令和７年度

運営の手引き

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

横浜市　介護事業指導課

介護保険制度は、更新や新しい解釈が出ることが大変多い制度です。
この手引きは作成時点でまとめていますが、今後変更も予想されますので、
常に最新情報を入手するようにしてください。

OPEN
YOKOHAMA

2025.04.01

目　次

項目	頁
Ⅰ　基準の性格等	５
１ 居宅条例の制定	５
２ 基準の性格	５
３ 基本方針	７
Ⅱ　人員基準、設備基準について	８
（1） 人員基準	８
（2） 設備及び備品等	８
（3） 用語の定義	９
Ⅲ　運営基準について	１２
１　サービス開始の前に	１２
（1） 内容及び手続の説明及び同意	１２
（2） 提供拒否の禁止	１３
（3） サービス提供困難時の対応	１３
（4） 受給資格等の確認	１４
（5） 要介護認定等の申請に係る援助	１４
２　サービス開始にあたって	１４
（6） 心身の状況等の把握	１４
（7） 居宅介護支援事業者等との連携	１４
（8） 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助	１４
（9） 居宅サービス計画又は介護予防サービス・支援計画に沿ったサービスの提供	１５
（10） 居宅サービス計画の変更の援助	１５
３　サービス提供時	１５
（11） 身分を証する書類の携行	１５
（12） サービス提供の記録	１６
４　サービス提供時の注意点	１６
（13） 基本取扱方針	１６
（14） 具体的取扱方針	１７
（15） 訪問リハビリテーション計画の作成	２１
５　サービス提供後	２２
（16） 利用料等の受領	２２
（17） 保険給付の請求のための証明書の交付	２３
（18） 利用者に関する市町村への通知	２３

項目	頁
６　事業所運営	２４
（19） 管理者の責務	２４
（20） 運営規程	２４
（21） 勤務体制の確保等	２５
（22） 業務継続計画の策定等	２７
（23） 衛生管理等	２８
（24） 掲示	３０
（25） 秘密保持等	３０
（26） 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	３１
（27） 苦情処理	３１
（28） 地域との連携	３２
（29） 事故発生時の対応	３２
（30） 虐待の防止	３３
（31） 会計の区分	３５
（32） 記録の整備	３５
（33） 電磁的記録等	３６
Ⅳ　介護報酬算定上の留意点について	３８
１　（介護予防）訪問リハビリテーション費の算定に当たって	３８
（1） 居宅でのサービス提供	３８
（2） 通院が困難な利用者	３８
（3） 他のサービスとの関係	３８
（4） 算定上のルール	３９
（5） 記録の整備	４１
（6） 急性増悪等により特別の指示（特別指示書の交付）があった場合	４１
２　加算・減算	４２
（1） リハビリテーションマネジメント加算	４３
（2） リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明	４３
（3） 短期集中リハビリテーション実施加算	４７
（4） 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	４８
（5） 口腔連携強化加算	４９
（6） 退院時共同指導加算	５０
（7） 移行支援加算	５０
（8） サービス提供体制強化加算	５４
（9） 特別地域訪問リハビリテーション加算	５５
（10） 中山間地域等における小規模事業所に対する加算	５５

項目	頁
（11） 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	５５
（12） 同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物等に居住する利用者に対する減算	５５
（13） 診療未実施減算	５７
（14） 高齢者虐待防止措置未実施減算	５９
（15） 業務継続計画未策定減算	６０
（16） 利用開始12月を超えて介護予防訪問リハビリテーションを行った場合	６１
［資料］	
個人情報保護について	６４
厚生労働省等が発行している各種ガイダンス・ガイドライン等について	６５
リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について	６６

Ⅰ　基準の性格等

１　居宅条例の制定

指定居宅サービス（及び指定介護予防サービス）の事業の人員、設備、運営等に関する基準等については、介護保険法において、各都道府県（政令指定都市）の条例で定めることとされています。

また、介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の当該基準等は、各市町村が定めることとされています。

本市における指定居宅サービス（及び指定介護予防サービス）及び総合事業の当該基準等は、以下に示す条例及び要綱に規定されています。市内に所在する指定居宅サービス事業者及び介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業者は、本市条例及び要綱に定められた基準等に従った事業運営を行わなければなりません。

【指定訪問リハビリテーションに関する基準】
〇横浜市指定居宅サービスの事業の人員、設備、運営等の基準に関する条例
（平成 24 年 12 月横浜市条例第 76 号。以下「居宅条例」という。）

【指定介護予防訪問リハビリテーションに関する基準】
〇横浜市指定介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営、指定介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法等の基準に関する条例
（平成 24 年 12 月横浜市条例第 78 号。以下「予防条例」という。）

（参考）居宅条例及び予防条例の掲載場所
〇横浜市ホームページ
横浜市トップページ ＞ 健康・医療・福祉 ＞ 福祉・介護 ＞ 高齢者福祉・介護 ＞ 条例・計画・協議会 ＞ 条例・規則
https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/fukushi-kaigo/koreisha-kaigo/kyogikai/jorei-kisoku.html

２　基準の性格

◎指定居宅サービスの事業の一般原則【居宅条例第３条・予防条例第３条】

〇指定居宅サービス事業者は、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なければなりません。

〇指定居宅サービス事業者は、指定居宅サービスの事業を運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、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を提供する者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めなければなりません。

〇指定居宅サービス事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければなりません。

〇指定居宅サービス事業者は、指定居宅サービスを提供するに当たっては、法第 118 条の２第１項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければなりません。

【ポイント】

※介護保険等関連情報の活用とＰＤＣＡサイクルの推進について
居宅条例第３条第４項は、指定居宅サービスの提供に当たっては、法第 118 条の２第１項に規定する介護保険等関連情報等を活用し、事業所単位でＰＤＣＡサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければなりません。
この場合において、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ：Ｌｏｎｇ－ｔｅｒｍ　ｃａｒｅ　Ｉｎｆｏｒ

ーｍａｔｉｏｎ　ｓｙｓｔｅｍ　Ｆｏｒ　Ｅｖｉｄｅｎｃｅ）」に情報を提出し、当該情報及びフィードバック情報を活用することが望まれます。

◎基準の性格【指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（平成 11 年９月 17 日老企第 25 号）（以下「老企 25」）　第１】

・基準は、指定居宅サービスの事業がその目的を達成するために必要な最低限度の基準を定めたものであり、指定居宅サービス事業者は、常にその事業の運営の向上に努めなければなりません。

・指定居宅サービスの事業を行う者又は行おうとする者が満たすべき基準等を満たさない場合には、指定居宅サービスの指定又は更新は受けられず、また、基準に違反することが明らかになった場合には、
①相当の期間を定めて基準を遵守するよう勧告を行い、
②相当の期間内に勧告に従わなかったときは、事業者名、勧告に至った経緯、当該勧告に対する対応等を公表し、
③正当な理由が無く、当該勧告に係る措置を採らなかったときは、相当の期限を定めて当該勧告に係る措置を採るよう命令することができるとされています。（③の命令をした場合には事業者名、命令に至った経緯等を公示します。）

なお、③の命令に従わない場合には、当該指定を取り消すこと、又は取消しを行う前に相当の期間を定めて指定の全部若しくは一部の効力を停止すること（不適正なサービスが行われていることが判明した場合、当該サービスに関する介護報酬の請求を停止させること）ができるとされています。

・ただし、次に掲げる場合には、基準に従った適正な運営ができなくなったものとして、直ちに指定を取り消すこと又は指定の全部若しくは一部の効力を停止することができます。
①次に掲げるとき、その他事業者が自己の利益を図るために基準に違反したとき
イ 指定居宅サービスの提供に際して利用者が負担すべき額の支払を適正に受けなかったとき
ロ 居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの代償として、金品、その他の財産上の利益を供与したとき
②利用者の生命又は身体の安全に危害を及ぼすおそれがあるとき
③その他①及び②に準ずる重大かつ明白な基準違反があったとき

・運営に関する基準及び介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準に従って事業の運営をすることができなくなったことを理由として指定が取り消され、法に定める期間の経過後に再度当該事業者から当該事業所について指定の申請がなされた場合には、当該事業者が運営に関する基準及び介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を遵守することを確保することに特段の注意が必要であり、その改善状況等が確認されない限り指定を行わないものとする、とされています。
・特に、居宅サービスの事業の多くの分野においては、基準に合致することを前提に自由に事業への参入を認めていること等に鑑み、基準違反に対しては、厳正に対応すべきであるとされています。

◎指定居宅サービス事業者の指定【居宅条例第４条・予防条例第４条】

〇法人格を有していない者は指定を受けることができません。
（ただし、病院等により行われる（介護予防）居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあっては、この限りではありません。）

〇横浜市暴力団排除条例（平成 23 年 12 月横浜市条例第 51 号）第２条第２号の暴力団、同条第５号の暴力団経営支配法人等又は同条例第７条の暴力団員等と密接な関係を有すると認められる者（以下この項において「暴力団等」という。）は指定を受けることができません。

３　基本方針

＜訪問リハビリテーション＞【居宅条例第 71 条】

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

＜指定介護予防訪問リハビリテーション＞【予防条例第 70 条】

・指定介護予防サービスに該当する介護予防訪問リハビリテーション（以下「指定介護予防訪問リハビリテーション」という。）の事業は、その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、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身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。

Ⅱ　人員基準、設備基準について

（１）人員基準〈居宅条例第 72 条・予防条例第 71 条〉

〇医師：専任の常勤医師が１人以上勤務していること
〇理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士：１以上

【ポイント】

・指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えない。
・指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、当該介護老人保健施設又は当該介護医療院に常勤医師として勤務している場合には、常勤の要件を満たします。また、指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所と併設されている事業所において、指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該病院又は当該診療所の常勤医師と兼務している場合でも、常勤の要件を満たします。（医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限ります。）
・指定訪問リハビリテーション事業所のみなし指定を受けた介護老人保健施設又は介護医療院においては、当該介護老人保健施設又は当該介護医療院の医師の配置基準を満たすことをもって、訪問リハビリテーション事業所の医師の常勤配置に係る基準を満たしているものとみなすことができる。
・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士
指定訪問リハビリテーション事業者は、指定訪問リハビリテーション事業所ごとに、指定訪問リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を適当数置かなければならない。

● 医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士については、**「労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律（労働者派遣法）」に規定する派遣労働者であってはなりません。（※紹介予定派遣を除く）**

◎紹介予定派遣とは？
派遣先企業の社員（正社員・契約社員・嘱託など）になることを前提として働く派遣契約のこと。

（２）設備及び備品等〈居宅条例第 73 条・予防条例第 72 条〉

指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所は、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であって、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けるほか、指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供に必要な設備及び備品等を備えなければなりません。

指定訪問リハビリテーション事業者が指定介護予防訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、指定訪問リハビリテーションの事業と指定介護予防訪問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ついては、指定介護予防訪問リハビリテーションにおいて規定する設備に関する基準を満たすことをもって、指定訪問リハビリテーションにおいて規定する基準を満たしているものとみなすことができる。（指定介護予防訪問リハビリテーションにおいても準用）

※詳細については、本市文書「介護保険事業における設備等のガイドライン」をご確認ください。
横浜市トップページ ＞ ビジネス ＞ 分野別メニュー ＞ 福祉・介護 ＞ 高齢者福祉・介護
＞ 事業者指定・委託等の手続き ＞ 居宅・施設サービス関連 ＞ ０　サービス共通資料・様式等
https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/kyotaku/common.html

【ポイント】

（1）指定訪問リハビリテーション事業所について
①病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること。
②指定訪問リハビリテーションの事業の運営を行うために必要な広さ（利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペース）を有する専用の区画を設けていること。なお、業務に支障がないときは、指定訪問リハビリテーションの事業を行うための区画が明確に特定されていれば足りるものとすること。
③指定訪問リハビリテーションの提供に必要な設備及び備品等を備えていること。
（2）設備及び備品等については、当該病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院における診療用に備え付けられたものを使用することができるものである。

（3）　用語の定義（老企 25　第２の２）

（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います。この場合の勤務延時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数で、例えば、当該事業所が訪問介護と訪問看護の指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が訪問介護員等と看護師等を兼務する場合、訪問介護員等の勤務延時間数には、訪問介護員等としての勤務時間だけを算入することとなります。
ただし、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和 47 年法律第 113 号）第 13 条第１項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成３年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）第 23 条第１項、同条第３項又は同法第 24 条に規定する所定労働時間の短縮等の措置若しくは厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に沿って事業者が自主的に設ける所定労働時間の短縮措置（以下「育児、介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）が講じられている場合、30 時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、１として取り扱うことを可能とします。

（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の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します。なお、従業者１人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間を上限とします。

（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者が勤務すべき時間数（32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とする。）に達していることをいいます。ただし、母性健康管理措置又は育児、介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を 30 時間として取り扱うことが可能です。
同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所（同一敷地内に所在する又は道路を隔てて隣接する事業所をいう。ただし、管理上支障がない場合は、その他の事業所を含む。）の職務であって、当該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の合計が常勤の従業者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します。例えば、一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ります。
また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従業者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、母性健康管理措置、育児・介護休業法第２条第１号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同条第２号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）、同法第 23 条第２項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第 24 条第１項（第２号に係る部分に限る。）の規定により同項第２号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業（以下「育児休業に準ずる休

業」という。）を取得中の期間において、当該人員基準において求められる資質を有する複数の非常勤の従業者を常勤の従業者の員数に換算することにより、人員基準を満たすことが可能であることとします。

（４）「専ら従事する」「専ら提供に当たる」

原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいいます。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従業者の当該事業所における勤務時間（指定通所介護及び指定通所リハビリテーションについては、サービスの単位ごとの提供時間）をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。ただし、指定通所介護及び指定通所リハビリテーションについては、あらかじめ計画された勤務表に従って、サービス提供時間帯の途中で同一職種の従業者と交代する場合には、それぞれのサービス提供時間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ます。

【国Ｑ＆Ａ】運営基準等に係るＱ＆Ａ（平成 14 年３月 28 日）

【常勤換算方法により算定される従業者の休暇等の取扱い】

（問１）常勤換算方法により算定される従業者が出張したり、また、休暇を取った場合に、その出張や休暇に係る時間は勤務時間としてカウントするのか。

（回答）「常勤換算方法」とは、非常勤の従業者について「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で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」（居宅サービス運営基準第２条第８号等）であり、また、「勤務延時間数」とは、「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の提供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む。））として明確に位置づけられている時間の合計数」である（居宅サービス運営基準解釈通知第二・２（２）等）。以上から、非常勤の従業者の休暇や出張（以下「休暇等」という。）の時間は、サービス提供に従事する時間とはいえないので、常勤換算する場合の勤務延時間数には含めない。

なお、常勤の従業者（事業所において居宅サービス運営基準解釈通知第二・２（３）における勤務体制を定められている者をいう。）の休暇等の期間については、その期間が暦月で１月を超えるものでない限り、常勤の従業者として勤務したものとして取り扱うものとする。

【国Ｑ＆Ａ】平成 27 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）（平成 27 年４月１日）

（問１）各加算の算定要件で「常勤」の有資格者の配置が求められている場合、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。）の所定労働時間の短縮措置の対象者について常勤の従業者が勤務すべき時間数を 30 時間としているときは、当該対象者については 30 時間勤務することで「常勤」として取り扱って良いか。

（回答）そのような取扱いで差し支えない。

（問３）各事業所の「管理者」についても、育児・介護休業法第 23 条第１項に規定する所定労働時間の短縮措置の適用対象となるのか。

（回答）労働基準法第 41 条第１号に定める管理監督者については、労働時間等に関する規定が適用除外されていることから、「管理者」が労働基準法第 41 条第２号に定める管理監督者に該当する場合は、所定労働時間の短縮措置を講じなくてもよい。

なお、労働基準法第 41 条第２号に定める管理監督者については、同法の解釈として、労働条件の決定その他労務管理について経営者と一体的な立場にある者の意であり、名称にとらわれず、実態に即して判断すべきであるとされている。このため、職場で「管理職」として取り扱われている者であっても、同号の管理監督者に当たらない場合には、所定労働時間の短縮措置を講じなければならない。

また、同号の管理監督者であっても、育児・介護休業法第 23 条第１項の措置とは別に、同項の所定労働時間の短縮措置に準じた制度を導入することは可能であり、こうした者の仕事と子育ての両立を図る観点からは、むしろ望ましいものである。

【国Ｑ＆Ａ】令和３年度介護報酬改定に関する（Ｑ＆ＡVol．１）（令和３年３月 19 日）

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

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

＜常勤の計算＞
育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度を利用する場合に加え、同法による介護の短時間勤務制度や、男女雇用機会均等法による母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合についても、30 時間以上の勤務で、常勤扱いとする。
＜常勤換算の計算＞
職員が、育児・介護休業法による短時間勤務制度や母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合、週 30 時間以上の勤務で、常勤換算上も１と扱う。
＜同等の資質を有する者の特例＞
「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業、育児休業に準ずる休業、母性健康管理措置としての休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認める。なお、「同等の資質を有する」とは、当該休業を取得した職員の配置により満たしていた、勤続年数や所定の研修の修了など各施設基準や加算の算定要件として定められた資質を満たすことである。

Ⅲ　運営基準について

１ サービス開始の前に

（１）内容及び手続の説明及び同意
〈居宅条例第９条（第 80 条による準用）・予防条例第 46 条の２（第 76 条による準用）〉

１　指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供の開始に際しては、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要等の利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項を記載した文書（**重要事項説明書**）**を交付**して**説明**を行い、当該提供の開始について利用申込者の**同意を文書により**得なければなりません。

【ポイント】

「重要事項を記した文書」（＝重要事項説明書）に記載すべきと考えられる事項は、以下のとおりです。
ア 法人、事業所の概要
（法人名、事業所名、事業所番号、併設サービスなど。詳細は、居宅条例第９条及び 30 条を参照）
イ 営業日、営業時間、サービス提供日、サービス提供時間
ウ 利用料その他費用の額
エ 従業者の勤務体制
オ 通常の事業の実施地域
カ 事故発生時の対応
キ 苦情処理窓口（事業所担当、市町村、国民健康保険団体連合会などの相談・苦情の窓口も記載）
ク 利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項
（従業者の研修機会の確保、衛生管理、秘密の保持など）
※ 重要事項を記した文書を説明した際には、内容を確認した旨及び交付したことがわかる旨の署名又は記名押印を得てください。
※ 重要事項説明書の内容と運営規程の内容に齟齬があってはなりません。

※事業者とのサービス提供契約については、利用申込者及びサービス事業者双方を保護する観点から、重要事項説明書とは別に、書面（契約書等）により確認することが望ましいです。

【指導事例】

・重要事項説明書を利用者や家族に説明、交付したことが文書で確認できなかった。
・重要事項説明書の記載内容が古いままで、サービス提供時間や定員数に運営規程の内容と齟齬があった。

＜電磁的方法による交付等＞

２　指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、利用申込者又はその家族からの申出があった場合には、第１項の規定による文書の交付に代えて、第５項で定めるところにより、当該利用申込者又はその家族の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電磁的方法（※１）により提供することができます。この場合において、当該指定訪問看護事業者は、当該文書を交付したものとみなします。

※１：電子情報処理組織（※２）を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法であって次の⑴⑵に掲げるもの

※２：指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者の使用に係る電子計算機と、利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織

⑴　電子情報処理組織を使用する方法のうちア又はイに掲げるもの

ア　指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者の使用に係る電子計算機と利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法

イ　指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された前項に規定する重要事項を電気通信回線を通じて利用申込者又はその家族の閲覧に供し、当該利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該重要事項を記録する方法（電磁的方法による提供を受ける旨の承諾又は受けない旨の申出をする場合にあっては、指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルにその旨を記録する方法）

(2)　磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに前項に規定する重要事項を記録したものを交付する方法

３　第２項に掲げる方法は、利用申込者又はその家族がファイルへの記録を出力することによる文書を作成することができるものでなければなりません。

４　「電子情報処理組織」とは、指定訪問看護事業者の使用に係る電子計算機と、利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいいます。

５　指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、第２項の規定により第１項に規定する重要事項を提供しようとするときは、あらかじめ、当該利用申込者又はその家族に対し、その用いる次に掲げる電磁的方法の種類及び内容を示し、文書又は電磁的方法による承諾を得なければなりません。

(1)　第２項各号に規定する方法のうち指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者が使用するもの

(2)　ファイルへの記録の方式

６　前項の規定による承諾を得た指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、当該利用申込者又はその家族から文書又は電磁的方法により電磁的方法による提供を受けない旨の申出があったときは、当該利用申込者又はその家族に対し、第１項に規定する重要事項の提供を電磁的方法によってしてはなりません。

ただし、当該利用申込者又はその家族が再び前項の規定による承諾をした場合は、この限りではありません。

※文書の交付や同意の電磁的方法による対応についてはP.36をご覧ください。

（２）提供拒否の禁止

〈居宅条例第10条（第80条による準用）・予防条例第46条の３（第76条による準用）〉

（３）サービス提供困難時の対応

〈居宅条例第11条（第80条による準用）・予防条例第46条の４（第76条による準用）〉

○正当な理由なく、指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供を拒んではなりません。

○事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じなければなりません。

【ポイント】

・原則として、利用申込に対しては応じなければなりません。特に、要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することは禁止されています。

・提供を拒むことのできる正当な理由がある場合とは、

ア 事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合

イ 利用申込者の居住地が通常の事業の実施地域外である場合

ウ その他利用申込者に対し自ら適切な指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供することが困難な場合

とされています。

（４）受給資格等の確認
〈居宅条例第 12 条(第 80 条による準用)・予防条例第 46 条の５(第 76 条による準用)〉

○指定（介護予防）訪問リハビリテーションの利用申込があった場合は、利用申込者の提示する被保険者証（介護保険）により、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認します。
○また、被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供するように努めなければなりません。

（５）要介護認定等の申請に係る援助
〈居宅条例第 13 条（第 80 条による準用）・予防条例第 46 条の６（第 76 条による準用）〉

○指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供の開始に際し、要介護認定等を受けていない者から利用申込があった場合には、要介護認定等の申請が既に行われているか否かを確認するとともに、当該申請が行われていない場合には、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければなりません。
○また、居宅介護支援事業者を利用していない利用者に対しては、継続して保険給付を受けるためには、要介護認定の更新が必要となりますので、遅くとも要介護認定の有効期間満了日の 30 日前までには更新申請が行われるよう、必要な援助を行わなければなりません。

２　サービス開始にあたって

（６）心身の状況等の把握
〈居宅条例第 14 条（第 80 条による準用）・予防条例第 46 条の７（第 76 条による準用）〉

○指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供に当たっては、利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければなりません。

（７）居宅介護支援事業者等との連携
〈居宅条例第 60 条（第 80 条による準用）・予防条例第 60 条（第 76 条による準用）〉

○指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供するに当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。
○また、指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治の医師及び居宅介護支援事業者に対する情報の提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

（８）法定代理受領サービスの提供を受けるための援助
〈居宅条例第 16 条（第 80 条による準用）・予防条例第 46 条の９（第 76 条による準用）〉

○指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供の開始に際し、利用申込者が介護保険法施行規則第 64 条各号のいずれにも該当しないときは、当該利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画の作成を居宅介護支援事業者に依頼する旨を市町村に対して届け出ること等により、指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供を法定代理受領サービスとして受けることができる旨を説明すること、居宅介護支援事業者に関する情報を提供すること、その他の法定代理受領サービスを受けるために必要な援助を行わなければなりません。

（９）居宅サービス計画又は介護予防サービス・支援計画に沿ったサービスの提供
〈居宅条例第 17 条（第 80 条による準用）・予防条例第 46 条の 10（第 76 条による準用）〉

○居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成している場合には当該計画に沿った指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供しなければなりません。

（１０）居宅サービス計画の変更の援助
〈居宅条例第 18 条（第 80 条による準用）・予防条例第 46 条の 11（第 76 条による準用）〉

○利用者が居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の変更を希望する場合は、居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者への連絡等、必要な援助を行わなければなりません。

（６）～（１０）の【ポイント】

（６）～（１０）までは、他のサービス事業者、特にケアマネジャーとの密接な連携が必要となります。

○　サービス担当者会議の出席

居宅サービス計画を変更する場合等に、ケアマネジャーは訪問リハビリテーション事業者等の居宅サービス事業者等を集めてサービス担当者会議を開催することになっています。訪問リハビリテーション事業者は利用者を取り巻くチームケアの一員としてこの会議に出席しなくてはなりません。

サービス担当者会議では、訪問リハビリテーション事業者は、アセスメントやモニタリングに基づいた情報提供を行うとともに、居宅サービス計画原案について専門的立場から提言し、他事業所との情報交換を図ってください。

○　変更の援助

訪問リハビリテーションサービスを法定代理受領サービスとして提供するためには、当該サービスが居宅サービス計画に位置付けられている必要があることを踏まえ、指定訪問リハビリテーション事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合（利用者の状態の変化等により追加的なサービスが必要となり、当該サービスを法定代理受領サービスとして行う等のために居宅サービス計画の変更が必要となった場合で、指定訪問リハビリテーション事業者からの当該変更の必要性の説明に対し利用者が同意する場合を含む。）は、当該利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡、サービスを追加する場合に当該サービスを法定代理受領サービスとして利用する場合には支給限度額の範囲内で居宅サービス計画を変更する必要がある旨の説明その他の必要な援助を行わなければなりません。

３　サービス提供時

（１１）身分を証する書類の携行
〈居宅条例第 19 条（第 80 条による準用）・予防条例第 46 条の 12（第 76 条による準用）〉

○理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士に身分を証する書類を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示するように指導しなければなりません。

【ポイント】

・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が身分を明らかにするために使用する証書等には、当該指定訪問リハビリテーション事業所の名称、当該理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の氏名を記載するものとし、当該理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の写真の貼付や職能の記載を行うことが望ましいです。

（１２）サービスの提供の記録
〈居宅条例第 20 条（第 80 条による準用）・予防条例第 46 条の 13（第 76 条による準用）〉

○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供した際には、指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供日及び内容、当該指定（介護予防）訪問リハビリテーションについて法第 41 条第 6 項の規定により利用者に代わって支払を受ける居宅介護サービス費の額その他必要な事項を、当該利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しなければなりません。

○指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供したときは、提供したサービスの具体的な内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければなりません。

（関連）サービス提供記録の保存期間　→　P.35「(32)記録の整備」参照

【ポイント】

○利用者及びサービス事業者が、その時点での支給限度額の残額やサービスの利用状況を把握できるようにするために、指定訪問リハビリテーション事業者は、訪問リハビリテーションサービスを提供した際には、当該サービスの提供日、内容、保険給付の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画の書面又はサービス利用票等に記載しなければなりません。

○提供日、提供した具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況その他必要な事項を記録するとともに、サービス事業者間の密接な連携等を図るため、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければなりません。

また、「その他適切な方法」とは、例えば、利用者の用意する手帳等に記載するなどの方法です。

なお、提供した具体的なサービスの内容等の記録は、居宅条例の規定に基づき、**５年間**保存しなければなりません**（本市独自規定）**。

４　サービス提供時の注意点

（１３）基本取扱方針

○指定訪問リハビリテーション〈居宅条例第 75 条〉

・指定訪問リハビリテーションは、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければなりません。
・指定訪問リハビリテーション事業者は、自らその提供する指定訪問リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図らなければなりません。

○指定介護予防訪問リハビリテーション〈予防条例第 77 条〉

・指定介護予防訪問リハビリテーションは、利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければなりません。
・指定介護予防訪問リハビリテーション事業者は、自らその提供する指定介護予防訪問リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図らなければなりません。
・指定介護予防訪問リハビリテーション事業者は、指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たり、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識して指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たらなければなりません。
・指定介護予防訪問リハビリテーション事業者は、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法による指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に努めなければならない。

・指定介護予防訪問リハビリテーション事業者は、指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たり、利用者とのコミュニケーションを十分に図ることその他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めなければなりません。

（１４）具体的取扱方針

○指定訪問リハビリテーション〈居宅条例第 76 条〉

⑴ 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び次条第 1 項に規定する訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当かつ適切に行う。

⑵ 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。

⑶ 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。

⑷ 身体的拘束等を行う場合には、身体的拘束等の態様等を記録しなければならない。

⑸ 身体的拘束等を行う場合には、事前に、当該利用者又はその家族に、身体的拘束等の態様等を説明しなければならない。ただし、やむを得ない事情により事前に当該説明をすることが困難な場合は、この限りでない。

⑹ 前号ただし書の規定により事前に説明を行わなかった場合には、当該身体的拘束等を行った後速やかに、当該利用者又はその家族に、身体的拘束等の態様等を説明しなければならない。

⑺ 常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切な指定訪問リハビリテーションを提供する。

⑻ それぞれの利用者について、次条第 1 項に規定する訪問リハビリテーション計画に従った指定訪問リハビリテーションの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告する。

⑼ 指定訪問リハビリテーション事業者は、リハビリテーション会議（次条第 1 項に規定する訪問リハビリテーション計画又は第 128 条第 1 項に規定する通所リハビリテーション計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、医師、理学療法士等、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等（法第 8 条第 24 項に規定する指定居宅サービス等をいう。）の担当者その他の関係者（以下「構成員」という。）により構成される会議（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この号において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。）をいう。以下同じ。）の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するよう努め、利用者に対し、適切なサービスを提供する。

○指定介護予防訪問リハビリテーション〈予防条例第 78 条〉

⑴ 指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、主治の医師若しくは歯科医師からの情報伝達又はサービス担当者会議若しくはリハビリテーション会議（次号に規定する介護予防訪問リハビリテーション計画又は第 113 条第 2 号に規定する介護予防通所リハビリテーション計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、医師、理学療法士等、指定介護予防支援等基準条例第 5 条第 1 項に規定する担当職員及び同条第 2 項に規定する介護支援専門員、介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防サービス等（法第 8 条の 2 第 16 項に規定する指定介護予防サービス等をいう。）の担当者その他の関係者（以下「構成員」という。）により構成される会議（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この号において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。）をいう。以下同じ。）を通じる等の適切な方法により、利用者の病状、心身の状況、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行うものとする。

⑵ 医師及び理学療法士等は、前号に規定する利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定介護予防訪問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指定介護予防訪問リハビリテーショ

ンの内容、指定介護予防訪問リハビリテーションの提供を行う期間等を記載した計画（以下「介護予防訪問リハビリテーション計画」という。）を作成するものとする。

⑶ 介護予防訪問リハビリテーション計画は、既に介護予防サービス計画が作成されている場合は、当該介護予防サービス計画の内容に沿って作成しなければならない。

⑷ 医師又は理学療法士等は、介護予防訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、当該利用者の同意を文書により得なければならない。

⑸ 医師及び理学療法士等は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者に係る介護予防訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握しなければならない。

⑹ 医師又は理学療法士等は、介護予防訪問リハビリテーション計画を作成した際には、当該介護予防訪問リハビリテーション計画を当該利用者に交付しなければならない。

⑺ 指定介護予防訪問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（第 105 条第 1 項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業者をいう。）の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、介護予防訪問リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの目標並びに当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた介護予防訪問リハビリテーション計画を作成した場合については、第 113 条第 2 号から第 6 号までに規定する介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を満たすことをもって、第 2 号から前号までに規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

⑻ 指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び介護予防訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当かつ適切に行うものとする。

⑼ 指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うものとする。

⑽ 指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。

⑾ 身体的拘束等を行う場合には、身体的拘束等の態様等を記録しなければならない。

⑿ 身体的拘束等を行う場合には、事前に、当該利用者又はその家族に、身体的拘束等の態様等を説明しなければならない。ただし、やむを得ない事情により事前に当該説明をすることが困難な場合は、この限りでない。

⒀ 前号ただし書の規定により事前に説明を行わなかった場合には、当該身体的拘束等を行った後速やかに、当該利用者又はその家族に、身体的拘束等の態様等を説明しなければならない。

⒁ 指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもって指定介護予防訪問リハビリテーションの提供を行うものとする。

⒂ 理学療法士等は、それぞれの利用者について、介護予防訪問リハビリテーション計画に従った指定介護予防訪問リハビリテーションの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告するものとする。

⒃ 医師又は理学療法士等は、介護予防訪問リハビリテーション計画に基づく指定介護予防訪問リハビリテーションの提供の開始時から、当該介護予防訪問リハビリテーション計画に記載した指定介護予防訪問リハビリテーションの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも 1 回は、当該介護予防訪問リハビリテーション計画の実施状況の把握（以下この条において「モニタリング」という。）を行うものとする。

⒄ 医師又は理学療法士等は、モニタリングの結果を記録し、当該記録を当該指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に係る介護予防サービス計画を作成した指定介護予防支援事業者に報告しなければならない。

⒅ 医師又は理学療法士等は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防訪問リハビリテーション計画の変更を行うものとする。

⒆ ⑴から⒄ までの規定は、前号に規定する介護予防訪問リハビリテーション計画の変更について準用する。

【ポイント】

＜共通＞

・指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等の指示を行うこと。②②

・指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、医学の進歩に沿った適切な技術をもって対応できるよう、新しい技術の習得等、研鑽を積むことを定めたものであること。⑥⑧

・指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達していること。⑧⑩

＜訪問リハビリテーション＞

・指定訪問リハビリテーションは、利用者の心身の状態、生活環境を踏まえて、妥当適切に行うとともにその生活の質の確保を図るよう、主治の医師との密接な連携のもとに訪問リハビリテーション計画に沿って行うこととしたものであること。①

・指定訪問リハビリテーションの提供については、目標達成の度合いやその効果等について評価を行うとともに、訪問リハビリテーション計画の修正を行い改善を図る等に努めなければならないものであること。③

・指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、利用者の心身状態、リハビリテーションの内容やそれを提供する目的、具体的な方法、リハビリテーションに必要な環境の整備、療養上守るべき点及び療養上必要な目標等、療養上必要な事項について利用者及びその家族に理解しやすいよう指導又は説明を行うこと。④

・指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならず、緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合にあっても、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこととしたものである。
また、緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の３つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しておくことが必要である。
なお、居宅基準第 82 条の２第２項の規定に基づき、当該記録は、２年間保存しなければならない。⑤

・指定訪問リハビリテーションを行った際には、速やかに、指定訪問リハビリテーションを実施した要介護者等の氏名、実施日時、実施した指定訪問リハビリテーションの要点及び担当者の氏名を記録すること。⑦

・リハビリテーション会議の構成員は、利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とすること。また、必要に応じて歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士等が参加すること。
なお、利用者の家族について、家庭内暴力等により参加が望ましくない場合や、遠方に住んでいる等のやむを得ない事情がある場合は、必ずしもその参加を求めるものではないこと。
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、構成員がリハビリテーション会議を欠席した場合は、速やかに当該会議の内容について欠席者との情報共有を図ること。
リハビリテーション会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この⑧において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。⑨
→P.65「「厚生労働省等が発行している各種ガイダンス・ガイドライン等について」参照

＜介護予防訪問リハビリテーション＞

・予防基準第 86 条第１号及び第２号は、医師及び理学療法士等は、介護予防訪問リハビリテーション計画を作成しなければならないこととしたものである。介護予防訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、主治医又は主治の歯科医師からの情報伝達やサービス担当者会議を通じる等の適切な方法により、利用者の病状、心身の状況、置かれている環境等を把握・分析し、指定介護予防訪問リハビリテーションの提供によって解決すべき問題状況を明らかにした上で(アセスメント)、これに基づき、支援の方向性や目標を明確にし、提供するサービスの具体的内容、期間等を定めるものとする。また、進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと。なお、介護予防訪問リハビリテーション計画の様式については、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について（P.66 参照）」に示す様式を参考に作成すること。①

・介護予防訪問リハビリテーション計画は、介護予防サービス計画に沿って作成されなければならないことから、介護予防訪問リハビリテーション計画の作成後に介護予防サービス計画が作成された場合は、当該介護予防訪問リハビリテーション計画が介護予防サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとする。③

・介護予防訪問リハビリテーション計画は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて作成されなければならないものであり、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、その内容について説明を行った上で利用者の同意を得ることを義務づけるものである。医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、介護予防訪問リハビリテーション計画の目標や内容等（利用者の心身の状態、リハビリテーションの内容やそれを提供する目的、具体的な方法、リハビリテーションに必要な環境の整備、療養上必要な事項など）について、利用者又はその家族に、理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うものとする。④

・医療機関から退院した利用者に対し介護予防訪問リハビリテーション計画を作成する場合には、医療と介護の連携を図り、連続的で質の高いリハビリテーションを行う観点から、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握しなければならない。

その際、リハビリテーション実施計画書以外の退院時の情報提供に係る文書を用いる場合においては、当該文書にリハビリテーション実施計画書の内容（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式２－２－１の項目である「本人・家族等の希望」「健康状態、経過」「心身機能・構造」「活動」「リハビリテーションの短期目標」「リハビリテーションの長期目標」「リハビリテーションの方針」「本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）」「リハビリテーション実施上の留意点」「リハビリテーションの見直し・継続理由」「リハビリテーションの終了目安」）が含まれていなければならない。

ただし、当該医療機関からリハビリテーション実施計画書等が提供されない場合においては、当該医療機関の名称及び提供を依頼した日付を記録に残すこと。⑤

・指定介護予防訪問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、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、指定介護予防訪問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の目標並びに当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた介護予防訪問リハビリテーション計画を作成した場合については、介護予防通所リハビリテーション計画に係る基準を満たすことによって、介護予防訪問リハビリテーション計画に係る基準を満たしているとみなすことができることとしたものであること。

当該計画の作成に当たっては、各々の事業の目標を踏まえたうえで、共通目標を設定すること。また、その達成に向けて各々の事業の役割を明確にした上で、利用者に対して一連のサービスとして提供できるよう、個々のリハビリテーションの実施主体、目的及び具体的な提供内容等を１つの計画として分かりやすく記載するよう留意すること。⑥

・指定介護予防通所リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションにおいて整合性のとれた計画に従いリハビリテーションを実施した場合には、診療記録を一括して管理しても差し支えないものであること。⑦

・事業者に対して介護予防サービスの提供状況等について介護予防支援事業者に対する報告及び介護予防訪問リハビリテーション計画の実施状況の把握(モニタリング)を義務づけるものである。介護予防支援事業者に対する報告については、サービスが介護予防サービス計画に即して適切に提供されているかどうか、

また、当該計画策定時から利用者の状態等が大きく異なることとなっていないか等を確認するために行うものであり、毎月行うこととしている。
また、併せて、事業者は介護予防訪問リハビリテーション計画に定める計画期間が終了するまでに１回はモニタリングを行い、利用者の介護予防訪問リハビリテーション計画に定める目標の達成状況の把握等を行うとともに、当該モニタリングの結果により、解決すべき課題の変化が認められる場合等については、担当する介護予防支援事業者等とも相談の上、必要に応じて当該介護予防訪問リハビリテーション計画の変更を行うこととしたものである。⑨

【国Ｑ＆Ａ】（平成 27 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（平成 27 年４月１日））

＜リハビリテーション会議について＞
（問 82）介護支援専門員が開催する「サービス担当者会議」に参加し、リハビリテーション会議同等の構成員の参加とリハビリテーション計画に関する検討が行われた場合は、リハビリテーション会議を開催したものと考えてよいのか。
（回答）サービス担当者会議からの一連の流れで、リハビリテーション会議と同様の構成員によって、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を共有した場合は、リハビリテーション会議を行ったとして差し支えない。

（問 83）リハビリテーション会議に欠席した構成員がいる場合、サービス担当者会議と同様に照会という形をとるのか。
（回答）照会は不要だが、会議を欠席した居宅サービス等の担当者等には、速やかに情報の共有を図ることが必要である。

（１５）訪問リハビリテーション計画の作成　〈居宅条例第 77 条・予防条例第 78 条〉

○医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、当該医師の診療に基づき、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、当該サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問リハビリテーション計画を作成しなければなりません。
○既に居宅サービス計画が作成されている場合には、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成しなければなりません。
○医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を文書により得なければなりません。
○医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者に係る訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握しなければならない。
○医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、訪問リハビリテーション計画を作成したときは、当該訪問リハビリテーション計画を利用者に交付しなければなりません。
○指定訪問リハビリテーション事業者が、指定通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつリハビリテーション会議等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及び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並びに当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた訪問リハビリテーション計画を作成した場合については、居宅条例第 128 条（通所リハビリテーション計画の作成）第１項から第５項までに規定する運営に関する基準を満たすことをもって、前各項に規定する基準を満たしているものとみなすことができます。

【ポイント】老企 25 第３の４の３（３）

① 訪問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事業所の医師の診療に基づき、利用者ごとに作成すること。記載内容については別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）の様式例及び記載方法を参照すること。また、訪問リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。

→P.65「厚生労働省等が発行している各種ガイダンス・ガイドライン等について」参照

② 訪問リハビリテーション計画の作成にあたっては①が原則であるが、指定訪問リハビリテーション事業所とは別の医療機関の医師から計画的な医学的管理を受けている患者であって、例外として、当該事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の医師から情報の提供を受けて、当該情報をもとに訪問リハビリテーション計画を作成しても差し支えないものとすること。

→P.57（13）「診療未実施減算」参照

③ 訪問リハビリテーション計画は、居宅サービス計画に沿って作成されなければならないことから、訪問リハビリテーション計画を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該訪問リハビリテーション計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとすること。

④医療機関から退院した利用者に対し訪問リハビリテーション計画を作成する場合には、医療と介護の連携を図り、連続的で質の高いリハビリテーションを行う観点から、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握しなければならない。
その際、リハビリテーション実施計画書以外の退院時の情報提供に係る文書を用いる場合においては、当該文書にリハビリテーション実施計画書の内容（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式２－２－１の項目である「本人・家族等の希望」「健康状態、経過」「心身機能・構造」「活動」「リハビリテーションの短期目標」「リハビリテーションの長期目標」「リハビリテーションの方針」「本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）」「リハビリテーション実施上の留意点」「リハビリテーションの見直し・継続理由」「リハビリテーションの終了目安」）が含まれていなければならない。
ただし、当該医療機関からリハビリテーション実施計画書等が提供されない場合においては、当該医療機関の名称及び提供を依頼した日付を記録に残すこと。

⑤訪問リハビリテーション計画は医師の診療に基づき、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて作成されなければならないものであり、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、当該計画の作成に当たっては、その目標や内容等について、利用者及びその家族に理解しやすい方法で説明を行った上で利用者の同意を得なければならず、また、リハビリテーション計画書を利用者に交付しなければならない。なお、その実施状況や評価等についても説明を行うこと。

⑥指定訪問リハビリテーション事業者が、指定通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、指定訪問リハビリテーション及び指定通所リハビリテーションの目標並びに当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた訪問リハビリテーション計画を作成した場合については、通所リハビリテーション計画に係る基準を満たすことによって、訪問リハビリテーション計画に係る基準を満たしているとみなすことができる。
当該計画の作成に当たっては、各々の事業の目標を踏まえたうえで、共通目標を設定すること。また、その達成に向けて各々の事業の役割を明確にした上で、利用者に対して一連のサービスとして提供できるよう、個々のリハビリテーションの実施主体、目的及び具体的な提供内容等を１つの計画として分かりやすく記載するよう留意すること。

⑦指定訪問リハビリテーション及び指定通所リハビリテーションにおいて整合性のとれた計画に従いリハビリテーションを実施した場合には、居宅基準第 80 条第４項に規定する診療記録を一括して管理しても差し支えないものであること。

⑧居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、当該居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から訪問リハビリテーション計画の提供の求めがあった際には、当該訪問リハビリテーション計画を提供することに協力するよう努めるものとする。

５　サービス提供後

（１６）利用料等の受領〈居宅条例第 74 条・予防条例第 73 条〉

○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定（介護予防）訪問リハ

ビリテーションに係る居宅介護サービス費用基準額から当該指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者に支払われる居宅介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとします。

○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定（介護予防）訪問リハビリテーションに係る居宅介護サービス費用基準額又は健康保険法第 63 条第 1 項若しくは高齢者の医療の確保に関する法律第 64 条第 1 項に規定する療養の給付のうち指定訪問リハビリテーションに相当するものに要する費用の額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければなりません。

○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、前２項の支払を受ける額のほか、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定（介護予防）訪問リハビリテーションを行う場合は、それに要した交通費の額の支払を利用者から受けることができます。

○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、前項の交通費について説明を行い、当該利用者の同意を文書により得なければなりません。

【ポイント】

・利用者負担を免除することは、指定の取消等を直ちに検討すべきとされる重大な基準違反とされています。
・当該サービスの内容及び費用について、利用者又は家族に対し、あらかじめ説明を行い、利用者の同意を文書により得なければなりません。
・領収書又は請求書には、サービスを提供した日や利用者負担の算出根拠である請求単位等、利用者が支払う利用料、日常生活費、訪問リハビリテーションサービス外の費用等の内訳がわかるように区分される必要があります。

＊領収証の様式例：
平成 28 年度　介護保険最新情報 VOL.565
「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」参照
https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/hoken/unei/h28information.html

（１７）保険給付の請求のための証明書の交付
〈居宅条例第 22 条（第 80 条による準用）・予防条例第 47 条の２（第 76 条による準用）〉

○法定代理受領サービスに該当しない指定（介護予防）訪問リハビリテーションに係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定（介護予防）訪問リハビリテーションの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を当該利用者に対して交付しなければなりません。

（１８）利用者に関する市町村への通知
〈居宅条例第 27 条（第 80 条による準用）・予防条例第 47 条の３（第 76 条による準用）〉

○利用者が次のいずれかに該当する場合には、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければなりません。
①正当な理由なしに指定（介護予防）訪問リハビリテーションの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。
②偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

６　事業所運営

（１９）管理者の責務
〈居宅条例第 51 条（第 80 条による準用）・予防条例第 49 条（第 76 条による準用）〉

○管理者は、従業者の管理及び指定（介護予防）訪問リハビリテーションの利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければなりません。
○管理者は、従業者に運営に関する基準を遵守させるため必要な指揮命令を行わなければなりません。

（２０）運営規程〈居宅条例第 78 条・予防条例第 74 条〉

○指定訪問リハビリテーション事業者は、指定訪問リハビリテーション事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程（運営規程）を定めなければなりません。

ア　事業の目的、運営の方針
イ　従業者の職種、員数及び職務の内容
ウ　営業日及び営業時間
エ　指定（介護予防）訪問リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額
オ　通常の事業の実施地域
カ　虐待の防止のための措置に関する事項
キ　その他運営に関する重要事項（「事業所名称、事業所所在地」「サービス提供日、サービス提供時間」「事故発生時の対応」「従業者及び退職後の秘密の保持」「苦情・相談体制」「従業者の研修」等）

【ポイント】

・本市ホームページで、サービス別に運営規程の記載例を公開しています。作成時に参照してください。
https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/kyotaku/1shinki/kyotaku_sinki.html
・指定（介護予防）訪問リハビリテーションの事業の適正な運営及び利用者に対する適切な指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供を確保するため、ア～キまでに掲げる事項を内容とする規程を定めることを指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所ごとに義務づけたものですが、特に次の点に留意してください。
なお、同一事業者が同一敷地内にある事業所において、複数のサービス種類について事業者指定を受け、それらの事業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ありません。

＜イ　従業者の職種、員数及び職務の内容＞
・従業者の「員数」は日々変わりうるものであるため、業務負担軽減等の観点から、規程を定めるに当たっては、人員基準において置くべきとされている員数を満たす範囲において、「○人以上」と記載することも差し支えありません（重要事項説明書も同様です。）。

＜エ　利用料その他の費用の額＞
・「利用料」としては、法定代理受領サービスである指定（介護予防）訪問リハビリテーションに係る利用料（１割負担、２割負担又は３割負担）及び法定代理受領サービスでない指定（介護予防）訪問リハビリテーションの利用料を、「その他の費用の額」としては、徴収が認められている交通費の額及び必要に応じてその他のサービスに係る費用の額を規定するものです。

＜オ　通常の事業の実施地域＞
・通常の事業の実施地域は、客観的にその区域が特定されるものとしなければなりません。
なお、通常の事業の実施地域は、利用申込に係る調整等の観点からの目安であり、当該地域を越えてサービスが行われることを妨げるものではありません。

＜カ　虐待の防止のための措置に関する事項＞
・虐待の防止に係る、組織内の体制（責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等）や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法等を指します。
→P.33「（30）虐待の防止」参照

・運営規程の記載内容に変更が生じた際には、都度、運営規程も修正が必要です。（修正した年月日、内容を最後尾の附則に記載する等の方法により、改訂履歴を確認できるようにしてください。）
なお、一部変更事項（事業所名称、所在地、営業日、営業時間、利用定員、利用料等）を変更する場合には、本市に対して変更届の提出が必要です。詳細については本市ホームページに掲載している「変更届一覧表（訪問リハビリテーション）」を確認のうえ、所定の期間内に漏れなく変更届を提出してください。
https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/kyotaku/1shinki/kyotaku_sinki.html

（２１）勤務体制の確保等
〈居宅条例第 32 条（第 80 条による準用）・予防条例第 50 条の２（第 76 条による準用）〉

＜勤務体制の確保＞
○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、利用者に対し適切な指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供できるよう、事業所ごとに従業者の勤務の体制を定め、これを記録しておかなければなりません。
○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、事業所ごとに、当該事業所の従業者等によって指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供しなければなりません。

【ポイント】
・事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、指定（介護予防）訪問リハビリテーションに従事する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士を明確にするとともに、それらの者の職務の内容、日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係等を明確にしてください。
・雇用契約の締結等により事業所の指揮命令下にある従業者によりサービス提供を行ってください。
・指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、労働者派遣法に規定する派遣労働者（紹介予定派遣に係る者を除く。）であってはなりません。

【指導事例】
・　**併設の事業所の職務を兼務する従業員の状況が勤務表上で明確にされていなかった。**
　→勤務表上で兼務状況もわかるようにしてください。

＜研修機会の確保＞
○従業者の資質の向上のために研修の機会を確保しなければなりません。

【ポイント】
・従業者の質の向上を図るため、研修機関が実施する研修や当該事業所内の研修への参加の機会を計画的に確保してください。

＜ハラスメントの防止＞
○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、適切な指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより訪問介護員等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化その他の必要な措置を講じなければなりません。

【ポイント】

○雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和 47 年法律第 113 号）第 11 条第１項及び労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律（昭和 41 年法律第 132 号）第 30 条の２第１項の規定に基づき、事業主には、職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメント（以下「職場におけるハラスメント」という。）の防止のための雇用管理上の措置を講じることが義務づけられていることを踏まえた規定です。

○事業主が講ずべき措置の具体的内容及び事業主が講じることが望ましい取組は次のとおりです。なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、利用者やその家族等から受けるものも含まれることに留意してください。

イ　事業主が講ずべき措置の具体的内容

事業主が講ずべき措置の具体的な内容は、事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成 18 年厚生労働省告示第 615 号）及び事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和２年厚生労働省告示第５号。以下「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりですが、特に留意すべき内容は以下のとおりです。

ａ　事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発

職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発すること。

ｂ　相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備

相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。

→P.65「厚生労働省等が発行している各種ガイダンス・ガイドライン等について」参照

なお、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置義務については、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律第 24 号）附則第３条の規定により読み替えられた労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第 30 条の２第１項の規定により、中小企業（医療・介護を含むサービス業を主たる事業とする事業主については資本金が 5000 万円以下又は常時使用する従業員の数が 100 人以下の企業）は、令和４年４月１日から義務化となり、それまでの間は努力義務とされていますが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努めてください。

ロ　事業主が講じることが望ましい取組について

パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、

①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、

②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して１人で対応させない等）及び

③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）

が規定されています。

介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、イ（事業主が講ずべき措置の具体的内容）の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましいです。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページを参考にしてください。

→P.65「厚生労働省等が発行している各種ガイダンス・ガイドライン等について」参照

加えて、都道府県において、地域医療介護総合確保基金を活用した介護職員に対する悩み相談窓口設置事業や介護事業所におけるハラスメント対策推進事業を実施している場合、事業主が行う各種研修の費用等について助成等を行っていることから、事業主はこれらの活用も含め、介護事業所におけるハラスメント対策を推進することが望ましいです。

（２２）業務継続計画の策定等
〈居宅条例第 32 の２（第 80 条による準用）・予防条例第 50 条の２の２（第 76 条による準用）〉

○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、感染症、非常災害等の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（**業務継続計画**）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければなりません。
○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、看護師等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を定期的に実施しなければなりません。
○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じてその変更を行ってください。

【ポイント】

○事業者は、感染症や災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、従業者等に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しなければなりません。
○業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、事業所に実施が求められるものですが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えありません。
○感染症や災害が発生した場合には、従業者が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましいです。
○業務継続計画には、以下の項目等を記載します。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照してください。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定してください。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではありません。さらに、感染症に係る業務継続計画並びに感染症の予防及びまん延の防止のための指針については、それぞれに対応する項目を適切に設定している場合には、一体的に策定することとして差し支えありません。

イ　感染症に係る業務継続計画
　a　平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）
　b　初動対応
　c　感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）

ロ　災害に係る業務継続計画
　a　平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）
　b　緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）
　c　他施設及び地域との連携

→P. 65「厚生労働省等が発行している各種ガイダンス・ガイドライン等について」参照

○研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとします。
　職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年１回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましいです。また、研修の実施内容についても記録してください。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えありません。
○訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年１回以上）に実施してください。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えありません。また、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えありません。
○訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合

わせながら実施することが適切です。

（２３）衛生管理等
〈居宅条例第 33 条（第 80 条による準用）・予防条例第 50 条の３（第 76 条による準用）〉

○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、事業所の従業者等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければなりません。
○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めなければなりません。
○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、事業所において感染症が発生し、及びまん延しないように、次に掲げる措置を講じなければなりません。
・事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）をおおむね 6 月に 1 回以上開催するとともに、その結果について、従業者等に周知徹底を図ること。
・事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
・事業所において、従業者等に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施すること。

【ポイント】

イ　食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、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ってください。
ロ　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、これに基づき、適切な措置を講じてください。
→P.65「厚生労働省等が発行している各種ガイダンス・ガイドライン等について」参照
ハ　空調設備等により施設内の適温の確保に努めてください。

【関連情報】
→　食中毒・感染症の発生防止のための措置については、必要に応じ保健所の助言、指導を求めてください。
→　インフルエンザ、O-１５７、レジオネラ症の対策については、別途通知が出ています。
→「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」を以下よりご確認ください。
→P.65「厚生労働省等が発行している各種ガイダンス・ガイドライン等について」参照

【ポイント】

○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、従業者等の清潔の保持及び健康状態の管理並びに事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めるべきことを規定したものである。特に、指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、従業者等が感染源となることを予防し、また従業者等を感染の危険から守るため、使い捨ての手袋等感染を予防するための備品等を備えるなど対策を講じる必要がある。

＜感染症の予防及びまん延の防止のための措置＞
○感染症が発生し、又はまん延しないように講ずるべき措置については、具体的には次のイからハまでの取扱いとします。各事項について、同項に基づき事業所に実施が求められるものですが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えありません。
イ　感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会
当該事業所における感染対策委員会であり、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましいです。構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、感染対策担当者を決めて

おくことが必要です。なお、同一事業所内での複数担当(※)の兼務や他の事業所・施設等との担当(※)の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えありません。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、利用者や事業所の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任してください。

（※）身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望 ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又は その再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、 虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施する ための担当者

感染対策委員会は、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね６月に１回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要があります。

また、感染対策委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。

なお、感染対策委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えありません。また、事業所に実施が求められるものですが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えありません。

→P.65「厚生労働省等が発行している各種ガイダンス・ガイドライン等について」参照

ロ　感染症の予防及びまん延の防止のための指針

当該事業所における「感染症の予防及びまん延の防止のための指針」には、平常時の対策及び発生時の対応を規定します。

平常時の対策としては、事業所内の衛生管理（環境の整備等）、ケアにかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等が想定されます。また、発生時における事業所内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要です。

なお、それぞれの項目の記載内容の例については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照してください。

→P.65「厚生労働省等が発行している各種ガイダンス・ガイドライン等について」参照

ハ　感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練

訪問リハビリテーション従業者に対する「感染症の予防及びまん延の防止のための研修」の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとします。

職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該事業所が定期的な教育（年１回以上）を開催するとともに、新規採用時には感染対策研修を実施することが望ましいです。また、研修の実施内容についても記録することが必要です。

なお、研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、事業所内で行うものでも差し支えなく、当該事業所の実態に応じ行ってください。

また、平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年１回以上）に行うことが必要です。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとします。

訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切です

【関連情報】

「新型コロナウイルス関連ページ」については以下をご覧ください。

横浜市トップページ ＞ ビジネス ＞ 分野別メニュー ＞ 福祉・介護 ＞ 高齢者福祉・介護
＞ 介護事業者向け新型コロナウイルス関連情報
https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/kaigo-corona.html

（２４）掲示
〈居宅条例第 34 条（第 80 条による準用）・予防条例第 50 条の４（第 76 条による準用）〉

○事業所の利用者やその家族、利用申込者が見やすい場所に、
・運営規程の概要
・従業者の勤務の体制
・その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項（苦情処理の概要等）
を掲示しなければなりません。
○重要事項を記載した書面を事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、掲示に代えることができます。
○原則として、重要事項を、インターネットを利用する方法により周知しなければなりません。

【ポイント】

・ウェブサイトとは、法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システムのことをいいます。
・重要事項の掲示及びウェブサイトへの掲載を行うにあたっては、次に掲げる点に留意してください。
イ 事業所の見やすい場所とは、重要事項を伝えるべき介護サービスの利用申込者、利用者又はその家族に対して見やすい場所のことであること。
ロ 従業者等の勤務体制については、職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数を掲示する趣旨であり、訪従業者等の氏名まで掲示することを求めるものではないこと。
ハ 介護サービス情報制度における報告の対象外の事業所（前年（１月～12 月）の介護報酬受領額（利用者負担額を含む。）が 100 万円以下の事業所等）については、介護サービス情報制度における報告義務の対象ではないことから、重要事項の法人ホームページ等への掲載は行うことが望ましいです。なお、法人ホームページ等への掲載を行わない場合も、事業所の見やすい場所への、運営規程の概要、従業者等の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項の掲示は行う必要がありますが、これを重要事項を記載した書面をファイル等で事業所に備え付け、利用申込者、利用者又はその家族等がいつでも自由に閲覧可能な形で備え付けることや、電磁的方法により代えることができます。
・重要事項を記載したファイル等を介護サービスの利用申込者、利用者又はその家族等が自由に閲覧可能な形で事業所内に備え付けることで、掲示に代えることができることを規定したものです。

→P.12「（１）内容及び手続の説明及び同意」参照

（２５）秘密保持等
〈居宅条例第 35 条（第 80 条による準用）・予防条例第 50 条の５（第 76 条による準用）〉

○従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはなりません。
○過去に従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置（従業者でなくなった後においても秘密を保持すべき旨を従業者の雇用をする際に誓約させるなど）を講じなければなりません。
○なお、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得なければなりません。

【ポイント】

○「必要な措置」とは
→従業者でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を従業者の雇用時等に取り決め、例えば違約金についての定めを置くなどの措置を講ずるべきとされています。
○具体的には、指定訪問リハビリテーション事業者は、当該事業所の従業者が、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用時等に取り決め、例えば違約金についての定めをおくなどの措置を講ずべきこととするものです。
○従業者がサービス担当者会議等において、課題分析情報等を通じて利用者の有する問題点や解決すべき課題等の個人情報を、介護支援専門員や他のサービスの担当者と共有するためには、指定訪問リハビリテー

ション事業者は、あらかじめ、文書により利用者又はその家族から同意を得る必要がありますが、この同意は、サービス提供開始時に利用者及びその家族から包括的な同意を得ておくことで足りるものとします。

○個人情報保護法の遵守について

「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」が厚生労働省から示されています。

→P.65「厚生労働省等が発行している各種ガイダンス・ガイドライン等について」参照

（２６）居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止
〈居宅条例第37条（第80条による準用）・予防条例第50条の７（第76条による準用）〉

○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならない。

【ポイント】

このような行為は、指定の取消等を直ちに検討すべきとされる重大な基準違反です。

（２７）苦情処理
〈居宅条例第38条（第80条による準用）・予防条例第50条の８（第76条による準用）〉

○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、提供した指定（介護予防）訪問リハビリテーションに係る利用者又はその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければなりません。

○提供した指定（介護予防）訪問リハビリテーションに係る利用者又はその家族からの苦情を受け付けた場合には、苦情の内容等を記録しなければなりません。

○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、提供した指定（介護予防）訪問リハビリテーションに関し、市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者又はその家族からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければなりません。

○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告しなければなりません。

○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、提供した指定（介護予防）訪問リハビリテーションに係る利用者又はその家族からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会からの指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければなりません。

○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を当該国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

【ポイント】

○「必要な措置」とは、具体的には、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する措置の概要についても併せて記載するとともに、事業所に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載すること等です。なお、ウェブサイトへの掲載に関する取扱いについては下記参照とします。

→P.12「（１）内容及び手続の説明及び同意」及びP.30「（24）掲示」参照

○利用者及びその家族からの苦情に対し、指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者が組織として迅

速かつ適切に対応するため、当該苦情（指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者が提供したサービスとは関係のないものを除く。）の受付日、その内容等を記録することを義務づけられています。
　また、指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を自ら行うべきであるとされています。
なお、居宅条例の規定に基づき、苦情の内容等の記録は、**２年間**保存しなければなりません。
→P.35「（32）記録の整備」参照

○介護保険法上、苦情処理に関する業務を行うことが位置付けられている国民健康保険団体連合会のみならず、住民に最も身近な行政庁であり、かつ、保険者である市町村が、サービスに関する苦情に対応する必要が生ずることから、市町村についても国民健康保険団体連合会と同様に、指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者に対する苦情に関する調査や指導、助言を行えることを運営基準上、明確にしたものとされています。

（２８）地域との連携
〈居宅条例第 39 条（第 80 条による準用）・予防条例第 50 条の９（第 76 条による準用）〉

○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、その事業の運営に当たっては、提供した指定（介護予防）訪問リハビリテーションに関する利用者又はその家族からの苦情に関して、市等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市が実施する事業に協力するよう努めなければなりません。
○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して指定訪問リハビリテーションを提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても指定訪問リハビリテーションの提供を行うよう努めなければなりません。

【ポイント】
・介護サービス相談員を派遣する事業を積極的に受け入れる等、市町村との密接な連携に努めてください。
　なお、「市町村が実施する事業」には、介護サービス相談員派遣事業のほか、広く市町村が老人クラブ、婦人会その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業が含まれます。
・高齢者向け集合住宅等と同一の建物に所在する事業所が当該高齢者向け集合住宅等に居住する要介護者にサービスを提供する場合、当該高齢者向け集合住宅等に居住する要介護者のみを対象としたサービス提供が行われないよう、正当な理由がある場合を除き、地域包括ケア推進の観点から地域の要介護者にもサービス提供を行うよう努めなければなりません。

（２９）事故発生時の対応
〈居宅条例第 40 条（第 80 条による準用）・予防条例第 50 条の 10（第 76 条による準用）〉

指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、利用者に対する指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、
・市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等へ連絡を行い、必要な措置を講じなければなりません。
・事故の状況及び事故に際して採った処置について記録する必要があります。
・サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかにしなければなりません。

【ポイント】
・事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録は、２年間保存しなければなりません。
・事故が発生した場合の対応方法については、あらかじめ事業者として定めておくことが望ましいです。
・賠償すべき事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくか、又は賠償資力を有

することが望ましいです。
・事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じてください。
→事故報告は横浜市及び利用者保険者へ行ってください。

【横浜市ホームページ】事故報告について
横浜市トップページ ＞ ビジネス ＞ 分野別メニュー ＞ 福祉・介護 ＞ 高齢者福祉・介護 ＞ 介護保険関連情報 ＞ 運営関連情報 ＞ 介護保険事業者からの事故報告について
https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/hoken/unei/jiko.html

（３０）虐待の防止
〈居宅条例第 40 条の２(第 80 条による準用)・予防条例第 50 条の 10 の２(第 76 条による準用)〉

○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じなければなりません。

ア　当該指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、理学療法士等に周知徹底を図ること。
イ　当該指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
ウ　当該指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所において、理学療法士等に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。
エ　ア～ウに掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

【ポイント】老企 25　第３の一の３（31）（第３の四の３（６）による準用）

虐待は、介護保険法の目的の一つである高齢者の尊厳の保持や、高齢者の人格の尊重に深刻な影響を及ぼす可能性が極めて高く、指定訪問リハビリテーション事業者は虐待の防止のために必要な措置を講じなければなりません。虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等については、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成 17 年法律第 124 号。以下「高齢者虐待防止法」という。）に規定されているところであり、その実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、次に掲げる観点から虐待の防止に関する措置を講じます。

・　虐待の未然防止
指定訪問リハビリテーション事業者は高齢者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけながらサービス提供にあたる必要があり、研修等を通じて、従業者にそれらに関する理解を促す必要があります。同様に、従業者が高齢者虐待防止法等に規定する養介護事業の従業者としての責務・適切な対応等を正しく理解していることも重要です。

・虐待等の早期発見
指定訪問リハビリテーション事業所の従業者は、虐待等又はセルフ・ネグレクト等の虐待に準ずる事案を発見しやすい立場にあることから、これらを早期に発見できるよう、必要な措置（虐待等に対する相談体制、市町村の通報窓口の周知等）がとられていることが望ましい。また、利用者及びその家族からの虐待等に係る相談、利用者から市町村への虐待の届出について、適切な対応をします。

・虐待等への迅速かつ適切な対応
虐待が発生した場合には、速やかに市町村の窓口に通報される必要があり、指定訪問リハビリテーション事業者は当該通報の手続が迅速かつ適切に行われ、市町村等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めます。

以上の観点を踏まえ、虐待等の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するために次に掲げる事項を実施するものとします。

①　虐待の防止のための対策を検討する委員会（第１号）
虐待防止検討委員会は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成します。構成

メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的に開催することが必要です。また、虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望まれます。

一方、虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限らず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要です。

なお、虐待防止検討委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えありません。また、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えありません。また、虐待防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。

→P.65「厚生労働省等が発行している各種ガイダンス・ガイドライン等について」参照

虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討することとします。その際、そこで得た結果（事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、従業者に周知徹底を図る必要があります。

イ　虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること
ロ　虐待の防止のための指針の整備に関すること
ハ　虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
ニ　虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること
ホ　従業者が高齢者虐待を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に
　　関すること
ヘ　虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること
ト　前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

②　虐待の防止のための指針（第２号）

指定訪問リハビリテーション事業者が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込みます。

イ　事業所における虐待の防止に関する基本的考え方
ロ　虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項
ハ　虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
ニ　虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
ホ　虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
ヘ　成年後見制度の利用支援に関する事項
ト　虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
チ　利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
リ　その他虐待の防止の推進のために必要な事項

③　虐待の防止のための従業者に対する研修（第３号）

従業者に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、当該訪問リハビリテーション事業所における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとします。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該訪問リハビリテーション事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年１回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要です。

また、研修の実施内容についても記録することが必要です。研修の実施は、事業所内での研修で差し支えありません。

④　虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者（第４号）

指定訪問リハビリテーション事業所における虐待を防止するための体制として、①から③までに掲げる措置を適切に実施するため、担当者を置くことが必要です。当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましいです。なお、同一事業所内での複数担当(※)の

兼務や他の事業所・施設等との担当(※)の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えありません。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、利用者や事業所の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任してください。

（※）身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

【国Ｑ＆Ａ】（令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.３）（令和３年３月 26 日））

（問１）居宅療養管理指導や居宅介護支援などの小規模な事業者では、実質的に従業者が１名だけということがあり得る。このような事業所でも虐待防止委員会の開催や研修を定期的にしなければならないのか。

（回答）・虐待はあってはならないことであり、高齢者の尊厳を守るため、関係機関との連携を密にして、規模の大小に関わりなく虐待防止委員会及び研修を定期的に実施していただきたい。小規模事業所においては他者・他機関によるチェック機能が得られにくい環境にあることが考えられることから、積極的に外部機関等を活用されたい。

・例えば、小規模事業所における虐待防止委員会の開催にあたっては、法人内の複数事業所による合同開催、感染症対策委員会等他委員会との合同開催、関係機関等の協力を得て開催することが考えられる。

・研修の定期的実施にあたっては、虐待防止委員会同様法人内の複数事業所や他委員会との合同開催、都道府県や市町村等が実施する研修会への参加、複数の小規模事業所による外部講師を活用した合同開催等が考えられる。

（３１）会計の区分
〈居宅条例第 41 条(第 80 条による準用)・予防条例第 50 条の 11(第 76 条による準用)〉

指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所ごとに経理を区分するとともに、指定（介護予防）訪問リハビリテーションの事業（サービス種別ごと）の会計とその他の事業の会計を区分しなければなりません。

（参考）具体的な会計処理等の方法について
「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３月 28 日老振発第 18 号）」参照。
→P. 65「厚生労働省等が発行している各種ガイダンス・ガイドライン等について」参照

（３２）記録の整備〈居宅条例第 79 条・予防条例第 75 条〉

従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録、並びに利用者に対する指定（介護予防）訪問リハビリテーションサービスの提供に関する記録を整備し、そのうち、次に掲げる記録はその完結の日から一定期間保存しなければなりません。

種別	記録内容	保存年数
従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録	従業者の勤務の体制についての記録	完結の日から５年間
	居宅介護サービス費の請求に関して国民保険団体連合会に提出したものの写し	
利用者に対する訪問リハビリテーション	提供した具体的なサービスの内容等の記録	

サービスの提供に関する記録	（介護予防）訪問リハビリテーション計画	完結の日から２年間
	市町村への通知 **P.23「（18）利用者に関する市町村への通知」参照**	
	提供した訪問リハビリテーションサービスに関する利用者及びその家族からの苦情の内容等の記録	
	提供した訪問リハビリテーションに関する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録	
	身体的拘束等の態様等の記録	

【ポイント】

・「その完結の日」とは、個々の利用者につき、契約終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立等）により一連のサービス提供が終了した日を指します。
・指定訪問リハビリテーションの提供に関する記録には診療記録及びリハビリテーション会議の記録が含まれます。

（３３）電磁的記録等〈居宅条例第 257 条・予防条例第 247 条〉

＜電磁的記録＞

指定居宅サービス事業者は、作成、保存その他これらに類する行為のうち、居宅条例において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下本項において同じ。）で行うことが規定されているもの又は想定されるもの（被保険者証及び次項の＜電磁的方法＞に規定するものを除く。）については、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができます。

【ポイント】

＜電磁的記録について＞
・指定居宅サービス事業者の書面の保存等に係る負担の軽減を図るため、事業者は、居宅条例で規定する書面（被保険者証に関するものを除く。）の作成、保存等を次に掲げる電磁的記録により行うことができることとしたものです。
（１）　電磁的記録による作成は、
　・事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法　または
　・磁気ディスク等をもって調製する方法
　によることとします。
（２）　電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によることとします。
　①　作成された電磁的記録を事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法
　②　書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法
（３）　その他、居宅条例において電磁的記録により行うことができるとされているものは、（１）及び（２）に準じた方法によることとします。
（４）　また、電磁的記録により行う場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関す

るガイドライン」等を遵守してください。
→P.65「厚生労働省等が発行している各種ガイダンス・ガイドライン等について」参照

＜電磁的方法＞

指定居宅サービス事業者は、交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類する行為（以下この項において「交付等」という。）のうち、居宅条例において書面で行うことが規定されているもの又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法（電子的方法、磁気的方法その他人の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができます。

【ポイント】

＜電磁的方法について＞

・利用者及びその家族等（以下「利用者等」という。）の利便性向上並びに事業者の業務負担軽減等の観点から、事業者は、書面で行うことが規定されている又は想定される交付等（交付、説明、同意、承諾、締結その他これに類するものをいう。）について、**事前に利用者等の承諾を得た上で、**次に掲げる電磁的方法によることができることとしたものです。

（１）　電磁的方法による交付は、居宅条例の「内容及び手続の説明及び同意」の規定に準じた方法によることとします。
→P.12「（１）内容及び手続の説明及び同意」参照

（２）　電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられます。なお、「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月 19 日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にしてください。
＜参考＞押印についてのＱ＆Ａ（内閣府ホームページ）
https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kisei/imprint/i_index.html

（３）　電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等の間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいです。なお、「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月 19 日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にしてください。

（４）　その他、居宅条例において電磁的方法によることができるとされているものは、（1）から（3）までに準じた方法によることとします。ただし、居宅条例等の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこととします。

（５）　また、電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。
→P.65「厚生労働省等が発行している各種ガイダンス・ガイドライン等について」参照

Ⅳ 介護報酬算定上の留意点について

１　（介護予防）訪問リハビリテーション費の算定に当たって

（１）居宅でのサービス提供　〈厚告 19 別表４のイ注１、厚告 127 別表３のイ注１〉

○通院が困難な利用者に対して、指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、計画的な医学的管理を行っている当該事業所の医師の指示に基づき、指定（介護予防）訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。なお、指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師が診療を行っていない利用者であって、別に厚生労働大臣が定める基準（※１）に適合するものに対して指定（介護予防）訪問リハビリテーションを行った場合は、別途通知（※２）の規定にかかわらず、所定単位数を算定します。

○指定（介護予防）訪問リハビリテーションは、利用者の居宅において行われるものです。利用者の居宅以外で提供したサービスについて介護報酬を算定することはできません。

【厚生労働大臣が定める基準（※１）】

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ　医療機関に入院し、当該医療機関の医師の診療を受け、当該医療機関の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士からリハビリテーションの提供を受けた利用者であること。

ロ　当該利用者が入院していた医療機関から、当該指定訪問リハビリテーション事業所に対し、当該利用者に関する情報の提供が行われている利用者であること。

ハ　指定訪問リハビリテーションの提供を受けている日前の一月以内に、イに規定する医療機関から退院した利用者であること。

【別途通知（※２）】厚告 19 別表４のイ注 14、厚告 127 別表３のイ注 12

別に厚生労働大臣が定める基準（※１）に適合している指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、１回につき５０単位を所定単位数から減算する。

【指導事例】

・介護保険施設等に入所（院）中の入所（院）者に（介護予防）訪問リハビリテーションを行っていた。

（２）通院が困難な利用者　〈解釈通知第２の５（３）、予防解釈通知第２の４（３）〉

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

（３）他のサービスとの関係　〈厚告 19 別表４のイ注 13、厚告 127 別表３のイ注 11〉

○利用者が次のサービスを受けている間は、（介護予防）訪問リハビリテーション費は算定できません。

①（介護予防）短期入所生活介護、②（介護予防）短期入所療養介護、③（介護予防）特定施設入居者生活介

護、④（介護予防）認知症対応型共同生活介護、⑤地域密着型特定施設入居者生活介護、⑥地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

（４）算定上のルール　〈解釈通知第２の５（１）、予防解釈通知第２の４（１）〉

○次の場合にのみ（介護予防）訪問リハビリテーション費を算定します。

① 指定（介護予防）訪問リハビリテーションは、計画的な医学的管理を行っている当該指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師の指示の下で実施するとともに、当該医師の診療の日から３月以内に行われた場合に算定する。
また、例外として、指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供（指定（介護予防）訪問リハビリテーションの必要性や利用者の心身機能や活動等に係るアセスメント情報等）を受け、当該情報提供を踏まえて、当該リハビリテーション計画を作成し、指定（介護予防）訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った別の医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から３月以内に行われた場合に算定する。
この場合、少なくとも３月に１回は、指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師は、当該情報提供を行った別の医療機関の医師に対して（介護予防）訪問リハビリテーション計画等について情報提供を行う。

② 指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定（介護予防）訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか１以上の指示を行う。

③ ②における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示に基づき行った内容を明確に記録する。

③ 　指定（介護予防）訪問リハビリテーションは、指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、（介護予防）訪問リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、医療機関において、当該医療機関の医師の診療を受け、当該医療機関の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士からリハビリテーションの提供を受けた利用者に関しては、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について（P.66 参照）」の別紙様式２―２―１をもって、当該医療機関から情報提供を受けた上で、当該事業所の医師が利用者を診療し、記載された内容について確認して、指定訪問リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、例外として、別紙様式２―２―１をリハビリテーション計画書とみなして訪問リハビリテーション費の算定を開始してもよいこととする。
なお、その場合であっても、算定開始の日が属する月から起算して３月以内に、当該事業所の医師の診療に基づいて、次回の（介護予防）訪問リハビリテーション計画を作成する。

⑤ （介護予防）訪問リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直す。初回の評価は、（介護予防）訪問リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね２週間以内に、その後はおおむね３月ごとに評価を行う。

⑥ 指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して３月以上の指定（介護予防）訪問リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書に指定（介護予防）訪問リハビリテーションの継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、その他指定居宅サービスの併用と移行の見通しを記載する。

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

⑧ 指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所が介護老人保健施設又は介護医療院である場合にあって、医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問して指定（介護予防）

訪問リハビリテーションを行った場合には、訪問する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の当該訪問の時間は、介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準の算定に含めないこととする。なお、介護老人保健施設又は介護医療院による指定（介護予防）訪問リハビリテーションの実施にあたっては、介護老人保健施設又は介護医療院において、施設サービスに支障のないよう留意する。

⑨ 指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達する。

⑩ 居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する（介護予防）訪問リハビリテーションを提供するに当たっては、（介護予防）訪問リハビリテーション計画にその目的、頻度等を記録するものとする。

⑪ 利用者が指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した日又は訪問診療若しくは往診を受けた日に、（介護予防）訪問リハビリテーション計画の作成に必要な医師の診療が行われた場合には、当該複数の診療等と時間を別にして行われていることを記録上明確にする。

【ポイント】R6.3.27「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」の一部改正について　第４の10

〈リハビリテーションに関する留意事項について〉

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

・ただし、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合には、一定期間、6 医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用して行うことで円滑な移行が期待できることから、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日を含む月の翌々月まで、併用が可能であること。併用する場合には、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載することにより、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。ただし、当該利用開始日の翌月及び翌々月に算定できる疾患別リハビリテーション料は１月７単位までとする。

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

【国Ｑ＆Ａ】平成 30 年度介護報酬改定に関するＱ&Ａ（Vol. １）（平成 30 年３月 23 日）

（問 63）１日のうちに連続して 40 分以上のサービスを提供した場合、２回分として算定してもよいか。

（回答）ケアプラン上、複数回のサービス提供を連続して行うことになっていれば、各サービスが 20 分以上である限り、連続していてもケアプラン上の位置づけ通り複数回算定して差し支えない。ただし、訪問リハビリテーションは、１週に６回を限度として算定することとなっていることに注意されたい。

【国Ｑ＆Ａ】令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol. ２）（令和３年３月 23 日）

（問 24）訪問リハビリテーションの算定の基準に係る留意事項に、「理学療法士、作業療法士又は言語

聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること」があるが、その他の指定居宅サービスを利用していない場合や福祉用具貸与のみを利用している場合はどのような取扱いとなるのか。

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

【指導事例】

・医師の診療の日から３月を超過しているにも関わらず訪問リハビリテーション費を算定していた。
・同じ疾患に対して、医療保険のリハビリテーションと介護保険の（介護予防）訪問リハビリテーションを併用していた。
・１回当たり 20 分以上のサービスを行っていないにも関わらず、訪問リハビリテーション費を算定していた。

（５）記録の整備〈解釈通知第２の５（18）、予防解釈通知第２の４（16）〉

〇医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点を診療録に記入すること。
〇理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、訪問リハビリテーション計画書に基づき提供した具体的なサービスの内容等及び指導に要した時間を記録にとどめておくこと。なお、当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。
〇また、リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者、加算の算定に当たって根拠となった書類等）は利用者ごとに保管され、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。

（６）急性増悪等により特別の指示（特別指示書の交付）があった場合〈厚告 19 別表４のイ注 12、厚告 127 別表３のイ注 10、解釈通知第２の５（13）、予防解釈通知第２の４（11）〉

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

２　加算・減算

◎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の加算一覧表(厚告 19 別表４、厚労告 127 別表３)

加算名	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	市への届け出
（１）リハビリテーションマネジメント加算	○		必要
（２）リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明	○		必要
（３）短期集中リハビリテーション実施加算	○	○	不要
（４）認知症短期集中リハビリテーション実施加算	○		不要
（５）口腔連携強化加算	○	○	必要
（６）退院時共同指導加算	○	○	不要
（７）移行支援加算	○		必要
（８）サービス提供体制強化加算	○	○	必要
（９）特別地域訪問リハビリテーション加算	※本市内に該当する地域はありません。		
(10) 中山間地域等における小規模事業所加算	※本市内に該当する地域はありません。		
(11) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	※本市内に該当する地域はありません。		

減算名	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	市への届け出
(12) 同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物等に居住する利用者に対する減算	○	○	不要
(13) 診療未実施減算	○	○	不要
(14) 高齢者虐待防止措置未実施減算	○	○	必要
(15) 業務継続計画未策定減算	○	○	不要
(16) 利用開始 12 月を超えて介護予防訪問リハビリテーションを行った場合		○	不要

（１）リハビリテーションマネジメント加算
（２）リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明
【訪問リハビリテーションのみ】　〈厚告 19 別表４イ注９、老企 36 第２の５（10）〉

○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、指定訪問リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合は、リハビリテーションマネジメント加算として、次に掲げる区分に応じ、１月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算します。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できません。さらに、訪問リハビリテーション計画について、指定訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合、**270 単位／月**を加算します。

（１）リハビリテーションマネジメント加算（イ）：**180 単位／月**
（２）リハビリテーションマネジメント加算（ロ）：**213 単位／月**
（３）リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明：**270 単位／月**

【厚生労働大臣が定める基準（※）】厚生労働省告示第 95 号の 12

イ　リハビリテーションマネジメント加算（イ）　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
（１）リハビリテーション会議（指定居宅サービス等基準第八十条第七号に規定するリハビリテーション会議をいう。以下同じ。）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（同号に規定する構成員をいう。以下同じ。）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。
（２）訪問リハビリテーション計画（指定居宅サービス等基準第八十一条第一項に規定する訪問リハビリテーション計画をいう。以下同じ。）について、当該計画の作成に関与した医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。ただし、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明した場合は、説明した内容等について医師へ報告すること。
（３）三月に一回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、訪問リハビリテーション計画を見直していること。
（４）指定訪問リハビリテーション事業所（指定居宅サービス等基準第七十六条第一項に規定する指定訪問リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。）の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員（法第七条第五項に規定する介護支援専門員をいう。以下同じ。）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。
（５）次のいずれかに適合すること。
・指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画（法第八条第二十四項に規定する居宅サービス計画をいう。以下同じ。）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訪問リハビリテーション（指定居宅サービス等基準第七十五条に規定する指定訪問リハビリテーションをいう。以下同じ。）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。
・指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定訪問リハビリテーション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。
（６）（１）から（５）までに掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。

ロ　リハビリテーションマネジメント加算（ロ）　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
（１）イ（１）から（６）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
（２）利用者ごとの訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

【ポイント】解釈通知第２の５（10）

① リハビリテーションマネジメント加算は、リハビリテーションの質の向上を図るため、多職種が共同して、心身機能、活動・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継続的に管理していることを評価するものである。なお、ＳＰＤＣＡサイクルの構築を含む、リハビリテーションマネジメントに係る実務等については別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について（P.66 参照）」）も参照すること。

② リハビリテーション会議の構成員は、利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とすること。また、必要に応じて歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士等が参加すること。
なお、利用者の家族について、家庭内暴力等により参加が望ましくない場合や、遠方に住んでいる等のやむを得ない事情がある場合においては、必ずしもその参加を求めるものではないこと。
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、構成員がリハビリテーション会議を欠席した場合は、速やかに当該会議の内容について欠席者との情報共有を図ること。

③ リハビリテーション会議は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この③において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。なお、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応していること。

④ リハビリテーションマネジメント加算（ロ）の算定要件である厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム（Ｌｏｎｇ－ｔｅｒｍ　ｃａｒｅ　Ｉｎｆｏｒｍａｔｉｏｎ　ｓｙｓｔｅｍ　Ｆｏｒ　Ｅｖｉｄｅｎｃｅ）」（以下「ＬＩＦＥ」という。）を用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。
サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、ＳＰＤＣＡサイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。
提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。
→P.65「厚生労働省等が発行している各種ガイダンス・ガイドライン等について」参照

【国Ｑ＆Ａ】（平成 27 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（平成 27 年４月１日））

（問 81）リハビリテーション会議への参加は、誰でも良いのか。
（回答）利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等の担当者その他の関係者が構成員となって実施される必要がある。

（問 82）介護支援専門員が開催する「サービス担当者会議」に参加し、リハビリテーション会議同等の構成員の参加とリハビリテーション計画に関する検討が行われた場合は、リハビリテーション会議を開催したものと考えてよいのか。
（回答）サービス担当者会議からの一連の流れで、リハビリテーション会議と同様の構成員によって、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を共有した場合は、リハビリテーション会議を行ったとして差し支えない。

（問 83）リハビリテーション会議に欠席した構成員がいる場合、サービス担当者会議と同様に照会という形をとるのか。
（回答）照会は不要だが、会議を欠席した居宅サービス等の担当者等には、速やかに情報の共有を図ることが必要である。

【国Ｑ＆Ａ】（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 6）地域ケア会議とリハビリテーション会議が同時期に開催される場合であって、地域ケア会議の検討内容の１つが、通所リハビリテーションの利用者に関する今後のリハビリテーションの提供内容についての事項で、当該会議の出席者が当該利用者のリハビリテーション会議の構成員と同様であり、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した場合、リハビリテーション会議を開催したものと考えてよいのか。

（回答）貴見のとおりである。

【国Ｑ＆Ａ】（平成 30 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（平成 30 年３月 23 日））

（問 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。

（回答）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ものではない。
例えば、医師が状態の変動の範囲が予想できると判断した利用者について、適当な期間にわたり、リハビリテーションの指示を事前に出しておき、リハビリテーションを提供した理学療法士等の記録等に基づいて、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。

【国Ｑ＆Ａ】（令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和３年３月 23 日））

（問 13）リハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）の算定要件では、医師がリハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族へ説明することとされている。リハビリテーション会議の構成員の参加については、テレビ電話装置等を使用しても差し支えないとされているが、リハビリテーション計画の内容について医師が利用者又はその家族へテレビ電話装置等を介して説明した場合、リハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）の算定要件を満たすか。

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

（問 24）訪問リハビリテーションの算定の基準に係る留意事項に、「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること」があるが、その他の指定居宅サービスを利用していない場合や福祉用具貸与のみを利用している場合はどのような取扱いとなるのか

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

【国Ｑ＆Ａ】令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月 15 日）

（問 78）リハビリテーションマネジメント加算の算定要件について、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問し、その他指定居宅サービス従業者あるいは利用者の家族に対し指導や助言することとなっているが、その訪問頻度はどの程度か。

（回答）訪問頻度については、利用者の状態等に応じて、通所リハビリテーション計画に基づき適時適切に実施すること。
※令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和３年３月 23 日）問２の修正

（問 79）理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による居宅への訪問時間は人員基準の算定外となるのか。

（回答）訪問時間は、通所リハビリテーション、病院、診療所及び介護老人保健施設、介護医療院の人員基準の算定に含めない。
※令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和３年３月 23 日）問３の修正

（問 81）リハビリテーションマネジメント加算の算定要件において、「リハビリテーション計画について、利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること」とあるが、当該説明等は利用者又は家族に対して、電話等による説明でもよいのか。

（回答）利用者又はその家族に対しては、原則面接により直接説明することが望ましいが、遠方に住む等のやむを得ない理由で直接説明できない場合は、電話等による説明でもよい。
ただし、利用者に対する同意については、書面等で直接行うこと。
※令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和３年３月 23 日）問１の修正

（問 82）同一の事業所内において、利用者ごとに異なる区分のリハビリテーションマネジメント加算を算定することは可能か。

（回答）可能。
※令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和３年３月 23 日）問４の修正

（問 83）事業者の異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションを併用している利用者に対し、それぞれの事業所がリハビリテーションマネジメント加算を算定している場合、当該加算の算定に関わるリハビリテーション会議を合同で開催することは可能か。

（回答）居宅サービス計画に事業者の異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用が位置づけられている場合であって、それぞれの事業者が主体となって、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、リハビリテーション計画を作成等するのであれば、リハビリテーション会議を合同で実施しても差し支えない。
※令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和３年３月 23 日）問５の修正

（問 84）リハビリテーションマネジメント加算（イ）、（ロ）及び（ハ）について、同一の利用者に対し、加算の算定要件の可否によって、月ごとに算定する加算を選択することは可能か。

（回答）可能である。
※令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和３年３月 23 日）問９の修正

（問 85）同一利用者に対して、複数の事業所が別々に通所リハビリテーションを提供している場合、各々の事業者がリハビリテーションマネジメント加算の算定要件を満たしていれば、リハビリテーションマネジメント加算を各々算定できるか。

（回答）それぞれの事業所でリハビリテーションマネジメント加算の算定要件を満たしている場合においては、当該加算を各々算定することができる。
ただし、前提として、複数事業所の利用が認められるのは、単一の事業所で十分なリハビリテーションの提供ができない等の事情がある場合であり、適切な提供となっているかは十分留意すること。
単一の事業所で十分なリハビリテーションの提供ができない場合とは、理学療法・作業療法の提供を行っている事業所において、言語聴覚士の配置がないため、言語聴覚療法に関しては別の事業所において提供されるケース等が考えられる。
※令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和３年３月 23 日）問 11 の修正

（問 86）訪問・通所リハビリテーションの利用開始時点でリハビリテーションマネジメント加算を算定していない場合において、利用の途中からリハビリテーションマネジメント加算の算定を新たに開始することは可能か。

（回答）可能である。
なお、通所リハビリテーションの利用開始時に利用者の同意を得た日の属する月から６月間を超えた後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は、原則としてリハビリテーションマネジメント加算(イ)、(ロ)、(ハ)の（Ⅱ）を算定する。
※令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和３年３月 23 日）問 16 の修正

（問 88）リハビリテーションマネジメント加算については、当該加算を取得するに当たって、初めて通所リハビリテーション計画を作成して同意を得た日の属する月から取得することとされているが、通所リハビリテーションの提供がない場合でも、当該月に当該計画の説明と同意のみを得れば取得できるのか。

（回答）取得できる。
リハビリテーションマネジメント加算は、「通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月」から取得することとしているため、通所リハビリテーションの提供がなくても、通所リハビリテーションの提供開始月の前月に同意を得た場合は、当該月より取得が可能である。
※令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和３年３月 23 日）問 10 の修正

（問 91）「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について（P.66 参照）」に示されたリハビリテーション計画書の様式について、所定の様式を活用しないとリハビリテーションマネジメント加算や移行支援加算等を算定することができないのか。
（回答）様式は標準例をお示ししたものであり、同様の項目が記載されたものであれば、各事業所で活用されているもので差し支えない。
※令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和３年３月 23 日）問６の修正

【国Ｑ＆Ａ】令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.５）（令和６年４月 30 日）

（問２）リハビリテーションマネジメント加算を算定する際、リハビリテーション計画について、リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合、１月につき 270 単位が加算できるとされている。医師による説明があった月のみ、270 単位が加算されるのか。
（回答）リハビリテーションの基本報酬の算定の際、３月に１回以上の医師の診療及び３月に１ 回以上のリハビリテーション計画の見直しを求めていることから、３月に１回以上、リハビリテーション計画について医師が説明を行っていれば、リハビリテーションマネジメント加算に、毎月 270 単位を加算することができる。

（３）短期集中リハビリテーション実施加算　【共通】
〈厚告 19 別表４イ注８、厚告 127 別表３イ注８〉

○利用者に対して、リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患の治療のために入院もしくは入所した病院、診療所若しくは介護保険施設から退院若しくは退所した日（以下「退院（所）日」という。）又は法第 19 条第１項に規定する要介護認定（以下「要介護認定」という。）の効力が生じた日（当該利用者が新たに要介護認定を受けた者である場合に限る。以下「認定日」という。）から起算して３月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合に加算します。

○短期集中リハビリテーション実施加算：**200 単位／日**

【ポイント】

・「初回の要介護認定日」とは、介護保険法第 19 条第１項に規定する要介護認定を受けた日のことであり、要介護認定の効力が発生する有効期間の開始日を指します。要介護認定の更新や要介護１～５の間での区分変更は含みませんが、要支援への区分変更など認定の失効をはさんだ後の初回認定は含みます。
・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などの治療等のための入院（入所）に該当するかについては、訪問リハビリテーションの配置医師が、入院先又は入所していた施設の医師からの診療情報提供等に基づいて判断してください。
・単なる検査入院などは、リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患などの治療等のための入院（入所）には該当しません。

【ポイント】解釈通知第２の５（９）、予防解釈通知第２の４（９）

〈訪問リハビリテーション〉
① 短期集中リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて、基本的動作能力（起居、歩行、発話等を行う能力をいう。以下同じ。）及び応用的動作能力（運搬、トイレ、掃除、洗濯、コミュニケーション等を行うに当たり基本的動作を組み合わせて行う能力をいう。以下同じ。）を向上させ、身体機能を回復するための集中的なリハビリテーションを実施するものであること。
② 「リハビリテーションを集中的に行った場合」とは、退院（所）日又は認定日から起算して３月以内の期間に、１週につきおおむね２日以上、１日当たり 20 分以上実施するものでなければならない。

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

【国Ｑ＆Ａ】平成 18 年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.１）（平成 18 年３月 22 日）

（問６）短期集中リハビリテーション実施加算について、退院(所）後に認定がなされた場合の起算点はどちらか。逆の場合はどうか。
（回答）退院後に認定が行われた場合、認定が起算点となり、逆の場合は、退院（所）日が起算点である。

【国Ｑ＆Ａ】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 17）短期集中個別リハビリテーション実施加算の算定に当たって、①本人の自己都合、②体調不良等のやむを得ない理由により、定められた実施回数、時間等の算定要件に適合しなかった場合はどのように取り扱うか。
（回答）短期集中個別リハビリテーション実施加算の算定に当たっては、正当な理由なく、算定要件に適合しない場合には、算定は認められない。算定要件に適合しない場合であっても、①やむを得ない理由によるもの（利用者の体調悪化等）、②総合的なアセスメントの結果、必ずしも当該目安を超えていない場合であっても、それが適切なマネジメントに基づくもので、利用者の同意を得ているもの（一時的な意欲減退に伴う回数調整等）であれば、リハビリテーションを行った実施日の算定は認められる。なお、その場合は通所リハビリテーション計画の備考欄等に、当該理由等を記載する必要がある。
※平成 18 年度改定関係 Q&A(Vol.3)（平成 18 年 4 月 21 日）問９を一部修正

（４） 認知症短期集中リハビリテーション実施加算　【訪問リハビリテーションのみ】〈厚告 19 別表４の注 10〉

○認知症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、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その退院（所）日又は訪問開始日から起算して３月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算として、１週に２日を限度として、所定単位数に加算できます。ただし、短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定できません。

○認知症短期集中リハビリテーション実施加算：**240 単位／日**

【ポイント】解釈通知　第２の５（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、訪問リハビリテーション計画に基づき、リハビリテーションを行った場合に、１週間に２日を限度として算定できるものであること。
③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。
④本加算は、その退院（所）日又は訪問開始日から起算して３月以内の期間に、リハビリテーションを集中

的に行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。

（５）口腔連携強化加算　【共通】〈厚告 19 別表４の注 11、厚告 127 別表３の注９〉

○別に厚生労働大臣が定める基準（※）に適合しているものとして、都道府県知事に届け出た指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果の情報提供を行ったときは、口腔連携強化加算として、１月に１回に限り所定単位数に加算できます。

○口腔連携強化加算：**50 単位／月**

【厚生労働大臣が定める基準（※）】

イ　指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の従業者が利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科診療報酬点数表の区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に相談できる体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。

ロ　次のいずれにも該当しないこと。

（１）他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、栄養状態のスクリーニングを行い、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）を算定している場合を除き、口腔・栄養スクリーニング加算を算定していること。

（２）当該利用者について、口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除き、指定居宅療養管理指導事業所が歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定していること。

（３）当該事業所以外の介護サービス事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していること。

【ポイント】解釈通知　第２の５（12）、予防解釈通知　第２の４（10）

①　口腔連携強化加算の算定に係る口腔の健康状態の評価は、利用者に対する適切な口腔管理につなげる観点から、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

②　口腔の健康状態の評価の実施に当たっては、必要に応じて、厚生労働大臣が定める基準における歯科医療機関（以下「連携歯科医療機関」という。）の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談すること。なお、連携歯科医療機関は複数でも差し支えない。

③　口腔の健康状態の評価をそれぞれ利用者について行い、評価した情報を歯科医療機関及び当該利用者を担当する介護支援専門員に対し、別紙様式６等により提供すること。

④　歯科医療機関への情報提供に当たっては、利用者又は家族等の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見等を踏まえ、連携歯科医療機関・かかりつけ歯科医等のいずれか又は両方に情報提供を行うこと。

⑤　口腔の健康状態の評価は、それぞれ次に掲げる確認を行うこと。ただし、ト及びチについては、利用者の状態に応じて確認可能な場合に限って評価を行うこと。

イ　開口の状態
ロ　歯の汚れの有無
ハ　舌の汚れの有無
ニ　歯肉の腫れ、出血の有無
ホ　左右両方の奥歯のかみ合わせの状態
ヘ　むせの有無
ト　ぶくぶくうがいの状態

チ　食物のため込み、残留の有無
口腔の健康状態の評価を行うに当たっては、別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について（P.66 参照）」）及び「入院（所）中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の確認に関する基本的な考え方（P.65 参照）」（令和６年３月日本歯科医学会）等を参考にすること。

⑥ 口腔の健康状態によっては、主治医の対応を要する場合もあることから、必要に応じて介護支援専門員を通じて主治医にも情報提供等の適切な措置を講ずること。

⑦ 口腔連携強化加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議等を活用し決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔の健康状態の評価を継続的に実施すること。

（６）退院時共同指導加算　【共通】〈厚告 19 別表４のロ、厚告 127 別表３のロ〉

○病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導（病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者との間で当該者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、当該者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅での（介護予防）訪問リハビリテーション計画に反映させることをいう。）を行った後に、当該者に対する初回の指定（介護予防）訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき１回に限り、所定単位数を加算する。

○退院時共同指導加算：**600 単位／回**

【ポイント】解釈通知　第２の５（15）、予防解釈通知　第２の４（14）

① （介護予防）訪問リハビリテーションにおける退院時共同指導とは、病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者との間で当該者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、当該者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅での（介護予防）訪問リハビリテーション計画に反映させることをいう。

② 退院時共同指導は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該者又はその家族の同意を得なければならない。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

③ 退院時共同指導を行った場合は、その内容を記録すること。

④ 当該利用者が（介護予防）通所及び（介護予防）訪問リハビリテーション事業所を利用する場合において、各事業所の医師等がそれぞれ退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合は、各事業所において当該加算を算定可能である。ただし、（介護予防）通所及び（介護予防）訪問リハビリテーション事業所が一体的に運営されている場合においては、併算定できない。

（７）移行支援加算　【訪問リハビリテーションのみ】〈厚告 19 別表４のハ〉

○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、指定訪問リハビリテーション事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所等への移行等を支援した場合は、移行支援加算として、評価対象期間の末日が属する年度の次の年度内に限り、加算できます。

○移行支援加算：**17 単位／日**

【評価対象期間】

当該加算を算定する年度の初日の属する年の前年の１月１日～12 月 31 日までの期間

（厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、届け出た年においては、届出の日から同年 12 月までの期間）

例）令和３年度に算定する場合⇒令和２年１月１日～令和２年 12 月 31 日

【厚生労働大臣が定める基準（※）】厚生労働省告示第 95 号の 13

イ　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１）評価対象期間において指定訪問リハビリテーションの提供を終了した者（以下「訪問リハビリテーション終了者」という。）のうち、指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防通所リハビリテーション、指定介護予防認知症対応型通所介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、第一号通所事業その他社会参加に資する取組（以下「指定通所介護等」という。）を実施した者の占める割合が、100 分の５を超えていること。

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

（２）評価対象期間中に指定訪問リハビリテーションの提供を終了した日から起算して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の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、訪問リハビリテーション終了者に対して、当該訪問リハビリテーション終了者の指定通所介護等の実施状況を確認し、記録していること。

ロ　１２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が１００分の２５以上であること。

$$\frac{12}{\text{平均利用月数}} \geqq 25\%$$

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

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

【ポイント】解釈通知第２の５（16）

① 移行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 厚生労働大臣が定める基準告示第 13 号イ（１）の基準において、指定通所介護等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指定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指定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　「指定通所介護等の実施」状況の確認に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、リハビリテーション計画書のアセスメント項目を活用しながら、リハビリテーションの提供を終了した時と比較して、ＡＤＬ及びＩＡＤＬが維持又は改善していることを確認すること。なお、電話等での実施を含め確認の手法は問わないこと。

⑥　「当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供」については、利用者の円滑な移行を推進するため、指定訪問リハビリテーション終了者が通所介護等へ移行する際に、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について（P.66 参照）」の別紙様式２－２―１及び２－２－２のリハビリテーション計画書等の情報を利用者の同意の上で通所介護等の事業所へ提供すること。

なお、その際には、リハビリテーション計画書の全ての情報ではなく、本人・家族等の希望、健康状態・経過、リハビリテーションの目標、リハビリテーションサービス等の情報を抜粋し、提供することで差し支えない。

【国Ｑ＆Ａ】令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（vol.２）（令和３年３月 23 日）

（問 12）移行支援加算に係る解釈通知における、「（ⅰ）当該事業所における評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計」は、具体的にはどのように算出するか。

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

$$\frac{\text{１２月}}{\text{平均利用月数}} \geqq \text{２５％}$$

（通所リハビリテーションは≧２７％）

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

（評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数のイメージ）

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

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

（回答）貴見の通りである。

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

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

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

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

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

（回答）貴見の通りである。

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

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

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

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

（回答）よい。

【国Ｑ＆Ａ】令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（vol. ３）（令和３年３月 26 日）

（問 14）移行支援加算における評価対象期間において指定訪問リハビリテーションの提供を終了した者には、当該事業所の指定訪問リハビリテーション利用を中断したのちに再開した者も含まれるのか。

（回答）移行支援加算における評価対象期間において指定訪問リハビリテーションの提供を終了した者とは、当該訪問リハビリテーション事業所の利用を終了し、評価対象期間に利用を再開していない者をいう。なお通所リハビリテーションにおいても同様に取り扱う。

なお、終了後に３月以上が経過した場合で、リハビリテーションが必要であると医師が判断し当該事業所の利用を再開した時は、新規利用者とみなすことができる。この場合は評価対象期間に再開した場合でも、終了した者として取り扱う。

【国Ｑ＆Ａ】令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（vol.1）（令和６年３月 15 日）

（問 91）「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」に示されたリハビリテーション計画書の様式について、所定の様式を活用しないとリハビリテーションマネジメント加算や移行支援加算等を算定することができないのか。

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

（８）サービス提供体制強化加算　【共通】〈厚告 19 別表４のニ、厚告 127 別表３のハ〉

○別に厚生労働大臣が定める基準（※）に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定（介護予防）訪問リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1 回につき次に掲げる所定単位数を加算します。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できません。

○サービス提供体制強化加算（Ⅰ）：**６単位／回**
○サービス提供体制強化加算（Ⅱ）：**３単位／回**

【厚生労働大臣が定める基準（※）】

イ　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）
指定（介護予防）訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続年数７年以上の者がいること。

ロ　サービス提供体制強化加算（Ⅱ）
指定（介護予防）訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続年数３年以上の者がいること。

【ポイント】解釈通知　第２の５（17）、予防解釈通知　第２の４（15）

・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。
・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、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを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。
・指定訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）にあっては勤続年数が７年以上の者が１名以上、サービス提供体制強化加算（Ⅱ）にあっては勤続年数が３年以上の者が１名以上いれば算定可能であること。

【国Ｑ＆Ａ】令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（vol.３）（令和３年３月 26 日）

（問 126）「10 年以上介護福祉士が 30%」という最上位区分の要件について、勤続年数はどのように計算するのか。

（回答）サービス提供体制強化加算における、勤続 10 年以上の介護福祉士の割合に係る要件については、介護福祉士の資格を有する者であって、同一法人等での勤続年数が 10 年以上の者の割合を要件としたものであり、介護福祉士の資格を取得してから 10 年以上経過していることを求めるものではないこと。

「同一法人等での勤続年数」の考え方について、同一法人等（※）における異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる雇用形態、職種（直接処遇を行う職種に限る。）における勤続年数、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の勤続年数は通算することができる。

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

定処遇改善加算において、当該事業所における経験・技能のある介護職員の「勤続年数 10 年の考え方」とは異なることに留意すること。

（９）特別地域訪問リハビリテーション加算　【共通】
〈厚告 19 別表４のイ注５、厚告 127 別表３のイ注５〉

※本市内に該当する地域はありません。

○別に厚生労働大臣が定める地域に所在する指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所（その一部として使用される事務所が当該地域に所在しない場合は、当該事務所を除く。）又はその一部として使用される事務所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定（介護予防）訪問リハビリテーションを行った場合は、特別地域（介護予防）訪問リハビリテーション加算として、１回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に加算します。

（10）中山間地域等における小規模事業所に対する加算　【共通】
〈厚告 19 別表４のイ注６、厚告 127 別表３のイ注６〉

※本市内に該当する地域はありません。

○別に厚生労働大臣が定める地域に所在し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所（その一部として使用される事務所が当該地域に所在しない場合は、当該事務所を除く。）又はその一部として使用される事務所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定（介護予防）訪問リハビリテーションを行った場合は、１回につき所定単位数の 100 分の 10 に相当する単位数を所定単位数に加算します。

（11）中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算　【共通】
〈厚告 19 別表４のイ注７、厚告 127 別表３のイ注７〉

※本市内に該当する地域はありません。

○指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域（指定居宅（介護予防）サービス基準第 82 条第５号に規定する通常の事業の実施地域をいう。）を越えて、指定（介護予防）訪問リハビリテーションを行った場合は、１回につき所定単位数の 100 分の５に相当する単位数を所定単位数に加算します。

（12）同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物等に居住する利用者に対する減算　【共通】　〈厚告 19 別表４のイ注４、厚告 127 別表３のイ注４〉

○事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物（以下「同一敷地内建物等」という。）に居住する利用者（事業所における１月当たりの利用者が同一敷地内建物等に 50 人以上居住する建物に居住する利用者を除く。）又は事業所における１月当たりの利用者が同一の建物に 20 人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く。）に居住する利用者に対して、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、１回につき所定単位数の **100 分の 90 に相当する単位数**を算定し、事業所における１月当たりの利用者が同一敷地内建物等に 50 人以上居住する建物に居住する利用者に対して、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、１回につき所定単位数の **100 分の 85 に相当する単位数**を算定します。

【ポイント】解釈通知　第２の５（２）、予防解釈通知　第２の４（２）

① 同一敷地内建物等の定義
事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物及び同一敷地内並びに隣接する敷地（当該事業所と建築物が道路等を挟んで設置している場合を含む。）にある建築物のうち効率的なサービス提供が可能なものを指すものである。具体的には、一体的な建築物として、当該建物の１階部分に事業所がある場合や当

該建物と渡り廊下でつながっている場合など、同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物として、同一敷地内にある別棟の建築物や幅員の狭い道路を挟んで隣接する場合などが該当します。

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

イ 「当該指定訪問リハビリテーション事業所における利用者が同一建物に 20 人以上居住する建物」とは、①に該当するもの以外の建築物を指すものであり、当該建築物に当該指定訪問リハビリテーション事業所の利用者が 20 人以上居住する場合に該当し、同一敷地内にある別棟の建物や道路を挟んで隣接する建物の利用者数を合算するものではない。

ロ この場合の利用者数は、１月間（暦月）の利用者数の平均を用いる。この場合、１月間の利用者の数の平均は、当該月における１日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り捨てるものとする。また、当該指定訪問リハビリテーション事業所が、介護予防訪問リハビリテーション事業と一体的な運営をしている場合、介護予防訪問リハビリテーション事業の利用者を含めて計算すること。

③ 当該減算は、指定訪問リハビリテーション事業所と建築物の位置関係により、効率的なサービス提供が可能であることを適切に評価する趣旨であることに鑑み、本減算の適用については、位置関係のみをもって判断することがないよう留意すること。具体的には、次のような場合を一例として、サービス提供の効率化につながらない場合には、減算を適用すべきではないこと。

（同一敷地内建物等に該当しないものの例）

・同一敷地であっても、広大な敷地に複数の建物が点在する場合

・隣接する敷地であっても、道路や河川などに敷地が隔てられており、横断するために迂回しなければならない場合

④ ①及び②のいずれの場合においても、同一の建物については、当該建築物の管理、運営法人が当該指定訪問リハビリテーション事業所の指定訪問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こと。

⑤ 同一敷地内建物等に 50 人以上居住する建物の定義

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

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

減算等の内容	算定要件
①・③10%減算 ②15%減算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者（②に該当する場合を除く。） ②上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合 ③上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者 （当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）

（「平成 30 年度介護報酬改定の主な事項について」より引用）

【国Ｑ＆Ａ】平成 27 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（平成 27 年４月１日）

（問５）月の途中に、集合住宅減算の適用を受ける建物に入居した又は当該建物から退居した場合、月の全てのサービス提供部分が減算の対象となるのか。

（回答）集合住宅減算については、利用者が減算対象となる建物に入居した日から退居した日までの間に受けたサービスについてのみ減算の対象となる。

月の定額報酬であるサービスのうち、介護予防訪問介護費、夜間対応型訪問介護費（Ⅱ）及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護費については、利用者が減算対象となる建物に居住する月があるサービスに係る報酬（日割り計算が行われる場合は日割り後の額）について減算の対象となる。

なお、夜間対応型訪問介護費（Ⅰ）の基本夜間対応型訪問介護費については減算の対象とならな

い。また、（介護予防）小規模多機能型居宅介護費については利用者の居所に応じた基本報酬を算定する。

（問６）集合住宅減算について、「同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物」であっても「サービス提供の効率化につながらない場合には、減算を適用すべきではないこと」とされているが、具体的にはどのような範囲を想定しているのか。

（回答）集合住宅減算は、訪問系サービス（居宅療養管理指導を除く）について、例えば、集合住宅の１階部分に事業所がある場合など、事業所と同一建物に居住する利用者を訪問する場合には、地域に点在する利用者を訪問する場合と比べて、移動等の労力（移動時間）が軽減されることから、このことを適正に評価するために行うものである。

従来の仕組みでは、事業所と集合住宅（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。以下同じ。）が一体的な建築物に限り減算対象としていたところである。

今般の見直しでは、事業所と同一建物の利用者を訪問する場合と同様の移動時間により訪問できるものについては同様に評価することとし、「同一敷地内にある別棟の集合住宅」、「隣接する敷地にある集合住宅」、「道路等を挟んで隣接する敷地にある集合住宅」のうち、事業所と同一建物の利用者を訪問する場合と同様に移動時間が軽減されるものについては、新たに、減算対象とすることとしたものである。

このようなことから、例えば、以下のケースのように、事業所と同一建物の利用者を訪問する場合とは移動時間が明らかに異なるものについては、減算対象とはならないものと考えている。

・広大な敷地に複数の建物が点在するもの（例えば、ＵＲ（独立行政法人都市再生機構）などの大規模団地や、敷地に沿って複数のバス停留所があるような規模の敷地）

・幹線道路や河川などにより敷地が隔てられており、訪問するために迂回しなければならないもの

（問７）「同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物」に該当するもの以外の集合住宅に居住する利用者に対し訪問する場合、利用者が１月あたり２０人以上の場合減算の対象となるが、算定月の前月の実績で減算の有無を判断することとなるのか。

（回答）算定月の実績で判断することとなる。

（問８）「同一建物に居住する利用者が 1 月あたり 20 人以上である場合の利用者数」とは、どのような者の数を指すのか。

（回答）この場合の利用者数とは、当該指定訪問リハビリテーション事業所とサービス提供契約のある利用者のうち、該当する建物に居住する者の数をいう。（サービス提供契約はあるが、当該月において、訪問介護費の算定がなかった者を除く。）

（問11）集合住宅減算について、サービス提供事業所と建物を運営する法人がそれぞれ異なる法人である場合にはどのような取扱いとなるのか。

（回答）サービス提供事業所と建物を運営する法人が異なる場合も減算対象となる。

【国Ｑ＆Ａ】（平成 30 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol. １）（平成 30 年３月 23 日））

（問２）集合住宅減算についてはどのように算定するのか。

（回答）集合住宅減算の対象となるサービスコードの所定単位数の合計に対して減算率を掛けて算定をすること。なお、区分支給限度基準額を超える場合、区分支給限度基準額の管理に際して、区分支給限度基準額の超過分に同一建物減算を充てることは出来ないものとする。

(13) 診療未実施減算　【共通】〈厚告 19 別表４のイ注 14、厚告 127 別表３のイ注 12〉

○別に厚生労働大臣が定める基準（※1）に適合している指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して、指定（介護予防）訪問リハビリテーションを行った場合は、**50 単位／回**を所定単位数から減算します。

【厚生労働大臣が定める基準（※１）】

イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

（２）当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。

（３）当該情報の提供を受けた指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、訪問リハビリテーション計画を作成すること。

ロ イの規定に関わらず、令和６年４月１日から令和９年３月 31 日までの間に、次に掲げる基準のいずれにも適合する場合には、同期間に限り、指定居宅サービス介護給付費単位数表の（介護予防）訪問リハビリテーション費の注 12 を算定できる。

（１）イ（１）及び（３）に適合すること。

（２）イ（２）に規定する研修の修了等の有無を確認し、訪問リハビリテーション計画書に記載していること。

【ポイント】解釈通知第２の５（14）、予防解釈通知第２の４（12）

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

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

①「当該利用者に関する情報の提供」とは、別の医療機関の計画的に医学的管理を行っている医師から指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師が、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について（Ｐ　）」の別紙様式２―２―１のうち、本人・家族等の希望、健康状態・経過、心身機能・構造、活動（基本動作、移動能力、認知機能等）、活動（ＡＤＬ）、リハビリテーションの目標、リハビリテーション実施上の留意点等について、十分に記載できる情報の提供を受けていることをいう。

②当該事業所の従業者は、別の医療機関の医師の「適切な研修の修了等」について、確認の上、リハビリテーション計画書に記載しなければならない。

③ただし、医療機関からの退院後早期にリハビリテーションの提供を開始する観点から、医療機関に入院し、リハビリテーションの提供を受けた利用者であって、当該医療機関から、当該利用者に関する情報の提供が行われている者においては、退院後一ヶ月以内に提供される（介護予防）訪問リハビリテーションに限り、事業所の医師が診療を行っていない場合の減算は適用されないことに留意すること。

【国Ｑ＆Ａ】令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.８）（令和６年７月９日）

（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業所等の医師が、自らは診療を行わず、当該別の医療機関の医師から情報提供を受けてリハビリテーションを計画、指示してリハビリテーションを実施した場合、当該別の医療機関の医師が適切な研修の修了等をしていれば、基本報酬から 50 単位を減じた上で訪問リハビリテーション料等を算定できることとされている。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。

（回答）含まれる。なお、別の医療機関の医師が応用研修のすべての単位を取得している必要はなく、日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修会プログラムのうち、該当プログラム（※）を含んだ上で、指定訪問リハビリテーション事業所等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単位以上を取得していること、または、令和７年３月 31 日までに取得する予定であることが必要。

（※）応用研修における該当プログラム
令和６年度（応用研修の詳細は、日医かかりつけ医機能研修制度を確認すること）
・リハビリテーションにおける医療と介護の連携
令和５年度
・介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション
・口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組
令和４年度
・フレイル予防・対策
・地域リハビリテーション
令和３年度
・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
・リハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害
・在宅リハビリテーション症例
（参考）日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修会プログラムは、各年度全６単位が基本的に１日の研修で実施されている。
なお、令和６年度介護報酬改定において、適用猶予措置期間中であっても、当該事業所の従業者は、計画的な医学的管理を行っている医師の適切な研修の修了等の有無を確認し、訪問リハビリテーション計画書に記載することが義務づけられている。ついては、別の医療機関の医師は、当該利用者に関する情報提供をする際には、「適切な研修の修了等」の有無についても、訪問リハビリテーション事業所の求めに応じて伝達する必要がある。
日医かかりつけ医機能研修制度
（日本医師会ホームページへ）
また診療未実施減算の適用猶予措置期間は、令和９年３月 31 日までであることに留意すること。
※「令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.14）（令和５年７月４日）」問１を一部修正

（14）高齢者虐待防止措置未実施減算　【共通】
〈厚告 19 別表４のイ注２、厚告 127 別表３のイ注２〉

○居宅条例 40 条２項（第 80 条による準用）・予防条例 50 条の 10 の２（第 76 条による準用）に規定する虐待の防止の措置（P.33 参照）を講じていない場合、高齢者虐待防止措置未実施減算として、所定単位数の 100 分の１に相当する単位数を所定単位数から減算します。

【ポイント】（解釈通知　第２の５（４）・予防解釈通知　第２の４（４））

高齢者虐待防止措置未実施減算については、事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、居宅条例 40 条２項（第 80 条による準用）・予防条例 50 条の 10 の２（第 76 条による準用）に規定する虐待の防止の措置（P.33 参照）を講じていない場合に、利用者全員について所定単位数から減算することとなります。具体的には、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年１回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を横浜市長に提出した後、事実が生じた月から３月後に改善計画に基づく改善状況を横浜市長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算します。

【国Ｑ＆Ａ】令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月 15 日）

（問 167）高齢者虐待が発生していない場合においても、虐待の発生又はその再発を防止するための全ての措置（委員会の開催、指針の整備、研修の定期的な実施、担当者を置くこと）がなされていなければ減算の適用となるのか。
（回答）減算の適用となる。なお、全ての措置の一つでも講じられていなければ減算となることに留意すること。

（問 168）運営指導等で行政機関が把握した高齢者虐待防止措置が講じられていない事実が、発見した日の属する月より過去の場合、遡及して当該減算を適用するのか。
（回答）過去に遡及して当該減算を適用することはできず、発見した日の属する月が「事実が生じた月」となる。

（問 169）高齢者虐待防止措置未実施減算については、虐待の発生又はその再発を防止するための全ての措置（委員会の開催、指針の整備、研修の定期的な実施、担当者を置くこと）がなされていない事実が生じた場合、「速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から三月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入居者全員について所定単位数から減算することとする。」こととされているが、施設・事業所から改善計画が提出されない限り、減算の措置を行うことはできないのか。
（回答）改善計画の提出の有無に関わらず、事実が生じた月の翌月から減算の措置を行って差し支えない。当該減算は、施設・事業所から改善計画が提出され、事実が生じた月から３か月以降に当該計画に基づく改善が認められた月まで継続する。

（15）業務継続計画未実施減算　【共通】〈厚告 19 別表４のイ注３、厚告 127 別表３のイ注３〉

○居宅条例第 32 条の２（第 80 条による準用）・予防条例第 50 条の２の２（第 76 条による準用）に規定する基準（P.27 参照）を満たさない場合は、業務継続計画未策定減算として、所定単位数の 100 分の１に相当する単位数を所定単位数から減算します。

【ポイント】

○業務継続計画未策定減算については、居宅条例第 32 条の２（第 80 条による準用）・予防条例第 50 条の２の２（第 76 条による準用）に規定する基準（P.27 参照）を満たさない事実が生じた場合に、その翌月（基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月）から基準を満たない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の利用者全員について、所定単位数から減算することとします。
○なお、経過措置として、令和７年３月 31 日までの間、当該減算は適用されませんが、義務となっていることを踏まえ、速やかに作成してください。

【国Ｑ＆Ａ】令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.６）（令和６年５月 17 日）

（問７）業務継続計画未策定減算はどのような場合に適用となるのか。
（回答）感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合や、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合に減算の対象となる。
なお、令和３年度介護報酬改定において業務継続計画の策定と同様に義務付けられた、業務継続計画の周知、研修、訓練及び定期的な業務継続計画の見直しの実施の有無は、業務継続計画未策定減算の算定要件ではない。

【国Ｑ＆Ａ】令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月 15 日）

（問 165）業務継続計画未策定減算の施行時期はどのようになるのか。
（回答）　業務継続計画未策定減算の施行時期は下記表のとおり

	対象サービス	施行時期
①	通所介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護	令和６年４月 ※ただし、令和７年３月 31 日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。
②	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	令和６年６月 ※上記①の※と同じ
③	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、居宅介護支援、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防福祉用具貸与、介護予防支援	令和７年４月

※居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導、特定福祉用具販売及び特定介護予防福祉用具販売には、業務継続計画未策定減算は適用されない。

（問 166）行政機関による運営指導等で業務継続計画の未策定など不適切な運営が確認された場合、「事実が生じた時点」まで遡及して当該減算を適用するのか。

（回答）業務継続計画未策定減算については、行政機関が運営指導等で不適切な取り扱いを発見した時点ではなく、「基準を満たさない事実が生じた時点」まで遡及して減算を適用することとなる。
例えば、通所介護事業所が、令和７年 10 月の運営指導等において、業務継続計画の未策定が判明した場合（かつ、感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に 関する具体的計画の策定を行っていない場合）、令和７年 10 月からではなく、令和６年４月から減算の対象となる。
また、訪問介護事業所が、令和７年 10 月の運営指導等において、業務継続計画の未策定が判明した場合、令和７年４月から減算の対象となる。

（16）利用開始 12 月を超えて介護予防訪問リハビリテーションを行った場合　【介護予防訪問リハビリテーションのみ】　〈厚告 127 別表３のイ注 13〉

○利用者に対して、別に厚生労働大臣が定める要件（※）を満たさない場合であって、指定介護予防訪問リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えて指定介護予防訪問リハビリテーションを行う場合に減算します。

○利用開始 12 月を超えて介護予防訪問リハビリテーションを行った場合：**30 単位／回**

【厚生労働大臣が定める要件（※）】

イ　３月に１回以上、当該利用者に係る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とともに、当該利用者の状態の変化に応じ、介護予防訪問リハビリテーション計画（指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第八十六条第二号に規定する介護予防訪問リハビリテーション計画をいう。）を見直していること。

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

【ポイント】予防解釈通知　第２の４（13）

①指定介護予防訪問リハビリテーションの利用が 12 月を超える場合は、介護予防訪問リハビリテーション費から 30 単位減算する。ただし、厚生労働大臣が定める基準をいずれも満たす場合においては、リハビリテーションマネジメントのもと、リハビリテーションを継続していると考えられることから、減算は行わない。

②リハビリテーション会議の開催については、指定訪問リハビリテーションと同じであることから、別途通知（「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（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」）を参照すること。

③厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、ＳＰＤＣＡサイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。
提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。
→P.65「厚生労働省等が発行している各種ガイダンス・ガイドライン等について」参照

④なお、入院による中断があり、医師の指示内容に変更がある場合は、新たに利用が開始されたものとする。

【国Ｑ＆Ａ】令和３度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.３））（令和３年３月 26 日）

（問 121）介護予防訪問・通所リハビリテーション及び介護予防訪問看護からの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問について、当該事業所においてサービスを継続しているが、要介護認定の状態から要支援認定へ変更となった場合の取扱如何。

（回答）・法第 19 条第２項に規定する要支援認定の効力が生じた日が属する月をもって、利用が開始されたものとする。
・ただし、要支援の区分が変更された場合（要支援１から要支援２への変更及び要支援２から要支援１への変更）はサービスの利用が継続されているものとみなす。

【国Ｑ＆Ａ】令和３度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.６））（令和３年４月 15 日）

（問４）介護予防リハビリテーションについて、１２月以上継続した場合の減算起算の開始時点はいつとなるのか。また、１２月の計算方法は如何。

（回答）当該サービスを利用開始した日が属する月となる。当該事業所のサービスを利用された月を合計したものを利用期間とする。

【国Ｑ＆Ａ】令和６度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２））（令和６年３月 19 日）

（問 11）令和６年度介護報酬改定において、介護予防訪問・通所リハビリテーションの利用が 12 月を超えた際の減算（12 月減算）について、減算を行わない場合の要件が新設されたが、令和６年度６月１日時点で 12 月減算の対象となる利用者がいる場合、いつの時点で要件を満たしていればよいのか。

（回答）令和６年度介護報酬改定の施行に際し、移行のための措置として、12 月減算を行わない場合の要件の取扱いは以下の通りとする。

・リハビリテーション会議の実施については、令和６年４～６月の間に１回以上リハビリテーション会議を開催していれば、要件を満たすこととする。

・厚生労働省へのLIFE を用いたデータ提出については、LIFE への登録が令和６年８月１日以降に可能となることから、令和６年７月 10 日までにデータ提出のための評価を行い、遡り入力対象期間内にデータ提出を行っていれば、要件を満たすこととする。

（問 12）介護予防訪問・通所リハビリテーションの利用が 12 月を超えた際の減算（12 月減算）を行わない場合の要件について、いつの時点で要件を満たしていれば、当初から減算を行わないことができるのか。

（回答）リハビリテーション会議については、減算の適用が開始される月(12 月を超えた日の属する月)にリハビリテーション会議を行い、継続の必要性について検討した場合に要件を満たす。

厚生労働省へのLIFE を用いたデータ提出については、減算の適用が開始される月の翌月 10 日までにデータを提出した場合に要件を満たす。

個人情報保護について

平成 17 年４月から、個人情報保護法が施行され、介護保険事業者も個人情報保護法に沿って事業運営をしていかなければなりません。同法の改正により、平成 29 年 5 月から小規模事業者も適用対象となります。
厚生労働省が具体的な取扱いのガイダンスを示しています。

※「医療・介護関係事業者における個人情報の適正な取扱いのためのガイダンス」
⇒厚生労働省のホームページ
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html

ポイント	具体的な内容等
① 利用目的の特定	・個人情報を取り扱うにあたり、利用目的を特定する。 ・特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えてはいけない。
② 適正な取得、利用目的の通知	・偽りその他の不正の手段により個人情報を取得してはならない。 ・あらかじめ利用目的を公表しておくか、個人情報取得後、速やかに利用目的を本人に通知又は公表する。 →公表方法（例：事業所内の掲示、インターネット掲載） 通知方法（例：契約の際に文書を交付するなど）
③ 正確性の確保	・個人データを正確かつ最新の内容に保つ。
④ 安全管理・従業員等の監督	・個人データの漏えい等の防止のための安全管理措置 →個人情報保護に関する規程の整備、情報システムの安全管理に関する規程の整備、事故発生時の報告連絡体制の整備、入退館管理の実施、機器の固定、個人データへのアクセス管理 ・従業者に対する適切な監督 ・個人データ取扱いを委託する場合は、委託先に対する監督
⑤ 第三者への提供の制限	・あらかじめ本人の同意を得ないで、他の事業者など第三者に個別データを提供してはならない。
⑥ 本人からの請求への対応	・本人から保有個人データの開示を求められたときには、当該データを開示しなくてはならない。 ・本人から保有個人データの訂正等を求められた場合に、それらの求めが適正であると認められるときには、訂正等を行わなくてはならない。
⑦ 苦情の処理	・苦情などの申出があった場合の適切かつ迅速な処理 ・苦情受付窓口の設置、苦情処理体制の策定等の体制整備

※ 上記の厚生労働省ガイダンスに詳細が記載されていますので、ご確認ださい。

厚生労働省等が発行している各種ガイダンス・ガイドライン等について

本文書内で紹介されている、各種ガイダンス・ガイドライン等（厚生労働省等が発行元であるもの）の詳細については、以下 URL より各ホームページをご確認ください。

	発行元及び文書名	ホームページ URL
1	個人情報保護委員会・厚生労働省 **「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」**	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html
2	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6.0版（令和５年５月）」**	https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275_00006.html
3	厚生労働省 **「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」** **「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」** **「介護現場における感染対策の手引き」**	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html
4	厚生労働省 **「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」** **「（管理職・職員向け）研修のための手引き」**	https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html
5	厚生労働省 **「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版（2019年３月）」**	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/index_00003.html
6	厚生労働省 **「介護保険の給付対象事業における会計の区分について」**※通知	https://www.wam.go.jp/wamappl/bb05kaig.nsf/vAdmPBigcategory20/1A5D0E228DA6239549257036002788?OpenDocument
7	厚生労働省 **「事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針」** **「事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針」**	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyoukintou/seisaku06/index.html
8	日本歯科医学会 **「入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の評価に関する基本的な考え方」**	https://www.jads.jp/basic/index_2024.html
9	厚生労働省 **「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」**	https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html

老高発 0315 第２号
老認発 0315 第２号
老老発 0315 第２号
令和６年３月 15 日

各都道府県介護保険主管部（局）長宛　殿

厚生労働省老健局高齢者支援課長
（公印省略）
厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長
（公印省略）
厚生労働省老健局老人保健課長
（公印省略）

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成十二年三月一日老企第三六号）、「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（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成十二年三月八日老企第四〇号）、「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」（平成十八年三月十七日老計発第〇三一七〇〇一号、老振発第〇三一七〇〇一号、老老発第〇三一七〇〇一号）及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成十八年三月三十一日老計発第〇三三一〇〇五号、老振発第〇三三一〇〇五号、老老発第〇三三一〇一八号）において示しているところであるが、今般、基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例を下記のとおりお示しするので、御了知の上、各都道府県におかれては、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その取扱いに当たっては遺漏なきよう期されたい。

本通知は、令和六年四月一日から適用するが、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和三年三月一六日老認発〇三一六第三・老老発〇三一六第二）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。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令（令和６年厚生労働省令第 16 号）において、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導及び介護予防通所リハビリテーション（以下「訪問看護等」という。）に係る改正は令和６年６月施行となっているところ、令和６年４月から５月までの間の訪問看護等については、従前の取り扱いとする。

記

＜目次＞頁

第一章　リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的取組について..... 3
第二章　リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の各取組について..... 6
第一　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事務処理手順例及び様式例の提示について 6
第二　個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について..... 23
第三　施設サービスにおける栄養ケア・マネジメント及び栄養マネジメント強化加算等に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について 29
第四　通所・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基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について 34
第五　口腔・栄養スクリーニング加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について..... 38
第六　口腔衛生の管理体制に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について..... 40
第七　口腔連携強化加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について 42
第八　口腔機能向上加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について 45

第一章　リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的取組について

Ⅰ　リハビリテーション・個別機能訓練、栄養及び口腔の一体的な実施の基本的な考え方

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

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

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

など、効果的な自立支援・重度化予防につながることが期待される。

このため自立支援・重度化防止のための効果的なケアを提供する観点から、医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による一体的なリハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理が実施されることが望ましい。

Ⅱ　リハビリテーション・個別機能訓練、栄養及び口腔の一体的な実施に関する様式例

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の取組を一体的に運用し、自立支援・重度化防止を効果的に進めるため、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理に関する評価等を一体的に記入できる様式として、別紙様式１－１（リハビリテーション、栄養、口腔に係る実施計画書（通所系））、別紙様式１－２　（リハビリテーション、栄養、口腔に係る実施計画書（施設系））、別紙様式１－３（個別機能訓練、栄養、口腔に係る実施計画書（通所系））、別紙様式１－４（個別機能訓練、栄養、口腔に係る実施計画書（施設系））を示す。

本様式は、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の取組を一体

的に行う際に、各取組に係る専門職が情報共有を行い、協働して計画を作成する際に用いることができる。各取組についての情報をそれぞれ記載した上で、多職種が連携し、それらを踏まえた共通課題を抽出し、共通目標を設定するとともに、具体的なケア内容に反映させる。

なお、下表中左欄に定める様式を用いて計画書を作成した場合、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養及び口腔に係る各加算等の算定に際し必要とされる右欄の様式の作成に代えることができる。ただし、左欄の様式の一部のみを記入した場合に、右欄の様式の作成に代えることはできないため留意すること。

別紙様式１－１（リハビリテーション、栄養、口腔に係る実施計画書（通所系））	⇒	別紙様式２－２－１及び２－２－２（リハビリテーション計画書） 別紙様式４－３－１（栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）（様式例）） 別紙様式４－３－２（栄養ケア計画書（通所・居宅）（様式例）） 別紙様式６－４（口腔機能向上サービスに関する計画書）
別紙様式１－２（リハビリテーション、栄養、口腔に係る実施計画書（施設系））	⇒	別紙様式２－２－１及び別紙様式２－２－２（リハビリテーション計画書） 別紙様式４－１－１（栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例）） 別紙様式４－１－２（栄養ケア・経口移行・経口維持計画書（施設）（様式例）） 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式３及び「指定地域密着型サービスに要す

		る費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式１（口腔衛生管理加算　様式（実施計画））
別紙様式１－３（個別機能訓練、栄養、口腔に係る実施計画書（通所系））	⇒	別紙様式３－２（生活機能チェックシート）、別紙様式３－３（個別機能訓練計画書） 別紙様式４－３－１（栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）（様式例）） 別紙様式４－３－２（栄養ケア計画書（通所・居宅）（様式例）） 別紙様式６－４（口腔機能向上サービスに関する計画書）
別紙様式１－４（個別機能訓練、栄養、口腔に係る実施計画書（施設系））	⇒	別紙様式３－２（生活機能チェックシート）、別紙様式３－３（個別機能訓練計画書） 別紙様式４－１－１（栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例）） 別紙様式４－１－２（栄養ケア・経口移行・経口維持計画書（施設）（様式例）） 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式３及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関す

		る基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式１（口腔衛生管理加算　様式（実施計画））

第二章　リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の各取組について

第一　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事務処理手順例及び様式例の提示について

Ⅰ　リハビリテーションマネジメントの基本的な考え方

１　リハビリテーションについて

生活機能の低下した利用者に対するリハビリテーションは、単に運動機能や認知機能といった心身機能の改善だけを目指すのではなく、利用者が有する能力を最大限に発揮できるよう、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけていくこと、また、これによって日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能とすることを目的とするものである。利用者に対して漫然とリハビリテーションの提供を行うことがないよう、症状緩和のための取組（マッサージ等）のみを行う場合はその必要性を見直す必要がある。

リハビリテーションを提供する際には、利用者のニーズを踏まえ、利用者本人による選択を基本とし、利用者やその家族にサービス内容についてわかりやすく説明し、その同意を得なければならない。利用者やその家族の理解を深め、協働作業が十分になされるために、リハビリテーション、生活不活発病（廃用症候群）や生活習慣病等についての啓発を行うことも重要である。

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

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

１　リハビリテーションマネジメントの実務等について

（介護予防）訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメントについては、基本報酬の要件及び各種加算の要件として定められていることから、各種加算を算定しない場合においても、全利用者に適切なリハビリテーションマネジメントが実施されるよう努める必要がある。

２　リハビリテーションマネジメントにおけるＳＰＤＣＡサイクルの具体的取組内容

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、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。ＳＰＤＣＡサイクルの工程を管理するために、別紙様式２―４「リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票」を活用することができる。

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。

⑴　調査（Survey）

・　リハビリテーションマネジメントにおける調査（Survey）とは、利用者・家族の希望を踏まえた効果的なリハビリテーション計画を作成することを目的として、適切な方法により、利用者及びその環境に関する情報を把握することをいう。

・　把握する情報として、利用者・家族の希望、全体のケアマネジメントの方針、利用者の健康状態、心身機能、活動（ＡＤＬやＩＡＤＬなど）、参加（家庭内での役割、余暇活動、社会地域活動など）についての状況、環境因子等がある。

・　情報を把握するための手段として、事業所医師の診療、運動機能検査、作業能力検査等の各種検査、居宅サービス計画の情報の入手、本人・家族からの情報収集等がある。

・　リハビリテーションに対する利用者・家族の希望を確認する際には、利用者の興味や関心のある生活行為について把握するために、別紙様式２―１「興味・関心チェックシート」を活用することができる。把握に当たっては、「こういうことをしてみたい」という目標を利用者自身が意識できるように働きかけ、利用者の意欲の向上を図ることも重要である。

⑵　計画（Plan）

・　リハビリテーションマネジメントにおける計画(Plan)とは、リハビリテーションに関する目標の設定、解決すべき課題の把握（アセスメント）及び、それを基にした具体的な対応の決定を含むリハビリテーション計画の作成のことをいう。

・　リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握は、「⑴調査」の結果を踏まえて行う。複数の課題が見つかる場合は、本人の希望に沿った、活動・参加の向上、生活の質の向上に繋がる課題に対し優先的に介入を行う。

・　解決すべき課題に対して、心身機能・構造、活動、参加、健康状態、個人因子、環境因子のどこに要因があるのか（どこを改善すれば課題を解決することができるのか）を検討し、それぞれに対する具体的な対応（訓練内容、支援内容、環境調整等）を設定する。その際、残存機能（現時点で利用者ができること）の活用の視点も忘れないようにすること。

・　訓練内容については、その介入方法で改善しようとしている機能とその目的、介入による変化の予測を明確に設定し、適宜確認を行う。サービス提供時間内だけでなく、日常生活で家族、本人に行って貰うことを設定するのも重要である。

・　自助具等の導入により本人の機能を補うことや、環境調整を行うことにより、心身機能・構造等の改善が難しい場合においても、本人の活動や参加を改善することができる場合がある。その際、必要以上の調整を行うことで、本人の残存機能の活用を妨げないよう留意する。

⑶　実行（Do）

・　リハビリテーションマネジメントにおける実行(Do)とは、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、実際にサービスを提供することをいう。サービス提供時間内に行われる訓練だけでなく、環境調整や、利用者・家族への助言及び指導が含まれることに留意する。

・　リハビリテーションの提供の際には、医師から指示された、リハビリテーション開始前または実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等に留意して行うこと。

・　リハビリテーションの提供は、漫然と行うのではなく、常に何の

ための訓練か、訓練は効果的に行われているか等を考慮しながら行うこと。

⑷　評価（Check)、改善（Action)

・　リハビリテーションマネジメントにおける評価(Check)とは、医師の指示及びリハビリテーション計画に基づいて実際に行われたサービス提供の結果、利用者の心身機能、活動、参加の状態の変化や、課題の解決及び目標の達成状況について評価し、それによって計画の見直しを行うことをいう。

・　心身機能、活動、参加の状況はどう変化したか、課題の解決ができたか、介入方法は適切であったか、課題の設定は適切であったか等をよく検討し、より適切なリハビリテーションが行われるよう計画を見直すこと。

3　家族、介護支援専門員又は他事業所との連携

リハビリテーションは、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士だけが提供するものではなく、様々な専門職が協働し、また利用者の家族にも役割を担っていただいて提供されるべきものである。特に日常生活上の生活行為への働きかけである介護サービスは、リハビリテーションの視点から提供されるべきものであることから、介護支援専門員及び他事業所との連携は重要である。

⑴　リハビリテーション会議

リハビリテーション会議の構成員は、利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とし、必要に応じて歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士等が参加した上で、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を行う。

⑵　介護支援専門員等への情報提供

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以下の内容を含む情報提供を行う。

・　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

⑶　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する。利用者の居宅を訪問し、指定訪問介護等の居宅サービスの従事者又は利用者の家族に以下の内容を含む助言を行う。

・　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
・　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

⑷　サービス利用終了時の対応等

サービス利用終了後の利用者の生活機能の維持に資するよう、サービスの利用が終了する一月前以内に、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や、介護予防・日常生活支援総合事業の担当者等の参加を求めるものであること。

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

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の考え方

リハビリテーションマネジメントを前提とする加算の主な考え方について、以下に記載する。

⑴　リハビリテーションマネジメント加算について

上記のリハビリテーションマネジメントの考え方を参照すること。

⑵　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。

・　別紙様式２―１を活用し、利用者がしている、してみたい、興味がある生活行為を把握し、見当識や記憶などの認知機能や実際の生活環境を評価し、アセスメント後に、当該生活行為で確実に自立できる行為を目標とする。

・　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する。

・　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。

⑶　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を設定し、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。

①　生活行為向上リハビリテーション実施加算の課題分析

・　まず、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うまくできていないのかという要因を分析する。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。

・　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一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、利用者が一人で実施できるようになることを念頭に指導すること。

②　生活行為向上リハビリテーション実施加算の留意事項

・　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、集中的に行う。

・　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。

・　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、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、主体的に取り組む意欲を引き出す。

・　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利用することも重要である。

・　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。

・　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。その際、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。

⑷　移行支援加算について

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

Ⅲ　介護保健施設サービス及び介護医療院サービスにおけるリハビリテーションマネジメントの実務等について

１　基本的な考え方

施設サービスにおいて提供されるリハビリテーションは、施設退所後の居宅における利用者の生活やその場において提供されるリハビリテーションを考慮した上で、利用者の在宅復帰に資するものである必要があり、施設入所中又はその退所後に居宅において利用者に提供されるリハビリテーションが一貫した考え方に基づき提供されるよう努めなければならない。そのためには施設入所中も、常に在宅復帰を想定してリハビリテーションを提供していくことが基本である。

２　リハビリテーションマネジメントの実務等について

⑴　リハビリテーションマネジメントの体制

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

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

⑵　リハビリテーションマネジメントの実務

①　サービス開始時における情報収集について

関連スタッフは、サービス開始時までに適切なリハビリテーションを実施するための情報を収集するものとする。情報の収集に当たっては主治の医師から診療情報の提供、担当介護支援専門員等からケアマネジメントに関わる情報の提供を文書で受け取ることが望ましい。なお、これらの文書は別紙様式２―６、２―７の様式例を参照の上、作成する。

②　サービス開始時におけるアセスメント・評価、計画、説明・同意について

関連スタッフ毎にアセスメントとそれに基づく評価を行い、多職種協働でサービス開始時カンファレンスを開催し、速やかにリハビリテーション計画の原案を作成する。リハビリテーション計画の原案については、利用者又はその家族へ説明し同意を得る。また、リハビリテーション計画の原案に関しては、③ハに掲げるリハビリテーション計画書の様式又はこれを簡略化した様式を用いるものとする。なお、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成十一年厚生省令第四十号）第十四条若しくは第五十条において準用する第十四条又は介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成三十年厚生労働省令第五号）第十七条若しくは第五十四条において準用する第十七条において作成することとされている各計画の中に、リハビリテーション計画の原案に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもってリハビリテーション計画の原案の作成に代えることができるものとする。

③　サービス開始後二週間以内のアセスメント・評価、計画、説明・同意について

リハビリテーション実施計画の原案に基づいたリハビリテーションやケアを実施しながら、サービス開始からおおむね二週間以内に以下のアからカまでの項目を実施する。

ア　アセスメント・評価の実施関連スタッフ毎に別紙様式２―８を参照としたアセスメントを実施し、それに基づく評価を行う。

イ　リハビリテーションカンファレンスの実施

関連スタッフによってリハビリテーションカンファレンスを開催し、目標、到達時期、具体的アプローチ、プログラム等を含む実施計画について検討する。リハビリテーションカンファレンスには、状況に応じて利用者やその家族の参加を求めることが望ましい。

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

ウ　リハビリテーション計画書の作成

リハビリテーションカンファレンスを経て、リハビリテーション計画書を作成する。リハビリテーション計画書の作成に当たっては、別紙様式２－２－１及び２－２－２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（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式１を用いて作成する。なお、リハビリテーション計画の原案を作成した場合はリハビリテーション計画書を新たに作成する必要はなく、リハビリテーション計画の原案を必要があれば変更した上で、リハビリテーション計画書の作成に代えることができるものとする。

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

エ　利用者又は家族への説明と同意

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分かりやすく説明を行い、同意を得る。その際、リハビリテーション計画書の写しを交付することとする。

オ　指示と実施

関連スタッフは、医師の指示に基づきリハビリテーション

計画書に沿ったリハビリテーションの提供を行う。リハビリテーションをより有効なものとする観点からは、専門職種によるリハビリテーションの提供のみならず、リハビリテーションに関する情報伝達（日常生活上の留意点、介護の工夫等）や連携を図り、家族、看護職員、介護職員等による日常生活の生活行為への働きかけを行う。

介護老人保健施設サービス費（Ⅰ）及びユニット型介護保険施設サービス費（Ⅰ）を算定すべき介護老人保健施設の医師は、リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一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。

カ　アからオまでの過程はおおむね３月毎に繰り返し、内容に関して見直すこととする。また、利用者の心身の状態変化等により、必要と認められる場合は速やかに見直すこととする。管理者及び関連スタッフは、これらのプロセスを繰り返し行うことによる継続的なサービスの質の向上に努める。

④　サービス終了時の情報提供について

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

イ　サービス終了時には居宅介護支援事業所の介護支援専門員や主治の医師に対してリハビリテーションに必要な情報提供を行う。その際、主治の医師に対しては、診療情報の提供、担当介護支援専門員等に対してはケアマネジメントに関わる情報の提供を文書で行う。なお、これらの文書は別紙様式２―６の様式例を参照の上、作成する（ただし、これらの文書は、リハビリテーション実施計画書、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第九条若しくは第五十条において準用する第九条又は介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する

基準（平成三十年厚生労働省令第五号）第十三条若しくは、第五十四条において準用する第十三条に規定するそれぞれのサービスの提供の記録の写し、又は退所時情報提供加算の算定にあたり交付する様式としても差し支えない。）。

Ⅳ　別紙様式の記載要領

１　別紙様式２―１（興味・関心チェックシート）

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

２　別紙様式２―２―１、別紙様式２―２―２（リハビリテーション計画書）

⑴　本人・家族等の希望

利用者本人からの聞き取りにより、利用者が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。また、本人の希望に沿って、家族が支援できることがあれば、当該箇所に記載する。

⑵　健康状態、経過

リハビリテーションが必要となった原因疾病、当該疾患の発症日・受傷日、直近の入院日・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を該当箇所に記載する。例えば、脳梗塞後で麻痺があるものの、元々生活が自立していた利用者が、誤嚥性肺炎を発症し、その結果介助が必要となった場合は、リハビリテーションが必要となった原因疾病は「誤嚥性肺炎」、合併症は「脳血管疾患」となる。

更に、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。

⑶　心身機能・構造

心身機能の障害の有無について、現在の状況の欄に記載すること。

心身機能の障害があった場合には、現在の状況と活動への支障の有無について該当箇所にチェックすること。なお、該当項目に無い項目に関して障害を認める場合は、特記事項に記載する。

移動能力については、六分間歩行試験又はTimed up & Go Test（ＴＵＧ）を選択し、客観的測定値を記載する。

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、その得点を記載する。

服薬管理の状況、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。

⑷　活動の状況

現在の状況については「している」状況を該当箇所にチェックすること。また、評点については、リハビリテーション計画の見直しごとに、以下の通り、各活動の状況の評価を行い記載すること。

①　基本動作

居宅を想定しつつ、基本動作の状況を評価し、該当箇所にリハビリテーション開始時点及び現在の状況について記載する。

②　活動（ＡＤＬ）（Barthel Index を活用）

リハビリテーションにおいては、訓練上は「できる」ＡＤＬを、日常生活上で「している」ＡＤＬにするためのアプローチが重要であることから、左記を参考に現在日常生活上で「している」状況について評価を行い、リハビリテーション開始時点及び現在の状況について該当箇所に記載すること。

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

⑸　リハビリテーションの目標、方針、本人・家族への生活指導の内容、実施上の留意点、リハビリテーションの見通し・継続理由、終了の目安と時期

本項目は医師の指示に基づき記載する。目標は長期目標と、今後三か月を目安とした短期目標を、方針については今後三か月の方針を、該当箇所に記載すること。本人・家族への生活指導の内容を、自主トレーニングの内容と併せて記載する。

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。

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

⑹　活動（ＩＡＤＬ）(Frenchay Activity Index を活用)

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

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

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

⑺　環境因子

家族、住環境、自宅周辺の環境（坂が多いなど）、利用可能な外出手段（公共交通機関や自家用車など）、その他のサービスの利用、福祉用具の利用について、現状を該当箇所にチェックする。環境因子の情報は、利用者の活動・参加の能力の向上を行うにあたり必要となるため、必要に応じて幅広く取得すること。

⑻　社会参加の状況

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、記載すること。

⑼　「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を抽出し記載すること。その課題を解決するために、影響を及ぼしていると考えられる機能障害とその改善可能性について検討し、記載すること。また、影響を及ぼしていると考えられる機能障害以外の因子（個人因子、環境因子、健康状態等）と、調整の必要性や実効性について検討し、記載すること。

⑽　要因分析を踏まえた具体的なサービス内容

リハビリテーションの提供計画については、⑼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、解決すべき課題を記載する。また、⑼で分析した課題に影響を及ぼす因子にアプローチできるよう、具体的支援内容を記載する。その際、サービス提供時間に理学療法士等が行うことだけでなく、日常生活上において、本人・家族が行うべきことについても記載するよう努めること。そのほか、目標達成までの期間、サービス提供の予定頻度、及び時間について記載すること。

⑾　情報提供

介護支援専門員や他事業所の担当者と共有すべき事項があった場合は、内容を記載すること。また、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、その写しを共有し、該当の情報提供先にチェックをすること。

３　別紙様式２―３（リハビリテーション会議録）

⑴　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。

⑵　会議出席者の所属（職種）や氏名を記載すること。

⑶　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。

⑷　構成員が不参加の場合には、不参加の理由を記載すること。

４　別紙様式２―４（リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票）

別紙様式２―４は、リハビリテーションマネジメントをＳＰＤＣＡサイクルに則り適切に実行しているかを確認するために活用することが出来る。実行した事項にチェックを行い、必要に応じて日付を書き込

むこと。

5　別紙様式２―５（生活行為向上リハビリテーション実施計画）の記載

⑴　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。

⑵　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。

⑶　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。

⑷　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。

⑸　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。

6　別紙様式２－６（診療情報提供に係る文書）

サービス開始時の主治の医師からの情報収集又は医師への情報提供にあたり、当該様式を参考とする。

7　別紙様式２－７（ケアマネジメント連絡用紙）

介護支援専門員等からの情報収集又は情報提供に当たり、当該様式を参考とする。

8　別紙様式２－８（＜リハビリテーションマネジメント＞アセスメント上の留意点）

施設系サービスにおけるリハビリテーションマネジメントのアセスメントにあたって、当該文書を参考とする。

9（参考）「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施

設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式１

リハビリテーション計画を立てる際に当該様式を参照することができる。なお、別紙様式２―２－１及び２－２－２を用いることとしてもよい。

第二　個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について

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

本加算の算定要件については、令和三年度介護報酬改定において、より利用者の自立支援等に資する個別機能訓練の提供を促進する観点から、これまでの個別機能訓練加算の取得状況や加算を取得した事業所の個別機能訓練の実施状況等をふまえ、個別機能訓練の実施目的や実施体制、加算取得にあたっての人員配置について見直しを行ったところであり、今般、短期入所生活介護（介護予防含む）における個別機能訓練加算と併せて、改めて個別機能訓練加算の目的、趣旨の徹底を図るとともに、加算の実行性を担保するため、個別機能訓練加算の事務処理手順例及び様式例を示すこととする。

Ⅰ　通所介護等における取扱い

個別機能訓練加算の算定にあたっては、以下の⑴～⑶の実施が必要となる。通所介護事業所等の管理者は、これを参照し、各事業所における個別機能訓練実施に関する一連の手順をあらかじめ定める必要がある。

１　加算算定にあたっての目標設定・個別機能訓練計画の作成

⑴　利用者の社会参加状況やニーズ・日常生活や社会生活等における役割の把握、心身の状態の確認

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

①　利用者の日常生活や社会生活等について、現在行っていることや今後行いたいこと（ニーズ・日常生活や社会生活等における役割）を把握する。これらを把握するにあたっては、別紙様式３

－１の興味・関心チェックシートを活用すること。またあわせて、利用者のニーズ・日常生活や社会生活等における役割に対する家族の希望を把握する。

② 利用者の居宅での生活状況（ＡＤＬ、ＩＡＤＬ等）を居宅訪問の上で確認する。具体的には、別紙様式３―２の生活機能チェックシートを活用し以下を実施する。

ア 利用者の居宅の環境（居宅での生活において使用している福祉用具・補助具等を含む）を確認する。

イ ＡＤＬ、ＩＡＤＬ項目について、居宅の環境下での自立レベルや実施するにあたっての課題を把握する。

③ 必要に応じて医師又は歯科医師から、これまでの利用者に対する病名、治療経過、合併疾患、個別機能訓練実施上の留意事項についての情報を得る。直接医師又は歯科医師から情報が得られない場合は、介護支援専門員を通じて情報収集を図ること。

④ 介護支援専門員から、居宅サービス計画に記載された利用者本人や家族の意向、総合的な支援方針、解決すべき課題、長期目標、短期目標、サービス内容などについて情報を得ること。

⑵ 多職種協働での個別機能訓練計画の作成

⑴で把握した利用者のニーズ・日常生活や社会生活等における役割及び心身の状態に応じ、機能訓練指導員等が多職種協働で個別機能訓練計画を作成する。その際、必要に応じ各事業所に配置する機能訓練指導員等以外の職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士等）からも助言を受けることが望ましい。

① 個別機能訓練計画書の作成（総論）

・ 個別機能訓練計画は別紙様式３―３を参考に作成すること。なお、個別機能訓練計画に相当する内容を通所介護計画又は地域密着型通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができる。

・ また、個別機能訓練計画の作成にあたっては、居宅サービス計画、通所介護計画又は地域密着型通所介護計画と連動し、これらの計画と整合性が保たれるように行うことが重要である。

② 個別機能訓練目標・個別機能訓練項目の設定

ア 個別機能訓練目標の設定

・ ⑴で把握した利用者のニーズ・日常生活や社会生活等にお

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

＜長期目標の設定＞

長期目標は生活機能の構成要素である体や精神の働きである「心身機能」、ＡＤＬ・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、家庭や社会で役割を果たすことである「参加」をバランスよく含めて設定することが求められる。

具体的には、利用者が住み慣れた地域で居宅において可能な限り自立して暮らし続けることができるよう、単に座る・立つ・歩くといった身体機能の向上を目指すことのみを目標とするのではなく、居宅における生活行為（トイレに行く、自宅の風呂に一人で入る、料理を作る、掃除・洗濯をする等）や地域における社会的関係の維持に関する行為（商店街に買い物に行く、囲碁教室に行く、孫とメールの交換をする、インターネットで手続きをする等）等、具体的な生活上の行為の達成を含めた目標とすること。

＜短期目標の設定＞

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

（例）　長期目標が「スーパーマーケットに食材を買いに行く」の場合必要な行為

- 買いたい物を書き記したリストを作る
- 買い物量を想定し、マイバッグを用意する
- スーパーマーケットまでの道順を確認する
- スーパーマーケットまで歩いて行く
- スーパーマーケットの入り口で買い物かごを持つ
- スーパーマーケットの中でリストにある食材を見つける
- 食材を買い物かごに入れる
- レジで支払いをする

・　買った品物を袋に入れる
・　買った品物を入れた袋を持って、自宅まで歩いて帰る

ⅱ　個別機能訓練項目の設定

・　短期目標を達成するために必要な行為のうち、利用者の現状の心身機能等に照らし可能であること、困難であることを整理する。
・　利用者の現状の心身機能等に照らし困難であることについて、どのような訓練を行えば可能となるのか検討する。

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

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

イ　利用者又はその家族への説明と同意

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

と。またその際、個別機能訓練計画を交付（電磁的記録の提供を含む）すること。

ウ　介護支援専門員への報告

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

2　個別機能訓練の実施

⑴　個別機能訓練の実施体制

・　個別機能訓練加算に係る個別機能訓練は、類似の目標を持ち、同様の訓練項目を選択した五人程度以下の小集団（個別対応含む）に対して機能訓練指導員が直接行うこととする。なお、機能訓練指導員が直接個別機能訓練を行っていれば、その補助者として看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が個別機能訓練に関与することは差し支えない。

・　個別機能訓練の目標を具体的な生活上の行為の達成としている場合、実際の生活上の様々な行為を構成する実際的な行動やそれを模した行動を反復して行うことにより、段階的に目標の行動ができるようになることを目指すことから、事業所内であれば実践的訓練に必要な浴室設備、調理設備・備品等を備えること、事業所外であれば、利用者の居宅や近隣の施設等に赴くこと等により、事業所内外の実地的な環境下で訓練を行うことが望ましい。

⑵　訓練時間

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

⑶　訓練実施回数

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

3　個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練加算に係る個別機能訓練を開始した後は、

・　個別機能訓練の目的に照らし、個別機能訓練項目や訓練実施時間が適切であったか、個別機能訓練の効果（例えば当該利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬの改善状況）が現れているか等について、評価を行

う。

・　３月ごとに１回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況（起居動作、ＡＤＬ、ＩＡＤＬ等の状況）を確認する。また、利用者又はその家族に対して個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について説明し、記録する。なお、個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等についての説明・記録は、利用者の居宅を訪問する日とは別の日にＩＣＴ等を活用し行っても差し支えない。

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

等、適切な対応を行うこととする。

Ⅱ　介護老人福祉施設と短期入所生活介護（介護予防含む）における取扱い

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

Ⅲ　別紙様式の記載要領

１　別紙様式３－１（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、実際にしてはいないがしてみたいと思っていること、してみたいとまでは思わないものの興味があることに関して、利用者の記入又は聞き取りにより作成する。

２　別紙様式３－２（生活機能チェックシート）

利用者の居宅での生活状況（ＡＤＬ、ＩＡＤＬ等）及び課題の把握にあたり、当該様式を参考とする。

３　別紙様式３－３（個別機能訓練計画書）

個別機能訓練計画の策定にあたり、当該様式を参考とする。

なお、個別機能訓練計画作成の実施に関しては、Ｉ１を参照すること。

第三　施設サービスにおける栄養ケア・マネジメント及び栄養マネジメント強化加算等に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

Ⅰ　施設サービスにおける栄養ケア・マネジメントについて

1　基本的な考え方

栄養ケア・マネジメントは、低栄養状態のリスクにかかわらず、入所者全員に対し、各入所者の状態に応じ実施することで、低栄養状態等の予防・改善を図り、自立支援・重度化防止を推進するものである。

2　体制について

⑴　栄養ケア・マネジメントは、ケアマネジメントの一環として、個々人に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。

⑵　施設長は、管理栄養士と医師、歯科医師、看護師及び介護支援専門員その他の職種（以下「関連職種」という。）が共同して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備すること。

⑶　施設長は、各施設における栄養ケア・マネジメントに関する手順（栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等）をあらかじめ定める。

⑷　管理栄養士は、入所者又は入院患者（以下「入所（院）者」という。）に適切な栄養ケアを効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。

⑸　施設長は、栄養ケア・マネジメント体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。

3　実務について

⑴　入所（院）時における栄養スクリーニング

介護支援専門員は、管理栄養士と連携して、入所（院）者の入所（院）後遅くとも一週間以内に、関連職種と共同して低栄養状態のリスクを把握する（以下「栄養スクリーニング」という。）。なお、栄養スクリーニングは、別紙様式４－１－１の様式例を参照すること。

⑵　栄養アセスメントの実施

管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、入所（院）者毎に

解決すべき課題を把握する（以下「栄養アセスメント」という。）。栄養アセスメントの実施にあたっては、別紙様式４－１－１の様式例を参照すること。

⑶　栄養ケア計画の作成

①　管理栄養士は、前記の栄養アセスメントに基づいて、入所（院）者のｉ）栄養補給（補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給量、療養食の適用、食事の形態等食事の提供に関する事項等）、ⅱ）栄養食事相談、ⅲ）課題解決のための関連職種の分担等について、関連職種と共同して、別紙様式４－１－２の様式例を参照の上、栄養ケア計画を作成する。その際、必要に応じ、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士の助言を参考とすること。なお、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十九号）第十二条若しくは第四十九条において準用する第十二条、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第十四条若しくは第五十条において準用する第十四条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十八年厚生労働省令第三十四号）第百三十八条若しくは第百六十九条において準用する第百三十八条又は介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第十七条若しくは第五十四条において準用する第十七条において作成することとされている各計画の中に、栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

②　管理栄養士は、サービス担当者会議（入所（院）者に対する施設サービスの提供に当たる担当者の会議）に出席し、栄養ケア計画の原案を報告し、関連職種との話し合いのもと、栄養ケア計画を完成させる。栄養ケア計画の内容を、施設サービス計画にも適切に反映させる。

③　医師は、栄養ケア計画の実施に当たり、その同意等を確認する。

⑷　入所（院）者及び家族への説明

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

⑸　栄養ケアの実施

①　サービスを担当する関連職種は、医師の指導等に基づき栄養

ケア計画に基づいたサービスの提供を行う。

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

③ 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて、栄養食事相談を実施する。

④ 管理栄養士は、関連職種と共同して食事摂取状況や食事に関するインシデント・アクシデント事例等の把握を行う。

⑤ 管理栄養士は、栄養ケア提供の主な経過を記録する。記録の内容は、栄養補給（食事の摂取量等）の状況や内容の変更、栄養食事相談の実施内容、課題解決に向けた関連職種のケアの状況等について記録する。なお、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第八条若しくは第四十九条において準用する第八条、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第九条若しくは第五十条において準用する第九条又は指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第百三十五条若しくは第百六十九条において準用する第百三十五条又は介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第十三条若しくは第五十四条において準用する第十三条に規定するそれぞれのサービスの提供の記録において管理栄養士が栄養ケア提供の経過を記録する場合にあっては、当該記録とは別に栄養ケア提供の経過を記録する必要はないものとする。

⑹ 実施上の問題点の把握

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

⑺ モニタリングの実施

① 管理栄養士又は関連職種は、入所（院）者ごとの栄養状態に応じて、定期的に、入所者の生活機能の状況を検討し、栄養状態のモニタリングを行うこと。その際、栄養スクリーニング時に把握した入所（院）者ごとの低栄養状態のリスクのレベルに応じ、それぞれのモニタリング間隔を設定し、入所者ごとの栄養ケア計

画に記載すること。その際、低栄養状態の低リスク者はおおむね３月毎、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行（経管栄養法から経口栄養法への変更等）の必要性がある者の場合には、おおむね二週間毎等適宜行う。ただし、低栄養状態の低リスク者も含め、体重は１月毎に測定する。

② 管理栄養士又は関連職種は、長期目標の達成度、体重等の栄養状態の改善状況、栄養補給量等をモニタリングし、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、栄養ケア計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙様式４－１－１の様式例を参照の上、作成する。

⑻ 再スクリーニングの実施

介護支援専門員は、管理栄養士と連携して、低栄養状態のリスクにかかわらず、栄養スクリーニングを３月毎に実施する。

⑼ 栄養ケア計画の変更及び退所（院）時の説明等

栄養ケア計画の変更が必要な場合には、管理栄養士は、介護支援専門員に、栄養ケア計画の変更を提案し、サービス担当者会議等において計画の変更を行う。

また、入所（院）者の退所（院）時には、総合的な評価を行い、その結果を入所（院）者又は家族に分かりやすく説明するとともに、必要に応じて居宅介護支援専門員や関係機関との連携を図る。

⑽ 帳票の整理

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

Ⅱ 栄養マネジメント強化加算について

栄養マネジメント強化加算は、栄養ケアに係る体制の充実を図るとともに、第三のＩの２及び３で示した栄養ケア・マネジメントを実施した上で、更に入所（院）者全員への丁寧な栄養ケアを実施している場合に、算定できるものである。丁寧な栄養ケアの実施に当たっては、以下を参考とすること。

１ 食事の観察について

⑴ 低栄養状態のリスクが高リスク及び中リスクに該当する者

低栄養状態のリスクが高リスクに該当する者は、別紙様式４－

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

ただし、１回の食事の観察で全てを確認する必要はなく、週３回以上（異なる日に実施）の食事の観察を行う中で確認できれば差し支えない。適宜、食事の調整や食事環境の整備等を実施するとともに、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有を行い、栄養ケア計画の変更の必要性を判断すること。また、食事の観察を行った日付と食事の調整や食事環境の整備等を実施した場合の対応を記録すること。

⑵　低栄養状態のリスクが低リスクに該当する者

⑴の者に対する食事の観察の際に、あわせて食事の状況を適宜把握すること。問題点がみられた場合は、速やかに関連する職種と情報共有し、栄養ケア計画の変更の必要性を判断すること。

２　退所（院）時の対応

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

Ⅲ　経口移行加算及び経口維持加算について

経口移行加算に係る経口移行計画及び経口維持加算に係る経口維持計画については、別紙様式４－１－２の様式例を参照の上、栄養ケア計画と一体的に作成する。なお、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第十二条若しくは第四十九条において準用する第十二条、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第十四条若しくは第五十条において準用する第十四条において作成することとされている各計画の中に、経口移行計画又は経口維持計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって経口移行

計画又は経口維持計画の作成に代えることができるものとする。

Ⅳ　退所時栄養情報連携加算について

1　退所時栄養情報連携加算の基本的な考え方

退所時栄養情報連携加算は、介護保険施設から、居宅や医療機関等に退所する者の栄養管理に関する情報連携を切れ目なく行うことを推進するものである。さらに、情報提供先の施設等においては、医師、管理栄養士、看護師、介護職員等の多職種が連携して栄養管理を行えるよう、当該情報を関係職種に共有を行うものであること。

2　退所時栄養情報連携加算の実務について

退所時栄養情報連携加算に係る情報については、別紙様式４－２の様式例を参照の上、退所後の栄養管理に必要となる情報を、退所後の医療機関等が確実に活用できるように提供すること。なお、当該情報提供に必要とされる事項が記載できるものであれば、別の様式を利用して差し支えない。

第四　通所・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基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

Ⅰ　通所・居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメントについて

1　基本的な考え方

栄養ケア・マネジメントは、低栄養状態のリスクにかかわらず、利用者全員に対し、各入所者の状態に応じ実施することで、低栄養状態等の予防・改善を図り、自立支援・重度化防止を推進するものである。

2　体制について

⑴　栄養ケア・マネジメントは、ケアマネジメントの一環として、個々人に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。

⑵　事業所は、管理栄養士（他の介護事業所（栄養改善加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を一名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携を含む。以下この項において同じ。）と主治の医師、歯科医師、看護師及び居宅介護支援専門員その他の職種（以下「関連職種」という。）が行

う体制を整備すること。

⑶　事業所における栄養ケア・マネジメントに関する手順（栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等）をあらかじめ定める。

⑷　管理栄養士は、利用者に適切な栄養ケアを効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。

⑸　事業所は、栄養ケア・マネジメント体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。

３　実務について

⑴　利用開始時における栄養スクリーニング

管理栄養士は、利用者の利用開始時に、関連職種と共同して、低栄養状態のリスクを把握する（以下「栄養スクリーニング」という。）。なお、栄養スクリーニングの結果は、別紙様式４－３－１の様式例を参照の上、記録する。

⑵　栄養アセスメントの実施

管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、利用者毎に解決すべき課題を把握する（以下「栄養アセスメント」という。）。栄養アセスメントの実施にあたっては、別紙様式４－３－１の様式例を参照の上、作成する。栄養アセスメント加算を算定する場合は、栄養アセスメントの結果（低栄養状態のリスク、解決すべき栄養管理上の課題の有無等）を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。利用者の解決すべき栄養管理上の課題を的確に把握し、適切な栄養改善サービスにつなげることを目的としているため、利用者全員に継続的に実施することが望ましい。利用者又はその家族への説明に当たっては、ＬＩＦＥにおける利用者フィードバック票を活用すること。

⑶　栄養ケア計画の作成

①　管理栄養士は、前記の栄養アセスメントに基づいて、利用者のｉ）栄養補給（補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給量、慢性的な疾患に対する対応、食事の形態等食事の提供に関する事項等）、ⅱ）栄養食事相談、ⅲ）課題解決のための関連職種の分担等について、関連職種と共同して、別紙様式４－３－２の様式例を参照の上栄養ケア計画を作成する。その際、必要に応じ、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士の助言を参考とすること。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び

運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十七号）第九十九条若しくは第百十五条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第二十七条、第五十二条若しくは第百七十九条、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成十八年厚生労働省令第三十五号）第百二十五条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成十八年厚生労働省令第三十六号）第四十二条において作成することとされている各計画の中に、栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

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

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

⑷ 利用者及び家族への説明

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

⑸ 栄養ケアの実施

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

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

③ 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて、栄養食事相談を実施する。居宅における食事の状況を聞き取った結果、課題がある場合は、当該課題を解決するため、利用者又はその家族の同意を得

て、当該利用者の居宅を訪問し、居宅での食事状況・食事環境等の具体的な課題の把握や、主として食事の準備をする者に対する栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供すること。

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

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

⑥　管理栄養士は、栄養ケア提供の主な経過を記録する。記録内容、栄養補給（食事等）の状況や内容の変更、栄養食事相談の実施内容、課題解決に向けた関連職種のケアの状況等について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第百五条若しくは第百十九条において準用する第十九条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第三十七条、第六十一条若しくは第百八十二条において準用する第三条の十八、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第百二十三条において準用する第四十九条の十三、若しくは第二百三十七条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第二十一条に規定するサービスの提供の記録において管理栄養士が栄養ケア提供の経過を記録する場合にあっては、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために栄養ケア提供の経過を記録する必要はないものとする。

⑹　実施上の問題点の把握

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

⑺　モニタリングの実施

①　モニタリングは、栄養ケア計画に基づいて、低栄養状態の低リスク者は３月毎、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性がある者の場合には、二週間毎等適宜行う。ただし、低栄養状態の低リスク者も含め、体重は一月毎に測定する。

②　管理栄養士又は関連職種は、長期目標の達成度、体重等の栄養状態の改善状況、栄養補給量等をモニタリングし、総合的な評価

判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、栄養ケア計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙様式４－３－１の様式例を参照の上、作成する。

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

⑻　再スクリーニングの実施

管理栄養士は関連職種と連携して、低栄養状態のおそれのある者の把握を３月毎に実施する。

⑼　栄養ケア計画の変更及び終了時の説明等

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

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

Ⅱ　管理栄養士の居宅療養管理指導について

管理栄養士の居宅療養管理指導にかかる栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等については、別紙様式４－３－１、４－３－２の様式例を準用する。ただし、当該指導に必要とされる事項が記載できるものであれば、別の様式を利用して差し支えない。

第五　口腔・栄養スクリーニング加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

Ⅰ　口腔・栄養スクリーニングの基本的な考え方

口腔・栄養スクリーニングは、事業所において、口腔の健康状態及び栄養状態についての簡易な評価を継続的に実施することにより、利用者の状態に応じて必要な医療や口腔機能向上サービス、栄養改善サービス等の提供に繋げるとともに、当該事業所の従業者の口腔・栄養に関する意識の向上を図ることを目的とするものである。そのため、事業所は、口腔・栄養スクリーニングの実施体制を評価し、効率的・効果的に実施できるよう改善すべき課題を整理・分析し、継続的な見直しに努めること。

Ⅱ　口腔・栄養スクリーニングの実務等について

1　スクリーニングの実施

介護職員等は、利用者のサービス利用開始時又は事業所における口腔・栄養スクリーニング加算の算定開始時に、別紙様式５－１通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、通所型サービス（介護予防も含む）及び別紙様式５－２特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護（介護予防も含む）を用いてスクリーニングを行うこと。なお、口腔スクリーニングにおいては、別紙様式５－１通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、通所型サービス（介護予防も含む）を用いてスクリーニングを実施した場合に、「硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者」、「入れ歯を使っている者」及び「むせやすい者」の口腔スクリーニング項目で問題があった利用者、誤嚥性肺炎の既往がある利用者、その他の口腔の健康状態に確認を要する状態の利用者においては、第 2 章第七のⅡの１に示す口腔の健康状態の評価項目の利用も検討することが望ましい。

2　スクリーニング結果の情報提供等

介護職員等は、各利用者のスクリーニング結果を、当該利用者を担当する介護支援専門員に別紙様式５－１通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、通所型サービス（介護予防も含む）及び別紙様式５－２特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護（介護予防も含む）を参考に文書等で情報提供すること。

口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合はかかりつけ歯科医への受診状況を利用者又はその家族等に確認し、必要に応じて受診を促すとともに、当該利用者を担当する介護支援専門員に対して、口腔機能向上サービスの提供を検討するように依頼すること。また、口腔の健康状態によっては、主治医の対応を要する場合もあることから、必要に応じて介護支援専門員を通じて主治医にも情報提供等の適切な措置を講ずること。低栄養状態の利用者については、かかりつけ医への受診状況を利用者又はその家族等に確認し、必要に応じて受診を促すとともに、当該利用者を担当する介護支援専門員に

対して、栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。

3　再スクリーニングの実施

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

第六　口腔衛生の管理体制に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

Ⅰ　口腔衛生の管理体制の基本的な考え方

口腔衛生の管理体制とは、介護保険施設及び特定施設においてケアマネジメントの一環として、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士（以下「歯科医師等」という。）及び関連職種の共同により、口腔衛生に係る課題把握・改善を行い、入所(居)者に適した口腔清掃等を継続的に行うための体制をいう。歯・口腔の健康の保持・増進を図ることは、自立した質の高い生活を営む上で重要であり、介護保険施設における口腔衛生等の管理は、利用者の口腔の健康状態に応じた効率的・効果的な口腔清掃等が行われるだけでなく、摂食嚥下機能の維持・向上、栄養状態の改善等にもつながるものであることに留意すること。

Ⅱ　口腔衛生の管理体制の整備にかかる実務について

1　口腔衛生の管理体制に係る計画の立案

歯科医師等は、介護保険施設及び特定施設における口腔清掃等の実態の把握、介護職員からの相談等を踏まえ、当該施設の実情に応じ、口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を行うこと。なお、施設の実情を踏まえて、適切に介護職への理解に資すると考えられる場合は、当該助言及び指導について、情報通信機器を用いて実施しても差し支えない。

介護職員は、当該技術的助言及び指導に基づき、別紙様式６－１（介護保険施設）または別紙様式６－２（特定施設）を参考に、以下の事項を記載した口腔衛生管理体制計画を作成すること。

⑴　助言を行った歯科医師等

⑵　歯科医師からの助言の要点

⑶　当該施設における実施目標

⑷　具体的方策

⑸　留意事項・特記事項

実施目標においては、助言及び指導を踏まえて、施設の実情に応じて検討されたい。例えば、口腔清掃の用具の整備、口腔清掃の方法・内容等の見直し、施設職員に対する口腔衛生管理の推進に資する研修会の開催、歯科専門職による入所(居)者の口腔管理等、歯科専門職による食事環境、食形態等の確認又は現在の取組の継続等である。

介護職員は、口腔清掃等を含めた施設における課題や疑問等を、適宜、歯科医師等に相談する。歯科医師等は、概ね６月毎に、施設における口腔清掃の実態、介護職員からの相談等を踏まえ、当該施設の実情に応じた口腔衛生の管理体制に係る計画に関する技術的助言及び指導を行うこと。介護職員は、当該技術的助言・指導を踏まえ、口腔衛生管理体制計画の見直しを行い、口腔衛生の管理体制の充実を図ること。また、必要に応じて、「介護保険施設等における口腔衛生管理の評価と実践」（一般社団法人日本老年歯科医学会）等の関連学会が示す記載等も参考にされたい。

２　入所者の口腔の健康状態の評価

介護保険施設においては、当該施設の従業者又は歯科医師等が入所者の施設入所時及び月に１回程度の口腔の健康状態の評価を実施することとしており、各入所者について、別紙様式６－３を参考に以下の事項等を確認する。ただし、歯科医師等が訪問歯科診療、訪問歯科衛生指導、または口腔衛生管理加算等により口腔管理を実施している場合は、当該口腔の健康状態の評価に代えることができる。

【口腔の健康状態の評価例】

⑴　開口の状態
⑵　歯の汚れの有無
⑶　舌の汚れの有無
⑷　歯肉の腫れ、出血の有無
⑸　左右両方の奥歯のかみ合わせの状態
⑹　むせの有無
⑺　ぶくぶくうがいの状態
⑻　食物のため込み、残留の有無

ただし、⑺及び⑻については、利用者の状態に応じて確認可能な場合に限って評価を行うこと。⑴から⑻の項目を参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性について検討する。評価の実施にあたっては第七のⅡの１及び「入院(所)中及び在宅等における療養中の

患者に対する口腔の健康状態の確認に関する基本的な考え方」（令和6年3月日本歯科医学会）等の関連学会が示す記載等も参考にされたい。

歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高い場合、歯・口腔の疾患が疑われる場合及び介護職員による口腔清掃等が困難な場合等は各利用者の口腔の健康状態に応じた口腔健康管理が行われるよう、歯科受診の必要性も含めて歯科医師等に相談すること。

第七　口腔連携強化加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

Ⅰ　口腔連携強化加算に関する基本的な考え方

口腔連携強化加算は、介護事業所が口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療等について歯科医療機関に相談できる体制を構築するとともに、口腔の健康状態の評価の実施並びに歯科医療機関及びに介護支援専門員への情報提供することを評価したものである。これにより、利用者毎の口腔の健康状態の把握並びに歯科専門職の確認を要する状態の利用者の把握を通じて、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげることが目的である。

Ⅱ　口腔連携強化加算にかかる実務について

1　口腔の健康状態の評価の実施

介護職員等は、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式６、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式11、「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」別紙様式６及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式８等を用いて口腔の健康状態の評価を行い、評価した情報を歯科医療機関及び当該利用者を担当する介護支援専門員に対し、「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」別紙様式６、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式 11、「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」別紙様式６及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式８等により提供する。評価にあたっては、「入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態 の確認に関する基本的な考え方」(令和 6 年 3 月日本歯科医学会）等の関連学会が示す口腔の評価及び管理に係る記載等も参考にされたい。なお、必要に応じて口腔健康管理に係る研修等も活用し、適切な口腔の健康状態の評価の実施に務めること。介護職員については、事業所の医療従事者に相談する等の対応も検討すること。また、継続的な口腔の健康状態の評価を実施することにより、利用者の口腔の健康状態の向上に努めること。

【口腔の健康状態の評価項目】

項目	評価	評価基準	評価の必要性
1. 開口	1.　できる 2.　できない	・上下の前歯の間に指 2 本分（縦）入る程度まで口があかない場合（開口量３ｃｍ以下）には「２」につける。	開口が不十分及び開口拒否等は口の中の観察も困難にするとともに、口腔清掃不良となる要因である。また、開口が不十分においては要因の精査等が必要となる場合がある。
2. 歯の汚れ	1.　なし 2.　あり	・歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「２」につける。	歯が汚れている状態は、汚れに含まれる細菌等も含めて付着している状態である。虫歯や歯周病の原因となるだけでなく、汚れを飲み込み肺に到達すると誤嚥性肺炎の原因にもなる。
3. 舌の汚れ	1.　なし 2.　あり	・舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合には「２」につける。	舌が汚れている状態は、汚れに含まれる細菌等も含めて付着している状態である。歯の汚れと同じく、汚れを飲み込み肺に到達すると誤嚥性肺炎の原因にもなる。

4. 歯肉の腫れ、出血	1.　なし 2.　あり	・歯肉が腫れている場合（反対側の同じ部分の歯肉との比較や周囲との比較）や歯磨きや口腔ケアの際に出血する場合は「２」につける。	歯肉の腫れ、出血は歯周病の可能性があり、歯周病は放置すると歯を失う可能性がある。また、糖尿病等の全身疾患との関連性も報告されている。
5. 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	1.　できる 2.　できない	・本人にしっかりかみしめられないとの認識がある場合または義歯をいれても奥歯がない部分がある場合は「２」につける。	奥歯が無い場合に、食物をかみ砕く能力が低下し、食事形態等に関連があるだけでなく、窒息事故との関連も報告されている。転倒リスクとの関連性も報告されており、義歯の利用等も含めて検討が必要である。
6. むせ	1.　なし 2.　あり	・平時や食事時にむせがある場合や明らかな「むせ」はなくても、食後の痰がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「２」につける。	摂食嚥下障害の可能性があり、食事形態等に関連があるだけでなく、入院等との関連も報告されている。唾液や食物などを誤嚥している可能性があり、摂食嚥下機能の精査や訓練等が必要な場合もある。
7. ぶくぶくうがい※１	1.　できる 2.　できない	・歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合や頬を膨らませない場合や膨らました頬を左右に動かせない場合は「２」につける。	口の周りの筋肉等の動きと関連しており、食事形態等に関連があるだけでなく、入院等との関連も報告されている。口腔機能の低下の可能性があるとともに、口腔衛生管理とも関連している。
8. 食物のため込み、残留※２	1.　なし 2.　あり	・食事の際に口の中に食物を飲み込まずためてしまう場合や飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「２」につける。	摂食嚥下障害等に関連しており、摂食嚥下機能の精査や訓練等が必要な場合もある。

9. その他	自由記載	・歯や粘膜に痛みがある、口の中の乾燥、口臭、義歯の汚れ、義歯がすぐに外れる、口の中に薬が残っている等の気になる点があれば記載する。	その他、歯科疾患との関連がある事項や利用者の訴え等も含めて検討する。
歯科医師等による口腔内等の確認の必要性	1.　低い 2.　高い	・項目 1－8 について「あり」または「できない」が 1 つでもある場合は、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性「高い」とする。 ・その他の項目等も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高いと考えられる場合は、「高い」とする。	

※1　現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り実施する。

※2　食事の観察が可能な場合は確認する。

2　情報を提供された歯科医療機関における対応

情報を提供された歯科医療機関については、介護事業所から情報を提供された場合は、必要に応じて相談に応じるとともに、歯科診療等の必要な歯科医療提供についても検討する。特に、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が「高い」場合は、情報提供した介護事業所及び当該利用者を担当する介護支援専門員等に利用者の状況を確認し、歯科診療の必要性等について検討する。歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が「低い」場合は、基本情報も含めて確認し、不明点等がある場合や、追加で必要な情報がある場合は、情報提供した介護事業所及び当該利用者を担当する介護支援専門員等に問い合わせる等の必要な対応を実施する。

第八　口腔機能向上加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

Ⅰ　口腔機能向上サービスの実務等について

1　通所サービス等における口腔機能向上サービスの提供体制

⑴　口腔機能向上サービスの提供体制は、ケアマネジメントの一環として、個々人に最適な実地指導を行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。

⑵　事業所は、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員（以下「サービス担当者」という。）と介護職員、生活相談員その他の職種の者等

（以下「関連職種」という。）が共同した口腔機能向上サービスを行う体制を整備する。

⑶　事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービスに関する手順（口腔の健康状態の評価、口腔機能改善管理指導計画、サービス実施、口腔の健康状態の再評価等）をあらかじめ定める。

⑷　サービス担当者は、利用者に適切な実地指導を効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。

⑸　事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービス体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的なサービス提供内容の改善に努める。

２　口腔機能向上サービスの実務

⑴　口腔の健康状態の評価の実施

サービス担当者は、利用開始時においては、利用者毎に口腔衛生、摂食嚥下機能等に関する解決すべき課題の確認・把握を行う。解決すべき課題の確認・把握の実施にあたっては、別紙様式６－４様式例を参照の上、作成する。

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

⑵　口腔機能改善管理指導計画の作成

①　サービス担当者は、口腔の健康状態の評価に対しサービス担当者と関連職種が共同して取り組むべき事項等について記載した口腔機能改善管理指導計画を作成する。なお、この作成には、別紙様式６－４の様式例を参照の上、作成することとし、必要に応じて理学療法士、作業療法士、管理栄養士等の助言を参考にする。ただし、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第九十九条若しくは第百十五条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第二十七条、第五十二条、若しくは第百七十九条、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第百二十五条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第四十二条において

作成することとされている各計画の中に、口腔機能改善管理指導計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画の作成に代えることができるものとすること。

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

③ 介護予防通所介護又は通所介護において行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者は、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導が必要と判断される場合は、サービス担当者は、主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導を受けること。

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

⑶ 利用者又はその家族への説明

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

⑷ 口腔機能向上サービスの実施

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

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

③ サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に当たっては、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導が必要と考えられる場合、サービス担当者は、主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。また、関連職種に対して、口腔機能

改善管理指導計画に基づいて個別又は集団に対応した口腔機能向上サービスの提供ができるように指導及び助言等を行う。

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

⑤　サービス担当者は、口腔機能向上サービス提供の主な経過を記録する。記録の内容は、実施日、サービス提供者氏名及び職種、指導の内容（口腔清掃、口腔清掃に関する指導、摂食嚥下等の口腔機能に関する指導、音声・言語機能に関する指導）について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第百五条若しくは第百十九条において準用する第十九条若しくは第百八十一条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第三十七条、第六十一条若しくは第百八十二条において準用する第三条の十八、第九十五条若しくは第百十六条、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第百二十三条において準用する第四十九条の十三若しくは第二百三十七条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第二十一条に規定するサービスの提供の記録においてサービス担当者が口腔機能向上サービス提供の経過を記録する場合は、当該記録とは別に口腔機能向上加算の算定のために口腔機能向上サービスの提供の経過を記録する必要はないものとすること。

⑸　実施上の問題点の把握

サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画に基づき、利用者の目標の達成状況、口腔衛生、口腔機能の改善状況等を適宜把握する。改善状況に係る記録は、別紙様式６－４様式例を参照の上、作成する。口腔機能改善管理指導計画の変更が必要になる状況が疑われる場合には、口腔機能改善管理指導計画の変更を検討する。

⑹　口腔の健康状態の再評価の実施

①　サービス担当者は、目標の達成状況、口腔衛生、口腔機能等の改善状況等を適宜、再評価を行うとともに、サービスの見直し事項を含めた、口腔機能改善管理指導計画の変更の必要性を判断する。口腔の健康状態の再評価の記録は、別紙様式６－４様式例を参照の上、作成する。

② 口腔の健康状態の再評価は、月１回程度を目処に、必要に応じて適宜実施する。再評価の結果、口腔の健康状態に変化がある場合には、口腔機能改善管理指導計画を再度作成する。

⑺ 再把握の実施

サービス担当者は、口腔衛生、摂食嚥下機能等に関する解決すべき課題の把握を３月毎に実施し、事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等へ情報を提供する。なお、この把握には、別紙様式６－４の様式例を参照の上、作成する。

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

⑻ 口腔機能向上サービスの継続及び終了時の説明等

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

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