビリテーションの場合は算定要件に含めれない。）

③注意事項

○この加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて基本的動作能力（起居、歩行、発話等の能力）及び応用的動作能力（運搬、トイレ、掃除、洗濯、コミュニケーション等を行う際に基本的動作能力を組み合わせる能力）を向上させ、身体機能を回復させるための集中的なリハビリテーションを実施するものであること。

○「集中的に行った場合」とは、

【訪問リハ】1 週につき概ね 2 日以上、1 日当たり 20 分以上実施するものでなければならない。

【介護予防訪問リハ】1 週につき概ね 2 日以上、1 日当たり 40 分以上、退院（所）日又は認定日から起算して 1 月を超え 3 月以内に行われた場合は 1 週につき概ね 2 日以上、1 日当たり 20 分以上実施するものでなければならない。

リハビリテーションマネジメント加算の共通的な留意事項

指定訪問リハビリテーションのみ

○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こと。

※ 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに務処理手順及び様式例の提示について」（令和 3 年 3 月 16 日老認発 0316 第 3 号、老老発 0316 第号）を参照のこと。

○リハビリテーション会議について、構成員である医師のの出席については、テレビ電話等を使用してよい。

リハビリテーションマネジメント加算（A）イ

旧加算Ⅱに相当

① 単位数・・・1 月につき 180 単位

② 算定要件

次の基準に適合していること。（体制届が必要）

(1) 事業所の医師が、訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず中止する際の基準、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。

- (2) (1)における指示を行った医師又は指示を受けた理学療法士等が、当該指示の内容が(1)の基準に適合するものであると明確に分かるよう記録すること。
- (3) 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、その会議の内容を記録すること。
- (4) 訪問リハビリテーション計画について、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。
- (5) 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じて、計画を見直していること。
- (6) 事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的見地から、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こと。
- (7) 次のいずれかに適合すること。
 - ア) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた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と共に利用者の居宅を訪問し、リハビリテーションに関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に関する助言を行うこと。
 - イ) 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、その家族に対し、リハビリテーションに関する専門的見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行う。
- (8) (1)～(7)までに適合することを確認し、記録すること。

リハビリテーションマネジメント加算 (A) □

① 単位数・・・1月につき 213 単位

② 算定要件

次の基準に適合していること。(要都道府県知事への届出)

- (1) リハビリテーションマネジメント加算 (A) イの算定要件を全て満たすこと。
- (2) 利用者ごとの訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

※厚生労働省へのデータ提出、フィード情報の取得は「科学的介護システム（「LIFE」）」により行う。

※当該加算区分を算定するためには、「LIFE」への登録が必要となる。

リハビリテーションマネジメント加算 (B) イ 旧加算Ⅲに相当

① 単位数・・・1月につき450単位

② 算定要件

次の基準に適合していること。(要都道府県知事への届出)

- (1) 事業所の医師が、訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加

えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず中止する際の基準、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。

- (2) (1)における指示を行った医師又は指示を受けた理学療法士等が、当該指示の内容が(1)の基準に適合するものであると明確に分かるよう記録すること。
- (3) 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、その会議の内容を記録すること。
- (4) 訪問リハビリテーション計画について、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。
- (5) 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じて計画を見直していること。
- (6) 事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的見地から、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こと。
- (7) 次のいずれかに適合すること。

ウ) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた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と共に利用者の居宅を訪問し、リハビリテーションに関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に関する助言を行うこと。

エ) 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、その家族に対し、リハビリテーションに関する専門的見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行う。

- (8) (1)～(7)までに適合することを確認し、記録すること。

リハビリテーションマネジメント加算 (B) □

① 単位数・・・1月につき483単位

② 算定要件

次の基準に適合していること。(要都道府県知事への届出)

- (1) リハビリテーションマネジメント加算 (B) イの算定要件を全て満たすこと。
- (2) 利用者ごとの訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

※厚生労働省へのデータ提出、フィード情報の取得は「科学的介護システム(「LIFE」)」により行う。

※当該加算区分を算定するためには、「LIFE」への登録が必要となる。

移行支援加算 【訪問リハ】加算名称の変更

① 単位数・・・(評価対象期間の末日が属する年度の翌年度内)1日につき17単位

② 算定要件

次の基準に適合している事業所(都道府県知事へ届出・継続算定の場合も毎年届出要)

が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。

(基準)

イ 次のいずれにも適合すること。

(1)評価対象期間においてサービス提供を終了した者のうち、通所介護、指定通所リハビリテーション、指定認知症対応型通所介護、第一号通所事業等(※)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。

(2)評価対象期間中にサービス提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に居宅訪問等により、終了者の通所介護等の実施が居宅訪問等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。

ロ 12を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。

③ 注意事項等

○この加算におけるリハビリテーションは、家庭や社会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やIADLを向上させ、指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定認知症対応型通所介護、第一号通所事業等に移行させるものであること。

○「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、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が終了者の居宅を訪問し、サービス提供終了時と比べて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、居宅等への訪問が困難である場合は、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確認すると共に、電話等により上記の内容を確認すること。又、これらの確認により得られた情報は、記録しておくこと。

※ 社会参加に資する取組に下記の場合を加える。

- ・ 指定小規模多機能型居宅介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防通所リハビリテーション、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に移行した場合
- ・ 就労（障害福祉サービスの就労移行支援や就労継続支援を含む。）に至った場合

サービス提供体制強化加算 加算区分追加

- ① 単位 加算(Ⅰ)：1回につき6単位、
加算(Ⅱ)：1回につき3単位（旧ありに相当）

② 算定要件 体制届が必要

加算(Ⅰ)：リハビリテーションを利用者に直接提供する、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続7年以上の者がいること。（1名以上）

加算(Ⅱ)：リハビリテーションを利用者に直接提供する、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続3年以上の者がいること。（1名以上）

③ 注意事項等

○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もの。

（具体例）平成30年3月における勤続年数3年以上の者

＝平成30年2月28日時点で勤続年数3年以上である者

○勤続年数の算定

「当該事業所における勤務年数」に「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直接提供する職員として勤務した年数」を含めることが可能

事業所評価加算 【介護予防のみ】

① 単位数・・・1月につき120単位

② 算定要件

- ・ 定員利用・人員基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て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
- ・ 利用実人員数が10名以上であること
- ・ 利用実人員数の60%以上に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
- ・ 以下の数式を満たすこと（リハビリテーションマネジメント加算を3月以上算定した者の要支援状態の維持・改善率）

$$\frac{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者} \times 2}{\text{評価対象期間内(前年の1月～12月)に、リハビリテーションマネジメントを3月以上算定し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}} \geq 0.7$$

16 特別地域加算及び中山間地域等小規模事業所加算対象地域一覧

(令和3年4月1日現在(予定))

市町村名	「通常の事業の実施地域」を越えて「中山間地域等」に居住する者へのサービス提供を行った場合の加算対象地域(5%:注1)						
	特別地域加算対象地域(15%:注1)			「中山間地域等」に所在する小規模事業所加算対象地域(10%:注1) (※)ただし、岡山市及び特別地域加算対象地域を除く地域			
	離島振興対策 実施地域	振興山村 (注2)	厚生労働大臣が 別に定める地域	豪雪地帯	特定農山村地域 (旧市町村名)	過疎地域	辺地 (注3)
岡山市	犬島	旧宇甘東村(下田・高津・宇甘・中泉) 旧宇甘西村(勝尾・紙工・虎倉) 旧竹枝村(大田・吉田・土師方・小倉) 旧上建部村(建部上・宮地・富沢・田地子・品田)	—	—	旧御津町 旧建部村 旧上建部村 旧鶴田村	—	あり
玉野市	石島	—	—	—	—	—	あり
備前市	大多府島 鴻島	旧神根村(今崎・神根本・高田・和意谷) 旧三国村(加賀美・多麻・都留岐・笹目)	—	—	全域	全域	あり
瀬戸内市	前島	—	—	—	旧牛窓町	旧牛窓町	—
赤磐市	—	旧熊山村2-2(勢力・千鉢・奥吉原) 旧山方村(是里・滝山・黒本・黒沢・中山) 旧佐伯北村(稲時・光木・石・八島田・暮田) 旧布都美村2-2(合田・中畑・石上・小鎌・西勢美・広戸)	—	—	旧笹岡村 旧熊山村 旧山方村 旧佐伯北村	旧赤坂町 旧吉井町	あり
和気町	—	旧佐伯村(津瀬・米沢・佐伯・父井原・矢田部・宇生・田賀・小坂・加三方) 旧日笠村(保曾・日笠上・日笠下・木倉)	—	—	旧佐伯村 旧和気町	旧佐伯町	あり
吉備中央町	—	旧津賀村(広面・上加茂・下加茂・美原・加茂市場・高谷・平岡・上野・竹部) 旧円城村(上田東・細田・三納谷・上田西・円城・案田・高富・神瀬・小森) 旧新山村(尾原・笹目・福沢・溝部)	—	—	旧津賀村 旧円城村 旧新山村 旧江与味村 旧豊野村 旧下荘荘村	全域	あり
倉敷市	松島 穴口島	—	—	—	—	—	—
笠岡市	高島 白石島 北木島 真鍋島 小飛島 大飛島 六島	—	—	—	旧神島内村 旧北木島村 旧真鍋島村	—	あり
井原市	—	旧宇戸村(宇戸谷・上高末・鳥頭・宇戸)	—	—	旧井原市 旧宇戸村 旧芳井町	全域	あり
総社市	—	旧下倉村(下倉) 旧富山村(宇山・種井・延原・橋)	—	—	旧池田村 旧日美村 旧下倉村 旧富山村	—	あり
高梁市	—	旧中井村(西方・津々) 旧玉川村(下切・玉・増原) 旧宇治村(穴田・宇治・遠原・本郷) 旧高倉村(飯部・大瀬八長・田井) 旧上有漢村(上有漢) 旧吹屋町(吹屋・中野・坂本) 旧中村(布寄・羽根・長地・相坂・小泉) 旧大賀村(仁賀・上大竹・下大竹) 旧高山村(高山・高山市・大原) 旧平川村(平川) 旧湯野村(西山・東油野・西油野)	川上町地頭 川上町七地 川上町三沢 川上町領家 川上町吉木 川上町臘数 備中町志藤用瀬 備中町布瀬 備中町長屋 備中町布賀	—	全域	全域	あり
新見市	—	旧豊永村(豊永赤馬・豊永宇山・豊永佐伏) 旧熊谷村(上熊谷・下熊谷) 旧菅生村(菅生) 旧千屋村(千屋・千屋実・千屋井原・千屋花見) 旧上刑部村(上刑部・大井野) 旧丹治部村(田治部・布瀬) 旧神代村 旧新郷村 旧本郷村 旧万歳村 旧新砥村 旧矢神村 旧野馳村	—	旧新見市 旧大佐町 旧神郷町	全域	全域	あり

市町村名	「通常の事業の実施地域」を越えて「中山間地域等」に居住する者へのサービス提供を行った場合の加算対象地域(5%:注1)						
	特別地域加算対象地域(15%:注1)			「中山間地域等」に所在する小規模事業所加算対象地域(10%:注1) (※)ただし、岡山市及び特別地域加算対象地域を除く地域			
	離島振興対策 実施地域	振興山村 (注2)	厚生労働大臣が 別に定める地域	豪雪地帯	特定農山村地域 (旧市町村名)	過疎地域	辺地 (注3)
浅口市	—	—	—	—	旧寄島町	旧寄島町	—
早島町	—	—	—	—	—	—	—
里庄町	—	—	—	—	—	—	—
矢掛町	—	旧美川村(上高末・下高末・字角・内田)	—	—	旧美川村	全域	あり
津山市	—	旧上加茂村 旧加茂町 旧阿波村 旧江戸村(奥津川・川東・市場・案内・羽賀・大吉・西村・日本原・大岩) ※旧新野村の日本原は該当しません。	—	旧津山市 旧勝北町 旧加茂町 旧阿波村	旧一宮村 旧高田村 旧加茂町 旧阿波村 旧江戸村 旧新野村 旧大井西村	旧加茂町 旧阿波村 旧久米町	あり
真庭市	—	旧富原村(若代・下岩・清谷・曲り・古呂々尾中・若代畝・高田山上・月田本・岩井谷・岩井畝・上・野・後谷) 旧津田村(野原・舞高・旦土・吉・田原山上・上山) 旧湯原町(禾津・釘貫小川・下湯原・田羽根・都喜足・豊栄・仲間・久見・本庄・見明戸・三世七原・社・湯原温泉) 旧二川村(栗谷・黒杭・種・小童谷・藤森) 旧美和村(余野上・余野下・檜西・檜東・目木・三崎・中原・台金屋) 旧美甘村(鉄山・黒田・田口・延風・美甘) 旧中和村(下和・初和・別所・真加子・吉田)	—	旧湯原町 旧美甘村 旧川上村 旧八束村 旧中和村	旧北房町 旧勝山町 旧津田村 旧美川村 旧河内村 旧湯原町 旧久世町 旧美甘村 旧川上村 旧中和村	全域	あり
美作市	—	旧梶並村(右手・真殿・梶並・楮・東谷上・東谷下) 旧栗広村2-1(長谷内・馬形・宗掛) 旧大野村(川上・滝・野形・桂坪・笹岡) 旧東栗倉村(後山・太田・川東・中谷・野原・東青野・東吉田) 旧豊田村(北原・友野・山口・山外野・大原・猪臥・海内・平田) 旧巨勢村2-1(巨勢・海田) 旧福山村(万善・国貞・鈴家・田淵・柿ヶ原) 旧巨勢村2-2(尾谷) 旧河会村(上山・中川・横尾・北・南・滝ノ宮)	—	旧勝田町 旧大原町 旧東栗倉村	旧勝田町 旧大原町 旧東栗倉村 旧豊田村 旧巨勢村 旧作東町 旧英田町	全域	あり
新庄村	—	全域	—	全域	全域	全域	あり
鏡野町	—	旧富村(大・楠・富仲間・富西谷・富東谷) 旧久田村(久田上原・久田下原・黒木・河内・土生) 旧泉村(井坂・女原・至孝農・杉・西屋・箱・養野) 旧羽出村(羽出・羽出西谷) 旧奥津村(奥津・奥津川西・下齋原・長藤) 旧上齋原村 旧中谷村(入・山城・中谷)	—	旧奥津町 旧富村 旧上齋原村	全域	全域	あり
勝央町	—	—	—	—	—	—	あり
奈義町	—	旧豊並村(馬桑・関本・小坂・高田・皆木・西原・行方)	—	全域	旧豊並村	全域	あり
西粟倉村	—	全域	—	全域	全域	全域	あり
久米南町	—	旧弓削町(下弓削・西山寺・松・上弓削・塩之内・羽出木・全間・仏教寺・下ニヶ・上ニヶ・泰山寺)	—	—	旧弓削町 旧竜山村	全域	あり
美咲町	—	旧倭文西村(北・南・里・中) 旧江与味村2(江与味) 旧西川村(西井和・西川・西川上)	上口 小山 栢原 中井和 東井和 西	—	旧大井和村 旧旭町 旧吉岡村 旧南和気村	全域	あり

注1:福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与を除く。

注2:振興山村、豪雪、特定農山村、過疎は平成合併前の旧市町村名で指定されています。

注3:辺地については、別表(辺地地域一覧表)により御確認ください。

注4:加算対象地域であるか、地名のみでは判断できない指定地域があります。具体的な対象地域については、各市町村にお問い合わせください。

○辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律
(昭和37年法律第88号) 第2条第1項に規定する辺地

辺地地域一覧（具体的な場所等が不明な場合は、該当市町村に確認すること。） (R3. 4. 1現在)

市町村名	辺地名								合計 203辺地
岡山市	山上・石妻	杉谷	畑鮎	金山寺	北野	勝尾・小田	野口	大田上	
	和田南	東本宮	土師方上						
津山市	物見	河井・山下	黒木	阿波	奥津川	八社	新野山形	西上	
玉野市	石島								
笠岡市	高島	白石島	北木島	真鍋島	飛島	六島			
井原市	野上南部	池井	西星田	黒木	宇頭				
総社市	延原・宇山								
高梁市	山際	柴倉	上野	追田	野呂	遠原	秋ヶ迫	西山	
	櫛井	丸岩	陣山	大津寄	西野呂	割出	中野	坂本	
	吹屋	小泉	長地	上大竹	高山	布賀	平川	湯野	
新見市	花見	井原	千屋	菅生	足見	土橋	赤馬	宇山	
	松仁子	法曾	大井野	上油野	三室	高瀬	三坂	青木	
	田淵	大野	荻尾	久保井野	高野川東				
備前市	大多府島	加賀美	都留岐						
赤磐市	是里東	是里西	是里中	滝山	中山	八島田・暮田	戸津野	石・平山	
	合田・中畑	小鎌・石上	中勢実・西勢実						
真庭市	清谷	曲り・古呂々尾中	後谷	上・岩井畝	高田山上・野・若代畝	見尾・真賀	神代	吉	
	田原山上・上山	別所・佐引	関上	日野上	杉山・日の岨	藤森	杉成・河面・大杉	栗谷	
	立石	三野瀬	種	福井	見明戸	鉄山	阿口	樽見	
	井殿								
美作市	右手	真殿	梶並	東谷下	東谷上	宗掛	江ノ原	西町	
	滝	野形	田井	後山	中谷	東青野	山外野	海田	
	日指	角南	白水	万善	国貞	田渕	柿ヶ原	梶原	
	小房	宮原	上山	中川	北				
和気町	大成	上田土	南山方・丸山	奥塩田	北山方	塩田	室原	岸野	
	日笠上	日笠下	木倉	田原上	田原下	本	清水	大杉・加賀知田	
矢掛町	宇内								
新庄村	堂ヶ原								
鏡野町	近衛	香北	羽出	奥津	上齋原	富			
勝央町	上香山								
奈義町	皆木								
西栗倉村	大茅	坂根	塩谷						
久米南町	羽出木	全間	龍山	山手	京尾				
美咲町	長万寺	金堀	大併和西	和田北	大併和東	角石祖母	北	里	
	中	西川上	併和	小山	大山	高城	定宗本山	上間	
吉備中央町	広面	加茂山	津賀西	三納谷	高富	笹目・千守	納地	黒山	

令和3年4月の報酬改定に伴う「介護給付費算定に係る体制等に関する届出」の留意事項

- ・ 本県が所管する介護保険施設・事業所について、令和3年4月1日から算定を開始する加算等に係る「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」等の提出期限を、特例的に令和3年4月15日（木）とする取扱いとします。
- ・ 訪問リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算については、新たな加算区分が設けられたことから、算定する全ての事業所が届出を行ってください。既存の届出内容が「2 加算Ⅰ」、「5 加算Ⅳ」の事業所が届出を行わなかった場合、4月からは「1 なし」とみなされ、加算算定ができなくなります。
また、新たに設けられた「6 加算Aロ」、「7 加算Bロ」を算定する場合は、「LIFEへの登録」が「2 あり」であることが必要となります。
- ・ サービス提供強化加算については、新たな加算区分が設けられたことから、算定する全ての事業所が届出を行ってください。既存の届出内容が「2 あり」の事業所が届出を行わなかった場合、4月からは「1 なし」とみなされ、加算算定ができなくなりますのでご注意ください。
- ・ 加算等の算定内容に変更がなく、「LIFEへの登録」が「なし」の場合、届出の必要はありません。届出がない場合、「LIFEへの登録」は「なし」として処理します。

提出書類	書類提出前の自主確認事項
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 (別添届出書)	<ul style="list-style-type: none"> ・「法人等の所在地・名称、代表者の職・氏名」欄を記入 ・「届出者」の名称・事務所の所在地、「代表者」の職・氏名・住所の欄と、「事業所」の所在地、「管理者」の氏名・住所の欄を、取り違えないよう注意 ・フリガナ、郵便番号、電話・FAX番号、Email等に記入漏れがないよう注意 ・「実施事業」欄は、「訪問リハビリテーション」、「介護予防訪問リハビリテーション」に○印 ・「指定（許可）年月日」欄に記入 ・「異動等の区分」欄は、該当項目に○印 ・「介護保険事業所番号」は、誤記入に注意 ・変更の場合、「異動項目」欄及び「特記事項」の「変更後」欄に変更内容を具体的に記入 ※例えば、「○○○体制を追加」等と記入
介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1-1）、 （別紙1-2）、（別紙1-3）	<ul style="list-style-type: none"> ・「記入担当者氏名」欄に、記入 ・「事業所番号」欄は、誤記入に注意 ・「事業所名」欄に誤って法人名等を記入しないよう注意 ・「記入担当者電話番号」、「異動区分」、「事業所電話番号」の各欄の記入漏れに注意 ・サテライト事業所については（別紙1-3）を使用
適用開始年月日	・「体制等に関する届出書」の「異動（予定）年月日」欄と同じ日付を記入
施設等の区分	・該当の施設区分に○を付けること
LIFEへの登録	・区分に○を付けること

②届出を要する加算と必要な添付書類

次の加算を算定する場合は、県への届出が必要です。

提出書類	書類提出前の自主確認事項
特別地域加算	必要な添付書類 なし ※対象地域に事業所が所在していること
中山間地域等における小規模事業所加算	①中山間地域等における小規模事業所加算に関する届出書（別紙２） ※対象地域に事業所が所在していること ※訪問リハビリテーションは、１月当たりの平均延訪問回数が３０回以下であること。介護予防訪問リハビリテーションは、１月当たりの平均延訪問数が１０回以下であること。 ※新規指定事業所については、４月目以降届出が可能。
リハビリテーションマネジメント加算	＜訪問リハビリテーション＞ ・「１ なし」、「３ 加算Ａイ（旧加算Ⅱに相当）」、「６ 加算Ａロ」、「４ 加算Ｂイ（旧加算Ⅲに相当）」、「７ 加算Ｂロ」のいずれかに○印 ※「６ 加算Ａロ」、「７ 加算Ｂロ」を算定する場合は、「LIFEへの登録」が「２あり」であることが必要 ＜介護予防訪問リハビリテーション＞ ・「１ なし」、「２ あり」のいずれかに○印 ・加算を算定する場合は、「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式１）」及び「資格証の写し」を添付
移行支援加算 ※名称変更	＜訪問リハビリテーション＞ ・「１. なし」、「２. あり」のいずれかに○印 ・「２. あり」の場合は、「訪問リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出（別紙１７）」及び「根拠となる（要件を満たすことが分かる）書類の写し」を添付
事業所評価加算 〔申出〕の有無	＜介護予防訪問リハビリテーション＞ ・「１. なし」、「２. あり」のいずれかに○印
サービス提供体制強化加算	①サービス提供体制強化加算に関する届出書（別紙１２－２） ※研修の実施等、加算の要件をすべて満たすこと。 ②サービス提供体制強化加算に係る確認表（別紙１２－２付表） ※新たに事業開始する事業所については、４月目以降に届出が可能

※書類は原則として日本工業規格Ａ４版とする。

令和3年度介護報酬改定における 改定事項について

(介護予防) 訪問リハビリテーション関係

本資料は改定事項の概要をお示しするものであり、算定要件等は主なものを掲載しています。
詳細については、関連の告示等を御確認ください。

1. ① 感染症対策の強化

概要

【全サービス★】

- 介護サービス事業者に、感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、以下の取組を義務づける。その際、3年の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】 **R3.1.13諮問・答申済**
- ・ 施設系サービスについて、現行の委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施
- ・ その他のサービス（訪問系サービス、通所系サービス、短期入所系サービス、多機能系サービス、福祉用具貸与、居宅介護支援、居住系サービス）について、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等

1. ② 業務継続に向けた取組の強化

概要

【全サービス★】

- 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づける。その際、3年間の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】

R3.1.13諮問・答申済

（参考）介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）ガイドラインについて

- 介護サービスは、利用者の方々やその家族の生活に欠かせないものであり、感染症や自然災害が発生した場合であっても、利用者に対して必要なサービスが安定的・継続的に提供されることが重要。
- 必要なサービスを継続的に提供するためには、また、仮に一時中断した場合であっても早期の業務再開を図るためには、業務継続計画（BusinessContinuityPlan）の策定が重要であることから、その策定を支援するため、介護施設・事業所における業務継続ガイドライン等を作成。

（令和2年12月11日作成。必要に応じ更新予定。）

掲載場所：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html

介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン

✦ ポイント

- ✓ 各施設・事業所において、新型コロナウイルス感染症が発生した場合の対応や、それらを踏まえて平時から準備・検討しておくべきことを、サービス類型に応じた業務継続ガイドラインとして整理。
- ✓ ガイドラインを参考に、各施設・事業所において具体的な対応を検討し、それらの内容を記載することでBCPが作成できるよう、参考となる「ひな形」を用意。

✦ 主な内容

- ・BCPとは
- ・新型コロナウイルス感染症BCPとは（自然災害BCPとの違い）
- ・介護サービス事業者求められる役割
- ・BCP作成のポイント
- ・新型コロナウイルス感染（疑い）者発生時の対応等（入所系・通所系・訪問系）等

介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン

✦ ポイント

- ✓ 各施設・事業所において、自然災害に備え、介護サービスの業務継続のために平時から準備・検討しておくべきことや発生時の対応について、サービス類型に応じた業務継続ガイドラインとして整理。
- ✓ ガイドラインを参考に、各施設・事業所において具体的な対応を検討し、それらの内容を記載することでBCPが作成できるよう、参考となる「ひな形」を用意。

✦ 主な内容

- ・BCPとは
- ・防災計画と自然災害BCPの違い
- ・介護サービス事業者求められる役割
- ・BCP作成のポイント
- ・自然災害発生に備えた対応、発生時の対応（各サービス共通事項、通所固有、訪問固有、居宅介護支援固有事項）等

4

2. (1) ② 認知症に係る取組の情報公表の推進

概要

【全サービス（介護サービス情報公表制度の対象とならない居宅療養管理指導を除く）★】

- 介護サービス事業者の認知症対応力の向上と利用者の介護サービスの選択に資する観点から、全ての介護サービス事業者（居宅療養管理指導を除く）を対象に、研修の受講状況等、認知症に係る事業者の取組状況について、介護サービス情報公表制度において公表することを求めることとする。【通知改正】
- 具体的には、通知「「介護サービス情報の公表」制度の施行について」（平18老振発0331007）別添1について以下の改正を行う。

【現行】

別添1：基本情報調査票（下の表は、夜間対応型訪問介護の例）

事業所名： 事業所番号： (枝番)

基本情報調査票：夜間対応型訪問介護

(20XX年XX月XX日現在)

計画年度	年度	記入年月日
記入者名	所属・職名	

3. 事業所において介護サービスに従事する従業員に関する事項				
従業員の教育訓練のための制度、研修その他の従業員の資質向上に向けた取組の実施状況				
事業所で実施している従業員の資質向上に向けた研修等の実施状況				
(その内容)				
実践的な職業能力の評価・認定制度である介護プロフェッショナルキャリア段位制度の取組				
アセッサー（評価者）の人数	人			
段位取得者の人数	レベル2①	レベル2②	レベル3	レベル4
	人	人	人	人
外部評価（介護プロフェッショナルキャリア段位制度）の実施状況				
[] 0. なし・ 1. あり				

【見直し】

認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修、その他の研修の欄を設け、受講人数を入力させる

10

2. (7)⑤ 特例居宅介護サービス費による
地域の実情に応じたサービス提供の確保

概要

【訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、訪問入浴介護★、訪問看護★、訪問リハビリテーション★、居宅療養管理指導★、通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、福祉用具貸与★、居宅介護支援、介護予防支援】

○ 中山間地域等において、地域の実情に応じた柔軟なサービス提供をより可能とする観点から、令和2年の地方分権改革に関する提案募集における提案も踏まえ、特例居宅介護サービス費等の対象地域と特別地域加算の対象地域について、自治体からの申請を踏まえて、それぞれについて分けて指定を行う。【告示改正】

○サービス確保が困難な離島等の特例

指定サービスや基準該当サービスの確保が著しく困難な離島等の地域で、市町村が必要と認める場合には、これらのサービス以外の居宅サービス・介護予防サービスに相当するサービスを保険給付の対象とすることができる。

【対象地域】①離島振興対策実施地域 ②奄美群島 ③振興山村 ④小笠原諸島 ⑤沖縄の離島 ⑥豪雪地帯、特別豪雪地帯、辺地、過疎地域等であって、人口密度が希薄、交通が不便等の理由によりサービスの確保が著しく困難な地域

○中山間地域等に対する報酬における評価

訪問系・多機能系・通所系サービスについて、中山間地域等に事業所が所在する場合や居住している利用者に対してサービス提供をした場合、介護報酬における加算で評価

	単位数	要件
① 特別地域加算	15／100	<p>厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所がサービス提供を行った場合に算定。</p> <p>【対象地域】①離島振興対策実施地域 ②奄美群島 ③振興山村 ④小笠原諸島 ⑤沖縄の離島 ⑥豪雪地帯、特別豪雪地帯、辺地、過疎地域等であって、人口密度が希薄、交通が不便等の理由によりサービスの確保が著しく困難な地域</p>
② 中山間地域等の小規模事業所加算	10／100	<p>厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所がサービス提供を行った場合に算定。</p> <p>【対象地域】①豪雪地帯及び特別豪雪地帯 ②辺地 ③半島振興対策実施地域 ④特定農山村 ⑤過疎地域</p>
③ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	5／100	<p>厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、サービス提供を行った場合に算定。</p> <p>【対象地域】①離島振興対策実施地域 ②奄美群島 ③豪雪地帯及び特別豪雪地帯 ④辺地 ⑤振興山村 ⑥小笠原諸島 ⑦半島振興対策実施地域 ⑧特定農山村地域 ⑨過疎地域 ⑩沖縄の離島</p>

64

3. (1)① リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の一体的な推進

概要	【訪問リハビリテーション★、通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】	
	○ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組を一体的に運用し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から見直しを行う。【通知改正】	

算定要件等
○ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する。
○ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する各種計画書（リハビリテーション計画書、栄養ケア計画書、口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録）について、重複する記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式を設ける。

3. (1)② リハビリテーションマネジメント加算の見直し①

概要

【訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★】

- 自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、リハビリテーションマネジメント加算について以下の見直しを行う。
- ・ 報酬体系の簡素化と事務負担軽減の観点から、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）及び介護予防のリハビリテーションマネジメント加算は廃止し、同加算の算定要件は基本報酬の算定要件とし、基本報酬で評価を行う。【告示改正】
 - ・ 訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの評価の整合性を図る観点から、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）及び（Ⅲ）の評価の見直しを行う。【告示改正】
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）を廃止。定期的なリハビリテーション会議によるリハビリテーション計画の見直しが要件とされるリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）・（Ⅲ）において、事業所がCHASE・VISITへデータを提出しフィードバックを受けPDCAサイクルを推進することを評価する。【告示改正】
 - ・ CHASE・VISITへの入力負担の軽減やフィードバックにより適するデータを優先的に収集する観点から、リハビリテーション計画書の項目について、データ提供する場合の必須項目と任意項目を設定する。【通知改正】
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算の算定要件の一つである「定期的な会議の開催」について、利用者の了解を得た上で、テレビ会議等の対面を伴わない方法により開催することを可能とする。【通知改正】

68

3. (1)② リハビリテーションマネジメント加算の見直し②

単位数

【訪問リハビリテーション】

< 現行 >

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ） 230単位／月

⇒

< 改定後 >

廃止

リハビリテーションマネジメント加算（A）イ
180単位／月

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ） 280単位／月

⇒

リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ
213単位／月（新設）

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ） 320単位／月

⇒

リハビリテーションマネジメント加算（B）イ
450単位／月
リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ
483単位／月

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ） 420単位／月

⇒

廃止（加算（B）ロに組み替え）

（介護予防）

リハビリテーションマネジメント加算 230単位／月

⇒

廃止

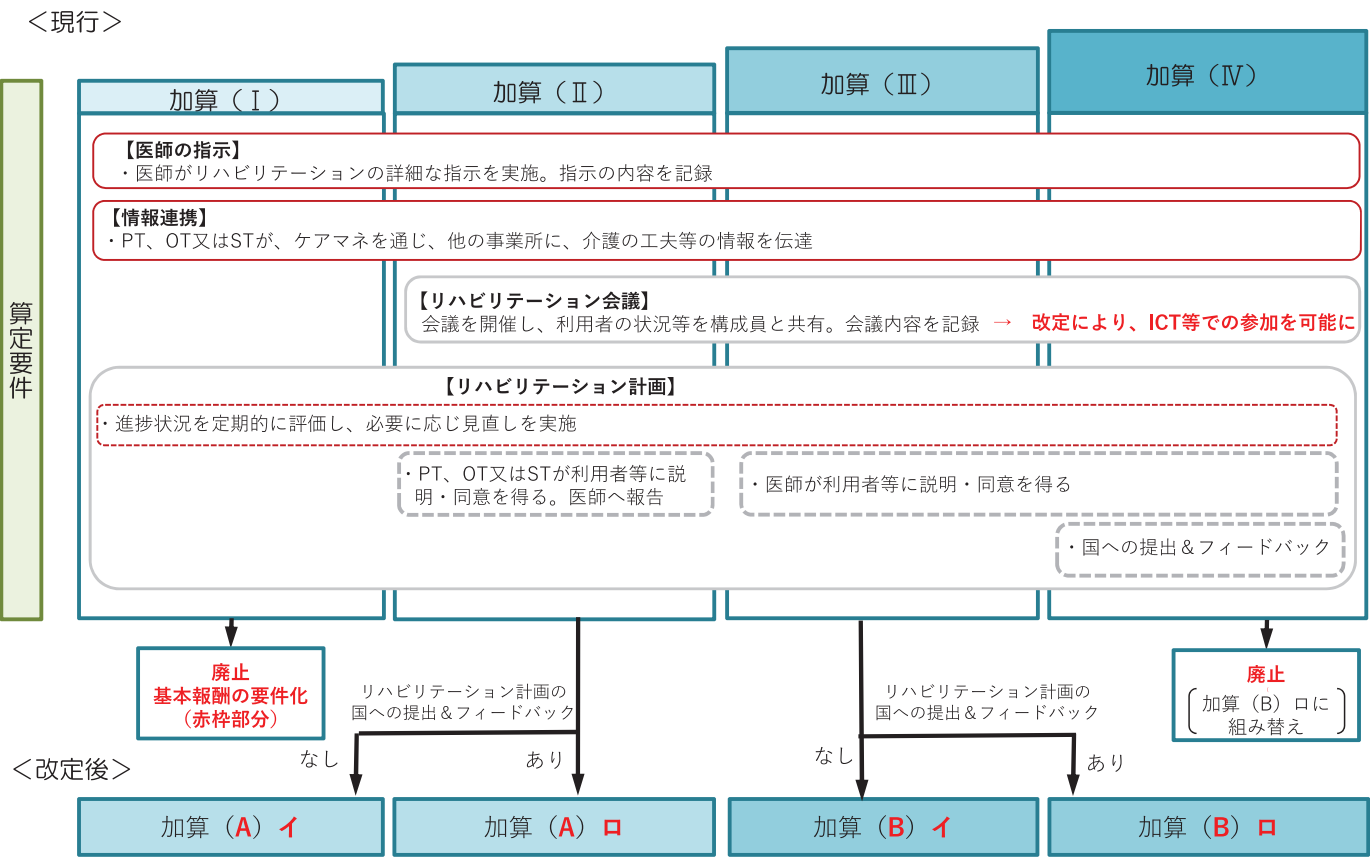
3. (1)② リハビリテーションマネジメント加算の見直し③

単位数	
【通所リハビリテーション】	
＜現行＞	＜改定後＞
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ） 330単位／月	⇒ 廃止
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）	リハビリテーションマネジメント加算（A）イ
同意日の属する月から6月以内 850単位／月	⇒ 同意日の属する月から6月以内 560単位／月
同意日の属する月から6月超 530単位／月	同意日の属する月から6月超 240単位／月
	リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ（新設）
	同意日の属する月から6月以内 593単位／月
	同意日の属する月から6月超 273単位／月
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）	リハビリテーションマネジメント加算（B）イ
同意日の属する月から6月以内 1,120単位／月	⇒ 同意日の属する月から6月以内 830単位／月
同意日の属する月から6月超 800単位／月	同意日の属する月から6月超 510単位／月
	リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ
	同意日の属する月から6月以内 863単位／月
	同意日の属する月から6月超 543単位／月
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）	
同意日の属する月から6月以内 1,220単位／月	⇒ 廃止（加算（B）ロに組み替え）
同意日の属する月から6月超 900単位／月	
（3月に1回を限度）	
（介護予防）	
リハビリテーションマネジメント加算 330単位／月	⇒ 廃止

70

3. (1)② リハビリテーションマネジメント加算の見直し④

算定要件等
【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】 ○リハビリテーションマネジメント加算の要件について ＜リハビリテーション加算（A）イ＞ ・現行のリハビリテーション加算（Ⅱ）と同要件を設定 ＜リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ＞ ・リハビリテーション加算（A）イの要件に加え、利用者毎のリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。 ＜リハビリテーションマネジメント加算（B）イ＞ ・現行のリハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）と同要件を設定 ＜リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ＞ ・現行のリハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）と同要件を設定 ○CHASE・VISITへのデータ提供の内容について CHASE・VISITへの入力負担の軽減及びフィードバックにより適するデータを優先的に収集する観点から、リハビリテーション計画書の項目について、データ提出する場合の必須項目と任意項目を設定。 ○リハビリテーション会議の開催について リハビリテーションマネジメント加算の算定要件の一つである「定期的な会議の開催」について、利用者の了解を得た上で、テレビ会議等の対面を伴わない方法により開催することを可能とする。



72

3.（1）④ 退院・退所直後のリハビリテーションの充実

概要	【訪問リハビリテーション★】
○ 1週に6回を限度として算定が認められる訪問リハビリテーションについて、退院・退所直後のリハビリテーションの充実を図る観点から、退院・退所の日から起算して3月以内の利用者に対して週12回まで算定を可能とする。【通知改正】	
算定要件等	○ 退院（所）の日から起算して3月以内の利用者に対し医師の指示に基づき継続してリハビリテーションを行う場合は、週12回まで算定できる。

3.(1)⑤ 社会参加支援加算の見直し

概要	【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】
○ 社会参加支援加算について、算定要件である「社会参加への移行状況」の達成状況等を踏まえ、利用者に対する適時・適切なリハビリテーションの提供を一層促進する観点から見直しを行う。【告示改正】	
単位数	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>＜現行＞</p> <p>【訪問リハビリテーション】 社会参加支援加算 17単位／日</p> <p>【通所リハビリテーション】 社会参加支援加算 12単位／日</p> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;">⇒</div> <div style="width: 45%;"> <p>＜改定後＞</p> <p>移行支援加算（※単位数は変更なし）</p> <p>移行支援加算（※単位数は変更なし）</p> </div> </div>	
算定要件等	
<p>○ 加算の趣旨や内容を踏まえて、加算の名称を「移行支援加算」とする。</p> <p>○ 以下を要件とする。（下線部が見直し箇所）</p> <p>【訪問リハビリテーション】（現行と同様）</p> <ul style="list-style-type: none"> 評価対象期間においてリハビリテーション終了者のうち、指定通所介護等を実施した者の割合が、100分の5を超えていること。 リハビリテーションの利用の回転率 $\frac{12月}{平均利用延月数} \geq 25\%$ であること。 <p>【通所リハビリテーション】</p> <ul style="list-style-type: none"> 評価対象期間においてリハビリテーション終了者のうち、指定通所介護等を実施した者の割合が、100分の<u>3</u>を超えていること。 リハビリテーションの利用の回転率 $\frac{12月}{平均利用延月数} \geq \underline{27\%}$ であること。 <p>【訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション共通】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、リハビリテーション終了者に対して、電話等により、指定通所介護等の実施状況を確認し、記録すること。 リハビリテーション終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するにあたり、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供すること。 	

75

3.(1)⑦ リハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書の書式の見直し

概要	【訪問リハビリテーション★、通所介護、地域密着型通所介護、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★】
○ 業務効率化の観点から、リハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書の項目の共通化を行うとともに、リハビリテーション計画書の固有の項目について、整理簡素化を図る。	
算定要件等	
<p>○ リハビリテーション計画書及び個別機能訓練計画書の様式を見直す。</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>＜見直しのイメージ＞</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 45%;"> <p style="text-align: center;">リハビリテーション計画書</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">共通部分</p> <p>（項目例） 本人・家族の希望 原因疾患 合併疾患 基本動作 ADL/IADL 社会参加の状況 リハビリの目標 サービス内容</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">固有部分</p> <p>（項目例） 将来の見込み サービス提供中の具体的対応 社会参加支援評価</p> </div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">様式の共通化</div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">⇔</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 45%;"> <p style="text-align: center;">個別機能訓練計画書</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">共通部分</p> <p>（項目例） 本人・家族の希望 原因疾患 合併疾患 基本動作 ADL/IADL 社会参加の状況 リハビリの目標 サービス内容</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">整理</div> </div> </div>	

3. (2)① CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進①

概要	【全サービス★】
<p>○ 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進し、介護サービスの質の向上を図る観点から、以下の見直しを行う。</p> <p>ア 施設系サービス、通所系サービス、居住系サービス、多機能系サービスについて、CHASEの収集項目の各領域（総論（ADL）、栄養、口腔・嚥下、認知症）について、事業所の全ての利用者に係るデータを横断的にCHASEに提出してフィードバックを受け、それに基づき事業所の特性やケアの在り方等を検証し、利用者のケアプランや計画への反映、事業所単位でのPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上の取組を評価する加算を創設する。</p> <p>その際、詳細な既往歴や服薬情報、家族の情報等より精度の高いフィードバックを受けることができる項目を提出・活用した場合には、更なる評価を行う区分を設定する。【告示改正】</p> <p>※ 提出・活用するデータについては、サービスごとの特性や事業所の入力負担等を勘案した項目を設定。</p> <p>イ CHASEの収集項目に関連する加算等において、利用者ごとの計画書の作成とそれに基づくPDCAサイクルの取組に加えて、データ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を図ることを評価・推進する。【告示改正】</p> <p>※ 認知症対応型通所介護について記載。このほか、通所介護や特別養護老人ホーム等の個別機能訓練加算における新たな区分の創設や、リハビリ、栄養関係の加算における要件化を実施。</p> <p>ウ 介護関連データの収集・活用及びPDCAサイクルによる科学的介護を推進していく観点から、全てのサービス（居宅介護支援を除く）について、CHASE・VISITを活用した計画の作成や事業所単位でのPDCAサイクルの推進、ケアの質の向上の取組を推奨する。居宅介護支援については、各利用者のデータ及びフィードバック情報のケアマネジメントへの活用を推奨する。【省令改正】 R3.1.13諮問・答申済</p>	

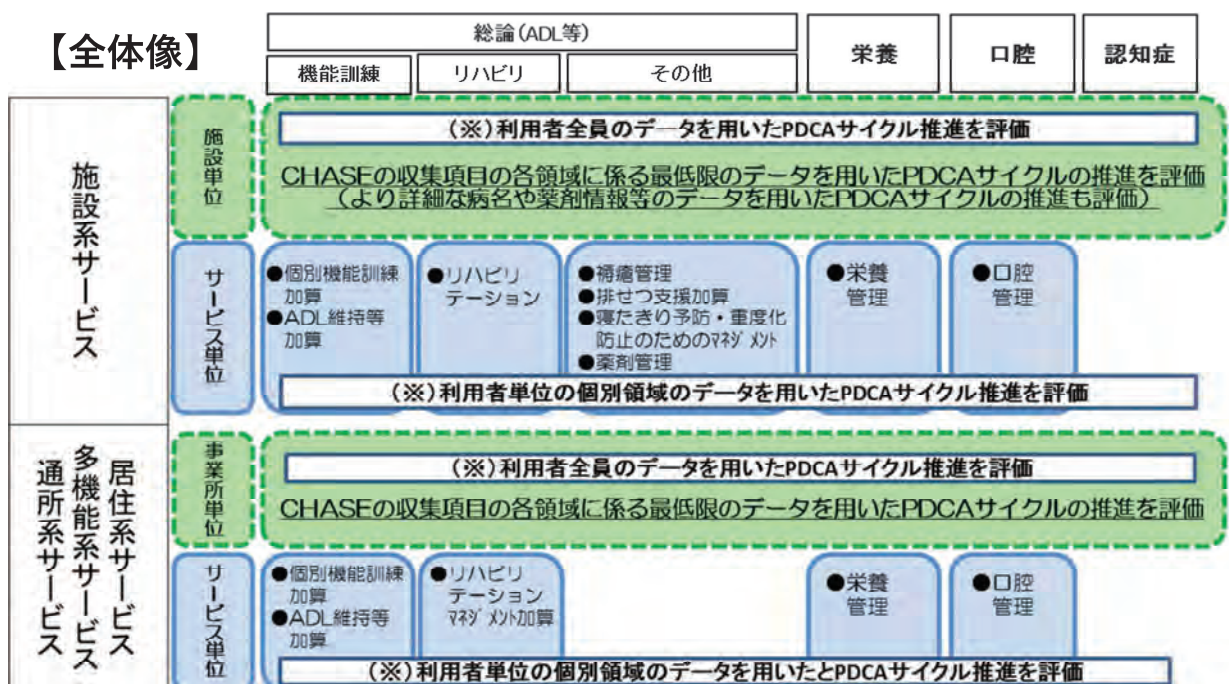
※ 令和3年度から、CHASE・VISITを一体的に運用するにあたって、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、以下の統一した名称を用いる予定。

科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence ; **LIFE ライフ**）

93

3. (2)① CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進③

基準（ウ）
<p><運営基準（省令）></p> <p>○ サービス毎に、以下を規定。（訪問介護の例）</p> <p>指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を提供するに当たっては、法第百十八条の二第一項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に実施しなければならない。</p>



（※ 加算等による評価の有無に関わらず、すべてのサービスにおいてCHASEによるデータの利活用を進める。）

4.(1)③ サービス提供体制強化加算の見直し

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、訪問入浴介護★、訪問看護★、訪問リハビリテーション★、通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

概要

- サービス提供体制強化加算について、サービスの質の向上や職員のキャリアアップを一層推進する観点から、見直しを行う。【告示改正】

単位数・算定要件等

	資格・勤続年数要件			単位数
	加算Ⅰ（新たな最上位区分）	加算Ⅱ（改正前の加算Ⅰイ相当）	加算Ⅲ（改正前の加算Ⅰロ、加算Ⅱ、加算Ⅲ相当）	
訪問入浴介護 夜間対応型訪問介護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士60%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士40%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が60%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士30%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が50%以上 ②勤続7年以上の者が30%以上	(訪問入浴) (夜間訪問) Ⅰ 44単位/回 Ⅰ 22単位/回 Ⅱ 36単位/回 Ⅱ 18単位/回 Ⅲ 12単位/回 Ⅲ 6単位/回
訪問看護 療養通所介護	—	—	(イ) 勤続7年以上の者が30%以上 (ロ) 勤続3年以上の者が30%以上	(訪問・訪問リハ) (療養通所) (イ) 6単位/回 (イ) 48単位/月 (ロ) 3単位/回 (ロ) 24単位/月
訪問リハビリテーション	—	—	(イ) 勤続7年以上の者が1人以上 (ロ) 勤続3年以上の者が1人以上	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士60%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士40%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が60%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士30%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が50%以上 ②常勤職員60%以上 ③勤続7年以上の者が30%以上	Ⅰ 750単位/月 Ⅱ 640単位/月 Ⅲ 350単位/月
小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士50%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士40%以上 ②常勤職員60%以上 ③勤続7年以上の者が30%以上	Ⅰ 750単位/月 Ⅱ 640単位/月 Ⅲ 350単位/月
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	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士50%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士40%以上 ②勤続7年以上30%以上	(予防通リハ以外) Ⅰ 22単位/回(日) Ⅱ 18単位/回(日) Ⅲ 6単位/回(日)
特定施設入居者生活介護※ 地域密着型特定施設入居者生活介護※ 認知症対応型共同生活介護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上 ※印のサービスは、上記に加え、サービスの質の向上に資する取組を実施していること。	介護福祉士60%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士50%以上 ②常勤職員75%以上 ③勤続7年以上30%以上	
短期入所生活介護、短期入所療養介護 介護老人福祉施設※ 地域密着型介護老人福祉施設※ 介護老人保健施設※、介護医療院※ 介護療養型医療施設※	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士80%以上 ②勤続10年以上介護福祉士35%以上 ※印のサービスは、上記に加え、サービスの質の向上に資する取組を実施していること。	介護福祉士60%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士50%以上 ②常勤職員75%以上 ③勤続7年以上30%以上	(予防通リハ) Ⅰ 176単位/月 Ⅱ 144単位/月 Ⅲ 48単位/月

(注1)表中、複数の単位が設定されているものについては、いずれか1つのみを算定することができる。

(注2)介護福祉士に係る要件は、「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」、常勤職員に係る要件は「看護・介護職員の総数に占める常勤職員の割合」、勤続年数に係る要件は「利用者に直接サービスを提供する職員の総数に占める7年（一部3年以上）勤続職員の割合」である。

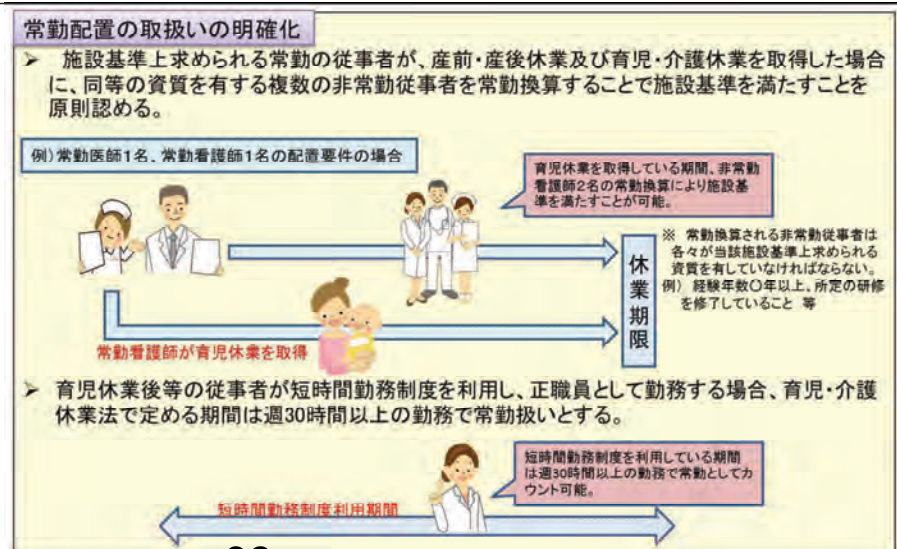
4.(1)⑥ 人員配置基準における両立支援への配慮

概要

【全サービス★】

- 介護現場において、仕事と育児や介護との両立が可能となる環境整備を進め、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、各サービスの人員配置基準や報酬算定について、以下の見直しを行う。【通知改正】
- 「常勤」の計算に当たり、職員が育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度を利用する場合に加えて、介護の短時間勤務制度等を利用する場合にも、週30時間以上の勤務で「常勤」として扱うことを認める。
 - 「常勤換算方法」の計算に当たり、職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で常勤換算での計算上も1（常勤）と扱うことを認める。
 - 人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認める。
- この場合において、常勤職員の割合を要件とするサービス提供体制強化加算等の加算について、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合、当該職員についても常勤職員の割合に含めることを認める。

（参考）医療従事者の負担軽減・人材確保について（平成28年度診療報酬改定）



4.(1)⑦ ハラスメント対策の強化

概要

【全サービス★】

- 介護サービス事業者の適切なハラスメント対策を強化する観点から、全ての介護サービス事業者に、男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策を求めることとする。【省令改正】 **R3.1.13諮問・答申済**

基準

- 運営基準（省令）において、以下を規定（※訪問介護の例）
「指定訪問介護事業者は、適切な指定訪問介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより訪問介護員等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。」

※併せて、留意事項通知において、カスタマーハラスメント防止のための方針の明確化等の必要な措置を講じることも推奨する。

（参考）ハラスメント対策に関する事業主への義務付けの状況

- ・ 職場におけるセクシュアルハラスメントについては男女雇用機会均等法において、職場におけるパワーハラスメントについては労働施策総合推進法において、事業主に対して、事業主の方針等の明確化や相談体制の整備等の雇用管理上の措置を講じることを義務付けている。（パワーハラスメントの義務付けについて、大企業は令和2年6月1日、中小企業は令和4年4月1日から施行（それまでは努力義務））
 - ・ 職場関係者以外のサービス利用者等からのハラスメントに関しては、
 - ① セクシュアルハラスメントについては、指針において、男女雇用機会均等法（昭和47年法律第113号）において事業主に対して義務付けている雇用管理上の措置義務の対象に含まれることが明確化された（令和2年6月1日より）。
 - ② パワーハラスメントについては、法律による事業主の雇用管理上の措置義務の対象ではないものの、指針において、事業主が雇用管理上行うことが「望ましい取組」として防止対策を記載している（令和2年6月1日より）。
- ※職場におけるセクシュアルハラスメント
＝ 職場において行われる性的な言動に対する労働者の対応により当該労働者がその労働条件につき不利益を受けるもの又は当該性的な言動により労働者の就業環境が害されるもの。
- ※職場におけるパワーハラスメント
＝ 職場において行われる i 優越的な関係を背景とした言動であって、ii 業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、iii 労働者の就業環境が害されるものであり、i から iii までの要素を全て満たすもの。

115

4.(2)④ 会議や多職種連携におけるICTの活用

概要

【全サービス★】

- 運営基準や加算の要件等において実施が求められる各種会議等（利用者の居宅を訪問しての実施が求められるものを除く）について、感染防止や多職種連携の促進の観点から、以下の見直しを行う。【省令改正、告示改正、通知改正】
 - ・ 利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用しての実施を認める。
 - ・ 利用者等が参加して実施するものについて、上記に加えて、利用者等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用しての実施を認める。

4.(3)① 利用者への説明・同意等に係る見直し

概要

【全サービス★】

- 利用者の利便性向上や介護サービス事業者の業務負担軽減の観点から、政府の方針も踏まえ、ケアプランや重要事項説明書等における利用者等への説明・同意について、以下の見直しを行う。【省令改正、通知改正】
 - ア 書面で説明・同意等を行うものについて、電磁的記録による対応を原則認めることとする。
 - イ 利用者等の署名・押印について、求めないことが可能であること及びその場合の代替手段を明示するとともに、様式例から押印欄を削除する。

136

4.(3)② 員数の記載や変更届出の明確化

概要

【全サービス★】

- 介護サービス事業者の業務負担軽減やいわゆるローカルルールの解消を図る観点から、運営規程や重要事項説明書に記載する従業員の「員数」について、「〇〇人以上」と記載することが可能であること及び運営規程における「従業者の職種、員数及び職務の内容」について、その変更の届出は年1回で足りることを明確化する。【通知改正】

4.(3)③ 記録の保存等に係る見直し

概要	【全サービス★】
<p>○ 介護サービス事業者の業務負担軽減やいわゆるローカルルールの解消を図る観点から、介護サービス事業者における諸記録の保存、交付等について、適切な個人情報の取り扱いを求めた上で、電磁的な対応を原則認めることとし、その範囲を明確化する。【省令改正】</p> <p>R3.1.13諮問・答申済</p> <p>○ 記録の保存期間について、他の制度の取り扱いも参考としつつ、明確化を図る。</p>	

138

4.(3)④ 運営規程等の掲示に係る見直し

概要	【全サービス★】
<p>○ 介護サービス事業者の業務負担軽減や利用者の利便性の向上を図る観点から、運営規程等の重要事項について、事業所の掲示だけでなく、閲覧可能な形でファイル等で備え置くこと等を可能とする。【省令改正】</p> <p>R3.1.13諮問・答申済</p>	

5.(1)④ 長期期間利用の介護予防リハビリテーションの適正化

概要	【介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション】
○ 近年の受給者数や利用期間及び利用者のADL等を踏まえ、適切なサービス提供とする観点から、介護予防サービスにおけるリハビリテーションについて、利用開始から一定期間が経過した後の評価の見直しを行う。【告示改正】	
単位数	
【介護予防訪問リハビリテーション】	
＜現行＞	＜改定後＞
なし	⇒ 利用開始日の属する月から12月超 5単位／回減算（新設）
【介護予防通所リハビリテーション】	
＜現行＞	＜改定後＞
なし	⇒ 利用開始日の属する月から12月超 要支援1の場合 20単位／月減算（新設） 要支援2の場合 40単位／月減算（新設）

145

5.(1)⑤ 事業所医師が診療しない場合の減算(未実施減算)の強化

概要	【訪問リハビリテーション★】				
<p>○ 訪問リハビリテーションについて、リハビリテーション計画の作成にあたって事業所医師が診療せずに「適切な研修の修了等」をした事業所外の医師が診療等した場合に適正化（減算）した単位数で評価を行う診療未実施減算について、事業所の医師の関与を進める観点から、以下の見直しを行う。【告示、通知改正】</p> <ul style="list-style-type: none"> 事業所外の医師に求められる「適切な研修の修了等」について、令和3年3月31日までとされている適用猶予措置期間を3年間延長する。 未実施減算の単位数の見直しを行う。 					
単位数					
<p>事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">＜現行＞</td> <td style="text-align: center;">＜改定後＞</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">20単位／回減算</td> <td style="text-align: center;">50単位／回減算</td> </tr> </table>		＜現行＞	＜改定後＞	20単位／回減算	50単位／回減算
＜現行＞	＜改定後＞				
20単位／回減算	50単位／回減算				
算定要件等					
<p>○ 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合には、例外として以下を要件とし、訪問リハビリテーションを提供できることとされているが、要件にある「適切な研修の修了等」について、適用猶予措置期間を令和6年3月31日まで延長。</p> <ul style="list-style-type: none"> 指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること 当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。 当該情報の提供を受けた指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、リハビリテーション計画を作成すること。 					

5. (1)⑫ サービス付き高齢者向け住宅等における 適正なサービス提供の確保

概要	【ア：訪問系サービス★（定期巡回・随時対応型訪問介護看護を除く）、通所系サービス★（地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★を除く）、福祉用具貸与★ イ：居宅介護支援】
<p>○ サービス付き高齢者向け住宅等における適正なサービス提供を確保する観点から、以下の対応を行う。</p> <p>一部R3.1.13諮問・答申済</p> <p>ア 訪問系サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護を除く）、通所系サービス（地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護を除く）及び福祉用具貸与について、事業所と同一の建物に居住する利用者に対してサービス提供を行う場合には、当該建物に居住する利用者以外に対してもサービス提供を行うよう努めることとする【省令改正】。また、事業所を市町村等が指定する際に、例えば、当該事業所の利用者のうち一定割合以上を当該事業所に併設する集合住宅以外の利用者とするよう努める、あるいはしなければならない等の条件を付することは差し支えないことを明確化する【通知改正】。</p> <p>イ 同一のサービス付き高齢者向け住宅等に居住する者のケアプランについて、区分支給限度基準額の利用割合が高い者が多い場合に、併設事業所の特定を行いつつ、当該ケアプランを作成する居宅介護支援事業者を事業所単位で抽出するなどの点検・検証を行うとともに、サービス付き高齢者向け住宅等における家賃の確認や利用者のケアプランの確認を行うことなどを通じて、介護保険サービスが入居者の自立支援等につながっているかの観点も考慮しながら、指導監督権限を持つ自治体による更なる指導の徹底を図る。 （居宅介護支援事業所を事業所単位で抽出するなどの点検・検証については、効率的な点検・検証の仕組みの周知期間の確保等のため、10月から施行）</p>	



153

6. ② 高齢者虐待防止の推進

概要	【全サービス★】
<p>○ 全ての介護サービス事業者を対象に、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることを義務づける。その際、3年の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】</p> <p>R3.1.13諮問・答申済</p>	

基準	
<p>○ 運営基準（省令）に以下を規定</p> <ul style="list-style-type: none"> 入所者・利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない旨を規定。 運営規程に定めておかなければならない事項として、「虐待の防止のための措置に関する事項」を追加。 虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じなければならない旨を規定。 <ul style="list-style-type: none"> 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること 虐待の防止のための指針を整備すること 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること 上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと <p>（※3年の経過措置期間を設ける。）</p>	

訪問リハビリテーション 基本報酬

単位数			
○訪問リハビリテーション	＜現行＞		＜改定後＞
	基本報酬	292単位／回	基本報酬 307単位／回
			
○介護予防訪問リハビリテーション	＜現行＞		＜改定後＞
	基本報酬	292単位／回	基本報酬 307単位／回
			

170

新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価

概要
○ 新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、全てのサービスについて、令和3年9月末までの間、基本報酬に0.1%上乘せする。

改定事項

- ① 1(1)①感染症対策の強化★
- ② 1(1)②業務継続に向けた取組の強化★
- ③ 3(2)①CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進★
- ④ 4(1)⑥人員配置基準における両立支援への配慮★
- ⑤ 4(1)⑦ハラスメント対策の強化★
- ⑥ 4(2)④会議や多職種連携におけるICTの活用★
- ⑦ 4(3)①利用者への説明・同意等に係る見直し★
- ⑧ 4(3)②員数の記載や変更届出の明確化★
- ⑨ 4(3)③記録の保存等に係る見直し★
- ⑩ 4(3)④運営規程等の掲示に係る見直し★
- ⑪ 6②高齢者虐待防止の推進★
- ⑫ 6④地域区分★

192

1.(6) 訪問リハビリテーション

改定事項

- 訪問リハビリテーション 基本報酬
- 新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価
- ① 2(1)②認知症に係る取組の情報公表の推進★
- ② 2(7)⑤特例居宅介護サービス費による地域の実情に応じたサービス提供の確保★
- ③ 3(1)①リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の一体的な推進★
- ④ 3(1)②リハビリテーションマネジメント加算の見直し★
- ⑤ 3(1)④退院・退所直後のリハビリテーションの充実★
- ⑥ 3(1)⑤社会参加支援加算の見直し
- ⑦ 3(1)⑦リハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書の書式の見直し★
- ⑧ 4(1)③サービス提供体制強化加算の見直し★
- ⑨ 5(1)④長期期間利用の介護予防リハビリテーションの適正化(予防のみ)
- ⑩ 5(1)⑤事業所医師が診療しない場合の減算(未実施減算)の強化★
- ⑪ 5(1)⑫サービス付き高齢者向け住宅等における適正なサービス提供の確保★

4 訪問リハビリテーション費

基本部分			注	注	注	注	注	注		注
			事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	特別地域訪問リハビリテーション加算	中山間地域等における小規模事業所加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	短期集中リハビリテーション実施加算	リハビリテーションマネジメント加算(A)	リハビリテーションマネジメント加算(B)	事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合
イ 訪問リハビリテーション費	病院又は診療所の場合	1回につき 307単位	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 合 ×90/100 事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合 ×85/100	+15/100	+10/100	+5/100	1日につき +200単位	リハビリテーションマネジメント加算(A)	リハビリテーションマネジメント加算(B)	1回につき +50単位
	介護老人保健施設の場合							イ 1月につき +180単位	イ 1月につき +450単位	
	介護医療院の場合							ロ 1月につき +213単位	ロ 1月につき +483単位	
ロ 経行支援加算			(1日につき 17単位を加算)							
ハ サービス提供体制強化加算	(1)サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		(1回につき +6単位)							
	(2)サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		(1回につき +3単位)							

：「特別地域訪問リハビリテーション加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」及び「サービス提供体制強化加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

「事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合」を適用する場合は、支給限度基準額の算定の際、当該算定前の単位数を算入

※ 令和3年9月30日までの間は、訪問リハビリテーション費のイについて、所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定する。

5 居宅療養管理指導費

基本部分			注 特別地域居宅療養管理指導加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
イ 医師が行う場合 (月2回を限度)	(1) 居宅療養管理指導費(Ⅰ) (2)以外	(一) 単一建物居住者1人 に対して行う場合 (514単位)	+15/100	+10/100	+5/100
		(二) 単一建物居住者2人以上9人 以下に対して行う場合 (486単位)			
		(三) (一)及び(二)以外の場合 (445単位)			
	(2) 居宅療養管理指導費(Ⅱ) (在宅時医学総合管理料 又は特定施設入居時等 医学総合管理料を算定 する場合)	(一) 単一建物居住者1人 に対して行う場合 (298単位)			
		(二) 単一建物居住者2人以上9人 以下に対して行う場合 (286単位)			
		(三) (一)及び(二)以外の場合 (259単位)			
ロ 歯科医師が行う場合 (月2回を限度)	(1) 単一建物居住者1人に対して行う場合 (516単位)				
	(2) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 (486単位)				
	(3) (1)及び(2)以外の場合 (440単位)				
ハ 薬剤師が行う場合	(1) 病院又は診療所の 薬剤師が行う場合 (月2回を限度)	(一) 単一建物居住者1人 に対して行う場合 (565単位)	+100単位		
		(二) 単一建物居住者2人以上9人 以下に対して行う場合 (416単位)			
		(三) (一)及び(二)以外の場合 (379単位)			
	(2) 薬局の薬剤師の場合 (月4回を限度)	(一) 単一建物居住者1人 に対して行う場合 (517単位)			
		(二) 単一建物居住者2人以上9人 以下に対して行う場合 (378単位)			
		(三) (一)及び(二)以外の場合 (341単位)			
(四) 情報通信機器を用いて行う場合 (月1回を限度) (45単位)					
ニ 管理栄養士が行う場合 (月2回を限度)	(1) 当該指定居宅療養管理 指導事業所の管理 栄養士が行った場合	(一) 単一建物居住者1人 に対して行う場合 (544単位)	+15/100		
		(二) 単一建物居住者2人以上9人 以下に対して行う場合 (486単位)			
		(三) (一)及び(二)以外の場合 (443単位)			
	(2) 当該指定居宅療養管理 指導事業所以外の管理 栄養士が行った場合	(一) 単一建物居住者1人 に対して行う場合 (524単位)			
		(二) 単一建物居住者2人以上9人 以下に対して行う場合 (466単位)			
		(三) (一)及び(二)以外の場合 (423単位)			
ホ 歯科衛生士等が行う場合 (月4回を限度)	(1) 単一建物居住者1人に対して行う場合 (361単位)				
	(2) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 (326単位)				
	(3) (1)及び(2)以外の場合 (294単位)				

※ ハ(2)(一)(二)(三)について、がん末期の患者及び中心静脈栄養患者については、週2回かつ月8回算定できる。

※ 令和3年9月30日までの間は、居宅療養管理指導費のイからホまでについて、所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定する。

2 介護予防訪問看護費

基本部分		注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注											
		看護講師の場合	夜間若しくは早朝の場合又は深夜の場合	複数名訪問加算(Ⅰ)	複数名訪問加算(Ⅱ)	1時間30分以上の介護予防訪問看護を行う場合	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	特別地域介護予防訪問看護加算	中山間地域等における小規模事業所加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	緊急時介護予防訪問看護加算(※)	特別管理加算	注											
イ 指定介護予防訪問看護ステーションの場合	(1) 20分未満 週に1回以上、20分以上の保健師又は看護士による訪問を行った場合算定可能 (302単位)	×90/100	夜間又は早朝の場合 +25/100 深夜の場合 +50/100	30分未満の場合 +254単位 30分以上の場合 +402単位	30分未満の場合 +201単位 30分以上の場合 +317単位	+300単位	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 ×90/100 事業所と同一建物の利用者の利用者50人以上にサービスを行う場合 ×85/100	+15/100	+10/100	+5/100	1月につき +574単位	1月につき (Ⅰ)の場合 +500単位 又は (Ⅱ)の場合 +250単位	利用を開始した日の前月までの前月の利用実績に基づき、前月の利用実績に基づき算定した期間に介護予防訪問看護を行った場合											
	(2) 30分未満 (450単位)																							
	(3) 30分以上1時間未満 (792単位)																							
	(4) 1時間以上1時間30分未満 (1,087単位)																							
	(5) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合 ※ 1日に2回を超えて実施する場合は50/100 (283単位)																							
ロ 病院又は診療所の場合	(1) 20分未満 週に1回以上、20分以上の保健師又は看護士による訪問を行った場合算定可能 (255単位)	×90/100				+300単位					1月につき +315単位													
	(2) 30分未満 (281単位)																							
	(3) 30分以上1時間未満 (532単位)																							
	(4) 1時間以上1時間30分未満 (812単位)																							
ハ 初回加算		(1月につき +300単位)																						
ニ 通院時共同指導加算		(1月につき +600単位)																						
ホ 看護体制強化加算		(1月につき +100単位)																						
ヘ サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	(1月につき +6単位)																						
	(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	(1月につき +3単位)																						
「特別地域介護予防訪問看護加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「緊急時介護予防訪問看護加算」、「特別管理加算」及び「サービス提供体制強化加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目 「事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合」を適用する場合は、支給限度額管理の算定の際、当該減算前の単位数を算入																								
※ 1月以内の2回目以降の緊急時訪問については、早朝・夜間、深夜の介護予防訪問看護に係る加算を算定できるものとする。																								
※ 令和3年9月30日までの間は、介護予防訪問看護費のイ及びロについて、所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定する。																								

3 介護予防訪問リハビリテーション費

基本部分			注	注	注	注	注	注
			事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	特別地域介護予防訪問リハビリテーション加算	中山間地域等における小規模事業所加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	短期集中リハビリテーション実施加算	事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合
イ 介護予防訪問 リハビリテーション	病院又は診療所の場合	1回につき 307単位	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 ×90/100 事業所と同一建物の利用者の利用者50人以上にサービスを行う場合 ×85/100	+15/100	+10/100	+5/100	1日ににつき +200単位	利用を開始した日の前月までの前月の利用実績に基づき、前月の利用実績に基づき算定した期間に介護予防訪問リハビリテーションを行った場合
	介護老人保健施設の場合							
	介護療養施設の場合							
ロ 事業所評価加算			(1月につき 120単位を加算)					
ハ サービス提供体制 強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		(1月につき +6単位)					
	(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		(1月につき +3単位)					
「特別地域介護予防訪問リハビリテーション加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」及び「サービス提供体制強化加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目 「事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合」を適用する場合は、支給限度額管理の算定の際、当該減算前の単位数を算入								
※ 令和3年9月30日までの間は、介護予防訪問リハビリテーション費のイについて、所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定する。								

「令和3年9月30日までの上乗せ分」の計算方法について

I-資料10

- ① 令和3年9月30日までは、基本報酬に「令和3年9月30日までの上乗せ分」を加えた額が基本報酬となる。
- 具体的には、1月当たりの基本報酬に0.1%を乗じた額（四捨五入。ただし、1単位未満となる場合は切り上げ。）が「令和3年9月30日までの上乗せ分」の額となる。
- ただし、基本報酬に加減算を乗じた額をサービスコードとしている場合には、当該サービスコードによる1月あたりの算定単位数に「令和3年9月30日までの上乗せ分」を乗じることとなる。
- そのため、以下表に「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり、1月あたりの算定単位数として合計する基本報酬と加減算等をサービスごとに示す。
- ②基本報酬に係るその他の加減算（共生型サービスにおける減算、特別地域加算、同一建物減算等）の計算対象に、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を含める。
- ③介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算の計算対象に、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を含める。

■サービス種類別「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり合計するサービスコード

No	サービス種類	「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり合計するサービスコード
1	訪問介護	対象となるサービスコード 別紙「訪問介護」参照 （※）基本部分（「イ 身体介護」～「ハ 通院等乗降介助」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・身体介護に引き続き生活援助を行った場合 ・2人の訪問介護員等による場合 ・夜間若しくは早朝の場合又は深夜の場合 ・特定事業所加算Ⅰ～Ⅳ
2	訪問入浴介護	対象となるサービスコード 別紙「訪問入浴」参照 （※）基本部分（「イ 訪問入浴介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・介護職員3人が行った場合 ・全身入浴が困難で、清拭又は部分浴を実施した場合
3	訪問看護	対象となるサービスコード 別紙「訪問看護」参照 （※）基本部分（「イ 指定訪問看護ステーションの場合」～「ハ 定期巡回・随時対応随時対応訪問看護看護事業所と連携する場合」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・准看護師の場合 ・夜間又は早朝の場合、若しくは深夜の場合 ・複数名訪問加算 ・1時間30分以上の訪問看護を行う場合 ・要介護5の者の場合
4	訪問リハビリテーション	対象となるサービスコード 別紙「訪問リハビリ」参照 （※）基本部分（「イ 訪問リハビリテーション費」）に係るサービスコード
5	居宅療養管理指導	対象となるサービスコード 別紙「居宅療養管理指導」参照 （※）基本部分（「イ 医師が行う場合」～「ホ 歯科衛生士等が行う場合」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・特別な薬剤の投薬が行われている在宅の利用者又は居住系施設入居者等に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合
6	通所介護	対象となるサービスコード 別紙「通所介護」参照 （※）基本部分（「イ 通常規模型通所介護費」～「ハ 大規模型通所介護費（Ⅱ）」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・利用者の数が利用定員を超える場合 ・看護・介護職員の員数が基準に満たない場合 ・2時間以上3時間未満の通所介護を行う場合
7	通所リハビリテーション	対象となるサービスコード 別紙「通所リハビリ」参照 （※）基本部分（「イ 通常規模の事業所の場合」～「ハ 大規模の事業所（Ⅱ）の場合」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・利用者の数が利用定員を超える場合 ・医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護・介護職員の員数が基準に満たない場合
8	短期入所生活介護	対象となるサービスコード 別紙「短期入所生活」参照 （※）基本部分（「イ 短期入所生活介護費」、「ロ ユニット型短期生活入所介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 ・利用者の数及び入所者の数の合計数が入所定員を超える場合 ・介護・看護職員の員数が基準に満たない場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合
9	短期入所療養介護 イ 介護老人保健施設における短期入所療養介護費	対象となるサービスコード 別紙「短期入所療養イ」参照 （※）基本部分（「（1） 介護老人保健施設短期入所療養介護費」～「（3） 特定介護老人保健施設短期入所療養介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 ・利用者の数及び入所者の数の合計数が入所定数をを超える場合 ・医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の員数が基準に満たない場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合

「令和3年9月30日までの上乗せ分」の計算方法について

I-資料10

- ① 令和3年9月30日までは、基本報酬に「令和3年9月30日までの上乗せ分」を加えた額が基本報酬となる。
- 具体的には、1月当たりの基本報酬に0.1%を乗じた額（四捨五入。ただし、1単位未満となる場合は切り上げ。）が「令和3年9月30日までの上乗せ分」の額となる。
- ただし、基本報酬に加減算を乗じた額をサービスコードとしている場合には、当該サービスコードによる1月あたりの算定単位数に「令和3年9月30日までの上乗せ分」を乗じることとなる。
- そのため、以下表に「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり、1月あたりの算定単位数として合計する基本報酬と加減算等をサービスごとに示す。
- ②基本報酬に係るその他の加減算（共生型サービスにおける減算、特別地域加算、同一建物減算等）の計算対象に、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を含める。
- ③介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算の計算対象に、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を含める。

■サービス種類別「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり合計するサービスコード

No	サービス種類	「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり合計するサービスコード
23	介護予防訪問入浴介護	対象となるサービスコード 別紙「予防訪問入浴」参照 （※）基本部分（「イ 介護予防訪問入浴介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・介護職員2人が行った場合 ・全身入浴が困難で、清拭又は部分浴を実施した場合
24	介護予防訪問看護	対象となるサービスコード 別紙「予防訪問看護」参照 （※）基本部分（「イ 指定介護予防訪問看護ステーションの場合」、「ロ 病院又は診療所の場合」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・准看護師の場合 ・夜間若しくは早朝の場合又は深夜の場合 ・複数名訪問加算 ・1時間30分以上の介護予防訪問看護を行う場合
25	介護予防訪問リハビリテーション	対象となるサービスコード 別紙「予防訪問リハ」参照 （※）基本部分（「イ 介護予防訪問リハビリテーション費」）に係るサービスコード
26	介護予防居宅療養管理指導	対象となるサービスコード 別紙「予防居宅療養管理指導」参照 （※）基本部分（「イ 医師が行う場合」～「ホ 歯科衛生士等が行う場合」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・特別な薬剤の投薬が行われている在宅の利用者又は居住系施設入居者等に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合
27	介護予防通所リハビリテーション	対象となるサービスコード 別紙「予防通所リハ」参照 （※）基本部分（「イ 介護予防通所リハビリテーション費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・利用者の数が利用定員を超える場合 ・医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護・介護職員の員数が基準に満たない場合
28	介護予防短期入所生活介護	対象となるサービスコード 別紙「予防短期入所生活」参照 （※）基本部分（「イ 介護予防短期入所生活介護費」、「ロ ユニット型介護予防短期入所生活介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 ・利用者の数及び入所者の数の合計数が入所定員を超える場合 ・介護・看護職員の員数が基準に満たない場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合
29	介護予防短期入所療養介護 イ 介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護費	対象となるサービスコード 別紙「予防短期入所療養イ」参照 （※）基本部分（「（1） 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費」、「（2） ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 ・利用者の数及び入所者の数の合計数が入所定数を超過する場合 ・医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の員数が基準に満たない場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合
30	介護予防短期入所療養介護 ロ 療養病床を有する病院における介護予防短期入所療養介護費	対象となるサービスコード 別紙「予防短期入所療養ロ」参照 （※）基本部分（「（1） 病院療養病床介護予防短期入所療養介護費」～「（4） ユニット型病院療養病床経過型介護予防短期入所療養介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 ・利用者の数及び入院患者の数の合計数が入院患者の定員を超える場合 ・看護・介護職員の員数が基準に満たない場合 ・看護師が基準に定められた看護職員の員数に20/100を乗じて得た数未満の場合 ・僻地の医師確保計画を届出したもので、医師の数が基準に定められた医師の員数に60/100を乗じて得た数未満である場合 ・僻地の医師確保計画を届出したもの以外で、医師の数が基準に定められた医師の員数に60/100を乗じて得た数未満である場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合

指 定 居 宅 サ ー ビ ス	しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問看護事業所が、医療ニーズの高い利用者への指定訪問看護の提供体制を強化した場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。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。	550単位 200単位
	(1) 看護体制強化加算(I) (2) 看護体制強化加算(II)	
	チ サービス提供体制強化加算	
注	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訪問看護事業所が、利用者に対し、指定訪問看護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、イ及びロについては1回につき、次に掲げる所定単位数を加算する。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。	600単位 300単位
	(1) 看護体制強化加算(I) (2) 看護体制強化加算(II)	
	チ サービス提供体制強化加算	
4	訪問リハビリテーション費	292単位
	イ 訪問リハビリテーション費（1回につき）	
	注 1～5 （略）	
6	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訪問リハビリテーション事業所が、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退所した日（以下「退院（所）日」という。）又は法第19条第1項に規定する要介護認定（以下「要介護認定」という。）の効力が生じた日（当該利用者が新たに要介護認定を受	

けた者である場合に限る。以下「認定日」という。) 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は、短期集中リハビリテーション実施として、1日につき200単位を所定単位数に加算する。

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訪問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共同し、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、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、次に掲げる単位数を所定単位数に加算(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は算定しない場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

(1)	リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	180単位
(2)	リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	213単位
(3)	リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	450単位
(4)	リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	483単位

8・9 (略)

10 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している指定訪問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、当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき50単位を所定単位数から減算する。

ロ 移行支援加算 17単位

注 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

けた者である場合に限る。以下「認定日」という。) 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は、短期集中リハビリテーション実施加算として、1日につき200単位を所定単位数に加算する。

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訪問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共同し、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、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マネジメント加算(Ⅰ)	230単位
ロ	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	280単位
ハ	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)	320単位
ニ	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)	420単位

8・9 (略)

10 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している指定訪問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、当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき20単位を所定単位数から減算する。

ロ 社会参加支援加算 17単位

注 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

<p>都道府県知事に届け出た指定訪問リハビリテーション事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の<u>指定通所介護事業所</u>（指定居宅サービス基準第93条第1項に規定する指定通所介護事業所をいう。以下同じ。）等への移行等を支援した場合は、<u>移行支援加算</u>として、評価対象期間（別に厚生労働大臣が定める期間をいう。）の末日が属する年度の年度内に限り、1日につき所定単位数を加算する。</p>	
ハ	サービス提供体制強化加算
注	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訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、 <u>当該基準に掲げる区分に従い、1回につき次に掲げる所定単位数を加算する。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。</u>
(1)	<u>サービス提供体制強化加算Ⅰ</u>
(2)	<u>サービス提供体制強化加算Ⅱ</u>
5	居宅療養管理指導費
イ	医師が行う場合
(1)	居宅療養管理指導費Ⅰ
(一)	単一建物居住者1人に対して行う場合
(二)	単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合
(三)	(一)及び(二)以外の場合
(2)	居宅療養管理指導費Ⅱ
(一)	単一建物居住者1人に対して行う場合
(二)	単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合
(三)	(一)及び(二)以外の場合
注1	在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、指定居宅療養管理指導事業所（指定居宅サービス基準第85条第

<p>都道府県知事に届け出た指定訪問リハビリテーション事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の<u>社会参加等を支援した場合は、社会参加支援加算</u>として、評価対象期間（別に厚生労働大臣が定める期間をいう。）の末日が属する年度の年度内に限り、1日につき所定単位数を加算する。</p>	
ハ	サービス提供体制強化加算
注	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訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、 <u>1回につき所定単位数を加算する。</u>
(新設)	
(新設)	
5	居宅療養管理指導費
イ	医師が行う場合
(1)	居宅療養管理指導費Ⅰ
(一)	単一建物居住者1人に対して行う場合
(二)	単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合
(三)	(一)及び(二)以外の場合
(2)	居宅療養管理指導費Ⅱ
(一)	単一建物居住者1人に対して行う場合
(二)	単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合
(三)	(一)及び(二)以外の場合
注1	在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、指定居宅療養管理指導事業所（指定居宅サービス基準第85条第

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（抄）

定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。また、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下この注において「理学療法士等」という。）が指定介護予防訪問看護を行った場合は、イの(5)の所定単位数を算定することとし、理学療法士等が1日に2回を超えて指定介護予防訪問看護を行った場合、1回につき100分の50に相当する単位数を算定する。		定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。また、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下この注において「理学療法士等」という。）が指定介護予防訪問看護を行った場合は、イの(5)の所定単位数を算定することとし、理学療法士等が1日に2回を超えて指定介護予防訪問看護を行った場合、1回につき100分の90に相当する単位数を算定する。	
2～12（略）	2～12（略）	(新設)	
13	イ(5)について、利用者に対して、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による指定介護予防訪問看護の利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定介護予防訪問看護を行う場合は、1回につき5単位を所定単位数から減算する。		
ハ・ニ（略）	ハ・ニ（略）		
ホ	看護体制強化加算	看護体制強化加算	300単位
注	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訪問看護事業所が、医療ニーズの高い利用者への指定介護予防訪問看護の提供体制を強化した場合は、1月につき所定単位数を加算する。	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訪問看護事業所が、医療ニーズの高い利用者への指定介護予防訪問看護の提供体制を強化した場合は、1月につき所定単位数を加算する。	
ヘ	サービス提供体制強化加算	サービス提供体制強化加算	6単位
注	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訪問看護事業所が、利用者に対し、指定介護予防訪問看護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1回につき次に掲げる所定単位数を加算する。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。	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訪問看護事業所が、利用者に対し、指定介護予防訪問看護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1回につき次に掲げる所定単位数を加算する。	
(1)	サービス提供体制強化加算Ⅰ	(新設)	6単位
(2)	サービス提供体制強化加算Ⅱ	(新設)	3単位
3	介護予防訪問リハビリテーション費	介護予防訪問リハビリテーション費	
イ	介護予防訪問リハビリテーション費（1回につき）	介護予防訪問リハビリテーション費（1回につき）	307単位
注	1～6（略）	注	1～6（略）

<p>(削る)</p>	<p>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介護予防訪問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<u>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、1月につき230単位を所定単位数に加算する。</u></p>
<p>7・8 (略)</p>	<p>9 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している指定介護予防訪問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、当該指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して、指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合、1回につき<u>50単位を所定単位数から減算する。</u></p>
<p>8・9 (略)</p>	<p>10 利用者に対して、指定介護予防訪問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12月を超えて指定介護予防訪問リハビリテーションを行う場合は、1回につき5単位を所定単位数から減算する。</p>
<p>ロ (略)</p>	<p>ハ サービス提供体制強化加算</p>
<p>注</p>	<p>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訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1回につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p>
<p>(1)</p>	<p>サービス提供体制強化加算Ⅰ</p>
<p>(2)</p>	<p>サービス提供体制強化加算Ⅱ</p>
<p>4</p>	<p>介護予防居宅療養管理指導費</p>
<p>イ</p>	<p>医師が行う場合</p>
<p>7</p>	<p>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訪問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230単位を所定単位数に加算する。</p>
<p>8・9 (略)</p>	<p>10 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している指定介護予防訪問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、当該指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して、指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合、1回につき20単位を所定単位数から減算する。</p>
<p>(新設)</p>	<p></p>
<p>ロ (略)</p>	<p>ハ サービス提供体制強化加算</p>
<p>注</p>	<p>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訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき所定単位数を加算する。</p>
<p>(新設)</p>	<p></p>
<p>(新設)</p>	<p></p>
<p>4</p>	<p>介護予防居宅療養管理指導費</p>
<p>イ</p>	<p>医師が行う場合</p>

十二 訪問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
(削る)

十二 訪問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) 訪問リハビリテーション計画（指定居宅サービス等基準第
八十一条第一項に規定する訪問リハビリテーション計画をい
う。以下同じ。）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) 指定訪問リハビリテーション事業所（指定居宅サービス等
基準第七十六条第一項に規定する指定訪問リハビリテーショ
ン事業所をいう。以下同じ。）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（法第七条第五項に規定す
る介護支援専門員をいう。以下同じ。）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) 指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定訪問リ
ハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士
、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リ
ハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション
開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテー
ションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおけ
る利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行う
こと。

(4) (3)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
(3)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように
記録すること。

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

- (1) 指定訪問リハビリテーション事業所（指定居宅サービス等基準第七十六条第一項に規定する指定訪問リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。）の医師が、指定訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。
- (2) (1)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(1)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。

- (3) (略)
- (4) 訪問リハビリテーション計画（指定居宅サービス等基準第八十一条第一項に規定する訪問リハビリテーション計画をいう。以下同じ。）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。

- (5) (略)
- (6) 指定訪問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（法第七条第五項に規定する介護支援専門員をいう。以下同じ。）に対し、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こと。

- (7) 次のいずれかに適合すること。

(一)・(二) (略)

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(3)及び(4)に掲げる基準に適合すること。

(新設)

- (2) (略)
- (3) 訪問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) (略)
- (5) 指定訪問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、介護支援専門員に対し、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こと。

- (6) 以下のいずれかに適合すること。

(一)・(二) (略)

(8) (1)から(7)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。

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

(1) イ(1)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

(2) 利用者ごとの訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

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

(1) イ(1)から(3)まで及び(5)から(7)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

(1) (略) (2) 利用者ごとの訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

十二の二 指定訪問リハビリテーション事業所の医師による診療を行わずに利用者に対して指定訪問リハビリテーションを行った場合の減算に係る基準

イ (略) ロ イの規定に関わらず、令和三年四月一日から令和六年三月三十一日までの間に、イ(1)及び(3)に掲げる基準に適合する場合には、同期間に限り、指定居宅サービス介護給付費単位数の訪問リハビリテーション費の注10を算定できるものとする。

十三 訪問リハビリテーション費における移行支援加算の基準

(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。

(新設)

ハ 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) ロ(1)、(2)及び(4)から(6)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

(2)・(3) (略) 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) (略) (2) 指定訪問リハビリテーション事業所における訪問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。

十二の二 指定訪問リハビリテーション事業所の医師による診療を行わずに利用者に対して指定訪問リハビリテーションを行った場合の減算に係る基準

イ (略)

ロ イの規定に関わらず、平成三十年四月一日から平成三十一年三月三十一日までの間に、イ(1)及び(3)に掲げる基準に適合する場合には、同期間に限り、指定居宅サービス介護給付費単位数の訪問リハビリテーション費の注10を算定できるものとする。

十三 訪問リハビリテーション費における社会参加支援加算の基準

イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 評価対象期間において指定訪問リハビリテーションの提供を終了した者（以下「訪問リハビリテーション終了者」という。）のうち、指定通所介護（指定居宅サービス等基準第九十二条に規定する指定通所介護をいう。以下同じ。）、指定通所リハビリテーション（指定居宅サービス等基準第一百条に規定する指定通所リハビリテーションをいう。以下同じ。）、指定地域密着型通所介護（指定地域密着型サービス基準第十九条に規定する指定地域密着型通所介護をいう。以下同じ。）、指定認知症対応型通所介護（指定地域密着型サービス基準第四十一条に規定する指定認知症対応型通所介護をいう。以下同じ。）、指定小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービス基準第六十二条に規定する指定小規模多機能型居宅介護をいう。第五十四号において同じ。）、指定看護小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービス基準第七十条に規定する指定看護小規模多機能型居宅介護をいう。第七十九号口において同じ。）、指定介護予防通所リハビリテーション（指定介護予防サービス等基準第一百六条に規定する指定介護予防通所リハビリテーションをいう。以下同じ。）、指定介護予防認知症対応型通所介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型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（平成十八年厚生労働省令第三十六号。以下「指定地域密着型介護予防サービス基準」という。）第四条に規定する指定介護予防認知症対応型通所介護をいう。）、指定介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービス基準第四十三条に規定する指定介護予防小規模多機能型居宅介護をいう。）、法第十五条の四十五第一項第一号に規定する第一号通所事業その他社会参加に資する取組（以下「指定通所介護等」という。）を実施した者の占める割合が、百分の五を超えていること。

イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 評価対象期間において指定訪問リハビリテーションの提供を終了した者（以下「訪問リハビリテーション終了者」という。）のうち、指定通所介護（指定居宅サービス等基準第九十二条に規定する指定通所介護をいう。以下同じ。）、指定通所リハビリテーション（指定居宅サービス等基準第一百条に規定する指定通所リハビリテーションをいう。以下同じ。）、指定地域密着型通所介護（指定地域密着型サービス基準第十九条に規定する指定地域密着型通所介護をいう。以下同じ。）、指定認知症対応型通所介護（指定地域密着型サービス基準第四十一条に規定する指定認知症対応型通所介護をいう。以下同じ。）、指定小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービス基準第六十二条に規定する指定小規模多機能型居宅介護をいう。第五十四号において同じ。）、指定看護小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービス基準第七十条に規定する指定看護小規模多機能型居宅介護をいう。第七十九号口において同じ。）、指定介護予防通所リハビリテーション（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。以下「指定介護予防サービス等基準」という。）第一百六条に規定する指定介護予防通所リハビリテーションをいう。以下同じ。）、指定介護予防認知症対応型通所介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型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（平成十八年厚生労働省令第三十六号。以下「指定地域密着型介護予防サービス基準」という。）第四条に規定する指定介護予防認知症対応型通所介護をいう。）、指定介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービス基準第四十三条に規定する指定介護予防小規模多機能型居宅介護をいう。）

(2) 評価対象期間中に指定訪問リハビリテーションの提供を終了した日から起算して十四日以降四十四日以内に、指定訪問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、訪問リハビリテーション終了者に対して、当該訪問リハビリテーション終了者の指定通所介護等の実施状況を確認し、記録していること。

ロ (略)

ハ 訪問リハビリテーション終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するに当たり、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供すること。

十四 訪問リハビリテーション費におけるサービス提供体制強化加算の基準

イ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 指定訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続年数七年以上の者がいること。

ロ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 指定訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続年数三年以上の者がいること。

十四の二 (略)

十四の三 通所介護費、地域密着型通所介護費、認知症対応型通所介護費及び介護予防認知症対応型通所介護費における入浴介助加算の基準

イ 入浴介助加算(Ⅰ) 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であること。

、法第百十五条の四十五第一項第一号ロに規定する第一号通所事業その他社会参加に資する取組(以下「指定通所介護等」という。)を実施した者の占める割合が、百分の五を超えていること。

(2) 評価対象期間中に指定訪問リハビリテーションの提供を終了した日から起算して十四日以降四十四日以内に、指定訪問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、訪問リハビリテーション終了者に対して、その居宅を訪問すること又は介護支援専門員から居宅サービス計画に関する情報提供を受けること(「居宅訪問等」という。)(により、当該訪問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、三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。

ロ (略)

十四 訪問リハビリテーション費におけるサービス提供体制強化加算の基準

(新設)

指定訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続年数三年以上の者がいること。

十四の二 (略)

(新設)

予防訪問看護加算（指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問看護費の注9に係る加算をいう。）と、同号イ(1)中「特別管理加算（指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費の注11に係る加算をいう。）とあるのは「特別管理加算（指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問看護費の注10に係る加算をいう。）と、同号イ(1)四中「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。以下「指定介護予防サービス等基準」という。）第六十三条第一項に規定する指定介護予防訪問看護事業所」とあるのは「指定訪問看護事業所」と読み替えるものとする。

百五・百六（略）
百六の二 削除

る。

百五・百六（略）

百六の二 介護予防訪問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) 介護予防訪問リハビリテーション計画（指定介護予防サービス等基準第八十三条に規定する介護予防訪問リハビリテーション計画をいう。）の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。

(2) 指定介護予防訪問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七十九条第一項に規定する指定介護予防訪問リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。）の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、法第十五条の四十五第一号イに規定する第一号訪問事業その他の指定介護予防サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。

(3) 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定介護予防訪問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

百六の三 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師による診療を行わずに利用者に対して指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合の減算に係る基準
イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 指定介護予防訪問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七十九条第一項に規定する指定介護予防訪問リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。）の利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であつて、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること。

(2)・(3) (略)

ロ イの規定に関わらず、令和三年四月一日から令和六年三月三十一日までの間に、イ(1)及び(3)に掲げる基準に適合する場合には、同期間に関し、指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問リハビリテーション費の注9を算定できるものとする。

百六の四 介護予防訪問リハビリテーション費における事業所評価加算の基準

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
(削る)

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一以上の指示を行うこと。

(4) (3)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(3)の基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。

百六の三 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師による診療を行わずに利用者に対して指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合の減算に係る基準
イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であつて、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること。

(2)・(3) (略)

ロ イの規定に関わらず、平成三十年四月一日から平成三十一年三月三十一日までの間に、イ(1)及び(3)に掲げる基準に適合する場合には、同期間に関し、指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問リハビリテーション費の注10を算定できるものとする。

百六の四 介護予防訪問リハビリテーション費における事業所評価加算の基準

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
イ 指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問リ

ハビリテーション費の注7に掲げる別に厚生労働省が定める基

イ(略)
(削る)

ロ(2)の規定により算定した数を(1)に規定する数で除して得た数が〇・七以上であること。

(1) 評価対象期間において、法第三十三条第二項に基づく要支援更新認定又は法第三十三条の二第一項に基づく要支援状態区分の変更の認定(2)及び第百十号ニにおいて「要支援更新認定等」という。)を受けた者の数

(2) 評価対象期間に行われる要支援更新認定等において、当該要支援更新認定等の前の要支援状態区分と比較して、要支援状態区分に変更がなかった者(指定介護予防支援事業者(法第五十八条第一項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。)(法第五十八条第一項に規定する介護予防サービス計画(法第八条の二第十六項に規定する介護予防サービス計画をいう。)に定める目標に照らし、当該指定介護予防サービス事業者(法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者をいう。)(によるサービスの提供が終了したと認める者に限る。第百十号ニ(2)において同じ。))の数に、要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援二の者であつて、要支援更新認定等により要支援一と判定されたもの又は要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援一の者であつて、要支援更新認定等により非該当と判定されたものの人数及び要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援二の者であつて、要支援更新認定等により

準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て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。

ハ(略)
(略)

ロ(2)の規定により算定した数を(1)に規定する数で除して得た数が〇・七以上であること。

ニ(2)の規定により算定した数を(1)に規定する数で除して得た数が〇・七以上であること。

(1) 評価対象期間において、リハビリテーションマネジメント加算を三月以上算定し、かつ、当該加算を算定した後、法第三十三条第二項に基づく要支援更新認定又は法第三十三条の二第一項に基づく要支援状態区分の変更の認定(2)、ホ(2)及び第百十号ニにおいて「要支援更新認定等」という。)を受けた者の数

(2) リハビリテーションマネジメント加算を算定した後、評価対象期間に行われる要支援更新認定等において、当該要支援更新認定等の前の要支援状態区分と比較して、要支援状態区分に変更がなかった者(指定介護予防支援事業者(法第五十八条第一項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。)(法第五十八条第一項に規定する介護予防サービス計画(法第八条の二第十六項に規定する介護予防サービス計画をいう。)に定める目標に照らし、当該指定介護予防サービス事業者(法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者をいう。)(によるサービスの提供が終了したと認める者に限る。ホ(2)ニ及び第百十号ニ(2)において同じ。))の数に、要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援二の者であつて、要支援更新認定等により要支援一と判定されたもの又は要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援一の者であつて、要支援更新認定等により非該当と判定されたものの人数及び要支援更新認定等の前の

り非該当と判定されたものの人数の合計数に二を乗じて得た
数を加えたもの

(削る)

要支援状態区分が要支援二の者であつて、要支援更新認定等
により非該当と判定されたものの人数の合計数に二を乗じて
得た数を加えたもの

ホ

イからニまでの規定に関わらず、平成三十年四月一日から平
成三十一年三月三十一日までの間に、次に掲げる基準のいずれ
かに適合するものとして都道府県知事に届け出た場合には、届
出を行った日から平成三十一年三月三十一日までの間に限り、
介護予防訪問リハビリテーション費における事業所評価加算の
基準に適合しているものとする。

(1) 指定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、平成三十年四月一日から平成三十一年三月三十
一日までの間、介護予防通所リハビリテーション費における
事業所評価加算の基準に適合しているものであること。

(2) 平成三十年一月一日以前に指定介護予防訪問リハビリテー
ションを提供し、同年四月一日から平成三十一年三月三十一
日までの間に介護予防通所リハビリテーション費における事
業所評価加算の基準に適合しない事業所であつて、評価対象
期間（平成二十九年一月一日から同年十二月三十一日までの
期間（同年中に指定介護予防訪問リハビリテーションを開始
した指定介護予防訪問リハビリテーション事業所においては
、指定介護予防訪問リハビリテーションを開始した日の属す
る月から同年十二月までの期間）をいう。（二）において同じ。
）に、次に掲げる基準に適合するものであること。

（一）イ及びロの基準に適合していること。

（二）
b の規定により算出して得た数をaの規定により算出し
て得た数で除して得た数が〇・七以上であること。

a 評価対象期間において、要支援更新認定等を受けた者
の数

b 評価対象期間に行われる要支援更新認定等において、
当該要支援更新認定等の前の要支援状態区分と比較して
、要支援状態区分に変更がなかった者の数に、要支援更

新認定等の前の要支援状態区分が要支援二の者であつて、要支援更新認定等により要支援一と判定されたものは要支援更新認定等による変更前の要支援状態区分が要支援一の者であつて、要支援更新認定等により非該当と判定されたものの人数及び要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援二の者であつて、要支援更新認定等において非該当と判定されたものの人数の合計数に二を乗じて得た数を加えたもの

百六の五
介護予防通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算の基準

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 介護予防通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。

(2) 指定介護予防通所リハビリテーション事業所（指定介護予防サービス等基準第一百七条第一項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。以下この号及び第一百十号において同じ。）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対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。

(3) 新規に介護予防通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該計画に従い、指定介護予防通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して一月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行っていること。

(4) 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師が、指定介護予防通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所

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の基準
次のいずれにも適合すること。

イハ (略)

ニ 指定介護予防通所リハビリテーション事業所(指定介護予防サービス等基準第一百七条第一項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。)の医師又は医師の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利用者の居室を訪問し生活行為に関する評価をおおむね一月に一回以上実施すること。

百七 介護予防通所リハビリテーション費における運動器機能向上加算の基準

通所介護費等算定方法第十六号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

百七の二 介護予防通所リハビリテーション費及び通所型サービス費における口腔・栄養スクリーニング加算の基準

イ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 利用開始時及び利用中六月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報(当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれの

の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか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であると明確にわかるように記録すること。

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。

イハ (略)

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。

百七 介護予防通所リハビリテーション費における運動器機能向上加算の基準

通所介護費等算定方法第十五号及び第十六号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

(新設)

○ 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）（抄）

新		旧
<p>第1 届出手続の運用</p> <p>1 届出の受理</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) 届出に係る加算等の算定の開始時期</p> <p>届出に係る加算等（算定される単位数が増えるものに限る。以下同じ。）については、適正な支給限度額管理のため、利用者や居宅介護支援事業者に対する周知期間を確保する観点から、届出が毎月 15 日以前になされた場合には翌月から、16 日以降になされた場合には翌々月から、算定を開始するものとする。</p> <p>ただし、令和3年4月から算定を開始する加算等の届出については、前記にかかわらず、同年4月1日以前になされていれば足りるものとする。</p> <p>2～6 (略)</p> <p>第2 居宅サービス単位数表（訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。）に関する事項</p> <p>1 通則</p> <p>(1) 算定上における端数処理について</p> <p>① 単位数算定の際の端数処理</p> <p>単位数の算定については、基本となる単位数に加減算の計算（何らかの割合を乗ずる計算に限る。）を行う度に、小数点以下の端数処理（四捨五入）を行っていくこととする。つまり、絶えず整数値に割合を乗じていく計算になる。</p> <p>この計算の後、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等の一部を改正する告示（令和3年厚生労働省告示第 73 号）附則第12条に規定する単位数の計算を行う場合も、小数点以下の端数処理（四捨五入）を行うが、小数点以下の端数処理の結果、上乗せされる単位数が1単位に満たない場合は、1単位に切り上げて算定する。</p> <p>ただし、特別地域加算等の支給限度額管理対象外となる加算や事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物利用者 20 人以上にサービスを行う場合の減算を算定する場合等については、対象となる単位数の合計に当該加減算の割合を乗じて、当該加減算の単位数を算定することとする。</p>	<p>第1 届出手続の運用</p> <p>1 届出の受理</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) 届出に係る加算等の算定の開始時期</p> <p>届出に係る加算等（算定される単位数が増えるものに限る。以下同じ。）については、適正な支給限度額管理のため、利用者や居宅介護支援事業者に対する周知期間を確保する観点から、届出が毎月 15 日以前になされた場合には翌月から、16 日以降になされた場合には翌々月から、算定を開始するものとする。</p> <p>ただし、平成 30 年4月から算定を開始する加算等の届出については、前記にかかわらず、同年4月1日以前になされていれば足りるものとする。</p> <p>2～6 (略)</p> <p>第2 居宅サービス単位数表（訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。）に関する事項</p> <p>1 通則</p> <p>(1) 算定上における端数処理について</p> <p>① 単位数算定の際の端数処理</p> <p>単位数の算定については、基本となる単位数に加減算の計算（何らかの割合を乗ずる計算に限る。）を行う度に、小数点以下の端数処理（四捨五入）を行っていくこととする。つまり、絶えず整数値に割合を乗じていく計算になる。</p> <p>ただし、特別地域加算等の支給限度額管理対象外となる加算や事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物利用者 20 人以上にサービスを行う場合の減算を算定する場合等については、対象となる単位数の合計に当該加減算の割合を乗じて、当該加減算の単位数を算定することとする。</p>	

<p>(例 1) 訪問介護（身体介護中心 <u>20 分以上 30 分未満で 250 単位</u>）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夜間又は早朝にサービスを行う場合、所定単位数の <u>25%</u>を加算 $250 \times 1.25 = 312.5 \rightarrow 313$ 単位 ・この事業所が特定事業所加算Ⅳを算定している場合、所定単位数の <u>5%</u>を加算 $313 \times 1.05 = 328.65 \rightarrow 329$ 単位 <p>* $250 \times 1.25 \times 1.05 = 328.125$ として四捨五入するのではない。</p> <p>(例 2) 訪問介護（身体介護中心 <u>30 分以上 1 時間未満で 396 単位</u>）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月に 6 回サービスをを行い、特別地域加算の対象となる場合、対象となる単位数の合計に <u>15%</u>を加算 $396 \times 6 \text{ 回} = 2,376$ 単位 <p>$2,376 \times 0.15 = 356.4 \rightarrow 356$ 単位</p> <p>② 金額換算の際の端数処理</p> <p>算定された単位数から金額に換算する際に生ずる 1 円未満（小数点以下）の端数については「切り捨て」とする。</p> <p>(例) 前記①の事例（例 1）で、このサービスを月に 8 回提供した場合（地域区分は 1 級地）</p> <p>$329 \text{ 単位} \times 8 \text{ 回} = 2,632 \text{ 単位}$</p> <p>$2,632 \text{ 単位} \times 11.40 \text{ 円} / \text{単位} = 30,004.80 \text{ 円} \rightarrow 30,004 \text{ 円}$</p> <p>なお、サービスコードについては、加算等を加えた一体型の合成コードを基本として作成しており、その合成単位数は、既に端数処理をした単位数（整数値）である。</p> <p>(2) サービス種類相互の算定関係について</p> <p>特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護若しくは地域密着型特定施設入居者生活介護を受けている間については、その他の指定居宅サービス又は指定地域密着型サービスに係る介護給付費（居宅療養管理指導費を除く。）は算定しないものであること。ただし、特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護の提供に必要がある場合に、当該事業者の費用負担により、その利用者に対してその他の居宅サービス又は地域密着型サービスを利用させることは差し支えないものであること。</p> <p>また、短期入所生活介護又は短期入所療養介護を受けている間については、訪問介護費、訪問入浴介護費、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、通所介護費及び通所リハビリテーション費並びに定期巡回・随時対応型訪問介護看護費、夜間対応型訪問介護費、地域密</p>	<p>(例 1) 訪問介護（身体介護中心 <u>30 分以上 1 時間未満で 394 単位</u>）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夜間又は早朝にサービスを行う場合、所定単位数の <u>25%</u>を加算 $394 \times 1.25 = 492.5 \rightarrow 493$ 単位 ・この事業所が特定事業所加算Ⅳを算定している場合、所定単位数の <u>5%</u>を加算 $493 \times 1.05 = 517.65 \rightarrow 518$ 単位 <p>* $394 \times 1.25 \times 1.05 = 517.125$ として四捨五入するのではない。</p> <p>(例 2) 訪問介護（身体介護中心 <u>30 分以上 1 時間未満で 394 単位</u>）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月に 6 回サービスをを行い、特別地域加算の対象となる場合、対象となる単位数の合計に <u>15%</u>を加算 $394 \times 6 \text{ 回} = 2,364$ 単位 <p>$2,364 \times 0.15 = 354.6 \rightarrow 355$ 単位</p> <p>② 金額換算の際の端数処理</p> <p>算定された単位数から金額に換算する際に生ずる 1 円未満（小数点以下）の端数については「切り捨て」とする。</p> <p>(例) 前記①の事例（例 1）で、このサービスを月に 8 回提供した場合（地域区分は 1 級地）</p> <p>$518 \text{ 単位} \times 8 \text{ 回} = 4,144 \text{ 単位}$</p> <p>$4,144 \text{ 単位} \times 11.40 \text{ 円} / \text{単位} = 47,241.60 \text{ 円} \rightarrow 47,241 \text{ 円}$</p> <p>なお、サービスコードについては、介護職員処遇改善加算を除く加算等を加えた一体型の合成コードとして作成しており、その合成単位数は、既に端数処理をした単位数（整数値）である。</p> <p>(2) サービス種類相互の算定関係について</p> <p>特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護若しくは地域密着型特定施設入居者生活介護を受けている間については、その他の指定居宅サービス又は指定地域密着型サービスに係る介護給付費（居宅療養管理指導費を除く。）は算定しないものであること。ただし、特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護の提供に必要がある場合に、当該事業者の費用負担により、その利用者に対してその他の居宅サービス又は地域密着型サービスを利用させることは差し支えないものであること。</p> <p>また、短期入所生活介護又は短期入所療養介護を受けている間については、訪問介護費、訪問入浴介護費、訪問看護費、訪問リハビリテーション費、通所介護費及び通所リハビリテーション費並びに定期巡回・随時対応型訪問介護看護費、夜間対応型訪問介護費、地域密着型訪問介護看護費、</p>
---	---

<p>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及び複合型サービス費は算定しないものであること。</p> <p>また、同一時間帯に通所サービスと訪問サービスと訪問サービスと訪問サービスと訪問サービスと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（利用者不在時の訪問サービスの取扱いについては、当該時間帯に通所サービスを利用するかどうかにかかわらず、同様である。）。</p> <p>なお、福祉用具貸与費については、短期入所生活介護又は短期入所療養介護を受けている者についても算定が可能であること。</p>	<p>症対応型通所介護費、小規模多機能型居宅介護費及び複合型サービス費は算定しないものであること。</p> <p>また、同一時間帯に通所サービスと訪問サービスと訪問サービスと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（利用者不在時の訪問サービスの取扱いについては、当該時間帯に通所サービスを利用するかどうかにかかわらず、同様である。）。</p> <p>なお、福祉用具貸与費については、短期入所生活介護又は短期入所療養介護を受けている者についても算定が可能であること。</p>
<p>(3) (略)</p>	<p>(3) (略)</p>
<p>(4) 同一時間帯に複数種類の訪問サービスを利用した場合の取扱いについて</p>	<p>(4) 同一時間帯に複数種類の訪問サービスを利用した場合の取扱いについて</p>
<p>利用者は同一時間帯に一つの訪問サービスを利用することを原則とする。ただし、訪問介護と訪問看護、又は訪問介護と訪問リハビリテーションを、同一利用者が同一時間帯に利用する場合は、利用者の心身の状況や介護の内容に応じて、同一時間帯に利用することが介護のために必要であると認められる場合に限り、それぞれのサービスについてそれぞれの所定単位数が算定される。例えば、家庭の浴槽で全身入浴の介助をする場合に、適切なアセスメント（利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握すること）をいう。以下同じ。）を通じて、利用者の心身の状況や介護の内容から同一時間帯に訪問看護を利用することが必要であると判断され、30分以上1時間未満の訪問介護（身体介護中心の場合）と訪問看護（指定訪問看護ステーションの場合）を同一時間帯に利用した場合、訪問介護については<u>396単位</u>、訪問看護については<u>821単位</u>がそれぞれ算定されることとなる。</p>	<p>利用者は同一時間帯に一つの訪問サービスを利用することを原則とする。ただし、訪問介護と訪問看護、又は訪問介護と訪問リハビリテーションを、同一利用者が同一時間帯に利用する場合は、利用者の心身の状況や介護の内容に応じて、同一時間帯に利用することが介護のために必要であると認められる場合に限り、それぞれのサービスについてそれぞれの所定単位数が算定される。例えば、家庭の浴槽で全身入浴の介助をする場合に、適切なアセスメント（利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握すること）をいう。以下同じ。）を通じて、利用者の心身の状況や介護の内容から同一時間帯に訪問看護を利用することが必要であると判断され、30分以上1時間未満の訪問介護（身体介護中心の場合）と訪問看護（指定訪問看護ステーションの場合）を同一時間帯に利用した場合、訪問介護については<u>394単位</u>、訪問看護については<u>816単位</u>がそれぞれ算定されることとなる。</p>
<p>(5) 複数の要介護者がいる世帯において同一時間帯に訪問サービスを利用した場合の取扱いについて</p> <p>それぞれに標準的な所要時間を見込んで居宅サービス計画上に位置づける。例えば、要介護高齢者夫婦のみの世帯に 100 分間訪問し、夫に 50</p>	<p>(5) 複数の要介護者がいる世帯において同一時間帯に訪問サービスを利用した場合の取扱いについて</p> <p>それぞれに標準的な所要時間を見込んで居宅サービス計画上に位置づける。例えば、要介護高齢者夫婦のみの世帯に 100 分間訪問し、夫に 50</p>

<p>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及び複合型サービス費は算定しないものであること。</p> <p>また、同一時間帯に通所サービスと訪問サービスと訪問サービスと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（利用者不在時の訪問サービスの取扱いについては、当該時間帯に通所サービスを利用するかどうかにかかわらず、同様である。）。</p> <p>なお、福祉用具貸与費については、短期入所生活介護又は短期入所療養介護を受けている者についても算定が可能であること。</p>	<p>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及び複合型サービス費は算定しないものであること。</p> <p>また、同一時間帯に通所サービスと訪問サービスと訪問サービスと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（利用者不在時の訪問サービスの取扱いについては、当該時間帯に通所サービスを利用するかどうかにかかわらず、同様である。）。</p> <p>なお、福祉用具貸与費については、短期入所生活介護又は短期入所療養介護を受けている者についても算定が可能であること。</p>
<p>(3) (略)</p>	<p>(3) (略)</p>
<p>(4) 同一時間帯に複数種類の訪問サービスを利用した場合の取扱いについて</p>	<p>(4) 同一時間帯に複数種類の訪問サービスを利用した場合の取扱いについて</p>
<p>利用者は同一時間帯に一つの訪問サービスを利用することを原則とする。ただし、訪問介護と訪問看護、又は訪問介護と訪問リハビリテーションを、同一利用者が同一時間帯に利用する場合は、利用者の心身の状況や介護の内容に応じて、同一時間帯に利用することが介護のために必要であると認められる場合に限り、それぞれのサービスについてそれぞれの所定単位数が算定される。例えば、家庭の浴槽で全身入浴の介助をする場合に、適切なアセスメント（利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握すること）をいう。以下同じ。）を通じて、利用者の心身の状況や介護の内容から同一時間帯に訪問看護を利用することが必要であると判断され、30分以上1時間未満の訪問介護（身体介護中心の場合）と訪問看護（指定訪問看護ステーションの場合）を同一時間帯に利用した場合、訪問介護については<u>396単位</u>、訪問看護については<u>821単位</u>がそれぞれ算定されることとなる。</p>	<p>利用者は同一時間帯に一つの訪問サービスを利用することを原則とする。ただし、訪問介護と訪問看護、又は訪問介護と訪問リハビリテーションを、同一利用者が同一時間帯に利用する場合は、利用者の心身の状況や介護の内容に応じて、同一時間帯に利用することが介護のために必要であると認められる場合に限り、それぞれのサービスについてそれぞれの所定単位数が算定される。例えば、家庭の浴槽で全身入浴の介助をする場合に、適切なアセスメント（利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握すること）をいう。以下同じ。）を通じて、利用者の心身の状況や介護の内容から同一時間帯に訪問看護を利用することが必要であると判断され、30分以上1時間未満の訪問介護（身体介護中心の場合）と訪問看護（指定訪問看護ステーションの場合）を同一時間帯に利用した場合、訪問介護については<u>396単位</u>、訪問看護については<u>821単位</u>がそれぞれ算定されることとなる。</p>
<p>(5) 複数の要介護者がいる世帯において同一時間帯に訪問サービスを利用した場合の取扱いについて</p> <p>それぞれに標準的な所要時間を見込んで居宅サービス計画上に位置づける。例えば、要介護高齢者夫婦のみの世帯に 100 分間訪問し、夫に 50</p>	<p>(5) 複数の要介護者がいる世帯において同一時間帯に訪問サービスを利用した場合の取扱いについて</p> <p>それぞれに標準的な所要時間を見込んで居宅サービス計画上に位置づける。例えば、要介護高齢者夫婦のみの世帯に 100 分間訪問し、夫に 50</p>

<p>分の訪問介護（身体介護中心の場合）、妻に50分の訪問介護（身体介護中心の場合）を提供した場合、夫、妻それぞれ396単位ずつ算定される。ただし、生活援助については、要介護者間で適宜所要時間を振り分けることとする。また、要介護者と要支援者等がいる世帯において同一時間帯に訪問介護及び介護保険法第115条の45第1項第1号イに規定する第1号訪問事業（指定事業者によるものに限る。）を利用した場合も同様に、訪問介護費の算定に当たっては、要介護者へのサービスに標準的な所要時間を見込んで居宅サービス計画上に位置付けること。生活援助についても、適宜所要時間を振り分けた上で、要介護者に係る訪問介護費を算定すること。</p>	<p>分の訪問介護（身体介護中心の場合）、妻に50分の訪問介護（身体介護中心の場合）を提供した場合、夫、妻それぞれ394単位ずつ算定される。ただし、生活援助については、要介護者間で適宜所要時間を振り分けることとする。</p>
<p>(6)・(7) (略)</p> <p>⑧ 常勤換算方法及び常勤の具体的な取扱いについて 常勤換算方法及び常勤の具体的な取扱いについては、①及び②のとおりとすること。</p>	<p>(6)・(7) (略)</p> <p>(新設)</p>
<p>① 雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第13条第1項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第23条第1項、同条第3項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置（以下「育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）が講じられている場合、30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1として取り扱うことを可能とする。</p>	
<p>② 当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいうものであるが、母性健康管理措置又は育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とする。</p> <p>また、常勤による従業者の配置要件が設けられている場合、従業者が労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業、母性健康管理措置、育児・介護休業法第2条第1号に規定する育児休業、同条</p>	

第2号に規定する介護休業、同法第23条第2項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第24条第1項（第2号に係る部分に限る。）の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該要件において求められる資質を有する複数の非常勤の従業者を常勤の従業者の員数に換算することにより、当該要件を満たすことが可能であることとする。

(9) 文書の取扱いについて

① 電磁的記録について

指定事業者及びサービスの提供に当たる者（以下この(9)において「事業者等」という。）は、書面の作成、保存等を次に掲げる電磁的記録により行うことができる。

イ 電磁的記録による作成は、事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法または磁気ディスク等をもって調製する方法によること。

ロ 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。

- a. 作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法
- b. 書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法

ハ その他、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11年厚生省令第37号。以下「指定居宅サービス基準」という。）第217条第1項において電磁的記録により行うことができることとされているものに類するものは、イ及びロに準じた方法によること。

ニ また、電磁的記録により行う場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

② 電磁的方法について

事業者等は、交付、説明、同意、承諾、締結等について、事前に利用者又はその家族等の承諾を得た上で、次に掲げる電磁的方法によること

(新設)

<p><u>イ</u> 電磁的方法による交付は、指定居宅サービス基準第8条第2項から第6項までの規定に準じた方法によること。</p> <p><u>ロ</u> 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についてのQ&A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にする。</p> <p><u>ハ</u> 電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等の間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのQ&A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にする。</p> <p><u>ニ</u> その他、指定居宅サービス基準第217条第2項において電磁的方法によることができるものとされているものに類するものは、イからハまでに準じた方法によること。ただし、この通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこと。</p> <p><u>ホ</u> また、電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。</p> <p><u>③</u> <u>その他</u></p> <p><u>イ</u> この通知に定めるほか、単位数の算定に当たって押印を要する文書については、押印を不要とする変更等が行われたものとみなして取り扱うものとする。この場合において、「押印についてのQ&A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にする。こととし、変更の主な方法は、様式中の「印」等の表記を削るものとする。</p> <p><u>ロ</u> 単位数の算定に当たって事業者に書類の提出を求める場合にあっては、事業者に過度な負担が生じないよう配慮し、必要以上の添付書類等を求めないものとする。</p>	
2 訪問介護費	2 訪問介護費
(1)・(2) (略)	(1)・(2) (略)
(3) 1回の訪問介護において身体介護及び生活援助が混在する場合の取扱い	(3) 1回の訪問介護において身体介護及び生活援助が混在する場合の取扱い

<p>翌月の末日において100分の60以上となる場合を除く。。</p> <p>⑤・⑥ (略)</p>	<p>④・⑤ (略)</p>
<p>⑦ 看護体制強化加算を算定するに当たっては、大臣基準告示第9号イ(1)イ(1)ロ及びイ(1)ハの割合並びにイ(1)ロ及びイ(1)ハの人数について、継続的に所定の基準を維持しなければならない。なお、その割合及び人数については、台帳等により毎月記録するものとし、所定の基準を下回った場合には、直ちに第1の5に規定する届出を提出しなければならないこと。</p>	<p>⑥ 看護体制強化加算を算定するに当たっては、大臣基準告示第9号イ(1)若しくはイ(2)の割合及びイ(3)若しくはロ(2)の人数について、継続的に所定の基準を維持しなければならない。なお、その割合及び人数については、台帳等により毎月記録するものとし、所定の基準を下回った場合には、直ちに第1の5に規定する届出を提出しなければならないこと。</p>
<p>⑧ (略)</p> <p>(25) サービス提供体制強化加算について 3⑨を参照のこと。 (削る)</p>	<p>⑦ (略)</p> <p>(25) サービス提供体制強化加算について 3⑦①から⑥までを参照のこと。 ② 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ものと する。具体的には、平成21年4月における勤続年数3年以上の者は、平成21年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。</p>
<p>④ 指定訪問リハビリテーションは、指定訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、訪問リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、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又は運動器リハビリテーション料</p>	<p>③ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、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ものとする。</p>
<p>5 訪問リハビリテーション費 (1) 算定の基準について ① (略)</p>	<p>5 訪問リハビリテーション費 (1) 算定の基準について ① (略)</p>
<p>② 指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定訪問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、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。</p>	<p>(新設)</p>
<p>③ ②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、当該指示に基づき行った内容を明確に記録する。</p>	<p>(新設)</p>
<p>④ 指定訪問リハビリテーションは、指定訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、訪問リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、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又は運動器リハビリテーション料</p>	<p>② 指定訪問リハビリテーションは、指定訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、訪問リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、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又は運動器リハビリテーション料</p>

<p>を算定すべきリハビリテーションを受けていた患者が、介護保険の指定訪問リハビリテーションへ移行する際に、「<u>リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について</u>」(令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号)の別紙様式2-2-1をもつて、保険医療機関から当該事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式2-2-1に記載された内容について確認し、指定訪問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2-2-1をリハビリテーション計画書とみなして訪問リハビリテーション費の算定を開始してもよいこととする。</p> <p>なお、その場合であっても、算定開始の日が属する月から起算して3月以内に、当該事業所の医師の診療に基づいて、次の訪問リハビリテーション計画を作成する。</p> <p>⑤ <u>訪問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す。</u>初回の評価は、訪問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。</p> <p>⑥ <u>指定訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月上の指定訪問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に指定訪問リハビリテーションの継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、その他指定居宅サービスの併用と移行の見通しを記載する。</u></p> <p>⑦ <u>指定訪問リハビリテーションは、利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して1回当たり20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度として算定する。ただし、退院(所)の日から起算して3月以内に、医師の指示に基づきリハビリテーションを行う場合は、週12回まで算定可能である。</u></p> <p>⑧ (略)</p> <p>⑨ <u>指定訪問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、介護の工夫などの情報を伝達する。</u></p> <p>⑩・⑪ (略)</p>	<p>を算定すべきリハビリテーションを受けていた患者が、介護保険の指定訪問リハビリテーションへ移行する際に、「<u>リハビリテーション・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</u>」(平成30年3月22日老老発0322第2号)の別紙様式2-1をもつて、保険医療機関から当該事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式2-1に記載された内容について確認し、指定訪問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みなして訪問リハビリテーション費の算定を開始してもよいこととする。</p> <p>なお、その場合であっても、算定開始の日が属する月から起算して3月以内に、当該事業所の医師の診療に基づいて、次の訪問リハビリテーション計画を作成する。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>③ <u>指定訪問リハビリテーションは、利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して1回当たり20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度として算定する。</u></p> <p>④ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>⑤・⑥ (略)</p>
---	---

- (2) 指定訪問リハビリテーション事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは指定訪問リハビリテーション事業所と同一の建物等に居住する利用者に対する取扱い
訪問介護と同様であるので、245を参照されたい。
- (3) (略)
- (4) 特別地域訪問リハビリテーション加算について
訪問介護と同様であるので、246を参照されたい。
- (5) 注4の取扱い
訪問介護と同様であるので、247を参照されたい。
- (6) 注5の取扱い
訪問介護と同様であるので、248を参照されたい。
- (7) 短期集中リハビリテーション実施加算について
①・② (略)
- ③ 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえたリハビリテーションを実施するよう留意すること。
- (8) 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(Survey)、多職種協働による訪問リハビリテーション計画の作成(Plan)、当該計画に基づく状態や生活環境等の評価(Check)とその結果をリテーションの提供(Do)、当該提供内容の評価(Check)とその結果を踏まえた当該計画の見直し等(Action)といったサイクル(以下「SPDCA」という。)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 (略)
- ③ 大臣基準告示第12号イ(1)の「定期的」とは、初回の評価は、訪問リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに評価を行うものであること。
- ④ 指定訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定訪問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訪問リハビリテーシ

- (2) 指定訪問リハビリテーション事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは指定訪問リハビリテーション事業所と同一の建物等に居住する利用者に対する取扱い
訪問介護と同様であるので、244を参照されたい。
- (3) (略)
- (4) 特別地域訪問リハビリテーション加算について
訪問介護と同様であるので、245を参照されたい。
- (5) 注4の取扱い
訪問介護と同様であるので、246を参照されたい。
- (6) 注5の取扱い
訪問介護と同様であるので、247を参照されたい。
- (7) 短期集中リハビリテーション実施加算について
①・② (略)
- (8) 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(Survey)、多職種協働による訪問リハビリテーション計画の作成(Plan)、当該計画に基づく状態や生活環境等の評価(Check)とその結果をリテーションの提供(Do)、当該提供内容の評価(Check)とその結果を踏まえた当該計画の見直し等(Action)といったサイクル(以下「SPDCAサイクル」という。)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 (略)
- (削る)
- (削る)
- (削る)

<p>③ (略)</p> <p>④ 大臣基準第 12 号ロ(2)及びニ(2)に規定する厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム (Long-term care Information system For Evidence)」(以下「L I F E」という。)を用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム (L I F E) 関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老老発 0316 第4号)を参照されたい。</p>	<p>⑤ (略)</p> <p>⑥ 大臣基準告示第 12 号ニ(2)のデータの提出については、厚生労働省が実施する「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、「V I S I T」という。)に参加し、当該事業で活用しているシステムを用いて、リハビリテーションマネジメントで活用されるリハビリテーション計画書等のデータを提出することを評価したものである。</p>
<p>(9) (略)</p> <p>(10) 注 10 の取扱いについて 訪問リハビリテーション計画は、原則、当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、当該医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が共同して作成するものである。 注 10 は、指定訪問リハビリテーション事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている利用者であって、当該事業所の医師がやむを得ず診療できない場合に、別の医療機関の医師からの情報をもとに、当該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が訪問リハビリテーション計画を作成し、当該事業所の医師の指示に基づき、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定訪問リハビリテーションを実施した場合について、例外として基本報酬に 50 単位を減じたもので評価したものである。 「当該利用者に関する情報の提供」とは、別の医療機関の計画的に医学的管理を行っている医師から指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」の別紙様式 2－2－1 のうち、本人の希望、移動能力、認知機能等)、活動 (AD 心身機能・構造、活動 (基本動作、移動能力、認知機能等)、活動 (AD</p>	<p>⑦ (略)</p> <p>⑧ 注 10 の取扱いについて 訪問リハビリテーション計画は、原則、当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、当該医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が共同して作成するものである。 注 10 は、指定訪問リハビリテーション事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている利用者であって、当該事業所の医師がやむを得ず診療できない場合に、別の医療機関の医師からの情報をもとに、当該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が訪問リハビリテーション計画を作成し、当該事業所の医師の指示に基づき、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定訪問リハビリテーションを実施した場合について、例外として基本報酬に 20 単位を減じたもので評価したものである。 「当該利用者に関する情報の提供」とは、別の医療機関の計画的に医学的管理を行っている医師から指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」(平成 30 年 3 月 22 日老老発 0322 第 2 号)の別紙様式 2－1 のうち、本人の希望、家族の希望、健康状態・経過、心身機能・構造、活動 (基本</p>

<p>L)、リハビリテーションの目標、リハビリテーション実施上の留意点等について、当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師が十分に記載できる情報の提供を受けていることをいう。</p>	<p>動作、移動能力、認知機能等)、活動 (ADL)、リハビリテーションの目標、リハビリテーション実施上の留意点等について、当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師が十分に記載できる情報の提供を受けていることをいう。</p>
<p>(11) <u>移行支援加算</u>について</p> <p>① <u>移行支援加算</u>におけるリハビリテーションは、訪問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、指定通所介護等に移行させるものであること。</p> <p>②～④ (略)</p> <p>⑤ 「<u>指定通所介護等の実施</u>」状況の確認に当たっては、指定訪問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、訪問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、電話等での実施を含め確認の手法は問わないこと。</p> <p>(削除)</p>	<p>(11) <u>社会参加支援加算</u>について</p> <p>① <u>社会参加支援加算</u>におけるリハビリテーションは、訪問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、指定通所介護等に移行させるものであること。</p> <p>②～④ (略)</p> <p>⑤ 「<u>3月以上継続する見込みであること</u>」の確認に当たっては、指定訪問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、指定訪問リハビリテーション終了者の居宅を訪問し、訪問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。</p> <p>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、前記と同様の内容を確認すること。</p> <p>⑥ 「<u>3月以上継続する見込みであること</u>」の確認に当たって得られた情報については、リハビリテーション計画書等に記録すること。</p> <p>(新設)</p>
<p>⑥ 「当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供」については、利用者の円滑な移行を推進するため、指定訪問リハビリテーション終了者が指定通所介護、指定通所リハビリテーション、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通所介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防通所リハビリテーション、指定介護予防認知症対応型通所介護又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所へ移行する際に、「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」(平成 30 年3月 22 日 老老発 0322 第2号) の別紙様式2ー1及び2ー2のリハビリテーション計画書等の情報を利用者の同意の上で指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、</p>	

<p>指定小規模多機能型通所介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防通所リハビリテーション、指定介護予防認知症対応型通所介護又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護の事業所へ提供すること。なお、指定通所介護事業所等の事業所への情報提供に際しては、リハビリテーション計画書の全ての情報ではなく、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」に示す別紙様式2-2-1及び2-2-2の本人の希望、家族の希望、健康状態・経過、リハビリテーションの目標、リハビリテーションサービス等の情報を抜粋し、提供する³ことで差し支えない。</p>	<p>(12) サービス提供体制強化加算について</p> <p>① 訪問入浴介護と同様であるので、3(9)(6)及び(7)を参照のこと。</p> <p>② 指定訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、サービス提供体制強化加算(Ⅱ)は勤続年数が7年以上の者が1名以上、サービス提供体制強化加算(Ⅲ)にあつては勤続年数が3年以上の者が1名以上いれば算定可能であること。</p>
<p>(13) (略)</p> <p>6 居宅療養管理指導費</p>	<p>(1) 通院が困難な利用者について</p> <p>居宅療養管理指導費は、在宅の利用者であつて通院が困難なものに対して、定期的に訪問して指導等を行った場合の評価であり、継続的な指導等の必要のないものや通院が可能なものに対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができるものなどは、通院は容易であると考えられるため、居宅療養管理指導費は算定できない(やむを得ない事情がある場合を除く。)</p>
<p>(2) (略)</p> <p>(3) 医師・歯科医師の居宅療養管理指導について</p>	<p>① 算定内容</p> <p>主治の医師及び歯科医師の行う居宅療養管理指導については、計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づき、介護支援専門員(指定居宅介護支援事業者により指定居宅介護支援を受けている居宅要介護被保険者については居宅サービス計画(以下6において「ケアプラン」という。)を作成している介護支援専門員を、特定施設入居者生</p>

<p>(12) サービス提供体制強化加算について</p> <p>① 訪問看護と同様であるので、4(5)(2)及び(3)を参照のこと。</p> <p>② 指定訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続年数が3年以上の者が1名以上いれば算定可能であること。</p>	<p>(13) (略)</p> <p>6 居宅療養管理指導費</p>
<p>(1) (略)</p> <p>(2) 医師・歯科医師の居宅療養管理指導について</p>	<p>① 算定内容</p> <p>主治の医師及び歯科医師の行う居宅療養管理指導については、計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づき、介護支援専門員(指定居宅介護支援事業者により指定居宅介護支援を受けている居宅要介護被保険者については居宅サービス計画(以下6において「ケアプラン」という。)を作成している介護支援専門員を、特定施設入居者生</p>

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（医師）

令和 年 月 日

情報提供先事業所
担当 殿

医療機関名
医療機関所在地
電話番号
FAX 番号
医師氏名

基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	男・女	〒 ー
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		

利用者の病状、経過等

(1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日			
1.	発症年月日	(昭和・平成・令和 年 月 日頃)	
2.	発症年月日	(昭和・平成・令和 年 月 日頃)	
3.	発症年月日	(昭和・平成・令和 年 月 日頃)	
(2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [前回の情報提供より変化のあった事項について記入]			
(3) 日常生活の自立度等について			
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針			
<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊			
<input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他 ()			
→ 対処方針 ()			
(2) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し			
<input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明			
(3) サービスの必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。）			
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導			
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導			
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ()			
(4) サービス提供時における医学的観点からの留意事項			
・血圧 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()・移動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()			
・摂食 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()・運動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()			
・嚥下 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()・その他 ()			

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項
(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援
社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり
()
→ 必要な支援 ()
(2) 特記事項

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（歯科医師）

令和 年 月 日

情報提供先事業所
担当 殿

医療機関名
医療機関所在地
電話番号
FAX 番号
歯科医師氏名

基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	〒 ー 連絡先 ()
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		

利用者の病状、経過等

(1) 情報提供の目的
(2) 病状、経過等 <input type="checkbox"/> 口腔衛生状態不良 <input type="checkbox"/> う蝕等 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患（潰瘍等） <input type="checkbox"/> 義歯の問題（ <input type="checkbox"/> 義歯新製が必要な欠損 <input type="checkbox"/> 義歯破損・不適合等） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能の低下 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 配慮すべき基礎疾患（ ）

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 必要な歯科治療 <input type="checkbox"/> う蝕治療 <input type="checkbox"/> 冠・ブリッジ治療 <input type="checkbox"/> 義歯の新製や修理等 <input type="checkbox"/> 歯周病の治療 <input type="checkbox"/> 口腔機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> その他（ ）
(2) 利用すべきサービス <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（ <input type="checkbox"/> 歯科医師、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士） <input type="checkbox"/> その他（ ）
(3) その他留意点 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> その他（ ）
(4) 連携すべきサービス <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり（ ） →必要な支援（ ）

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項
(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () → 必要な支援 ()
(2) 特記事項

別紙様式 3

歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画

1 基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	明・大・昭	男 ・ 女
		年 月 日生 (歳)	
食形態	<input type="checkbox"/> 経口摂取(<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j)) <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり (発症日:令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし		

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6ヶ月以内の状況について記載すること。

2 スクリーニング、アセスメント

記入者・記入年月日	(氏名)			令和 年 月 日
口腔衛生状態	口臭	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
	義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
	舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
口腔機能の状態	食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
	舌の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
	むせ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
	痰がらみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
(以下の評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施)				
歯科疾患等	歯数	()歯		
	歯の問題(う蝕、破折、脱離等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
	歯周病	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
	粘膜の問題(潰瘍等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
	義歯の問題(不適合、破折)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
特記事項				

3 居宅療養管理指導計画

利用者家族に説明を行った日 令和 年 月 日

初回作成日	令和 年 月 日	作成(変更)日	令和 年 月 日
記入者	歯科医師: 歯科衛生士:		
目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患(<input type="checkbox"/> 重症化予防 <input type="checkbox"/> 歯科治療) <input type="checkbox"/> 口腔衛生(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃 技術の向上 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能(<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善)	<input type="checkbox"/> 食形態(<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 栄養状態(<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他()	
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他()	
訪問頻度	<input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他()		
関連職種との連携			

4 実施記録

訪問日	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分	実施者	
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設(有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム)		
歯科医師の同行の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分		
実地指導の要点	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 ()	
解決すべき課題			
特記事項	<input type="checkbox"/> 実地指導に係る情報提供・指導() <input type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示()		

○ 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年 3 月17日老計発第0317001号、老振発第0317001号、老老発第0317001号）（抄）

新		旧
第1 1 (1)～(4) (略) (5)	届出手続の運用 届出の受理 届出に係る加算等の算定の開始時期 届出に係る加算等（算定される単位数が増えるものに限る。以下同じ。） については、適正な支給限度額管理のため、利用者や介護予防支援事業者 に対する周知期間を確保する観点から、届出が毎月 15 日以前になされた場 合には翌月から、16 日以降になされた場合には翌々月から、算定を開始す るものとする。 また、介護予防短期入所サービス及び介護予防特定施設入居者生活介護 については、届出に係る加算等については、届出が受理された日が属する 月の翌月（届出が受理された日が月の初日である場合は当該月）から算定 を開始するものとする。 ただし、令和3年4月から算定を開始する加算等の届出については、前 記にかかわらず、介護予防訪問通所サービス、介護予防居宅療養管理指導 に係るもの、介護予防福祉用具貸与及び介護予防支援に係るものについ ては、同年4月1日以前に、介護予防短期入所サービス及び介護予防特定施 設入居者生活介護に係るものについては、同年4月1日までになされれば 足りるものとする。 介護予防通所リハビリテーションについては、月額定額報酬であること から、月途中からのサービス開始、月途中でのサービス終了の場合であっ ても、原則として、それぞれ計画上に位置づけられた単位数を算定するこ ととし、日割り計算は行わない。 ただし、月途中に①要介護から要支援に変更となった場合、②要支援か ら要介護に変更となった場合、③同一保険者管内での転居等により事業所 を変更した場合については、日割り計算による。また、月途中で要支援度 が変更となった場合についても、日割り計算により、それぞれの単位数を 算定するものとする。なお、要支援2であった者が、介護予防訪問介護費 Ⅲを算定していた場合であって、月途中に、要支援1に変更となった場合 については、認定日以降は介護予防訪問介護費Ⅲを算定することとする。	第1 1 (1)～(4) (略) (5)
	届出手続の運用 届出の受理 届出に係る加算等の算定の開始時期 届出に係る加算等（算定される単位数が増えるものに限る。以下同じ。） については、適正な支給限度額管理のため、利用者や介護予防支援事業者 に対する周知期間を確保する観点から、届出が毎月 15 日以前になされた場 合には翌月から、16 日以降になされた場合には翌々月から、算定を開始す るものとする。 また、介護予防短期入所サービス及び介護予防特定施設入居者生活介護 については、届出に係る加算等については、届出が受理された日が属する 月の翌月（届出が受理された日が月の初日である場合は当該月）から算定 を開始するものとする。 ただし、平成 27 年4月から算定を開始する加算等の届出については、 前記にかかわらず、介護予防訪問通所サービス、介護予防居宅療養管理指 導に係るもの、介護予防福祉用具貸与及び介護予防支援に係るものについ ては、同年4月1日以前に、介護予防短期入所サービス及び介護予防特定 施設入居者生活介護に係るものについては、同年4月1日までになされれ ば足りるものとする。 介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーショ ンについては、月額定額報酬であることから、月途中からのサービス開始、 月途中でのサービス終了の場合であっても、原則として、それぞれ計画上 に位置づけられた単位数を算定することとし、日割り計算は行わない。 ただし、月途中に①要介護から要支援に変更となった場合、②要支援か ら要介護に変更となった場合、③同一保険者管内での転居等により事業所 を変更した場合については、日割り計算による。また、月途中で要支援度 が変更となった場合についても、日割り計算により、それぞれの単位数を 算定するものとする。なお、要支援2であった者が、介護予防訪問介護費 Ⅲを算定していた場合であって、月途中に、要支援1に変更となった場合 については、認定日以降は介護予防訪問介護費Ⅲを算定することとする。	第2 1 通則

られるものは算定できない。

- (6) (略)
(削る)

(7) 常勤換算方法及び常勤の具体的な取扱いについて

常勤換算方法及び常勤の具体的な取扱いについては、①及び②のとおりとすること。

① 雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第13条第1項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第23条第1項、同条第3項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置（以下「育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）が講じられている場合、30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1として取り扱うことを可能とする。

② 当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいうものであるが、母性健康管理措置又は育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とする。

また、常勤による従業者の配置要件が設けられている場合、従業者が労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業、母性健康管理措置、育児・介護休業法第2条第1号に規定する育児休業、同条第2号に規定する介護休業、同法第23条第2項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第24条第1項（第2号に係る部分に限る。）の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ず

援者の居宅以外で行われるものは算定できない。

- (6) (略)

(7) 栄養管理について

介護サービス事業者は、利用者に対し、各利用者の年齢、心身の状況に応じた栄養状態の管理を適切に実施すること。特に、介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護においては、常勤の管理栄養士又は栄養士が、各利用者の年齢等に応じて適切な栄養量及び内容の食事提供を行う体制を整備し、各利用者の栄養状態にあった栄養管理を行うこと。
(新設)

る措置による休業を取得中の期間において、当該要件において求められる資質を有する複数の非常勤の従業員を常勤の従業員の員数に換算することにより、当該要件を満たすことが可能であることとする。

(8) ① 文書の取扱いについて

① 電磁的記録について

指定事業者及びサービス提供に当たたる者（以下この(8)において「事業者等」という。）は、書面の作成、保存等を次に掲げる電磁的記録により行うことができる。

イ 電磁的記録による作成は、事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法または磁気ディスク等をもって調製する方法によること。

ロ 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。

- a 作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法
- b 書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法

ハ その他、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（以下「指定介護予防サービス基準」という。）第293 条第1 項において電磁的記録により行うことができるとされているものに類するものは、イ及びロに準じた方法によること。

ニ また、電磁的記録により行う場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

② 電磁的方法について

事業者等は、交付、説明、同意、承諾、締結等について、事前に利用者又はその家族等の承諾を得た上で、次に掲げる電磁的方法によることができる。

イ 電磁的方法による交付は、指定介護予防サービス基準第 49 条の2 第2 項から第6 項までの規定に準じた方法によること。

(新設)

<p>ロ <u>電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についてのQ&A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。</u></p>	
<p>ハ <u>電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等の間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのQ&A（令和2年6月19日内閣府法務省経済産業省）」を参考にすること。</u></p>	
<p>ニ <u>その他、指定介護予防サービス基準第293条第2項において電磁的方法によることができるものとされているものに類するものは、イからハまでに準じた方法によること。ただし、この通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこと。</u></p>	
<p>ホ <u>また、電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。</u></p>	
<p>③ <u>その他</u> イ <u>この通知に定めるほか、単位数の算定に当たって押印を要する文書については、押印を不要とする変更等が行われたものとみなして取り扱うものとする。この場合において、「押印についてのQ&A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすることとし、変更の主な方法は、様式中の「印」等の表記を削るものとする。</u></p>	
<p>ロ <u>単位数の算定に当たって事業者に書類の提出を求める場合にあっては、事業者に過度な負担が生じないよう配慮し、必要以上の添付書類等を求めないものとする。</u></p>	
<p>2 介護予防訪問入浴介護費 (1)・(2) (略) (3) 利用者の心身の状況により入浴を見合わせた場合の取扱い 実際に入浴を行った場合に算定の対象となり、入浴を見合わせた場合には算定できない。ただし、利用者の希望により清拭、部分浴を実施した場合には、所定単位数に100分の90を乗じて得た単位数を算定できる。 (4) 指定介護予防訪問入浴介護事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは指定介護予防訪問入浴介護事業所と同一の建物等に</p>	<p>2 介護予防訪問入浴介護費 (1)・(2) (略) (3) 利用者の心身の状況により入浴を見合わせた場合の取扱い 実際に入浴を行った場合に算定の対象となり、入浴を見合わせた場合には算定できない。ただし、利用者の希望により清拭、部分浴を実施した場合には、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定できる。 (4) 指定介護予防訪問入浴介護事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは指定介護予防訪問入浴介護事業所と同一の建物等に</p>

<p>る数をイに掲げる数で除して、算定日が属する月の前6月間当たりの割合を算出すること。</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>② 大臣基準告示第104号の規定により準用する大臣基準告示第9号イ(2)の基準における利用者の割合については、以下のアに掲げる数をイに掲げる数で除して、算定日が属する月の前6月間当たりの割合を算出すること。</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>③ (略)</p> <p>④ 看護職員の占める割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前月(暦月)の平均を用いることとする。なお、当該割合が100分の60から1割を超えて減少した場合(100分の54を下回った場合)には、その翌月から看護体制強化加算を算定できないものとし、1割の範囲内で減少した場合(100分の54以上100分の60未満であった場合)には、その翌々月から当該加算を算定できないものとする(ただし、翌月の末日において100分の60以上なる場合を除く。)</p> <p>⑤・⑥ (略)</p> <p>⑦ 看護体制強化加算を算定するに当たっては、大臣基準告示第104号の規定により準用する大臣基準告示第9号イ(1)イ(1)及びイ(1)の割合について、継続的に所定の基準を維持しなければならない。なお、その割合については、台帳等により毎月記録するものとし、所定の基準を下回った場合については、直ちに第1の5に規定する届出を提出しなければならないこと。</p> <p>(2) サービス提供体制強化加算について</p> <p>2(9)を参照のこと。</p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p>	<p>数をイに掲げる数で除して、算定日が属する月の前6月間当たりの割合を算出すること。</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>② 大臣基準告示第104号の規定により準用する大臣基準告示第9号イ(2)の基準における利用者の割合については、以下のアに掲げる数をイに掲げる数で除して、算定日が属する月の前6月間当たりの割合を算出すること。</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>③ (略)</p> <p>(新設)</p>
<p>④ 介護予防訪問リハビリテーション費</p> <p>(1) 算定の基準について</p>	<p>④・⑤ (略)</p> <p>⑥ 看護体制強化加算を算定するに当たっては、大臣基準告示第104号の規定により準用する大臣基準告示第9号イ(1)及びイ(2)の割合について、継続的に所定の基準を維持しなければならない。なお、その割合については、台帳等により毎月記録するものとし、所定の基準を下回った場合については、直ちに第1の5に規定する届出を提出しなければならないこと。</p> <p>(2) サービス提供体制強化加算について</p> <p>① 2(7)①から⑥までを参照のこと。</p> <p>② 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ものとす。具体的には、平成21年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成21年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。</p> <p>③ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、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ものとする。</p> <p>4 介護予防訪問リハビリテーション費</p> <p>(1) 算定の基準について</p>

<p>① (略)</p> <p>② 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定介護予防訪問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、当該リハビリテーションの目的に加え、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。</p> <p>③ ②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、当該指示に基づき行ったことを明確に記録する。</p>	<p>① (略)</p> <p>(新設)</p>
<p>④ 指定介護予防訪問リハビリテーションは、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、介護予防訪問リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、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又は運動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た患者が、介護保険の指定介護予防訪問リハビリテーションへ移行する際に、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号)の別紙様式2ー2ー1をもって、保険医療機関から当該事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式2ー2ー1に記載された内容について確認し、指定介護予防訪問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ー2ー1をリハビリテーション計画書とみなして介護予防訪問リハビリテーション費の算定を開始してもよいこととする。</p> <p>なお、その場合であっても、算定開始の日が属する月から起算して3月以内に、当該事業所の医師の診療に基づいて、次の介護予防訪問リハビリテーション計画を作成する。</p>	<p>② 指定介護予防訪問リハビリテーションは、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、介護予防訪問リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、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又は運動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た患者が、介護保険の指定介護予防訪問リハビリテーションへ移行する際に、「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」(平成30年3月22日老老発0322第2号)の別紙様式2ー1をもって、保険医療機関から当該事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式2ー1に記載された内容について確認し、指定介護予防訪問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ー1をリハビリテーション計画書とみなして介護予防訪問リハビリテーション費の算定を開始してもよいこととする。</p> <p>なお、その場合であっても、算定開始の日が属する月から起算して3月以内に、当該事業所の医師の診療に基づいて、次の介護予防訪問リハビリテーション計画を作成する。</p>
<p>⑤ 介護予防訪問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す。初回の評価は、介護予防訪問リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに評価を行う。</p> <p>⑥ 指定介護予防訪問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訪問リハビリテーションの継続利用が必要と</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p>

判断する場合は、介護予防リハビリテーション計画に指定介護予防訪問リハビリテーションの継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、その他指定介護予防サービスの併用と移行の見通しを記載すること。

⑦ 指定介護予防訪問リハビリテーションは、利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して1回当たり20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度として算定する。ただし、退院（所）の日から起算して3月以内に、医師の指示に基づきリハビリテーションを行う場合は、週12回を限度として算定する。

⑧～⑩（略）

⑪ 指定介護予防訪問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、第一号訪問事業の事業その他指定介護予防サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達する。

(2)～(7)（略）

(削る)

③ 指定介護予防訪問リハビリテーションは、利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して1回当たり20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度として算定する。

④～⑥（略）

(新設)

(2)～(7)（略）

⑧ 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(Survey)、多職種協働による介護予防訪問リハビリテーション計画の作成(Plan)、当該計画に基づく状態や生活環境等を踏まえた適切なリハビリテーションの提供(Do)、当該提供内容の評価(Check)とその結果を踏まえた当該計画の見直し等(Action)(以下「SPDCA」という。)といった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や手段的日常生活動作(以下「IADL」とする。)といった活動をするための機能、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等といった参加をするための機能について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを管理することをいう。

③ 大臣基準告示第106の2号(1)の「定期的」とは、初回の評価は、介護予防訪問リハビリテーション計画に基づく指定介護予防訪問リハビリ

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 指定介護予防訪問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訪問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訪問リハビリテーションの継続利用が必要な理由、指定介護予防通所リハビリテーションその他指定介護予防サービスの併用と移行の見通しを記載すること。

(9) 急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合の取扱い

注8の「急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合」とは、保険医療機関の医師が、診療に基づき、利用者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要性を認め、計画的な医学的管理の下に、在宅で療養を行っている利用者であって通院が困難なものに対して、訪問リハビリテーションを行う旨の指示を行った場合をいう。この場合は、その特別の指示の日から14日間を限度として医療保険の給付対象となるため、介護予防訪問リハビリテーション費は算定しない。

(10) 注10の取扱いについて

介護予防訪問リハビリテーション計画は、原則、当該指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、当該医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が作成するものである。

注10は、指定訪問介護予防リハビリテーション事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている利用者であって、当該事業所の医師がやむを得ず診療できない場合に、別の医療機関の医師からの情報をもとに、当該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が介護予防訪問リハビリテーション計画を作成し、当該事業所の医師の指示に基づき、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定介護予防訪問リハビリテーションを実施した場合について、例外として、基本報酬に20単位を減じたもので評価したものである。

「当該利用者に関する情報の提供」とは、別の医療機関の計画的に医学的管理を行っている医師から指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師が、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施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

(8) 急性増悪等により一時的に頻回の介護予防訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合の取扱い

注7の「急性増悪等により一時的に頻回の介護予防訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合」とは、保険医療機関の医師が、診療に基づき、利用者の急性増悪等により一時的に頻回の介護予防訪問リハビリテーションを行う必要性を認め、計画的な医学的管理の下に、在宅で療養を行っている利用者であって通院が困難なものに対して、訪問リハビリテーションを行う旨の指示を行った場合をいう。この場合は、その特別の指示の日から14日間を限度として医療保険の給付対象となるため、介護予防訪問リハビリテーション費は算定しない。

(9) 注9の取扱いについて

介護予防訪問リハビリテーション計画は、原則、当該指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、当該医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が作成するものである。

注9は、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている利用者であって、当該事業所の医師がやむを得ず診療できない場合に、別の医療機関の医師からの情報をもとに、当該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が介護予防訪問リハビリテーション計画を作成し、当該事業所の医師の指示に基づき、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定介護予防訪問リハビリテーションを実施した場合について、例外として、基本報酬に50単位を減じたもので評価したものである。

「当該利用者に関する情報の提供」とは、別の医療機関の計画的に医学的管理を行っている医師から指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師が、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示

<p>について」の別紙様式2-2-1のうち、本人の希望、家族の希望、健康状態・経過、心身機能・構造、活動（ADL）、リハビリテーションの目標、リハビリテーション実施上の留意点等について、当該指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師が十分に記載できる情報を提供を受けていることをいう。</p> <p><u>(10) 注10の取扱いについて</u> 指定介護予防訪問リハビリテーションの利用が12月を超える場合は、介護予防訪問リハビリテーション費から5単位減算する。なお、入院による中断があり、医師の指示内容に変更がある場合は、新たに利用が開始されたものとする。また、本取扱いについては、令和3年4月から起算して12月を超える場合から適用されるものであること。</p> <p><u>(11) 事業所評価加算の取扱いについて</u> 事業所評価加算の別に厚生労働大臣が定める基準ロの要件の算出式は以下のとおりとする。 (削る)</p>	<p>提示について」(平成30年3月22日老老発0322第2号)の別紙様式2-1のうち、本人の希望、家族の希望、健康状態・経過、心身機能・構造、活動（基本動作、移動能力、認知機能等）、活動（ADL）、リハビリテーションの目標、リハビリテーション実施上の留意点等について、当該指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師が十分に記載できる情報の提供を受けていることをいう。 (新設)</p>
<p><u>(12) 事業所評価加算の取扱いについて</u> 事業所評価加算の別に厚生労働大臣が定める基準ハの要件の算出式</p> $\frac{\text{評価対象期間内に介護予防訪問リハビリテーションを受けた者の数}}{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2} \geq 0.7$ <p>評価対象期間内に介護予防訪問リハビリテーションを受けた者の数</p> <p>② 別に定める基準ニの要件の算出式</p> $\frac{\text{評価対象期間内にリハビリテーションを受けた者の数}}{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2} \geq 0.6$ <p>② 別に定める基準ニの要件の算出式</p> $\frac{\text{評価対象期間内にリハビリテーションを受けた者の数}}{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2} \geq 0.7$ <p>② 指定介護予防訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、サービス提供体制強化にあっては勤続年数が7年以上の者が1名以上、サービス提供体制強化加算Ⅲにあっては勤続年数が3年以上の者が1名以上あれば算定可能である。</p>	<p><u>(11) 事業所評価加算の取扱いについて</u> 事業所評価加算の別に厚生労働大臣が定める基準は以下のとおりとする。</p> <p>① 別に定める基準ハの要件の算出式</p> $\frac{\text{評価対象期間内にリハビリテーションを受けた者の数}}{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2} \geq 0.6$ <p>② 別に定める基準ニの要件の算出式</p> $\frac{\text{評価対象期間内にリハビリテーションを受けた者の数}}{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2} \geq 0.7$ <p>② 指定介護予防訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続年数が3年以上の者が1名以上あれば算定可能である。</p>

<p>ある。</p> <p>(13) (略)</p> <p>5 介護予防居宅療養管理指導費</p> <p>(1) <u>通院が困難な利用者について</u> <u>介護予防居宅療養管理指導費は、在宅の利用者であって通院が困難なものであるとして、定期的に訪問して指導等を行った場合の評価であり、継続的な指導等の必要のないものや通院が可能なものに対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができるものなどは、通院は容易であると考えられるため、介護予防居宅療養管理指導費は算定できない（やむを得ない事情がある場合を除く。）。</u></p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) 医師・歯科医師の介護予防居宅療養管理指導について</p> <p>① 算定内容</p> <p>主治の医師及び歯科医師の行う介護予防居宅療養管理指導については、計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づき、介護支援専門員等（介護予防支援事業者により介護予防支援を受けている要支援被保険者については介護予防サービス計画を作成している保健師その他の介護予防支援に関する知識を有する職員を、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防防小規模多機能型居宅介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の利用者においては、「介護支援専門員等」という。）に対する介護予防サービス計画の作成等に必要となる情報提供並びに利用者若しくはその家族等に対する介護予防サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に算定する。介護支援専門員等への情報提供がない場合には、算定できないこととなるため留意すること。</p> <p>また、利用者が他の介護予防サービスを利用している場合にあっては、必要に応じて、利用者又は家族の同意を得た上で、当該介護予防サービス事業者等に介護予防サービスを提供する上での情報提供及び助言を行うこととする。</p> <p>また、必要に応じて、利用者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう留意し、また、関連する情報については、ケアマネジャー等に提供するよう努めることとする。</p> <p>なお、当該医師が当該月に医療保険において、「在宅時医学総合管理</p>	<p>(13) (略)</p> <p>5 介護予防居宅療養管理指導費 (新設)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 医師・歯科医師の介護予防居宅療養管理指導について</p> <p>① 算定内容</p> <p>主治の医師及び歯科医師の行う介護予防居宅療養管理指導については、計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づき、介護支援専門員等（介護予防支援事業者により介護予防支援を受けている要支援被保険者については介護予防サービス計画を作成している保健師その他の介護予防支援に関する知識を有する職員を、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防防小規模多機能型居宅介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の利用者においては、「介護支援専門員等」という。）に対する介護予防サービス計画の作成等に必要となる情報提供並びに利用者若しくはその家族等に対する介護予防サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に算定する。介護支援専門員等への情報提供がない場合には、算定できないこととなるため留意すること。</p> <p>また、利用者が他の介護予防サービスを利用している場合にあっては、必要に応じて、利用者又は家族の同意を得た上で、当該介護予防サービス事業者等に介護予防サービスを提供する上での情報提供及び助言を行うこととする。</p>
	<p>なお、当該医師が当該月に医療保険において、「在宅時医学総合管理</p>

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（医師）

令和 年 月 日

情報提供先事業所
担当 殿

医療機関名
医療機関所在地
電話番号
FAX 番号
医師氏名

基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	男・女	〒 ー
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		

利用者の病状、経過等

(1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については 1. に記入）及び発症年月日			
1.	発症年月日	(昭和・平成・令和 年 月 日頃)	
2.	発症年月日	(昭和・平成・令和 年 月 日頃)	
3.	発症年月日	(昭和・平成・令和 年 月 日頃)	
(2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [前回の情報提供より変化のあった事項について記入]			
(3) 日常生活の自立度等について			
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針			
<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊			
<input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他 ()			
→ 対処方針 ()			
(2) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し			
<input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明			
(3) サービスの必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。）			
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導			
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導			
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ()			
(4) サービス提供時における医学的観点からの留意事項			
・血圧 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()・移動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()			
・摂食 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()・運動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()			
・嚥下 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()・その他 ()			

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項
(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援
社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり
()
→ 必要な支援 ()
(2) 特記事項

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（歯科医師）

令和 年 月 日

情報提供先事業所
担当 殿

医療機関名
医療機関所在地
電話番号
FAX 番号
歯科医師氏名

基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	〒 ー 連絡先 ()
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		

利用者の病状、経過等

(1) 情報提供の目的
(2) 病状、経過等 <input type="checkbox"/> 口腔衛生状態不良 <input type="checkbox"/> う蝕等 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患（潰瘍等） <input type="checkbox"/> 義歯の問題（ <input type="checkbox"/> 義歯新製が必要な欠損 <input type="checkbox"/> 義歯破損・不適合等） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能の低下 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 配慮すべき基礎疾患（ ）

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 必要な歯科治療 <input type="checkbox"/> う蝕治療 <input type="checkbox"/> 冠・ブリッジ治療 <input type="checkbox"/> 義歯の新製や修理等 <input type="checkbox"/> 歯周病の治療 <input type="checkbox"/> 口腔機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> その他（ ）
(2) 利用すべきサービス <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（ <input type="checkbox"/> 歯科医師、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士） <input type="checkbox"/> その他（ ）
(3) その他留意点 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> その他（ ）
(4) 連携すべきサービス <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり（ ） →必要な支援（ ）

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項
(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () → 必要な支援 ()
(2) 特記事項

別紙様式 3

歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画

1 基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	明・大・昭	男 ・ 女
		年 月 日生 (歳)	
食形態	<input type="checkbox"/> 経口摂取(<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j)) <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり (発症日:令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし		

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6ヶ月以内の状況について記載すること。

2 スクリーニング、アセスメント

記入者・記入年月日	(氏名)			令和 年 月 日
口腔衛生状態	口臭	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
	義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
	舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
口腔機能の状態	食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
	舌の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
	むせ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
	痰がらみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
(以下の評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施)				
歯科疾患等	歯数	()歯		
	歯の問題(う蝕、破折、脱離等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
	歯周病	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
	粘膜の問題(潰瘍等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
	義歯の問題(不適合、破折)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
特記事項				

3 居宅療養管理指導計画

利用者家族に説明を行った日 令和 年 月 日

初回作成日	令和 年 月 日	作成(変更)日	令和 年 月 日
記入者	歯科医師: 歯科衛生士:		
目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患(<input type="checkbox"/> 重症化予防 <input type="checkbox"/> 歯科治療) <input type="checkbox"/> 口腔衛生(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃 技術の向上 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能(<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善)	<input type="checkbox"/> 食形態(<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 栄養状態(<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他()	
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他()	
訪問頻度	<input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他()		
関連職種との連携			

4 実施記録

訪問日	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分	実施者	
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設(有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム)		
歯科医師の同行の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分		
実地指導の要点	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 ()	
解決すべき課題			
特記事項	<input type="checkbox"/> 実地指導に係る情報提供・指導() <input type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示()		

老認発 0316 第 3 号
老老発 0316 第 2 号
令和 3 年 3 月 16 日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長
（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省老健局老人保健課長
（ 公 印 省 略 ）

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する
基本的な考え方並びに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・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施については、「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）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。以下「訪問通所サービス通知」という。）、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年 3 月 8 日老企第 40 号）、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年 3 月 17 日老計発第 0317001 号、老振発第 0317001 号、老老発第 0317001 号）及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年 3 月 31 日老計発第 0331005 号、老振発第 0331005 号、老老発第 0331018 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、令和 3 年 4 月 1 日から適用するが、「リハビリテーションマ

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」(平成 18 年 3 月 27 日老老発第 0327001 号)、「栄養マネジメント加算及び経口移行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 17 年 9 月 7 日老老発第 0907002 号)、「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 31 日老老発第 0331008 号)、「居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(平成 18 年 3 月 31 日老老発第 0331009 号)、「通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練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」(平成 27 年 3 月 27 日老振発 0327 第 2 号)及び「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考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」(平成 30 年 3 月 22 日老老発 0322 第 2 号)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

<目次>

- 第 1 リハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理の一体的な実施に関する基本的考え方及び様式例の提示について
 - 第 2 リハビリテーションマネジメント加算等の基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について
 - 第 3 通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練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
 - 第 4 施設サービスにおける栄養ケア・マネジメント及び経口移行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
 - 第 5 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
 - 第 6 口腔・栄養スクリーニング加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について
 - 第 7 口腔衛生の管理体制に関する基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について
 - 第 8 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
-
- 第 1 リハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理の一体的な実施に関する基本的考え方及び様式例の提示について
 - 1 リハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理の一体的な実施

の基本的な考え方

リハビリテーション・機能訓練と栄養管理の連携においては、筋力・持久力の向上、活動量に応じた適切な栄養摂取量の調整、低栄養の予防・改善、食欲の増進等が期待される。栄養管理と口腔管理の連携においては、適切な食事形態・摂取方法の提供、食事摂取量の維持・改善、経口摂取の維持等が期待される。口腔管理とリハビリテーション・機能訓練の連携においては、摂食・嚥下機能の維持・改善、口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防等が期待される。

このように、リハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理の取組は一体的に運用されることで、例えば、

- ・ リハビリテーション・機能訓練の負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することによる筋力・持久力の向上及びADLの維持・改善
- ・ 医師、歯科医師等の多職種との連携による摂食・嚥下機能の評価により、食事形態・摂取方法の適切な管理、経口摂取の維持等が可能となることによる誤嚥性肺炎の予防及び摂食・嚥下障害の改善

など、効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

このため自立支援・重度化防止のための効果的なケアを提供する観点から、医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理が実施されることが望ましい。

2 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の一体的な実施に関する様式例について

令和3年度介護報酬改定において、リハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理の取組を一体的に運用し、自立支援・重度化防止を効果的に進めるため、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理に関する各種計画書（リハビリテーション計画書、個別機能訓練計画書、栄養ケア計画書及び口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録）について、重複する記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式を設けることとした。

下表中右欄に定める様式を用いて計画書を作成した場合、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の各関係加算等の算定に際し必要とされる左欄の様式の作成に代えることができる。

別紙様式2-2-1及び2-2-2（リハビリテーション計画書）	別紙様式1-2（リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔
--------------------------------	----------------------------------

	管理に係る実施計画書(通所系))及び別紙様式1-3(リハビリテーションアセスメントシート)
別紙様式2-9(リハビリテーション実施計画書)	別紙様式1-1(リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(施設系))及び別紙様式1-3(リハビリテーションアセスメントシート)
別紙様式3-3(個別機能訓練計画書)	別紙様式1-1(リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(施設系))又は別紙様式1-2(リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(通所系))及び別紙様式1-4(個別機能訓練アセスメントシート)
別紙様式4-2(栄養ケア・経口移行・経口維持計画書(施設)(様式例))	別紙様式1-1(リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(施設系))
別紙様式5-2(栄養ケア計画書(通所・居宅)(様式例))	別紙様式1-2(リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(通所系))
別紙様式8(口腔機能向上サービスに関する計画書(様式例))	別紙様式1-2(リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(通所系))及び別紙様式1-6(口腔機能向上加算の実施記録)
「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式3及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及	別紙様式1-1(リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(施設系))及び別紙様式1-5(口腔衛生管理加算の実施記録)

び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式1（口腔衛生管理加算 様式（実施計画））	
--	--

第2 リハビリテーションマネジメント加算等の基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

I 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の基本的な考え方

(1) リハビリテーションの目的について

生活機能の低下した利用者に対するリハビリテーションは、単に運動機能や認知機能といった心身機能の改善だけを目指すのではなく、利用者が有する能力を最大限に発揮できるよう、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけていくこと、また、これによって日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能とすることを目的とするものである。

(2) リハビリテーションマネジメントの運用に当たって

リハビリテーションマネジメントは、高齢者の尊厳ある自己実現を目指すという観点に立ち、利用者の生活機能の向上を実現するため、介護保険サービスを担う専門職やその家族等が協働して、継続的な「サービスの質の管理」を通じて、適切なリハビリテーションを提供し、もって利用者の要介護状態又は要支援状態の改善や悪化の防止に資するものである。

利用者に対して漫然とリハビリテーションの提供を行うことがないように、利用者毎に、解決すべき課題の把握（アセスメント）を適切に行い、改善に係る目標を設定し、計画を作成した上で、必要な時期に必要な期間を定めてリハビリテーションの提供を行うことが重要である。症状緩和のための取組（いわゆる理学療法として行うマッサージ）のみを漫然と行う場合はその必要性を見直すこと。また、リハビリテーションは、理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士だけが提供するものではなく、医師、歯科医師、看護職員、介護職員、管理栄養士、歯科衛生士、支援相談員等様々な専門職が協働し、また利用者の家族にも役割を担っていただいて提供されるべきものである。特に日常生活上の生活行為への働きかけである介護サービスは、リハビリテーションの視点から提供されるべきものであるとの認識が重要である。リハビリテーションを提供する際には、利用者のニーズを踏まえ、利用者本人による選択を基本とし、利用者やそ

の家族にサービス内容について文書を用いてわかりやすく説明し、その同意を得なければならない。利用者やその家族の理解を深め、協働作業が十分になされるために、リハビリテーション、生活不活発病（廃用症候群）や生活習慣病等についての啓発を行うことも重要である。

(3) 継続的なサービスの質の向上に向けて

施設サービスにおいて提供されるリハビリテーションは、施設退所後の居宅における利用者の生活やその場において提供されるリハビリテーションを考慮した上で、利用者の在宅復帰に資するものである必要があり、施設入所中又はその退所後に居宅において利用者に提供されるリハビリテーションが一貫した考え方に基づき提供されるよう努めなければならない。そのためには施設入所中も、常に在宅復帰を想定してリハビリテーションを提供していくことが基本である。また、居宅サービス（訪問・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にあつては、訪問介護員等他の居宅サービス事業所の担当者に対する情報提供等を行うなど、利用者のよりよい在宅生活を支援するものとなるよう配慮することも必要である。全体のケアマネジメントとリハビリテーションマネジメントとの両者におけるアセスメントや計画書については、基本的考え方、表現等が統一されていることが望まれる。さらに、利用者の生活機能の改善状況は継続的に把握（モニタリング）し、常に適切なリハビリテーションの提供を行わなければならない。リハビリテーションマネジメント体制については、生活機能の維持、改善の観点から評価し、継続的なサービスの質の向上へと繋げることが必要である。

Ⅱ （介護予防）訪問・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について

1 リハビリテーションマネジメントの実務等について

(1) リハビリテーションマネジメントについて

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

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

① 調査 (Survey)

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

別紙様式2-1「興味・関心チェックシート」を活用し、利用者の興味や関心のある生活行為について把握すること。

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

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

② 計画（Plan）

イ リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握

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

ロ リハビリテーション計画の作成

事業所の医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は別紙様式2-2-1及び別紙様式2-2-2「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するとともに、必要に応じて歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士等の助言を参考とし、リハビリテーション計画を作成すること。

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

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

ハ リハビリテーション計画書の保存

作成したリハビリテーション計画書は2年間保存すること。

③ 実行（Do）

イ リハビリテーションの実施

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

ロ 医師の詳細な指示

事業所の医師は、リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行うこと。

指示の内容については、利用者の状態の変化に応じ、適宜変更すること。

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

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

ホ 介護支援専門員を通じたリハビリテーションの観点からの助言等
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従事者に対し以下の情報を伝達する等、連携を図ること。

- ・ 利用者及びその家族の活動や参加に向けた希望
- ・ 利用者の日常生活能力を維持又は向上させる介護の方法及びその留意点
- ・ その他、リハビリテーションの観点から情報共有をすることが必要な内容

④ 評価 (Check)、改善 (Action)

イ リハビリテーション計画の見直し

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

a 退院(所)後間もない場合、利用者及びその家族が在宅生活に不

安がある場合又は利用者の状態が変化する等の理由でリハビリテーション計画の見直しが必要になった場合は、適宜当該計画の見直しを行うこと。

- b 目標の達成状況やADL及びIADLの改善状況等を評価した上で、再度アセスメントを行い、サービスの質の改善に関する事項も含め、リハビリテーション計画の変更の必要性を判断すること。
 - c リハビリテーション計画の進捗状況について評価し、見直された計画は、3月ごとに担当の介護支援専門員等に情報を提供するとともに、必要に応じて居宅サービス計画の変更を依頼すること。
 - d リハビリテーション計画の変更が生じた場合は、利用者又はその家族に説明し、同意を得ること。
- ロ サービスの利用終了時の説明等
- a サービスの利用が終了する1月前以内に、事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーション会議を行うことが望ましい。その際、介護支援専門員や終了後に利用予定の他の居宅サービス事業所のサービス担当者、介護予防・日常生活支援総合事業を利用する際はその担当者等の参加を求めるものであること。
 - b 利用終了時に、担当の介護支援専門員や計画的な医学的管理を行っている医師に対し、リハビリテーションの観点から必要な情報提供を行うこと。

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-

ビス等の利用を経て、同一の指定通所リハビリテーション事業所を再度利用した場合は、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(1)又はロ(1)若しくは(B)イ(1)又はロ(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(A)イ(2)又はロ(2)若しくは(B)イ(2)又はロ(2)を算定すること。

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

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

リハビリテーションマネジメント加算(A)イの算定に当たっては、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。リハビリテーション会議には必要に応じて歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士等が参加することが望ましい。

ロ リハビリテーション会議の構成員の参加

リハビリテーション会議は、テレビ電話装置等(リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。)を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族(以下このロにおいて「利用者等」という。)が参加する場合にあつては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。なお、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応していること。

ハ リハビリテーション会議での協議内容

リハビリテーション会議では、アセスメント結果などの情報の共有、

多職種協働に向けた支援方針、リハビリテーションの内容、構成員間の連携等について協議するよう努めること。

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

ニ リハビリテーション会議の記録

リハビリテーション会議で検討した内容については、別紙様式 2-3「リハビリテーション会議録」を活用し記録に残すこと。

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

当該記録は利用者毎に 2 年間保存するものであること。

ホ その他

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

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

② リハビリテーション計画の利用者又はその家族への説明

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

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

ロ 利用者又はその家族の同意が得られたことを記録すること。

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、1(1)③ホの内容に加え、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 2-4「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(A)イにおいては、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。

(3) リハビリテーションマネジメント加算(B)イの算定に関して

リハビリテーションマネジメント加算(B)イ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(B)イの算定に当たっては、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(A)イと同様であるため、(2)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(A)イと同様であるため、
(2)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(A)イと同様であるため、
(2)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(A)イと同様であるため、
(2)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(A)イと同様であるため、
(2)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(A)イと同様であるため、
(2)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(A)
イはリハビリテーションマネジメント加算(B)イと読み替えられたい。
- (4) リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ又は(B)ロの算定に関し
て
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ又は(B)ロは、リハビリ
テーションマネジメント加算(A)イ又は(B)イの要件に加え、「科学的介
護情報システム (Long-term care Information system For Evidence)」
(以下「L I F E」という。)を用いて厚生労働省に情報を提出し、提出
情報及びフィードバック情報を活用し、S P D C Aサイクルにより、ケア
の質の向上を図ることを評価したものである。L I F Eへの提出情報、提
出頻度等については、「科学的介護情報システム (L I F E) 関連加算に
関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令
和3年3月16日老老発 0316 第4号)を参照されたい。

2 別紙様式の記載要領

(1) 別紙様式2-1 (興味・関心チェックシート)

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

(2) 別紙様式2-2-1、別紙様式2-2-2 (リハビリテーション計画書)

① 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2-1で把握した、利用者がしてみ

たい又は興味があると答えた内容を考慮して、利用者に確認の上、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。

② 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。

③ 心身機能・構造

心身機能の障害（筋力低下、麻痺、感覚機能障害、関節可動域制限、摂食嚥下障害、失語症・構音障害、見当識障害、記憶障害、その他の高次脳機能障害、栄養障害、褥瘡、疼痛、精神行動障害（B P S D））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、現在の状況と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。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。

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こと。

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こと。

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。

④ 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。

イ 基本動作

居宅を想定しつつ、基本動作（寝返り、起き上がり、座位保持、立

ち上がり、立位保持) の状況进行评估し、該当箇所にリハビリテーション開始時点及び現在の状況について記載すること。

ロ 活動 (A D L) (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、リハビリテーション開始時点及び現在の状況について該当箇所に記載すること。

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

⑤ リハビリテーションの目標、方針、本人・家族への生活指導の内容、実施上の留意点、リハビリテーションの見通し・継続理由、終了の目安と時期

目標は長期目標と短期目標（今後3か月間）を、方針については今後3か月間として、該当箇所に記載すること。本人・家族への生活指導の内容を、自主トレーニングの内容と併せて記載すること。

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。

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

⑥ 特記事項

①から⑤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。

⑦ 環境因子

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

⑧ 社会参加の状況

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

⑨ 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、リハビリテーション開始時点及び現在の状況を該当箇所にその得点を記載する。

項目		選択肢	
1	食事の用意（買い物は含まれない）	0	していない 1 まれにしている
		2	時々（週に1～2回）
		3	週に3回以上している
2	食事の片づけ	0	していない 1 まれにしている
		2	時々（週に1～2回）
		3	週に3回以上している
3	洗濯	0	していない 1 まれにしている
		2	時々している（週に1回未満）
		3	週に1回以上している
4	掃除や整頓（箒や掃除機を使った清掃や身の回りの整理整頓など）	0	していない 1 まれにしている
		2	時々している（週に1回未満）
		3	週に1回以上している
5	力仕事（布団の上げ下げ、雑巾で床を拭く、家具の移動や荷物の運搬など）	0	していない 1 まれにしている
		2	時々している（週に1回未満）
		3	週に1回以上している

6	買物（自分で運んだり、購入すること）	0 していない 1 まれにしている 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している
7	外出（映画、観劇、食事、酒飲み、会合などに出かけること）	0 していない 1 まれにしている 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している
8	屋外歩行（散歩、買物、外出等のために少なくとも15分以上歩くこと）	0 していない 1 まれにしている 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している
9	趣味（テレビは含まない）	0 していない 1 まれにしている 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している
10	交通手段の利用（タクシー含む）	0 していない 1 まれにしている 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している
11	旅行	0 していない 1 まれにしている 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している
12	庭仕事（草刈き、水撒き、庭掃除） ※ベランダ等の作業も含む	0 していない 1 時々している 2 定期的に行っている 3 定期的に行っている。必要があれば掘り起し、植え替え等の作業もしている
13	家や車の手入れ	0 していない 1 電球の取替・ねじ止めなど 2 ペンキ塗り・模様替え・洗車 3 2の他、家の修理や車の整備

14	読書（新聞・週刊誌・パンフレット類は含めない）	0 読んでいない 1 まれに 2 月に1回程度 3 月に2回以上
15	仕事（収入のあるもの、ボランティアは含まない）	0 していない 1 週に1～9時間 2 週に10～29時間 3 週に30時間以上

⑩ 「活動」と「参加」に影響を及ぼす課題の要因分析

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

⑪ 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、⑩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、担当職種、具体的支援内容、サービス提供の予定頻度、及び時間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。

⑫ 情報提供先

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

(3) 別紙様式2-3（リハビリテーション会議録）

- ① 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。
- ② 会議出席者の所属（職種）や氏名を記載すること。
- ③ 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。

- ③ 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 2－4（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）

① サービス開始時における情報収集

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

また、事業所とは別の医療機関において計画的な医学的管理を行っている医師がいる場合であつては、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。

入手した場合は該当箇所にチェックすること。

② 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。

③ リハビリテーション計画の利用者・家族への説明

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

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

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

④ 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。

⑤ 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。

⑥ 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。

- ⑦ 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。
- ⑧ サービスを終了する 1 月前以内のリハビリテーション会議の開催
サービス終了する 1 月前以内にリハビリテーション会議を実施した場合は、該当箇所にチェックを行い、参加者に○をつけること。
- ⑨ 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。
- ⑩ 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。

3 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 2-1 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

興味・関心チェックシート

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

事業所番号 _____ リハビリテーション計画書 ☐入院 ☐外来 / ☐訪問 ☐通所 / ☐入所 計画作成日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名: (_____) 様 性別: (男 / 女) 生年月日: (_____) 年 (_____) 月 (_____) 日 ((_____) 歳) ☐要支援 ☐要介護: (_____)

リハビリテーション担当医 (_____) 担当 (_____) (☐PT ☐OT ☐ST ☐看護職員 ☐その他従事者 (_____)

■本人の希望(したい又はできるようになりたい生活の希望等)

■家族の希望(本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等)

■健康状態、経過

原因疾病: _____ 発症日・受傷日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 直近の入院日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 直近の退院日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

治療経過(手術がある場合は手術日・術式等): _____

合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等): _____

これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等): _____

目標設定等支援・管理シート: ☐あり ☐なし 日常生活自立度: 自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: 自立、Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、M

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	特記事項(改善の見込み含む)
筋力低下	あり	あり	
麻痺	あり	あり	
感覚機能障害	あり	あり	
関節可動域制限	あり	あり	
摂食嚥下障害	あり	あり	
失語症・構音障害	あり	あり	
見当識障害	あり	あり	
記憶障害	あり	あり	
高次脳機能障害 (_____)	あり	あり	
栄養障害	あり	あり	
褥瘡	あり	あり	
疼痛	あり	あり	
精神行動障害(BPSD)	あり	あり	
<input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> TUG Test			
服薬管理	自立		
<input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R			
コミュニケーション の状況			

■活動(基本動作)

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)
寝返り	自立	自立	
起き上がり	自立	自立	
座位保持	自立	自立	
立ち上がり	自立	自立	
立位保持	自立	自立	

■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)
食事	10(自立)	10(自立)	
イスとベッド間の移乗	15(自立)	15(自立)	
整容	5(自立)	5(自立)	
トイレ動作	10(自立)	10(自立)	
入浴	5(自立)	5(自立)	
平地歩行	15(自立)	15(自立)	
階段昇降	10(自立)	10(自立)	
更衣	10(自立)	10(自立)	
排便コントロール	10(自立)	10(自立)	
排尿コントロール	10(自立)	10(自立)	
合計点			

■リハビリテーションの短期目標(今後3ヶ月)

(心身機能)

(活動)

(参加)

■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)

■リハビリテーション実施上の留意点

(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

■リハビリテーションの見通し・継続理由

■リハビリテーションの終了目安

(終了の目安となる時期: _____ ヶ月後)

■本人・家族への生活指導の内容(自主トレ指導含む)

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

特記事項:

■リハビリテーションサービス						
訪問・通所頻度()		利用時間()		送迎なし		
No.	目標(解決すべき課題)	期間	担当職種	具体的支援内容 (何を目的に(～のために)～をする)	頻度	時間
					週 回	分／回
					週 回	分／回
					週 回	分／回
					週 回	分／回
					週 回	分／回
					週合計時間	

□他事業所の担当者 と共有すべき事項	□介護支援専門員 と共有すべき事項	□その他、共有すべき事項()

※下記の☑の職種や支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。
【情報提供先】 □介護支援専門員 □医師 □(地域密着型)通所介護 □()

リハビリテーション会議録（訪問・通所リハビリテーション）

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

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

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

リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票

利用者氏名 殿

作成年月日 年 月 日

チェック	プロセス	参加者及び内容	備考
<input type="checkbox"/>	サービス開始時における情報収集	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション会議の開催によるリハビリテーション計画書の作成	<input type="checkbox"/> 参加者(本人・家族・医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員 介護支援専門員・訪問介護・訪問リハ・通所介護・その他()) <input type="checkbox"/> (日付:)	
<input type="checkbox"/>	【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)】 計画作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明	<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 checked="" type="checkbox"/> 114	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	<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"/>	リハビリテーション会議の実施と計画の見直し	<input type="checkbox"/> (日付:) <input type="checkbox"/> (日付:) <input type="checkbox"/> (日付:) <input type="checkbox"/> (日付:) <input type="checkbox"/> (日付:) <input type="checkbox"/> (日付:) <input type="checkbox"/> (日付:) <input type="checkbox"/> (日付:) <input type="checkbox"/> (日付:) <input type="checkbox"/> (日付:) <input type="checkbox"/> (日付:) <input type="checkbox"/> (日付:)	
<input type="checkbox"/>	訪問介護の事業その他の居宅サービス事業に係る従業者に対する日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報伝達	<input type="checkbox"/> (日付:) <input type="checkbox"/> 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"/> (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"/>	居宅を訪問して行う介護の工夫に関する指導・助言の実施	<input type="checkbox"/> (日付:) <input type="checkbox"/> (日付:) <input type="checkbox"/> (日付:) <input type="checkbox"/> (日付:) <input type="checkbox"/> (日付:) <input type="checkbox"/> (日付:) <input type="checkbox"/> (日付:) <input type="checkbox"/> (日付:)	
<input type="checkbox"/>	サービスを終了する1月前以内のリハビリテーション会議の開催	<input type="checkbox"/> 参加者(本人・家族・医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員 介護支援専門員・訪問介護・訪問リハ・通所介護・その他()) <input type="checkbox"/> (日付:)	
<input type="checkbox"/>	終了時の情報提供	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他()	

※CM: 介護支援専門員 CW: 指定訪問介護のサービス責任者

老老発 0316 第 4 号
令和 3 年 3 月 16 日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局老人保健課長
（ 公 印 省 略 ）

科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに
事務処理手順及び様式例の提示について

科学的介護情報システム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）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。以下「訪問通所サービス通知」という。）、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年 3 月 8 日老企第 40 号）、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年 3 月 17 日老計発第 0317001 号、老振発第 0317001 号、老老発第 0317001 号）、「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年 3 月 31 日老計発第 0331005 号、老振発第 0331005 号、老老発第 0331018 号）及び「特別診療費の算定に関する留意事項について」（平成 30 年 4 月 25 日老老発 0425 第 2 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。

記

第 1 基本的考え方

1 科学的介護情報システム（L I F E）について

厚生労働省では、平成 28 年度から通所・訪問リハビリテーションデータ収集システム（以下「V I S I T」という。）を運用し、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情報を収集するとともに、令和 2 年 5 月から高齢者の状態やケアの内容等データ収集システム（以下「C H A S E」という。）を運用し、利用者又は入所者（以下「利用者等」という。）の心身の状態や提供されるサービス等に関する情報を収集してきた。

令和 3 年 4 月 1 日より、V I S I T 及び C H A S E の一体的な運用を開始するとともに、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、名称を「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）」（以下「L I F E」という。）とすることとした。なお、L I F E の利用申請手続等については、「科学的介護情報システム（L I F E）」の活用等について」（令和 3 年 2 月 19 日厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）を参照されたい。

U R L : https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html

2 L I F E を用いた P D C A サイクルの推進及びサービスの質の向上について

令和 3 年度介護報酬改定において、科学的に効果が裏付けられた自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提供の推進を目的とし、L I F E を用いた P D C A サイクルの推進及びサービスの質の向上を図る取組を推進することとされた。

P D C A サイクルとは、利用者等の状態に応じたケア計画等の作成（Plan）、当該計画等に基づくサービスの提供（Do）、当該提供内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画等の見直し・改善（Action）の一連のサイクルのことであり、P D C A サイクルの構築を通じて、継続的にサービスの質の管理を行うことにより、サービスの質の向上につなげることを目指すものである。

P D C A サイクルに沿った取組を進める中で作成された、ケア計画等の情報を L I F E に提出することで、利用者等单位又は事業所・施設単位で解析された結果のフィードバックを受けることができる。このフィードバック情報を活用することで、利用者等の状態やケアの実績の変化等を踏まえたケア計画等の見直し・改善を行うことが可能となり、サービスの質の一層の向上につなげることが可能となる。

以上の観点から、第 2 に規定する各加算については、L I F E への情報提

出及びフィードバック情報を活用したPDCAサイクルの推進及びサービスの質の向上を求めることとしている。

第2 L I F Eに関連する加算

1 科学的介護推進体制加算

(1) 通所サービス、居住サービス及び多機能サービスにおける科学的介護推進体制加算

ア L I F Eへの情報提出頻度について

利用者ごとに、(ア) から (エ) までに定める月の翌月 10 日までに提出すること。なお、情報を提出すべき月について情報の提出を行えない事実が生じた場合、直ちに訪問通所サービス通知第 1 の 5 の届出を提出しなければならず、事実が生じた月のサービス提供分から情報の提出が行われた月の前月までの間について、利用者全員について本加算を算定できないこと（例えば、4 月の情報を 5 月 10 日までに提出を行えない場合は、直ちに届出の提出が必要であり、4 月サービス提供分から算定ができないこととなる。）。

(ア) 本加算の算定を開始しようとする月においてサービスを利用している利用者（以下「既利用者」という。）については、当該算定を開始しようとする月

(イ) 本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降にサービスの利用を開始した利用者（以下「新規利用者」という。）については、当該サービスの利用を開始した日の属する月

(ウ) (ア) 又は (イ) の月のほか、少なくとも 6 月ごと

(エ) サービスの利用を終了する日の属する月

イ L I F Eへの提出情報について

事業所の全ての利用者について、別紙様式 1（科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス））にある「評価日」、「前回評価日」、「障害高齢者の日常生活自立度及び認知症高齢者の日常生活自立度」、「総論（ADL 及び在宅復帰の有無等に限る。）」、「口腔・栄養」及び「認知症（必須項目に限る。）」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、すべて提出すること。また、「総論（既往歴、服薬情報及び同居家族等に限る。）」及び「認知症（任意項目に限る。）」の各項目に係る情報についても、必要に応じて提出することが望ましいこと。なお、フィードバックについては必須情報以外も含め提出された情報に基づき実施されるものであること。

また、提出情報は、利用者ごとに、以下の時点における情報とするこ

なければならないこと。

(2) L I F E への提出情報について

事業所・施設における利用者等全員について、利用者等のADL値（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）第16号の2イ(2)のADL値をいう。）を、やむを得ない場合を除き、提出すること。

ただし、評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目にサービスの利用がない場合については、当該サービスの利用があった最終の月の情報を提出すること。

4 リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ及び(B)ロ

(1) L I F E への情報提出頻度について

個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、2(1)を参照されたい。

(2) L I F E への提出情報について

ア 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」別紙様式2-2-1及び2-2-2（リハビリテーション計画書）にある「計画作成日」、「担当職種」、「健康状態、経過（原因疾病及び合併疾患・コントロール状態に限る。）」、「日常生活自立度又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」、「心身機能・構造」、「活動（基本動作、活動範囲など）」、「活動（ADL）」、「リハビリテーションの短期目標（今後3ヶ月）」、「リハビリテーションの長期目標」、「リハビリテーションの終了目安」、「社会参加の状況」、「活動（IADL）」及び「リハビリテーションサービス（目標、担当職種、具体的支援内容、頻度及び時間に限る。）」の各項目に係る情報をすべて提出すること。

イ 提出情報の時点は、個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、2(2)イを参照されたい。

5 リハビリテーションマネジメント計画書情報加算並びに理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算

(1) L I F E への情報提出頻度について

個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、2(1)を参照されたい。

(2) L I F E への提出情報について

ア 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」別紙様式2-2-1及び2-2-2（リハビリテーション計画書）にある「計画作成日」、「担当職種」、「健康状態、経過（原因疾病及び合

新	旧
<p>目次</p> <p>第一章～第十三章略</p> <p>第十四章 雑則 第二百七十七条)</p> <p>附則</p> <p>指定居宅サービスの事業の一般原則)</p> <p>第三条 1・2略</p> <p>3 指定居宅サービス事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。</p> <p>4 指定居宅サービス事業者は、指定居宅サービスを提供するに当たっては、法第百十八条の二第一項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。</p> <p>内容及び手続の説明及び同意)</p> <p>第九条 指定訪問リハビリテーション事業者は、指定訪問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、第三十条の運営規程の概要、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等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。</p> <p>2～6略</p> <p>指定訪問リハビリテーションの具体的取扱方針)</p> <p>第八十五条 指定訪問リハビリテーションの提供は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うものとし、その方針は、次に掲げるところによるものとする。</p>	<p>目次</p> <p>第一章～第十三章略</p> <p>附則</p> <p>指定居宅サービスの事業の一般原則)</p> <p>第三条 1・2略</p> <p>内容及び手続の説明及び同意)</p> <p>第九条 指定訪問リハビリテーション事業者は、指定訪問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、第三十条の運営規程の概要、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等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。この場合において、当該同意は、できる限り書面により得るものとする。</p> <p>2～6略</p> <p>指定訪問リハビリテーションの具体的取扱方針)</p> <p>第八十五条 指定訪問リハビリテーションの提供は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うものとし、その方針は、次に掲げるところによるものとする。</p>

一〇四略

五 指定訪問リハビリテーション事業者は、リハビリテーション会議

次条第一項の訪問リハビリテーション計画又は第四百四十一条第一項の通所リハビリテーション計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者その他の関係者 以下 構成員」という。）により構成される会議 テレビ電話装置等を活用して行うことができるものと し、利用者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者又はその家族の同意を得なければならないものとする。）をいう。以下同じ。）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を構成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こと。

2 略

運営規程)

第八十七条 指定訪問リハビリテーション事業者は、指定訪問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係る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。）を定めておかねばならない。

一〇五略

六 虐待の防止のための措置に関する事項

七 略

勤務体制の確保等)

第三十二条 1〇3略

4 指定訪問リハビリテーション事業者は、適切な指定訪問リハビリテーションの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であつて業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じな

一〇四略

五 指定訪問リハビリテーション事業者は、リハビリテーション会議

次条第一項の訪問リハビリテーション計画又は第四百四十一条第一項の通所リハビリテーション計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者その他の関係者 以下 構成員」という。）により構成される会議をいう。以下同じ。）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を構成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こと。

2 略

運営規程)

第八十七条 指定訪問リハビリテーション事業者は、指定訪問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係る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。）を定めておかねばならない。

一〇五略

六 略

勤務体制の確保等)

第三十二条 1〇3略

4 前項の研修には、利用者の尊厳を守り、利用者及びその家族が共に健全な生活を送ることができるよう、利用者の人権の擁護及び虐待の防止に関する事項をその内容に含めなければならない。

ければならない。

業務継続計画の策定等

第三十二条の二 指定訪問リハビリテーション事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供を継続的に実施するとともに、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画 以下この条において「業務継続計画」という。を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

2 指定訪問リハビリテーション事業者は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。

3 指定訪問リハビリテーション事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

衛生管理等

第三十三条 1・2略

3 指定訪問リハビリテーション事業者は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じなければならない。

一 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会 テレビ電話装置その他の情報通信機器 以下「テレビ電話装置等」という。を活用して行うことができるものとする。をとおおむね六月に一回以上開催するとともに、その結果について、訪問リハビリテーション員等に周知徹底を図ること。

二 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。

三 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施すること。

揭示

第三十四条 1略

2 指定訪問リハビリテーション事業者は、前項に規定する事項を記載した書面を当該指定訪問リハビリテーション事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、同項の規定による揭示に代えることができる。

衛生管理等

第三十三条 1・2略

揭示

第三十四条 略

地域との連携等

第三十九条 1略

2 指定訪問リハビリテーション事業者は、指定訪問リハビリテーション事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して指定訪問リハビリテーションを提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても指定訪問リハビリテーションの提供を行うよう努めなければならない。

虐待の防止

第四十条の二 指定訪問リハビリテーション事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じなければならない。

一 虐待の防止のための対策を検討する委員会、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。を定期的に開催するとともに、その結果について、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等に周知徹底を図ること。

二 虐待の防止のための指針を整備すること。

三 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。

四 前三号の措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

第十四章 雑則

電磁的記録等

第二百七十七条 指定居宅サービス事業者及び指定居宅サービスの提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、この条例の規定において書面、書画、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下この条において同じ。でを行うことが規定されている又は想定されるもの 第十二条第一項、第四十二条の三、第四十七条、第五十九条、第六十三条、第七十九条、第八十九条、第九十八条、第一百零三条、第一百零五条、第一百零七条、第一百零九条、第一百六十八条、第一百八十一条において準用する場合を含む。）、第百

地域との連携

第三十九条 略

八十一条の三、第百八十八条、第二百四条 第二百六十六条において準用する場合を含む。）、第二百三十七条、第二百四十八条、第二百六十三条、第二百六十五条及び第二百七十六条において準用する場合を含む。）及び第二百二十四条第一項 第二百四十八条において準用する場合を含む。）並びに次項に規定するものを除く。）については、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録 電子的方式、磁気的方式その他の知覚によって認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。

2 指定居宅サービス事業者及び指定居宅サービスの提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもの 以下 交付等」という。）のうち、この条例の規定において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電子的方法、磁気的方法その他の知覚によって認識することができない方法によることができる。

令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1)

(令和3年3月19日)

【全サービス共通】

○ 人員配置基準における両立支援

問1 人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認めるとあるが、「同等の資質を有する」かについてどのように判断するのか。

(答)

- ・ 介護現場において、仕事と育児や介護との両立が可能となる環境整備を進め、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、以下の取扱いを認める。

＜常勤の計算＞

- ・ 育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度を利用する場合に加え、同法による介護の短時間勤務制度や、男女雇用機会均等法による母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合についても、30時間以上の勤務で、常勤扱いとする。

＜常勤換算の計算＞

- ・ 職員が、育児・介護休業法による短時間勤務制度や母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算上も1と扱う。

※ 平成27年度介護報酬改定に関するQ & A（平成27年4月1日）問2は削除する。

＜同等の資質を有する者の特例＞

- ・ 「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業、育児休業に準ずる休業、母性健康管理措置としての休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認める。
- ・ なお、「同等の資質を有する」とは、当該休業を取得した職員の配置により満たしていた、勤続年数や所定の研修の修了など各施設基準や加算の算定要件として定められた資質を満たすことである。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol. ２）

（令和３年３月２３日）

【訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション】

○ リハビリテーションマネジメント加算

問１ リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）及び（Ｂ）の算定要件について、「リハビリテーション計画について、利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること」とあるが、当該説明等は利用者又は家族に対して、電話等による説明でもよいのか。

（答）

- ・ 利用者又はその家族に対しては、原則面接により直接説明することが望ましいが、遠方に住む等のやむを得ない理由で直接説明できない場合は、電話等による説明でもよい。
- ・ ただし、利用者に対する同意については、書面等で直接行うこと。

※ 平成 27 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol. １）（平成 27 年４月１日）問 84 の修正。

問２ リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）及び（Ｂ）の算定要件について、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、その他指定居宅サービス従業者あるいは利用者の家族に対し指導や助言することとなっているが、その訪問頻度はどの程度か。

（答）

訪問頻度については、利用者の状態等に応じて、通所リハビリテーション計画に基づき適時適切に実施すること。

※ 平成 27 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol. １）（平成 27 年４月１日）問 85 の修正。

問3 リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)における理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による居宅への訪問時間は人員基準の算定外となるのか。

(答)

訪問時間は、通所リハビリテーション、病院、診療所及び介護老人保健施設、介護医療院の人員基準の算定に含めない。

※ 平成27年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) (平成27年4月1日) 問86の修正。

問4 一事業所が、利用者によってリハビリテーションマネジメント加算(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロを取得するということは可能か。

(答)

利用者の状態に応じて、一事業所の利用者ごとにリハビリテーションマネジメント加算(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロを取得することは可能である。

※ 平成27年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) (平成27年4月1日) 問87の修正。

問5 サービス提供を実施する事業者が異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用者がおり、それぞれの事業所がリハビリテーションマネジメント加算(A)又は(B)を取得している場合、リハビリテーション会議を通じてリハビリテーション計画を作成する必要があるが、当該リハビリテーション会議を合同で開催することは可能か。

(答)

居宅サービス計画に事業者の異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用が位置づけられている場合であって、それぞれの事業者が主体となって、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、リハビリテーション計画を作成等するのであれば、リハビリテーション会議を合同で会議を実施しても差し支えない

※ 平成27年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 2) (平成27年4月30日) 問7の修正。

問6 「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」に示されたリハビリテーション計画書の様式について、所定の様式を活用しないとリハビリテーションマネジメント加算や移行支援加算等を算定することができないのか。

(答)

様式は標準例をお示ししたものであり、同様の項目が記載されたものであれば、各事業所で活用されているもので差し支えない。

※ 平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (平成27年4月30日) 問8の修正。

問7 リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の算定要件にあるリハビリテーション会議の開催頻度を満たすことができなかった場合、当該加算は取得できないのか。

(答)

- ・ リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の取得に当たっては、算定要件となっているリハビリテーション会議の開催回数を満たす必要がある。
- ・ なお、リハビリテーション会議は開催したものの、構成員のうち欠席者がいた場合には、当該会議終了後、速やかに欠席者と情報共有すること。

※ 平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (平成27年4月30日) 問10の修正。

問8 リハビリテーションマネジメント加算(B)の算定要件にある「医師が利用者またはその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること」について、当該医師はリハビリテーション計画を作成した医師か、計画的な医学的管理を行っている医師のどちらなのか。

(答)

リハビリテーション計画を作成した医師である。

※ 平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (平成27年4月30日) 問11の修正。

問 9 リハビリテーションマネジメント加算(A)とリハビリテーションマネジメント加算(B)については、同時に取得することはできないが、月によって加算の算定要件の可否で加算を選択することは可能か。

(答)

リハビリテーションマネジメント加算(A)とリハビリテーションマネジメント加算(B)については、同時に取得することはできないものの、いずれかの加算を選択し算定することは可能である。ただし、リハビリテーションマネジメント加算については、リハビリテーションの質の向上を図るため、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うものであることから、リハビリテーションマネジメント加算(B)が算定できる通所リハビリテーション計画を作成した場合は、継続的にリハビリテーションマネジメント加算(B)を、リハビリテーションマネジメント加算(A)が算定できる通所リハビリテーション計画を作成した場合は、継続的にリハビリテーションマネジメント加算(A)を、それぞれ取得することが望ましい。

※ 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 2) (平成 27 年 4 月 30 日) 問 12 の修正。

問 10 リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)については、当該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同意を得た日の属する月から取得することとされているが、通所リハビリテーションの提供がない場合でも、当該月に当該計画の説明と同意のみを得れば取得できるのか。

(答)

- ・ 取得できる。
- ・ リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)は、「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」から取得することとしているため、通所リハビリテーションの提供がなくても、通所リハビリテーションの提供開始月の前月に同意を得た場合は、当該月より取得が可能である。
- ・ なお、訪問リハビリテーションにおいても同様に取り扱う。

※ 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 3) (平成 27 年 6 月 1 日) 問 1 の修正。

問 11 同一利用者に対して、複数の事業所が別々に通所リハビリテーションを提供している場合、各々の事業者がリハビリテーションマネジメント加算の算定要件を満たしていれば、リハビリテーションマネジメント加算を各々算定できるか。

(答)

- ・ 事業所ごとに提供可能なサービスの種類が異なり、単一の事業所で利用者が必要とする理学療法、作業療法、言語聴覚療法のすべてを提供できない場合、複数の事業所で提供することが考えられる。例えば、脳血管疾患発症後であって、失語症を認める利用者に対し、1つの事業所がリハビリテーションを提供することとなったが、この事業所には言語聴覚士が配置されていないため、失語に対するリハビリテーションは別の事業所で提供されるというケースが考えられる。
- ・ この場合、例えば、リハビリテーションマネジメント加算(A)であれば、リハビリテーション会議を通じて、提供可能なサービスが異なる複数の事業所を利用することを話し合った上で、通所リハビリテーション計画を作成し、その内容について利用者の同意を得る等、必要な算定要件を各々の事業者が満たしていれば、リハビリテーションマネジメント加算(A)の算定は可能である。
- ・ リハビリテーションマネジメント加算(B)についても同様に取り扱う。

※ 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 4) (平成 27 年 7 月 31 日) 問 1 の修正。

問 12 移行支援加算に係る解釈通知における、「(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」は、具体的にはどのように算出するか。

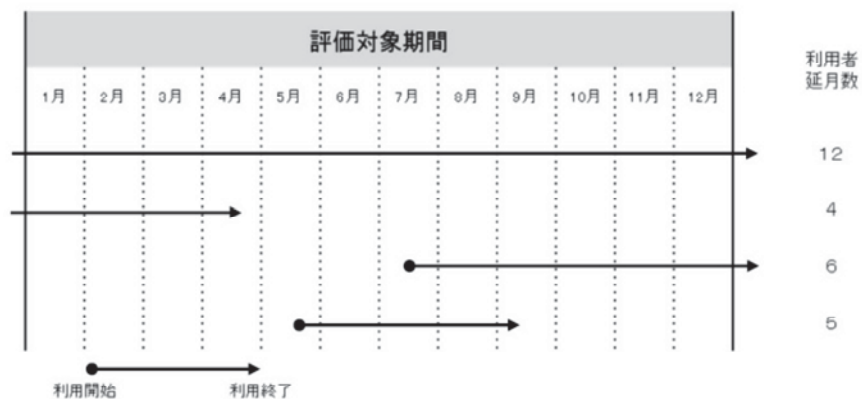
(答)

- ・ 移行支援加算は、利用者の A D L ・ I A D L が向上し、社会参加に資する取組に移行する等を指標として、質の高いリハビリテーションを提供する事業所を評価するものである。
- ・ そのため、「社会参加への移行状況」と「サービスの利用の回転」を勘案することとしている。
- ・ このうち、「サービスの利用の回転」の算定方法は下記のとおりである。

$$\frac{12 \text{ 月}}{\text{平均利用月数}} \geq 25\% \quad (\text{通所リハビリテーションは} \geq 27\%)$$

- ・ この平均利用月数を算出する際に用いる、「(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」とは、評価対象期間に当該事業所を利用した者の、評価対象期間におけるサービス利用の延月数(評価対象期間の利用者延月数)を合計するものである。なお、評価対象期間以外におけるサービスの利用は含まない。

(評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数のイメージ)



※ 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 6) (平成 28 年 3 月 18 日) の修正。

問 13 リハビリテーションマネジメント加算(B)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。

リハビリテーション会議の構成員の参加については、テレビ電話装置等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医師が利用者又はその家族へテレビ電話装置等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(B)の算定要件を満たすか。

(答)

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) (平成 30 年 3 月 23 日) 問 53 の修正。

問 14 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の参加については、テレビ電話装置等を使用しても差し支えないとされているが、テレビ電話装置等の使用について、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)

- ・ 含まれない。
- ・ テレビ電話装置等の使用については、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) (平成 30 年 3 月 23 日) 問 54 の修正。

問 15 令和 3 年 3 月以前にリハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)を算定している場合、令和 3 年 4 月からリハビリテーションマネジメント加算(A)口又は(B)口の算定の開始が可能か。

(答)

リハビリテーションマネジメント加算(A)口及び(B)口については、令和 3 年 4 月以降に、リハビリテーション計画書を見直した上で「科学的介護情報システム (Long-term care Information system For Evidence)」(「L I F E」)へ情報の提出を行い、リハビリテーションマネジメント加算(A)口又は(B)口の要件を満たした月から算定が可能である。

問 16 訪問・通所リハビリテーションの利用開始時点でリハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)(令和3年3月以前ではリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)以上)を算定していない場合において、リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の算定を新たに開始することは可能か。

(答)

- ・ 初めてリハビリテーション計画を作成した際に、利用者とその家族に対し説明と同意を得ている場合は可能。
- ・ なお、利用者の同意を得た日の属する月から6月間を超えてリハビリテーションマネジメント加算(A)又は(B)を取得する場合は、原則としてリハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅱ)若しくはロ(Ⅱ)又は(B)イ(Ⅱ)若しくはロ(Ⅱ)を取得することとなる。

○ 移行支援加算

問 17 移行支援加算について、既に訪問(通所)リハビリテーションと通所介護を併用している利用者が、訪問(通所)リハビリテーションを終了し、通所介護はそのまま継続となった場合、「終了した後通所事業を実施した者」として取り扱うことができるか。

(答)

貴見の通りである。

※ 平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成27年4月1日)問89の修正。

問 18 移行支援加算は事業所の取り組んだ内容を評価する加算であるが、同一事業所において、当該加算を取得する利用者と取得しない利用者があることは可能か。

(答)

同一事業所において、加算を取得する利用者と取得しない利用者があることはできない。

※ 平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成27年4月1日)問90の修正。

問 19 利用者が訪問リハビリテーションから通所リハビリテーションへ移行して、通所リハビリテーション利用開始後 2 月で通所介護に移行した場合、訪問リハビリテーションの移行支援加算の算定要件を満たしたことになるか。

(答)

貴見のとおりである。

※ 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 92 の修正。

問 20 移行支援加算で通所リハビリテーションから通所介護、訪問リハビリテーションから通所リハビリテーション等に移行後、一定期間後元のサービスに戻った場合、再び算定対象とすることができるのか。

(答)

移行支援加算については、通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して 14 日以降 44 日以内に通所リハビリテーション従業者が通所リハビリテーション終了者に対して、指定通所介護等を実施していることを確認し、記録していることとしている。なお、3 月以上経過した場合で、リハビリテーションが必要であると医師が判断した時は、新規利用者としてすることができる。

※ 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 2) (平成 27 年 4 月 30 日) 問 13 の修正。

問 21 移行支援加算における就労について、利用者が障害福祉サービスにおける就労移行支援や就労継続支援 (A 型、B 型) の利用に至った場合を含めてよいか。

(答)

よい。

※ 平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 30 年 3 月 23 日) 問 57 の修正。

○ リハビリテーション計画書

問 22 報酬告示又は予防報酬告示の留意事項通知において、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供に当たっては「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発 0316 第3号、老老発 0316 第2号）の別紙様式2-2-1を用いることとされている。別紙様式2-2-1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)

- ・ 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2-2-1を用いる必要があるが、Barthel Index の代替としてFIM を用いる場合に限り変更を認める。
- ・ なお、様式の変更に当たっては、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あることが必要である。

※ 平成30年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) (平成30年3月23日) 問50の修正。

問 23 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・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な
考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老認発0316
第3号、老老発0316第2号)の別紙様式2-2-1をもって、保険医療機関から介護
保険のリハビリテーション事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診
療するとともに、別紙様式2-2-1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
-2-1をリハビリテーション計画書と見なしてリハビリテーションの算定を開始し
てもよいとされている。

1) 医療保険から介護保険のリハビリテーションへ移行する者が、当該保険医療機関
を介護保険のリハビリテーション事業所として利用し続ける場合であっても同様の
取扱いをしてよい。また、その場合、保険医療機関側で当該の者を診療し、様式2
-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、保険医療機関から
情報提供を受ける介護保険のリハビリテーション事業所において、指定訪問リハビ
リテーションと指定通所リハビリテーションの両方を受ける場合、リハビリテーシ
ョン会議の開催等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている
環境に関する情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテ
ーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合
が取れたものとなっていることが確認できれば、別紙様式2-1による情報提供の
内容を訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの共通のリハビリテー
ション計画とみなして、双方で使用して差し支えない。

(答)

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

2) 差し支えない。

《参考》

居宅基準第81条第5項、基準解釈通知第3の四の3の(3)⑤から⑦までを参照のこと。

※ 平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) (平成30年3月23日) 問51の修
正。

○ 算定の基準について

問 24 訪問リハビリテーションの算定の基準に係る留意事項に、「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」があるが、その他の指定居宅サービスを利用していない場合や福祉用具貸与のみを利用している場合はどのような取扱いとなるのか。

(答)

リハビリテーション以外にその他の指定居宅サービスを利用していない場合は、該当する他のサービスが存在しないため情報伝達の必要性は生じない。また、福祉用具貸与のみを利用している場合であっても、本基準を満たす必要がある。通所リハビリテーションにおいても同様に取り扱う。

※ 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 2) (平成 27 年 4 月 30 日) 問 9 の修正。

【訪問リハビリテーション】

○ リハビリテーションマネジメント加算

問 25 訪問リハビリテーションでリハビリテーションマネジメント加算(A)又は(B)を算定する場合、リハビリテーション会議の実施場所はどこになるのか。

(答)

訪問リハビリテーションの場合は、指示を出した医師と居宅を訪問し、居宅で実施する又は利用者が医療機関を受診した際の診察の場面で実施することが考えられる。

※ 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 88 の修正。

○ 事業所の医師が診療せずにリハビリテーションを提供した場合の減算

問 26 別の医療機関の医師から計画的な医学的管理を受けている利用者に対し、指定訪問リハビリテーション事業所等の医師が、自らは診療を行わず、当該別の医療機関の医師から情報提供を受けてリハビリテーションを計画、指示してリハビリテーションを実施した場合、当該別の医療機関の医師が適切な研修の修了等をしていれば、基本報酬から 50 単位を減じた上で訪問リハビリテーション料等を算定できるとされている。この「適切な研修の修了等」に、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修の単位を取得した場合は含まれるか。

(答)

含まれる。なお、応用研修のすべての単位を取得している必要はなく、事業所の医師に情報提供を行う日が属する月から前 36 月の間に合計 6 単位以上（応用研修のうち、「応用研修第 1 期」の項目である「フレイル予防・高齢者総合的機能評価 (CGA)・老年症候群」「栄養管理」「リハビリテーション」「摂食嚥下障害」及び「応用研修第 2 期」の項目である「かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実際」「在宅リハビリテーション症例」「リハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害」のうち、いずれか 1 単位以上を含むこと。）を取得又は取得を予定していればよい。また、別の医療機関の医師が訪問リハビリテーション事業所等の医師に情報提供をする際に下記を参考とした記載をすることが望ましい。

「適切な研修の修了等をしている。」

※ 平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 8) (平成 31 年 2 月 5 日) 問 1 の修正。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol. ３）

（令和３年３月２６日）

【全サービス共通】

問１ 居宅療養管理指導や居宅介護支援などの小規模な事業者では、実質的に従業者が１名だけということがあり得る。このような事業所でも虐待防止委員会の開催や研修を定期的に行なう必要があるのか。

（答）

- ・ 虐待はあってはならないことであり、高齢者の尊厳を守るため、関係機関との連携を密にして、規模の大小に関わりなく虐待防止委員会及び研修を定期的に行なうべき。小規模事業所においては他者・他機関によるチェック機能が得られにくい環境にあることが考えられることから、積極的に外部機関等を活用されたい。
- ・ 例えば、小規模事業所における虐待防止委員会の開催にあたっては、法人内の複数事業所による合同開催、感染症対策委員会等他委員会との合同開催、関係機関等の協力を得て開催することが考えられる。
- ・ 研修の定期的実施にあたっては、虐待防止委員会同様法人内の複数事業所や他委員会との合同開催、都道府県や市町村等が実施する研修会への参加、複数の小規模事業所による外部講師を活用した合同開催等が考えられる。

○ 指定基準の記録の整備の規定について

問２ 指定基準の記録の整備の規定における「その完結の日」の解釈が示されたが、指定権者が独自に規定を定めている場合の取扱い如何。

（答）

- ・ 指定権者においては、原則、今回お示しした解釈に基づいて規定を定めていただきたい。
- ・ なお、指定権者が独自に規定を定めている場合は、当該規定に従っていれば、指定基準違反になるものではない。