

令和元年度

通所リハビリテーション
介護予防通所リハビリテーション

集団指導資料

令和2年2月19日（水）
岡山県保健福祉部
保健福祉課指導監査室

令和元年集団指導
【通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション】
資料目次

日時：令和2年2月19日（水）
13時～14時30分
場所：岡山商工会議所1階大会議室

<説明資料>

I 主な関係法令等	1
II 総則・通知事項について	3
III 人員に関する基準について	8
IV 設備に関する基準について	11
V 主な運営に関する基準について	13
VI 主な介護報酬の算定上の留意事項について	22
VII リハビリテーションマネジメント加算の算定構造表	53
関係通知等	
VIII リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリ テーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について (平成30年3月22日 厚生労働省老健局老人保健課長通知)	54
IX H30年度介護報酬改定Q&A(抜粋)	79
X [参考] 関係窓口(体制届等提出先)一覧	95

<参考資料>

関係法令等

- 社会福祉法、老人福祉法及び介護保険法に基づく設備及び運営等の基準 …… HP参照
 - ・「介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等を定める条例」(国基準省令と県条例の対照表)
 - ・「介護保険法に基づく指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準等を定める条例」(国基準省令と県条例の対照表)
- 医療保険と介護保険との給付調整等に関する関係資料
 - ・「医療・介護保険及び給付調整参考資料」 …… 集団指導HP：共通編「別冊」掲載

岡山県保健福祉部 保健福祉課指導監査室ホームページ(運営：岡山県)

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

集団指導資料は、指導監査室のホームページからダウンロードが可能です。



資料中のこのマークは令和元年度実地指導で指摘の多かった事項です。

I 主な関係法令等

- ・介護保険法 (平成9年法律第123号)
- ・介護保険法施行令 (平成10年政令第412号)
- ・介護保険法施行規則 (平成11年厚生省令第36号)

- ・介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等を定める条例 (平成24年岡山県条例第62号)

(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準 (平成11年厚生省令第37号))

- ・介護保険法に基づく指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準等を定める条例 (平成24年岡山県条例第65号)

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

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

- ・介護保険法に基づき条例で規定された指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等の基準等について (平成25年1月15日長寿第1868号)

(指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について (平成11年9月17日老企第25号))

- 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分) 及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について (平成12年3月1日老企第36号)
- 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について (平成18年3月17日老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号)
- ・厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等 (平成27年厚生労働省告示第94号)
- ・厚生労働大臣が定める基準 (平成27年厚生労働省告示第95号)
- ・厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法 (平成12年厚生省告示第27号)
- ・居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針 (平成17年厚生労働省告示第419号)

- ・指定通所リハビリテーションにおける理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に係る人員基準及び介護報酬上の取扱いについて
(平成15年5月30日老振発第0530001号・老老発第0530001号)
- ・通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて
(平成12年3月30日老企第54号)
- ・介護保険施設等におけるおむつ代に係る利用料の徴収について
(平成12年4月11日老振第25号・老健第94号)
- ・介護保険施設等における日常生活費等の受領について
(平成12年11月16日老振第75号・老健第122号)
- 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)
- ・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)
- 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)
(改正：平成30年3月30日保医発0330第2号)
- リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について
(平成27年3月27日老老発0327第3号)
(改正：平成30年3月22日老老発0322第2号)
- 事業所評価加算に関する事務処理手順及び様式例について
(平成18年9月11日老振発0911991号)

※法令・通知等は、次の文献、ホームページ等でご確認ください。

[参考文献]

- 文献：介護報酬の解釈 《令和元年10月版》単位数表編
《平成30年4月版》指定基準編
《平成30年4月版》QA・法令編（発行：社会保険研究所）
医科点数表の解釈《平成30年4月版》（発行：社会保険研究所）

[関係HP]

- 厚生労働省法令等データベースシステム
<https://www.mhlw.go.jp/hourei/>
- 介護報酬（改定）について（厚生労働省）
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/hou-syu/index.html
- 総務省法令データ提供システム
https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0100/
- 岡山県保健福祉部 保健福祉課指導監査室
<http://www.pref.okayama.jp/soshiki/340/>
<http://www.pref.okayama.jp/page/571334.html>（国の基準省令と県条例の対照表）

※ 以下、アンダーライン箇所は、平成30年度制度改正及び介護報酬改定による改正等部分です。

II 総則・通知事項について

1 介護保険法に基づき条例で規定された指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等の基準等について (平成25年1月15日長寿第1868号)

(抜粋)

1 本県独自基準以外の基準についての運用

2に定めるもののほか、「指定居宅サービス等条例」及び「指定介護予防サービス等条例」の運用に当たっては、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」(平成11年厚生省令第37号)及び「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」(平成18年厚生労働省令第35号)の運用のために発出された「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」(平成11年9月17日付け老企第25号。以下「**基準省令解釈通知**」という。)において示されている内容を準用し、これを踏まえて指定居宅サービス等事業者及び指定介護予防サービス等事業者は、適正な事業運営をすること。

2 指定居宅サービス及び指定介護予防サービスの事業の一般原則について (県居宅サービス及び介護予防サービス基準条例第3条)

(抜粋)

- ・ 事業者は、**利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める**こと。
= 人権擁護、虐待防止 =
- ・ 事業者は、事業の運営に当たっては、**地域との結びつきを重視し、市町村、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービス等を提供する者との連携に努める**こと。
= 地域連携、地域支援 =

3 指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について (平成11年9月17日 老企第25号)

(抜粋)

第2 総論

2 用語の定義

(1)「常勤換算方法」

当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数(32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。この場合の勤務時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該事業所が訪問介護と訪問看護の指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が訪問介護員等と看護師等を兼務する場合、訪問介護員等の勤務時間数には、訪問介護員等としての勤務時間だけを算入することとなるものであること。

(2)「勤務延時間数」

勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間又は当該事業に係るサービス提

供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む。）として明確に位置付けられている時間の合計数とする。なお、従業員1人につき、勤務延時間数に参入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき勤務時間数を上限とすること。

(3) 「常勤」

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業員が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいうものである。ただし、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第23条第1項に規定する所定労働時間の短縮措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、**例外的に常勤の従業員が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とする。**

また、同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間数の合計が常勤の従業員が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする。例えば、1の事業者によって行われる指定訪問介護事業所と指定居宅介護支援事業所が併設されている場合、指定訪問介護事業所の管理者と指定居宅介護支援事業所の管理者を兼務している者は、その勤務時間の合計が所定の時間に達していれば、常勤要件を満たすこととなる。

(4) 「専ら従事する」「専ら提供に当たる」【H30年度一部改正】

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

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

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

※1：【老人保健施設、病院】

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

※2：**介護職員処遇改善加算の賃金改善の対象となる介護職員**

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

(抜粋)

第2 居宅サービス単位数表（訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。）に関する事項

1 通則

(1) 算定上における端数処理について

① 単位数算定の際の端数処理

単位数の算定については、基本となる単位数に加減算の計算（何らかの割合を乗ずる計算に限る。）を行う度に、小数点以下の端数処理（四捨五入）を行っていくこととする。つまり、絶えず整数値に割合を乗じていく計算になる。

(例) . . . (省略) . . .

② 金額換算の際の端数処理

算定された単位数から金額に換算する際に生ずる1円未満（小数点以下）の端数については「切り捨て」とする。

(例) . . . (省略) . . .

(2) サービス種類相互の算定関係について

特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護若しくは地域密着型特定施設入居者生活介護を受けている間については、その他の指定居宅サービス又は指定地域密着型サービスに係る介護給付費（居宅療養管理指導費を除く。）は算定しないものであること。ただし、特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護の提供に必要な場合に、当該事業者の費用負担により、その利用者に対してその他の居宅サービス又は地域密着型サービスを利用させることは差し支えないものであること。また、短期入所生活介護又は短期入所療養介護を受けている間については、訪問介護費、訪問入浴介護費、訪問看護費、訪問リハビリテーション費、通所介護費及び通所リハビリテーション費並びに定期巡回・随時対応型訪問介護看護費、夜間対応型訪問介護費、地域密着型通所介護費、認知症対応型通所介護費、小規模多機能型居宅介護費及び複合型サービス費は算定しないものであること。

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

なお、福祉用具貸与費については、短期入所生活介護又は短期入所療養介護を受けている者についても算定が可能であること。

(3) 施設入所日及び退所日等における居宅サービスの算定について

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

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

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

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

(抜粋)

第2 指定介護予防サービス単位数表に関する事項

1 通則

(1) 算定上における端数処理について(省略)

(2) サービス種類相互の算定関係について

介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護費を受けている間については、その他の指定介護予防サービス費又は地域密着型介護予防サービス費(介護予防居宅療養管理指導費を除く。)は算定しないものであること。ただし、指定介護予防特定施設入居者生活介護の提供に必要がある場合に、当該事業者の費用負担により、その利用者に対してその他の介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用させることは差し支えないものであること。また、介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている間については、介護予防訪問介護費、介護予防訪問入浴介護費、介護予防訪問看護費、介護予防訪問リハビリテーション費、介護予防通所介護費及び介護予防通所リハビリテーション費並びに介護予防認知症対応型通所介護費及び介護予防小規模多機能型居宅介護費は算定しないものであること。

なお、介護予防福祉用具貸与費については、介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている者についても算定が可能であること。

(3) 退所日等における介護予防サービス費の算定について

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

5 **医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について**
(平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号)
(最終改正：平成30年3月30日保医発第0330第2号)

(抜粋)

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

10 リハビリテーションに関する留意事項について

要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料(以下「医療保険における疾患別リハビリテーション料」という。)を算定するリハビリテーション(以下「**医療保険における疾患別リハビリテーション**」という。)を行った後、介護保険における訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーション又は介護予防訪問リ

ハビリテーション若しくは介護予防通所リハビリテーション（以下「**介護保険におけるリハビリテーション**」という。）に**移行した日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、**必要な場合（介護老人保健施設の入所者である場合を除く。）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「医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日」「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載し、当該終了する日以前の2月間に限りすることにより、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、当該終了する日以前の1月間に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。**

~~また、医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日として最初に設定した日以降については、原則どおり、同一の疾患等について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ものであるので留意すること。~~

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~~「医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日」「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」~~を記載する必要はなく、**医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへ移行したものとみなさない。**

Ⅲ 人員に関する基準について（介護予防通所リハビリテーションに一部準用あり）

1 医師数について

（1）介護老人保健施設、介護医療院、病院の場合

① 専任の常勤医師が1人以上勤務していること。

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

専任とは

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

実質的に理学療法の職務に従事しうる程度に医療現場と理学療法を行う場が近接しており、連絡が取りうる体制があることが専任と考える。専任は、専従よりは拘束が緩く、常に通所リハビリテーションに従事している必要はない。ただし、通所リハビリテーションのサービス提供中に、他の事業所の通所リハビリテーションに従事することは兼任になるので、行うことはできない。

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

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

＜解釈通知（H30.4.1改正）＞「通所リハビリテーションの医師」

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

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

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

（2）診療所の場合

① 利用者の数が同時に10人を超える場合

ア 専任の常勤医師が1人以上勤務していること。

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

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

② 利用者の数が同時に10人以下の場合

ア 専任の医師が1人勤務していること。

イ 利用者数は、専任の医師1人に対し1日48人以内であること。

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

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

2 従事者（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員）について

（1）介護老人保健施設、介護医療院、病院の場合

① 指定通所リハビリテーションの単位ごとに、その提供を行う時間帯を通じて専ら当該指定通

所リハビリテーションの提供に当たる者が、利用者の数が10人以下の場合は1以上、10人を超える場合は利用者の数を10で除した数以上確保されていること。

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

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

営業日ごとに、リハビリテーションを提供する時間帯において、理学療法士等を配置すること。
※リハビリテーションを提供する時間帯 ≠ サービス提供時間帯 ※イコールではない。
※リハビリテーションとは、個別リハビリテーションだけではない。

(2) 診療所の場合

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

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

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

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

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

3 注意すべき点について(介護老人保健施設、介護医療院、病院、診療所共通)

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

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

- (2) ~~6時間以上~~7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行う場合にあっては、事業所の実情に応じて、**適当数の従業者を配置**すること。【一部改正】

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

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

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

この場合における「研修」とは、運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。具体的には、日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーションセラピスト研修、全国病院理学療法協会の行う運動療法機能訓練技能講習会が該当する。

(6) **従業者に欠員が生じた場合には、速やかに、事業所を所管する県民局に相談し、指導に従うこと。**

IV 設備に関する基準について（介護予防通所リハビリテーションに一部準用あり）

1 専用の部屋について

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

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

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

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

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

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

この場合の指定通所リハビリテーションを行うために必要なスペースは、医療保険のリハビリテーションの患者数に関わらず、常時、3平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用者数（指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、指定通所リハビリテーションの利用者数と指定介護予防通所リハビリテーションの利用者数の合計）と医療保険のリハビリテーションを受ける患者の数を乗じた面積以上とする。【H30一部改正】

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

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

なお、あくまで、サービスの提供に支障が生じない場合に限る。

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

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

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

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

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

2 消火設備、器械及び器具について

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



【指摘された不適切な事例】

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

V 主な運営に関する基準について（特記がない場合、介護予防通所リハビリテーションに準用）

1 基本方針

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

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

2 内容及び手続の説明及び同意

(1) 「重要事項説明書」は、利用申込者がサービスを選択するために重要な事項を説明するためのものであるため、まずは当該説明書を交付し、重要事項の説明を行うこと。その後、利用申込者等がサービス提供を希望する場合に**同意を文書により得ること。（県独自基準）**

(2) 「重要事項説明書」は、①運営規程の概要、②従業員の勤務体制、③事故発生時の対応、④苦情処理の体制、~~⑤第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、評価機関の名称、評価結果の開示状況）~~などの記載が最低限必要であり、その内容は実際に利用者が受けようとするサービス（サービス内容、利用料等）を明確にするものであること。



(3) 「運営規程」の記載（営業時間、サービス提供の内容、通常の事業の実施地域、従業員の員数など）と相違がないこと。また、**運営の現状との相違がないこと。**

(4) 介護予防サービス事業においても（1）～（3）と同様のこと。**利用者について要介護と要支援との間で認定の変更があった場合にも改めて説明を行うこと。**

3 提供拒否の禁止、サービス提供困難時の対応

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

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

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

(3) **サービス提供困難時の対応としては、以下の対応が想定される。**

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

4 受給資格等の確認

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



【指摘された不適切な事例】

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

5 心身の状況等の把握

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

6 居宅（介護予防）サービス計画に沿ったサービスの提供

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

7 サービスの提供の記録

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

※ **サービス提供記録がない場合には、過誤調整を指導する。**

8 利用料等の受領

- (1) 領収証に記載する**医療費控除の対象額**とは、①**対象となる医療系サービスが居宅サービス計画又は介護予防居宅サービス計画に位置付けられており、かつ、②医療費控除の対象となる居宅サービス（介護予防サービス）を利用した場合に係る自己負担額である。**
医療系サービスを利用せず福祉系サービスのみを利用している場合は、医療費控除の対象とならない。



【指摘された不適切な事例】

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



★「介護保険制度下での居宅サービス等の対価に係る医療費控除等の取扱いについて」
(H25.1.25付厚生労働省老健局総務課事務連絡、H28.10.3一部改正)
を参照のこと。

9 (介護予防) 通所リハビリテーションの基本取扱い方針

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。

特に、介護予防通所リハビリテーションにおいては、介護予防通所リハビリテーション計画に定める目標の達成度合いや利用者及びその家族の満足度等を把握（例えば、利用者等へのアンケートの実施）し、その評価をもって改善を図ること。



10 (介護予防) 通所リハビリテーションの具体的取扱方針

(1) 通所リハビリテーション計画は、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に基に、サービスに関わる従業者が共同して作成する。

介護予防通所リハビリテーション計画は、主治の医師又は主治の歯科医師からの情報伝達等により利用者の状況を把握・分析し、サービスに関わる従業者が共同して作成する。

(2) 事業所外サービスの提供について

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

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

(3) 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画に基づくサービス提供の開始から、少なくとも1月に1回は、利用者の状態、サービス提供状況等について、介護予防支援事業者に報告すること。【介護予防のみ】

(3) 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、介護予防通所リハビリテーション計画の実施状況の把握（モニタリング）を行うこと。また、結果については介護予防支援事業者に報告すること。【介護予防のみ】

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

(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に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供すること。



11 通所リハビリテーション計画の作成

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



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



(2) (介護予防) 通所リハビリテーション計画は、居宅（介護予防）サービス計画に沿ったものでなければならない。そのため、サービス担当者会議に出席し情報共有することや居宅（介護予防）

サービス計画の交付を受け、サービス内容の確認を行うことが重要である。

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

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

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

管理者医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、（介護予防）通所リハビリテーション計画は、目標や内容等について、サービス提供前に、利用者又はその家族に分かりやすく説明し、利用者の同意を得た上で署名を求めると。また、管理者は、当該（介護予防）通所リハビリテーション計画を利用者に交付すること。【H30一部改正】



【指摘された不適切な事例】

サービス開始後に、（介護予防）通所リハビリテーション計画の同意を得ていた。

(5) 前記の利用者の同意を得た上の署名は原則、利用者本人の署名とすること。なお、利用者本人の精神状況等により判断能力を欠く等利用者本人の意思確認ができず署名が得られない場合は、前記の成年後見制度の活用を促すこと。また、身体的理由により本人の署名ができない場合は、家族等の代筆等で同意を得ること。

(6) 通所リハビリテーションをより効果的に実施するため、介護支援専門員や医療ソーシャルワーカー等の協力を得て実施することが望ましいこと。【居宅サービスのみ】 【H30一部改正】

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

(8) 同一事業者が、通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションを併せて提供する場合、共通のリハビリテーション計画、利用者及び家族の同意、サービス実施状況の診療記録への記載等を一体的に実施できること。

12 緊急時等の対応

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

13 管理者等の責務

(1) 管理者は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は専ら（介護予防）通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから専任した者に、必要な管理の代行をさせることができる。【通所リハビリテーションH30一部改正】

(2) 管理者又は管理を代行する者は、事業所の従業者に事業所に係る運営基準の規定を遵守させるための必要な指揮命令を行うこと。

14 運営規程

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



【指摘された不適切な事例】

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

- (3) 従業員の職種、員数及び職務の内容のみの変更であっても、変更後10日以内に届出が必要。

15 勤務体制の確保等

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



【指摘された不適切な事例】

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

- (3) 従業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。当該研修には、高齢者の人権の擁護及び虐待の防止に関する事項をその内容に含めなければならない。（県独自基準）



【指摘された不適切な事例】

- ・研修計画が作成されておらず、研修機会の確保が不十分であった。
- ・従業員に対する研修に、高齢者の人権の擁護及び虐待の防止に関する事項が含まれていなかった。

- (4) 人員体制等の都合で一度に複数職員の研修参加が困難な場合等においても、業務内容や役職等の適性を十分考慮し、優先順位を付けるなど研修参加者を絞り、当該研修参加者が施設・事業所内において伝達講習を行うなど、適切なサービス提供体制を確保した上で、必要な研修機会を確保すること。

16 定員の遵守

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

17 非常災害対策

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



【指摘された不適切な事例】

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

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

- (2) 事業者は、**利用者の状態や当該施設が所在する地域の地理的実情（津波災害警戒区域であるか、土砂災害警戒区域であるか等）を踏まえ、想定される災害の種類（津波・高潮・土砂災害・地震・火災等）ごとに、その規模（当該施設の所在市町村全体・所在地域・当該施設・当該施設の一部分等）及び被害の程度（ライフラインが1週間程度で復旧される場合、施設内給食施設は1ヶ月程度使用不能である場合等）に応じた実効性のある具体的な計画（消防法施行規則（昭和36年自治省令第6号）第3条に規定する消防計画（これに準ずる計画を含む）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画）を立てなければならない。（県独自基準）**

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

- (4) (2) の計画に従い、避難又は救出に係る訓練等必要な訓練を定期的に行わなければならない。その場合、実際に非常災害が発生した場合に対応できるような実効性の高いものとしなければならない。（県独自基準）



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

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

18 衛生管理等

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



【指摘された不適切な事例】

利用者が服薬する薬が誰でも触れる状態で保管されていた。

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

- (3) 特に、インフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、その発生及びまん延を防止するための措置について、別途通知等が発出されているので、これらに基づき、適切な措置を講じること。



【指摘された不適切な事例】

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

- (4) ノロウイルス感染症などが発生した場合には、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保つこと。
- (5) 施設内の適温の確保に努めること。

19 掲示

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

20 秘密保持等

- (1) 従業員の在職中及び退職後における、利用者及びその家族の個人情報に関する秘密保持について、事業者と従業員間の雇用契約、就業規則、労働条件通知書、誓約書等で取り決めておくこと。
- (2) サービス担当者会議等において、利用者及びその家族の個人情報を用いる場合、あらかじめ利用者及びその家族の同意を得ておくこと。利用同意を得る様式は利用者だけでなく家族についても署名できる様式にしておくこと。



【指摘された不適切な事例】

サービス担当者会議等において、利用者及びその家族の個人情報を用いているが、利用者及びその家族の同意を得ていなかった。



※ 個人情報の取扱いについては「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（下記URL）等を参照のこと。

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

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

21 苦情処理

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



【指摘された不適切な事例】

苦情（従業員の言葉遣いが気になるとの）があったにも関わらず記録がされていなかった。



- ・苦情処理に関する記録様式が作成されていなかった。
- ・苦情の記録に、事業者が採った措置の概要の記載がなかった。

(3) 苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組や再発防止のための取組を行うこと。

(4) 苦情の内容等の記録は、**5年間保存**しなければならない。(県独自基準)



【指摘された不適切な事例】

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

2.2 事故発生時の対応

(1) 市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。また、当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。

(2) 損害賠償保険に加入するか、賠償金の積み立てを行うことが望ましい。

(3) 事故の状況等によっては、事業所を所管する県民局へ報告を行うこと。

介護保険施設・事業所における事故等発生時の対応に係る指針（岡山県版）
（※集団指導資料【全サービス共通編】を参照のこと）

(4) 再発防止のための取組を行うこと。



【指摘された不適切な事例】

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



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

2.3 会計の区分



事業所ごとに経理を区分し、介護保険事業と他の事業においても経理・会計を区分すること。事務的経費等についても按分するなどの方法により、会計を区分すること。

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

2.4 記録の整備

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

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

(2) 退職した従業員に関する諸記録も保存対象となるので、退職後にすぐ廃棄しないようにすること。

(3) 通所リハビリテーション計画の変更後、変更前の計画も保存しておくこと。

(4) リハビリテーション計画、サービス提供の記録、市町村への通知に係る記録、苦情内容等の記録、事故の状況等の記録については、完結の日から**5年間保存**しなければならない。(県独自基準)



25 変更の届出等

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



【指摘された不適切な事例】

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



(2) 人員基準を満たせなくなったため休止、人員基準を満たす見込みが立たないため廃止する等の際は1月前までに県民局へ休止・廃止の届出を提出すること。現に利用者がある場合には、他の事業所に引き継ぐことが必要である。

(3) 従業者に欠員が生じている状態が1か月以上継続する場合には、事業所に対し定員や営業日・営業時間の見直し又は事業の休止を指導するものとする。

指導に従わずに事業を継続する事業所に対しては、特別な事情がある場合を除き、指定の取消し等を検討するものとする。従業者に欠員が生じた場合には、速やかに、事業所を所管する県民局に相談し、指導に従うこと。

(4) 各種届出に際しては、当課ホームページより「申請の手引」及び「申請書・各種様式」をダウンロードし、必要書類を整え、期限内に県民局に提出すること。

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

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

VI 主な介護報酬の算定上の留意事項について

1 (介護予防) 通所リハビリテーションの提供 (医療からの継続) について

【H30留意事項通知新設】

指定 (介護予防) 通所リハビリテーションは、当該事業所の医師の診療に基づき、(介護予防) 通所リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、**例外として、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けていた患者が、介護保険の指定 (介護予防) 通所リハビリテーションへ移行する際に、「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」の別紙様式 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 2-1 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 2-1 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。

= 医療と介護におけるリハビリテーション計画の様式の見直し等 =

2 施設等の区分 【H30改定：区分の細分化による増設】

(1) 事業所規模による区分

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

※ 平成31年4月1日適用に係る体制届等は、平成31年3月15日までに提出すること。

※ 事業所規模区分に変更がない場合は不要



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

① 通所サービスの計算 (平均利用延人員数の計算式 (3月を除く))

1 時間以上 2 時間未満の報酬を算定している利用者	× 1 / 4 =	A 人
2 時間以上 3 時間未満	〃 × 1 / 2 =	B 人
3 時間以上 4 時間未満	〃 × 1 / 2 =	C 人
4 時間以上 5 時間未満	〃 × 3 / 4 =	D 人
5 時間以上 6 時間未満	〃 × 3 / 4 =	E 人
6 時間以上 8 時間未満	〃 × 1 =	F 人

(A 人 + B 人 + C 人 + D 人 + E 人) ÷ 1 1 月 = 1 月当たりの平均利用延人員数

② 介護予防サービスの計算

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

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

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

③ その他

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

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

事業所規模に係る届出書（通所リハビリテーション） (別紙 3-2)

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

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

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

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

$$\frac{\text{運営規程に掲げる定員}}{\text{予定される1月当たりの営業日数}} \times 90\% \times (D) = (D)'$$
 ※毎日営業の場合は、(D)' × 6/7
 正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施している事業者若しくは、(D)'欄に(D)に6/7を乗じた数を入力してください。

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

3 所要時間による区分の取扱い ◆H27改正

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

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

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

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

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

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

4 日割り請求に係る適用【介護予防のみ】

(1) 月途中の以下の事由の場合、日割りで算定する。

① 月の途中に開始した場合は、起算日から月末までの期間

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

② 月の途中に終了した場合は、月初日から起算日までの期間

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

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

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

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

(3) 加算部分に対する日割りは行わない。

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

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

○「月額包括報酬の日割り請求にかかる適用」

(平成24年厚生労働省老健局介護保険計画課・老人保健課事務連絡)

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

5 定員超過利用減算

(1) 月平均の利用者数が、運営規程に定められた利用定員を超えた場合、所定単位数を減算する。
この場合の利用者の数は、1月間(暦月)の利用者の数の平均を用いる。この場合、1月間の利用者の数の平均は、当該月におけるサービス提供日ごとの同時にサービスの提供を受けた者の最大数の合計を、当該月におけるサービス提供日数で除して得た数とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り上げるものとする。

月平均で定員超過があれば、その翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、利用者全員について減算する。(所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定)

(2) 定員超過利用は基準(条例)違反となり、指導対象となる。また、解消を行う旨の指導に従わず定員超過が2月以上継続する場合は、特別の事情がある場合を除き指定の取消しを検討する。

(3) **災害・虐待等の受け入れ等やむを得ない理由による定員超過は、当該定員超過が開始した月の翌月から、所定単位数の減算を行うことはせず**、やむを得ない理由がないにもかかわらず、その翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行う。

○「厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法」 (平成12年厚生省告示27号)

6 人員基準欠如減算

(1) 人員欠如の場合の減算については、当該月において人員基準を満たさない場合、翌月若しくは翌々月の全利用者について、所定単位数の70/100に相当する単位数を用いて算定する。

(2) 常勤医師について(診療所であって、利用者の数が同時に10人以下の場合を除く。)
専任の常勤医師が1人以上いない場合は、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について所定単位数を減算する。ただし、介護老人保健施設であって、病院又は診療所(医師について介護老人保健施設の人員基準を満たす余力がある場合に限る。)と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えない。

(3) 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の配置数について

① 人員基準上必要とされる員数から一割を超えて減少した場合にはその翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者の全員について所定単位数を減算する。

一割を超えて減少した場合とは、具体的には次の場合で、月単位で計算。

医師(上記(2)に該当する場合を除く。)×1

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

従事者

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

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

理学療法士等（老健・病院の場合）

（従事者のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）※2

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

理学療法士等（診療所の場合）

（従事者のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、経験看護師）※2

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

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

一割の範囲内で減少した場合とは、具体的には次の場合です。

医師（上記（2）に該当する場合を除く。）※1

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

従事者

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

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

理学療法士等（老健・病院の場合）

（従事者のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）※2

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

理学療法士等（診療所の場合）

（従事者のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、経験看護師）※2

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

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

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

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

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

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

※「理学療法士等」…「サービス提供体制強化加算」において同義

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

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

8 延長加算 ◆H27改定、H30一部改定（居宅サービス）50単位～300単位/日

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

（H27年度改定で、延長時間の上限が、「10時間」から「14時間」に拡大された。）

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

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

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

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

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

[老企第36号/第2の8の(4)]

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

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

- ② 当該加算は通所リハビリテーションと延長サービスを通算した時間が8時間以上の部分について算定されるものであるため、

例えば、7時間の通所リハビリテーションの後に連続して2時間の延長サービスを行った場合には、通所リハビリテーションと延長サービスの通算時間は9時間であり、1時間分（時間＝9時間－8時間）の延長サービスとして50単位を算定する。

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

9 リハビリテーション提供体制加算（居宅サービスのみ） 【H30新設】

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

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

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

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

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

<厚生労働大臣が定める基準>

通所リハビリテーション費におけるリハビリテーション提供体制加算の基準

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

<留意事項通知>

(5) リハビリテーション提供体制加算について

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

【岡山県Q&A】＝厚労省確認事項＝

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

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

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

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

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

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

A 3 : 「常時」配置が求められていることから、休暇（病気によるものを含む。）等によりその配置がされなかった日については、当該加算は算定できない。

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

10 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算（居宅サービス・介護予防サービス）

(1) 中山間地域等に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、（介護予防）通所リハビリテーションを行った場合に、**1日につき所定単位数の5%に相当する単位数を加算する。**

○厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域（平成21年厚生労働省告示第83号）

(2) 同加算を算定する利用者については、**別途交通費の支払いを受けることはできない。**

(3) 通所リハビリテーションは、区分支給限度額が適用されるサービスであるが、本加算は、「区分支給限度基準額」に含まれない費用である。

11 入浴介助加算（居宅サービスのみ） 50単位/日

(1) 入浴介助加算は、通所リハビリテーション計画上、入浴の提供が位置付けられている場合で、入浴介助を行った場合に算定する。利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合については、当該加算を算定できない。

(2) **全身を対象としたシャワー浴は算定の対象となるが、部分浴や清拭は算定の対象とならない。**

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

12 リハビリテーションマネジメント加算（居宅サービス・介護予防サービス）

（区分増設、区分I相当の加算が介護予防通所リハビリテーションに新設） 【H30改正、新設】

○ 本加算を算定するためには、事前に**県に体制の届出が必要**である。

○ 平成30年度から、介護予防通所リハビリテーションについても、リハビリテーションマネジメント加算Iの要件と同様のリハビリテーションマネジメント加算が新設。

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

SPDCAサイクルとは

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

リハビリテーションの質の管理とは

生活機能の維持又は向上を目指すに当たって、心身機能、個人として行うADLやIADLといった活動、家族での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等といった参加について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを管理すること。

参考 ADL (日常生活動作) : 排せつ、食事摂取などの身の回りの生活行為

IADL (手段的日常生活動作) : 掃除や買い物などの生活行為

リハビリテーションマネジメント加算は、事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に、下記（2）掲げる区分に応じ、**1月につき所定単位数を加算**する。

ただし、**リハビリテーションマネジメント加算Ⅳについては、3月に1回を限度として算定することとし、下記（2）に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、下記（2）に掲げるその他の加算は算定しない。**

（2）次の要件を満たす必要がある。

① **リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ** <230単位→330単位> **【H30要件追加】**

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

定期的に評価とは

初回の評価は、(介護予防) 通所リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの**提供開始からおおむね2週間以内**に、その後はおおむね3月以内に評価を行う。



【指摘された不適切な事例】

初回の評価が、サービス提供開始から概ね2週間以内に行われていなかった。

- 2) 指定 (介護予防) 通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。 **【介護予防新設】**

- 3) 新規に (介護予防) 通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定 (介護予防) 通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該計画に従い、指定 (介護予防) 通所リハビリテーションの**実施を開始した日から起算して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っていること。** **【介護予防新設】**



【指摘された不適切な事例】

サービス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っていなかった。

- 4) (介護予防) 通所リハビリテーション事業所の医師が、指定 (介護予防) 通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。

【新設】

- 5) (4)における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が(4)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。

【新設】



- ② リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ <6月以内：1, 020単位→850単位>
<6月超過：700単位→530単位>

【H30要件追加】

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- 1) 通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。 【新設】
- 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(4)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。 【新設】
- 3) リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。
- 4) 通所リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が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とともに、説明した内容等について医師へ報告すること。 【一部要件追加】
- 5) 通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあつては1月に1回以上、6月を超えた場合にあつては3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、通所リハビリテーション計画を見直していること。
- 6) 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- 7) 以下のいずれかに適合すること。
 - イ 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
 - ロ 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
- 8) 上記1) から7) までに適合することを確認し、記録すること。

- ③ リハビリテーションマネジメント加算Ⅲ <6月以内：なし→1, 120単位>
<6月超過：なし→800単位>

【新設】

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- 1) 通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。

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(4)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。
 - 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。
 - 5) 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。
 - 6) 以下のいずれかに適合すること。
 - イ 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
 - ロ 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。
 - 7) 通所リハビリテーション計画について、当該事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。
 - 8) 上記1) から7) までに適合することを確認し、記録すること。
- ④ リハビリテーションマネジメント加算Ⅳ <6月以内：なし→1, 220単位>
<6月超過：なし→ 900単位>

【新設】

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- 1) 通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。
- 2) (1)における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が(4)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。
- 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。
- 5) 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。
- 6) 以下のいずれかに適合すること。
 - イ 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
 - ロ 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。
- 7) 通所リハビリテーション計画について、当該事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。
- 8) 上記1) から7) までに適合することを確認し、記録すること。
- 9) 指定通所リハビリテーション事業所における通所リハビリテーション計画書等の内容に関するデータを、厚生労働省に提出していること。(「V I S I T」による)

◆留意事項通知等 **【改正、新設】**

リハビリテーションマネジメント加算について [老企第36号/第2の8の(10)]、[介護予防第2の7の(1)]

- ① リハビリテーションマネジメント加算は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として実施されるものであり、リハビリテーションの質の向上を図るため、利用者の状態や生活環境等を踏まえた多職種協働による通所リハビリテーション計画の作成、当該計画に基づく適切なリハビリテーションの提供、当該提供内容の評価とその結果を踏まえた当該計画の見直し等といったSPDCAサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものである。
【介護予防共通】
- ② 「リハビリテーションの質の管理」とは、生活機能の維持又は向上を目指すに当たって、心身機能、個人として行うADLやIADLといった活動をするための機能、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等といった参加をするための機能について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを管理することをいう。**【介護予防共通】**
- ③ 本加算は、SPDCAサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものであることから、当該SPDCAサイクルの中で通所リハビリテーション計画を、新規に作成し直すことは想定しておらず、利用者の状態に応じて適切に当該計画の見直しが行われるものである。したがって、「同意」とは、本加算を取得するに当たって初めて通所リハビリテーション計画を作成して得られた同意をいい、当該計画の見直しの同意とは異なることに留意すること。
- ④ 注7ロに規定するリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)、注7ハに規定するリハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)(1)又は注7ニに規定するリハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)(1)を取得後は、注7ロに規定するリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(2)、注7ハに規定するリハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)(2)又は注7ニに規定するリハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)(2)を算定するものであることに留意すること。
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(Ⅱ)(1)、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)(1)又はリハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)(1)を再算定できるものであること。
- ⑤ 大臣基準告示第25号イ(1)の「定期的に」とは、初回の評価は、通所リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後は各加算に位置付けられた見直しの期間ごとに評価を行うものであること。
【介護予防共通】



⑥ 指定通所リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定通所リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書の特記事項欄に指定通所リハビリテーションの継続利用が必要な理由、その他指定居宅サービスの併用と移行の見通しを記載すること。【介護予防共通】

⑦ リハビリテーション会議の構成員である医師の当該会議への出席については、テレビ電話等情報通信機器を使用してもよいこととする。なお、テレビ電話等情報通信機器を使用する場合には、当該会議の議事に支障のないよう留意すること。

⑧ リハビリテーション会議の開催頻度について、指定通所リハビリテーションを実施する指定通所リハビリテーション事業所若しくは指定介護予防通所リハビリテーションを実施する指定介護予防通所リハビリテ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。

⑨ 大臣基準告示第25号ニ(2)のデータ提出については、厚生労働省が実施するVISITに参加し、当該事業で活用しているシステムを用いて、リハビリテーションマネジメントで活用されるリハビリテーション計画書等のデータを提出することを評価したものである。当該事業への参加方法や提出するデータについては「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

【岡山県Q&A】

<介護予防通所リハビリテーション関連>

Q1：平成30年3月31日以前から利用している利用者について、平成30年4月以降に、当該加算を算定する場合に、改めて利用者の居宅を訪問する必要があるか？

A1：従前からの利用者について、新設されたリハビリテーションマネジメント加算を算定する場合に、必ずしも利用者の居宅を訪問する必要はないが、利用者の状態や居宅の状況に変化がある場合は、必要に応じて利用者の居宅を訪問することが望ましい。(H24厚労省Q&A)

13 短期集中個別リハビリテーション実施加算 (居宅サービス) 110単位/日 【H30改正に連動した変更】

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

(2) 指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者に対して、その退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行った場合(1週につきおおむね2回以上、1日当たり40分以上実施するもの)に算定できるものであること。

退院(所)日、認定日とは

「退院(所)日」とは、「利用者がリハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院若しくは入所した病院若しくは診療所若しくは介護保険施設から退院若しくは退所した日」のこと。

「認定日」とは、「介護保険法第19条第1項に規定する要介護認定の効力が生じた日(当該利用者が新たに要介護認定を受けた者である場合に限る。)」のこと。→ 要介護認定の有効期間初日

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

(4) リハビリテーションマネジメント加算(I)から(IV)のいずれかを算定していない場合は、算定できない。

(5) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算、生活行為向上リハビリテーション実施加算と併算定できない。

(6) 本加算を算定するためには、事前に県へ体制の届出が必要である。

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

8 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者に対して、その退院（所）日又は認定日から起算して3月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行った場合、短期集中個別リハビリテーション実施加算として、1日につき110単位を所定単位数に加算する。ただし、注9又は注10の加算を算定している場合は、算定しない。

通所リハビリテーション費における短期集中個別リハビリテーション実施加算の基準

通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）から（Ⅳ）のいずれかを算定していること。

短期集中個別リハビリテーション実施加算について [老企第36号/第2の8の(10)]

- ① 短期集中個別リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて、基本的動作能力及び応用的動作能力を向上させ、身体機能を回復するための集中的なリハビリテーションを個別に実施するものであること。
- ② 「個別リハビリテーションを集中的に行った場合」とは、退院（所）日又は認定日から起算して3月以内の期間に、1週につきおおむね2日以上、1日当たり40分以上実施するものでなければならない。
- ③ 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえたリハビリテーションを実施するよう留意すること。

14 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（居宅サービス）【H30改正に連動した変更】

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

※認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師とは

認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）の要件である「認知症に対するリハビリテーションに関わる専門的な研修を修了した医師」の研修は、原則として「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（V. 2）（平成27年4月30日）」の問18で国が例示した研修に限るものとする。

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

【平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（V. 2）（平成27年4月30日）】問18（抜粋）

認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定要件に該当する研修の例

- ①認知症短期集中リハビリテーション研修（主催：全国老人保健施設協会）
- ②認知症短期集中リハビリテーション医師研修会」（主催：日本慢性期医療協会、日本リハビリテーション病院・施設協会及び全国デイ・ケア連絡協議会）
- ③認知症サポート医養成研修（実施主体：都道府県等）

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

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

- (5) 加算（Ⅱ）における通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、認知症を有する利用者の生活環境に対応したサービス提供ができる体制を整える必要があることから、利用者の生活環境をあらかじめ把握するため、当該利用者の居宅を訪問すること。
また、リハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。（居宅訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意）
- (6) 本加算の対象となる利用者は、MMSE（Mini Mental State Examination）又はHDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価ツール）においておおむね5点～25点に相当する者とするものであること。
- (7) 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえたリハビリテーションを実施するよう留意すること。
- (8) 本加算は、当該利用者が過去3月の間に本加算を算定した場合には算定できないこと。
- (9) 本加算（Ⅰ）は、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）から（Ⅳ）までのいずれかを、本加算（Ⅱ）はリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）、（Ⅲ）又は（Ⅳ）を算定していない場合は、算定できない。
- (10) **短期集中個別リハビリテーション実施加算、生活行為向上リハビリテーション実施加算と併算定できない。**
- (11) 本加算を算定するためには、事前に**県へ体制の届出が必要**である。

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

9 別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、認知症（法第5条の2に規定する認知症をいう。以下同じ）であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、イについてはその退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に、ロについてはその退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算として、次に掲げる区分に応じ、イについては1日につき、ロについては1月につき、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は注10の加算を算定している場合においては、算定しない。

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

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

- イ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (1) 一週間に二日を限度として個別にリハビリテーションを実施すること。
 - (2) 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）から（Ⅳ）までのいずれかを算定していること。

ロ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 一月に四回以上リハビリテーションを実施すること。
- (2) リハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された通所リハビリテーション計画を作成し、生活機能の向上に資するリハビリテーションを実施すること。
- (3) 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)を算定していること。

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

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

15 生活行為向上リハビリテーション実施加算（居宅サービス・介護予防サービス（新設））

【H30改正に連動した変更】

<通所リハ：イ=2,000単位、ロ=1,000単位>

<予防通所リハ：イ=900単位、ロ=450単位>

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

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

- (2) 生活行為向上リハビリテーションを提供するための生活行為向上リハビリテーション実施計画書の作成や、リハビリテーション会議における当該リハビリテーションの目標の達成状況の報告は、厚生労働大臣が定める基準第28号イ（第106の6号イ）によって配置された作業療法士等が行うことに留意すること。
- (3) （介護予防）通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、生活行為向上リハビリテーションの実施後にリハビリテーションを継続した場合の減算について説明した上で、当該計画の同意を得るよう留意すること。
- (4) 本加算は、**リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提**となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえ、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等を可能とすることを見据えた目標や実施内容を設定すること。
- (5) 本加算は、**6月間に限定して算定が可能**であることから、利用者やその家族においても、生活行為の内容の充実を図るための訓練内容を理解し、家族の協力を得ながら、利用者が生活の中で実践していくことが望ましいこと。
- (6) リハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。**なお、利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないので留意すること。**
- (7) **短期集中個別リハビリテーション実施加算、認知症短期集中リハビリテーション実施加算と併算できない。【通所リハのみ該当】**
- (8) 本加算を算定するためには、事前に**県へ体制の届出が必要**である。

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

生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定要件とされる研修については、原則として「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（平成27年4月1日）」の問105で国が例示した研修に限るものとする。事業者が加算の算定を行おうとする場合は、「体制等に関する届出書」に、上記の研修に係る「研修修了書の写し」を添付することとし、この添付書類がない場合は、算定要件を確認できないことから、原則として本件加算の算定を認めない。

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

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

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

<通所リハ>

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

イ リハビリテーション実施計画に基づく指定通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して3月以内の場合 2,000単位

ロ 当該日の属する月から起算してから3月を超え、6月以内の場合

1,000単位

<予防通所リハ>

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

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

ロ 当該日の属する月から起算してから3月を超え、6月以内の場合 450単位

通所リハビリテーション費にける生活行為向上リハビリテーション実施加算の基準

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること。

ロ 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。

ハ 当該計画で定めた指定通所リハビリテーションの実施期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内に、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。

ニ 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)を算定していること。

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

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

生活行為向上リハビリテーション実施加算について [老企第36号/第2の8の(13)] [第2の7(2)]

① 生活行為向上リハビリテーション実施加算の「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。

② 生活行為向上リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーション(以下「生活行為向上リハビリテーション」という。)は、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間の生活行為向上リハビリテーションの内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的に実施するものであること。

③ 生活行為向上リハビリテーションを提供するための生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成や、リハビリテーション会議における当該リハビリテーションの目標の達成状況の報告については、厚生労働大臣が定める基準第28号イによって配置された者が行うことが想定されていることに留意すること。

④ 生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成に当たっては、本加算の趣旨及び注12の減算について説明した上で、当該計画の同意を得よう留意すること。

⑤ 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえ、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等を可能とすることを見据えた目標や実施内容を設定すること。⑥ 本加算は、6月間に限定して算定が可能であることから、利用者やその家族においても、生活行為の内容の充実を図るための訓練内容を理解し、家族の協力を得ながら、利用者が生活の中で実践していくことが望ましいこと。

また、リハビリテーション会議において、訓練の進捗状況やその評価(当該評価の結果、訓練内容に変更が必要な場合は、その理由を含む。)等について、医師が利用者、その家族、構成員に説明すること。

⑦ 生活行為向上リハビリテーション実施計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居室を訪問し、当該利用者の居室における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居室を訪問した際、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。

16 生活行為向上リハビリテーションの実施後にリハビリテーションを継続した場合の減算 (居宅サービス・介護予防サービス (新設)) **【H30文言整理、介護予防新設】**

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

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

11 生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定し、当該加算を算定するために作成したリハビリテーション実施計画書で定めた指定(介護予防)通所リハビリテーションの実施期間中に指定(介護予防)通所リハビリテーションの提供を終了した場合において日の属する月の翌月から6月以内の期間に限り、同一の利用者に対して、再度指定(介護予防)通所リハビリテーションを行ったときは、実施期間中に指定(介護予防)通所リハビリテーションの提供を終了した日の属する月の翌月から6月以内の期間に限り、1日につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数から減算する。

注12 (注6)の減算について [老企第36号/第2の8の(13)] [第2の7(2)]

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

17 若年性認知症利用者受入加算 (居宅サービス・介護予防サービス) **【H30一部改正】**

<通所リハ：60単位>
<予防通所リハ：240単位>

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

18 栄養改善加算、口腔機能向上加算 (居宅サービス・介護予防サービス) **【H30一部改正】**

<通りハ：150単位/回、3月以内1月2回限度>
<予防通りハ：150単位/月>

- (1) 本加算は、定員超過又は人員欠如減算の期間は算定できない。
- (2) 実施に当たっては、以下の通知を確認のこと。
 - ① **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)
 - ② **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)
- (3) 口腔機能向上加算は、歯科医療を受診している場合であって、次のいずれかに該当するときは、算定できない。

- ① 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合
- ② 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定していない場合であつて、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導又は実施」を行っていないとき

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

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

<p>(介護予防) 通所リハビリテーション費における栄養改善加算の基準 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 当該事業所の従業者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。 ロ 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者（以下「管理栄養士等」というが共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。 ハ 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。 ニ 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。 ホ 通所介護費等算定方法第二号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。 <p>(介護予防) 通所リハビリテーション費における口腔機能向上加算の基準 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を一名以上配置していること。 ロ 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。 ハ 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い医師、医師若しくは歯科医師の指示を受けた言語聴覚士若しくは看護職員又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。 ニ 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。 ホ 通所介護費等算定方法第二号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。
--

19 栄養スクリーニング加算 (居宅サービス・介護予防サービス) 5単位/回
【H30新設=届出対象外】

- (1) 管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合を評価する。
- (2) サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む。）を介護支援専門員に文書で共有した場合に算定する。
- (3) 当該利用者が、当該事業所以外で既に栄養スクリーニング加算を算定している場合は、算定できない。
- (4) 当該利用者が、栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は算定できない。
- (5) 本加算は、定員超過又は人員欠如減算の期間は算定できない。

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

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

20 社会参加支援加算（居宅サービス）

【H30一部改正】

- (1) 通所リハビリテーションの利用によりADL・IADLが向上し、社会参加に資する取組に移行できるなど、質の高い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。

社会参加に資する取組とは 指定通所介護などへ移行

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

- (3) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

① 社会参加への移行状況

$$\frac{\text{社会参加に資する取組等を実施した実人数}}{\text{評価対象期間中にサービスの提供を終了した実人数}} > 5\%$$

評価対象期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、通所リハビリテーション従業者が、通所リハビリテーション終了者に対して、居宅訪問等により、当該通所リハビリテーション終了者の指定通所介護等の実施が、居宅訪問等をした日から起算して、3月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。

② 通所リハビリテーションの利用の回転

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

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

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

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

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

ニ 社会参加支援加算 12単位
 注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の社会参加等を支援した場合は、社会参加支援加算として、評価対象期間（別に厚生労働大臣が定める期間をいうの末日が属する年度の次の年度内に限り、1日につき所定単位数を加算する。

通所リハビリテーション費における社会参加支援加算の基準

イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 評価対象期間において指定通所リハビリテーションの提供を終了した者（指定居宅サービス介護給付費単位数表の通所リハビリテーション費の注9の加算を算定した者を除く。以下「通所リハビリテーション終了者」というのうち、指定通所介護等（指定通所リハビリテーションを除くを実施した者の占める割合が100分の5を超えていること。
 - (2) 評価対象期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、通所リハビリテーション従業者（指定居宅サービス等基準第111条第1項に規定する通所リハビリテーション従業者をいうが、通所リハビリテーション終了者に対して、居宅訪問等により、当該通所リハビリテーション終了者の指定通所介護等の実施が、居宅訪問等をした日から起算して、3月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。
- ロ 12を当該指定通所リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数が100分の25以上であること。

指定居宅サービス介護給付費単位数表の通所リハビリテーション費の二の注の厚生労働大臣が定める期間

社会参加支援加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間

社会参加支援加算について [老企第36号/第2の8の(23)→5の(9)]

- ① 社会参加支援加算におけるリハビリテーションは、訪問リハビリテーション計画に家庭や社会への参加を可能とするための目標を作成した上で、利用者のADL及びIADLを向上させ、**指定通所介護等（指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションは除く。）に移行させるものであること。**
- ② 「**その他社会参加に資する取組**」には、**医療機関への入院や介護保険施設への入所、指定訪問リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護等は含まれず、算定対象とならないこと。**
- ③ 大臣基準告示第13号イ(1)の基準において、指定通所介護等（指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションは除く。）を実施した者の占める割合及び基準第13号ロにおいて、12月を指定訪問リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数については、小数点第3位以下は切り上げること。
- ④ 平均利用月数については、以下の式により計算すること。
イ (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数
(i) 当該事業所における評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計
(ii) (当該事業所における評価対象期間の新規利用者数の合計+当該事業所における評価対象期間の新規終了者数の合計)÷2
ロ イ(i)における利用者には、当該施設の利用を開始して、その日のうちに利用を終了した者又は死亡した者を含むものである。
ハ イ(i)における利用者延月数は、利用者が評価対象期間において当該事業所の提供する訪問リハビリテーションを利用した月数の合計をいう。
ニ イ(ii)における新規利用者数とは、当該評価対象期間に新たに当該事業所の提供する訪問リハビリテーションを利用した者の数をいう。また、当該事業所の利用を終了後、12月以上の期間を空けて、当該事業所を再度利用した者については、新規利用者として取り扱うこと。
ホ イ(ii)における新規終了者数とは、評価対象期間に当該事業所の提供する訪問リハビリテーションの利用を終了した者の数をいう。
- ⑤ 「3月以上継続する見込みであること」の確認に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、訪問リハビリテーション終了者の居宅を訪問し、訪問リハビリテーション計画書のアセスメント項目を活用しながら、リハビリテーションの提供を終了した時と比較して、ADL及びIADLが維持又は改善していることを確認すること。
なお、利用者の居宅への訪問が困難である場合、当該利用者の介護支援専門員に対して、居宅サービス計画の提供を依頼し、社会参加等に資する取組の実施状況を確認するとともに、電話等を用いて、上記と同様の内容を確認すること。
- ⑥ 「3月以上継続する見込みであること」の確認に当たって得られた情報については、訪問リハビリテーション計画等に記録すること。

【厚労省Q&A】H30介護報酬改定Q&A Vol.1問57

Q：社会参加支援加算における就労については、利用者が障害福祉サービスにおける就労移行支援、就労継続支援（A型、B型）の利用に至った場合を含めてよいか？

A：よい。

21 重度療養管理加算 (居宅サービス) 100単位/日 **【H30文言整理】**

(1) 算定する場合は、当該利用者が、要介護3 (H27改正で範囲拡大)、要介護4又は要介護5に該当する者であって「厚生労働大臣が定める状態」に該当するかどうか確認すること。

(2) 次のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者であること。

厚生労働大臣が定める状態	留意事項通知で規定されている具体的な状態
イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態	当該月において1日当たり8回(夜間を含め約3時間に1回程度)以上実施している日が20日を超える場合をいうものであること。
ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態	当該月において1週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っている場合をいう。
ハ 中心静脈注射を実施している状態	中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者である場合をいう。
ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態	人工腎臓を各週2日以上実施しているものであり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症をもつものである場合をいう。 A 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病 B 常時低血圧(収縮期血圧が90mmHg以下) C 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの D 出血性消化器病変を有するもの E 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの F うっ血性心不全(NYHAⅢ度以上)のもの
ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態	持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90mmHg以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度90%以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っている場合をいう。
ヘ 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則(昭和25年厚生省令第15号)別表第5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態	当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合をいう。
ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態	経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合をいう。
チ 褥瘡に対する治療を実施している状態	以下の分類で第3度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。 第1度:皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の損傷はない) 第2度:皮膚層の部分的喪失(びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの) 第3度:皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば及んでいないこともある 第4度:皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している
リ 気管切開が行われている状態	気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った場合をいう。

留意事項通知に規定されている状態に該当しない場合は算定不可。

(3) 請求明細書の摘要欄に該当する状態(94号告示第18号のイからリまで)を記載すること。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。

(4) 計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、通所リハビリテーションを行う必要がある。

(5) 計画的な医学的管理の内容等を診療録に記載しておくこと。

(6) **本加算は、所要時間1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションを算定している場合は、算定しない。**

22 中重度者ケア体制加算 (居宅サービス) 20単位/日 ◆H27新設

(1) 中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、指定通所リハビリテーションを行った場合に算定できる。

(2) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ 指定通所リハビリテーション事業所の看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保していること。

ロ 前年度(4月から2月)又は算定日が属する月の前3月間(前年度の実績が6月に満たない事業所の場合)の指定通所リハビリテーション事業所の利用者数の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上であること。

ハ 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上配置していること。

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

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

16 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、中重度者ケア体制加算として、1日につき20単位を所定単位数に加算する。

通所リハビリテーション費における中重度者ケア体制加算の基準

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ 指定通所リハビリテーション事業所の看護職員又は介護職員の員数(指定居宅サービス等基準第111条第1項第2号イ又は同条第2項第1号に規定する要件を満たす員数をいう。)に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法(指定居宅サービス等基準第2条第7号に規定する常勤換算方法をいう。)で1以上確保していること。

ロ 前年度又は算定日が属する月の前3月間の指定通所リハビリテーション事業所の利用者数の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上であること。

ハ 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上配置していること。

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

① 中重度者ケア体制加算は、暦月ごとに、指定居宅サービス等基準第93条第1項に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保する必要がある。このため、常勤換算方法による職員数の算定方法は、暦月ごとの看護職員又は介護職員の勤務延時間数を、当該事業所において常勤の職員が勤務すべき時間数で除することによって算定し、暦月において常勤換算方法で1以上確保していれば加算の要件を満たすこととする。なお、常勤換算方法を計算する際の勤務延時間数については、サービス提供時間前後の延長加算を算定する際に配置する看護職員又は介護職員の勤務時間数は含めないこととし、常勤換算方法による員数については、小数点第2位以下を切り捨てるものとする。

② 要介護3、要介護4又は要介護5である者の割合については、前年度(3月を除く。)又は届出日の属する月の前3月の1月当たりの実績の平均について、利用実人員数又は利用延人員数を用いて算定するものとし、要支援者に関しては人員数には含めない。

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

23 同一の建物に居住する利用者等に対する減算 (居宅サービス・介護予防サービス)

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、指定通所リハビリテーションを行った場合は、1日につき94単位を所定単位数から減算する。介護予防通所リハビリテーションの場合は1月につき要支援1の場合は376単位、要支援2の場合は752単位を減算する。

同一の建物とは

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

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

24 事業者が送迎を行わない場合の減算 (居宅サービス) ◆H27新設

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

送迎を実施していない場合とは

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

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

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

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

送迎を行わない場合の減算について [老企第36号/第2の8の(20)]

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

25 運動器機能向上加算 (介護予防サービスのみ) 225単位/月 【H30一部改正】

- (1) 本加算は、定員超過又は人員欠如減算の期間は算定できない。
- (2) 本加算の対象となるサービスは、**理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ師を1名以上配置して行うこと。**

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



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



【指摘された不適切な事例】

暫定的な計画も作成されず、サービスが開始されていた。

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

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



【指摘された不適切な事例】

・利用者の短期目標に応じて行われる目標の達成度、客観的な運動器の機能の状況に係るモニタリングが、概ね1月間ごとに行われていなかった。

・事後アセスメント実施後、当該利用者に係る介護予防支援事業者への報告を踏まえた介護予防ケアマネジメントの結果、運動器機能向上サービスの継続が必要と判断が明確にされないまま、サービス提供を継続していた。



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

26 選択的サービス複数実施加算 (介護予防サービスのみ)

(Ⅰ) 480単位/月、(Ⅱ) 700単位/月

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

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

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

27 事業所評価加算 (介護予防サービスのみ) 120単位/月 【H30一部追加改正】

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

① 選択的サービス実施率

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

② 評価基準値

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

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

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

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

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

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

28 サービス提供体制強化加算 (居宅サービス・介護予防サービス) 【H30一部改定】

(1) 次の要件を満たす必要がある。

① 加算Ⅰイ…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。
定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

ロ…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。
定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

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

② 加算Ⅱ…リハビリテーションを利用者に直接提供する職員(理学療法士等、看護職員又は介護職員)のうち、勤続年数が3年以上の者の割合が**100分の30以上**であること。
定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

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

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

要件を満たさなくなった場合には、**体制の変更(終了)**を届け出ること。

(3) **届出日の属する月の前3月の平均で当該加算の届出を行った場合は、届出を行った月以降においても直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。**

なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに体制の届出を提出しなければならない。

(4) 通所リハビリテーションは、区分支給限度額が適用されるサービスであるが、本加算は、「区分支給限度額」に含まれない費用である。

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

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

ホ サービス提供体制強化加算（通所リハビリテーション）

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1回につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- | | |
|----------------------|------|
| (1) サービス提供体制強化加算（I）イ | 18単位 |
| (2) サービス提供体制強化加算（I）ロ | 12単位 |
| (3) サービス提供体制強化加算（II） | 6単位 |

チ サービス提供体制強化加算（介護予防通所リハビリテーション）

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、利用者の要支援状態区分に応じて1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- | | |
|----------------------|-------|
| (1) サービス提供体制強化加算（I）イ | |
| (一) 要支援1 | 72単位 |
| (二) 要支援2 | 144単位 |
| (2) サービス提供体制強化加算（I）ロ | |
| (一) 要支援1 | 48単位 |
| (二) 要支援2 | 96単位 |
| (3) サービス提供体制強化加算（II） | |
| (一) 要支援1 | 24単位 |
| (二) 要支援2 | 48単位 |

（介護予防）通所リハビリテーション費におけるサービス提供体制強化加算の基準

イ サービス提供体制強化加算（I）イ

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。
- (2) 通所介護費等算定方法第二号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

ロ サービス提供体制強化加算（I）ロ

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。
- (2) イ（2）に該当するものであること。

ハ サービス提供体制強化加算（II）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 指定通所リハビリテーションを利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。
- (2) イ（2）に該当するものであること。

サービス提供体制強化加算について [老企第36号/第2の8の(24) → 3 (7) ④から⑥並びに4 (25) ②及び③]

① 指定訪問入浴介護と同様であるので3 (7) ④から⑥まで、並びに指定訪問看護と同様であるので4 (25) ②及び③を参照されたい。

3 (7)

④ 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。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月以降届出が可能となるものであること。なお、介護福祉士又は実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研

修課程修了者については、各月の前月の末日時点で資格を取得している又は研修の課程を修了している者とする。

⑤ 前号ただし書の場合にあつては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに第一の5の届出を提出しなければならない。

⑥ 同一の事業所において介護予防訪問入浴介護を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととする。

4 (25)

② 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。具体的には、平成21年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成21年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。

③ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。

② 指定通所リハビリテーションを利用者に直接提供する職員とは、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として勤務を行う職員を指すものとする。なお、1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーションを算定する場合であつて、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師がリハビリテーションを提供する場合にあつては、これらの職員も含むものとする。

29 介護職員処遇改善加算 (居宅サービス・介護予防サービス)

【留意事項】

平成30年度介護報酬改定において、区分Ⅳ及びⅤについては、その区分を廃止するものとされています。ただし、経過措置として令和3年3月31日までの間は算定できます。

該当する区分で算定している事業者等においては、区分Ⅲ以上の上位区分の算定への移行を検討ください。

(1) (介護予防) 通所リハビリテーションは、区分支給限度額が適用されるサービスであるが、本加算は、「区分支給限度額」に含まれない費用である。

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

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

へ 介護職員処遇改善加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定(介護予防)通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定(介護予防)通所リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、**平成33〔令和3〕年3月31日までの間((4)及び(5)については、別に厚生労働大臣が定める期日までの間)**、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) イからホまでにより算定した**単位数の1000分の47に相当する単位数**
- (2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) イからホまでにより算定した**単位数の1000分の34に相当する単位数**
- (3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) イからホまでにより算定した**単位数の1000分の19に相当する単位数の1000分の19に相当する単位数**
- (4) 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (3)により算定した単位数の**100分の90に相当する単位数に相当する単位数**
- (5) 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) (3)により算定した単位数の**100分の80に相当する単位数に相当する単位数**

(介護予防) 通所リハビリテーション費における介護職員処遇改善加算の基準

イ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 介護職員の賃金(退職手当を除く。)の改善(以下「賃金改善」という。)に要する費用の見込額が介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。
- (2) 指定(介護予防)通所リハビリテーション事業所において、(1)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知

- し、都道府県知事（地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市（以下「指定都市」という。）及び同法第252条の22第1項の中核市（以下「中核市」という。）にあっては、指定都市又は中核市の市長。第35号及び第65号を除き、以下同じ。）に届け出ていること。
- (3) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。
- (4) 当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を都道府県知事に報告すること。
- (5) 算定日が属する月の前12月間において、労働基準法（昭和22年法律第49号）、労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）、最低賃金法（昭和34年法律第137号）、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）、雇用保険法（昭和49年法律第116号）その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。
- (6) 当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所において、労働保険料（労働保険の保険料の徴収等に関する法律（昭和44年法律第84号）第10条第2項に規定する労働保険料をいう。以下同じ。）の納付が適正に行われていること。
- (7) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (一) 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。
- (二) (一)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。
- (三) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。
- (四) (三)について、全ての介護職員に周知していること。
- (五) 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇級する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇級を判定する仕組みを設けていること。
- (六) (五)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。
- (8) 平成27年4月から(2)の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。
- ロ 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） イ（1）から（6）まで、（7）（一）から（四）まで及び（8）に掲げる基準のいずれにも適合すること。
- ハ 介護職員処遇改善加算（Ⅲ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (1) イ（1）から（6）までに掲げる基準に適合すること。
- (2) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。
- (一) 次に掲げる要件の全てに適合すること。
- a 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。
- b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。
- (二) 次に掲げる要件の全てに適合すること。
- a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。
- b aについて、全ての介護職員に周知していること。
- (3) 平成20年10月からイ（2）の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。
- ニ 介護職員処遇改善加算（Ⅳ） イ（1）から（6）までに掲げる基準のいずれにも適合し、かつハ（2）又は（3）に掲げる基準のいずれかに適合すること。
- ホ 介護職員処遇改善加算（Ⅴ） イ（1）から（6）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

29 介護職員等特定処遇改善加算（居宅サービス・介護予防サービス）

◆令和元年新設

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

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

ト 介護職員等特定処遇改善加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定

(介護予防) 通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定(介護予防) 通所リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

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

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

(介護予防) 通所リハビリテーション費における介護職員処遇改善加算の基準

イ 介護職員等特定処遇改善加算 (I) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。

(一) 経験・技能のある介護職員のうち一人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額八万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額四百四十万円以上であること。ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。

(二) (介護予防) 通所リハビリテーション事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均の二倍以上であること。

(三) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の二倍以上であること。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の平均賃金額を上回らない場合はその限りでないこと。

(四) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額四百四十万円を上回らないこと。

(2) 当該(介護予防) 通所リハビリテーション事業所において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、都道府県知事に届け出ていること。

(3) 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について都道府県知事に届け出ること。

(4) 当該(介護予防) 通所リハビリテーション事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を都道府県知事に報告すること。

(5) (介護予防) 通所リハビリテーションサービス費におけるサービス提供体制強化加算 (I)イを算定していること。

(6) (介護予防) 通所リハビリテーションサービス費における介護職員処遇改善加算 (I)から(III)までのいずれかを算定していること。

(7) 平成20年10月から(2)の届出の日の属する月の前月までに実施した職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。以下この号において同じ。)及び当該職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。

(8) (7)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。

ロ 介護職員等特定処遇改善加算 (II) イ (1) から (4) まで及び (6) から (8) までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

VII リハビリテーションマネジメント加算の算定構造表

H30.3.30岡山県長寿社会課作成

1 単位数

サービス種類	算定区分		II		III		IV	
	I		6月以内	6月超	6月以内	6月超	6月以内	6月超
訪問リハビリテーション	230		280		320		420	
通所リハビリテーション	330		850	530	1,120	800	1,220	900

2 算定区分ごとの算定要件

改定区分	算定区分		I	II		III		IV	
	訪問リハ	通所リハ		6月以内	6月超	6月以内	6月超	6月以内	6月超
変更なし	① リハビリ計画の進捗の定期的評価、見直しの実施		○						
	② 理学療法士等が、介護支援専門員を經由して、訪問介護等事業所の従業者に留意点等の情報伝達		○						
	③ 事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、新規にリハ計画を作成した利用者の居宅に、サービスを開始した日から起算して1月以内に訪問し、診療、運動機能検査等を実施		○ (通リハのみ)						
新設	④ 事業所の医師が、理学療法士等に対し、リハビリの目的に加え、「開始前後の留意事項」、「中止基準」、「リハビリにおける利用者に対する負荷等」のうちいずれか1以上指示		○	○		○		○	
	⑤ ④の指示を行った医師又は指示を受けた理学療法士等が、その指示内容の記録整備		○	○		○		○	
	⑥ 構成員間での情報共有のためリハビリテーション会議を開催し、会議内容の記録整備			○		○		○	
	⑦-1 リハ計画作成に関与した医師の指示を受けた理学療法士等が、利用者等に計画を説明・同意を得て、その説明内容等を医師へ報告	⑦-1 リハ計画作成に関与した理学療法士等が、利用者等に計画を説明・同意を得て、その説明内容等を医師へ報告		○					
	⑦-2 事業所の医師が、リハ計画について、利用者等に説明し、同意を取得					○		○	
	⑧ 3月に1回、リハビリテーション会議を開催し、計画を見直し	⑧ リハ計画の同意した月から起算して6月以内は1月に1回、6月超えは3月に1回、リハビリテーション会議を開催し、計画を見直し		○		○		○	
	⑨ 理学療法士等が、介護支援専門員に対し、「利用者の能力」、「自立に必要な支援」、「日常生活の留意点」の情報を提供			○		○		○	
	⑩-1 理学療法士等が、居宅サービス計画に位置づけのある訪問介護事業等の従業者とともに居宅を訪問し、当該従業者に対し、専門的見地からの介護の工夫点及び日常生活の留意点を助言	⑩-2 理学療法士等が、居宅を訪問し、利用者の家族に対し、専門的見地から、介護の工夫点及び日常生活の留意点を助言			いずれか1つに該当		いずれか1つに該当		いずれか1つに該当
⑪ ④から⑩に適合が確認できる記録整備			○		○		○		
⑫ リハビリテーション計画書等の内容に関するデータを厚生労働省に提供 (VISIT)							○		

3 各算定区分の算定方法等

- ・ リハビリテーションマネジメント加算は、利用者ごとに月1回（IVは3月1回）の算定であり、同一月に複数の区分の算定はできない。
- ・ リハビリテーションマネジメント加算（I）は、新設される⑥～⑫を満たさない場合に算定。
- ・ リハビリテーションマネジメント加算（III）は事業所の医師が直接、利用者等に対し、リハビリ計画の内容の説明、同意を取得した場合、（II）は理学療法士等がそれを行った場合に算定。
- ・ リハビリテーションマネジメント加算（IV）は（III）を算定している利用者について3月に1回（情報提供を行った月）のみ限定的に算定。（IV）を算定しない利用者については、利用者ごとに要件を満たす区分を算定することになるため体制届出上は複数選択（I、II、III）されたものとみなされる。

4 リハビリテーションマネジメント加算に関する体制届出上の留意点

- ・ リハビリテーションマネジメント加算を算定する場合は、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」の「その他該当する体制等」の該当欄で、「5. 加算IV」を選択した場合には「加算I」「加算II」「加算III」も選択したこととなり、「4. 加算III」を選択した場合には「加算I」「加算II」も選択したこととなり、「3. 加算II」を選択した場合には「加算I」も選択したこととなる。

各都道府県介護保険主管部（局）長あて

厚生労働省老健局老人保健課長通知

リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示 について

リハビリテーションマネジメント加算とそれに関連する各加算の算定については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年老企第 36 号）及び「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年老計発第 0317001 号、老振発第 0317001 号、老老発第 0317001 号）において示しているところであるが、今般、基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例を下記のとおりお示しするので、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、令和元年 10 月 28 日から適用するが、平成 18 年 3 月 27 日老老発 0327001 厚生労働省老健局老人保健課長通知「リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」については、平成 21 年度介護報酬改定において、一部のサービスのリハビリテーションマネジメント加算が本体報酬に包括化された際の基本的な考え方等を示すものであることから、廃止しないこと、平成 30 年 3 月 22 日厚生労働省老健局老人保健課長通知「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」については、本通知を新たに発出することから廃止することにご留意されたい。

記

第 1 リハビリテーションマネジメントの基本的な考え方

(1) リハビリテーションマネジメントについて

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

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

① 調査 (Survey)

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

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

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

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

② 計画 (Plan)

イ リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握

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

ロ リハビリテーション計画の作成

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

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

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

ハ リハビリテーション計画書の保存

作成したリハビリテーション計画書は 2 年間保存すること。

③ 実行 (Do)

イ リハビリテーションの実施

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

ロ 医師の詳細な指示

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

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

指示の内容については、利用者の状態の変化に応じ、適宜変更すること。

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

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

④ 評価 (Check)、改善 (Action)

イ リハビリテーション計画の見直し

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

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

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

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

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

ロ サービスの利用終了時の説明等

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

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

第 2 リハビリテーションマネジメント加算について

(1) リハビリテーションマネジメント加算の算定上の留意事項

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

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

- ③ リハビリテーションマネジメントは、SPDCA サイクルの構築を通じて、リハビリテーションの質の管理を行うものであること。各事業所における多職種協働の体制等が異なることを鑑み、リハビリテーションマネジメントの加算の種類を選択すること。
- ④ 指定通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)の算定において、当該計画に係る利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月間を超えた場合であって、指定通所リハビリテーションのサービスを終了後に、病院等への入院又は他の居宅サービス等の利用を経て、同一の指定通所リハビリテーション事業所を再度利用した場合は、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)、(Ⅲ)(1)又は(Ⅳ)(1)を再算定することはできず、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(2)、(Ⅲ)(2)又は(Ⅳ)(2)を算定すること。

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

(2) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の算定に関して

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

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

① リハビリテーション計画の進捗状況の評価と見直し

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

② 介護支援専門員を通じたリハビリテーションの観点からの助言等

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

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

③ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の届出

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

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

(3) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の算定に関して

リハビリテーション会議の開催を通じた多職種の協働による継続的なリハビリ

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

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

① リハビリテーション会議の開催

イ リハビリテーション会議の構成員

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

ロ リハビリテーション会議の構成員である医師の参加

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

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

ハ リハビリテーション会議での協議内容

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

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

ニ リハビリテーション会議の記録

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

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

当該記録は利用者毎に2年間保存するものであること。

ホ その他

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

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

② リハビリテーション計画の利用者又はその家族への説明

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

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

提供中の具体的な対応等を説明すること。

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

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

③ リハビリテーション会議の開催頻度

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

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

④ 介護支援専門員に対するリハビリテーションの観点からの情報提供

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

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

⑤ 指定訪問介護等の居宅サービスの従事者又は家族に対する助言

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

イ 指定訪問介護等の居宅サービスの従事者助言

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

ロ 家族への助言

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

⑥ リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理

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

⑦ その他

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

(4) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)の算定に関して

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

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

① リハビリテーション会議の開催

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

② リハビリテーション計画の利用者又はその家族への説明

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

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

③ リハビリテーション会議の開催頻度

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

④ 介護支援専門員に対するリハビリテーションの観点からの情報提供

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

⑤ 指定訪問介護等の居宅サービスの従事者又は家族に対する助言

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

⑥ リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理

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

⑦ その他

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

(5) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)の算定に関して

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

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

イ VISIT への参加登録

利用申請受付専用URL「<https://visit.mhlw.go.jp/visit/usage-registration/register>」から利用申請を行うこと。

ロ VISIT へのデータ登録に用いる様式

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

① 別紙様式 1 (興味・関心チェックシート)

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

② 別紙様式 2-1、別紙様式 2-2 (リハビリテーション計画書)

リハビリテーション計画の内容について、原則、該当項目をすべて入力すること。

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

③ 別紙様式 3 (リハビリテーション会議録)

原則、該当項目をすべて入力すること。

④ 別紙様式 4 (リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票)

進捗状況に応じて、該当項目をすべて入力すること。

⑤ 別紙様式 5 (生活行為向上リハビリテーション実施計画)

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

ハ 介護給付費請求書の記載上の留意点

給付費明細欄の「摘要欄」に、VISIT に利用者の情報を登録した際に利用者個人に付与される「利用者 ID」を記載すること。

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

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

第3 別紙様式の記載要領

(1) 別紙様式1(興味・関心チェックシート)

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

(2) 別紙様式2-1、別紙様式2-2(リハビリテーション計画書)

イ 本人の希望及び家族の希望

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

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

ロ 健康状態、経過

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

ハ 心身機能・構造

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

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

ニ 背景因子

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

ホ 活動の状況

現在の状況については「している」状況を該当箇所にチェックし、将来の見込みについてはリハビリテーションを行った場合の見込みを該当箇所にチェックすること。また、評点については、リハビリテーション計画の見直しごとに、以下の通り、各活動の状況の評価を行い記入すること。

① 基本動作、移動能力、認知機能等

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

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

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

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

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

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

② 活動 (ADL) (Barthel Index を活用)

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

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

へ 社会参加の状況

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

ト リハビリテーションの目標、方針、実施上の留意点、終了の目安と時期

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

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

チ 特記事項

イからトの項目以外に記入すべき事項があった場合は、特記事項に記載すること。

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

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

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

ヌ 他の利用サービス

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

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

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

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

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

ヲ 「活動」と「参加」に影響を及ぼす課題の要因分析

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

ワ リハビリテーションサービス

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

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

カ サービス提供中の具体的対応

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

ヨ 情報提供先

リハビリテーション計画書は、介護支援専門員や計画的な医学的管理を行っている医師、居宅サービス計画に位置付けられている居宅サービスの担当

者と、その写しを共有すること。また、当該計画に関する事項について情報提供をした場合は、該当の情報提供先にチェックをすること。

タ 社会参加支援評価

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

(3) 別紙様式3（リハビリテーション会議録）

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

ロ 会議出席者の所属（職種）や氏名を記載すること。

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

ニ 構成員が不参加の場合には、不参加の理由を記載すること。

(4) 別紙様式4（リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票）

イ サービス開始時における情報収集

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

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

入手した場合は該当箇所にチェックすること。

ロ リハビリテーション会議の開催によるリハビリテーション計画書の作成
リハビリテーション会議を開催した場合は、参加者に○をつけるとともに、開催日付を記載すること。

ハ リハビリテーション計画の利用者・家族への説明

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

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

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

ニ リハビリテーション計画書に基づくリハビリテーションの提供

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

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

第4 リハビリテーションマネジメントに関連する主な加算

(1) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について

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

① 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)の算定に関して

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

② 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(II)の算定に関して

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

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

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

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

が望ましいものであり、その提供内容を記載すること。

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

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

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

③ 認知症短期集中リハビリテーション(Ⅱ)の提供後

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

(2) 生活行為向上リハビリテーション実施加算について

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

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

① 生活行為向上リハビリテーション実施加算の考え方

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

② 生活行為向上リハビリテーションを実施する上での留意事項

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

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

ハ 実施する際には、6月間を超えて引き続き指定通所リハビリテーション又

は指定介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた場合に減算があることを、生活行為向上リハビリテーション計画の作成時に、利用者又はその家族、介護支援専門員に十分に説明し、同意を得ること。

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

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

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

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

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

③ 生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定に関して

イ 生活行為のニーズの把握

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

ロ 生活行為に関する課題分析

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

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

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

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

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

- c 利用者の能力だけではなく、利用者を取り巻く家族や地域の人々、サービス提供者に対しても、利用者の生活行為の能力について説明を行い、理解を得て、適切な支援が得られるよう配慮すること。
- ハ 別紙様式5（生活行為向上リハビリテーション実施計画）の記載
- a 利用者が、してみたいと思う生活行為に関して、最も効果的なリハビリテーションの内容（以下「プログラム」という。）を選択し、おおむね6月間で実施する内容を心身機能、活動、参加のアプローチの段階ごとに記載すること。
 - b プログラムについては、専門職が支援することの他、本人が取り組む自主訓練の内容についても併せて記載すること。また、プログラムごとに、おおむねの実施時間、実施者及び実施場所について、記載すること。
 - c 支援の頻度は、リハビリテーションを開始してから3月間までの通所を主体とする通所訓練期はおおむね週2回以上、その後目標を達成する6月間の期限まで、終了後の生活を視野に入れ、訪問等組み合わせて訓練をする社会適応期はおおむね週1回以上訓練を行うこと。
 - d プログラムの実施に当たっては、訪問で把握した生活行為や動作上の問題を事業所内外の設備を利用し練習する場合には、あらかじめ計画上に書き込むこと。
 - e 通所で獲得した生活行為については、いつ頃を目安に、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の実際の生活の場面で評価を行うのかもあらかじめ記載すること。
 - f 終了後の利用者の生活をイメージし、引き続き生活機能が維持できるよう地域の通いの場などの社会資源の利用する練習などについてもあらかじめプログラムに組み込むこと。

ニ 生活行為向上リハビリテーションの実施結果報告

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

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

ホ その他

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

ヘ 要介護認定等の更新又は区分の変更に伴う算定月数の取扱い

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

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

(3) 社会参加支援加算について

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

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

① 社会参加支援加算の考え方

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

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

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

② 社会参加支援加算の算定に関して

社会参加支援加算は、指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所について、効果的なサービスの提供を評価する観点から、

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

イ 算定方法

以下の両方の条件を満たしていること。

a 社会参加等への移行状況

$$\frac{\text{社会参加に資する取組等を実施した者}}{\text{評価対象期間中にサービス提供を終了した者}} > 5\%$$

b リハビリテーションの利用状況

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

※平均利用延月数の考え方

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

ロ 社会参加の継続の有無の評価

評価対象期間中にリハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所の従業者が、リハビリテーションの提供を終了した者に対して、その居宅を訪問し、別紙様式2社会参加支援評価の欄を活用しながら、リハビリテーションの提供を終了した時と比較して、ADLとIADL評価すること。ADLとIADLが維持又は改善していることをもって、「3月以上継続する見込みである」こととする。

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

ハ 別紙様式2の社会参加支援評価の欄の記入方法

a 評価対象期間中にリハビリテーションの提供を終了した後、居宅を訪問した際の記録について、社会参加支援評価の欄の訪問日にチェックをするとともに、訪問日を記入すること。なお、居宅を訪問できなかった場合については、居宅サービス計画を入手した上で、該当箇所にチェックし、訪問できなかった理由を記載すること。

b リハビリテーションの提供を終了した後のサービス等の利用状況を確認し、該当箇所にチェックすること。

c 現在の生活状況について、該当箇所に記載すること。

d 訪問し、状況を確認した結果、状態の悪化又はその恐れがある場合や参加が維持されていなかった場合は、利用者及び家族に適切な助言を行うとともに速やかに医師、また、必要に応じて介護支援専門員に情報を提供し、その対応を検討することが望ましい。

別紙様式 1

興味・関心チェックシート

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

(別紙様式2-1)

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

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

■健康状態、経過
原因疾病: _____ 発症日・受傷日: _____年____月____日 直近の入院日: _____年____月____日 直近の退院日: _____年____月____日
治療経過(手術がある場合は手術日・術式等): _____
合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等): _____
これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等): _____
目標設定等支援・管理シート: あり なし 日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

■心身機能・構造

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

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

■活動(基本動作、移動能力、認知機能等)

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

■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)

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

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

■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)

課題	状況
家族 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居()
福祉用具等 <input type="checkbox"/>	<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"/> ポータブルトイレ 調整 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未調整
住環境 <input type="checkbox"/>	<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"/> 手すり(設置場所:) <input type="checkbox"/> 食卓(<input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル、いす) <input type="checkbox"/> トイレ(<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ) 調整 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 改修中 <input type="checkbox"/> 未調整
自宅周辺 <input type="checkbox"/>	
社会参加 <input type="checkbox"/>	
交通機関の利用 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
サービスの利用 <input type="checkbox"/>	
その他 <input type="checkbox"/>	

■社会参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する)

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

■リハビリテーションの目標
(長期) _____
(短期(今後3ヶ月間)) _____
■リハビリテーション実施上の留意点
(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方針(今後3ヶ月間) _____
■リハビリテーション終了の目安・時期 _____

利用者・ご家族への説明: 平成____年____月____日

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

■ 居宅サービス計画の総合的援助の方針 	■ 居宅サービス計画の解決すべき具体的な課題
■ 他の利用サービス <input type="checkbox"/> (地域密着型)通所介護(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問リハ・通所リハ(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回) <input type="checkbox"/> 通所型サービス(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問型サービス(週 回) <input type="checkbox"/> その他()	

■ 活動(IADL) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>アセスメント項目</th> <th>前回点数</th> <th>現状</th> <th>将来の見込み(※)</th> <th>評価内容の記載方法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>食事の用意</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>改善 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>悪化</td> <td rowspan="10">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</td> </tr> <tr> <td>食事の片付け</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>改善 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>悪化</td> </tr> <tr> <td>洗濯</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>改善 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>悪化</td> </tr> <tr> <td>掃除や整理</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>改善 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>悪化</td> </tr> <tr> <td>力仕事</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>改善 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>悪化</td> </tr> <tr> <td>買物</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>改善 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>悪化</td> </tr> <tr> <td>外出</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>改善 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>悪化</td> </tr> <tr> <td>屋外歩行</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>改善 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>悪化</td> </tr> <tr> <td>趣味</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>改善 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>悪化</td> </tr> <tr> <td>交通手段の利用</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>改善 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>悪化</td> </tr> <tr> <td>旅行</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>改善 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>悪化</td> </tr> <tr> <td>庭仕事</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>改善 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>悪化</td> <td>0:していない 1:時々 2:定期的に行っている 3:植替等もしている</td> </tr> <tr> <td>家や車の手入れ</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>改善 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>悪化</td> <td>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:家の修理、車の整備</td> </tr> <tr> <td>読書</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>改善 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>悪化</td> <td>0:読んでいない、1:まれに 2:月1回程、3:月2回以上</td> </tr> <tr> <td>仕事</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>改善 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>悪化</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>合計点数</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2">※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する</td> </tr> </tbody> </table>	アセスメント項目	前回点数	現状	将来の見込み(※)	評価内容の記載方法	食事の用意			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	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			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	洗濯			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	掃除や整理			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	力仕事			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	買物			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	外出			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	屋外歩行			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	趣味			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	交通手段の利用			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	旅行			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	庭仕事			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	0:していない 1:時々 2:定期的に行っている 3:植替等もしている	家や車の手入れ			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	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:家の修理、車の整備	読書			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	0:読んでいない、1:まれに 2:月1回程、3:月2回以上	仕事			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	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			※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する		■ 活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析 ■ 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
アセスメント項目	前回点数	現状	将来の見込み(※)	評価内容の記載方法																																																																								
食事の用意			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	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			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化																																																																									
洗濯			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化																																																																									
掃除や整理			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化																																																																									
力仕事			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化																																																																									
買物			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化																																																																									
外出			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化																																																																									
屋外歩行			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化																																																																									
趣味			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化																																																																									
交通手段の利用			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化																																																																									
旅行			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化																																																																									
庭仕事			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	0:していない 1:時々 2:定期的に行っている 3:植替等もしている																																																																								
家や車の手入れ			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	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:家の修理、車の整備																																																																								
読書			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	0:読んでいない、1:まれに 2:月1回程、3:月2回以上																																																																								
仕事			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	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			※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する																																																																									

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)

■ 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		□ 送迎なし		□ 送迎なし		□ 送迎なし	
No.	目標(解決すべき課題)	期間	具体的支援内容	頻度	時間	訪問の必要性			
				週 回	分/回	いつ頃			
				週 回	分/回	いつ頃			
				週 回	分/回	いつ頃			
				週 回	分/回	いつ頃			
				週 回	分/回	いつ頃			
				週合計時間					

	■ サービス提供中の具体的対応 ※訪問リハビリテーションで活用する場合は下記の記載は不要。								
	開始~1時間	1時間~2時間	2時間~3時間	3時間~4時間	4時間~5時間	5時間~6時間	6時間~7時間	7時間~8時間	~()
利用者									
看護職員									
介護職員									
理学療法士									
作業療法士									
言語聴覚士									
その他()									
必要なケアとその方法									

□ 訪問介護の担当者と共有すべき事項	□ 訪問看護の担当者と共有すべき事項	□ その他、共有すべき事項()
--------------------	--------------------	------------------

※下記の□の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 ()

■ 社会参加支援評価 <input type="checkbox"/> 訪問日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画(訪問しない理由:) <input type="checkbox"/> サービス等利用あり → <input type="checkbox"/> (介護予防) (地域密着型、認知症対応型)通所介護(週 回) <input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハ(週 回) <input type="checkbox"/> 通所型サービス(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問型サービス(週 回) <input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護(週 回) <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護(週 回) <input type="checkbox"/> 地域活動へ参加() <input type="checkbox"/> 家庭で役割あり <input type="checkbox"/> 就労
■ 現在の生活状況

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

リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票

利用者氏名 _____ 殿

作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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

(別紙様式5)

生活行為向上リハビリテーション実施計画

利用者氏名 _____ 殿

本人の生活行為の目標			
家族の目標			
実施期間		通所訓練期(. . . ~ . . .)	社会適応訓練期(. . . ~ . . .)
		【通所頻度】	【通所頻度】
		回/週	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】

--

【訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護関係共通事項】

○ 生活機能向上連携加算について

問3 生活機能向上連携加算（Ⅱ）について、告示上、「訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等の一環として当該利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する等により」とされているが、「一環」とは具体的にどのようなものか。

（答）

具体的には、訪問リハビリテーションであれば、訪問リハビリテーションで訪問する際に訪問介護事業所のサービス提供責任者が同行することであるが、リハビリテーションを実施している医療提供施設の医師については、訪問診療を行う際に訪問介護事業所のサービス提供責任者が同行することが考えられる。

【通所系・居住系サービス】

○ 栄養スクリーニング加算について

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

（答）

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

【通所系サービス】

- 栄養改善加算について

問 31 対象となる「栄養ケア・ステーション」の範囲はどのようなものか。

(答)

公益社団法人日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養士会栄養ケア・ステーション」に限るものとする。

【通所介護、地域密着型通所介護、リハビリテーション、認知症対応型通所介護】

- 栄養改善加算について

問 34 通所サービスにおいて栄養改善加算を算定している者に対して管理栄養士による居宅療養管理指導を行うことは可能か。

(答)

管理栄養士による居宅療養管理指導は通院又は通所が困難な者が対象となるため、栄養改善加算の算定者等、通所サービス利用者に対して当該指導を行うことは想定されない。

※ 平成18年度報酬改定Q&A(vol. 2) (平成18年5月2日) 通所介護・通所リハビリテーションの問2は削除する。

【通所介護、地域密着型通所介護】

- 生活機能向上連携加算について

問 35 指定通所介護事業所は、生活機能向上連携加算に係る業務について指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又は医療提供施設と委託契約を締結し、業務に必要な費用を指定訪問リハビリテーション事業所等に支払うことになると考えてよいか。

(答)

貴見のとおりである。なお、委託料についてはそれぞれの合議により適切に設定する必要がある。

問 36 生活機能向上連携加算は、同一法人の指定訪問リハビリテーション事業所若しくは指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数 200 床未満のものに限る。）と連携する場合も算定できるものと考えてよいか。

(答)

- ・ 貴見のとおりである。
- ・ なお、連携先について、地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の主たる担い手として想定されている 200 床未満の医療提供施設に原則として限っている趣旨や、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）の有効活用、地域との連携の促進の観点から、別法人からの連携の求めがあった場合には、積極的に対応するべきである。

【訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション】

- リハビリテーション計画書

問 50 報酬告示又は予防報酬告示の留意事項通知において、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供に当たっては「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書の事務処理手順及び様式例の提示について」（平成 30 年 3 月 22 日老老発 0322 第 2 号）の別紙様式 2-1 を用いることとされている。別紙様式 2-1 は Barthele Index が用いられているが、情報提供をする医師と情報提供を受ける医師との間で合意している場合には、FIM (Functional Independence Measure) を用いて評価してもよいか。

(答)

・ 医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供に当たっては別紙様式 2-1 を用いる必要があるが、Barthele Index の代替として FIM を用いる場合に限り変更を認める。

- ・ なお、様式の変更に当たっては、本件のように情報提供をする医師と情報提供を受ける医師との間で事前の合意があることが必要である。

問 51 医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供について、「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書の事務処理手順及び様式例の提示について」（平成 30 年 3 月 22 日老老発 0322 第 2 号）の別紙様式 2-1 をもって、保険医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式 2-1 に記載された内容について確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、例外として、別紙様式 2-1 をリハビリテーション計画書と見なしてリハビリテーションの算定を開始してもよいとされている。

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

- (2) 医療保険から介護保険のリハビリテーションへ移行する者が、保険医療機関から情報提供を受ける介護保険のリハビリテーション事業所において、指定訪問リハビリテーションと指定通所リハビリテーションの両方を受ける場合、リハビリテーション会議の開催等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれて

いる環境に関する情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合が取れたものとなっていることが確認できれば、別紙様式2-1による情報提供の内容を訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの共通のリハビリテーション計画とみなして、双方で使用して差し支えないか。

(答)

(1) よい。また、医師が同一の場合であっても、医師の診療について省略して差し支えない。

ただし、その場合には省略した旨を理由とともに記録すること。

(2) 差し支えない。

《参考》

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

○ リハビリテーションマネジメント加算

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

(答)

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

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

【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

○ リハビリテーションマネジメント加算

問 53 リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)及び(Ⅳ)の算定要件では、医師がリハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族へ説明することとされている。

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

(答)

リハビリテーション会議の中でリハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族へ説明する場合には限り満たす。

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

(答)

・含まれない。

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

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

(答)

「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」(平成30年3月22日老老発0322第2号)の「第2(5)リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)の算定に関して」を参照されたい。

○ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)

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

集等事業に参加できるか。

(答)

・自治体が制定する条例の解釈については、当該条例を制定した主体が判断するものである。

・なお、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業のシステムを活用したデータ提出を要件としたリハビリテーションマネジメント加算 (W) は「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成12年厚生省告示第19号) という法令に基づいたものである。

○ 社会参加支援加算

問 57 社会参加支援加算における就労について、利用者が障害福祉サービスにおける就労移行支援や就労継続支援 (A型、B型) の利用に至った場合を含めてよいか。

(答)

よい。

○ 保険医療機関において指定訪問リハビリテーションを行う場合の取扱

問 58 保険医療機関において、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 (以下、疾患別リハビリテーション) と1時間以上2時間未満の通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションを同時に行う場合、理学療法士等は同日に疾患別リハビリテーション、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを提供することができるのか。

(答)

・次の4つの条件を満たす必要がある。

- 1 訪問リハビリテーションにおける20分のリハビリテーションに従事した時間を、疾患別リハビリテーションの1単位とみなし、理学療法士等1人あたり1日18単位を標準、1日24単位を上限とし、週108単位以内であること。
- 2 1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションにおける20分の個別リハビリテーションに従事した時間を、疾患別リハビリテーションの1単位とみなし、理学療法士等1人あたり1日18単位を標準、1日24単位を上限とし、週108単位以内であること。
- 3 疾患別リハビリテーション1単位を訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの20分としてみなし、理学療法士等1人あたり1日合計8時間以内、週36時間以内であること。
- 4 理学療法士等の疾患別リハビリテーション、通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションに従事する状況が、勤務簿等に記載されていること。

39

【介護予防通所リハビリテーション】

○ 介護予防通所リハビリテーションの事業所評価加算

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

(答)

- ・原則として、従前より介護予防通所リハビリテーションを提供している事業所が、介護医療院へ施設等の区分を変更する場合には、変更前の実績を引き継いで評価する。
- ・ただし、施設等の区分の変更に伴い事業者のサービス提供の体制等が大きく変わると保険者が判断する場合においてはその限りではない。

45

【通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション】

○ 設備に関する基準

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

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

(答)

よい。

【通所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実施加算

問 67 認知症短期集中リハビリテーション実施加算の要件である「認知症に対するリハビリテーションに関わる専門的な研修を終了した医師」の研修とは具体的に何か。

(答)

認知症に対するリハビリテーションに関する知識・技術を習得することを目的とし、認知症の診断、治療及び認知症に対するリハビリテーションの効果的な実践方法に関する一貫したプログラムを含む研修である必要がある。

例えば、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」、日本リハビリテーション病院・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会」、全国デイ・ケア協会が主催する「通所リハビリテーション研修会」が該当すると考えている。また、認知症診療に習熟し、かかりつけ医への助言、連携の推進等、地域の認知症医療体制構築を担う医師の養成を目的として、都道府県等が実施する「認知症サポート医養成研修」修了者も本加算の要件を満たすものと考えている。

《参考》

・平成 27 年度改定関係 Q & A (vol. 2) (平成 27 年 4 月 30 日) 問 18 を一部修正した。

【介護職員処遇改善加算】

○ 外国人の技能実習制度における介護職種の技能実習生の取扱いは、介護職員処遇改善加算の対象となるのか。

問 142 外国人の技能実習制度における介護職種の技能実習生は、介護職員処遇改善加算の対象となるのか。

(答)

介護職種の技能実習生の待遇について、「日本人が従事する場合の報酬の額と同等以上であること」とされていることに鑑み、介護職種の技能実習生が介護業務に従事している場合、EPAによる介護福祉士候補者と同様に、介護職員処遇改善加算の対象となる。

【通所リハビリテーション】

○ リハビリテーションマネジメント加算について

問 1 通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)、(Ⅲ)及び(Ⅳ)では、リハビリテーション会議の開催頻度について、リハビリテーション計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合には1月に1回以上の開催が求められているが、平成30年度介護報酬改定において、「算定開始の月の前月から起算して前24月以内」に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて6月以上ある利用者については、算当初から3月に1回の頻度でよいこととする」とされている。

平成29年度に既にリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)を算定しており、かつ、上記の要件に該当している利用者における平成30年4月以降のリハビリテーション会議の開催頻度についても、3月に1回として差し支えないか。

(答) 差し支えない。

《参考》

・ 介護報酬通知(平12老企36号)第2の8・(ロ)・⑧

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

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

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

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

【通所リハビリテーション】

- リハビリテーション提供体制加算

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

(答)

貴見のとおり。

【介護予防通所リハビリテーション】

- リハビリテーションマネジメント加算

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

(答)

平成30年3月31日以前に利用者の居室を訪問して評価を行った記録があれば、平成30年4月以降に改めて居室を訪問する必要はないが、利用者の状態や居室の状況に変化がある場合は、必要に応じて利用者の居室を訪問することが望ましい。

平成30年3月31日以前に利用者の居室を訪問して評価を行った記録がなければ、平成30年4月以降に次のリハビリテーション計画を見直す機会を利用するなどして居室を訪問されたい。

【訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護関係共通事項】

○ 生活機能向上連携加算について

問1 「ICTを活用した動画やテレビ電話を用いる場合においては、理学療法士等がADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等とサービス提供責任者で事前に方法等を調整するものとする」とあるが、具体的にはどのような方法があるのか。

(答)

利用者のADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びIADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する利用者の状況及びその改善可能性の評価（以下「生活機能アセスメント」という。）を行った上で、訪問介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載しなければならないことから、外部の理学療法士等は、生活機能アセスメントに留意した助言を行うことが求められる。

- ① 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容
- ② 生活機能アセスメントの結果に基づき、①の内容について定めた3月を目途とする達成目標
- ③ ②の目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標
- ④ ②及び③の目標を達成するために訪問介護員等が行う介助等の内容

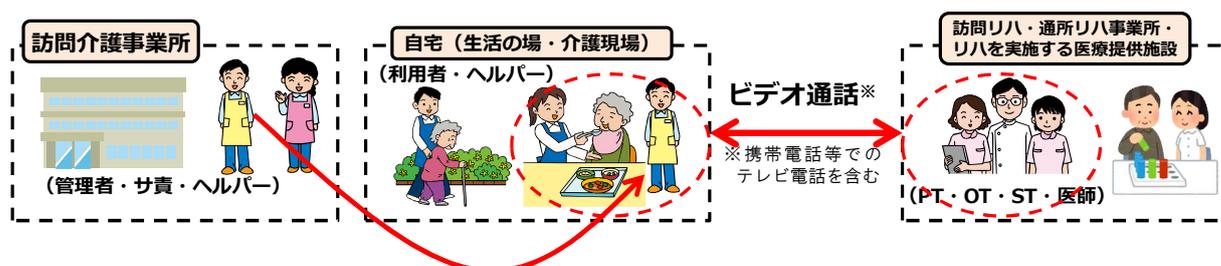
ICTを活用した動画やテレビ電話を用いる場合については、具体的には次のような方法が考えられる。

- ① 訪問介護事業所のサービス提供責任者と外部の理学療法士等が、リアルタイムでのコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を用いて、外部の理学療法士等が利用者のADL及びIADLの状況を把握すること。なお、通信時間等の調整を行い、当該利用者の自宅（生活の場・介護現場）にてビデオ通話を行うこと。
- ② 訪問介護事業所のサービス提供責任者と外部の理学療法士等が、あらかじめ、動画によって利用者のADL及びIADLの状況について適切に把握することができるよう、動画の撮影方法及び撮影内容を調整した上で、訪問介護事業所のサービス提供責任者が利用者宅で動画撮影を行い、当該動画データを外部の理学療法士等に提供することにより、外部の理学療法士等が利用者のADL及びIADLの状況を把握すること。なお、当該利用者のADL及びIADLの動画内容は、当該利用者の自宅（生活の場・介護現場）の環境状況、動作の一連の動き等がわかるように撮影すること。

また、実施に当たっては、利用者の同意を取るとともに、個人情報の適切な取扱いに留意することが必要である。SNS (Social Networking Service) の利用については、セキュリティが十分に確保されていないサービスもあることから、一般社団法人保健医療福祉情報安全管理適合性評価協会 (HISPRO) が公表している「医療情報連携において、SNS を利用する際に気を付けるべき事項」を参考に、適切な対策を講じることが適当である。なお、外部の理学療法士等が、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末を利用して行う場合には、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 (第5版)」(平成29年5月)に対応していることが必要である。

ICTを活用した動画やテレビ電話を活用する事例

(1) リアルタイムでのコミュニケーション (ビデオ通話) が可能な情報通信機器を活用する場合



(2) 撮影方法及び撮影内容を調整した上で動画を撮影し、動画データを外部の理学療法士等に提供する場合



【通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション】

○ リハビリテーションマネジメント加算について

問8 新規利用者について、通所リハビリテーションの利用開始日前に利用者の居宅を訪問した場合は、リハビリテーションマネジメント加算(I)の算定要件を満たすのか。

また、新規利用者について、介護予防通所リハビリテーションの利用開始日前に利用者の居宅を訪問した場合は、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件を満たすのか。

(答)

いずれの場合においても、利用初日の1月前から利用前日に利用者の居宅を訪問した場合であって、訪問日から利用開始日までの間に利用者の状態と居宅の状況に変化がなければ、算定要件である利用者の居宅への訪問を行ったこととしてよい。

《参考》

「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 2) (平成27年4月30日) 問21」の修正

【介護予防通所リハビリテーション】

○ 送迎の実施について

問9 介護予防通所リハビリテーションにおいて、利用者の居宅から指定介護予防通所リハビリテーション事業所との間の送迎を実施しない場合、基本報酬を算定してよいのか。

(答)

利用者の居宅から指定介護予防通所リハビリテーション事業所との間の送迎を実施することが望ましいが、利用者の状態を把握し、利用者の同意が得られれば、送迎を実施しない場合であっても基本報酬を算定して差し支えない。

平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 5)

(平成 30 年 7 月 4 日)

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

○ **栄養改善加算について**

問 1 平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) 問 34 については、通所サービスの利用者のうち、栄養改善加算を算定した者に対しては、管理栄養士による居宅療養管理指導を算定することができないものと理解してよいか。

(答)

通所サービスで設けている「栄養改善加算」については、低栄養状態の改善等を目的として栄養ケア計画に基づき、利用者ごとに栄養食事相談等の栄養管理を行うものである。

一方、「管理栄養士による居宅療養管理指導」については、低栄養状態にある者や特別食を必要とする者に対して栄養ケア計画に基づき、利用者ごとに栄養食事相談等の栄養管理を行うものである。

したがって、栄養改善加算を算定した者に対して、低栄養状態を改善する等の観点で管理栄養士による居宅療養管理指導を行った場合、栄養管理の内容が重複するものと考えられるため、栄養改善加算を算定した者に対しては、管理栄養士による居宅療養管理指導を算定することができない。

平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 6)

(平成 30 年 8 月 6 日)

【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

○ リハビリテーションマネジメント加算について

問 1 リハビリテーションマネジメント加算におけるリハビリテーション会議の構成員である医師の参加については、テレビ電話等情報通信機器を使用しても差し支えないとされているが、テレビ電話等情報通信機器を使用する際の留意点は何か。

(答)

利用者に関する情報の共有や、リハビリテーション計画の内容について利用者等に説明を行うためのリハビリテーション会議への医師の参加にテレビ電話等情報通信機器を用いる場合、事業者はその旨を利用者にあらかじめ説明しておくこと。

また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、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（第 5 版）」（平成 29 年 5 月）に対応していること。

《参考》

「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（第 5 版）」（平成 29 年 5 月）（抄）

1 はじめに

(略)

また、平成 29 年 5 月に、改正個人情報保護法が全面施行されることとなり、これに伴って個人情報保護委員会が「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）」（平成 28 年個人情報保護委員会告示第 6 号。以下「通則ガイドライン」という。）を公表した。この通則ガイドラインを踏まえ、医療・介護分野における個人情報の取扱いに係る具体的な留意点や事例等が「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」（個人情報保護委員会、厚生労働省；平成 29 年 4 月 14 日）において示された。同ガイダンスでは、医療情報システムの導入及びそれに伴う外部保存を行う場合の取扱いにおいては本ガイドラインによることとされている。（本ガイドラインの 6 章、8 章、付則 1、及び付則 2 が該当）

本ガイドラインは、病院、一般診療所、歯科診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業者、医療情報連携ネットワーク運営事業者等（以下「医療機関等」という。）における電子的な医療情報の取扱いに係る責任者を対象とし、理解のしやすさを考慮して、現状で選択可能な技術にも具体的に言及した。従って、本ガイドラインは技術的な記載の陳腐化を避けるために定期的に見直す予定である。本ガイドラインを利用する場合は最新の版であることに十分留意されたい。

【通所系・居住系サービス】

○ 栄養スクリーニング加算について

問2 栄養スクリーニング加算は当該事業所以外で既に栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しないこととされているが、当該事業所以外で算定してから6か月を空ければ当該事業所で算定できるか。

(答)

6か月を空ければ算定は可能だが、算定事業者の決定については、「平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol.1)」(平成 30 年3月 23 日)の通所系・居住系サービスにおける栄養スクリーニング加算に係る問 30 を参照されたい。

【介護職員処遇改善加算】

○ 最低賃金の計算について

問7 最低賃金を満たしているのかを計算するにあたっては、介護職員処遇改善加算により得た加算額を最低賃金額と比較する賃金に含めることとなるのか。

(答)

介護職員処遇改善加算により得た加算額を、最低賃金額と比較する賃金に含むか否かについては、当該加算額が、臨時に支払われる賃金や賞与等として支払われておらず、予定し得る通常の賃金として、毎月労働者に支払われているような場合には、最低賃金額と比較する賃金に含めることとなるが、当該加算の目的等を踏まえ、最低賃金を満たした上で、賃金の引上げを行っていただくことが望ましい。

【サービス提供体制強化加算】

○ 療養病床等から介護医療院へ転換した場合について

問8 療養病床等から転換した介護医療院においてサービス提供体制強化加算を算定するにあたっては、療養病床等に勤務していた職員の勤続年数を通算できるのか。

(答)

転換前の療養病床等と転換後の介護医療院の職員に変更がないなど、療養病床等と介護医療院が実質的に継続して運営していると認められる場合には、勤続年数を通算することができる。

《参考》

・平成21年度改定関係 Q&A(vol.1)(平成21年3月23日)問5

【加算の届出】

○ サービス提供体制強化加算

(問5) 同一法人内であれば、異なるサービスの事業所(施設)における勤続年数や異なる業種(直接処遇職種)における勤続年数も通算できるのか。さらに、事業所間の出向や事業の承継時にも通算できるのか。

また、理事長が同じであるなど同一グループの法人同士である場合にも通算できるのか。

(答)

同一法人であれば、異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる職種(直接処遇を行う職種に限る。)における勤続年数については通算することができる。また、事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であって、当該施設・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には、勤続年数を通算することができる。ただし、グループ法人については、たとえ理事長等が同じであったとしても、通算はできない。

(平成 31 年2月5日)

【訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション】

○ 事業所の医師が診察せずにリハビリテーションを提供した場合の減算

問1 別の医療機関の医師から計画的な医学的管理を受けている利用者に対し、指定訪問リハビリテーション事業所等の医師が、自らは診療を行わず、当該別の医療機関の医師から情報提供を受けてリハビリテーションを計画、指示してリハビリテーションを実施した場合、当該別の医療機関の医師が適切な研修の修了等をしていれば、基本報酬から 20 単位を減じた上で訪問リハビリテーション料等を算定できることとされている。この「適切な研修の修了等」に、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修の単位を取得した場合は含まれるか。

(答)

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

「平成 33 年3月 31 日までに適切な研修の修了等または受講を予定している。」

※ 平成 30 年 Q&A (Vol.1) (平成 30 年3月 23 日) 問 60 は削除する。

[参考]

関係窓口（体制届等提出先）一覧

令和2年2月1日現在

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

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