

令和3年度

通所リハビリテーション
介護予防通所リハビリテーション

集団指導資料

令和4年3月
岡山県保健福祉部
保健福祉課指導監査室

令和3年度集団指導

【通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション】

目次

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| I 主な関係法令等 | 1 |
| II 総則・通則事項等 | 3 |
| III 人員に関する基準の留意事項 | 8 |
| IV 設備に関する基準の留意事項 | 11 |
| V 運営に関する基準の留意事項 | 13 |
| VI 介護報酬の算定上の留意事項 | 23 |
| ○ 処遇改善に係る加算全体のイメージ（令和4年度改定後） 他 | 53 |
| ○ 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／令和3年4月22日老高発0422第1号・老認発0422第1号・老老認発0422第1号・老老認発0422第1号） | 59 |
| ○ 通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者の減少が一定以上生じている場合の評価に係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4号・老老発0316第3号） | 97 |
| ○ 科学的介護情報システム（LIFE）関連加算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日老老発0316第4号・令和3年4月22日老高発0422第1号・老認発0422第1号・老認発0422第1号・老老認発0422第1号） | 110 |
| ○ 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 | 115 |
| [参考] 関係窓口（体制届等提出先）一覧 | 118 |

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）

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

集団指導資料は、指導監査室のホームページからダウンロードが可能です。



資料中のこのマークは実地指導で指摘の多かった事項です。

I 主な関係法令等

赤字は、令和3年度介護報酬改正で新設等

- ・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)

〔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)〕

- ・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)

〔指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 (平成18年厚生労働省令第35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)

- ・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 (令和3年4月1日指第47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9月17日老企第25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3月1日老企第36号)
- 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について (平成18年3月17日老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号)
- ・厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等 (平成27年厚生労働省告示第94号)
- ・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)
- ・厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法 (平成12年厚生省告示第27号)
- ・指定通所リハビリテーションにおける理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に係る人員基準及び介護報酬上の取扱いについて (平成15年5月30日老振発第0530001号・老老発第0530001号)
- ・居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針 (平成17年厚生労働省告示第419号)
- ・通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて (平成12年3月30日老企第54号)

- ・介護保険施設等におけるおむつ代に係る利用料の徴収について
(平成12年4月11日老振第25号・老健第94号)
- ・介護保険施設等における日常生活費等の受領について
(平成12年11月16日老振第75号・老健第122号)
- 医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について
(平成18年4月28日老老発0428001号・保医発0428001号)
- 事業所評価加算に関する事務処理手順及び様式例について
(平成18年9月11日老振発0911991号・老老発0911991号)
- 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/令和3年4月22日老高発0422第1号・老認発0422第1号・老老認発0422第1号)
- 通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者の減少が一定以上生じている場合の評価に係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4号・老老発0316第3号)
- 科学的介護情報システム(LIFE)関連加算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日老老発0316第4号・令和3年4月22日老高発0422第1号・老認発0422第1号・老老認発0422第1号)

※法令・通知等は、次の文献、ホームページ等でご確認ください。

[参考文献]

文献：介護報酬の解釈 《令和3年4月版》単位数表編
《令和3年4月版》指定基準編
《令和3年4月版》QA・法令編（発行：社会保険研究所）
医科点数表の解釈《令和2年4月版》（発行：社会保険研究所）

[関係HP]

厚生労働省法令等データベースシステム
<https://www.mhlw.go.jp/hourei/>

令和3年度介護報酬改定について（厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

岡山県保健福祉部 保健福祉課指導監査室
<https://www.pref.okayama.jp/soshiki/340/>

※ 赤字箇所は、令和3年度介護報酬改正関係部分です。

Ⅱ 総則・通則事項等

1 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 (令和3年4月1日指第47号)

(抜粋)

1 本県独自基準以外の基準についての運用

2に定めるもののほか、「指定居宅サービス等条例」及び「指定介護予防サービス等条例」の運用に当たっては、「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)及び「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」(平成18年厚生労働省令第35号)の運用のために発出された「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」(平成11年9月17日付け老企第25号。以下「基準省令解釈通知」という。)において示されている内容を準用し、これを踏まえて指定居宅サービス等事業者及び指定介護予防サービス等事業者は、適正な事業運営をすること。

2 指定居宅サービス及び指定介護予防サービスの事業の一般原則について

(県居宅サービス及び介護予防サービス基準条例第3条)

(抜粋)

- ・ 事業者は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めること。＝人権擁護、人格尊重義務＝
- ・ 事業者は、事業の運営に当たっては、地域との結びつきを重視し、市町村、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービス等を提供する者との連携に努めること。＝地域連携、地域支援＝
- ・ 事業者は虐待の防止のため、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。＝虐待防止に係る措置＝
※令和6月31日までは努力義務(研修の実施を除く。)

3 指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について

(平成11年9月17日 老企第25号)

(抜粋)

第2 総論

2 用語の定義

(1)「常勤換算方法」

当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において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。)で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。この場合の勤務時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該事業所が訪問介護と訪問看護の指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が訪問介護員等と看護師等を兼務する場合、訪問介護員等の勤務時間数には、訪問介護員等としての勤務時間だけを算入することとなるものであること。

(2)「勤務延時間数」

勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間又は当該事業に係るサービス提供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む。）として明確に位置付けられている時間の合計数とする。なお、従業者1人につき、勤務延時間数に参入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とすること。

(3)「常勤」

当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において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。）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。

この場合の勤務延時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該事業所が訪問介護と訪問看護の指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が訪問介護員等と看護師等を兼務する場合、**訪問介護員等の勤務延時間数には、訪問介護員等としての勤務時間だけを算入することとなるものであること。**

ただし、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。

(4)「専ら従事する」「専ら提供に当たる」

原則として、**サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないこと**をいうものである。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従業者の当該事業所における勤務時間（指定通所介護及び指定通所リハビリテーションについては、サービスの単位ごとの提供時間）をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。ただし、通所介護及び通所リハビリテーションについては、あらかじめ計画された勤務表に従って、サービス提供時間帯の途中で同一の職種の従業者と交代する場合には、それぞれのサービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをもって足りるものである。

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

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

※1：【老人保健施設、病院】

専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等が、利用者が100以上又はその端数を増すごとに1以上確保されていること。

※2：介護職員処遇改善加算の賃金改善の対象となる介護職員

(5)「電磁的記録」、「電磁的方法」

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、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。

また、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のうち、この基準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ているものについては、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。

4 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）

(抜粋)

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

1 通則

(1) 算定上における端数処理について

① 単位数算定の際の端数処理

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。

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、上乘せされる単位数が1単位に満たない場合は、1単位に切り上げて算定する。

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。

(例) . . . (省略) . . .

② 金額換算の際の端数処理

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。

(例) . . . (省略) . . .

(2) サービス種類相互の算定関係について

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な場合に、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。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。

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

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。

(3) 施設入所日及び退所日等における居宅サービスの算定について

介護老人保健施設、介護療養型医療施設及び介護医療院の退所（退院）日又は短期入所療養介護のサービス終了日（退所・退院日）については、訪問看護費、訪問リハビリテーション費、居宅療養管理指導費及び通所リハビリテーション費は算定できない。訪問介護等の福祉系サービスは別に算定できるが、施設サービスや短期入所サービスでも、機能訓練やリハビリテーションを行えることから、退所（退院）日に通所介護サービスを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。

また、入所（入院）当日であっても当該入所（入院）前に利用する訪問通所サービスは別に算定できる。ただし、入所（入院）前に通所介護又は通所リハビリテーションを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。

また、施設入所（入院）者が外泊又は介護保健施設、経過的介護療養型医療施設若しくは介護医療院の試行的退所を行っている場合には、外泊時又は試行的退所時に居宅サービスは算定できない。

5 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）

（抜粋）

第2 指定介護予防サービス単位数表に関する事項

1 通則

(1) 算定上における端数処理について（省略）

(2) サービス種類相互の算定関係について

介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護費を受けている間については、その他の指定介護予防サービス費又は地域密着型介護予防サービス費（介護予防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、指定介護予防特定施設入居者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介護予防サービス又は地域密着型介護予防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。また、介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている間については、介護予防訪問介護費、介護予防訪問入浴介護費、介護予防訪問看護費、介護予防訪問リハビリテーション費、**介護予防居宅療養管理指導費**、介護予防通所介護費及び介護予防通所リハビリテーション費並びに介護予防認知症対応型通所介護費及び介護予防小規模多機能型居宅介護費は算定しないものであること。

なお、介護予防福祉用具貸与費については、介護予防短期入所生活介護又は介護予防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。

(3) 退所日等における介護予防サービス費の算定について

介護予防短期入所療養介護のサービス終了日（退所・退院日）については、介護予防訪問看護費、介護予防訪問リハビリテーション費、介護予防居宅療養管理指導費及び介護予防通所リハビリテーション費は算定できない。介護予防訪問介護等の福祉系サービスは別に算定できるが、介護予防短期入所サービスにおいても機能訓練やリハビリテーションを行えることから、退所（退院日）に介護予防通所介護を機械的に組み込むといった介護予防サービス計画は適正でない。なお、入所（入院）当日であっても当該入所（入院）前に利用する介護予防訪問通所サービスは別に算定できる。ただし、入所（入院）前に介護予防通所介護又は介護予防通所リハビリテーションを機械的に組み込むといった介護予防サービス計画は適正ではない。

**6 医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について（平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号）
（最終改正：令和2年3月27日保医発第0327第3号）**

（抜粋）

第5 医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項

10 リハビリテーションに関する留意事項について

要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション料」という。）を算定するリハビリテーション（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション」という。）を行った後、介護保険における訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーション若しくは介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険におけるリハビリテーション」という。）の利用開始日を含む月の翌月以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等について、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合を除き、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

ただし、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合には、一定期間、医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用して行うことで円滑な移行が期待できることから、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日を含む月の翌々月まで、併用が可能であること。併用する場合には、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載することにより、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。ただし、利用開始日の翌月及び翌々月に算定できる疾患別リハビリテーション料は1月7単位までとする。

なお、目標設定等支援・管理料を算定してから3月以内に、当該支援によって紹介された事業所において介護保険におけるリハビリテーションを体験する目的で、同一の疾患について医療保険におけるリハビリテーションを行った日以外に1月に5日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションを行った場合は、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載する必要はなく、医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへ移行したものとみなさない。

Ⅲ 人員に関する基準の留意事項

1 医師

(1) 介護老人保健施設、介護医療院、病院の場合

① 専任の常勤医師が1人以上勤務していること。

専任の医師は、通所リハビリテーションの利用中、院内において医学的管理を行っていること（外来診療などは可能）。

専任とは

・医師が常勤専従で診察を行っており、専任で理学療法の指示を行う際の「専任」とは何か？

実質的に理学療法の職務に従事しうる程度に医療現場と理学療法を行う場が近接しており、連絡が取りうる体制があることが専任と考える。専任は、専従よりは拘束が緩く、常に通所リハビリテーションに従事している必要はない。

ただし、通所リハビリテーションのサービス提供中に、他の事業所の通所リハビリテーションに従事することは兼任になるので、行うことはできない。

② 医師が不在の日がないこと。また、医師の勤務状況（時間）を確認できる書類があること。

③ 専任の常勤医師が、休暇や出張等により不在の場合は、代替の専任の医師の配置及び専任の常勤医師との緊急時の連絡体制を整えておくことが必要（計画的な医学的管理を行う専任の常勤医師又は代替の医師が通所リハビリテーション事業所か併設医療機関内に勤務していることが必要）。

<解釈通知（H30.4.1改正）> 「通所リハビリテーションの医師」

□ 指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又診療所（医師については介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師として勤務している場合には、常勤の要件として足るものであること。

ハ 指定訪問リハビリテーション若しくは指定通所リハビリテーション（以下、「指定訪問リハビリテーション等」とする。）を行う介護老人保健施設又は指定訪問リハビリテーション等を行う介護医療院であって、当該介護老人保健施設又は当該介護医療院に常勤医師として勤務している場合には、常勤の要件として足るものであること。

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

(2) 診療所の場合

① 利用者の数が同時に10人を超える場合

ア 専任の常勤医師が1人以上勤務していること。

イ 医師が不在の日がないこと。また、医師の勤務状況（時間）を確認できる書類があること。

ウ 専任の常勤医師が、休暇や出張等により不在の場合は、代替の専任の医師の配置及び専任の常勤医師との緊急時の連絡体制を整えておくことが必要（計画的な医学的管理を行う専任の常勤医師又は代替の医師が通所リハビリテーション事業所か併設医療機関内に勤務していることが必要）。

② 利用者の数が同時に10人以下の場合

ア 専任の医師が1人勤務していること。

イ 利用者数は、専任の医師1人に対し1日48人以内であること。

ウ 医師が不在の日がないこと。また、医師の勤務状況（時間）を確認できる書類があること。

エ 専任の医師が、休暇や出張等により不在の場合は、代替の専任の医師の配置及び専任の医師との緊急時の連絡体制を整えておくことが必要（計画的な医学的管理を行う専任の医師又は代替の医師が通所リハビリテーション事業所か併設医療機関内に勤務していることが必要）。

2 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、看護師、准看護師若しくは介護職員

(1) 介護老人保健施設、介護医療院、病院の場合

- ① 指定通所リハビリテーションの単位ごとに、その提供を行う時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる者が、利用者の数が10人以下の場合は1以上、10人を超える場合は利用者の数を10で除した数以上確保されていること。

例えば、利用者の数が35人の場合は、 $35 \div 10 = 3.5 \rightarrow 4$ 人以上の配置が必要。また、サービス提供時間帯を通じて通所リハビリテーション以外の職務に従事しないこと。

- ② 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士については、専らリハビリテーションの提供に当たる者が、利用者が100人又はその端数を増すごとに1以上確保されていること。

営業日ごとに、リハビリテーションを提供する時間帯において、理学療法士等を配置すること。

※リハビリテーションを提供する時間帯 ≠ サービス提供時間帯 ※イコールではない。

※リハビリテーションとは、個別リハビリテーションだけではない。

(2) 診療所の場合

- ① 指定通所リハビリテーションの単位ごとに、その提供を行う時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる者が、利用者の数が10人以下の場合は1以上、10人を超える場合は利用者の数を10で除した数以上確保されていること。

例えば、利用者の数が35人の場合は、 $35 \div 10 = 3.5 \rightarrow 4$ 人以上の配置が必要。また、サービス提供時間帯を通じて通所リハビリテーション以外の職務に従事しないこと。

- ② 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は経験を有する看護師については、常勤換算方法で0.1以上確保されていること。

例えば、常勤の従業者の勤務時間が週40時間である場合、1週当たり、 $40 \times 0.1 = 4$ 時間の勤務を、サービス提供時間帯に行う必要がある。

- ③ 経験を有する看護師とは、診療報酬の算定方法に定める重度認知症患者デイケア、精神科デイケア、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料に係る施設基準の届出を行った保険医療機関等又は「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成12年厚生省告示第19号)に定める通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定通所リハビリテーション事業所、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成18年厚生労働省告示第127号)に定める介護予防通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定介護予防通所リハビリテーション事業所、「厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数」(平成12年厚生省告示第30号)に定める理学療法、作業療法に係る施設基準の届出を行った介護保険施設において、それらに1年以上従事した者であること。

3 注意すべき事項 (介護老人保健施設、介護医療院、病院、診療所共通)

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

- ・ 同時に一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービス提供が一体的に行われているといえない場合
- ・ 午前と午後で別の利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合

- (2) 7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行う場合にあっては、事業所の実情に応じて、**適当数の従業者を配置**すること。

- (3) 同一事業所で複数の単位の通所リハビリテーションを同時に行う場合、同時に行われる単位の数の常勤の従業者の配置が必要となる。

- (4) 従事者1人が1日に行うことのできる指定通所リハビリテーションは、2単位までとする。
ただし、1時間から2時間までの通所リハビリテーションについては、0.5単位として扱う。
- (5) 所要時間1時間から2時間の通所リハビリテーションを行う場合であって、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位における理学療法士等として計算することができる。
この場合における「研修」とは、運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。具体的には、日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーションセラピスト研修、全国病院理学療法協会の行う運動療法機能訓練技能講習会が該当する。
- (6) 従業者に欠員が生じた場合には、速やかに、事業所を所管する県民局に相談し、指導に従うこと。

IV 設備に関する基準の留意事項

1 専用の部屋について

- (1) 指定通所リハビリテーションを行うにふさわしい「専用の部屋」等であって、3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上のものを有すること。(指定介護予防通所リハビリテーションを一体的に行っている場合を含む。)

ただし、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が互いに併設（公道を挟んだ隣接を含む。）される場合は、リハビリを行うためのスペースが同一の部屋等であっても、それぞれのスペースが明確に区分され、かつ、それぞれの利用定員に応じた面積（介護老人保健施設又は介護医療院の場合は、リハビリに供用される食堂を含む。）以上を有するものであれば差し支えない。

- (2) 「専用の部屋」とは、介護保険の通所リハビリテーションのみを行うためのスペースであり、医療保険のリハビリテーション利用者へサービス提供を行うスペースとは明確に区分する必要があること。

ただし、それぞれの利用者について、部屋を区切ってサービス提供を行う場合や、時間帯で利用者を分け、それぞれの利用者を区分してサービス提供を行う場合は、同一の部屋を利用することができる。

- (3) 保険医療機関が短時間の通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションを実施する場合の共用について

保険医療機関が医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料の届出を行っており、当該保険医療機関において、1時間以上2時間未満の通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションを実施する場合には、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けている患者と指定通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションの利用者に対するサービス提供に支障が生じない場合に限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えない（必要な機器及び器具の利用についても同様）。

この場合の指定通所リハビリテーションを行うために必要なスペースは、医療保険のリハビリテーションの患者数に関わらず、常時、3平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用者数（指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、指定通所リハビリテーションの利用者数と指定介護予防通所リハビリテーションの利用者数の合計）を乗じた面積以上とする。

- (4) 併設の関係にある特別養護老人ホーム等における指定通所介護の機能訓練室等との関係について

指定通所介護の機能訓練室等と、指定通所介護事業所と併設の関係にある医療機関や介護老人保健施設又は介護医療院における指定通所リハビリテーションを行うためのスペースについては、以下の条件に適合するときは、これらが同一の部屋等であっても差し支えないものとする。

※あくまで、サービスの提供に支障が生じない場合に限る。

- ① 当該部屋等において、指定通所介護の機能訓練室等と指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが明確に区分されていること。
- ② 指定通所介護の機能訓練室等として使用される区分が、指定通所介護の設備基準を満たし、かつ、指定通所リハビリテーションを行うためのスペースとして使用される区分が、指定通所リハビリテーションの設備基準を満たすこと。

また、共用する両方のサービス基準に共通して規定があるもの（例えば、事務室）や玄関、廊

下、階段、送迎車両など、基準上に規定はないが設置されるものについても、サービス提供に支障がない場合は共用可能。

なお、設備を共用する場合は、感染症の発生又はまん延防止に必要な措置を講じ、衛生管理等に一層努める必要がある。

- (5) 専用の部屋の介護保険の（介護予防）通所リハビリテーションのみを行うためのスペースと医療保険のリハビリテーション利用者へサービス提供を行うスペースの区切りが変わる場合、専用の部屋の場所が変わる場合は、変更届を県民局に提出すること。

2 消火設備、器械及び器具について

消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定（介護予防）通所リハビリテーションを行うために必要な専用の器械及び器具を備えること。

Check!
☺

【指摘された不適切な事例】

ロッカー、書庫等又は吊り棚に、転倒又は落下防止の対策が講じられていなかった。

V 運営に関する基準の留意事項 (特記がない場合、介護予防通所リハビリテーションに準用)

1 基本方針

通所リハビリテーションの事業は、「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生活機能の維持又は向上を目指し、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る**」ものでなければならない。

介護予防通所リハビリテーションの事業は、「利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、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、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって**利用者の生活機能の維持又は向上を目指す**」ものでなければならない。

2 内容及び手続の説明及び同意

- 「重要事項説明書」に、運営規程の概要、従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制等の利用申込者がサービス選択するために必要な事項が記載されていない。
- 重要事項の説明を行っていない。
- 利用開始についての利用申込者の同意の有無が明確でない。

◇ポイント◇

- ・「重要事項説明書」は、利用申込者が事業所を選択するために重要な事項を説明するためのものであるため、まずは当該説明書を交付し、重要事項の説明を行うこと。
- ・「重要事項説明書」の交付は、利用者からの承諾を得た上で、以下の方法により行って差し支えない。
 - ① 電子メール等による送信
 - ② 電子記憶媒体（CD等の磁気ディスク、フラッシュメモリ等）を用いての交付
- ・「重要事項説明書」の同意は、事前に利用者等の承諾を得た上で、以下の方法により行うことができる。
 - ① 電子署名や電子認証サービス
 - ② 電子メール等における同意の成立過程の保存 等
- ・サービス提供を受けることについての同意は、書面により得ることが望ましい。

- 「重要事項説明書」と「運営規程」の記載（営業時間、通常の事業の実施地域、サービス提供の内容など）が相違している。

◇ポイント◇

- ・「運営規程」の内容を基本にして作成し、事業の実態とも整合していること。
※運営規程の内容を変更する場合は、別途、変更届が必要。

- 一体的に行っている介護予防通所リハビリテーションに係る「重要事項説明書」が作成されていない。
- 利用者が要介護から要支援、又はその逆に変更になった場合に、改めて説明が行われていない。

◇ポイント◇

- ・事業者が、他の介護保険事業を併せて実施している場合、重要事項説明書を一体的に作成することは差し支えない。
- ・利用者が受けようとするサービスを明確にし、それぞれのサービス内容、利用料等の記載に漏れがないように留意すること。

3 提供拒否の禁止、サービス提供困難時の対応

- (1) 原則として、**利用申込に対しては応じなければならない**。特に、要介護度や所得の多寡を理由とした拒否は禁止。

(2) 提供を拒むことのできる正当な理由がある場合とは、以下の場合が想定される。

- ①事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合
- ②利用申込者の居住地が事業所の通常の事業の実施地域外である場合
- ③その他利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難な場合

(3) サービス提供困難時の対応としては、以下の対応が想定される。

- ①利用申込者に係る居宅介護支援事業所への連絡
- ②適当な他のサービス事業者等の紹介その他の必要な措置

4 受給資格等の確認

サービスの提供を求められた場合には、被保険者証により被保険者資格等を確認すること。



【指摘された不適切な事例】

被保険者資格等の確認を、その者が提示する被保険者証（現物）で確認していなかった。

5 心身の状況等の把握

本人や家族との面談、サービス担当者会議等を通じて把握した利用者の心身の状況、病歴等の内容を記録として残すこと。

6 居宅（介護予防）サービス計画に沿ったサービスの提供

指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、居宅（介護予防）サービス計画に沿った指定（介護予防）通所リハビリテーションを提供しなければならない。居宅（介護予防）サービス計画、（介護予防）通所リハビリテーション計画、提供する（介護予防）通所リハビリテーションの内容は整合する必要がある、**居宅（介護予防）サービス計画や（介護予防）通所リハビリテーション計画に基づかない（介護予防）通所リハビリテーションについては、介護報酬を算定することはできない。**

7 サービスの提供の記録

- (1) サービス提供した際の、提供日、提供時間、提供者の氏名、提供した具体的なサービス内容、利用者の心身の状況その他必要な事項を居宅（介護予防）サービス計画の書面又はサービス利用票等に記録しなければならない。
- (2) 記録に際して、**サービスの開始時刻・終了時刻は実際の時間**とすること。
- (3) 提供したサービス内容だけを記載したものではなく、今後のサービス提供に活かすために、利用者の心身の状況について把握したことについても記録すること。
- (4) **サービス提供の記録は、介護報酬の請求の根拠となるため、介護報酬の請求内容を証明することができるだけの内容の記録を行うこと。**
- (5) サービス提供の記録は、5年間保存しなければならない。（県独自基準）

※ サービス提供記録がない場合には、過誤調整を指導する。

8 利用料等の受領

- (1) 領収証に記載する医療費控除の対象額とは、①対象となる医療系サービスが居宅サービス計画又は介護予防居宅サービス計画に位置付けられており、かつ、②医療費控除の対象となる居宅サービス（介護予防サービス）を利用した場合に係る自己負担額である。

医療系サービスを利用せず福祉系サービスのみを利用している場合は、医療費控除の対象とならない。



【指摘された不適切な事例】

居宅サービス計画に基づき医療系サービスと福祉系サービスを合わせて利用する利用者に対し、当該利用者の自己負担額にかかる領収書に医療費控除対象額が記載されていなかった。



- ★「介護保険制度下での居宅サービス等の対価に係る医療費控除等の取扱いについて」
(H25.1.25付厚生労働省老健局総務課事務連絡、H30.9.28一部改正)
を参照のこと。

9 (介護予防) 通所リハビリテーションの基本取扱い方針

- (1) 事業者は、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ること。
- (2) 目標達成の度合いや利用者及び家族の満足度等について常に評価を行い、必要により（介護予防）通所リハビリテーション計画の修正を行うなどの改善を図ること。
- (3) 事業者自らが評価を行うのはもちろんのこと、第三者の観点からの評価も取り入れるなど、多様な評価（例えば利用者又はその家族からの評価（アンケート）なども含まれる）を用いること。

10 (介護予防) 通所リハビリテーションの具体的取扱い方針

- (1) 通所リハビリテーションの提供に当たっては、医師指示及び通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行う。
- (2) 通所リハビリテーションの提供に当たり、従業者は懇切丁寧に行うことを旨として、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導または説明を行う。
- (3) リハビリテーション会議の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するように努め、利用者に対し、適切なサービスを提供すること。
- (4) 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画に基づくサービス提供の開始から、少なくとも1月に1回は、利用者の状態、サービス提供状況等について、介護予防支援事業者に報告すること。【介護予防のみ】
- (5) 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画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、介護予防通所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。
【介護予防のみ】

- (6) 成年後見制度の活用が必要と認められる場合、利用者が成年後見制度を活用することができるよう配慮しなければならない。(県独自基準)

11 通所リハビリテーション計画の作成

- (1) 医師等の従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した（介護予防）通所リハビリテーション計画を作成しなければならない。計画においては、**個々のリハビリテーションの実施主体、目的及びサービスの具体的な内容（所要時間、日程等）を1つの計画としてわかりやすく記載すること。**



【指摘された不適切な事例】

（介護予防）通所リハビリテーション計画に、その目標、サービスの所要時間、日程等が記載されていなかった。



- (2) 事業所の医師が、**通所リハビリテーションの実施に当たり、事業所の理学療法士、作業療法又は言語聴覚士に対し、利用者に対するリハビリテーションの目的に加え、リハビリテーションの開始前又は実施中の留意事項、やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準、利用者に対する負荷等の指示を行うこと。**

- (3) （介護予防）通所リハビリテーション計画は、居宅（介護予防）サービス計画に沿ったものでなければならない。

当該（介護予防）通所リハビリテーション計画作成後に居宅（介護予防）サービス計画が作成された場合は、当該（介護予防）通所リハビリテーション計画が居宅（介護予防）サービス計画に沿ったものであるかどうか、**確認し、必要に応じて変更すること。**

- (4) 医師等の従業者は、通所リハビリテーション計画の実施状況の把握を行い、利用者の状態の変化等により、**サービス内容に変更が生じた場合は、当該状況を居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）へ情報提供し、居宅（介護予防）サービス計画の変更の提案を行うこと。**

- (5) サービス提供開始前に（介護予防）通所リハビリテーション計画を作成すること。

医師等の従業者は、（介護予防）通所リハビリテーション計画は、目標や内容等について、サービス提供前に、利用者又はその家族に分かりやすく説明し、利用者の同意を得ること。また、医師等の従業者は、当該（介護予防）通所リハビリテーション計画を利用者に交付すること。



【指摘された不適切な事例】

サービス開始後に、（介護予防）通所リハビリテーション計画の同意を得ていた。

- (6) 通所リハビリテーションをより効果的に実施するため、介護支援専門員や医療ソーシャルワーカー等の協力を得て実施することが望ましいこと。【居宅サービスのみ】

- (7) 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、指定訪問介護その他の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、日常生活の留意点、介護の工夫などの情報を伝達していること。**

- (8) それぞれの利用者について、（介護予防）通所リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及び**その評価を診療記録に記載すること。**

- (9) 同一事業者が、通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションを併せて提供する場合、共通のリハビリテーション計画、利用者及び家族の同意、サービス実施状況の診療記録への記載等を一体的に実施できること。
- (10) リハビリテーション会議の構成員は、医師、理学療法士、作業療法士、居宅サービスの原案に位置づけた指定居宅サービスの担当者、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とする。
- リハビリテーション事業者は、リハビリテーション介護を開催し、リハビリテーションの専門的な見地から、利用者の状況等に関する情報を当該構成員と共有する。
- リハビリテーション介護は利用者及びその家族の参加を基本とするものであるが、やむを得ない理由がある場合は、必ずしも参加を求めるものではない。構成員が会議を欠席した場合は、会議の内容について欠席者との情報共有を図ること。
- リハビリテーション介護は、テレビ電話装置等を利用して開催することができる。ただし利用者等が参加する場合はテレビ電話装置等の活用について同意を得なければならない。活用に当たっては、「医療・介護関係従事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」、「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。
- (11) 通所リハビリテーションは、事業所内でサービスを提供することが原則であるが、次に掲げる条件を満たす場合においては、事業所の屋外でサービスを提供することができるものであること。
- ① あらかじめ通所リハビリテーション計画に位置付けられていること。
 - ② 効果的な通所リハビリテーションのサービスが提供できること。

12 緊急時等の対応

緊急時の主治医等への連絡体制、連絡方法を整備し、緊急時に活用できるよう従業者に周知しておくこと。

13 管理者等の責務

- (1) 管理者は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は専ら（介護予防）通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから専任した者に、必要な管理の代行をさせることができる。
- (2) 管理者又は管理を代行する者は、事業所の従業者に事業所に係る運営基準の規定を遵守させるための必要な指揮命令を行うこと。

14 運営規程

- (1) 通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションを一体的に行う場合においては、運営規程を一体的に作成することも差し支えないが、必ず介護予防（要支援者）に関する内容を記載すること。
- (2) 実態と合った運営規程を作成すること。（送迎等対応できない地域を定めたり、従業者の員数が実態と異なったりしないこと。）運営規程の内容を変更する場合は、別途、変更届が必要。



【指摘された不適切な事例】

- ・運営規程に規定された員数が実態と相違していたが、規定の見直しがされていなかった。
- ・サービスの利用料の利用者負担の規定が、1割負担のみとなっていた。
2割（3割）負担の利用者も存在することから、「1割、2割又は3割」とすべき。
- ・記録の保存期限が2年間となっており、基準条例に不適合な状態になっていた。



(3) 虐待の防止のための措置に関する事項を記載すること（令和6年3月31日までの間は努力義務）。

15 勤務体制の確保等

- (1) 勤務予定表は、全ての従事者を記載し、事業所ごと、月ごとに作成すること。
- (2) 従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職種（医師、理学療法士等、看護職員、介護職員）、兼務関係などを明確にしておくこと。



【指摘された不適切な事例】

- ・従業者の月ごとの勤務表が作成されておらず、常勤・非常勤の別、従事する職種、管理者との兼務関係が不明確であった。
- ・また、事業所内で複数の職種又は単位を兼務している従業者のそれぞれの職種等での従事時間が記録されていなかった。



- (3) 従業者の資質の向上のために、年間計画などを策定し当該事業所内で研修を実施するとともに、研修機関が実施する研修への参加の機会を計画的に確保するなど従業者の計画的な人材育成に努めること。



【指摘された不適切な事例】

- ・研修計画が作成されておらず、研修機会の確保が不十分であった。



- (4) 全ての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者の資格を有するものその他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講ずること（令和6年3月31日までは努力義務）。

- (5) 適切なサービス提供を確保する観点から、職場におけ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職場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ずること。

16 業務継続計画（BCP）の策定等（令和6年3月31日までは努力義務）

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施し、非常時の体制で早期の業務継続を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講ずること。
- (2) 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に行うこと。
- (3) 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こと。

17 定員の遵守

災害その他やむを得ない事情がある場合を除き、利用定員を超えて、指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供を行ってはならない。

18 非常災害対策

- (1) 事業者は、非常災害に際して必要な具体的計画（消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画）の策定、関係機関への通報及び連携体制の整備、避難、救出訓練の実施等の対策の万全を期さなければならない。



【指摘された不適切な事例】

崖崩れのおそれのある地域にも関わらず、その災害に対する具体的な計画が策定されていなかった。

また、非常災害発生時の関係機関のリストアップがされておらず、災害時に即応できる体制が整備されていなかった。

- (2) 各種計画に従い、避難又は救出に係る必要な訓練を定期的に行うこと。その場合、想定される非常災害に対応できるよう実効性の高いものとする。

また、訓練の実施に当たっては、地域住民の参加が得られるよう連携に努めること。

- (3) 消防機関への通報体制のみならず、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、消火避難等に協力してもらえるような体制作りを努め、全ての従業員がその内容を熟知し、実行できるようにしなければならない。

- (4) 非常災害時にその利用者の安全の確保が図られるように、事前に市町村や地域住民のほか、医療や福祉に関わる他の事業所等と相互に支援・協力を行うための連携体制の整備に努めること。

- (5) 非常災害時には、事業者として、援護が必要となった者への支援協力（当該施設の利用者に限らず、可能な限り、地域の高齢者、障害者、乳幼児等の特に配慮を要する者を受け入れる等）に努めること。

19 衛生管理等

- (1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水の衛生管理に努めるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行うこと。



【指摘された不適切な事例】

利用者が服薬する薬が誰でも触れる状態で保管されていた。



【指摘された不適切な事例】

汚物処理槽に、飛沫感染を防止するための対策（カーテン等での仕切り）が設けられていなかった。

- (2) 食中毒及び感染症の発生を予防するためのマニュアルを整備し、従業員に周知するなど感染症予防に必要な措置をとること。

- (3) 新型インフルエンザなどの感染症が発生した場合には、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保つこと。

特に、**新型コロナウイルス感染予防対策**、結核予防、インフルエンザ対策、ノロウイルス感染症、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、その発生及びまん延を防止するための措置について、別途通知等が発出されているので、これらに基づき、適切な措置を講じること。

【感染症対策の強化】

- 1) 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（テレビ電話装置等を活用して行うことができる。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ること。
- 2) 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。
- 3) 従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及びまん延防止のための訓練を定期的に実施すること。
※上記1)～3)については令和6年3月31日までの間は、努力義務。

- (4) 入浴施設を安心して利用できるよう、レジオネラ症の発生予防のため、衛生管理体制を整え、従業員に周知し、予防対策を実行すること。
※特に、「貯湯タンク」、「循環ろ過装置」、「集毛器」、「気泡発生装置、ジェット噴射装置、打たせ湯、シャワー等」、「露天風呂」について、衛生的な管理を行うこと。
- (5) 施設内の適温の確保に努めること。

20 掲示

- (1) 事業運営に当たっての重要事項を受付コーナー、相談室等利用申込者等が見やすい場所に掲示すること。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、立てかけておくことでも差し支えない。
- (2) 重要事項の掲示は「2 内容及び手続の説明及び同意」で前記した「重要事項説明書」の①運営規程の概要、②従業員の勤務体制、③事故発生時の対応、④苦情処理の体制などである。
その内容は、実際に利用者が受けようとするサービス（サービス内容、利用料等）を明確にするものであること。

21 秘密保持等

- (1) 従業員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、事業者と従業員間の雇用契約、就業規則、労働条件通知書、誓約書等で取り決めておくこと。
- (2) 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場合、あらかじめ利用者及びその家族の同意を得ておくこと。利用同意を得る様式は利用者だけでなく家族についても署名できる様式にしておくこと。

 【指摘された不適切な事例】
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ているが、利用者及びその家族の同意を得ていなかった。 

※ 個人情報の取扱いについては「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」（下記URL）等を参照のこと。

<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/kojin/dl/170805-11a.pdf>

〔長寿社会課ホームページ（<https://www.pref.okayama.jp/soshiki/35/>）にリンク登録〕

22 苦情処理

- (1) 苦情処理に関する記録様式（処理簿・台帳等）を作成すること。
- (2) 「苦情の内容」のみではなく、「その後の経過」、「原因の分析」、「再発防止のための取組」なども記録すること。

 【指摘された不適切な事例】

- ・苦情（従業員の言葉遣いが気になるとの）があったにも関わらず記録がされていなかった。
- ・苦情処理に関する記録様式が作成されていなかった。
- ・苦情の記録に、事業者が採った措置の概要の記載がなかった。



- (3) 苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組や再発防止のための取組を行うこと。
- (4) 苦情の内容等の記録は、**5年間保存**しなければならない。（**県独自基準**）

 【指摘された不適切な事例】

言葉使いに対する申し出を苦情として捉えていなかった。言葉による虐待（威圧）に至る可能性があること、また、苦情がサービスの質の向上に重要な情報であることの認識が認められなかった。

23 地域との連携等

- (1) 事業の運営に当たって、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めること。
- (2) 事業の運営に当たって、提供した指定通所介護に関する利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めること。
- (3) 指定通所介護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通所介護を提供する場合、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても指定通所介護の提供を行うよう努めること。

24 事故発生時の対応

- (1) 市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。また、当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
- (2) 損害賠償保険に加入するか、賠償金の積み立てを行うことが望ましい。
- (3) 事故の状況等によっては、事業所を所管する県民局へ報告を行うこと。

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（岡山県版）

（※**集団指導資料【全サービス共通編】**を参照のこと）

- (4) 再発防止のための取組を行うこと。

 【指摘された不適切な事例】

- ・事故が発生していたにも関わらず、報告がされていなかった。
- ・事故処理に関する記録様式が作成されていなかった。
- ・事故の記録に、事業者が採った処置の記載がなかった。



- (5) 事故の状況等の記録は、**5年間保存**しなければならない。（**県独自基準**）

25 虐待の防止

- 虐待の防止のための対策を検討する委員会の議事録等を従業員に対し周知徹底していない。
- 研修の記録を作成、保存していない。
- 指針の整備を行っていない。

◇ポイント◇

- (1) 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。）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に 周知徹底を図ること。
 - (2) 虐待の防止のための指針を整備すること。
 - (3) 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。
 - (4) (1)～(3)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。
- ※ (1)、(2) 及び (4) については、令和6年3月31日までの間は努力義務

26 会計の区分



事業所ごとに経理を区分し、介護保険事業と他の事業においても経理・会計を区分すること。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。

「介護保険の給付対象事業における会計の区分について」（平成13年老振発第18号）

27 記録の整備

- (1) 「リハビリテーションに関する記録」は利用者ごとに保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること。

リハビリテーションに関する記録とは 実施時間、訓練内容、担当者、加算の算定に当たって根拠となった書類 等

- (2) 退職した従業者に関する諸記録も保存対象となるので、退職後にすぐ廃棄しないようにすること。
- (3) 通所リハビリテーション計画の変更後、変更前の計画も保存しておくこと。
- (4) リハビリテーション計画、サービス提供の記録、市町村への通知に係る記録、苦情内容等の記録、事故の状況等の記録については、完結の日から **5年間保存**しなければならない。(県独自基準)

28 変更の届出等

- (1) 運営規程に変更があれば、変更した日から10日以内に県民局へ変更届出書を提出すること。
なお、複数回にわたって変更が発生した場合でも、変更事実の発生日ごとに変更届を作成すること。事業所の所在地の移転など重要な変更の場合は、事前に県民局へ相談すること。



【指摘された不適切な事例】

県に届出された平面図と違う場所（部屋）が使用されていたり、用途が変わっていたが、平面図の変更の届出がされていなかった。（食堂として届出されていたが、別の用途に使用されていた）



- (2) 人員基準を満たせなくなったため休止、人員基準を満たす見込みが立たないため廃止する等の際は1月前までに県民局へ休止・廃止の届出を提出すること。現に利用者がある場合には、他の事業所に引き継ぐことが必要である。
- (3) 従業者に欠員が生じている状態が1か月以上継続する場合には、事業所に対し定員や営業日・営業時間の見直し又は事業の休止を指導するものとする。
指導に従わずに事業を継続する事業所に対しては、特別な事情がある場合を除き、指定の取消し等を検討するものとする。従業者に欠員が生じた場合には、速やかに、事業所を所管する県民局に相談し、指導に従うこと。
- (4) 各種届出に際しては、当課ホームページより「申請の手引」及び「申請書・各種様式」をダウンロードし、必要書類を整え、期限内に県民局に提出すること。

当室HP：介護サービス事業者の「申請の手引」及び「申請書・各種様式」について

<https://www.pref.okayama.jp/page/571268.html>

VI 介護報酬の算定上の留意事項

1 (介護予防) 通所リハビリテーションの提供について

- ① 利用者の状態に応じ、個別にリハビリテーションを実施することが望ましい。
- ② 指定(介護予防)通所リハビリテーションは、当該事業所の医師の診療に基づき、(介護予防)通所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、**例外として、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料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)通所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、指定通所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、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通所リハビリテーション費の算定を開始してもよい。**
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、次回のリハビリテーション計画を作成する。
- ③ 事業所の医師が理学療法士等に対し、利用者に対する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以上の指示を行っている。
- ④ 指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士等が、当該内容がリハビリテーションマネジメント加算の基準に適合するものと明確に分かるように記録している。
- ⑤ リハビリテーション計画書の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画書の見直しを行う。初回の評価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月ごとに評価を行う。
- ⑥ 事業所医師が利用者に対して3月以上の通所リハビリテーション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、その他の指定居宅サービスの併用と移行の見通しを記載し、本人・家族に説明を行う。
- ⑦ 新規に通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該計画に従い、指定通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して1月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行うよう努めることが必要である。
- ⑧ 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達する。

2 施設等の区分（居宅サービスのみ）

（1）事業所規模による区分

事業所規模の算定について、毎年4月から2月までの利用者数を用いて毎年度、事業所規模区分を確認すること。現在届け出ている事業所規模と変わる場合は、県民局へ「体制の変更」を届け出ること。



※報酬単位が増加する（例：大規模（I）⇒通常規模型）場合の変更は、適用開始日の前月15日までに体制届を提出すること。

※報酬単位が減少する（例：通常規模型⇒大規模（I））場合は、速やかに体制届出を提出すること。

※事業所規模区分に変更がない場合は体制届の提出は不要。

重 要

会計検査院の实地検査で事業所規模区分の誤りによる不適正な請求事例が、全国で毎年のように指摘されています。

3月には必ず4月から2月までの利用者数を計算し、翌年度の事業所規模を確認し、必要により体制届を提出してください。

（2）定員規模別の報酬の基礎となる平均利用延人員の算定の際には、介護予防の利用者数を含む（通所サービスと介護予防サービスを一体的に事業を実施している場合）。

① 通所サービスの計算（平均利用延人員数の計算式（3月を除く））

| | | |
|---------------------------------------------------------|-------------|-----|
| 1時間以上2時間未満の報酬を算定している利用者 | × 1 / 4 = | A 人 |
| 2時間以上3時間未満 | 〃 × 1 / 2 = | B 人 |
| 3時間以上4時間未満 | 〃 × 1 / 2 = | C 人 |
| 4時間以上5時間未満 | 〃 × 3 / 4 = | D 人 |
| 5時間以上6時間未満 | 〃 × 3 / 4 = | E 人 |
| 6時間以上8時間未満 | 〃 × 1 = | F 人 |
| <u>(A人 + B人 + C人 + D人 + E人) ÷ 1.1月 = 1月当たりの平均利用延人員数</u> | | |

② 介護予防サービスの計算

平均利用延人員数に含むこととされた介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者の計算に当たっては、介護予防通所リハビリテーションの利用時間が

| | | |
|------------|---------------|---------|
| 2時間未満 | の報酬を算定している利用者 | × 1 / 4 |
| 2時間以上4時間未満 | 〃 | × 1 / 2 |
| 4時間以上6時間未満 | 〃 | × 3 / 4 |

ただし、介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者については、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えない。

③ その他

正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施している事業所については、当該月の平均利用延人員数に6/7を乗じた数による取扱いとする。

前年度の実績が6月に満たない事業者（新規、再開含む。）又は前年度の実績（前年度の4月から2月まで）が6月以上あり、年度が変わる際（4月1日）に定員を概ね25%以上変更して事業を行う事業者においては、当該年度に係る平均利用延人員数の算出に当たり、便宜上、県に届け出た当該事業所の利用定員の90%に予定される1月当たりの営業日数を乗じて得た数とする。したがって、年度の途中での事業所規模に関する体制の変更は生じない。

事業所規模に係る届出書（通所リハビリテーション） (別紙 3-2)

1 適用年度の前年度（例えば、H30年度の事業所規模の区分適用であればH29年度）の実績（前年度の4月から翌年2月まで）が6月以上有り、かつ、年度が変わる際に事業所の定員を概ね25%以上変更しない事業者

■事業所規模による区分については、前年度（3月を除く。）の1月当たりの平均利用延人員数により算定すべき通所リハビリテーション費を区分する。
 ■平均利用延人員数の計算に当たっては、指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を受けて受け一体的に事業を実施している場合は、当該指定介護予防リハビリテーション事業所における前年度の1月当たりの平均利用延人員数を含む。
 ■平均利用延人員数を含むこととされた介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者の計算については、介護予防通所リハビリテーションの利用時間が2時間未満の利用者については、利用者数に4分の1を乗じて得た数とし、利用時間が2時間以上4時間未満の利用者については、利用者数に2分の1を乗じて得た数、利用時間が4時間以上8時間未満の利用者については、利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。
 ただし、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えない。（この場合は、「6時間以上8時間未満」の欄に記載）

| 区分 | 所要時間 | 平成 年 | | | | | | | | | | | | 所要時間毎の乗数 | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|----------|--|----------|-------|
| | | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | | | | |
| 通所リハ | 1時間以上2時間未満 | | | | | | | | | | | | | | | | × 1/4 |
| | 2時間以上3時間未満 | | | | | | | | | | | | | | | | × 1/2 |
| | 3時間以上4時間未満 | | | | | | | | | | | | | | | | × 1/2 |
| | 4時間以上5時間未満 | | | | | | | | | | | | | | | | × 3/4 |
| | 5時間以上6時間未満 | | | | | | | | | | | | | | | | × 3/4 |
| | 6時間以上8時間未満 | | | | | | | | | | | | | | | | × 3/4 |
| 介護予防通所リハ | 2時間未満 | | | | | | | | | | | | | | | | × 1/4 |
| | 2時間以上4時間未満 | | | | | | | | | | | | | | | | × 1/2 |
| | 4時間以上6時間未満 | | | | | | | | | | | | | | | | × 3/4 |
| | 6時間以上8時間未満 | | | | | | | | | | | | | | | | × 3/4 |
| 利用延人数 | | | | | | | | | | | | | | | | 1通所営業は11 | |
| 正月等特別な期間を除き毎月事業を実施した月は「1」を入力 (A) | | | | | | | | | | | | | | | | 実績月数 (B) | |
| 最終人数 | | | | | | | | | | | | | | | | 合計人数 | |
| ■利用者数は各月（暦月）ごとに算出し、その合計を合算します。 ■各月ごとに利用延人員数を所要時間毎に各欄に入力してください。 ■手書き（手計算）の場合は、各欄に記入後、各月ごとに利用延人数を算出し結果を記入してください。 ■(A)欄は、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月は「1」を入力してください。 ■手書き（手計算）の場合は、当該月の利用延人数に6/7を乗じた人数（小数点第3位を四捨五入）を最終人数欄に記入してください。 ■(B)欄は、通所サービス費を算定した月数を入力してください。通所営業した場合、3月は除かれますので、「11」と入力してください。 ■手書き（手計算）の場合は、合計人数を実績月数で割った人数を平均利用延人員数に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2 適用年度の前年度（例えば、H30年度の事業所規模の区分適用であればH29年度）の実績が6月に満たない事業者（新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む）又は、適用年度の前年度の実績（前年度の4月から翌年2月まで）が6月以上有り、年度が変わる際に事業所の定員を概ね25%以上変更して事業を実施しようとする事業者

$$\frac{\text{運営規程に掲げる定員}}{\text{予定される1月当たりの営業日数}} = \text{(D)}$$

$$\text{(D)} \times \frac{\text{平均利用延人員数 (C)}}{\text{実績月数 (B)}} = \text{(D)'}$$

※毎日営業の場合は、(D) × 6/7
 正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施している事業者にあつては、(D)' 欄に(D)に6/7を乗じた数を記入してください。

| | | |
|-----|-------------------------------------------|--------------------------------------|
| 判定欄 | 750 < (C) 又は (D) (毎日営業する場合は (D)') ≤ 750 ⇒ | <input type="checkbox"/> 通所規模の事業所 |
| | 900 < (C) 又は (D) (毎日営業する場合は (D)') ≤ 900 ⇒ | <input type="checkbox"/> 大規模の事業所 (I) |
| | 900 < (C) 又は (D) (毎日営業する場合は (D)') ⇒ | <input type="checkbox"/> 大規模の事業所 (E) |

3 所要時間による区分の取扱い（居宅サービスのみ）

(1) 所要時間による区分については、現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画に位置づけられた内容の通所リハビリテーションを行うための標準的な時間によることとしている。

（送迎に要する時間は含まない。）

単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、通所リハビリテーションのサービスが提供されているとは認められないものであり、この場合は当初計画に位置づけられた所要時間に応じた所定単位数を算定する。

(2) 送迎時に実施した居宅内での介助等（電気の消灯・点灯、窓の施錠、着替え、ベッドへの移乗等）に要する時間は、次のいずれの要件も満たす場合、1日30分以内を限度として、通所リハビリテーションを行うのに要する時間に含めることができる。

- ① 居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に位置付けた上で実施する場合
- ② 送迎時に居宅内の介助等を行う者が、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、1級課程修了者、介護職員初任者研修修了者（2級課程修了者を含む。）又は当該事業所における勤続年数と同一法人の経営する他の介護サービス事業所、医療機関、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員としての勤続年数の合計が3年以上の介護職員である場合

(3) 通所サービスのサービス提供時間帯における併設医療機関の受診は、緊急やむを得ない場合を除いて認められない。緊急やむを得ない場合を除いて、併設医療機関を受診した場合は、併設医療機関における保険請求が優先され、通所サービスについては変更後の所要時間に応じた所定単位数を算定しなければならない。 ※サービス提供時間中の中抜けによるサービスは認められない。

(4) 事業所職員が迎えに行ったが、利用者が突然体調不良で通所リハビリテーションに参加できなくなった場合や利用者からの事前の連絡がなく不在であった場合でも、通所リハビリテーション費は算定できない。

4 日割り請求に係る適用（介護予防サービスのみ）

(1) 月途中の以下の事由の場合、日割りで算定する。

① 月の途中に開始した場合は、起算日から月末までの期間

| | 月途中の事由 | 起算日 ※2 |
|--------|------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 開 始 | 区分変更（要支援Ⅰ↔要支援Ⅱ） | 変更日 |
| | 区分変更（要介護→要支援） サービス事業者の変更（同一サービス種類のみ） ※1 事業開始（指定有効期間開始） 事業所指定効力停止の解除 | 契約日 |
| | 介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居 ※1 | 退去日の翌日 |
| | 介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除 ※1 | 契約解除日の翌日 |
| | 介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所 ※1 | 退所日の翌日 |

② 月の途中に終了した場合は、月初日から起算日までの期間

| | 月途中の事由 | 起算日 ※2 |
|--------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 終 了 | 区分変更（要支援Ⅰ↔要支援Ⅱ） | 変更日 |
| | 区分変更（要支援→要介護） サービス事業者の変更（同一サービス種類のみ） ※1 事業廃止（指定有効期間満了） 事業所指定効力停止の開始 | 契約解除日 （廃止・満了日） （開始日） |
| | 介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居 ※1 | 入居者の前日 |
| | 介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始 ※1 | サービス提供日（通い、 訪問又は宿泊）の前日 |
| | 介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所 ※1 | 入所日の前日 |

※1 ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定が可能とする。

※2 終了の起算日は、引き続き月途中から開始事由がある場合についてはその前日となる。

(2) 新型インフルエンザ等（ノロウイルス感染症を含む。）の発生に伴い、介護予防リハビリテーション事業所等が休業を行った場合は、休業期間分について、事業所指定効力停止の開始・解除に準じた取り扱いとして日割りで算定する。

(3) 加算部分に対する日割りは行わない。

月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ加算の算定を可能とする。ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定が可能とする。

月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。

○「月額包括報酬の日割り請求にかかる適用」

（平成24年厚生労働省老健局介護保険計画課・老人保健課事務連絡）

○「新型インフルエンザの発生に伴う介護予防通所介護事業所等の休業期間中の介護報酬の算定等に関するQ & A」の送付について（平成21年厚生労働省老健局老人保健課）

5 定員超過利用減算

- (1) 月平均の利用者数が、運営規程に定められた利用定員を超えた場合、所定単位数を減算する。
この場合の利用者の数は、1月間（暦月）の利用者の数の平均を用いる。この場合、1月間の利用者の数の平均は、当該月におけるサービス提供日ごとの同時にサービスの提供を受けた者の最大数の合計を、当該月におけるサービス提供日数で除して得た数とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り上げるものとする。
月平均で定員超過があれば、その翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、利用者全員について減算する。（所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定）
- (2) 定員超過利用は基準（条例）違反となり、指導対象となる。また、解消を行う旨の指導に従わず定員超過が2月以上継続する場合は、特別の事情がある場合を除き指定の取消しを検討する。
- (3) 災害・虐待等の受け入れ等やむを得ない理由による定員超過は、当該定員超過が開始した月の翌月から、所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらず、その翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行う。
- 「厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法」
(平成12年厚生省告示27号)

6 人員基準欠如減算

- (1) 人員欠如の場合の減算については、当該月において人員基準を満たさない場合、翌月若しくは翌々月の全利用者について、所定単位数の70/100に相当する単位数を用いて算定する。
- (2) 常勤医師について（診療所であって、利用者の数が同時に10人以下の場合を除く。）
専任の常勤医師が1人以上いない場合は、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について所定単位数を減算する。ただし、介護老人保健施設であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えない。
- (3) 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の配置数について
- ① 人員基準上必要とされる員数から一割を超えて減少した場合にはその翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者の全員について所定単位数を減算する。

一割を超えて減少した場合 とは、具体的には次の場合で、月単位で計算。

- ・医師（上記（2）に該当する場合を除く。）※1

$$\frac{\text{サービス提供日に専任の（常勤）医師が勤務した日数}}{\text{サービス提供日数}} < 0.9$$

- ・従事者

（理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員）

$$\frac{\text{営業日のサービス提供時間中における従事者が実際に勤務した時間の合計}}{\text{各営業日における従事すべき従事者数} \times \text{サービス提供時間の合計}} < 0.9$$

- ・理学療法士等（老健・病院の場合）

（従事者のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）※2

$$\frac{\text{営業日のリハビリテーションを提供する時間帯に配置された理学療法士等の延べ人数}}{\text{各営業日における従事すべき理学療法士等の人数の合計}} < 0.9$$

- ・理学療法士等（診療所の場合）
（従事者のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、経験看護師）※2

$$\frac{\text{歴月における理学療法士等の勤務延時間数}}{\text{歴月における常勤の職員が勤務する時間}} < 0.09$$

- ② 人員基準上必要とされる員数から一割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数を減算する。
（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）

一割の範囲内で減少した場合とは、具体的には次の場合です。

- ・医師（上記（2）に該当する場合を除く。）※1

$$0.9 \leq \frac{\text{サービス提供日に専任の（常勤）医師が勤務した日数}}{\text{サービス提供日数}} < 1.0$$

- ・従事者

（理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員）

$$0.9 \leq \frac{\text{営業日のサービス提供時間中における従事者が実際に勤務した時間の合計}}{\text{各営業日における従事すべき従事者数} \times \text{サービス提供時間の合計}} < 1.0$$

- ・理学療法士等（老健・病院の場合）

（従事者のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）※2

$$0.9 \leq \frac{\text{営業日のリハビリテーションを提供する時間帯に配置された理学療法士等の延べ人数}}{\text{各営業日における従事すべき理学療法士等の人数の合計}} < 1.0$$

- ・理学療法士等（診療所の場合）

（従事者のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、経験看護師）※2

$$0.09 \leq \frac{\text{歴月における理学療法士等の勤務延時間数}}{\text{歴月における常勤の職員が勤務する時間}} < 0.1$$

※1 通所リハビリテーションの専任の常勤医師について、労働基準法に基づく就業規則に定められた有給休暇を取得することができることは当然である。ただし、休暇の間について、代替の専任の医師の配置及び専任の常勤医師との緊急時の連絡体制を整えておくこと（計画的な医学的管理を行う専任の常勤医師又は代替の専任の医師が通所リハビリテーション事業所か併設医療機関内に勤務していること）が必要である。

※2 所要時間1時間から2時間の通所リハビリテーションを行う場合であって、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位における理学療法士等として計算することができる。

- (4) 災害・虐待等の受け入れ等やむを得ない理由による人員欠如（被災者の受入、被災地域への従業者派遣等による）は、所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらず、人員欠如の状態が継続している場合には減算の適用となる。
- (5) 人員基準欠如は基準条例違反となり、著しいものについては指導対象（職員の増員、利用定員等の見直し、事業の休止等を指導）となる。指導に従わない場合は、特別の事情がある場合を除き、指定の取消しを検討する。

7 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の取扱い（居宅サービスのみ）

◇ポイント◇

- ・内容については、「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係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」を参照。

（介護報酬の解釈録本P1060）

【3%加算】

- ・減少月の利用延人員数が、当該減少月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数から5%以上減少している場合に、当該減少月の翌々月から3月以内に限り、基本報酬の3%に相当する単位数を加算する。
- ・利用延人員数の減少に対応するための経営改善に時間を要すること、その他の特別な事情があると都道府県又は市町村が認める場合には、当該加算の算定期間が終了した翌月から3月以内に限り延長が可能である。
- ・3%加算の延長を申請する場合でも、加算適用の申請を行った際の算定基礎により判定を行うこととする。
- ・加算算定の期間内又は加算延長の期間内に、月の利用延人員数が算定基礎から5%以上減少していなかった場合は、当該月の翌月をもって算定終了とすること。
- ・当該加算は、区分支給限度基準額管理の対象外の算定項目である。

【規模区分の特例】

- ・減少月の利用延人員数がより小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数と同等となった場合には、当該減少月の翌々月から当該より小さい事業所規模別の報酬区分を適用する。
- ・具体的には、通所リハビリテーション（大規模型Ⅱ）については、減少月の利用延人員数が750人超900人以下となった場合は、通所リハビリテーション（大規模型Ⅰ）を、750人以下となった場合は通所リハビリテーション（通常規模型）を算定することとする。また、通所リハビリテーション（大規模型Ⅰ）については、減少月の利用延人員数が750人以下となった場合は、通所介護（通常規模型）を算定すること。
- ・当該特例の適用期間内に、月の利用延人員数が、当該より小さい事業所別の報酬区分の利用延人員数を超え、かつ、当該特例適用前の事業所規模別の報酬区分の利用延人員数まで戻った場合は、当該月の翌月をもって当該特例の適用は終了とする。

8 理学療法士等体制強化加算（1時間以上2時間未満の通所リハビリテーション） （居宅サービスののみ） 30単位/日

指定居宅サービス基準条例137条（基準省令第111条）に規定する配置基準を超えて、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（※理学療法士等）を専従かつ常勤で2名以上配置している事業所について、1日につき30単位を所定単位数に加算するが、この「専従」とは、当該通所リハビリテーション事業所のリハビリテーションを実施する時間帯に専らその職務に従事していることで足りる。

※「理学療法士等」…「サービス提供体制強化加算」において同義

この理学療法士等とは「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士」であり、人員基準における看護師（基準条例第137条2項2号の「経験を有する看護師」を含む。）その他の職種の者は含まない。

人員に関する基準における、「看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師」は、当該基準において「リハビリテーションの提供に当たる理学療法士等」として計算することができるが、報酬告示、留意事項通知における「理学療法士等」とは区別しなければならない。

9 延長加算（居宅サービスののみ） 50単位～300単位/日

(1) 7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの前後での延長サービス（日常生活上の世話）を通算した時間が8時間以上の部分について、6時間を限度として算定する。

(2) 本加算を算定するためには、事前に**県に体制の届出が必要**である。

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

注3 日常生活上の世話を行った後に引き続き、所要時間6時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションを行った場合又は所要時間6時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションを行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合であって、当該指定通所リハビリテーションの所要時間と当該指定通所リハビリテーションの前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間（以下この注において「算定対象時間」という。）が、8時間以上となった場合は、次に掲げる区分に応じ、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

| | | | |
|-------------------|-------|-------------------|-------|
| イ 8時間以上9時間未満の場合 | 50単位 | ニ 11時間以上12時間未満の場合 | 200単位 |
| ロ 9時間以上10時間未満の場合 | 100単位 | ホ 12時間以上13時間未満の場合 | 250単位 |
| ハ 10時間以上11時間未満の場合 | 150単位 | ヘ 13時間以上14時間未満の場合 | 300単位 |

7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行った場合の加算（延長加算）の取扱い

[老企第36号/第2の8の(4)]

① 当該加算は、所要時間7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの前後に連続して通所リハビリテーションを行う場合について、6時間を限度として算定されるものである。

例えば、8時間の通所リハビリテーションの後に連続して2時間の延長サービスを行った場合や、8時間の通所リハビリテーションの前に連続して1時間、後に連続して1時間、合計2時間の延長サービスを行った場合には、2時間分の延長サービスとして100単位を算定する。

② 当該加算は通所リハビリテーションと延長サービスを通算した時間が8時間以上の部分について算定されるものであるため、例えば、7時間の通所リハビリテーションの後に連続して2時間の延長サービスを行った場合には、通所リハビリテーションと延長サービスの通算時間は9時間であり、1時間分（時間＝9時間－8時間）の延長サービスとして50単位を算定する。

③ 延長加算は、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な体制にあり、かつ、実際に延長サービスを行った場合に算定されるものであるが、当該事業所の実情に応じて、**適当数の従業者を置いていることが必要**である。

10 リハビリテーション提供体制加算（居宅サービスのみ）

(1) 3時間以上の通所リハビリテーションを提供した場合の基本報酬に、リハビリテーション専門職の配置が、人員基準よりも手厚い体制を構築し、リハビリテーションマネジメントに基づいた長時間のサービスを提供している場合を評価。

(2) 本加算を算定するためには、事前に県に体制の届出が必要である。

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

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

| | | | |
|---------------------|------|---------------------|------|
| イ 所要時間3時間以上4時間未満の場合 | 12単位 | ニ 所要時間6時間以上7時間未満の場合 | 24単位 |
| ロ 所要時間4時間以上5時間未満の場合 | 16単位 | ホ 所要時間7時間以上の場合 | 28単位 |
| ハ 所要時間5時間以上6時間未満の場合 | 20単位 | | |

<厚生労働大臣が定める基準>

通所リハビリテーション費におけるリハビリテーション提供体制加算の基準

- イ 指定通所リハビリテーション事業所において、**常時**、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。
- ロ リハビリテーションマネジメント加算（I）から（IV）までのいずれかを算定していること。

<留意事項通知>

(5) リハビリテーション提供体制加算について

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

【岡山県Q&A】＝厚労省確認事項＝

Q1：「利用者の数」とは、1日ごとの利用定員数を指すのか？利用者予定者数を指すのか？

A1：実利用者数を指します。よって、特に、25人前後の利用を予定する日は、理学療法士等の配置に留意が必要です。

Q2：「常時」配置する時間帯とは、事業所における全営業日の全サービス提供時間帯を指すのか？特定の限定的な時間帯での配置でよいのか？

A2：理学療法士等を「常時」配置する時間帯とは、個々の利用者についてケアプランにおいて位置付けられた通所リハビリテーションのサービス提供時間帯となります。

Q3：利用予定に応じて算定要件を満たす配置を予定していたが、配置予定の理学療法士等が急病等により勤務できず、代替者の確保ができなかった場合、当該日のみ加算の算定を行えないのか？それとも、配置できなかった日以降は体制確保ができていなかったとして一切算定できないのか？

また、サービス担当者会議への出席等、業務上の用務により支援現場に配置ができなかった場合も算定できないのか？

A3：「常時」配置が求められていることから、休暇（病気によるものを含む。）等によりその配置がされなかった日については、当該加算は算定できない。

なお、配置ができなかった理由が、サービス担当者会議への出席等、業務上の用務による場合であっても、事業所外で行われる場合については、直接的に利用者への支援・助言が行える体制が確保できていないため、「常時配置」の算定要件を満たしていないものとなる。ただし、事業所内で行われるリハビリテーション会議等への出席については、必要な対応が可能と認められることから「常時配置」されているものとして差し支えない。

11 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

- (1) 中山間地域等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、(介護予防)通所リハビリテーションを行った場合に、**1日につき所定単位数の5%に相当する単位数を加算**する。
○厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域(平成21年厚生労働省告示第83号)
- (2) 同加算を算定する利用者については、**別途交通費の支払いを受けることはできない**。
- (3) 通所リハビリテーションは、区分支給限度額が適用されるサービスであるが、本加算は、「区分支給限度基準額」に含まれない費用である。

12 入浴介助体制(加算Ⅰ・加算Ⅱ)(居宅サービスのみ)

【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、入浴介助を行う。

【留意事項】

ア 入浴介助加算(Ⅰ)について

- ① 入浴介助加算(Ⅰ)は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合について算定されるものである(大臣基準告示第24号の4)が、この場合の「観察」とは、自立生活支援のための見守り的援助のことであり、利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、極力利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを行うことにより、結果として、身体に直接接する介助を行わなかった場合についても、加算の対象となるものであること。なお、この場合の入浴には、利用者の自立生活を支援する上で最適と考えられる入浴手法が、部分浴(シャワー浴含む。)等である場合は、これを含むものとする。
- ② 通所リハビリテーション計画上、入浴の提供が位置付けられている場合に利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合については、加算を算定できない。

【入浴介助加算Ⅱ】

イ 入浴介助加算(Ⅱ)について

- ① ア①及び②を準用する。この場合において、ア①の「入浴介助加算(Ⅰ)」は、「入浴介助加算(Ⅱ)」に読み替えるものとする。
- ② 入浴介助加算(Ⅱ)は、利用者が居宅において、自身で又は家族若しくは居宅で入浴介助を行うことが想定される訪問介護員等の介助によって入浴ができるようになることを目的とし、以下a～cを実施することを評価するものである。なお、入浴介助加算(Ⅱ)の算定に係る者は、利用者の状態に応じ、自身で又は家族・訪問介護員等の介助により尊厳を保持しつつ入浴ができるようになるためには、どのような介護技術を用いて行うことが適切であるかを念頭に置いた上で、a～cを実施する。
 - a 医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等(利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員を含む。)が利用者の居宅を訪問し、利用者の状態を踏まえ、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価する。その際、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが可能であると判断した場合、指定通所リハビリテーション事業所に対しその旨情報共有する。

また、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、指定通所リハビリテーション事業所の従業者以外の者である場合は、書面等を活用し、十分な情報共有を行うよう留意すること。

(※) 当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが難しいと判断した場合は、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、利用者及び当該利用者を担当する介護支援専門員等に対し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行う。

b 指定通所介護事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問し評価した者との連携の下で、当該利用者の身体の状況や訪問により把握した利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成する。なお、個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別の入浴計画の作成に代えることができるものとする。

c bの入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行う。なお、この場合の「個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境」とは、手すりなど入浴に要する福祉用具等を活用し利用者の居宅の浴室の環境を個別に模したものと差し支えない。また、入浴介助を行う際は、関係計画等の達成状況や利用者の状態をふまえて、自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、必要な介護技術の習得に努め、これを用いて行われるものであること。なお、必要な介護技術の習得に当たっては、既存の研修等を参考にすること。

◇ポイント◇

- ・入浴介助加算は、通所介護計画上、入浴の提供が位置付けられている場合に、利用者側の事情により入浴を実施しなかった場合については、当該加算を算定できない。
- ・利用者の自立生活を支援する上で最適と考えられる入浴手法が、部分浴（シャワー浴含む。）等である場合は算定の対象となるが、清拭は算定の対象とならない。

13 リハビリテーションマネジメント加算

○ 本加算を算定するためには、事前に県に体制の届出が必要である。

(1) リハビリテーションマネジメント加算は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として実施されるものであり、リハビリテーションの質の向上を図るため、利用者の状態や生活環境等を踏まえた多職種協働による通所リハビリテーション計画の作成、当該計画に基づく適切なリハビリテーションの提供、当該提供内容の評価とその結果を踏まえた当該計画の見直し等といったSPDCAサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものである。

SPDCAサイクルとは

調査 (Survey) → 計画 (Plan) → 実行 (Do) → 評価 (Check) → 改善 (Action)

リハビリテーションの質の管理とは

生活機能の維持又は向上を目指すに当たって、心身機能、個人として行うADLやIADLといった活動、家族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。

参考 ADL (日常生活動作) : 排せつ、食事摂取などの身の回りの生活行為
IADL (手段的日常生活動作) : 掃除や買い物などの生活行為

リハビリテーションマネジメント加算は、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に、下記(2)掲げる区分に応じ、**1月につき所定単位数を加算**する。

(2) 次の要件を満たす必要がある。

イ リハビリテーションマネジメント加算(A)イ <6月以内：560単位>
<6月超過：240単位>

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- 1) 通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか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) リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。
- 4) 通所リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告すること。
- 5) 通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあつては1月に1回以上、6月を超えた場合にあつては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、通所リハビリテーション計画を見直していること。
- 6) 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、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) 以下のいずれかに適合すること。
 - 一 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた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と指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、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の助言を行うこと。
 - 二 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定通所リハビリテーションの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。
- 8) 上記1) から7) まで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 <6月以内：593単位>
<6月超過：273単位>

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) までの基準のいずれにも適合すること。
- 2) 利用者ごとの通所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。情報の提供は「科学的介護情報システム(LIFE)を用いて行い、サービスの質の向上を図るため、LIFEへの情報提供及びフィードバック情報を活用し、サービスの質の管理を行うこと。

ハ リハビリテーションマネジメント加算(B)イ <6月以内：830単位>
<6月超過：510単位>

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) まで及びイ5) から7) までのいずれにも適合すること。
- 2) 通所リハビリテーション計画について、当該事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。
- 3) 上記1) 及び2) までに適合することを確認し、記録すること。

ニ リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ <6月以内：863単位>
<6月超過：543単位>

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- 1) ハ1) から3) までのいずれにも適合すること
- 2) 利用者ごとの通所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。

◆留意事項通知等 【改正】

リハビリテーションマネジメント加算について [老企第36号/第2の8の(11)]

- ① リハビリテーションマネジメント加算は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として実施されるものであり、リハビリテーションの質の向上を図るため、利用者の状態や生活環境等を踏まえた多職種協働による通所リハビリテーション計画の作成、当該計画に基づく適切なリハビリテーションの提供、当該提供内容の評価とその結果を踏まえた当該計画の見直し等といったSPDCAサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものである。
- ② 「リハビリテーションの質の管理」とは、生活機能の維持又は向上を目指すに当たって、心身機能、個人として行うADLやIADLといった活動をするための機能、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等といった参加をするための機能について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを管理することをいう。
- ③ 本加算は、SPDCAサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものであることから、当該SPDCAサイクルの中で通所リハビリテーション計画を、新規に作成し直すことは想定しておらず、利用者の状態に応じて適切に当該計画の見直しが行われるものである。したがって、「同意」とは、本加算を取得するに当たって初めて通所リハビリテーション計画を作成して得られた同意をいい、当該計画の見直しの同意とは異なることに留意すること。
- ④ 注8イに規定するリハビリテーションマネジメント加算(A)イ(1)、注8ロに規定するリハビリテーションマネジメント加算(A)ロ(1)、注8ハに規定するリハビリテーションマネジメント加算(B)イ(1)、注8ニに規定するリハビリテーションマネジメント加算(B)ロ(1)を取得後は、注8イに規定するリハビリテーションマネジメント加算(A)イ(2)、注8ロに規定するリハビリテーションマネジメント加算(A)ロ(2)、注8ハに規定するリハビリテーションマネジメント加算(B)イ(2)、注8ニに規定するリハビリテーションマネジメント加算(B)ロ(2)を算定するものであることに留意すること。
ただし、当該期間以降であっても、リハビリテーション会議を開催し、利用者の急性増悪等により引き続き月に1回以上、当該会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、当該計画を見直していく必要性が高いことを利用者若しくは家族並びに構成員が合意した場合、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(1)又はロ(1)若しくは(B)イ(1)又はロ(1)を再算定できるものであること。
- ⑤ リハビリテーション会議の構成員である医師の当該会議への出席については、テレビ電話等情報通信機器を使用してもよいこととする。なお、テレビ電話等情報通信機器を使用する場合には、当該会議の議事に支障のないよう留意すること。
- ⑥ リハビリテーション会議の開催頻度について、指定通所リハビリテーションを実施する指定通所リハビリテーション事業所若しくは指定介護予防通所リハビリテーションを実施する指定介護予防通所リハビリテーション事業所並びに当該事業所の指定を受けている保険医療機関において、算定開始の月の前月から起算して前24月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて6月以上ある利用者については、算当初から3月に1回の頻度でよいこととする。
- ⑦ 大臣基準告示第25号ロ(2)及び二(2)に規定する厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。
LIFE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(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」を参照されたい。
サービスの質の向上を図るため、LIFEへの情報提供及びフィードバック情報を活用し、SPDCAサイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。
提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

(参考) リハビリテーションマネジメント加算の算定構造 (令和3年4月介護報酬改正)

1 単位数

| サービス種類 | 算定区分 | | A (イ) | | A (ロ) | | B (イ) | | B (ロ) | |
|-------------|------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|
| | 6月以内 | 6月超 | 6月以内 | 6月超 | 6月以内 | 6月超 | 6月以内 | 6月超 | 6月以内 | 6月超 |
| 訪問リハビリテーション | 180 | | 213 | | 450 | | 483 | | | |
| 通所リハビリテーション | 560 | 240 | 593 | 273 | 830 | 510 | 863 | 543 | | |

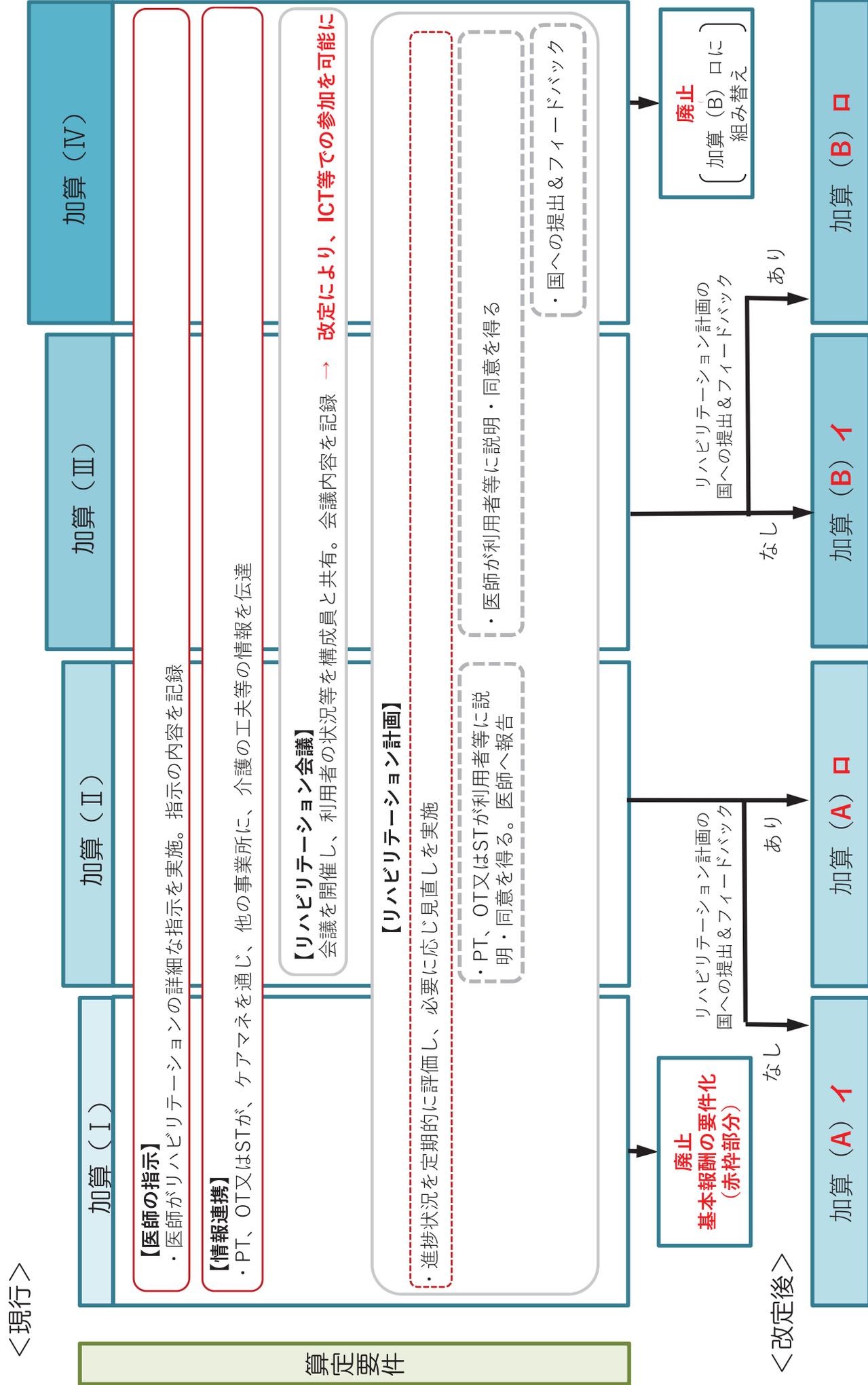
2 算定区分ごとの算定要件

| サービスごとの算定要件 | 算定区分 | | II | | III | | IV | | IV | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|
| | 訪問リハ | 通所リハ | 6月以内 | 6月超 | 6月以内 | 6月超 | 6月以内 | 6月超 | 6月以内 | 6月超 |
| ① 事業所の医師が、理学療法士等に対し、リハビリの目的に加え、「開始前後の留意事項」、「中止基準」、「リハビリにおける利用者に対する負荷等」のうちいずれか1以上指示 | | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| ② ①の指示を行った医師又は指示を受けた理学療法士等が、その指示内容の記録整備 | | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| ③ 構成員間での情報共有のためリハビリテーション会議を開催し、会議内容の記録整備 | | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| ④-1 リハ計画作成に関与した理学療法士等が、利用者等に計画を説明・同意を得て、その説明内容等を医師へ報告 | | | ○ | | ○ | | | | | |
| ④-2 事業所の医師が、リハ計画について、利用者等に説明し、同意を取得 | | | | | | | ○ | | ○ | |
| ⑤ 3月に1回、リハビリテーション会議を開催し、計画を見直し | ⑤ リハ計画の同意した月から起算して6月以内は1月に1回、6月超えは3月に1回、リハビリテーション会議を開催し、計画を見直し | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| ⑥ 理学療法士等が、介護支援専門員に対し、「利用者の能力」、「自立に必要な支援」、「日常生活の留意点」の情報を提供 | | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| ⑦-1 理学療法士等が、居宅サービス計画に位置づけのある訪問介護事業等の従業者とともに居宅を訪問し、当該従業者に対し、専門的見地からの介護の工夫点及び日常生活の留意点を助言 | | | いずれか1つに該当 | | いずれか1つに該当 | | いずれか1つに該当 | | いずれか1つに該当 | |
| ⑦-2 理学療法士等が、居宅を訪問し、利用者の家族に対し、専門的見地から、介護の工夫点及び日常生活の留意点を助言 | | | | | | | | | | |
| ⑧ ①から⑦に適合が確認できる記録整備 | | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| ⑩ 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供するとともにフィードバック情報を活用したPDCAサイクルによりサービスの質を管理(LIFE) | | | | | ○ | | | | ○ | |

3 各算定区分の算定方法等

- ・ リハビリテーションマネジメント加算は、利用者ごとに月1回の算定であり、同一月に複数の区分の算定はできない。
- ・ リハビリテーションマネジメント「加算A(ロ)」、「加算B(ロ)」は事業所の医師が直接利用者等に対し、リハビリ計画の内容の説明、同意を取得した場合、「加算A(イ)」、「加算B(ロ)」は理学療法士等がそれを行った場合に算定。
- ・ 「加算A(ロ)」、「加算B(ロ)」を算定する場合は、「LIFEへの登録」を行い、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供するとともにフィードバック情報を活用したPDCAサイクルによりサービスの質を管理することが必要。

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加算の見直しイメージ



14 短期集中個別リハビリテーション実施加算（居宅サービスのみ） 110単位/日

- (1) 短期集中個別リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて、基本的動作能力及び応用的動作能力を向上させ、身体機能を回復するための集中的なリハビリテーションを個別に実施するものであること。
- (2) 指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者に対して、その退院（所）日又は認定日から起算して3月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行った場合（**1週につきおおむね2回以上、1日当たり40分以上実施するもの**）に算定できるものであること。

退院（所）日、認定日とは

「退院（所）日」とは、「利用者が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等の治療等のために入院若しくは入所した病院若しくは診療所若しくは介護保険施設から退院若しくは退所した日」のこと。

「認定日」とは、「介護保険法第19条第1項に規定する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。）」のこと。 → 要介護認定の有効期間初日

- (3) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算、生活行為向上リハビリテーション実施加算と併算できない。
- (4) 本加算を算定するためには、事前に**県へ体制の届出が必要**である。

15 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（居宅サービスのみ）

- (1) 医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者に対して、その退院（所）日又は通所開始日（加算Ⅱは「通所開始日の属する月」）から起算して3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合に算定できる。
- (2) 本加算におけるリハビリテーションは、認知症を有する利用者の認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会的適応能力（生活環境又は家庭環境へ適応する等の能力）を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施するものである。
- (3) 精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する**専門的な研修を修了した医師（※）**により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、1週間に2日を限度として、20分以上のリハビリテーションを個別に実施した場合、加算（Ⅰ）を算定できる。
- (4) 精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師（※）により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の状態に応じて、個別又は集団によるリハビリテーションを、1月に4回以上実施した場合に、加算（Ⅱ）を算定できる。（1月に8回以上実施することが望ましい。）その際には、通所リハビリテーション計画書にその時間、実施頻度、実施方法を定めた上で実施するものである。

※認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師とは

認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）の要件である「認知症に対するリハビリテーションに関わる専門的な研修を修了した医師」の研修は、原則として「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（V o I. 1）（平成30年3月23日）」の問67で国が例示した研修に限るものとする。

事業者が加算の算定を行おうとする場合は、「体制等に関する届出書」に、上記の研修に係る「研修修了書の写し」を添付することとし、この添付書類がない場合は、算定要件を確認できないことから、原則として本件加算の算定を認めない。

【平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（V o I. 1）（平成30年3月23日）】問67（抜粋）

認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定要件に該当する研修の例

- ①認知症短期集中リハビリテーション研修（主催：全国老人保健施設協会）
- ②認知症短期集中リハビリテーション医師研修会」（主催：日本慢性期医療協会、日本リハビリテーション病院・施設協会及び全国デイ・ケア連絡協議会）

③認知症サポート医養成研修（実施主体：都道府県等）

問20 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）について、通所リハビリテーション事業所に算定要件を満たす医師がおらず、算定要件を満たす外部の医師が情報提供を行った場合、算定は可能か。

（答）算定できない。ただし、算定要件を満たす医師については必ずしも常勤である必要はない。

（5）本加算（Ⅱ）における通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、認知症を有する利用者の生活環境に対応したサービス提供ができる体制を整える必要があることから、利用者の生活環境をあらかじめ把握するため、当該利用者の居宅を訪問すること。

また、リハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。（居宅訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意）

（6）本加算の対象となる利用者は、M M S E（Mini Mental State Examination）又はH D S R（改訂長谷川式簡易知能評価ツール）においておおむね5点～25点に相当する者とするものであること。

（7）本加算（Ⅱ）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てリハビリテーションを実施するよう留意すること。

（8）本加算は当該利用者が過去3月の間に本加算を算定した場合には算定できないこと。

（10）短期集中個別リハビリテーション実施加算、生活行為向上リハビリテーション実施加算と併算定できない。

（11）本加算を算定するためには、事前に**県へ体制の届出が必要**である。

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

9 別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、認知症（法第5条の2に規定する認知症をいう。以下同じ）であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、イについてはその退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に、ロについてはその退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算として、次に掲げる区分に応じ、イについては1日につき、ロについては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せず、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は注1.1の加算を算定している場合においては、算定しない。

イ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） 240単位

ロ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） 1,920単位

通所リハビリテーション費における認知症短期集中リハビリテーション実施加算の基準

イ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）

一週間に二日を限度として個別にリハビリテーションを実施すること。

ロ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（1）一月に四回以上リハビリテーションを実施すること。

（2）リハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された通所リハビリテーション計画を作成し、生活機能の向上に資するリハビリテーションを実施すること。

（3）通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算（A）イ又はロ若しくは（B）イ又はロまでのいずれかを算定していること。

認知症短期集中リハビリテーション実施加算について [老企第36号/第2の8の(11)]

- ① 認知症短期集中リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、認知症を有する利用者の認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力（生活環境又は家庭環境へ適応する等の能力をいう。以下同じ。）を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施するものであること。
- ② 認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅰ）は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、1週間に2日を限度として、20分以上のリハビリテーションを個別に実施した場合に算定できるものである。なお、当該リハビリテーションの提供時間が20分に満たない場合は、算定はできないこととする。
- ③ 認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ）は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を終了した医師により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の状態に応じて、個別又は集団によるリハビリテーションは、1月に8回以上実施することが望ましいが、1月に4回以上実施した場合に算定できるものである。その際には、通所リハビリテーション計画にその時間、実施頻度、実施方法を定めようとして実施するものであること。
- ④ 認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ）における通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、認知症を有する利用者の生活環境に対応したサービス提供ができる体制を整える必要があることから、利用者の生活環境をあらかじめ把握するため、当該利用者の居宅を訪問すること。
- ⑤ 認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ）における通所リハビリテーション計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。
- ⑥ 本加算の対象となる利用者は、MMSE（Mini Mental State Examination）又はHDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）においておおむね5点～25点に相当する者とするものであること。
- ⑦ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえたリハビリテーションを実施するよう留意すること。
- ⑧ 本加算は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）についてはその退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）についてはその退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合に算定できることとしているが、当該利用者が過去3月の間に本加算を算定した場合には算定できないこととする。

16 生活行為向上リハビリテーション実施加算

<通所リハ：1250単位>

<予防通所リハ：562単位>

- (1) 生活行為向上リハビリテーションは、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、**生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間のリハビリテーションの実施内容をリハビリテーション実施計画書にあらかじめ定めた上で、計画的に実施するものであること。**

生活行為とは 個人の活動として行う起居、歩行、排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為

- (2) 生活行為向上リハビリテーションを提供するための生活行為向上リハビリテーション実施計画書の作成や、リハビリテーション会議における当該リハビリテーションの目標の達成状況の報告は、厚生労働大臣が定める基準第28号イ（第106の6号イ）によって配置された作業療法士等が行うことに留意すること。
- (3) （介護予防）通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、生活行為向上リハビリテーションの実施後にリハビリテーションを継続した場合の減算について説明した上で、当該計画の同意を得るよう留意すること。

- (4) 本加算は、**リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提**となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえ、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等を可能とすることを見据えた目標や実施内容を設定すること。
- (5) 本加算は、**6月間に限定して算定が可能**であることから、利用者やその家族においても、生活行為の内容の充実を図るための訓練内容を理解し、家族の協力を得ながら、利用者が生活の中で実践していくことが望ましいこと。
- (6) リハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。**なお、利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないので留意すること。**
- (7) **短期集中個別リハビリテーション実施加算、認知症短期集中リハビリテーション実施加算と併算定できない。【通所リハのみ該当】**
- (8) 本加算を算定するためには、事前に**県へ体制の届出が必要**である。

生活行為リハビリテーションの算定要件とされる「生活行為の内容の充実を図るための研修」とは

生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定要件とされる研修については、原則として「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）」の問105で国が例示した研修に限るものとする。事業者が加算の算定を行おうとする場合は、「体制等に関する届出書」に、上記の研修に係る「研修修了書の写し」を添付することとし、この添付書類がない場合は、算定要件を確認できないことから、原則として本件加算の算定を認めない。

生活行為向上リハビリテーションの算定要件に該当する研修の例【介護報酬に関するQ&A問105（抜粋）】

- ①生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識や経験
 - ・日本作業療法士協会が実施する生活行為向上マネジメント研修
- ②生活行為の内容の充実を図るための研修
 - ・全国デイケア協会、全国老人保健施設協会、日本慢性期医療協会、日本リハビリテーション病院・施設協会が実施する「生活行為向上リハビリテーションに関する研修会」

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

<通所リハ>

11 別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合は、生活行為向上リハビリテーション実施加算として、**リハビリテーション実施計画に基づく指定通所リハビリテーション利用を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき1,250単位**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せず、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合においては、算定しない。

<予防通所リハ>

4 別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合は、生活行為向上リハビリテーション実施加算として、**リハビリテーション実施計画に基づく指定介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り1月につき562単位**を所定単位数に加算する。

通所リハビリテーション費にける生活行為向上リハビリテーション実施加算の基準

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- イ 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること。
- ロ 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。
- ハ 当該計画で定めた指定通所リハビリテーションの実施期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内に、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。
- ニ 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 (A)イ又はロ若しくは (B)イ又はロまでのいずれかを算定していること。
- ホ 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、作業療法士若しくは言語聴覚士が当該利用者の居宅を訪問し、生活行為に関する評価をおおむね1月に一回以上実施すること。

指定通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算に係る施設基準

リハビリテーションを行うに当たり、利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。

生活行為向上リハビリテーション実施加算について [老企第36号/第2の8の(1413)] [第2の6(2)]

- ① 生活行為向上リハビリテーション実施加算の「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。
- ② 生活行為向上リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーション（以下「生活行為向上リハビリテーション」という。）は、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間の生活行為向上リハビリテーションの内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的に実施するものであること。
- ③ 生活行為向上リハビリテーションを提供するための生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成や、リハビリテーション会議における当該リハビリテーションの目標の達成状況の報告については、厚生労働大臣が定める基準第28号イによって配置された者が行うことが想定されていることに留意すること。
- ④ 生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成に当たっては、本加算の趣旨及び注12の減算について説明した上で、当該計画の同意を得るよう留意すること。
- ⑤ 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえ、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等を可能とすることを見据えた目標や実施内容を設定すること。
- ⑥ 本加算は、6月間に限定して算定が可能であることから、利用者やその家族においても、生活行為の内容の充実を図るための訓練内容を理解し、家族の協力を得ながら、利用者が生活の中で実践していくことが望ましいこと。
また、リハビリテーション会議において、訓練の進捗状況やその評価（当該評価の結果、訓練内容に変更が必要な場合は、その理由を含む。）等について、医師が利用者、その家族、構成員に説明すること。
- ⑦ 生活行為向上リハビリテーション実施計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。

17 若年性認知症利用者受入加算

<通所リハ：60単位>

<予防通所リハ：240単位>

- (1) 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。
- (2) 若年性認知症利用者とは、[通所リハ：初老期における認知症によって要介護者となった者、予防通所リハ：介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条第6号に規定する初老期における認知症によって要支援者となった者]で、**65歳の誕生日の前々日までが同加算の算定対象**である。
- (3) 本加算を算定するためには、事前に県へ体制の届出が必要である。

18 栄養アセスメント加算

<通所リハ・介護予防通所リハ共通：50単位/月> ★LIFE関連

◇ポイント◇

・以下の要件を満たしていることが必要。

①当該事業所の従業者として又は外部との連携（※1）により管理栄養士を1名以上配置していること

②利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（15及び16において「管理栄養士等」という。）が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。

栄養アセスメントについては、3月に1回以上、イ～ニまでに掲げる手順により行うこと。

イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。

ロ 管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題の把握を行うこと。

ハ イ及びロの結果を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。

ニ 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、介護支援専門員と情報共有を行い、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。

③利用者ごとの栄養状態等の情報を、LIFEを用いて厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理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。

④定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

※原則として、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、栄養アセスメント加算は算定しないが、栄養アセスメント加算に基づく栄養アセスメントの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養アセスメント加算の算定月でも栄養改善加算を算定可能。

（※1）外部との連携とは、他の介護事業所（栄養アセスメント加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。）又は、公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携により管理栄養士を1名以上配置すること。

19 栄養改善加算

<通り八 : 200単位/回、3月以内、1月2回限度>
<予防通り八 : 200単位/月>

◇ポイント◇

- ・管理栄養士は、通所介護事業者に雇用された管理栄養士（労働者派遣法に基づく紹介予定により派遣された管理栄養士を含む。）又は外部（他の介護事業所（栄養アセスメント加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。）又は、公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」）との連携による管理栄養士を1名以上配置していること。
- ・管理栄養士は介護保険施設の管理栄養士と兼務が可能。（介護保険施設及び通所介護のいずれのサービス提供にも支障がない場合に限る）
- ・利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
- ・利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。
- ・利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。
- ・定員超過又は人員欠如減算の期間は算定できない。
※事務処理手順及び様式例：介護報酬の解釈録本P 987～1058
「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」参照

20 口腔・栄養スクリーニング加算

<通り八・予防通り八共通 : **加算Ⅰ : 20単位/回 加算Ⅱ : 5単位/回**>

◇ポイント◇

- ・定員超過又は人員欠如減算の期間は算定できない。
- ・利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、口腔・栄養スクリーニング加算として算定する。

【加算Ⅰ】

- ・利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供すること。
- ・利用開始時及び利用中6月ごとに当該利用者の栄養状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供すること。
- ・算定日が属する月が、次のいずれにも該当しないこと。
 - (1) 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。
 - (2) 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。
- ・当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合は算定できない。

【加算Ⅱ】

- ・次の(1)、(2)のいずれかに適合すること
 - (1) 次のいずれにも適合すること
 - ・利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供すること。
 - ・算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。
 - ・算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。
 - (2) 次のいずれかに適合すること
 - ・利用開始時及び利用中6月ごとに当該利用者の栄養状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供すること。
 - ・算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。
 - ・算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。

※体制の届け出は必要ない。（取組を評価）

21 口腔機能向上加算

<通り八・予防通り八共通：加算Ⅰ：150単位/回 加算Ⅱ：160単位/回>★LIFE関連

◇ポイント◇

【加算Ⅰ】

- ・言語聴覚士、歯科衛生士、又は看護職員を1名以上配置していること。
- ・利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。また、口腔機能改善管理指導計画を作成する際、必要に応じ主治の医師又は歯科医師の指示や指導を受けること。
- ・利用者の口腔の状態によっては、医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じること。
- ・歯科医療を受診していて次のイ又はロに該当する場合は加算算定不可
 - イ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合
 - ロ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合
- ・定員超過利用・人員基準欠如に該当しない場合

【加算Ⅱ】

- ・口腔機能向上加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合すること。
- ・利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を、LIFEを用いて厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理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。

※事務処理手順及び様式例：介護報酬の解釈緑本P987～1058

「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」参照

22 重度療養管理加算（居宅サービスのみ） 100単位/日

- （1）算定する場合は、当該利用者が、要介護3、要介護4又は要介護5に該当する者であって「厚生労働大臣が定める状態」に該当するかどうか確認すること。
- （2）次のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者であること。

| 厚生労働大臣が定める状態 | 留意事項通知で規定されている具体的な状態 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態 | 当該月において1日当たり8回（夜間を含め約3時間に1回程度）以上実施している日が20日を超える場合をいう。 |
| ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 | 当該月において1週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っている場合をいう。 |
| ハ 中心静脈注射を実施している状態 | 中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者である場合をいう。 |
| ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態 | 人工腎臓を各週2日以上実施しているものであり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症をもつものである場合をいう。 A 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病 B 常時低血圧（収縮期血圧が90mmHg以下） C 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの D 出血性消化器病変を有するもの E 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの F うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）のもの |
| ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 | 持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90mmHg以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度90%以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っている場合をいう。 |
| ヘ 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態 | 当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合をいう。 |

| | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 | 経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合をいう。 |
| チ 褥瘡に対する治療を実施している状態 | 以下の分類で第3度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。 第1度：皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない） 第2度：皮膚層の部分的喪失（びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの） 第3度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば及んでいないこともある 第4度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している |
| リ 気管切開が行われている状態 | 気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った場合をいう。 |

留意事項通知に規定されている状態に該当しない場合は算定不可。

- (3) 請求明細書の摘要欄に該当する状態（94号告示第18号のイからリまで）を記載すること。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。
- (4) 計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、通所リハビリテーションを行う必要がある。
- (5) 計画的な医学的管理の内容等を診療録に記載しておくこと。
- (6) **本加算は、所要時間1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションを算定している場合は、算定しない。**

23 中重度者ケア体制加算（居宅サービスのみ） 2.0単位/日

- (1) 中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、指定通所リハビリテーションを行った場合に算定できる。
 - (2) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - イ 指定通所リハビリテーション事業所の看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保していること。
 - ロ 前年度（4月から2月）又は算定日が属する月の前3月間（前年度の実績が6月に満たない事業所の場合）の指定通所リハビリテーション事業所の利用者数の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上であること。
 - ハ 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上配置していること。
- (3) 本加算を算定するためには、事前に**県へ体制の届出が必要**である。

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

16 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、中重度者ケア体制加算として、1日につき2.0単位を所定単位数に加算する。

通所リハビリテーション費における中重度者ケア体制加算の基準

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- イ 指定通所リハビリテーション事業所の看護職員又は介護職員の員数（指定居宅サービス等基準第111条第1項第2号イ又は同条第2項第1号に規定する要件を満たす員数をいう。）に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法（指定居宅サービス等基準第2条第7号に規定する常勤換算方法をいう。）で1以上確保していること。
- ロ 前年度又は算定日が属する月の前3月間の指定通所リハビリテーション事業所の利用者数の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上であること。
- ハ 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上配置していること。

中重度者ケア体制加算について [老企第36号/第2の8の(18) →7「通所介護」の(8)]

- ① 中重度者ケア体制加算は、暦月ごとに、指定居宅サービス等基準第93条第1項に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保する必要がある。このため、常勤換算方法による職員数の算定方法は、

暦月ごとの看護職員又は介護職員の勤務延時間数を、当該事業所において常勤の職員が勤務すべき時間数で除することによって算定し、暦月において常勤換算方法で1以上確保していれば加算の要件を満たすこととする。なお、常勤換算方法を計算する際の勤務延時間数については、サービス提供時間前後の延長加算を算定する際に配置する看護職員又は介護職員の勤務時間数は含めないこととし、常勤換算方法による員数については、小数点第2位以下を切り捨てるものとする。

- ② 要介護3、要介護4又は要介護5である者の割合については、前年度（3月を除く。）又は届出日の属する月の前3月の1月当たりの実績の平均について、利用実人員数又は利用延人員数を用いて算定するものとし、要支援者に関しては人員数には含めない。
- ③ 利用実人員数又は利用延人員数の割合の計算方法は、次の取扱いによるものとする。
 - イ 前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、前年度の実績による加算の届出はできないものとする。
 - ロ 前3月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近3月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。また、その割合については、毎月ごとに記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに第一の5の届出を提出しなければならない。
- ④ 看護職員は、指定通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置する必要がある、他の職務との兼務は認められない。
- ⑤ 中重度者ケア体制加算については、事業所を利用する利用者全員に算定することができる。また、注9の認知症加算の算定要件も満たす場合は、中重度者ケア体制加算の算定とともに認知症加算も算定できる。
- ⑥ 中重度者ケア体制加算を算定している事業所にあつては、中重度の要介護者であっても社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するリハビリテーションを計画的に実施するプログラムを作成することとする。

24 科学的介護推進体制加算

＜通りハ・予防通りハ共通：40単位/月★LIFE関連

◇ポイント◇

・科学的介護推進体制加算は、原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに次に掲げる要件を満たした場合に算定できる。

イ 利用者ごとのADL値（ADLの評価に基づき測定した値をいう。以下同じ）、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること。

ロ 必要に応じて通所介護計画を見直すなど、指定通所介護の提供に当たって、イに規定する情報その他指定通所介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

・情報の提出については、LIFEを用いて行うこと。LIFEへの情報提出頻度については以下のとおり。

- (1) 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については、当該算定を開始しようとする月。
- (2) 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。
- (3) (1)又は(2)の月のほか、少なくとも6月ごと。
- (4) サービスの利用を終了する日の属する月。

※サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならないことに留意すること。

25 同一の建物に居住する利用者等に対する減算

事業所と同一建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者、指定通所リハビリテーションを行った場合は、1日につき94単位を所定単位数から減算する。介護予防通所リハビリテーションの場合は1月につき要支援1の場合は376単位、要支援2の場合は752単位を減算する。

同一の建物とは

「同一建物」とは、当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の1階部分に指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当する。同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。

この場合の「同一建物」は当該建築物の管理、運営法人が当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者と異なる場合であっても該当するものである。

26 事業者が送迎を行わない場合の減算（居宅サービスのみ）

- (1) 利用者に対して、その居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合は、**片道につき47単位を所定単位数から減算**する。

送迎を実施していない場合とは

利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等の事業者が送迎を実施していない場合

- (2) 事業者が送迎を実施しない場合、通所リハビリテーション計画上、送迎が往復か片道かを位置付けた上で減算する。

◆留意事項通知等

送迎を行わない場合の減算について [老企第36号/第2の8の(20)]

利用者が自ら通う場合、利用者の家族等が送迎を行う場合など事業者が送迎を実施していない場合は、片道につき減算の対象となる。ただし、注19の減算（同一の建物に居住する利用者等の減算）の対象となっている場合には、当該減算の対象とはならない。

27 移行支援加算（居宅サービスのみ） 12単位/日

- (1) 通所リハビリテーションの利用によりADL・IADLが向上し、**指定通所介護等への移行等**を支援した場合を評価。

指定通所介護等への移行等とは 指定通所介護、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型通所介護、第1号通所事業その他社会参加に資する取組を実施

- (2) 利用者の社会参加等を支援した場合、評価対象期間（当該加算を算定する年度の前年の1月から12月までの期間）の評価が要件を満たす場合、**次の年度内に限り、1日につき所定単位数を加算**する。

- (3) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

① 指定通所介護等への移行状況

$$\frac{\text{指定通所介護事業所等を実施した実人数}}{\text{評価対象期間中にサービスの提供を終了した実人数}} > 3\%$$

評価対象期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、当該通所リハビリテーション終了者の指定通所介護等の実施状況を確認し、記録していること。実施状況の確認は事業所の作業療法士、理学療法士、言語聴覚士がリハビリテーション終了時と比較してADL及びIADLが維持または間然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。**

② 通所リハビリテーションの利用の回転

$$\frac{12}{\text{平均利用延月数}} \geq 27\%$$

※平均利用延月数の考え方 = $\frac{\text{評価対象期間の利用延月数}}{\text{評価対象期間の（新規開始者数+新規終了者数）} \div 2}$

- (4) 医療機関への入院や介護保険施設への入所、指定訪問リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護、介護予防・日常生活支援総合事業における訪問サービス事業等は、「その他の社会参加に資する取組」には含まれず、算定対象とならない。

- (5) 通所リハビリテーション終了者が指定通所介護等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。

(6) 本加算を算定するためには、事前に**県へ体制の届出が必要**である。

【厚労省Q&A】R3介護報酬改定Q&A Vol.2問21

Q：移行支援加算における就労については、利用者が障害福祉サービスにおける就労移行支援、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？

A：よい。

28 運動器機能向上加算（介護予防サービスのみ） 225単位/月

(1) 本加算は、定員超過又は人員欠如減算の期間は算定できない。

(2) 本加算の対象となるサービスは、**理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置**して行うこと。

(3) 利用者ごとに**医師又は看護職員等の医療従事者による**運動器機能向上サービスの実施に当たっての**リスク評価、体力測定等を実施し**、サービスの提供に際して考慮すべきリスク、利用者のニーズ及び運動器の機能の状況を、**利用開始時に把握**すること。

(4) **利用者ごとのニーズを実現するための長期目標及び長期目標を達成するための短期目標を設定**すること。長期目標及び短期目標については、介護予防支援事業所において作成された介護予防サービス計画と整合が図れたものとする。 

Check!


【指摘された不適切な事例】
暫定的な計画も作成されず、サービスが開始されていた。

(5) 利用者に係る長期目標及び短期目標を踏まえ、**医師、理学療法士等、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して**、当該利用者ごとに、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、1回当たりの実施時間、実施形態等を記載した**運動器機能向上計画を作成**すること。

(6) 利用者の短期目標に応じて、**概ね1月間ごとに**、利用者の当該短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況について**モニタリングを行う**とともに、**必要に応じて、運動器機能向上計画の修正を行う**こと。 

Check!


【指摘された不適切な事例】
・利用者の短期目標に応じて行われる目標の達成度、客観的な運動器の機能の状況に係るモニタリングが、概ね1月間ごとに行われていなかった。
・事後アセスメント実施後、当該利用者に係る介護予防支援事業者への報告を踏まえた介護予防ケアマネジメントの結果、運動器機能向上サービスの継続が必要と判断が明確にされないまま、サービス提供を継続していた。 

(7) 本加算を算定するためには、事前に**県へ体制の届出が必要**である。

29 選択的サービス複数実施加算（介護予防サービスのみ）

(Ⅰ) 480単位/月、(Ⅱ) 700単位/月

(1) 本加算は、選択的サービス（**運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス**）のうち**複数のサービスを組み合わせ**て実施することにより、要支援者の心身機能の改善効果を高め、介護予防に資するサービスを効果的に提供することを目的とするもの。

(2) 複数の種類の選択的サービスを組み合わせるに当たって、各選択的サービスを担当する専門の職種が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法等について検討すること。

(3) 本加算を算定するためには、事前に**県に体制の届出が必要**である。

30 事業所評価加算（介護予防サービスのみ） 120単位/月

- (1) 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表の「事業所評価加算〔申出〕の有無」の欄が、「あり」となっている事業所で、評価対象期間（当該加算を算定する年度の前年の1月から12月までの期間）の介護予防通所リハビリテーションの利用実人員数が10人以上で、①選択的サービス実施率が0.6以上であり、②評価基準値が0.7以上である場合、次の年度内に限り、1月につき所定単位を加算する。

- ① 選択的サービス実施率

$$\frac{\text{評価対象期間内に選択的サービスを利用した者の数}}{\text{評価対象期間内に介護予防通所リハビリテーションを利用した者の数}} \geq 0.6$$

- ② 評価基準値

$$\frac{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2}{\text{評価対象期間内に運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを3月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}} \geq 0.7$$

- (2) 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表の「事業所評価加算〔申出〕の有無」の欄が、「あり」となっており介護予防通所リハビリテーション事業実施実績がある事業所に対して、「事業所評価加算算定基準判定結果通知書」を毎年2月上旬までに送付している。

基準に適合し、算定可能と判定された事業所は、翌年度において事業所評価加算が算定できる。基準に適合せず、算定不可と判定された事業所は、翌年度は算定できない。

判定結果により新たに算定可能、あるいは算定不可となった事業所においても、事業所評価加算についての体制届の提出は不要。（指定権者において職権登録を行う。）

- (3) 生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定できない。

- (4) **新たに事業所評価加算の〔申出〕を行う場合は、体制届の提出が必要である。**

31 サービス提供体制強化加算

- (1) 次の要件を満たす必要がある。

イ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)：次のいずれにも適合すること。

- 1) 次のいずれかに適合すること

- ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が**100分の70以上**であること。
②介護職員の総数のうち、**勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上**であること。

- 2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

ロ サービス提供体制強化加算(Ⅱ)：次のいずれにも適合すること。

- 1) 介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が**100分の50以上**であること。
2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

ハ サービス提供体制強化加算(Ⅲ)：次のいずれにも適合すること。

- 1) 次のいずれかに適合すること

- ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が**100分の40以上**であること。
②リハビリテーションを利用者に直接提供する職員（理学療法士等、看護職員又は介護職員、1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーションを算定する場合であって、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師がリハビリテーションを提供する場合にあっては、これらの職員も含む。）の総数のうち、勤続年数が3年以上の者の割合が**100分の30以上**であること。

- 2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

職員割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く）の平均を用いることとする。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。

勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを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。なお、1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーションを算定する場合であって、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師がリハビリテーションを提供する場合にあっては、これらの職員も含むものとする。

- (2) 本加算を算定している事業所においては、職員の割合について、前年度（3月を除く）の平均を計算し、計算結果が加算の要件を満たしていることを確認すること。

要件を満たさなくなった場合には、体制の変更（終了）を届け出ること。

- (3) 届出日の属する月の前3月の平均で当該加算の届出を行った場合は、届出を行った月以降においても直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。
 なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに体制の届出を提出しなければならない。
- (4) 通所リハビリテーションは、区分支給限度額が適用されるサービスであるが、本加算は、「区分支給限度額」に含まれない費用である。
- (5) 本加算を算定するためには、事前に県へ体制の届出が必要である。

重要

3月には必ず4月から2月までの利用者数を計算し、翌年度の事業所規模を確認し、必要により体制届を提出してください。

32 介護職員処遇改善加算

- (1) (介護予防) 通所リハビリテーションは、区分支給限度額が適用されるサービスであるが、本加算は、「区分支給限度額」に含まれない費用である。
- (2) 本加算を算定するためには、事前に県へ体制の届出が必要である。

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

へ 介護職員処遇改善加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定(介護予防)通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定(介護予防)通所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、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。

- (1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) イからホまでにより算定した単位数の1000分の47に相当する単位数
- (2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) イからホまでにより算定した単位数の1000分の34に相当する単位数
- (3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) イからホまでにより算定した単位数の1000分の19に相当する単位数の1000分の19に相当する単位数

(介護予防) 通所リハビリテーション費における介護職員処遇改善加算の基準

イ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 介護職員の賃金(退職手当を除く。)の改善(以下「賃金改善」という。)に要する費用の見込額が介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。
- (2) 指定(介護予防)通所リハビリテーション事業所において、(1)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、都道府県知事(地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条の19第1項の指定都市(以下「指定都市」という。))及び同法第252条の22第1項の中核市(以下「中核市」という。)にあっては、指定都市又は中核市の市長。第35号及び第65号を除き、以下同じ。)に届け出ていること。
- (3) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。
- (4) 当該指定(介護予防)通所リハビリテーション事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を都道府県知事に報告すること。
- (5) 算定日が属する月の前12月間において、労働基準法(昭和22年法律第49号)、労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)、最低賃金法(昭和34年法律第137号)、労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)、雇用保険法(昭和49年法律第116号)その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。
- (6) 当該指定(介護予防)通所リハビリテーション事業所において、労働保険料(労働保険の保険料の徴収等に関する法律(昭和44年法律第84号)第10条第2項に規定する労働保険料をいう。以下同じ。)の納付が適正に行われていること。
- (7) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - (一) 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。
 - (二) (一)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。
 - (三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。
 - (四) (三)について、全ての介護職員に周知していること。
 - (五) 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇級する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇級を判定する仕組みを設けていること。
 - (六) (五)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。
- (8) (2)の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。

- ロ 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） イ（１）から（６）まで、（７）（一）から（四）まで及び（８）に掲げる基準のいずれにも適合すること。
- ハ 介護職員処遇改善加算（Ⅲ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - （１）イ（１）から（６）までに掲げる基準に適合すること。
 - （２）次に掲げる基準のいずれかに適合すること。
 - （一）次に掲げる要件の全てに適合すること。
 - ア 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。
 - イ アの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。
 - （二）次に掲げる要件の全てに適合すること。
 - ア 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。
 - イ アについて、全ての介護職員に周知していること。
 - （３）平成２０年１０月からイ（２）の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。

33 介護職員等特定処遇改善加算

- （１）（介護予防）通所リハビリテーションは、区分支給限度額が適用されるサービスであるが、本加算は、「区分支給限度額」に含まれない費用である。
- （２）本加算を算定するためには、事前に**県へ体制の届出が必要**である。

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

ト 介護職員等特定処遇改善加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定（介護予防）通所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、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。

- （１）介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） イからホまでにより算定した**単位数の１０００分の２０に相当する単位数**
- （２）介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） イからホまでにより算定した**単位数の１０００分の１７に相当する単位数**

（介護予防）通所リハビリテーション費における介護職員処遇改善加算の基準

- イ 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - （１）介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。
 - （一）経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額八万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額四百四十万円以上であること。ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。
 - （二）（介護予防）通所リハビリテーション事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていること。
 - （三）介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の二倍以上であること。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の平均賃金額を上回らない場合はその限りでないこと。
 - （四）介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額四百四十万円を上回らないこと。
 - （２）当該（介護予防）通所リハビリテーション事業所において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、都道府県知事に届け出ていること。
 - （３）介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について都道府県知事に届け出ること。
 - （４）当該（介護予防）通所リハビリテーション事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を都道府県知事に報告すること。
 - （５）（介護予防）通所リハビリテーションサービス費におけるサービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）のいずれかを**届出**していること。
 - （６）（介護予防）通所リハビリテーションサービス費における介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定していること。
 - （７）（２）の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。以下この号において同じ。）及び当該職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。
 - （８）（７）の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。
- ロ 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） イ（１）から（４）まで及び（６）から（８）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

処遇改善に係る加算全体のイメージ(令和4年度改定後)

新加算 (介護職員等ベースアップ等支援加算)

- 対象：介護職員。ただし、事業所の判断により、他の職員の処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。
 - 算定要件：以下の要件をすべて満たすこと。
 - 処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを取得していること
 - 賃上げ効果の継続に資するよう、加算額の2/3は介護職員等のベースアップ等(※)に使用することを要件とする。
- ※「基本給」又は「決まって毎月支払われる手当」の引上げ

全体のイメージ



[注：事業所の総報酬に「加算率(サービス毎の介護職員数を踏まえて設定)を乗じた額を交付。]

介護職員等特定処遇改善加算

- 対象：事業所が、①経験・技能のある介護職員、②その他の介護職員、③その他の職種に配分
- 算定要件：以下の要件をすべて満たすこと。
 - ※介護福祉士の配置割合等に応じて、加算率を二段階に設定。
 - 処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを取得していること
 - 処遇改善加算の職場環境等要件に関し、複数の取組を行っていること
 - 処遇改善加算に基づく取組について、ホームページ掲載等を通じた見える化を行っていること

介護職員処遇改善加算

- 対象：介護職員のみ
- 算定要件：以下のとおりキャリアパス要件及び職場環境等要件を満たすこと

| 加算(Ⅰ) | 加算(Ⅱ) | 加算(Ⅲ) |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| キャリアパス要件のうち、 ①+②+③を満たす かつ 職場環境等要件 を満たす | キャリアパス要件のうち、 ①+②を満たす かつ 職場環境等要件 を満たす | キャリアパス要件のうち、 ①or②を満たす かつ 職場環境等要件 を満たす |

＜キャリアパス要件＞

- ① 職位・職責・職務内容等に応じた任用要件と賃金体系を整備すること
- ② 資質向上のための計画を策定して研修の
実施又は研修の機会を確保すること
- ③ 経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けること

※就業規則等の明確な書面での整備・全ての介護職員への周知を含む。

＜職場環境等要件＞

賃金改善を除く、職場環境等の改善

令和4年度介護報酬改定による処遇改善 加算率

○ 現行の介護職員処遇改善加算等と同様、介護サービス種類ごとに、介護職員数に応じて設定された一律の加算率を介護報酬（※1）に乗じる形で、単位数を算出。

| サービス区分（※2） | 加算率 |
|------------------------|------|
| ・ 訪問介護 | |
| ・ 夜間対応型訪問介護 | 2.4% |
| ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | |
| ・ （介護予防）訪問入浴介護 | 1.1% |
| ・ 通所介護 | |
| ・ 地域密着型通所介護 | 1.1% |
| ・ （介護予防）通所リハビリテーション | 1.0% |
| ・ （介護予防）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 | 1.5% |
| ・ （介護予防）認知症対応型通所介護 | 2.3% |
| ・ （介護予防）小規模多機能型居宅介護 | |
| ・ 看護小規模多機能型居宅介護 | 1.7% |
| ・ （介護予防）認知症対応型共同生活介護 | 2.3% |
| ・ 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 | 1.6% |
| ・ （介護予防）短期入所生活介護 | |
| ・ 介護老人保健施設 | |
| ・ （介護予防）短期入所療養介護（老健） | 0.8% |
| ・ 介護療養型医療施設 | |
| ・ （介護予防）短期入所療養介護（病院等） | 0.5% |
| ・ 介護医療院 | |
| ・ （介護予防）短期入所療養介護（医療院） | 0.5% |

※1 現行の処遇改善加算等の単位数は、基本報酬に、処遇改善加算及び特定処遇改善加算以外の加算・減算を加えた単位数に、加算率を乗じて算出。

※2 （介護予防）訪問看護、（介護予防）訪問リハビリテーション、（介護予防）福祉用具貸与、特定（介護予防）福祉用具販売、（介護予防）居宅療養管理指導、居宅介護支援、介護予防支援は加算対象外。

5 介護予防通所リハビリテーション費

| 基本部分 | | | 注 | 注 | 注 | 注 | 注 | 注 | | | | |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|---------|--------|-----------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|-------|
| イ 介護予防通所 リハビリテーション費 (1月につき) | 病院又は診療所の場合 | 要支援1 | ×70/100 | ×70/100 | +5/100 | 生活行為向上リ ハビリテーション実 施加算 | 若年性認知症利 用者受入加算 | 事業所と同一建 物に居住する者 又は同一建物か ら利用する者に介 護予防通所リハ ビリテーションを行 う場合 | 利用を開始した 日の属する月から 起算して12月を 超えた期間に介 護予防通所リハ ビリテーションを行 った場合 | | | |
| | | (2,053単位) | | | | | | | | -376単位 | -20単位 | |
| | 要支援2 | (3,999単位) | | | | | | | | -752単位 | -40単位 | |
| | 介護老人保健施設の場合 | 要支援1 | | | | | | | | (2,053単位) | -376単位 | -20単位 |
| | | 要支援2 | | | | | | | | (3,999単位) | -752単位 | -40単位 |
| | 介護医療院の場合 | 要支援1 | | | | | | | | (2,053単位) | -376単位 | -20単位 |
| 要支援2 | | (3,999単位) | -752単位 | -40単位 | | | | | | | | |
| ロ 運動器機能向上加算 (1月につき 225単位を加算) | | | | | | | | | | | | |
| ハ 栄養アセスメント加算 (1月につき 50単位を加算) | | | | | | | | | | | | |
| ニ 栄養改善加算 (1月につき 200単位を加算) | | | | | | | | | | | | |
| ホ 口腔・栄養スク リーニング加算 | (1) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(1回につき 20単位を加算(6月に1回を限度)) | | | | | | | | | | | |
| | (2) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(1回につき 5単位を加算(6月に1回を限度)) | | | | | | | | | | | |
| ヘ 口腔機能向上 加算 | (1) 口腔機能向上加算(Ⅰ) (1月につき 150単位を加算) | | | | | | | | | | | |
| | (2) 口腔機能向上加算(Ⅱ) (1月につき 160単位を加算) | | | | | | | | | | | |
| ト 選択的サービ ス複数実施加算 | (1) 選択的サービス複数実 施加算(Ⅰ) | 運動器機能向上及び栄養改善 (1月につき 480単位を加算) | | | | | | | | | | |
| | | 運動器機能向上及び口腔機能向上 (1月につき 480単位を加算) | | | | | | | | | | |
| | (2) 選択的サービス複数実 施加算(Ⅱ) | 栄養改善及び口腔機能向上 (1月につき 480単位を加算) | 運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向 上 (1月につき 700単位を加算) | | | | | | | | | |
| チ 事業所評価加算 (1月につき 120単位を加算) | | | | | | | | | | | | |
| リ 科学的介護推進体制加算 (1月につき 40単位を加算) | | | | | | | | | | | | |
| ヌ 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) | 要支援1 (1月につき 88単位を加算) | | | | | | | | | | |
| | | 要支援2 (1月につき 176単位を加算) | | | | | | | | | | |
| | (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 要支援1 (1月につき 72単位を加算) | | | | | | | | | | |
| | | 要支援2 (1月につき 144単位を加算) | | | | | | | | | | |
| | (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 要支援1 (1月につき 24単位を加算) | | | | | | | | | | |
| | | 要支援2 (1月につき 48単位を加算) | | | | | | | | | | |
| ル 介護職員処 遇改善加算 | (1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき +所定単位×47/1000) | | 注 所定単位は、イからヌまでにより算定 した単位数の合計 | | | | | | | | | |
| | (2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき +所定単位×34/1000) | | | | | | | | | | | |
| | (3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき +所定単位×19/1000) | | | | | | | | | | | |
| ヲ 介護職員等 特定処遇改善 加算 | (1) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき +所定単位×20/1000) | | 注 所定単位は、イからヌまでにより算定 した単位数の合計 | | | | | | | | | |
| | (2) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき +所定単位×17/1000) | | | | | | | | | | | |
| フ 介護職員等ベース アップ等支援加算 (1月につき +所定単位×10/1000) | | | 注 所定単位は、イからヌまでにより算定 した単位数の合計 | | | | | | | | | |

：「事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に介護予防通所リハビリテーションを行う場合」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「サービス提供体制強化加算」、「介護職員処遇改善加算」、「介護職員等特定処遇改善加算」及び「介護職員等ベースアップ等支援加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

【関係ページを抜粋】

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

59

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 日老認発第 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

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）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な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な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ものが期待される。
- 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2-2-1 (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 |
|------------------------------------|--------------------------------------|

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 別紙様式2-9 (リハビリテーション実施計画書) | 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や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。

利用者に対して過然とリハビリテーションの提供を行うことがないよう、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で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る。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き提供されるよう努めなければならぬ。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っては、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、基本的な考え方、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

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。

ア 退院(所)後間もない場合、利用者及びその家族が在宅生活に不

- 安がある場合又は利用者の状態が変化する等の理由でリハビリテーション計画の見直しが必要になった場合は、適宜当該計画の見直しを行うこと。
- 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するに伴う、やむを得ない理由がある場合であって、利用者又は家族が合意した場合には、この限りでない。

- (2) リハビリテーションマネジメント加算(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ぬ。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2-1「リハビリテーション会議」を活用し記録に残すこと。

3 「リハビリテーション会議録」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載するとともに、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処すること。

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月起後はおお

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室を訪問し、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)イと読み替えられない。

- (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「LIFE」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、SPDCA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。LIFE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 (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」(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、実際にはしていないがしてみたいかと思っていること、してみたいとは思わないものの興味があると思っていることに関して、利用者の記入又は聞き取りにより作成すること。

- (2) 別紙様式2-2-1、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

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、したい又はできないようになり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（BPSD）の有無について、現在の状況の欄に記載すること。心身機能の障害があった場合には、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（復返り、起き上がり、座位保持、立

ち上がり、立位保持）の状況を評価し、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（ADL）（Barthel Index を活用）

下記を参考に現在「している」状況について評価を行い、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直し・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直しをリハビリテーションの見直し・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。

⑤ 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、サービスの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。

⑥ 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（週に1～2回） 3 週に3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、買い物、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（テレビは含まれない） 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（タクシーを含む） 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（草刈り、水撒き、庭掃除 ※ペ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 その他、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まない） | 0 読んでいない 2 月に1回程度 3 月に2回以上 | 1 まれに |
| 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 2 週に10～29時間 3 週に30時間以上 | 1 週に1～9時間 |

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、それらの事後予測を踏まえて、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、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、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れば、適宜、これまでの医療提供の状況についての情報を入手すること。

入手した場合は該当箇所にチェックすること。

- 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っては、計画作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明の欄に記載すること。

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っては、医師によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明の欄に記載すること。

- 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

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 居室を訪問して行う介護の工夫に関する指導・助言等の実施した利用者の居室を訪問し、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)の算定に関しては、認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)の算定に関する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

するのか(たとえば、個別で又は集団で)をできる限り分かりやすく記載する。

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

ホ 目標の内容によっては、訓練した内容が実際の生活場面でできるようになったかどうかを評価、確認するために、当該利用者の居室において応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。その際にはその実施時期、及び何をするのかをリハビリテーション計画書に記載する。家族に指導する際に特に留意することがあった場合、記載すること。
ヘ 居宅で評価する際には、利用者が実際に生活する場面で、失敗をしないで取り組めるよう、実施方法や環境にあらかじめ配慮し、実施すること。

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

③ 認知症短期集中リハビリテーション(Ⅱ)の提供後
引き続きリハビリテーションの提供を継続することができる。なお、この場合でも参加に向けた取組を促すこと。

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

なお、活動と参加の観点からは、居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する指定訪問リハビリテーションを提供することも重要である。

① 生活行為向上リハビリテーション実施加算の考え方
生活行為とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。生活行為向上リハビリテーションは、加齢や廃用症候群等により生活機能の一つである活動するための機能が低下した高齢者や急性増悪により生活機能が低下し、医師がリハビリテーション

ンの提供が必要であると判断した者に対し、起居や歩行、排泄、入浴などのADL、調理、買い物、趣味活動などのIADLなどの生活行為の内容の充実を図るため、その能力の向上について別紙様式2-5を作成し、その介入方法及び介入頻度、時間等生活行為の能力の向上に資するプログラムを作成、計画的に実施するものである。

② 生活行為向上リハビリテーションを実施する上での留意事項

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

ロ 個人の活動として行う排泄するための行為、入浴するための行為、調理するための行為、買い物をするための行為、趣味活動など具体的な生活行為の自立を目標に、心身機能、活動、参加に対し段階的に実施する6月間のリハビリテーション内容を別紙様式2-5にあらためて定められた上で、実施すること。

ハ (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1月に1回以上実施すること。

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

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

また、生活行為向上リハビリテーションを提供する場合は、目標が達成する期限に向けて、計画の進捗の評価や利用者又はその家族に生活行為を行う能力の回復程度など状況の説明が重要であることから1月に1回はモニタリングを行い、別紙様式2-5を見直し、医師から利用者又はその家族に対する説明し、同意を得ることが望ましい。

ヘ 当該リハビリテーションは、利用者と家族のプログラムへの積極的な参加が重要であることから、生活行為向上リハビリテーション

実施計画の立案に当たっては、利用者及びその家族に生活行為がうまくできない要因、課題を解決するために必要なプログラム、家での自主訓練を含め分かりやすく説明を行い、利用者及びその家族にプログラムの選択を促すよう配慮し進め、生活行為向上リハビリテーションについて主体的に取り組み意欲を引き出すこと。

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

③ 生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定に関して

イ 生活行為のニーズの把握

別紙様式2-1を活用し、利用者がどのような生活行為をしてみたい、興味があるかと思っているのかを把握する。把握に当たっては、利用者の生活の意欲を高めるためにも、こういうことをしてみたいという生活行為の目標を認識できるように働きかけることも重要である。

ロ 生活行為に関する課題分析

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

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

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

応用的動作能力については、生活行為そのものの技能を向上させる反復練習、新たな生活行為の技能の習得練習などを通して、通所で直接的に能力を高める他、住環境や生活で用いる調理器具などの生活道具、家具など生活環境について工夫すること等についても検討すること。通所で獲得した生活行為が居室でも実行でき

るよう訪問し、具体的な実践を通して評価を行い、実際の生活の場面のできるようになるよう、支援すること。また、利用者が家庭での役割を獲得できるよう、家族とよく相談し、調整すること。

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

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

ハ 別紙様式2-5（生活行為向上リハビリテーション実施計画）の記載

a 利用者が、してみたいと思う生活行為に関して、最も効果的なリハビリテーションの内容（以下「プログラム」という。）を選択し、おおむね6月間で実施する内容を心身機能、活動、参加のプログラムの段階ごとに記載すること。

b プログラムについては、専門職が支援することの他、本人が取り組む自主訓練の内容についても併せて記載すること。また、プログラムごとに、おおむねの実施時間、実施者及び実施場所について、記載すること。

c 支援の頻度は、リハビリテーションを開始してから3月間までの通所を主体とする通所訓練期はおおむね週2回以上、その後目標を達成する6月間の期限まで、終了後の生活を視野に入れ、訪問等組み合わせさせて訓練をする社会適応期はおおむね週1回以上訓練を行うこと。

d プログラムの実施に当たっては、訪問で把握した生活行為や動作上の問題を事業所内外の設備を利用し練習する場合には、あらかじめ計画に書き込むこと。

e 通所で獲得した生活行為については、いつ頃を目安に、利用者の居室を訪問し、当該利用者の実際の生活の場面で評価を行うのかもあらかじめ記載すること。

f 終了後の利用者の生活をイメージし、引き続き生活機能が維持できるように地域の通いの場などの社会資源の利用する練習などに

ついてもあらかじめプログラムに組み込むこと。

ニ 生活行為向上リハビリテーションの実施結果報告計画実施期間の達成1ヵ月前には、リハビリテーション会議を開催し、別紙様式2-5に支援の結果を記入し、本人及び家族、構成員に支援の経過及び結果を報告すること。

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

ホ その他

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

ヘ 要介護認定等の更新又は区分の変更に伴う算定月数の取扱い

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

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

(3) 移行支援加算について

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評価するため、移行支援加算を設けた。

① 移行支援加算の考え方

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

ロ 指定通所介護等への移行とは、指定通所リハビリテーション、指定介護予防通所リハビリテーション（指定通所リハビリテーションの場合）にあつては、指定通所リハビリテーション間及び指定介護予防通所リハビリテーション間の移行は除く。）や指定通所介護、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型通所介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防・日

常生活支援総合事業における通所事業や一般介護予防事業、居宅における家庭での役割を担うこと、就労であること。

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

② 移行支援加算の算定に関して
移行支援加算は、指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所について、効果的なサービスの提供を評価する観点から、評価対象期間（各年1月1日から12月31日までの期間をいう。）において、利用者の指定通所介護事業所等への移行割合が一定以上となった場合等に、当該評価対象期間の翌年度における指定訪問リハビリテーション又は指定通所リハビリテーションの提供につき加算を行うものである。

イ 算定方法

以下の両方の条件を満たしていること。

- a 指定通所介護事業所等への移行状況
指定通所介護事業所等への移行を実施した者 > 5%
評価対象期間中にサービス提供を終了した者
(指定通所リハビリテーション事業所の場合3%)
- b リハビリテーションの利用状況

12月
平均利用延月数 > 25%

(指定通所リハビリテーション事業所の場合27%)

※ 平均利用延月数の考え方

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

ロ 移行後の継続の有無の評価
評価対象期間中にリハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所の従業者が、リハビリテーションの提供を終了した者の状況を電話等により、リハビリテーションの提供を終了した時と比較して、ADLとIADLが維持又は改善していることを確認し、記録すること。

ハ 移行先の事業所へのリハビリテーション計画書の提供
「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、別紙様式2-2-1及び2-2-2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、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提供すること。なお、移行先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、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を抜粋したものを提供するのとで情報提供としてよい。

III 介護保健施設サービス、介護療養施設サービス及び介護医療院サービスにおける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の実務等について

(1) リハビリテーションマネジメントの体制

① リハビリテーションマネジメントは医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、看護職員、介護職員、管理栄養士、歯科衛生士、介護支援専門員、支援相談員その他の職種（以下「関連スタッフ」という。）が協働して行うものである。

② 各施設等の管理者は、リハビリテーションマネジメントに関する手順（情報収集、アセスメント・評価、カンファレンスの支援、計画の作成、説明・同意、サービス終了前のカンファレンスの実施、サービス終了時の情報提供等）をあらかじめ定める。

(2) リハビリテーションマネジメントの実務

① サービス開始時における情報収集について
関連スタッフは、サービス開始時までに適切なリハビリテーションを実施するための情報を収集するものとする。情報の収集に当たっては主治の医師から診療情報の提供、担当介護支援専門員等からケアマネジメントに関わる情報の提供を文書で受け取ることが望ましい。な

お、これらの文書は別紙様式2-6、2-7の様式例を参照の上、作成する。

- ② サービス開始時におけるアセスメント・評価、計画、説明・同意について
- 関連スタッフ毎にアセスメントとそれに基づく評価を行い、多職種協働でサービス開始時カンファレンスを開催し、速やかにリハビリテーション実施計画原案を作成する。リハビリテーション実施計画原案については、利用者又はその家族へ説明し同意を得る。

また、リハビリテーション実施計画原案に関しては、ウ③に掲げるリハビリテーション実施計画書の様式又はこれを簡略化した様式を用いるものとする。なお、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）第14条若しくは第50条において準用する第14条、健康保険法等の一部を改正する法律附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた指定制療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第41号）第15条若しくは第50条において準用する第15条、又は介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年厚生省令第5号）第17条若しくは第54条において準用する第17条において作成することとされている各計画の中に、リハビリテーション実施計画原案に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもってリハビリテーション実施計画原案の作成に代えることができるものとする。

- ③ サービス開始後2週間以内のアセスメント・評価、計画、説明・同意について

リハビリテーション実施計画原案に基づいたリハビリテーションやケアを実施しながら、サービス開始から概ね2週間以内に以下のイからへまでの項目を実施する。

- イ アセスメント・評価の実施
関連スタッフ毎に別紙様式2-8を参照としたアセスメントを実施し、それに基づく評価を行う。
- ロ リハビリテーションカンファレンスの実施
関連スタッフによってリハビリテーションカンファレンスを開催し、目標、到達時期、具体的アプローチ、プログラム等を含む実施計画について検討する。リハビリテーションカンファレンスには、状況に応じて利用者やその家族の参加を求めることが望ましい。
- 目標の設定に関しては利用者の希望や心身の状況等に基づき、当

該利用者が自立した尊厳ある日常生活を送る上で特に重要であると考えられるものとし、その目標を利用者、家族及び関連スタッフが共有することとする。目標、プログラム等の設定に当たっては施設及び居宅サービス計画（以下「ケアプラン」という。）と協調し、両者間で整合性が保たれることが重要である。

ハ リハビリテーション実施計画書の作成

リハビリテーションカンファレンスを経て、リハビリテーション実施計画書を作成する。リハビリテーション実施計画書の作成に当たっては、別紙様式2-9の様式を用いて作成する。なお、リハビリテーション実施計画原案を作成した場合はリハビリテーション実施計画書を新たに作成する必要はなく、リハビリテーション実施計画原案の変更等をもってリハビリテーション実施計画書の作成に代えることができるものとし、変更等がない場合であっても、リハビリテーション実施計画原案をリハビリテーション実施計画書に代えることができるものとする。なお、別紙様式2-2-1及び2-2-2を用いてリハビリテーション実施計画書を作成することも差し支えないものとする。

リハビリテーション実施計画は、ケアプランと協調し、両者間で整合性が保たれることが重要である。施設サービスにおいてはリハビリテーション実施計画を作成していれば、ケアプランのうちリハビリテーションに関し重複する部分については省略しても差し支えない。

ニ 利用者又は家族への説明と同意

リハビリテーション実施計画の内容については利用者又はその家族に分かりやすく説明を行い、同意を得る。その際、リハビリテーション実施計画書の写しを交付することとする。

ホ 指示と実施

関連スタッフは、医師の指示に基づきリハビリテーション実施計画書に沿ったリハビリテーションの提供を行う。リハビリテーションをより有効なものとする観点からは、専門職種によるリハビリテーションの提供のみならず、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）や連携を図り、家族、看護職員、介護職員等による日常生活の生活行為への働きかけを行う。

介護老人保健施設サービス費（Ⅰ）の介護老人保健施設サービス費（ⅱ）又は（ⅲ）を算定すべき介護老人保健施設の医師は、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、利用者に対して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まいずれか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。

ヘ イからホまでの過程は概ね3か月毎に繰り返し、内容に関して見直すこととする。また、利用者の心身の状態変化等により、必要と認められる場合は速やかに見直すこととする。

管理者及び関連スタッフは、これらのプロセスを繰り返し行うことによる継続的なサービスの質の向上に努める。

④ サービス終了時の情報提供について

イ サービス終了前に、関連スタッフによるリハビリテーションカンファレンスを行う。その際、担当の介護支援専門員や居宅サービス事業所のサービス担当者等の参加を求め、必要な情報を提供する。

ロ サービス終了時には居宅介護支援事業所の介護支援専門員や主治の医師に対してリハビリテーションに必要な情報提供を行う。その際、主治の医師に対しては、診療情報の提供、担当介護支援専門員等に対してはケアマネジメントに関わる情報の提供を文書で行う。なお、これらの文書は別紙様式2-6の様式例を参照の上、作成する(ただし、これらの文書は、リハビリテーション実施計画書、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第9条若しくは第50条において準用する第9条、健康保険法等の一部を改正する法律附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するもの)とされた指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準第10条若しくは第50条において準用する第10条又は介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成30年厚生省令第5号)第13条若しくは第54条において準用する第13条に規定するそれぞれのサービスの提供の記録の写しでも差し支えない。)

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続例及び様式例の提示について

通所介護及び地域密着型通所介護(以下「通所介護等」という。)における個別機能訓練加算を算定する利用者については、住み慣れた地域で居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目的とし、生活機能の維

計画の変更の必要性を判断すること。また、食事の観察を行った日付と食事の調整や食事環境の整備等を実施した場合の対応を記録すること。

イ 低栄養状態のリスクが低リスクに該当する者

アの者に対する食事の観察の際に、あわせて食事の状況を適宜把握すること。問題点がみられた場合は、速やかに関連する職種と情報共有し、栄養ケア計画の変更の必要性を判断すること。

(2) 退所(院)時の対応

低栄養状態のリスクが高リスク及び中リスクに該当する者が退所し、居宅での生活に移行する場合は、入所(院)者又はその家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと。また、他の介護保険施設や医療機関に入所(院)する場合は、入所(院)中の栄養管理に関する情報(必要栄養量、食事摂取量、嚥下調整食の必要性(嚥下食コード)、食事上の留意事項等)を入所(院)先に提供すること。

4 経口移行加算等について

経口移行加算に係る経口移行計画及び経口維持加算に係る経口維持計画については、別紙様式4-2の様式例を参照の上、栄養ケア計画と一体的に作成する。なお、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第12条若しくは第49条において準用する第12条、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第14条若しくは第50条において準用する第14条又は健康保険法等の一部を改正する法律附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準第15条若しくは第50条において準用する第15条において作成することとされている各計画の中に、経口移行計画又は経口維持計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって経口移行計画又は経口維持計画の作成に代えることができるものとする。

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続例及び様式例の提示について

1 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務等について

(1) 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの提供体制

ア 栄養ケア・マネジメントは、ケアマネジメントの一環として、個々人に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。

イ 事業所は、管理栄養士(他の介護事業所(栄養改善加算の対象事業所

に限る。)、医療機関、介護保険施設(栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。)又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携を含む。以下この項において同じ。)と主治の医師、歯科医師、看護師及び居宅介護支援専門員その他の職種(以下「関連職種」という。)が行う体制を整備すること。

ウ 事業所における栄養ケア・マネジメントに関する手順(栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等)をあらかじめ定める。

エ 管理栄養士は、利用者に適切な栄養ケアを効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。

オ 事業所は、栄養ケア・マネジメント体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。

(2) 栄養ケア・マネジメントの実務

ア 利用開始時における栄養スクリーニング

管理栄養士は、利用者の利用開始時に、関連職種と共同して、低栄養状態のリスクを把握する(以下「栄養スクリーニング」という。)。なお、栄養スクリーニングの結果は、別紙様式5-1の様式例を参照の上、記録する。

イ 栄養アセスメントの実施

管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、利用者毎に解決すべき課題を把握する(以下「栄養アセスメント」という。)。栄養アセスメントの実施にあたっては、別紙様式5-1の様式例を参照の上、作成する。栄養アセスメント加算を算定する場合は、栄養アセスメントの結果(低栄養状態のリスク、解決すべき栄養管理上の課題の有無等)を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じて解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。利用者の解決すべき栄養管理上の課題を的確に把握し、適切な栄養改善サービスにつなげることを目的としているため、利用者全員に継続的に実施することが望ましい。利用者又はその家族への説明に当たっては、LIFEにおける利用者フィードバック票を活用すること。

ウ 栄養ケア計画の作成

① 管理栄養士は、前記の栄養アセスメントに基づいて、利用者の()栄養補給(補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給量、慢性的な疾患に対する対応、食事の形態等食事の提供に関する事項等)、

ii) 栄養食事相談、iii) 課題解決のための関連職種の分担等について、関連職種と共同して、別紙様式5-2の様式例を参照の上栄養ケア計画を作成する。その際、必要に応じて、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士の助言を参考とすること。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)第99条若しくは第115条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第27条、第52条若しくは第179条、指定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介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第35号)第125条又は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各計画の中に、栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

② 管理栄養士は、作成した栄養ケア計画原案については、関連職種と調整を図り、サービス担当者会議に事業所を通じて報告し、栄養ケア計画原案を報告し、関連職種との話し合いのもと、栄養ケア計画を完成させる。栄養ケア計画の内容を、居宅サービス計画に適切に反映させる。

③ 管理栄養士は、利用者の主治の医師の指示・指導が必要な場合には、利用者の主治の医師の指示・指導を受けなければならない。

エ 利用者及び家族への説明

管理栄養士は、サービスの提供に際して、栄養ケア計画を利用者又は家族に説明し、サービス提供に関する同意を得る。

オ 栄養ケアの実施

① 管理栄養士と関連職種は、主治の医師の指示・指導が必要な場合には、その指導等に基づき栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行う。

② 管理栄養士は、通所サービスでの食事の提供に当たっては、給食業務の実際の責任者としての役割を担う者(管理栄養士、栄養士、調理師等)に対して、栄養ケア計画に基づいて個別対応した食事の提供ができるように説明及び指導する。なお、給食業務を委託している場合においては、委託業者の管理栄養士等との連携を図る。

③ 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて、栄養食事相談を実施する。

居宅における食事の状況を聞き取った結果、課題がある場合は、当該課題を解決するため、利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、居宅での食事状況・食事環境等の具体的な課題の把握や、主として食事の準備をする者に対する栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供すること。

④ 管理栄養士は、関連職種に対して、栄養ケア計画に基づいて説明、指導及び助言を行う。

⑤ 管理栄養士は、関連職種と共同して食事摂取状況や食事に関するインシデント・アクシデントの事例等の把握を行う。

⑥ 管理栄養士は、栄養ケア提供の主な経過を記録する。記録内容、栄養補給（食事等）の状況や内容の変更、栄養食事相談の実施内容、課題解決に向けた関連職種のケアの状況等について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第105条若しくは第119条において準用する第19条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第37条、第61条若しくは第182条において準用する第3条の18、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関する介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第123条において準用する第49条の13、若しくは第237条又は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第21条に規定するサービスの提供の記録において管理栄養士が栄養ケア提供の経過を記録する場合には、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために栄養ケア提供の経過を記録する必要はないものとする。

カ 実施上の問題点の把握

管理栄養士又は関連職種は、栄養ケア計画の変更が必要となる状況を適宜把握する。栄養ケア計画の変更が必要になる状況が確認された場合には、管理栄養士は対応する関連の職種へ報告するとともに計画の変更を行う。

キ モニタリングの実施

① モニタリングは、栄養ケア計画に基づいて、低栄養状態の低リスク者又は三か月毎、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性がある者の場合には、2週間毎等適宜行う。ただし、低栄養状態の低リスク者も含め、体重は1か月毎に測定する。

② 管理栄養士又は関連職種は、長期目標の達成度、体重等の栄養状態

の改善状況、栄養補給量等をモニタリングし、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、栄養ケア計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙様式5-1の様式例を参照の上、作成する。

③ 低栄養状態のリスクの把握やモニタリング結果は、3か月毎に事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員等へ情報を提供する。

ク 再栄養スクリーニングの実施

管理栄養士は関連職種と連携して、低栄養状態のおそれのある者の把握を三か月毎に実施する。

ケ 栄養ケア計画の変更及び終了時の説明等

栄養ケア計画の変更が必要な場合には、管理栄養士は、居宅介護支援専門員に、栄養ケア計画の変更を提案し、サービス担当者会議等において計画の変更を行う。計画の変更については、利用者又は家族へ説明し同意を得る。

また、利用者の終了時には、総合的な評価を行い、その結果を利用者又は家族に説明するとともに、必要に応じて居宅介護支援専門員や関係機関との連携を図る。

2 管理栄養士の居宅療養管理指導の実務について

管理栄養士の居宅療養管理指導にかかる栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等については、別紙様式5-1、5-2の様式例を準用する。ただし、当該指導に必要とされる事項が記載できるものであれば、別の様式を利用して差し支えない。

第6 口腔・栄養スクリーニング加算に関する基本的考え及び事務処理手順例及び様式例の提示について

1 口腔・栄養スクリーニングの基本的考え方

平成30年度介護報酬改定において、通所系サービスにおける栄養状態のスクリーニングを行う栄養スクリーニング加算が新設された。令和3年度介護報酬改定において、口腔の健康状態のスクリーニングを併せて実施する口腔・栄養スクリーニング加算として評価する見直しを行った。

口腔・栄養スクリーニングは、事業所において、口腔の健康状態及び栄養状態についての簡易な評価を継続的に実施することにより、利用者の状態に応じて必要な医療や口腔機能向上サービス、栄養改善サービス等の提供に繋げるとともに、当該事業所の従業者の口腔・栄養に関する意識の向上を図ることを目的とするものである。

例えば、嚙む力が弱まると食事が減ると栄養状態が高まるなど、口腔の健康状態と栄養状態は密接に関わっていることから、口腔の健康状態のスクリーニングと栄養状態のスクリーニングは一体的に実施すべきものである。

- 2 口腔・栄養スクリーニングの実務等について
 - (1) 口腔・栄養スクリーニングの実施体制
 - ア 口腔・栄養スクリーニングは、ケアマネジメントの一環として、介護職員等が、利用者全員の口腔の健康状態及び栄養状態を継続的に把握することが望ましい。
 - イ 事業所における口腔・栄養スクリーニングに関する手順をあらかじめ定めること。また、効率的・効果的にスクリーニングを実施するため、口腔の健康状態のスクリーニングと栄養状態のスクリーニングは一体的に実施することが望ましい。
 - ウ 事業所は、口腔・栄養スクリーニングの実施体制を評価し、効率的・効果的に実施できるよう改善すべき課題を整理・分析し、継続的な見直しに努めること。
 - エ 利用者が複数の通所事業所等を利用している場合は、口腔・栄養スクリーニングを行う事業所を、利用者又は家族の希望も踏まえてサービス担当者会議等で検討した上で、介護支援専門員が決定することとし、原則として、当該事業所が継続的にスクリーニングを実施すること。
 - (2) 口腔・栄養スクリーニングの実務
 - ① スクリーニングの実施
 - 介護職員等は、利用者のサービス利用開始時又は事業所における口腔・栄養スクリーニング加算の算定開始時に、別紙様式6を用いてスクリーニングを行うこと。
 - ② スクリーニング結果の情報提供等
 - 介護職員等は、各利用者のスクリーニング結果を、当該利用者を担当する介護支援専門員に別紙様式6を参考に文書等で情報提供するこ
- また、口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合又は低栄養状態の利用者については、かかりつけ医又はかかりつけ歯科医への受診状況を利用者又はその家族等に確認し、必要に応じて受診を促すとともに、当該利用者を担当する介護支援専門員に対して、口腔機能向上サービス又は栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。

- ③ 再スクリーニングの実施
 - 介護職員等は、再スクリーニングを6か月毎に実施するとともに、前回実施した際の結果と併せて②に従い介護支援専門員に情報提供等を行うこと。これらを継続的に実施することにより、利用者の口腔の健康状態及び栄養状態の維持・向上に努めること。

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

- 1 口腔衛生の管理体制の基本的な考え方
 - 口腔衛生の管理体制は、ケアマネジメントの一環として、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士（以下「歯科医師等」という。）及び関連職種の間により、口腔衛生に係る課題把握・改善を行い、入所者に適した口腔清掃等を継続的に行うための体制をいう。
 - 歯・口腔の健康の保持・増進を図ることは、自立した質の高い生活を営む上で重要であり、介護保険施設における口腔衛生等の管理は、利用者の口腔の健康状態に応じた効率的・効果的な口腔清掃等が行われるだけでなく、摂食・嚥下機能の維持・向上、栄養状態の改善等にもつながるものである。
 - 口腔衛生の管理については、平成21年に口腔機能維持管理加算が新設、平成27年に口腔衛生管理体制加算に名称変更され、介護保険施設の入所者に対して計画的な口腔ケア・マネジメントを行うことができるよう、歯科医師等が日常的な口腔清掃等のケアに係る技術的指導・助言を行う場合の評価を行ってきた。

令和3年度介護報酬改定において、全ての施設サービスにおいて口腔衛生の管理体制を整備し、入所者の状態に応じた丁寧な口腔衛生の管理を更に充実させる観点から、施設サービスにおける口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして行うこととした。歯科医師等に技術的指導・助言を受ける体制を整備していない介護保険施設においては、郡市区歯科医師会等と連携を図りながら、施設における口腔衛生の管理体制の整備を進められたい。

- 2 口腔衛生の管理体制の整備にかかるとする実務について
 - (1) 口腔衛生管理体制計画の立案
 - 歯科医師等は、介護保険施設における口腔清掃等の実態の把握、介護職員からの相談等を踏まえ、当該施設の実情に応じ、口腔衛生の管理に係る技術的助言・指導を行うこと。

(5) 介護職員の口腔清掃に対する知識・技術の習得、安全確保
口腔清掃は、正しい知識をもって行わない場合、歯や粘膜を傷つけるだけでなく、食物残渣や唾液等の誤嚥による肺炎を引き起こすおそれもあるため、歯科医師等から口腔清掃の用具の使用方法の指導を受けることは重要である。

また、口腔清掃に携わらない職員についても、口腔衛生、口腔機能の維持・向上、誤嚥性肺炎等について理解を深めることは重要である。

なお、歯科医師等が単独で介護職員への研修会等を開催することが困難な場合は、都道府県や都道府県歯科医師会等で実施されている介護職員向けの研修を紹介することも差し支えない。

(6) 食事環境をはじめとした日常生活における環境整備

介護職員は、歯科医師等に入所者の口腔機能等に応じた食事の提供、食形態等について必要に応じて相談し、食事環境等の整備に努めること。

(7) 歯科医師等からの技術的助言・指導と計画の見直し

介護職員は、口腔清掃等を含めた施設における課題や疑問等を、適宜、歯科医師等に相談する。

歯科医師等は、概ね6か月毎に、施設における口腔清掃の実態、介護職員からの相談等を踏まえ、当該施設の実情に応じた口腔衛生管理体制計画に係る技術的助言・指導を行うこと。

介護職員は、当該技術的助言・指導を踏まえ、口腔衛生管理体制計画の見直しを行い、口腔衛生の管理体制の充実を図ること。

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

1 口腔機能向上サービスの実務等について

(1) 通所サービスにおける口腔機能向上サービスの提供体制

ア 口腔機能向上サービスの提供体制は、ケアマネジメントの一環として、個人々に最適な実地指導を行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。

イ 事業所は、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員（以下「サービ担当」という。）と介護職員、生活相談員その他の職種の者等（以下「関連職種」という。）が共同した口腔機能向上サービスの行う体制を整備する。

ウ 事業所は、サービ担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービスに関する手順（スクリーニング・アセスメント、口腔機能改善管理指導計画、サービス実施、モニタリング等）をあらかじめ定める。

エ サービ担当者は、利用者に適切な実地指導を効率的に提供できる

よう関連職種との連絡調整を行う。

オ 事業所は、サービ担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービス体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的なサービス提供内容の改善に努める。

(2) 口腔機能向上サービスの実務

ア スクリーニング・アセスメントの実施

サービ担当者は、利用開始時においては、利用者毎に口腔衛生、摂食・嚥下機能等に関する解決すべき課題の確認・把握を行う。解決すべき課題の確認・把握の実施にあたっては、別紙様式8の様式例を参照の上、作成する。

様式例における解決すべき課題の確認・把握に係る項目については、事業所の実状にあわせて項目を追加することについては差し支えない。ただし、項目の追加に当たっては、利用者等の過剰な負担とならぬよう十分配慮しなければならない。

イ 口腔機能改善管理指導計画の作成

① サービ担当者は、スクリーニング・アセスメントに対しサービ担当者と関連職種が共同して取り組むべき事項等について記載した口腔機能改善管理指導計画を作成する。なお、この作成には、別紙様式8の様式例を参照の上、作成することとし、必要に応じて理学療法士、作業療法士、管理栄養士等の助言を参考にする。ただし、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99条、第115条若しくは第184条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第27条、第40条の9、第52条、第77条、第98条、第119条若しくは第179条、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第125条若しくは第247条又は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第42条、第66条若しくは第87条において作成することとされている各計画の中に、口腔機能改善管理指導計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画の作成に代えることができるものとする。

② サービ担当者は、作成した口腔機能改善管理指導計画について、関連職種と調整を図り、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画にも適切に反映させる。

③ 介護予防通所介護又は通所介護において行われる口腔機能向上サ

ービスの場合、サービ担当者は、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導が必要と判断される場合は、サービ担当者は、主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導を受けること。

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

ウ 利用者又はその家族への説明

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

エ 口腔機能向上サービの実施

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

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

③ サービ担当者は、口腔機能向上サービスの提供に当たっては、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導が必要と考えられる場合、サービ担当者は、主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。また、関連職種に対して、口腔機能改善管理指導計画に基づいて個別又は集団に対応した口腔機能向上サービスの提供ができるように指導及び助言等を行う。

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

⑤ サービ担当者は、口腔機能向上サービ提供の主な経過を記録する。記録の内容は、実施日、サービ提供者氏名及び職種、指導の内容（口腔清掃、口腔清掃に関する指導、摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導、音声・言語機能に関する指導）について記録する。なお、指定居宅サービ等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第105条若しくは第119条において準用する第19条若しくは第181条、指定

地域密着型サービの事業の人員、設備及び運営に関する基準第37条、第40条の16、第61条、第88条若しくは第182条において準用する第3条の18、第95条若しくは第116条、指定介護予防サービ等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービ等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第123条において準用する第49条の13若しくは第237条又は指定地域密着型介護予防サービの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第21条、第64条において準用する第21条若しくは第75条に規定するサービの提供の記録においてサービ担当者が口腔機能向上サービ提供の経過を記録する場合は、当該記録とは別に歯科衛生士等の居宅療養管理指導又は口腔機能向上加算の算定のために口腔機能向上サービの提供の経過を記録する必要があるものとする。

オ 実施上の問題点の把握

サービ担当者は、口腔機能改善管理指導計画に基づき、利用者の目標の達成状況、口腔衛生、口腔機能の改善状況等を適宜把握する。改善状況に係る記録は、別紙様式8の様式例を参照の上、作成する。口腔機能改善管理指導計画の変更が必要になる状況が疑われる場合には、口腔機能改善管理指導計画の変更を検討する。

カ モニタリングの実施

① サービ担当者は、目標の達成状況、口腔衛生、摂食・嚥下機能等の改善状況等を宜モニタリングし、評価を行うとともに、サービの見直し事項を含めた、口腔機能改善管理指導計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙様式8の様式例を参照の上、作成する。

② モニタリングは、口腔機能改善管理指導計画に基づき、概ね1か月毎に適宜行う。

キ 再把握の実施

サービ担当者は、口腔衛生、摂食・嚥下機能等に関する解決すべき課題の把握を3か月毎に実施し、事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等へ情報を提供する。なお、この把握には、別紙様式8の様式例を参照の上、作成する。

介護支援専門員又は介護予防支援事業者等は、情報提供を受け、サービ担当者と連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能等に関するリスクにかかわらず、把握を3か月毎に実施する。

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）

| | | | | |
|------------|---------------------|----|----------|-------|
| 氏名： | 殿 | | サービス開始日： | 年 月 日 |
| 作成者： | リハ | 栄養 | 初回作成日： | 年 月 日 |
| | | 口腔 | 作成(変更)日： | 年 月 日 |
| 利用者及び家族の意向 | 説明日 年 月 日 説明者 | | | |

| | リハビリテーション・個別機能訓練 | 栄養 | 口腔 |
|------------------|------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 解決すべき課題 (ニーズ) | | 低栄養状態のリスク (口低 □中 □高) | <input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 (□口臭、□歯の汚れ、 <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ、□舌苔) <input type="checkbox"/> 口腔機能の状態 (□食べこぼし、□舌の動きが悪い、 <input type="checkbox"/> むせ、□痰からみ、□口腔乾燥) <input type="checkbox"/> 歯 (う蝕、修復物脱落等)、義歯 (義歯不適合等)、 虫歯、□顎関節 (疼痛等) の発生の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他 () 【記入者】 □看護職員 □歯科衛生士 □言語聴覚士 |
| 長期目標・期間 | (心身機能) (活動) (参加) | | <input type="checkbox"/> 口腔衛生 (□維持、□改善 ()) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 (□維持、□改善 ()) <input type="checkbox"/> 食形態 (□維持、□改善 ()) <input type="checkbox"/> 音声・言語機能 (□維持、□改善 ()) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 短期目標・期間 | (活動) (参加) | | 【計画立案者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 □歯科衛生士 □言語聴覚士 |
| 具体的なケア内容 | 担当職種： 、 期間： 回、 時間： 分/回 頻度：週 回、 期間： 、 頻度：週 回 | | <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 () 【サービス提供者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 □歯科衛生士 □言語聴覚士 |

| | |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 算定加算 | <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算 (A) イ <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算 (A) ロ <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算 (B) イ <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算 (B) ロ <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (I) <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (II) <input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算 <input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算 <input type="checkbox"/> 栄養改善加算 <input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算 (I) <input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算 (II) |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

評価の結果、改善等により終了する場合は、関連職種や居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所との連携を図る。また、評価において医療が必要であると考えられる場合は、主治の医師又は主治の歯科医師、介護支援専門員若しくは介護予防支援事業者並びに関係機関（その他の居宅サービス事業所等）との連携を図る。

2 歯科衛生士等の居宅療養管理指導の実務等について
 居宅療養管理指導にかかる口腔機能スクリーニング、口腔機能アセスメント、管理指導計画、モニタリング、評価等については、原則として、別紙様式 8 の様式例を参照の上、作成する。ただし、別紙様式 8 の様式例によらない場合であっても、個々の利用者の口腔衛生、摂食・嚥下機能等に着目した居宅療養管理指導が適切に行われており、当該指導に必要とされる事項が記載されている場合においては、別の様式を利用して差し支えない。

Header information section including name, date, and assessment details.

Assessment table with columns for 'Physical Function' and 'Cognition'.

Activity (ADL) section with a table for 'Activities of Daily Living'.

Summary and notes section for the assessment.

Footer section with contact information and consent.

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)

記載例

Client information and goals section.

Main intervention plan table with columns for 'Rehabilitation', 'Nutrition', and 'Oral Care'.

Calculation and summary section.

口腔機能向上加算の実施記録

| | | |
|-------------|------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 氏名 (ふりがな) | 性別 | □ 男 □ 女 |
| 生年月日 | □ 明治 □ 大正 □ 昭和 | 年 月 日 生まれ 歳 |
| かかりつけ歯科医 | □ あり □ なし | |
| 入れ歯の使用 | □ あり □ なし | |
| 食形態等 | □ 経口摂取 □ 常食、□ 嚥下調整食 (□ 4、□ 3、□ 2-2、□ 2-1、□ 1)、□ 0t、□ 0j)、□ 経腸栄養、□ 静脈栄養 | |
| 誤嚥性肺炎の発症・罹患 | □ あり (発症日：令和 年 月 日) □ なし | |

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等については印刷するよう券めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1 実施記録

| | |
|---------------------|------------------------|
| 実施年月日 | 令和 年 月 日 |
| サービス提供者 | □ 看護職員、□ 歯科衛生士、□ 言語聴覚士 |
| □ 口腔清掃、□ 口腔清掃に関する指導 | □ 実施 |
| □ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 | □ 実施 |
| □ 音声・言語機能に関する指導 | □ 実施 |
| その他 () | |

2 その他特記事項

| |
|--|
| |
|--|

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 | | | |
| ボランテニア | | | | 畑仕事 | | | |
| 地域活動 (町内会・老人クラブ) | | | | 賞金を伴う仕事 | | | |
| お参り・宗教活動 | | | | 旅行・温泉 | | | |
| その他 () | | | | その他 () | | | |
| その他 () | | | | その他 () | | | |

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・訪問看護・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() | |
| | 【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"/> | 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: . . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . . .) CM・CW・家族・その他() | |
| <input type="checkbox"/> | 居宅を訪問して行う介護の工夫に関する指導・助言の実施 | <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) | |
| <input type="checkbox"/> | サービスを終了する1月前以内のリハビリテーション会議の開催 | <input type="checkbox"/> 参加者(本人・家族・医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員 介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・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() | |

生活行為向上リハビリテーション実施計画

利用者氏名 _____ 殿

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

【支援内容の評価】

紹介元医療機関等名

科

殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|
| 患者氏名 | 性別 | 男・女 |
| 患者住所 | | |
| 電話番号 | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日(歳) | 職業 |
| 傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等) | 紹介目的 | |
| 既往歴及び家族歴 | | |
| 症状経過、検査結果及び治療経過 | | |
| 現在の処方 | | |
| 要介護状態等区分: 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 (有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日) | | |
| 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度): 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 | | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度: 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M | | |
| 日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○) | | |
| 移動 | 自立 見守り 一部介助 全面介助 | 食事 自立 見守り 一部介助 全面介助 |
| 排泄 | 自立 見守り 一部介助 全面介助 | 入浴 自立 見守り 一部介助 全面介助 |
| 着替 | 自立 見守り 一部介助 全面介助 | 整容 自立 見守り 一部介助 全面介助 |

本人及び家族の要望

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

備考

1. 必要がある場合は様紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介元が保険医療機関以外である場合は、紹介元医療機関等名等の欄に紹介元医療機関等名、市町村、保健所等名を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

記入例：通所リハビリテーション—in在宅

紹介先医療機関等：〇〇〇〇〇 科 〇〇 〇〇 令和〇年〇月〇日
担当医 〇〇 科 〇〇 〇〇 令和〇年〇月〇日
紹介元医療機関等の所在地及び名称 〇〇〇〇〇
電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇 医師氏名 〇〇 〇〇

患者氏名 〇〇 〇〇 性別 男 (♂)
患者住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇
生年月日 明・大・昭・平 〇年〇月〇日 (75歳) 職業 専職(元専業主婦)
紹介元医療機関等の所在地及び名称
紹介目的
通所リハビリテーション終了にあたってのご報告
#1 認知症(大脳出血) (平成17年2月)
#2 左半身不遂(脳梗塞) (平成18年4月)
#3 左半身不遂(脳梗塞) (平成18年2月)
既往歴及び家族歴
症状経過、検査結果及び治療経過
入所時は、車椅子での移動であったが、居室棟での歩行訓練や歩行にまがきをとおき、四脚杖と緩下段器具を用いることで、1ヶ月で居室棟歩行は自立し、その後、自宅の近くの公園まで散歩できるようになった。
現在の処方
現在処方：〇〇〇〇〇
要介護状態等区分：要支援1 要支援2 経時的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
(有効期限：〇年〇月〇日～〇年〇月〇日)
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)：自立 (I) J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症高齢者の日常生活自立度：自立 (I) Ia Ib IIIa IIIb IV M

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)
移動 (自立) 見守り 一部介助 全面介助
排せ 自立 見守り 一部介助 全面介助
着替 (自立) 見守り 一部介助 全面介助
本人及び家族の要望
本人：元のように家事もして、外出もして、例勿の念にもまだ通いたい。
家族：平日は家事ができてくれる方がよい。(寝が平日はパートに出るため)
現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)
健忘が頻りに増え、時に再び活動性が低下すること。
備考
1. 必要がある場合は詳細に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の結果を添付すること。
3. 紹介元が保険医療機関以外である場合は、紹介元医療機関等の欄に紹介先医療機関等の欄に紹介先医療機関等の欄に記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

記入例：施設—in在宅

紹介先医療機関等：〇〇〇〇〇 科 〇〇 〇〇 令和〇年〇月〇日
担当医 〇〇 科 〇〇 〇〇 令和〇年〇月〇日
紹介元医療機関等の所在地及び名称 〇〇〇〇〇
電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇 医師氏名 〇〇 〇〇

患者氏名 〇〇 〇〇 性別 男 (♂)・女
患者住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇
生年月日 明・大・昭・平 〇年〇月〇日 (80歳) 職業 専職(元会社員)
紹介元医療機関等の所在地及び名称
紹介目的
通所にあたってのご報告及び継続治療のご依頼
#1 認知症(大脳出血) (平成17年2月)
#2 右半身不遂(脳梗塞)
#3 右半身不遂(脳梗塞)
既往歴及び家族歴
症状経過、検査結果及び治療経過
入所時は、車椅子での移動であったが、居室棟での歩行訓練や歩行にまがきをとおき、四脚杖と緩下段器具を用いることで、1ヶ月で居室棟歩行は自立し、その後、自宅の近くの公園まで散歩できるようになった。
現在の処方
現在処方：〇〇〇〇〇
要介護状態等区分：要支援1 要支援2 経時的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
(有効期限：〇年〇月〇日～〇年〇月〇日)
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)：自立 (I) J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症高齢者の日常生活自立度：自立 (I) Ia Ib IIIa IIIb IV M

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)
移動 (自立) 見守り 一部介助 全面介助
排せ 自立 見守り 一部介助 全面介助
着替 (自立) 見守り 一部介助 全面介助
本人及び家族の要望
本人：今後は歩の回りのことは一人でやってほしい。いつまでも家の中だけでなく町内会の人達と楽しく遊びたい。
家族：日中は一人で生活できるようにしてほしい。
現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)
まだ体力の回復が十分であるため、退所すくはる時間外出したり長い距離を歩くことを避けるようをお願いしたい。
備考
1. 必要がある場合は詳細に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の結果を添付すること。
3. 紹介元が保険医療機関以外である場合は、紹介元医療機関等の欄に紹介先医療機関等の欄に紹介先医療機関等の欄に記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼元機関)

| | | |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|
| 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター | 訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設 | 通所リハビリテーション事業所 医療機関 |
| 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター | 訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設 | 通所リハビリテーション事業所 医療機関 |

(依頼先機関)

依頼先機関等名
担当者

殿

| | | | | | | | | | |
|------|-----------------------------------------|---------|---|---|---|-------|----|----|-----|
| 氏名 | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日 | (歳) | 職業 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | |
| 認定情報 | (有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日) 総合的介護 要介護 (1・2) | | | | | | | | |

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

紹介目的

目標とする生活(本人及び家族)

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)

援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化

現状の問題点・課題

リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること

備考

備考
1. 必要がある場合は詳細に記載して添付すること。
2. サービス計画書、訪問サービス、担当者会議記録等を添付すること。

| | | | | |
|-----|----|---|---|---|
| 依頼日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 事業所 | | | | |
| 担当者 | | | | |
| 電話 | | | | |
| FAX | | | | |

記入例：通所リハビリテーション—in 在宅

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼元機関)

| | | |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|
| 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター | 訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設 | 通所リハビリテーション事業所 医療機関 |
| 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター | 訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設 | 通所リハビリテーション事業所 医療機関 |

(依頼先機関)

依頼先機関等名
担当者

殿

| | | | | | | | | | | | |
|------|-------------------------------------------------|------|---------|---|---|---|-----------|----|---------|----|-----|
| 氏名 | 〇〇 〇〇 | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日 | (7.5 歳) | 職業 | (元専業主婦) | 性別 | 男・女 |
| 住所 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 認定情報 | (有効期間: 〇年〇月〇日 ~ 〇年〇月〇日) 総合的介護 要介護 (1・2・3・4・5) | | | | | | | | | | |

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

紹介目的

目標とする生活(本人及び家族)

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)

援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化

現状の問題点・課題

リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること

備考

備考
1. 必要がある場合は詳細に記載して添付すること。
2. サービス計画書、訪問サービス、担当者会議記録等を添付すること。

| | | | | | | |
|-----|----|---|---|---|---|------------|
| 依頼日 | 令和 | 年 | 〇 | 月 | 〇 | 日 |
| 事業所 | | | | | | 〇〇 〇〇 |
| 担当者 | | | | | | 〇〇 〇〇 |
| 電話 | | | | | | 〇〇-〇〇-〇〇〇 |
| FAX | | | | | | 〇〇-〇〇〇-〇〇〇 |

記入例：入所→在宅

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼先機関) 居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所 地域包括支援センター 老人保健施設

(依頼先機関) 在宅介護支援センター 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所 地域包括支援センター 老人保健施設

依頼先機関等名 〇〇〇〇〇
担当者 〇〇 〇〇 殿

氏名 〇〇 〇〇 生年月日 明・大昭・平・〇年〇月〇日(80 歳) 職業 専職(名会社員)
住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 性別 (男)・女
電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
認定情報 (有効期間:〇年〇月〇日～〇年〇月〇日) 要支援(1・2) 経過的要介護 要介護(1・2・3・4・5)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等) 紹介目的
総出血 右片麻痺、右顔面麻痺 通所に当たってのご報告及び継続支援のご依頼

目標とする生活(本人及び家族) 本人:今後も身の回りのことは一人でやってほしい。いつまでも家の中でなくてよく町内会の入道と暮らしてほしい。趣味の盆栽の手入れや明委も続けたい。
家族:日中は一人で生活できる事を求めている。

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等) 通所リハビリテーション事業所(介護) を希望
※利用者基本情報(フェイスイラスト) を参照
援助の経緯(これまでの援助方針・援助の取組等)及び生活機能の変化
入所時は、車椅子での移動であったが、居宅様での歩行訓練や介助歩行にまっすぐ歩みをおき、四脚杖を用いることで1ヶ月で居宅様歩行は自立しました。自宅の近くの坂道程度も自立しました。身の回り行為(ADL)は自宅内では自立していることを外泊時に確認しています。
趣味の盆栽や囲碁も月々進歩してきています。(入所中の自由時間にも行っております。)

現状の問題点・課題
がんばりすぎの傾向があります。まだ疲労し易い様子もみられます。
リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること
・盆栽や囲碁を片手で行うことは今後もより進みます。
・一度に長い時間歩いたり、時々体力不足から行うことをすすめてください。
・町内会参加や外出先でもいきいきとした生活となるようすすめてください。
・精神的な不安の軽減が急がれる新しい地域活動もあればご紹介ください。

備考 1. 必要がある場合は依頼先に記載して添付すること。
2. 〇一七六計画書、連絡カード六、担当者会議録等を添付すること。
送達日 〇〇 〇〇 年 〇 月 〇 日
担当者 〇〇 〇〇
電話 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
FAX 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

＜リハビリテーションマネジメント＞ アセスメント上の留意点

別紙様式2-8

＜実施計画書1＞

| 分類 | リハビリテーション実施計画書項目 | 留意点 |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 健康状態 (原因疾患・発症・受傷日等) | 特に生活機能低下の原因となった傷病を特定してください | |
| | 疾病管理の方針(投薬内容を含む)を把握してください 症状のコントロール状態について把握してください | |
| 健康状態 | リスク管理上留意すべき合併疾患はありますか 生活機能に影響する合併疾患はありますか 治療や使用薬剤が生活機能に及ぼす影響(副作用等)について把握してください | |
| | 低栄養あるいは肥満や栄養の偏りの有無について把握してください 合併疾患等についての本人・家族の理解を把握してください | |
| | 生活不活発病の発生病因を特定してください 現在の生活の活発さの程度を把握してください | |
| | 生活不活発病(麻痺・褥瘡) 生活不活発病改善への方針を把握してください | |
| 心身機能 | 生活不活発病及びその原因についての本人・家族の理解を把握してください | |
| | 運動機能障害 | 麻痺(中枢性、末梢性)、筋力低下、不随意運動の有無について把握してください |
| | 感覚機能障害 | 聴覚機能、視覚機能等の障害の程度を把握してください |
| | 高次脳機能障害 | 失行・失認、失語の有無を把握してください 記憶と認知の障害の有無を把握してください 高次脳機能障害の日常生活・社会活動への影響を把握してください |
| | 拘縮 | 部位と運動制限の程度を把握してください |
| | 関節痛 | 部位と程度を把握してください |
| | その他 | 痛みのコントロールの程度も把握してください |
| | | 情動症状、うつ状態、循環・呼吸・消化機能障害、音声・発話機能の障害、排尿機能の障害、性機能の障害、褥瘡の有無を確認してください これらの障害が日常生活・社会活動制限の原因になっていないか確認してください |
| | 認知症に関する評価 | 中核症状の重症度を把握してください 周辺症状の有無を把握してください |
| | トイレへの移動 | 経過を必ず確認してください(診断時期、受けてきた治療を含む) 個室内の移動、ドアの開閉が可能かどうか確認してください |
| 階段昇降 | 階段の傾斜や手すりの使用状況等にも注目してアセスメントしてください | |

リハビリテーション実施計画書 (1)

別紙様式2-1-9

| | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 屋内移動 | 自宅と自宅以外の屋内(通所施設内、病院内、等)の違いにも注目して移動能力をアセスメントしてください |
| 屋外移動 | 場所や床面の状況による違いにも注目してアセスメントしてください |
| 食事 | 食品の形態によって食事動作に差が出るか、箸やフォークの使用状況、瓶や缶あけが可能であるかについて把握してください |
| 排泄(昼)(夜) | トイレの様式による違いや立ち上がり動作や衣服の着脱についても注目してアセスメントしてください |
| 整容 | 洗面・整容・歯・ひげ、つめの手入れができるかどうかを把握してください。それらを行う姿勢が座位か、立位姿勢かについても留意してください |
| 更衣 | 衣服と履物の種類に着目して、着脱の実行状況を把握してください |
| 入浴 | 適切な衣服の選択についても把握してください |
| 入浴 | 浴槽での移動、浴槽への出入りが可能かどうか、体を洗えるかどうかについて把握してください |
| コミュニケーション | 周囲の人と意思の疎通が可能かどうか、困難である場合、とくに表出が困難か、理解が困難かについて把握してください |
| 家事 | コミュニケーションの相手やその手段(手話、非手話)にも注目して把握してください |
| 外出 | ゴミ捨て、植物の水やり等についても把握してください |
| 起居動作 | 公共交通機関の利用、自動車の運転、自転車の運転が可能かどうか、把握してください |
| 起居動作 | それぞれの動作の実施環境による違いを把握してください |
| 摂食・嚥下 | 口腔機能の状態を把握し、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する実地指導の必要性を判断してください |
| ＜実施計画書2＞ | |
| リハビリテーション実施計画書項目 | 留意点 |
| ご本人の希望 | 希望する背景や理由、その心理状況を把握してください 再アセスメントの際は前回の違いを明らかにしてください |
| ご家族の希望 | 利用者にならなっしてほしいと家族が思っているのかを把握してください その希望の根拠や心理状況を把握してください 再アセスメントの際は前回の違いを明らかにしてください |

利用者氏名: _____ 性別: 男・女 生年月日: _____ 年 月 日 計画評価実施日: _____ 年 月 日
 (満) 歳) 要介護度: _____

健康状態(原疾患、病歴、要介護度等) _____
 介護状態(原疾患、病歴、要介護度等) _____
 生活不活発系(要介護度等) _____
 (要介護度が分かる場合はその内容)

参加 主目録 (コロン)の後と具体的な内容を記入) _____
 入浴・入浴中の場面の参加先 □自宅 □その他: _____ □通院未定
 家族外依頼(家事への参加、等): _____
 外出(内容、頻度等): _____
 承認活動(内容・頻度等): _____
 通院後利用資源: _____

| 項目 | 現在の計画及び目標 | | 具体的なアプローチ | | 実施上の留意点 |
|-----------|-----------|---------|------------|------------|---------|
| | 自立・介護状況 | 自立・介護状況 | 実施する内容・頻度等 | 実施する内容・頻度等 | |
| トイレへの移動 | | | | | |
| 移動 | | | | | |
| 階段昇降 | | | | | |
| 屋内移動 | | | | | |
| 屋外移動 | | | | | |
| 食事 | | | | | |
| 排泄(昼) | | | | | |
| 排泄(夜) | | | | | |
| 整容 | | | | | |
| 更衣 | | | | | |
| 入浴 | | | | | |
| コミュニケーション | | | | | |
| 家事 | | | | | |
| 外出 | | | | | |
| 日常生活・社会活動 | | | | | |

自立・介護状況: _____
 実施する内容・頻度等: _____
 実施する内容・頻度等: _____

「現在の計画及び目標」における項目に記入例: A 目標 B 実行状況 C 能力

栄養ケア・経口移行・経口維持計画書 (施設) (様式例)

| | | | |
|------------------|-----------------------|----------|-------|
| 氏名： | 殿 | 入所(院)日： | 年 月 日 |
| 作成者： | | 初回作成日： | 年 月 日 |
| | | 作成(変更)日： | 年 月 日 |
| 利用者及び家族の意向 | 説明日 年 月 日 | | |
| 解決すべき課題 (ニーズ) | 低栄養状態のリスク □低 □中 □高 | | |
| 長期目標と期間 | | | |

| 分類 | 短期目標と期間 | 栄養ケアの具体的内容 (頻度、期間) | 担当者 |
|-----------------|---------|--------------------|-----|
| ★ フル ダウン※ | | | |
| | | | |
| | | | |
| 特記事項 | | | |

※①栄養補給・食事、②栄養食事相談、③経口移行の支援、④経口維持の支援、⑤多職種による課題の解決など

算定加算：□栄養マネジメント強化加算 □経口移行加算 □経口維持加算 (□I □II) □療養食加算

栄養ケア提供経過記録

| | |
|-----|----------|
| 月 日 | サービス提供項目 |
| | |
| | |
| | |
| | |

<低栄養状態のリスクの判断>
全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。高リスクの判断は、1人の状態により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者の状態や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

| リスク分類 | 低リスク | 中リスク | 高リスク |
|----------|------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|
| BMI | 18.5～24.9 | 18.5未満 | 18.5未満 |
| 体重減少率 | 変化なし (減少3%未満) | 1か月に3～4%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満 | 1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上 |
| 血清アルブミン値 | 3.8g/dl以上 | 3.0～3.5g/dl | 3.0g/dl未満 |
| 赤血球数 | 75～100% | 75%以下 | 75%以下 |
| 栄養補給法 | 経腸栄養法 経管栄養法 | 経腸栄養法 経管栄養法 | 経腸栄養法 経管栄養法 |
| 備 考 | 備考 | | |

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング (通所・居宅) (様式例)

Table with columns for patient information (氏名, 性別, 年齢), assessment dates (年月日), and various assessment items (BMI, 体重減少率, 食事摂取量, etc.) with checkboxes for 'Yes', 'No', or 'Not Assessed'.

注1) スクリーニングにおいては、体重減少率、BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることがある。対象者の状態や状態等により、判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

注2) 利用者の状態や状態等により、判断し、「高リスク」と判断される場合もある。注3) 栄養状態のリスクは異なる場合がある。

Table with 3 columns: リスク分類 (Risk Classification), 中リスク (Medium Risk), and 高リスク (High Risk). It lists criteria for BMI, weight loss rate, food intake, and nutrition support methods.

栄養ケア計画書 (通所・居宅) (様式例)

Header section of the nutrition care plan form, including fields for patient name, date of creation, and a table for 'Instructions from the physician' and 'User/family's intention'.

Main table of the nutrition care plan, with columns for 'Short-term goals and period', 'Specific content of nutrition care (frequency, duration)', and 'Remarks'. Includes a section for 'Nutrition care goals and period'.

※①栄養補給・食事、②栄養食事相談、③多職種による課題の解決など

栄養ケア提供経過記録

Table for recording nutrition care provision, with columns for date and service provision items.

口腔・栄養スクリーニング様式

| | | | | | | | |
|---------------|-------------------------|----------|---|---|---|-----|---|
| ふりがな | □男 □女 | □明 □大 □昭 | 年 | 月 | 日 | 生まれ | 歳 |
| 氏名 | 記入者名： | | | | | | |
| | 作成年月日： 年 月 日 | | | | | | |
| | 事業所内の歯科衛生士 □無 □有 | | | | | | |
| | 事業所内の管理栄養士・栄養士 □無 □有 | | | | | | |
| 要介護度・病名・特記事項等 | | | | | | | |

| スクリーニング項目 | 前回結果 (●月●日) | 今回結果 (●月●日) |
|-----------------------------|---------------------|-----------------|
| 口腔 | | |
| 硬いもの避け、柔らかいものばかり食べる | はい・いいえ | はい・いいえ |
| 入れ歯を使っている | はい・いいえ | はい・いいえ |
| むせやすい | はい・いいえ | はい・いいえ |
| 特記事項 (歯科医師等への連携の必要性) | | |
| 身長 (cm) ※1 | (cm) | (cm) |
| 体重 (kg) | (kg) | (kg) |
| BMI (kg/m ²) ※1 | 18.5未満 □無 □有 () | □無 □有 () |
| 直近1～6か月間における3%以上の体重減少※2 | □無 □有 (kg/ か月) | □無 □有 (kg/ か月) |
| 直近6か月間における2～3kg以上の体重減少※2 | □無 □有 (kg/6か月) | □無 □有 (kg/6か月) |
| 血清アルブミン値 (g/dl) ※3 | □無 □有 ((g/dl)) | □無 □有 ((g/dl)) |
| 3. 5 g/dl未満 | □無 □有 () | □無 □有 () |
| 食事摂取量 | □無 □有 (%) | □無 □有 (%) |
| 7.5%以下※3 | □無 □有 () | □無 □有 () |
| 特記事項 (医師、管理栄養士等への連携の必要性等) | | |

- ※1 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。
- ※2 体重減少について、いずれかの評価でも差し支えない。(初回は評価不要)
- ※3 確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

(参考) 口腔スクリーニング項目について

「硬いもの避け、柔らかいものばかり食べる」

歯を失うと肉や野菜等の摂取割合が減り、柔らかい麺類やパン等の摂取割合が増えることが指摘されています。

「入れ歯を使っている」

入れ歯があわなないと噛みにくい、発音しにくい等の問題がでてきます。

また、歯が少なければ入れ歯を使っていない場合には、口腔の問題だけでなく認知症や転倒のリスクが高まります。

「むせやすい」

飲み込む力が弱まると飲食の際にむせたり、飲み込みづらくなって、食事が大変になります。誤嚥性肺炎のリスクも高まることから口腔を清潔に保つことが重要です。

(参考) 低栄養状態のリスク分類について

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

BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)
身長147cm、体重38kgの利用者の場合、
38(kg) ÷ 1.47(m) ÷ 1.47(m) = 17.6

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

| | |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 氏名（フリガナ） | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 性別 | |
| 生年月日 | 明 <input type="checkbox"/> 治 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 正 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 和 年 月 日 生まれ 歳 |
| かかりつけ歯科医 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 入れ歯の使用 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 食形態等 | <input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 軟食、 <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 |
| 言語性肺炎の発症・罹患 | <input type="checkbox"/> あり（発症日：令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし |

*嚥下調整食の種類、言語性肺炎の発症等については別冊より参照すること、6月以内の発症について記載すること。

1. スクリーニング、アセスメント、モニタリング

| | |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 令和 年 月 日 |
| 記入者： | <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 |
| 口唇 | <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 |
| 歯肉の汚れ | <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 |
| 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 |
| 機能のむせ | <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 |
| 口唇乾燥 | <input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない |
| 特記事項 | <input type="checkbox"/> 歯（う蝕、修復物脱落等）、 <input type="checkbox"/> 義歯（義歯不適合等）、 <input type="checkbox"/> 歯周病、 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他（ ） |

| | |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. 口腔機能改善管理計画 | 作成日：令和 年 月 日 |
| 計画立案者 | <input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 |
| サービス提供者 | <input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 |
| 目標 | <input type="checkbox"/> 口唇生（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <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"/> 音声・言語機能（ <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"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃、 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ） |

| | |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. 実施記録 | 令和 年 月 日 |
| 実施年月日 | |
| サービス提供者 | <input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 |
| 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 | <input type="checkbox"/> 実施 |
| 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 | <input type="checkbox"/> 実施 |
| 音声・言語機能に関する指導 | <input type="checkbox"/> 実施 |
| その他（ ） | <input type="checkbox"/> 実施 |
| 4. その他特記事項 | |

【関係ページを抜粋】

老認発 0316 第 4 号
老老発 0316 第 3 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 ）

通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方や並びに事務処理手順及び様式例の提示について

通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護及び（介護予防）認知症対応型通所介護（以下「通所介護等」という。）については、「令和 3 年度介護報酬に関する審議報告」（令和 2 年 12 月 23 日社会保障審議会介護給付費分科会（※））を踏まえ、感染症や災害の発生を理由として利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、臨時的な利用者数の減少による利用者一人あたりの経費の増加に対応するための加算や、事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例を設けることによる評価を行うことになりました。

今般、当該加算や特例による評価の詳細について、別紙のとおりお示しします。管内市町村、サービス事業所等への周知をお願いします。また、今回の取扱いについて分かりやすくお伝えする観点や事務手続きの簡素化を図る観点から、参考資料（感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価）及び届出様式（例）を作成しましたので、あわせてご確認ください。

（※）参考：「令和 3 年度介護報酬に関する審議報告」
（令和 2 年 12 月 23 日社会保障審議会介護給付費分科会）（抄）

II 1 ④通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応
【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★】
通所介護等の報酬について、感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、以下の見直しを行う。
ア 事業所規模別の報酬区分の決定にあたって、より小さい規模区分がある大規模型について、前年度の平均延べ利用者数ではなく、感染症や災害の影響により延べ利用者数の減が生じた月の実績を基礎とすることができることとする。
イ 通所介護等について、感染症や災害の影響により延べ利用者数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から一定割合以上減少している場合、一定期間、臨時的な利用者

の減少による利用者一人あたりの経費の増加に対応するための評価を行う。
現下の新型コロナウイルス感染症の影響による一定割合以上の利用者減に対する適用にあたっては、年度当初から即時的に対応を行う。
イの評価の部分については、区分支給限度基準額の算定に含めないこととする。

通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の加算や事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例による評価

I 適用できる加算や特例の概要

- 通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合における、提供するサービス別（通所介護・通所リハビリテーションの場合は、事業所規模別の報酬区分別）の評価方法は以下のとおりである。なお、以下（1）（2）における事業所規模別の報酬区分は、利用延べ人員数の減が生じた月（以下「減少月」という。）の区分によるものとする。
- 基本報酬への3%加算（以下「3%加算」という。）や事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例（以下「規模区分の特例」という。）の対象となる感染症又は災害については、これが発生した場合、対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせする。なお、今般の新型コロナウイルス感染症は、3%加算や規模区分の特例の対象となる。

（1）通所介護（通常規模型）、通所リハビリテーション（通常規模型）、地域密着型通所介護（療養通所介護を除く。以下同じ。）、（介護予防）認知症対応型通所介護

- ・ 3%加算の算定を行う。

（2）通所介護（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）、通所リハビリテーション（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）

- ・ 3%加算の算定又は規模区分の特例の適用いずれかを行う。
- ・ 当該加算の算定要件及び当該特例の適用要件のいずれにも該当する事業所においては、規模区分の特例を適用することとする。

II 3%加算の算定要件・規模区分の特例の適用要件及び当該加算・特例の詳細

（1）3%加算

- ・ 減少月の利用延べ人員数が、当該減少月の前年度の1月当たりの平均利用延べ人員数（以下「算定基礎」という。）から100分の5（以下「5%」）と表記する。）以上減少している場合に、当該減少月の翌々月から3月以内に限り、基本報酬（※）の100分の3（以下「3%」）と表記する。）に相当する単位数を加算する。

（※）「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成12年2月10日厚生省告示第19号）の別表指定居宅サービス介護給付費単位数表の6のイ通常規模型通所介護費・大規模型通所介護費（Ⅰ）、大規模型通所介護費（Ⅱ）、7のイ通常規模型リハビリテーション費・大規模型通所リハビリテーション費（Ⅰ）、大規模型通所リハビリテーション費（Ⅱ）、「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」（平成18年3月14日厚生労働省告示第126号）の別表指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の2のイ地域密着型通所介護費、3のイ認知症対応型通所介護費（Ⅰ）、ロ認知症対応型通所介護費（Ⅱ）、「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」（平成18年3月14日

厚生労働省告示第128号）の別表指定地域密着型介護予防サービス介護給付費単位数表の1のイ介護予防認知症対応型通所介護費（Ⅰ）、ロ介護予防認知症対応型通所介護費（Ⅱ）のいづれかによる単位数をいう。

ただし、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に該当する場合には、減算後の単位数をいう。

- ・ ただし、令和3年2月又は3月に利用延べ人員数の減が生じた場合、前年度（令和元年度）の1月当たりの平均利用延べ人員数又は前年同月（令和2年2月又は3月）の利用延べ人員数のいずれか（以下「減少月」が令和3年2月又は3月の場合の算定基礎）と（いう。）と比較することにより、算定の判定を行うことができる。
- ・ 利用延べ人員数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると都道府県又は市町村（以下、「都道府県等」という。）が認める場合には、当該加算の算定期間が終了した月の翌月から3月以内に限り延べ人員数が可能である。
- ・ 3%加算の延長を申請する場合でも、加算適用の申請を行った際の算定基礎（減少月が令和3年2月又は3月の場合の算定基礎を含む。以下同じ。）により判定を行うこととする。
- ・ 加算算定の期間内又は加算延長の期間内に、月の利用延べ人員数が算定基礎から5%以上減少していなかった場合は、当該月の翌月をもって算定終了とする。
- ・ なお、本加算は、区分支給限度基準額管理の対象外の算定項目である。

（2）規模区分の特例

- ・ 減少月の利用延べ人員数がより小さい事業所規模別の報酬区分の利用延べ人員数と同等となった場合には、当該減少月の翌々月から当該より小さい事業所規模別の報酬区分を適用する。
- ・ 具体的には、通所介護（大規模型Ⅱ）及び通所リハビリテーション（大規模型Ⅱ）については、減少月の利用延べ人員数が750人超900人以下となった場合は、それぞれ通所介護（大規模型Ⅰ）及び通所リハビリテーション（大規模型Ⅰ）を、750人以下となった場合はそれぞれ通所介護（通常規模型）及び通所リハビリテーション（通常規模型）を算定することとする。また、通所介護（大規模型Ⅰ）及び通所リハビリテーション（大規模型Ⅰ）については、減少月の利用延べ人員数が750人以下となった場合は、それぞれ通所介護（通常規模型）及び通所リハビリテーション（通常規模型）を算定することとする。
- ・ 当該特例の適用期間内に、月の利用延べ人員数が、当該より小さい事業所規模別の報酬区分の利用延べ人員数を超え、かつ、当該特例適用前の事業所規模別の報酬区分の利用延べ人員数まで戻った場合は、当該月の翌月をもって当該特例の適用は終了とする。

（3）各月の利用延べ人員数及び前年度の1月当たりの平均利用延べ人員数の算定方法

- ・ 各月の利用延べ人員数及び前年度の1月当たりの平均利用延べ人員数は、通所介護、地域密着型通所介護及び（介護予防）認知症対応型通所介護については、「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「留意事項通知」という。）第2の7（4）及び（5）を、通所リハビリテーションについては留意事項通知第2の8（2）及び（8）を準用し算定する。なお、前年度の実績が6月に満たない事業者（新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む。）の取扱いも留意事項通知によるものとする。

（4）3%加算を適用するにあたっての端数処理

- ・ 各月の利用延べ人員数及び前年度の1月当たりの平均利用延べ人員数は、（3）に基づいて計算した値の小數第3位を四捨五入することとする。
- ・ 各月の利用延べ人員数が5%以上減少しているかを判定するにあたっての端数処理は、百分率で表した後に小數第3位を四捨五入することとする。
- ・ 3%加算の単位数算定にあたっての端数処理は、留意事項通知第2の1通則を準用し、小數点以下四捨五入とする。

Ⅲ 加算の算定及び特例の適用にあたっての届出

（1）3%加算

① 通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所及び地域密着型通所介護事業所、（介護予防）認知症対応型通所介護事業所において、Ⅱ（1）に基づき、月の利用延べ人員数が減少しているか判定する。（なお、通所介護（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）、通所リハビリテーション（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）について、Ⅱ（1）及び（2）に基づいて判定した結果、3%加算及び規模区分の特例のいずれにも該当する場合は、Ⅱ（2）に基づき、規模区分の特例の適用を申請する。）

② ①の結果、当該月の利用延べ人員数が5%以上減少している場合（通所介護（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）、通所リハビリテーション（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）の場合は、当該月の利用延べ人員数が5%以上減少している場合であって、規模区分の特例の適用要件に該当しない場合）は、当該減少月の翌月15日（※）までに、都道府県等に加算算定の届出を行い、届出の翌月（加算適用開始月）から3月間加算を算定することが可能である。（ただし③により、月の利用延べ人員数が算定基礎から5%以上減少していない場合は、当該月の翌月をもって算定終了とする。）

（※）例外として、減少月が令和3年2月である場合には、同年4月1日までに届出を行えば、同年4月サービス提供日より算定可能とする。

③ 当該加算算定の届出を行った事業所は、加算算定の届出を行った月から算定終了月まで、毎月利用延べ人員数を算出する。各月の利用延べ人員数を算定基礎と比較し、5%以上減少していなかった場合は、その旨を速やかに都道府県等に届け出ることとする。（届出を怠った場合は、当該加算に係る報酬について返還となる場合があるため、留意されたい。なお、5%以上減少していた場合は、届出を行う必要はないが、監査時等自治体からの求めに応じて提示できるよう、各月の利用延べ人員数を記録しておくこと。）

④ 加算算定終了の前月においてもなお、算定基礎と比較して月の利用延べ人員数が5%以上減少している場合には、当該月の翌月15日までに、利用延べ人員数の減少に

対応するための経営改善に時間を要すること等の加算算定の延長を希望する理由を添えて、都道府県等に加算算定の延長の届出を行い、当該延長の届出の翌月から3月間加算算定の延長を行うことが可能である。（ただし⑤により、月の利用延べ人員数が算定基礎から5%以上減少していなかった場合は、当該月の翌月をもって算定終了とする。）

⑤ 加算算定の延長の届出を行った事業所は、加算算定延長の届出を行った月及びその翌月について、各月の利用延べ人員数を算出する。各月の利用延べ人員数を算定基礎と比較し、5%以上減少していなかった場合は、その旨を速やかに都道府県等に届け出ることとする。（届出を怠った場合は、加算延長に係る報酬について返還となる場合があるため、留意されたい。なお、5%以上減少していた場合は、届出を行う必要はないが、監査時等自治体からの求めに応じて提示できるよう、各月の利用延べ人員数を記録しておくこと。）

（2）規模区分の特例

① 通所介護（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）、通所リハビリテーション（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）において、Ⅱ（2）に基づき、月の利用延べ人員数が減少し、より小さい事業所規模別の報酬区分の利用延べ人員数と同等となっているか判定する。

② より小さい事業所規模別の報酬区分の利用延べ人員数と同等となっている場合は、当該減少月の翌月15日までに、都道府県等に特例適用の届出を行い、届出の翌月（特例適用開始月）から、当該より小さい事業所規模別の報酬区分で基本報酬を算定することが可能である。（③により、月の利用延べ人員数が、当該より小さい事業所規模別の報酬区分の利用延べ人員数を超えた場合は、その翌月をもって適用終了とする。）

③ 特例適用の届出を行った事業所は、特例適用の届出を行った月から適用終了月まで、毎月利用延べ人員数を算出する。各月の利用延べ人員数が当該より小さい事業所規模別の報酬区分の利用延べ人員数を超えた場合は、その旨を速やかに都道府県等に届け出ることとする。（届出を怠った場合は、当該特例に係る報酬について返還となる場合があるため、留意されたい。なお、当該より小さい事業所規模別の報酬区分の利用延べ人員数を超えない場合は、届出を行う必要はないが、監査時等自治体からの求めに応じて提示できるよう、各月の利用延べ人員数を記録しておくこと。）

Ⅳ 大規模型事業所における令和3年2月又は3月の利用延べ人員数の減少に係る取扱い

○ 現下の新型コロナウイルス感染症の影響への即時的な対応として、令和3年2月又は3月の利用延べ人員数の減少については、3%加算の算定のみを行うものとする。（通所介護及び通所リハビリテーションについては、令和3年4月からの事業所規模による区分については、留意事項通知により決定され、規模区分の特例の適用は行わない。）

○ 従って、通所介護（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）、通所リハビリテーション（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）については、令和3年2月又は3月は、当該月の利用延べ人員数が、減少月が令和3年2月又は3月の場合の算定基礎から5%以上減少しているかのみを判定する。なお、令和3年2月又は3月の利用延べ人員数の減少に基づき、令和3年4月1日又は4月15日までに3%加算算定の届出を行い、令和3年4月又は5月より加算

の算定を開始した場合、加算算定期間中の利用延人員数がより小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数と同等となった場合は、加算算定期間中でも規模区分の特例適用の届出を行うことができる。

(例) 令和3年2月の利用延人員数の減少に基づき、同年4月1日までに3%加算算定の届出を行い、令和3年4月より3%加算の算定を開始し、同月の利用延人員数がより小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数と同等となった場合、令和3年5月に規模区分の特例適用の届出を行えば、令和3年5月をもって加算算定を終了し、令和3年6月からより小さい事業所規模別の報酬区分で基本報酬を算定することが可能となる。(特例適用の届出を行った月から適用終了月まで、毎月利用延人員数を算出した場合は、その翌月をもって適用終了とする。)

- なお、上記に係る加算の算定要件・規模区分の特例の適用要件及び加算や特例の詳細はⅡ、加算の算定及び特例の適用にあたっての届出の詳細はⅢによるものとする。

(参考)

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）

(平成12年3月1日老企第36号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知)

7 通所介護費

(4) 事業所規模による区分の取扱い

① 事業所規模による区分については、施設基準第5号(1)に基づき、前年度の1月当たりの平均利用延人員数により算定すべき通所介護費を区分しているところであるが、当該平均利用延人員数の計算に当たっては、同号の規定により、当該指定通所介護事業所に係る指定通所介護事業者が第1号通所事業（指定居宅サービス等基準第93条第1項第3号に規定する第1号通所事業をいう。以下同じ。）の指定を併せて受け一体的に事業を実施している場合は、当該第1号通所事業における前年度の1月当たりの平均利用延人員数を含むこととされているところである。したがって、仮に指定通所介護事業者が第1号通所事業の指定を受けている場合であっても、事業が一体的に実施されず、実態として両事業が分離されて実施されている場合には、当該平均利用延人員数には当該第1号通所事業の平均利用延人員数は含めない取扱いとす。

② 平均利用延人員数の計算に当たっては、3時間以上4時間未満、4時間以上5時間未満の報酬を算定している利用者（2時間以上3時間未満の報酬を算定している利用者を含む。）については、利用者数に2分の1を乗じて得た数とし、5時間以上6時間未満、6時間以上7時間未満の報酬を算定している利用者については利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。また、平均利用延人員数に含むこととされた第1号通所事業の利用者の計算に当たっては、第1号通所事業の利用時間が5時間未満の利用者については、利用者数に2分の1を乗じて得た数とし、利用時間が5時間以上6時間未満、6時間以上7時間未満の利用者については、利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。ただし、第1号通所事業の利用者については、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えない。

また、1月間（暦月）、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月における平均利用延人員数については、当該月の平均利用延人員数に7分の6を乗じた数によるものとする。

③ 前年度の実績が6月に満たない事業者（新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む。）又は前年度から定員を概ね25%以上変更して事業を実施しようとする事業者においては、当該年度に係る平均利用延人員数については、便宜上、都道府県知事に届け出た当該事業所の利用定員の90%に予定される1月当たりの営業日数を乗じて得た数とする。

④ 毎年度3月31日時点において、事業を実施している事業者であって、4月以降も引き続き事業を実施するものの当該年度の通所介護費の算定に当たっては、前年度の平均利用延人員数は、前年度において通所介護費を算定している月（3月を除く。）の1月当たりの平均利用延人員数とする。

(8)災害時等の取扱い

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

8 通所リハビリテーション費

(2)災害時等の取扱い

通所介護と同様であるので、7(5)を参照されたい。

(8)平均利用延人員数の取扱い

① 事業所規模による区分については、施設基準第6号イ(1)に基づき、前年度の1月当たりの平均利用延人員数により算定すべき通所リハビリテーション費を区分しているところであるが、当該平均利用延人員数の計算に当たっては、同号の規定により、当該指定通所リハビリテーション事業所に係る指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を受けて一体的に事業を実施している場合は、当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所における前年度の1月当たりの平均利用延人員数を含むこととされているところである。したがって、仮に指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を受けて受けている場合であっても、事業が一体的に実施されず、実態として両事業が分離されて実施されている場合には、当該平均利用延人員数には当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所の平均利用延人員数は含めない取扱いとする。

② 平均利用延人員数の計算に当たっては、1時間以上2時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者に4分の1を乗じて得た数とし、2時間以上3時間未満の報酬を算定している利用者及び3時間以上4時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者に2分の1を乗じて得た数とし、4時間以上5時間未満の報酬を算定している利用者及び5時間以上6時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者に4分の3を乗じて得た数とする。また、平均利用延人員数に含むこととされた介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者については、介護予防通所リハビリテーションの利用時間が2時間未満の利用者については、利用者に4分の1を乗じて得た数とし、2時間以上4時間未満の利用者については、利用者に2分の1を乗じて得た数とし、利用時間が4時間以上6時間未満の利用者については、利用者に4分の3を乗じて得た数とする。ただし、介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者については、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えない。

また、1月間（暦月）、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月における平均利用延人員数については、当該月の平均利用延人員数に7分の6を乗じた数によるものとする。

③ 前年度の実績が6月に満たない事業者（新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む。）、又は前年度から定員をおおむね25%以上変更して事業を実施しようとする事業者におい

ては、当該年度に係る平均利用延人員数については、便宜上、都道府県知事に届け出た当該事業所の利用定員の90%に予定される1月当たりの営業日数を乗じて得た数とする。

④ 毎年度3月31日時点において、事業を実施している事業者であって、4月以降も引き続き事業を実施するものの当該年度の通所リハビリテーション費の算定に当たっては、前年度の平均利用延人員数は、前年度において通所リハビリテーション費を算定している月（3月を除く。）の1月当たりの平均利用延人員数とする。

- 通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護については、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、感染症や災害の影響により利用延人員数が減少した場合に、基本報酬への3%加算(以下「3%加算」という。)又は事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例(以下「規模区分の特例」という。)による評価を行う。

サービス・事業所規模別の報酬区分別 適用できる加算・特例

| サービス・事業所規模別の報酬区分 | 適用できる加算・特例 |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ・通所介護(通常規模型) ・通所リハビリテーション(通常規模型) | ・地域密着型通所介護 ・(介護予防)認知症対応型通所介護 ① 3%加算 |
| ・通所介護(大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ) ・通所リハビリテーション(大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ) | ① 3%加算 又は ② 規模区分の特例 |

加算・特例の発動要件

| ① 3%加算 | ② 規模区分の特例 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○ 利用延人員数の減が生じた月の利用延人員数が前年度の1月当たりの平均利用延人員数から5%以上減少している場合に算定 例) 前年度の1月当たりの平均利用延人員数が700人の場合 利用延人員数が665人以下となった場合、加算算定の申請が可能 通所介護(通常規模型)/要介護2/7時間以上8時間未満の場合 基本報酬: 773単位 3%加算: $773 \times 0.03 = 23$ 単位 合計: <u>796単位 (+23単位)</u> | ○ 利用延人員数の減が生じた月の利用延人員数が、より小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数と同等となった場合に適用 例) 前年度の1月当たりの平均利用延人員数が950人(大規模型Ⅱ)の場合 利用延人員数が900人以下となった場合は大規模型Ⅰ、利用延人員数が750人以下となった場合は通常規模型での報酬請求の申請が可能 通所介護(大規模型Ⅱ)/要介護2/7時間以上8時間未満の場合 基本報酬(大規模型Ⅱ) : 713単位 →基本報酬(大規模型Ⅰ) : <u>740単位 (+27単位)</u> →基本報酬(通常規模型) : <u>773単位 (+60単位)</u> |

※ ①について、定員超過及び人員欠如の場合の減算並びに2時間以上3時間未満の場合の減算を算定する場合にあつては、当該減算後の単位数に3%を乗じて計算する。 1

感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価 ②

ア 通所介護、通所リハビリテーションの事業所規模別の報酬区分判定・併給調整方法

- 通所介護、通所リハビリテーションの事業所規模別の報酬区分は、加算算定・延長、特例適用の届出を行う月の前月の区分によるものとする。
- 通所介護(大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ)、通所リハビリテーション(大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ)について、①3%加算と②規模区分の特例のいずれにも適合する場合は、②規模区分の特例の適用を申請すること。

イ 前年度の1月当たりの平均利用延人員数・月ごとの利用延人員数の算定方法

- 通所介護・地域密着型通所介護・(介護予防)認知症対応型通所介護については、「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)第2の7(4)及び(5)を、通所リハビリテーションについては同通知第2の8(2)及び(8)を準用し算定すること。なお、前年度の実績が6月に満たない事業者(新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む。)の取扱いも上記通知によるものとする。

ウ ①3%加算を算定するにあたり、利用延人員数が減少しているかを判定する際の算定基礎

- ①3%加算の算定可否を判定するにあたっての基礎は、「前年度の1月当たりの平均利用延人員数」とする。ただし、令和3年2月又は3月減少分(令和3年3月又は4月届出分)においては、前年度(令和元年度)の1月当たりの平均利用延人員数又は前年同月(令和2年2月又は3月)の利用延人員数のいずれかを基礎として、算定の判定を行うこととして差し支えない。
- 3%加算の延長を申請する場合でも、算定基礎は加算算定の申請を行った際と同一のものとする。
 例) 令和3年3月の利用延人員数が令和2年3月の利用延人員数と比較して5%以上減少しており、令和3年3月の減少分(4月届出)を受けて、令和3年5月から7月まで適用されている場合、加算算定の延長を申請する場合は、令和3年6月の利用延人員数と令和2年3月の利用延人員数と比較し、7月に届け出て、8月から延長となる。(加算算定の延長を申請するにあたり、令和3年6月の利用延人員数と、令和元年度の平均利用延人員数や令和2年度の平均利用延人員数を比較することはできない。)

エ ①3%加算を算定するにあたっての端数処理

- 前年度の1月当たりの平均利用延人員数及び各月の利用延人員数は、イに基づいて計算した値の小数第3位を四捨五入することとする
- 各月の利用延人員数が5%以上減少しているかを判定するにあたっての端数処理は、百分率で表した後に小数第3位を四捨五入することとする。
 例) 令和2年度の1月当たりの平均利用延人員数が1,001人、令和3年4月の利用延人員数が951人の場合、 $(1,001-951)/1,001=0.04995 \Rightarrow 4.995\% \Rightarrow 5.00\%$ となり、適用可。
- ①3%加算の単位数算定にあたっての端数処理は、イに示す通知第2の1通則を準用し、小数点以下四捨五入とする。
 例) 通所介護(通常規模型)/要介護2/7時間以上8時間未満の場合、3%加算は $765 \text{単位} \times 0.03 = 22.95 \approx 23$ 単位となる。

オ ②規模区分の特例を適用するにあたっての基礎

- ②規模区分の特例を適用するにあたっての基礎は、「より小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数」としているが、具体的には、通常規模型: 750人以下、大規模型Ⅰ: 750人超900人以下とする。

感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価 ③

- **3%加算の算定**にあたっては、利用延人員数の減が生じた月の翌月に届出を行い、届出の翌月から最大3か月間算定することが可能である。また、加算算定後も特別な事情があり、なお利用延人員数の減が生じている場合は、再度届出を行い、さらに最大3か月間加算を算定することが可能である。（ただし、加算算定・延長の届出後利用延人員数が回復した場合は、回復した月の翌月をもって算定終了。）

加算算定にあたってのスケジュール (例) ①

| 令和3年 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 |
|------|------------------|-------------------------------------------------------------------|------|------------------------|-------------------------------------------------------------------|------|-----|------|
| 加算算定 | ★ 利用 延人員数減 | ア 算定届提出 | 算定開始 | → | | 算定終了 | | |
| | | イ 月ごとに利用延人員数確認 ※ 利用延人員数が回復した場合は、回復した月の翌月に届出を行い、届出を行った月をもって算定終了 | | | | | | |
| 延長 | | | | ↓ なお利用延人員数が減少している場合 | ウ 延長届提出 | 延長開始 | → | |
| | | | | | イ 月ごとに利用延人員数確認 ※ 利用延人員数が回復した場合は、回復した月の翌月に届出を行い、届出を行った月をもって算定終了 | | | 延長終了 |

【加算算定／加算延長にあたっての届出方法】

※「届出様式(例) (感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価 届出様式)」(以下、届出様式という。)を使用した場合の届出方法について記載している。なお、届出様式は、加算算定の届出／加算算定後の各月の利用延人員数の確認／加算算定の延長の届出共通の様式である。必要事項を追記していくことにより全ての届出において使用することができる。

| | |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ア 加算算定の届出 | ・届出様式の(1)事業所基本情報、(2)加算算定・特例適用の届出に必要事項を記入。 ・記入した結果、(2)の「加算算定の可否」欄に「可」が表示された場合、 算定届提出月の15日までに 都道府県等に届出様式を提出。 |
| イ 加算算定後の各月の利用延人員数の確認 | ・届出様式を提出した月から、加算算定終了月(加算算定延長の場合は加算算定延長開始月)まで、毎月(3)加算算定後の各月の利用延人員数の確認に必要事項を記入。 ・記入した結果、(3)の「加算算定の可否」欄に「否」が表示された場合は、速やかに都道府県等に届出様式を提出。(提出を怠った場合は、当該加算に係る報酬について返還となる場合があり得るため、留意されたい。なお、「可」が表示された場合は届出の必要はない。) |
| ウ 加算算定の延長の届出 | ・加算算定の延長対象となる場合であって、加算算定の延長を求める場合は、(4)加算算定の延長の届出にその理由を記入し、 延長届提出月の15日までに 都道府県等に届出様式を提出。 |

感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価 ④

加算算定にあたってのスケジュール (例) ②：令和3年2月の利用延人員数に基づき届出を行う場合

- 令和3年2月の利用延人員数に基づき届出を行う場合は、令和元年度の1月当たりの平均利用延人員数又は令和2年2月の利用延人員数のいずれかと比較し、3%加算算定の判定を行う。また3%加算算定の届出は令和3年4月1日までにを行うものとする。

| 令和3年 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 |
|------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------|------------------------|-------------------------------------------------------------------|------|----|------|
| 加算算定 | ★ 利用 延人員数減 | 算定届提出 (4月1日まで) | 算定開始 | → | | 算定終了 | | |
| | | イ 月ごとに利用延人員数確認 ※ 利用延人員数が回復した場合は、回復した月の翌月に届出を行い、届出を行った月をもって算定終了 | | | | | | |
| 延長 | ★ 令和元年度の1月 当たりの平均利用 延人員数又は令和 2年2月の利用延 人員数のいずれかと 比較 | | | ↓ なお利用延人員数が減少している場合 | 延長届提出 | 延長開始 | → | |
| | | | | | イ 月ごとに利用延人員数確認 ※ 利用延人員数が回復した場合は、回復した月の翌月に届出を行い、届出を行った月をもって算定終了 | | | 延長終了 |

加算算定にあたってのスケジュール (例) ③：加算の算定が途中で終了する場合

- 3%加算算定中(延長の場合を含む。)に利用延人員数が回復した場合は、その翌月をもって算定終了とする。
(例) 令和3年4月の利用延人員数が5%以上減少している場合、5月に3%加算算定の届出を行い、6月から算定開始となるが、6月になり利用延人員数が回復した場合は、その翌月(7月)をもって3%加算算定終了とする。

| 令和3年 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 |
|------|------------------|---------------|-----------|---------|---------|----|-----|-----|
| 加算算定 | ★ 利用 延人員数減 | 算定届提出 | 算定開始 | 算定終了届提出 | 〔算定しない〕 | | | |
| | | 〔利用延人員数はなお減少〕 | 利用延人員数が回復 | 算定終了 | | | | |

感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価 ⑤

加算算定にあたってのスケジュール（例）④：算定期間中に、年度の切り替えが生じる場合

○ 3%加算算定期間中に年度が切り替わった場合でも、引き続き3%加算の算定を行うことが可能。

| 令和4年 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 |
|------|-------------|-----------------------------------------------------------------|------|-------------------|-----------------------------------------------------------------|------|------|----|
| 加算算定 | 利用 延人員数減 | 算定届提出 | 算定開始 | 算定終了 | | | | |
| | | 月ごとに利用延人員数確認 ※ 利用延人員数が回復した場合は、回復した月の翌月に届出を行い、届出を行った月をもって算定終了 | | | | | | |
| 延長 | | | | なお利用延人員数が減少している場合 | 延長届提出 | 延長開始 | 延長終了 | |
| | | | | | 月ごとに利用延人員数確認 ※ 利用延人員数が回復した場合は、回復した月の翌月に届出を行い、届出を行った月をもって算定終了 | | | |

○ なお、年度の切り替えにより、新たに事業所規模区分が大規模型Ⅰ・大規模型Ⅱとなった通所介護事業所・通所リハビリテーション事業所については、4月以降の利用延人員数がより小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数と同等である場合、規模区分の特例適用の届出を行い、規模区分の特例を適用することとする。

| 令和4年 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 |
|------|-------------|-----------------------------------------------------------------|------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|------|------|----|
| 加算算定 | 利用 延人員数減 | 算定届提出 | 算定開始 | 算定終了 | | | | |
| | | 月ごとに利用延人員数確認 ※ 利用延人員数が回復した場合は、回復した月の翌月に届出を行い、届出を行った月をもって算定終了 | | | | | | |
| 特例適用 | | | | より小さい事業所規模区分の利用延人員数と同等である場合 | 適用届提出 | 適用開始 | 適用終了 | |
| | | | | | 月ごとに利用延人員数確認 ※ 利用延人員数が回復した場合は、回復した月の翌月に届出を行い、届出を行った月をもって適用終了 | | | |

感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価 ⑥

○ **規模区分の特例の適用**にあたっては、利用延人員数の減が生じた月の翌月に届出を行い、届出の翌月（規模区分の特例の適用が開始された月）から、より小さい事業所規模別の報酬区分で基本報酬を算定することが可能である。（ただし、特例適用の届出後利用延人員数が回復した場合は、回復した月の翌月をもって算定終了。）

特例適用にあたってのスケジュール（例）①

| 令和3年～4年 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|---------|-------------|-------------------------------------------------------------------|------|------|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|
| 特例適用 | 利用延人員 数減 | ア 適用届提出 | 適用開始 | 適用終了 | | | | | | | | |
| | | イ 月ごとに利用延人員数確認 ※ 利用延人員数が回復した場合は、回復した月の翌月に届出を行い、届出を行った月をもって適用終了 | | | | | | | | | | |

【特例適用にあたっての届出方法】

※ 届出様式を使用した場合の届出方法について記載している。なお、届出様式は、特例適用の届出／特例適用後の各月の利用延人員数の確認共通の様式である。必要事項を追記等していくことにより全ての届出において使用することができる。

| | |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ア 特例適用の届出 | <ul style="list-style-type: none"> 届出様式の(1)事業所基本情報、(2)加算・特例適用の届出に必要な事項を記入。 記入した結果、(2)の「特例適用の可否」欄に「可」が表示された場合、適用届提出月の15日までに都道府県等に届出様式を提出。 |
| イ 特例適用後の各月の利用延人員数の確認 | <ul style="list-style-type: none"> 届出様式を提出した月から、加算適用(延長含む)終了月まで、毎月(5)特例適用後の各月の利用延人員数の確認に必要な事項を記入。 記入した結果、(5)の「特例適用の可否」欄に「否」が表示された場合は、速やかに都道府県等に届出様式を提出。(提出を怠った場合は、当該特例に係る報酬について返還となる場合があり得るため、留意されたい。なお、「可」が表示された場合は、届出の必要はない。) |

(注) 大規模事業所における令和3年2月又は3月の利用延人員数の減少に係る取扱い

・ 現下の新型コロナウイルス感染症の影響への即時的な対応として、令和3年2月又は3月の利用延人員数の減少については、3%加算のみによる評価を行うものとし、規模区分の特例による評価は行わない。従って、通所介護（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）、通所リハビリテーション（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）については、令和3年2月又は3月は、当該月の利用延人員数が、減少月が令和3年2月又は3月の場合の算定基礎から5%以上減少しているかのみを判定する。

感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価 ⑦

特例適用にあたってのスケジュール (例) ② : 令和2年度末～令和3年度当初の取扱い

○ 通所介護（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）、通所リハビリテーション（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）について、令和3年2月に利用延人員数が減少している場合は、令和3年4月1日までに3%加算の届出を行い、令和3年4月より3%加算の算定を開始する。その後例えば同月の利用延人員数がより小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数と同等となった場合は、令和3年5月に規模区分の特例適用の届出を行えば、令和3年5月をもって加算算定を終了し、令和3年6月からより小さい事業所規模別の報酬区分で基本報酬を算定することが可能となる。

| 令和3年 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 |
|------|---------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------|------|-----------------------------------------------------------------|----|----|
| 加算算定 | 利用延人員数減 | 算定届提出 (4月1日まで) | 算定開始 | 算定終了 | | | | |
| | | 月ごとに利用延人員数確認 ※ 利用延人員数が回復した場合は、回復した月の翌月に届出を行い、届出を行った月をもって算定終了 | | | | | | |
| 特例適用 | | | より小さい事業所規模区分の利用延人員数と同等である場合 | 適用届提出 | 適用開始 | 月ごとに利用延人員数確認 ※ 利用延人員数が回復した場合は、回復した月の翌月に届出を行い、届出を行った月をもって適用終了 | | |
| | | | | | | | | |

特例適用にあたってのスケジュール (例) ③ : 特例の適用が途中で終了する場合

○ 規模区分の特例適用期間中に利用延人員数が回復した場合は、その翌月をもって算定終了とする。
(例) 令和3年4月の利用延人員数がより小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数と同等となった場合、5月に規模区分の特例適用の届出を行い、6月から適用開始となるが、8月になり利用延人員数が回復した場合は、その翌月（9月）をもって規模区分の特例適用終了とする。

| 令和3年 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 |
|------|---------|-----------------------------------------------------------------|------|-----------|----|------|-------|-----|
| 特例適用 | 利用延人員数減 | 適用届提出 | 適用開始 | 適用終了届提出 | | 適用終了 | 算定しない | |
| | | 月ごとに利用延人員数確認 ※ 利用延人員数が回復した場合は、回復した月の翌月に届出を行い、届出を行った月をもって適用終了 | | 利用延人員数が回復 | | | | |

感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価 ⑧

特例適用にあたってのスケジュール (例) ④ : 適用期間中に、年度の切り替えが生じる場合

○ 規模区分の特例適用期間中に年度が切り替わった場合でも、引き続き規模区分の特例を適用することが可能。

| 令和4年 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 |
|------|---------|-----------------------------------------------------------------|------|------|----|----|----|----|
| 特例適用 | 利用延人員数減 | 適用届提出 | 適用開始 | 適用終了 | | | | |
| | | 月ごとに利用延人員数確認 ※ 利用延人員数が回復した場合は、回復した月の翌月に届出を行い、届出を行った月をもって適用終了 | | | | | | |

○ なお、年度の切り替えにより、事業所規模区分が大規模型Ⅰ又は大規模型Ⅱから通常規模型となった通所介護事業所・通所リハビリテーション事業所については、3月をもって規模区分の特例の適用を終了し、4月以降の利用延人員数が5%以上減少している場合は、3%加算算定の届出を行い、3%加算を算定することとする。

| 令和4年 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 |
|------|------|-----------------------------------------------------------------|----|---------------------------|-------|------|-----------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 特例適用 | 特例適用 | 適用終了 | | 4月・5月は加算・特例のいずれも算定・適用されない | | | | | 算定終了 |
| | | 月ごとに利用延人員数確認 ※ 利用延人員数が回復した場合は、回復した月の翌月に届出を行い、届出を行った月をもって適用終了 | | | | | | | |
| 加算算定 | | | | 利用延人員数が5%以上減少している場合 | 算定届提出 | 適用開始 | 月ごとに利用延人員数確認 ※ 利用延人員数が回復した場合は、回復した月の翌月に届出を行い、届出を行った月をもって算定終了 | | |
| | | | | | | | | | |
| 延長 | | | | | | | 延長届提出 | 延長開始 | 月ごとに利用延人員数確認 ※ 利用延人員数が回復した場合は、回復した月の翌月に届出を行い、届出を行った月をもって算定終了 |
| | | | | | | | | なお利用延人員数が減少している場合 | |

(参考)

利用延人員数計算シート(通所介護・地域密着型通所介護・(介護予防)認知症対応型通所介護)

本シートは「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の詳細に係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」(老認発●●第●号・老老発●●第●号令和3年●月●日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長、老人保健課長連名通知)に基づき、各月の利用延人員数及び前年度の1月当たりの平均利用延人員数を算定するにあたり、補助的に活用いただくことを想定して作成したものです。

※ 各都道府県・市町村において、本シートとは別に、利用延人員数を計算するための様式等が準備されている場合は、そちらを使用してください。

※ 通所介護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護は、以下まとめて「通所介護等」といいます。

※ 通所介護費、地域密着型通所介護費、(介護予防)認知症対応型通所介護費は、以下まとめて「通所介護費等」といいます。

※ 青色セルには数値を入力し、緑色セルにはプルダウンから選択して入力してください。入力された数値等に基づき、黄色セルに算定結果が表示されます。

○ 前年度の実績が6月以上の場合の前年度の1月当たりの平均利用延人員数・各月の利用延人員数

| | 率 | 令和1年 | | | | | | | | | | | | 4月～2月 合計 | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| | | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | | | | |
| 通所介護等 ※1 | 3時間以上4時間未満及び 4時間以上5時間未満 (2時間以上3時間未満を含む) | 1/2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5時間以上6時間未満及び 6時間以上7時間未満 | 3/4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7時間以上8時間未満及び 8時間以上9時間未満 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第一号通所 事業・ 介護予防 認知症対応 型通所介護 ※2・3 | 5時間未満 | 1/2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5時間以上6時間未満及び 6時間以上7時間未満 | 3/4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7時間以上8時間未満及び 8時間以上9時間未満 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② | 同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 各月の利用延人員数 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 毎日事業を実施した月(○印) ※4 | 6/7 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【留意事項】 | | | | | | | | | | | | | | 通所介護費等を算定している月数 (3月を除く) | | | |
| ※1 各月の通所介護等を利用した人数を、算定している報酬の時間区分別に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | 平均利用延人員数 (a+b) ※5 | | | |
| ※2 通所介護又は地域密着型通所介護と第一号通所事業(介護予防通所介護相当)の指定をあわせて受け、通所介護と一体的に実施している場合は、以下のいずれかを行ってください。 | | | | | | | | | | | | | | ※5 (c)の値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。(令和3年2月又は3月の利用延人員数の減少に係る届出を行う場合は、(c)の値のほか、前年同月(令和2年2月又は3月の利用延人員数を記入することもできます。) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ①に、各月の第一号通所事業を利用した人数を、利用時間ごとに記入。(緩和した基準によるサービス(通所型サービス)の利用者は、利用者数に含めません。) ②に、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数を記入。(例: ある営業日について、9時～12時に同時にサービス提供を受けた者が4人、12時～15時に同時にサービス提供を受けた者が6人である場合、当該日の「同時にサービスの提供を受けた者の最大数」は「6人」となる。また、1月間の営業日が22日であり、すべての営業日の「同時にサービスの提供を受けた者の最大数」が「6人」であった場合、「同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数」は「132人」となる。) | | | | | | | | | | | | | | ただし、3%加算の算定を希望する場合は、(c)の値を小数第3位で四捨五入した値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。 | | | |
| ※3 認知症対応型通所介護と介護予防認知症対応型通所介護の指定をあわせて受け、認知症対応型通所介護と一体的に実施している場合は、以下のいずれかを行ってください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ①に、各月の介護予防認知症対応型通所介護を利用した人数を、算定している報酬時間区分別に記入。 ②に、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数を記入。(記入例は※2を参照のこと。) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※4 1月間(暦月)、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月は○を記入してください。(利用延人員数が6/7になります。) | | | | | | | | | | | | | | | | | |

○ 前年度の実績が6月に満たない場合(新たに事業を開始・再開した場合を含む)及び前年度から定義を概ね25%以上変更しようとする場合の前年度の1月当たりの平均利用延人員数

| | | | | | | |
|---------|---|-----|---|---------------|---|-------------|
| 利用定員 ※6 | × | 90% | × | 1月当たりの営業日数 ※7 | = | 平均利用延人員数 ※8 |
|---------|---|-----|---|---------------|---|-------------|

(d)

【留意事項】

※6 都道府県知事等に届け出た利用定員数を記入してください。

※7 予定される1月当たりの営業日数を記入してください。

※8 (d)の値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。ただし、3%加算の算定を希望する場合は、(d)の値を小数第3位で四捨五入した値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。

(参考)

利用延人員数計算シート(通所リハビリテーション)

本シートは「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の詳細に係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」(老認発●●第●号・老老発●●第●号令和3年●月●日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長、老人保健課長連名通知)に基づき、各月の利用延人員数及び前年度の1月当たりの平均利用延人員数を算定するにあたり、補助的に活用いただくことを想定して作成したものです。

※ 各都道府県・市町村において、本シートとは別に、利用延人員数を計算するための様式等が準備されている場合は、そちらを使用してください。

※ 青色セルには数値を入力し、緑色セルにはプルダウンから選択して入力してください。入力された数値等に基づき、黄色セルに算定結果が表示されます。

○ 前年度の実績が6月以上の場合の前年度の1月当たりの平均利用延人員数・各月の利用延人員数

| | 率 | 令和1年 | | | | | | | | | | | | 4月～2月 合計 ※6 | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| | | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | | | | |
| 通所リハビリ テーション ※1 | 1時間以上2時間未満 | 1/4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2時間以上3時間未満及び 3時間以上4時間未満 | 1/2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4時間以上5時間未満及び 5時間以上6時間未満 | 3/4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防 通所リハビリ テーション ※2 | 6時間以上7時間未満及び 7時間以上8時間未満 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2時間未満 | 1/4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2時間以上4時間未満 | 1/2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① | 4時間以上6時間未満 | 3/4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② | 6時間以上 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② | 同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 各月の利用延人員数 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 毎日事業を実施した月(○印) ※3 | 6/7 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【留意事項】 | | | | | | | | | | | | | | 通所リハビリテーション費を 算定している月数 (3月を除く) | | | |
| ※1 各月の通所リハビリテーションを利用した人数を、算定している報酬の時間区分別に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | 平均利用延人員数 (a+b) ※4 | | | |
| ※2 通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションの指定をあわせて受け、通所リハビリテーションと一体的に実施している場合は、以下のいずれかを行ってください。 | | | | | | | | | | | | | | ※4 (c)の値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。(令和3年2月又は3月の利用延人員数の減少に係る届出を行う場合は、(c)の値のほか、前年同月(令和2年2月又は3月の利用延人員数を記入することもできます。) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ①に、各月の介護予防通所リハビリテーションを利用した人数を、利用時間ごとに記入。 ②に、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数を記入。(例: ある営業日について、9時～12時に同時にサービス提供を受けた者が4人、12時～15時に同時にサービス提供を受けた者が6人である場合、当該日の「同時にサービスの提供を受けた者の最大数」は「6人」となる。また、1月間の営業日が22日であり、すべての営業日の「同時にサービスの提供を受けた者の最大数」が「6人」であった場合、「同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数」は「132人」となる。) | | | | | | | | | | | | | | ただし、3%加算の算定を希望する場合は、(c)の値を小数第3位で四捨五入した値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。 | | | |
| ※3 1月間(暦月)、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月は○を記入してください。(利用延人員数が6/7になります。) | | | | | | | | | | | | | | | | | |

○ 前年度の実績が6月に満たない場合(新たに事業を開始・再開した場合を含む)及び前年度から定義を概ね25%以上変更しようとする場合の前年度の1月当たりの平均利用延人員数

| | | | | | | |
|---------|---|-----|---|---------------|---|-------------|
| 利用定員 ※6 | × | 90% | × | 1月当たりの営業日数 ※7 | = | 平均利用延人員数 ※8 |
|---------|---|-----|---|---------------|---|-------------|

【留意事項】

※6 都道府県知事等に届け出た利用定員数を記入してください。

※7 予定される1月当たりの営業日数を記入してください。

※8 (d)の値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。ただし、3%加算の算定を希望する場合は、(d)の値を小数第3位で四捨五入した値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.11)

(令和4年2月21日)

【通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護】

○ 3%加算・規模区分の特例 (3%加算・規模区分の特例の令和4年度の取扱い)

問1 新型コロナウイルス感染症は、3%加算や規模区分の特例の対象となる感染症とされている(※)が、令和4年度も引き続き同加算や特例の対象となる感染症と考えてよいか。

(※)「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係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4号・老老発0316第3号)別紙I

(答)

- ・ 新型コロナウイルス感染症は、令和4年度も引き続き同加算や特例の対象となる感染症である。なお、同年度中に同加算や特例の対象外とすることとする場合は、事務連絡によりお示しする。

○ 3%加算 (3%加算を令和3年度に算定した事業所の取扱い)

問2 感染症や災害によって利用延人員数の減少が生じた場合にあっては、基本的に一度3%加算を算定した際とは別の感染症や災害を事由とする場合にのみ、再度同加算を算定することが可能であるとされている(※)が、令和3年度中の利用延人員数の減少に基づき同加算を算定した事業所が、令和4年度に再び同加算を算定することはできるか。

(※) 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) 問21

(答)

- ・ 可能である。この場合、令和4年度の算定にあたっては、減少月の利用延人員数が、令和3年度の1月当たりの平均利用延人員数から100分の5以上減少していることが必要である。算定方法の具体例は別添を参照されたい。

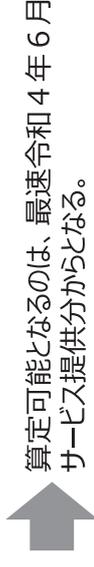
感染症や災害の影響により利用延人員数が減少した場合の基本報酬への3%加算(令和4年度の取扱い)

別添

- 新型コロナウイルス感染症の影響による令和3年度中の利用延人員数の減少に基づき3%加算を算定した事業所において、令和4年度に令和3年度の1月当たりの平均利用延人員数が減少した月があった場合、再度3%加算の算定が可能。
- 新型コロナウイルス感染症の影響による令和4年度中の利用延人員数の減少に基づき一度3%加算を算定した事業所において、同一事由による令和4年度の利用延人員数の減少に基づいて、再度3%加算を算定することはできない。

加算算定のイメージ

- ・令和3年度の利用延人員数の減少に基づき、令和3年度内に3%加算を算定していた事業所の場合
- ・令和4年度中の利用延人員数の減少に基づき、新たに3%加算を算定する事業所の場合



| R4年度 | (R4.3) | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | (R5.4) |
|------|--------|---------|-------------------------|------|-------------------|-------|------|------|-----|-----|----|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 加算算定 | | 利用延人員数減 | 算定届提出 | 算定開始 | 算定終了 | 算定終了 | 算定終了 | 算定終了 | | | | | | |
| 延長 | | | 令和3年度の1月当たりの平均利用延人員数と比較 | | なお利用延人員数が減少している場合 | 延長届提出 | 延長開始 | 延長終了 | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> ○ 令和4年度中の利用延人員数の減少に基づき算定していることから、令和4年度中に同一事由により再度算定することはできない。 ○ 加算算定の届出、加算算定後の各月の利用延人員数の確認、加算算定の延長の届出の方法等は、従前のとおり。 |

- ・令和3年度中の利用延人員数の減少に基づき、令和4年度にまたがって3%加算を算定していた事業所の場合

| R4年度 | (R4.3) | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | (R5.4) |
|------|--------|---------|-------------------------|-------------------|-------------------------|------|------|-------|-------------------|-------|------|------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 加算算定 | | 利用延人員数減 | 算定届提出 | 算定開始 | 算定終了 | 算定終了 | 算定終了 | 算定終了 | | | | | | |
| 延長 | | | 令和2年度の1月当たりの平均利用延人員数と比較 | なお利用延人員数が減少している場合 | 延長届提出 | 延長開始 | 延長終了 | 延長終了 | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> ○ 令和4年度中の利用延人員数の減少に基づき再算定した場合は、令和4年度中に同一事由により再度算定することはできない。 ○ 加算算定の届出、加算算定後の各月の利用延人員数の確認、加算算定の延長の届出の方法等は、従前のとおり。 |
| 再算定 | | | | | 利用延人員数減 | | 算定開始 | 算定届提出 | 算定開始 | 算定終了 | | | | |
| 再延長 | | | | | 令和3年度の1月当たりの平均利用延人員数と比較 | | | | なお利用延人員数が減少している場合 | 延長届提出 | 延長開始 | 延長終了 | 延長終了 | |

【関係ページを抜粋】

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 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。御知の上、各都道府県において、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。）の心身の状況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。

URL： 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が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、利用者等単位又は事業所・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美観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がることも可能となる。

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。）」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

と。

・ ア (ア) に係る提出情報は、当該算定開始時における情報

・ ア (イ) に係る提出情報は、当該サービスの利用開始時における情報

・ ア (ウ) に係る提出情報は、前回提出時以降の情報

・ ア (エ) に係る提出情報は、当該サービスの利用終了時における情報

(2) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び介護老人福祉施設における科学的介護推進体制加算 (I) 及び (II)

ア L I F E への情報提出頻度について

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と同様であるため、(I)アを参照されたい。

イ L I F E への提出情報について

科学的介護推進体制加算 (I) については、施設における入所者全員について、別紙様式 2（科学的介護推進に関する評価（施設サービス））にある「評価日」、「前回評価日」、「障害高齢者の日常生活自立度又は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。）」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。

科学的介護推進体制加算 (II) については、施設における入所者全員について、科学的介護推進体制加算 (I) で必須とされる情報に加え、「総論（既往歴及び同居家族等に限る。）」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（服薬情報に限る。）」及び「認知症（任意項目に限る。）」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、提出情報の時点は、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と同様であるため、(I)イ後段を参照されたい。

(3) 介護老人保健施設及び介護医療院における科学的介護推進体制加算 (I) 及び (II)

ア L I F E への情報提出頻度について

- なければならぬこと。
- (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

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できないこととなる。)

(2) L I F E への提出情報について

- ア 施設における入所者全員について、「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」別紙様式4-1(栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング(施設)(様式例))にある「実施日」、「低栄養状態のリスクレベル」、「低栄養状態のリスク(状況)」、「食生活状況等」、「多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題)」、「総合評価」及び「計画変更」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。
- イ 経口維持加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定している入所者については、アの情報に加え、同様式にある「摂食・嚥下の課題」、「食事の観察」及び「多職種会議」の各項目に係る情報も提出すること。
- ウ 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。
- (3) 令和3年度における取扱いに係る褥瘡マネジメント加算と同様であるので、6(3)を参照されたい。
- 13 栄養アセスメント加算
(1) L I F E への情報提出頻度について
入所者ごとに、ア及びイに定める月の翌月10日までに提出すること。
- ア 栄養アセスメントを行った日の属する月
イ アの月のほか、少なくとも3月に1回
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できないこととなる。)
- (2) L I F E への提出情報について
利用者全員について、「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」別紙様式5-1(栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(通所・居宅)(様式例))にある「実施日」「低栄養状

態のリスクレベル」「低栄養状態のリスク（状況）」「食生活状況等」「多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）」及び「総合評価」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。ただし、食事の提供を行っていない場合など、「食生活の状況等」及び「多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）」の各項目に係る情報のうち、事業所で把握できないものまで提出を求めるとはならないこと。

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と。

- ・ (1)アに係る提出情報は、当該アセスメントの実施時点における情報
- ・ (1)イにおける提出情報は、前回提出時以降における情報

14 口腔衛生管理加算(Ⅱ)

- (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

「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又は「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」別紙様式1（口腔衛生管理加算 様式（実施計画））にある「要介護度・病名等」、「かかりつけ歯科医」、「入れ歯の使用」、「食形態」、「誤嚥性肺炎の発症・罹患」、「口腔に関する問題点（スクリーニング）」、「口腔衛生の管理内容（アセスメント）（実施目標、実施内容及び実施頻度に限る。）」及び「歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容」の各項目に係る情報をすべて提出すること。

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。

15 口腔機能向上加算(Ⅱ)

- (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

「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や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8（口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例））にある「か

かりつけ歯科医」、「入れ歯の使用」、「食形態等」、「誤嚥性肺炎の発症・罹患」、「スクリーニング、アセスメント、モニタリング」、「口腔機能改善管理計画」及び「実施記録」の各項目に係る情報をすべて提出すること。

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。

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4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(稲蒔・光木・石・八島田・暮田) 旧布都美村2-2(合田・中畑・石上・小鎌・西勢実・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 | 全域 | 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 旧下竹荘村 | 全域 | あり |
| 倉敷市 | 松島 六口島 | - | - | - | - | - | - |
| 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 川上町隠数 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 旧広戸村(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 旧広戸村 旧新野村 旧大井西村 | 旧加茂町 旧阿波村 旧勝北町 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・且土・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(粟谷・黒杭・種・小童谷・藤森) 旧美和村(余野上・余野下・樫西・樫東・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・高円・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・下二ヶ・上二ヶ・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2-2(江与味) 旧西川村(西堺和・西川・西川上) | 上口 小山 橋原 中堺和 東堺和 西 | - | 旧大堺和村 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。)

(R4. 4. 1現在)

| 市町村名 | 辺地名 | | | | | | | | 合計 200辺地 |
|-------|---------|----------|---------|-------|------------|--------|----------|---------|----------|
| 岡山市 | 山上・石妻 | 杉谷 | 畑鮎 | 金山寺 | 北野 | 勝尾・小田 | 野口 | 夫田上 | |
| | 和田南 | 東本宮 | 主師方上 | | | | | | |
| 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 | |
| | 檜井 | 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 | 粟谷 | |
| | 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 | 田淵 | 柿ヶ原 | 梶原 | |
| | 小房 | 宮原 | 上山 | 中川 | 北 | 栗井中 | 川上 | 桂坪 | |
| 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 | | | | | | | | |
| 西粟倉村 | 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 | |

[参考]

関係窓口（申請書・届出書等提出先）一覧

令和4年3月1日現在

申請書類等は、事業所の所在地を所管する県民局の健康福祉課へ提出してください。
岡山市、倉敷市、新見市に所在する事業所は、所在地の市役所担当課へ提出してください。

| 担当課 | 所在地 | 電話番号 F A X 番号 | 管轄する市町村等 | |
|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 岡山県 | 備前県民局 健康福祉部健康福祉課 事業者第1班 | 〒703-8278 岡山市中区古京町1-1-17 | 電話 086-272-3915 F A X 086-272-2660 | 玉野市、備前市 瀬戸内市、赤磐市 和気町、吉備中央町 |
| | 備中県民局 健康福祉部健康福祉課 事業者第1班 | 〒710-8530 倉敷市羽島1083 | 電話 086-434-7054 F A X 086-427-5304 | 笠岡市、井原市 総社市、高梁市 浅口市、早島町 里庄町、矢掛町 |
| | 美作県民局 健康福祉部健康福祉課 事業者班 | 〒708-0051 津山市椿高下114 | 電話 0868-23-1291 F A X 0868-23-2346 | 津山市、真庭市 美作市、新庄村 鏡野町、勝央町 奈義町、西粟倉村 久米南町、美咲町 |
| 岡山市保健福祉局 事業者指導課通所事業者係 | 〒700-0913 岡山市北区大供3-1-8 K S B 会館4階 | 電話 086-212-1013 F A X 086-221-3010 | 岡山市 (みなし指定を受けている事業所を含む) | |
| 倉敷市保健福祉局 指導監査課 | 〒710-8565 倉敷市西中新田640 | 電話 086-426-3297 F A X 086-421-3921 | 倉敷市 (みなし指定を受けている事業所を含む) | |
| 新見市保健福祉部 福祉課 施設指導係 | 〒718-8501 新見市新見310-3 | 電話 0867-72-6125 F A X 0867-72-1407 | 新見市 (みなし指定を受けている事業所を含む) | |