令和7年度
介護サービス事業者集団指導資料
ー（介護予防）通所リハビリテーションー

山梨県 峡東保健福祉事務所 福祉課 長寿介護担当

目次

No.	項目	P
1	人員・設備・運営基準について	1
	【人員・設備に関する基準】	6
	【運営に関する基準】	8
2	介護報酬の基準について	15
	<加算・減算>	22
3	各種届出について	54
4	主な関係通知等	56
別紙	報酬評価の対象となる地域指定	58

通知・様式等の掲載先

厚生労働省、山梨県からの通知、変更届等の様式などは、次のホームページに掲載されていますので、確認をお願いいたします。

①山梨県庁ホームページ ⇒ <https://www.pref.yamanashi.jp>

・トップページ → 組織案内 → 福祉保健部 → 健康長寿推進課

・トップページ → 組織案内 → 福祉保健部

→ 峡東保健福祉事務所 → 福祉課(長寿介護担当)

②WAM-NET(独立行政法人 福祉医療機構) ⇒ <https://www.wam.go.jp/>

・トップページ → 右側ナビゲーション「WAM 情報プロムナード」→ 都道府県からのお知らせ

→ WAM NET 地方センター情報 山梨 → 県からのお知らせ

③厚生労働省ホームページ ⇒ <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/index.html>

1 人員・設備・運営基準について

【基準】

指定通所リハビリテーション事業者（指定介護予防通所リハビリテーション事業者）は、下記基準に従い、要介護者（要支援者）の心身の状況等に応じて適切なサービスを提供するとともに、その提供するサービスの質を自ら評価することなどによって、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めることとされています。（介護保険法第73条、115条の3）

	通所リハビリテーション（居宅サービス）	介護予防通所リハビリテーション（介護予防サービス）
基準 (関係省令)	「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」 (平成11年3月31日厚生省令第37号)	「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」 (平成18年3月14日厚生労働省令第35号)
基準 (県条例)	「山梨県指定居宅サービス等の事業に関する基準等を定める条例」 (平成24年12月27日山梨県条例第58号)	「山梨県指定介護予防サービス等の事業に関する基準等を定める条例」 (平成24年12月27日山梨県条例第59号)
解釈 通知	「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」 (平成11年老企第25号)	

【基準の性格】

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らないこと。（解釈通知第1）

※みなし指定の取扱い

- 病院、診療所は、健康保険法第63条第3項第1号の規定により保険医療機関の指定があったときに、その指定の際に法第41条第1項の指定があったものとみなされます。（介護保険法第71条、介護保険法施行規則第127条）
- 介護老人保健施設又は介護医療院は、開設許可があればこのサービスを行う事業所としての指定があったものとみなされます。（介護保険法第72条、介護保険法施行規則第128条）
- 新たにみなし指定となった事業所について、実際に介護保険の通所リハビリテーションを行い、介護報酬を請求するに当たっては、人員基準、設備基準、運営基準等を満たしたうえで、県（当該保険医療機関の所在地を管轄する保健福祉事務所）に届出を行う必要があります。

【医療保険・介護保険におけるリハビリテーションの連携】

- 急性期から回復期までのリハビリテーションは医療保険で対応し、維持期のリハビリテーションは介護保険が中心となって対応します。リハビリテーション実施機関においては、リハビリテーションの開始に当たり、急性期、回復期及び維持期のリハビリテーションの意義及び内容の違いについて説明を行うとともに、介護保険におけるリハビリテーションについては、生活機能の維持・向上を目指したリハビリテーションを行うことの説明を行うこととされています。（「医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について（平成18年老老発第1225003号・保医発第1225001号）」一部抜粋）

【基本方針】

通所リハビリテーション (条例第 135 条)	介護予防通所リハビリテーション (条例第 116 条)
<p>要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法、作業療法その他必要な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。</p>	<p>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、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。</p>

【基本取扱方針】

通所リハビリテーション (条例第 138 条)	介護予防通所リハビリテーション (条例第 124 条)
<ol style="list-style-type: none"> 1 指定通所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らない。 2 指定通所リハビリテーション事業者は、自らその提供する指定通所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らない。 	<ol style="list-style-type: none"> 1 指定介護予防通所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らない。 2 指定介護予防通所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通所リハビリテーションの質の評価を行うとともに、主治の医師又は歯科医師とも連携を図りつつ、常にその改善を図らなければならない。 3 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たり、単に利用者の運動器の機能の向上、栄養状態の改善、口腔機能の向上等の特定の心身機能に着目した改善等を目的とするものではなく、当該心身機能の改善等を通じて、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サービスの提供に当たらなければならない。 4 指定介護予防通所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サービスの提供に努めなければならない。 5 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たり、利用者との意思疎通を十

	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らない。
--	---

【具体的取扱方針】

通所リハビリテーション (条例第 139 条)	介護予防通所リハビリテーション (条例第 125 条)
<p>指定通所リハビリテーションの方針は、次に掲げるところによるものとする。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、第 136 条第 1 項第 1 号の医師の指示及び次条第 1 項に規定する通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行う。 2 通所リハビリテーション従業者は、指定通所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。 3 <u>指定通所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、身体拘束等を行ってはならない。</u>(R6 改定) 4 <u>前号の身体拘束等を行う場合には、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。</u>(R6 改定) 5 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供する。この場合において、認知症である要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービス提供ができる体制を整える。 6 指定通所リハビリテーション事業者は、リハビリテーション会議の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地か 	<p>指定介護予防通所リハビリテーションの方針は、第 116 条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 指定介護予防通所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。 2 医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たる介護予防通所リハビリテーション従業者（以下この節において「医師等の従業者」という。）は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を定めた計画（以下この条において「介護予防通所リハビリテーション計画」という。）を作成しなければならない。 3 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、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。 4 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。 5 医師等の従業者は、リハビリテーションを

<p>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。</p>	<p><u>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通所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。(R6 改定)</u></p> <p>6 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画を作成した際には、当該介護予防通所リハビリテーション計画を記載した書面を利用者に交付しなければならない。</p> <p>7 指定介護予防通所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、リハビリテーション会議(医師が参加した場合に限る。)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及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの提供内容について整合性のとれた介護予防通所リハビリテーション計画を作成した場合については、第86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。</p> <p>8 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護予防通所リハビリテーション計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行うものとする。</p> <p>9 指定介護予防通所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。</p> <p>10 <u>指定介護予防通所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。(R6 改定)</u></p>
---	--

	<p>11 <u>前号の身体的拘束等を行う場合には、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。(R6 改定)</u></p> <p>12 指定介護予防通所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サービスの提供を行うものとする。</p> <p>13 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画に基づくサービスの提供の開始時から、少なくとも1月に1回は、当該介護予防通所リハビリテーション計画に係る利用者の状態、当該利用者に対するサービスの提供状況等について、当該サービス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するとともに、当該介護予防通所リハビリテーション計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、当該介護予防通所リハビリテーション計画の実施状況の把握（次号及び第11号において「モニタリング」という。）を行うものとする。</p> <p>14 医師等の従業者は、モニタリングの結果を記録し、当該記録を当該サービス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。</p> <p>15 医師等の従業者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防通所リハビリテーション計画の変更を行うものとする。</p> <p>16 第1号から第14号までの規定は、前号に規定する介護予防通所リハビリテーション計画の変更について準用する。</p>
--	--

【人員・設備に関する基準】

病院、介護老人保健施設、介護医療院	
①医師	・専任の常勤医師が1人以上
②理学療法士・作業療法士 言語聴覚士・看護職員 介護職員	○利用者数が10人を超える場合 ・提供時間帯を通じて専従で、利用者数を10で除した数以上 ○利用者数が10人以下の場合 ・提供時間帯を通じて専従で、1人以上
③理学療法士・作業療法士 言語聴覚士	・利用者が100又はその端数を増すごとに1人以上
診療所	
①医師	○利用者の数が同時に10人を超える場合 ・専任の常勤医師が1人以上 ○利用者の数が同時に10人以下の場合 ・専任の医師が1人勤務していること。 ・利用者数は、専任の医師1人に対し1日48人以内であること。
②理学療法士・作業療法士 言語聴覚士・看護職員 介護職員	○利用者数が10人を超える場合 ・提供時間帯を通じて専従で、利用者数を10で除した数以上 ○利用者数が10人以下の場合 ・提供時間帯を通じて専従で、1人以上
③理学療法士・作業療法士 言語聴覚士・経験看護師	・常勤換算方法で0.1人以上 ※経験看護師…通所リハビリテーション若しくはこれに類するサービスに1年以上従事した経験を有する看護師
設備	サービスを行うにふさわしい専用の部屋等であって、3㎡に利用定員を乗じた面積以上（介護老人保健施設又は介護医療院の場合は、当該専用の部屋等の面積に、リハビリテーションに供用される利用者用食堂の面積を加える）
品等	消火設備等の非常災害に際して必要な設備並びにサービス提供に必要な専用の機械と器具を備える

※専任の常勤医師とは、指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えないものであること。指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、当該介護老人保健施設又は当該介護医療院に常勤医師として勤務している場合には、常勤の要件として足るものであること。

また、指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所と併設されている事業所において指定通所リハビリテーション事業所の医師が、当該病院又は当該診療所の常勤医師と兼務している場合でも、常勤の要件として足るものであること。

※指定通所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、通所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。(R6改定)

※指定通所リハビリテーションの単位とは、同時に、一体的に提供される指定通所リハビリテーションをいうものであることから、例えば次のような場合は、2単位として扱われ、それぞれの単位ごと

に必要な従業者を確保する必要がある。

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

※専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が100人又はその端数を増すごとに1以上確保するとは、リハビリテーションを提供する時間帯に、当該職種の従業者が常に確保されるよう必要な配置を行うよう定めたもの。

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

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

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

※設備について、保険医療機関が医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションの届出を行っており、当該保険医療機関において、1時間以上2時間未満の指定（介護予防）通所リハビリテーション実施する場合には、医療保険のリハビリテーションを受けている患者と介護保険の利用者に対するサービス提供に支障が生じない場合に限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えない。

この場合に必要なスペースは、医療保険のリハビリテーションの患者数に関わらず、常時、3㎡に指定（介護予防）通所リハビリテーションの利用者数を乗じた面積以上とする。

機器及び機具は、サービス提供時間に関わらず、各サービスの提供に支障が生じない場合に限り、共用して差し支えない。

※共生型自立訓練又は基準該当自立訓練を併せて行う際の取扱い

共生型サービス又は基準該当サービスとして障害福祉サービスにおける機能訓練（自立訓練）を行う場合においては、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び関係規定に基づき適切に実施すること。

なお、人員・設備基準を満たすにあたっては、通所リハビリテーションの利用者数に、障害福祉サービスの利用者数を合算することとし、利用者に対するサービス提供が適切に行われると認められる場合において、従事者が双方のサービスに従事すること又は設備を共有することは差し支えない。（R6改定）

【運営に関する基準】

（１）内容及び手続の説明及び同意

あらかじめ利用申込者または家族に、運営規程の概要等サービス選択に係る重要事項を文書で交付して説明、同意を得て、提供を開始する。

利用申込者又はその家族等の承諾を得た上で、電磁的方法によることが可能。

※参考：「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）」

・重要事項説明書の内容と運営規程の内容が異なっている場合があります。（営業日や営業時間、実施地域など）。重要事項説明書は運営規程の内容をもとに作成し、実態とも整合していることが必要です。

（２）提供拒否の禁止

正当な理由なくサービス提供を拒んではならない。

・正当な理由がある場合（①事業所の現員からは利用申込みに応じきれない場合 ②利用申込者の居住地が事業所の通常の事業の実施地域外である場合等）を除き、利用申込みに応じなければなりません。特に要介護度や所得の多寡によるサービス提供の拒否は禁止されています。

（３）サービス提供困難時の対応

正当な理由によりサービス提供が困難と認められる場合には、速やかに居宅介護支援事業者に連絡、適当な他事業者の紹介等の必要な措置を行う。

（４）受給資格等の確認

被保険者証により、要介護認定の有無や有効期間を確認。認定審査会意見があるときには、それに配慮して提供する。

・介護支援専門員から情報を聞くだけでなく、事業者自ら被保険者証の提示を受け、必要事項を確認してください。

（５）要介護認定の申請に係る援助

要介護認定申請を行っていない利用申込者の申請（必要な場合の更新認定の申請）を援助する。

（６）心身の状況等の把握

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、環境、他の保健医療サービス・福祉サービスの利用状況等を把握する。

・利用者の生活に大きな影響を及ぼすような変化（入退院、転居、家族の死亡など）についても、サービス提供の記録とは別に、継続的に把握し、記録してください。
・居宅介護支援員や医療機関等からの情報だけでなく、事業所自身で利用者の心身の状況等を把握するようにしてください。

（７）居宅介護支援事業者等との連携

居宅介護支援事業者や保健医療サービス・福祉サービス提供者との密接な連携に努めること。サービス終了時には、主治医・居宅介護支援事業者に対する情報提供を行うこと。

・サービス担当者会議には必ず出席してください。会議を通じて、情報の共有を図るとともに、サービス提供に当たっての専門的な見地からの意見を伝えてください。やむを得ず出席できなかった場合でも、後日、会議の状況・合意事項等を確認するとともに、必要事項を記録保存してください。

(8) 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助

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、利用申込者・家族に、手続等を説明し援助する。

(9) 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供

居宅サービス計画が作成されている利用者に、当該計画に沿ったサービスを提供する。

・居宅サービス計画がなければ、計画に沿ったサービス提供をすることができません。計画が変更された場合は、居宅介護事業所から計画の交付を受けてください。

(10) 居宅サービス計画等の変更の援助

利用者がサービス計画変更を希望する場合は、居宅介護支援事業者への連絡等の必要な援助を行う。

(11) サービスの提供の記録

提供日・内容や代理受領額等をサービス計画記載の書面等に記載し、利用者から申出があれば利用者にその情報を提供する。

なお、提供した具体的なサービスの内容等の記録は、2 年間保存しなければならない。

・サービス提供の記録は、介護報酬請求の根拠となる重要な記録です。
・開始及び終了時間や利用者の心身の状況その他必要な事項を記録に残しておいてください。

(12) 利用料等の受領

利用者から支払を受けることができる利用料・費用は次のとおり。

- ①利用料 ・法定代理受領サービスに該当する場合 居宅介護サービス費用基準額の 1～3 割
・法定代理受領サービスに該当しない場合 居宅介護サービス費用基準額（10 割）
※居宅介護サービス費用基準額との間に不合理な差額が生じないようにする。

②通常の事業実施地域以外に送迎する費用

③通常の時間を超えるサービスの費用

④食事の費用

⑤おむつ代

⑥その他の日常生活費（通所リハビリテーションの提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるもの）

・費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ利用者・家族にサービスの内容・費用の説明を行い、同意を得る必要があります。

(13) 保険給付の請求のための証明書の交付

事業者は、法定代理受領サービスに該当しない利用料の支払を受けた場合、内容・費用等を記載したサービス提供証明書を利用者に交付する。

(14) 通所リハビリテーション計画の作成

・医師、理学療法士、作業療法士等の従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえ、リハビリテーション

ンの目標、目標達成のための具体的なサービス内容等を記載した計画を作成しなければならない。

- ・作成に当たり、計画の内容を利用者・家族に対して説明し、利用者の同意を得て、利用者に計画を交付する。
- ・計画に従ったサービスの実施状況と目標の達成状況を診療記録に記載する。
- ・居宅サービス計画を作成している介護支援事業者から計画の提出を求められた場合は、提供することに協力するよう努める。
- ・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、当該利用者に係る情報を把握すること。
- ・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は、当該文書にリハビリテーション実施計画書の内容が含まれていること。
- ・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。(R6 改定)

※計画の記載内容、様式例等については、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」を参照すること。

- ・利用者の同意を得る際には、事業者、利用者双方を保護する観点から、電磁的媒体を用いない場合、国が定めた様式があるものに関しても署名・押印を求めることが望ましいです。
- ・サービス提供を開始する前に計画を作成し、計画に沿ったサービス提供をしてください。

(15) 利用者に関する市町村への通知

利用者が正当な理由なく指示に従わず要介護状態等の程度を悪化させたときや、不正な受給があるとき等は、事業者が意見を付け市町村に通知する。

(16) 緊急時等の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合などに、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じる。

- ・対応の手順、主治医の連絡先等を明確にし、文書化するなど迅速に対応できるような措置を講じ、従業員に対して周知徹底してください。

(17) 管理者等の責務

管理者（医療機関の管理者）又は管理を代行する者（医師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから選任した者。組織図等で指揮命令系統を明示しておくこと）は、事業所の従業者に規定を遵守させるための必要な指揮命令を行う。

(18) 運営規程

事業所毎に、次に掲げる事業の運営についての事項等に関する規程を定めておく。

- ①事業の目的・運営の方針
- ②従業者の職種、員数及び職務の内容
- ③営業日及び営業時間
- ④指定通所リハビリテーションの利用定員

- ⑤指定通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額
- ⑥通常の事業の実施地域
- ⑦サービス利用に当たっての留意事項
- ⑧非常災害対策
- ⑨虐待の防止のための措置に関する事項（R6年4月1日から義務化）
- ⑩その他運営に関する重要事項

・運営規程の内容に変更がある場合には、必ず変更届を提出してください。

(19) 勤務体制の確保等

- ・適切なサービスを提供できるよう、従業員の勤務の体制を定めておく。また、指定通所リハビリテーションは、当該指定通所リハビリテーション事業所の従業員によって提供されなければならない。

・事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、通所リハビリテーション従事者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職種（医師、理学療法士等、看護職員、介護職員）、管理者との兼務関係等を明確にしてください。

- ・従業員の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならず、また、全ての通所リハビリテーション従事者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者等を除く）に対し、**認知症介護に係る基礎的な研修**を受講させるために必要な措置を講じなければならない。なお、新たに採用した従業者のうち医療・福祉関係資格を有さない者については、採用後1年を経過するまでに**認知症介護基礎研修**を受講させること。
- ・適切な通所リハビリテーションの提供を確保する観点から、職場において行われる**性的な言動**又は**優越的な関係を背景とした言動**であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業員の就業環境が害されることを防止するための**方針の明確化等の必要な措置**を講じなければならない。

※事業主が講ずべき措置の具体的内容は、次の2つの指針に規定されているとおり。

- ・「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）
- ・「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）

(20) 業務継続計画の策定等（R6年4月1日から義務化）

- ・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。
- ・事業者は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的（それぞれ年1回以上）に実施しなければならない。
- ・事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

・訓練等で得られた気づきを計画に反映し、実効性のある業務継続計画にしていけることが必要です。

(21) 定員の遵守

利用定員を超えてサービスの提供を行わない（災害その他のやむを得ない事情がある場合を除く）。

- ・減算の対象とならない場合でも、1日単位で利用定員を順守することが必要です。

(22) 非常災害対策

- ・非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。
- ・訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならない。

【条例による独自の基準】

- ・指定通所リハビリテーション事業者は、非常災害に関する具体的計画を作成し、非常災害の際の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な措置に関する訓練を行わなければならない。
- ・非常災害に関する具体的計画の作成に当たっては、事業所の立地状況等を勘案し、発生することが予想される非常災害の種類に応じたものとしなければならない。
- ・訓練は、地域住民及び消防団その他の関係機関と連携して行うよう努めなければならない。
- ・事業者は、非常災害の際に利用者及び従業員が必要とする飲料水、食糧、日用品その他の物資及び防災に関する資機材の備蓄、整備及び点検を行うよう努めなければならない。

(23) 衛生管理等

- ・利用者の使用する施設、食器等の設備、飲用水について、衛生的な管理に努め、または衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品と医療機器の管理を適正に行う。
- ・感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話等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、従業員に周知徹底を図ること。
 - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備すること。
 - ③ 従業員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的（それぞれ年1回以上）に実施すること。

※ 感染症が発生し、又はまん延しないように講ずる措置について

- ・委員会は、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い。
- ・委員会は、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。
- ・委員会は、他の会議体と一体的に設置・運営することや、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ない。
- ・指針では、事業所における平常時の対策及び発生時の対応を規定すること。
- ・研修は、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、研修の実施内容については記録することが必要。また、年1回以上開催するとともに、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。
- ・訓練（シミュレーション）は、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、年1回以上行うことが必要。

※ 参考：厚生労働省ホームページ「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」「介護現場における感染

(24) 掲示

- ・運営規程の概要など利用申込者のサービス選択に関係する重要事項（必要な項目は重要事項説明書と同じ）を、事業所内の利用者又は家族が見えやすい場所に掲示する。なお、自由に閲覧可能な形で事業所内に備えることで掲示に代えることができる。
- ・事業所内での書面掲示に加え、重要事項の情報をウェブサイト（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上）に掲載・公表しなければならない。（R6 改定）（令和7年度から義務付け）

(25) 秘密保持等

サービス従業者（であった者）は正当な理由なく、業務上知り得た利用者・家族の秘密を漏らしてはならず、サービス担当者会議等において利用者（家族）の個人情報を用いる場合にはその利用者（家族）の同意をあらかじめ文書により得ておく。

(26) 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止

居宅介護支援事業者またはその従業者に対し、利用者に特定の事業者から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。

(27) 苦情処理

- ・苦情受け付け窓口を設置するなどして利用者・家族からの苦情に迅速・適切に対応し、苦情の内容等を記録する。（記録は2年間保存）
- ・市町村からの物件提出の求めや質問・照会等に対応し、市町村が行う調査に協力する。
- ・市町村・国保連からの指導・助言に従って必要な改善を行い、市町村等から求められた場合にはその改善の内容を市町村等に報告する。

※参考：「介護保険サービス相談・苦情対応要領」

- ・苦情処理の体制、手順を定め、利用者に重要事項説明書等文書で説明し、事業所に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載してください。
- ・文書により、事業所の窓口（電話番号、担当者名等）、市町村の窓口（担当課、電話番号等）、国保連の窓口（電話番号等）を情報提供してください。

(28) 地域との連携等

- ・提供したサービスに関する利用者からの苦情に関して市町村等が派遣する者が相談・援助を行う事業（介護相談員派遣事業など）に協力するよう努めること。
- ・事業者は、事業所と同一の建物に居住する利用者に対してサービス提供をする場合には、地域包括ケア推進の観点から、当該建物に居住する利用者以外の者に対してもサービス提供を行うよう努めなければならない。

(29) 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、市町村・家族・居宅介護支援事業者等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際して採った処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行う。（記録は2年間保存）

※参考：「介護保険サービス提供中の事故発生に係る取扱要領」

(30) 虐待の防止

事業者は、虐待の防止のための措置に関する事項についての運営規程を定めるとともに、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に定める措置を講じなければならない。

- ① 事業所における虐待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）を定期的開催し、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- ② 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。
- ③ 事業所において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的（年1回以上）に実施すること。
- ④ 上記を適切に実施するための担当者を置くこと。

・従業者が相談・報告できるように、虐待防止検討委員会の構成メンバーや上記④の担当者について、書面で明示するようお願いします。

(31) 会計の区分

事業所ごとに経理を区分するとともに、各介護サービスの事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならない。

・介護保険と介護保険以外の会計を区分してください。
・決算は、サービス事業所ごとに経理を区分してください。共通費用等は、合理的な率により按分するなどして各事業所に配分するようにしてください。

(32) 記録の整備

事業者は以下の記録を整備し、その完結の日から2年間保存しなければならない。

1. 従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録
2. 利用者に対する通所リハビリテーションの提供に関する次の記録
 - ①通所リハビリテーション計画
 - ②提供した具体的なサービスの内容等の記録（診療記録及びリハビリテーション会議の記録を含む）
 - ③身体的拘束等の態様及び時間、利用者の心身状況、緊急やむを得ない理由等の記録(R6改定)
 - ④利用者に関する市町村への通知に関する記録
 - ⑤苦情の内容等の記録
 - ⑥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

(33) 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

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らない。

※介護保険等関連情報などを活用し、事業所単位でPDCAサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければならないとしたもの。この場合において、「科学的介護情報システム(LIFE)」に情報を提供し、当該情報及びフィードバック情報を活用することが望ましい。

2 介護報酬の基準について

<基本報酬>

(1) 通所リハビリテーション費 (病院又は診療所の場合)

所要時間	要介護度	単位数	
		通常規模	大規模
1 時間以上 2 時間未満	要介護 1	3 6 9	3 5 7
	要介護 2	3 9 8	3 8 8
	要介護 3	4 2 9	4 1 5
	要介護 4	4 5 8	4 4 5
	要介護 5	4 9 1	4 7 5
2 時間以上 3 時間未満	要介護 1	3 8 3	3 7 2
	要介護 2	4 3 9	4 2 7
	要介護 3	4 9 8	4 8 2
	要介護 4	5 5 5	5 3 6
	要介護 5	6 1 2	5 9 1
3 時間以上 4 時間未満	要介護 1	4 8 6	4 7 0
	要介護 2	5 6 5	5 4 7
	要介護 3	6 4 3	6 2 3
	要介護 4	7 4 3	7 1 9
	要介護 5	8 4 2	8 1 6
4 時間以上 5 時間未満	要介護 1	5 5 3	5 2 5
	要介護 2	6 4 2	6 1 1
	要介護 3	7 3 0	6 9 6
	要介護 4	8 4 4	8 0 5
	要介護 5	9 5 7	9 1 2
5 時間以上 6 時間未満	要介護 1	6 2 2	5 8 4
	要介護 2	7 3 8	6 9 2
	要介護 3	8 5 2	8 0 0
	要介護 4	9 8 7	9 2 9
	要介護 5	1,1 2 0	1,0 5 3
6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	7 1 5	6 7 5
	要介護 2	8 5 0	8 0 2
	要介護 3	9 8 1	9 2 6
	要介護 4	1,1 3 7	1,0 7 7
	要介護 5	1,2 9 0	1,2 2 4
7 時間以上 8 時間未満	要介護 1	7 6 2	7 1 4
	要介護 2	9 0 3	8 4 7
	要介護 3	1,0 4 6	9 8 3
	要介護 4	1,2 1 5	1,1 4 0
	要介護 5	1,3 7 9	1,3 0 0

※ 詳細は、厚生労働省 HP「介護報酬算定構造」を参照

※ 基本部分の報酬の減算については (2)減算 を参照

○事業所規模による区分『届出必須』

前年度の1か月当たりの平均利用延人員数により、算定すべき通所リハビリテーション費を区分している。

- イ 通常規模型事業所 前年度の一月当たりの平均利用延人員数(※)が750人以内
- ロ 大規模型事業所 " 750人超

毎年度3月に算定区分確認表を提出(様式はWAM-NETへ掲載)
規模に変更がある場合は、介護給付費算定に係る体制等に関する届出書を提出

(※)平均利用延人員数について

- ① 介護予防通所リハビリテーション事業を一体的に実施している場合は当該利用者も含むこと。
- ② 平均利用延人員数の計算
※利用時間により延人数の算出方法が異なるため、留意すること。
 - ・ 1時間以上2時間未満の報酬を算定する利用者：利用者数 × 1/4
 - ・ 2時間以上3時間未満の報酬を算定する利用者及び
3時間以上4時間未満の報酬を算定する利用者：利用者数 × 1/2
 - ・ 4時間以上5時間未満の報酬を算定する利用者及び
5時間以上6時間未満の報酬を算定する利用者：利用者数 × 3/4
 - ・ (介護予防) 2時間未満の利用者：利用者数 × 1/4
 - ・ (介護予防) 2時間以上4時間未満の利用者：利用者数 × 1/2
 - ・ (介護予防) 4時間以上6時間未満の利用者：利用者数 × 3/4
 - ・ 1月間(暦月)、正月等の特別な期間を除いて
毎日事業を実施した場合：当該月の平均利用延人員数 × 6/7
 - ・ 介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者については、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えない。
- ③ 前年度の実績が6月に満たない事業者(新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む)又は前年度から定員をおおむね25%以上変更して事業を実施しようとする事業者においては、当該年度に係る平均利用延人員数については、便宜上、都道府県知事に届け出た当該事業所の利用定員の90%に予定される1月当たりの営業日数を乗じて得た数とする。
- ④ 毎年度3月31日時点において、事業を実施している事業者であって、4月以降も引き続き事業を実施するものの当該年度の通所リハビリテーション費の算定に当たっては、前年度の平均利用延人員数は、前年度において通所リハビリテーション費を算定している月(3月を除く。)の1月当たりの平均利用延人員数とする。
- ⑤ 平均利用延人員数が750人超の事業所であっても、算定する月の前月において、以下に示す基準を満たしている場合は、通常規模型通所リハビリテーション費を算定することができる。
 - a 利用者の総数のうち、リハビリテーションマネジメント加算を算定した利用者の割合が80%以上であること。利用者の総数とは、前月に当該事業所において通所リハビリテーションを利用することを通所リハビリテーション計画上位位置づけている

者の人数とする。

- b 「専ら当該通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下、理学療法士等)が、利用者の数を10で除した数以上確保されていること」の要件の算出式は以下の通りとする。

(通所リハビリテーション計画に位置付けられた利用時間×
各利用時間の利用人数)の合計(※1)

≤ 10

理学療法士等の通所リハビリテーション事業所における
勤務時間の合計(※2)

(※1) 各利用時間の下限で計算する。

例：2～3時間利用の利用者が4人の場合、2(時間)×4(人)として計算。

(※2) 所定労働時間のうち通所リハビリテーション事業所の業務に従事することとされている時間とし、必ずしも利用者に対し通所リハビリテーションを提供している時間に限らないことに留意する。

- ⑥ 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例については、別途通知「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)」を参照すること。

○所要時間による区分について

- ① 現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画に位置づけられた内容の指定通所リハビリテーションを行うための標準的な時間によることとしている。そのため、例えば、単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、指定通所リハビリテーションのサービスが提供されているとは認められないものであり、この場合は当初計画に位置づけられた所要時間に応じた所定単位数を算定すること(このような家族等の出迎え等までの間のいわゆる「預かり」サービスについては、利用者から別途利用料を徴収して差し支えない)。
- ② 指定通所リハビリテーションを行うのに要する時間には、送迎に要する時間は含まないものとするが、送迎時に実施した居宅内での介助等(電気の消灯・点灯、窓の施錠、着替え、ベッドへの移乗等)に要する時間は、次のいずれの要件も満たす場合、1日30分以内を限度として、指定通所リハビリテーションを行うのに要する時間に含めることができる。
- イ 居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に位置付けた上で実施する場合
- ロ 送迎時に居宅内の介助等を行う者が、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、1級課程修了者、介護職員初任者研修修了者(2級課程修了者を含む。)又は当該事業所における勤続年数と同一法人の経営する他の介護サービス事業所、医療機関、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員としての勤続年数の合計が3年以上の介護職員である場合
- ③ 当日の利用者の心身の状況から、実際の指定通所リハビリテーションの提供が通所リ

ハビリテーション計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には通所リハビリテーション計画上の単位数を算定して差し支えない。なお、通所リハビリテーション計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合には、通所リハビリテーション計画を変更のうえ、変更後の所要時間に応じた単位数を算定すること。

- ④ 利用者に対して、1日に複数の指定通所リハビリテーションを行う事業所にあつては、それぞれの指定通所リハビリテーションごとに通所リハビリテーション費を算定するものとする（例えば、午前と午後に指定通所リハビリテーションを行う場合にあつては、午前と午後それぞれについて通所リハビリテーション費を算定する）。ただし、1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションの利用者については、同日に行われる他の通所リハビリテーション費は算定できない。
 - ・ 通所リハビリテーションについては、原則として一つの事業所でリハビリテーションを提供するものであるが、やむを得ない場合においてはこの限りでない。（平成26年4月4日厚生労働省老健局 事務連絡）

○指定通所リハビリテーションの提供について

- ① 平成27年度の介護報酬改定において、個別リハビリテーション実施加算が本体報酬に包括化された趣旨を踏まえ、利用者の状態に応じ、個別にリハビリテーションを実施することが望ましい。
- ② 指定通所リハビリテーションは、指定通所リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、通所リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、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」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、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、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通所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、次回のリハビリテーション計画を作成する。
- ③ 通所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、利用者に対するリハビリテーションの目的に加え、
 - ・ 当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項
 - ・ やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準
 - ・ 当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等上記いずれか1つ以上の指示を行う。
- ④ ③における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示に基づき行った内容を明確に記録する。
- ⑤ 通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直す。初回の評価は、通所リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3か月ごとに評価を行う。その他、

必要時に見直しを行うこと。

- ⑥ 指定通所リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定通所リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書に指定通所リハビリテーションの継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、その他指定居宅サービスの併用と移行の見通しを記載し、本人・家族に説明を行う。
- ⑦ 新規に通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該計画に従い、指定通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して1月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行うよう努めること。
- ⑧ 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、利用者及び家族の活動や参加に向けた希望、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達する。

○記録の整備について

- ・ 医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点を診療録に記入する。
- ・ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、通所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。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とする。
- ・ 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。

(2) 介護予防通所リハビリテーション費

要介護度	単位数
要支援1	2,268
要支援2	4,228

- 介護予防通所リハビリテーションについては、月額定額報酬が設定されており、月途中のサービス開始・終了の場合でも、原則として計画に位置づけられた単位数を算定し、日割り計算は行わない。
- ただし、月途中に①要介護から要支援に変更となった、②要支援から要介護に変更となった、③同一保険者内の転居等により事業所を変更した場合は、日割りで計算する。月途中で要支援度が変更になった場合で、それぞれサービス利用の実績がある場合、日割りでそれぞれの単価を算定する。ただし加算（月額）部分に対する日割り計算は行わない。

○算定の基準について

- ① 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師は、指定介護予防通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利

利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加え、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行う。

- ② ①における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示に基づき行った内容を明確に記録する。
- ③ 指定介護予防通所リハビリテーションは、指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、介護予防通所リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、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」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、指定介護予防通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、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介護予防通所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、次回の介護予防通所リハビリテーション計画を作成する。
- ④ 介護予防通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直す。初回の評価は、介護予防通所リハビリテーション計画に基づく介護予防通所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。その他、必要時に見直しを行う。
- ⑤ 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定介護予防通所リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書に指定介護予防通所リハビリテーションの継続が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、法第115条の45第1項第一号ロに規定する第1号通所事業その他指定介護予防サービスの併用と移行の見通しを記載し、本人・家族に説明を行う。
- ⑥ 新規に介護予防通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定介護予防リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、当該計画に従い、指定介護予防通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して1月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行うよう努める。
- ⑦ 指定介護予防通所リハビリテーション事業所（指定介護予防サービス等基準第117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所をいう。以下この号及び第110号において同じ。）の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、介護支援専門員を通じて、法第115条の45第1項第一号イに規定する第1号訪問事業その他指定介護予防サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、利用者及び家族の活動や参加に向けた希望、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達する。
- ⑧ 利用者の運動器の機能向上を目的として個別的に実施されるリハビリテーションであって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下、「運動器機能向上サービスという」）を提供すること。
- ⑨ 運動器機能向上サービスについては、以下のアからエまでに掲げるとおり実施すること。

- ア 利用者の運動器機能、利用者のニーズ、サービスの提供に当たって考慮すべきリスクを利用開始時に把握し、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、運動器機能向上計画を作成していること。また、作成した運動器機能向上計画については、運動器機能向上サービスの提供による効果、リスク、緊急時の対応等と併せて、利用者に分かりやすい形で説明し、その同意を得ること。なお、運動器機能向上計画に相当する内容をリハビリテーション計画書の中にそれぞれ記載する場合は、その記載をもって運動器機能向上計画の作成に代えることができるものとする。
- イ 運動器機能向上計画に基づき、利用者ごとに運動器機能向上サービスを提供すること。その際、提供する運動器機能向上サービスについては、国内外の文献等において介護予防の観点からの有効性が確認されている等の適切なものとする。また、運動器機能向上計画に実施上の問題点（運動の種類の変更の必要性、実施頻度の変更の必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。
- ウ 利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士若しくは看護職員が運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録していること。ただし、介護予防通所リハビリテーションの提供の記録として、運動器機能を定期的に記載している場合は、当該の記載をもって、本要件を満たしているものとする。
- エ おおむね1月間ごとに、利用者の短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、利用者毎の運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて、運動器機能向上計画の修正を行うこと。

<加算・減算>

項目		通所リハ	介護予防	届出有無	P	
〔加算〕	①	感染症や災害の影響による利用者数減少への対応	●	—	○	23
	②	理学療法士等体制強化加算	●	—	×	23
	③	延長加算	●	—	○	23
	④	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	●	■	×	24
	⑤	リハビリテーション提供体制加算	●	—	○	24
	⑥	入浴介助加算	●	—	○	24
	⑦	リハビリテーションマネジメント加算	●	—	○	27
	⑧	短期集中個別リハビリテーション実施加算	●	—	×	30
	⑨	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	●	—	○	31
	⑩	生活行為向上リハビリテーション実施加算	●	■	○	33
	⑪	若年性認知症利用者受入加算	●	■	○	34
	⑫	栄養アセスメント加算	●	■	○	34
	⑬	栄養改善加算	●	■	○	36
	⑭	口腔・栄養スクリーニング加算	●	■	×	38
	⑮	口腔機能向上加算	●	■	○	40
	⑯	重度療養管理加算	●	—	×	42
	⑰	中重度者ケア体制加算	●	—	○	44
	⑱	科学的介護推進体制加算	●	■	○	45
	⑲	退院時共同指導加算	●	■	×	45
	⑳	移行支援加算	●	—	○	46
	㉑	サービス提供体制強化加算	●	■	○	48
	㉒	介護職員等処遇改善加算	●	■	○	49
	㉓	一体的サービス提供加算	—	■	○	49
〔減算〕	①	高齢者虐待防止措置未実施減算	●	■	○	50
	②	業務継続計画未策定減算	●	■	○	51
	③	定員超過利用減算	●	■	×	51
	④	人員基準欠如減算	●	■	○	52
	⑤	利用者の住居と同一建物に所在する事業所に対する減算	●	■	×	52
	⑥	送迎を行わない場合の減算	●	—	×	52
	⑦	長期期間利用の適正化	—	■	×	53

【廃止】

- ・運動器機能向上加算
- ・事業所評価加算

(1) 加算

①感染症や災害の影響による利用者数減少への対応『届出必須』(通所リハビリテーション)

※区分支給限度基準額の算定対象外

<p>○規模区分変更の特例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合、利用者が減少した月の実績を基礎とし、大規模型については、通常規模型を算定可能 <p>○同一規模区分内で利用者が減少した場合の加算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が減少した月の実績が、前年度の1月当たりの平均延利用者数から5%以上減少している場合、3月間基本報酬の3%の加算を算定可能

- 規模区分変更の特例と同一規模区分内で利用者数が減少した場合の加算の両方に該当する場合は、規模区分変更の特例を適用。

通知:「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老老発00316第3号)

②理学療法士等体制強化加算(通所リハビリテーション(1時間以上2時間未満))

<p>所要時間1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーション費を算定する場合について、山梨県指定基準条例第136条に規定する配置基準を超えて、専従かつ常勤で理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置している事業所</p>	<p>1日につき 30単位</p>
---	-------------------

- 「専従」とは、指定通所リハビリテーションを実施する時間に専らその職務に従事していることで足りる。

③延長加算『届出必須』(通所リハビリテーション)

<p>7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションの所要時間と、その前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間が8時間以上となった場合</p>	イ 8時間以上9時間未満の場合	50単位
	ロ 9時間以上10時間未満の場合	100単位
	ハ 10時間以上11時間未満の場合	150単位
	ニ 11時間以上12時間未満の場合	200単位
	ホ 12時間以上13時間未満の場合	250単位
	ヘ 13時間以上14時間未満の場合	300単位

- 安全体制の確保に留意すること。

- 当該事業所の実情に応じて、適当数の従業者を置いていること。

④中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

(通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション)

医師等が、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を越えて、指定通所リハビリテーションを行った場合	(通所リハビリテーション)
	1日につき +5 / 100
※区分支給限度基準額の算定対象外	(介護予防通所リハビリテーション)
	1月につき +5 / 100

- 本加算を算定する利用者については、通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用を受けることはできない。
- 別に厚生労働大臣が定める地域 ※別紙「報酬評価の対象となる地域指定」のとおり

⑤リハビリテーション提供体制加算『届出必須』(通所リハビリテーション(3時間以上))

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所について、通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容の指定通所リハビリテーションを行うのに要する標準的な時間に応じて算定	イ 3時間以上4時間未満の場合	12単位
	ロ 4時間以上5時間未満の場合	16単位
	ハ 5時間以上6時間未満の場合	20単位
	ニ 6時間以上7時間未満の場合	24単位
	ホ 7時間以上の場合	28単位

○厚生労働大臣が定める基準

常時(サービス提供時間帯を通じて)、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。

●留意事項

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

⑥入浴介助加算『届出必須』(通所リハビリテーション)

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て当該基準による入浴介助を行った場合に算定	※区分に応じ1日につき
	I 40単位
	II 60単位

○厚生労働大臣が定める基準

イ 入浴介助加算(I)

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

ロ 入浴介助加算(II)

次のいずれにも適合すること。

- (1) イに掲げる基準に適合すること。
- (2) 医師、理学療法士、作業療法士、若しくは介護支援専門員又は利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者（以下「医師等」）が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価し、かつ、当該訪問において、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又はその家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にあると認められる場合は、訪問した医師等が、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。ただし、医師等による利用者の居宅への訪問が困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が利用者の居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が当該評価及び助言を行っても差し支えないものとする。
- (3) 当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師等との連携の下で、利用者の身体の状態、訪問により把握した当該利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえて個別の入浴計画を作成すること。ただし、個別の入浴計画に相当する内容を通所リハビリテーション計画に記載することをもって、個別の入浴計画の作成に代えることができる。
- (4) (3)の入浴計画に基づき、個浴（個別の入浴をいう。）その他の利用者の居宅の状況に近い環境（利用者の居宅の浴室の手すりの位置や、使用する浴槽の深さ及び高さ等に合わせ、当該事業所の浴室に福祉用具等を設置することにより、利用者の居宅の浴室の状況を再現しているものをいう。）で、入浴介助を行うこと。

●留意事項

ア 入浴介助加算（Ⅰ）について

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

イ 入浴介助加算（Ⅱ）について

- ① ア①及び②を準用する。なお、ア①の「入浴介助加算（Ⅰ）」は、「入浴介助加算（Ⅱ）」に読み替えるものとする。
- ② 入浴介助加算（Ⅱ）は、利用者が居宅において、自身で又は家族若しくは居宅で入浴介助を行うことが想定される訪問介護員等（以下、「家族・訪問介護員等」という。）

の介助によって入浴ができるようになることを目的とし、以下 a～c を実施することを評価するものである。なお、入浴介助加算（Ⅱ）の算定に係る者は、利用者の状態に応じ、自身で又は家族・訪問介護員等の介助により尊厳を保持しつつ入浴ができるようになるためには、どのような介護技術を用いて行うことが適切であるかを念頭に置いた上で、a～c を実施する。

- a 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士若しくは介護支援専門員又は利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者（以下、「医師等」という。）が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価する。その際、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが可能であると判断した場合、指定通所リハビリテーション事業所に対しその旨情報共有する。また、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が指定通所リハビリテーション事業所の従業者以外の者である場合は、書面等を活用し、十分な情報共有を行うよう留意すること。

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

なお、医師等が訪問することが困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が評価及び助言を行うこともできることとする。ただし、情報通信機器等の活用については、当該利用者等の同意を得なければならないこと。また、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。

- b 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師との連携の下で、当該利用者の身体の状態や訪問により把握した当該利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成する。なお、個別の入浴計画に相当する内容を通所リハビリテーション計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別の入浴計画の作成に代えることができるものとする。
- c bの入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行う。なお、利用者の居宅の浴室の状況に近い環境については、大浴槽等においても、手すりなど入浴に要する福祉用具等を活用し、浴室の手すりの位置や使用する浴槽の深さ及び高さ等を踏まえることで、利用者の居宅の浴室環境の状況を再現していることとして差し支えないこととする。また、入浴介助を行う際は、関係計画等の達成状況や利用者の状態をふまえて、自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、必要な介護技術の習得に努め、

これを用いて行われるものであること。なお、必要な介護技術の習得にあたっては、既存の研修等を参考にすること。

- ③ (2)における居宅への訪問の際、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが可能であると判断した場合、指定通所リハビリテーション事業所に対しその旨情報共有する。また、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が指定通所リハビリテーション事業所の従業者以外の者である場合は、書面等を活用し、十分な情報共有を行うよう留意すること。
- ④ 入浴介助を行う際は、関係計画等の達成状況や利用者の状態を踏まえて、自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、必要な介護技術の習得に努め、これを用いて行われるものであること。なお、必要な介護技術の習得にあたっては、既存の研修等を参考にすること。

⑦リハビリテーションマネジメント加算『届出必須』(通所リハビリテーション)

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所の医師、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	※区分に応じ、1月につき	
	イ	(1) 同意日の属する月から6月以内 560単位
		(2) 同意日の属する月から6月超 240単位
	ロ	(1) 同意日の属する月から6月以内 593単位
	(2) 同意日の属する月から6月超 273単位	
	ハ	(1) 同意日の属する月から6月以内 793単位
		(2) 同意日の属する月から6月超 473単位
さらに、通所リハビリテーション計画について、指定通所リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合	1月につき	270単位

※リハビリテーションマネジメント加算イ、ロ、ハの併算定不可。

※栄養アセスメント加算又は口腔機能向上加算(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)ロを算定している場合は、リハビリテーションマネジメント加算(ハ)は算定不可。

○厚生労働大臣が定める基準

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を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容

を記録すること。

- ② 通所リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した医師、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 通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあっては1月に1回以上、6月を超えた場合にあっては3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、通所リハビリテーション計画を見直していること。
- ④ 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- ⑤ 以下のいずれかに適合すること。
 - ・ 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
 - ・ 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
- ⑥ ①～⑤までに適合することを確認し、記録すること。

ロ リハビリテーションマネジメント加算ロ

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

ハ リハビリテーションマネジメント加算ハ

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① ロ①及び②に掲げる基準に適合すること。
- ② 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。
- ③ 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。
- ④ 利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。）を実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。

- ⑤ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
- ⑥ 利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っていること。
- ⑦ 利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者（⑧において「関係職種」という。）が、通所リハビリテーション計画等の内容等の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、利用者の栄養状態に関する情報及び利用者の口腔の健康状態に関する情報を相互に共有すること。
- ⑧ ⑦で共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種の間で共有していること。

●留意事項

- 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」）も参照すること。
- ② 本加算における、「同意を得た日」とは、通所リハビリテーションサービスの利用にあたり、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をいい、当該計画の見直しの際に同意を得た日とは異なることに留意すること。
- ③ 利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月を超えた場合であって、指定通所リハビリテーションのサービスを終了後に、病院等への入院又は他の居宅サービス等の利用を経て、同一の指定通所リハビリテーション事業所を再度利用した場合は、リハビリテーションマネジメント加算イ（１）、ロ（１）、ハ（１）を再算定することはできず、加算イ（２）、ロ（２）、ハ（２）を算定すること。

ただし、疾病が再発するなどにより入院が必要になった状態又は医師が集中的な医学的管理を含めた支援が必要と判断した等の状態の変化に伴う、やむを得ない理由がある場合であって、利用者又は家族が合意した場合には、加算イ（１）、ロ（１）、ハ（１）を再算定できるものであること。

- ④ 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。

- ⑤ 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⑤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。
- ⑥ リハビリテーション会議の開催頻度について、指定通所リハビリテーション事業所若しくは指定介護予防通所リハビリテーション事業所並びに当該事業所の指定を受けている保険医療機関において、算定開始の月の前月から起算して前24月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて6月以上ある利用者については、算定当初から3月に1回の頻度でよいこととする。
- ⑦ 加算ロ、ハの厚生労働省への情報提出については、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。
- ⑧ リハビリテーションマネジメント加算（ハ）について
- イ 栄養アセスメントにおける考え方は、栄養アセスメント加算についてと同様であるので参照されたい。
- ロ 口腔の健康状態の評価における考え方は、口腔機能向上加算についてと同様であるので参照されたい。
- ハ リハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組についての基本的な考え方は別途通知（「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」）を参考とし、関係職種間で共有すべき情報は、同通知の様式1-1を参考とした上で、常に当該事業所の関係職種により閲覧が可能であるようにすること。

⑧短期集中個別リハビリテーション実施加算（通所リハビリテーション）

<p>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、利用者に対して、その退院（所）日又は認定日（※）から起算して3月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行った場合</p> <p>（※）「認定日」の解釈</p> <p>・法第19条第1項に規定する要介護認定の効力が生じた日、つまり、「<u>認定有効期間の初日（申請日）</u>」を指す。</p>	<p>1日につき 110単位</p>
--	---

※ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定不可。

※ 本加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて、基本的動作能力及び応用的動作能力を向上させ、身体機能を回復するための集中的なりハビリテーションを個別に実施すること。

※ 「個別リハビリテーションを集中的に行った場合」とは、退院（所）日又は認定日から起算して3月以内の期間に、1週につきおおむね2日以上、1日当たり40分以上実施するものでなければならない。

⑨認知症短期集中リハビリテーション実施加算『届出必須』（通所リハビリテーション）

<p>別に厚生労働大臣が定める基準かつ施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、認知症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以下の期間区分でリハビリテーションを集中的に行った場合</p> <p>イ その退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内の期間</p> <p>ロ その退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間</p>	<p>イ（I） 1日につき 240単位</p> <p>ロ（II） 1月につき 1,920単位</p>
--	--

○厚生労働大臣が定める施設基準

- ・リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。
- ・リハビリテーションを行うに当たり、利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。

○厚生労働大臣が定める基準

イ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（I）

- ① 1週間に2日を限度として個別にリハビリテーションを実施すること。

ロ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（II）

次のいずれにも適合すること。

- ① 1月に4回以上リハビリテーションを実施すること。
- ② リハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された通所リハビリテーション計画を作成し、生活機能の向上に資するリハビリテーションを実施すること。
- ③ リハビリテーションマネジメント加算イ、ロ、ハのいずれかを算定していること。

●留意事項

認知症短期集中リハビリテーション実施加算（I）

- 精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、1週間に2日を限

度として、20分以上のリハビリテーションを個別に実施した場合に算定できるものである。なお、当該リハビリテーションの提供時間が20分に満たない場合は、算定はできないこととする。

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)

- 精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を終了した医師により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の状態に応じて、個別又は集団によるリハビリテーションは、1月に8回以上実施することが望ましいが、1月に4回以上実施した場合に算定できるものである。その際には、通所リハビリテーション計画にその時間、実施頻度、実施方法を定めたいうで実施すること。
- 利用者の認知症の状態に対し、支援内容や利用回数が妥当かどうかを確認し、適切に提供することが必要であることから1月に1回はモニタリングを行い、通所リハビリテーション計画を見直し、医師から利用者又はその家族に対する説明をし、同意を得ることが望ましい。
- 通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、認知症を有する利用者の生活環境に対応したサービス提供ができる体制を整える必要があることから、利用者の生活環境をあらかじめ把握するため、当該利用者の居宅を訪問すること。
- 通所リハビリテーション計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。
- 算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえたリハビリテーションを実施するよう留意すること。

(Ⅰ)・(Ⅱ)共通

- 本加算は短期集中個別リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合においては算定しない。
- 本加算におけるリハビリテーションは、認知症を有する利用者の認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施するものであること。
- 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。
- 本加算は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)についてはその退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)についてはその退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合に算定できることとしているが、当該利用者が過去3月の間に本加算を算定した場合には算定できないこととする。

⑩生活行為向上リハビリテーション実施加算『届出必須』

(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)

<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合</p>	<p>(通所リハビリテーション) 利用を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り1月につき 1, 250単位</p> <p>(介護予防通所リハビリテーション) 利用を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り1月につき 562単位</p>
--	--

※短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定不可。

※短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定していた場合においては、利用者の急性憎悪等によりこの加算を算定する必要性についてリハビリテーション会議により合意した場合を除き、算定不可。

○厚生労働大臣が定める基準

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

○厚生労働大臣が定める施設基準

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

●留意事項

- 「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。
- 本加算におけるリハビリテーション（以下「生活行為向上リハビリテーション」という。）は、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低

下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間の生活行為向上リハビリテーションの内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的に実施するものであること。

- 生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成や、リハビリテーション会議における当該リハビリテーションの目標の達成状況の報告については、厚生労働大臣が定める基準告示第28号イ（介護予防は、基準告示第106の6号イ）によって配置された者が行うことが想定されていることに留意すること。
- 生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成に当たっては、本加算の趣旨について説明した上で、当該計画の同意を得るよう留意すること。
- 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえ、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等を可能とすることを見据えた目標や実施内容を設定すること。
- 本加算は、6月間に限定して算定が可能であることから、利用者やその家族においても、生活行為の内容の充実を図るための訓練内容を理解し、家族の協力を得ながら、利用者が生活の中で実践していくことが望ましいこと。また、リハビリテーション会議において、訓練の進捗状況やその評価（当該評価の結果、訓練内容に変更が必要な場合は、その理由を含む。）等について、医師が利用者、その家族、構成員に説明すること。
- 生活行為向上リハビリテーション実施計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。

⑪若年性認知症利用者受入加算『届出必須』

（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）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、若年性認知症利用者に対して指定通所リハビリテーションを行った場合	(通所リハビリテーション)
	1日につき 60単位
	(介護予防通所リハビリテーション)
	1月につき 240単位

○厚生労働大臣が定める基準

- ・受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていること。

※個別の担当者を中心に、利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。

⑫栄養アセスメント加算『届出必須』（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）

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握すること）を行った場合	1月につき 50単位
---	------------

※当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改

善サービスが終了した日の属する月並びにリハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定している場合は、算定不可。

- ① 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。
- ② 利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して栄養アセスメント実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。
- ③ 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
- ④ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

●留意事項

- 栄養アセスメント加算の算定に係る栄養アセスメントは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所（栄養アセスメント加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携により、管理栄養士を1名以上配置して行うものであること。
- 栄養アセスメントについては、3月に1回以上、イからニまでに掲げる手順により行うこと。あわせて、利用者の体重については、1月毎に測定すること。
 - イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。
 - ロ 管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題の把握を行うこと。
 - ハ イ及びロの結果を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。
 - ニ 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、介護支援専門員と情報共有を行い、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。
- 原則として、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、栄養アセスメント加算は算定しないが、栄養アセスメント加算に基づく栄養アセスメントの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養アセスメント加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。
- 厚生労働省への情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養管理の内容の決定（Plan）、当該決定に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた栄養管理の内容の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（PDCA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。

⑬**栄養改善加算『届出必須』**（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）

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て、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し栄養改善サービスを行った場合	1回につき200単位 ※3月以内、月2回まで
---	---------------------------

○厚生労働大臣が定める基準

- イ 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。
- ロ 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者（以下「管理栄養士等」）が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
- ハ 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。
- ニ 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。
- ホ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

●留意事項

- ① 栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスの提供は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所（栄養改善加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」）との連携により、管理栄養士を1名以上配置して行うものであること。
- ③ 栄養改善加算を算定できる利用者は、次のイからホのいずれかに該当する者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者とする。こと。
 - イ BMIが18.5未満である者
 - ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.(11)の項目が「1」に該当する者
 - ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
 - ニ 食事摂取量が不良（75%以下）である者
 - ホ その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者なお、次のような問題を有する者については、前期イからホのいずれかの項目に該当するかどうか、適宜確認されたい。
 - ・ 口腔及び摂食・嚥下機能の問題（基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。）

- ・ 生活機能の低下の問題
 - ・ 褥瘡に関する問題
 - ・ 食欲の低下の問題
 - ・ 閉じこもりの問題（基本チェックリストの閉じこもりに関連する(16)、(17)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。）
 - ・ 認知症の問題（基本チェックリストの認知症に関連する(18)、(19)、(20)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。）
 - ・ うつの問題（基本チェックリストのうつに関連する(21)から(25)の項目において、2項目以上「1」に該当する者などを含む。）
- ④ 栄養改善サービスの提供は、以下のイからへまでに掲げる手順を経てなされる。
- イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。
- ロ 利用開始時に、管理栄養士が中心となって、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、栄養状態に関する解決すべき課題の把握（以下「栄養アセスメント」という。）を行い、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、解決すべき栄養管理上の課題等に対し取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。作成した栄養ケア計画については、栄養改善サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、通所リハビリテーション計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。
- ハ 栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等が利用者ごとに栄養改善サービスを提供すること。その際、栄養ケア計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。
- ニ 栄養改善サービスの提供に当たり、居宅における食事の状況を聞き取った結果、課題がある場合は、当該課題を解決するため、利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、居宅での食事状況・食事環境等の具体的な課題の把握や、主として食事の準備をする者に対する栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供すること。
- ホ 利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに体重を測定する等により栄養状態の評価を行い、その結果を当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師に対して情報提供すること。
- ヘ 指定居宅サービス基準第119条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士が利用者の栄養状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために利用者の栄養状態を定期的に記録する必要はないものとする。
- ⑤ リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を実施し、栄養改善サービスの提供が必要と判断して当該加算を算定する場合は、リハビリテーションや口腔に係る評価を踏まえて栄養ケア計画を作成する。
- ⑥ おおむね3月ごと評価の結果、③のイからホまでのいずれかに該当する者であって、継続的に管理栄養士等がサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できると認められるものについては、継続的に栄養改善サービスを提供する。

⑭口腔・栄養スクリーニング加算『届出必須』

(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)

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定通所リハビリテーション事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合	1回につき	I	20単位
		II	5単位
			※6月に1回を限度

※口腔・栄養スクリーニング加算（I）（II）併算定不可。

※当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合は算定不可。

○厚生労働大臣が定める基準

イ 口腔・栄養スクリーニング加算（I）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
- ② 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
- ③ 定員超過利用・人員欠如に該当しないこと。
- ④ 算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当しないこと。
 - ・ 栄養アセスメント加算を算定している間である又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月（栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。）であること。
 - ・ 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月（口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。）であること。
- ⑤ 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、口腔連携強化加算を算定していないこと。

ロ 口腔・栄養スクリーニング加算（II）

次のいずれかに適合すること。

（1）次のいずれにも適合すること。

- ① イ①及び③に掲げる基準に適合すること。
- ② 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している間である又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若し

くは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月（栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。）であること。

- ③ 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。

(2) 次のいずれにも適合すること。

- ① イ②及び③に掲げる基準に適合すること。
- ② 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。
- ③ 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月（口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。）であること。
- ④ 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、口腔連携強化加算を算定していないこと。

●留意事項

- 口腔・栄養スクリーニング加算の算定に係る口腔の健康状態のスクリーニング（以下「口腔スクリーニング」という。）及び栄養状態のスクリーニング（以下「栄養スクリーニング」という。）は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングは、利用者に対して、原則として一体的に実施すべきものであること。ただし、大臣基準第 19 号の 2 口に規定する場合にあっては、口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの一方のみを行い、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定することができる。
- 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。
- イ 口腔スクリーニング
- a 硬いものを避け、柔らかいものばかりを中心に食べる者
 - b 入れ歯を使っている者
 - c むせやすい者
- ロ 栄養スクリーニング
- a BMI が 18.5 未満である者
 - b 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成 18 年 6 月 9 日老発第 0609001 号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者
 - c 血清アルブミン値が 3.5 g/dl 以下である者
 - d 食事摂取量が不良（75%以下）である者
- 口腔・栄養スクリーニング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で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施すること。
- 口腔・栄養スクリーニング加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニング

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

⑮口腔機能向上加算『届出必須』（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）

<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合 ※3月以内の期間</p>	<p>1回につき (I) 150単位 (II) イ 155単位 ロ 160単位 ※原則3月以内、1月に2回を限度</p>
---	---

※口腔機能向上加算（I）、（II）は併算定不可。

※リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定している場合は、口腔機能向上加算（I）及び（II）ロは算定不可。

○厚生労働大臣が定める基準

イ 口腔機能向上加算（I）

次のいずれにも適合すること。

- ① 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。
- ② 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画（通所リハビリテーション計画に記載も可）を作成していること。
- ③ 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。
- ④ 口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価していること。
- ⑤ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

ロ 口腔機能向上加算（II）イ

次のいずれにも適合すること。

- ① リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定していること。
- ② イ①から⑤までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- ③ 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

ハ 口腔機能向上加算（II）ロ

次のいずれにも適合すること。

- ① リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定していないこと。
- ② イ①から⑤まで及びロ③に適合すること。

●留意事項

- 口腔機能向上サービスの提供には、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

- 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置して行うものであること。
- 口腔機能向上加算を算定できる利用者は、次のイからハまでのいずれかに該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者とする。
 - イ 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者
 - ロ 基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者
 - ハ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者
- 利用者の口腔の状態によっては、医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じることとする。なお、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合にあっては、加算は算定できない。
- 口腔機能向上サービスの提供は、以下のイからホまでに掲げる手順を経てなされる。ただし、リハビリテーションマネジメント加算(ハ)においてイ並びにロの利用者の口腔機能等の口腔の健康状態及び解決すべき課題の把握を実施している場合は、ロの口腔機能改善管理指導計画を作成以降の手順を行うものとする。その場合は、口腔機能向上加算(Ⅱ)のイを算定する。なお、口腔機能向上加算(Ⅱ)のイの算定に当たっては、リハビリテーションや栄養に係る評価を踏まえて口腔改善管理指導計画を作成すること。
 - イ 利用者ごとの口腔機能等の口腔の健康状態を、利用開始時に把握すること。
 - ロ 利用開始時に、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が中心となって、利用者ごとの口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行い、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成すること。作成した口腔機能改善管理指導計画については、口腔機能向上サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、通所リハビリテーションにおいては、口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を通所リハビリテーション計画の中に記載する場合は、その記載をもって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。
 - ハ 口腔機能改善管理指導計画に基づき、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等が利用者ごとに口腔機能向上サービスを提供すること。その際、口腔機能改善管理指導計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。
 - ニ 利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について、当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師又、主治の歯科医師に対して情報提供すること。
 - ホ 指定居宅サービス基準第119条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が利用者の口腔機能を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に口腔機能向上加算の算定のために利用者の口腔機能を定期的に記録する必要はないものとする。
- おおむね3月ごとの評価の結果、次のイ又はロのいずれかに該当する者であって、継続的に言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等がサービス提供を行うことにより、口腔

機能の向上又は維持の効果が期待できると認められるものについては、継続的に口腔機能向上サービスを提供する。

イ 口腔清潔・唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者

ロ 当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が低下するおそれのある者

○ 口腔機能向上サービスの提供に当たっては、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」）を参照されたい。

○ 厚生労働省への情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。ただし、口腔機能向上加算（Ⅱ）のイについては、リハビリテーションマネジメント加算（ハ）においてL I F Eへの情報提出を行っている場合は、同一の提出情報に限りいずれかの提出で差し支えない。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた口腔機能改善管理指導計画の作成（P l a n）、当該計画に基づく支援の提供（D o）、当該支援内容の評価（C h e c k）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（A c t i o n）の一連のサイクル（P D C A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。

⑩重度療養管理加算（通所リハビリテーション）

別に厚生労働大臣が定める状態である利用者（要介護3、要介護4又は5である者）に対して、計画的な医学的管理のもと、指定通所リハビリテーションを行った場合	1日につき100単位
---	------------

※1時間以上2時間未満の通所リハビリテーション費を算定している場合は、算定不可。

○厚生労働大臣が定める状態

イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態

ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態

ハ 中心静脈注射を実施している状態

ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態

ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態

ヘ 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態

ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態

チ 褥瘡に対する治療を実施している状態

リ 気管切開が行われている状態

●留意事項

○ 重度療養管理加算は、要介護3、要介護4又は要介護5に該当する者であって別に厚

生労働大臣の定める状態にある利用者に対して、計画的な医学的管理を継続的に行い指定通所リハビリテーションを行った場合に当該加算を算定する。当該加算を算定する場合にあっては、当該医学的管理の内容等を診療録に記録しておくこと。

- 当該加算を算定できる利用者は、次のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者であることとする。なお、請求明細書の摘要欄に該当する状態を記載することとする。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。
 - ア 「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは、当該月において1日当たり8回（夜間を含め約3時間に1回程度）以上実施している日が20日を超える場合をいうものであること。
 - イ 「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」については、当該月において1週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っている場合をいう。
 - ウ 「中心静脈注射を実施している状態」については、中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者である場合をいう。
 - エ 「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」については、人工腎臓を各週2日以上実施しているものであり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症をもつものである場合をいう。
 - A 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病
 - B 常時低血圧（収縮期血圧が90mmHg以下）
 - C 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの
 - D 出血性消化器病変を有するもの
 - E 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの
 - F うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）のもの
 - オ 「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態については、持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90mmHg以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度90%以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っている場合をいう。
 - カ 「膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」については、当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合をいう。
 - キ 「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」については、経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合をいう。
 - ク 「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、以下の分類で第3度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。
 - 第1度：皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消化しない（皮膚の損傷はない）
 - 第2度：皮膚層の部分的喪失（びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの）
 - 第3度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
 - 第4度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している
 - ケ 「気管切開が行われている状態」については、気管切開が行われている利用者につ

いて、気管切開の医学的管理を行った場合をいう。

⑰中重度者ケア体制加算『届出必須』（通所リハビリテーション）

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

○厚生労働大臣が定める基準

次のいずれにも適合すること。

- イ 指定居宅サービス等基準第111条第1項第二号イ又は同条第2項第一号に規定する要件を満たす員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保していること。
- ロ 前年度又は算定日が属する月の前3月間の指定通所リハビリテーション事業所の利用者数の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上であること。
- ハ 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上配置していること。

●留意事項

- 中重度者ケア体制加算は、歴月ごとに、指定居宅サービス等基準第111条第1項又は第2項に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保する必要がある。このため、常勤換算方法による職員数の算定方法は、暦月ごとの看護職員又は介護職員の勤務延時間数を、当該事業所において常勤の職員が勤務すべき時間数で除することによって算定し、歴月において常勤換算方法で1以上確保していれば加算の要件を満たすこととする。なお、常勤換算方法を計算する際の勤務延時間数については、サービス提供時間前後の延長加算を算定する際に配置する看護職員又は介護職員の勤務時間数は含めないこととし、常勤換算方法による員数については、小数点第2位以下を切り捨てるものとする。
- 要介護3、要介護4又は要介護5である者の割合については、前年度（3月を除く。）又は届出日の属する月の前3月の1月当たりの実績の平均について、利用実人員数又は利用延人員数を用いて算定するものとし、要支援者に関しては人員数には含めない。
- 利用実人員数又は利用延人員数の割合の計算方法は、次の取扱いによるものとする。
 - イ 前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、前年度の実績による加算の届出はできないものとする。
 - ロ 前3月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近3月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。また、その割合については、毎月ごとに記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに加算が算定されなくなる旨の届出を提出しなければならない。
- 看護職員は、指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて1名以上配置する必要がある、他の職務との兼務は認められない。

- 中重度者ケア体制加算については、事業所を利用する利用者全員に算定することができる。
- 中重度者ケア体制加算を算定している事業所にあつては、中重度の要介護者であっても社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するリハビリテーションを計画的に実施するプログラムを作成することとする。

⑩科学的介護推進体制加算『届出必須』（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）

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定通所リハビリテーションを行った場合	1月につき	40単位
--	-------	------

イ 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。

ロ 必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直すなど、指定通所リハビリテーションの提供に当たって、イに規定する情報その他指定通所リハビリテーションを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

① 科学的介護推進体制加算は、原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに科学的介護推進体制加算に掲げる基準を満たした場合に、当該事業所の利用者全員に対して算定できるものであること。

② 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。

③ 事業所は、利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（PDCAサイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。

イ 利用者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するためのサービス計画を作成する（Plan）。

ロ サービスの提供に当たっては、サービス計画に基づいて、利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する（Do）。

ハ LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、事業所の特性やサービス提供の在り方について検証を行う（Check）。

ニ 検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質の更なる向上に努める（Action）。

④ 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。

⑪退院時共同指導加算（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）

病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定通所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、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回の指定通所リハビリテーションを行った場合	当該退院につき1回に限り	600単位
--	--------------	-------

- 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通所リハビリテーション計画に反映させることをいう。
- 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。
- 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。
- 当該利用者が通所及び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、通所及び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。

⑳移行支援加算『届出必須』（通所リハビリテーション）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業等への移行等を支援した場合	評価対象期間（加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間）の末日が属する年度の次の年度内に限り 1日につき 12単位
---	---

○厚生労働大臣が定める基準

イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① 評価対象期間において指定通所リハビリテーションの提供を終了した者（以下、「通所リハビリテーション終了者」という。）のうち、指定通所介護等（指定（介護予防）通所リハビリテーションを除く。）を実施した者の占める割合が100分の3を超えていること。
- ② 評価対象期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、通所リハビリテーション従業者（指定居宅サービス等基準第百十一条第一項に規定する通所リハビリテーション従業者をいう。）が、通所リハビリテーション終了者に対して、電話等により当該通所リハビリテーション終了者の指定通所介護等の実施状況を確認し、記録していること。

ロ 12を当該指定通所リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数が100分の27以上であること。

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

●留意事項

- リハビリテーションは、通所リハビリテーション計画に家庭や社会への参加を可能とするための目標を作成した上で、利用者のADL及びIADLを向上させ、指定通所介護等（指定（介護予防）通所リハビリテーションは除く。）に移行させるものであること

と。

- 指定通所介護等とは、指定通所介護、指定地域密着型通所介護、指定（介護予防）認知症対応型通所介護、指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護、指定看護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を指す。「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。

なお、要介護から要支援へ区分変更と同時に、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に移行した場合は算定対象となる。

- イ①の基準において、指定通所介護等（指定通所（介護予防）通所リハビリテーションは除く。）を実施した者の占める割合及び口において、12を指定通所リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数については、小数点第3位以下は切り上げること。

- 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通所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通所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通所リハビリテーションの利用を終了した者の数をいう。

- 「指定通所介護等（指定（介護予防）通所リハビリテーションは除く。）の実施」状況の確認に当たっては、指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、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。

- 「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、指定通所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」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出すること。

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。

㊦サービス提供体制強化加算『届出必須』(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)

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合 ※区分支給限度基準額の算定対象外	(通所リハビリテーション)		
	1回につき		
	加算Ⅰ		22単位
	加算Ⅱ		18単位
	加算Ⅲ		6単位
	(介護予防通所リハビリテーション)		
	1月につき		
	加算Ⅰ	要支援1	88単位
		要支援2	176単位
	加算Ⅱ	要支援1	72単位
	要支援2	144単位	
加算Ⅲ	要支援1	24単位	
	要支援2	48単位	

※サービス提供体制強化加算Ⅰ、Ⅱ、Ⅲは併算定不可。

○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

次のいずれにも適合すること。

(1) 次のいずれかに適合すること。

- ① 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。
- ② 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。

(2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

ロ サービス提供体制強化加算Ⅱ

次のいずれにも適合すること。

(1) 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。

(2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

ハ サービス提供体制強化加算Ⅲ

次のいずれにも適合すること。

(1) 次のいずれかに適合すること。

- ① 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。
- ② 指定通所リハビリテーションを利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。

(2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

※通所リハビリテーションを利用者に直接提供する職員とは、

- ・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、看護職員又は介護職員
- ・1時間以上2時間未満については、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師も含む

※勤続年数：各月の前月の末日時点における勤続年数をいう。同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等において直接サービス提供する職員として勤務した年数を含める。

○職員の割合の算出方法について

対象事業所	算出方法	留意事項
前年度の実績が6月に満たない事業所	届出日の属する月の前3月の常勤換算方法により算出した平均	<ul style="list-style-type: none"> ・届出以降も直近3月（届出日の属する月の前3月との違いに注意）の割合を毎月維持 ・割合を毎月記録する。 ・所定の割合を下回った場合、直ちに体制の届出を提出しなければならない。 ・予防通所リハを一体的に行っている場合は、計算も一体的に行う。
前年度の実績が6月以上の事業所	常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く）の平均	<ul style="list-style-type: none"> ・予防通所リハを一体的に行っている場合は、計算も一体的に行う。

※令和7年度において、前年度の実績が6月に満たない事業所とは令和6年10月1日以降に指定を受けた事業所をいう。

⑫介護職員等処遇改善加算『届出必須』（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）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合	加算Ⅰ	1月あたりの総単位数×86／1000
	加算Ⅱ	1月あたりの総単位数×83／1000
※区分支給限度基準額の対象外	加算Ⅲ	1月あたりの総単位数×66／1000
	加算Ⅳ	1月あたりの総単位数×53／1000

※「1月あたりの総単位数」とは、基本サービス費に各種加算減算を加えたもの

※介護職員等処遇改善加算Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳは併算定不可。

- 介護職員等処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算を一本化。
- 詳細については、関係通知「介護職員等処遇改善加算等に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（令和7年度分）（令和7年2月7日老発0207第5号）」を参照。

⑬一体的サービス提供加算『届出必須』（介護予防通所リハビリテーション）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施した場合	1月につき 480単位
---	-------------

※栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定している場合には、本加算は算定しない。

○厚生労働大臣が定める基準

- イ 栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること。
- ロ 利用者が指定介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を、一月につき二回以上設けていること。

●留意事項

- 当該加算は、基本サービスとしている運動器機能向上サービスに加えて、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを一体的に実施することにより、要支援者の心身機能の改善効果を高め、介護予防に資するサービスを効果的に提供することを目的とするものである。
- 算定にあたっては以下に留意すること。
 - ① 栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスの取扱いに従い適切に実施していること。
 - ② 基本サービスとしている運動器機能向上サービスに加えて、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを一体的に実施するに当たって、各選択的サービスを担当する専門の職員が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法について検討すること。

(2) 減算

①高齢者虐待防止措置未実施減算『届出必須』

(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)

別に定める厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合	-1 / 100
---------------------------	----------

○厚生労働大臣が定める基準

虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合

- ・虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- ・虐待の防止のための指針を整備すること。
- ・従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- ・上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

- 事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、指定居宅サービス基準第37条の2（指定居宅サービス等基準第39条の3において準用する場合を含む。）に規定する措置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る。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都道府県知事に提出した後、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都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌日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することとする。

②業務継続計画未策定減算『届出必須』 (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)

別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合	- 1 / 100
------------------------	-----------

○厚生労働大臣が定める基準

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、かつ、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

- 指定居宅サービス等基準第105条又は第105条の3において準用する第30条の2第1項に規定する基準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）から基準を満たさ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する。

③定員超過利用減算 (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)

利用者の数が厚生労働大臣が定める基準（H12年厚生省告示第27号2）に該当する場合	× 70 / 100
---	------------

- 都道府県知事に提出した運営規程に定められている利用定員を超えた場合。
- 定員超過利用による減算の規定は、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、定員超過利用の未然防止を図るよう努めるものとする。
- 利用者の数は、1月間（暦月）の利用者の数の平均を用いる。この場合、1月間の利用者の数の平均は、当該月におけるサービス提供日ごとの同時にサービスの提供を受けた者の最大数の合計を、当該月のサービス提供日数で除して得た数とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り上げるものとする。
- 1月間の利用者平均で定員超過があれば、その翌月から定員超過が解消されるに至った月まで全利用者について所定単位数の70%を算定。
- 都道府県知事は、定員超過が行われている事業所に対しては、その解消を行うよう指導し、当該指導に従わず、定員超過利用が2月以上継続する場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取り消しを検討する。
- 災害、虐待の受入れ等やむを得ない理由による定員超過利用については、当該定員超過利用が開始した月（災害等が生じた時期が月末であって、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合は翌月も含む。）の翌月から所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行うものとする。

④人員基準欠如減算『届出必須』（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）

医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員若しくは介護職員の員数が厚生労働大臣が定める基準（H12 年厚生省告示第 27 号 2）に該当する場合	× 7 0 / 1 0 0
--	---------------

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

◎減算の期間・取扱い

1 割を超えて減少した場合：その翌月から人員欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに、利用者全員について減算。

1 割の範囲内で減少した場合：その翌々月から人員欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに、利用者全員について減算（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く）。

⑤利用者の住居と同一建物に所在する事業所に対する減算

（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）

指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する者又は指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所と同一建物から通う者に対し、指定（介護予防）通所リハビリテーションを行った場合	（通所リハビリテーション）	1 日につき	－ 9 4 単位	
	（介護予防通所リハビリテーション）	要支援 1	1 月につき	－ 3 7 6 単位
		要支援 2	1 月につき	－ 7 5 2 単位

○ 同一建物の定義：事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指す。

例 <該 当> 建物の 1 階部分に事業所がある／建物と渡り廊下等でつながっている

<非該当> 同一敷地内の別棟の建築物／道路を挟んで隣接する

※傷病により一時的に送迎が必要と認められる等やむを得ない場合の例外措置あり。

⑥送迎を行わない場合の減算（通所リハビリテーション）

利用者に対し、その居宅と通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合	片道につき	－ 4 7 単位
---	-------	----------

○ 利用者自ら通う場合、家族等が送迎を行う場合等事業者が送迎を実施していない場合。

○ 同一建物減算の対象となっている場合は、送迎減算の対象とならない。

○ 利便性の向上や運転専任職の人材不足等に対応する観点から、送迎先について利用者の居住実態のある場所を含めるとともに、他の介護事業所や障害福祉サービス事業所の利用者との同乗を可能とする。

○ 利用者の送迎について、利用者の自宅と事業所間の送迎を原則とするが、運営上支障が無く、利用者の居住実態（例えば、近隣の親戚の家）がある場所に限り、当該場所への送迎を可能とする。

○ 介護サービス事業所において、他事業所の従業員が自事業所と雇用契約を結び、自事業所の従業員として送迎を行う場合や、委託契約において送迎業務を委託している場合（共同での委託を含む）には、責任の所在等を明確にした上で、他事業所の利用者との同乗を可能とする。

○ 障害福祉サービス事業所が介護サービス事業所と雇用契約や委託契約（共同での委託を含む）を結んだ場合においても、責任の所在等を明確にした上で、障害福祉サービス事業所の利用者も同乗することを可能とする。

※ なお、この場合の障害福祉サービス事業所とは、同一敷地内事業所や併設・隣接事業所など、利用者の利便性を損なわない範囲内の事業所とする。

⑦長期期間利用の適正化（介護予防通所リハビリテーション）

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、利用開始日の属する月から起算して12月を超えてリハビリテーションを行う場合	要支援1	-120単位
	要支援2	-240単位

○別に厚生労働大臣が定める要件

次のいずれにも該当すること。

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、介護予防通所リハビリテーション計画を見直していること。

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

○ 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。

○ 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。

○ 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。

○ 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。

3 各種届出について

届出様式については、各保健福祉事務所ホームページからダウンロードしてください。

1. 変更届・指定更新・廃止届・休止届・再開届

	提出時期	提出書類
変更届	変更から10日以内	変更届出書(様式第一号(五))
指定更新	更新予定の14日前まで	更新申請書(様式第一号(二))
廃止届	廃止日の1月前まで	廃止届出書(様式第一号(七))
休止届	休止日の1月前まで	休止届出書(様式第一号(七))
再開届	再開から10日以内	再開届出書(様式第一号(六))

2. 加算等の体制に関する届出

(1) 提出時期 加算等を開始する月の前月15日まで

(2) 提出書類 各加算共通

ア 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

イ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

(3) 該当加算・減算

	届出を要する加算・減算
通所リハビリテーション	職員の欠員による減算の状況
	高齢者虐待防止措置実施の有無
	業務継続計画策定の有無
	感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応
	時間延長サービス体制
	リハビリテーション提供体制加算
	入浴介助加算
	リハビリテーションマネジメント加算
	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
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算
	生活行為向上リハビリテーション実施加算
	若年性認知症利用者受入加算
	栄養アセスメント・栄養改善体制
	口腔機能向上加算
	中重度者ケア体制加算
	科学的介護推進体制加算
	移行支援加算
	サービス提供体制強化加算
	介護職員等処遇改善加算
介護予防通所リハビリテーション	職員の欠員による減算の状況
	高齢者虐待防止措置実施の有無

	業務継続計画策定の有無
	生活行為向上リハビリテーション実施加算
	若年性認知症利用者受入加算
	栄養アセスメント・栄養改善体制
	口腔機能向上加算
	一体的サービス提供加算
	科学的介護推進体制加算
	サービス提供体制強化加算
	介護職員等処遇改善加算

※短期集中リハビリテーション実施加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算等にかかる届出は必要ありません。

4 主な関係通知等

※事業所の運営や保険請求にかかる厚生労働省や県からの情報については、ワムネット、介護保険最新情報などで随時の確認をお願いします。

□省令 ○告示 ●通知 ◎条例 △その他

- 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）
- 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）
- 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）
- 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）
- 指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（平成11年老企第25号）
- 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年老企第36号）
- 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年老計発第037001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号）
- 通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて（平成12年老企第54号）
- リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（令和3年3月16日老老発0316第2号）
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000755018.pdf>)
- 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（令和6年3月15日老高発0315第2号・老認発0315第2号・老老発0315第2号）
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001227996.pdf>)
- 介護職員等処遇改善加算等に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（令和7年度分）（令和7年2月7日老老発0207第5号）
(https://www.mhlw.go.jp/shogu-kaizen/download/r7_index_1.pdf)
- 医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について（平成18年老老発第0428001号・保医発第0428001号）
- 医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について（平成18年老老発第1225003号・保医発第1225001号）
- 要介護被保険者等である患者に対する入院外の維持期・生活期の疾患別リハビリテーションに係る経過措置の終了に当たっての必要な対応について（老老発0308第2号・老振発0308第1号・保医発0308第1号）
- 科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（老老発0315第4号令和6年3月15日）
(<https://www.mhlw.go.jp/content/001227726.pdf>)
- ◎山梨県指定居宅サービス等の事業に関する基準等を定める条例（山梨県条例第五十八号）
(http://www.pref.yamanashi.jp/somu/shigaku/reiki/reiki_honbun/a500RG00001519.html)
- ◎山梨県指定介護予防サービス等の事業に関する基準等を定める条例（山梨県条例第五十九号）
(http://www.pref.yamanashi.jp/somu/shigaku/reiki/reiki_honbun/a500RG00001520.html)
- △「介護保険サービス提供中の事故発生に係る取扱要領」
(https://www.pref.yamanashi.jp./ch-hokenf/chouju_kyoutsuuki_jyun.html)
- △介護保健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（平成25年厚労省老健局事務連絡）
- △介護サービス関係Q&A（厚生労働省）
(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/qa/index.html)

○厚生労働省から、随時令和6年度介護報酬改定に関するQ & Aがでてくるので、確認するようにしてください。

△令和6年度介護報酬改定についてが一番下にQ & Aが掲載されています。

(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html)

報酬評価の対象となる地域指定

*毎年更新される可能性がありますので、ご注意ください。

R7.4.1現在

	山村振興法	厚生労働大臣が別に定める地域	豪雪法	辺地法	特定農山村法	過疎法
特別地域加算	●	●				
中山間地域等における小規模事業所加算 ※特別地域加算対象地域を除く			●	●	●	●
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	●		●	●	●	●
甲府市		旧上九一色村(北部地域) (現在の)梯町、古閑町		旧上九一色村(北部地域) (現在の)梯町、古閑町	旧上九一色村(北部地域) (現在の)梯町、古閑町	旧上九一色村(北部地域) (現在の)梯町、古閑町
富士吉田市					全域	
都留市	旧谷村町(川棚) 旧室村(厚原、大幡、金井、加畑、中津森、平栗) 旧盛里村(朝日曾雌、朝日馬場、盛里、与縄) (現在の)川棚、厚原、大幡、金井、加畑、中津森、平栗、朝日曾雌、朝日馬場、盛里、与縄			旧盛里村(大平) (現在の)朝日曾雌(大平)	全域	
山梨市	旧牧丘町(牧丘町北原、牧丘町西保中、牧丘町牧平) 旧三富村 (現在の)牧丘町北原、牧丘町西保中、牧丘町牧平、三富			旧牧丘町(牧平) 旧三富村(雷、徳和) (現在の)牧丘町牧平、三富川浦(雷)、三富徳和	旧牧丘町 旧三富村 (現在の)牧丘町、三富	旧牧丘町 旧三富村 (現在の)牧丘町、三富
大月市	旧笹子村 旧七保町 (現在の)笹子町、七保町			旧猿橋町(朝日小沢) 旧七保町(浅川、上和田) 旧笹子村(追分) 旧脈岡村(西奥山) (現在の)猿橋朝日小沢(朝日小沢) 七保町浅川、七保町瀬戸(上和田) 笹子町黒野田(追分) 脈岡町奥山(西奥山))	全域	
韮崎市	旧清哲村 旧円野村 (現在の)清哲町、円野町			旧穂坂村(三之蔵) (現在の)穂坂町三之蔵	旧神山村 旧清哲村 旧円野村 (現在の)神山村、清哲町、円野町	
南アルプス市	旧芦安村		旧芦安村	旧芦安村(大曾利) (現在の)芦安芦倉(大曾利)	旧芦安村 旧榑村 旧野之瀬村 旧源村 (現在の)上宮地、曲輪田、高尾、平岡、上野、中野、上市之瀬、下市之瀬、あやめが丘、有野、飯野新田、大嵐、曲輪田新田、駒場、塩前、須沢、築山	旧芦安村
北杜市	旧須玉町(小尾、江草、上津金、下津金、比志) 旧高根町(浅川、清里) 旧武川村(黒沢、新奥、牧原、三吹、宮脇、山高) (現在の)須玉町小尾、須玉町江草、須玉町上津金、須玉町下津金、須玉町比志 高根町浅川、高根町清里 武川町黒沢、武川町新奥、武川町牧原、武川町三吹、武川町宮脇、武川町山高			旧須玉町(桑原、黒森、御所) 旧高根町(浅川、旧檜山、長沢、念場、東井出) 旧白州町(大武川、山口) 旧長坂町(大井ヶ森、小荒間、白井沢) 旧明野村(浅尾原、東光、正楽寺) 旧武川村(真原) (現在の)須玉町上津金(桑原)、須玉町小尾(黒森)、須玉町下津金(御所)、高根町浅川(浅川、旧檜山)、高根町清里(念場)、高根町長沢、高根町東井出、白州町大武川、上教来石(山口)、長坂町大井ヶ森、長坂町小荒間、長坂町白井沢、明野町浅尾(浅尾原、東光)、武川町(真原)、明野町小笠原(正楽寺)	旧小淵沢町 旧須玉町 旧長坂町 旧白州町 旧明野村 旧熱見村 旧大泉村 旧清里村 旧武川村 (現在の)小淵沢町、須玉町、長坂町、白州町、明野町、高根町蔵原、高根町小池、高根町村山西割、大泉町、高根町浅川、高根町清里、武川町	旧須玉町 旧白州町 旧武川村 (現在の)須玉町、白州町、武川町
甲斐市		旧清川村 (現在の)福沢		旧敷島町(福沢) (現在の)上福沢、下福沢	旧敷島町 旧吉沢村 旧清川村 旧陸沢村 (現在の)牛匂、大久保、境、大下条、島上条、天狗沢、中下条、長塚、吉沢、千田、安寺、上芦沢、上福沢、神戸、下芦沢、下福沢、打返、漆戸、上管口、亀沢、獅子平、下管口、岩森、宇津谷、志田、下今井	
笛吹市	旧芦川村 (現在の)芦川町			旧芦川村(鶯宿、上芦川、中芦川) 旧御坂町(藤野木) (現在の)芦川町鶯宿、芦川町上芦川、芦川町中芦川、御坂町藤野木	旧芦川村 旧岡部村 旧御坂町 (現在の)芦川町、春日居町国府、春日居町鎮目、春日居町徳条、御坂町	旧芦川村 (現在の)芦川町

	山村振興法	厚生労働大臣が別に定める地域	豪雪法	辺地法	特定農山村法	過疎法
特別地域加算	●	●				
中山間地域等における小規模事業所加算 ※特別地域加算対象地域を除く			●	●	●	●
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	●		●	●	●	●
上野原市	旧秋山村 旧上野原町(西原、桐原) (現在の) 秋山、西原、桐原			旧秋山村(安寺沢、寺下) 旧上野原町(飯尾、猪丸、西原、沢渡、棚頭、藤尾、和見) (現在の) 秋山安寺沢、秋山(寺下)、西原(西原、飯尾、藤尾)、桐原(猪丸、沢渡)、甲東(棚頭、和見)	全域	全域
甲州市	旧塩山市 旧大和村 (現在の) 塩山一之瀬高橋、塩山上萩原、塩山上小田原、塩山下小田原、塩山竹森、塩山平沢、塩山福生里、大和町				旧塩山市 旧大和村 (現在の) 塩山、大和町	全域
中央市						
市川三郷町	旧市川大門町(三帳、下芦川、高萩、中山、笠、畑熊) (現在の) 三帳、下芦川、高萩、中山、笠、畑熊			旧下九一色村	旧市川大門町 旧三珠町 旧落居村 (現在の) 上野、大塚、三帳、下芦川、高萩、中山、笠、畑熊、下大鳥居、八之尻、黒沢、印沢、高田、落居、岩下、五八、寺所	全域
早川町	全域		全域	旧五箇村(天久保) 旧都川村(京ヶ島、西之宮) 旧西山村(湯島) 旧三里村(大原野) 旧本建村(赤沢、馬場) (現在の) 葉袋(天久保)、京ヶ島、西之宮、湯島、大原野、赤沢、馬場	全域	全域
身延町	旧下部町 旧身延町丸畑 (現在の) 遅沢、山家、江尻窪、中山、梨子、福原、古長谷、矢細工、大山、山家、久保、嶺、市之瀬、岩欠、上之平、大炊平、川向、北川、清沢、下部、杉山、大子、常葉、波高島、桃ヶ窪、湯之奥、大磯小磯、折門、釜額、瀬戸、中之倉、根子、八坂、古関、大崩、大袋、帯金、上八木沢、下八木沢、角打、椿草里、樋之上、丸滝、和田、相又、大城、小田船原、門野、清子、光子沢、横根中			旧下部町(田原) 旧中富町(曙、大塩、久成、日向南沢、平須) 旧身延町(相又上、粟倉、大城、門野・湯平、清子、横根中、和田) (現在の) 上田原、下田原、曙、大塩、久成、日向南沢、平須、相又上、粟倉、大城、門野・湯平、清子、横根中、和田	全域	全域
南部町	旧南部町(井出、内船、上佐野、下佐野、十島) 旧富河村(楮根、福土) 旧万沢村(万沢) (現在の) 井出、内船、上佐野、下佐野、十島、楮根、福土、万沢			旧富河村(徳間) 旧万沢村(陵草) (現在の) 福土(徳間)、万沢	全域	全域
富士川町	旧鵜沢町(国見平、十谷、長知沢、鳥屋、箱原、柳川) 旧増穂町(小室、高下、平林) (現在の) 鵜沢(国見平)、十谷、長知沢、鳥屋、箱原、柳川、小室、高下、平林			旧鵜沢町(十谷、鳥屋、柳川) 旧増穂町(高下、平林) (現在の) 十谷、鳥屋、柳川、高下、平林	全域	旧鵜沢町
昭和町						
道志村	全域			大渡、久保、笹久根、白井平、長又、野原	全域	全域
西桂町					全域	
忍野村						
山中湖村						
鳴沢村	全域				全域	
富士河口湖町	旧足和田村 (現在の)西湖、長浜	旧上九一色村(南部地域) (現在の) 精進、本栖、富士ヶ嶺		旧足和田村 旧上九一色村(南部地域) (現在の) 西湖、根場、精進、本栖、富士ヶ嶺	旧足和田村 旧大石村 旧河口村 旧上九一色村(南部地域) (現在の) 西湖、西湖西、西湖南、長浜、大石、河口、精進、本栖、富士ヶ嶺	旧上九一色村(南部地域) (現在の) 精進、本栖、富士ヶ嶺
小菅村	全域				全域	全域
丹波山村	全域				全域	全域