

# 令和6年度介護報酬改定 通所リハビリ等の主な改定ポイント



公益社団法人全国老人保健施設協会  
業務部 業務第二課 山本 貴一



# 前回の研修の補足及び変更点



# 介護保険施設等における生活に配慮した医療の推進等 修正前

## 介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

- 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲を見直す。

[新たに医療保険で算定可能となる医療サービス]

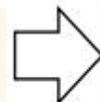
- 介護老人保健施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に対する「B001-22 がん性疼痛緩和指導管理料」、「B001-24 外来緩和ケア管理料」及び「B001-2-8 外来放射線照射診療料」（麻薬の投与に係る「G 注射」の費用を含む）。
- 介護老人保健施設に入所している患者に対し、当該介護老人保健施設の医師及び当該介護老人保健施設の併設医療機関に所属する医師以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」。
- 介護老人保健施設及び介護医療院における重症心不全患者に対する「C116 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料」。
- 介護老人保健施設及び介護医療院に入所している患者に対し、当該施設の医師以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤に係る処方箋を発行した場合、応需した保険薬局における「調剤報酬（調剤基本料、薬剤調製料、調剤管理料、服薬管理指導料3、外来服薬支援料2、薬剤料、特定保険医療材料料）」。
- 新興感染症等発生時において、施設に入所している感染症患者に対して医師の処方箋に基づき薬剤師が訪問して薬学的管理及び指導を実施した場合の「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1」。

## 血友病患者の治療の評価の見直し

- 血友病患者における治療の選択肢を拡げる観点から、療養病棟入院基本料及び特定入院料等の薬剤費を包括している入院料等について、血友病治療薬に係る薬剤料の包括範囲を見直すとともに介護老人保健施設及び介護医療院で薬剤の費用が医療保険からの給付となっている血友病治療薬の対象範囲を見直す。

現行

血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体



改定後

血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）

# 介護保険施設等における生活に配慮した医療の推進等

## 介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

- 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲を見直す。

[新たに医療保険で算定可能となる医療サービス]

- 介護老人保健施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に対する「B001-22 がん性疼痛緩和指導管理料」、「B001-24 外来緩和ケア管理料」及び「B001-2-8 外来放射線照射診療料」（麻薬の投与に係る「G 注射」の費用を含む）。
- 介護老人保健施設及び介護医療院に入所している患者に対し、当該施設の医師以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」。
- 介護老人保健施設及び介護医療院における重症心不全患者に対する「C116 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料」。
- 介護老人保健施設及び介護医療院に入所している患者に対し、当該施設の医師以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤に係る処方箋を発行した場合、応需した保険薬局における「調剤報酬（調剤基本料、薬剤調製料、調剤管理料、服薬管理指導料3、外来服薬支援料2、薬剤料、特定保険医療材料料）」。
- 新興感染症等発生時において、施設に入所している感染症患者に対して医師の処方箋に基づき薬剤師が訪問して薬学的管理及び指導を実施した場合の「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1」。

## 血友病患者の治療の評価の見直し

- 血友病患者における治療の選択肢を拡げる観点から、療養病棟入院基本料及び特定入院料等の薬剤費を包括している入院料等について、血友病治療薬に係る薬剤料の包括範囲を見直すとともに介護老人保健施設及び介護医療院で薬剤の費用が医療保険からの給付となっている血友病治療薬の対象範囲を見直す。

現行

血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体



改定後

血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）

【医療機関】処方箋料(F400)が医療保険として請求できる薬剤

- ①抗悪性腫瘍剤(悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。)の費用
- ②HIF— PH阻害剤(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。)の費用
- ③疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用
- ④抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。)の費用

診療報酬改定:告示第59号 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件(参照)

【薬局】上記の薬が処方された場合、薬局側は下記の項目を医療保険で対応

調剤報酬(調剤基本料、薬剤調製料、調剤管理料、服薬管理指導料3、外来服薬支援料2、薬剤料、特定保険医療材料料)

(老健目線):令和6年度診療報酬から上記の薬なら処方箋を出すことが可能で、医療保険として扱うので費用は利用者負担となる。

※併設医療機関の医師が処方した場合も、処方箋料が医療保険となった。

# 新型コロナ治療薬の他科受診時の費用について

## 【通則】

- 本事務連絡において、「新型コロナウイルス感染症患者」とは、**新型コロナウイルス感染症と診断された患者**（新型コロナウイルス感染症から回復した患者を除く。）をいう。

## 【医科診療報酬点数表に関する取扱い】

2. 令和6年4月以降も当面の間継続する取扱いについて（抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）の特性を踏まえた対応）

- ③ 介護医療院又は介護老人保健施設に入所する新型コロナウイルス感染症患者に対して、**抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）**を、療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行った上で投与した場合に、特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）第16第2号に規定する内服薬及び第3号に規定する注射薬のうち、「抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能又は効果を有するものに限る。）」とみなして、**本剤に係る薬剤料を算定できる**。なお、調剤料や注射実施料等の算定については、特に定めのない限り、要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合（平成20年厚生労働省告示第128号）等に基づき取り扱うことに留意されたい。

令和6年3月5日：令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について

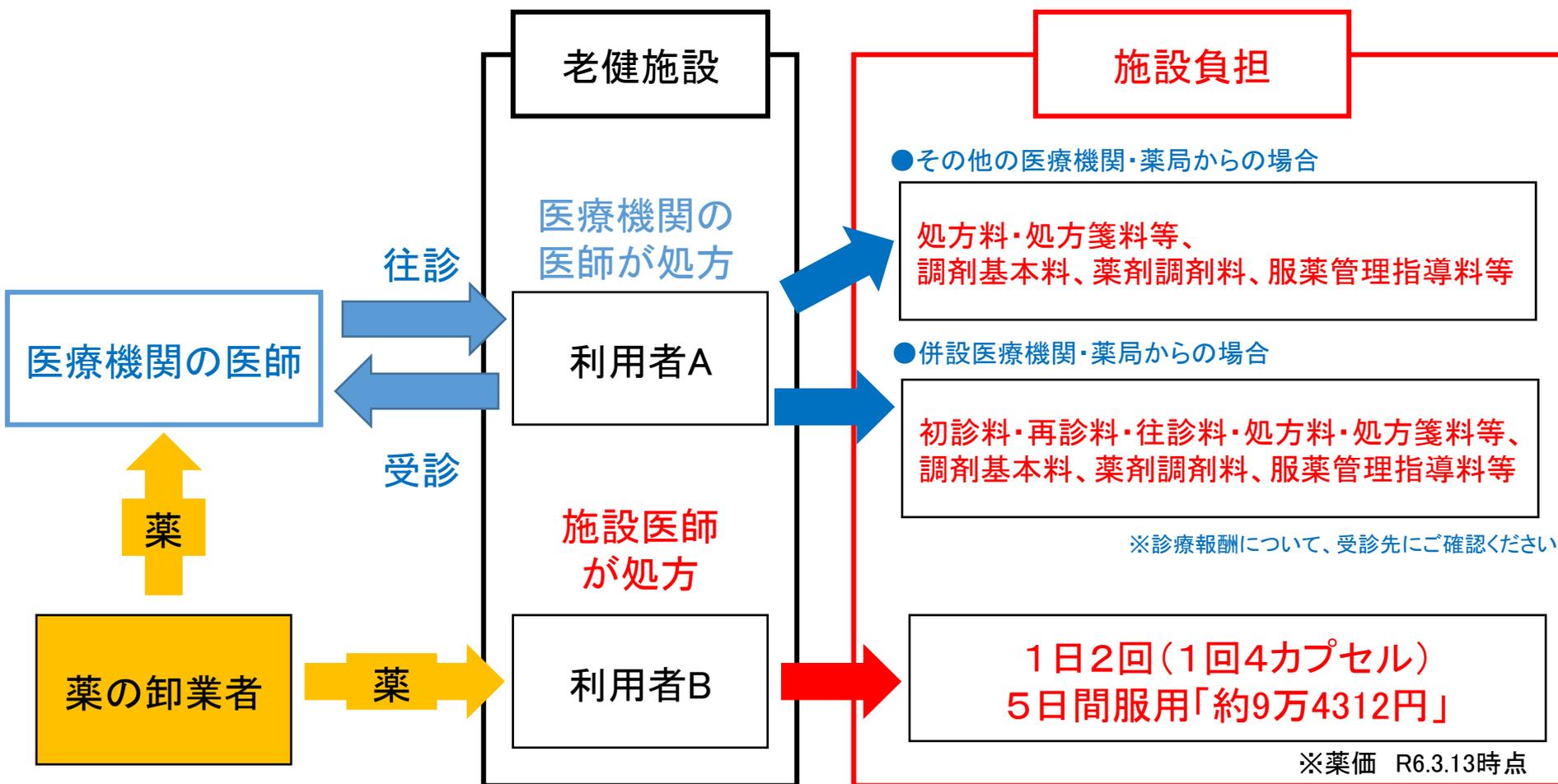


要するに

引き続き、他科受診して処方された、保険適用されている新型コロナウイルス感染症治療薬については、全額施設負担ではなく、**薬剤料は医療保険で算定できる**ということ。  
また、6月に診療報酬改定により医療保険で算定できる薬について、**処方箋料や調剤料においても医療保険で対応**となっていることから、**新型コロナ治療薬も同様の対応**となる。

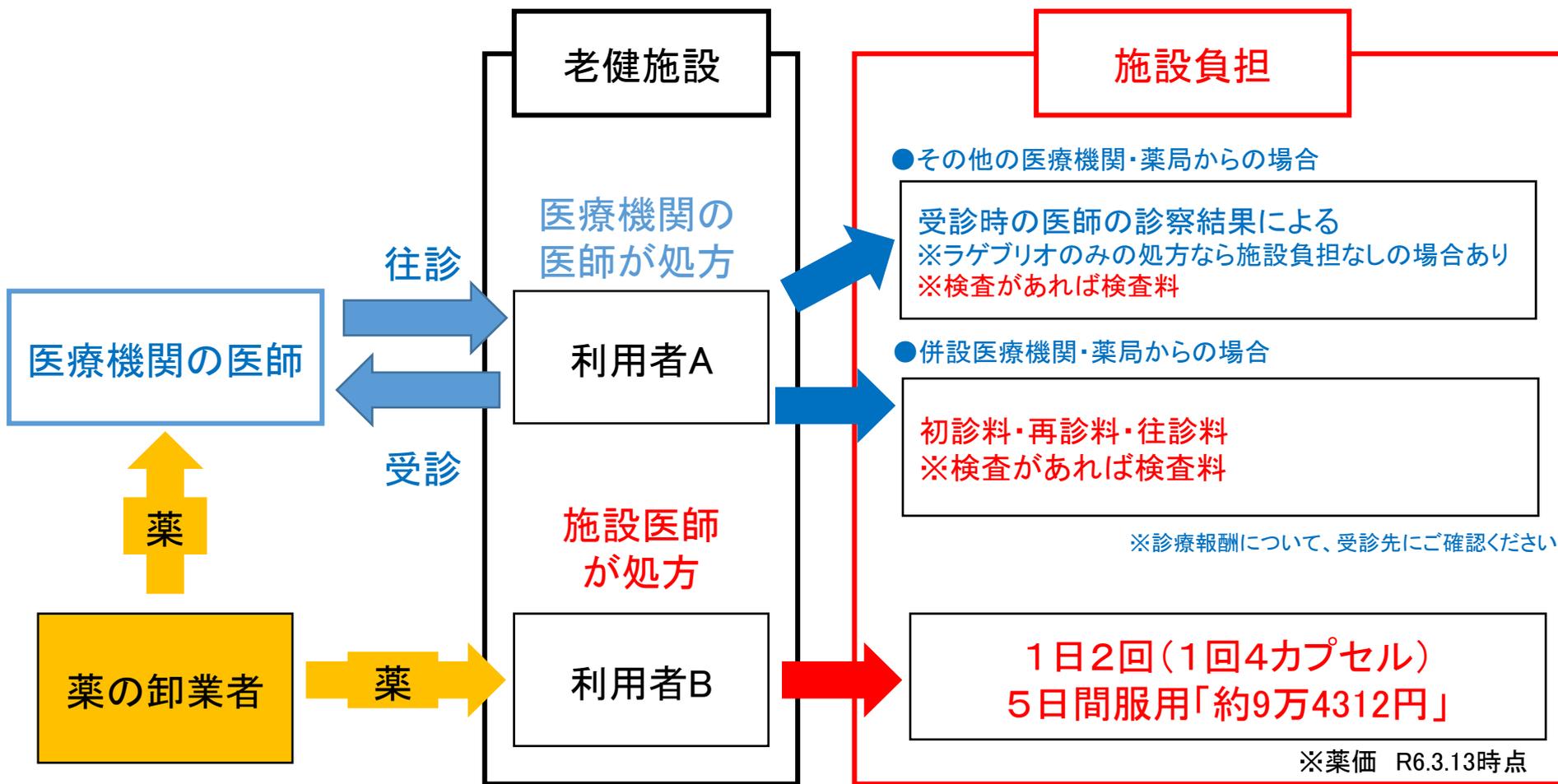
# 老健施設のコロナ感染者の往診・受診時の他科受診の考え方 【ラゲブリオ（経口薬）の場合】

※医療機関で処方する場合、令和6年5月31日まで



# 老健施設のコロナ感染者の往診・受診時の他科受診の考え方 【ラゲブリオ（経口薬）の場合】

※医療機関で処方する場合、令和6年6月1日以降  
新型コロナ治療薬の処方箋料と調剤報酬の取扱いが改定

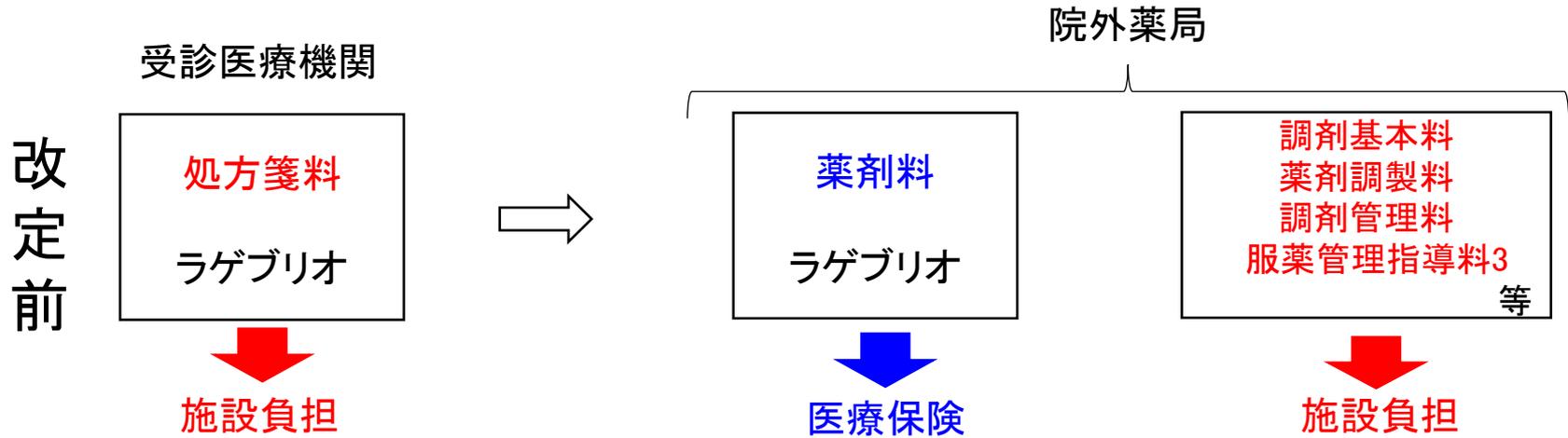


# コロナ感染者の利用者の他科受診について

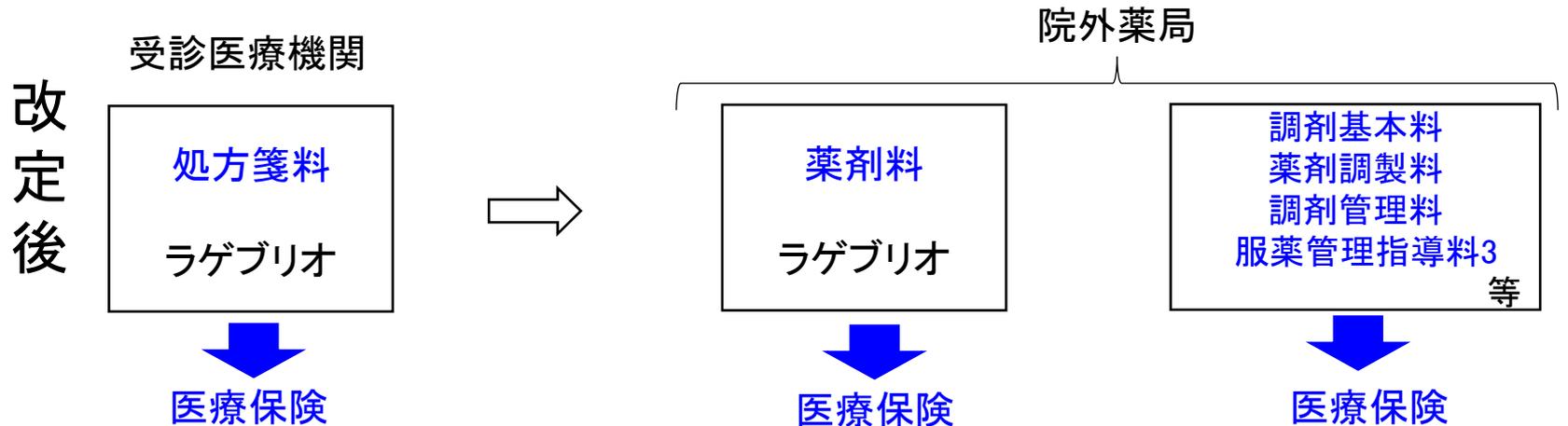
【併設医療機関・その他医療機関】

処方例(院外処方の場合)

新型コロナウイルス治療薬として「ラゲブリオ」を処方された場合



(令和6年6月以降) ↓



# 介護老人保健施設



# 協力医療機関との実効性のある連携体制の構築が必須

## 協力医療機関との定期的な会議の実施

### 概要

【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、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護について、協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者または入居者（以下「入所者等」という。）の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的を開催することを評価する新たな加算を創設する。
- また、特定施設における医療機関連携加算について、定期的な会議において入居者の現病歴等の情報共有を行うよう見直しを行う。【告示改正】

テレビ電話等で可（顔の見える関係）  
支援相談員、看護職等で対応  
（概ね月1回以上）

### 単位数

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院】

< 現行 > なし	< 改定後 >  協力医療機関連携加算 協力医療機関が(1) 右記の①～③の要件を満たす場合 100単位/月(令和6年度) 50単位/月(令和7年度～) (新設) (2) それ以外の場合 5単位/月 (新設)
--------------	--

### 算定要件等

- 協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的を開催していること。 (新設)

毎回入所者全員の病状等を共有しなくても可

### 【協力医療機関3要件】

- ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
- ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
- ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

# (新設)協力医療機関連携加算

手 協力医療機関連携加算 (1)50単位/月 (2)5単位/月

告示第21号

注 介護老人保健施設において、協力医療機関(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号)第30条第1項本文(同令第50条において準用する場合を含む。)に規定する協力医療機関をいう。)との間で、**入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催している場合は**、次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

- (1) **当該協力医療機関が、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30条第1項第1号から第3号までに規定する要件を満たしている場合** 50単位
- (2) (1)以外の場合 5単位

## 第30条

介護老人保健施設は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、次の各号に掲げる要件を満たす協力医療機関(第3号の要件を満たす協力医療機関にあつては、病院に限る。)を定めておかなければならない。ただし、複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより当該各号の要件を満たすこととしても差し支えない。

- (一)入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。
- (二)当該介護老人保健施設からの診療の求めがあつた場合において診療を行う体制を、常時確保していること。
- (三)入所者の病状が急変した場合等において、当該介護老人保健施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

# (新設)協力医療機関連携加算

## (27) 協力医療機関連携加算について

留意事項(老企第40号)

5(27)を準用する。

## (27) 協力医療機関連携加算について

- ① 本加算は、高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築する観点から、入所者の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入所者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議を定期的に行うことを評価するものである。
- ② 会議では、特に協力医療機関に対して診療の求めを行うこととなる可能性が高い入所者や新規入所者を中心に情報共有や対応の確認等を行うこととし、**毎回の会議において必ずしも入所者全員について詳細な病状等を共有しないこととしても差し支えない。**
- ③ **協力医療機関が**指定介護老人福祉施設基準第28条第1項第1号から第3号までに規定する要件(以下、3要件という。)を満たしている場合には(1)の50単位(令和7年3月31日までの間は100単位)、**それ以外の場合は(2)の5単位を加算する。**(1)について、複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより3要件を満たす場合には、それぞれの医療機関と会議を行う必要がある。(1)を算定する場合において、指定介護老人福祉施設基準第28条第2項に規定する届出として3要件を満たす医療機関の情報を都道府県等に届け出ていない場合には、速やかに届け出ること。
- ④ 「**会議を定期的に行う**」とは、概ね月に1回以上開催されている必要がある。ただし、**電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入所者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年3回以上開催することで差し支えないこととする。**なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入所者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。
- ⑤ **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。**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。

# (新設)協力医療機関連携加算

留意事項(老企第40号)

(27) 協力医療機関連携加算について  
5(27)を準用する。

(27) 協力医療機関連携加算について

- ⑥ 本加算における会議は、指定介護老人福祉施設基準第28条第2項に規定する、入所者の病状が急変した場合の対応の確認と一体的に行うこととしても差し支えない。
- ⑦ 会議の開催状況については、その概要を記録しなければならない。

4月からすぐに加算を算定したい場合、  
月末に会議して要件クリアで算定可能

月	火	水	木	金	土	日
4月1日	4月2日	4月3日	4月4日	4月5日	4月6日	4月7日
4月8日	4月9日	4月10日	4月11日	4月12日	4月13日	4月14日
4月15日	4月16日	4月17日	4月18日	4月19日	4月20日	4月21日
4月22日	4月23日	4月24日	4月25日	4月26日	4月27日	4月28日
4月29日	4月30日	5月1日	5月2日	5月3日	5月4日	5月5日
	会議 加算					

ポイント！

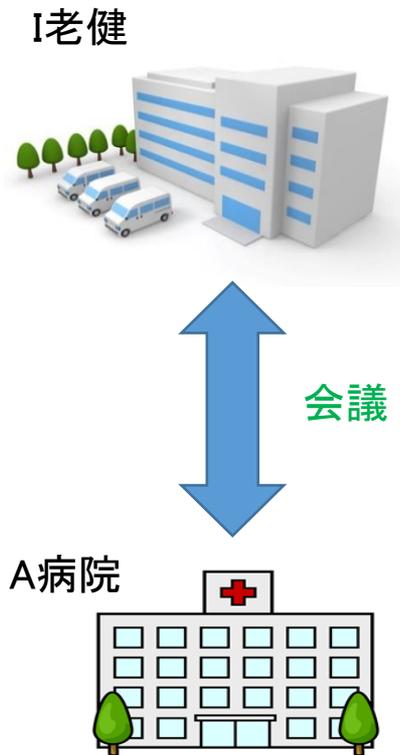
また電子的システムにより協力医療機関において、施設の入所者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合、定期的に年3回以上開催することで差し支えないので、4月に会議をしなくても間に合う

加算は1月単位で算定可能  
会議を行った月ではなく、要件を満たせるなら、  
毎月算定

# (新設)協力医療機関連携加算

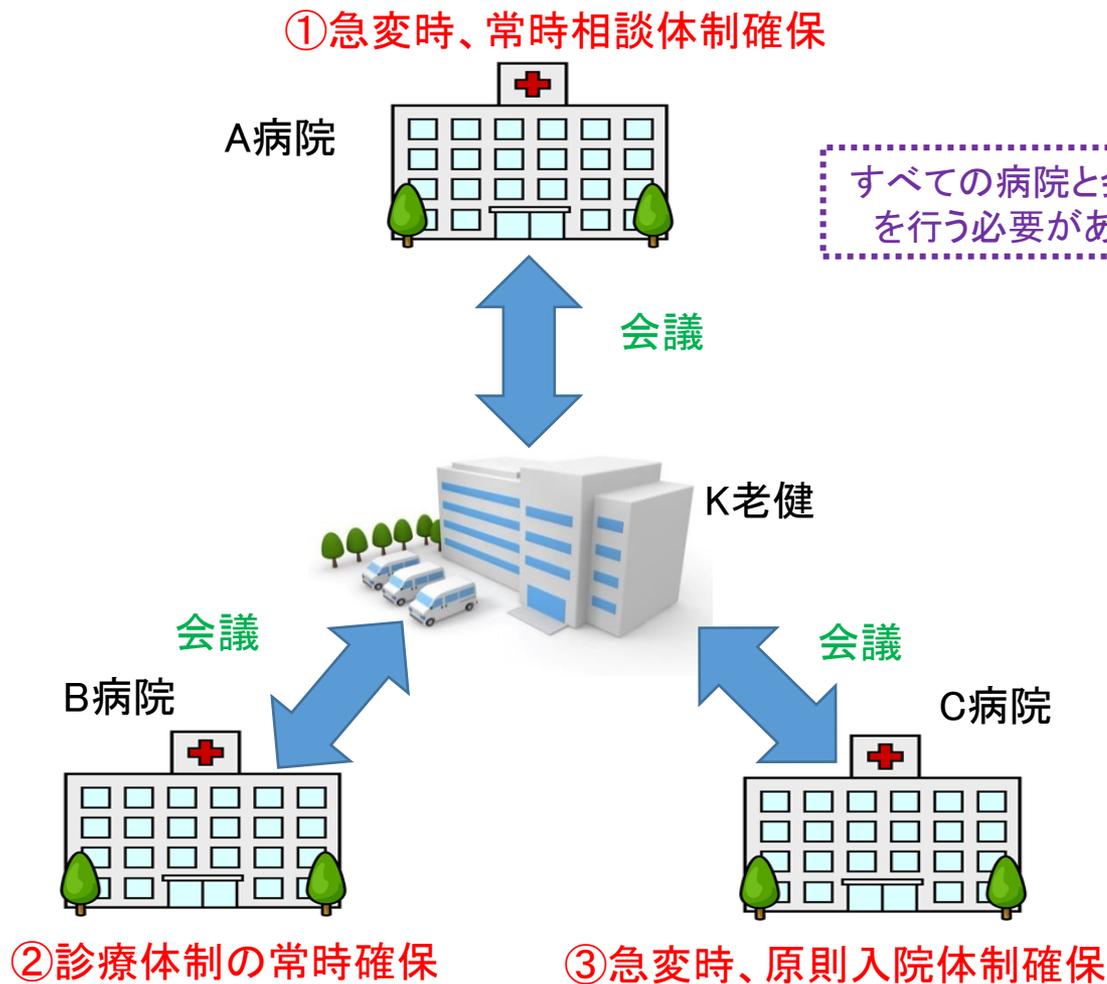
複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより3要件を満たす場合には、**それぞれの医療機関と会議**を行う必要がある。

3要件満たす病院と連携している場合



- ①急変時、常時相談体制確保
- ②診療体制の常時確保
- ③急変時、原則入院体制確保

要件をバラバラで満たしている場合



# (新設)協力医療機関連携加算

## ○ 協力医療機関連携加算について

「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 127 協力医療機関連携加算について、入所者の病歴等の情報を共有する会議に出席するのはどんな職種を想定しているか。

(答)

職種は問わないが、入所者の病歴その他健康に関する情報を協力医療機関の担当者に説明でき、急変時等における当該協力医療機関との対応を確認できる者が出席すること。

## ○ 協力医療機関連携加算について

「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(令和6年3月29日)」

問 3 協力医療機関連携加算について、「電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年3回以上開催することで差し支えない」とあるが、随時確認できる体制とは具体的にどのような場合が該当するか。

(答)

例えば、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク（以下「地連NW」という。）に参加し、当該介護保険施設等の医師等が記録した当該介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の情報について当該地連NWにアクセスして確認可能な場合が該当する。

この場合、当該介護保険施設等の医師等が、介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等についてそれぞれの患者について1ヶ月に1回以上記録すること。なお、入所者の状況等に変化がない場合は記録を省略しても差し支えないが、その旨を文書等により介護保険施設等から協力医療機関に、少なくとも月1回の頻度で提供すること。

# (新設)協力医療機関連携加算

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

## ○ 協力医療機関連携加算について

問 13 基準省令に規定する要件全てを満たす医療機関を、協力医療機関として複数定める場合、協力医療機関連携加算の算定にあたっての定期的な会議は、当該医療機関のうち1つの医療機関と行うことで差し支えないか。

(答)

差し支えない。

ポイント！

協力医療機関連携加算については、加算算定にあたり届け出は不要となっている。しかし、加算（1）を算定するのであれば、3要件がそろっている医療機関との連携のため、運営基準で定められてい協力医療機関の届け出の方を出してから算定することを進める。

## (参考)協力医療機関連携加算の算定のポイント

1. 会議の開催方法は、テレビ電話・WEB等でも可  
(リアルタイムで、顔の見える関係での開催)
2. 加算の算定要件である会議の内容は、
  - ・入所者の病状が急変した場合の対応の確認
  - ・入所者の現病歴等の情報共有(毎回入所者全員の病状等を共有しなくても可)
3. 会議の参加者は、職種は問わない。  
(入所者の現病歴等を説明できる者)
4. 会議の開催状況については、その概要を記録
5. 会議の開催頻度は、概ね月1回以上  
(月末までに開催すれば  その月は算定可能)

電子的システムで協力医療機関と施設の入所者の情報が  
随時確認できる場合は、定期的に年3回以上で可

# 介護保険施設における口腔衛生管理の強化

## 概要

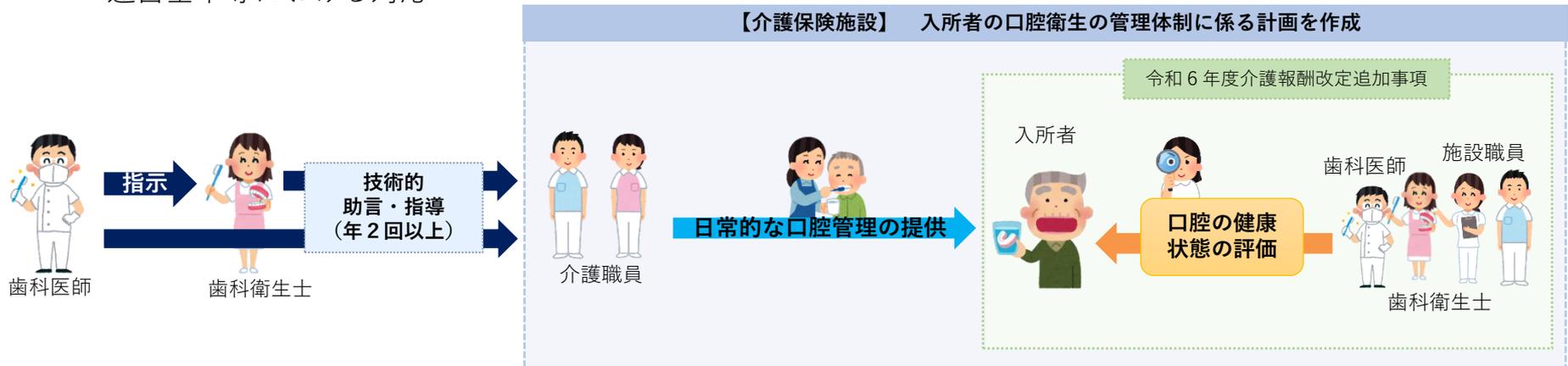
【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 介護保険施設において、事業所の職員による適切な口腔管理等の実施と、歯科専門職による適切な口腔管理につなげる観点から、事業者を利用者の入所時及び入所後の定期的な口腔衛生状態・口腔機能の評価の実施を義務付ける。【通知改正】  
(入所時及び月に1回程度) (介護職員等でもできる評価)

## 算定要件等

- 当該施設の従業者又は歯科医師若しくは歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者毎に施設入所時及び入所後月に1回程度の口腔の健康状態の評価を実施すること。
- 技術的助言若しくは指導又は口腔の健康状態の評価を行う歯科医師若しくは歯科医師の指示を受けた歯科衛生士においては、当該施設との連携について、実施事項等を文書等で取り決めを行うこと。

<運営基準等における対応>



※口腔衛生管理加算（個別）を算定している利用者については、上記要件を既に満たしていることとなるが、加算を算定していない利用者については必須

## 17 口腔衛生の管理

基準省令第17条の3は、介護老人保健施設の入所者に対する口腔衛生の管理について、入所者の口腔の健康状態に応じて、以下の手順により計画的に行うべきことを定めたものである。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」)も参照されたい。

- (1) 当該施設において、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。)が、当該施設の介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年2回以上行うこと。
- (2) 当該施設の従業者又は**歯科医師等**が入所者毎に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。
- (3) (略)
- (4) 医療保険において歯科訪問診療料が算定された日に、介護職員に対する口腔清掃等に係る技術的助言及び指導又は(3)の計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、**歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。**  
なお、当該施設と計画に関する技術的助言若しくは指導又は**口腔の健康状態の評価を行う歯科医師等においては、実施事項等を文書で取り決めること。**

青字:令和3年度改定

赤字:令和6年度改定

## 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（一部抜粋）

### 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。

#### 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。

#### 事務局メモ

口腔衛生管理加算（別紙様式3）を算定する利用者においては、月2回の歯科衛生士による口腔管理が必要なことから、入所時の口腔の健康状態の評価が必要とされている別紙様式6-3においては、最低でも入所時の評価をしたものは、用意しておいた方が良いと思われる。

# 老健施設の運営基準(口腔衛生の管理)

## 施設用

## 別紙様式6-1

別紙様式6-1 (介護保険施設)

### 口腔衛生の管理体制についての計画

策定日	年 月 日
作成者	
助言を行った歯科医師等	歯科医療機関
	歯科医師名
	連絡先
助言の要点	<input type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識・技術の習得の必要性
	<input type="checkbox"/> 食事状態、食形態等の確認
	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 現在の取組の継続
実施目標	<input type="checkbox"/> 施設職員に対する研修会の開催
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の用具の整備
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の方法・内容等の見直し
	<input type="checkbox"/> 歯科専門職による入所者の口腔衛生管理等
	<input type="checkbox"/> 歯科専門職による食事環境、食形態等の確認
<input type="checkbox"/> その他 ( )	
<input type="checkbox"/> 現在の取組の継続	
施設職員等による入所者の口腔の健康状態の評価	各入所者の入所時及び( )週・月に1回 ※週・月のいずれかに○をつける。
具体的方策 (実施時期、実施場所、 主担当者など)	
留意事項、特記事項等	

## 利用者用(個人ごと)

## 別紙様式6-3

別紙様式6-3

### 口腔の健康状態の評価及び情報共有書

年 月 日

利用者氏名	(ふりがな)	男 女	
	年 月 日生		
※基本情報は、入所時評価以外に変更がなければ記載の省略可			
基本情報	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 (□1 □2) <input type="checkbox"/> 要介護 (□1 □2 □3 □4 □5)	
	基礎疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 認知性肺炎 <input type="checkbox"/> うっ血性心不全 <input type="checkbox"/> 原腸感染症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 痔瘻 (※上記以外の) <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他	
	認知性肺炎の発症・既往	<input type="checkbox"/> あり (遠近の発症日: [西暦] 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし	
	麻痺	<input type="checkbox"/> あり (部位: □手 □顔 □その他) <input type="checkbox"/> なし	
	摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経胃管 <input type="checkbox"/> 経鼻管	
	現在の歯科受診について	かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 遠近1年前の歯科受診 <input type="checkbox"/> あり (受診日: [西暦] 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし	
	義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり (□部分・□全部) <input type="checkbox"/> なし	
	口腔清掃	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 (介助方法: ) <input type="checkbox"/> 全介助	
	現在の処方	<input type="checkbox"/> あり (薬剤名: ) <input type="checkbox"/> なし	

【口腔の健康状態の評価】		<input type="checkbox"/> 入所時	<input type="checkbox"/> 2回目以降 (前回: 年 月 日)
		記入者氏名:	(職名: )
項目番号	項目	評価	評価基準
1	開口	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 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「できない」とする。
2	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。
3	舌の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。
4	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。
5	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	本人にしっかりと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「できない」とする。
6	むせ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	平時や食事にむせがある場合や明らかな「むせ」はなくても、食後の後がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「あり」とする。
7	ブクブクがい <sup>※1</sup>	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 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頻を咽らまさない場合や咽らました頻を左右に動かさない場合は「できない」とする。
8	食物のため込み、残留 <sup>※2</sup>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。
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、義歯がすぐを外れる、口の中に葉が残っている等の気になる点があれば記載する。

※1 現在、歯磨き後のうがいをしていない場合に限り確認する。(誤嚥のリスクも鑑みて、改めて実施頂く事項ではないため空欄可)  
 ※2 食事の観察が可能な場合は確認する。(改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

歯科医師等 <sup>※</sup> による口腔内等の確認の必要性	<input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 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。
-----------------------------------	---	---

※ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

その他の特記事項	
----------	--

# 老健施設の運営基準(口腔衛生の管理)

## 別紙様式6-3の赤枠拡大

従業者又は歯科医師等が入所者毎に施設入所時及び月に1回程度の口腔の健康状態の評価



【口腔の健康状態の評価】

入所時  2回目以降(前回: 年 月 日)

記入者氏名: (職種: )

項目番号	項目	評価	評価基準
1	開口	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 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「できない」とする。
2	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。
3	舌の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。
4	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。
5	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 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「できない」とする。
6	むせ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。
7	ブクブクうがい <sup>※1</sup>	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 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「できない」とする。
8	食物のため込み、残留 <sup>※2</sup>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。
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。

※1 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。(誤嚥のリスクも鑑みて、改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

※2 食事の観察が可能な場合は確認する。(改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

# 経過措置のまとめ

2024.5.11時点  
全老健作成

	項目	経過措置期間
運営基準	虐待の防止に係る経過措置	令和6年3月31日まで(3年の経過措置)
	業務継続計画の策定等に係る経過措置	令和7年3月31日まで(1年の経過措置)
	協力医療機関との連携の義務に係る経過措置	令和9年3月31日まで(3年の経過措置)
	入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置	令和9年3月31日まで(3年の経過措置)
施設基準・加算等	介護職員等処遇改善加算に係る経過措置	令和7年3月31日まで(1年の経過措置)
	施設基準に係る経過措置(指標の考え方)	令和6年9月30日まで(半年経過措置)
	施設における在宅復帰在宅支援機能加算の基準に関する経過措置(指標の考え方)	令和6年9月30日まで(半年経過措置)
	医療機関連携加算に係る経過措置(100単位⇒50単位)	令和7年3月31日まで(1年の経過措置)
	診療未実施減算の経過措置(訪問リハ)	令和9年3月31日まで(3年の経過措置)

口腔衛生の管理で追加された、「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」については、経過措置なし

# 介護老人保健施設における医療機関からの患者受入れの促進

## 概要

【介護老人保健施設】

- 入院による要介護者のADLの低下等を防ぐ観点から、特に急性期の医療機関から介護老人保健施設への受入れを促進するため、介護老人保健施設における初期加算について、地域医療情報連携ネットワーク等のシステムや、急性期病床を持つ医療機関の入退院支援部門を通して、当該施設の空床情報の定期的な情報共有等を行うとともに、入院日から一定期間内に医療機関を退院した者を受け入れた場合について評価する区分を新たに設ける。

【告示改正】

## 単位数

<現行>

初期加算 30単位/日



<改定後>

初期加算 (Ⅰ) 60単位/日 (新設)

初期加算 (Ⅱ) 30単位/日

← 今までの要件

## 算定要件等

<初期加算 (Ⅰ)> (新設)

- 次に掲げる基準のいずれかに適合する介護老人保健施設において、急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後30日以内に退院し、介護老人保健施設に入所した者について、1日につき所定単位数を加算する。ただし、初期加算 (Ⅱ) を算定している場合は、算定しない。
  - ・ 当該介護老人保健施設の空床情報について、地域医療情報連携ネットワーク等を通じ、地域の医療機関に定期的に情報を共有していること。
  - ・ 当該介護老人保健施設の空床情報について、当該介護老人保健施設のウェブサイトに定期的に公表するとともに、急性期医療を担う複数医療機関の入退院支援部門に対し、定期的に情報共有を行っていること。

<初期加算 (Ⅱ)>

- 入所した日から起算して30日以内の期間については、初期加算 (Ⅱ) として、1日につき所定単位数を加算する。ただし、初期加算 (Ⅰ) を算定している場合は、算定しない。

※過去3ヶ月に老健施設に入所したことがない方が対象

# 初期加算

(新設)

## ハ 初期加算 (Ⅰ)60単位/日 (Ⅱ)30単位/日

告示第21号

注1 (1)について、次に掲げる基準のいずれかに適合する介護老人保健施設において、急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後30日以内に退院し、介護老人保健施設に入所した者について、当該介護老人保健施設に入所した日から起算して30日以内の期間については、初期加算(Ⅰ)として、1日につき所定単位数を加算する。ただし、初期加算(Ⅱ)を算定している場合は、算定しない。

イ 当該介護老人保健施設の空床情報について、地域医療情報連携ネットワーク等を通じ、地域の医療機関に定期的に情報を共有していること。

ロ 当該介護老人保健施設の空床情報について、当該介護老人保健施設のウェブサイト定期的に公表するとともに、急性期医療を担う複数医療機関の入退院支援部門に対し、定期的に情報共有を行っていること。

2 (2)について、入所した日から起算して30日以内の期間については、初期加算(Ⅱ)として、1日につき所定単位数を加算する。ただし、初期加算(Ⅰ)を算定している場合は、算定しない。

(1) 初期加算(Ⅰ) 60単位

(2) 初期加算(Ⅱ) 30単位

# 初期加算

留意事項(老企第40号)

## (21) 初期加算について

- ① 初期加算は、入所者については、介護老人保健施設へ入所した当初には、施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とすることから、入所日から30日間に限って、加算するものである。
- ② 「入所日から30日間」中に外泊を行った場合、当該外泊を行っている間は、初期加算を算定できないこと。
- ③ 当該施設における過去の入所及び短期入所療養介護との関係 初期加算は、当該入所者が過去3月間(ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1月間とする。)の間に、当該介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できることとする。なお、当該介護老人保健施設の短期入所療養介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該施設に入所した場合については、初期加算は入所直前の短期入所療養介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定するものとする。
- ④ 初期加算(Ⅰ)は、入院による要介護者のADLの低下等を防ぐため、急性期医療を担う医療機関の一般病棟から介護老人保健施設への受入れを促進する観点や、医療的な状態が比較的不安定である者を受け入れる手間を評価する観点から、当該医療機関の入院日から起算して30日以内に退院した者を受け入れた場合について評価するものである。
- ⑤ 初期加算(Ⅰ)の算定に当たっては、以下のいずれかを満たすこと。
  - イ 当該介護老人保健施設の空床情報について、地域医療情報連携ネットワーク等の電子的システムを通じ、地域の医療機関に情報を共有し、定期的に更新をしていること。
  - ロ 当該介護老人保健施設の空床情報をウェブサイト公表した上で定期的に更新するとともに、急性期医療を担う複数医療機関の入退院支援部門に対して、定期的に情報共有を行っていること。  
なお、上記イ及びロにおける定期的とは、概ね月に2回以上実施することを目安とする。
- ⑥ 上記⑤イについては、地域医療情報ネットワークに限らず、電子的システムにより当該介護老人保健施設の空床情報を医療機関が随時確認できる場合であればよいこと。

## (21) 初期加算について

- ⑦ 上記⑤の口における医療機関への定期的な情報共有については、対面に限らず、電話や電子メール等による方法により共有することとしても差し支えない。
- ⑧ 急性期医療を担う医療機関の一般病棟とは、具体的には、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料に限る。)、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、地域包括医療病棟入院基本料、一類感染症患者入院医療管理料又は特殊疾患入院医療管理料を算定する病棟であること。
- ⑨ 急性期医療を担う医療機関の一般病棟から退院後、別の医療機関や病棟、居宅等を経由した上で介護老人保健施設に入所する場合においても、当該介護老人保健施設の入所日が急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院日から起算して30日以内であれば、算定できること。

### ポイント

- 施設のHPを活用する場合は、アップだけでは足りない。定期的に情報共有をすること。
- 「複数医療機関」なので、1つの医療機関だけではダメ!

# 初期加算

「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)」

## 【介護老人保健施設】

### ○ 初期加算について

問 11 初期加算（Ⅰ）について、「急性期医療を担う医療機関の一般病棟から退院後、別の医療機関や病棟、居宅等を経由した上で介護老人保健施設に入所する場合においても、当該介護老人保健施設の入所日が急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院日から起算して 30 日以内であれば、算定できること。」とあるが、次のような場合、どのように算定すればよいか。

（例） 4 月 1 日	（急性期医療を担う医療機関の一般病棟に入院）
4 月 20 日	（急性期医療を担う医療機関の一般病棟を退院）
4 月 20 日から 23 日	（居宅に在所）
4 月 24 日	（介護老人保健施設に入所）

（答）

- ・ 上記事例の場合、初期加算（Ⅰ）については、急性期医療を担う医療機関の一般病棟の退院日である 4 月 20 日から起算した 30 日の間から居宅に在所した 4 日間を控除した 26 日間に限り算定可能である。
- ・ なお、初期加算（Ⅱ）については、介護老人保健施設に入所した日から 30 日間に限って算定可能であり、上記事例において、初期加算（Ⅰ）を 26 日間算定する場合には、30 日から 26 日を控除した 4 日間が算定可能である。

## 初期加算(Ⅰ)を算定できる利用者の大前提

### ●急性期から直接退院し、入所した場合の算定

月	火	水	木	金	土	日
3月4日	3月5日	3月6日	3月7日	3月8日	3月9日	3月10日
						急性期入院
3月11日	3月12日	3月13日	3月14日	3月15日	3月16日	3月17日
3月18日	3月19日	3月20日	3月21日	3月22日	3月23日	3月24日
3月25日	3月26日	3月27日	3月28日	3月29日	3月30日	3月31日
4月1日	4月2日	4月3日	4月4日	4月5日	4月6日	4月7日
4月8日	4月9日	4月10日	4月11日	4月12日	4月13日	4月14日
退院入所						

### ●急性期医療を担う医療機関の一般病棟から別病院等を経由して入所した場合

月	火	水	木	金	土	日
3月18日	3月19日	3月20日	3月21日	3月22日	3月23日	3月24日
						急性期入院
3月25日	3月26日	3月27日	3月28日	3月29日	3月30日	3月31日
4月1日	4月2日	4月3日	4月4日	4月5日	4月6日	4月7日
4月8日	4月9日	4月10日	4月11日	4月12日	4月13日	4月14日
急性期退院 別病院等 入院	別病院等 入院	別病院等 入院	別病院等 入院	別病院等 入院	別病院等 入院	別病院等 入院
4月15日	4月16日	4月17日	4月18日	4月19日	4月20日	4月21日
退院入所						

### 初期加算(Ⅰ)の対象

3月10日が入院した日の起算日となり30日目に退院して入所したので加算(Ⅰ)の対象者

### 初期加算(Ⅰ)の対象

3月24日が入院した日の起算日となり、別の病院等に入院しても23日目に入所しているので加算(Ⅰ)の対象者

# 初期加算(Ⅰ)の算定の仕方

※急性期病院の入院日から起算して30日以内に老健施設へ入所した場合

## ●急性期から退院し、直接入所した場合の算定

月	火	水	木	金	土	日
4月8日	4月9日	4月10日	4月11日	4月12日	4月13日	4月14日
退院 入所						
4月15日	4月16日	4月17日	4月18日	4月19日	4月20日	4月21日
4月22日	4月23日	4月24日	4月25日	4月26日	4月27日	4月28日
4月29日	4月30日	5月1日	5月2日	5月3日	5月4日	5月5日
5月6日	5月7日	5月8日	5月9日	5月10日	5月11日	5月12日
	30日目					

4月8日が起算日となるため、初期加算(Ⅰ)の算定は、30日間の算定(月跨ぎでも可)

## ●急性期を退院したが、何ならかの理由で短期間、別な医療機関や居宅等を経由して、入所した場合

月	火	水	木	金	土	日
4月8日	4月9日	4月10日	4月11日	4月12日	4月13日	4月14日
急性期退院 別病院等 入院	別病院等 入院	別病院等 入院	別病院等 入院	別病院等 入院	別病院等 入院	別病院等 入院
4月15日	4月16日	4月17日	4月18日	4月19日	4月20日	4月21日
退院 老健入所						
4月22日	4月23日	4月24日	4月25日	4月26日	4月27日	4月28日
4月29日	4月30日	5月1日	5月2日	5月3日	5月4日	5月5日
5月6日	5月7日	5月8日	5月9日	5月10日	5月11日	5月12日
	30日目	24日目	25日目	26日目	27日目	28日目
5月13日	5月14日	5月15日	5月16日	5月17日	5月18日	5月19日
29日目	30日目					

4月8日が起算日となるため、初期加算(Ⅰ)は、23日間の算定可能  
5月8日からは、老健入所日から起算して30日となる残りの7日間を初期加算(Ⅱ)として算定可能

【急性期医療を担う医療機関の一般病棟とは】  
・急性期一般入院基本料、7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料に限る。)、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、地域包括医療病棟入院基本料、一類感染症患者入院医療管理料又は特殊疾患入院医療管理料を算定する病棟であること。

# 初期加算(Ⅰ)を算定する上の注意点

2024.4.12時点  
全老健作成

注意する起算日が多数ある！

月	火	水	木	金	土	日
3月4日	3月5日	3月6日	3月7日	3月8日	3月9日	3月10日
						急性期入院
3月11日	3月12日	3月13日	3月14日	3月15日	3月16日	3月17日
3月18日	3月19日	3月20日	3月21日	3月22日	3月23日	3月24日
3月25日	3月26日	3月27日	3月28日	3月29日	3月30日	3月31日
4月1日	4月2日	4月3日	4月4日	4月5日	4月6日	4月7日
4月8日	4月9日	4月10日	4月11日	4月12日	4月13日	4月14日
退院入所						
4月15日	4月16日	4月17日	4月18日	4月19日	4月20日	4月21日
4月22日	4月23日	4月24日	4月25日	4月26日	4月27日	4月28日
4月29日	4月30日	5月1日	5月2日	5月3日	5月4日	5月5日
5月5日	5月6日	5月7日	5月8日	5月9日	5月10日	5月11日
	30日目					

月	火	水	木	金	土	日
3月11日	3月12日	3月13日	3月14日	3月15日	3月16日	3月17日
						急性期入院
3月18日	3月19日	3月20日	3月21日	3月22日	3月23日	3月24日
3月25日	3月26日	3月27日	3月28日	3月29日	3月30日	3月31日
4月1日	4月2日	4月3日	4月4日	4月5日	4月6日	4月7日
4月8日	4月9日	4月10日	4月11日	4月12日	4月13日	4月14日
急性期退院 一般病棟入院	一般病棟入院	一般病棟入院	一般病棟入院	一般病棟入院	一般病棟入院	一般病棟入院
4月15日	4月16日	4月17日	4月18日	4月19日	4月20日	4月21日
退院入所						
4月22日	4月23日	4月24日	4月25日	4月26日	4月27日	4月28日
4月29日	4月30日	5月1日	5月2日	5月3日	5月4日	5月5日
5月5日	5月6日	5月7日	5月8日	5月9日	5月10日	5月11日
	30日目	24日目	25日目	26日目	27日目	28日目
5月12日	5月13日	5月14日	5月15日	5月16日	5月17日	5月18日
29日目	30日目					

紫枠の起算日は、急性期に入院した日⇒初期加算(Ⅰ)の対象者を決める起算日

赤枠の起算日は、初期加算(Ⅰ)を算定するための起算日

青枠の起算日は、初期加算(Ⅱ)を算定するための起算日

# 初期加算(Ⅱ)しか算定できない利用者

## 急性期病院を入院してから30日すぎたら初期加算(Ⅱ)のみ算定可能

- 急性期医療を担う医療機関の一般病棟から別病院等を経由して入所した場合

月	火	水	木	金	土	日
3月4日	3月5日	3月6日	3月7日	3月8日	3月9日	3月10日
						急性期入院
3月11日	3月12日	3月13日	3月14日	3月15日	3月16日	3月17日
3月18日	3月19日	3月20日	3月21日	3月22日	3月23日	3月24日
3月25日	3月26日	3月27日	3月28日	3月29日	3月30日	3月31日
4月1日	4月2日	4月3日	4月4日	4月5日	4月6日	4月7日
4月8日	4月9日	4月10日	4月11日	4月12日	4月13日	4月14日
急性期退院 別病院等 入院	別病院等 入院	別病院等 入院	別病院等 入院	別病院等 入院	別病院等 入院	別病院等 入院
4月15日	4月16日	4月17日	4月18日	4月19日	4月20日	4月21日
退院 入所						

初期加算(Ⅰ)不可 初期加算(Ⅱ)可

3月10日が入院した日の起算日となり37日目に退院して入所したので対象外

- 急性期医療を担う医療機関の一般病棟から在宅に帰ってから入所した場合

月	火	水	木	金	土	日
3月4日	3月5日	3月6日	3月7日	3月8日	3月9日	3月10日
						急性期入院
3月11日	3月12日	3月13日	3月14日	3月15日	3月16日	3月17日
3月18日	3月19日	3月20日	3月21日	3月22日	3月23日	3月24日
3月25日	3月26日	3月27日	3月28日	3月29日	3月30日	3月31日
4月1日	4月2日	4月3日	4月4日	4月5日	4月6日	4月7日
4月8日	急性期退院	在宅	在宅	在宅	在宅	在宅
4月8日	4月9日	4月10日	4月11日	4月12日	4月13日	4月14日
在宅	入所					

初期加算(Ⅰ)不可 初期加算(Ⅱ)可

早期退院して在宅を経由しても、3月10日が入院した日の起算日となることから、入所日が、31日目となり、対象外となる

# 入院時等の医療機関への情報提供

## 概要

【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★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 介護老人保健施設及び介護医療院について、入所者の入院時に、施設等が把握している生活状況等の情報提供を更に促進する観点から、退所時情報提供加算について、入所者が医療機関へ退所した際、生活支援上の留意点や**認知機能等にかかる情報を提供**した場合について、新たに評価する区分を設ける。また、入所者が居宅に退所した際に、退所後の主治医に診療情報を情報提供することを評価する現行相当の加算区分についても、医療機関への退所の場合と同様に、生活支援上の留意点等の情報提供を行うことを算定要件に加える。
- また、介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護について、入所者または入居者（以下「入所者等」という。）が医療機関へ退所した際、生活支援上の留意点等の情報提供を行うことを評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

## 単位数

### 【介護老人保健施設、介護医療院】

<現行>

退所時情報提供加算 500単位/回

<改定後>

退所時情報提供加算 (Ⅰ) 500単位/回

退所時情報提供加算 (Ⅱ) 250単位/回 **(新設)**

### 【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★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

<現行>

なし

<改定後>

退所時情報提供加算 250単位/回（介護老人福祉施設） **(新設)**

退居時情報提供加算 250単位/回（特定施設、認知症対応型共同生活介護） **(新設)**

## 算定要件等

### 【介護老人保健施設、介護医療院】 <退所時情報提供加算 (Ⅰ)> **入所者が居宅へ退所した場合（変更）**

- 居宅へ退所する入所者について、退所後の主治の医師に対して入所者を紹介する場合、入所者の同意を得て、当該入所者の診療情報 **心身の状況、生活歴等**を示す情報を提供した場合に、入所者1人につき1回に限り算定する。

### **認知機能等も**

### 【介護老人保健施設、介護医療院】 <退所時情報提供加算 (Ⅱ)> **入所者等が医療機関へ退所した場合（新設）**

### 【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★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】 <退所時情報提供加算、退居時情報提供加算 >

- 医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の **心身の状況、生活歴等**を示す情報を提供した場合に、入所者等1人につき1回に限り算定する。

# 退所時情報提供加算

(新設)

ト (二)退所時情報提供加算 a(Ⅰ)500単位/回 b(Ⅱ)250単位/回 告示第21号

注 2 (1)の(二)のaについては、入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、当該入所者の退所後の主治の医師に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況、心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合に、入所者1人につき1回に限り算定する。

入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して当該入所者の診療状況、心身の状況、生活歴等の当該入所者の処遇に必要な情報を提供したときも、同様に算定する。

3 (1)の(二)のbについては、入所者が退所し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合に、入所者1人につき1回に限り算定する。

(25) 退所時等支援加算について

留意事項(老企第40号)

① (略)

② 退所時情報提供加算(Ⅰ)

入所者が居宅又は他の社会福祉施設等へ退所する場合、退所後の主治の医師に対して入所者を紹介するに当たっては、事前に主治の医師と調整し、別紙様式2及び別紙様式13の文書に必要な事項を記載の上、入所者又は主治の医師に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付すること。また、当該文書に入所者の諸検査の結果、薬歴、退所後の治療計画等を示す書類を添付すること。 ⇒ 算定要件は別紙様式13が追加されてだけ

③ 退所時情報提供加算(Ⅱ) (新設)

イ 入所者が退所して医療機関に入院する場合、当該医療機関に対して、入所者を紹介するに当たっては、別紙様式13の文書に必要な事項を記載の上、当該医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付すること。

ロ 入所者が医療機関に入院後、当該医療機関を退院し、同一月に再度当該医療機関に入院する場合には、本加算は算定できない。

# 退所時情報提供加算(Ⅰ・Ⅱ)の様式〔(Ⅰ)の場合はこの様式プラス別紙様式2も必要〕

## 退所時情報提供書

記入日： 年 月 日  
 退所日： 年 月 日  
 情報提供日： 年 月 日

## 別紙様式13

医療機関名： ご担当者名：	←	施設名： 担当者名： TEL： FAX：
------------------	---	----------------------------

利用者(患者)/家族の同意に基づき、 年 月 日時点の施設生活における利用者情報(身体・生活機能など)を送付します。是非ご活用下さい。

### 1. 利用者(患者)基本情報について

氏名 (7桁)	生年月日	西暦 年 月 日 生
退所時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請	
障害等級者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ	認知症等級者の日常生活自立度
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明	障害手帳の有無
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( )	

### 2. 家族連絡先について

主介護者氏名	(続柄・才) (同居・別居)	電話番号
意思決定支援者(代筆者)	(続柄・才) (同居・別居)	電話番号

### 3. 意思疎通について

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		<input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる
眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な要求を伝えることはできる
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 会話が成立しないが、発語はある
			<input type="checkbox"/> 発語がなく、無音である

### 4. 口腔・栄養について

摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 薄い・ <input type="checkbox"/> 中間・ <input type="checkbox"/> 濃い )
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他( )	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他( )
嚥下使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全粒 )	嚥下機能	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
特記事項			

### 5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(職種： )
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 自己管理以外(管理方法： )		
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容： )		<input type="checkbox"/> 全介助
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )

### 6. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりますのであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限りません。常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 日本人・家族等との話し合いを実施している(最終実施日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない( <input type="checkbox"/> 日本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外 )
---------	---

### ※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照(入所に記載した書類等： )		
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(氏名： 続柄： ) (氏名： 続柄： ) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他( )		
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有した内容		
その他			

### 7. 退所前の身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位・深さ・大きさ等)
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> 体位変換(時間毎)	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> なし
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他	移動(屋内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
退所前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート(フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他( )		
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度はかの人によるみまもりが必要か	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえば一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらおうと一人で過ごすことができる
	具当議：現在の日付や場所等についての程度認識できるか	<input type="checkbox"/> 年月日はわかる <input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる <input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない	<input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか	<input type="checkbox"/> 常に覚えている <input type="checkbox"/> 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある <input type="checkbox"/> 忘れてきたこと自体を認識していない	<input type="checkbox"/> 口元に(連1回程度)忘れることがあるが、考えることで思い出せる <input type="checkbox"/> きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない
	遊行能力：テレビや電動ベッド等の電化製品を操作できるか	<input type="checkbox"/> 自由に操作できる <input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を教えられれば使える <input type="checkbox"/> リモコンが何をやるものかわからない	<input type="checkbox"/> チャンネルの送りなど普段している操作はできる <input type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない
	過去半年間における入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり(頻度： <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上) (直近の入院理由： )	期間：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

### 8. 退所前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等

介護/医療の状況、本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 施設サービス計画(1)~(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート(フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他( )
特記事項	

### 9. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関1	かかりつけ医療機関2
医師名	医師名
かかりつけ歯科医療機関	かかりつけ薬局
歯科医師名	

### 10. カンファレンス等について(ケアマネジャー、支援相談員等からの希望) ※医療機関への入院のみ記入

「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 具体的な要望( )
------------------	---

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13

# 退所時情報提供加算(Ⅰ・Ⅱ)の様式〔(Ⅰ)の場合はこの様式プラス別紙様式2も必要〕

別紙様式2

(別紙様式2)

医療機関

担当医 科 殿

年 月 日

介護老人保健施設の  
所在地及び名称  
電話番号  
医師氏名

患者	氏名		男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)	
	要介護認定の状況	自立 要支援 要介護( 1 2 3 4 5 )	

紹介目的	(紹介後の方針に関する希望)
患者に関する注意事項	
備考	

備考 1 必要がある場合は続紙に記載して添付すること  
2 必要がある場合は検査の記録等を添付すること

主訴又は病名・既往歴及び家族歴	
嗜好	薬剤アレルギー
現病歴	
現症	
検査所見	
治療病歴	
現在の処方	

# 退所時情報提供加算

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.2)(令和6年3月19日)

## 【(地域密着型)介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、(地域密着型)特定施設、認知症対応型共同生活介護】

### ○ 退所時情報提供加算、退居時情報提供加算について

問18 同一医療機関に入退院を繰り返す場合においても、算定可能か。

(答) 同一月に再入院する場合は算定できず、翌月に入院する場合においても前回入院時から利用者の状況が変わらず、提供する内容が同一の場合は算定できない。

令和6年度改定前の退所時情報提供加算には、「入所期間が1ヶ月を超える入所者が退所し、」の要件があり、今回の改定でその要件はなくなった。(すなわちR6改定以前は同一月の算定は不可であった)。1ヶ月要件があった理由として、R6以前の加算は「診療情報」を提供することを評価するものであり、1ヶ月に満たない入所者の場合は、老健に入所する際に提供されている診療情報提供書と内容が変わらないと考えられ、老健施設からの情報提供としては評価しないものと考えられる。

今回の改定では、診療情報に加えて、生活歴等の情報を提供することが要件となったが、生活歴等の情報については、入所期間が短い者であっても、施設において把握した情報を医療機関等に提供することには意義があると考えられ、1ヶ月要件をなくされている。

## 算定可能なパターン

### ●同月に入退所を繰り返した方の場合 (在宅と緊急入院)

### ●同月に別の病院に入院した方の場合 (入院と緊急入院)

月	火	水	木	金	土	日
4月1日	4月2日	4月3日	4月4日	4月5日	4月6日	4月7日
	居宅退所 加算 (Ⅰ)					
4月8日	4月9日	4月10日	4月11日	4月12日	4月13日	4月14日
4月15日	4月16日	4月17日	4月18日	4月19日	4月20日	4月21日
4月22日	4月23日	4月24日	4月25日	4月26日	4月27日	4月28日
再入所						
4月29日	4月30日	5月1日	5月2日	5月3日	5月4日	5月5日
	入院退所 加算 (Ⅱ)					

月	火	水	木	金	土	日
4月1日	4月2日	4月3日	4月4日	4月5日	4月6日	4月7日
	A病院 入院 加算 (Ⅱ)					
4月8日	4月9日	4月10日	4月11日	4月12日	4月13日	4月14日
4月15日	4月16日	4月17日	4月18日	4月19日	4月20日	4月21日
4月22日	4月23日	4月24日	4月25日	4月26日	4月27日	4月28日
再入所						
4月29日	4月30日	5月1日	5月2日	5月3日	5月4日	5月5日
	B病院 入院 加算 (Ⅱ)					

(Ⅰ)と(Ⅱ)においては、情報を提供する場所が異なるので、算定可能

同一月に再度同じ病院に入院していないので、算定可能

# 退所時情報提供加算

## 算定できないパターン

●同月に入退所を繰り返した方の場合  
(在宅と緊急退所)

月	火	水	木	金	土	日
4月1日	4月2日	4月3日	4月4日	4月5日	4月6日	4月7日
	居宅退所 加算 (I)					
4月8日	4月9日	4月10日	4月11日	4月12日	4月13日	4月14日
4月15日	4月16日	4月17日	4月18日	4月19日	4月20日	4月21日
4月22日	4月23日	4月24日	4月25日	4月26日	4月27日	4月28日
再入所						
4月29日	4月30日	5月1日	5月2日	5月3日	5月4日	5月5日
	居宅退所 加算 (I)					

算定  
不可

同一月に複数回居宅に退所された場合については、  
情報提供する先や内容は同じものと考えられ、  
Q&A(Vol.2)(令和6年3月19日)の問18と同様の考  
え方で**算定不可**

●翌月に同じ病院に別の症状で入院した方の場合  
(入院と緊急入院)

月	火	水	木	金	土	日
4月1日	4月2日	4月3日	4月4日	4月5日	4月6日	4月7日
	A病院 入院 加算 (II)					
4月8日	4月9日	4月10日	4月11日	4月12日	4月13日	4月14日
4月15日	4月16日	4月17日	4月18日	4月19日	4月20日	4月21日
4月22日	4月23日	4月24日	4月25日	4月26日	4月27日	4月28日
再入所						
4月29日	4月30日	5月1日	5月2日	5月3日	5月4日	5月5日
		A病院 入院 加算 (II)				

算定  
不可

別の症状で入院であっても、生活歴等の情報提供す  
る内容が同一の場合には**算定不可**

# 認知症対応型共同生活介護、介護保険施設における平時からの 認知症の行動・心理症状の予防、早期対応の推進

## 概要

【認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、  
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 認知症の行動・心理症状（BPSD）の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するための平時からの取組を推進する観点から、新たな加算を設ける。【告示改正】

## 単位数

< 現行 >  
なし



< 改定後 >

認知症チームケア推進加算（Ⅰ）150単位/月（新設）  
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）120単位/月（新設） ※個別加算

※認知症専門ケア加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定している場合においては、算定不可。

3単位

4単位

## 算定要件等

### < 認知症チームケア推進加算（Ⅰ） >（新設）

- (1) 事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上であること。
- (2) 認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。
- (3) 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。
- (4) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。

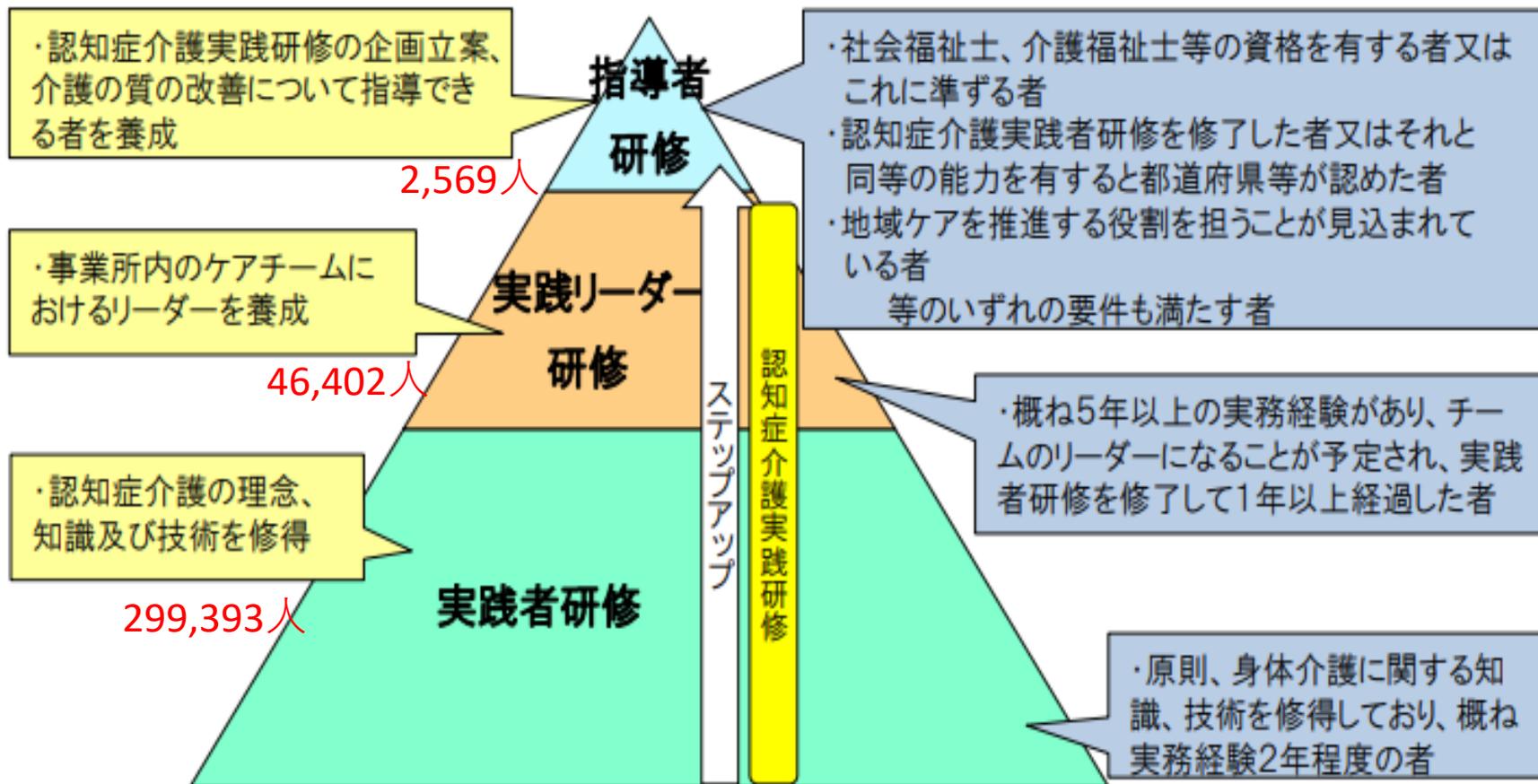
### < 認知症チームケア推進加算（Ⅱ） >（新設）

- ・（Ⅰ）の（1）、（3）及び（4）に掲げる基準に適合すること。
- ・ 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

# 【認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修】

## 研修の目的

## 受講要件



※人数については、認知症施策推進大綱の実施状況について(概要)の資料を参照 (R1年度末時点)

実際に活動されていると思われる人数:2023年8月現在 663名(認知症介護情報ネットワークに公表されている人数で、認知症介護指導者研修を修了した認知症介護指導者の内、情報公表について承諾の得られた者すでに公表されていても活動を休止している方も含まれる。)

# (新設)認知症チームケア推進加算

ツ 認知症チームケア推進加算 (Ⅰ)150単位/回 (Ⅱ)120単位/回

告示第21号

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護老人保健施設が、別に厚生労働大臣が定める者に対し認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを提供した場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、**認知症専門ケア加算を算定している場合においては、次に掲げる加算は算定しない。**

- (1) 認知症チームケア推進加算(Ⅰ) 150単位
- (2) 認知症チームケア推進加算(Ⅱ) 120単位

※ 算定する場合、どれか一個の加算を選ぶ

認知症チームケア推進加算(Ⅰ)

or

認知症チームケア推進加算(Ⅱ)

or

認知症専門ケア加算(Ⅰ)

or

認知症専門ケア加算(Ⅱ)

# (新設)認知症チームケア推進加算

告示第95号

## 別に厚生労働大臣が定める施設基準

### 五十八の五の二 介護老人保健施設サービスにおける認知症チームケア推進加算の基準

#### イ 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者(以下この号において「対象者」という。)の占める割合が2分の1以上であること。
- (2) 認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応(以下「予防等」という。)に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。
- (3) 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。
- (4) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。

#### ロ 認知症チームケア推進加算(Ⅱ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること

- (1) イ(1)、(3)及び(4)に掲げる基準に適合すること。
- (2) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

# (新設)認知症チームケア推進加算

留意事項(老企第40号)

(41) 認知症チームケア推進加算について  
5の(39)を準用する。

(39) 認知症チームケア推進加算について

認知症チームケア推進加算の内容については、別途通知(「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について」)を参照すること。



●介護保険最新情報Vol.1228 認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について

認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について  
「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.2)(令和6年3月19日)」  
介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について

まずは施設に対象者がどれだけいるか

## 【加算対象者】

日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する入所者等

問7 認知症チームケア推進加算の算定要件は、入所(居)者又は入院患者のうち認知症日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合が1/2以上であることが求められているが、届出日の属する月の前3月の各月末時点の入所者等数の平均で算定するということが良いか。

(答)

貴見のとおり。

① 利用者又は入所者の総数 注	人
② 日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数	人
③ ②÷①×100	%

注 届出日の属する月の前3月の各月末時点の利用者又は入所者の数の平均で算定。

# (新設)認知症チームケア推進加算

「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)」

## ○ 認知症専門ケア加算、認知症加算

問 18 認知症高齢者の日常生活自立度の確認方法如何。

(答)

- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果又は主治医意見書を用いて、居宅サービス計画又は各サービスの計画に記載することとなる。なお、複数の判定結果がある場合には、最も新しい判定を用いる。
- ・ 医師の判定が無い場合は、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「2(4)認定調査員」に規定する「認定調査票」の「認定調査票(基本調査)」7の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いるものとする。
- ・ これらについて、介護支援専門員はサービス担当者会議などを通じて、認知症高齢者の日常生活自立度も含めて情報を共有することとなる。

(注) 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月1日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)第二1(7)「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について、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」の制定及び「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(訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分)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」等の一部改正について(平成18年3月17日老計発0317001号、老振発0317001号、老老発0317001号厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知)別紙1第二1(6)「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について」及び指定地域密着型介護サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年3月31日老計発0331005号、老振発0331005号、老老発0331018号厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知)第二1(12)「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について」の記載を確認すること。



認知症チームケア推進加算としてのQAではないが、考え方は同様だと思われる

※ 令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.4)(令和3年3月29日)問30は削除する。

※ 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32は削除

# (新設)認知症チームケア推進加算

認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について  
「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.2)(令和6年3月19日)」

## 【加算対象者】

日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する入所者等

問3 本加算は、認知症の行動・心理症状（BPSD）が認められる入所者等にのみ加算が算定できるのか。

(答)

本加算は、BPSDの予防等に資する取組を日頃から実施していることを評価する加算であるため、本加算の対象者である「周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者」に対し、BPSDの予防等に資するチームケアを実施していれば、算定が可能である。

## 【加算による保有資格者要件のまとめ】

	体制/個別	単位数	必須研修
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	個別	150単位/月	認知症介護指導者養成研修
			認知症チームケア推進研修
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	個別	120単位/月	認知症介護実践リーダー研修
			認知症チームケア推進研修

# (新設)認知症チームケア推進加算

別紙様式

認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について

対象者1人につき月1回以上の定期的なカンファレンスを開催し、BPSDを含めて個々の入所者等の状態を評価し、ケア計画策定、ケアの振り返り、状態の再評価、計画の見直し等を行うこと。なお、入所者等の状態の評価、ケア方針、実施したケアの振り返り等は別紙様式の「認知症チームケア推進加算・ワークシート」及び介護記録等に詳細に記録すること。

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

問6 対象者に対して個別に行う認知症の行動・心理症状(BPSD)の評価は、認知症チームケア推進研修において示された評価指標を用いなければならないのか。

(答)

貴見のとおり。

問10 「別紙様式及び介護記録等」とは具体的に何を指すか。

(答)

具体的には、下記のとおりであり、認知症チームケア推進加算算定にあたり、必ず作成が求められる。

- ・別紙様式：認知症チームケア推進加算に係るワークシート
- ・介護記録等：介護日誌や施設サービス計画書、認知症対応型共同生活介護計画書等を示す。

なお、介護記録等については、入所者等の状態の評価、ケア方針、実施したケアの振り返り等を丁寧に記載されることが重要であり、例示した介護記録等以外のものを使用しても差し支えないほか、この加算のみのために、新たな書式を定めることは必要ない。

認知症チームケア推進加算 ワークシート					氏名				
年齢	歳	性別	男性	女性	開催日	年月日	検討メンバー	計	名
1 その人らしい暮らしの把握									
No.	ニーズを表すような本人の声 (*チェックリストを用いたインタビュー)				本人のニーズが表れているような普段の言動や行動				
2 BPSDと背景要因の分析									
BPSDの背景要因として検討すべき項目に <input checked="" type="checkbox"/>									
健康状態・身体的ニーズ					その他の要因(活動・参加・個人要因など)				
<input type="checkbox"/> 食事摂取量 <input type="checkbox"/> 睡眠状態 <input type="checkbox"/> 排便 <input type="checkbox"/> 皮膚の状態 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> その他の健康・身体要因 ( )					<input type="checkbox"/> 水分摂取量 <input type="checkbox"/> 排尿 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 運動・動作 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 生きがい <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 外出 <input type="checkbox"/> 経済的状況 <input type="checkbox"/> 宗教行事 <input type="checkbox"/> その他の要因 ( )				
薬剤情報			着目したBPSD(BPSD評価尺度)				環境		
<input type="checkbox"/> ドネペジル(アリゼプト®) <input type="checkbox"/> ガランタミン(レミニール®) <input type="checkbox"/> リバステグミン(リバスタッチパッチ®/イクセロンパッチ®) <input type="checkbox"/> メマンチン(メモリー®) <input type="checkbox"/> 服薬状況の変化 <input type="checkbox"/> その他の薬剤要因(抗精神薬等) ( )			症状 具体的な言動や行動 BPSDが出現しやすい場面 着目したBPSDの背景要因 ( )				<input type="checkbox"/> 周囲の音・声 <input type="checkbox"/> 周囲のにおい <input type="checkbox"/> 気温・室温(暑い・寒い) <input type="checkbox"/> なじみの場所 <input type="checkbox"/> なじみの関係 <input type="checkbox"/> コミュニケーション <input type="checkbox"/> その他の環境要因 ( )		
3 その人らしい暮らしの実現プラン									
週間に目指す本人の姿(1と2から考える)									
具体的なケア計画(1つに絞る)									
ケア計画実施に関連して本人ができること					ケア計画実施に関連して本人ができないこと				
BPSD25Q 重症度合計点			初回評価			取組後評価			
特記事項:認知機能や生活状況、環境などに関する上記以外の情報など									

# (新設)認知症チームケア推進加算

## チェックリスト

No	その人らしい暮らしについて聴き取る項目
1	どのような暮らしをしたいですか、 習慣としてきたことで、続けたいことは何ですか？ 個別・具体的な生活習慣、望む暮らし方、個人史
2	あなたがこだわっていることはありますか？ 望む暮らし方、個人史
3	今、どのようなことをしたいですか？ 本人の望み・ニーズの把握
4	生活で難しくなっていること、手伝ってほしいことはどのようなことですか？ 生活障害：できないこと、できることの把握
5	誰と仲良く暮らしたいですか？ 人的環境（関係性）：「なじみの人間関係」スタッフ・ 家族との関係性と関わり、友人や社会参加
6	どのような環境で暮らしたいですか？ 生活環境：「なじみの居住空間」（居場所、 落ち着ける場所）
7	どのような日課・役割を持ちたいですか？ 役割、日課、生きがい、感謝される機会

通知、QAでは示されていないが、推測だと左図のチェックリストだと思われる(R6.5.11現在)

# (新設)認知症チームケア推進加算

認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について  
「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.2)(令和6年3月19日)」

本加算は、配置要件になっている者が中心となった**複数人の介護職員等から構成するチーム**(以下、「チーム」という)**を組んだうえで**、日頃から認知症の入所者等に対して適切な介護を提供し、それにより、**BPSDの予防及び出現時の早期対応に資するチームケアを実施していること**を評価するもの

問4 本加算で配置要件となっている者は、複数の「認知症の行動・心理症状に対応するチーム」に参加可能と考えてよいか。

(答)

貴見のとおり。

ただし、配置要件となっている者が複数のチームに参加する場合であっても、各々のチームにおいて、本加算において求められる計画の作成、BPSDの評価、カンファレンスへの参加等、一定の関与が求められる。

問5 「複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること」とあるが、介護職員とはどのような者を指すか。

(答)

本加算の対象である入所者等に対して、本加算の対象となるサービスを直接提供する職員を指す。なお、職種については介護福祉士以外であっても差し支えない。

# (新設)認知症チームケア推進加算

## 認知症チームケア推進研修

認知症チームケア推進研修は「manaable（マナブル）」から申し込みいただけます。  
お申し込み前に、manaable（マナブル）の操作についてのマニュアルをご確認ください。

令和6年4月15日 研修申込を開始しました。

令和6年4月24日 マニュアルを更新しました。



manaable（マナブル）の操作  
マニュアルを確認



お申し込み前に必ずマニュアルをご確認ください

manaable（マナブル）から  
申し込みする

**研修の位置付け**：本研修は、令和6年3月18日付厚生労働省老健局高齢者支援課長、認知症施策・地域介護推進課長、老人保健課長通知「[認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について](#)」（老高発0318第1号、老老発0318第1号、老老発0318第1号）に位置付けられた研修です。

**研修目的**：本研修は、「BPSDを予防・軽減するケアの基本的考え方を理解し、チームで実践できる体制を構築する」ことを目的として実施します。

**実施主体**：認知症介護研究・研修センター（東京、仙台、大府）

**研修方法**：オンデマンドの研修です。登録、研修申込、お支払い後いつでも視聴が可能です。動画視聴時間は約70分です。

**研修内容**：本研修は、令和6年4月から始まる新しい研修です。以下の内容で構成されます。

- BPSDのとらえかた
- 重要なアセスメント項目
- 評価尺度の理解と活用方法
- ケア計画の基本的考え方
- チームケアにおけるPDCAサイクルの重要性
- チームケアにおけるチームアプローチの重要性

**対象者**：認知症介護指導者養成研修を修了した者（受講予定の者を含む）、認知症介護実践リーダー研修を修了した者（受講予定の者を含む）等

**受講料**：1,800円

**研修受講の流れ**：研修は、オンライン研修システム「manaable（マナブル）」を導入しています。

受講には、manaable（マナブル）への登録手続きが必要です。

manaable（マナブル）とは…研修申込・支払い・受講・修了証発行すべてをオンラインで一元管理できるシステムのことです。

<https://www.dcnnet.gr.jp/teamcare/>

**実施主体**：

認知症介護研究・研修センター（東京、仙台、大府）

**研修方法**：

オンデマンドの研修。

登録、研修申込、お支払い後いつでも視聴が可能。

動画視聴時間は約70分。

# (参考)認知症関連の加算の資格要件のまとめ

	必須研修	利用者の対象者
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	認知症介護指導者養成研修	日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はM
	認知症チームケア推進研修	
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	認知症介護実践リーダー研修	
	認知症チームケア推進研修	
認知症専門ケア加算(Ⅰ)(Ⅱ)	認知症介護実践リーダー研修	日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はM
	認知症看護に係る適切な研修	
認知症ケア加算(専門棟)	なし	日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はM

## 認知症介護指導者養成研修 受講要件

ア 有資格者

イ (ア) 介護保険施設等に従事している者(過去含む)

(イ) 福祉系大学や養成学校等で指導的立場にある者

(ウ) 民間企業で認知症介護の教育に携わる者 のいずれかの要件に該当する者であって相当の介護実務経験を有する者

ウ 認知症介護実践リーダー研修修了者(認知症介護実務者研修(専門課程))、かつ介護現場のリーダーとして概ね5年以上経験を有する者

エ 認知症介護基礎研修又は認知症介護実践研修の企画・立案に参画し、又は講師として従事する予定者

※ 都道府県及び施設の長が推薦し、認知症介護研究・研修センターが選抜考査。

## 認知症介護実践リーダー研修 受講要件

認知症介護業務に概ね5年以上従事した経験を有し、かつ、ケアチームリーダー又はリーダー予定の者であって認知症介護実践者研修修了後1年以上経過しているもの。

ただし、介護保健施設において利用者に直接サービスを提供する介護職員として、介護福祉士資格を取得した日から起算して10年以上、かつ、1,800日以上実務経験を有する者あるいはそれと同等以上の能力を有する者であると実施主体の長が認めた者は、令和9年3月31日までの間は、研修対象者とする。⇒(養成事業のシラバス改定)

# (参考)認知症関連の加算の資格要件のまとめ

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

## ○ 認知症チームケア推進加算について

問1 **認知症チームケア推進研修**（認知症である入所者等の尊厳を保持した適切な介護、BPSDの出現・重症化を予防するケアの基本的考え方を理解し、チームケアを実践することを目的とした研修をいう）について、**研修内容はどのようなものか**。また、**研修はどこが実施主体となるのか**。

(答) 研修内容は、以下に示す認知症の人へのケアに関する内容を含むものとする。

- ・ **BPSDのとらえかた**
- ・ **重要なアセスメント項目**
- ・ **評価尺度の理解と活用方法**
- ・ **ケア計画の基本的考え方**
- ・ **チームケアにおけるPDCAサイクルの重要性**
- ・ **チームケアにおけるチームアプローチの重要性**

また、**研修の実施主体は、認知症介護研究・研修センター**（仙台、東京、大府）であり、全国の介護職員を対象として研修を実施する予定としているが、**各都道府県・指定都市が実施主体となること**や、**各都道府県・指定都市が実施している認知症介護実践リーダー研修**に上記の研修内容を追加して実施することは差し支えない。

なお、各都道府県・指定都市において上記の研修を認知症介護実践リーダー研修に追加して実施する場合には、認知症チームケア推進研修の研修内容が含まれた研修を修了した旨を修了証に記載するなど明確になるよう配慮されたい。

問2 認知症チームケア推進加算（Ⅰ）では現行の認知症介護指導者養成研修修了のみでは、要件を満たさないという認識で良いか。また、認知症チームケア推進加算（Ⅱ）は、同様に認知症介護実践リーダー研修の修了のみでは要件を満たさないという認識で良いか。

(答)

貴見のとおり。

本加算（Ⅰ）では、現行の**認知症介護指導者養成研修の修了**とともに、**認知症チームケア推進研修を修了する必要がある**。同様に、本加算（Ⅱ）では、**認知症介護実践リーダー研修の修了**とともに、**認知症チームケア推進研修を修了する必要がある**。

# (参考)認知症関連の加算の資格要件のまとめ

「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)」

## ○ 認知症専門ケア加算、認知症加算

問 17 認知症専門ケア加算及び通所介護、地域密着型通所介護における認知症加算並びに(看護)小規模多機能型居宅介護における認知症加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定要件について、「認知症介護に係る専門的な研修」や「認知症介護の指導に係る専門的な研修」のうち、認知症看護に係る適切な研修とは、どのようなものがあるか。

(答)

- ・ 現時点では、以下のいずれかの研修である。
  - ① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
  - ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
  - ③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」
- ・ ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

※ 令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.4)(令和3年3月29日)問29は削除する。

# 通所・訪問リハビリテーション



# 訪問及び通所リハビリテーションのみなし指定の見直し

## 概要

【訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★】

- 訪問リハビリテーション事業所を更に拡充する観点から、介護老人保健施設及び介護医療院の開設許可があったときは、訪問リハビリテーション事業所の指定があったものとみなす。また、介護保険法第72条第1項による通所リハビリテーション事業所及び訪問リハビリテーション事業所に係るのみなし指定を受けている介護老人保健施設及び介護医療院については、当該事業所の医師の配置基準について、当該施設の医師の配置基準を満たすことをもって基準を満たしているものとみなすこととする。【省令改正】

## 基準

- 訪問リハビリテーション事業所、介護予防訪問リハビリテーション事業所のみなし指定が可能な施設

<現行>  
病院、診療所



<改定後>  
病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院

- 人員配置基準について、以下の規定を設ける  
(訪問リハビリテーションの場合)

指定訪問リハビリテーション事業所が、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である場合は、当該施設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配置基準を満たしているものとみなすことができる。

## 七 通所リハビリテーション

### 1 人員に関する基準

#### (1) 指定通所リハビリテーション事業所(居宅基準第111条第1項)

##### ① 医師(第1号)

イ～ハ (略)

ニ 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ことができること。

##### ② (略)

## 四 訪問リハビリテーション

### 1 人員に関する基準(居宅基準第76条)

##### ① 医師

イ～ハ (略)

ニ 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こと。

##### ② (略)

# 医療機関のリハビリテーション計画書の受け取りの義務化

## 概要

【訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★】

- 退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、リハビリテーション計画を作成するに当たっては、入院中に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、内容を把握することを**義務付ける**。【省令改正】

## 基準

< 運営基準（省令） >

- サービス毎に、以下を規定（通所リハビリテーションの例）  
医師等の従業者は、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。



リハビリテーション  
実施計画書等の提供

リハビリテーション  
実施計画書等の入手  
・内容の把握

## (通所リハビリテーション計画の作成)

### 第115条

(略)

2・3. (略)

4. 医師等の従業者は、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。

5・6. (略)

7. 指定通所リハビリテーション事業者が指定訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議(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、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた通所リハビリテーション計画を作成した場合については、第81条第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、第1項から第5項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

# 通所リハビリテーションの運営基準

老企第25号

## (2) 通所リハビリテーション計画の作成

- ① 通所リハビリテーション計画は、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、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、通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。
- ② 通所リハビリテーション計画は、居宅サービス計画に沿って作成されなければならないことから、通所リハビリテーション計画を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該通所リハビリテーション計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとする。
- ③ 医療機関から退院した利用者に対し通所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。

# 通所リハビリテーションの運営基準

老企第25号

## (2) 通所リハビリテーション計画の作成

- ④ 通所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、**指定通所リハビリテーション事業所の医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、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ない。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。
- ⑤ 指定通所リハビリテーション事業者が、指定訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、指定通所リハビリテーション及び指定訪問リハビリテーションの目標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、訪問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、通所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上で、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つの目標として分かりやすく記載するよう留意すること。
- 指定通所リハビリテーション及び指定訪問リハビリテーションにおいて整合性のとれた計画に従いリハビリテーションを実施した場合には、居宅基準第115条第6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。
- ⑥ 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通所リハビリテーション事業者については、第3の一の3の(14)の⑥を準用する。この場合において、「訪問介護計画」とあるのは「通所リハビリテーション計画」と読み替える。

# 訪問リハビリテーションの運営基準

## (指定訪問リハビリテーションの具体的取扱方針)

老企第25号

### 第80条

指定訪問リハビリテーションの提供は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うものとし、その方針は、次に掲げるところによるものとする。

1・2. (略)

3. 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。**

4. 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。**

5～7. (略)

## (指定訪問リハビリテーション計画の作成)

### 第81条

(略)

2・3. (略)

4. **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。**

5. (略)

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(第111条第1項に規定する指定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、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合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、第115条第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る。 62

# 訪問リハビリテーションの運営基準

老企第25号

## (3) 訪問リハビリテーション計画の作成(居宅基準第81条)

- 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。
- ② (略)
- 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。
- 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。

# (参考)診療報酬のリハビリテーション料

## 診療報酬側の算定要件は？

### 診療報酬

#### H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

令和6年3月5日保医発0305第4号

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)

- (19) 要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、**利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。**利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等とは、当該患者、患者の家族等又は**当該患者のケアマネジメントを担当する介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等**をいう。なお、この場合において、当該患者が、**直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。**

#### H003-4 目標設定等支援・管理料

- (1) 目標設定等支援・管理料は、要介護被保険者等に対するリハビリテーションの実施において、定期的な医師の診察、運動機能検査又は作業能力検査等の結果、患者との面接等に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が患者と共同して、個々の患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付けを行い、またその進捗を管理した場合に算定する。
- (2) 医師及びその他の従事者は、共同して**目標設定等支援・管理シート(別紙様式23の5又はこれに準じた様式)**を作成し、患者に交付し、その写しを診療録等に添付すること。

※以下要件略

下記のリハビリテーション料を算定する場合も上記の要件は同様

『H001-2 廃用症候群リハビリテーション料』・『H002 運動器リハビリテーション料』

# (参考)診療報酬のリハビリテーション料

## H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

(4) リハビリテーション総合実施計画書の様式については、以下のいずれかを患者の状態等に応じ選択する。患者の理解に資する記載となるよう、十分配慮すること。

ア 別紙様式 23又はこれに準じた様式

イ 別紙様式 21の6又はこれに準じた様式に、(イ)から(へ)までの全ての項目及び(ト)から(ヲ)までのうちいずれか1項目以上を組み合わせ記載する様式(回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する患者については、必ず(又)を含めること。)

(イ) 疾患別リハビリテーション開始前の日常生活動作の状況

(ロ) FIMを用いた評価

(ハ) 前回計画書作成時からの改善・変化

(ニ) 今後1ヶ月のリハビリテーションの目標、リハビリテーションの頻度、方針及び留意点

(ホ) 疾患別リハビリテーションの実施に当たり、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の従事者が担う具体的内容に係るもの

(ヘ) 今後十分なリハビリテーションを実施しない場合に予想される状態の変化

(ト) 疾患別リハビリテーション終了後のリハビリテーションの提供の必要性及び必要な場合の具体的なリハビリテーションの内容

(チ) 病棟における日常生活動作の状況(入院患者に対し、リハビリテーション総合計画評価料を算定する場合のみ記載することができる。)

(リ) 関節可動域、筋力、持久力、変形、関節不安定性、運動機能発達に係る障害、麻痺等、個々の運動機能障害における重症度の評価

(ヌ) 身長、体重、BMI(Body Mass Index)、栄養補給方法(経口、経管栄養、静脈栄養)等に基づく患者の栄養状態の評価に係るもの(栄養障害等の状態にある患者については、必要栄養量、総摂取栄養量等も踏まえた評価を行う。なお、嚥下調整食を必要とする患者については、栄養障害等の有無にかかわらず、当該嚥下調整食の形態に係る情報として、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類コードも必ず記載する。)

(ル) リハビリテーションの観点から、家庭や病棟において、患者自ら行うことが望ましい訓練

(ヲ) FAI(Frenchay Activities Index)、LSA(Life-Space Assessment)、日本作業療法士協会が作成する生活行為向上アセスメント、ロコモ25(平成22年厚生労働科学研究費補助金疾病・障害対策研究分野長寿科学総合研究「運動器機能不全(ロコモティブシンドローム)の早期発見ツールの開発」)において作成されたもの又は老研式活動能力指標のいずれかをを用いた患者の心身機能又は活動の評価に係るもの

別紙様式21の6(別紙様式2-2-1)

別紙様式2-2-1

(別紙様式21の6)

リハビリテーション実施計画書

入院 外来 訪問 通所 入院前  
 評価日: \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
 氏名: \_\_\_\_\_ 性別: 男 女 生年月日: \_\_\_\_\_(\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日) 要支援 要介護  
 リハビリテーション担当医: \_\_\_\_\_ 担当: \_\_\_\_\_ (CPT DOT CST 看護職員 その他従事者)

本人・家族への指導(本人のしたい又はできるように促す) 日常生活の指導(家族の支援によること等)

---

**■健康状態・経過**

発症年月: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 発症の入院日: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 最近の退院日: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
 治療経過(手術がある場合は手術日・術式等): \_\_\_\_\_

合併症:  
脳血管疾患 骨折 認知性障害 うつ病 心不全 尿路感染症 糖尿病 高血圧症 骨髄炎 関節リウマチ がん うつ病 認知症 嚥下障害  
 上記以外の疾患: 神経疾患 運動器疾患 呼吸器疾患 循環器疾患 消化器疾患 腎疾患 内分泌疾患 皮膚疾患 精神疾患 その他( )  
 コントロール状態: \_\_\_\_\_

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): \_\_\_\_\_

---

日常生活基本動作(管理シート) あり なし 日常生活動作の日常生活自立度(自立、12、13、A1、A2、B1、B2、C1、C2) 認知症患者の日常生活自立度(軽度障害、自立、1、2、a、3、b、4、a、5、b、6、7、8)

■心身機能・構造		■活動(基本動作)	
項目	現在の状況	活動への支障	特記事項(改善の見込み含む)
歩行能力	あり	あり	
昇降	あり	あり	
食事摂取機能	あり	あり	
排泄機能	あり	あり	
日常生活動作	あり	あり	
失禁症・嚥下障害	あり	あり	
視覚聴覚	あり	あり	
認知機能	あり	あり	
高次脳機能障害	あり	あり	
( )			
栄養状態	あり	あり	
嚥下	あり	あり	
精神行動障害(BPSD)	あり	あり	
日常生活行動訓練			
□TUG Test			
薬物管理	自立		
□MMSE □HOS-			
日常生活動作			
の状態			

項目	リハビリ開始時	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)
歩行	自立	自立	
昇降	自立	自立	
食事摂取	自立	自立	
排泄	自立	自立	
日常生活動作	自立	自立	

**■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)**

項目	リハビリ開始時	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)
覚醒	10(自立)	10(自立)	
イスとベッド間の移乗	15(自立)	15(自立)	
髪髪	5(自立)	5(自立)	
トイレ動作	10(自立)	10(自立)	
入浴	5(自立)	5(自立)	
平地歩行	15(自立)	15(自立)	
階段昇降	10(自立)	10(自立)	
更衣	10(自立)	10(自立)	
乗降コトロール	10(自立)	10(自立)	
乗降コトロール	10(自立)	10(自立)	
合計			

---

リハビリテーションの短期目標(今後3ヶ月)	リハビリテーションの長期目標
(心身機能) (活動) (参加)	(心身機能) (活動) (参加)
<b>■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)</b> _____	<b>■本人・家族への生活指導の内容(自主トレ指導含む)</b> _____
<b>■リハビリテーション実施上の留意点</b> (開始前・初回中の留意事項、運動強度・負荷量等)	
<b>■リハビリテーションの見直し・継続理由</b> _____	<b>■リハビリテーションの終了目安</b> (終了の目安となる時期: _____ヶ月後)

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

特記事項:  
 \_\_\_\_\_

# (参考)診療報酬のリハビリテーション料

別紙様式23

(別紙様式23)

リハビリテーション実施計画書			
患者氏名 算定病名	性別(男・女) 年齢(歳)	計画評価実施日(年 月 日)	発症日・手術日(年 月 日) リハ開始日(年 月 日)
併存疾患・合併症	理学療法 □ 作業療法 □ 言語療法 安静度・リスク	施設・特記事項	
心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載			
<input type="checkbox"/> 意識障害(JCS・GCS) ) <input type="checkbox"/> 呼吸機能障害 <input type="checkbox"/> 酸素療法(L/min) □ 気切 □ 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 循環障害 <input type="checkbox"/> EF(%) □ 不整脈(有・無) <input type="checkbox"/> 危険因子 <input type="checkbox"/> 高血圧症 □ 脂質異常症 □ 糖尿病 □ 喫煙 <input type="checkbox"/> 肥満 □ 高尿酸血症 □ 慢性腎臓病 □ 家族歴 <input type="checkbox"/> 狭心症 □ 陳旧性心筋梗塞 □ その他 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 排泄機能障害 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 痔瘻 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 関節可動域制限 <input type="checkbox"/> 拘縮・変形 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> (□ 痙攣 □ 不随意運動 □ 運動失調 □ パーキンソンズム) <input type="checkbox"/> 筋緊張異常 <input type="checkbox"/> 感覚機能障害(□ 聴覚 □ 視覚 □ 表在覚 □ 深部覚) <input type="checkbox"/> 音声・発話障害 <input type="checkbox"/> (□ 構音 □ 失語 □ 吃音 □ その他) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害(□ 記憶 □ 注意 □ 失行 □ 失認 □ 遂行) <input type="checkbox"/> 精神行動障害 <input type="checkbox"/> 見当障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> (□ 自閉スペクトラム症 □ 学習障害 □ 注意欠陥多動性障害)	
基本動作			
<input type="checkbox"/> 寝返り(□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施) <input type="checkbox"/> 起き上がり(□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施) <input type="checkbox"/> 立ち上がり(□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施)		<input type="checkbox"/> 座位保持(□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施) <input type="checkbox"/> 立位保持(□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施) <input type="checkbox"/> その他	
日常生活動作(動作)(実行状況) ※FIMまたはFIMのいずれか必ず記載			
項目	得意	開始時	現在
運動	セルフケア	食事	10-5-0 → 10-5-0
	服薬	5-0 → 5-0	5-0
	清拭・入浴	5-0 → 5-0	5-0
	更衣(上半身)	10-5-0 → 10-5-0	10-5-0
	更衣(下半身)	10-5-0 → 10-5-0	10-5-0
	トイレ	10-5-0 → 10-5-0	10-5-0
	排泄	排泄コントロール	10-5-0 → 10-5-0
	排便コントロール	10-5-0 → 10-5-0	10-5-0
	移動	ベッド、椅子、車椅子	15-10 → 15-10
	歩行	5-0 → 5-0	5-0
移動	杖・歩具	15-10 → 15-10	
車椅子	5-0 → 5-0	5-0	
階段	10-5-0 → 10-5-0	10-5-0	
小計(FIM 13-91, 国0-100)			
認知	コミュニケーション	認知	
	社会的交流	社会的交流	
	社会認識	問題解決	
	記憶	記憶	
小計(FIM 5-35)			
合計(FIM 18-126)			
栄養(※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入)			
基礎情報 □ 身長(*1): ( )cm □ 体重: ( )kg □ BMI(*1): ( )kg/m <sup>2</sup> *1:身長測定が困難な場合は実測可 栄養供給方法(複数選択可) □ 経口(□ 食事 □ 補助食品) □ 経管(□ 経鼻胃管 □ 胃瘻 □ その他) □ 静脈(□ 末梢 □ 中心) 嚥下調整食の必要性: (□ 無 □ 有: 学会分類コード ) 栄養状態の評価: ① GLIM基準による評価(成人のみ): 判定 □ 低栄養非該当 □ 低栄養(□ 中等度低栄養、□ 重度低栄養) 該当項目: 表現型(□ 体重減少、□ 低BMI、□ 高血清白蛋白) 病因(□ 食事摂取量減少/消化吸収能低下、□ 疾病負荷/喪失) ② GLIM基準以外の評価: □ 問題なし □ 過栄養 □ その他 【上記で①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合に記載】 必要栄養量 ( )kcal たんぱく質量 ( )g 総摂取栄養量(経口・経鼻・経静脈栄養の合計(*2)) 熱量: ( )kcal たんぱく質量 ( )g *2:本人摂取後等で不明な場合は総摂取栄養量でも可			
口腔(※回復期リハビリテーション病棟入院料1・2を算定する場合は必ず記入)			
嚥物の使用: □あり □なし 嚥物の嚥れ、出血: □あり □なし 歯の汚れ(□あり、□なし) 左右両方の歯がしっかりと噛みしめられる(□できない、□できる)その他( )			
社会保障サービスの申請状況 ※該当するもののみ			
□ 要介護状態区分 □ 申請中 □ 要支援状態区分(□ 1 □ 2) □ 要介護状態区分(□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5)	□ 身体障害者手帳 □ 精神障害者 □ 介護福祉手帳	□ 障害者手帳・支援手帳 □ その他(難病等)	
目標(1ヶ月)	目標(終了時)	障害程度	障害期間( ) □ 予定入院期間( ) □ 退院先( ) □ 長期的・継続的にケアが必要
治療方針(リハビリテーション実施方針)	治療内容(リハビリテーション実施内容)		
リハ担当医 理学療法士 言語聴覚士 管理栄養士	主治医 作業療法士 看護師 社会福祉士	説明を受けた人: 本人、家族( )	説明日: 年 月 日
説明者署名	署名		

	目標 ※該当する項目のみ記載する	具体的な対応方針 ※必要な場合記載する
参加	<input type="checkbox"/> 居住場所 <input type="checkbox"/> 自宅(□ 戸建 □ マンション) □ 施設 □ その他( ) <input type="checkbox"/> 復職 <input type="checkbox"/> 別職復帰 □ 配置転換 □ 転職 □ 不可 □ その他( ) <input type="checkbox"/> 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 就学・復学・進学 <input type="checkbox"/> 可 □ 就学に要配慮 □ 不可 □ その他( ) <input type="checkbox"/> 可育・進学先 ( ) □ 通学方法の変更 ( ) <input type="checkbox"/> 家庭内役割 ( ) <input type="checkbox"/> 社会活動 ( ) <input type="checkbox"/> 趣味 ( )	
活動	<input type="checkbox"/> 床上移動(寝返り、すり違い移動、四つ違い移動など) <input type="checkbox"/> 自立 □ 介助 □ 非実施 <input type="checkbox"/> 器具・杖等 □ 環境設定 <input type="checkbox"/> 屋内移動 <input type="checkbox"/> 自立 □ 介助 □ 非実施 <input type="checkbox"/> 器具・杖・車椅子等( ) <input type="checkbox"/> 屋外移動 <input type="checkbox"/> 自立 □ 介助 □ 非実施 <input type="checkbox"/> 器具・杖・車椅子等( ) <input type="checkbox"/> 自動車運転 <input type="checkbox"/> 自立 □ 介助 □ 非実施 <input type="checkbox"/> 改造( ) <input type="checkbox"/> 公共交通機関利用 <input type="checkbox"/> 自立 □ 介助 □ 非実施 <input type="checkbox"/> 種類( ) <input type="checkbox"/> 排溜(移乗以外) <input type="checkbox"/> 自立 □ 介助(□ 下衣操作 □ 拭き動作 □ カテーテル) <input type="checkbox"/> 種類(□ 洋式 □ 和式 □ その他( )) <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 自立 □ 介助 □ 非実施 <input type="checkbox"/> 箸 □ フォーク等 □ 買ろうまたは経管 <input type="checkbox"/> 食形態( ) <input type="checkbox"/> 整穿 □ 自立 □ 介助 <input type="checkbox"/> 更衣 □ 自立 □ 介助 <input type="checkbox"/> 入浴 □ 自立 □ 介助 <input type="checkbox"/> 浴槽 □ シャワー <input type="checkbox"/> 洗体介助 □ 移乗介助 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 全て実施 □ 非実施 □ 一部実施: ( ) <input type="checkbox"/> 書字 <input type="checkbox"/> 自立 □ 利き手交換後自立 □ その他: ( ) <input type="checkbox"/> PC・スマートフォン・ICT <input type="checkbox"/> 自立 □ 介助 <input type="checkbox"/> コミュニケーション <input type="checkbox"/> 自立 □ 介助 <input type="checkbox"/> コミュニケーション機器 □ 文字壁 □ 他者からの協力	
心理	<input type="checkbox"/> 精神的支援 ( ) <input type="checkbox"/> 障害の受容 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 自宅の改装等 ( ) <input type="checkbox"/> 福祉機器の導入 ( ) <input type="checkbox"/> 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 身体障害者 □ 障害年金 □ 難病・小児受給者証 □ その他( ) <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 通所リハ □ 訪問リハ □ 通所介護 □ 訪問看護 □ 訪問介護 <input type="checkbox"/> 老健 □ 特養 □ 介護医療院 □ その他( ) <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス等 <input type="checkbox"/> 放課後デイ □ 児童発達支援(医療・福祉) □ 生活介護 □ その他( )
環境		
第三者の不利	<input type="checkbox"/> 退院後の主介護者 ( ) <input type="checkbox"/> 家族構成の変化 ( ) <input type="checkbox"/> 家庭内役割の変化 ( ) <input type="checkbox"/> 家族の社会活動変化 ( )	

# (参考)診療報酬のリハビリテーション料

別紙様式23の5

別紙様式 23 の 5

## 目標設定等支援・管理シート

作成日 年 月 日  
 説明・交付日 年 月 日

患者氏名： 生年月日： 年 月 日

1. 発症からの経過（リハビリテーション開始日： 年 月 日）

--	--

2. ADL評価（Barthel Index または FIM による評価）（リハビリ開始時及び現時点）  
 （Barthel Index の場合）

	リハビリテーション開始時点			現時点		
	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助
食事	10	5	0	10	5	0
移乗	15	10 5	0	15	10 5	0
整容	5	0	0	5	0	0
トイレ動作	10	5	0	10	5	0
入浴	5	0	0	5	0	0
平地歩行	15	10 5	0	15	10 5	0
階段	10	5	0	10	5	0
更衣	10	5	0	10	5	0
排便管理	10	5	0	10	5	0
排尿管理	10	5	0	10	5	0
	合計(0-100点)			合計(0-100点)		

### FIM による評価の場合

大項目	中項目	小項目	リハビリテーション	現時点
			開始時点	得点
運動	セルフケア	食事		
		整容		
		清拭・入浴		
		更衣（上半身）		
		更衣（下半身）		
	排泄	トイレ		
		排尿コントロール		
		排便コントロール		
	移乗	ベッド、椅子、車椅子		
		トイレ		
	移動	浴槽・シャワー		
		歩行・車椅子		
		小計		
認知	コミュニケーション	理解		
		表出		
	社会認識	社会交流		
		問題解決		
			記憶	
		小計		
		合計		

3. 現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在のリハビリテーションの内容との関連

	目標としているもの	関連する現在のリハビリテーションの内容
心身機能		

活動		
----	--	--

社会参加		
------	--	--

4. 今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

・ 医師の説明の内容
・ 患者の受け止め

5. 介護保険のリハビリテーションの利用の見通し（あり・なし）  
 介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性（あり・なし）

事業所名	連絡方法	備考（事業所の特徴等）

説明医師署名：

患者又は家族等署名：

# 通所リハビリテーション



# 通所リハビリテーションの事業所規模別基本報酬の見直し

## 概要

### 【通所リハビリテーション】

- リハビリテーションマネジメントを実施する体制等が充実している事業所を評価する観点から、事業所規模別の基本報酬について、以下の見直しを行う。
  - ア 通常規模型、大規模型（Ⅰ）、大規模型（Ⅱ）の3段階になっている事業所規模別の基本報酬を、通常規模型、大規模型の2段階に変更する。
  - イ 大規模型事業所のうち、以下の要件を全て満たす事業所については、通常規模型と同等の評価を行う。
    - i リハビリテーションマネジメント加算の算定率が利用者全体の80%を超えていること。
    - ii リハビリテーション専門職の配置が10：1以上であること。【告示改正】

## 単位数

### < 現行 >（5～6時間利用の場合）

大規模型事業所（Ⅰ）	要介護1	599単位
	要介護2	709単位
	要介護3	819単位
	要介護4	950単位
	要介護5	1,077単位
大規模型事業所（Ⅱ）	要介護1	579単位
	要介護2	687単位
	要介護3	793単位
	要介護4	919単位
	要介護5	1,043単位

### < 改定後 >

<b>大規模型事業所</b>	要介護1	584単位	(新設)
	要介護2	692単位	(新設)
	要介護3	800単位	(新設)
	要介護4	929単位	(新設)
	要介護5	1,053単位	(新設)

### ※要件を満たした場合

要介護1	622単位	(新設)
要介護2	738単位	(新設)
要介護3	852単位	(新設)
要介護4	987単位	(新設)
要介護5	1,120単位	(新設)

# 通所リハビリテーションの事業所規模別基本報酬の見直し

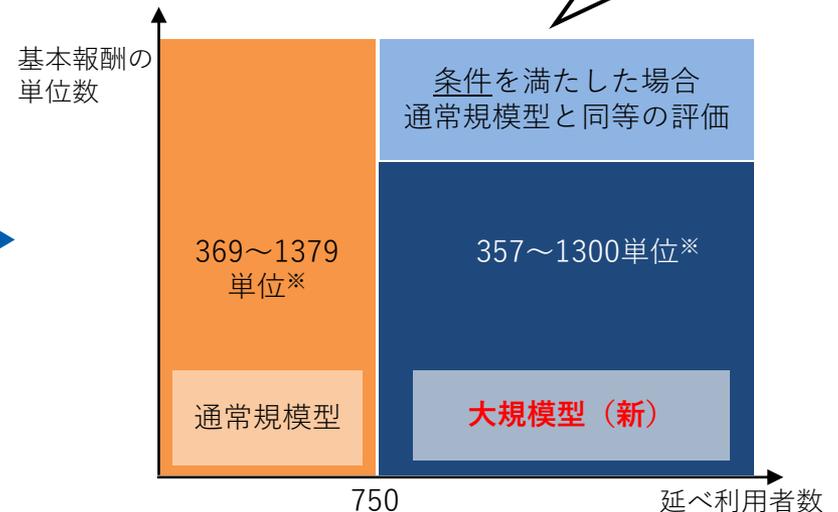
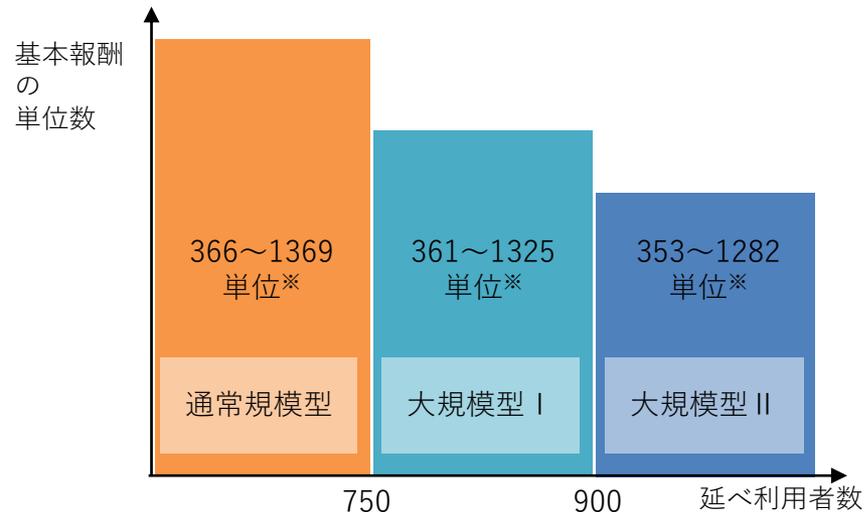
## 算定要件等

- 通常規模型、大規模型（Ⅰ）、大規模型（Ⅱ）の3段階になっている事業所規模別の基本報酬を、通常規模型、大規模型の2段階に変更する。
- 大規模型事業所のうち、以下の要件を全て満たす事業所については、通常規模型と同等の評価を行う。
  - ・ リハビリテーションマネジメント加算の算定率が、利用者全体の80%以上であること。
  - ・ 利用者に対するリハビリテーション専門職の配置が10：1以上であること。

現行

改定後

- ✓ リハビリテーションマネジメント加算を算定している利用者が80%以上
- ✓ リハビリテーション専門職の配置が10：1以上



※ 利用時間、要介護度毎に設定

# 大規模事業所の算定を通常規模の算定にする場合

留意事項(老企第36号)

## (10) 平均利用延人員数の取扱い

①～④ (略)

- 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。

$$\frac{\text{(通所リハビリテーション計画に位置付けられた利用時間} \times \text{各利用時間の利用人数)の合計}(\ast 1)}{\text{理学療法士等の通所リハビリテーション事業所における勤務時間の合計}(\ast 2)} \leq 10$$

(※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 (略)

# 大規模事業所の算定を通常規模の算定にする場合

令和6年度介護報酬改定  
に関するQ&A(Vol.1)

## 【通所リハビリテーション】

### ○ 大規模型通所リハビリテーション事業所の基本報酬の取扱いについて

問 75 平均利用者延人員数が750人超の事業所であっても、通常規模型通所リハビリテーション費を算定可能とする要件の一つに「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が、利用者の数を10で除した数以上確保されていること」とあるが、どのように算出するのか。

(答)

算出式は以下の通り。なお、「専ら当該通所リハビリテーションの提供に当たる」とは、当該通所リハビリテーション事業所の業務に従事する時間をいい、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こと。

$$\frac{\left( \begin{array}{l} \text{通所リハビリテーション計画に位置付けられた利用時間} \\ \times \text{各利用時間の利用人数} \end{array} \right) \text{の合計}}{\text{理学療法士等の通所リハビリテーション事業所における勤務時間の合計}} \leq 10$$

例 1 :

- ・ 月 20 日営業
- ・ 1 月あたりの利用時間ごとの利用延人数：1～2 時間利用が 200 人、3～4 時間利用が 600 人、6～7 時間利用が 400 人
- ・ 1 日 8 時間当該業務に従事するリハビリテーション専門職が 2 人、6 時間業務に従事するリハビリテーション専門職が 1 人配置

$$\frac{1 \times 200 + 3 \times 600 + 6 \times 400}{(8 \times 2 + 6 \times 1) \times 20} = \frac{4400}{440} = 10 \leq 10 \text{ (要件に該当)}$$

例 2 :

- ・ 月 20 日営業
- ・ 1 月あたりの利用時間ごとの利用延人数：1～2 時間利用が 1200 人、6～7 時間利用が 600 人
- ・ 1 日 8 時間業務に従事するリハビリテーション専門職が 2 人

$$\frac{1 \times 1200 + 6 \times 600}{(8 \times 2) \times 20} = \frac{4800}{320} = 15 > 10 \text{ (要件に非該当)}$$

# 大規模事業所の算定を通常規模の算定にする場合

令和6年度介護報酬改定  
に関するQ&A(Vol.1)

問 76 平均利用者延人員数が750人超の事業所であっても、通常規模型通所リハビリテーション費の算定を可能とする要件のうち、「専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等が利用者の数を10で除した数以上確保されていること」に係る留意事項通知における「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」には、事業所外で退院前カンファレンスに参加している時間等は含まれるのか。

(答)

- ・ 含まれる。
- ・ 事業所外の業務に従事している時間であっても、通所リハビリテーション事業所に係る業務であれば、「専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等が利用者の数を10で除した数以上確保されていること」の算出式にある「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」に含めることができる。

問 77 平均利用者延人員数が750人超の事業所であっても、通常規模型通所リハビリテーション費の算定を可能とする場合の要件のうち、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については、居宅サービス計画において、当該事業所の利用及び加算の算定が計画されている者を対象として計算することとして差し支えないか。また、理学療法士等の配置については、あらかじめ計画された利用時間や利用人数、勤務表上予定された理学療法士等の勤務時間を用いて、計算することとして差し支えないか。

(答)

差し支えない。

**ポイント!** 実績ではなく、計画でよいということ。



# 大規模事業所の算定を通常規模の算定にする場合

厚労省のR6年度介護報酬改定のサイト

□ 16 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 4 通常規模の事業所(病院・診療所) <input type="checkbox"/> 7 通常規模の事業所(介護老人保健施設) <input type="checkbox"/> A 通常規模の事業所(介護医療院) <input type="checkbox"/> D 大規模の事業所(病院・診療所) <input type="checkbox"/> E 大規模の事業所(介護老人保健施設) <input type="checkbox"/> F 大規模の事業所(介護医療院) <input type="checkbox"/> G 大規模の事業所(特例)(病院・診療所) <input type="checkbox"/> H 大規模の事業所(特例)(介護老人保健施設) <input type="checkbox"/> J 大規模の事業所(特例)(介護医療院)	職員の欠員による減算の状況	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員 <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 作業療法士 <input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり
		高齢者虐待防止措置実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型	
		業務継続計画策定の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型	
		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	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
		時間延長サービス体制	<input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可	
		リハビリテーション提供体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
		入浴介助加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ	
		リハビリテーションマネジメント加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅲ	
		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	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
		認知症短期集中リハビリテーション実施加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ	
		生活行為向上リハビリテーション実施加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
		若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
		栄養アセスメント・栄養改善体制	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
		口腔機能向上加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
		中重度者ケア体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
		科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
		移行支援加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
		サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅲ	
			<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅳ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ <input type="checkbox"/> B 加算Ⅴ(1) <input type="checkbox"/> C 加算Ⅴ(2) <input type="checkbox"/> D 加算Ⅴ(3) <input type="checkbox"/> E 加算Ⅴ(4) <input type="checkbox"/> F 加算Ⅴ(5) <input type="checkbox"/> G 加算Ⅴ(6) <input type="checkbox"/> H 加算Ⅴ(7) <input type="checkbox"/> J 加算Ⅴ(8) <input type="checkbox"/> K 加算Ⅴ(9) <input type="checkbox"/> L 加算Ⅴ(10) <input type="checkbox"/> M 加算Ⅴ(11) <input type="checkbox"/> N 加算Ⅴ(12) <input type="checkbox"/> P 加算Ⅴ(13) <input type="checkbox"/> R 加算Ⅴ(14)	

**注意！  
変更があった場合、月ごとに届け出**

# 通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組の推進

## 概要

### 【通所リハビリテーション】

- リハビリテーション・口腔・栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算について、以下の要件を満たす場合を評価する新たな区分を設ける。
  - ア 口腔アセスメント及び栄養アセスメントを行っていること。
  - イ リハビリテーション計画等の内容について、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。その際、必要に応じて LIFEに提出した情報を活用していること。
  - ウ 共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有していること。
- また、報酬体系の簡素化の観点から、通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算（B）の要件について新規区分とし、加算区分を整理する。【告示改正】

## 現行

リハビリテーション会議を定期的を開催する等、リハビリテーションマネジメントを継続的に実施



リハビリテーション計画の説明・同意

PT・OT・STが利用者等に説明・同意を得て医師へ報告

A

LIFEの提出 & フィードバック



なし

イ

加算(A)イ

あり

ロ

加算(A)ロ

B

医師が利用者等に説明・同意を得る

なし

イ

加算(B)イ

あり

ロ

加算(B)ロ



## 改定後

リハビリテーション会議を定期的を開催する等、リハビリテーションマネジメントを継続的に実施



LIFEの提出 & フィードバック



なし

(新設)

加算(イ)

あり

加算(ロ)

なし

リハ・口腔・栄養のアセスメントを実施 & 情報を一体的に共有



あり

加算(ハ)

※医師が利用者に説明し同意を得た場合は上記に加えて評価

# 通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組の推進

## 単位数

### ○ 通所リハビリテーション

<現行>

リハビリテーションマネジメント加算(A)イ  
 同意日の属する月から6月以内 560単位/月, 6月超 240単位/月  
 リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ  
 同意日の属する月から6月以内 593単位/月, 6月超 273単位/月  
 リハビリテーションマネジメント加算(B)イ  
 同意日の属する月から6月以内 830単位/月, 6月超 510単位/月  
 リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ  
 同意日の属する月から 6月以内 863単位/月, 6月超 543単位/月

<改定後>

リハビリテーションマネジメント加算(イ)  
 同意日の属する月から6月以内 560単位/月, 6月超 240単位/月  
 リハビリテーションマネジメント加算(ロ)  
 同意日の属する月から6月以内 593単位/月, 6月超 273単位/月  
 廃止

廃止

リハビリテーションマネジメント加算(ハ) (新設)  
 同意日の属する月から6月以内 **793単位/月**, 6月超 **473単位/月**

※医師が利用者またはその家族に説明した場合 **上記に加えて270単位**  
 (新設・Bの要件の組み替え)

6月超 **473単位 + 270単位 = 743単位/月**  
 6月以内 **793単位 + 270単位 = 1063単位/月**

## 算定要件等

<リハビリテーションマネジメント加算(イ)> 現行のリハビリテーションマネジメント加算(A)イ と同要件を設定。  
 <リハビリテーションマネジメント加算(ロ)> 現行のリハビリテーションマネジメント加算(A)ロ と同要件を設定。

<リハビリテーションマネジメント加算(ハ)> (新設)

- ・リハビリテーションマネジメント加算(ロ)の要件を満たしていること。
- ・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。
- ・利用者ごとに、多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔アセスメントを行っていること。
- ・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。
- ・利用者ごとに、関係職種が、通所リハビリテーション計画の内容の情報等や、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。
- ・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に対して情報提供していること。

<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>

- ・現行の(B)の医師の説明に係る部分と同要件を設定。

# 通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント

- リハビリテーションマネジメントは、調査、計画、実行、評価、改善（以下、「SPDCA」という）のサイクルの構築を通じて、心身機能、活動、参加にバランス良く働きかけるリハビリテーションが提供できているか、継続的に管理することにより、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。
- 介護報酬においては、基本報酬の算定要件及び各加算において評価を行っている。

## 基本報酬



### 医師の詳細な指示

リハビリテーションの目的に加え、以下のいずれか1以上の指示を行う

- ・ 開始前、実施中の留意事項
- ・ 中止基準
- ・ 負荷量等



### 計画の進捗状況の確認・計画の見直し

- ・ 初回評価はおおむね2週間以内
- ・ 以降は概ね3月ごとに評価
- ・ 必要に応じて計画を見直す



### 居宅訪問

利用開始から1月以内に、利用者の居宅を訪問し、診療・検査等を行うよう努める



### 継続利用時の説明・記載

医師が3月以上の継続利用が必要と判断  
⇒計画書に以下を記載し、説明を行う

- ・ 継続利用が必要な理由
- ・ 具体的な終了目安
- ・ その他のサービスの併用と以降の見通し



### 他事業所との連携

ケアマネジャーを通じて、その他のサービス従業者に、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。

## 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会議

以下の頻度でリハビリテーション会議を開催し、計画を見直す

- ・ 利用開始から6月以内 : 1月に1回以上
- ・ 利用開始から6月超 : 3月に1回以上



### 指導・助言

介護の工夫に関する指導、日常生活上の留意点を助言する

- ・ 他サービスの従業者と居宅を訪問し、従業者に対して行う
- ・ 居宅を訪問し、家族に対して行う



### ケアマネジャーへの情報提供



### 説明と同意

### (イ)の要件

### (ロ)の要件



### LIFE提出

### (ハ)の要件



### 口腔アセスメント



### 栄養アセスメント



### リハ・口腔・栄養の情報活用

## リハビリテーションマネジメント加算の早見表

加算項目(名称略)	単位	リハ会議	指導・助言	ケアマネ 情報提供	※説明 (Dr.かPTか OTかSTの 誰か)	同意	厚労省に データ提出 (LIFE)	情報を一体的に共有	※説明者 Dr.の場合
リハマネ加算(イ)	560単位(6月以内)	○	○	○	○	○			+270単位
	240単位(6月超)	○	○	○	○	○			+270単位
リハマネ加算(ロ)	593単位(6月以内)	○	○	○	○	○	○		+270単位
	273単位(6月超)	○	○	○	○	○	○		+270単位
リハマネ加算(ハ)	793単位(6月以内)	○	○	○	○	○	○	○	+270単位
	473単位(6月超)	○	○	○	○	○	○	○	+270単位

情報を一体的に共有については、専門職種の配置や口腔アセスメントや栄養アセスメントを行うなど要件が多いので算定をする場合、必ず確認すること。(次スライドの要件記載)

# リハビリテーションマネジメント加算

## 注10 リハビリテーションマネジメント加算

告示第19号

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、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行っ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する。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単位を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、注15又は注18(1)若しくは(2)(二)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)は算定しない。

### イ リハビリテーションマネジメント加算(イ)

(1)・(2) (略) ⇒6月以内・560単位 6月超・240単位のこと

### ロ リハビリテーションマネジメント加算(ロ)・・・LIFE

(1)・(2) (略) ⇒6月以内・583単位 6月超・273単位のこと

### ハ リハビリテーションマネジメント加算(ハ)

(1) 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起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 793単位

(2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 473単位

# リハビリテーションマネジメント加算(イ) 別に厚生労働大臣が定める施設基準

告示第95号

## 二十五 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算の基準

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) (略) ⇒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(指定居宅サービス等基準第115条第1項に規定する通所リハビリテーション計画をいう。以下同じ。)について、**当該計画の作成に関与した医師、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、説明した内容を等について医師へ報告**すること。
- (3) (略) ⇒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) (略) ⇒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) (略) ⇒次のいずれかに適合すること。
  - (一)指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
  - (二)指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
- (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。

# リハビリテーションマネジメント加算(口)

## 別に厚生労働大臣が定める施設基準

告示第95号

### 二十五 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算の基準

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) (略)⇒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。 ⇒(リハマネ加算口の算定要件)
- (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) 通所介護費等算定方法第2号に規定する基準に該当しないこと ⇒(定員オーバー)
- (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。

# リハビリテーションマネジメント加算

留意事項(老企第36号)

## (13) リハビリテーションマネジメント加算について

① リハビリテーションマネジメント加算は、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、SPD CA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。**

# リハビリテーションマネジメント加算

留意事項(老企第36号)

## (13) リハビリテーションマネジメント加算について

- 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 (略)

# リハビリテーションマネジメント加算

留意事項(老企第36号)

## (13) リハビリテーションマネジメント加算について

⑦ 大臣基準告示第25号ロ及びハに規定する厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、LIFEへの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、注15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、注18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。

※ 注15⇒アセスメント加算 注18(1)若しくは(2)(二)⇒口腔機能向上加算(Ⅰ)と(Ⅱ)ロ

別紙様式1-1の代わりに2-2-1,2-2-2でも代用可能

# 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・栄養・口腔に係る実施計画書（通所系）

別紙様式1-1

氏名:	サービス開始日: 年 月 日 作成日: <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変更 年 月 日
生年月日: 年 月 日	性別: 男・女
計画作成者: リハビリテーション ( ) 栄養管理 ( ) 口腔管理 ( )	
要介護度: <input type="checkbox"/> 要支援 (□1 □2) <input type="checkbox"/> 要介護 (□1 □2 □3 □4 □5)	
日常生活自立度: 障害高齢者: 認知症高齢者:	
本人の希望:	
身長: ( ) cm 体重: ( ) kg BMI: ( ) kg/m <sup>2</sup> 栄養補給法: <input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 食事の形態: ( ) とろみ: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	
リハビリテーションが必要となった原因疾患: ( ) 発症日・受傷日: ( )年( )月( )日 合併症: <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> うっ血性心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (※上記以外の) <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他	
症状: <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 閉じこもり	
現在の歯科受診について: かかりつけ歯科医: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 直近1年間の歯科受診: <input type="checkbox"/> あり (最終受診年月: 年 月) <input type="checkbox"/> なし 義歯の使用: <input type="checkbox"/> あり (□部分・□全部) <input type="checkbox"/> なし	
その他:	
課題 (共通) (リハビリテーション・栄養・口腔) (上記に加えた課題) <input type="checkbox"/> 食事中に安定した正しい姿勢が自分で取れない <input type="checkbox"/> 食事に集中することができない <input type="checkbox"/> 食事中に傾眠や意識混濁がある <input type="checkbox"/> 歯(義歯)のない状態で食事をしている <input type="checkbox"/> 食べ物を口腔内にため込む <input type="checkbox"/> 固形の食べ物をしっかりと中に入れて <input type="checkbox"/> 食後、頰の内側や口腔内に残渣がある <input type="checkbox"/> 水分でむせる <input type="checkbox"/> 食事中、食後に咳をすることがある <input type="checkbox"/> その他 ( )	
方針・目標 (共通) (リハビリテーション・栄養・口腔) 短期目標: 長期目標: (上記に加えた方針・目標) <input type="checkbox"/> 歯科疾患 (□重症化防止 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 歯科受診) <input type="checkbox"/> 口腔衛生 (□維持 <input type="checkbox"/> 改善 ( )) <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能 (□維持 <input type="checkbox"/> 改善 ( )) <input type="checkbox"/> 食形態 (□維持 <input type="checkbox"/> 改善 ( )) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (□維持 <input type="checkbox"/> 改善 ( )) <input type="checkbox"/> 音声・言語機能 (□維持 <input type="checkbox"/> 改善 ( )) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
実施上の注意事項	
生活指導	
見直し・継続理由	

	リハビリテーション	栄養	口腔
評価時 の状態	評価日: 年 月 日 【心身機能・構造】 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 <input type="checkbox"/> 関節可動域制限 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症・構音障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> BPSD 歩行評価 <input type="checkbox"/> 6分間歩行 <input type="checkbox"/> TUG test ( ) 認知機能評価 <input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R ( ) 【活動】※課題のあるものにチェック 基本動作: <input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> 起き上がり <input type="checkbox"/> 座位の保持 <input type="checkbox"/> 立ち上がり <input type="checkbox"/> 立位の保持 ADL: BI ( )点 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 移乗 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> トイレ動作 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 階段昇降 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 排尿コントロール IADL: FAI ( )点 【参加】	評価日: 年 月 日 低栄養リスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 生活機能低下 3%以上の体重減少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/月 ) 【食生活状況】 食事摂取量 (全体) % 食事摂取量 (主食) % 食事摂取量 (主菜/副菜) %/ 補助食品など: 食事の留意事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 薬の影響による食欲不振 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 本人の意欲 ( ) 食欲・食事の満足感 ( ) 食事に対する意識 ( ) 【栄養量 (エネルギー/たんぱく質)】 摂取栄養量: ( ) kcal/kg, ( ) g/kg 提供栄養量: ( ) kcal/kg, ( ) g/kg 必要栄養量: ( ) kcal/kg, ( ) g/kg 【GLIM基準による評価*】 <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養 (□中等度 □重度) ※医療機関から情報提供があった場合に記入する。	評価日: 年 月 日 【誤嚥性肺炎の発症・既往】 <input type="checkbox"/> あり (直近の発症年月: 年 月) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 生活機能低下 3%以上の体重減少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/月 ) 【口腔衛生状態の問題】 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔 【口腔機能の状態の問題】 <input type="checkbox"/> 歯肉のかみ合わせがない <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> ぶくぶくうがい困難※1 ※1 現在、歯磨き後のうがいをしている方に限り確認する。 【歯科受診の必要性】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない 【特記事項】 <input type="checkbox"/> 歯(う蝕、修復物脱落等)、義歯(義歯不適合等)、歯周病、口腔粘膜(潰瘍等)の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 記入者: <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
具体的 支援内 容	①課題: 介入方法: ・ ・ ・ 期間: (月) 頻度: 週 回、時間: 分/回 ②課題: 介入方法: ・ ・ ・ 期間: (月) 頻度: 週 回、時間: 分/回 ③課題: 介入方法: ・ ・ ・ 期間: (月) 頻度: 週 回、時間: 分/回	<input type="checkbox"/> 栄養食事相談 <input type="checkbox"/> 食事提供量の増減 (□増量 □減量) <input type="checkbox"/> 食事形態の変更 (□常食 □軟食 □嚥下調整食) <input type="checkbox"/> 栄養補助食品の追加・変更 <input type="checkbox"/> その他: 【栄養量 (エネルギー/たんぱく質)】 摂取栄養量: ( ) kcal/kg, ( ) g/kg 提供栄養量: ( ) kcal/kg, ( ) g/kg 必要栄養量: ( ) kcal/kg, ( ) g/kg 【GLIM基準による評価*】 <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養 (□中等度 □重度) ※医療機関から情報提供があった場合に記入する。	サービス提供者: <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 実施記録①: 記入日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 実施記録②: 記入日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 実施記録③: 記入日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 総合評価: <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない 計画変更: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
特記 事項			



# (参考)リハビリテーションマネジメント加算考え方

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)

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。

(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。

ココココ加算を変えるなというQA

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.5)

## 【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

### ○リハビリテーションマネジメント加算

問 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。

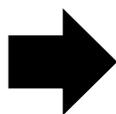
(答)

- ・ 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。

# (参考)リハビリテーションマネジメント加算考え方

## R3年度改定

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
リハマネ (A)口	リハマネ (A)口	リハマネ (A)口	リハマネ (B)口	リハマネ (B)口	リハマネ (B)口	リハマネ (A)口	リハマネ (A)口
リハ職説明			医師説明			リハ職説明	



7月～9月は本来、  
リハ(A)口で対応しないといけない

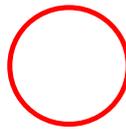
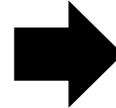


QAで解釈修正

## R6年度改定

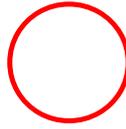
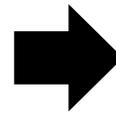
パターン1 医師が説明した時としない時の算定の考え方は？

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
リハマネ (口)							
-	-	-	+270単位	+270単位	+270単位	-	-
リハ職説明			医師説明			リハ職説明	



パターン2 途中で、口腔アセスメントや栄養アセスメントをやり、見直した際、3ヶ月で口腔アセスメントや栄養アセスメントを中止した場合の算定の考え方については？

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
リハマネ (口)	リハマネ (口)	リハマネ (口)	リハマネ (ハ)	リハマネ (ハ)	リハマネ (ハ)	リハマネ (口)	リハマネ (口)



# (参考)リハビリテーションマネジメント加算考え方

2024.5.11時点  
全老健作成

## ●利用者A(個人)の加算の取り方(7月から栄養アセスメント加算が追加)

	6月	7月	8月	9月	10月	11月
リハマネ加算(口)	算定	算定	-	-	-	-
リハマネ加算(ハ)	-	-	算定	算定	算定	算定
栄養アセスメント加算	-	算定	-	-	-	-
口腔機能向上加算(Ⅰ)	算定	算定	-	-	-	-
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	-	-	算定	算定	算定	算定

## ●利用者B(個人)の加算の取り方(7月から栄養アセスメント加算が追加)

	6月	7月	8月	9月	10月	11月
リハマネ加算(口)	算定	算定	-	-	-	-
リハマネ加算(ハ)	-	-	算定	算定	算定	算定
栄養アセスメント加算	-	算定	-	-	-	-
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	-	-	算定	算定	算定	算定
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	算定	算定	-	-	-	-

## ●ある月の利用者ごとの加算方法

	リハマネ加算(イ)	リハマネ加算(ロ)	リハマネ加算(ハ)	栄養アセスメント加算	口腔機能向上		
					加算(Ⅰ)	加算(Ⅱ)イ	加算(Ⅱ)ロ
利用者A	-	-	算定	-	-	算定	-
利用者B	-	算定	-	算定	-	-	算定
利用者C	-	算定	-	算定	算定	-	-
利用者D	算定	-	-	算定	-	-	-

# (参考)リハビリテーションマネジメント加算考え方

2024.5.11時点  
全老健作成

## ●ある月の利用者ごとの加算方法(6月超)

	リハマネ加算 (イ)	リハマネ加算 (ロ)	リハマネ加算 (ハ)	栄養アセスメント 加算	口腔機能向上		
					加算(Ⅰ)	加算(Ⅱ)イ	加算(Ⅱ)ロ
利用者A (628単位)	-	-	算定 473単位	-	-	算定 155単位	-
利用者B (483単位)	-	算定 273単位	-	算定 50単位	-	-	算定 160単位
利用者C (473単位)	-	算定 273単位	-	算定 50単位	算定 150単位	-	-
利用者D (290単位)	算定 240単位	-	-	算定 50単位	-	-	-

リハマネ加算(イ) 6月以内560単位 6が超240単位  
 リハマネ加算(ロ) 6月以内593単位 6月超273単位  
 リハマネ加算(ハ) 6月以内793単位 6月超473単位

栄養アセスメント加算 50単位  
 口腔機能向上加算(Ⅰ)150単位  
 (Ⅱ)イ155単位 ロ160単位

# 通所リハビリテーションにおける入浴介助加算（Ⅱ）の見直し

## 概要

### 【通所リハビリテーション】

○ 通所リハビリテーションにおける入浴介助加算（Ⅱ）について、利用者の居宅における入浴の自立への取組を促進する観点から、入浴介助加算（Ⅱ）の算定要件である、「医師等による、利用者宅浴室の環境評価・助言」について、人材の有効活用を図る観点から、医師等に代わり介護職員が訪問し、医師等の指示の下、ICT機器を活用して状況把握を行い、医師等が評価・助言する場合も算定することを可能とする。

加えて、利用者の居宅における自立した入浴への取組を促進する観点から、入浴介助加算（Ⅱ）の算定要件に係る現行のQ&Aや留意事項通知で示している内容を告示に明記し、要件を明確化する。【告示改正】

## 算定要件等

<入浴介助加算（Ⅱ）>（入浴介助加算（Ⅰ）の要件に加えて） **60単位/月**

- ・ 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚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」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場合には、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。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・助言を行っても差し支えないものとする。
- ・ 当該事業所の理学療法士等が、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居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。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。
- ・ 上記の入浴計画に基づき、個浴（個別の入浴をいう。）又は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、使用する浴槽の深さ及び高さ等に合わせて、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。

これまで医師等（医師、PT/OT/ST等）が利用者の居宅を訪問し評価することとなっていたが、訪問が困難な場合、介護職が居宅へ訪問し、ICT機器を活用して環境を把握してもよくなった。

# 入浴介助加算

## (12) 入浴介助加算について

留意事項(老企第36号)

ア (略)

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。

# 入浴介助加算

留意事項(老企第36号)

## (12) 入浴介助加算について

- 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 (略)

# 入浴介助加算

留意事項(老企第36号)

## (12) 入浴介助加算について

- 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。

# (注意)入浴介助加算

これは通所介護であって、通所リハビリテーションの改定ポイントではない

## 概要

【通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★】

- 通所介護等における入浴介助加算について、入浴介助技術の向上や利用者の居宅における自立した入浴の取組を促進する観点から、以下の見直しを行う。
    - ア 入浴介助に必要な技術の更なる向上を図る観点から、入浴介助加算（Ⅰ）の算定要件に、入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行うことを新たな要件として設ける。【告示改正】
    - イ 入浴介助加算（Ⅱ）の算定要件である、「医師等による、利用者宅浴室の環境評価・助言」について、人材の有効活用を図る観点から、医師等に代わり介護職員が訪問し、医師等の指示の下、ICT機器を活用して状況把握を行い、医師等が評価・助言する場合も算定することを可能とする。【告示・通知改正】
- 加えて、利用者の居宅における自立した入浴への取組を促進する観点から、入浴介助加算（Ⅱ）の算定要件に係る現行のQ&Aや留意事項通知で示している内容を告示に明記し、要件を明確化する【告示改正】

## 単位数

<現行>		<改定後>
入浴介助加算（Ⅰ）	40単位/日	変更なし
入浴介助加算（Ⅱ）	55単位/日	変更なし

## 算定要件等

- <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。
  - ・ 入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行うこと。

### (入浴介助加算の新規QA)

【通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★】

- 入浴介助加算（Ⅰ） ①研修内容について

問 60 入浴介助に関する研修とは具体的にはどのような内容が想定されるのか。

- (答)
- ・ 具体的には、脱衣、洗髪、洗体、移乗、着衣など入浴に係る一連の動作において介助対象者に必要な入浴介助技術や転倒防止、入浴事故防止のためのリスク管理や安全管理等が挙げられるが、これらに限るものではない。
  - ・ なお、これらの研修においては、内部研修・外部研修を問わず、入浴介助技術の向上を図るため、継続的に研修の機会を確保されたい。

# 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

留意事項(老企第36号)

## (15) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について

①～③ (略)

④ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)を算定する場合には、利用者の認知症の状態に対し、支援内容や利用回数が妥当かどうかを確認し、適切に提供することが必要であることから1月に1回はモニタリングを行い、通所リハビリテーション計画を見直し、医師から利用者又はその家族に対する説明し、同意を得ることが望ましい。

⑤～⑨ (略)

# 栄養改善加算

留意事項(老企第36号)

## (19) 栄養改善加算について

- 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。

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、前記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

# 栄養改善加算

留意事項(老企第36号)

## (19) 栄養改善加算について

- 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においては、栄養ケア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105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。

# 栄養改善加算

留意事項(老企第36号)

## (19) 栄養改善加算について

- 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こと。
- ⑥ **おおむね3月ごとの評価の結果**、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。

# 栄養改善加算

## 基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)		
		0.はい	1.いいえ	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ	
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ	運動
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっていますか	0.はい	1.いいえ	
8	15分くらい続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ	
11	6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	栄養
12	身長 cm 体重 kg(BMI= $\frac{\text{kg}}{\text{m}^2}$ ) (注)			
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ	口腔
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ	閉じこもり
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ	
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれますか	1.はい	0.いいえ	認知
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ	
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ	うつ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ	
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ	

(11)の項目が「1」に該当する者

(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。

(注)BMI(=体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m))が 18.5 未満の場合に該当とする。

# 栄養改善加算

## 別紙様式4-3-1

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）

フリガナ		性別	□男 □女	生年月日	年 月 日	生誕地	年齢	歳
氏名	養介護	氏名・特記事項等		氏名	記入者名			
					作成年月日	年 月 日		
利用者		食事の摂取状況 (病い、食事の状況、認知機能等)		家族構成と キーパーソン (支援者)	本人			

(以下は、利用者の状況に応じて作成。)

実施日(記入者名)	年 月 日( )				
プロセス	★ブルダウン <sup>1</sup>	★ブルダウン <sup>1</sup>	★ブルダウン <sup>1</sup>	★ブルダウン <sup>1</sup>	
低栄養状態のリスクレベル	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	
低栄養状態のリスク	身長	cm	cm	cm	
	体重 / BMI	kg / kg/m <sup>2</sup>	kg / kg/m <sup>2</sup>	kg / kg/m <sup>2</sup>	
	3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
	3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
栄養補給法	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	
	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	
その他					
実生活状況	食事摂取量(割合)	%	%	%	
	主食の摂取量(割合)	主食 %	主食 %	主食 %	
	主菜、副菜の摂取量(割合)	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	
	その他(補助食品など)				
摂取栄養量: エネルギー・たんぱく質(摂取量当たり)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)				
提供栄養量: エネルギー・たんぱく質(摂取量当たり)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)				
必要栄養量: エネルギー・たんぱく質(摂取量当たり)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)				
下痢調整食の必要性	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	
食事の形態(コード)	(コード: ★ブルダウン <sup>2</sup> )				
とろみ	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	
食事の留意事項の有無(療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど)	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	
本人の意欲	★ブルダウン <sup>3</sup>	★ブルダウン <sup>3</sup>	★ブルダウン <sup>3</sup>	★ブルダウン <sup>3</sup>	
食欲・食事の満足感	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>	
食事に対する認識	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>	

□口腔障害	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下
安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□
食事に集中することができない	□	□	□	□
食事中に嘔吐や悪臭感がある	□	□	□	□
嚥(嚥音)のない状態で食事をしている	□	□	□	□
食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	□
固形物の食べ物をしっかりと噛み砕くことができない	□	□	□	□
食後、喉の違和感や口腔内に残感が残る	□	□	□	□
水分でむせる	□	□	□	□
食事中、食後に咳をすることがある	□	□	□	□
その他、気が付いた点				
嚥音・生活機能障害 消化器障害 水分障害 代謝障害 心臓・精神・認知症関係 薬剤	□嚥音(高域) □生活機能低下 □嚥音・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□嚥音(高域) □生活機能低下 □嚥音・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□嚥音(高域) □生活機能低下 □嚥音・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□嚥音(高域) □生活機能低下 □嚥音・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響
特記事項				
総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない
サービス継続の必要性(注)栄養改善加算算定の場合	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
GLIM基準による評価 ※全身体重減少率(注)が2%以上ある場合は追加で記入する。	□低栄養非該当 □低栄養(口中程度 □重症)	□低栄養非該当 □低栄養(口中程度 □重症)	□低栄養非該当 □低栄養(口中程度 □重症)	□低栄養非該当 □低栄養(口中程度 □重症)

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

注1) スクリーニングにおいては、把握可能な項目(BMI、体重減少率、血清アルブミン値等)により、低栄養状態のリスクを把握する。  
注2) 利用者の状況及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

### <低栄養状態のリスクの判断>

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

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

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

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について 別紙様式4-3-1

# 栄養改善加算

別紙様式4-3-2

別紙様式4-3-2

## 栄養ケア計画書 (通所・居宅) (様式例)

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

### 栄養ケア提供経過記録

月 日	サービス提供項目

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について 別紙様式4-3-2

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

※①栄養補給・食事、②栄養食事相談、③多職種による課題の解決など

## 別に厚生労働大臣が定める基準

### 二十九の二

通所リハビリテーション費における口腔・栄養スクリーニング加算の基準

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)～(3) (略)

(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。

(一) 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。

(二) 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。**

## 別に厚生労働大臣が定める基準

### 二十九の二

通所リハビリテーション費における口腔・栄養スクリーニング加算の基準

ロ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

(1) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(一) (略)

(二) 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。

(三) (略)

(2) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(一)・(二) (略)

(三) 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。

(四) **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。**

# 口腔・栄養スクリーニング加算

留意事項(老企第36号)

(20) 口腔・栄養スクリーニング加算について  
通所介護と同様であるので、7(19)を参照されたい。

(19) 口腔・栄養スクリーニング加算について

① 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。なお、介護職員等は、利用者全員の口腔の健康状態及び栄養状態を継続的に把握すること。

② (略)

③ 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。なお、口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングの実施に当たっては、**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。

イ・ロ (略)

④・⑤ (略)

# 口腔・栄養スクリーニング加算

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）

別紙様式5-1

## 口腔・栄養スクリーニング様式

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

	スクリーニング項目	前回結果 (月 日)	今回結果 (月 日)
口腔	硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる	はい・いいえ	はい・いいえ
	入れ歯を使っている	はい・いいえ	はい・いいえ
	むせやすい	はい・いいえ	はい・いいえ
	特記事項（歯科医師等への連携の必要性）		
栄養	身長 (cm) ※1	(cm)	(cm)
	体重 (kg)	(kg)	(kg)
	BMI (kg/m <sup>2</sup> ) ※1 18.5未満	□無 □有 ( kg/m <sup>2</sup> )	□無 □有 ( kg/m <sup>2</sup> )
	直近1～6か月間における 3%以上の体重減少※2	□無 □有 ( kg/ 6か月)	□無 □有 ( kg/ 6か月)
	直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少※2	□無 □有 ( kg/ 6か月)	□無 □有 ( kg/ 6か月)
	血清アルブミン値 (g/dl) ※3 3.5 g/dl未満	□無 □有 ( (g/dl))	□無 □有 ( (g/dl))
	食事摂取量 75%以下※3	□無 □有 ( %)	□無 □有 ( %)
	特記事項（医師、管理栄養士等への 連携の必要性等）		

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

### （参考）口腔スクリーニング項目について

#### 「硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる」

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

#### 「入れ歯を使っている」

入れ歯があわないと噛みにくい、発音しにくい等の問題がでできます。

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

#### 「むせやすい」

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

### （参考）低栄養状態のリスク分類について

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

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

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について 別紙様式5-1

アルブミン値について確認できない場合、空欄でも差し支えない。

# 口腔機能向上加算

告示第19号

18 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、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行い、かつ、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（以下この注において「口腔機能向上サービス」という。）を行った場合は、口腔機能向上加算として、当該基準に掲げる区分に従い、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、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)は算定しない。また、口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。

- (1) (略) ⇒ 口腔機能向上加算(Ⅰ) 150単位
- (2) 口腔機能向上加算(Ⅱ)
  - (一) 口腔機能向上加算(Ⅱ)イ 155単位 LIFE (新設)
  - (二) 口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ 160単位 LIFE (新設)

## 【参考】算定のパターン

項目	LIFE 有無	算定 有無		
リハマネ(ハ)	○	○	×	×
口腔機能向上(Ⅰ)	×	×	○	×
口腔機能向上(Ⅱ)イ	○	○	×	×
口腔機能向上(Ⅱ)ロ	○	×	×	○

## 別に厚生労働大臣が定める基準

三十 通所リハビリテーション費における口腔機能向上加算の基準第20号の規定を準用する。この場合において、同号イ(5)中「通所介護費等算定方法第一号」とあるのは、「通所介護費等算定方法第二号」と読み替えるものとする。

二十 通所介護費における口腔機能向上加算の基準イ口腔機能向上加算(Ⅰ)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) (略) ⇒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) (略) ⇒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) (略) ⇒利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価していること。
- (5) (略) ⇒定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

ロ (略) ⇒**口腔機能向上加算(Ⅱ)** 次のいずれにも適合すること。

- (1) イ(1)から(5)までのいずれにも適合すること。
- (2) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の**情報を厚労省に提出し**、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。

# 口腔機能向上加算

留意事項(老企第36号)

## (21) 口腔機能向上加算について

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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つて、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。こと。
  - 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
- ④ 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。

# 口腔機能向上加算

## (21) 口腔機能向上加算について

留意事項(老企第36号)

⑤ 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)においてイ並びに口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、口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方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、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105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。

# 口腔機能向上加算

留意事項(老企第36号)

## (21) 口腔機能向上加算について

⑥ おおむね3月ごとの評価の結果、次のイ又は口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

⑦ 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。

⑧ 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。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LIFE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。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、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(Plan)、当該計画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当該計画の見直し・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。

# 口腔機能向上加算

## 認定調査票（基本調査） 一部抜粋

いずれかの項目において「1」以外に該当する者

2-3 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

2. 見守り等

3. できない

2-4 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 見守り等

3. 一部介助

4. 全介助

2-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 見守り等

3. 一部介助

4. 全介助

2-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 見守り等

3. 一部介助

4. 全介助

2-7 口腔清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 一部介助

3. 全介助

# 口腔機能向上加算

## 基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
		0.はい	1.いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分くらい続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長 cm 体重 kg(BMI= $\frac{\text{体重(kg)}}{\text{身長(m)}^2}$ ) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(13)、(14)、(15)の3項目のうち、  
2項目以上が「1」に該当する者

(注)BMI(=体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m))が 18.5 未満の場合に該当とする。

# 口腔機能向上加算

別紙様式6-4

別紙様式6-4

## 口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

評価日： 年 月 日

氏名（ふりがな）		
生年月日・性別	年 月 日生まれ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
要介護度・病名等		
日常生活自立度	障害高齢者：	認知症高齢者：
現在の歯科受診について	かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 直近1年間の歯科受診 <input type="checkbox"/> あり（最終受診年月： 年 月） <input type="checkbox"/> なし	
義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全部） <input type="checkbox"/> なし	
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（コード□4、□3、□2-2、□2-1、□1j、□0t、□0j）	
誤嚥性肺炎の発症・既往	<input type="checkbox"/> あり（直近の発症年月： 年 月） <input type="checkbox"/> なし	

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

### 1 口腔の健康状態の評価・再評価（口腔に関する問題点等）

年 月 日 記入者：		<input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔衛生状態	口臭	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能の状態	奥歯のかみ合わせ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	むせ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	ぶくぶくうがい <sup>※</sup>	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 分からない
※現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認		
歯科受診の必要性		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項	<input type="checkbox"/> 歯（う蝕、修復物脱落等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

## 2 口腔機能改善管理指導計画

作成日： 年 月 日

計画立案者	氏名：	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
サービス提供者	氏名：	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患（ <input type="checkbox"/> 重症化防止 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 歯科受診） <input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 栄養状態（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 音声・言語機能（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

### 3 実施記録

実施年月日	年 月 日		
サービス提供者	氏名： <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士		
口腔清掃	<input type="checkbox"/> 実施	口腔清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
摂食嚥下等の口腔機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施	音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
誤嚥性肺炎の予防に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施	その他（ ）	<input type="checkbox"/> 実施

### 4 その他特記事項

--

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

# 退院後早期のリハビリテーション実施に向けた退院時情報連携の推進

## 概要

【訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★】

- 退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

## 単位数

<現行>  
なし



<改定後>  
退院時共同指導加算 600単位/回 (新設)

## 算定要件等

(訪問リハビリテーションの場合)

- 病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、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※を行った後に、当該者に対する初回の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。(新設)

※ 利用者又はその家族に対して、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利用者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、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リハビリテーション計画に反映させることをいう。

# (新設)退院時共同指導加算

## ハ 退院時共同指導加算 600単位/回

告示第19号

注 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(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。)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に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算する。

### (29) 退院時共同指導加算について

留意事項(老企第36号)

- ① 通所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通所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。

# (参考)診療報酬のリハビリテーション料

## 診療報酬

B005 退院時共同指導料2 400点

令和6年3月5日保医発0305第4号

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)

※他の算定要件は略

(7) **退院時共同指導料2**の「注1」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。なお、退院後に介護保険によるリハビリテーション(介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同法第8条第8項に規定する通所リハビリテーション、同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同法第8条の2第6項に規定する介護予防通所リハビリテーションをいう。)を利用予定の場合、在宅での療養上必要な説明及び指導について、当該患者が入院している医療機関の医師等が、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の参加を求めることが望ましい。

※診療報酬側だと老健側の事業所の職員については、参加についても望ましいとなっているため、連絡がない場合もあるので注意を！

# 予防通所リハビリテーション



# 算定基準について

## 6 介護予防通所リハビリテーション費

### (1) 算定の基準について

①・② (略)

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・⑥ (略)

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1号イに規定する第一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。

# 算定基準について

## 6 介護予防通所リハビリテーション費

### (1) 算定の基準について

- 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**こと。
- 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。

# 介護予防サービスにおけるリハビリテーションの質の向上に向けた評価

## 概要

【介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション】

- 介護予防サービスにおけるリハビリテーションの質を評価し、適切なサービス提供とする観点から、以下の見直しを行う。
  - ア 利用開始から12月が経過した後の減算について、拡大を行う。ただし、定期的なリハビリテーション会議によるリハビリテーション計画の見直しを行い、LIFEへリハビリテーションのデータを提出しフィードバックを受けてPDCAサイクルを推進する場合は減算を行わないこととする。
  - イ 要介護認定制度の見直しに伴い、より適切なアウトカム評価に資するようLIFEへリハビリテーションのデータ提出を推進するとともに、事業所評価加算の廃止を行う。【告示改正】

## 単位数

- 利用開始日の属する月から12月超

<現行>

介護予防訪問リハビリテーション  
5単位/回減算

<改定後>

要件を満たした場合 減算なし (新設)  
要件を満たさない場合 30単位/回減算 (変更)

介護予防通所リハビリテーション  
要支援1 20単位/月減算  
要支援2 40単位/月減算

要件を満たした場合 減算なし (新設)  
要件を満たさない場合 要支援1 120単位/月減算 (変更)  
要支援2 240単位/月減算 (変更)

- 事業所評価加算

<現行>

介護予防訪問リハビリテーション 120単位/月  
介護予防通所リハビリテーション 120単位/月

<改定後>

(廃止)  
(廃止)

## 算定要件等

- 利用開始日の属する月から12月を超えて介護予防通所（訪問）リハビリテーションを行う場合の減算を行わない基準 (新設)
  - ・ 3月に1回以上、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、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直していること。
  - ・ 利用者ごとの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。

# 12月超の減算について

## 注10 12か月を超えて利用した場合の減算について(※原文タイトルなし)

告示第73号

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、指定介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて指定介護予防通所リハビリテーションを行うときは、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数から減算する。

- (1) 要支援1 120単位
- (2) 要支援2 240単位

## 別に厚生労働大臣が定める要件

告示第95号

八十二 指定介護予防サービス費介護給付費単位数表の指定介護予防通所リハビリテーション費のイの注の10の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、介護予防通所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125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通所リハビリテーション計画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。

# 12月超の減算について

## (5)注10の取扱いについて

- ① 指定介護予防通所リハビリテーションの利用が12月を超える場合は、指定介護予防通所リハビリテーション費から要支援1の場合120単位、要支援2の場合240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。
- 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。

LIFEを行っている場合は減算されないということ

# 12月超の減算について

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

## ○12月減算

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ある場合、いつの時点で要件を満たしていればよいのか。

(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。

(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。

# 12月超の減算の切り替わりについて

## 【改定時の切り替えにおける基本的な考え方】

	令和6年4月	5月	6月	7月	8月	9月
利用者A	11か月目	12か月目	13か月目	14か月目	15か月目	16か月目
	通常	通常	通常	通常	通常	通常
利用者B	14か月目	15か月目	16か月目	17か月目	18か月目	19か月目
	減算中	減算中	通常	通常	通常	通常

↑ 減算せずに通常で請求しようとする場合、  
6月中にリハ会議を開催 経過措置で10/10までにLIFE提出

## 【人数が多くて6月中にリハ会議ができない場合】

	令和6年4月	5月	6月	7月	8月	9月
利用者C	14か月目	15か月目	16か月目	17か月目	18か月目	19か月目
	減算中	減算中	通常	通常	通常	通常

リハ会議 経過措置で10/10までにLIFE提出

	令和6年4月	5月	6月	7月	8月	9月
利用者D	15か月目	16か月目	17か月目	18か月目	19か月目	20か月目
	減算中	減算中	通常	通常	通常	通常

リハ会議 経過措置で10/10までにLIFE提出

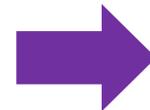
## 【途中で要件が満たせなくなった場合】

	令和6年9月	10月	11月	12月	1月	2月
利用者E	14か月目	15か月目	16か月目	17か月目	18か月目	19か月目
	通常	通常	通常	減算	減算	通常

リハ会議  
10/10までにLIFE提出

リハ会議未開催

リハ会議  
3/10までにLIFE提出



要件満たせ通常の  
請求でも可

# 訪問リハビリテーション



# 訪問リハビリテーションにおける集中的な認知症リハビリテーションの推進

## 概要

【訪問リハビリテーション】

- 認知症のリハビリテーションを推進していく観点から、認知症の方に対して、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の実施を評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

## 単位数

<現行>  
なし



<改定後>  
**認知症短期集中リハビリテーション実施加算** 240単位/日 **(新設)**

## 算定要件等

- 次の要件を満たす場合、1週に2日を限度として加算。 **(新設)**
  - ・ 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者に対して、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3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行うこと。

# (新設)認知症短期集中リハビリテーション

注10 認知症短期集中リハビリテーション

240単位/日

告示第19号

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、1日につき240単位を所定単位数に加算する。ただし、注8を算定している場合は、算定しない。

※ 注8⇒短期集中リハビリテーションのこと

(11) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について

- 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。

# 訪問系サービス及び短期入所系サービスにおける口腔管理に係る連携の強化

## 概要

【訪問介護、訪問看護★、訪問リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

- 訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護において、職員による利用者の口腔の状態の確認によって、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげる観点から、事業所と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者の同意の下の歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を評価する新たな加算を設ける。

【告示改正】

## 単位数

<現行>  
なし



<改定後>  
**口腔連携強化加算** 50単位/回 (新設)  
※1月に1回に限り算定可能

## 算定要件等

- 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、当該評価の結果を情報提供した場合に、1月に1回に限り所定単位数を加算する。(新設)
- 事業所は利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数表区分番号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が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。



## (新設)口腔連携強化加算(予防も同様)

(12) 口腔連携強化加算について  
訪問介護と同様であるので、2(23)を参照されたい。

(23) 口腔連携強化加算について

- 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

## (新設)口腔連携強化加算(予防も同様)

(12) 口腔連携強化加算について

訪問介護と同様であるので、2(23)を参照されたい。

(23) 口腔連携強化加算について

- ⑥ 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」)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)等を参考にすること。
- ⑦ 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。
- ⑧ 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。

短期入所療養介護でも同様な条件、同時算定は不可

# (新設)口腔連携強化加算

## 別紙様式6

(別紙様式6)

### 口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書

年 月 日

情報提供先 (歯科医療機関・居宅介護支援事業所)

名称 \_\_\_\_\_

介護事業所の名称 \_\_\_\_\_

担当 殿 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

管理者氏名 \_\_\_\_\_

記入者氏名 \_\_\_\_\_

歯科医師等 <sup>※</sup> による口腔内等の確認の必要性	<input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 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。
-----------------------------------	---	---

※ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

歯科医療機関への連絡事項	(自由記載)
介護支援専門員への連絡事項	(自由記載)

利用者氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	〒 _____	
	年 月 日生		連絡先 ( ) _____	
基本情報	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 (口1口2) <input type="checkbox"/> 要介護 (口1口2口3口4口5)		
	基礎疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 痔瘻 (※上記以外の) <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他		
		誤嚥性肺炎の発症・既往	<input type="checkbox"/> あり (直近の発症年月: 年 月) <input type="checkbox"/> なし	
	麻痺	<input type="checkbox"/> あり (部位: <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> なし		
	摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		
	現在の歯科受診について	<input type="checkbox"/> かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 直近1年間の歯科受診 <input type="checkbox"/> あり (最終受診年月: 年 月) <input type="checkbox"/> なし		
	義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり (口部分・口全部) <input type="checkbox"/> なし		
	口腔清掃の自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 (介助方法: ) <input type="checkbox"/> 全介助		
現在の処方	<input type="checkbox"/> あり (薬剤名: ) <input type="checkbox"/> なし			

#### 【口腔の健康状態の評価】

項目番号	項目	評価	評価基準
1	開口	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 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「できない」とする。
2	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。
3	舌の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。
4	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。
5	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 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「できない」とする。
6	むせ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	・平時や食事時にむせがある場合や明らかに「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「あり」とする。
7	ぶくぶくうがい <sup>※1</sup>	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 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喉を傷らせない場合や膨らました喉を左右に動かさない場合は「できない」とする。
8	食物のため込み、残留 <sup>※2</sup>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。
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、義歯がすぐを外れる、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。

※1 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。(誤嚥のリスクも鑑み、改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

※2 食事の観察が可能な場合は確認する。(改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

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】

【別紙様式6と下記の通知の別紙様式11は同じ内容】  
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

# 医療と介護の連携



# 医療と介護の連携の推進

○ 医療・介護サービス連携を推進するために、主に以下の見直しをおこなう。

## 1. 医療機関と介護保険施設等の連携の推進（Ⅱ-2-③）

➢ 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟において、介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。

### 1-1. 介護保険施設等入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進（Ⅱ-2-②）

➢ 介護保険施設等入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、当該施設の協力医療機関となっている保険医療機関が施設入所者を受け入れた場合について、新たな評価を行う。

### 1-2. 介護保険施設等入所者の病状の急変時の適切な往診の推進（Ⅱ-8-①）

➢ 介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設等入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合について、新たな評価を行う。

## 2. 地域包括診療料等の見直し（Ⅱ-7-①）

➢ かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化する観点から、算定要件に介護支援専門員および相談支援員との相談に応じること及びその旨を院内掲示すること等を追加する。

## 3. 介護保険施設等及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し（Ⅱ-2-④）

➢ 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、介護保険施設等において対応が困難な医療行為について医療保険による算定を可能とする。

## 4. 入退院支援加算1・2の見直し（Ⅱ-2-⑧）

➢ 入退院支援における、関係機関との連携強化等の観点から、退院時における医療機関から介護支援専門員へ情報提供する様式の見直し、入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求めることとする。

## 5. リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進（Ⅱ-2-⑤）

➢ 医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所のリハビリテーションに係る連携を更に推進する観点から、介護保険の通所リハビリテーションなどへ移行する場合に、移行先の事業所等にリハビリテーション実施計画書を提供することとする。

## 6. 医療と介護における栄養情報連携の推進（Ⅱ-3-⑦）

➢ 医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、栄養情報提供加算の名称と要件、評価を見直し、入院栄養食事指導を行った場合に加えて、介護保険施設等に退院する患者について、退院先施設の管理栄養士と連携した場合も算定を可能とする。

# 【参考】通知のまとめ



# 参考 厚労省のHP 5.11時点の情報

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_38790.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html)

## 令和6年度介護報酬改定に関する省令及び告示の改正

### 省令改正

- [PDF 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年厚生労働省省令第16号） \[3.5MB\]](#) 

運営基準

### 告示改正

- [PDF 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の一部を改正する告示（令和6年厚生労働省告示第86号） \[11.9MB\]](#) 
- [PDF 介護保険法施行規則第四百十条の六十三の六第一号に規定する厚生労働大臣が定める基準の全部を改正する件（令和6年厚生労働省告示第84号） \[457KB\]](#) 
- [PDF 厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法等の一部を改正する告示（令和6年厚生労働省告示第85号） \[989KB\]](#) 
- [PDF 経済上の連携に関する日本国とフィリピン共和国との間の協定に基づく看護及び介護分野におけるフィリピン人看護師等の受入れの実施に関する指針の一部を改正する件（令和6年厚生労働省告示第89号） \[150KB\]](#) 
- [PDF 経済上の連携に関する日本国とインドネシア共和国との間の協定に基づく看護及び介護分野におけるインドネシア人看護師等の受入れの実施に関する指針の一部を改正する件（令和6年度厚生労働省告示第90号） \[150KB\]](#) 
- [PDF 看護師及び介護福祉士の入国及び一時的な滞在に関する日本国政府とベトナム社会主義共和国政府との間の交換公文に基づく看護及び介護分野におけるベトナム人看護師等の受入れの実施に関する指針の一部を改正する件（令和6年度厚生労働省告示第91号） \[150KB\]](#) 

単位数

# 令和6年度介護報酬改定に関する通知等の改正

## 報酬告示に関する通知（留意事項通知等）

### <留意事項通知（訪問・通所系）>

○ PDF [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 \[1.7MB\]](#)

- ・  [（別紙様式1）指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（居宅療養管理指導・医師） \[32KB\]](#)
- ・  [（別紙様式2）指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（居宅療養管理指導・歯科医師） \[53KB\]](#)
- ・  [（別紙様式3）歯科衛生士等による居宅療養管理指導に係る口腔の健康状態の評価・管理指導計画 \[34KB\]](#)
- ・  [（別紙様式4）居宅療養管理指導（管理栄養士）指示書（様式例） \[16KB\]](#)
- ・  [（別紙様式5）居宅療養管理指導（管理栄養士）特別追加訪問指示書 \[13KB\]](#)
- ・  [（別紙様式6）口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書 \[19KB\]](#)

訪問リハ・デイの  
加算の解釈

### <留意事項通知（短期入所・特定施設・施設系）>

○ PDF [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 \[1.7MB\]](#)

- ・  [（別紙様式1）リハビリテーション計画書 \[63KB\]](#)
- ・  [（別紙様式3）口腔衛生管理加算 様式（実施計画） \[17KB\]](#)
- ・  [（別紙様式5）褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書 \[26KB\]](#)
- ・  [（別紙様式6）排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書 \[22KB\]](#)
- ・  [（別紙様式7）自立支援促進に関する評価・支援計画書 \[29KB\]](#)  [（別添）ICFステージング \[25KB\]](#)
- ・  [（別紙様式9）薬剤変更等に係る情報提供書 \[20KB\]](#)
- ・  [（別紙様式11）口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書 \[19KB\]](#)
- ・  [（別紙様式12）退居時情報提供書 \[30KB\]](#)
- ・  [（別紙様式13）退所時情報提供書 \[30KB\]](#)

SS・老健の加算  
の解釈

口腔衛生管理加算 様式

褥瘡マネジメント加算 様式

排せつ支援加算 様式

自立支援促進加算 様式

かかりつけ医連携薬剤調整加算 様式

退所時情報提供加算(I) 様式

<留意事項通知（特定診療費）>

-  [特定診療費の算定に関する留意事項について \[191KB\]](#) 
  - ・  [（別紙様式3）褥瘡対策に関する診療計画書 \[24KB\]](#) 

予防訪問リハ・予防デイ・  
予防SSの加算の解釈

<留意事項通知（介護予防）>

-  [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 \[980KB\]](#) 
  - ・  [（別紙様式1）指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（居宅療養管理指導・医師） \[32KB\]](#) 
  - ・  [（別紙様式2）指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（居宅療養管理指導・歯科医師） \[53KB\]](#) 
  - ・  [（別紙様式3）歯科衛生士等による居宅療養管理指導に係る口腔の健康状態の評価・管理指導計画 \[35KB\]](#) 
  - ・  [（別紙様式4）居宅療養管理指導（管理栄養士）指示書（様式例） \[16KB\]](#) 
  - ・  [（別紙様式5）居宅療養管理指導（管理栄養士）特別追加訪問指示書 \[13KB\]](#) 
  - ・  [（別紙様式6）口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書 \[19KB\]](#) 
  - ・  [（別紙様式7）退居時情報提供書 \[30KB\]](#) 

<留意事項通知（地密）>

-  [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 \[1.5MB\]](#) 
  - ・  [（別紙様式1）口腔衛生管理加算 様式（実施計画） \[17KB\]](#) 
  - ・  [（別紙様式5）褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書 \[26KB\]](#) 
  - ・  [（別紙様式6）排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書 \[22KB\]](#) 
  - ・  [（別紙様式7）自立支援促進に関する評価・支援計画書 \[29KB\]](#)   [（別添）ICFステージング \[25KB\]](#) 
  - ・  [（別紙様式8）口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書 \[19KB\]](#) 
  - ・  [（別紙様式9）退居時情報提供書 \[30KB\]](#) 
  - ・  [（別紙様式10）退所時情報提供書 \[30KB\]](#) 

### <留意事項通知（特別療養費）>

- [PDF 特別療養費の算定に関する留意事項について \[47KB\]](#) 
  - ・ [W \(別紙様式3\) 褥瘡対策に関する診療計画書 \[24KB\]](#) 

### <留意事項通知（特別診療費）>

- [PDF 特別診療費の算定に関する留意事項について \[167KB\]](#) 
  - ・ [W \(別紙様式3\) 褥瘡対策に関する診療計画書 \[24KB\]](#) 

### <その他>

- [PDF 居宅介護支援費の入院時情報連携加算及び退院・退所加算に係る様式例の提示について \[77KB\]](#) 
  - ・ [X \(別紙1\) 入院時情報連携加算に係る様式例（入院時情報提供書<在宅版>） \[255KB\]](#) 
  - ・ [X \(別紙3\) モニタリングに係る情報連携シート \[83KB\]](#) 
- [PDF 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 \[190KB\]](#) 
  - ・ [X \(届出様式\) 感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価届出様式 \[54KB\]](#) 
- [\(参考\) 通所リハ大規模型（特例）計算シート](#)

大規模特例の計算式

## 基準省令に関する通知（解釈通知等）

### <解釈通知（居宅）>

- [PDF 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 \[1.4MB\]](#) 
  - ・ [X \(別紙1\) 協力医療機関に関する届出書 \[49KB\]](#) 

### <解釈通知（地密）>

- [PDF 指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について \[1.1MB\]](#) 
  - ・ [X \(別紙3\) 協力医療機関に関する届出書 \[49KB\]](#) 

### <解釈通知（居宅介護支援等）>

- [PDF 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について \[521KB\]](#) 

### <解釈通知（介護予防支援等）>

- [PDF 指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援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について \[548KB\]](#) 

### <解釈通知（介護老人福祉施設）>

- [PDF 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について \[501KB\]](#) 
  - ・ [X \(別紙1\) 協力医療機関に関する届出書 \[49KB\]](#) 

訪問リハ・デイ・SS・予防訪問リハ・予防デイ・予防SSの運営基準の解釈

## &lt; 解釈通知（介護老人保健施設） &gt;

- [PDF 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について \[493KB\]](#)
- ・  [\(別紙1\) 協力医療機関に関する届出書 \[49KB\]](#)

## &lt; 解釈通知（介護医療院） &gt;

- [PDF 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について \[506KB\]](#)
- ・  [\(別紙1\) 協力医療機関に関する届出書 \[49KB\]](#)

## &lt; その他 &gt;

- [PDF 訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の取扱いについて \[76KB\]](#)
- ・  [\(別紙様式1\) 訪問看護計画書 \[29KB\]](#)
- [PDF 介護予防支援業務に係る関係様式例の提示について \[172KB\]](#)
- ・ [W \(様式例1\) 利用者基本情報 \[64KB\]](#)
- ・ [W \(様式例2\) 介護予防サービス・支援計画書 \[35KB\]](#)
- ・  [\(様式例3・4\) 介護予防支援経過記録、介護予防支援・サービス評価表 \[38KB\]](#)
- [PDF 介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書の様式について \[48KB\]](#)
- ・ [W \(別紙1\) 介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書 \[89KB\]](#)
- [PDF 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3条の37第1項に定める介護・医療連携推進会議、第34条第1項（第88条、第108条及び第182条において準用する場合に限る。）に規定する運営推進会議を活用した評価の実施等について \[118KB\]](#)
- [PDF 居宅介護支援等に係る書類・事務手続きや業務負担等の取扱いについて \[51KB\]](#)
- ・  [\(別添\) 居宅介護支援・介護予防支援・サービス担当者会議・介護支援専門員に係る項目及び項目に対する取扱い \[32KB\]](#)

## その他の通知

- [PDF 介護給付費請求書等の記載要領について【令和6年4月】 \[986KB\]](#)
- [PDF 介護給付費請求書等の記載要領について【令和6年6月】 \[968KB\]](#)
- ・  [\(表\) 介護給付費請求書等の記載要領について関係資料一式 \[170KB\]](#)
- [PDF 介護保険の給付対象となる福祉用具及び住宅改修の取扱いについて \[90KB\]](#)

レセプト作成する際、加算によっては適用欄に記載する項目の記載要領

## 介護療養型医療施設廃止に伴う改正のみを行う通知

- [PDF 介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について \[86KB\]](#) 
- [PDF 指定介護老人福祉施設等に係る会計処理等の取扱いについて \[70KB\]](#) 
- [PDF 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 \[128KB\]](#) 
- [PDF 介護保険施設等におけるおむつ代に係る利用料の徴収について \[72KB\]](#) 
- [PDF 介護老人保健施設に関して広告できる事項について \[91KB\]](#) 
- [PDF 介護保険の給付対象事業における会計の区分について \[103KB\]](#) 
- [PDF 「介護サービス情報の公表」制度の施行について \[153KB\]](#)   [\(別添\) 介護サービス事業区分損益計算書 \[16KB\]](#) 
- [PDF 介護医療院に関して広告できる事項について \[89KB\]](#) 
- [PDF 介護保険施設等における事故の報告様式等について \[99KB\]](#) 

## 体制届出に関する通知

- [PDF 介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について \[991KB\]](#) 
  - ・  [\(別紙一式\) 介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について【令和6年4月】 \[1006KB\]](#) 
  - ・  [\(別紙一式\) 介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について【令和6年6月】 \[971KB\]](#) 

※別紙2～51は【令和6年4月】と同様の内容

# 令和6年度介護報酬改定に関する通知等の改正（個別事項の通知その1）

## 介護職員等処遇改善加算等に関する通知

介護職員等処遇改善加算等一本化

- [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 \[304KB\]](#) [B\]](#) [📄](#)
- ・ [PDF \(別紙1\) 表1-1～表5-1 \[348KB\]](#) [📄](#)
- ・ [X \(別紙様式2\) 処遇改善計画書\(令和6年度\) \[1.1MB\]](#) [📄](#) [X \(記入例\) \[1.1MB\]](#) [📄](#)
- ・ [X \(別紙様式3\) 実績報告書\(令和6年度\) \[397KB\]](#) [📄](#) [X \(記入例\) \[402KB\]](#) [📄](#)
- ・ [X \(別紙様式4\) 変更届出書 \[22KB\]](#) [📄](#)
- ・ [X \(別紙様式5\) 特別な事情に係る届出書 \[25KB\]](#) [📄](#)
- ・ [X \(別紙様式6\) \(小規模事業者用\) 処遇改善計画書\(令和6年度\) \[798KB\]](#) [📄](#) [X \(記入例\) \[802KB\]](#) [📄](#)
- ・ [X \(別紙様式7\) \(加算未策定事業者用\) 処遇改善計画書・実績報告書\(令和6年度\) \[185KB\]](#) [📄](#)
- ・ [X \(記入例\) \[187KB\]](#) [📄](#)

## LIFEに関する通知

LIFE関連加算のデータ提出についての考え方

- [PDF 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 \[174KB\]](#) [📄](#)
- ・ [W \(別紙様式1\) 科学的介護推進に関する評価\(通所・居住サービス\) \[31KB\]](#) [📄](#)
- ・ [W \(別紙様式2\) 科学的介護推進に関する評価\(施設サービス\) \[33KB\]](#) [📄](#)
- ・ [W \(別紙様式3\) 生活・認知機能尺度 \[32KB\]](#) [📄](#)
- ・ [W \(別紙様式4\) DBD13 \[20KB\]](#) [📄](#)
- ・ [W \(別紙様式5\) ICFステージング \[25KB\]](#) [📄](#)

## リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に関する通知

リハ計画書や栄養  
ケア計画書などの  
様式例が掲載され  
ている

- 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 \[732KB\]](#) ☐
- X [\(別紙様式1-1\) リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書\(通所系\) \[22KB\]](#) ☐
- X [\(記載例\) \[28KB\]](#) ☐
- X [\(別紙様式1-2\) リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書\(施設系\) \[22KB\]](#) ☐
- X [\(別紙様式1-3\) 個別機能訓練・栄養・口腔に係る実施計画書\(通所系\) \[21KB\]](#) ☐
- X [\(別紙様式1-4\) 個別機能訓練・栄養・口腔に係る実施計画書\(施設系\) \[21KB\]](#) ☐
- W [\(別紙様式2-1\) 興味・関心チェックシート \[20KB\]](#) ☐
- X [\(別紙様式2-2-1、2-2-2\) リハビリテーション計画書 \[49KB\]](#) ☐
- X [\(別紙様式2-3\) リハビリテーション会議録\(訪問・通所リハビリテーション\) \[14KB\]](#) ☐
- PDF [\(別紙様式2-4\) 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 \[142KB\]](#) ☐
- X [\(別紙様式2-5\) 生活行為向上リハビリテーション実施計画 \[13KB\]](#) ☐
- PDF [\(別紙様式2-6\) 診療情報提供に係る文書 \[1.1MB\]](#) ☐
- PDF [\(別紙様式2-7\) ケアマネジメント連絡用紙 \[979KB\]](#) ☐
- PDF [\(別紙様式2-8\) <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 \[876KB\]](#) ☐
- W [\(別紙様式3-1\) 興味・関心チェックシート \[20KB\]](#) ☐
- W [\(別紙様式3-2\) 生活機能チェックシート \[22KB\]](#) ☐
- X [\(別紙様式3-3\) 個別機能訓練計画書 \[26KB\]](#) ☐
- X [\(別紙様式4-1-1、4-1-2\) 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\(施設\)\(様式例\)、栄養ケア・経口移行・経口維持計画書\(施設\)\(様式例\) \[54KB\]](#) ☐
- X [\(別紙様式4-2\) 栄養情報提供書\(様式例\) \[17KB\]](#) ☐
- X [\(別紙様式4-3-1、4-3-2\) 栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング\(通所・居宅\)\(様式例\)、栄養ケア計画書\(通所・居宅\)\(様式例\) \[51KB\]](#) ☐
- W [\(別紙5-1\) 口腔・栄養スクリーニング様式\(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\(介護予防も含む\)\) \[28KB\]](#) ☐
- W [\(別紙5-2\) 口腔・栄養スクリーニング様式\(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\(介護予防も含む\)\) \[31KB\]](#) ☐
- W [\(別紙6-1\) 口腔衛生の管理体制についての計画\(介護保険施設\) \[22KB\]](#) ☐
- W [\(別紙6-2\) 口腔衛生の管理体制についての計画\(特定施設\) \[22KB\]](#) ☐
- X [\(別紙6-3\) 口腔の健康状態の評価及び情報共有書 \[18KB\]](#) ☐
- X [\(別紙6-4\) 口腔機能向上サービスに関する計画書\(様式例\) \[17KB\]](#) ☐
- X [\(参考\) リハビリテーション計画書\(施設\) \[63KB\]](#) ☐
- X [\(参考\) 口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書 \[19KB\]](#) ☐
- X [\(参考\) 口腔衛生管理加算 様式\(実施計画\) \[17KB\]](#) ☐

## 生産性向上推進体制加算に関する通知（令和6年3月15日策定、令和6年3月29日一部改正）

生産性向上推進体制加算  
（老健の対象の加算の事務連絡はこちら）

- [PDF](#) [生産性向上推進体制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等の提示について \[208KB\]](#)
- - ・ [X](#) [（別紙1）生産性向上推進体制加算に関する取組の実績報告書（毎年度報告） \[40KB\]](#) □
  - ・ [X](#) [（別紙2）生産性向上推進体制加算（I）の算定に関する取組の成果 \[42KB\]](#) □
  - ・ [X](#) [（別添1）利用者向け調査票 \[29KB\]](#) □
  - ・ [X](#) [（別添2）施設向け調査票（労働時間等調査票） \[30KB\]](#) □
  - ・ [X](#) [（別添3）職員向け調査票 \[26KB\]](#) □
  - ・ [X](#) [（別添4）職員向けタイムスタディ調査票 \[207KB\]](#) □

（参考）令和6年3月29日付け改正通知

[PDF](#) [「生産性向上推進体制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等の提示について」及び「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」等における生産性向上に先進的に取り組む特定施設等に係る人員配置基準の留意点について](#) [\[3.5MB\]](#) □

## 生産性向上に先進的に取り組む特定施設等の人員配置基準の見直しに関する通知（令和6年3月15日策定、令和6年3月29日一部改正）

- [PDF](#) [「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」等における生産性向上に先進的に取り組む特定施設等に係る人員配置基準の留意点について \[177KB\]](#) □
  - ・ [X](#) [（別紙1）特定施設等における生産性向上に先進的に取り組む場合における人員配置基準の特例的な柔軟化の適用に係る届出書 \[51KB\]](#) □
  - ・ [X](#) [（別紙2）特定施設等における生産性向上に先進的に取り組む場合における人員配置基準の特例的な柔軟化の適用に係る届出書（調査結果） \[48KB\]](#) □
  - ・ [X](#) [（別添1）職員向けタイムスタディ調査票 \[207KB\]](#) □
  - ・ [X](#) [（別添2）利用者向け調査票 \[29KB\]](#) □
  - ・ [X](#) [（別添3）施設向け調査票（労働時間調査票） \[30KB\]](#) □
  - ・ [X](#) [（別添4）職員向け調査票 \[27KB\]](#) □

（参考）令和6年3月29日付け改正通知

[PDF](#) [「生産性向上推進体制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等の提示について」及び「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」等における生産性向上に先進的に取り組む特定施設等に係る人員配置基準の留意点について](#) [\[3.5MB\]](#) □

# 令和6年度介護報酬改定に関する通知等の改正（個別の通知その2）

## テクノロジーを導入する場合の夜間の人員配置基準に関する通知

○  [「厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準」のテクノロジーを導入する場合の夜間の人員配置基準における留意点について \[206KB\]](#) 

・  [（別紙）テクノロジーを導入する場合の夜間の人員配置基準（ユニット型を除く）に係る届出書 \[35KB\]](#) 

ICTを使った夜勤の行う勤務条件

## 総合事業に関する通知

○  [介護保険法施行規則第140条の63の6第1号に規定する厚生労働大臣が定める基準について \[388KB\]](#) 

○  [「介護保険法施行規則第140条の63の2第1項第1号に規定する厚生労働大臣が定める基準の制定に伴う実施上の留意事項について」の一部改正について \[502KB\]](#) 

・  [（参考）（事務連絡）介護予防・日常生活支援総合事業に係る第一号事業支給費の額を市町村が別に定める場合の取扱いについて（周知） \[120KB\]](#) 

## 老人福祉法に関する通知

○  [「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」等の一部改正について \[78KB\]](#) 

・  [特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について \[446KB\]](#) 

・  [養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について \[382KB\]](#) 

・  [軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準について \[425KB\]](#) 

## EPAに関する通知

- [PDF](#) [「「経済上の連携に関する日本国とインドネシア共和国との間の協定に基づく看護及び介護分野におけるインドネシア人看護師等の受入れの実施に関する指針」について」の一部改正について \[195KB\]](#) 
- [PDF](#) [「「経済上の連携に関する日本国とフィリピン共和国との間の協定に基づく看護及び介護分野におけるフィリピン人看護師等の受入れの実施に関する指針」等について」の一部改正について \[217KB\]](#) 
- [PDF](#) [「「看護師及び介護福祉士の入国及び一時的な滞在に関する日本国政府とベトナム社会主義共和国政府との間の交換公文に基づく看護及び介護分野におけるベトナム人看護師等の受入れの実施に関する指針」について」の一部改正について \[216KB\]](#) 
- [PDF](#) [「「介護職種について外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律施行規則に規定する特定の職種及び作業に特有の事情に鑑みて事業所管大臣が定める基準等」について」の一部改正について \[284KB\]](#) 
- [PDF](#) [「「出入国管理及び難民認定法第七条第一項第二号の基準を定める省令及び特定技能雇用契約及び一号特定技能外国人支援計画の基準等を定める省令の規定に基づき介護分野について特定の産業上の分野に特有の事情に鑑みて当該分野を所管する関係行政機関の長が定める基準」について」の一部改正について \[182KB\]](#)

## 認知症研修に関する通知

- [PDF](#) [「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」の一部改正について \[690KB\]](#) 
- [PDF](#) [「認知症介護実践者等養成事業の実施について」の一部改正について \[323KB\]](#) 

# 令和6年度介護報酬改定に関する通知等の改正（個別の通知その3）

認知症ケアチーム推進加算

## 認知症チームケア推進加算に関する通知

- [PDF 認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について \[171KB\]](#) 
- ・ [X \(別紙様式\) 認知症チームケア推進加算ワークシート \[39KB\]](#) 

## 令和6年度介護報酬改定に関するQ & A

- [PDF 令和6年度介護報酬改定に関するQ & A \(Vol. 1\) \(令和6年3月15日\) \[1.1MB\]](#) 
- [PDF 令和6年度介護報酬改定に関するQ & A \(Vol. 2\) \(令和6年3月19日\) \[163KB\]](#) 
- [PDF 令和6年度介護報酬改定に関するQ & A \(Vol. 3\) \(令和6年3月29日\) \[146KB\]](#) 
- [PDF 令和6年度介護報酬改定に関するQ & A \(Vol. 4\) \(令和6年4月18日\) \[110KB\]](#) 
- [PDF 令和6年度介護報酬改定に関するQ & A \(Vol. 5\) \(令和6年4月30日\) \[234KB\]](#) 

## 介護職員等処遇改善加算等に関するQ & A

- [PDF 介護職員等処遇改善加算等に関するQ & A \(第1版\) \(令和6年3月15日\) \[421KB\]](#) 

# 【参考】様式のまとめ



入所・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションの加算に必要とされる様式例について

赤字：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

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2-1 興味・関心チェックシート
別紙様式2-2-1、2-2-2 リハビリテーション計画書
別紙様式2-3 リハビリテーション会議録(訪問・通所リハビリテーション)
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2-5 生活行為向上リハビリテーション実施計画
別紙様式2-6 診療情報提供に係る文書
別紙様式2-7 ケアマネジメント連絡用紙
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
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)
別紙様式4-2 栄養情報提供書(様式例)
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5-1 口腔・栄養スクリーニング様式(通所リハビリテーション(介護予防も含む))
別紙様式6-1 口腔衛生の管理体制についての計画(介護保険施設)
別紙様式6-3 口腔の健康状態の評価及び情報共有書
別紙様式6-4 口腔機能向上サービスに関する計画書(様式例)
(参考)リハビリテーション計画書(施設)=別紙様式1 リハビリテーション計画書
(参考)口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書=別紙様式11 口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書
(参考)口腔衛生管理加算 様式(実施計画)=別紙様式3 口腔衛生管理加算 様式(実施計画)

青字：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(老企第40号)

別紙様式1 リハビリテーション計画書
別紙様式2 (診療情報提供書 ※書類名なし)
別紙様式3 口腔衛生管理加算 様式(実施計画)
別紙様式5 褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書
別紙様式6 排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書
別紙様式7 自立支援促進に関する評価・支援計画書
別紙様式7 別添 ICFステージング
別紙様式8 薬剤調整報告書
別紙様式9 薬剤変更等に係る情報提供書
別紙様式11 口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書
別紙様式13 退所時情報提供書

入所・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションの加算に必要とされる様式例について

緑字: 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

別紙様式1 科学的介護推進に関する評価(通所・居住サービス)

別紙様式2 科学的介護推進に関する評価(施設サービス)

別紙様式3 生活・認知機能尺度

別紙様式4 DBD13

別紙様式5 ICFステージング

紫字: 生産性向上推進体制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等の提示について

別紙1 生産性向上推進体制加算に関する取組の実績報告書(毎年度報告)

別紙2 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)の算定に関する取組の成果

別添1 利用者向け調査票

別添2 施設向け調査票(労働時間等調査票)

別添3 職員向け調査票

別添4 職員向けタイムスタディ調査票

橙色: 認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について

別紙様式 認知症チームケア推進加算ワークシート

黒字: 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 口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書 =別紙様式11 口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書

	加算名称	LIFE		加算に使用な様式例 ※●LIFEに必要な項目がある様式	代用可能な様式	備考
		有無	提出			
入所	リハビリマネジメント (基準)	-	-	別紙様式2-2-1 ●, 2-2-2 ●	別紙様式1-2 別紙様式1	
				別紙様式2-6		
				別紙様式2-7		
				別紙様式2-8		
	栄養管理 (基準)	-	-	別紙様式4-1-1 ●	別紙様式1-2	
				別紙様式4-1-2	別紙様式1-2	
	栄養マネジメント強化加算	○	全員	別紙様式4-1-1 ● 別紙様式4-1-2	別紙様式1-2	
	リハビリテーションマネジメント 計画書情報加算 (I)	○	個別	別紙様式2-2-1 ●, 2-2-2 ●	別紙様式1-2	【必須加算】 栄養マネジメント強化加算 口腔衛生管理加算(II)
				別紙様式4-1-1 ●	別紙様式1-2	
				別紙様式3 ●	別紙様式1-2	
	リハビリテーションマネジメント 計画書情報加算 (II)	○	個別	別紙様式2-2-1 ●, 2-2-2 ●	別紙様式1-2	
	短期集中リハビリテーション実施加算 (I)(II)	(I)のみ	個別	別紙様式2-2-1 ●, 2-2-2 ●	別紙様式1-2	
	口腔衛生の管理体制 (基準)	-	-	別紙様式6-1		
				別紙様式6-3		
	口腔衛生管理加算(I)・(II)	(II)のみ	個別	別紙様式3 ●	別紙様式1-2	
	経口移行加算	-	-	別紙様式4-1-2		
	経口維持加算(I)・(II)	-	-	別紙様式4-1-1 ●	別紙様式1-2	
				別紙様式4-1-2	別紙様式1-2	
	退所時情報提供加算(I)	-	-	別紙様式2		
				別紙様式13		
	退所時栄養情報連携加算	-	-	別紙様式4-2		
	科学的介護推進体制加算 (I)・(II)	○	全員	別紙様式2 ●		
				別紙様式3 ●		
別紙様式4 ●						
別紙様式5 ICF ●						
褥瘡マネジメント加算	○	全員	別紙様式5 ●			
排せつ支援加算	○	全員	別紙様式6 ●			
認知症チームケア推進加算	-	-	別紙様式			
自立支援促進加算	○	全員	別紙様式7 ●			
			別紙様式7 別添 ●			
かかりつけ医連携薬剤調整加算 (I)・(II)・(III)	(II)と(III)	個別	別紙様式8			
			別紙様式9 ●			
生産性向上加算(I)(II)	-	-	別紙1			
			別紙2			
			別添1			
			別添2			
			別添3			
			別添4			

	加算名称	LIFE		加算に使用な様式例 ※●LIFEに必要な項目がある様式	代用可能な様式	備考
		有無	提出			
通所 リハ	リハビリテーション計画 (基準) ※予防も含む	-	-	別紙様式2-1		
				別紙様式2-2-1 ●, 2-2-2 ●	別紙様式1-1	
				別紙様式2-3		
				別紙様式2-4		
訪問 リハ	リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)	○	個別	別紙様式2-1		
				別紙様式2-2-1 ●, 2-2-2 ●	別紙様式1-1	
				別紙様式2-3		
				別紙様式2-4		
通所 リハ	リハビリテーションマネジメント加算 (ハ)	○	個別	別紙様式2-1		
				別紙様式2-2-1 ●, 2-2-2 ●	別紙様式1-1	
				別紙様式2-3		
				別紙様式2-4		
				別紙様式4-3-1 ●	別紙様式1-1	
	生活行為向上リハビリテーション加算	-	-	別紙様式2-1		
				別紙様式2-2-1 ●, 2-2-2 ●	別紙様式1-1	
				別紙様式2-3		
				別紙様式2-4		
	口腔・栄養スクリーニング加算	-	-	別紙様式2-5		
				別紙様式5-1		
	栄養改善加算	-	-	別紙様式6-4 ●	別紙様式1-1	
				別紙様式4-3-1 ●	別紙様式1-1	
				別紙様式4-3-2	別紙様式1-1	
				別紙様式4-3-1 ●	別紙様式1-1	
	栄養アセスメント加算	○	全員	別紙様式4-3-2	別紙様式1-1	
別紙様式4-3-1 ●				別紙様式1-1		
口腔機能向上加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	(Ⅱ)のみ	個別	別紙様式6-4 ●	別紙様式1-1	(Ⅱ)イのみリハマネ (ハ)を算定	
科学的介護推進体制加算	○	全員	別紙様式1 ●			
			別紙様式3 ●			
			別紙様式4 ●			
			別紙様式5 ●			
訪問リハ	口腔連携強化加算	-	-	別紙様式6		
予防通所リハ 予防訪問リハ	12月超減算免除	○	個別	別紙様式2-2-1 ●, 2-2-2 ●	別紙様式1-1	

# 入所・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションの加算を算定する上で必要な体制届け出用紙

介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について

様式NO.	算定加算	様式名	入所	短期入所	通所リハ	訪問リハ
別紙11	口腔連携強化加算	口腔連携強化加算に関する届出書		○		○
別紙12-2	認知症専門ケア加算	認知症専門ケア加算に係る届出書	○	○		
別紙14-2	サービス提供体制強化加算	サービス提供体制強化加算に関する届出書				○
別紙14-3	サービス提供体制強化加算	サービス提供体制強化加算に関する届出書			○	
別紙14-4	サービス提供体制強化加算	サービス提供体制強化加算に関する届出書	○	○		
別紙20	移行支援加算	訪問リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出書				○
別紙22	中重度者ケア体制加算	中重度者ケア体制加算に係る届出書			○	
別紙22-2		利用者の割合に関する計算書(中重度者ケア体制加算)			○	
別紙24	移行支援加算	通所リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出書			○	
別紙28	生産性向上推進体制加算	生産性向上推進体制加算に係る届出書	○	○		
別紙29	基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算	介護老人保健施設(基本型・在宅強化型)の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出書(9月まで)	○	○		
別紙29-2		介護老人保健施設(基本型・在宅強化型)の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出書(10月から)	○	○		
別紙35	高齢者施設等感染対策向上加算	高齢者施設等感染対策向上加算に係る届出書	○			
別紙38	栄養マネジメント体制・栄養マネジメント強化加算	栄養マネジメント体制に関する届出書	○			
別紙40	認知症チームケア推進加算	認知症チームケア推進加算に係る届出書	○			
別紙41	褥瘡マネジメント加算	褥瘡マネジメント加算に関する届出書	○			

- 届け出用紙の『様式NO.』は都道府県によって異なるため、都道府県のHPで必ず確認すること
- 求められる添付書類も都道府県によって異なる場合もある
- 協力医療機関に関する届出書は、別の通知にある(掲載場所:老企第44号)

## 介護老人保健施設、加算別の算定方法

身体拘束廃止未実施減算	体制
安全管理体制未実施減算	体制
栄養管理基準減算	体制
夜勤職員配置加算	体制
短期集中リハ加算	個別
認知症短期集中リハ加算	個別
認知症ケア加算(76単位)	体制
若年性認知症受入加算	体制
在宅復帰在宅療養支援加算	体制
外泊時費用	個別
外泊時在宅サービス利用費用	個別
ターミナルケア加算	個別
初期加算	個別
退所時栄養情報連携加算	個別
入所前後訪問指導加算	個別
試行的退所時指導加算	個別
退所時情報提供加算	個別
入退所前連携加算	個別
訪問看護指示加算	個別
協力医療機関連携加算	体制
栄養マネジメント強化加算	体制

経口移行加算	個別
経口維持加算	個別
口腔衛生管理加算	個別
療養食加算	個別
かかりつけ医連携調整加算	個別
緊急時治療管理	個別
所定疾患施設療養費	個別
認知症専門ケア加算 (Ⅰ:3単位 Ⅱ:4単位)	個別
認知症チームケア推進加算	個別
リハビリマネジメント計画書情報加算	個別
褥瘡マネジメント加算 (体制でもⅠとⅡが利用者ごとに変わる)	体制
排せつ支援加算 (体制でもⅠとⅡとⅢが利用者ごとに変わる)	体制
自立支援促進加算	体制
科学的介護推進体制加算 (体制でもⅠとⅡが利用者ごとに変わる)	体制
安全対策体制加算	体制
高齢者施設等感染対策向上加算 (ⅠとⅡ併算定可能)	体制
新興感染症等施設療養費	個別
生産性向上推進体制加算	体制
サービス提供体制強化加算	体制
介護職員等処遇改善加算	体制

※加算名一部略称

## (予防)通所リハビリテーション、加算別の算定方法

通所リハビリテーション	
理学療法士等体制強化加算	個別
延長加算	個別
リハ提供体制加算	個別
中山間地域等提供加算	個別
入浴介助加算	個別
リハマネジメント加算	個別
短期集中個別リハ	個別
認知症短期集中リハ加算	個別
生活行為向上リハ加算	個別
若年性認知症受入加算	個別
栄養アセスメント加算	体制
栄養改善加算	個別
口腔栄養スクリーニング加算	個別
口腔機能向上加算	個別
重度療養管理加算	個別
中重度者ケア体制加算	体制
科学的介護推進体制加算	体制
同一建物減算	個別
送迎減算	個別
退院時共同指導加算	個別
移行支援加算	体制
サービス提供体制加算	体制
介護職員等処遇改善加算	体制

予防通所リハビリテーション	
中山間地域等提供加算	個別
生活行為向上リハ加算	個別
若年性認知症受入加算	個別
同一建物減算	個別
12月超減算	個別
退院時共同指導加算	個別
栄養アセスメント加算	体制
栄養改善加算	個別
口腔栄養スクリーニング加算	個別
口腔機能向上加算	個別
一体的サービス提供加算	個別
科学的介護推進体制加算	体制
サービス提供体制加算	体制
介護職員等処遇改善加算	体制

※加算名一部略称

# 介護報酬関係やその他のご質問は、会員専用サイトから



## 会員の皆さまへ

- [① 会員専用ページ](#)
- [② 会員施設専用お問い合わせ](#)
- [③ 調査票ダウンロード](#)

## ④ 入会・変更手続

都道府県支部事務担当者用  
会員管理新システム  
準備サイト

令和6年能登半島  
地震関連

老健施設職員の  
「メンタルヘルス相談」  
窓口

法令検索システム  
「法令・Q&A検索システム  
全老健介護保険制度情報  
サービス」

## 会員施設専用お問い合わせ

※お問い合わせ内容によっては、ご返信までにお時間をいただく事がございます。あらかじめご了承ください。

※「[介護保険制度・報酬について](#)」のご質問につきましては、まずは「[法令検索システム](#)」にて通知・Q&Aを検索し、ご一読頂いたうえで、さらにご不明点等ございましたらお問い合わせください。

※「[新型コロナウイルス対応等について](#)」で10月以降の取扱いにつきましては、まずは[こちら](#)にてご確認ください。

5類変更（5/8以降）後の取扱いにつきましては、[こちら](#)にてご確認ください。また、最新情報、厚生労働省からのお知らせもご確認ください。

※「[LIFE](#)」のご質問につきましては、[こちら](#)をご覧ください。

都道府県名:

会員施設名称:

氏名:

電話番号:

-  -

メールアドレス:

お問い合わせの内容

内容（125字以内）:

## 最新情報

一覧

- ▶ **New!** 2024年3月22日 【厚生労働省からのお知らせ】  
令和6年4月以降の新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて
- ▶ **New!** 2024年3月22日 【厚生労働省からのお知らせ】  
「医師法施行規則及び歯科医師法施行規則の一部を改正する省令」の交付について(通知)
- ▶ **New!** 2024年3月22日 【厚生労働省からのお知らせ】  
第6回外国人介護人材の業務の在り方に関する検討会(令和6年3月22日開催)配布資料について

## 研修最新情報

年間スケジュール  
これまでの最新情報

## 会員専用情報

一覧

## 全老健 LIFE 相談窓口

本件照会先:全老健共済会 TEL:03-5425-6900



### ご要望・ご意見・ご質問フォーム

本窓口に対するご要望・ご意見等（〇〇について説明動画が欲しい、こういうことをして欲しい等）がございましたらお寄せください。今後の業務の参考とさせていただきます。ご質問は原則として入力いただいた電話番号宛に回答させていただきます。回答に時間を要する場合がありますのでご了承ください。電話番号が未入力の場合はご連絡が出来ませんので、ご質問の場合は電話番号を必ずご入力ください。

#### カテゴリ選択 \*

- ご要望・ご意見（こちらは返信を行っておりません。今後の業務の参考とさせていただきます）
- ご質問（ご質問はTEL:03-5425-6900にお問い合わせ頂くことも可能です）

#### ご要望・ご意見・ご質問等についてご入力ください \*

回答を入力

#### 施設名（任意）

回答を入力