

令和5年度

介護保険事業者サービス別研修会

【指定訪問・通所リハビリテーション】

長野県健康福祉部介護支援課

長野市保健福祉部高齢者活躍支援課

松本市健康福祉部高齢福祉課



## 目次

基準に関する条例等一覧	1
【通所リハビリテーション】	
I 通所リハビリテーションについて	2
II 通所リハビリテーションの人員基準について	2
III 通所リハビリテーションの設備基準について	5
IV 通所リハビリテーションの運営基準について	6
V 報酬関係について	15
【訪問リハビリテーション】	
I 訪問リハビリテーションについて	34
II 訪問リハビリテーションの人員基準について	35
III 訪問リハビリテーションの設備基準について	35
IV 訪問リハビリテーションの運営基準について	36
V 報酬関係について	46
【資料】	
介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱いについて (介護保険最新情報 Vol.678 平成30年9月28日)	58
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(様式は一部抜粋)	73
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 事務処理手順例及び様式例の提示について(様式は一部抜粋)	153
居宅サービスにおける出張所等の設置に係る取扱指針及び手続について	171
通所介護等の区分支給限度基準額に係る給付管理の取扱いについて (介護保険最新情報 Vol.947 令和3年3月22日)	175

基準に関する条例等一覧

【人員・設備・運営】

条 例	施行規則	要 綱
介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例 (平成 24 年長野県条例第 51 号)	介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例施行規則 (平成 25 年長野県規則第 22 号)	長野県指定居宅サービス及び指定介護予防サービス等の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する要綱(25 健長介第 144 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従業者、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に関する条例 (平成 24 年長野県条例第 52 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従業者、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に関する条例施行規則(平成 25 年長野県規則第 23 号)	

【介護報酬の算定】

基準省令	解釈通知
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)	指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について (平成 12 年老企第 36 号)
指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (平成 18 年厚生省告示第 127 号)	指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について (平成 18 年老計発第 0317001 号)

県ホームページ掲載先

ホーム > 健康・医療・福祉 > 高齢者福祉 > 介護保険 > 介護保険法・老人福祉法等に基づく指定居宅サービス等の事業の従業者、設備及び運営の基準に係る条例、施行規則及び要綱について  
<https://www.pref.nagano.lg.jp/kaigo-shien/kenko/koureisha/kaigo/jorei.html>

【その他法令等の表記】

法：介護保険法（平成 9 年 12 月 17 日法律第 123 号）

則：介護保険法施行規則（平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 36 号）

青本・・・・・・ 令和 3 年 4 月版 介護報酬の解釈 1（単位数表編）

赤本・・・・・・ 平成 3 年 4 月版 介護報酬の解釈 2（指定基準編）

緑本・・・・・・ 平成 3 年 4 月版 介護報酬の解釈 3（Q & A・法令編）

# 通所リハビリテーション

## I～IV 指定基準

基準は、指定居宅サービスの事業がその目的を達成するために必要な最低基準を定めたものであり、事業者は常に事業の運営向上に努めなければならない。

### I 通所リハビリテーションについて

#### 1 通所リハビリテーションとは【基本方針：条例第116条】

指定居宅サービスに該当する通所リハビリテーションの事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう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り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。

#### 2 みなし指定の取扱い【事業者の指定の特例：法第71条・72条、則第127条・128条】

健康保険法による保険医療機関・保険薬局の指定、介護保険法による介護老人保健施設の開設許可があったときは、特例として、一定の居宅サービスについて指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者の指定があったとみなされる。

ただし、もとの指定・許可が取り消された場合には、みなし指定も効力を失う。

法律	事業者	指定の特例（介護予防を含む）
健康保険法	・ 保険医療機関 （病院・診療所）	居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション
介護保険法	・ 介護老人保健施設 ・ 介護医療院	短期入所療養介護、通所リハビリテーション

・ 事業の運営に当たっては、介護保険法等の規定を遵守する必要があります。

・ 指定を不要とする旨の申出をした後に、再度指定を受けようとする場合は、通常の指定申請の手続きが必要となります。

### II 通所リハビリテーションの人員基準について

【従業者：条例第117条、施行規則第41条、要綱第28】

#### 1 介護老人保健施設、介護医療院、病院の場合

職種名	配置要件
① 医師	ア <u>専任の常勤医師が1人以上勤務</u> していること。 イ 指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えないものであること。 ウ 指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、当該介護老人保健施設又は当該介護医療院に常勤医師として勤務し

	<p>ている場合には、常勤の要件として足るものであること。</p> <p>また、指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されている事業所において指定通所リハビリテーション事業所の医師が、当該病院又は当該診療所の常勤医師と兼務している場合でも、常勤の要件として足るものであること。</p>
②理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員	<p>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理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員が、利用者の数が10人以下の場合は1人、利用者の数が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。</p> <p>例えば、利用者の数が35人の場合は、<math>35 \div 10 = 3.5 \rightarrow 4</math>人以上の配置が必要（「専ら」とあることから、サービス提供時間帯を通じて通所リハビリ以外の職務に従事しないこと）。</p>
③理学療法士等（②に掲げる人員のうち、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）	<p>専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、利用者が100人又はその端数を増すごとに1以上確保されていること。</p> <p>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、理学療法士等の配置が必要。なお、リハビリテーションを提供する時間帯とはサービス提供時間帯ではない。</p>

## 2 診療所の場合

職種名	配置要件
①医師	<p>ア 利用者の数が同時に10人を超える場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>専任の常勤医師が1人以上勤務していること。</b></li> </ul> <p>イ 利用者の数が同時に10人以下の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>専任の医師が1人勤務していること。</b></li> <li>・ <b>利用者数は、専任の医師1人に対し1日48人以内であること。</b></li> </ul>
②理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員	<p>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理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員が、利用者の数が10人以下の場合は1人、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。</p>
③ ②に掲げる人員のうち、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、経験を有する看護師	<p>常勤換算方法で0.1以上確保されること。</p> <p>例えば、常勤の従業者の勤務時間が週40時間の場合は、1週あたり、<math>40 \times 0.1 = 4</math>時間の勤務を、サービス提供時間帯に行う必要がある。</p>

<通所リハビリテーションの人員基準>

職種名	配置要件	
①管理者	事業所ごと	常勤であること
②管理代行者		必要な場合に、管理者が選任することができる ・ 医師・理学療法士・作業療法士 ・ 専ら指定通所リハビリテーションの提供にあたる看護師 * 指揮命令系統を明確にしておくこと
③医師		<b>1人以上 専任の常勤医師であること</b>
④☆理学療法士 ☆作業療法士 ☆言語聴覚士 看護師 准看護師 介護職員	単位ごと	<b>以下の要件を、ともに満たすこと</b> <b>要件1</b> 【利用者が10人以下の場合】 サービス提供時間帯を通じて、専従する④の従業者が1以上確保されていること 【利用者が10人を超える場合】 サービス提供時間帯を通じて、専従する④の従業者が利用者の数を10で除した数以上確保されていること 例) 利用者が15人の場合専従する従業者は、1.5人以上
		<b>要件2</b> ④のうち☆の療法士が、 <u>リハビリテーションの提供時間帯</u> に利用者が100又はその端数を増す毎に1以上確保されていること。 * 営業日ごとに配置。 例) 利用者が150人の場合、療法士は1.5人ではなく2人以上
		※事業所が診療所の場合 <b>要件1</b> と <b>要件2</b> を満たすこと。 又は <b>要件1</b> と <b>要件3</b> を満たすこと。 <b>要件3</b> ④のうち☆の療法士あるいは <u>経験を有する看護師</u> が、常勤換算方法で0.1以上確保されていること。 * 営業日ごとに0.1以上配置するのが望ましい。 * 経験を有する看護師については、P5の注4参照

注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

注2 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。

注3 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。

注4 「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）に定める指定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）に定める指定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年以上従事した者をいう。

### Ⅲ 通所リハビリテーションの設備基準について

【設備：条例第118条、施行規則第42条、要綱第29】

種別	内容
専用の部屋等	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。 ②内装等には、木材を利用するよう努めなければならない。内装等の木材は、県産材の利用に努めること。【長野県独自基準】
消火設備、 器械及び器具	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通所リハビリテーションを行うために必要な専用の機械及び器具を備えること。

#### <設備基準に係る留意事項>

\* 事業所ごとに備える設備については、専ら当該事業の用に供するものでなければならないこととしているが、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院が互いに併設される場合（同一敷地内にある場合、又は公道をはさんで隣接している場合をいう。）であって、そのうちの複数の施設において、指定通所リハビリテーション事業を行う場合で、次の条件に適合するときは、それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが同一の部屋等であっても差し支えないものとする。

① 当該部屋等において、それぞれの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 それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが、3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上であるものを有すること。ただし、介護老人保健施設又は介護医療院の場合は、当該専用の部屋等の面積に利用者用に確保されている食堂（リハビリテーションに供用されるものに限る。）の面積を加えるものとする。

\* 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、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーションの届出を行っており、当該保険医療機関において、指定通所リハビリテーション（1時間以上2時間未満に限る）又は指定介護予防通所リハビリテーションを実施する際に

は、医療保険のリハビリテーションを受けている患者と介護保険の指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションの利用者に対するサービス提供に支障が生じない場合に限る、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と指定介護予防通所リハビリテーション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、それぞれの利用者数の合計数)を乗じた面積以上とする。

#### IV 通所リハビリテーションの運営基準について

【条例第 119 条～、施行規則第 43 条～、要綱第 30～】

確認事項	留意点
内容及び手続の説明及び同意	<p>事業所の運営規程の概要、重要事項について記した文書(重要事項説明書)を交付し、利用申込者又はその家族に対し説明を行い、利用申込者の同意を得たうえで開始すること。</p> <p>* 重要事項説明書に記載すべき事項</p> <p>① 運営規程の概要                      ② 利用料</p> <p>③ 当該通所リハビリテーション事業所に勤務する従業員の体制</p> <p>④ 事故発生時の対応</p> <p>⑤ 苦情処理の体制</p> <p>⑥ その他(秘密保持、衛生管理等)</p>
提供拒否の禁止	<p>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サービス提供の拒否は禁止。</p> <p>* 提供を拒むことのできる正当な理由とは、以下の場合が想定される。</p> <p>① 事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合</p> <p>② 利用者申込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</p> <p>③ 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</p>

#### \* 通常の事業の実施地域について

「通常の事業の実施地域」とは、通所リハビリテーション事業所が運営規程に定める通常サービス提供を行う地域として定めている地域を指す。

介護支援専門員から依頼があった場合に、通常の事業の実施地域に定めているにもかかわらず正当な理由がなく断るのは適切でない。通常の事業の実施地域を見直す必要がある場合は、「運営規程」の変更として変更届を提出する。

確認事項	留意点
サービス提供困難時の対応	<p>通常の事業の実施地域等を勘察し、利用申込者に対し自ら適切な通所リハビリテーションを提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の通所リハビリテーション事業者等への紹介その他必要な措置を速やかに講じること。</p>
受給資格等の確認	<p>サービスの提供が求められた場合は、被保険者証により、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認すること。</p>



確認事項	留意点
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。
居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	事業者は、居宅サービス計画に沿った指定通所リハビリテーションを提供しなければならない。 * 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が取れていること。
サービス提供の記録	利用者がサービスの利用状況や、支給限度額の残高を把握できるようにするため、通所リハビリテーションの提供日、内容等を記録しなければならない。 * 介護報酬算定の根拠となる実際のサービス提供時間、送迎の時間、通所リハビリテーションに従事した職員の氏名、職種名、配置時間等を明確にしておくこと。
利用料等の受領及び費用の徴収に係る留意事項	<p>①利用者から徴収することができる利用料及び費用は以下のとおり。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○利用料 <ul style="list-style-type: none"> <li>【提供したサービスが法定代理受領サービスである場合】</li> <li>介護報酬告示上の額に、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額</li> <li>【法定代理受領サービス以外である場合】</li> <li>介護報酬告示上の額（10割）</li> </ul> </li> <li>○通常の実施地域以外に居住する利用者の送迎費用（実施地域を越えた地点から起算）</li> <li>○時間延長料金</li> <li>○食費</li> <li>○おむつ代</li> <li>○その他の日常生活費 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用</li> <li>・ 利用者の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用</li> </ul> </li> </ul> <p><b>* <u>上記以外の費用の支払を受けることはできません。</u></b></p> <p>②法定代理受領サービスである場合と、そうでない場合との間に不合理な差額が生じないようにしなければならない。また、保険外サービスについては、介護保険の通所リハビリテーションとは明確に区分する必要がある。</p>

<利用料等の受領及び費用の徴収に係る留意事項>

- \* **上記料金であっても徴収をするためには、運営規程に金額を明記し、重要事項を説明する際に利用者又はその家族に対して具体的に説明し、同意を得ておかなければならない。**
- \* 上記料金の支払いを受けた場合には、利用者に対して通所リハビリテーションの利用回数、費用区分等を明確にした領収書を交付しなければならない。

- \* 口座引き落としの場合にも必要。
- \* 利用料が医療費控除の対象となる場合もあるため、医療費控除が受けられる領収書を発行する必要がある。
- \* **介護予防通所リハビリテーションでは、時間延長料金を徴収できない。**
- \* その他の日常生活費については、「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）」を参照

◎ 介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱いについて

介護保険サービスと保険外サービスの組み合わせについては、「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）等においてすでにその取扱いが示されていますが、より具体的な取扱いについて、介護保険最新情報 Vol. 678（「介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱いについて」）において示されました。詳細については、通知をご確認ください。

確認事項	留意点
通所リハビリテーションの基本取扱方針	サービス提供は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うこと。また、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。
通所リハビリテーションの具体的な取扱方針	指定通所リハビリテーションの方針は、下記①～④に掲げるところによること。 ①医師の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の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行うこと。 ②通所リハビリテーション従業者は、サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うこと。 ③サービスの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供すること。特に、認知症である要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービス提供ができる体制を整えること。 ④リハビリテーション会議の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するよう努め、利用者に対し、適切なサービスを提供すること。
通所リハビリテーション計画の作成	医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる通所リハビリテーション従業者（以下「医師等の従業者」という）は、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、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。 通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、下記①～⑥に留意すること。また、通所リハビリテーション計画の変更についても、同様に①～⑥を実施すること。 ①医師等の従業者は、共同して通所リハビリテーション計画を作成しな

<p>通所リハビリテーション計画の作成</p>	<p>なければならない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリテーションの目標</li> <li>・当該目標を達成するための具体的なサービスの内容</li> </ul> <p>具体的なサービスの内容：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内容等</p> <p>②通所リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されているときは、当該計画等に沿って作成しなければならない。</p> <p>③医師等の従業者は、通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。</p> <p>④医師等の従業者は、通所リハビリテーション計画を作成した際には、当該通所リハビリテーション計画を利用者に交付しなければならない。</p> <p>⑤通所リハビリテーション従業者は、それぞれの利用者について、通所リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載すること。</p> <p>⑥通所リハビリテーション事業者が訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、指定訪問リハビリテーション及び指定通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの提供内容について整合性のとれた通所リハビリテーション計画を作成した場合には、訪問リハビリテーション計画作成の基準を満たすことをもって、通所リハビリテーション計画作成の基準を満たしているものとみなすことができる。</p>
-------------------------	---

<通所リハビリテーションの具体的取扱方針と通所リハビリテーション計画作成の留意事項>

- \* 通所リハビリテーションは、通所リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、個々の利用者に応じて作成された通所リハビリテーション計画に基づいて行われるものであること。
- \* 通所リハビリテーション計画は、通所リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、医師の診察内容及び運動機能検査等の結果を基に、通所リハビリテーションの提供に関わる従業者が共同して個々の利用者ごとに作成するものであること。
- \* 通所リハビリテーション計画の目標及び内容については、利用者又は家族に説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うこと。
- \* 通所リハビリテーション計画は、居宅サービス計画に沿って作成すること。通所リハビリテーション計画を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該通所リハビリテーション計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更すること。
- \* サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容等を説明した上で利用者の同意を得ること。また、管理者は、当該リハビリテーション計画書を利用者に交付すること。
- \* 交付した通所リハビリテーション計画は、完結の日から2年間保存しなければならない。
- \* リハビリテーション会議の構成員は、利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置付けた居宅サービス等

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こと。

\* リハビリテーション会議では、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当該会議の構成員と共有するよう努めること。

確認事項	留意点
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。
管理者等の責務	<p>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選任した者に、必要な管理の代行をさせることができる。</p> <p>* 管理の代行をさせる場合は、組織図等により、指揮命令系統を明確にすること。</p>
介護保険等関連情報の活用とPDCAサイクルの推進について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指定居宅サービスの提供に当たっては、介護保険等関連情報等を活用し、事業所単位でPDCAサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければならないこととしたものである。</li> <li>・ この場合において、「科学的介護情報システム（LIFE：Long-term care Information system For Evidence）」に情報を提出し、当該情報及びフィードバック情報を活用することが望ましい。</li> </ul>
業務継続計画の策定（令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るために業務継続計画を策定し、通所リハビリテーション従業者に対して当該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実施しなければならない。</li> <li>・ 各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照すること。</li> <li>・ 業務継続計画については定期的に見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。</li> </ul> <p>○ 感染症に係る業務継続計画</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a 平時からの備え (体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等)</li> <li>b 初動対応</li> <li>c 感染拡大防止体制の確立 (保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等)</li> </ul> <p>○ 災害に係る業務継続計画</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）</li> <li>b 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）</li> <li>c 他施設及び地域との連携</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとする。職員教育を組織的に浸透させていくために定期的（年1回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には</li> </ul>

	<p>別に研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年1回以上）に実施するものとする。実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。</li> </ul>
<p>衛生管理等 （令和6年3月31日 までの間は、努力義務 とされている）</p>	<p>感染症が発生し、又はまん延しないように講ずべき措置については、具体的には以下の取扱いとすること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会</u> 感染対策委員会は、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね6月に1回以上、定期的を開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要がある。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。</li> <li>・<u>感染症の予防及びまん延の防止のための指針</u> 当該指針には、平常時の対策及び発生時の対応を規定する。平常時の対策としては、事業所内の衛生管理（環境の整備等）、ケアにかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等が想定される。また、発生時における事業所内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要である。それぞれの項目の記載内容の例については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照すること。</li> <li>・<u>感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練</u> 当該研修の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該事業所が定期的な教育（年1回以上）を開催するとともに、新規採用時には感染対策研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録することが必要である。 なお、研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、事業所内で行うものでも差し支えなく、当該事業所の実態に応じ行うこと。 また、平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年1回以上）に行うことが必要である。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとする。訓練の実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。</li> </ul>

確認事項	留意点
<p style="text-align: center;">虐待の防止 (令和6年3月31日 までの間は、努力義務 とされている)</p>	<p>① <u>虐待の防止のための対策を検討する委員会</u></p> <p>虐待防止検討委員会は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的を開催することが必要である。また、虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。</p> <p>虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要である。</p> <p>虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討することとする。その際、そこで得た結果（事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、従業者に周知徹底を図る必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること</li> <li>ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること</li> <li>ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること</li> <li>ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること</li> <li>ホ 従業者が高齢者虐待を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること</li> <li>ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること</li> <li>ト 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること</li> </ul> <p>② <u>虐待の防止のための指針</u></p> <p>指定訪問介護事業者が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方</li> <li>ロ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項</li> <li>ハ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針</li> <li>ニ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針</li> <li>ホ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項</li> <li>ヘ 成年後見制度の利用支援に関する事項</li> <li>ト 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項</li> <li>チ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項</li> <li>リ その他虐待の防止の推進のために必要な事項</li> </ul> <p>③ <u>虐待の防止のための従業者に対する研修</u></p> <p>従業者に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、当該指定訪問介護事業所における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとする。</p> <p>職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定訪問介護事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年1回以</p>

	<p>上)を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要である。</p> <p>また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、事業所内での研修で差し支えない。</p> <p><u>④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者</u></p> <p>指定訪問介護事業所における虐待を防止するための体制として、①から③までに掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要である。当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業員が務めることが望ましい。</p>
<p>地域との連携等</p>	<p>①指定訪問リハビリテーション事業者は、その事業の運営にあたっては、提供した指定訪問リハビリテーションに関する利用者からの苦情に関して市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業所協力するよう努めなければならない。</p> <p>②指定訪問リハビリテーション事業者は、指定訪問リハビリテーション事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して指定訪問リハビリテーションを提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても指定訪問リハビリテーションの提供を行うよう努めなければならない。</p>
<p>運営規程</p>	<p>指定通所リハビリテーション事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めておかななければならない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業の目的及び運営の方針</li> <li>・ 従業員の職種、員数及び職務の内容</li> <li>・ 営業日及び営業時間</li> <li>・ 指定通所リハビリテーションの利用定員</li> <li>・ 指定通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額</li> <li>・ 通常の事業の実施地域</li> <li>・ <u>虐待防止のための措置に関する事項</u></li> <li>・ サービス利用に当たっての留意事項</li> <li>・ 非常災害対策</li> <li>・ その他運営に関する重要事項</li> </ul>
<p>勤務体制の確保等</p>	<p>①利用者に対し適切な指定通所リハビリテーションを提供することができるよう、指定通所リハビリテーション事業所ごとに、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の勤務の体制を定めておかななければならない。</p> <p>②指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士によって指定通所リハビリテーションを提供しなければならない。</p> <p>③指定通所リハビリテーション従業員の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。その際、当該指定通所リハビリテーション事業者は、全ての通所リハビリテーション従業員（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第八条第二項に規定する政令で定める者等の資格を有する者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じなければならない。</p> <p>④指定通所リハビリテーション事業者は、適切な指定通所リハビリテーションの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越</p>

<p>勤務体制の確保等</p>	<p>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通所リハビリテーション従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。</p> <p>イ 事業主が講ずべき措置の具体的内容</p> <p>事業主が講ずべき措置の具体的な内容は、事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成 18 年厚生労働省告示第 615 号）及び事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和 2 年厚生労働省告示第 5 号。以下「パワーハラスメント指針」という。）において規定されておりであるが、特に留意されたい内容は以下のとおりである。</p> <p>a 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発</p> <p>職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発すること。</p> <p>b 相談(苦情を含む。以下同じ)に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備</p> <p>相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。なお、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置義務については、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律第 24 号）附則第 3 条の規定により読み替えられた労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第 30 条の 2 第 1 項の規定により、中小企業（医療・介護を含むサービス業を主たる事業とする事業主については資本金が 5000 万円以下又は常時使用する従業員の数が 100 人以下の企業）は、令和 4 年 4 月 1 日から義務化となり、それまでの間は努力義務とされているが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努められたい。</p> <p>ロ 事業主が講じることが望ましい取組について</p> <p>パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して 1 人で対応させない等）及び③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）が規定されている。介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、イ（事業主が講ずべき措置の具体的内容）の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「(管理職・職員向け)研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましい。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載しているので参考にすること。</p> <p>(<a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html</a>)</p> <p>加えて、都道府県において、地域医療介護総合確保基金を活用した介護職員に対する悩み相談窓口設置事業や介護事業所におけるハラスメント対策推進事業を実施している場合、事業主が行う各種研修の費用等について助成等を行っていることから、事業主はこれからの活用も含め、介護事業所におけるハラスメント対策を推進することが望ましい。</p>
-----------------	---



<勤務表作成上の留意事項>

- \* 事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、従業員の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、専従の別、職員配置、管理者との兼務関係等を明確にすること。

確認事項	留意点
事故発生時の対応	<p>①利用者へのサービス提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずること。</p> <p>②事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。</p> <p>③利用者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うこと。</p>
記録の整備・保存	<p>通所リハビリテーション事業所は、次の記録を整備しておかなければならない。</p> <p>① 従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録</p> <p>② 利用者に対する通所リハビリテーションの提供に関する記録</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・通所リハビリテーション計画</li> <li>・具体的なサービスの内容等の記録（診療記録を含む）</li> <li>・利用者に関する市町村への通知に関する記録</li> <li>・利用者からの苦情の内容等の記録</li> <li>・事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録</li> </ul> <p>* 上記の記録は、<u>その完結の日（※）</u>から2年間保存（苦情及び事故関係の記録は5年間）保存しなければならない。</p>

※ 『その完結の日』とは、個々の利用者につき、契約終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立等）により一連のサービス提供が終了した日を指すものとする。

## V 報酬関係について

### 1 事業所の規模区分

通常規模事業所	前年度の1月当たりの平均利用延人員数が750人以内
大規模事業所（Ⅰ）	前年度の1月当たりの平均利用延人員数が751人以上900人以内
大規模事業所（Ⅱ）	前年度の1月当たりの平均利用延人員数が901人以上

○ 通所リハビリテーション費は、前年度の1月当たりの平均利用延人員数に応じた事業所規模区分に応じて、所定単位数が適用される。そのため、前年4月から当年2月までの利用者数について確認し、現在届け出ている事業所規模と変わる場合は、体制届の提出が必要となる（毎年3月15日まで）。

※ 事業所規模については、実際に平均利用延人員数に基づいて適切に請求を行われているか国の会計検査の検査対象となっており、介護保険適正化システムにより、請求件数と規模の区分が一致しない場合は抽出されるので留意すること。

○ 事業所規模別の報酬の基礎となる平均利用延人員数の算定の際には、介護予防サービスの利用者数を含む（介護予防サービスの指定を併せて受け一体的に事業を実施している場合）。

<平均利用延人員数の計算方法>

1時間以上2時間未満の報酬を算定する利用者	利用者数 × 1 / 4
2時間以上3時間未満の報酬を算定する利用者及び 3時間以上4時間未満の報酬を算定する利用者	利用者数 × 1 / 2
4時間以上5時間未満の報酬を算定する利用者及び 5時間以上6時間未満の報酬を算定する利用者	利用者数 × 3 / 4

※介護予防通所リハビリテーション事業を一体的に実施している場合は当該利用者も含むこと。

※1月間、毎日事業を実施した場合は当月の平均利用延人員数に6/7を掛ける

- 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、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。
- 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。
- ※ 毎年度末、「通所リハビリテーション事業所規模区分確認書」を必ず作成し、平均利用延人員数を確認すること。

## 2 所要時間による区分

- 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指定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。

## 3 指定通所リハビリテーションの提供

- ① 指定通所リハビリテーションは、事業所の医師の診療に基づき、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だが、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こと。
- ② 指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行う。
- ③ ②における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示に基づき行った内容を明確に記載する。
- ④ 通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直す。初回の評価は、通所リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始から概ね2週間以内に、その後は概ね3月ごとに評価を行う。

- ⑤ 指定通所リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定通所リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書に指定通所リハビリテーションの継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、その他指定居宅サービスの併用と以降の見通しを記載し、本人、家族に説明を行う。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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。

#### 4 サービス利用中の医療機関の受診

- 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。
- なお、緊急やむを得ない場合にお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ることから、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すること。

#### 5 定員超過利用減算（通所リハビリ、予防リハビリ）

- 月平均の利用者の数が、運営規程に定められている利用定員を超えた場合は減算する。
- 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。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される（所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定する）。

#### 6 人員基準欠如減算（通所リハビリ、予防リハビリ）

- 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員について、指定居宅サービス基準・指定介護予防サービス基準に定める員数を置いていない場合に減算される。

##### <減算の期間・取扱い>

ア 1割を超えて減少した場合	→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、単位ごとに、利用者全員の報酬額を100分の70で算定。
イ 1割の範囲内で減少した場合	→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、単位ごとに、利用者全員の報酬額を100分の70で算定 (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)。

7 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  
(通所リハビリ) ※より詳細な算定要件については介護保険最新情報 Vol. 937 を参照すること。

I 事業所規模別の報酬区分別 適用できる加算・特例

事業所規模別の報酬区分	適用できる加算・特例
通所リハビリテーション (通常規模型)	① 3%加算
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

II 加算・特例の発動条件

① 3%加算	○ 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：897単位 3%加算：897×0.03=27単位 合計：924単位 (+27単位)
② 規模区分の特例	○ 利用延べ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べ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  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)：841単位 →基本報酬(大規模型 I)：868単位 (+27単位) →基本報酬(通常規模型)：897単位 (+56単位)

※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っては、当該減算後の単位数に3%を乗じて計算する。

III 算定に当たっての留意事項

ア 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。
○ 通所リハビリテーション(大規模型 I、大規模型 II)について、① 3%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
○ 「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。
○ 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。

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3年度の1月当たりの平均利用延人員数が1,001人、令和4年4月の利用延人員数が951人の場合、 $(1,001-951) \div 1,001 = 0.04995 \Rightarrow 4.995\% \Rightarrow 5.00\%$ 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 $897 \text{ 単位} \times 0.03 = 26.91 \div 27 \text{ 単位}$ 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。

## 8 理学療法士等体制強化加算（通所リハビリ）

* 1時間以上2時間未満の通所リハビリ 30単位/日
○ 1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションにおいて、人員基準を超えて、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を専従かつ常勤で2名以上配置している場合算定できる。

## 9 延長加算（通所リハビリ）

8時間以上9時間未満の場合	50単位/日	9時間以上10時間未満の場合	100単位/日
10時間以上11時間未満の場合	150単位/日	11時間以上12時間未満の場合	200単位/日
12時間以上13時間未満の場合	250単位/日	13時間以上14時間未満の場合	300単位/日

- 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所要時間と、そ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が8時間以上となった場合算定できる。
- 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（3時間以上の通所リハビリ）

所要時間3時間以上4時間未満の場合	12単位/日
所要時間4時間以上5時間未満の場合	16単位/日
所要時間5時間以上6時間未満の場合	20単位/日
所要時間6時間以上7時間未満の場合	24単位/日
所要時間7時間以上の場合	28単位/日

- 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2.5又はその端数を増すごとに1以上であること。

- 「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が同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、指定通所リハビリテーションの利用者数と指定介護予防通所リハビリテーションの利用者数の合計をいう。

## 11 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算（通所リハビリ、予防リハビリ）

<p>* 通所リハビリ 5単位/日      * 予防リハビリ 5単位/月</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の実施地域を越えてサービス提供を行った場合算定できる。</li> <li>○ 当該加算を算定する場合は、通常の実施地域を越えた場合に徴収することが出来る交通費の支払いを受けることはできない。</li> <li>○ 本加算は、支給限度額管理の対象外。</li> </ul>
---

## 12 入浴介助加算（通所リハビリ）

<p><b>イ 入浴介助加算（Ⅰ） * 通所リハビリ 40 単位/日</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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が、この場合の「観察」とは、自立生活支援のための見守りの援助のことであり、結果として身体に直接接触する介助を行わなかった場合についても、加算の対象となるものである。</li> <li>○ 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）や清拭である場合は、これを含む。</li> </ul>
<p><b>ロ 入浴介助加算（Ⅱ） * 通所リハビリ 60 単位/日</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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家族・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、<u>入浴介助加算（Ⅰ）の要件に加え、以下の①～③を実施していることを評価するものである。</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士、介護支援専門員等が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。 ※ 当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、当該利用者自身又は家族・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、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与、購入、住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。</li> <li>② 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師との連携の下で、当該利用者の身体の状況や訪問により把握した当該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こと。なお、個別の入浴計画に相当する内容を通所リハビリテーション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。</li> <li>③ 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</li> </ul> </li> </ul>

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あたっては、既存の研修等を参考にすること。

※入浴介助加算（Ⅱ）の詳しい算定要件については、留意事項通知及び「令和3年度介護報酬改定Q & A (Vol. 8) (介護保険最新情報 Vol. 974)」の記載を参照すること。

### 13 リハビリテーションマネジメント加算（通所リハビリ）

(A)	イ	(1) 同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 560単位/月 (2) 同意を得た日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 240単位/月
	ロ	(1) 同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 593単位/月 (2) 同意を得た日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 273単位/月
(B)	イ	(1) 同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 830単位/月 (2) 同意を得た日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 510単位/月
	ロ	(1) 同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 863単位/月 (2) 同意を得た日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 543単位/月

#### イ リハビリテーションマネジメント加算(A)イ

(1)	指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか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（指定居宅サービス等基準第百五十条第一項に規定する通所リハビリテーション計画をいう。以下同じ。）について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師に報告すること。
(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)	次のいずれかに該当すること。 (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居宅サービス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、当該事業者に対し、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)	(1)から(7)までに掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。

**ロ リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ (LIFEへの情報提出が必要)**

①	イ(1)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
②	利用者ごとの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。

**ハ リハビリテーションマネジメント加算(B)イ**

①	イ(1)から(3)まで及び(5)から(7)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
②	通所リハビリテーション計画について、指定通所リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。
③	(1)及び(2)に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 (LIFEへの情報提出が必要)**

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。

**<(A)・(B)共通の留意事項>**

- 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SPDC A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。
- 「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。

- 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。
- リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(1)、(A)ロ(1)、(B)イ(1)又は(B)ロ(1)を取得後は、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(2)、(A)ロ(2)、(B)イ(2)又は(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。
- 毎回のリハビリテーションは、医師の指示の下行われるものであり、当該の指示は利用者の状態等を踏まえて適時適切に行われることが必要であるが、必ずしもリハビリテーションの提供の日の度に、逐一、医師が理学療法士等に指示する形のみを求めるものではない。例えば、医師が状態の変動の範囲が予想できると判断した利用者について、適当な期間にわたり、リハビリテーションの指示を事前に出しておき、リハビリテーションを提供した理学療法士等の記録等に基づいて適宜指示を修正する等の運用でも差し支えない。
- 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。
- 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事業所若しくは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。
- 加算(A)ロ及び加算(B)ロの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」を参照すること。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、SPDCAサイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。

#### 14 短期集中個別リハビリテーション実施加算（通所リハビリ）

**\*通所リハビリ 110単位/日**

- 退院（所）日又は認定日から起算して、3月以内の期間に、1週につきおおむね2日以上、1日あたり40分以上の個別リハビリテーションを実施すること。
- 「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」又は「生活行為向上リハビリテーション実施加算」を算定している場合は算定しない。

15 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（通所リハビリ）

<b>イ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） *通所リハビリ 240 単位／日</b>	
①	退院（所）日又は通所開始日から起算して3カ月以内の期間に算定できる。
②	1週間に2日を限度として、20分以上の個別リハビリテーションを実施すること。
<b>ロ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） *通所リハビリ 1920 単位／月</b>	
①	退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して3カ月以内の期間に算定できる。
②	<b>1月に4回以上</b> リハビリテーションを実施すること。
③	必要な事項の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。また、計画の作成にあたっては、利用者の生活環境をあらかじめ把握するため、利用者の居宅を訪問すること。
④	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。
⑤	<b>リハビリテーションマネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。</b>

<（Ⅰ）、（Ⅱ）共通の留意事項>

- 当該リハビリテーションに関わる医師は精神科医師又は神経内科医師を除き、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了していること。具体的には、次の研修等が該当する。
  - ①全国老人保健施設協会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション研修」
  - ②都道府県等が実施する「認知症サポート医養成研修」
- 「短期集中リハビリテーション実施加算」又は「生活行為向上リハビリテーション実施加算」を算定している場合は算定しない。
- 利用者が過去3カ月の間に本加算を算定した場合には算定できない。

16 生活行為向上リハビリテーション実施加算（通所リハビリ、予防リハビリ）

<b>*通所リハビリ 1250 単位／月 *予防リハビリ 562 単位／月 ※利用開始日から6月以内</b>	
○ <u>生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識・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を配置すること。</u>	
○ 必要な事項を定めたりハビリテーション実施計画に基づき、リハビリテーションを提供すること。	
○ 計画で定めた通所リハビリテーションの実施期間中に、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、目標の達成状況を報告すること。	
○ 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、本加算の趣旨について説明した上で、当該計画の同意を得なければならない。	
○ 「短期集中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は算定しない。	
○ （通所リハビリ）リハビリテーションマネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。	

17 若年性認知症利用者受入加算（通所リハビリ、予防リハビリ）

<b>*通所リハビリ・予防リハビリ 60 単位／日</b>	
○ 受け入れた若年性認知症利用者ごとに <u>個別の担当者を定め</u> 、その者を中心に、当該利用者の <u>特性やニーズに応じたサービス提供</u> を行うこと。	
○ 若年性認知症利用者とは、初老期における認知症によって要介護者となった者で、65歳の誕生日の前々日までが同加算の算定対象である。	

## 18 栄養アセスメント加算（LIFEへの情報提出が必要）

### \*通所リハビリ・予防リハビリ 50単位/月

- ・当該事業所の職員として、又は外部(※)との連携により、管理栄養士を1名以上配置していること。  
(※他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」。ただし、介護保険施設については、常勤で1以上又は栄養ケアマネジメント強化加算の算定要件の数を超えて管理栄養士を配置している施設に限る。)
- ・利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員その他の職種の者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。
- ・利用者ごとの栄養状態等の情報を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提出していること。
- ・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」を参照すること。

※ 口腔・栄養スクリーニング加算（I）及び栄養改善加算との併算定は不可

○ 栄養アセスメントについては、3月に1回以上、イからニまでに掲げる手順により行うこと。あわせて、利用者の体重については、1月毎に測定すること。

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、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、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。

## 19 栄養改善加算（3月以内の期間に限り、1月に2回を限度）

### \*通所リハビリ 200単位/回 予防リハビリ 200単位/月

- ・当該事業所の職員として、又は外部(※)との連携により、管理栄養士を1名以上配置していること。  
(※他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」。ただし、介護保険施設については、常勤で1以上又は栄養ケアマネジメント強化加算の算定要件の数を超えて管理栄養士を配置している施設に限る。)
- ・利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者（以下「管理栄養士等」）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すること。
- ・利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。
- ・栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。
- ・栄養改善サービスの提供に当たり、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。

20 口腔・栄養スクリーニング加算（通所リハビリ、予防リハビリ）

<p><b>イ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） *通所リハビリ・予防リハビリ 20単位/回</b></p> <p>介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を、利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 （※栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併算定不可）</p>
<p><b>ロ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） *通所リハビリ・予防リハビリ 5単位/回</b></p> <p>利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態の<u>いずれかの確認</u>を行い、当該情報を、利用者を担当している介護支援専門員に提供していること。 （※栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており加算（Ⅰ）を算定できない場合にのみ算定可能）</p>

- 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。
- 口腔・栄養スクリーニング加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービス又は口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供が必要だと判断された場合は、口腔・栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定できること。

21 口腔機能向上加算（通所リハビリ、予防リハビリ）（L I F Eが必要な上位区分あり）

<p><b>イ 口腔機能向上加算（Ⅰ） *通所リハビリ 150単位/回 *予防リハビリ 150単位/月</b></p> <p>①言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。 ②利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、医師、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。 ③利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い医師、医師若しくは歯科医師の指示を受けた言語聴覚士若しくは看護職員又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能向上サービスを行っていると同時に、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。 ④利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。 ⑤定員超過利用・人員基準欠如減算の期間は算定できない。</p>
<p><b>ロ 口腔機能向上加算（Ⅱ） *通所リハビリ 160単位/回 *予防リハビリ 160単位/月</b></p> <p>・口腔機能向上加算（Ⅰ）の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を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提出していること。 ・厚生労働省への情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照すること。</p>

※（Ⅰ）と（Ⅱ）は併算定不可

## 22 重度療養管理加算（通所リハビリ）

<p><b>*通所リハビリ 100 単位／日</b></p> <p>○ <u>所要時間 1 時間以上 2 時間未満の利用者以外の者</u>であり、<u>要介護 3、要介護 4 又は要介護 5</u>であつて、<u>厚生労働大臣が定める状態(※)であるもの</u>に対して、計画的な医学的管理のもと通所リハビリテーションを行った場合に算定できる。</p> <p>○ 利用者に対する医学的管理の内容等を診療録に記録しておくこと。</p>
<p>※厚生労働大臣が定める状態</p> <p><u>留意事項通知により、さらに詳細に規定されているので注意すること。</u></p> <p>イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態</p> <p>ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態</p> <p>ハ 中心静脈注射を実施している状態</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>ヘ 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の 4 級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態</p> <p>ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態</p> <p>チ 褥瘡に対する治療を実施している状態</p> <p>リ 気管切開が行われている状態</p>

## 23 中重度ケア体制加算（通所リハビリ）

<p><b>*通所リハビリ 20 単位／日</b> （事業所を利用する<u>利用者全員に算定</u>が可能）</p> <p>○ 基準に定められる看護職員又は介護職員の員数に加え、毎月ごとに看護職員又は介護職員を常勤換算方法で 1 以上確保すること。</p> <p>○ 前年度又は算定日が属する月の前 3 月間の利用者数の総数のうち、要介護度区分が要介護度 3 を超える者の割合が 100 分の 30 以上であること。</p> <p>○ サービスを提供する時間帯を通じて、専らサービスの提供に当たる看護職員を 1 名以上配置していること。この職員については他の職務との兼務は認められない。</p> <p>○ 要介護度 3、要介護度 4 又は要介護度 5 である利用者の割合の算出に当たっては、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、利用者実人数又は利用延人員数を用いて算出し、要支援者は含めない。（前年度の実績により算出した場合には、毎年度 3 月初めに当該年度の実績が基準に適合しているか確認し、適合していない場合は、翌年度の算出に当たり、加算取下げの届出を行うこと。）ただし、前年度の実績が 6 月に満たない事業所（新規・再開を含む）については、届出日の属する月の前 3 月の 1 月当たりの実績の平均を用いて算出する。</p> <p>○ 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は、直ちに加算を取り下げなければならない。</p>
--

## 24 利用者の住居と同一の建物に所在する事業所に対する減算

	* 通所リハビリ	* 予防通所リハビリ
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に通所リハビリテーションを行った場合の減算	94単位減算／日	要支援1 376単位減算／月 要支援2 752単位減算／月

※「同一建物」とは、指定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。

例) ・当該建物の1階部分に指定通所リハビリテーション事業所がある場合

・当該建物と渡り廊下等でつながっている場合

※ 同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接している場合には該当しない。

○ 例えば、自宅から事業所へ通い、同一建物に宿泊する場合、この日は減算とならないが、同一建物に宿泊した者が事業所へ通い、自宅に帰る場合、この日は減算の対象となる。

→ 短期入所生活介護事業所が同一建物にある場合は、注意が必要。

## 25 科学的介護推進体制加算 (LIFEへの情報提出が必要)

### I 加算の概要

* 通所リハビリ 40単位／月 * 予防リハビリ 40単位／月
<p>○ 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、利用者ごとに以下に掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の利用者全員に対して算定できるものであること。</p> <p>○ 情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。<u>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(介護保険最新情報Vol.938)」を参照すること。</u></p> <p>○ <u>事業所は、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、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、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。</u></p>

### II LIFEへの情報提出頻度・提出情報について

<p>○利用者ごとに、<u>(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。</u></p> <p>○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、直ちに加算の取り下げをしなければならず、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。</p> <p>例) 4月の情報を5月10日までに提出を行えない場合は、直ちに加算の取り下げが必要であり、4月サービス提供分から算定ができないこととなる。</p> <p>○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。</p>
--

	提出頻度	提出情報の時点	提出情報の内容
(ア)	本加算の算定を開始しようとする月においてサービスを利用している利用者(以下「既利用者」という。)については、当該算定を開始しようとする月	当該算定開始時における情報	<b>事業所の全ての利用者について、以下の情報をやむを得ない場合(※)を除き、すべて提出する</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「評価日」</li> <li>・「前回評価日」</li> <li>・「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」</li> <li>・「総論(A D L及び在宅復帰の有無等に限る。)」</li> <li>・「口腔・栄養」</li> <li>・「認知症(必須項目に限る。)」</li> </ul> 以下の各項目に係る情報についても必要に応じ提出することが望ましい <ul style="list-style-type: none"> <li>・「総論(既往歴、服薬情報及び同居家族等に限る。)」</li> <li>・「認知症(任意項目に限る。)」</li> </ul>
(イ)	本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降にサービスの利用を開始した利用者(以下「新規利用者」という。)については、当該サービスの利用を開始した日の属する月	当該サービスの利用開始時における情報	
(ウ)	(ア)又は(イ)の月のほか、少なくとも6月ごと	前回提出時以降の情報	
(エ)	サービスの利用を終了する日の属する月	当該サービスの利用終了時における情報	

※ やむを得ない場合とは、例えば、通所サービスの利用者について、情報を提出すべき月において、当該月の中旬に評価を行う予定であったが、緊急で月初めに入院することとなり、当該利用者について情報の提出ができなかった場合や、データを入力したにも関わらず、システムトラブル等により提出ができなかった場合等、利用者単位で情報の提出ができなかった場合がある。

また、提出する情報についても、例えば、全身状態が急速に悪化した入所者について、必須項目である体重等が測定できず、一部の情報しか提出できなかった場合等であっても、事業所・施設の利用者又は入所者全員に当該加算を算定することは可能である。ただし、情報の提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておくこと。

## 26 送迎を行わない場合の減算(通所リハビリ)

### \*通所リハビリ 47単位減算/片道

- 利用者に対して、居宅と事業所間の送迎を行わない場合には、片道につき47単位を減算する。
- 同一建物減算の対象となっている場合は、送迎減算の対象とならない。

## 27 移行支援加算(通所リハビリ)

### \*通所リハビリ 12単位/日(評価対象期間の属する年度の次の年度内に限る)

- 評価対象期間内に指定通所リハビリテーションの提供を終了した者のうち、指定通所介護等を実施した者の割合が100分の3を超えること。
- リハビリテーションの利用の回転率(12月を利用者の平均利用延月数で除して100を掛けた値)が27%以上であること。
- 評価対象期間内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日以上44日以内に、事業所の従業員が通所リハビリテーション終了者に対して、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。
- 通所リハビリテーション終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するに当たり、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事務所へ提供すること。

## 28 サービス提供体制強化加算（通所リハビリ、予防リハビリ）

	通所リハビリ	予防通所リハビリ	
		要支援 1	要支援 2
加算（Ⅰ）	22 単位／回	88 単位／月	176 単位／月
加算（Ⅱ）	18 単位／回	72 単位／月	144 単位／月
加算（Ⅲ）	6 単位／回	24 単位／月	48 単位／月

- 加算（Ⅰ） 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割合が 100 分の 25 以上であること。
- 加算（Ⅱ）・・・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。
- 加算（Ⅲ） 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)・・・利用者に直接提供する職員（理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、看護職員又は介護職員）のうち、勤続年数が 7 年以上の者の占める割合が 100 分の 30 以上であること。
- 定員超過又は人員欠如減算の期間は算定できない。
- 職員の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 10 年以上の介護福祉士」については、介護福祉士の資格を有する者であって、同一法人等での勤続年数が 10 年以上の者の割合を要件としたものであり、介護福祉士の資格を取得してから 10 年以上経過していることを求めるものではない。
- 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、同一法人等（※）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。
  - （※）事業所の合併または別法人による事業の承継の場合であって、施設・当該事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合の勤続年数は通算することができる。
  - （※）同一法人のほか、法人の代表者等が同一で、採用や人事異動、研修が一体的となつて行われる等、職員の労務管理を複数法人で一体的に行っている場合も含まれる。

## 29 長期利用者減算（予防リハビリ）

	要支援 1 の場合	要支援 2 の場合
指定介護予防通所リハビリテーションの利用が 12 月を超える場合の減算	20 単位減算／月	40 単位減算／月

- 入院による中断があり医師の指示内容に変更がある場合は、新たに利用が開始されたものとする。
- 本取扱いについては、令和 3 年 4 月から起算して 12 月を超える場合から適用されるものであること。



### 30 運動器機能向上加算（予防リハビリ）

#### \* 予防リハビリ 225 単位／月

- 理学療法士、作業療法士または言語聴覚士（以下、理学療法士等）を1名以上配置すること。
- 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、介護予防サービス計画と整合が図れたものとする。
- 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し、利用者ごとに運動器機能向上サービスを提供すること。
- 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。
- 実施期間終了後に、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について、事後アセスメントを実施し、その結果を利用者に係る介護予防支援事業者に報告すること。

### 31 選択的サービス複数実施加算（予防リハビリ）

個別加算		選択的サービス複数実施加算	
		(I)	(II)
運動器機能向上	225 単位／月	いずれか2種類実施 480 単位／月	3種類とも実施 700 単位／月
栄養改善	150 単位／月		
口腔機能向上	150 単位／月		

○ 当該加算は、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ることで実施（加算（I）は2種類のサービスを、加算（II）は3種類のサービスを実施）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。

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

○ 運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定している場合は算定しない。

### 32 事業所評価加算（予防リハビリ）

#### \* 予防リハビリ 120 単位／月

- 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）を行う事業所について、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合、翌年度に算定できる。
- 評価対象期間（前年1月～12月）の属する年度の次の年度内に限る。
- 生活機能向上リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定しない。

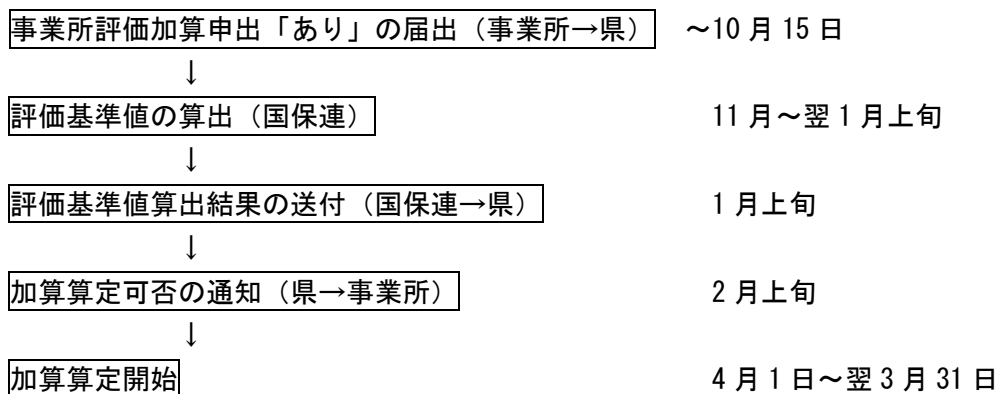
#### <算定のための基準>

- イ 評価対象期間における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、選択的サービス実施率が60%以上であり、評価基準値が0.7以上であること。

□ 評価基準値

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

〈加算算定までの流れ〉



\* 届出を要する加算の算定開始時期等

- ・ 毎月15日以前に届出 → 翌月から
- ・ 毎月16日以降に届出 → 翌々月から

※ 加算の要件を満たさなくなった場合は、その日から算定ができない。この場合は、速やかに加算を取り下げる届出を行う。

◎ 医療保険との給付調整について

【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・保医発第 0428001号）（最終改正；平成30年3月30日 保医発 0330 第2号）】より

1 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は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、当該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。

## 2 重度認知症患者デイ・ケア料等に関する留意事項について

- (1) 医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケア（以下「重度認知症患者デイ・ケア料等」という。）を算定している患者に対しては、当該重度認知症患者デイ・ケア料等を、同一の環境において反復継続して行うことが望ましいため、患者が要介護被保険者等である場合であっても、重度認知症患者デイ・ケア料等を行っている期間内においては、介護保険における認知症対応型通所介護費及び通所リハビリテーション費を算定できないものであること。

ただし、要介護被保険者等である患者であって、特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設又は指定介護予防特定施設に限る。）の入居者及びグループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入居者以外のものに対して行う重度認知症患者デイ・ケア等については、介護保険における指定認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーションを行った日以外の日限り、医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料等を算定できるものであること。

- (2) グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入居者については、医療保険の重度認知症患者デイ・ケア料は算定できないものであること。

ただし、認知症である老人であって日常生活自立度判定基準がランクMに該当するものについては、この限りではないこと。

# 訪問リハビリテーション

## I～IV 指定基準

基準は、指定居宅サービスの事業がその目的を達成するために必要な最低基準を定めたものであり、事業者は常に事業の運営向上に努めなければならない。

### ○ 事業者指定の単位について

- ・ 事業者の指定は、原則としてサービス提供の拠点ごとに行う。
- ・ 地域の実態等を踏まえ、サービス提供体制の面的な整備、効率的な事業実施の観点から本体の事業所とは別にサービス提供等を行う出張所等であって、要件を満たす事業所においては「主たる事業所」に含めて設置することができる（いわゆるサテライト事業所）。

### ■ 別紙「居宅サービスにおける出張所等の設置に係る取扱指針」

（平成28年1月長野県介護支援課 令和3年4月一部改訂）参照

## I 訪問リハビリテーションについて

### 1 訪問リハビリテーションとは【基本方針：条例第67条】

指定居宅サービスに該当する訪問リハビリテーションの事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければならない。

### 2 みなし指定の取扱い【事業者の指定の特例：法第71条・72条、則第127条・128条】

健康保険法による保険医療機関・保険薬局の指定、介護保険法による介護老人保健施設の開設許可があったときは、特例として、一定の居宅サービスについて指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者の指定があったとみなされる。

ただし、もとの指定・許可が取り消された場合には、みなし指定も効力を失う。

法律	事業者	指定の特例（介護予防を含む）
健康保険法	保険医療機関 （病院・診療所）	居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

- ・ 事業の運営に当たっては、介護保険法等の規定を遵守する必要があります。
- ・ 指定を不要とする旨の申出をした後に、再度指定を受けようとする場合は、通常の指定申請の手続きが必要となります。

## II 訪問リハビリテーションの人員基準について

【従業者：条例第 68 条、施行規則第 22 条の 2、14 条の 2、要綱第 17】

職種名	配置要件
医師	<p>ア <u>専任の常勤医師が 1 人以上勤務</u>していること。</p> <p>イ 指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えないものであること。</p> <p>ウ 指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、当該介護老人保健施設又は当該介護医療院に常勤医師として勤務している場合には、常勤の要件として足るものであること。また、指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されている事業所において指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該病院又は当該診療所の常勤医師と兼務している場合でも、常勤の要件として足るものであること。</p>
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	<p>適当数（1 人以上）置くこと。</p>

\* 事業所の常勤医師が、理学療法士等が利用者宅を訪問してリハビリテーションを提供している時間や、カンファレンス等の時間に、医療保険における診療を行っても居宅等サービスの運営基準の人員に関する基準を満たす。

## III 訪問リハビリテーションの設備基準について

【設備：条例第 69 条、要綱第 18】

種別	内容
設置要件	<p>病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること。</p>
専用の区画	<p>①事業の運営を行うために必要な広さ（利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペース）を有する専用の区画を設けていること。なお、業務に支障がないときは、指定訪問リハビリテーションの事業を行うための区画が明確に特定されていれば足りるものとする。</p> <p>②内装等には、木材を利用するよう努めなければならない。内装等の木材は、県産材の利用に努めること。【長野県独自基準】</p>
設備・備品等	<p>指定訪問リハビリテーションの提供に必要な設備及び備品等を備えていること。設備及び備品等については、当該病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院における診療用に備え付けられたものを使用することができる。</p>

#### IV 訪問リハビリテーションの運営基準について

【条例第 70 条～、施行規則第 23 条～、要綱第 19】

確認事項	留意点
内容及び手続きの 説明及び同意	事業所の運営規程の概要、重要事項について記した文書（重要事項説明書）を交付し、利用申込者又はその家族に対し説明を行い、利用申込者の同意を得たうえで開始すること。 * 重要事項説明書に記載すべき事項 ① 運営規程の概要           ② 利用料 ③ 当該訪問リハビリテーション事業所に勤務する従業員の体制 ④ 事故発生時の対応 ⑤ 苦情処理の体制 ⑥ その他（秘密保持、衛生管理等）
提供拒否の禁止	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サービス提供の拒否は禁止。 * 提供を拒むことのできる正当な理由とは、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 利用者申込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

\* 通常の事業の実施地域について

「通常の事業の実施地域」とは、訪問リハビリテーション事業所が運営規程に定める通常サービス提供を行う地域として定めている地域を指す。

介護支援専門員から依頼があった場合に、通常の事業の実施地域に定めているにもかかわらず正当な理由がなく断るのは適切でない。通常の事業の実施地域を見直す必要がある場合は、「運営規程」の変更として変更届を提出する。

確認事項	留意点
サービス提供困難時の 対応	通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な訪問リハビリテーションを提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の訪問リハビリテーション事業者等への紹介その他必要な措置を速やかに講じること。
受給資格等の確認	サービスの提供が求められた場合は、被保険者証により、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認すること。
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。
居宅サービス計画に 沿ったサービスの提供	事業者は、居宅サービス計画に沿った指定訪問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）訪問リハビリテーション計画、提供する（介護予防）訪問リハビリテーションの内容は整合が取れていること。

サービス提供の記録	<p>利用者がサービスの利用状況や、支給限度額の残高を把握できるようにするため、訪問リハビリテーションの提供日、内容等を記録しなければならない。</p> <p>* 介護報酬算定の根拠となる実際のサービス提供時間、訪問リハビリテーションに従事した職員の氏名、職種名、配置時間、利用者の心身の状況等を明確にしておくこと。</p>
利用料等の受領及び費用の徴収に係る留意事項	<p>①利用者から徴収することができる利用料及び費用は以下のとおり。</p> <p>○利用料</p> <p>【提供したサービスが法定代理受領サービスである場合】</p> <p>介護報酬告示上の額に、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額</p> <p>【法定代理受領サービス以外である場合】</p> <p>介護報酬告示上の額（10割）</p> <p>○通常の事業の実施地域以外で行う交通費（移動に要する実費）</p> <p><b>* 上記以外の費用の支払を受けることはできません。</b></p> <p>②法定代理受領サービスである場合と、そうでない場合との間に不合理な差額が生じないようにしなければならない。また、保険外サービスについては、介護保険の訪問リハビリテーションとは明確に区分する必要がある。</p>

<利用料等の受領及び費用の徴収に係る留意事項>

- \* **上記料金であっても徴収をするためには、運営規程に金額を明記し、重要事項を説明する際に利用者又はその家族に対して具体的に説明し、同意を得ておかなければならない。**
- \* 口座引き落としの場合にも必要。
- \* 利用料が医療費控除の対象となる場合もあるため、医療費控除が受けられる領収書を発行する必要がある。

◎ 介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせる場合の取扱いについて

介護保険サービスと保険外サービスの組み合わせについては、「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）等においてすでにその取扱いが示されていますが、より具体的な取扱いについて、介護保険最新情報 Vol. 678「介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせる場合の取扱いについて」において示されました。詳細については、通知をご確認ください。

確認事項	留意点
訪問リハビリテーションの基本取扱方針	サービス提供は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うこと。また、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。

確認事項	留意点
訪問リハビリテーションの具体的取扱方針	<p>指定訪問リハビリテーションの方針は、下記①～⑤に掲げるところによること。</p> <p>①医師の指示及び訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう適切に行わなければならないこと。</p> <p>②懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行わなければならないこと。</p> <p>③常に利用者の病状、心身の状況及び希望並びにその置かれている環境の的確な把握に努め、適切に行わなければならないこと。</p> <p>④利用者ごとに、訪問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について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告しなければならないこと。</p> <p>⑤リハビリテーション会議の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するよう努め、利用者に対し、適切なサービスを提供しなければならないこと。</p>
訪問リハビリテーション計画の作成	<p>医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、当該医師の診療に基づき、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、訪問リハビリテーション計画を作成しなければならない。</p> <p>訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、下記①～⑤に留意すること。また、訪問リハビリテーション計画の変更についても、同様に①～⑤を実施すること。</p> <p>①医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は、当該指定訪問リハビリテーション事業所の<b>医師の診療に基づき</b>、利用者の病状、心身の状況及び希望並びにその置かれている環境を踏まえて、当該サービスの目標、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訪問リハビリテーション計画を作成しなければならない。</p> <p>②訪問リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されているときは、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成しなければならない。</p> <p>③医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は、訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、あらかじめ、その内容等について利用者又はその家族に対して説明した上で利用者の同意を得なければならない。</p> <p>④医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は、訪問リハビリテーション計画を作成した際には、当該訪問リハビリテーション計画書を利用者に交付しなければならない。</p> <p>⑤指定訪問リハビリテーション事業者が指定訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、</p>



訪問リハビリテーション計画の作成	利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、指定訪問リハビリテーション及び指定訪問リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの提供内容について整合性のとれた訪問リハビリテーション計画を作成した場合には、通所リハビリテーション計画作成の基準を満たすことをもって、訪問リハビリテーション計画作成の基準を満たしているものとみなすことができる。
------------------	---

<訪問リハビリテーションの具体的取扱方針と訪問リハビリテーション計画作成の留意事項>

- \* 利用者の心身の状態、生活環境を踏まえて、妥当適切に行うとともにその生活の質の確保を図るよう、主治医との密接な連携のもとに訪問リハビリテーション計画に沿って行うこと。
- \* サービス提供にあたり、目標達成の度合いやその効果等について評価を行うとともに、訪問リハビリテーション計画の修正を行うとともに改善を図る等に努めること。
- \* サービス提供にあたり、利用者の心身の状態、リハビリテーションの内容やそれを提供する目的、具体的な方法、リハビリテーションに必要な環境の整備、療養上守るべき点及び療養上必要な目標等、療養上必要な事項について利用者及びその家族に理解しやすいよう指導又は説明を行うこと。
- \* サービス提供を行った際は、速やかにサービスを実施した利用者名、実施日時、実施したサービスの要点及び担当者名を記載すること。
- \* 訪問リハビリテーション計画は、利用者ごとに、利用者の心身の状態、生活環境を踏まえて作成することとしたもので、利用者の希望、リハビリテーションの目標及び方針、健康状態、リハビリテーションの実施上の留意点、リハビリテーションの終了の目安・時期等を記載すること。
- \* 指定訪問リハビリテーション事業所とは別の医療機関の医師から計画的な医学的管理を受けている患者であって、例外として、当該事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の医師から情報の提供を受けて、当該情報を根拠に訪問リハビリテーション計画を作成しても差し支えない。
- \* 訪問リハビリテーション計画を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該訪問リハビリテーション計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更すること。
- \* 交付した訪問リハビリテーション計画は、完結の日から2年間保存しなければならない。
- \* サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、医師及び理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士は、訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容等を説明した上で利用者の同意を得ること。
- \* 訪問リハビリテーション計画の目標や内容等について、利用者及びその家族に理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うこと。
- \* 居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定訪問リハビリテーション事業者については、当該居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から訪問リハビリテーション計画の提供の求めがあった際には、当該訪問リハビリテーション計画を提供することに協力するよう努めること。(介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、訪問リハビリテーション計画その他の介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の従

業者、設備及び運営の基準に関する条例等に定められた計画の提出を求めなければならないことが規定されている。)

- \* 当該計画の作成に当たっては、各々の事業の目標を踏まえたうえで、共通目標を設定すること。また、その達成に向けて各々の事業の役割を明確にした上で、利用者に対して一連のサービスとして提供できるよう、個々のリハビリテーションの実施主体、目的及び具体的な提供内容等を1つの計画として分かりやすく記載するよう留意すること。
- \* 指定訪問リハビリテーション及び指定訪問リハビリテーションにおいて整合性のとれた計画に従いリハビリテーションを実施した場合には、居宅条例第71条第4号(2 具体的な取扱方針(4))に規定する診療記録を一括して管理しても差し支えない。
- \* リハビリテーション会議の構成員は、利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、法第8条に規定する指定居宅サービス等の担当者その他の関係者とする。

確認事項	留意点
介護保険等関連情報の活用とPDCAサイクルの推進について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指定居宅サービスの提供に当たっては、介護保険等関連情報等を活用し、事業所単位でPDCAサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければならないこととしたものである。</li> <li>・この場合において、「科学的介護情報システム(LIFE: Long-term care Information system For Evidence)」に情報を提出し、当該情報及びフィードバック情報を活用することが望ましい。</li> </ul>
業務継続計画の策定(令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るために業務継続計画を策定し、訪問リハビリテーション従業者に対して当該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実施しなければならない。</li> <li>・各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照すること。</li> <li>・業務継続計画については定期的に見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。</li> </ul> <p>○感染症に係る業務継続計画</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a 平時からの備え (体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等)</li> <li>b 初動対応</li> <li>c 感染拡大防止体制の確立 (保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等)</li> </ul> <p>○災害に係る業務継続計画</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a 平常時の対応(建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止し</li> </ul>

<p>業務継続計画の策定 (令和6年3月31日 までの間は、努力義務 とされている)</p>	<p>た場合の対策、必要品の備蓄等)</p> <p>b 緊急時の対応 (業務継続計画発動基準、対応体制等)</p> <p>c 他施設及び地域との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとする。職員教育を組織的に浸透させていくために定期的(年1回以上)な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録すること。</li> <li>・訓練(シミュレーション)においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的(年1回以上)に実施するものとする。実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。</li> </ul>
<p>衛生管理等 (令和6年3月31日 までの間は、努力義務 とされている)</p>	<p>感染症が発生し、又はまん延しないように講ずべき措置については、具体的には以下の取扱いとすること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会</u>        感染対策委員会は、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね6月に1回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要がある。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。</li> <li>・ <u>感染症の予防及びまん延の防止のための指針</u>        当該指針には、平常時の対策及び発生時の対応を規定する。平常時の対策としては、事業所内の衛生管理(環境の整備等)、ケアにかかる感染対策(手洗い、標準的な予防策)等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等が想定される。また、発生時における事業所内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要である。それぞれの項目の記載内容の例については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照すること。</li> <li>・ <u>感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練</u>        当該研修の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該事業所が定期的な教育(年1回以上)を開催すると</li> </ul>

<p style="text-align: center;">衛生管理等 (令和6年3月31日 までの間は、努力義務 とされている)</p>	<p>ともに、新規採用時には感染対策研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録することが必要である。</p> <p>なお、研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、事業所内で行うものでも差し支えなく、当該事業所の実態に応じ行うこと。</p> <p>また、平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年1回以上）に行うことが必要である。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとする。訓練の実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。</p>
<p style="text-align: center;">虐待の防止 (令和6年3月31日 までの間は、努力義務 とされている)</p>	<p><u>① 虐待の防止のための対策を検討する委員会</u></p> <p>虐待防止検討委員会は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的に開催することが必要である。また、虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。</p> <p>虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要である。</p> <p>虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討することとする。その際、そこで得た結果（事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、従業者に周知徹底を図る必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること</li> <li>ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること</li> <li>ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること</li> <li>ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること</li> <li>ホ 従業者が高齢者虐待を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること</li> <li>ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること</li> <li>ト 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること</li> </ul> <p><u>② 虐待の防止のための指針</u></p> <p>指定訪問介護事業者が整備する「虐待の防止のための指針」には、次</p>

<p style="text-align: center;">虐待の防止 (令和6年3月31日 までの間は、努力義務 とされている)</p>	<p>のような項目を盛り込むこととする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方</li> <li>ロ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項</li> <li>ハ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針</li> <li>ニ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針</li> <li>ホ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項</li> <li>ヘ 成年後見制度の利用支援に関する事項</li> <li>ト 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項</li> <li>チ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項</li> <li>リ その他虐待の防止の推進のために必要な事項</li> </ul> <p>③ 虐待の防止のための従業者に対する研修</p> <p>従業者に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、当該指定訪問介護事業所における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとする。</p> <p>職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定訪問介護事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年1回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要である。</p> <p>また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、事業所内での研修で差し支えない。</p> <p>④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者</p> <p>指定訪問介護事業所における虐待を防止するための体制として、①から③までに掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要である。当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同様の従業者が務めることが望ましい。</p>
<p style="text-align: center;">地域との連携等</p>	<p>①指定訪問リハビリテーション事業者は、その事業の運営にあたっては、提供した指定訪問リハビリテーションに関する利用者からの苦情に関して市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業所協力するよう努めなければならない。</p> <p>②指定訪問リハビリテーション事業者は、指定訪問リハビリテーション事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して指定訪問リハビリテーションを提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても指定訪問リハビリテーションの提供を行うよう努めなければならない。</p>

確認事項	留意点
運営規程	<p>訪問リハビリテーション事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めておかなければならない。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 事業の目的及び運営の方針</li> <li>② 従業者の職種、員数及び職務の内容</li> <li>③ 営業日及び営業時間</li> <li>④ 指定訪問リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額</li> <li>⑤ 通常の事業の実施地域</li> <li>⑥ <u>虐待防止のための措置に関する事項</u></li> <li>⑦ その他運営に関する重要事項</li> </ol>
勤務体制の確保等	<ol style="list-style-type: none"> <li>①利用者に対し適切な指定訪問介護を提供することができるよう、指定訪問リハビリテーション事業所ごとに、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の勤務の体制を定めておかなければならない。</li> <li>②指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士によって指定訪問リハビリテーションを提供しなければならない。</li> <li>③理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。</li> <li>④指定訪問リハビリテーション事業者は、適切な指定訪問リハビリテーションの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより通所リハビリテーション従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。</li> </ol> <p>イ 事業主が講ずべき措置の具体的な内容</p> <p>事業主が講ずべき措置の具体的な内容は、事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成 18 年厚生労働省告示第 615 号）及び事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和 2 年厚生労働省告示第 5 号。以下「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりであるが、特に留意されたい内容は以下のとおりである。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発</li> </ol> <p>職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b 相談（苦情を含む。以下同じ）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備</li> </ol> <p>相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。なお、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置義務については、女性の職業生活における活躍の推</p>

<p>勤務体制の確保等</p>	<p>進に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律第 24 号）附則第 3 条の規定により読み替えられた労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第 30 条の 2 第 1 項の規定により、中小企業（医療・介護を含むサービス業を主たる事業とする事業主については資本金が 5000 万円以下又は常時使用する従業員の数が 100 人以下の企業）は、令和 4 年 4 月 1 日から義務化となり、それまでの間は努力義務とされているが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努められたい。</p> <p>ロ 事業主が講じることが望ましい取組について</p> <p>パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して 1 人で対応させない等）及び③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）が規定されている。介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、イ（事業者が講ずべき措置の具体的内容）の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましい。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載しているので参考にすること。</p> <p>(<a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html</a>)</p> <p>加えて、都道府県において、地域医療介護総合確保基金を活用した介護職員に対する悩み相談窓口設置事業や介護事業所におけるハラスメント対策推進事業を実施している場合、事業主が行う各種研修の費用等について助成等を行っていることから、事業主はこれからの活用も含め、介護事業所におけるハラスメント対策を推進することが望ましい。</p>
-----------------	--

<勤務体制の確保等の留意事項>

- \* 事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、従業員の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、専従の別、職員配置、管理者との兼務関係等を明確にすること。
- \* 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士とは、雇用契約、その他の契約により、当該事業所の管理者の指揮命令下にある者を指す。
- \* 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、労働者派遣法に規定する派遣労働者（紹介予定派遣に係る者を除く。）ではないものとする。

確認事項	留意点
<p>事故発生時の対応</p>	<p>①利用者へのサービス提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じること。</p> <p>②事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。</p>

	③利用者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うこと。
記録の整備・保存	<p>訪問リハビリテーション事業所は、次の記録を整備しておかなければならない。</p> <p>①従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録</p> <p>②利用者に対する訪問リハビリテーションの提供に関する記録</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問リハビリテーション計画</li> <li>・提供した具体的なサービスの内容等の記録（診療記録を含む）</li> <li>・利用者に関する市町村への通知に係る記録</li> <li>・利用者からの苦情の内容等の記録</li> <li>・事故の状況及び事故に際して採った措置の記録</li> </ul> <p>* 上記の記録は、<u>その完結の日</u>から2年間保存（苦情及び事故関係の記録は5年間）保存しなければならない。</p>

<記録の整備・保存に関する留意点>

- \* リハビリテーションの提供に関する記録には診療記録が含まれる。
- \* 『その完結の日』とは、個々の利用者につき、契約終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立等）により一連のサービス提供が終了した日を指すものとする。

## V 報酬関係について

- 1 （介護予防）訪問リハビリテーション費（1回につき） 307 単位
- ① 通院が困難な利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、計画的な医学的管理を行っている当該事業所の医師の指示に基づき、指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定する。
  - ② 指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、当該リハビリテーション開始前また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を中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行う。
  - ③ ②における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示に基づき行った内容を明確に記録する。
  - ④ 指定訪問リハビリテーションは、計画的な医学的管理を行っている当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師の指示の下で実施するとともに、当該医師の診療の日から3月以内に行われた場合に算定する。
  - ⑤ 例外として、指定訪問リハビリテーション事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供（指定訪問リハビリテーションの必要性や利用者の心身機能や活動等に係るアセスメント情報等）を受け、当該情報提供を踏まえて、当該リハビリテーション計画を作成し、指定訪問リハビリテーションを実施した場合に



は、情報提供を行った別の医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から3月以内に行われた場合に算定する。（\*）

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

（\*）後述「9 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合の減算」を確認すること。

- ⑥ 指定訪問リハビリテーションは、指定訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、訪問リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けていた患者が、介護保険の指定訪問リハビリテーションへ移行する際に、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号）の別紙様式2-2-1をもって、保険医療機関から当該事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式2-2-1に記載された内容について確認し、指定訪問リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、例外として、別紙様式2-2-1をリハビリテーション計画書とみなして訪問リハビリテーション費の算定を開始してもよいこととする。

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、次回の訪問リハビリテーション計画を作成する。

- ⑦ 指定訪問リハビリテーションは、利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して1回当たり20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度として算定する。ただし、退院（所）の日から起算して3月以内に、医師の指示に基づきリハビリテーションを行う場合は、週12回まで算定可能である。
- ⑧ 指定訪問リハビリテーション事業所が介護老人保健施設又は介護医療院である場合にあって、医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問して指定訪問リハビリテーションを行った場合には、訪問する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の当該訪問の時間は、介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準の算定に含めないこととする。なお、介護老人保健施設又は介護医療院による指定訪問リハビリテーションの実施にあたっては、介護老人保健施設又は介護医療院において、施設サービスに支障のないよう留意する。
- ⑨ 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達する。
- ⑩ 居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する訪問リハビリテーションを提供するに当たっては、訪問リハビリテーション計画にその目的、頻度等を記録するものとする。
- ⑪ 利用者が指定訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した日又は訪問診療若しくは往診を受けた日に、訪問リハビリテーション計画の作成に必要な医師の診療が行われた場合には、当該複数の診療等と時間を別にして行われていることを記録上明確にすること。

<「通院が困難な利用者」について>

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

<記録の整備について>

- \* 医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点を診療録に記入すること。
- \* 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、訪問リハビリテーション計画書に基づき提供した具体的なサービスの内容等及び指導に要した時間を記録すること（医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること）
- \* リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者、加算の算定に当たって根拠となった書類等）は利用者ごとに保管し、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にすること

2 同一敷地内・隣接敷地内・事業所と同一の建物に居住する利用者に対する減算

① 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者にサービスを行う場合（③に該当する場合を除く）	所定単位数×90/100
② ①以外の範囲に所在する建物に居住する者で、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合	所定単位数×90/100
③ 上記①の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合	所定単位数×85/100

\* 1 「同一の敷地内建物等」の定義

当該指定訪問リハビリテーション事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物及び同一敷地内並びに隣接する敷地（当該指定訪問リハビリテーション事業所と建築物が道路等を挟んで設置している場合を含む。）にある建築物のうち効率的なサービス提供が可能なものを指すものである。

具体的には以下に示す通り。

- ・ 一体的な建築物として、当該建物の1階部分に指定訪問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でつながっている場合。
- ・ 同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物として、同一敷地内にある別棟の建築物や幅員の狭い道路を挟んで隣接する場合。

\* 2 「同一の建物に20人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く。）」の定義

\* 1以外の建築物を指すものであり、当該建築物に当該指定訪問リハビリテーション事業所の利用者が20人以上居住する場合に該当し、同一敷地内にある別棟の建物や道路を挟んで隣接する建物の利用

者数を合算するものではない。

この場合の利用者数は、1月間（暦月）の利用者数の平均を用いる。この場合、1月間の利用者数の平均は、当該月における1日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とする。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捨てるものとする。

\* 3 「同一敷地内建物等に50人以上居住する建物」の定義

同一敷地内建物等のうち、当該同一敷地内建物等における当該指定訪問リハビリテーション事業所の利用者が50人以上居住する建物の利用者全員に適用される。

この場合の利用者数は、1月間（暦月）の利用者数の平均を用いる。この場合、1月間の利用者数の平均は、当該月における1日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り捨てるものとする。

\* 4 実利用者について

介護予防訪問リハビリテーション事業所と一体的な運営をしている場合、介護予防訪問リハビリテーションの利用者を含めて計算すること。

3 特別地域訪問リハビリテーション加算（訪問リハビリ、予防リハビリ）

<b>* 訪問リハビリ・予防リハビリ 所定単位数の100分の15を加算/回</b>
・ 別に厚生労働大臣が定める地域に <u>所在する</u> 指定訪問リハビリテーション事業所（その一部として使用される事務所が当該地域に所在しない場合は、当該事務所を除く。）又はその一部として使用される事務所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がサービス提供を行った場合に算定する。

4 中山間地域等における小規模事業所加算（訪問リハビリ、予防リハビリ）

<b>* 訪問リハビリ・予防リハビリ 所定単位数の100分の10を加算/回</b>
・ 別に厚生労働大臣が定める地域に <u>所在し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準（※）に適合する</u> 指定訪問リハビリテーション事業所（その一部として使用される事務所が当該地域に所在しない場合は、当該事務所を除く。）又はその一部として使用される事務所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がサービス提供を行った場合は、1回につき所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数に加算する。
<b>※厚生労働大臣が定める施設基準</b>
訪問リハビリテーション 1月当たりの延訪問回数が30回以下
介護予防訪問リハビリテーション 1月当たりの延訪問回数が10回以下
・ 延訪問回数は前年度（3月を除く。）の1月当たりの平均延訪問回数をいう。
・ 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、直近の3月における1月当たりの平均延訪問回数を用いるものとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月日以降届出が可能となるものであること。
・ 平均延訪問回数については、毎月ごとに記録するものとし、所定の回数を上回った場合については、直ちに届出を提出すること。

5 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算（訪問リハビリ、予防リハビリ）

<b>* 訪問リハビリ・予防リハビリ 所定単位数の 100 分の 5 を加算／回</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 別に厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、<b>通常の事業の実施地域を超えて、指定訪問リハビリテーションを行った場合は</b>、1 回につき所定単位数の 100 分の 5 に相当する単位数を所定単位数に加算する。</li> <li>・ 当該加算を算定する利用者については、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条例規則第 23 条第 3 項に規定する<b>交通費の支払いを受けることはできない。</b></li> </ul>	

6 短期集中リハビリテーション実施加算（訪問リハビリ、予防リハビリ）

<b>* 訪問リハビリテーション 200 単位／日</b>	
概要	<p>①退院（所）日又は②認定日から起算して 3 月以内の期間に、<b>リハビリテーションを集中的に行った場合（※）</b>に算定できる。</p> <p>※ 1 週につきおおむね 2 日以上、1 日当たり 20 分以上</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者に対して、リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患の治療のために入院若しくは入所した病院、診療所、若しくは介護保険施設から退院若しくは退所した日又は法第 19 条 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。以下「認定日」という。）から起算して 3 月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合に算定できる。</li> <li>・ 「リハビリテーションを集中的に行った場合」とは、退院（所）日又は認定日から起算して 3 月以内の期間に、1 週につきおおむね 2 日以上、1 日当たり 20 分以上実施するものであること。</li> <li>・ 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、利用者の状態に応じて、基本的動作能力（起居、歩行、発話等を行う能力をいう。）及び応用的動作能力（運搬、トイレ、掃除、洗濯、コミュニケーション等を行うに当たり基本的動作を組み合わせる能力をいう。）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実施するものであること。</li> </ul>	
<b>* 介護予防訪問リハビリテーション 200 単位／日</b>	
概要	<p>①退院（所）日又は②認定日から起算して 3 月以内の期間に、<b>リハビリテーションを集中的に行った場合（※）</b>に算定できる。</p> <p>※①・②から起算して 1 月以内の期間に行われた場合は <b>1 週につきおおむね 2 日以上、1 日当たり 40 分以上</b></p> <p>※①・②から起算して 1 月を超え 3 月以内の期間に行われた場合は <b>1 週につきおおむね 2 日以上、1 日当たり 20 分以上実施する</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者に対して、リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院若しくは入所した病院、診療所、若しくは介護保険施設から退院若しくは退所した日又は法第 19 条第 2 項に規定する要支援認定の効力が生じた日（当該利用者が新たに要支援認定を受けた者である場合に限る。以下「認定日」という。）から起算して 3 月以内の期間に、指定介護予防訪問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。</li> </ul>	

- ・ 集中的な訪問リハビリテーションとは、退院（所）日又は認定日から起算して1月以内の期間に行われた場合は1週につきおおむね2日以上、1日当たり40分以上、退院（所）日又は認定日から起算して1月を超え3月以内の期間に行われた場合は1週につきおおむね2日以上、1日当たり20分以上実施する場合をいう。

※ 短期集中リハビリテーション実施加算の算定に当たっては、正当な理由がなく、算定要件に適合しない場合には算定は認められないが、算定要件に適合しない場合であっても、①やむを得ない理由によるもの（利用者の体調悪化等）、②総合的なアセスメントの結果、必ずしも当該目安を超えていない場合であっても、それが適切なマネジメントに基づくもので、利用者の同意を得ているもの（一時的な意欲減退に伴う回数調整等）であれば、リハビリテーションに行った実施日の算定は認められる。なお、その場合はリハビリテーション計画の備考欄等に、実施できなかった理由等を記載しておくこと。

#### 7 リハビリテーションマネジメント加算（訪問リハビリ）

リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	180単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	213単位/月（LIFEへの情報提供が必要）
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	450単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	483単位/月（LIFEへの情報提供が必要）

#### イ リハビリテーションマネジメント加算(A)イ

(1)	指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。
(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)	訪問リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告すること。
(5)	3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、訪問リハビリテーション計画を見直していること。
(6)	指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
(7)	次のいずれかに適合すること。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、<u>居宅サービス計画に位置付けた訪問介護の事業その他の居宅サービスに係る従業者と訪問リハビリテーション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、<b>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。</b></u></li> <li>・訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、<u>訪問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、<b>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。</b></u></li> </ul>
(8)	(1)から(7)までに掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。

ロ リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ (LIFEへの情報提供が必要)

(1)	イ(1)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
(2)	利用者ごとの訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

ハ リハビリテーションマネジメント加算(B)イ

(1)	イ(1)から(3)まで及び(5)から(7)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
(2)	訪問リハビリテーション計画について、 <u><b>指定訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。</b></u>
(3)	(1)及び(2)に掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。

ニ リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ (LIFEへの情報提供が必要)

①	ハ(1)～(3)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
②	利用者ごとの訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

< (A)・(B) 共通の留意事項 >

○ 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訪問リハビリテーション計画の作成、当該計画に基づく状態や生活環境等を踏まえた適切なリハビリテーションの提供、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。

○ 「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。

○ 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に留意すること。

- 毎回のリハビリテーションは、医師の指示の下行われるものであり、当該の指示は利用者の状態等を踏まえて適時適切に行われることが必要であるが、必ずしもリハビリテーションの提供の日の度に、逐一、医師が理学療法士等に指示する形のみを求めるものではない。例えば、医師が状態の変動の範囲が予想できると判断した利用者について、適当な期間にわたり、リハビリテーションの指示を事前に出しておき、リハビリテーションを提供した理学療法士等の記録等に基づいて適宜指示を修正する等の運用でも差し支えない。
- ロ(2)及びニ(2)に規定する厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム」(以下「LIFE」という。)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」(令和3年3月16日老老発0316第4号)を参照されたい。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、SPDCAサイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。

8 主治の医師が頻回の訪問リハビリテーションの特別指示を行った場合の取扱い

- 指定訪問リハビリテーションを利用しようとする者の主治の医師(介護老人保健施設及び介護医療院の医師を除く。)が、当該者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、その指示の日から14日間に限って、訪問リハビリテーション費は算定しない。
- 「急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合」とは、保険医療機関の医師が、診療に基づき、利用者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要性を認め、計画的な医学的管理の下に、在宅で療養を行っている利用者であって通院が困難なものに対して、訪問リハビリテーションを行う旨の指示を行った場合をいう。この場合は、その特別の指示の日から14日間を限度として医療保険の給付対象となるため、訪問リハビリテーション費は算定しない。

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

**\* 訪問リハビリ・予防リハビリ 50単位減算/回**

・ 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき50単位を所定単位数から減算する。

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

※「当該利用者に関する情報の提供」とは、別の医療機関の計画的に医学的管理を行っている医師から指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的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のうち、本人の希望、家族の希望、健康状態・経過、心身機能・構造、活動(基本動作、移動能力、認知機能等)、活動(ADL)、リハビリテーションの目標、リハ

ビリテーション実施上の留意点等について、当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師が十分に記載できる情報の提供を受けていることをいう。

- ・ 当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。
- ※「適切な研修の修了等」について、応用研修のすべての単位を取得している必要はなく、事業所の医師に情報提供を行う日が属する月から前36月の間に合計6単位以上（応用研修のうち、第1期の4項目及び応用研修第2期の3項目のうち、いずれか1単位以上を含むこと。）を取得又は取得を予定していればよい。また、別の医療機関の医師が訪問リハビリテーション事業所等の医師に情報提供をする際に「適切な研修の修了等（修了又は受講予定）をしている。」という記載をすることが望ましい。
- ・ 当該情報の提供を受けた訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、訪問リハビリテーション計画を作成すること。
  - ・ 当該減算は指定訪問リハビリテーション事業所の医師が診療を行わなかった場合に適用されるものであるが、減算の適用基準においては常勤・非常勤の区別はしていないため、指定訪問リハビリテーション事業所の非常勤の医師が診療を行う場合は減算の適用とはならない。

#### 10 移行支援加算（訪問リハビリ）

**\* 訪問リハビリテーション 17 単位/日** （評価対象期間の属する年度の次の年度内に限る）

- ・ 評価対象期間においてリハビリテーション終了者のうち、指定通所介護等を実施した者の割合が、100分の5を超えていること。
- ・ リハビリテーションの利用の回転率（12月を利用者の平均利用延月数で除して100を掛けた値）25%以上であること。
- ・ 評価対象期間内に指定訪問リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、訪問リハビリテーション終了者に対して、当該訪問リハビリテーション終了者の指定通所介護等の実施状況を電話等により確認し、記録していること。
- ・ 訪問リハビリテーション終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するに当たり、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供すること。

#### 11 サービス提供体制強化加算（訪問リハビリ、予防リハビリ）

**サービス提供体制強化加算（Ⅰ）\* 訪問リハビリ・予防リハビリ 6 単位/回**

- ・ 指定訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続年数7年以上の者が1名以上いること。

**サービス提供体制強化加算（Ⅱ）\* 訪問リハビリ・予防リハビリ 3 単位/回**

- ・ 指定訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続年数3年以上の者が1名以上いること。

○ 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。具体的には、令和4年7月における勤続年数3年以上の者とは、令和4年6月30日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。



○ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人（※）の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。

（※）事業所の合併または別法人による事業の承継の場合であって、施設・当該事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合の勤続年数は通算することができる。

（※）同一法人のほか、法人の代表者等が同一で、採用や人事異動、研修が一体的となつて行われる等、職員の労務管理を複数法人で一体的に行っている場合も含まれる。

## 12 長期利用者減算（予防リハビリ）

**\* 指定介護予防訪問リハビリテーションの利用が12月を超える場合の減算 5単位減算/回**

○ 入院による中断があり、医師の指示内容に変更がある場合は、新たに利用が開始されたものとする。

○ 本取扱いについては、令和3年4月から起算して12月を超える場合から適用されるものであること。

## 13 事業所評価加算（予防リハビリ）

**\* 予防リハビリ 120単位/月**

・ 評価対象期間内に、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合、翌年度に算定できる。

・ 評価対象期間（前年1月～12月）の属する年度の次の年度内に限る。

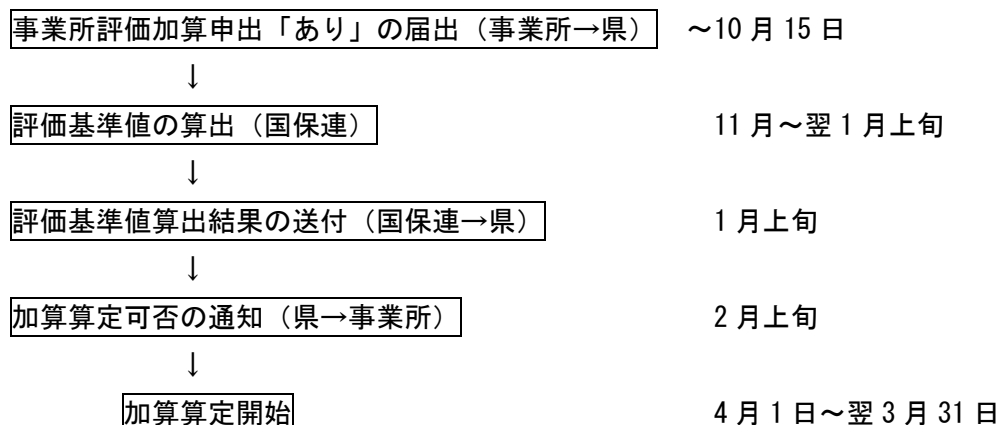
〈算定のための基準〉

イ 評価対象期間における介護予防訪問リハビリテーションの利用実人員数が10人以上で、評価基準値が0.7以上であること。

ロ 評価基準値

$$\frac{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2}{\text{評価対象期間内に介護予防訪問リハビリテーション費を3月以上算定し、その後更新・変更認定を受けた者の数}} \geq 0.7$$

〈加算算定までの流れ〉



#### 14 サービス種類相互の算定関係

- 次のサービスを受けている間は、（介護予防）訪問リハビリテーション費を算定できない。
  - イ 短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）
  - ロ 短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）
  - ハ 特定施設入居者生活介護（介護予防特定施設入居者生活介護）
  - ニ 認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）
  - ホ 地域密着型特定施設入居者生活介護
  - ヘ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

#### 15 施設入所日・退所日の算定関係

- 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、又は短期入所療養介護について
  - 入所（入院）日：当日でも入所（入院）前の（介護予防）訪問リハビリテーション費を算定できる。
  - 退所（退院）日：（介護予防）訪問リハビリテーション費を算定できない。

#### 16 訪問サービスの利用

- 通所サービスと同一時間帯の訪問リハビリテーションは、（介護予防）訪問リハビリテーション費を算定できない。
- 利用者は同一時間帯にひとつの訪問サービスを利用することを原則とする。ただし、訪問介護と訪問リハビリテーションを同一利用者が同一時間帯に利用する場合は、利用者の心身の状況や介護の内容に応じて、同一時間帯に利用することが介護のために必要があると認められる場合に限り、それぞれのサービスについてそれぞれの所定単位数が算定される。

#### \* 届出を要する加算の算定開始時期等

- ・ 毎月 15 日以前に届出 → 翌月から
- ・ 毎月 16 日以降に届出 → 翌々月から

※ 加算の要件を満たさなくなった場合は、その日から算定ができない。この場合は、速やかに届出を行う。

#### ◎ 医療保険との給付調整について

【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・保医発第 0428001 号）（最終改正；平成 30 年 3 月 30 日 保医発 0330 第 2 号）】より

##### 1 訪問リハビリテーションに関する留意事項について

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、要介護被保険者等である患者については、原則としては算定できないが、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションの指導管理を行う必要がある場合には、6 月に 1 回、14 日間に限り算定できる。

## 2 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、当該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。

各都道府県介護保険担当課（室） 御 中

← 厚生労働省 老健局 総務課認知症施策推進室、  
高齢者支援課、振興課、老人保健課

## 介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱いについて

計14枚（本紙を除く）

Vol.678

平成30年9月28日

厚 生 労 働 省 老 健 局

総務課認知症施策推進室、

高齢者支援課、振興課、老人保健課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう  
よろしくお願いいたします。】

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線3979)  
FAX：03-3503-7894

老推発 0928 第 1 号  
老高発 0928 第 1 号  
老振発 0928 第 1 号  
老老発 0928 第 1 号  
平成 30 年 9 月 28 日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室長

（ 公 印 省 略 ）

高 齢 者 支 援 課 長

（ 公 印 省 略 ）

振 興 課 長

（ 公 印 省 略 ）

老 人 保 健 課 長

（ 公 印 省 略 ）

介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせる場合の取扱いについて

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、地域包括ケアシステムを構築し、高齢者が抱える多様なニーズに対応したサービスを充実させることが必要である。そのためには、介護保険制度に基づくサービス（以下「介護保険サービス」という。）の充実に加え、介護保険給付の対象とはならないものの、高齢者のニーズに対応するサービス（以下「保険外サービス」という。）の充実を図ることも重要である。

介護保険制度では、高齢者が抱える多様なニーズに柔軟に対応できるよう、一定の条件の下で、介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせることを認めているが、その具体的な運用については、地方自治体間で差異が見られ、そのことが事業者が両サービスを柔軟に組み合わせる際の障壁になっているとの指摘がある。そのため、規制改革実施計画（平成 29 年 6 月 9 日閣議決定。以下「規制改革実施計画」という。）において、「訪問介護における、両サービスの組合せに係る現行のルール of 整理」等について、平成 29 年度に検討・結論、平成 30 年度上期中に、一覧性や明確性を持たせた通知を発出し、周知を図ることとされた。

これを受けて、平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「介護保険サービスと保険外サービスの組合せ等に関する調査研究事業」において、介護保険サービスと保

除外サービスの柔軟な組合せの実現を図る観点から、訪問介護における、介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供することに関する現行ルールの整理や、通所介護における、サービス提供中の利用者に対し保険外サービスを提供する際のルールの在り方の検討・整理等を行った。

これを踏まえ、介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱いを下記のとおり示すので、管内市町村等へ周知するとともに、適切な運用に努められたい。

なお、介護保険サービスと保険外サービスを同時一体的に提供することや、特定の介護職員による介護サービスを受けるための指名料や、繁忙期・繁忙時間帯に介護サービスを受けるための時間指定料として利用者の自費負担による上乗せ料金を徴収することについては、単に生活支援の利便性の観点から、自立支援・重度化防止という介護保険の目的にそぐわないサービスの提供を助長するおそれがあることや、家族への生活支援サービスを目的として介護保険を利用しようとするなど、利用者本人のニーズにかかわらず家族の意向によってサービス提供が左右されるおそれがあること、指名料・時間指定料を支払える利用者へのサービス提供が優先され、社会保険制度として求められる公平性を確保できなくなるおそれがあること等が指摘されており、認めていない。厚生労働省においては、規制改革実施計画に基づき、引き続き上記の課題の整理等を行うこととしている。

本通知の内容については、国土交通省自動車局並びに厚生労働省医政局、保険局及び健康局と協議済みであることを申し添える。

なお、通所介護事業所への送迎の前後又は送迎と一体的な保険外サービスの提供については、国土交通省自動車局旅客課より「通所介護に係る送迎に関する道路運送法上の取扱いについて」（平成 30 年 9 月 28 日付事務連絡）（別添）が発出されているので、併せて参照されたい。

また、本通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項に規定する技術的な助言である。

## 記

### 第一 共通事項

保険外サービスについては、「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。以下「基準解釈通知」という。）等において、介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱いを示しており、例えば訪問介護については以下のとおりである。

「介護保険給付の対象となる指定訪問介護のサービスと明確に区分されるサービ

スについては、次のような方法により別の料金設定をして差し支えない。

- イ 利用者に、当該事業が指定訪問介護の事業とは別事業であり、当該サービスが介護保険給付の対象とならないサービスであることを説明し、理解を得ること。
- ロ 当該事業の目的、運営方針、利用料等が、指定訪問介護事業所の運営規程とは別に定められていること。
- ハ 会計が指定訪問介護の事業の会計と区分されていること。」

本通知は、事業者が介護保険サービスと保険外サービスを柔軟に組み合わせて提供できるよう、介護保険サービスと保険外サービスの組み合わせとして想定される事例ごとに、上記の基準に基づく具体的な取扱いを示すものである。

## 第二 訪問介護と保険外サービスを組み合わせて提供する場合について

### 1. これまでの取扱い

訪問介護については、前述の基準解釈通知に加え、「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」（平成12年11月16日老振発第76号）において、「保険給付の範囲外のサービスについて、利用者と事業者の間の契約に基づき、保険外のサービスとして、保険給付対象サービスと明確に区分し、利用者の自己負担によってサービスを提供することは、当然、可能である」旨示しているところである。

### 2. 訪問介護と保険外サービスを組み合わせて提供する場合の例

訪問介護と保険外サービスを組み合わせて提供する場合としては、訪問介護の前後に連続して保険外サービスを提供する場合と、訪問介護の提供中に、一旦、訪問介護の提供を中断した上で保険外サービスを提供し、その後に訪問介護を提供する場合がある。例えば以下のようなサービスの提供が可能である。

#### ① 訪問介護の対象とはならないサービスを利用者本人に提供

- ・ 訪問介護の提供の前後や提供時間の合間に、草むしり、ペットの世話のサービスを提供すること
- ・ 訪問介護として外出支援をした後、引き続き、利用者が趣味や娯楽のために立ち寄る場所に同行すること
- ・ 訪問介護の通院等乗降介助として受診等の手続を提供した後に、引き続き、介護報酬の算定対象とならない院内介助を提供すること

※ 介護報酬の算定対象となる、訪問介護における院内介助の範囲については、「訪問介護における院内介助の取扱いについて」（平成22年4月28日付事務連絡）を参照すること

#### ② 同居家族に対するサービスの提供

- ・ 訪問介護の提供の前後や提供時間の合間に、同居家族の部屋の掃除、同居家族のための買い物のサービスを提供すること

※ 利用者本人分の料理と同居家族分の料理を同時に調理するといった、訪問介護と保険外サービスを同時一体的に提供することは認めない。

### 3. 訪問介護と保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱い

訪問介護と保険外サービスを組み合わせて提供する場合には、1. で示したとおり、保険外サービスを訪問介護と明確に区別することが必要であり、その具体的取扱いとして、事業者は以下の事項を遵守すること。

- ① 保険外サービスの事業の目的、運営方針、利用料等を、指定訪問介護事業所の運営規程とは別に定めること
- ② 契約の締結に当たり、利用者に対し、上記①の概要その他の利用者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書をもって丁寧に説明を行い、保険外サービスの内容、提供時間、利用料等について、利用者の同意を得ること。なお、保険外サービスの提供時間は、訪問介護の提供時間には含まないこと
- ③ 契約の締結前後に、利用者の担当の介護支援専門員に対し、サービスの内容や提供時間等を報告すること。その際、当該介護支援専門員は、必要に応じて事業者から提供されたサービスの内容や提供時間等の保険外サービスに関する情報を居宅サービス計画（週間サービス計画表）に記載すること
- ④ 利用者の認知機能が低下しているおそれがあることを十分に踏まえ、保険外サービスの提供時に、利用者の状況に応じ、別サービスであることを理解しやすくなるような配慮を行うこと。例えば、訪問介護と保険外サービスを切り替えるタイミングを丁寧に説明する等、利用者が別サービスであることを認識できるような工夫を行うこと
- ⑤ 訪問介護の利用料とは別に費用請求すること。また、訪問介護の事業の会計と保険外サービスの会計を区分すること

また、利用者保護の観点から、提供した保険外サービスに関する利用者等からの苦情に対応するため、苦情を受け付ける窓口の設置等必要な措置を講ずること。なお、指定訪問介護事業者は、訪問介護を提供する事業者の責務として、訪問介護に係る苦情に対応するための措置を既に講じていることから、当該措置を保険外サービスに活用することが考えられる。

なお、(介護予防)訪問入浴介護、(介護予防)訪問看護、(介護予防)訪問リハビリテーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護をペットの世話など、2. ①②に記載されているような保険外サービスと組み合わせて提供する場合も同様の取扱いである。



#### 4. サービス提供責任者について

サービス提供責任者については、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。以下「指定居宅サービス等基準」という。）第 5 条第 4 項に規定されているとおり、専ら指定訪問介護に従事することが求められているが、業務に支障がない範囲で保険外サービスにも従事することは可能である。

### 第三 通所介護を提供中の利用者に対し、保険外サービスを提供する場合について

#### 1. これまでの取扱い

通所介護については、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 8 条第 7 項及び介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）第 10 条に規定するとおり、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認その他の居宅要介護者に必要な日常生活上の世話並びに機能訓練を行うサービスであり、様々なサービスが介護保険サービスとして提供可能である。このため、通所介護事業所内において利用者に対して提供されるサービスについては、通所介護としての内容と保険外サービスとしての内容を区分することは、基本的には困難である。

ただし、理美容サービスについては、通所介護と明確に区分可能であることから、「通所サービス利用時の理美容サービスの利用について」（平成 14 年 5 月 14 日付事務連絡）において、デイサービスセンター等において、通所サービスとは別に、利用者の自己負担により理美容サービスを受けることは可能である旨を示しているところである。また、併設医療機関の受診については、「介護報酬に係る Q&A について」（平成 15 年 5 月 30 日付事務連絡）において、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に限り認められることとしている。なお、通所サービスの提供時間には、理美容サービスに要した時間や緊急時の併設医療機関の受診に要した時間は含めないこととしている。

#### 2. 通所介護と組み合わせて提供することが可能なサービス

1. で示したとおり、通所介護事業所内において利用者に対して提供されるサービスについては、通所介護としての内容と保険外サービスとしての内容を区分することが基本的には困難であることから、保険外サービスとして利用者から保険給付とは別に費用を徴収することは、基本的には適当でなく、仮に特別な器具や外部事業者等を活用する場合であっても、あくまで通所介護として実施し、必要に応じて実費等を追加徴収することが適当である。

ただし、以下の①～④の保険外サービスについては、通所介護と明確に区分することが可能であり、事業者が 3. の事項を遵守している場合には、通所介護を提供中の利用者に対し、通所介護を一旦中断したうえで保険外サービスを提供し、その

後引き続き通所介護を提供することが可能である。

- ① 事業所内において、理美容サービス又は健康診断、予防接種若しくは採血（以下「巡回健診等」という。）を行うこと
  - ② 利用者個人の希望により通所介護事業所から外出する際に、保険外サービスとして個別に同行支援を行うこと
- ※ 機能訓練の一環として通所介護計画に位置づけられた外出以外に、利用者個人の希望により、保険外サービスとして、個別に通所介護事業所からの外出を支援するものである。外出中には、利用者の希望に応じた多様な分野の活動に参加することが可能である。
- ③ 物販・移動販売やレンタルサービス
  - ④ 買い物等代行サービス

### 3. 通所介護サービスを提供中の利用者に対し、保険外サービスを提供する場合の取扱い

#### (1) 共通事項

- ① 通所介護と保険外サービスを明確に区分する方法
  - ・ 保険外サービスの事業の目的、運営方針、利用料等を、指定通所介護事業所の運営規程とは別に定めること
  - ・ 利用者に対して上記の概要その他の利用者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書をもって丁寧に説明を行い、保険外サービスの内容、提供時間、利用料等について、利用者の同意を得ること
  - ・ 契約の締結前後に、利用者の担当の介護支援専門員に対し、サービスの内容や提供時間等を報告すること。その際、当該介護支援専門員は、必要に応じて事業者から提供されたサービスの内容や提供時間等の保険外サービスに関する情報を居宅サービス計画（週間サービス計画表）に記載すること
  - ・ 通所介護の利用料とは別に費用請求すること。また、通所介護の事業の会計と保険外サービスの会計を区分すること
  - ・ 通所介護の提供時間の算定に当たっては、通所介護の提供時間には保険外サービスの提供時間を含めず、かつ、その前後に提供した通所介護の提供時間を合算し、1回の通所介護の提供として取り扱うこと
- ② 利用者保護の観点からの留意事項
  - ・ 通所介護事業所の職員以外が保険外サービスを提供する場合には、利用者の安全を確保する観点から、当該提供主体との間で、事故発生時における対応方法を明確にすること
  - ・ 提供した保険外サービスに関する利用者等からの苦情に対応するため、

苦情を受け付ける窓口の設置等必要な措置を講じること。なお、指定通所介護事業者は、通所介護を提供する事業者の責務として、通所介護に係る苦情に対応するための措置を既に講じていることから、当該措置を保険外サービスに活用することが考えられる。

- ・ 通所介護事業者は、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、当該事業者から金品その他の財産上の収益を収受してはならないこと

(2) 事業所内において、巡回健診等の保険外サービスを行う場合

医療法（昭和 23 年法律第 205 号）等の関係法規を遵守すること。

なお、通所介護事業所内において巡回健診等を行う場合は「医療機関外の場  
所で行う健康診断の取扱いについて」（平成 27 年 3 月 31 日医政発 0331 第 11  
号）を遵守すること。

また、鍼灸や柔道整復等の施術を行うことはできず、無資格者によるマッ  
サージの提供は禁止されている。

(3) 利用者個人の希望により通所介護事業所から外出する際に、保険外サービス  
として個別に同行支援を行う場合

通所介護事業所の職員が同行支援等の保険外サービスを提供する場合には、  
当該保険外サービスの提供に要した時間を当該職員が通所介護に従事する時  
間には含めないこととした上で、通所介護事業所の人員配置基準を満たすこ  
と。

道路運送法（昭和 26 年法律第 183 号）や医療法等の関係法規を遵守するこ  
と。例えば、

- ・ 医療機関への受診同行については、健康保険法（大正 11 年法律第 70  
号）及び保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15  
号）の趣旨を踏まえると、あくまでも利用者個人の希望により、個別に行  
うものであり、利用者個人のニーズにかかわらず、複数の利用者を一律  
にまとめて同行支援をするようなサービスを提供することは、適当では  
ない。
- ・ 通所介護事業所の保有する車両を利用して行う送迎については、通所  
介護の一環として行う、機能訓練等として提供するサービスではなく、  
利用者個人の希望により有償で提供するサービスに付随して送迎を行う  
場合には、道路運送法に基づく許可・登録が必要である。

(4) 物販・移動販売やレンタルサービスを行う場合

利用者にとって不要なサービスが提供されることを防ぐ観点から、利用者の日常生活に必要な日用品や食料品・食材ではなく、例えば高額な商品を販売しようとする場合には、あらかじめその旨を利用者の家族や介護支援専門員に対して連絡すること。認知機能が低下している利用者に対しては、高額な商品等の販売は行わないこと。

また、食品衛生法（昭和 22 年法律第 233 号）等の関係法規を遵守すること。

なお、2. 及び 3.（1）から（4）までの取扱いは（介護予防）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も同様である。

#### 第四 通所介護を提供していない休日や夜間等に、事業所の人員や設備を活用して、保険外サービスを提供する場合について

##### 1. 通所介護を提供していない休日や夜間等に、事業所の人員や設備を活用して、保険外サービスを提供する場合の取扱い

指定居宅サービス等基準第 95 条第 3 項において、通所介護事業所の設備は、専ら当該指定通所介護の事業の用に供するものでなければならないが、利用者に対し支障がない場合は、この限りでないとしている。また、通所介護を提供していない休日や夜間等に、事業所の人員や設備を活用して、保険外サービスを提供する場合においても、第三の場合と同様、通所介護と保険外サービスを明確に区分する必要がある。

さらに、夜間及び深夜に宿泊サービスを提供することについては、利用者保護や、サービスの質を担保する観点から、指定居宅サービス等基準第 95 条第 4 号及び「指定通所介護事業所等の設備を利用し夜間及び深夜に指定通所介護等以外のサービスを提供する場合の事業の人員、設備及び運営に関する指針について」（平成 27 年 4 月 30 日老振発 0430 第 1 号・老老発 0430 第 1 号・老推発 0430 第 1 号）において、その基準を定めている。

※ 上記においては、例えば以下のような内容を定めている。

- ・ 通所介護事業者は、宿泊サービスの内容を当該宿泊サービスの提供開始前に当該指定通所介護事業者に係る指定を行った都道府県知事、指定都市又は中核市の市長に届け出ること
- ・ 通所介護事業者は宿泊サービスの届出内容に係る介護サービス情報を都道府県に報告し、都道府県は介護サービス情報公表制度を活用し当該宿泊サービスの内容を公表すること
- ・ 宿泊サービスの提供時間帯を通じて、夜勤職員として介護職員又は看護職員を常時 1 人以上確保すること

- ・ 宿泊室の床面積は、1室当たり 7.43 m<sup>2</sup>以上とすること
- ・ 消防法その他の法令等に規定された設備を確実に設置しなければならないこと 等

上記に加え、通所介護を提供していない休日や夜間等に、通所介護以外の目的で通所介護事業所の人員・設備を活用する場合は、通所介護と保険外サービスを明確に区分する観点から、保険外サービスに関する情報（当該保険外サービスを提供する事業者名、サービス提供時間等）を記録すること。

なお、この取扱いは（介護予防）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も同様である。

## 2. 通所介護を提供していない休日や夜間等に、事業所の人員や設備を活用して、保険外サービスを提供する場合の例

通所介護を提供していない休日や夜間等に、事業所の人員や設備を活用して、保険外サービスを提供する場合として、例えば以下のようなサービスの提供が可能である。

- ① 通所介護事業所の設備を、通所介護サービスを提供していない時間帯に、地域交流会や住民向け説明会等に活用すること。
- ② 通所介護事業所の人員・設備を、通所介護サービスを提供していない夜間及び深夜に、宿泊サービスに活用すること。

## 第五 通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の双方に対してサービスを提供する場合について

### 1. これまでの取扱い

指定居宅サービス等基準第 95 条第 3 項において、通所介護事業所の設備は、専ら当該指定通所介護の事業の用に供するものでなければならないが、利用者に対し支障がない場合は、この限りでないとしている。また、第三及び第四の場合と同様、通所介護と保険外サービスを明確に区分する必要がある。

### 2. 通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の双方に対してサービスを提供する場合の例

通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の双方に対してサービスを提供する場合として、例えば以下のようなサービスの提供が可能である。

#### ① 両サービスの利用者が混在する場合

通所介護事業所において、通所介護の利用者とそれ以外の地域住民が混在している状況下で、体操教室等を実施すること

- ② 通所介護と保険外サービスの利用者が混在せず、通所介護とは別の時間帯や、別の場所・人員により、保険外サービスを提供する場合

通所介護事業所において、通所介護とは別室で、通所介護に従事する職員とは別の人員が、地域住民向けのサービスを提供すること

### 3. 通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の双方に対してサービスを提供する場合の取扱い

#### (1) 共通事項

通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の双方に対してサービスを提供する場合は、通所介護と保険外サービスを明確に区分するため、保険外サービスに関する情報（当該保険外サービスを提供する事業者名、サービス提供時間等）を記録すること。

#### (2) 通所介護の利用者と保険外サービスの利用者に対して一体的にサービスを提供する場合

通所介護事業所において、通所介護の利用者と保険外サービスの利用者が混在する状態で通所介護と保険外サービスを提供することについては、通所介護の利用者に対し支障がない場合に可能であるところ、具体的には、通所介護事業所の人員・設備の基準を担保する観点から、

- ① 同時一体的に利用する通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の合計数に対し、通所介護事業所の人員基準を満たすように職員が配置されており、かつ、

- ② 通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の合計数が、通所介護事業所の利用定員を超えない

場合には、通所介護の利用者と保険外サービスの利用者が混在する状態で通所介護と保険外サービスと提供することが可能である。

なお、通所介護事業者は、地域住民が通所介護事業所において行われる行事に参加する等の場合、①及び②によらず、あくまでも通所介護の利用者数を基に、通所介護事業所の人員基準や定員を遵守すること。

#### (3) 通所介護と保険外サービスの利用者が混在せず、通所介護とは別の時間帯や、別の場所・人員により、保険外サービスを提供する場合

通所介護事業所において通所介護と保険外サービスの利用者が混在せず、通所介護とは別の時間帯や、別の場所・人員により保険外サービスを提供することについては、基本的に通所介護の利用者に対し支障がないと考えられることから、(2) ①及び②に従う必要はない。

なお、(1) から (3) までの取扱いは(介護予防)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も同様である。

## 第六 区分支給限度額を超過している利用者に対し、超過分のサービスを提供する場合について

### 1. これまでの取扱い

指定居宅サービス等基準第20条第2項等において、法定代理受領サービスに該当しない指定サービスを提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定サービスに係る居宅介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならないこととしている。介護保険制度は、高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう、必要なサービスを提供することを目的とするものであり、介護支援専門員は、区分支給限度額を超過する居宅サービス計画を作成しようとする場合には、利用者の心身の状況や置かれている環境等に応じた適切なサービスであるかどうか、アセスメント等を通じ十分に検討しなければならない。

### 2. 区分支給限度額を超過している利用者に対し、超過分のサービスを提供する場合の取扱い

区分支給限度額を超えてなお介護保険サービスと同等のサービスを提供する場合、その価格については、サービス内容が介護保険サービスと同等であることを踏まえ、介護保険サービスにおいて事業者を支払われる費用額と同水準とすることが望ましい。ただし、利用者等に対し、介護保険サービスと保険外サービスの違いを文書によって丁寧に説明し、同意を得ることにより、介護保険サービスにおいて事業者を支払われる費用額とは別の価格設定が可能である。

## 第七 保険外サービスを提供する場合の個人情報の取扱いについて

保険外サービスの提供にあたり取得した個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)及び「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」(平成29年4月14日個情第534号・医政発0414第6号・薬生発0414第1号・老発0414第1号個人情報保護委員会事務局長、厚生労働省医政局長、医薬・生活衛生局長及び老健局長連名通知別紙。以下「ガイダンス」という。)を遵守すること。

なお、介護保険サービスの提供にあたり利用者から取得した個人情報を、保険外サービスの提供に利用するには、取得に際しあらかじめ、その利用目的を公表する等の措置を講ずる必要があることに留意されたい。

事 務 連 絡  
平成30年9月28日

各地方運輸局自動車交通部長  
沖縄総合事務局運輸部長 殿

自動車局旅客課長

通所介護等に係る送迎に関する道路運送法上の取扱いについて

規制改革実施計画（平成29年6月9日閣議決定）において、介護保険サービスと保険外サービスの柔軟な組合せが適切に行われるようにするため、「通所介護における、介護保険サービスと保険外サービスの柔軟な組合せに係るルールの整備」等について、地方自治体や介護事業者にとって分かりやすくなるよう、厚生労働省において、一覧性や明確性を持たせた通知を発出し、周知を図ることとされており、また、国土交通省において、「事業所への送迎の前後又は送迎と一体的な保険外サービスの提供に係る関係法令の解釈の明確化」について検討し、結論を得るとされたところである。

このため、先般通知した「道路運送法の許可又は登録を要しない運送の態様について」（平成30年3月30日付け国自旅第338号）1.（4）【具体例②】について、以下のとおり取扱いを明確化するので、その旨了知するとともに、自治体及び通所介護事業所等からの相談等に対し適切に対応されたい。

なお、厚生労働省老健局より「介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせ提供する場合の取扱いについて」（平成30年9月28日付け、老推発0928第1号、老高発0928第1号、老振発0928第1号、老老発0928第1号）（別添）が発出されているので、併せて参照されたい。

記

1. 通所介護事業者等が、通所介護等の利用を目的とする送迎に併せて、利用者からの依頼に応じてスーパーや病院における支援（以下「買物等支援」という。）



を保険外サービスとして行う場合は、以下①及び②に該当することにより、買物等支援の利用者負担に運送の対価が含まれないことが明らかである場合には、道路運送法の許可又は登録を要しない。

- ①送迎の途中で、送迎の一環として、商店等へ立ち寄る場合であること（商店等へ立ち寄らない送迎の場合に通常選択されると考えられる一般的な経路を逸脱しない範囲で行われるもの）
- ②以下のすべてに該当することにより、買物等支援が送迎とは独立したサービスであると認められる場合
  - ・買物等支援における利用者負担は、当該支援を利用する場合のみに発生すること
  - ・買物等支援を利用するか否かは、利用者が選択するものであること
  - ・買物等支援の利用者負担について、移動する距離や時間等で差を設けていないこと

2. 上記を踏まえ、事例ごとに整理すると、以下のとおりである。

(1) 送迎の途中で買物等支援を行わない場合（以下「通常の送迎」という。）

①介護報酬とは別に送迎の対価を得ている場合

・送迎が独立した1つの事業とみなされ、許可又は登録が必要である。

②介護報酬とは別に送迎の対価を得ていない場合（送迎の対価が介護報酬に包括されている場合）

・送迎は自己の生業と密接不可分な輸送と解され、許可又は登録を要しない。

(2) 送迎の途中で買物等支援を行う場合

①通常の送迎の場合に通常選択されると考えられる一般的な経路を逸脱しない場合

ア 買物等支援を無償で行う（対価を得ていない）場合

・送迎は自己の生業と密接不可分な輸送と解され、許可又は登録を要しない。

イ 買物等支援の対価を得ている場合

a) 買物等支援が送迎とは独立しており、送迎の対価を得ていない場合（上記1. ②に該当する場合）

・送迎は自己の生業と密接不可分な輸送と解され、許可又は登録を要しない。

b) 買物等支援が送迎とは独立しているとは言えない場合（上記1. ②に該当しない場合）

・介護報酬とは別に送迎の対価を得ているとみなされ、許可又は登録が必要である。

②通常の送迎の場合に通常選択されると考えられる一般的な経路を逸脱する場合

・送迎が独立した1つの事業とみなされ、許可又は登録が必要である。

(3) 通所介護等を提供中の利用者に対し、外出支援のサービスを提供する場合

①機能訓練の一環として通所介護計画に位置づけられた外出支援の場合

・自己の生業と密接不可分な輸送と解され、許可又は登録を要しない。

②利用者個人の希望により、保険外サービスとして、個別に通所介護事業所からの外出を支援する場合

ア 保険外サービスを無償で行う場合

・送迎は無償による運送と解され、許可又は登録を要しない。

イ 保険外サービスの対価を得ている場合

・送迎が独立した1つの事業とみなされ、許可又は登録が必要である。

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

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長  
（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省老健局老人保健課長  
（ 公 印 省 略 ）

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

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年 3 月 1 日老企第 36 号。以下「訪問通所サービス通知」という。）、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年 3 月 8 日老企第 40 号）、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年 3 月 17 日老計発第 0317001 号、老振発第 0317001 号、老老発第 0317001 号）及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年 3 月 31 日老計発第 0331005 号、老振発第 0331005 号、老老発第 0331018 号）において示しているところであるが、今般、基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例を下記のとおりお示しするので、御了知の上、各都道府県におかれては、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その取扱いに当たっては遺漏なきよう期されたい。

なお、本通知は、令和 3 年 4 月 1 日から適用するが、「リハビリテーションマ

マネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示」(平成18年3月27日老老発第0327001号)、「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(平成17年9月7日老老発第0907002号)、「口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(平成18年3月31日老老発第0331008号)、「居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(平成18年3月31日老老発第0331009号)、「通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(平成27年3月27日老振発0327第2号)及び「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」(平成30年3月22日老老発0322第2号)については、本通知を新たに発出することから廃止することにご留意されたい。

## 記

### <目次>

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

## の基本的な考え方

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

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

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

など、効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

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

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

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

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

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

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

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

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

I リハビリテーションマネジメントの基本的な考え方

1 リハビリテーションマネジメントの基本的な考え方

(1) リハビリテーションの目的について

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

(2) リハビリテーションマネジメントの運用に当たって

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

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

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

(3) 継続的なサービスの質の向上に向けて

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

## II （介護予防）訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメントについて

### 1 リハビリテーションマネジメントの実務等について

#### (1) リハビリテーションマネジメントについて

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

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

#### ① 調査 (Survey)



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

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

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

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

## ② 計画 (Plan)

イ リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握

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

ロ リハビリテーション計画の作成

事業所の医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は別紙様式2-2-1及び別紙様式2-2-2「リハビリテーション計画書」を活用し、また、アセスメントに基づき、目標、実施期間、リハビリテーションの具体的な内容、リハビリテーションの提供頻度、提供時間、リハビリテーション提供中の具体的な対応等について検討するとともに、必要に応じて歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士等の助言を参考とし、リハビリテーション計画を作成すること。

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

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

ハ リハビリテーション計画書の保存

作成したリハビリテーション計画書は2年間保存すること。

## ③ 実行 (Do)

イ リハビリテーションの実施

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

ロ 医師の詳細な指示

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

指示の内容については、利用者の状態の変化に応じ、適宜変更すること。

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

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

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

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

④ 評価 (Check)、改善 (Action)

イ リハビリテーション計画の見直し

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

a 退院(所)後間もない場合、利用者及びその家族が在宅生活に不

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

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

## 2 リハビリテーションマネジメント加算について

### (1) リハビリテーションマネジメント加算の算定上の留意事項

- ① リハビリテーションマネジメントは、利用者ごとにケアマネジメントの一環として行われること。
- ② 各施設・事業所における管理者は、リハビリテーションマネジメントに関する手順をあらかじめ定めること。
- ③ リハビリテーションマネジメントは、SPDCAサイクルの構築を通じて、リハビリテーションの質の管理を行うものであること。各事業所における多職種協働の体制等が異なることを鑑み、リハビリテーションマネジメントの加算の種類を選択すること。
- ④ 指定通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の算定において、当該計画に係る利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月間を超えた場合であって、指定通所リハビリテーションのサービスを終了後に、病院等への入院又は他の居宅サー

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

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

(2) リハビリテーションマネジメント加算(A)イの算定に関して

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

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

① リハビリテーション会議の開催

イ リハビリテーション会議の構成員

利用者及びその家族を基本とし、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者であること。リハビリテーション会議には必要に応じて歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士等が参加することが望ましい。

ロ リハビリテーション会議の構成員の参加

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

ハ リハビリテーション会議での協議内容

リハビリテーション会議では、アセスメント結果などの情報の共有、

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

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

#### ニ リハビリテーション会議の記録

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

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

当該記録は利用者毎に 2 年間保存するものであること。

#### ホ その他

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

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

### ② リハビリテーション計画の利用者又はその家族への説明

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

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

ロ 利用者又はその家族の同意が得られたことを記録すること。

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

### ③ リハビリテーション会議の開催頻度

リハビリテーション計画は、指定訪問リハビリテーションにおいてはおおむね 3 月に 1 回、指定通所リハビリテーションにおいては、利用者の同意を得てから 6 月以内はおおむね 1 月に 1 回、6 月超後はおお

むね3月に1回、リハビリテーション会議の開催を通して、進捗状況を確認し、見直しを行うこと。

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

④ 介護支援専門員に対するリハビリテーションの観点からの情報提供

リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行う場合には、1(1)③ホの内容に加え、以下の内容を盛り込むことが望ましい。

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

⑤ 指定訪問介護等の居宅サービスの従事者又は家族に対する助言

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

イ 指定訪問介護等の居宅サービスの従事者助言

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

ロ 家族への助言

利用者の居宅を訪問し、その家族に対して、利用者の基本的動作能

力、応用的動作能力及び社会適応能力、その能力の改善の可能性、生活環境に応じた日常生活上の留意点並びに介護の工夫等の情報について助言指導を行うこと。

⑥ リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理

リハビリテーションマネジメントの徹底を図るため、別紙様式 2-4「リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票」を活用して、SPDCAサイクルの工程管理を行うこと。

⑦ その他

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

(3) リハビリテーションマネジメント加算(B)イの算定に関して

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

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

① リハビリテーション会議の開催

リハビリテーションマネジメント加算(A)イと同様であるため、(2)①を参照されたい。

② リハビリテーション計画の利用者又はその家族への説明

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

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

③ リハビリテーション会議の開催頻度

- リハビリテーションマネジメント加算(A)イと同様であるため、  
(2)③を参照されたい。
- ④ 介護支援専門員に対するリハビリテーションの観点からの情報提供  
リハビリテーションマネジメント加算(A)イと同様であるため、  
(2)④を参照されたい。
- ⑤ 指定訪問介護等の居宅サービスの従事者又は家族に対する助言  
リハビリテーションマネジメント加算(A)イと同様であるため、  
(2)⑤を参照されたい。
- ⑥ リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理  
リハビリテーションマネジメント加算(A)イと同様であるため、  
(2)⑥を参照されたい。
- ⑦ その他  
リハビリテーションマネジメント加算(A)イと同様であるため、  
(2)⑦を参照されたい。なお、リハビリテーションマネジメント加算(A)  
イはリハビリテーションマネジメント加算(B)イと読み替えられたい。
- (4) リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ又は(B)ロの算定に関し  
て  
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ又は(B)ロは、リハビリ  
テーションマネジメント加算(A)イ又は(B)イの要件に加え、「科学的介  
護情報システム (Long-term care Information system For Evidence)」  
(以下「L I F E」という。)を用いて厚生労働省に情報を提出し、提出  
情報及びフィードバック情報を活用し、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。L I F Eへの提出情報、提  
出頻度等については、「科学的介護情報システム (L I F E) 関連加算に  
関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令  
和3年3月16日老老発0316第4号)を参照されたい。

## 2 別紙様式の記載要領

### (1) 別紙様式2-1 (興味・関心チェックシート)

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

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

#### ① 本人の希望及び家族の希望

本人の希望に関しては、別紙様式2-1で把握した、利用者がしてみ



たい又は興味があると答えた内容を考慮して、利用者に確認の上、したい又はできるようになりたい生活の希望等を該当欄に記載すること。

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

## ② 健康状態、経過

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

## ③ 心身機能・構造

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

居室を想定しつつ、基本動作（寝返り、起き上がり、座位保持、立

ち上がり、立位保持) の状況の評価し、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通し・継続理由、終了の目安と時期

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

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

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

⑥ 特記事項

①から⑤の項目以外に記入すべき事項があった場合は、特記事項に記載すること。

⑦ 環境因子

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

⑧ 社会参加の状況

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

⑨ 活動（IADL）（Frenchay Activity Index を活用）

下記を参考に現在「している」状況について評価を行い、リハビリテーション開始時点及び現在の状況を該当箇所にその得点を記載する。

項目		選択肢	
1	食事の用意（買い物は含まれない）	0 していない 2 時々（週に1～2回） 3 週に3回以上している	1 まれにしている
2	食事の片づけ	0 していない 2 時々（週に1～2回） 3 週に3回以上している	1 まれにしている
3	洗濯	0 していない 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している	1 まれにしている
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 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している	1 まれにしている
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 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している	1 まれにしている

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

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

⑩ 「活動」と「参加」に影響を及ぼす課題の要因分析

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

⑪ リハビリテーションサービス

リハビリテーションの提供計画については、⑩で分析した課題について優先順位をつけ、その順位に沿って、目標（解決すべき課題）、目標達成までの期間、担当職種、具体的支援内容、サービス提供の予定頻度、及び時間について記載すること。

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

⑫ 情報提供先

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

(3) 別紙様式2-3（リハビリテーション会議録）

- ① リハビリテーション会議の開催日、開催場所、開催時間、開催回数を明確に記載すること。
- ② 会議出席者の所属（職種）や氏名を記載すること。
- ③ リハビリテーションの支援方針（サービス提供終了後の生活に関する事項を含む。）、リハビリテーションの内容、各サービス間の協働の内

容について検討した結果を記載すること。

③ 構成員が不参加の場合には、不参加の理由を記載すること。

(4) 別紙様式 2-4 (リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票)

① サービス開始時における情報収集

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

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

入手した場合は該当箇所にチェックすること。

② リハビリテーション会議の開催によるリハビリテーション計画書の作成

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

③ リハビリテーション計画の利用者・家族への説明

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

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

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

④ リハビリテーション計画書に基づくリハビリテーションの提供

リハビリテーションプログラムの内容について検討し、実施した内容について、該当箇所にチェックをすること。

⑤ リハビリテーション会議の実施と計画の見直し

リハビリテーション会議を開催し、計画の見直しを行った場合、その実施日を記入すること。

⑥ 訪問介護の事業その他の居宅サービス事業に係る従業者に対する日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報伝達

指定訪問介護又はその他の居宅サービスの担当者に対し、リハビリ

テーションの観点から、日常生活上の留意点及び介護の工夫等の助言を行った場合、その実施日を記入すること。

- ⑦ 居宅を訪問して行う介護の工夫に関する指導・助言等の実施  
利用者の居宅を訪問し、介護の工夫に関する指導・助言等を実施した場合、その実施日を記入すること。
- ⑧ サービスを終了する1月前以内のリハビリテーション会議の開催  
サービス終了する1月前以内にリハビリテーション会議を実施した場合は、該当箇所にチェックを行い、参加者に○をつけること。
- ⑨ 終了時の情報提供  
終了時、リハビリテーションの情報を提供した場合は、その提供者の該当箇所にチェックをすること。
- ⑩ プロセス管理表の保管  
プロセス管理表は、利用者ごとにリハビリテーション計画書と一緒に保管すること。

### 3 リハビリテーションマネジメントに関連する主な加算

#### (1) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について

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

- ① 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)の算定に関して  
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)の算定に関しては、留意事項通知で示している内容を踏まえ、適切に行うこと。
- ② 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)の算定に関して
  - イ 包括報酬である認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)を算定する場合は、利用者の認知症の状態に対し、支援内容や利用回数が妥当かどうかを確認し、適切に提供することが必要であることから1月に1回はモニタリングを行い、通所リハビリテーション計画を見直し、医師から利用者又はその家族に対する説明し、同意を得ることが望ましい。
  - ロ 別紙様式2-1を活用し、利用者がしている、してみたい、興味がある生活行為を把握し、見当識や記憶などの認知機能や実際の生活環境を評価し、アセスメント後に、当該生活行為で確実に自立できる行為を目標とする。
  - ハ 目標を達成するために何を目的に、どんな実施内容をどのように

するのか（たとえば、個別で又は集団で）をできる限り分かりやすく記載する。

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

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

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

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

### ③ 認知症短期集中リハビリテーション(Ⅱ)の提供後

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

## (2) 生活行為向上リハビリテーション実施加算について

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

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

### ① 生活行為向上リハビリテーション実施加算の考え方

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



ンの提供が必要であると判断した者に対し、起居や歩行、排泄、入浴などのADL、調理、買い物、趣味活動などのIADLなどの生活行為の内容の充実を図るため、その能力の向上について別紙様式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目指し、6月間を利用限度に集中的に行うこと。

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

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

③ 生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定に関して

イ 生活行為のニーズの把握

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

ロ 生活行為に関する課題分析

a 利用者がしてみたいと思う生活行為で、一連の行為のどの部分が支障とな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。

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

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

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

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

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

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

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

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

$$\frac{\text{指定通所介護事業所等への移行を実施した者}}{\text{評価対象期間中にサービス提供を終了した者}} > 5\%$$

（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

$$\frac{12 \text{ 月}}{\text{平均利用延月数}} > 25\%$$

（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こ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介護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、変更等がない場合にあっても、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（i）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。

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順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

持・向上を図るために、個別機能訓練を実施することが求められる。

本加算の算定要件については、令和3年度介護報酬改定において、より利用者の自立支援等に資する個別機能訓練の提供を促進する観点から、これまでの個別機能訓練加算の取得状況や加算を取得した事業所の個別機能訓練の実施状況等をふまえ、個別機能訓練の実施目的や実施体制、加算取得にあたっての人員配置について見直しを行ったところであり、今般、短期入所生活介護（介護予防含む）における個別機能訓練加算と併せて、改めて個別機能訓練加算の目的、趣旨の徹底を図るとともに、加算の実行性を担保するため、個別機能訓練加算の事務処理手順例及び様式例を示すこととする。

## I 通所介護等における取扱い

### 1 通所介護等における個別機能訓練加算の目的

通所介護等留意事項通知において示しているように、個別機能訓練加算は、専ら機能訓練を実施する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）（以下「理学療法士等」という。）を配置し、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下「機能訓練指導員等」という。）が共同して、利用者ごとに心身の状態や居宅の環境をふまえた個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき計画的に個別機能訓練を行うことで、利用者の生活機能の維持・向上を図り、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指すため設けられたものである。

本加算の算定にあたっては、加算設置の趣旨をふまえた個別機能訓練計画作成及び個別機能訓練が実施されなければならない。

### 2 個別機能訓練の実務等

個別機能訓練加算の算定にあたっては、以下の(1)～(3)の実施が必要となる。通所介護事業所及び地域密着型通所介護事業所の管理者は、これを参照し、各事業所における個別機能訓練実施に関する一連の手順をあらかじめ定める必要がある。

#### (1) 加算算定にあたっての目標設定・個別機能訓練計画の作成

ア 利用者の社会参加状況やニーズ・日常生活や社会生活等における役割の把握、心身の状態の確認

機能訓練指導員等は、個別機能訓練の目標を設定するにあたり、以下の①～④により、利用者のニーズ・日常生活や社会生活等における役割の把握及び心身の状態の確認を行う。

- ① 利用者の日常生活や社会生活等について、現在行っていることや今後行いたいこと（ニーズ・日常生活や社会生活等における役割）を把握する。これらを把握するにあたっては、別紙様式3-1の興味・関心チェックシートを活用すること。またあわせて、利用者のニーズ・日常生活や社会生活等における役割に対する家族の希望を把握する。
- ② 利用者の居宅での生活状況（ADL、IADL等）を居宅訪問の上で確認する。具体的には、別紙様式3-2の生活機能チェックシートを活用し以下を実施する。
  - i 利用者の居宅の環境（居宅での生活において使用している福祉用具・補助具等を含む）を確認する。
  - ii ADL、IADL項目について、居宅の環境下での自立レベルや実施するにあたっての課題を把握する。
- ③ 必要に応じて医師又は歯科医師から、これまでの利用者に対する病名、治療経過、合併疾患、個別機能訓練実施上の留意事項についての情報を得る。直接医師又は歯科医師から情報が得られない場合は、介護支援専門員を通じて情報収集を図ること。
- ④ 介護支援専門員から、居宅サービス計画に記載された利用者本人や家族の意向、総合的な支援方針、解決すべき課題、長期目標、短期目標、サービス内容などについて情報を得ること。

#### イ 多職種協働での個別機能訓練計画の作成

アで把握した利用者のニーズ・日常生活や社会生活等における役割及び心身の状態に応じ、機能訓練指導員等が多職種協働で個別機能訓練計画を作成する。その際、必要に応じ各事業所に配置する機能訓練指導員等以外の職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士等）からも助言を受けることが望ましい。

- ① 個別機能訓練計画書の作成（総論）
  - ・ 個別機能訓練計画は別紙様式3-3を参考に作成すること。なお、個別機能訓練計画に相当する内容を通所介護計画又は地域密着型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機能訓練計画の作成に代えることができる。
  - ・ また、個別機能訓練計画の作成にあたっては、居宅サービス計画、通所介護計画又は地域密着型通所介護計画と連動し、これらの計

画と整合性が保たれるように行うことが重要である。なお、通所介護計画書及び地域密着型通所介護計画書は別紙様式 3 - 4 を参考に作成すること。

## ② 個別機能訓練目標・個別機能訓練項目の設定

### i 個別機能訓練目標の設定

- ・ アで把握した利用者のニーズ・日常生活や社会生活等における役割及び心身の状態に応じ、機能訓練指導員等が協働し、利用者又は家族の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえつつ、個別機能訓練目標を設定する。なお、目標設定にあたっては、当該利用者の意欲の向上に繋がるよう、長期目標・短期目標のように段階的な目標設定をするなど、可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。

#### <長期目標の設定>

長期目標は生活機能の構成要素である以下 a ~ c をバランスよく含めて設定することが求められる。

- a 体の働きや精神の働きである「心身機能」
  - b ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」
  - c 家庭や社会で役割を果たすことである「参加」
- ・ 具体的には、利用者が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ができるよう、単に座る・立つ・歩くといった身体機能の向上を目指すことのみを目標とするのではなく、居宅における生活行為（トイレに行く、自宅の風呂に一人で入る、料理を作る、掃除・洗濯をする等）や地域における社会的関係の維持に関する行為（商店街に買い物に行く、囲碁教室に行く、孫とメールの交換をする、インターネットで手続きをする等）等、具体的な生活上の行為の達成を含めた目標とすること。

#### <短期目標の設定>

長期目標を設定した後は、目標を達成するために必要な行為ごとに細分化し、短期目標として整理する。

(例) 長期目標が「スーパーマーケットに食材を買いに行く」の場合必要な行為

- ・ 買いたい物を書き記したリストを作る
- ・ 買い物量を想定し、マイバッグを用意する
- ・ スーパーマーケットまでの道順を確認する
- ・ スーパーマーケットまで歩いて行く

- ・スーパーマーケットの入り口で買い物かごを持つ
- ・スーパーマーケットの中でリストにある食材を見つける
- ・食材を買い物かごに入れる
- ・レジで支払いをする
- ・買った品物を袋に入れる
- ・買った品物を入れた袋を持って、自宅まで歩いて帰る

## ii 個別機能訓練項目の設定

- ・ 短期目標を達成するために必要な行為のうち、利用者の現状の心身機能等に照らし可能であること、困難であることを整理する。

- ・ 利用者の現状の心身機能等に照らし困難であることについて、どのような訓練を行えば可能となるのか検討する。

(例) 上記の事例において、歩行機能が低下していることから、「スーパーマーケットまで歩いて行く」「スーパーマーケットの中でリストにある食材を見つける」「買った品物を入れた袋を持って、自宅まで歩いて帰る」ことが困難である場合、自宅からスーパーマーケットまでの距離等を勘案した上で、

- ・ 歩行機能を向上させる訓練（筋力向上訓練、耐久性訓練、屋内外歩行訓練等）
- ・ 歩行を助ける福祉用具（つえ等）を使用する訓練
- ・ 歩行機能の向上が難しい場合、代替的な移動手段となりうる福祉用具（電動車いす等）を使用する訓練を行うことが想定される。
- ・ 目標を達成するために必要な行為を遂行できるように、生活機能を向上させるための訓練項目を決定する。なお、訓練項目の決定にあたっては、利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の訓練項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲の向上に繋がるよう利用者を援助すること。
- ・ 生活機能の向上のためには、通所介護等提供中に機能訓練を行うのみでなく、利用者が日々の生活においてもできる限り自主訓練を行うことが重要であることから、利用者が自身で又は家族等の援助を受けて、利用者の居宅等においても実施できるような訓練項目をあわせて検討し、提示することが望ましい。

## ウ 利用者又はその家族への説明と同意

利用者又はその家族に対し、機能訓練指導員等が個別機能訓練の内容について分かりやすく説明を行い、同意を得ること。またその際、個

別機能訓練計画を交付（電磁的記録の提供を含む）すること。

エ 介護支援専門員への報告

介護支援専門員に対し、個別機能訓練計画を交付（電磁的記録の提供を含む）の上、利用者又はその家族への説明を行い、内容に同意を得た旨報告すること。

(2) 個別機能訓練の実施

ア 個別機能訓練の実施体制

- ・ 個別機能訓練加算に係る個別機能訓練は、類似の目標を持ち、同様の訓練項目を選択した5人程度以下の小集団（個別対応含む）に対して機能訓練指導員が直接行うこととする。なお、機能訓練指導員が直接個別機能訓練を行っていれば、その補助者として看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が個別機能訓練に関与することは差し支えない。
- ・ 個別機能訓練の目標を具体的な生活上の行為の達成としている場合、実際の生活上の様々な行為を構成する実際的な行動やそれを模した行動を反復して行うことにより、段階的に目標の行動ができるようになることを目指すことから、事業所内であれば実践的訓練に必要な浴室設備、調理設備・備品等を備えること、事業所外であれば、利用者の居宅や近隣の施設等に赴くこと等により、事業所内外の実地的な環境下で訓練を行うことが望ましい。

イ 訓練時間

個別機能訓練計画に定めた訓練項目の実施に必要な1回あたりの訓練時間を考慮し適切に設定すること。

ウ 訓練実施回数

個別機能訓練の目的を達成するためには、生活機能の維持・向上を図る観点から、計画的・継続的に個別機能訓練を実施する必要がある、概ね週1回以上実施することを目安とする。

(3) 個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練加算に係る個別機能訓練を開始した後は、

- ・ 個別機能訓練の目的に照らし、個別機能訓練項目や訓練実施時間が適切であったか、個別機能訓練の効果（例えば当該利用者のADL及びIADLの改善状況）が現れているか等について、評価を行う。
- ・ 3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況（起居動作、ADL、IADL等の状況）を確認する。また、利用者又はその家族に対して個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について説明し、記録する。なお、個別機能訓練の実施状況や個別

機能訓練の効果等についての説明・記録は、利用者の居宅を訪問する日とは別の日にICT等を活用し行っても差し支えない。

- ・ 概ね3月ごとに1回以上、個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について、当該利用者を担当する介護支援専門員等にも適宜報告・相談し、利用者又はその家族の意向を確認の上、当該利用者に対する個別機能訓練の効果等をふまえた個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更を行う。

等、適切な対応を行うこととする。

### 3 個別機能訓練加算(Ⅱ)について

個別機能訓練加算(Ⅱ)は、個別機能訓練加算(Ⅰ)イ又は個別機能訓練加算(Ⅰ)ロの算定要件を満たした上で、個別機能訓練計画書の内容等の情報を科学的介護推進システム(以下、「LIFE」という。)に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練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を評価したものである。

LIFEへのデータ提出の方法及び当該情報の活用方法の詳細については別に示す通知を参照すること。

## Ⅱ 短期入所生活介護(介護予防含む)における取扱い

短期入所生活介護(介護予防含む)における個別機能訓練加算と、通所介護等における個別機能訓練加算(Ⅰ)イ・個別機能訓練加算(Ⅰ)ロとは、加算算定の目的、人員配置要件等が異なっているが、加算算定にあたっての目標設定方法、個別機能訓練計画の作成、個別機能訓練の実施、個別機能訓練実施後の対応については一致する点も多いため、適宜参照されたい。

## 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基本的な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 栄養ケア・マネジメントの基本的な考え方

高齢者の低栄養状態等の予防・改善のために、個別の高齢者の栄養健康状態に着目した栄養ケア・マネジメントの実施を、介護報酬上、栄養マネジメント加算として評価してきたところであるが、令和3年度介護報酬改定において、介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの取組を一層強化する観点から、栄養マネジメント加算を廃止し、栄養ケア・マネジメントを基本サービスとして行うこととした。さらに、入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や体制の充実を評価する栄養マネジメント強化加算を新設した。栄養ケア・マネジメントは、低栄養状態のリスクにかかわらず、入所者全員に

対し、各入所者の状態に応じ実施することで、低栄養状態等の予防・改善を図り、自立支援・重度化防止を推進するものである。

## 2 栄養ケア・マネジメントの実務等について

### (1) 栄養ケア・マネジメントの体制

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 施設長は、管理栄養士と医師、歯科医師、看護師及び介護支援専門員その他の職種（以下第4において「関連職種」という。）が共同して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備すること。

ウ 施設長は、各施設における栄養ケア・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、入所者又は入院患者（以下「入所（院）者」という。）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 施設長は、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 入所（院）時における栄養スクリーニング

介護支援専門員は、管理栄養士と連携して、入所（院）者の入所（院）後遅くとも1週間以内に、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は、別紙様式4-1の様式例を参照すること。

#### 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、入所（院）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4-1の様式例を参照すること。

#### 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、入所（院）者の i) 栄養補給（補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給量、療養食の適用、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4-2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、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、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 39 号）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、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、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（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）第 138 条若しくは第 169 条において準用する第 138 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、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、サービス担当者会議（入所（院）者に対する施設サービスの提供に当たる担当者の会議）に出席し、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、施設サービス計画にも適切に反映させる。
- ③ 医師は、栄養ケア計画の実施に当たり、その同意等を確認する。

エ 入所（院）者及び家族への説明

介護支援専門員等は、サービスの提供に際して、施設サービス計画に併せて栄養ケア計画を入所（院）者又は家族に分かりやすく説明し、同意を得る。

オ 栄養ケアの実施

- ① サービスを担当する関連職種は、医師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、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。
- ④ 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・アクシデント事例等の把握を行う。

- ⑤ 管理栄養士は、栄養ケア提供の主な経過を記録する。記録の内容は、栄養補給（食事の摂取量等）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、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第8条若しくは第49条において準用する第8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9条若しくは第50条において準用する第9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10条若しくは第50条において準用する第10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135条若しくは第169条において準用する第135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あっては、当該記録とは別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、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 管理栄養士又は関連職種は、入所（院）者ごとの栄養状態に応じて、定期的に、入所者の生活機能の状況を検討し、栄養状態のモニタリングを行うこと。その際、栄養スクリーニング時に把握した入所（院）者ごとの低栄養状態のリスクのレベルに応じ、それぞれのモニタリング間隔を設定し、入所者ごとの栄養ケア計画に記載すること。その際、低栄養状態の低リスク者はおおむね3か月毎、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行（経管栄養法から経口栄養法への変更等）の必要性がある者の場合には、おおむね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4-1の様式例を参照の上、作成する。

#### ク 再栄養スクリーニングの実施

介護支援専門員は、管理栄養士と連携して、低栄養状態のリスクにかかわらず、栄養スクリーニングを三か月毎に実施する。

#### ケ 栄養ケア計画の変更及び退所（院）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、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。

また、入所（院）者の退所（院）時には、総合的な評価を行い、その結果を入所（院）者又は家族に分かりやすく説明するとともに、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。

#### コ 帳票の整理

栄養ケア・マネジメントを実施している場合には、個別の高齢者の栄養状態に着目した栄養管理が行われるため、検食簿、喫食調査結果、入所（院）者の入退所簿及び食料品消費日計等の食事関係書類（食事箋及び献立表を除く。）、入所（院）者年齢構成表及び給与栄養目標量に関する帳票は、作成する必要がないこととする。

### 3 栄養マネジメント強化加算について

栄養マネジメント強化加算は、栄養ケアに係る体制の充実を図るとともに、上記「2 栄養ケア・マネジメントの実務等について」で示した栄養ケア・マネジメントを実施した上で、更に入所（院）者全員への丁寧な栄養ケアを実施している場合に、算定できるものである。丁寧な栄養ケアの実施に当たっては、以下を参考とすること。

#### (1) 食事の観察について

##### ア 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

低栄養状態のリスクが高リスクに該当する者は、別紙様式4-1の様式例に示す食事摂取量、食欲・食事の満足度、食事に対する意識、多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）のうち口腔関係の項目、栄養ケア計画に記載した食事の観察の際に特に確認すべき点等を総合的に観察する。低栄養状態のリスクが中リスクに該当する者は、栄養ケア計画に記載した食事の観察の際に特に確認すべき視点を中心に観察する。

ただし、1回の食事の観察で全てを確認する必要はなく、週3回以上（異なる日に実施）の食事の観察を行う中で確認できれば差し支えない。適宜、食事の調整や食事環境の整備等を実施するとともに、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有を行い、栄養ケア

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順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 i) 栄養補給(補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給量、慢性的な疾患に対する対応、食事の形態等食事の提供に関する事項等)、

ii) 栄養食事相談、iii) 課題解決のための関連職種の分担等について、関連職種と共同して、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、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）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36号）第42条において作成することとされている各計画の中に、栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

- 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あっては、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・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がるとともに、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、嚥む力が弱まると食事量が減ることで、必要なエネルギーやたんぱく質等の栄養素が不足し、低栄養のリスクが高まるなど、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と。

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。）及び関連職種の共同により、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、全ての施設系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、施設系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。

介護職員は、当該技術的助言・指導に基づき、「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を参考に、以下の事項を記載した口腔衛生管理体制計画を作成すること。

- ア 助言を行った歯科医師等
- イ 歯科医師からの助言の要点
- ウ 当該施設における実施目標
- エ 具体的方策
- オ 留意事項・特記事項

(2) 入所者の口腔の状況の確認

口腔衛生管理体制計画に基づき、介護職員が口腔の健康状態のスクリーニングを行い、入所者の口腔清掃の自立度、口腔の健康状態等について把握すること。スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行うこと。

【スクリーニング例】

- ・ 歯や入れ歯が汚れている
- ・ 歯が少ないのに入れ歯を使っていない
- ・ むせやすい

歯・口腔の疾患が疑われる場合や介護職員による口腔清掃等が困難な場合等は、歯科医師による訪問診療等の際、各利用者の口腔の健康状態に応じた口腔健康管理が行われるよう、当該歯科医師に相談することが望ましい。

(3) 口腔清掃の用具の整備

口腔清掃には、歯の清掃に用いる歯ブラシ、ワンタフトブラシ、舌に用いる舌ブラシ、口腔粘膜に用いるスポンジブラシ、義歯に用いる義歯ブラシ等の清掃用具が用いられる。利用者の口腔の健康状態や自立度等を踏まえ、歯科医師等の技術的助言・指導に基づき、口腔清掃の用具を選択すること。

(4) 口腔清掃の実施

口腔清掃の実施担当者及び実施時刻等を、口腔清掃の実施回数・方法・内容等を踏まえて検討し、施設におけるサービス提供に係るタイムスケジュールに組み込むこと。

(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でも差し支えない。

(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、個々人に最適な実地指導を行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。

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

ウ 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービスに関する手順（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 サービス担当者は、利用者に適切な実地指導を効率的に提供できる

よう関連職種との連絡調整を行う。

オ 事業所は、サービス担当者に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

サービス担当者は、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、項目の追加にあたっては、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 サービス担当者は、スクリーニング・アセスメントに対しサービス担当者に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 サービス担当者は、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、サービス担当者は、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導が必要と判断される場合は、サービス担当者は、主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導を受けること。

- 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、サービス担当者は、医師又は歯科医師の指示・指導が必要であり、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。

ウ 利用者又はその家族への説明

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

エ 口腔機能向上サービスの実施

- ① サービス担当者に関連職種は、口腔機能改善管理指導計画に基づいた口腔機能向上サービスの提供を行う。
- ② サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画に基づいて、口腔衛生、摂食・嚥下機能等に関する実地指導を実施する。
- ③ サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に当たっては、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導が必要と考えられる場合、サービス担当者は、主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。また、関連職種に対して、口腔機能改善管理指導計画に基づいて個別又は集団に対応した口腔機能向上サービスの提供ができるように指導及び助言等を行う。
- ④ サービス担当者は、関連職種と共同して口腔機能向上サービスに関するインシデント・アクシデント事例等の把握を行う。
- ⑤ サービス担当者は、口腔機能向上サービス提供の主な経過を記録する。記録の内容は、実施日、サービス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条若しくは第181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、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スの提供の記録においてサービス担当者が口腔機能向上サービス提供の経過を記録する場合は、当該記録とは別に歯科衛生士等の居宅療養管理指導費又は口腔機能向上加算の算定のために口腔機能向上サービスの提供の経過を記録する必要はないものとする。

#### オ 実施上の問題点の把握

サービス担当者は、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 サービス担当者は、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、サービス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

サービス担当者は、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、サービス担当者と連携して、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。

#### 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、その結果を利用者又はその家族に説明するとともに、利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等に継続又は終了の情報を提供し、サービスを継続又は終了する。サービスの継続又は終了については、利用者又はその家族へ説明し同意を得る。

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・嚥下機能等に着眼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あつては、別の様式を利用して差し支えない。



## 興味・関心チェックシート

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

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

<b>■本人の希望(したい又はできるようにになりたい生活の希望等)</b>	<b>■家族の希望(本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等)</b>

**■健康状態、経過**

原因疾患: \_\_\_\_\_ 発症日・受傷日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 直近の入院日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 直近の退院日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

治療経過(手術がある場合は手術日・術式等): \_\_\_\_\_

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

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

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

**■心身機能・構造**

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

**■活動(基本動作)**

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

**■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)**

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

**■リハビリテーションの短期目標(今後3ヶ月)**

(心身機能)

(活動)

(参加)

**■リハビリテーションの長期目標**

(心身機能)

(活動)

(参加)

**■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)**

**■本人・家族への生活指導の内容(自主トレ指導含む)**

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

**■リハビリテーションの見直し・継続理由**

**■リハビリテーションの終了目安**  
(終了の目安となる時期: \_\_\_\_\_ ヶ月後 )

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

特記事項:

■環境因子(※課題ありの場合☑ 現状と将来の見込みについて記載する)		■社会参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する)	
課題	状況	家庭内の役割の内容	
家族	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居( )	<input type="checkbox"/> 調整済 <input type="checkbox"/> 未調整	
福祉用具等	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ポータルトイレ その他( )		
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅:居住階( 階) <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> エレベータ <input type="checkbox"/> 玄関前の段差 <input type="checkbox"/> 手すり(設置場所: ) 食卓: <input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル・いす トイレ: <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータルトイレ その他( )	<input type="checkbox"/> 調整済 <input type="checkbox"/> 改修中 <input type="checkbox"/> 未調整	
自宅周辺		余暇活動(内容および頻度)	
交通機関の利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )		
サービスの利用		社会地域活動(内容および頻度)	
その他			
		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	

■活動(IADL)				■活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析	
アセスメント項目	リハ開始時	現状	特記事項	評価内容の記載方法	
食事の用意				0:していない 1:まれにしている 2:週に1~2回 3:週に3回以上	
食事の片付け				0:していない 1:まれにしている 2:週に1回未満 3:週に1回以上	
洗濯					
掃除や整頓					
力仕事					
買物				0:していない 1:まれにしている 2:週に1回未満 3:週に1回以上	
外出				0:していない 1:時々 2 定期的にしている 3:代替等もしている	
屋外歩行					
趣味				0:していない 1:まれにしている 2:月に1回程、 3:月に2回程	
交通手段の利用					
旅行				0:していない 1:時々 2 定期的にしている 3:代替等もしている	
庭仕事					
家や車の手入れ				0:していない 1:電球の取替、わじ止めなど 2:ペンキ塗り、模様替え、洗車 3:家の修理、車の整備	
読書				0:読んでいない、 1:まれに 2:月1回程、 3:月2回程	
仕事				0:していない 1:週1~9時間 2 週10~29時間 3 週30時間以上	
合計点数					
				■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	
				■活動と参加に影響を及ぼす機能障害以外の要因	

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

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

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

## リハビリテーション会議録（訪問・通所リハビリテーション）

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 作成年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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

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

## リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票

利用者氏名

殿

作成年月日

年

月

日

チェック	プロセス	参加者及び内容	備考
<input type="checkbox"/>	サービス開始時における情報収集	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション会議の開催によるリハビリテーション計画書の作成	<input type="checkbox"/> 参加者(本人・家族・医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員 介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・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 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"/>	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( . . . ~ . . . )
		【通所頻度】 _____ 回/週	【通所頻度】 _____ 回/週
活動	プログラム		
	自己訓練		
心身機能	プログラム		
	自己訓練		
参加	プログラム		
	自己訓練		

【支援内容の評価】

## 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		例) 料理ができるようになりたい。	
家族の目標		例) 本人がしたいことをして欲しい。	
実施期間		通所訓練期( . . . ~ . . . )	社会適応訓練期( . . . ~ . . . )
		【通所頻度】 回/週	【通所頻度】 回/週
活動	プログラム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メニューを考える練習</li> <li>・片手で釘付まな板を利用し、りんごの皮をむく練習</li> <li>・りんごを切る練習 (20分)</li> <li>【訪問】・自宅で食器を洗う練習と環境調整 (椅子の導入) (60分)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・調理の実習 (60分)</li> <li>・買い物練習 (料理の材料) (60分)</li> <li>・バスの利用練習 (15分)</li> <li>【訪問】・自宅で料理実践支援 (60分)</li> <li>・自宅の近くで買い物練習</li> <li>・店までの動線確認</li> </ul>
	自己訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食器を洗ってみる。</li> <li>・家で野菜の材料を切るなどの下ごしらえをする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家で料理を作る。</li> </ul>
心身機能	プログラム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・立位の耐久性 (20分)</li> <li>・麻痺のある手の機能訓練【個別訓練】 (20分)</li> <li>・ストレッチ体操への参加 (20分)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・屋外歩行練習 (自己訓練)</li> <li>・物の運搬練習 (随時)</li> <li>・ストレッチ体操への参加 (20分)</li> </ul>
	自己訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家庭で自己訓練のプログラムの実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・麻痺のある手のケアの練習</li> <li>・家庭での自己訓練</li> <li>・散歩</li> </ul>
参加	プログラム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族に対して、本人の料理の様子や家でしてもらうことについて相談・指導</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の体操教室の見学と参加</li> </ul>
	自己訓練		<ul style="list-style-type: none"> <li>・路線バスを利用してみる。</li> </ul>

【支援内容の評価】

## 別紙様式 2 - 6

紹介先医療機関等名

担当医

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	
患者住所	性別 男・女
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
----

備考

1. 必要がある場合は続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. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。



紹介先医療機関等： ○○○○

担当医 ○○ 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 ○○ ○○

患者住所 ○○○○○○○○○○

性別 男・女

電話番号 ○○-○○○-○○○

生年月日 明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (75 歳) 職業 無職(元専業主婦)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

#1 変形性膝関節症(右側) 55歳～

#2 生活不活発病(床用症候群)

①膝痛のため(70歳～)

②感冒による臥床(平成18年2月) (今回のリ

ハビリテーション実施の主な要因)

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

既往歴及び家族歴

平成18年2月、感冒による臥床のために生活不活発病が急激に増悪した。生活不活発病の改善を主目的として平成18年4月より週2回通所リハビリテーションを開始した。

症状経過、検査結果及び治療経過

平成18年4月膝関節痛を生じにくい家事の方法を指導し、更に屋外歩行の範囲の拡大を図った。杖を使うことで外出が自立可能となり、平日の家事が自立したため、リハビリテーションを終了した。

今後、日常生活の中での活動性向上を指導すれば更なる改善が見込まれる。

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	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助	食事	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助
排泄	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助	入浴	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助
着替	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助	整容	<input checked="" type="radio"/> 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、外出もしたい。俳句の会にもまた通いたい。

家族：平日は家事ができるくらいに元気になって欲しい。(嫁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)

膝関節痛が増悪した時に再び活動性が低下すること。

備考

本人は当機関でリハビリテーションを開始するまでは杖に頼ってはいけなしいと思込んでいた。(但し、本人は杖を使用して外出する方が良いとは十分に納得されていない様子あり。)

備考

1. 必要がある場合は続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. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

紹介先医療機関等： ○○○○

担当医 ○○ 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 ○○ ○○

患者住所 ○○○○○○○○○○

性別  男・女

電話番号 ○○-○○-○○

生年月日 明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ( 80 歳) 職業 専職(无会社員)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

#1 脳出血(左被殻出血) (平成17年12月○日)

#2 右片麻痺

#3 右顔面麻痺

紹介目的

退所にあたってのご報告及び継続治療のご依頼

既往歴及び家族歴

70歳ごろより近医にて高血圧症を指摘されるがその後通院せず放置していた。平成17年12月に脳出血を発症し、右片麻痺を呈し、○○病院に入院、治療となった。その後、症状が安定したため、平成18年1月に急性期のリハビリテーション目的で○○リハビリテーション病院に転院し、平成18年4月当施設に入所した。

既往歴：高血圧、他特記無し

家族歴：父 高血圧

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介助歩行にまず重点をおき、四脚杖と短下肢装具を用いることで1ヶ月で居室棟歩行は自主し、その後、自宅の近くの坂道を上れる程度となった。試行的退所の際に、自宅内での身の回り行為(ADL)は自主を確認した。趣味の盆栽や園芸も片手でできるようにになった。

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	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	食事	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助
排泄	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	入浴	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助
着替	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	整容	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助

本人及び家族の要望

本人：今後も身の回りのことは一人でやっていきたい。いつまでも家の中だけでなく町内会の人達と話していきたい。趣味の盆栽の手入れや園芸も続けたい。

家族：日中は一人で生活できる事を続けて欲しい。

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

まだ体力の回復が不十分であるため、退所すぐは長時間外出したり長い距離を歩くことを避けるようお願いしたい。

備考

備考

1. 必要がある場合は紙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. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

## 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
-------------------------	--------------------------	------------------------



(依頼先機関)

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
-------------------------	--------------------------	------------------------

## 依頼先機関等名

担当者

殿

氏名	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	( 歳 )	職業	
住所							性別	男・女
電話番号								
認定情報	要介護状態等区分: 要支援( 1・2 ) 経過的要介護 要介護 ( 1・2・3・4・5 ) (有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)							

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. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  
2. サービス計画書、週間サービス、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	

## 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 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 医療機関

(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 医療機関

依頼先機関等名

○○○○○

担当者

○○ ○○

殿

氏名 ○○ ○○ 生年月日 明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ( 7 5 歳) 職業(元専業主婦)

住所 ○○○○○○○○○○

性別 男・女

電話番号 ○○-○○○-○○○

認定情報

要介護状態等区分: 要支援( 1 , 2 ) 経過的要介護 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )  
 (有効期間: ○年○月○日～○年○月○日)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

変形性膝関節症(右膝で強い、20年前から)  
 +生活不活発病  
 ①膝痛のため5年位前から  
 ②2ヶ月前の風邪による臥床(今回のリハビリテーション実施の主な原因)

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:元のように家事もして、外出もしたい。俳句の会にもまた通いたい。  
 家族:できれば平日は家事ができるくらいに元気になって欲しい。

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)

本来健康でしたが、65歳時から高血圧指摘され、68歳時降圧剤(○○○)を服用開始しています。  
 20年前から膝痛あり、膝痛のために歩行・家事などの活動制限を生じ、それによって生活が不活発となり、生活不活発病が徐々に出現していました。  
 15年前から息子家族と同居していますが、日中の夫婦分の家事は本人が行っていました。但し、風邪の後の家事は嫁のみが行っていて、役割が移っています。本人は家事を行うことが家の中での自分位置づけとして重視しています。  
 俳句は10年前からはじめましたが、これによるお友達も多いことも今の生きがいになっています。

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

風邪による安静のために生活不活発病が急激に進行し、その改善を主目的としてそれに対し平成17年より週2回通所リハビリテーションを開始しました。  
 生活の不活発化のポイントとして、膝痛を起こしにくい家事のやり方の指導と屋外歩行の範囲の拡大などを図りました。杖を使うことで外出が自主し、平日の家事が自主したのでリハビリテーションは終了しました。  
 更に活動性は向上できると思われます。日常生活の中でできることを増やしていくように支援いただければ幸いです。  
 ただ、シルバーカーや杖を使うことをまだ納得していない様子もあります。

現状の問題点・課題

膝痛の悪化した時に再び活動性が低下すること。

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

買い物などの外出や友人との交流等の社会参加の機会を促進してください。今後更に生活範囲が拡大するように、地域における様々な資源の紹介もよろしくお願いします。  
 日中の家事の主体が再び本人に戻るよう援助ください。

備考

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  
 2. サービス計画書、週間サービス、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	○○-○○○-○○○

## 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
-------------------------	--------------------------	------------------------



(依頼先機関)

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
-------------------------	--------------------------	------------------------

## 依頼先機関等名

○○○○○

担当者 ○○ ○○

殿

氏名 ○○ ○○ 生年月日 明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日( 80 歳) 職業 無職(元会社員)

住所 ○○○○○○○○○○○

性別  男 ・ 女

電話番号 ○○-○○○-○○○

認定情報	要介護状態等区分：要支援( 1 ・ 2 ) 経過的要介護 要介護 ( 1 ・ <u>2</u> ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) (有効期間：○年○月○日～○年○月○日)
------	---

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

脳出血 右片麻痺、右顔面麻痺

紹介目的

退所にあ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いたい。いつまでも家の中だけでなく町内会の人達と接していきたい。趣味の盆栽の手入れや園芸も続けたい。

家族：日中は一人で生活できる事を続けて欲しい。

## 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)

※利用者基本情報(フェイスシート)を参照

## 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

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介助歩行にまず重点をおき、四脚杖を用いることで1ヶ月で居室棟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。

趣味の盆栽や園芸も片手でできるようになりました。(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

がんばりすぎる傾向があります。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

- ・ 盆栽や園芸を片手で行うことは今後も上手になっていきます。
- ・ 一度に長い時間歩いたりせずに、時々休みながら行うことをすすめてください。
- ・ 町内会参加や外出などで生き生きとした生活となるようすすめてください。
- ・ 積極的な方をのぞいて社交範囲が広がる新しい地域活動もあればご紹介ください。

## 備考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
  2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

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

# ＜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

## ＜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	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
	合併疾患・コントロール状態	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(廃用症候群)	生活不活発病の発生原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
		生活不活発病改善への方針を把握してください
		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
心身機能	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
		痛みのコントロールの程度も把握してください
	その他	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	
	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)	
トイレへの移動	個室への移動、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	

日常生活・社会活動	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、整髪、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
		適切な衣服の選択についても把握してください
	入浴	浴室での移動、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であるかどうか、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 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
	家事	ゴミ捨て、植物の水やり等についても把握してください
外出	公共交通機関の利用、自動車の運転、自転車の運転が可能であるかどうか、把握してください	
起居動作	寝返り 起き上り 座位 立ち上り 立位	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との違いを明らかにしてください
ご家族の希望	利用者にどうなっ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との違いを明らかにしてください

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名: 性別: 男・女 生年月日 年 月 日 ( 歳) 要介護度:

健康状態(原因疾患, 発症・受傷日等)	合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 呼吸器疾患, 糖尿病等)	心身機能 <input type="checkbox"/> 運動機能障害:  <input type="checkbox"/> 感覚機能障害:  <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害:  <input type="checkbox"/> 拘縮(部位):  <input type="checkbox"/> 関節痙(部位):  <input type="checkbox"/> その他:
	生活不活発病(廃用症候群) 発生原因が分かる場合はその内容	

参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入。)

入院・入所中の場合の退院先 自宅 その他: 退院未定

家庭内役割(家事への参加, 等):

社会活動:

外出(内容・頻度等):

余暇活動(内容・頻度等):

退院後利用資源:

認知症に関する評価

自立・介護 状況	現在の評価及び目標				具体的なアプローチ						
	自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助 不 足	使用用具 杖・歩 行器・車椅子 など	介護内容 つたいもたれ等	到達 時期	重 点 項 目	PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・ 社会活動											
	トイレへの 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											

自立・介護 状況	現在の評価及び目標				具体的なアプローチ						
	自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助 不 足	使用用具 杖・歩 行器・車椅子 など	介護内容 つたいもたれ等	到達 時期	重 点 項 目	PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り										
	起き上がり										
	座位										
	立ち上がり										
	立位										
	摂食・嚥下										

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例: A 目標

B 実行状況

C 能力



# リハビリテーション実施計画書（2）

ご本人の希望（ 年 月 日）
ご家族の希望（ 年 月 日）

生活目標	その人らしく生活するためのポイント
リハビリテーションプログラム	ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみの支援に向けての取り組み

ご本人に行ってもらいたいこと
ご家族にお願いしたいこと
病気との関係で気をつけること

前回計画書作成時からの改善・変化等（ 月 日）
-------------------------

備考
----

担当チーム	担当医： _____ ●PT・OT・ST： _____（ ）、 _____（ ）、 _____（ ）、 _____（ ） ●看護・介護： _____（ ）、 _____（ ）、 _____（ ）、 _____（ ） ● _____（ ）、 _____（ ）、 _____（ ）、 _____（ ）
-------	---

ご本人・ご家族への説明と同意： \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 ご本人： \_\_\_\_\_ ご家族： \_\_\_\_\_ 説明者： \_\_\_\_\_

注：本計画書に記載されている情報は、適切な介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

# リハビリテーション実施計画書 (1)

記入例：通所リハビリテーション

計画評価実施日 年 4 月 1 日

利用者氏名: ○○ ○○ 様 性別: 男 (女) 生年月日 ○年 ○月 ○日 (75歳) 要介護度: 要介護1

健康状態(原因疾患、発症・受傷日等) #1 変形性膝関節症 (骨で強い、20年前から) #2 生後不浄発熱 ① 膝関節痛のため (70歳～) ② 感冒による臥床 (平成18年2月～)	合併疾患・コントロール状態 (高血圧、心臓病、呼吸器疾患、糖尿病等)  生活不活発病(廃用症候群) 発症原因が分かる場合はその内容 (1) 膝痛のため家事レベルは屋外歩行量低下 (70歳～) (2) 感冒による臥床 (平成18年2月～)	心身機能 <input checked="" type="checkbox"/> 運動機能障害: 下腿中心で上肢のみ低下あり  <input type="checkbox"/> 感覚機能障害: なし  <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: なし  <input type="checkbox"/> 内臓(部位): 右後脚趾: 4歳 5'  <input type="checkbox"/> 顔面神経(部位): 両側  <input type="checkbox"/> その他:  認知症に関する評価
---	--	--

参加 主目標 (ロロン( )の後に具体的内容を記入。)

入院・入所中の場合の退院先 自宅 その他: 退院未定

家庭内役割(家事への参加、等): 家事

社会活動: 老人クラブ(週1回)への参加

外出(内容・頻度等): 買い物(週2回)に行くこと、友人宅訪問

余暇活動(内容・頻度等): 俳句の会(月2回)への参加

退院後利用資源: 市の保健館室への参加

項目	現在の評価及び目標				具体的なアプローチ						
	自立	見守り	一部介助	全介助	利用用具 杖・器具・歩 行器・車椅子 など	介護内容 つたいもたれ等	到達 時期	重点 項目	PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・社会活動	トイレへの移動	A	B	C		B: 反はつたい歩き			PT<週2回個別訓練> ・屋外歩行能力の詳細 ・屋内歩行訓練 (屋内・屋外での歩行補助器具を選定する。)	・日中短時間は何度も動く機会を増やす。 ・声かけ、ゆきしを行う。	自宅内では幅広い。様々な屋外環境での実用的な歩行訓練を行う。
	階段昇降	A	C			B: 時々つたい歩き					
	屋内移動	A	B	C			5月上旬	○	・訓練室でのバランスボードを用いた立位バランス訓練		・膝への負担の少ない方法を指導する。 (どのような動作でまじまじに留意する。)
	屋外移動	A	C	B		A, C: B: 杖組み7字杖 (2ヶ月前から)	5月上旬	○	・膝関節保護のための膝装具の検討		
	食事	A	B	C							
	排泄(昼)	A	B	C							
	排泄(夜)	A	B	C							
	整容	A	B	C							
	更衣	A	C			B: くつ下のみ					
	入浴	A	C	B		C: 洗い巻き入浴用椅子使用			OT<週2回個別訓練> ・実際の入浴時に動作訓練の実施 (徐々に介助減へ移行)	・自作の入浴時の自立にむけた支援を行う。 (特に浴槽まで、濡れたタオル上の歩行)	
コミュニケーション	A	B	C								
家事	A	C					5月中旬	○	OT<週2回個別訓練> ・台所にて調理訓練 (徐々に家事の内容を増やしていく。)		・自宅の台所、浴室等自宅内での字直を参照して、動作と丁寧に指導する。
外出	A	C			B: 通所以外は外出なし						

項目	現在の評価及び目標				具体的なアプローチ						
	自立	見守り	一部介助	全介助	利用用具 杖・器具・歩 行器・車椅子 など	介護内容 つたいもたれ等	到達 時期	重点 項目	PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り	A	B	C					特になし。	特になし。	特になし。
	起き上がり	A	B	C							
	座位	A	B	C							
	立ち上がり	A	B	C							
	立位	A	B	C							
摂食・嚥下	A	B	C								

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例。 A 目標

B 実行状況

C 能力

# リハビリテーション実施計画書 (2)

<p>ご本人の希望 (○年○月○日) 一人て外出し(特に買い物)、俳句の会にもまた通いたい。 家事ができるようになりたい。</p>
<p>ご家族の希望 (○年○月○日) 家事ができるくらいに元気になって欲しい。</p>

生活目標	<p>その人らしく生活するためのポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日中の家事を行う (膝の痛みが少なくなる方法を工夫)</li> <li>・ 友人宅訪問や俳句の会などの趣味を楽しみ、体操教室などで活動的な生活を送る。</li> </ul>
リハビリテーションプログラム	<p>ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみへの支援に向けての取り組み</p> <p>今回、歩くことや家事が難しくなったのは、風邪で2週間ほど寝たためです。以前の状態に戻るためには、生活を満喫していくことが重要です。膝に負担のかからないような家事などのやり方を工夫してお教えしていきます。どのようなことをやりたいか希望をお伝えください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自宅生活を送る上での膝に負担の少ない方法を理学療法士、作業療法士がお教えしますので、実際に自宅で行ってください。(特に家事は細かく説明していきます。)</li> <li>・ 外出の範囲を広げるために、当初は杖を使用した屋外移動、買い物等の訓練を行います。</li> </ul> <p>外出や、平日の家事が自分でできるようになったらリハビリテーションは終了の予定です。その後は日常生活の中でご自分でできることを増やして行ってください。</p> <p>到達の目標としては、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 5月上旬を目途に屋内、屋外の歩行が自立して行えることを目指します。</li> <li>・ また、5月中旬を目途に家事もご自分でできることを目指します。</li> </ul>

<p>ご本人に行ってもらふこと</p> <p>膝の痛みをまじないような動作のやり方を、ご自身でも工夫しながらいろいろなことをやってみてください。(工夫したことは担当者に教えてください)</p>
<p>ご家族にお願いしたいこと</p> <p>初めての場所や杖で歩行する時は、転倒の危険もありますので十分を見守りをしてください。経路や方向転換の際の動作のやり方についてもご家族に説明します。</p>
<p>病気との関係で気をつけること</p> <p>どのような動作をすると痛みが強くなるか注意してください。痛みがある場合は担当者にお知らせください。痛みを少なくしつつ、上手にできる方法を一緒に工夫します。</p> <p>最初は一度に長い時間無理して歩かないようにしてください。(時々休みながら行うようにしましょう。)</p>

<p>前回計画書作成時からの改善・変化等(月 日)</p> <p>これまでリハビリテーションは行なわれておらず、上手な動作方法の習得がなされていませんでした。そこで今回のリハビリテーションで、痛みの少ない家事の方法や身の回りのことでのやり方を習得することで、上手にできるようになっていくと思われます。</p>
--

<p>備考</p> <p>これから生活の範囲が広がっていくと、難しいことがでてくるかもしれませんが、できないと思いきやに相談してください。できれば、その行なう場所の写真を持参してください。</p>
--

担当者	<p>担当医: ○○ ○○</p> <p>●PT・OT・ST: ○○ (理学療法士)、 ○○ (理学療法士)、 ○○ (作業療法士)、 ( )</p> <p>●看護・介護: ○○ (看護師)、 ○○ (介護職員)、 ( )、 ( )</p> <p>● ( )、 ( )、 ( )、 ( )</p> <p>( )内は職種を記入</p>
-----	--

ご本人・ご家族への説明と同意: ○年○月○日  
 ご本人: ○○ ○○      ご家族: ○○ ○○      説明者: ○○ ○○

注: 本計画書に記載されている情報は、適切な介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

計画評価実施日 年 4月 1日

利用者氏名：○○○性別：(男)・女 生年月日 ○年 ○月 ○日( 80 歳) 要介護度：要介護3

健康状態(原因疾患、発症・受療日等) #1 脳出血(大脳基底出血) (平成17年12月○日) #2 右片麻痺 #3 運動性失語	合併疾患・コントロール状態 (高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等) 高血圧(コントロール不良)  生活不活発病(廃用症候群) 発生原因が分かる場合はその内容	心身機能 <input type="checkbox"/> 運動機能障害 右片麻痺 (右手指3、右手指5、右手指5、下腿6) (右手指3、右手指3、右手指3、下腿6)  <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 足趾深部感覚低下  <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 運動性失語(軽度)
--	--	---

参加 主目標 (コロン(：)の後に具体的な内容を記入。)

入院・入所中の場合の退院先 自宅 その他： 退院未定

家庭内役割(家事への参加、等)の相手

社会活動： 町内会(元会長)への参加、同窓会への出席(年1回)

外出(内容・頻度等)： 通院(隔週)

余暇活動(内容・頻度等)： 墓参所への参加(自宅、近所の友人 週3-4回)

退院後利用資源： 市の集会所でのサークルへの参加

拘縮(部位)：  
 左肩肘：肩屈-5°、右肩内旋：屈曲-10°、  
 右肩内旋：伸屈-5°

関節痛(部位)：

その他：

認知症に関する評価

項目	自立・介護状況	現在の評価及び目標					具体的なアプローチ				
		目立	見守り	一部介助	全介助	行わず	到達時期	重点項目	PT、OT、STが実施する内容・頻度等	看護・介護職等が実施する内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・社会活動	トイレへの移動	A	B	C			4月下旬	○	PT<週3回個別訓練> - 訓練室での歩行訓練 - 訓練室での階段昇降訓練 (居室様での歩行訓練にも一応含む。また、歩行歩行が可能になるまでは十分に含む。)	行きは速い、歩行は介助歩行を行う。	(陛下居室完成までは施設係(管生)・療養士(見守り)にて、少量頻回に実施す
	階段昇降	A		C	B		6月下旬		OT<週2回個別訓練> - トイレ内での歩行動作訓練(トイレまで歩行を行う。)		
	屋内移動	A	B	C			4月下旬	○	OT<週2回個別訓練> - トイレ内での歩行動作訓練(トイレまで歩行を行う。)		
	屋外移動	A		C	B		5月下旬	◎	PT<週1回> - 中庭歩行から開始し、徐々に屋外通路での歩行へ進める。	歩行は速い下を利用し中庭まで行っていたり、歩行介助を行う。	
日常生活・社会活動	食事	A	C	B				○	GT<週2回食會時> - 箸の指導訓練(握力を養育する。)	箸の使用機会を増やすよう促す。	箸をつまめる食料を増やしていく。
	排泄(昼)	A	B	C			4月下旬	○			
	排泄(夜)	A	B	C			3月下旬				
	整容	A	B	C			4月下旬	◎	OT<週2回個別訓練> - 洗面の徹底、洗面訓練(「トイレまで歩行を行う。)	食事時の整容を支援維持できるよう支援する。(食、着)	前髪時態が折れ多い、洗面洗面の徹底の支援に併せて、また、支援者等での動作指導を受けていたため不安感がある。
	更衣	A	B	C			6月上旬	○	OT<週2回個別訓練> - 支援者等での訓練へ進める。	更衣着替え優先し、その支援を行う。(朝)	
	入浴	A		C	B		6月下旬	○	OTまたはPT<週1回入浴時> - 浴室浴槽での入浴動作の指導	PT、OTにより順から行ったポイントに留意しをから支援を行う。	
	コミュニケーション	A	C	B					ST<週1回グループ> - グループでの全機能を育てる。	積極的に会話を引き出すよう促す。	看護同では意思疎通に留意し、
家事	A		C								
外出	A		C								
孫の相手	A	C	B								

項目	自立・介護状況	現在の評価及び目標					具体的なアプローチ				
		目立	見守り	一部介助	全介助	行わず	到達時期	重点項目	PT、OT、STが実施する内容・頻度等	看護・介護職等が実施する内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り	A	B	C							特になし。
	起き上がり	A	B	C							
	座位	A	B	C							
	立ち上がり	A		C	B		6月上旬		PT<週3回個別訓練> - 訓練室の個室にて床での動作訓練		床下動作は、集会所や自宅内を想定して行う。
摂食・嚥下	立位	A		C	B						
	立位	A		C	B						

# リハビリテーション実施計画書 (2)

ご本人の希望 (○年○月○日) また歩けるようになりたい。身の回りのことは一人でやりたい。 以前のように近所の友人宅や自宅で園芸をうちたい。
ご家族の希望 (○年○月○日) 日中は一人で自宅生活をして欲しい。(特に一人でトイレに行けるようになって欲しい。)

生活目標	<p>その人らしく生活するためのポイント</p> <p>暮会所や暮会所でのサークル活動や町内会活動等を中心として、外出も優先に行う。 友人宅にも訪問したり、公共交通機関を利用して訪行を楽しむ。 身の回りのことはできるだけ自分で行う。</p>
リハビリテーションプログラム	<p>ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみの支援に向けての取り組み</p> <p>①担当者が家族とともに暮らす環境や取り囲む環境を確認し、自宅生活を想定した日常生活行為の訓練を開始時から行います。 ②遠所訪問に外出できるように、自宅周辺の屋外環境を想定して訓練を行っています。 ③仮想的遠所の場合、施設のケアマネジャー等がご自宅を訪問し、近郊での介護サービスの利用について検討を行っています。</p> <p>・また移動に困り、車いすではなく歩行で行えるようになります。 ・入所前までの「訓練室でだけ歩行(事故歩行)、実生活は車椅子」から、「実生活でも歩行」を目指します。これまでの7字杖から四脚杖と膝下杖器具を併用することで安定して歩けることを目指します。理学療法士・作業療法士も、病棟でトイレや洗面所などで歩行や、歩き方を一緒に練習しながら行います。さらに、看護・介護職員とともにそれらを生活の中で定着させます。 ・歩行が自立した後は、ご自宅でも心がけて歩いてください。これによって海難性の向上を図ります。 ・具体的には、整客の際に歩いていくことや、立って行うことが自立するようになり、そのほかトイレ歩行、屋外歩行へとすすめます。 ・自宅内で必要なこと、また外出先で必要な設備上の行為のやり方を丁寧に練習していきます。 ・病院内で自宅や外出先では違いがあるので、施設後の生活でのやり方が上手になることを意識して進めていきます。</p> <p>到達の目標としては、 ・4月下旬を目途に、屋外の歩行や日中の排泄、整客が安定して行えることを目指します。 ・また、5月下旬を目途に、屋外での歩行や夜間の排泄も一人でできるように目指します。 ・さらに、6月下旬には、院外歩行や入浴も一人でできるように目指します。</p>

ご本人に行ってもらうこと	<ul style="list-style-type: none"> <li>歩く機会を増やすようにしてください。介助されながらであっても歩きたいところに積極的に行くようにしましょう。</li> <li>日中はデイルームで園芸を左手でうったりすることをおすすめします。</li> </ul>
ご家族にお願いしたいこと	<ul style="list-style-type: none"> <li>入所直後から退所後の生活の事を考えていきましょう。</li> <li>仮行的遠所を活用して、入所中にもなるべく自宅に帰っていただくようになりますので、その際には、施設でできるようなったことが、自宅でもできるか確認し、難しいことなどがあれば担当者にご相談ください。</li> </ul>
病気との関係で気をつけること	

前回計画書作成時からの改善・変化等( 月 日)

備考 リハビリテーションは実際の生活で行う行為を上手にできるようにしていくものです。何をしたいかについても希望を出してください。

担当チーム	担当医: ○○ ○○
	●PT-DT-ST: ○○ (理学療法士), ○○ (作業療法士), ○○ (言語聴覚士), ( )
	●看護・介護: ○○ (看護師), ○○ (介護職員), ( ), ( )
	● ○○ (薬剤師), ○○ (食糧相談員), ○○ (栄養士), ○○ (介護支援専門員)

( )内は職種を記入

ご本人・ご家族への説明と同意: ○年○月○日  
ご本人 : ○○ ○○      ご家族 : ○○ ○○      説明者 : ○○ ○○

注: 本計画書に記載されている情報は、適切な介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
氏名		要介護度		病名・特記事項等		記入者名	
利用者				食事の準備状況(異い物、食事の支度、惣菜特性等)		作成年月日	年 月 日
家族の意向						家族構成とキーパーソン(支援者)	本人 <input type="checkbox"/>

(以下は、入所(入居)者個々の状態に応じて作成。)

実施日(記入者名)	年 月 日( )	年 月 日( )	年 月 日( )	年 月 日( )	
プロセス	★フルダウン <sup>1</sup>	★フルダウン <sup>1</sup>	★フルダウン <sup>1</sup>	★フルダウン <sup>1</sup>	
低栄養状態のリスクレベル	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	
身長	cm	cm	cm	cm	
体重 / BMI	kg / kg/m <sup>2</sup>	kg / kg/m <sup>2</sup>	kg / kg/m <sup>2</sup>	kg / kg/m <sup>2</sup>	
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/1ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/1ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/1ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/1ヶ月)	
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/3ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/3ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/3ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/3ヶ月)	
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/6ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/6ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/6ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/6ヶ月)	
血清アルブミン値	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( g/dl)	
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口	
その他					
食生活状況等	食事摂取量(割合)	%	%	%	
	主食の摂取量(割合)	主食 %	主食 %	主食 %	
	主菜、副菜の摂取量(割合)	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	
	その他(補助食品など)				
	摂取栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)
	提供栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)
	必要栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)
	嚥下調整食の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	食事の形態(コード)	(コード: ★フルダウン <sup>2</sup> )	(コード: ★フルダウン <sup>2</sup> )	(コード: ★フルダウン <sup>2</sup> )	(コード: ★フルダウン <sup>2</sup> )
	とろみ	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い
食事の留意事項の有無(療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
本人の意欲	★フルダウン <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>	
食欲・食事の満足感	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	
食事に対する意識	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	
多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連課題)	口腔関係	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下	
	安定した正しい姿勢が自分で取れない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食事に集中することができない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食事に傾眠や意識混濁がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	嚥下(嚥下)のない状態で食事をしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食べ物を口腔内に溜め込む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	固形の食べ物を咀嚼しやく中にむせる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	水分でむせる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食事中、食後に咳をすることがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他・気が付いた点					
その他	嚥下・生活機能関係	<input type="checkbox"/> 嚥下(再掲) <input type="checkbox"/> 生活機能低下	<input type="checkbox"/> 嚥下(再掲) <input type="checkbox"/> 生活機能低下	<input type="checkbox"/> 嚥下(再掲) <input type="checkbox"/> 生活機能低下	
	消化器関係	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘	
	水分関係	<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水	
	代謝関係	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱	
	心理・精神・認知症関係	<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症	
	医薬品	<input type="checkbox"/> 薬の影響	<input type="checkbox"/> 薬の影響	<input type="checkbox"/> 薬の影響	
特記事項					
総合評価	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	
サービス継続の必要性 注) 栄養改善加算算定の場合	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

★フルダウン<sup>1</sup> スクリーニング/アセスメント/モニタリング★フルダウン<sup>2</sup> 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類(4、3、2-2、2-1、1j、0t、0j)★フルダウン<sup>3</sup> 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない★フルダウン<sup>4</sup> 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

注1) スクリーニングにおいては、把握可能な項目(BMI、体重減少率、血清アルブミン値(検査値がわかる場合に記入)等)により、低栄養状態のリスクを把握する。

注2) 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

## &lt;低栄養状態のリスクの判断&gt;

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

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

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

## 栄養ケア計画書 (通所・居宅) (様式例)

氏名： _____ 殿	初回作成日： _____ 年 ____ 月 ____ 日
	作成(変更)日： _____ 年 ____ 月 ____ 日
	作成者： _____
<b>医師の指示</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (要点 _____) 指示日 ( ____ / ____ )
<b>利用者及び家族の意向</b>	_____ <span style="float: right;"><b>説明日</b> 年 ____ 月 ____ 日</span>
<b>解決すべき課題 (ニーズ)</b>	低栄養状態のリスク <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/>低</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>中</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>高</span>
<b>長期目標と期間</b>	_____

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
★ プル ダウン ※			
特記事項			

※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

月	日	サービス提供項目

### 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		要介護度・病名・ 特記事項等				記入者名：	
						作成年月日：年 月 日	
						事業所内の歯科衛生士 □無 □有	
						事業所内の管理栄養士・栄養士 □無 □有	

	スクリーニング項目	前回結果 (●月●日)	今回結果 (●月●日)
口 腔	硬いものを避け、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）		
栄 養	身長 (cm) ※ <sup>1</sup>	(cm)	(cm)
	体重 (kg)	(kg)	(kg)
	BMI (kg/ m <sup>2</sup> ) ※ <sup>1</sup> 18.5未満	□無 □有 ( kg/ m <sup>2</sup> )	□無 □有 ( kg/ m <sup>2</sup> )
	直近1～6か月間における 3%以上の体重減少※ <sup>2</sup>	□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※ <sup>2</sup>	□無 □有 ( kg/ 6か月)	□無 □有 ( kg/ 6か月)
	血清アルブミン値 (g/dl) ※ <sup>3</sup> 3.5 g/dl未満	□無 □有 ( (g/dl))	□無 □有 ( (g/dl))
	食事摂取量 75%以下※ <sup>3</sup>	□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）			

※<sup>1</sup> 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

※<sup>2</sup> 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）

※<sup>3</sup> 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

「硬いものを避け、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、歯が少ないけれども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、  
 $38(\text{kg}) \div 1.47(\text{m}) \div 1.47(\text{m}) = 17.6$

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 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"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 4、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 2-2、 <input type="checkbox"/> 2-1、 <input type="checkbox"/> 1j、 <input type="checkbox"/> 0t、 <input type="checkbox"/> 0j）） <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり（発症日：令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況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	
口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 口臭	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
	<input type="checkbox"/> 歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
	<input type="checkbox"/> 義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
口腔機能の状態	<input type="checkbox"/> 舌苔	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
	<input type="checkbox"/> 食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
	<input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> むせ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
	<input type="checkbox"/> 痰がらみ	<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"/> 口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
	<input type="checkbox"/> 歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、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"/> 口腔衛生（ <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、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

実施年月日	令和 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

--

老老発 0316 第 4 号  
令和 3 年 3 月 16 日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局老人保健課長  
（ 公 印 省 略 ）

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

科学的介護情報システムに関連する各加算の算定については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年 3 月 1 日老企第 36 号。以下「訪問通所サービス通知」という。）、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年 3 月 8 日老企第 40 号）、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年 3 月 17 日老計発第 0317001 号、老振発第 0317001 号、老老発第 0317001 号）、「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年 3 月 31 日老計発第 0331005 号、老振発第 0331005 号、老老発第 0331018 号）及び「特別診療費の算定に関する留意事項について」（平成 30 年 4 月 25 日老老発 0425 第 2 号）において示しているところであるが、今般、基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例を下記のとおりお示しするので、御了知の上、各都道府県におかれては、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その取扱いに当たっては遺漏なきよう期されたい。

記

第 1 基本的考え方

## 1 科学的介護情報システム（L I F E）について

厚生労働省では、平成28年度から通所・訪問リハビリテーションデータ収集システム（以下「V I S I T」という。）を運用し、リハビリテーションマネジメントで活用されるリハビリテーション計画書等の情報を収集するとともに、令和2年5月から高齢者の状態やケアの内容等データ収集システム（以下「C H A S E」という。）を運用し、利用者又は入所者（以下「利用者等」という。）の心身の状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](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html)

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

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

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

P D C Aサイクルに沿った取組を進める中で作成された、ケア計画等の情報をL I F Eに提出することで、利用者等単位又は事業所・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実績の変化等を踏まえたケア計画等の見直し・改善を行うことが可能となり、サービスの質の一層の向上につなげることが可能となる。

以上の観点から、第2に規定する各加算については、L I F Eへの情報提

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

## 第2 L I F Eに関連する加算

### 1 科学的介護推進体制加算

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

##### ア L I F Eへの情報提出頻度について

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

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

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

(ウ) (ア) 又は (イ) の月のほか、少なくとも6月ごと

(エ) サービスの利用を終了する日の属する月

##### イ L I F Eへの提出情報について

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

また、提出情報は、利用者ごとに、以下の時点における情報とするこ

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、(1)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、(1)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

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、(1)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、服薬情報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、「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、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、(1)イ後段を参照されたい。

#### (4) 猶予期間の設定について

令和3年度においては、L I F E に対応した介護記録システム等を導入するために時間を要する等の事情のある事業所・施設については、(1)ア、(2)ア及び(3)アの規定にかかわらず、一定の経過措置を設けることとする。具体的には、

- ・ 令和3年4月から同年9月末日までに本加算の算定を開始する場合は、算定を開始しようとする月の5月後の月

又は、

- ・ 令和3年10月から令和4年2月末日までの間に本加算の算定を開始する場合は、令和4年3月

の翌月10日までに提出することを可能とする猶予期間を設けることとし、当該猶予の適用を必要とする理由及び提出予定時期等を盛り込んだ計画を策定することで、猶予措置の適用を受け本加算の算定をできるものとする(本計画については、指定権者への届出までを求めるものではないが、求められた場合には速やかに提出すること)。なお、猶予期間終了後、情

報提出を行うに当たっては、(1)ア、(2)ア及び(3)アに規定する時点における情報の提出が必要であること。また、猶予期間の終了時期を待たず、可能な限り早期に(1)ア、(2)ア及び(3)アの規定に従い提出することが望ましいこと。

なお、提出すべき情報を猶予期間終了日までに提出していない場合は、算定した当該加算については、遡り過誤請求を行うこと。

## 2 個別機能訓練加算(Ⅱ)

### (1) LIFEへの情報提出頻度について

利用者ごとに、アからウまでに定める月の翌月10日までに提出すること。

ア 新規に個別機能訓練計画の作成を行った日の属する月

イ 個別機能訓練計画の変更を行った日の属する月

ウ ア又はイのほか、少なくとも3月に1回

### (2) LIFE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」(令和3年3月16日老振発0316第3号、老老発0316第2号)別紙様式3-3(個別機能訓練計画書)にある「評価日」、「職種」、「ADL」、「IADL」及び「起居動作」並びに別紙様式3にある「作成日」、「前回作成日」、「初回作成日」、「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」、「健康状態・経過(病名及び合併疾患・コントロール状態に限る。）」、「個別機能訓練の目標」及び「個別機能訓練項目(プログラム内容、留意点、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 提出情報は、以下の時点における情報とすること。

- ・ (1)ア及びイに係る提出情報は、当該情報の作成又は変更時における情報
- ・ (1)ウに係る提出情報は、前回提出時以降の情報

## 3 ADL維持等加算

### (1) LIFEへの情報提出頻度について

利用者等ごとに、評価対象利用開始月及び評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月の翌月10日までに提出すること。

なお、情報を提出すべき月においての情報の提出を行っていない事実が生じた場合は、直ちに訪問通所サービス通知第1の5の届出を提出し



なければならないこと。

(2) L I F Eへの提出情報について

事業所・施設における利用者等全員について、利用者等のADL値（厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）第16号の2イ(2)のADL値をいう。）を、やむを得ない場合を除き、提出すること。

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

4 リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ及び(B)ロ

(1) L I F Eへの情報提出頻度について

個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、2(1)を参照されたい。

(2) L I F Eへの提出情報について

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

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

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

(1) L I F Eへの情報提出頻度について

個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、2(1)を参照されたい。

(2) L I F Eへの提出情報について

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

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」、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。

## 6 褥瘡マネジメント加算

### (1) LIFEへの情報提出頻度について

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

ア 本加算の算定を開始しようとする月においてサービス利用している利用者等（以下「既利用者等」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等（以下「新規利用者等」という。）については、当該サービスの利用を開始した日の属する月

ウ 褥瘡の発生と関係のあるリスクに係る評価を行った日の属する月（評価は少なくとも3月に1回行うものとする。）

### (2) LIFEへの提出情報について

ア 事業所・施設における利用者等全員について、「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5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5（褥

瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書)にある「評価日」、「計画作成日」、「褥瘡の有無」及び「危険因子の評価」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。

イ 褥瘡がある利用者等については、同様式にある「褥瘡の状態の評価」に係る情報も提出すること。

ウ 提出情報は、利用者等ごとに、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、介護記録等に基づき、既利用者等ごとの利用開始時又は施設入所時における評価の情報及び当該算定開始時における情報
- ・ (1)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
- ・ (1)ウに係る提出情報は、当該評価時における情報

### (3) 猶予期間の設定について

令和3年度においては、L I F Eに対応した介護記録システム等を導入するために時間を要する等の事情のある事業所・施設については、(1)の規定にかかわらず、一定の経過措置期間を設けることとする。具体的には、令和4年4月10日までに提出することを可能とする猶予期間を設けることとし、当該猶予期間の適用を必要とする理由及び提出予定時期等を盛り込んだ計画を策定することで、猶予措置の適用を受け、本加算を算定できるものとする。なお、猶予期間終了後、情報提出を行うに当たっては、(1)に規定する時点における情報の提出が必要であること。また、猶予期間の終了時期を待たず、可能な限り早期に(1)の規定に従い提出することが望ましいこと。

なお、提出すべき情報を猶予期間終了日までに提出していない場合は、算定した当該加算については、遡り過誤請求を行うこと。

## 7 褥瘡対策指導管理(Ⅱ)

### (1) L I F Eへの情報提出頻度について

褥瘡対策指導管理(Ⅰ)を算定する入所者ごとに、アからウまでに定める月の翌月10日までに提出すること。

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利用している入所者(以下「既入所者」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入所者(以下「新規入所者」という。)については、当該サービスの利用を開始した日の属する月

ウ 褥瘡の発生と関係のあるリスクに係る評価を行った日の属する月

(評価は少なくとも3月に1回行うものとする。)

(2) L I F Eへの提出情報について

ア 「特別診療費の算定に関する留意事項について」別添様式3(褥瘡対策に関する診療計画書)にある「評価日」、「計画作成日」、「褥瘡の有無」及び「危険因子の評価」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。

イ また、褥瘡がある入所者については、同様式にある「褥瘡の状態の評価」に係る情報も提出すること。

ウ 提出情報の時点は、褥瘡マネジメント加算と同様であるので、6(2)ウを参照されたい。

8 排せつ支援加算

(1) L I F Eへの情報提出頻度について

褥瘡マネジメント加算と同様であるので、6(1)を参照されたい。

(2) L I F Eへの提出情報について

ア 事業所・施設における利用者等全員について、「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6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6(排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書)にある「評価日」、「計画作成日」、「排せつの状態及び今後の見込み」、「排せつの状態に関する支援の必要性」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 提出情報の時点は、褥瘡マネジメント加算と同様であるので、6(2)ウを参照されたい。

(3) 令和3年度における取扱いは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。

9 自立支援促進加算

(1) L I F Eへの情報提出頻度について

褥瘡マネジメント加算と同様であるので、6(1)を参照されたい。

(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、「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7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7（自立支援促進に関する評価・支援計画書）にある「評価日」、「計画作成日」、「現状の評価と支援計画実施による改善の可能性」及び「支援実績」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 提出情報の時点は、褥瘡マネジメント加算と同様であるので、6(2)ウを参照されたい。

#### 10 かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)

##### (1) LIFEへの情報提出頻度について

入所者ごとに、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。

ア 施設に入所した日の属する月

イ 処方内容に変更が生じた日の属する月

ウ ア又はイの月のほか、少なくとも3月に1回

エ 施設を退所する日の属する月

##### (2) LIFEへの提出情報について

入所期間が3月以上であると見込まれる入所者について、(1)ア、ウ及びエの月においては「傷病名」及び「処方薬剤名」の情報をいずれも、(1)イの月においてはこれらの情報に加え、「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9（薬剤変更等に係る情報提供書）にある「変更・減薬・減量の別」及び「変更・減薬・減量理由」の各項目に係る情報をすべて提出すること。

提出情報は、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、当該入所時における情報
- ・ (1)イに係る提出情報は、当該変更時における情報
- ・ (1)ウに係る提出情報は、前回提出時以降における情報
- ・ (1)エに係る提出情報は、当該退所時における情報

##### (3) 令和3年3月31日以前に入所した者については、当該者に係る施設入所時の「傷病名」及び「処方薬剤名」の情報及び施設入所日以降令和3年

3月31日までの間に処方内容の変更があった場合は「傷病名」及び「処方薬剤名」並びに「変更・減薬・減量の別」及び「変更・減薬・減量理由」の情報を、令和3年5月10日までに提出すること。

## 11 薬剤管理指導の注2の加算

### (1) LIFEへの情報提出頻度について

入所者ごとに、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。

ア 本加算の算定を開始しようとする月において施設に入所している入所者については、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施設に入所した入所者については、当該施設に入所した日の属する月

ウ 処方内容に変更が生じた日の属する月

エ ア、イ又はウの月のほか、少なくとも3月に1回

### (2) LIFEへの提出情報について

(1)ア、イ及びエの月においては「傷病名」及び「処方薬剤名」の情報をいずれも、(1)ウの月においてはこれらの情報に加え、「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9（薬剤変更等に係る情報提供書）にある「変更・減薬・減量の別」及び「変更・減薬・減量理由」の各項目に係る情報をすべて提出すること。

提出情報は、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、当該算定を開始しようとする月時点における情報及び当該者の施設入所時における情報
- ・ (1)イに係る提出情報は、当該入所時における情報
- ・ (1)ウに係る提出情報は、当該変更時における情報
- ・ (1)エに係る提出情報は、前回提出時以降における情報

## 12 栄養マネジメント強化加算

### (1) LIFE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。なお、情報を提出すべき月について情報の提出を行えない事実が生じた場合、直ちに訪問通所サービス通知第1の5の届出を提出しなければならず、事実が生じた月のサービス提供分から情報の提出が行われた月の前月までの間について、利用者全員について本加算を算定できないこと（例えば、

4月の情報を5月10日までに提出を行えない場合は、直ちに届出の提出が必要であり、4月サービス提供分から算定ができないこととなる。)

(2) LIFE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は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) LIFE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ができないこととなる。)

(2) LIFE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ものではないこと。

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。

# 科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス）

評価日 令和 年 月 日  
 前回評価日 令和 年 月 日  
 記入者名

氏名 殿

障害高齢者の日常生活自立度：自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2  
 認知症高齢者の日常生活自立度：自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

基本情報	保険者番号	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
	被保険者番号	
	事業所番号	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

総論	既往歴〔前回の評価時より変化のあった場合は記載〕〔任意項目〕		
	服薬情報〔任意項目〕		
	1. 薬剤名 ( ) ( /日) (処方期間 年 月 日～ 年 月 日)		
	2. 薬剤名 ( ) ( /日) (処方期間 年 月 日～ 年 月 日)		
	・		
〔任意項目〕			
同居家族等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他) (複数選択可)			
家族等が介護できる時間 <input type="checkbox"/> ほとんど終日 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 2～3時間程度 <input type="checkbox"/> 必要な時に手をかす程度 <input type="checkbox"/> その他			
ADL	自立	一部介助	全介助
・食事	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・椅子とベッド間の移乗	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10← (監視下)	
	(座れるが移れない) →	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・整容	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
・トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・入浴	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
・平地歩行	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10← (歩行器等)	
	(車椅子操作が可能) →	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・階段昇降	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・更衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排便コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
在宅復帰の有無等〔任意項目〕			
<input type="checkbox"/> 入所/サービス継続中			
<input type="checkbox"/> 中止 (中止日: )			
<input type="checkbox"/> 居宅 (※) <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設入所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 介護医療院入所 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設入所			
<input type="checkbox"/> 医療機関入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他			

※居宅サービスを利用する場合（介護サービスを利用しなくなった場合は、その他にチェック）

口腔・栄養	身長 ( cm)	体重 ( kg)	褥瘡の有無〔任意項目〕 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	口腔の健康状態		
	・硬いものを避け柔らかいものばかり食べる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	・入れ歯を使っている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	・むせやすい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
誤嚥性肺炎の発症・既往 (※) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (発症日: 年 月 日) (発症日: 年 月 日)			

※初回の入力時には誤嚥性肺炎の既往、二回目以降の入力時は前回の評価後の誤嚥性肺炎の発症について記載

認知症の診断																																																																																											
□なし □あり(診断日 年 月 日: □アルツハイマー病 □血管性認知症 □レビー小体病 □その他( ))																																																																																											
認知症	DBD13 (認知症の診断または疑いのある場合に記載)																																																																																										
	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>まったくない</td> <td>ほとんどない</td> <td>ときどきある</td> <td>よくある</td> <td>常にある</td> </tr> <tr> <td>・ 日常的な物事に興味を示さない</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 特別な事情がないのに夜中起き出す</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ やたらに歩きまわる</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 同じ動作をいつまでも繰り返す</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6">〔以下、任意項目〕</td> </tr> <tr> <td>・ 同じ事を何度も何度も聞く</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 昼間、寝てばかりいる</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 口汚くののしる</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 世話をされるのを拒否する</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 物を貯め込む</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 引き出しや筆筒の中身をみんな出してしまう</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		まったくない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある	・ 日常的な物事に興味を示さない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 特別な事情がないのに夜中起き出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ やたらに歩きまわる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 同じ動作をいつまでも繰り返す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	〔以下、任意項目〕						・ 同じ事を何度も何度も聞く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 昼間、寝てばかりいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 口汚くののしる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 世話をされるのを拒否する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 物を貯め込む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 引き出しや筆筒の中身をみんな出してしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		まったくない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある																																																																																					
	・ 日常的な物事に興味を示さない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 特別な事情がないのに夜中起き出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ やたらに歩きまわる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 同じ動作をいつまでも繰り返す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	〔以下、任意項目〕																																																																																										
	・ 同じ事を何度も何度も聞く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 昼間、寝てばかりいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 口汚くののしる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 世話をされるのを拒否する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
・ 物を貯め込む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																						
・ 引き出しや筆筒の中身をみんな出してしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																						
Vitality Index																																																																																											
・ 意思疎通 □自分から挨拶する、話し掛ける □挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる □反応がない																																																																																											
〔以下、任意項目〕																																																																																											
・ 起床 □いつも定時に起床している □起こさないと起床しないことがある □自分から起床することはない																																																																																											
・ 食事 □自分から進んで食べようとする □促されると食べようとする □食事に関心がない、全く食べようとししない																																																																																											
・ 排せつ □いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う □時々、尿意便意を伝える □排せつに全く関心がない																																																																																											
・ リハビリ・活動 □自らリハビリに向かう、活動を求める □促されて向かう □拒否、無関心																																																																																											

(注) 任意項目との記載のない項目は必須項目とする

# 居宅サービスにおける出張所等の設置に係る取扱指針

平成 28 年 1 月 制定

令和 3 年 4 月 改定

長野県健康福祉部介護支援課

## 1 目的

この指針は、介護保険事業所における出張所等（以下、「サテライト事業所」という。）の指定及び届出の受理に係る取扱い方針を定めるものとする。

## 2 対象事業所

この指針によるサテライト事業所設置の対象となる事業所の種類は、介護保険法で規定される居宅サービス事業所及び介護予防サービス事業所（以下、「居宅サービス等」という。）のうち以下のとおりとする。

- (1) 訪問介護
- (2) 訪問看護（予防含む）
- (3) 訪問リハビリテーション（予防含む）
- (4) 通所介護

## 3 サテライト事業所を設置できる要件

介護保険法による事業所の指定は、原則としてサービス提供拠点ごとに行うものであるが、地域の実態等を踏まえ、サービス提供体制の面的な整備、効率的な事業実施の観点から本体の事業所とは別にサービス提供等を行う出張所等であって、「長野県指定居宅サービス及び指定介護予防サービス等の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する要綱（平成 25 年 6 月 1 日付け健長介第 144 号）」に定める要件の他、次の要件を満たす事業所においては「主たる事業所」に含めて設置を認めるものとする。

- (1) サテライト事業所の位置は、主たる事業所から自動車などによる移動に要する時間が概ね 30 分以内の範囲とする。ただし、サテライト事業所を設置しようとする場所が特別地域加算対象地域及び中山間地域であり、この基準により難しい場合は、個別に設置の可否について協議することとする。
- (2) **サテライト事業所の位置は長野県内とする。**
- (3) 管理者が定期的にサテライト事業所の状況を自ら確認でき、また従業者の指導等を行う体制が整備されていること。
- (4) 利用者との契約、居宅サービス等に係る計画、サービス提供記録等の書類をサテライト事業所に保管する場合は、主たる事業所と同等の、施錠できる書庫等を備えること。

**【参考】**「長野県指定居宅サービス及び指定介護予防サービス等の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する要綱（平成 25 年 6 月 1 日健長介第 144 号）」に定める要件  
第 2 章第 3 各号

- (1) 利用見込みに係る調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われること。
- (2) 職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理され、必要な場合に随時、主たる事業所や他の出張所等との間で相互支援が行える体制にあること。この場合の「体制」とは、出張所等の従業者が急病等でサービスの提供ができなくなった場合に主たる事業所から急遽代替要員を派遣できるような

体制等をいう。

- (3) 苦情処理や損害賠償に際して、一体的な対応ができる体制にあること。
- (4) 事業の目的や運営方針、営業日や営業時間、利用料等を定める同一の運営規程が定められること。
- (5) 人事、給与、福利厚生等の勤務条件等による職員管理等が一体的に行われること。

なお、サテライト型指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の本体事業所が訪問看護事業所として指定を受けている場合であって、当該サテライト指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が指定訪問看護を行うものとして(1)～(5)を満たす場合には、本体事業所の指定訪問看護事業所に含めて指定できるものであること。

#### 4 サテライト事業所設置に係る手続

- (1) サテライト事業所の設置については事前協議制とし、特に主たる事業所の一体的な管理体制及びその実行方法について十分に確認を行うものとする。
- (2) 既存の事業所にサテライト事業所を追加設置する場合は設置希望日の1か月前、新規指定申請時にサテライト事業所を併せて設置する場合は指定予定日（毎月1日、16日）の2か月前までに県介護支援課へ協議するものとし、事前協議終了後に変更届出書もしくは新規指定申請書を主たる事業所を管轄する保健福祉事務所に正副2部提出すること。

#### 5 指定申請若しくは変更届提出の際の添付書類

サテライト事業所を設置するための変更届出書もしくは新規指定申請書を提出する場合は、介護保険法に規定する書類のほか、以下の書類を添付すること。

- (1) 当該サービスに係る付表
- (2) サテライト事業所の位置を示した地図
- (3) サテライト事業所と主たる事業所の位置関係及び両者の距離等を示した地図
- (4) サテライト事業所に係る土地・建物登記、賃貸借契約書
- (5) サテライト事業所に係る平面図、配置図
- (6) サテライト事業所の住所が明示された運営規定
- (7) サテライト事業所の勤務を明示した勤務体制一覧表
- (8) 主たる事業所とサテライト事業所との間の相互支援体制を示す書類
- (9) サテライト事業所の1か月の延利用者推計数
- (10) サテライト事業所に係る介護報酬算定のための届出書及び体制等一覧表
- (11) **長野市又は松本市に設置を希望する場合は、サテライト設置場所を選んだ理由を記載した書類**

#### 6 事前協議先

長野県 健康福祉部 介護支援課 サービス係  
TEL : 026-235-7121 FAX : 026-235-7394

#### 7 その他

・平成28年1月19日現在サテライト事業所を有する事業所については、この指針に適合する届出があったとみなす。

・指定権者を超えるサテライト設置に関しては、両指定権者間で個別に設置の可否について協議の上、指定するものとする。

## 居宅サービスにおける出張所等の設置に係る手続

### 1 事前協議について

出張所等（以下、「サテライト事業所」という。）の設置については事前協議制とする。

既存の事業所にサテライト事業所を追加設置する場合、設置希望日の1か月前までに県介護支援課へ協議するものとし、協議時に必要な書類は以下のとおりとする。

なお、新規指定時にサテライト事業所を併せて設置する場合は、指定予定日（毎月1日、16日）の2か月前までに協議するものとする。

- (1) 当該サービスに係る付表
- (2) サテライト事業所の位置を示した地図
- (3) サテライト事業所と主たる事業所の位置関係及び両者の距離等を示した地図
- (4) サテライト事業所に係る土地・建物登記、賃貸借契約書
- (5) サテライト事業所に係る平面図、配置図
- (6) サテライト事業所の位置が明示された運営規程
- (7) サテライト事業所の勤務を明示した勤務体制一覧表（参考様式1）
- (8) 主たる事業所とサテライト事業所との間の相互支援体制を示す書類
- (9) サテライト事業所の1か月の延利用者推計数
- (10) サテライト事業所に係る介護報酬算定のための届出書及び体制等一覧表（別紙1、別紙1-2、別紙2）
- (11) 長野市又は松本市内に設置を希望する場合はサテライト設置場所を選んだ理由を記載した書類

#### 事前協議先

〒380-8570 （住所記載不要）

長野県 健康福祉部 介護支援課 サービス係

TEL：026-235-7121 FAX：026-235-7394

### 2 協議後の手続について

協議の結果、サテライト事業所の設置について了承された場合、以下の書類を協議時の必要書類(1)～(11)に加えて、主たる事業所を管轄する保健福祉事務所に正副2部提出すること。

- (1) 既存の事業所に新たにサテライト事業所を追加設置する場合
  - ・変更届出書（第3号様式）
  - ※ 既存の事業所を他の主たる事業所のサテライト事業所に移行して設置する場合は、廃止・休止届出書（第4号様式）も提出
- (2) 新規指定時にサテライト事業所を併せて設置する場合
  - ・指定（許可）申請書（第1号様式）
  - ※ 主たる事業所の新規指定申請書類については、申請書類確認票参照

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 認知症施策・地域介護推進課、老人保健課

## 介護保険最新情報

今回の内容

通所介護等の区分支給限度基準額に係る  
給付管理の取扱いについて

計 53 枚（本紙を除く）

Vol.947

令和3年3月22日

厚生労働省老健局

認知症施策・地域介護推進課、老人保健課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう  
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL : 03-5253-1111 (内線 3948、3987、3936)

FAX : 03-3503-7894

事務連絡  
令和3年3月22日

都道府県  
各 指定都市 介護保険担当主管部（局）御中  
中核市

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課  
老人保健課

### 通所介護等の区分支給限度基準額に係る給付管理の取扱いについて

平素より介護保険行政の適正な運営にご尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

通所介護、通所リハビリテーション、(介護予防)小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護については、「令和3年度介護報酬改定に関する審議報告」(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、訪問系サービスの同一建物減算適用時の区分支給限度基準額に関する取扱いを参考に、別添1のとおり区分支給限度基準額に係る給付管理の取扱いをお示しすることにしました。

つきましては、上記について御了知いただくとともに、具体的な請求・給付管理方法については別添2(「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について(その6)」(令和3年3月19日厚生労働省老健局介護保険計画課ほか連名事務連絡)(抄))のとおり発出されているので、管内市町村、サービス事業所等への周知をお願いいたします。なお、別添2の内容は現時点での案であり、取扱いに変更があった場合には改めてお示しいたします。

また、今般の取扱いとして、今後「介護給付費単位数表標準マスタ」((公社)国民健康保険中央会)等が開発されることから、それらの活用も含め、ご対応いただくよう併せて周知をお願いいたします。

(※)参考:令和3年度介護報酬改定に関する審議報告(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 5. 制度の安定性・持続可能性の確保

##### (1) 評価の適正化・重点化

###### ①同一建物減算適用時等の区分支給限度基準額の計算方法の適正化

【通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護】

通所系サービス、多機能系サービスについて、同一建物等居住者に係る減算の適用を受ける者と当該減算の適用を受けない者との公平性の観点から、当該減算等の適用を受ける者の区分支給限度基準額の管理において、減算等の適用前の単位数を用いることとする。

また、通所介護、通所リハビリテーションについて、通常規模型のサービスを利用する者と大規模型のサービスを利用する者との公平性の観点から、大規模型の報酬が適用される事業所を利用する者の区分支給限度基準額の管理において、通常規模型の単位数を用いることとする。

#### 【照会先】

厚生労働省老健局老人保健課

TEL:03-5253-1111(内3948)

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課

TEL:03-5253-1111(内3936,3987)



# 5. (1)① 同一建物減算適用時等の区分支給限度基準額の計算方法の適正化

## 概要

【通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護】

○ 訪問系サービスの同一建物減算適用時の区分支給限度基準額に関する取扱いを参考に、通所系サービス、多機能系サービスについて、以下の対応を行う。

### <同一建物減算等>

- ・ 通所系サービス、多機能系サービスの同一建物減算等の適用を受ける利用者の区分支給限度基準額の管理については、当該減算を受ける者と受けない者との公平性の観点から、減算の適用前（同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合）の単位数を用いることとする。【告示改正】

### <規模別の基本報酬>

- ・ 通所介護、通所リハビリテーションの、大規模型を利用する者の区分支給限度基準額の管理については、通常規模型を利用する者との公平性の観点から、通常規模型の単位数を用いることとする。【告示改正】

(参考)【平成30年度介護報酬改定】集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等

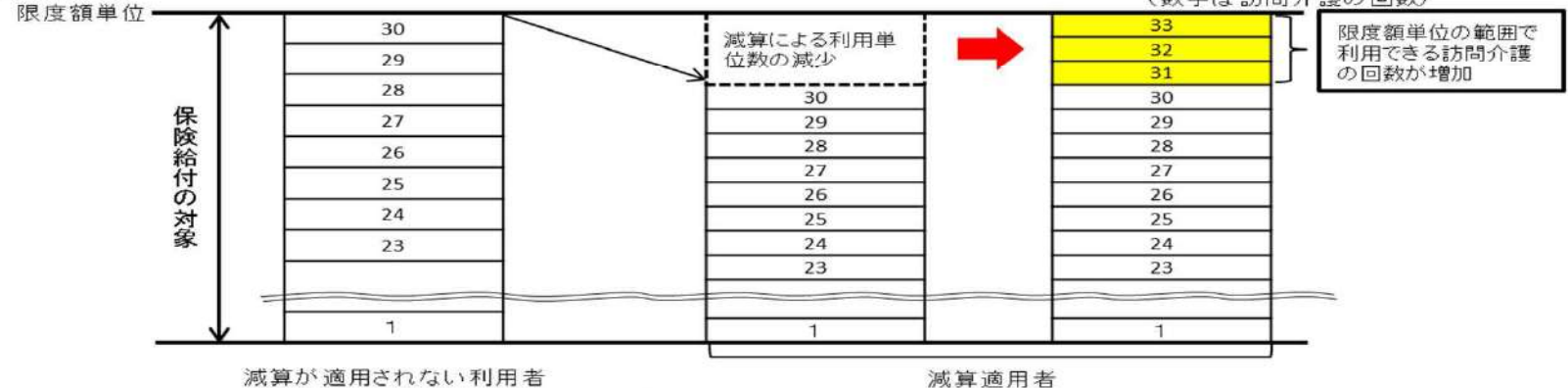
○ 集合住宅居住者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。

(参考) 有料老人ホーム等の入居者が利用する訪問介護に係る介護給付費の算定について (抜粋)  
(平成29年10月19日付 会計検査院による意見表示)

### <会計検査院が表示する意見(抜粋)>

- 介護給付費の算定に当たり、限度額の設定方法及び同一建物減算の趣旨を踏まえて保険給付の公平性が確保されるようにするために、同一建物減算の適用の有無により介護保険として利用できる訪問介護の回数に差違が生ずることのないようにするための措置を講ずるよう意見を表示する。

### <概念図>



# 通所介護等の区分支給限度基準額に係る給付管理の特例的な取扱い

- 通所介護、通所リハビリテーションの大規模型を利用する者の区分支給限度基準額の管理については、通常規模型を利用する者との公平性の観点から、通常規模型の単位数を用いることとする。
- 具体的には、以下のとおりとする。
  - ① 区分支給限度基準額管理の対象外の算定項目を除き、総単位数を計算する。
  - ② 基本報酬について、通常規模型にて計算した場合の単位数に置き換えた上で、区分支給限度基準額管理の対象外の算定項目を除き、総単位数を計算する。
  - ③ 区分支給限度基準額の管理においては、①の総単位数ではなく②の総単位数にて行う。

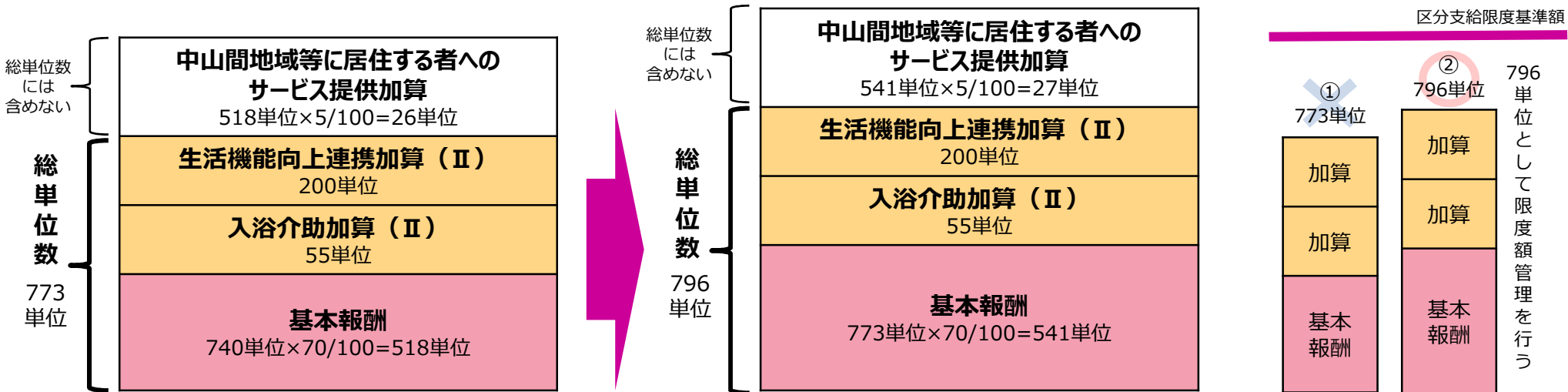
## (例) 通所介護の場合

前提：大規模型通所介護費（Ⅰ）、要介護2、7時間以上8時間未満、看護・介護職員の員数が基準に満たない場合であって、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、入浴介助加算（Ⅱ）、生活機能向上連携加算（Ⅱ）を算定している利用者

① 区分支給限度基準額管理対象外の算定項目を除き、総単位数を計算（この場合の総単位数は、773単位）

② 通常規模型にて計算した場合の単位数に置き換えた上で、区分支給限度基準額管理対象外の算定項目を除き、総単位数を計算（この場合の総単位数は、796単位）

③ 区分支給限度基準額の管理においては、②の総単位数にて行う



### 【参考】区分支給限度基準額管理の対象外の算定項目

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、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、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通所介護を行う場合、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

# 多機能系サービスの区分支給限度基準額に係る給付管理の特例的な取扱い

- (看護) 小規模多機能型居宅介護 (介護予防を含む) の「同一建物に居住する者に対して行う場合」の報酬を算定する者の区分支給限度基準額の管理では、「同一建物に居住する者以外<sup>の者</sup>に対して行う場合」の報酬を算定する者との公平性の観点から、「同一建物に居住する者以外<sup>の者</sup>に対して行う場合」の単位数を用いることとする。
- 具体的には、以下のとおりとする。
  - ① 区分支給限度基準額管理の対象外の算定項目を除き、総単位数を計算する。
  - ② 基本報酬について、「同一建物に居住する者以外<sup>の者</sup>に対して行う場合」の単位数に置き換えた上で、区分支給限度基準額管理の対象外の算定項目を除き、総単位数を計算する。
  - ③ 区分支給限度基準額の管理においては、①の総単位数ではなく②の総単位数にて行う。

## (例) 小規模多機能型居宅介護の場合

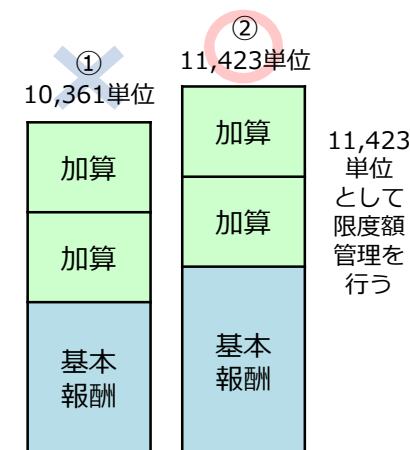
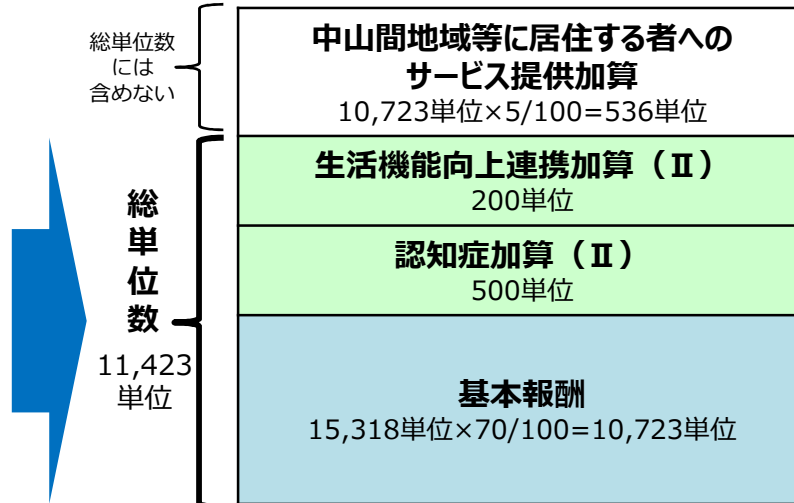
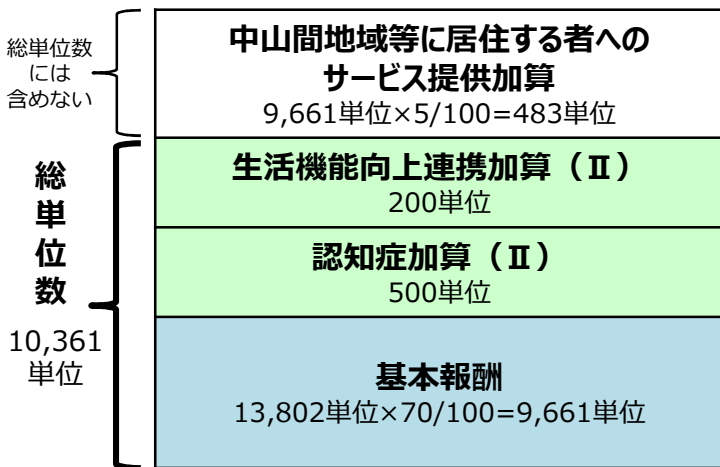
前提：同一建物に居住する者に対して行う場合、要介護2、従業者の員数が基準に満たない場合であって、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、認知症加算(Ⅱ)、生活機能向上連携加算(Ⅱ)を算定している利用者

① 区分支給限度基準額管理対象外の算定項目を除き、総単位数を計算 (この場合の総単位数は、10,361単位)

② 「同一建物に居住する者以外<sup>の者</sup>に対して行う場合」にて計算した場合の単位数に置き換えた上で、区分支給限度基準額管理対象外の算定項目を除き、総単位数を計算 (この場合の総単位数は、11,423単位)

③ 区分支給限度基準額の管理においては、②の総単位数にて行う

区分支給限度基準額



### 【参考】区分支給限度基準額管理の対象外の算定項目 (小多機の例)

特別地域小規模多機能型居宅介護加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、訪問体制強化加算、総合マネジメント体制強化加算、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

# 通所系・多機能系サービスの給付管理の特例的な取扱いにかかる留意事項①

## ○給付管理の特例的な取り扱いにおける給付管理と介護保険対象単位数

### 1. 給付管理

居宅介護支援事業所等が月単位で作成する「サービス利用票別表」において、上述の方法により給付管理を行う。「サービス利用票別表」のうち「給付管理単位数」欄に給付管理を行う単位数（通所系サービスは通常規模型、多機能系サービスは同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合の単位数を算定する場合（以下「通常規模型等」という。）の単位数により算出）を記載し、区分支給限度基準額を超える額となる場合は、超える回数までは保険給付の対象として限度額管理を行う。また、実際のサービス内容や単位数等（通所系サービスは大規模型、多機能系サービスは同一建物に居住する者に対して行う場合の単位数を算定する場合（以下「大規模型等」という。））については、従前のおり「サービス内容／種類」欄、「サービスコード」欄、「単位数」欄、「割引適用後」欄、「回数」欄、「サービス単位／金額」欄を用いて記載する。

### 2. 介護保険対象単位数

国保連合会を行う介護保険請求については居宅介護支援事業所等、サービス事業所（通所介護等）それぞれについて、別紙記載例を参考に以下の取扱いに留意すること。

#### i. 居宅介護支援事業所等

給付管理票の「計画単位数」欄について、給付管理を行う単位数（通常規模型等の単位数）で限度額管理を行った結果、介護保険給付の対象となった回数により実際に行われた単位数（大規模型等の単位数）で算出した単位数を記載する。

#### ii. サービス事業所（通所介護等）

請求明細書（様式2等）の「④計画単位数」欄について、iと同様に、給付管理を行う単位数（通常規模型等の単位数）で限度額管理が行われた結果を踏まえ、介護保険給付の対象となった回数により実際に行われた単位数（大規模型等の単位数）で算出した単位数を記載する。記載にあたっては特に居宅介護支援事業所等との連携をはかること。

## <給付管理表・請求明細書の記載イメージ>

### ●給付管理票(抜粋)

居宅サービス・介護予防サービス・総合事業																		
サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号-事業所番号)						指定/基準該当/ 地域密着型/ サービス/ 総合事業識別	サービス 種類名	サービスの 種類コード	給付計画単位数								
〇〇事業所	9	0	7	0	0	0	0	1	0	指定・基準該当 地域密着・ 総合事業	通所介護	1	5	1	5	3	5	0

i. ケアマネが各サービス、事業所ごとに計画した支給限度基準額（単位数）

### ●請求明細書(抜粋)

給付 明細 欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分 回数	公費対象単位数	摘要
通所介護Ⅲ 61		1 5 4 8 1 1	6					
請求 明細 欄	①サービス種類コード /②名称	1 5						
	③サービス末日	2 5 日		日		日		
	④計画単位数		1 5 3 5 0					
	⑤限度額管理対象単位数		1 5 3 5 0					

ii. ケアマネから連携を受けた単位数

同じ単位数

# 通所系・多機能系サービスの給付管理の特例的な取扱いにかかる留意事項②

## ○給付管理単位数、区分支給限度基準内単位数、区分支給限度基準を超える単位数の考え方

### (1) 区分支給限度基準額、サービス単位／金額、給付管理単位数の算定

- ・ 区分支給限度基準額は、利用者の要介護度に応じて設定する。  
(例) 要介護1の場合、16,765単位
- ・ サービス単位／金額は、「実際に利用したサービスの単位数×利用回数」によって算定する。  
(例) 大規模型通所介護費(Ⅱ)を算定する事業所が「8時間以上9時間未満」にて20回サービス提供をした場合、サービスコード(15-4811:通所介護Ⅲ61) 620単位×20回=12,400単位
- ・ 給付管理単位数の算定にあたっては、まず給付管理における上限回数を算定する。
- ・ 給付管理における上限回数は、「区分支給限度基準額÷通常規模型等の単位数」によって算定する。  
(例) 上記の場合、16,765単位÷666単位≒26回(小数点以下切り上げ)
- ・ 給付管理単位数は、以下のいずれに該当するかにより算定式が異なる。
  - ① 利用回数≦給付管理における上限回数の場合  
「通常規模型の単位数×利用回数」によって算定する。  
(例) 上記の場合、サービスコード(15-2446:通所介護Ⅰ61) 666単位×20回=13,320単位
  - ② 利用回数>給付管理における上限回数の場合  
「通常規模型の単位数×給付管理における上限回数+実際に利用したサービスの単位数×(利用回数-給付管理における上限回数)」によって算定する。  
(例) 要介護1、通常どおりのサービスコード(15-4811)、通常規模型のサービスコード(15-2446)、利用回数29回の場合  
666単位×26回+620×(29-26)回=19,176単位

### (2) 区分支給限度基準額との比較

- ・ 区分支給限度基準額と、(1)で算出したサービス単位／金額、給付管理単位数を比較し、以下のいずれに該当するか確認する。
  - ① 区分支給限度基準額≧サービス単位／金額  
区分支給限度基準額≧給付管理単位数
  - ② 区分支給限度基準額≧サービス単位／金額  
区分支給限度基準額<給付管理単位数
  - ③ 区分支給限度基準額<サービス単位／金額  
区分支給限度基準額<給付管理単位数

### (3) ①の場合の利用者負担(全額負担分)、区分支給限度基準内単位数

- ・ 利用者負担(全額負担分)は、発生しない。
- ・ 区分支給限度基準内単位数は、サービス単位／金額と同単位数となる。

### (4) ②と③の場合の区分支給限度基準内単位数、利用者負担(全額負担分)

- ・ 区分支給限度基準を超える単位数は、「給付管理単位数-区分支給限度基準額」によって算定する。
- ・ 区分支給限度基準内単位数は、「サービス単位／金額-区分支給限度基準を超える単位数」によって算定する。

# 通所系・多機能系サービスの給付管理の特例的な取扱いにかかる留意事項(例1)

(例1) 給付管理単位数・サービス単位／金額ともに区分支給限度基準額を超えないパターン 【別紙記載例1】

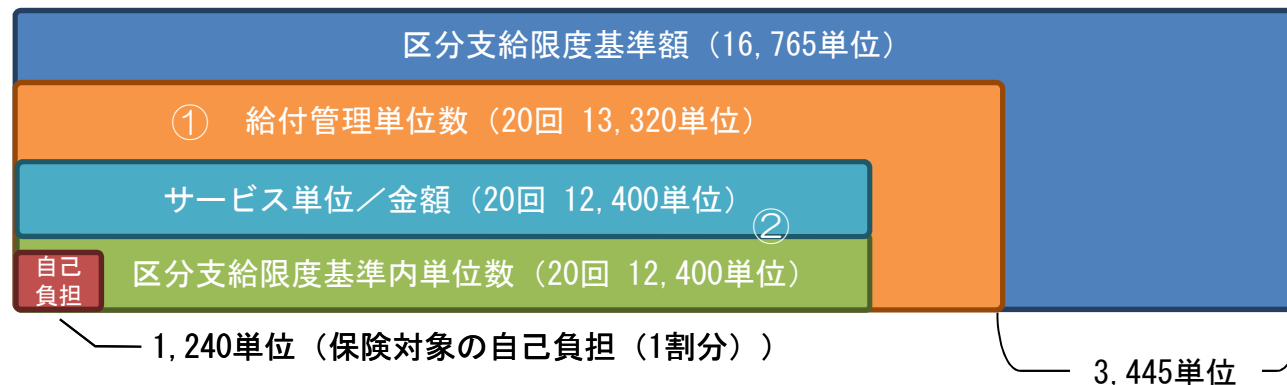
(前提)

- ・要介護1（区分支給限度基準額 16,765単位）の被保険者（1割負担）
- ・大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する通所介護事業所（通所介護Ⅲ 6 1 / 15-4811 / 620単位）を20回利用

(算定)

- ① 給付管理上は、通常規模型通所介護費（通所介護Ⅰ 6 1 / 15-2446 / 666単位）を用いるため、13,320単位（666単位×20回）を給付管理用の単位数として用いる。  
※ 区分支給限度基準額（16,765単位）から給付管理単位数（13,320単位）を控除した3,445単位はその他サービス利用時の限度額管理を行える枠となる。
- ② 区分支給限度基準内単位数の計算は、大規模型通所介護費（Ⅱ）（通所介護Ⅲ 6 1 / 15-4811 / 620単位）の単位数に保険給付の対象となる回数に乗じるため、12,400単位（620単位×20回）を区分支給限度基準内単位数として用いる。  
（サービス単位／金額も同単位）

<イメージ>



# 通所系・多機能系サービスの給付管理の特例的な取扱いにかかる留意事項(例2)

(例2) 給付管理単位数が区分支給限度基準額を超え、サービス単位／金額が区分支給限度基準額を超えないパターン

【別紙記載例2】

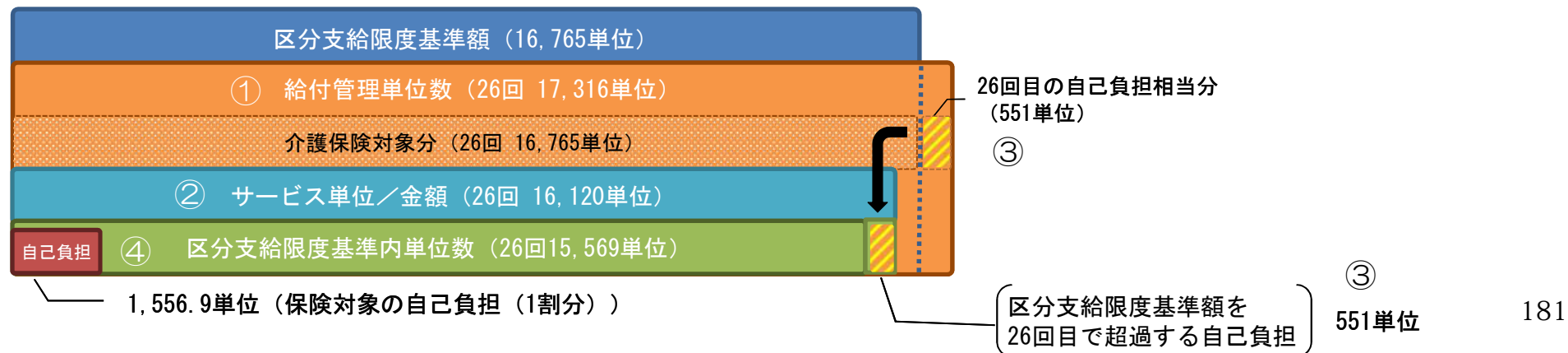
(前提)

- ・要介護1 (区分支給限度基準額 16,765単位) の被保険者 (1割負担)
- ・大規模型通所介護費 (Ⅱ) を算定する通所介護事業所 (通所介護Ⅲ 6 1 / 15-4811 / 620単位) を26回利用

(算定)

- ① 給付管理上は、通常規模型通所介護費 (通所介護Ⅰ 6 1 / 15-2446 / 666単位) を用いるため、17,316単位 (666単位×26回) を給付管理用の単位数として用いる。この時点で区分支給限度基準額を超えているため、他のサービスを利用する場合は保険給付の対象外 (自己負担) となる。
- ② サービス単位／金額の計算は、大規模型通所介護費 (Ⅱ) (通所介護Ⅲ 6 1 / 15-4811 / 620単位) の単位数に保険給付の対象となる回数に乗じるため、16,120単位 (620単位×26回) となる。
- ③ 区分支給限度基準額を超える単位数の計算に用いる回数は、25回では区分支給限度基準額を超えず16,650単位 (666単位×25回) となるため、26回までが給付管理における上限回数となる。そのため26回で区分支給限度基準額を超える551単位 (17,316単位-16,765単位) が自己負担となる。
- ④ 区分支給限度基準内単位数は、②で求めたサービス単位／金額 (16,120単位) から③で求めた区分支給限度基準額を超える単位数 (551単位) を控除して求めるため、15,569単位 (16,120単位-551単位) となる。

<イメージ>



# 通所系・多機能系サービスの給付管理の特例的な取扱いにかかる留意事項(例3)

(例3) 給付管理単位数・サービス単位／金額ともに区分支給限度基準額を超えるパターン【別紙記載例3】

(前提)

- ・要介護1（区分支給限度基準額 16,765単位）の被保険者（1割負担）
- ・大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する通所介護事業所（通所介護Ⅲ 6 1 / 15-4811 / 620単位）を29回利用

(算定)

- ① 給付管理上は、通常規模型通所介護費（通所介護Ⅰ 6 1 / 15-2446 / 666単位）を用いるが、給付管理における保険給付対象を超えた回数分は、大規模型通所介護費（Ⅱ）（通所介護Ⅲ 6 1 / 15-4811 / 620単位）で算出した単位数を用いる。給付管理における保険対象となる回数（自己負担が初めて生じる回数）は区分支給限度基準額（16,765単位）を超える26回であるため、給付管理における保険給付対象は、17,316単位（666単位×26回）となる。保険給付対象を超えた全て自己負担となる回数分として、1,860単位（620単位×3回）となり、17,316単位と1,860単位を合算した19,176単位を給付管理用の単位数として用いる。
- ② サービス単位／金額の計算は、大規模型通所介護費（Ⅱ）（通所介護Ⅲ 6 1 / 15-4811 / 620単位）の単位数に実際にサービスを行った回数に乗じるため、17,980単位（620単位×29回）となる。
- ③ 区分支給限度基準額を超える単位数は、①で求めた給付管理単位数（19,176単位）から区分支給限度基準額（16,765単位）を控除して求めるため、2,411単位（19,176単位-16,765単位）となる。
- ④ 区分支給限度基準内単位数は、②で求めたサービス単位／金額（17,980単位）から③で求めた区分支給限度基準額を超える単位数（2,411単位）を控除して求めるため、15,569単位（17,980単位-2,411単位）となる。

<イメージ>

