指定介護保険事業者のための運営の手引き

通所リハビリテーション／介護予防通所リハビリテーション

横須賀市民生局福祉こども部指導監査課

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

令和５年４月改訂

目　次

項目	頁
Ⅰ　条例の性格等	1
Ⅱ　サービスの提供の方法について	4
1　単位についての考え方	4
2　通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションの一体的運営	5
Ⅲ　人員基準について	6
1　基本的な基準	6
（1）医師	6
（2）理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員	6
2　診療所の緩和基準	7
（1）医師	7
（2）理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員	7
3　用語の定義	8
Ⅳ　設備基準について	１０
（1）設備等	１０
Ⅴ　運営基準について	１１
1　サービス開始の前に	１１
（1）内容及び手続きの説明及び同意	１１
（2）提供拒否の禁止	１１
（3）サービス提供困難時の対応	１１
（4）受給資格等の確認	１２
（5）要介護（要支援）認定の申請に係る援助	１２
2　サービス開始に当たって	１２
（1）心身の状況等の把握	１２
（2）居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）等との連携	１２
（3）居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に沿ったサービスの提供	１２
（4）居宅サービス計画（介護予防サービス計画）等の変更の援助	１３
（5）基本取扱方針	１３
（6）具体的取扱方針	１３
（7）通所リハビリテーション計画の作成	１５
（8）介護予防通所リハビリテーション計画とモニタリング	１９
3　サービス提供時	１９
（1）サービス提供の記録	１９
（2）利用料等の受領	１９

項目	頁
（3） 保険給付の請求のための証明書の交付	２１
（4） 利用者に関する市町村への通知	２１
（5） 緊急時等の対応	２１
４　事業運営	２１
（1） 管理者の責務	２１
（2） 運営規程	２１
（3） 勤務体制の確保等	２２
（4） 定員の厳守	２３
（5） 非常災害対策	２３
（6） 業務継続計画の策定等	２４
（7） 衛生管理等	２５
（8） 掲示	２６
（9） 秘密保持等	２６
（10） 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止	２７
（11） 苦情処理等	２７
（12） 事故発生時の対応	２７
（13） 虐待の防止	２８
（14） 会計の区分	３０
（15） 記録の整備	３０
Ⅵ　介護報酬請求上の注意点について	３１
１　通所リハビリテーション	３１
（1） 指定通所リハビリテーションの提供について	３１
（2） 事業所規模による通所リハビリテーション費	３１
（3） 所要時間について	３４
（4） 利用者の体調不良等のやむを得ない事由によるサービス提供時間の短縮	３６
（5） サービス提供時間中の中断	３７
（6） 他のサービスとの関係	３７
２　介護予防通所リハビリテーション	３７
（1） 定額制	３７
（2） 他のサービスとの関係	３９
３　減算・その他	３９
（1） 送迎について	３９
（2） 定員超過による減算	３９
（3） 職員の人員欠如による減算	４２

項目	頁
（4） 利用者の住居と同一建物に所在する事業所に対する減算	４２
（5） 送迎を行わない場合の減算	４３
（6） 12月を超えて指定介護予防リハビリテーションを行う場合の減算	４４
４　加算	４４
（1） 感染症又は災害の発生を理由とする利用者の減少が一定以上生じている場合の対応	４６
（2） 入浴介助加算	４８
（3） リハビリテーションマネジメント加算	５０
（4） 短期集中個別リハビリテーション実施加算	５４
（5） 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	５５
（6） 生活行為向上リハビリテーション加算	５８
（7） 若年性認知症利用者受入加算	６０
（8） 栄養アセスメント加算	６１
（9） 栄養改善加算	６２
（10） 口腔・栄養スクリーニング加算	６４
（11） 口腔機能向上加算	６６
（12） 重度療養管理加算	６８
（13） 中重度者ケア体制加算	６９
（14） 移行支援加算	７２
（15） 運動機能向上加算	７５
（16） 選択的サービス複数実施加算	７６
（17） 科学的介護推進体制加算	７７
（18） 時間延長サービス加算	７８
（19） サービス提供体制強化加算	７８
（20） 事業所評価加算	８０
（21） 理学療法士等体制強化加算	８２
（22） 介護職員処遇改善加算	８２
（23） 介護職員等特定処遇改善加算	８６
（24） 介護職員等ベースアップ等支援加算	８９
５　所要時間１時間以上２時間未満のサービスの提供について	９０
６　医療保険と介護保険のリハビリテーションの給付調整について	９０
［資料］　個人情報保護について	９１
［資料］　勤務形態一覧表の作成方法・常勤換算の算出方法	９２

Ⅰ　条例の性格等

基準条例の制定

● 従前、指定居宅サービス及び指定介護予防サービスの事業の人員、設備、運営等に関する基準等については、厚生省令及び厚生労働省令により全国一律の基準等が定められていましたが、「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」（平成 23 年法律第 37 号。いわゆる「第1次一括法」）及び「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により、「介護保険法」が改正され、各地方自治体において、当該基準等の内容を条例で定めることとなりました。横須賀市でも当該基準等を定める条例を制定し、平成 25 年4月1日から施行しました。

基準条例の改正

● 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）及び介護保険法の規定に基づき、各基準省令が改正されたことに伴い、平成27年4月1日に各基準条例・基準条例施行規則・解釈通知を改正しました。

● その後、平成30年４月１日に各基準条例を改正し、本市が独自に定めている基準以外は、厚生省及び厚生労働省で定める基準の例によることとし、併せて制定方法を、基準省令に準拠する旨の条文と、市独自基準の条文を表記する省令準拠方式に改正しました。また併せて基準条例施行規則も改正しました。

【指定通所リハビリテーションに関する基準】

○　指定居宅サービス等の事業の人員等に関する基準等を定める条例
（平成 30 年横須賀市条例第 28 号。以下「居宅条例」という。）

○　指定居宅サービス等の事業の人員等に関する基準等を定める条例施行規則
（平成 25 年横須賀市規則第 43 号）

【指定介護予防通所リハビリテーションに関する基準】

○　指定介護予防サービス等の事業の人員等に関する基準等を定める条例
（平成 30 年横須賀市条例第 29 号。以下「予防条例」という。）

○　指定介護予防サービス等の事業の人員等に関する基準等を定める条例施行規則
（平成 25 年横須賀市規則第 44 号）

【指定通所リハビリテーションに関する基準及び指定介護予防通所リハビリテーションに関する基準（国の省令）等】

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

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

○　指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について
（平成 11 年９月 17 日老企第 25 号。以下「解釈通知」という。）

○　指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準
（平成 12 年厚生省告示第 19 号。以下「厚告 19」という。）

○　指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の

制定に伴う実施上の留意事項について
（平成 12 年３月１日老企第 36 号。以下「老企 36」という。）
○　指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準
（平成 18 年厚生労働省告示第 127 号。以下「厚労告 127」という。）
○　指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
（平成 18 年３月 17 日老計発第 0317001 号・老振発第 0317001 号・老老発第 0317001 号：別紙１）

（参考）居宅条例及び予防条例の掲載場所
○「横須賀市ホームページ（http://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/index.html）」
→　総合案内
→　健康福祉・子育て教育
→　福祉
→　介護・高齢者福祉
→　介護保険サービス事業者
→　条例・規則・解釈
（http://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/3020/kaigo-osirase/20130401jourei.html）
→横須賀市の基準条例等

条例の性格

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

●　指定居宅サービスの事業を行う者又は行おうとする者が満たすべき基準等を満たさない場合には、指定居宅サービスの指定又は更新は受けられず、また、基準に違反することが明らかになった場合には、

①勧告　相当の期間を定めて基準を遵守するよう勧告を行い、
↓
②公表　相当の期間内に勧告に従わなかったときは、事業者名、勧告に至った経緯、当該勧告に対する対応等を公表し、
↓
③命令　正当な理由が無く、当該勧告に係る措置を採らなかったときは、相当の期限を定めて当該勧告に係る措置を採るよう命令することができます。
（③の命令をした場合には事業者名、命令に至った経緯等を公示しなければなりません。）

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

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

○　運営に関する基準及び介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準に従って事業の運営をすることができなくなったことを理由として指定が取り消され、法に定める期間の経過後に再度当該事業者から当該事業所について指定の申請がなされた場合には、当該事業者が運営に関する基準及び介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を遵守することを確保することに特段の注意が必要であり、その改善状況等が確認されない限り指定を行わないものとする、とされています。

○　特に、居宅サービスの事業の多くの分野においては、基準に合致することを前提に自由に事業への参入を認めていること等にかんがみ、基準違反に対しては、厳正に対応すべきであるとされています。

指定居宅サービスの事業の一般原則

居宅省令第３条

◎　指定居宅サービス事業者は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めなければなりません。

◎　指定居宅サービス事業者は、指定居宅サービスの事業を運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、市町村、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めなければなりません。

◎　指定居宅サービス事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければなりません（令和６年３月31日までの間は、努力義務とされています。）。

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

【ポイント】

【介護保険等関連情報の活用とＰＤＣＡサイクルの推進について】

・　基準省令第１条の２第６項は、指定居宅介護支援を行うに当たっては、介護保険法第 118 条の２第１項に規定する介護保険等関連情報等を活用し、事業所単位でＰＤＣＡサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければなりません。

Ⅱ　サービスの提供の方法について

１　単位についての考え方（解釈通知　第３の７　（１））

◆　**単位とは**

指定通所リハビリテーションの「単位」とは、通所リハビリテーションの提供が同時に、一体的に行われるものをいいます。

例えば、次のような場合は、２単位として扱われます。

①　同時に一定の距離を置いた２つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているとはいえない場合

②　午前と午後とで別の利用者に対してサービスを提供する場合

◆　**従業者の配置**

単位ごとに必要な従業者を確保し、配置しなければなりません。

◆　**減算との関係**

通所リハビリテーションの報酬の定員超過減算、職員の人員欠如減算は、単位ごとに判断するため、単位ごとに、利用者の数・配置した職員について記録することが必要です。

→　「２単位」としていても、

①　単位ごとに利用者グループが分かれていない

②　従業者が一体的にサービス提供を行っている（単位ごとに配置されていない）

場合には、２単位としては認められず、１単位として扱われることになります。

【指導事例】

１単位目　利用定員 10 人
２単位目　利用定員 10 人　　の２単位で指定を受けていたが、

実態として、
・明確に単位ごとに利用者グループが分かれていなかった。
・従業者も単位ごとに固定されておらず、利用者 20 人を従業者全員で介護していた。
・サービスの提供内容も１単位目の利用者と２単位目の利用者が同じ時間帯に一緒にリハビリテーションを行うなど一体的にサービスが提供されていた。

→　１単位・利用定員 20 人のサービス提供と考えられます。

→　変更届が必要となります。

２　通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションの一体的運営

（１）人員基準・設備基準　　**居宅省令第 111 条、112 条　予防省令第 117 条、118 条**

通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションは、同一の事業所において一体的に運営されている場合には、

① 設備・備品は共通で使用することができます。
② 面積要件（Ｐ10 参照）の算定については、通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションを合計した利用定員に応じた面積の確保が必要となります。
③ 職員の人員配置については、通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションの利用者を合計した数に応じて必要な人員が配置される必要があります。

【注意】

なお、居宅サービスと介護予防サービスを同一の拠点において運営されている場合であっても**完全に体制を分離して行われており一体的に運営されているとは評価されない場合**にあっては、人員についても設備、備品についてもそれぞれが独立して基準を満たす必要があります。（解釈通知第２の３）

（２）運営の方法

①　定　　員

一体的に行う事業所は、要介護者と要支援者の合計で定員を定めます。

②　共通サービス（日常生活の支援等）

サービス提供を物理的に分ける必要はありません。

③　加算に係るサービス、選択的サービス

原則として物理的に区分してサービスを提供しなければなりません。ただし、同時かつ一体的に行うとしても、特段の支障がないものについては、必ずしも物理的に区分する必要はありません。

【ポイント】

【国ＱＡ】（平成 18 年 3 月 22 日Ｑ＆Ａ（vol.1））
（問９）　介護予防通所系サービスの提供に当たり、利用者を午前と午後に分けてサービス提供を行うことは可能か。
（答）　介護予防通所系サービスに係る介護報酬は包括化されていることから、事業者が、個々の利用者の希望、心身の状態等を踏まえ、利用者に対してわかりやすく説明し、その同意が得られれば、提供回数、提供時間について自由に設定を行うことが可能である。
（問14）　予防給付の通所系サービスと介護給付の通所系サービスの提供に当たっては物理的（空間的・時間的）にグループを分けて行う必要があるのか。
（答）①　日常生活上の支援（世話）等の共通サービス（入浴サービスを含む。）については、サービス提供に当たり、物理的に分ける必要はないこととする。
②　選択的サービス（介護給付の通所系サービスについては、各加算に係るサービス）については、要支援者と要介護者でサービス内容がそもそも異なり、サービスの提供は、時間やグループを区分して行うことが効果的・効率的と考えられることから、原則として、物理的に区分してサービスを提供することとする。ただし、例えば、口腔機能向上のための口・舌の体操など、内容的に同様のサービスであって、かつ、当該体操の指導を要支援者・要介護者に同時かつ一体的に行うこととしても、特段の支障がないものについては必ずしも物理的に区分する必要はないものとする。

Ⅲ　人員基準について

１　基本的な基準　　（居宅省令第 111 条、予防省令第 117 条）

（※診療所は下の２の基準に従うことができます）

（１）医師

○　専任の常勤医師が１人以上勤務していなければなりません。

ただし、病院又は診療所と併設されている介護老人保健施設（以下「老健」という。）が行う通所リハビリテーション事業所については、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務でかまいません。（医師について、介護老人保健施設の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）病院又は診療所と併設されていない老健に常勤医師として勤務している場合には、当該医師をもって常勤の要件として足りるものとされています。

（２）理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員（看護師・准看護師）、介護職員

○　従事者１人が１日に行うことができる指定通所リハビリテーションは２単位までです。ただし、１時間から２時間までの通所リハビリテーションについては、0.5 単位として扱います。

ア　全体での配置

単位ごとに、提供時間帯を通じて、専ら提供に当たる上記のいずれかの職種の職員を１以上配置することとし、利用者が 10 人を超える場合は、利用者の数を 10 で除した数以上確保しなければなりません。

イ　専門職（理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）の配置

・　単位ごとに、専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を、利用者が 100 人又はその端数を増すごとに１人以上確保しなければなりません。

※　サービス提供時間の中でリハビリテーションの提供を行う時間帯は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のいずれかのリハビリ専門職を配置する必要があります。

【ポイント】

・　アとイの両方を満たさなくてはなりません。
・　専門職はサービス提供日ごとに配置するようにしてください。

注１　上記人員基準は、最低限の基準です。実際のサービス提供に当たっては、個別リハビリテーション実施加算等の加算算定その他も勘案し、必要な人員の配置を行ってください。

注２　保険医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーション（以下、疾患別リハビリテーション）と１時間以上２時間未満の通所リハビリテーションとは、一定の条件を満たした場合、理学療法士等は同日に疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションを提供することができます。

【国ＱＡ】（平成 30 年３月 23 日）

（問 85）　保険医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーション（以下、疾患別リハビリテーション）と１時間以上２時間未満の通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションを同時に行なう場合、理学療法士等は同日に疾患別リハビリテーション、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを提供することができるのか。

（答）　次の４つの条件を全て満たす場合は可能である。

１．通所リハビリテーションにおける 20 分の個別リハビリテーションに従事した時間を、疾患別リハビリテーションの１単位とみなし、理学療法士等１人当たり１日 18 単位を標準、１日 24 単位を上限とし、週 108 単位以内であること。

２．１時間以上２時間未満の通所リハビリテーションにおける 20 分の個別リハビリテーションに従事した時間を、疾患別リハビリテーションの１単位とみなし、理学療法士等１人あたり１日 18 単位を基準、１日 24 単位を上限とし、週 108 単位以内であること。

３．疾患別リハビリテーション１単位を訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの20 分としてみなし、理学療法士等１人当たり１日合計８時間以内、週 36 時間以内であること。
４．理学療法士等の疾患別リハビリテーション、通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションに従事する状況が、勤務簿等に記載されていること。〔通所リハビリテーション・事業〕

注３　人員欠如については、減算しなくてはならない場合があります。

減算については、Ⅵ「介護報酬請求上の注意点について」で確認してください。

２　診療所の緩和基準　（居宅省令第 111 条第１項・第２項、予防省令第 117 条第１項・第２項）

（１）医師

○　利用者数が同時に 10 人を超える場合

・　専任の常勤医師が１人以上勤務していなければなりません。ただし、診療所と併設されている老健が行う通所リハビリテーション事業所については、当該診療所の常勤医師との兼務でかまいません。

○　利用者数が同時に 10 人以下の場合

・　専任の医師が１人以上勤務していなければなりません。

・　利用者数は、専任の医師一人に対し１日 48 人以内でなければなりません。

（２）理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員（看護師・准看護師）、介護職員

○　従事者１人が１日に行うことができる指定通所リハビリテーションは２単位までです。ただし、１時間から２時間までの通所リハビリテーションについては、0.5 単位として扱います。

ア　全体での配置

単位ごとに、提供時間帯を通じて、専ら提供に当たる上記のいずれかの職種の職員を１以上確保することとし、利用者が 10 人を超える場合は、利用者の数を 10 で除した数以上確保しなければなりません。

イ　専門職の配置

・　単位ごとに、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、作業療法士若しくは言語聴覚士又は通所リハビリテーション若しくはこれに類するサービスに１年以上従事した経験を有する看護師が、常勤換算方法で 0.1 以上確保されていること。

【ポイント】

・　アとイの両方を満たさなくてはなりません。

・　イの経験を有する看護師とは、

①　重度認知症患者デイケア、精神科デイケア、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料に係る施設基準の届出を行った保険医療機関等

②　指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーション事業所

③　「厚生労働大臣が定める特定診療費及び特別診療費に係る指導管理等及び単位数」に定める理学療法、作業療法に係る施設基準の届出を行った介護保険施設

において、それらに１年以上従事した看護師です。（准看護師は該当しません）

・　専門職は、サービス提供日ごとに配置するように努めてください。

注１　上記人員基準は、最低限の基準です。実際のサービス提供に当たっては、加算算定の要件等も勘案し、必要な人員の配置を行ってください。

注２　保険医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーション（以下、疾患別リハビリテーション）と１時間以上２時間未満の通所リハビリテーションを同時に行なう場合、一定の条件を満たした場合、理学療法士等は同日に疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションを提供することができます。

具体的な条件は前ページのＱ＆Ａのとおりです。

注３　人員欠如については、減算しなくてはならない場合があります。

減算については、「Ⅵ　介護報酬請求上の注意点について」で確認してください。

３　用語の定義　（解釈通知第２の２）

①　単位ごとに

指定通所リハビリテーションの単位とは、指定通所リハビリテーションが同時に、一体的に提供されるグループをいいます。

単位が複数ある場合、それぞれの単位ごとに職員を配置しなくてはなりません。

【ポイント】

・　通所リハビリテーションの提供記録において、職員の配置については、単位ごとに記録しましょう。（単位ごとに記載がないと、場合によっては、人員欠如として報酬返還となる可能性があります。）

②　提供時間帯を通じて

「サービスを提供する時間の間はいつでも」の意味です。

③　専ら従事する・専ら提供に当たる

原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいいます。

この場合のサービス提供時間帯とは、当該従業者の当該事業所における勤務時間をいうものであり、常勤・非常勤の別を問いません。

ただし、通所系サービスについては、あらかじめ計画された勤務表に従って、サービス提供時間帯の途中で同一職種の従業者と交代する場合には、それぞれのサービス提供時間を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをもって足りるとされています。

⇒　つまり、「提供時間帯を通じて専らサービス提供に当たる従業員を確保する」とは、「提供時間帯に当該職種の従業者が常に確保されるよう必要な配置を行わなくてはならない」ということです。（人は交代しても構わないが、単位ごとに、提供時間帯には常に、それぞれの職種の従業者が必要数必ずいなければならない、ということです。）

④　常勤

当該通所リハビリテーション事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（1 週間に勤務すべき時間数が 32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とする）に達していることをいいます。

ただし、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和 47 年法律第 113 号）第 13 条第１項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成３年法律第 76 号。以下「育児・介護休業」という。）第 23 条第１項、同条第３項又は同法第 24 条に規定する所定労働時間の短縮等の措置（以下「育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を 30 時間として取り扱うことを可能とする。

同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所の職務であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるもの（例：管理者が訪問介護の管理者も兼務する場合）については、それぞれに係る時間数の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものとします。

また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、母性健康管理措置、育児・介護休業法

第２条第１号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同条第２号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）、同法第23条第２項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第24条第１項（第２号に係る部分に限る。）の規定により同項第２号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業（以下「育児休業に準ずる休業」という。）を取得中の期間において、当該人員基準において求められる資質を有する複数の非常勤の従事者を常勤の従業者の員数に換算することにより、人員基準を満たすことが可能であることとします。

⑤　常勤換算方法

従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、その員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいいます。（勤務時間の合計が常勤の職員の何人分かということ）この場合の勤務延時間数は当該通所リハビリテーションに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、老健で施設と通所リハビリテーションの職種を兼務する場合、当該従事者の勤務延時間数は通所リハビリテーションサービスに係る時間数だけを算入します。

ただし、母性健康管理措置又は育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている場合、30 時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、１として取り扱うことを可能とします。

【ポイント】

・　併設する病院・診療所・老健等との兼務について
通所リハビリテーションに従事している時間は、老健本体や病院での勤務時間としてカウントすることはできません。

Ⅳ　設備基準について

（1）設備等　　居宅省令第 112 条、予防省令第 118 条

指定通所リハビリテーション事業所は、

指定通所リハビリテーション事業所を行うにふさわしい専用の部屋等であって、３平方メートルに利用定員（同時に指定通所リハビリテーションの提供を受けることができる利用者の数の上限）を乗じた面積以上のものを有しなければなりません。

ただし、介護老人保健施設併設である場合にあっては、当該専用の部屋等の面積に食堂（リハビリテーションに供用されるものに限る）の面積を加えることができます。

また、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定通所リハビリテーションを行うために必要な専用の機械及び器具を備えなければなりません。

＜疾患別リハビリテーション届出の保険医療機関の特例＞

・　保険医療機関が医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーションの届出を行っており、当該保険医療機関において、１時間以上２時間未満の指定通所リハビリテーションを実施する際には、指定通所リハビリテーションの利用者に対するサービス提供に支障が生じない限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えありません（必要な機器及び器具の利用についても同様です）。

・　この場合の指定通所リハビリテーションを行うために必要なスペースは、３平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用定員と医療保険のリハビリテーションを受ける患者の数を乗じた面積以上とすることとされています。（解釈通知第３の７（２）イ）

【国ＱＡ】（平成 24 年 3 月 16 日）

（問 86）　保険医療機関が医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーションの届出を行っており、当該保険医療機関において、１時間以上２時間未満の通所リハビリテーションを実施する際には、通所リハビリテーションに対する利用者のサービス提供に支障が生じない場合に限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えないこととされているが、通所リハビリテーションを行うために必要なスペースの具体的な計算方法はどうなるのか。

（答）　１時間以上２時間未満の通所リハビリテーションが提供される時間帯のいずれの時間においても、介護保険の通所リハビリテーションの利用者数と医療保険のリハビリテーションを受ける患者数を合算し、これに３平方メートルを乗じた面積以上が確保されていることが必要である。

＜老健併設の場合＞

別途、面積要件について、補助金に係る規定が別途定められています。詳細は介護老人保健施設を所管する横須賀市の担当部局にご確認ください。

・消火設備その他の非常災害に際して必要な設備（解釈通知第３の２（３））

消防法その他の法令等に規定された設備を確実に設置しなければなりません。

Ⅴ　運営基準について

＊　通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションで内容が基本的に同じものは１つにまとめ、通所リハビリテーションの文言で記載しています。介護予防通所リハビリテーションについては適宜読み替えてください。

例：通所リハビリテーション計画→介護予防通所リハビリテーション計画、
居宅介護支援事業者→介護予防支援事業者、
要介護→要支援

１　サービス開始の前に

（１）内容及び手続の説明及び同意　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 119 条（第８条準用）、予防省令第 123 条（第 49 条の２準用）

指定通所リハビリテーションの提供の開始に際しては、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要などを、説明書やパンフレットなど重要事項を記した文書を交付して説明を行い、サービス提供開始についての同意を得なければなりません。この場合において、当該利用申込者の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法（電子的方法、磁気的方法その他人の知覚によって認識することができない方法をいう。）により同意を得ることができます。

【ポイント】

○重要事項を記した文書に記載すべきと考えられる事項は、以下のとおりです。
ア　法人、事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、併設サービスなど）
イ　営業日、営業時間、サービス提供日、サービス提供時間
ウ　利用料その他費用の額
エ　従業者の勤務体制（単位ごと）
オ　事故発生時の対応
カ　苦情相談窓口（事業所担当、市町村、国民健康保険団体連合会などの相談・苦情の窓口も記載）
キ　利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項

※　重要事項を記した文書を説明した際は、内容に同意した旨及び交付したことがわかる旨の署名を得てください。
※　重要事項説明書の内容と運営規程の内容に齟齬がないようにしてください。

サービス提供開始についての同意は重要事項説明書の交付のほかに、利用申込者及びサービス事業者双方を保護する観点から、書面（契約書等）により確認することが望ましいと考えます。

（２）提供拒否の禁止　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令 119 条（第 10 条準用）、予防省令第 123 条（第 49 条の３準用）

正当な理由なく通所リハビリテーションの提供を拒んではなりません。

【ポイント】

原則として、利用申し込みに対して応じなければなりません。
特に要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することは禁じられています。
提供を拒むことのできる正当な理由とは、
ア　事業所の現員では、利用申し込みに応じきれない。
イ　利用申込者の居住地が実施地域外である。　等があげられます。

（３）サービス提供困難時の対応　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 119 条（第 10 条準用）、予防省令第 123 条（第 49 条の４準用）

（２）のア、イなどの理由で利用申込者に対し自ら必要なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定通所リハビリテーション事業者等を紹介するな

どの必要な措置を速やかに講じなければなりません。

（４）受給資格等の確認　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 119 条（第 11 条準用）、予防省令第 123 条（第 49 条の５準用）

利用の申込みがあった場合は、その者の被保険者証（介護保険）によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認します。

被保険者証に、認定審査会の意見が記載されているときは、これに配慮して指定通所リハビリテーションを提供するよう努めなければなりません。

（５）要介護（要支援）認定の申請に係る援助　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 119 条（第 12 条準用）、予防省令第 123 条（第 49 条の６準用）

要介護認定を受けていない者から利用申込があった場合には、要介護認定の申請が、既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、利用申込者の意思を踏まえて、速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければなりません。

また、居宅介護支援事業者を利用していない利用者に対しては、継続して保険給付を受けるためには、要介護認定の更新が必要となりますので、遅くとも要介護認定の有効期間終了日の 30 日前には更新申請が行われるよう、必要な援助を行わなければなりません。

２　サービス開始に当たって

（１）心身の状況等の把握　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 145 条（第 13 条準用）、予防省令第 123 条（第 49 条の７準用）

利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議、本人・家族との面談等を通じて、利用者の心身の状況・病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければなりません。

【ポイント】

【注意！】通所リハビリテーションの提供開始に当たっての診断書の提出

通所リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者の健康状態を把握することは重要ですが、利用者にとって診断書の提出は義務ではありません。

利用者から任意に提出していただける場合には構いませんが、「診断書の提出がなければ一切サービス提供できない」とすることは不適切です。

（利用者の健康状態を把握するためには、担当のケアマネジャーや主治医に利用者の状態を確認するといった方法も考えられます。）

（２）居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）等との連携
［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 119 条（第 64 条準用）、予防条例第 123 条（第 67 条準用）

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

（３）居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に沿ったサービスの提供
［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 119 条（第 16 条準用）、予防省令第 123 条（第 17 条の 10 準用）

居宅サービス計画（介護予防サービス計画）が作成されている場合は、当該計画に沿った通所リハビリテーションを提供しなければなりません。

（４）居宅サービス計画(介護予防サービス計画)等の変更の援助
［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 119 条(第 17 条準用)、予防省令第 123 条(第 49 条の 11 準用)

利用者が居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の変更を希望する場合は、当該利用者に係る居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）への連絡その他の必要な援助を行わなければなりません。

（１）～（４）の【ポイント】

（１）～（４）までは、他のサービス事業者、特にケアマネジャーとの密接な連携が必要となります。

○　サービス担当者会議の出席

居宅サービス計画を変更する場合等に、ケアマネジャーは通所リハビリテーション事業者等の居宅サービス事業者等を集めてサービス担当者会議を開催することになっています。通所リハビリテーション事業者はこの会議に出席しなくてはなりません。

（５）基本取扱方針　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 113 条、予防省令第 124 条

○　通所リハビリテーション

①　利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければなりません。

②　自らその提供する指定通所リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図らなければなりません。

○　介護予防通所リハビリテーション

①　利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければなりません。

②　主治の医師又は歯科医師と連携を図りつつ、自らその提供する指定介護予防通所リハビリテーションの質の評価を行うとともに、常にその改善を図らなければなりません。

③　指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たり、単に利用者の運動器の機能の向上、栄養状態の改善、口腔機能の向上等の特定の心身機能に着目した改善等を目的とするものではなく、当該心身の機能の改善等を通じて、利用者が出来る限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービスの提供に当たらなければなりません。

④　利用者がその有する能力を最大限に活用することができるような方法によるサービスの提供に努めなければなりません。

⑤　指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たり、利用者とのコミュニケーションを十分に図ること、その他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加することができるよう適切な働きかけに努めなければなりません。

（６）具体的取扱方針　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 114 条、予防省令第 125 条

○　通所リハビリテーション

①　医師の指示及び通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行います。

②　通所リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行います。

③　常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供する。認知症である要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整えます。

④　リハビリテーション会議の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するよう努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。

○　介護予防通所リハビリテーション

① 主治の医師又は歯科医師からの情報伝達やサービス担当者会議若しくはリハビリテーション会議を通じる等の適切な方法により、利用者の病状、心身の状況、置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行います。

② 医師等の介護予防通所リハビリテーション従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等に基づき、共同して、利用者の心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえ、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスを行う期間等を記載した介護予防通所リハビリテーション計画を作成します。

③ 医師等の従業者は、既に介護予防サービス計画が作成されている場合には、当該計画の内容に沿って介護予防通所リハビリテーション計画を作成します。

④ 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。

⑤ 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画を作成したときは、当該計画を利用者に交付します。

⑥ 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護予防通所リハビリテーション計画に基づき、利用者が日常生活を営むために必要な支援を行います。

⑦ 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行います。

⑧ 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行います。

⑨ 医師等の従業者は、利用者の状態、当該利用者に対するサービスの提供状況等について介護予防サービス計画を作成した指定介護予防支援事業所に、毎月１回以上報告するとともに、サービスを行う期間の終了までに、計画の実施状況の把握（モニタリング）を１回以上行います。

⑩ 医師等の従業者は、モニタリングの結果を記録し、介護予防サービス計画を作成した指定介護予防支援事業所に報告します。

⑪ 医師等の従業者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防通所リハビリテーション計画の変更を行います。

◎リハビリテーション会議について

・ リハビリテーション会議の構成員は、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られた指定居宅サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とします。

・ 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当該構成員と共有するようにしてください。

・ リハビリテーション会議は、利用者及びその家族の参加を基本とするものであるが、家庭内暴力等によりその参加が望ましくない場合や、家族が遠方に住んでいる等によりやむを得ず参加できない場合は、必ずしもその参加を求めるものではありません。

・ リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由等により、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必要があります。

・ リハビリテーション会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

【国ＱＡ】（平成 27 年４月１日）

（問 81） リハビリテーション会議への参加は、誰でも良いのか。

（答） 利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、

居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等の担当者その他の関係者が構成員となって実施される必要がある。

（問 82）　介護支援専門員が開催する「サービス担当者会議」に参加し、リハビリテーション会議等同の構成員の参加とリハビリテーション計画に関する検討が行われた場合は、リハビリテーション会議を開催したものと考えてよいか。

（答）　サービス担当者会議からの一連の流れで、リハビリテーション会議と同様の構成員によって、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を共有した場合は、リハビリテーション会議を行ったとして差し支えない。

（問 83）　リハビリテーション会議に欠席した構成員がいる場合、サービス担当者会議と同様に照会という形をとるのか。

（答）　照会は不要だが、会議を欠席した居宅サービス担当者等には、速やかに情報の共有を図ることが必要である。

（問 97）　通所リハビリテーションの提供時間中にリハビリテーション会議を開催する場合、当該会議に要する時間は人員基準の算定に含めてよいか。また、リハビリテーション会議を事業所以外の場所で開催する場合も人員基準の算定に含めてよいか。

（答）　通所リハビリテーションの提供時間中に事業所内でリハビリテーション会議を開催する場合は、人員基準の算定に含めることができる。リハビリテーション会議の実施場所が事業所外の場合は、提供時間帯を通じて専ら当該通所リハビリテーションの提供に当たる従業者が確保されている、又は、専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が１以上確保され、従業者以外の人員がリハビリテーション会議に参加する場合は含めなくてよい。

【国ＱＡ】（平成 27 年４月 30 日 Q&A(Vol.2)）

（問６）　地域ケア会議とリハビリテーション会議が同時期に開催される場合であって、地域ケア会議の検討内容の１つが、通所リハビリテーションの利用者に関する今後のリハビリテーションの提供内容についての事項で、当該会議の出席者が当該利用者のリハビリテーション会議の構成員と同様であり、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有した場合、リハビリテーション会議を開催したものと考えてよいか。

（答）　貴見のとおりである。

（7）通所リハビリテーション計画の作成　［通所リハビリテーション］　居宅省令第 115 条

① 医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる通所リハビリテーション従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえ、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所リハビリテーション計画を作成します。

② 通所リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。

③ 通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。

④ 通所リハビリテーション計画を作成したときは、当該計画を利用者に交付します。

⑤ 通所リハビリテーション従業者は、それぞれの利用者について、通所リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載します。

⑥ 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４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４項まで

に規定する基準を満たしているもとみなすことができます。

【ポイント】

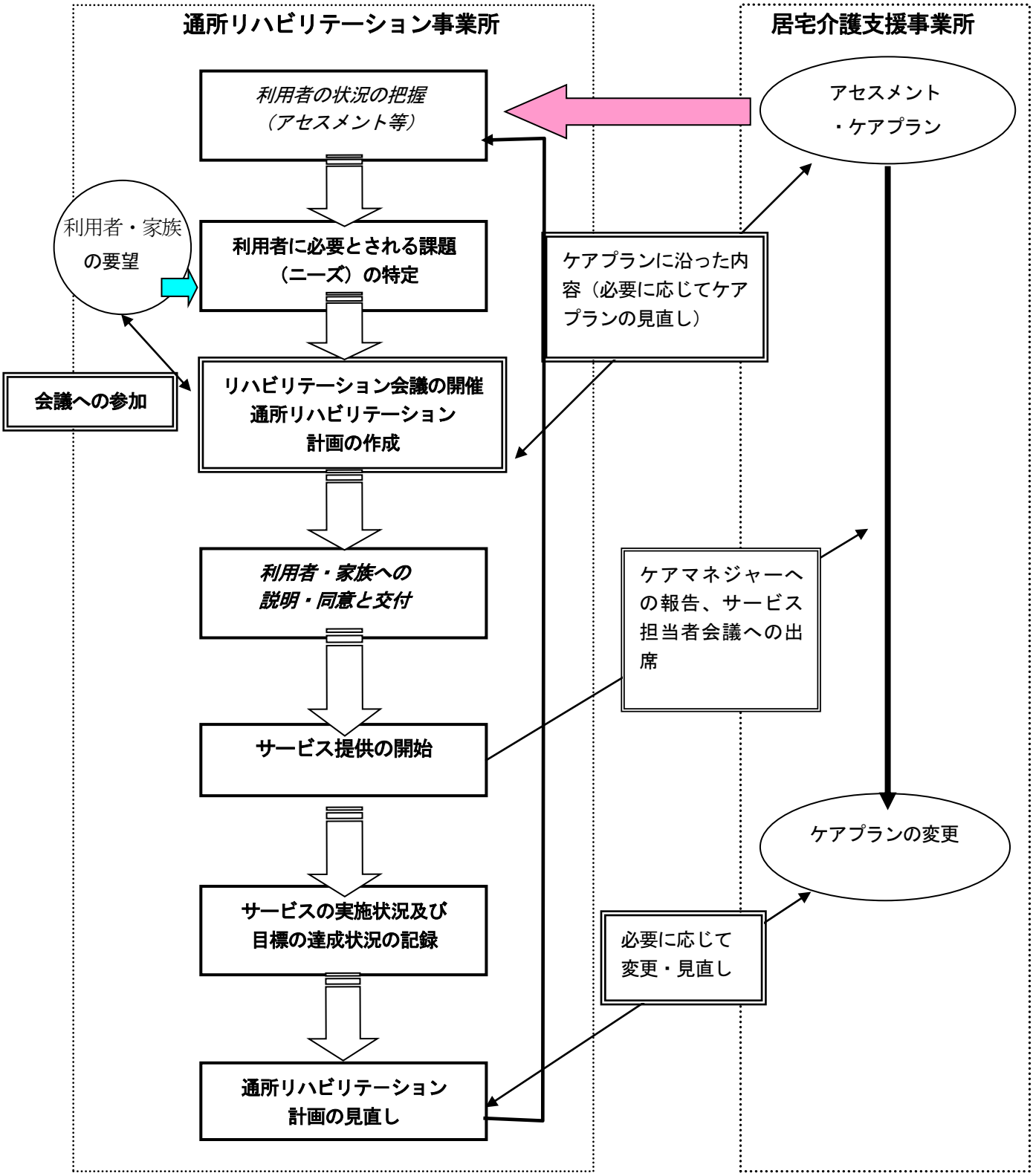
- 訪問リハビリテーションと一体的な計画を作成するに当たっては、各々の事業の目標を踏まえた上で、共通目標を設定します。また、その達成に向けて各々の事業の役割を明確にした上で、利用者に対して一連のサービスとして提供できるよう、個々のリハビリテーションの実施主体、目的及び具体的な提供内容等を１つの目標として分かりやすく記載するよう留意します。
- 訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションにおいて整合性のとれた計画に従いリハビリテーションを実施した場合には、診療記録を一括して管理しても差し支えありません。
- 居宅サービス計画に基づきサービス提供している指定通所リハビリテーション事業者については、当該居宅サービス計画を作成している、指定居宅介護支援事業者から、通所リハビリテーション計画の提供の求めがあった際には、通所リハビリテーション計画を提供してください。
- 指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等の指示を行ってください。
- 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達してください。

【ポイント】通所リハビリテーション計画作成の流れ

通所リハビリテーションの基本方針（居宅省令第113条）

通所リハビリテーションは、要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければなりません。

従って、アクティビティや趣味活動のみの提供は通所リハビリテーションとは言えませんし、加算の算定の有無に関わらず、利用者には個別リハビリテーションを含め必要なリハビリテーションが提供される必要があります。



【ポイント】通所リハビリテーション計画の作成について

≪通所リハビリテーション計画の作成までの流れ≫

1　利用者の状況の把握（アセスメント）

利用者の心身の状況・日常生活全般状況の把握（アセスメント）を行います。

ポイント
① 通所サービスに対する利用者の希望の把握（利用者本人は何をしたいのか、してもらいたいのか、通所サービスに対する不安、抵抗感等）
② 全体の状況から利用者の隠された可能性の発見
③ 隠れたニーズの把握
④ 通所時の状況（活動プログラムへの参加状況、利用者との交流、集団への適応、休憩等）

2　課題の特定

１のアセスメントに基づき、居宅サービス計画及び利用者の希望を勘案しながら、通所サービスとしての課題を特定します。

ポイント
① 自立支援という観点から課題を把握
② 居宅サービス計画との整合を図りながら、利用者の希望する生活達成のために、通所サービスとして何を援助・介護すべきかを検討

3 通所リハビリテーション計画の作成（居宅省令第 115 条）

２で特定した課題の優先順位をつけ、解決すべき課題・援助目標を記載し、その達成に必要なサービス内容を記載します。また、サービス内容の実施状況、具体的な対応方法等の適否について定期的に評価し、その結果を記入します。

ポイント
① 医師等の従業者は診察内容又は運動機能検査、作業能力検査等の結果を基に、共同して、個々の利用者ごとに作成します。
② 抽象的でなく、利用者のニーズを踏まえ、具体的に記載します。（課題・援助目標が居宅サービス計画の丸写しではなく、通所施設としての目標を設定してください。）
③ 居宅サービス計画の課題の具体的内容がわかりにくい場合、他の課題を発見した場合等には、居宅介護支援事業所に確認・提案します。
④ 定期的に評価を実施し、援助目標の変更等について検討します。

● 盛り込むべき項目
① 計画作成者・作成日
② 利用者名・要介護度
③ 解決すべき課題
④ 援助目標
⑤ 提供するサービス内容
⑥ 上記に係る留意事項
⑦ サービス提供に要する標準的な時間
⑧ 通所サービスの実施状況、効果の評価
⑨ 利用者・家族への説明者名、説明・同意・交付日、同意者名、同意に関する署名欄

【加算に関する計画書との関係】

各加算に関する計画書とは別に、通所リハビリテーション計画を作成する必要があります。なお、各加算の計画書と通所リハビリテーション計画等を一体的に作成することも可能ですが、その場合は加算に係る部分を明確に判断できることが必要です。

（８）介護予防通所リハビリテーション計画とモニタリング　［介護予防通所リハビリテーション］
予防省令第 125 条

【ポイント】

介護予防の場合は、計画にサービス提供期間を定め、その期間内に実施状況の把握（モニタリング）を行い、その結果について介護予防支援事業者に報告しなくてはなりません。

⇨ **介護予防通所リハビリテーション計画の作成については、P13「（６）　具体的取扱方針」に記載しています。**

３　サービス提供時

（１）サービス提供の記録　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 119 条（第 19 条準用）、予防省令第 123 条（第 49 条の 13 準用）

通所リハビリテーションサービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録しなければなりません。

記録の整備　　→　P30 参照

【ポイント】

・　「サービスの提供内容」や「適正な職員配置がされていたか」をきちんと記録に残していないと介護報酬の返還、減算となることがあります。
・　記録の様式は特に定まっていませんが、次の点を参考にして作成・見直しをしてください。

＜勤務体制について＞
・　提供日ごと、単位ごとにどの職種にどの職員が勤務したか分かるようにしてください。
（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員、その他加算の算定基準に配置が定められた職員等）

＜利用者に対するサービス内容について＞
・　サービスの提供開始時刻、終了時刻
・　送迎（片道か往復か）の有無、入浴の有無等に関係する記録
・　送迎の記録（事業所の発着時間、利用者名、運転車、運転者名等）

（２）利用料等の受領　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 119 条（第 96 条準用）、予防省令第 118 条の２

運営基準で定められた費用	介護報酬に係るもの（利用者負担）	基本額	［通所リハビリテーション］ ［介護予防通所リハビリテーション］ 月定額報酬
		加算額	
	その他の費用（自己負担）	特別なサービス等の費用	実施地域外の交通費
			通常の提供時間を超えるサービス提供に伴う費用 ［通所リハビリテーションのみ］
		日常生活費	食費（※１）、おむつ代
		その他の日常生活費（※２）	身の回り品の費用 教養娯楽費

※　１　食費については、「居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針」（H17.9.7 厚労省告示第 419 号）に基づき、料金を設定し、手続きを行う必要があります。
※　２　その他の日常生活費　　費用を画一的に徴収することは認められません。

→　H12.3.30 厚生省通知　老企 54「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」

	どんな場合？	具体的には？	注意点
身の回り品の費用	・利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを提供する場合	一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられる物品（例えば、歯ブラシや化粧品等の個人用の日用品等）	すべての利用者に対して一律に提供し、すべての利用者からその費用を画一的に徴収することは認められません
教養娯楽費	・利用者の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを提供する場合	サービス提供の一環として実施するクラブ活動や行事における材料費等	すべての利用者に一律に提供される教養娯楽に係る費用について徴収することは認められません

【ポイント】

【国ＱＡ】（平成 18 年 3 月 22 日 Q&A（vol.1））
（問 15）　月単位の介護報酬たる介護予防サービスの介護報酬についてキャンセル料を徴収することは可能か。また、キャンセルがあった場合においても、報酬は定額どおりの算定が行われるのか。
（答）　キャンセルがあった場合においても、介護報酬上は定額どおりの算定がなされることを踏まえると、キャンセル料を設定することは想定しがたい。

※　利用者のキャンセルにより結果的に月に 1 回の利用もなくなり介護報酬を算定できない場合や、介護保険外の費用（食費等）についてはキャンセル料を徴収できます。ただし、運営規程、重要事項説明書、契約書、料金表等にキャンセル料の徴収要件や金額を記載するとともに、事前に利用者に説明し、同意を得ていることが前提です。

【指導事例】

・　利用者全員が希望したとして、利用者全員が一律に使用するシャンプー・石けんやタオルのリネン費用を身の回り品の費用として徴収していた。
→すべての利用者に対して一律に提供するものについては、その他日常生活費として徴収することはできません。入浴に通常付随する費用は入浴加算の報酬中に組み込まれています。
・　プログラムの一環として利用者全員が参加する機能訓練で使用する材料費について、利用者から一律に徴収していた。
→すべての利用者に対して一律に提供するものについては、その他日常生活費として徴収することはできません。

＜介護報酬の利用者負担分＞

・利用者負担として、支払いを受けなければなりません。

＜領収書＞

・　通所リハビリテーションの提供に要した費用について、利用者から支払いを受けたものについては、それぞれ個別の費用に区分した上で、領収書を交付しなければなりません。

＊　領収書の様式例：
「介護保険制度下での居宅サービス等の対価に係る医療費控除等の取扱いについて」（平成 28 年 10 月３日改正　厚生労働省老健局振興課事務連絡）別紙　参照

【ポイント】

ア　利用者負担を免除することは、指定の取消等を直ちに検討すべきとされる重大な基準違反です。
イ　当該サービスの内容及び費用について、利用者又は家族に対し、あらかじめ説明を行い、利用者の同意を得なければなりません。（この場合も、同意は文書により行います。）
ウ　領収書又は請求書には、サービスを提供した日や利用者負担の算出根拠である請求単位等、利用者が支払う利用料、日常生活費、通所リハビリテーションサービスの提供範囲外の費用等の内訳がわかるように区分してください。

（３）保険給付の請求のための証明書の交付　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 119 条(第 21 条準用)、予防省令第 123 条(第 50 条の２準用)

法定代理受領サービスに該当しない指定（介護予防）通所リハビリテーションに係る利用料の支払いを受けた場合には、提供した指定（介護予防）通所リハビリテーションサービスの内容、費用の額その他利用者が保険給付を保険者に対して請求する上で必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付しなければなりません。

（４）利用者に関する市町村への通知　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 119 条(第 26 条準用)、予防省令第 123 条(第 50 条の３準用)

利用者が、次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければなりません。

① 正当な理由なしに指定（介護予防）通所リハビリテーションの利用に関する指示に従わないことにより、要介護（支援）状態の程度を増進させたと認められるとき。

② 偽りその他不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

（５）緊急時等の対応　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 119 条(第 27 条準用)、予防省令第 118 条の３

サービス提供時に利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡その他の必要な措置を講じなくてはなりません。

【ポイント】

・ 緊急時の主治医等の連絡先を把握している必要があります。

（関連）４　事業運営（12）事故発生時の対応（Ｐ27）

４　事業運営

（１）管理者等の責務　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 116 条、予防省令第 119 条

管理者は、医師、理学療法士、作業療法士又は専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから選任した者に必要な管理の代行をさせることができます。

管理者又は管理を代行する者は、従業者に対して運営に関する基準を遵守させるため、必要な指揮命令を行うものとします。

【ポイント】

＜従業者の勤務管理＞

・ タイムカード等によって出勤状況を確認できるようにしてください。
・ 基準以上の人員配置になるよう、勤務ローテーションを組んでください。
・ 従業者との雇用関係が確認できるよう雇用契約書等を事業所に保管してください。
・ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員等資格が必要な職種については、資格を確認し、資格証等の写しを事業所で保管してください。

＜労働関係法令の遵守＞

・ 労働関係法令については、労働基準監督署等に相談するなどして適正な事業運営を行ってください。

（２）運営規程　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 117 条、予防省令第 120 条

次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めなければなりません。

ア　事業所の名称、事業所の所在地、事業の目的及び運営の方針
イ　従業者の職種、員数及び職務の内容
ウ　営業日及び営業時間、サービス提供日、サービス提供時間

エ　利用定員（単位数、単位ごとの定員）
オ　内容及び利用料その他の費用の額
カ　通常の事業の実施地域
キ　サービスの利用に当たっての留意事項
ク　非常災害対策
ケ　虐待の防止のための措置に関する事項（令和６年３月 31 日までの間は、努力義務とされています。）
コ　その他運営に関する重要事項
（「事故発生時の対応」「従業者及び退職後の秘密保持」「苦情・相談体制」「従業者の研修」等）

【ポイント】

・　運営規程は事業所の指定申請の際に作成しています。
・　**指定後は、事業所名称、所在地、営業日、営業時間、従業者の職種、員数、利用料等の内容の変更の都度、運営規程も修正しておく必要があります。**（修正した年月日、内容を最後尾の附則に記載することで、いつ、どのように変更されたか分かるようになります。）
・　員数は、日々変わりうるものであるため、事業所ごとに置くべきとされている員数を満たす範囲において、「○人以上」と記載することも差し支えありません。

（３）勤務体制の確保等　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 119 条(第 101 条準用)、予防省令第 120 条の２

・　利用者に対して、適切な指定（介護予防）通所リハビリテーションを提供できるよう、事業所ごとに従業者の勤務の体制を定め、当該事業所の従業者によって指定（介護予防）通所リハビリテーションを提供しなければなりません。
・　従業者の資質向上のため、研修の機会を確保しなければなりません。その際、当該指定通所リハビリテーション事業者は、全ての指定通所リハビリテーション従業者に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければなりません。
・　指定通所リハビリテーション事業者は、適切な指定通所リハビリテーションの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより通所介護従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければなりません。

【ポイント】

・　勤務体制を勤務表（日ごと）により明確にしてください。
・　事業所ごとに、雇用契約の締結等により、事業所の指揮命令下にある従業者によりサービス提供を行ってください。
・　事業主には、職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメント（以下「職場におけるハラスメント」という。）の防止のための雇用管理上の措置を講じることが義務付けられています。事業主が講ずべき措置の具体的内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりです。なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、利用者やその家族等から受けるものも含まれていることに留意してください。

イ　事業主が講ずべき措置の具体的内容

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

a　事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発

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

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

相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。なお、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等

の措置義務については、女性の職業生活における活躍の促進に関する法律（令和元年法律第 24 号）附則第３条の規定により読み替えられた労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第 30 条の２第１項の規定により、中小企業（資本金が３億円以下又は常時使用する従業員の数が 300 人以下の企業）は、令和４年４月１日から義務化となり、それまでの間は努力義務とされているが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努められたい。

ロ　事業主が講じることが望ましい取組について

パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、①相談に応じ、適切に対応するために不調な体制の整備、②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して１人で対応させない等）及び③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）が規定されています。介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、イ（事業主が講ずべき措置の具体的内容）の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましいとされています。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省のホームページに掲載されていますので、参考にしてください。

（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html）

（４）定員の厳守　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 119 条（第 102 条準用）、予防省令第 120 条の３

利用定員を超えて指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供を行ってはなりません。
ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。

【ポイント】

【国ＱＡ】（平成 18 年 3 月 22 日 Q&A（vol.1））

（問 39）　通所サービスと介護予防通所サービスについて、それぞれの定員を定めるのか、それとも全体の定員の枠内で、介護と予防が適時振り分けられれば良いものか。

（答）　通所サービスと介護予防通所サービスを一体的に行う事業所の定員については、介護給付の対象となる利用者（要介護者）と予防給付の対象となる利用者（要支援者）との合算で利用定員を定めることとしている。例えば、定員 20 人という場合、要介護者と要支援者とを合わせて 20 人という意味であり、利用日によって、要介護者が 10 人、要支援者が１０人であっても、要介護者が 15 人、要支援者が５人であっても、差し支えない。

定員の超過の減算については、「Ⅵ　３　（２）定員超過による減算」（Ｐ39）参照。

（５）非常災害対策　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 119 条（第 103 条準用）、予防省令第 120 条の４

非常災害に関する具体的計画を定め、非常災害時における関係機関への通報体制及び関係機関との連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行わなければなりません。なお、訓練の実施に当たっては、地域住民の参加が得られるよう、連携に努めなければなりません。

【ポイント】

ア　非常災害に関する具体的計画とは、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画のことです。

イ　防火管理の責任者を決め、消防計画等を策定し、地域の消防機関へ速やかに通報する体制を従業員に周知してください。

ウ　消防法に基づき、消火設備の設置や避難訓練を実施してください。

エ　日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制

を構築してください。

→　消防機関と連携・相談し、適切な措置を講じてください。

（６）業務継続計画の策定等　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 119 条（第 30 条の２準用）、予防省令第 123 条（第 53 条の２の２準用）
（令和６年３月 31 日までの間は努力義務とされています。）

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

【ポイント】

①　業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えありません。また、感染症や災害が発生した場合には、従業者が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましいです。

②　業務継続計画には、以下の項目等を記載してください。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照してください。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定してください。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではありません。

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

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

③　研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとします。

職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年1回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましいです。また、研修の実施内容についても記録してください。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えありません。

④　訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年1回以上）に実施するものとします。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えありません。

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

（7）衛生管理等　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第 118 条、予防省令第 121 条

・　利用者の使用する施設、食器その他の設備及び飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用機器の管理を適正に行わなければなりません。

・　指定通所リハビリテーション事業者は、当該指定通所リハビリテーション事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じなければなりません。次に掲げる各措置は、事業所に実施が求められるものですが、他のサービスの事業者との連携等により行うことも差し支えありません（本内容については、令和６年３月 31 日までの間は、努力義務とされています。）。

①　当該指定通所リハビリテーション事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね６月に１回以上開催するとともに、その結果について、通所リハビリテーション従業者に周知徹底を図ること。

②　当該指定通所リハビリテーション事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。

③　当該指定通所リハビリテーション事業所において、通所リハビリテーション従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施すること。

【ポイント】

ア　従業員に対し健康診断等を実施し、健康状態について把握してください。
イ　食事の提供を行う場合には、食中毒対策が必要です。
ウ　入浴を行う場合には、レジオネラ症等の感染症対策が必要です。
※　定期的な教育を行うとともに、新規採用時には必ず感染症対策研修を実施すること等が重要です。
　　また、研修の実施内容については記録が必要です。

● 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会

当該事業所における感染対策委員会であり、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましいです。構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、感染対策担当者を決めておくことが必要です。感染対策委員会は、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね6月に1回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要があります。

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

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

● 感染症の予防及びまん延の防止のための指針

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

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

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

● 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練

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

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

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

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

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

→　食中毒・感染症の発生防止のための措置については、必要に応じ保健所の助言、指導を求めてください。

→　インフルエンザ、Ｏ－１５７、レジオネラ症の対策については、別途通知が出ています。

（８）掲示　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第119条（第32条準用）、予防省令第123条（第53条の４準用）

事業所の見やすい場所に、運営規程、従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければなりません。

なお、指定通所リハビリテーション事業者は、重要事項を記載した書面を当該指定通所リハビリテーション事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、掲示に代えることができます。

【ポイント】

・　運営規程、重要事項説明書・苦情処理の概要等を掲示してください。

→　参考：　Ｖ１　サービス開始の前に　（１）内容及び手続きの説明及び同意（Ｐ11）

（９）秘密保持等　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅条例第119条（第33条準用）、予防条例第123条（第53条の５準用）

従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはなりません。

【ポイント】

ア　過去に従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければなりません。
※「必要な措置」とは
→従業者でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を従業者の雇用時等に取り決め、例えば違約金についての定めを置くなどの措置を講ずるべきとされています。

イ　サービス担当者会議等において、居宅介護支援事業者や他のサービス事業者に対して利用者に関する情報を提供することが想定されます。このことについて、あらかじめ、利用者に説明を行い、文書により利用者から同意を得ておかなければなりません。　→　個人情報使用同意書

ウ　個人情報保護法の遵守について
介護保険事業者の個人情報保護法に関するガイドラインが厚生労働省から出されています。
詳細は、インターネットに掲載しています。
かながわ福祉情報コミュニティー
＞介護情報サービスかながわ　http://www.rakuraku.or.jp/kaigo
＞ライブラリ（書式/通知）
＞５．国・県の通知
＞個人情報の適切な取扱いについて

(10) 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止
［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第119条(第35条準用)、予防省令第123条(第53条の７準用)

居宅介護（介護予防）支援事業者による居宅（介護予防）サービス事業者の紹介が公正中立に行われるよう、居宅介護（介護予防）支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与することは禁じられています。

【ポイント】

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

(11) 苦情処理等　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第119条(第36条準用)、予防省令第123条(第53条の８準用)

提供した（介護予防）通所リハビリテーションサービスに関する利用者又はその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置その他の**必要な措置**を講じなければなりません。

＜事業所が苦情を受けた場合＞

利用者及びその家族からの苦情を受け付けた場合は、苦情に対し事業所が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情の受付日、内容を記録しなければなりません。

＜市町村に苦情があった場合＞

市町村から文書その他の物件の提出若しくは提示の求めがあった場合又は市町村の職員からの質問若しくは照会があった場合は、その調査に協力しなければなりません。また、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って、必要な改善を行わなければなりません。市町村からの求めがあった場合には、指導又は助言に従って行った改善の内容を市町村に報告しなければなりません。

＜国保連に苦情があった場合＞

利用者からの苦情に関して、国保連が行う調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従い必要な改善を行わなければなりません。また、国保連から求めがあった場合には、指導又は助言に従って行った改善の内容を国保連に報告しなければなりません。

【ポイント】

＜利用者からの苦情に対応するための必要な措置＞

「必要な措置」とは、苦情を受け付けるための窓口を設置することのほか、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等、当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、これを利用者又はその家族にサービスの内容を説明する文書（重要事項説明書等）に記載するとともに、事業所に掲示すること等です。

→　Ｖ１　サービス開始の前に　（１）内容及び手続きの説明及び同意（Ｐ11）、４　事業所運営（８）掲示（Ｐ26）参照

＜苦情に対するその後の措置＞

事業所は、苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組みを自ら行わなければなりません。

(12) 事故発生時の対応　［通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション］
居宅省令第119条(第37条準用)、予防省令第123条(第53条の10準用)

＜実際に事故が起きた場合＞

- 市町村、家族、居宅介護支援事業者へ連絡を行い、必要な措置を講じなければなりません。
- 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録する必要があります。
- 指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速や

かに損害を賠償しなければなりません。

＜事故になるのを未然に防ぐ＞

・　事故原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。

・　事故に至らなかったが介護事故が発生しそうになった場合（ヒヤリ・ハット事例）及び現状を放置しておくと介護事故に結びつく可能性が高いものについて事前に情報を集約し、未然防止対策を講じます。

【ポイント】

ア　事故が起きた場合の連絡先・連絡方法について、事業所で定め、従業員に周知してください。

イ　少なくとも事業所が所在する市町村については、どのような事故が起きた場合に市町村に報告するかについて把握してください。

ウ　事業所における損害賠償の方法（保険に加入している場合にはその内容）について把握してください。

エ　事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備してください。

具体的に想定されること

・　介護事故等について報告するための様式を整備する。

・　介護職員その他の従業者は、介護事故等の発生、又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに、イの様式に従い介護事故等について報告すること。

・　事業所において、報告された事例を集計し、分析すること。

・　事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等をとりまとめ、防止策を検討すること。

・　報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底すること。

・　防止策を講じた後に、その効果について評価すること。

→　事故の報告は、市町村に行うことになっています。事業所所在地の市町村、利用者の保険者である市町村に事故報告の範囲・方法について確認してください。

詳細は、下記に掲載しています。

（要領・様式の掲載場所）

横須賀市ホームページ　→　総合案内　→　健康福祉・子育て教育　→　福祉　→　介護・高齢者福祉　→　介護保険サービス事業者　→　事故報告

（https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/2640/g_info/20121101.html）

(13) 虐待の防止　[通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション]

居宅省令第 119 条（第 37 条の２準用）、予防省令第 123 条（第 53 条の 10 の２準用）

（令和６年３月 31 日までの間は、努力義務とされています。）

指定通所介護事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じなければなりません。

①　当該指定通所介護事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、通所介護従業者に周知徹底を図ること。

②　当該指定通所介護事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。

③　当該指定通所介護事業所において、通所介護従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。

④　①～③に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

【ポイント】

①　虐待の防止のための対策を検討する委員会

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

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

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

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

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

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

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

② 虐待の防止のための指針

事業者が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込んでください。

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

③ 虐待の防止のための従業者に対する研修

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

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

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

④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者

事業所における虐待を防止するための体制として、①から③までに掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要です。当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務め

ることが望ましいです。

(14) 会計の区分　[通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション]
居宅省令第 119 条(第 38 条準用)、予防省令第 123 条(第 53 条の 11 準用)

指定（介護予防）通所リハビリテーションの事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければなりません。

★具体的な会計処理等の方法について
→「介護保険の給付対象事業における会計の区分について（平成 13 年 3 月 28 日老振発第 18 号）」参照。

(15) 記録の整備　[通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション]
居宅条例第５条、予防条例第５条

従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録並びに利用者に対するサービスの提供に関する次に掲げる記録を整備しておかなければなりません。

① （介護予防）通所リハビリテーション計画
② 提供した具体的なサービスの内容等の記録
③ 居宅省令第 26 条及び予防省令第 50 条の３に規定する市町村への通知（利用者が正当な理由なしに指定通所介護・指定介護予防通所介護サービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態・要支援状態の程度を増進させたと認められるとき、又は、利用者が偽りその他の不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたときに、事業者が市町村に行う通知）に係る記録
④ 提供した（介護予防）通所リハビリテーションに関する利用者及びその家族からの苦情の内容等の記録
⑤ 提供した（介護予防）通所リハビリテーションに関する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

会計に関する記録（指定訪問介護の提供に係る保険給付の請求に関するものに限る。）及び利用者に対する指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供に関する記録を、その完結の日から５年間保存しなければなりません。「その完結の日」とは、契約終了により一連のサービスが終了した日を指します。

【ポイント】

・ 提供した個々のサービスの内容等の記録として、次の書類を整備しておきましょう。
１ 重要事項説明書
２ 契約書
３ 各種計画書
４ アセスメントの記録
５ 居宅サービス計画
６ 業務日誌（サービス提供日、サービス提供開始時刻、サービス提供終了時刻、利用者名、サービス提供者名（職種ごとに記載）、サービス提供の状況（送迎、入浴、食事摂取、バイタル、レクリエーションの内容）、その他）
７ 記録（利用者の様子、目標等の達成状況、その他）
８ 送迎記録
９ 請求書・領収書の控え
・ 「その完結の日」とは、個々の利用者につき、契約終了（契約の解約・解除、他施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立等）により一連のサービス提供が終了した日を指します。

Ⅵ　介護報酬請求上の注意点について

通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションとで報酬形態が異なるので、別々に説明します。

１　通所リハビリテーション

（１）指定通所リハビリテーションの提供について

①　指定通所リハビリテーションは、指定通所リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、通所リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則ですが、例外として、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けていた患者が、介護保険の指定通所リハビリテーションへ移行する際に、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」の別紙様式２－２－１をもって、保健医療機関から当該事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式２－２－１に記載された内容について確認し、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、別紙様式２－２－１をリハビリテーション計画書とみなして通所リハビリテーション費の算定を開始することができます。その場合であっても、算定開始の日が属する月から起算して３月以内に、当該事業所の医師の診療に基づいて、次回のリハビリテーション計画を作成する必要があります。

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

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

④　通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直してください。初回の評価は、通所リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供の開始からおおむね２週間以内に、その後はおおむね３か月ごとに評価を行ってください。

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

⑥　新規に通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該計画に従い、指定通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して１月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行うよう努めることが必要です。

⑦　指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達してください。

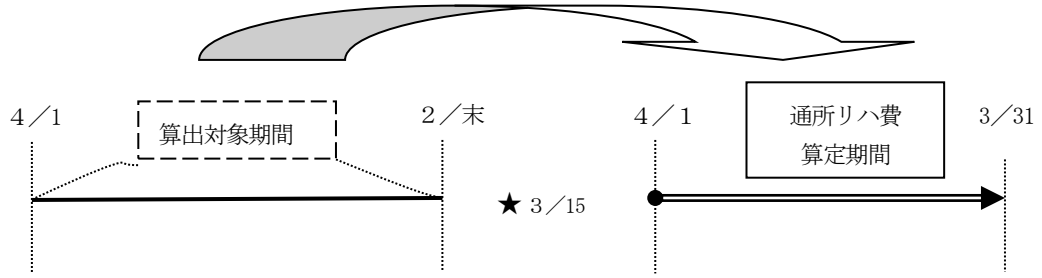
（２）事業所規模による通所リハビリテーション費　　厚生労働大臣が定める施設基準（厚告 97 十）

通所リハビリテーション費は、事業所の規模に応じて単位が異なってきます。事業所規模は３区分に分けられます。

区分	厚生労働大臣が定める施設基準（厚労告 97 十イロハ　　）
通常規模型リハビリテーション費	前年度１月当たり平均利用延人員数が 750 人以内の事業所
大規模型通所リハビリテーション費（Ⅰ）	前年度１月当たり平均利用延人員数が 750 人を超え 900 人以内の事業所
大規模型通所リハビリテーシ	前年度１月当たり平均利用延人員数が 900 人を超える事業所

ョン費（Ⅱ）	

通所リハビリテーション事業所は、毎年３月 15 日までに、当該年度（３月を除く）の１月当たりの平均利用者延人員数を算出し、翌年度の通所リハビリテーション費についてどの区分を適用するか確認しなくてはなりません。



★３／15 までに判定を行い、事業所規模が変更になる場合は市に届け出を行う。

【注意！】

○ **区分が変わる場合には、利用料（利用者負担分）も変わるため、事前に利用者に対して説明し、同意を得ることが必要です。**

○ **事業所規模が変更になる場合については、必ず市に届出が必要です。（毎年３／15 必着）**
市に届出がされている事業所規模に対応した請求コード（サービスコード）で報酬を請求する必要があります。

【ポイント】　１月当たりの平均利用延人員数の算出方法(老企 36 第２・８（7))

○　毎年必ず前年度（３月を除く）の利用者数を確認すること
＜算出対象期間＞　前年度の**４月から２月**において通所リハビリテーション費を算定している月
◆２単位以上の事業所は、すべての単位の合算で算定すること（【平成18年3月22日Q&A（vol.1）】問44）
◆指定通所リハビリテーション（要介護１～５）と指定介護予防通所リハビリテーション（要支援１、２）のサービス提供を
・一体的に事業を実施している場合
⇒通所リハビリテーション（要介護）人数に介護予防通所リハビリテーション（要支援）の人数を含めて算出（介護予防通所リハビリテーションの平均利用延人数の計算方法については、をＰ34を参照）
・分離して実施している場合⇒介護予防通所リハビリテーション（要支援）の人員は含めずに算出

◆６時間以上７時間未満又は７時間以上８時間未満の報酬算定をしていない利用者について
・１時間以上２時間未満の報酬を算定している利用者
⇒　利用者数に**４分の１**を乗じた数を基に計算
・３時間以上４時間未満（２時間以上３時間未満を含む）の報酬を算定している利用者
⇒　利用者数に**２分の１**を乗じた数を基に計算
・４時間以上５時間未満又は５時間以上６時間未満の報酬を算定している利用者
⇒　利用者数に**４分の３**を乗じた数を基に計算
◆正月等を除き毎日事業を実施している事業所
⇒利用延人員数に**６／７**を乗じた数を基に計算
【国ＱＡ】（平成18年3月22日Ｑ＆Ａ（vol.1）問43）

＜例外＞
①　前年の実績が６月に満たない事業所（新規開設事業所等を含む）
②　前年度から定員を概ね25%以上変更して事業を実施しようとする事業所（年度が変わる際のみ）
⇒①、②の事業所については、上記の計算方法は適用せず、利用定員と予定される営業日数を基に計算。
③　新規に要介護認定を申請中の者が暫定ケアプランによりサービス提供を受けている場合は、平均利用延人員数の計算には含めません。【国ＱＡ】（平成18年3月22日Ｑ＆Ａ（vol.1）問46）

【ポイント】事業所規模の計算方法について

1　基本的な考え方

当該年度の前年度（３月を除く）の１月当たりの平均利用延人員数が、750 人以内（通常規模型）か、750 人を超え 900 人以内(大規模型Ⅰ)か、900 人を超える（大規模型Ⅱ）かにより事業所の規模を区分します。（以下の計算方法についても同様に考えてください。）

→例えば、平成 29 年度の報酬請求の際の事業所規模については、平成 28 年度の利用者の数によって決まることになります。

○　既存の事業者**が各年度の事業所の規模を判断する際には、前年度の４月から２月までのうち通所リハビリテーション費を算定している各月の利用者数の合計を月数（通常は 11 ヶ月）で割って計算することになります。**（老企第 36 号）

ただし、**前年度の実績が６月未満の事業者（新規開設事業者等を含みます）や年度が変わる際に前年度から定員 25%以上変更して事業を実施しようとする事業者については、利用定員の 90%を一日当たりの利用者数とし営業日数を掛けて計算することになります。（老企 36）**

（注意）利用者数の計算の際には、「４週間分」ではなく、「暦月（１ヶ月分）」の営業日数を基に計算してください。

Ｑ１：既存の事業者の場合で、前年度から定員は変更しないのですが、営業日数（サービス提供日数）を大幅に変更します。この場合も、前年度の利用者実績に基づく計算方法ではなく利用定員の 90%に営業日数を掛けて計算する方法を使用するべきでしょうか。

Ａ１：利用定員の 90%に営業日数を掛けて計算する方法は、既存の事業者の場合には、あくまでも「定員」を変更する場合のみ使用するものであり、「営業日数（サービス提供日数）」の変更の場合には、前年度の利用者実績に基づく計算方法を使用してください。

Ｑ２：既存の事業者の場合で、前年度から定員を概ね 25%以上変更して事業を実施しようとする事業者とは、年度当初の４月から定員を変更する場合のみ該当するのか、それとも年度途中の例えば９月から利用定員を概ね 25%以上変更する場合などについても該当するのでしょうか。

Ａ２：年度が変わる時のみ該当し、年度途中で利用定員を概ね 25%以上変更する場合は該当しません。

２　介護予防通所リハビリテーション事業と一体的に行っている場合について

①　指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定も併せて受けている場合に、これらの事業を一体的に実施しているケースでは、介護予防通所リハビリテーションの前年度の１月当たりの平均利用延人員数も含めて計算し区分の判断を行います。

②　ただし、介護予防通所リハビリテーションの利用者数を加える際には、延人員数にサービス提供時間に応じた係数を乗じたものを加えることもできますし、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えることもできます。

（※介護予防通所リハビリテーションと一体的に実施されず、実態として両事業が分離されて実施されている場合（人員配置もそれぞれに必要になります。）には、介護予防通所リハビリテーションの利用者数は含めません。）（老企第 36 号）

→例えば、ある日の介護予防の利用者が午前中（9:00～12:30）は５名、午後（13:00～16:30）は 10 名の場合、延人員数にサービス提供時間に応じた係数を乗じて計算するのであれば、５×1/2＋10×1/2＝7.5 名となりますし、同時にサービスの提供を受けた者の最大数で計算すれば 10 名となり、他の日も同様に計算して合計していくことになります。

３　同一事業所で２単位以上の通所リハビリテーションを行っている場合について

同一事業所で２単位以上の通所リハビリテーションを行っている場合については、全ての単位の利用者数の合計を基に計算します。　【国ＱＡ】（平成 18 年 3 月 22 日Ｑ＆Ａ（vol.1）問 44）

４　暫定ケアプランによりサービス提供を受けている場合について

新規に要介護認定を申請中の方が、いわゆる暫定ケアプランによりサービス提供を受けている場合は、月平均延利用者の計算の際には含めません。　【国ＱＡ】（平成 18 年 3 月 22 日Ｑ＆Ａ（vol.1）問 46）

５　サービス提供時間別の報酬区分等に応じた計算方法について

①　「６時間以上７時間未満又は７時間以上８時間未満の介護報酬を算定している利用者」については、利用者数をそのまま計算します

②　「４時間以上５時間未満又は５時間以上６時間未満の介護報酬を算定している利用者」については、利用者数に４分の３を掛けて（例えば、４人以上の利用者がいれば３人として扱うことになります。）計算します。

③　「３時間以上４時間未満の報酬を算定している利用者（２時間以上３時間未満の報酬を算定している利用者を含む）」については、利用者数に２分の１を掛けて（例えば、２人の利用者がいれば１人として扱うことになります。）計算します。

④　「１時間以上２時間未満の報酬を算定している利用者」については、利用者数に４分の１を掛けて（例えば、４人の利用者がいれば１人として扱うことになります。）計算します。（老企第 36 号）

６　正月等を除き毎日事業を実施している事業所の場合について

正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施している事業所の計算方法については、利用延人員数に７分の６を掛けた人数により、１月当たりの平均延利用者数を計算することになります。（老企第 36 号）

（３）所要時間について

通所リハビリテーション費については、所要時間による区分により算定されるものですが、この「所要時間による区分」については、現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容の通所リハビリテーションを行うための標準的な時間によることとされており、単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、通所リハビリテーションのサービスが提供されているとは認められません。したがって、この場合は当初計画に位置付けられた所要時間に応じた所定単位数が算定されます（このような家族等の出迎え等までの間の「預かり」サービスについては、利用者から別途利用料を徴収して差し支えありません。ただし、このような介護保険外サービスの請求に当たっては、事前に重要事項説明書等に記載した上で、利用者又はその家族に説明し、同意を得る必要があります。）。また、ここでいう通所リハビリテーションを行うのに要する時間には、送迎に要する時間は含まれません。

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

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

【指導事例】（※時間は、指導当時の時間区分です。）

・ サービス提供時間が待ち時間を含めて６時間ちょうどであったが、６－８で請求していた。
→待ち時間を除くと６時間に満たなかったため、４－６の単位となり、過誤調整することになった。
・ 朝の渋滞等により送迎に時間がかかり、恒常的に、プログラム開始が遅れサービス提供時間が６時間に満たなかったにも関わらず、６－８の単位で請求していた。**→４－６の単位で過誤調整することになった。**

ただし、平成24年3月16日国Ｑ＆Ａにより、
① サービス提供の開始・終了について異なってもよいこと
② 長い時間の単位が設定されている場合、それより短い単位については必要性があれば算定可能であることが
明確にされたため、早く到着した利用者がいた場合などは、基準上必要とされる人員配置を行った上でサービ
ス提供を開始することは可能です。

【ポイント】【国ＱＡ】（平成 24 年 3 月 16 日Q&A）（※時間はＱＡ発出当時の時間区分です。）

＜サービスの提供時間（通所サービス）＞
（問 57） サービスの提供開始や終了は同一単位の利用者について同時に行わなければならないのか。
（答） サービスの提供にあたっては、利用者ごとに定めた通所サービス計画における通所サービスの内容、利用当日のサービスの提供状況、家族の出迎え等の都合で、サービス提供の開始・終了のタイミングが利用者ごとに前後することはあり得るものであり、また、そもそも単位内で提供時間の異なる利用者も存在し得るところである。報酬の対象となるのは実際に事業所にいた時間ではなく、通所サービス計画に定められた標準的な時間であるとしているところであり、サービス提供開始時刻や終了時刻を同時にしなければならないというものではない。
→ 長めの時間（例：４時間）のサービス提供時間を設定し、その中で、開始・終了の揃わない一定時間（例：3.5 時間）のサービスを行うことは認められます。
ただし送迎については事業所が責任をもって行ってください。

＜ 通所リハビリテーションの所要時間＞

（問 87）　６時間以上８時間未満の単位のみを設定している通所リハビリテーション事業所において、利用者の希望により、４時間以上６時間未満のサービスを提供し、４時間以上６時間未満の通所リハビリテーション費を算定することができるのか。

（答）　適切なケアマネジメントに基づき利用者にとって４時間以上６時間未満のサービス提供が必要な場合であれば算定することができる。

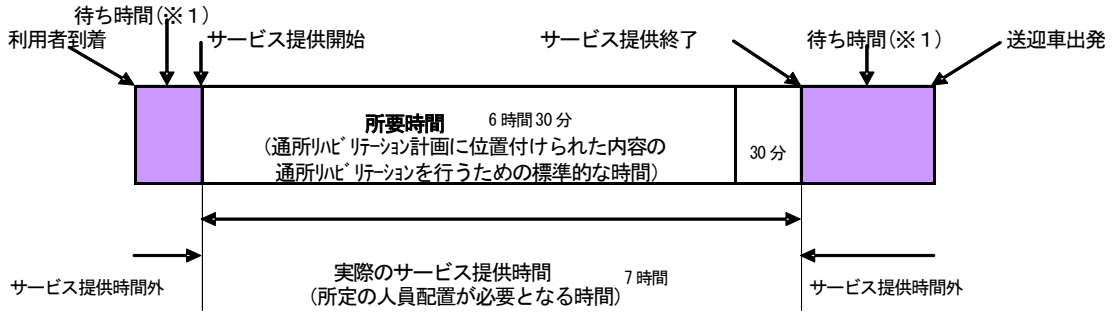
→　長時間（例：６－８）の単位の中でもっと短い単位（３－４、２－３、１－２）を行うことができます。

ただし、利用者の合計が利用定員を超えないようにきちんと管理を行ってください。（予防の利用者の考え方に準じます）。

※なお、疾患別リハビリテーション料を算定する保険医療機関において、医療保険の疾患別リハビリテーションと介護保険の１－２時間の通所リハビリテーションの提供を同時に行なう場合の考え方等については　P89「所要時間１時間以上２時間未満のサービス提供について」をご覧ください。

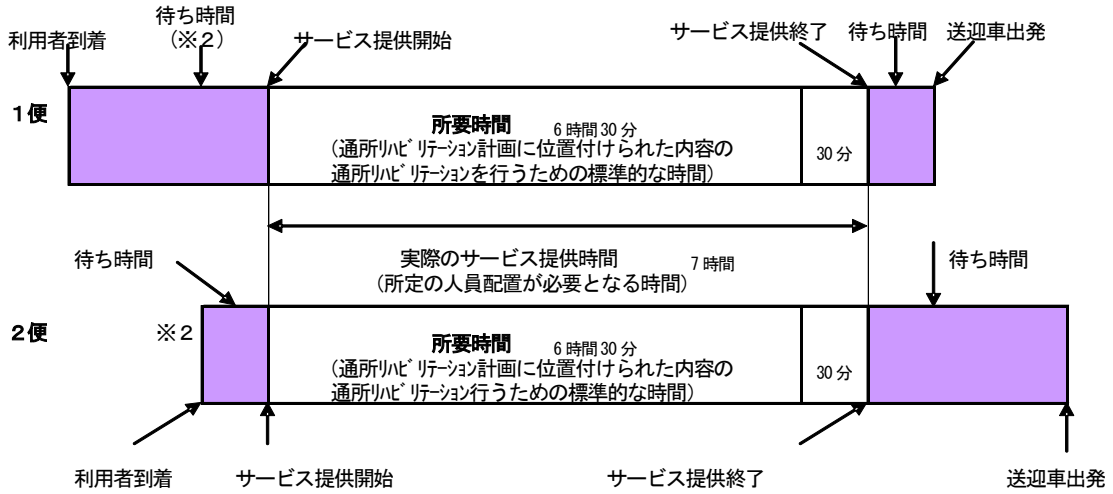
【所要時間の考え方】

（例１）送迎車が１便体制の場合で、プログラムは 6 時間 30 分だが、入浴介助に時間がかかり、実際に全てのプログラムの内容を終了するのに 30 分超過した場合



※１　サービス提供開始前、終了後の単なる待ち時間は、所要時間に含まれません。

（例２）１単位で送迎車が２便体制の場合で、プログラムは 6 時間 30 分だが、入浴介助に時間がかかり、実際に全てのプログラムの内容を終了するのに 30 分超過した場合



※２　１便到着後、２便到着前であっても、単なる待ち時間とするのではなく、基準上必要とされる人員配置を行った上でサービス提供を開始することは可能です。

（４）利用者の体調不良等のやむを得ない事由によるサービス提供時間の短縮

【質問事例】

○　６－７の事業所だが、ある日、利用者の具合が悪くなり、５時間で早退した場合、算定はどうすれば良いか。
→　当初通所リハビリテーション計画に位置付けられていた時間で算定しても可能です。ただし、利用者の負担を考えて、事業所の判断で、実際の時間分（５－６）で請求することも可能です。
○　利用者が朝事業所に来たところ、具合が悪く、通所リハビリテーションは無理と判断し、早急に帰宅させた。計画通り算定して良いか。
→　通所リハビリテーションのサービスが提供されたとは言えないため、キャンセル扱いで対応してください。

【ポイント】

・　計画に位置付けられていた時間で算定可能なのは、当日の利用者側のやむを得ない事情がある場合のみであり、サービス開始前からサービス提供時間の短縮が決まっている場合は、その時間に応じた所定単位数を算定します。
・　６－７で計画していたが、３－４になってしまった場合には、３－４に応じた所定単位数を算定します。

（５）サービス提供時間中の中断

○　医療機関の受診について
通所リハビリテーションのサービス提供時間帯における医療機関の受診は、緊急やむを得ない場合を除いてできません。

【ポイント】

緊急やむを得ない場合における医療機関の受診による通所リハビリテーションサービスの利用の中止については、医療機関における保険請求が優先され、通所リハビリテーションサービスについては変更後の所要時間（医療機関での受診時間等を除いた時間）に応じた所定単位数を算定しなければならない。
（平成 15 年介護保険最新情報 vol.151 介護報酬に係るＱ＆Ａ）

○　通所リハビリテーション利用時の理美容サービスの利用について
サービス提供に支障のない短時間の理美容サービスの提供については、通所リハビリテーションの提供時間から当該理美容サービスに要する時間を除外した時間で報酬算定を行ってください。
ただし、その際、利用者に必要なものとして当初から予定されている通所リハビリテーションの提供プログラムに影響しないよう配慮が必要です。

（５）他のサービスとの関係

○　利用者が次のサービスを受けている間は算定できません。（厚告 19 別表７注 17）
短期入所生活介護、短期入所療養介護若しくは特定施設入居者生活介護又は小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護若しくは複合型サービス

２　介護予防通所リハビリテーション

（１）定額制

介護予防通所リハビリテーション費については、通所リハビリテーション費とは異なり、サービス提供時間に応じた評価ではなく、月あたりの定額払いです。（厚告 127 別表７）
日常生活上の支援などの「共通サービス」と、運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上の「選択的サービス」に分け、それぞれについて**月単位の定額報酬**となります。

【ポイント】

・　介護予防通所リハビリテーションについては、複数の事業所を利用することはできないのですか。
→複数の事業所を利用することはできません。１つの事業所を選択する必要があります。

【国ＱＡ】（平成 18 年 3 月 22 日Q&A（vol.1））
（問 12）　介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションを、それぞれ週１回ずつ利用する等同時に利用することは可能か。
（答）　地域包括支援センターが、利用者のニーズを踏まえ、適切にマネジメントを行って、計画に位置付けることから、基本的には、介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションのいずれか一方が選択されることとなり、両者が同時に提供されることは想定していない。

◆　**介護予防通所リハビリテーションのサービス提供記録について**

介護予防通所リハビリテーションについては時間制ではなく月単位の報酬単価が設定されていますが、事業所におけるサービス提供記録には内容とともにその開始時刻、終了時刻は必ず記録してください。
送迎、入浴に関する報酬も基本単位に包括されていますが、実施の記録を必ず残すようにしてください。

○　**報酬の日割り計算について**

（「月額報酬の日割り請求に係る適用（平成 27 年 3 月 31 日　厚生労働省老健局介護保険計画課・振興課・老人保健課　事務連絡）」

介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーションについては、月額定額報酬であることから、月途中からのサービス開始、月途中でのサービス終了の場合であっても、原則として、それぞれ計画上に位置付けられた単位数を算定することとし、日割り計算は行いません。

ただし、以下の対象事由に該当する場合、日割りで算定します。

日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間（※）に応じた日数を日割りのサービスコードの単位数に乗じて算定します。

※　サービス算定対象期間：月の途中に開始した場合は、起算日から月末までの期間。
月の途中に終了した場合は、月初から起算日までの期間。

＜対象事由と起算日＞

月額報酬対象サービス	月途中の事由		起算日※２
介護予防訪問介護 介護予防通所介護 介護予防通所リハ（介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型を含む）	開始	区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ）	変更日
		区分変更（要介護→要支援） サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※１） 事業開始（指定有効期間開始） 事業所指定効力停止の解除	契約日
		介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居（※１）	退居日の翌日
		介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除（※１）	契約解除日の翌日
		介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所（※１）	退所日の翌日
	終了	区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ）	変更日
		区分変更（要支援→要介護） サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※１） 事業廃止（指定有効期間満了） 事業所指定効力停止の開始	契約解除日 （廃止・満了日） （開始日）
		介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居（※１）	入居日の前日
		介護予防小規模多機能型居宅介護の登録開始（※１）	サービス提供日（通い、訪問又は宿泊）の前日
		介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所（※１）	入所日の前日

※１　ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。
※２　終了の起算日は、引き続き月途中からの開始事由がある場合についてはその前日となる。
○　加算（月額）部分に対する日割り計算は行わない。
○　公費の適用期間は、公費適用の有効期間の開始日から終了日までが算定対象となる。

（２）他のサービスとの関係

○　利用者が次のサービスを受けている間は、介護予防通所リハビリテーション費は、算定できません。（厚告 127 号別表５注５）

介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護若しくは介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護

３　減算・その他　＜通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション＞

（１）送迎について

○　通常の送迎にかかる費用については、通所リハビリテーション費・介護予防通所リハビリテーション費の基本報酬へ包括されています。

通所リハビリテーション事業所への送迎は、通所リハビリテーション事業所が行うことになり、原則として、訪問介護事業所による外出介助サービス等、別の介護保険サービスを利用することはできません。送迎については、利用者宅玄関から事業所まで行うことが原則となります。

○　利用者に対して、その居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合（利用者が自ら通う場合、利用者の家族等が送迎を行う場合等）は、片道につき 47 単位を所定単位数から減算します。だたし、同一建物減算の対象となっている場合には、当該減算の対象とはなりません。

【国ＱＡ】（平成 27 年４月１日Q&Ａ）
（問 60）　指定通所介護事業所等の設備を利用した宿泊サービスを利用する場合の送迎減算の考え方如何。
（答）　宿泊サービスを利用するしないにかかわらず、送迎をしていなければ減算となる。
（問 61）　送迎減算は、個別サービス計画上、送迎が往復か片道かを位置付けさせた上で行うことになるため、利用者宅に迎えに行ったが、利用者や家族等の都合で結果的に利用者の家族等が、事業所まで利用者を送った場合には、減算の対象とならないのか。
（答）　送迎減算の有無に関しては、個別サービス計画上、送迎が往復か片道かを位置付けさせた上で、実際の送迎の有無を確認の上、送迎を行っていなければ減算となる。
（問 62）　通所介護等について、事業所の職員が徒歩で利用者の送迎を実施した場合には、車両による送迎ではないが、送迎を行わない場合の減算対象にはならないと考えて良いか。
（答）　徒歩での送迎は、減算の対象にはならない。

【国ＱＡ】（平成 27 年４月 30 日Q&Ａ（vol.2））
（問５）　指定通所介護事業所等の設備を利用した夜間及び深夜の指定通所介護等以外のサービス（宿泊サービス）を連続して利用する場合に、初日と最終日を除き、行き帰りの送迎を実施しないことになるが、送迎減算（47 単位×２）と同一建物減算（94 単位）のどちらが適用されるのか。
（答）　同一建物減算（94 単位）については、事業所と同一建物に居住する者又は事業所と同一建物から事業所に通う者について適用するものであるため、当該事案は送迎減算（47 単位×２）が適用される。なお、初日と最終日についても片道の送迎を実施していないことから、送迎減算（47 単位）が適用される。

（２）定員超過による減算

○　単位ごとに、月平均の利用者数が都道府県知事に提出した運営規程に定められている利用定員を超えた場合、通所リハビリテーション費、介護予防通所リハビリテーション費は、次の月の利用者全員について所定単位数に 100 分の 70 を乗じて得た単位数で算定します。　（厚告 27 二イ、一六イ）

【ポイント】

通所サービスと介護予防サービスの指定を併せて受け、かつ、通所サービスと介護予防サービスとが同一の事業所において一体的に運営されている場合は、指定通所リハビリテーションの利用者数と指定介護予防通所リハビリテーションの利用者の合算で利用定員を定めることとしています。

【国ＱＡ】（平成18年3月22日Ｑ＆Ａ（vol.1）問39）

【注意！！】

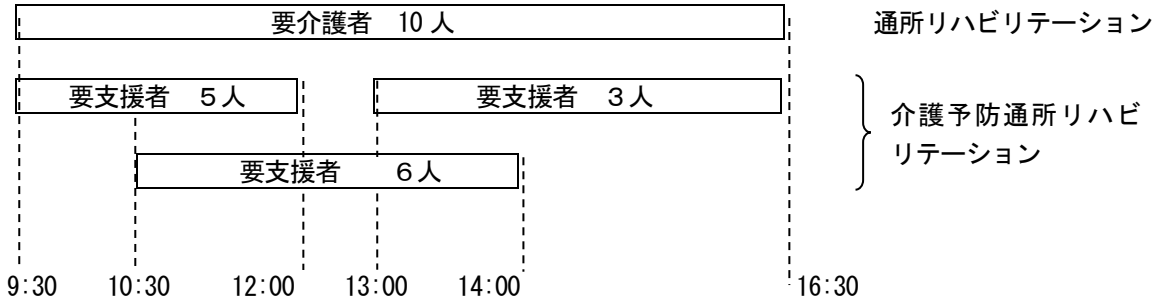
月平均で利用定員を超えなければ減算にはなりませんが、**１日でも利用定員を超えれば運営基準違反**です。**「減算にならなければよい」といった考え方で事業所の運営をしないようにしてください。**

【ポイント】利用者数の算出方法について

① 日ごとの最大利用者数の算出方法

通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションを１単位の中で一体的にサービス提供している場合、「通所リハビリテーションの利用者数＋介護予防通所リハビリテーションの最大利用者数」の合計が、その日の単位としての「最大利用者数」となります。

【 提供時間７時間の単位の例（9:30～16:30）】



時間帯	要介護者	要支援者	要介護者と要支援者の合計利用者数
9:30～10:30	10 人	５人	15 人
10:30～12:00		11 人（５人＋６人）	21 人
12:00～13:00		６人	16 人
13:00～14:00		９人（３人＋６人）	19 人
14:00～16:30		３人	13 人

⇨ この日の「利用者数」は、この日最大利用者数の２１人となります。

② 平均の利用者数の算出方法

次に、41 ページの表によって、月平均利用者数を算出します。

【ポイント】

・毎月ごとに、翌月が減算対象にならないか、事業所自ら確認する必要があります。

⇨ 最終ページの表の＜チェック！＞で
②に該当すれば定員超過減算に該当することになります。

＜月平均利用者数＞

○ 単位ごとに作成してください。

令和　　年　　月分　　単位目

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	月の合計
要介護1～5の利用者数 (a)																																
要支援1，2の利用者で同時にサービスを受けた最大数 (b)																																
利用者合計数 (a)+(b) (c)																																(e)

定員：＿＿＿名 (d)　　**月平均利用者数**：月の利用者合計数(e)÷営業日数＿＿日＝＿＿人 (f)

備考：① 営業していない日については斜線等を引いてください。

② 要支援の利用者については、その日の延べ利用者数か、サービスを受けている要支援の利用者が最も多い時間帯の利用者数で計算します。

※ 要介護者等以外の自費負担による通所リハビリテーションサービスの利用者がいる場合については、当該利用者も含め利用者合計数を算出します。

＜チェック！＞

① 利用定員の遵守 … 各サービス提供日の利用者合計数(c)が定員(d)を超えていませんか。

② 減算の有無 … 月平均利用者数(f)が定員(d)を超えていませんか？

→ 超えている場合、当該月の次の月の介護報酬について減算する必要があります。

（３）職員の人員欠如による減算

・　人員基準欠如に対しての介護給付費の減額に関する規定は、適正なサービスの提供を確保するために介護給付費の減額を行うことを明確にしたものであり、新たに、事業所は職員の人員基準欠如の未然防止を図るよう努めなければなりません。（老企第 36 号第二８（19））

・　都道府県知事は、著しい人員基準欠如が継続する場合には、職員の増員、利用定員等の見直し、事業の休止等を指導すること、当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合をのぞき、指定の取消しを検討することはこれまでのとおりです。

・　単位ごとに、月平均で人員基準に定める員数の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員を置いていない状況で行われた場合、通所リハビリテーション費、介護予防通所リハビリテーション費は、所定単位数に 100 分の 70 を乗じて得た単位数で算定します。（厚告 27 二ロ、十六ロ）

＜具体的な計算の方法＞

イ）人員基準上必要とされる員数から１割を超えて減少した場合には、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者の全員について所定単位数が減算されます。

（医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員の算定式）

$$\frac{\text{サービス提供日に配置された延べ人数}}{\text{サービス提供日数}} < 0.9 \Rightarrow \text{翌月から所定単位数に 100 分の 70}$$

（介護職員の算定式）

$$\frac{\text{当該月に配置された職員の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき職員の勤務延時間数}} < 0.9 \Rightarrow \text{翌月から所定単位数に 100 分の 70}$$

ロ）人員基準上必要とされる員数から１割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者の全員について所定単位数が減算されます（ただし、翌月の末日において人員基準を 満たすに至っている場合を除く）。

（医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員の算定式）

$$0.9 \leqq \frac{\text{サービス提供日に配置された延べ人数}}{\text{サービス提供日数}} < 1.0 \Rightarrow \text{翌々月から所定単位数に 100 分の 70}$$

（介護職員の算定式）

$$0.9 \leqq \frac{\text{当該月に配置された職員の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき職員の勤務延時間数}} < 1.0 \Rightarrow \text{翌々月から所定単位数に 100 分の 70}$$

（４）利用者の住居と同一建物に所在する事業所に対する減算

○　通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する者又は通所リハビリテーション事業所と同一の建物から通所リハビリテーション事業所に通う者に対し、通所リハビリテーションを行った場合は減算となります。ただし、傷病その他やむを得ない事情により送迎が必要な場合であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りではありません。

＜通所リハビリテーション＞

同一建物に対する減算　⇒　所定単位数から 94 単位／日を減じた単位数で算定

＜介護予防通所リハビリテーション＞

同一建物に対する減算　⇒　所定単位数から

要支援１　　376 単位／月を減じた単位数で算定

要支援２　　752 単位／月を減じた単位数で算定

◆減算される利用者

・　通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から当該事業所に通い通所系サービスを利用する者であること

・　疾病等やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行う場合は、減算は行わない。

【留意点】

・　「同一建物」とは、当該指定通所リハビリテーション事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の一階部分に指定通所リハビリテーション事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は該当しません。また、ここでいう同一建物については、当該建築物の管理、運営法人が当該指定通所介護事業所の指定通所リハビリテーション事業者と異なる場合であっても該当します。

【国ＱＡ】（平成 24 年 3 月 16 日）

（問55）　「建物の構造上自力での通所が困難」とは、具体的にどのような場合か。

（答）　当該建物にエレベーターがない又は故障中の場合を指す。

【国ＱＡ】（平成 27 年４月 30 日）Q&A（Vol.２））

（問24）　通所サービス事業所と同一建物に居住する利用者が、次に該当する場合は、基本サービス費を日割りして算定することとなるが、送迎に係る減算はどのように算定するのか。

(1) 月途中で要支援から要介護（又は要介護から要支援）に変更した場合

(2) 月途中で同一建物から転居し、事業所を変更した場合

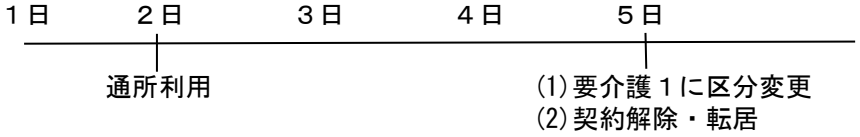
(3) 月途中で要支援状態区分が変更した場合

（答）　(1)及び(2)は、要支援状態区分に応じた送迎に係る減算の単位数を基本サービス費から減算する。(3)は、変更前の要支援状態区分に応じた送迎に係る単位数を減算する。ただし、(1)及び(2)において、減算によりマイナスが生じる場合は、基本サービス費に各種加算減算を加えた１月当たりの各サービス種類の総単位数がゼロとなるまで減算する。

（例）要支援２の利用者が、介護予防通所介護を 1 回利用した後、

(1) 月の５日目に要介護１に変更した場合

(2) 月の５日目に転居した場合



111×５－（要支援２の同一建物減算 752 単位）＝△197 単位⇒０単位とする。

※　平成 24 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（平成 24 年３月 16 日）問 132 を一部修正した。

（５）送迎を行わない場合の減算

○　利用者に対して、その居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき 47 単位を所定単位数から減算となります。ただし、（４）の減算の対象となっている場合は、当該減算の対象となりません。

【国ＱＡ】（平成27年４月１日Q&A（Vol.１））
（問61）　送迎減算は、個別サービス計画上、送迎が往復か片道かを位置付けさせた上で行うことになるため、利用者宅に迎えに行ったが、利用者や家族等の都合で結果的に利用者の家族等が、事業所まで利用者を送った場合は、減算の対象とならないのか。
（答）　送迎減算の有無に関しては、個別サービス計画上、送迎が往復か片道かを位置付けさせた上で、実際の送迎の有無を確認の上、送迎を行っていなければ減算となる。
（問62）　通所介護等について、事業所の職員が徒歩で利用者の送迎を実施した場合には、車両による送迎ではないが、送迎を行わない場合の減算対象にはならないと考えて良いか。
（答）　徒歩での送迎は、減算の対象にはならない。

【国ＱＡ】（令和３年３月26日Q&A（Vol.３））
（問30）　訪問介護員等による送迎で通所サービスを利用する場合、介護報酬はどのよう算定すればよいか。
（答）　送迎については、通所サービスの介護報酬において評価しており、利用者の心身の状況により通所サービスの事業所の送迎車を利用することができないなど特別な事情のない限り、訪問介護員等による送迎を別途訪問介護費として算定することはできない。ただし、利用者が居宅から病院等の目的地を経由して通所サービスの事業所へ行く場合や、通所サービスの事業所から病院等の目的地を経由して居宅へ帰る場合等、一定の条件の下に、令和３年度から訪問介護費を算定することができることとする。なお、訪問介護員等により送迎が行われる場合、当該利用者が利用している通所サービスの事業所の従業者が当該利用者の居宅と事業所間の送迎を実施していないため、送迎減算が適用されることに留意すること。
（問31）　Ａ事業所の利用者について、Ｂ事業所の従業者が当該利用者の居宅とＡ事業所との間の送迎を行った場合、送迎減算は適用されるのか。
（答）　送迎減算は、送迎を行う利用者が利用している事業所の従業者（問中の事例であれば、Ａ事業所の従業者）が当該利用者の居宅と事業所間の送迎を実施していない場合に適用されるものであることから、適用される。ただし、Ｂ事業所の従業者がＡ事業所と雇用契約を締結している場合は、Ａ事業所の従業者（かつＢ事業所の従業者）が送迎を実施しているものと解されるため、この限りでない。）

（６）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場合の減算

○　利用者に対して、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場合は、１月につき次に掲げる単位数を所定単位数から減算します。

・要支援１　　20単位
・要支援２　　40単位

４　加算　＜通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション＞

◎通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションの加算一覧表(厚告19、厚労告127)

加算名	通所 リハビリテーション	介護予防通所 リハビリテーション	市への届出
●ＬＩＦＥへの登録	○	○	必要
（１）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	○	×	必要
（２）入浴介助加算	○	×	必要
（３）リハビリテーションマネジメント加算	○	×	必要

（４）短期集中個別リハビリテーション実施加算	○	×	不要
（５）認知症短期集中リハビリテーション実施加算	○	×	必要
（６）生活行為向上リハビリテーション実施加算	○	○	必要
（７）若年性認知症利用者受入加算	○	○	必要
（８）栄養アセスメント加算	○	○	必要
（９）栄養改善加算	○	○	必要
(10) 口腔・栄養スクリーニング加算	○	○	不要
(11) 口腔機能向上加算	○	○	必要
(12) 重度療養管理加算	○	×	不要
(13) 中重度者ケア体制加算	○	×	必要
(14) 移行支援加算	○	×	必要
(15) 運動器機能向上加算	×	○	必要
(16) 選択的サービス複数実施加算	×	○	必要
(17) 科学的介護推進体制加算	○	○	必要
(18) 延長加算	○	×	必要
(19) サービス提供体制強化加算	○	○	必要
(20) 事業所評価加算	×	○	必要
(21) 理学療法士等体制強化加算	○	×	不要
(22) 介護職員処遇改善加算	○	○	必要
(23) 介護職員等特定処遇改善加算	○	○	必要

※　○…加算の制度があるもの　×…加算の制度がないもの

◆加算に係るサービス・選択的サービスを行う職員等の兼務について◆

通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションのそれぞれの加算サービスを行うために必要な時間が確保されていれば兼務は可能です。

＜兼務可能な例＞

○通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションの口腔機能向上サービスを担当する看護職員

○通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションの栄養改善サービスを担当する管理栄養士

【ポイント】

【国ＱＡ】（平成18年3月22日Q&A（vol.1））
（問23）　選択的サービスを算定するのに必要な職員は兼務することは可能か。
（答）　選択的サービスの算定に際して必要となる職員は、毎日配置する必要はなく、一連のサービス提供に当たり必要な時間配置していれば足りるものであって、当該時間以外については、他の職務と兼務することも可能である。
（問24）　（選択的サービス関係）各加算に関する計画書はそれぞれ必要か。既存の介護予防通所介護・通所リハビリテーションサービス計画書の中に入れてもよいか。
（答）　各加算の計画書の様式は特に問わず、介護予防通所介護・通所リハビリテーションサービス計画書と一体的に作成する場合でも、当該加算に係る部分が明確に判断できれば差し支えない。

【重要！】

加算の算定要件が確認できる記録は必ず残しておいてください。加算の算定要件を確認できない場合は介護報酬の返還となることもありますので、注意が必要です。

（1）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【通所リハビリテーション】

通常規模型リハビリテーション費、大規模型通所リハビリテーション費（Ⅰ）又は大規模型通所リハビリテーション費（Ⅱ）について、感染症又は災害（厚生労働大臣が認めるものに限る。）の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の５（５%）以上減少している場合に、都道府県知事に届け出た指定通所介護事業所において、通所介護を行った場合には利用者数の減少した月の翌々月から３月以内に限り、１回につき所定単位数の100分の３（３%）に相当する単位数を所定単位数に加算することができます。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別な事情があると認められる場合は、当該加算の期間が終了した月の翌月から３月以内に限り、引き続き加算することができます。

留意点（令和３年３月16日介護保険最新情報Vol.937）
「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」

◎適用できる加算や特例
〇通所リハビリテーション（通常規模型）
３%加算を行う。
〇通所リハビリテーション（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）
３%加算又は規模の特例の適用のいずれかを行う。（当該加算の算定要件及び当該特例の適用要件のいずれにも該当する事業所においては、規模区分の特例を適用することとする。）

◎３%加算の算定要件・規模区分の特例の適用要件等
〇３%加算
・加算の算定
減少月の利用延人員数が当該減少月の前年度の１月当たりの平均利用延人員数（以下「算定基礎」という。）から５%以上減少している場合に、当該減少月の翌々月から３月以内に限り、基本報酬の３%に相当する単位数を加算する。利用延人員数及び平均利用延人員数の計算に当たっての端数は四捨五入する。
・加算の延長
利用延人員数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別な場合には、当該加算の算定期間が終了した月の翌月から３月以内に限って延長が可能である。３%加算の延長を申請する場合でも、加算適用の申請を行った際の算定基礎により判定を行うこととする。
・加算の終了
加算算定の期間内又は加算延長の期間内に、月の利用延人員数が算定基礎から５%以上減少していな

かった場合は、当該月の翌月をもって算定終了となる。

○規模区分の特例

・加算の算定

減少月の利用延人員数がより小さい事業規模別の報酬区分の利用延人員数と同等となった場合には、当該減少月の翌々月から当該より小さい事業所規模別の報酬区分を適用する。利用延人員数及び平均利用延人員数の算定に当たっては、通所介護事業等と第１号通所介護事業が一体的に実施されている場合にあっては、第１号通所事業の平均利用延人員数も含むものとする。

具体的には、通所リハビリテーション（大規模型Ⅱ）については、減少月の利用延人員数が 750 人超 900 人以下となった場合は、通所リハビリテーション（大規模型Ⅰ）を、750 人以下となった場合は通所リハビリテーション（通常規模型）を算定することとする。また、通所リハビリテーション（大規模型Ⅰ）については、減少月の利用延人員数が 750 人以下となった場合は、それぞれ通所リハビリテーション（通常規模型）を算定することとする。

・加算の終了

当該特例の適用期間内に、月の利用延人員数が、当該より小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数を超え、かつ、当該特例適用前の事業所規模別の報酬区分の利用延人員数まで戻った場合は、当該月の翌月をもって当該特例の適用は終了する。

【国ＱＡ】（令和３年３月 19 日Q&Ａ（Vol.1））

（問７）　規模区分の特例適用の届出は年度内に１度しか行うことができないのか。例えば、令和３年４月に利用延人員数が減少し、令和３年５月に規模区の特例適用の届出を行い、令和３年６月から規模区分の特例を適用した場合において、令和３年６月に利用延人員数が回復し、令和３年７月をもって規模区分の特例を終了した事業所があったとすると、当該事業所は令和３年度中に再び利用人員数が減少した場合でも、再度特例の適用の届出を行うことはできないのか。

（答）　通所規模（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）、通所リハビリテーション（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）については、利用延人員数の減少が生じた場合においては、感染症又は災害（規模区分の特例の対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせしたものに限る。）が別事由であるか否かに関わらず、年度内に何度でも規模区分の特例適用の届出及びその適用を行うことが可能である。また、同一のサービス提供月において、３%加算の算定と規模区分の特例の適用を両方行うことはできないが、同一年度内に３%加算の算定と規模区分の特例の適用の両方を行うことは可能であり、例えば、以下も可能である。（なお、同時に３%加算の算定要件と規模区分の特例の適用要件のいずれにも該当する場合は、規模区分の特例を適用することとなっていることに留意すること。）

一　年度当初に３%加算算定を行っていた事業所について、３%加算算定終了後に規模区分の特例適用の届出及びその適用を行うこと。）３%加算を算定したため、年度内は３%加算の申請しか行うことができないということはない。

一　年度当初に規模区分の特例適用を行った事業所について、規模区分の特例適用終了後に３%加算の算定の届出及びその算定を行うこと。（一度規模区分の特例を適用したため、年度内は規模区分の特例の適用しか行うことができないということはない。

（問 13）　３%加算や規模区分の特例を適用するにあたり、通所介護事業所等において利用者又はその家族への説明や同意の取得を行う必要はあるか。また、利用者又はその家族への説明や同意の取得が必要な場合、利用者又はその家族への説明を行ったことや、利用者又はその家族から同意を受けたことを記録する必要はあるか。

（答）　３%加算や規模区分の特例を適用するにあたっては、通所介護事業所等が利用者又はその家族への説明や同意の取得を行う必要はない。なお、介護支援専門員が居宅サービス計画の原案の内容（サービス内容、サービス単位／金額等）を利用者又はその家族に説明し同意を得ることは必要である。

（問 14）　３%加算や規模区分の特例を適用する場合は、通所介護事業所等を利用する全ての利用者に対し適用する必要があるのか。

（答）　３%加算や規模区分の特例は、感染症や災害の発生を理由として利用延人員数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から設けられたものであり、この趣旨を鑑みれば、当該通所介護事業所等を利用する全ての利用者に対し適用することが適当である。

【国ＱＡ】（令和３年３月26日Q&A（Vol.3））
（問21）　新型コロナウイルス感染症の影響により利用延人員数が減少した場合、３%加算算定の届出は年度内に１度しか行うことができないのか。例えば、令和３年４月に利用延人員数が減少し、令和３年５月に３%加算算定の届出を行い、令和３年６月から３%加算を算定した場合において、令和３年６月に利用延人員数が回復し、令和３年７月をもって３%加算の算定を終了した事業所があったとすると、当該事業所は令和３年度中に再び利用延人員数が減少した場合でも、再度３%加算を算定することはできないのか。
（答）　感染症や災害（３%加算の算定となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせしたものに限る。）によって利用延人員数の減少が生じた場合にあっては、基本的に一度３%加算を算定した際とは別の感染症や災害を事由とする場合にのみ、再度３%加算を算定することが可能である。

（２）入浴介助加算（Ⅰ）	**【通所リハビリテーション】**	**40単位／日**
（Ⅱ）	**【通所リハビリテーション】**	**60単位／日**

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所介護事業所が当該基準による入浴介助を行った場合に算定できます。

○入浴介助加算（Ⅰ）

人員及び設備	①　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

＜注意事項＞
○　入浴介助加算（Ⅰ）は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合について算定されるものである（大臣基準告示第 24 号の４）が、この場合の「観察」とは、自立生活支援のための見守り的援助のことであり、利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、極力利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを行うことにより、結果として、体に直接接触する介助を行わなかった場合についても、加算の対象となるものであること。なお、この場合の入浴には、利用者の自立生活を支援する上で最適と考えられる入浴手法が、部分浴（シャワー浴含む）等である場合は、これを含むものとする。
○　通所リハビリテーション計画上、入浴の提供が位置付けられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合については、加算を算定できない。

○入浴介助加算（Ⅱ）

人員及び設備	①　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
運営	①　医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者（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ていること。当該訪問において、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又はその家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にあると認められる場合は、訪問した医師等が、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室環境整備に係る助言を行うこと。 ②　事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師との連携の下で、利用者の身体の状況、訪問により把握した当該利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえて個別の入浴計画を作成すること。 ③　②の入浴計画に基づき、個浴（個別の入浴をいう）その他の利用者の居宅の状況に近い環境で、入浴介助を行うこと。

＜留意事項＞
○　入浴介助加算（Ⅱ）は、入浴介助加算（Ⅰ）＜注意事項＞に加え、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、以下の 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）の算定に関する者は、利用者の状態に応じ、自身で又は家族・訪問介護員等の介助により尊厳を保持しつつ入浴ができるようになるためには、どのような介護技術を用いて行うことが適切であるかを念頭に置いた上で、a～c を実施する。

a　医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士、介護支援専門員等（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を含む。）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等と連携し、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。

b　指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師との連携の下で当該利用者の身体の状況や訪問により把握した当該利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成する。なお、個別の入浴計画に相当する内容を通所リハビリテーション計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別の入浴計画の作成に代えることができるものとする。

c　b の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行う。なお、この場合の「個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境」とは、手すりなど入浴に要する福祉用具等を活用し利用者の居宅の浴室の環境を個別に模したものとして差し支えない。また、入浴介助を行う際は、関係計画等の達成状況や利用者の状態をふまえて、自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、必要な介護技術の習得に努め、これを用いて行われるものであること。なお、必要他介護技術の習得にあたっては、既存の研修等を参考とすること。

【国ＱＡ】（令和３年４月 26 日Q&A（Vol.8））

（問２）　入浴介助加算（Ⅱ）について、医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等（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、機能訓練指導員を含む。）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こととなっているが、この他に評価を行うことができる者としてどのような者が想定されるか。

（答）　地域包括支援センターの担当職員、福祉住環境コーディネーター２級以上の者等が想定される。

（問３）　入浴介助加算（Ⅱ）については、算定にあたって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こととなっているが、この評価算定開始後も定期的に行う必要があるのか。

（答）　当該利用者の身体状況や居宅の浴室の環境に変化が認められた場合に再評価や個別の入浴計画の見直しを行うこととする。

（問４）　入浴介助加算（Ⅱ）では、個別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、入浴介助を行うこととなっているが、この場合の入浴介助とは具体的にどのような介助を想定しているのか。

（答）　利用者の入浴に係る自立を図る観点から、入浴に係る一連の動作のうち、利用者が自身の身体機能のみを活用し行うことができる動作については、引き続き実施できるよう見守り的援助を、介助を行う必要がある動作については、利用者の状態に応じた身体介助を行う。なお、入浴介助加算（Ⅱ）の算定にあたっての関係者は、利用者の尊厳の保持に配慮し、その状況に応じ、利用者自身で又は家族等の介助により入浴ができるようになるよう、常日頃から必要な介護技術の習得に努めるものとする。

（問５）　入浴介助加算（Ⅱ）については、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境（手すりなど入浴に要する福祉用具等を活用し利用者の居宅の浴室の環境を個別に模したもの）にて、入浴介助を行うこととなっているが、例えばいわゆる大浴槽に福祉用具等を設置すること等により利用者の居宅の浴室の状況に近い

環境を再現することとしても差し支えないのか。
（答）　例えば、利用者の居宅の浴室の手すりの位置や浴槽の深さ・高さ等にあわせて、可動式手すり、浴槽内台、すのこ等を設置することにより、利用者の居宅の浴室の状況に近い環境が再現されていれば、差し支えない。
（問６）　同一事業所において、入浴介助加算（Ⅰ）を算定する者と入浴介助加算（Ⅱ）を算定する者が混在しても差し支えないか。（以下略）
（答）　前段については、差し支えない。（以下略）

（３）リハビリテーションマネジメント加算【通所リハビリテーション】

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合は、リハビリテーションマネジメント加算として、次に掲げる区分に応じ、１月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算します。

ただし、次の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することは、できません。

１　リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イ
（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　560 単位／月
（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　240 単位／月

２　リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）ロ
（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　593 単位／１月
（２）当該日の属する月から起算して６月を越えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合　273 単位／１月

３　リハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）イ
（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　830 単位／１月
（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　510 単位／１月

４　リハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）ロ
（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　863 単位／月
（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　543 単位／月

◎厚生労働大臣が定める基準
１　リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イ
次のいずれにも適合していること。
（１）指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか１以上の指示を行うこと。
（２）（１）における指示を行った医師又は当該支持を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が（１）に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。
（３）リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。
（４）通所リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告すること。
（５）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。

（６）指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。

（７）次のいずれかに適合すること。

（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所に係る従業者と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。

（８）（１）から（７）までに掲げる基準のいずれにも適合することを確認し、記録すること。

２　リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）ロ

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１）１（１）から（８）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

３　リハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）イ

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１）１（１）から（３）まで及び（５）から（７）までのいずれにも適合すること。

（２）通所リハビリテーション計画について、指定通所リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。

（３）（１）及び（２）に掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。

４　リハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）ロ

（１）３（１）から（３）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

（２）利用者ごとの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。

＜留意事項＞

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

②　「リハビリテーションの質の管理」とは、生活機能の維持又は向上を目指すに当たって、心身機能、個人として行うＡＤＬやＩＡＤＬといった活動、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等といった参加について、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管理することをいう。

③　本加算は、ＳＰＤＣＡサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものであることから、当該ＳＰＤＣＡサイクルの中で通所リハビリテーション計画を、新規に作成し直すことは想定しておらず、利用者の状態に応じて適切に当該計画の見直しが行われるものである。

④　リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イ（１）、リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）ロ（１）、リハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）イ（１）又はハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）ロ（１）を取得後は、リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イ（２）、リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）ロ（２）、リハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）イ（２）又はリハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）ロ（２）を算定するものであることに留意すること。

ただし、当該期間以降であっても、リハビリテーション会議を開催し、利用者の急性増悪等により引き続き月

に１回以上、当該会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、当該計画を見直していく必要性が高いことを利用者又は家族並びに構成員が合意した場合、リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イ（１）又はロ若しくは（Ｂ）イ（１）又はロ（１）を再算定できるものであること。

⑤　リハビリテーション会議の構成員である医師の当該会議への出席については、テレビ電話等情報通信機器を使用してもよいこととする。なお、テレビ電話等情報通信機器を使用する場合には、当該会議の議事に支障のないよう留意すること。

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

⑦　大臣基準第 25 号ロ（２）及びニ（２）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。

○　リハビリテーションマネジメント加算の基本的な考え方とリハビリテーション計画等の事務理手順及び様式例については、介護保険最新情報（Vol.936）を必ずご確認ください。

【ポイント】

【国ＱＡ】（令和３年３月 23 日Q&A（Vol.2））

（問１）　リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）（Ｂ）の算定要件について、「リハビリテーション計画について、医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者に同意を得ること」とあるが、当該説明等は利用者又は家族に対して、電話等による説明でもよいのか。

（答）　利用者又はその家族に対しては、原則面接により直接説明することが望ましいが、遠方に住む等のやむを得ない理由で直接説明できない場合は、電話等による説明でよい。ただし、利用者に対する同意については、書面等で直接行うこと。

（問２）　リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）（Ｂ）の算定要件について、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問し、その他指定居宅サービス従業者あるいは利用者の家族に対し指導や助言することとなっているが、その訪問頻度はどの程度か。

（答）　訪問頻度については、利用者の状態等に応じて、通所リハビリテーション計画に基づき適時適切に実施すること。

（問３）　リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）（Ｂ）における理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による居宅への訪問時間は人員基準の算定外となるのか。

（答）　訪問時間は、通所リハビリテーション、病院、診療所及び介護老人保健施設、介護医療院の人員基準の算定に含めない。

（問４）　１事業所が、利用者によってリハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イ又はロ若しくは（Ｂ）イ又はロを取得するということは可能か。

（答）　利用者の状態に応じて、１事業所の利用者ごとにリハビリテーションマネジマント加算（Ａ）イ又はロ若しくは（Ｂ）イ又はロを取得することは可能である。

（問５）　サービス提供を実施する事業者が異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用者がおり、それぞれの事業所がリハビリテーションマネジメント加算（Ａ）又は（Ｂ）を取得している場合、リハビリテーション会議を通じてリハビリテーション計画を作成する必要があるが、当該リハビリテーシ

ョン会議を合同で開催することは可能か。

（答）　居宅サービス計画に事業者の異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用が位置づけられている場合であって、それぞれの事業者が主体となって、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、リハビリテーション計画を作成等するのであれば、リハビリテーション会議を合同で会議を実施しても差し支えない。

（問６）　「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の掲示について」に示されたリハビリテーション計画書の様式について、所定の様式を活用しないとリハビリテーションマネジメント加算や移行支援加算等を算定することができないのか。（※様式例の名称は、ＱＡ発出当時の名称です。）

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

（問７）　リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）及び（Ｂ）の算定要件にあるリハビリテーション会議の開催頻度を満たすことができなかった場合、当該加算は取得できないのか。

（答）　リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）及び（Ｂ）の取得に当たっては、算定要件となっているリハビリテーション会議の開催回数を満たす必要がある。なお、リハビリテーション会議は開催したものの、構成員のうち欠席者がいた場合には、当該会議終了後、速やかに欠席者と情報共有すること。

（問８）　リハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）の算定要件にある「医師が利用者またはその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること」について、当該医師はリハビリテーション計画を作成した医師か、計画的な医学的管理を行っている医師のどちらなのか。

（答）　リハビリテーション計画を作成した医師である。

（問９）　リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）とリハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）については、同時に取得することはできないが、月によって加算の算定要件の可否で加算を選択することは可能か。

（答）　リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）とリハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）については、同時に取得することはできないものの、いずれかの加算を選択し算定することは可能である。ただし、リハビリテーションマネジメント加算については、リハビリテーションの質の向上を図るため、ＳＰＤＣＡサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行うものであることから、リハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）が算定できる通所リハビリテーション計画を作成した場合は、継続的にリハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）を、リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）が算定できる通所リハビリテーション計画を作成した場合は、継続的にリハビリテーションマネジメント加算（Ａ）を、それぞれ取得することが望ましい。

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

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

（問14）　リハビリテーションマネジメント加算におけるリハビリテーション会議の構成員の参加については、テレビ電話装置等を使用しても差し支えないとされているが、テレビ電話装置等の使用について、基本的には音声通話のみであるが、議事の中で必要になった時に、リハビリテーション会議を実施している場の動画や画像を送る方法は含まれるか。

（答）　含まれない。テレビ電話装置等の使用については、リハビリテーション会議の議事を円滑にする観点から、常時、医師とその他の構成員が動画を共有している必要がある。

（問31）リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）又はリハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）は、多職種協働にて行うリハビリテーションのプロセスを評価する加算とされているが、ＰＴ、ＯＴ等のリハビリテーション関係職種以外の者（介護職員等）が直接リハビリテーションを行っても良いか。

（答）　通所リハビリテーション計画の作成や利用者の心身の状況の把握等については、多職種協働で行われる必要があるものの、診療の補助行為としての（医行為に該当する）リハビリテーションの実施はＰＴ、ＯＴ等のリハビリテーション関係職種が行わなければならない。

（問32）　リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イ（Ⅰ）又はロ（Ⅰ）を取得しなくなった場合であっても、その後、利用者の状態に応じてリハビリテーションマネジメント加算（Ａ）を再度取得する必要が生じた際には、リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イ（Ⅰ）又はロ（Ⅰ）から取得することができるのか。

（答）　リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イ（Ⅰ）又はロ（Ⅰ）を取得しなくなった場合において、利用者の同意を得た日の属する月から６月間を超えてリハビリテーションマネジメント加算（Ａ）を再度取得する場合は、原則としてリハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イ（Ⅱ）又はロ（Ⅱ）を取得することとなる。ただし、リハビリテーション会議を開催し、利用者の急性憎悪等により、当該会議を月に１回以上開催し、利用者の状態の変化に応じ、当該計画を見直していく必要性が高いことを利用者若しくは家族並びに構成員が同意した場合、リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イ（Ⅰ）又はロ（Ⅰ）を再度６月間取得することができる。その際には、改めて居宅を訪問し、利用者の状態や生活環境について情報収集すること。

（問33）　リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イ（Ⅰ）又はロ（Ⅰ）取得中で、取得開始から６月間を超えていない場合であっても、リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イ（Ⅱ）又はロ（Ⅱ）に変更して取得することは可能か。例えば、月１回のリハビリテーション会議の開催によりリハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イ（Ⅰ）又はロ（Ⅰ）を取得し２月間が経過した時点で、月１回のリハビリテーション会議の開催が不要と通所リハビリテーション計画を作成した医師が判断した場合、３月目から３月に１回のリハビリテーション会議の開催によるリハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イ（Ⅱ）又はロ（Ⅱ）に変更して取得することはできないのか。

（答）　リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多職種が協働し通所リハビリテーション計画の作成を通じたリハビリテーションの支援方針やその方法の共有、利用者又はその家族に対する生活の予後や通所リハビリテーション計画等についての説明、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による居宅での生活の指導を行うことで、心身機能、活動、参加にバランスよくアプローチするリハビリテーションを管理することを評価するものである。リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イ（Ⅰ）又はロ（Ⅰ）については、利用者の状態が不安定となりやすい時期において、集中的に一定期間（６月間）に渡ってリハビリテーションの管理を行うことを評価するものである。したがって、リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イ（Ⅰ）又はロ（Ⅰ）を６月間取得した後に、リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イ（Ⅱ）又はロ（Ⅱ）を取得すること。リハビリテーション加算（Ｂ）についても同様に取り扱う。

（４）短期集中個別リハビリテーション実施加算【通所リハビリテーション】　110 単位／日

医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者に対して、個別リハビリテーションを集中的に行った場合に算定する。

利用者が**リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療のために**入院若しくは入所した病院若しくは診療所若しくは介護保険施設から退院（所）した日又は初回の要介護認定日から起算して、３月以内の期間に個別リハビリテーションを集中的に行った場合、短期集中個別リハビリテーション実施加算として、１日につき 110 単位を所定単位数に加算する。

ただし、生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合は算定しない。

【ポイント】

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

＜留意事項＞

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

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

【国ＱＡ】（平成 27 年４月 30 日Q&A（vol.2））

（問 17）　短期集中個別リハビリテーション実施加算の算定に当たって、①本人の自己都合、②体調不良等のやむを得ない理由により、定められた実施回数、時間等の算定要件に適合しなかった場合はどのように取り扱うか。

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

（５）認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）【通所リハビリテーション】　240 単位／日
（Ⅱ）【通所リハビリテーション】　1,920 単位／月

厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、認知症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、作業療法士及び言語聴覚士が、（Ⅰ）についてはその退院（所）日又は通所開始日から起算して３月以内の期間に、（Ⅱ）についてはその退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して３月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算として、次に掲げる区分に応じ、（Ⅰ）については１日につき、（Ⅱ）については１月につき、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合においては、算定しない。

◎　厚生労働大臣が定める基準

１　認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）

１週間に２日を限度として個別にリハビリテーションを実施すること。

２　認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）

次のいずれにも適合すること。

（１）１月に４回以上リハビリテーションを実施すること。
（２）リハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された通所リハビリテーション計画を作成し、生活機能向上に資するリハビリテーションを実施すること。
（３）通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イ又はロ若しくは（Ｂ）イ又はロを算定していること。

※　厚生労働大臣が定める施設基準

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

＜留意事項＞（老企 36）

○　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用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ことであること。

○　認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅰ）は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、１週間に２日を限度として、20 分以上のリハビリテーションを個別に実施した場合に算定できるものである。なお、当該リハビリテーションの提供時間が 20 分に満たない場合は、算定できないこととする。

○　認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ）は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を終了した医師により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の状態に応じて、個別又は集団によるリハビリテーションは、１月に８回以上実施することが望ましいが、１月に４回以上実施した場合に算定できるものである。その際には、通所リハビリテーション計画にその時間、実施頻度、実施方法を定めたうえで実施するものであること。

○　認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ）における通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、認知症を有する利用者の生活環境に対応したサービス提供ができる体制を整える必要があることから、利用者の生活環境をあらかじめ把握するため、当該利用者の居宅を訪問すること。

○　認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ）における通所リハビリテーション計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。

○　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。

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

○　本加算は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）についてはその退院（所）日又は通所開始日から起算して３月以内の期間に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）についてはその退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して３月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合に算定できるものとしているが、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。

【国ＱＡ】（平成 21 年４月改定関係Q&Ａ（Vol.1））
（問104）　３月間の認知症短期集中リハビリテーションを行った後に、引き続き同一法人の他のサービスにおいて認知症短期集中リハビリテーションを実施した場合、算定は可能か。
（答）　同一法人の他のサービスにおいて実施した場合は算定できない。
（問105）　３月間の実施期間中に入院等のために中断があり、再び同一事業所の利用を開始した場合、実施は

可能か。

（答）　同一事業所の利用を再開した場合において、介護老人保健施設、介護療養型医療施設においては前回入所（院）した日から起算して３月、通所リハビリテーションにおいては前回退院（所）日又は前回利用開始日から起算して３月以内に限り算定できる。但し、中断前とは異なる事業所で中断前と同じサービスの利用を開始した場合においては、当該利用者が過去３月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できる。

【国ＱＡ】（平成27年４月30日Q&A（Vol.2）】

（問18）　認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）の要件である「認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師」の研修とは具体的に何か。

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

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

※　平成21年度改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.１）（平成21年３月23日）問108を一部修正した。

（問19）　認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）については、「１週に２日を標準」とあるが、１週２日の計画が作成されている場合で、やむを得ない理由がある時は、週１日でも算定可能か。

（答）　集中的なリハビリテーションの提供を目的とした加算であることから、１週に２日実施する計画を作成することが必要である。ただし、当初、週に２日の計画を作成したにも関わらず、

①　やむを得ない理由によるもの（利用者の体調変化で週に１日しか実施できない場合等）や、

②　自然災害・感染症の発生等により、事業所が一時的に休業するため、当初予定していたサービスの提供ができなくなった場合であれば、算定できる。

※　平成21年度改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.２）（平成21年４月17日）問20を一部修正した。

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

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

※　平成21年度改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.２）（平成21年４月17日）問21を一部修正した。

※　平成21年度改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.１）（平成21年３月23日）通所リハビリテーションの問106は削除する。

【国ＱＡ】（平成27年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.1））

（問99）　認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)について、１月に４回以上のリハビリテーションの実施が求められているが、退院（所）日又は通所開始日が月途中の場合に、当該月に４回以上のリハビリテーションの実施ができなかった場合、当該月は算定できないという理解でよいか。

（答）　認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)は、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の状態に応じて、個別又は集団によるリハビリテーションを１月に４回以上実施した場合に取得できることから、当該要件を満たさなかった月は取得できない。なお、本加算におけるリハビリテーションは、１月に８回以上実施することが望ましい。

（問100）　通所リハビリテーションの認知症短期集中リハビリテーション実施加算の起算日について、「通所開始日」とは 通所リハビリテーションの提供を開始した日と考えてよいか。

（答）　貴見のとおりである。

（問101）　認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）を算定していたが、利用者宅に訪問して指導す

る又は集団での訓練の方が利用者の状態に合っていると判断した場合、認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）に移行することができるか。

（答）　退院（所）日又は通所開始日から起算して３月以内であれば、移行できる。ただし、認知症短期集中リハビリテーション（Ⅱ）は月包括払いの報酬であるため、月単位での変更となることに留意されたい。

（６）生活行為向上リハビリテーション加算【通所リハビリテーション】　1,250 単位／月
【介護予防通所リハビリテーション】　562 単位／月

厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合は、リハビリテーション実施計画に基づく指定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６月以内の期間に限り、１月につき 1250 単位を所定単位数に加算する。

ただし、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合においては、算定しない。また、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定していた場合においては、利用者の急性憎悪等によりこの加算を算定する必要性についてリハビリテーション会議（指定居宅サービス基準第 80 条第５号に規定するリハビリテーション会議をいう。）により合意した場合を除き、この加算は算定しない。

◎厚生労働大臣が定める基準

次のいずれにも適合すること。

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

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

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

二　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（Ａ）イ・ロ、（Ｂ）イ・ロのいずれかを算定していること。（※介護予防通所リハビリテーションを除きます。）

ホ　指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が当該利用者の居宅を訪問し、生活行為に関する評価をおおむね１月に１回以上実施すること。

◎厚生労働大臣が定める施設基準

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

＜留意事項＞

①　「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。

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

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

④　生活機能向上リハビリテーション計画の作成に当たっては、本加算の趣旨を説明した上で、当該計画の同意を得るよう留意すること。
⑤　本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえ、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等を可能とすることを見据えた目標や実施内容を設定すること。
⑥　本加算は、６月間に限定して算定が可能であることから、利用者やその家族においても、生活行為の内容の充実を図るための訓練内容を理解し、家族の協力を得ながら、利用者が生活の中で実践していくことが望ましいこと。また、リハビリテーション会議において、訓練の進歩状況やその評価（当該評価の結果、訓練内容に変更が必要な場合は、その理由を含む。）等について、医師が利用者、その家族、構成員に説明すること。
⑦　生活機能向上リハビリテーション実施計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。

【国ＱＡ】（平成 27 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.1））
（問102）　生活行為向上リハビリテーション実施加算の取得が可能となる期間中に、入院等のためにリハビリテーションの提供の中断があった後、再び同一事業所の利用を開始した場合、再利用日を起算点として、改めて６月間の算定実施は可能か。
（答）　生活行為向上リハビリテーション実施加算は、生活行為の内容の充実を図るための目標を設定し、当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、利用者の有する能力の向上を計画的に支援することを評価するものである。
入院等により、活動するための機能が低下し、医師が、生活行為の内容の充実を図るためのリハビリテーションの必要性を認めた場合に限り、入院前に利用していたサービス種別、事業所・施設にかかわらず、再度利用を開始した日から起算して新たに６月以内に限り算定できる。
（問103）　生活行為向上リハビリテーション実施加算に係る減算について対象事業所となるのは、当該加算を取得した事業所に限ると考えてよいか。
（答）　貴見のとおりである。
（問104）　生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定要件について「利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること」とあるが、具体的には、人員基準を満たすか否かが判断基準となるのか。
（答）　人員基準を満たすか否かに関わらず、生活行為向上リハビリテーションを実施する上で、適切な人員配置をお願いするものである。
（問105）　生活行為向上リハビリテーションの算定要件について、「生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験」、「生活行為の内容の充実を図るための研修」とあるが、具体的にどのような知識、経験、研修を指すのか。
（答）　生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識や経験とは、例えば、日本作業療法士協会が実施する生活行為向上マネジメント研修を受講した際に得られる知識や経験が該当すると考えている。
生活行為の内容の充実を図るための研修とは、
①　生活行為の考え方と見るべきポイント
②　生活行為に関するニーズの把握方法
③　リハビリテーション実施計画の立案方法
④　計画立案の演習等のプログラム
から構成され、生活行為向上リハビリテーションを実施する上で必要な講義や演習で構成されているものである。例えば、全国デイケア協会、全国老人保健施設協会、日本慢性期医療協会、日本リハビリテーション病院・施設協会が実施する「生活行為向上リハビリテーションに関する研修会」が該当すると考えている。

【国ＱＡ】（令和３年３月 23 日Ｑ＆Ａ（Vol.2））
（問 29）　短期集中個別リハビリテーション実施加算と認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）・

（Ⅱ）を３ケ月実施した後に、利用者の同意を得て、生活行為の内容の向上を目的としたリハビリテーションが必要であると判断された場合、生活行為向上リハビリテーション実施加算に移行することができるのか。

（答）　可能である。ただし、短期集中個別リハビリテーション実施加算と認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）・（Ⅱ）から生活行為向上リハビリテーション実施加算へ連続して移行する場合には、短期集中個別リハビリテーション実施加算と認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）・（Ⅱ）を取得した月数を、６月より差し引いた月数のみ生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定可能である。

【国ＱＡ】（令和３年４月９日Ｑ＆Ａ（Vol.5））

（問６）　生活行為向上リハビリテーション実施加算は、リハビリテーション実施計画に基づく指定通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から６月以内の場合に算定可能とされているが、再度同加算を算定することは可能か。

（答）　疾病等により生活機能が低下（通所リハビリテーション計画の直近の見直し時と比較して、ＡＤＬの評価であるBarthel Index又はＩＡＤＬの評価であるFrenchay Activities Indexの値が低下したものに限る。）し、医師が生活行為の内容の充実を図るためのリハビリテーションの必要性を認めた場合、改めてリハビリテーション実施計画に基づく指定通所リハビリテーションの利用を開始した場合は、新たに６月以内の算定が可能である。

（７）若年性認知症利用者受入加算	**【通所リハビリテーション】**	**60単位／日**
	【介護予防通所リハビリテーション】	**240単位／月**

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

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

＜留意事項＞（老企36第２の８（15））

受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。

【ポイント】

【国ＱＡ】（平成21年４月改定関係Ｑ＆Ａ（vol.1））

（問101）　一度本加算制度の対象者となった場合、65歳以上になっても対象のままか。

（答）　65歳の誕生日の前々日までは対象である。

（問102）　担当者とは何か。定めるに当たって担当者の資格要件はあるか。

（答）　若年性認知症利用者を担当する者のことで、施設や事業所の介護職員の中から定めていただきたい。人数や資格等の要件は問わない。

【国ＱＡ】（平成21年４月改定関係Ｑ＆Ａ（vol.2））

（問 24）　若年性認知症利用者受入加算について、個別の担当者は、担当利用者がサービス提供を受ける日に必ず出勤していなければならないのか。

（答）　個別の担当者は、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行う上で中心的な役割を果たすものであるが、当該利用者へのサービス提供時に必ずしも出勤している必要はない。

（問 43）　若年性認知症利用者受入加算について、介護予防通所介護や介護予防通所リハビリテーションのように月単位の報酬が設定されている場合、65 歳の誕生日の前々日が含まれる月はどのように取り扱うのか。

（答）　本加算は 65 歳の誕生日の前々日までは対象であり、月単位の報酬が設定されている介護予防通所

介護と介護予防通所リハビリテーションについては 65 歳の誕生日の前々日が含まれる月は月単位の加算が算定可能である。ただし、当該月において 65 歳の誕生日の前々日までにサービス利用の実績がない場合は算定できない。

（８）栄養アセスメント加算【通所リハビリテーション】　　50 単位／月

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、利用者に対して管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。）を行った場合は、栄養アセスメント加算として、１月につき 50 単位を所定単位数に加算する。ただし、当該利用者が栄養改善加算（介護予防通所リハビリテーション事業所の場合は、栄養改善加算又は選択的サービス複数実施加算）の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。

人員	①　当該事業所の従業者として又は外部（他の介護事業所、医療機関又は栄養ケア・ステーション）との連携により管理栄養士を１名以上配置していること。
運営	①　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と共同して栄養アセスメント加算を実施し、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。 ②　利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。 ③　厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法（平成 12 年厚生省告示第 27 号）第２号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

＜留意事項＞（老企 36 第２の８（16））

①　栄養アセスメント加算の算定に係る栄養アセスメントは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

②　当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所（栄養アセスメント加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を１名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」）との連携により、管理栄養士を１名以上配置して行うものであること。

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

イ　利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。

ロ　管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種のものが共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能を呼び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上課題の把握を行うこと。

ハ　イ及びロの結果を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。

ニ　低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、介護支援専門員と情報共有を行い、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。

④　原則として、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、栄養アセスメント加算は算定しないが、栄養アセスメント加算に基づく栄養アセスメントの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養アセスメント加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。

⑤　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、利用者の状態に応じた栄養管理の内容の決定（Plan）、当該決定に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた栄養管理の内容の見直し・改善（Action）の一連のサイ

クル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

⑥　居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順及び様式例については、介護保険最新情報（Vol.936）を必ずご確認ください。

（９）栄養改善加算	【通所リハビリテーション】	200 単位／回
	【介護予防通所リハビリテーション】	200 単位／月

低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算します。

◆　算定

低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、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（栄養改善サービス）を行った場合に算定します。

人員	・　管理栄養士を１名以上配置していること。 ・　給食管理業務を委託している業者の管理栄養士では認められません。 【国ＱＡ】（平成 18 年 3 月 22 日Ｑ＆Ａ（vol.1）問 32）
計画	・　利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
記録	・　利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。
評価	・　利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。
定員等	・　運営基準に基づき事業所の運営規程に定められた利用定員を遵守するとともに、人員基準に定められた職種、員数の職員を配置していること。

◆　対象者（老企 36 第２の８（17））

栄養改善加算を算定できる利用者は、次のイからホのいずれかに該当する者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者とすること。

イ　ＢＭＩが 18.5 未満である者

ロ　１～６月間で３％以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成 18 年６月９日老発第 0609001 号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストの№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、上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する(13)、(14)、(15)のいずれかの項目において「１」に該当する者などを含む。）
・　生活機能の低下の問題
・　褥瘡に関する問題
・　食欲の低下の問題
・　閉じこもりの問題（基本チェックリストの閉じこもりに関連する(16)、(17)のいずれかの項目において「１」に該当する者などを含む。）
・　認知症の問題（基本チェックリストの認知症に関連する(18)、(19)、(20)のいずれかの項目において

「１」に該当する者などを含む。）

・　うつの問題（基本チェックリストのうつに関連する(21)から(25)の項目において、２項目以上「１」に該当する者などを含む。）

◆　**プロセス（老企 36 第２の８（17））**

①　利用者ごとの低栄養状態のリスクを利用開始時に把握。

②　栄養ケア計画を作成。

・　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。

・　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、生活相談員その他の職種の者が共同で栄養ケア計画を作成。

・　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関連職種が共同して取り組むべき事項を記載。

③　作成した計画については、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。

④　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。

⑤　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。

⑥　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の提供をすること。

⑦　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を行うこと。

＜注意事項＞

○　栄養改善加算として、３月以内の期間に限り１月に２回を限度として算定可能です。

○　ただし、栄養改善サービスの開始から３月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善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も可能です。（厚告 19 別表７注 15）

○　引き続きの算定（老企 36 第２の８（17））
おおむね３か月ごとの評価の結果、P62 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します。

○　居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順及び様式例については、介護保険最新情報（Vol.936）を必ずご確認ください。

【ポイント】

・　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。

・　事業所の職員として、又は外部との連携により、管理栄養士を１名以上配置して行うものであること。

(10) 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	【通所リハビリテーション】	20 単位／回
	【介護予防通所リハビリテーション】	20 単位／回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	【通所リハビリテーション】	５単位／回
	【介護予防通所リハビリテーション】	５単位／回

◆ **算定**

利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に算定する。ただし、以下の場合には算定しない。

・（Ⅰ）を算定している場合の（Ⅱ）
・（Ⅱ）を算定している場合の（Ⅰ）
・当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合

○ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）

運営等	① 利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 ② 利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 ③ 厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法（平成 12 年厚生省告示第 27 号）第１号、第２号、第６号、第 11 号及び第 20 号又は第 16 号及び第 23 号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。 ④ 算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当しないこと。 ・栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算（介護予防通所リハビリテーション事業所の場合は、栄養改善加算又は選択的サービス複数実施加算）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であること。 ・当該利用者が口腔機能向上加算（介護予防通所リハビリテーション事業所の場合は、口腔機能向上加算又は選択的サービス複数実施加算）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であること。

○ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）

運営等	○（１）又は（２）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。 ① 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）①及び③に適合すること。 ② 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算（介護予防通所リハビリテーション事業所の場合は、栄養改善加算又は選択的サービス複数実施加算）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であること。 ③ 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算（介護予防通所リハビリテーション事業所の場合は、口腔機能向上加算又は選択的サービス複数実施加算）の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。 （２）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 ① 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）②及び③に該当すること。 ② 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算（介護予防通所リハビリテーション事業所の場合は、栄養改善加算又は選択的サービス

	複数実施加算）の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。 ③　算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算（介護予防リハビリテーション事業所の場合は、口腔機能向上加算又は選択的サービス複数実施加算）の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。

◆　プロセス（老企 36 第２の８（18）（老企 36 第二７（17）③、老計発第 0331005 号・老振発第 0331005 号、老老発第 0331018 号第二３の２（15）②）

口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うにあたっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。

イ　口腔スクリーニング

a　硬いものを避け、柔らかいものばかりを中心に食べる者

b　入れ歯を使っている者

c　むせやすい者

ロ　栄養スクリーニング

a　ＢＭＩが 18.5 未満である者

b　１～６月間で３%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成 18 年６月９日老発第 0609001 号）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（＝６月間で２～３kg 以上の体重減少があった）者

c　血清アルブミン値が 3.5g/dl 以下である者

d　食事摂取量が不良（75%以下）である者

居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順及び様式例については、介護保険最新情報（Vol.936）を必ずご確認ください。

【ポイント】（老企 36 第２の８（18）①、老計発第 0331005 号・老振発第 0331005 号、老老発第 0331018 号第二３の２（15）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及び栄養状態のスクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

・　口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングは、利用者に対して、原則として一体的に実施すべきものであること。ただし、大臣基準第 19 号の２ロに規定する場合にあっては、口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの一方のみを行い、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）を算定することができる。

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

・　（口腔・栄養スクリーニング加算を算定できる事業所を複数利用している利用者の場合、）口腔・栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施すること。

【国ＱＡ】（平成 30 年３月 23 日 Q&A（Vol.1））

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

（答）　サービス利用者が利用している各種サービスの栄養状態との関連性、実施時間の実績、栄養改善サービスの提供実績、栄養スクリーニングの実施可能性等を踏まえ、サービス担当者会議で検討し、介護支援専門員が栄養スクリーニング加算の算定事業者を判断・決定するものである。

(11) 口腔機能向上加算（Ⅰ）	【通所リハビリテーション】	150 単位／回
	【介護予防通所リハビリテーション】	150 単位／月
口腔機能向上加算（Ⅱ）	【通所リハビリテーション】	160 単位/月
	【介護予防通所リハビリテーション】	160 単位/月

口腔機能の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、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算します。

◆ **算定**

口腔機能が低下している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「口腔機能向上サービス」という）を行った場合は、所定単位数に加算します。ただし、口腔機能向上加算（Ⅰ）を算定しているときは同加算（Ⅱ）を、同加算（Ⅱ）を算定しているときは同加算（Ⅰ）を算定することができません。

○口腔機能向上加算（Ⅰ）

人員	① 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を１名以上配置していること。 ② これらの職種の者の業務を、委託することは認められません。 【平成 18 年 3 月 22 日　Ｑ＆Ａ（vol.1）問 36】
計画	① 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。
記録	① 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。
評価	① 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。
定員等	① 厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法（平成 12 年厚生省告示第 27 号）第２号規定する基準のいずれにも該当しないこと。

○口腔機能向上加算（Ⅱ）

人員	① 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を 1 名以上配置していること。 ② これらの職種の者の業務を、委託することは認められない。
計画	① 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。
記録	① 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。
評価	① 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。 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生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
定員等	① 厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法（平成 12 年厚生省告示第 27 号）第２号規定する基準のいずれにも該当しないこと。

◆ **対象者（老企 36 第２の８（19））**

次のいずれかに該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者

① 認定調査票において嚥下、食事摂取、口腔清潔の三項目のいずれかの項目において「１」以外に該当する

者
② 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
③ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者

利用者の口腔の状態によっては、医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じることとする。なお、歯科医療を受診している場合であって、次のイ又はロのいずれかに該当する場合にあっては、加算は算定できません。

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

◆ **プロセス（老企 36 第２の８（19））**

① 利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握すること。
② 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、介護職員その他の職種の者が共同して取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成すること。作成した口腔機能改善管理指導計画については、口腔機能向上サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
③ 口腔機能改善管理指導計画に基づき、言語聴覚士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。
④ 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。

＜注意事項＞

○ 口腔機能向上加算として、３月以内の期間に限り１月に２回を限度として所定単位数に加算します。
○ ただし、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ます。（厚告 19 別表７注 16）
○ 引き続きの算定（老企 36 第２の８（19））
おおむね３か月ごとの評価の結果、次のイ又はロのいずれかに該当する者であって、継続的に言語聴覚士等がサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上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します。
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、口腔機能が著しく低下するおそれのある者
○ 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、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。
○ 口腔衛生の管理体制に関する基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例と口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例については、介護保険最新情報（Vol.936）を必ずご確認ください。

【ポイント】

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。

(12) 重度療養管理加算【通所リハビリテーション】　　100 単位／日

要介護度３、４又は５であって、手厚い医学的管理が必要な状態である利用者を受入れた場合に算定します。

◆ **算定**

所要時間１時間以上２時間未満の利用者以外の者であり、要介護３、４又は５であって、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（→留意点の下の**【ポイント】**をご覧ください）である利用者に対して、計画的な医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合。

【留意点】

- １時間以上２時間未満の通所リハビリテーションの利用者では算定できません。
- 算定する場合にあっては、当該医学的管理の内容等を診療録に記録しておく必要があります。
- 算定できる利用者は、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者である必要があります。なお、請求明細書の摘要欄に該当する状態（94 号告示第 18 号のイからリまで）を記載する必要があり、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載することとなります。

【ポイント】

【厚生労働省告示第 94 号 18】

別に厚生労働大臣が定める状態（イ～リのいずれかに該当する状態）

イ　常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
ロ　呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
ハ　中心静脈注射を実施している状態
ニ　人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
ホ　重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
ヘ　膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の４級以上であり、かつ、ストーマの処置を実施している状態
ト　経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
チ　褥瘡に対する治療を実施している状態
リ　気管切開が行われている状態

【老企 36 第２の８（20）②（利用者等告示第 18 号の定める状態の詳細）】

② 当該加算を算定できる利用者は、次のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者であることとする。なお、請求明細書の摘要欄に該当する状態（利用者等告示第 18 号のイからリまで）を記載することとする。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。

ア　利用者等告示第 18 号イの「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは、当該月において１日当たり８回（夜間を含め約３時間に１回程度）以上実施している日が 20 日を超える場合をいうものであること。

イ　利用者等告示第 18 号ロの「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」については、当該月において１週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っていること。

ウ　利用者等告示第 18 号ハの「中心静脈注射を実施している状態」については、中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者であること。

エ　利用者等告示第 18 号ニの「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」については、人工腎臓を各週２日以上実施しているものであり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症をもつものであること。

Ａ　透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病
Ｂ　常時低血圧（収縮期血圧が九十 mmHg 以下）
Ｃ　透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの
Ｄ　出血性消化器病変を有するもの
Ｅ　骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの
Ｆ　うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）のもの

オ　利用者等告示第18号ホの「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」については、持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90mmHg以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度90%以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。

カ　利用者等告示第18号への「膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第５号に掲げる身体障害者障害程度等級表の４級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」については、当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できるものであること。

キ　利用者等告示第18号トの「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」については、経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合に算定できるものであること。

ク　利用者等告示第18号チの「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、以下の分類で第３度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。

第１度：皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）

第２度：皮膚層の部分的喪失（びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの）

第３度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある

第４度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

ケ　利用者等告示第18号リの「気管切開が行われている状態」については、気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った場合に算定できるものであること。

(13) 中重度者ケア体制加算【通所リハビリテーション】　　20単位/日

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

◎厚生労働大臣が定める基準

次のいずれにも適合していること。

イ　指定基準に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で１以上確保していること。

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

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

＜留意事項＞

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

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

③　利用実人員数又は利用延人員数の割合の計算方法は、次の取扱いによるものとする。

イ　前年度の実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、前年度の実績による加算の届出はできないものとする。

ロ　前３月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近３月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。また、その割合については、毎月ごとに記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに加算の取下げの届出を提出しなければならない。

④　看護職員は、指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて１名以上配置する必要があり、他の職務との兼務は認められない。

⑤　中重度ケア体制加算については、事業所を利用する利用者全員に算定することができる。また、認知症加算の算定要件も満たす場合は、中重度ケア体制加算の算定とともに認知症加算も算定できる。

⑥　中重度ケア体制加算を算定している事業所にあっては、中重度の要介護者であっても社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するリハビリテーションを計画的に実施するプログラムを作成することとする。

【国ＱＡ】（平成 27 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.1））

（問 106）　中重度者ケア体制加算において、通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、看護職員を１以上確保していることとあるが、２名の専従看護職員が両名とも体調不良等で欠勤し一日でも不在になった場合、利用者全員について算定できるか。

（答）　時間帯を通じて看護職員を１以上確保していることが必要である。

＜参考：以下通所介護より＞

（問 25）　指定居宅サービス等基準第 93 条に規定する看護職員又は介護職員に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で２以上確保する必要があるが、具体的な計算方法如何。

（答）　例えば、定員 20 人の通所介護、提供時間が７時間、常勤の勤務すべき時間数が週 40 時間の場合であって、営業日が月曜日から土曜日の場合には、常勤換算の計算方法は以下の通りとなる。（本来であれば、暦月で計算するが、単純化のために週で計算。）

	月	火	水	木	金	土	計
利用者数	18 人	17 人	19 人	20 人	15 人	16 人	105 人
必要時間	11.2 時間	9.8 時間	12.6 時間	14 時間	７時間	8.4 時間	63 時間
職員Ａ	８時間	８時間	８時間	８時間	８時間	０時間	40 時間
職員Ｂ	０時間	８時間	８時間	８時間	８時間	８時間	40 時間
職員Ｃ	７時間	７時間	７時間	７時間	７時間	０時間	35 時間
職員Ｄ	８時間	８時間	０時間	０時間	８時間	８時間	32 時間
計	23 時間	31 時間	23 時間	23 時間	31 時間	16 時間	147 時間
加配時間数	11.8 時間	21.2 時間	10.4 時間	９時間	24 時間	7.6 時間	84 時間

①　指定基準を満たす確保すべき勤務延時間数

（例：月曜日の場合）

確保すべき勤務時間数＝（（利用者数－15）÷５＋１）×平均提供時間数＝11.2 時間

②　指定基準に加えて確保されたものと扱われる勤務時間数

（例：月曜日の場合）

指定基準に加えて確保された勤務時間数＝（８＋７＋８）－11.2＝11.8 時間

以上より、上記の体制で実施した場合には、週全体で 84 時間の加配時間となり、
84 時間÷40 時間＝2.1 となることから、常勤換算方法で２以上確保したことになる。

（問 26）　指定通所介護の中重度者ケア体制加算と認知症加算を併算定する場合、認知症介護に係る研修を修了している看護職員１人を、指定通所介護を行う時間帯を通じて配置すれば、認知症介護に係る研修を修了している看護職員１人の配置でそれぞれの加算を算定できるのか。

（答）　中重度者ケア体制加算の算定対象となる看護職員は他の職務と兼務することはできない。このため、認知症加算を併算定する場合は、認知症介護に係る研修を修了している者を別に配置する必要がある。

（問 27）　認知症加算及び中重度者ケア体制加算の利用者割合の計算方法は、届出日の属する月の前３月の１月当たりの実績の平均が要件を満たせば、例えば、４月 15 日以前に届出がなされた場合には、５月から加算の算定が可能か。

（答）　前３月の実績により届出を行う場合においては可能である。なお、届出を行った月以降においても、直近３月間の利用者割合については、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。

（問 28）　指定通所介護の中重度者ケア体制加算と認知症加算を併算定する場合、指定居宅サービス等基準第 93 条に規定する看護職員又は介護職員に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で４以上確保する必要があるか。

（答）　事業所として、指定居宅サービス等基準第 93 条に規定する看護職員又は介護職員に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で２以上確保していれば、認知症加算及び中重度者ケア体制加算における「指定基準に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で２以上確保する」という要件をそれぞれの加算で満たすことになる。

（問 29）　認知症加算又は中重度者ケア体制加算の算定要件の一つである専従の認知症介護実践者研修等修了者又は看護職員は、通所介護を行う時間帯を通じて事業所に１名以上配置されていれば、複数単位におけるサービス提供を行っている場合でも、それぞれの単位の利用者が加算の算定対象になるのか。

（答）　サービスの提供時間を通じて１名以上配置されていれば、加算の算定対象となる。

（問 30）　通所介護を行う時間帯を通じて１名以上の配置が求められる看護職員（中重度者ケア体制加算）、認知症介護実践者研修等の修了者（認知症加算）は、日ごと又は１日の時間帯によって人員が変わっても、通所介護を行う時間帯を通じて配置されていれば、加算の要件を満たすと考えてよいか。

（答）　日ごと又は１日の時間帯によって人員が変わっても、加算の要件の一つである「指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる看護職員（認知症介護実践者研修等の修了者）を１名以上配置していること」を満たすこととなる。

（問 31）　認知症加算、中重度者ケア体制加算それぞれについて、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合、要介護３以上の割合における具体的な計算方法如何。

（答）　認知症加算、中重度者ケア体制加算の算定要件である認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合、要介護３以上の割合については、利用実人員数又は利用延人員数を用いて算定するものとされているが、例えば、以下の例のような場合であって、中重度者ケア体制加算の要介護３以上の割合を計算する場合、前３月の平均は次のように計算する。（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合、前年度の平均計算についても同様に行う。）

	要介護度	利用実績		
		１月	２月	３月
利用者①	要介護１	７回	４回	７回
利用者②	要介護２	７回	６回	８回
利用者③	要介護１	６回	６回	７回
利用者④	要介護３	12 回	13 回	13 回
利用者⑤	要支援２	８回	８回	８回
利用者⑥	要介護３	10 回	11 回	12 回
利用者⑦	要介護１	８回	７回	７回
利用者⑧	要介護３	11 回	13 回	13 回
利用者⑨	要介護４	13 回	13 回	14 回
利用者⑩	要介護２	８回	８回	７回
要介護３以上合計		46 回	50 回	52 回
合計（要支援を除く）		82 回	81 回	88 回

① 利用実人員数による計算（要支援者を除く）
・利用者の総数＝９人（１月）＋９人（２月）＋９人（３月）＝27 人
・要介護３以上の数＝４人（１月）＋４人（２月）＋４人（３月）＝12 人
したがって、割合は 12 人÷27 人≒44.4%（小数点第二位以下切り捨て）≧30%

② 利用延人員数による計算（要支援者を除く）
・利用者の総数＝82 人（１月）＋81 人（２月）＋88 人（３月）＝251 人
・要介護 3 以上の数＝46 人（１月）＋50 人（２月）＋52 人（３月）＝148 人
したがって、割合は 148 人÷251 人≒58.9%（小数点第二位以下切り捨て）≧30%

上記の例は、利用実人員数、利用延人員数ともに要件を満たす場合であるが、①又は②のいずれかで要件を満たせば加算は算定可能である。

なお、利用実人員数による計算を行う場合、月途中で要介護状態区分や認知症高齢者の日常生活自立度が変更になった場合は月末の要介護状態区分や認知症高齢者の日常生活自立度を用いて計算する。

（問 37） 加算算定の要件である通所介護を行う時間帯を通じて、専従で配置する看護職員の提供時間帯中の勤務時間は、加配職員として常勤換算員数を算出する際の勤務時間数には含めることができないということでよいか。

（答） 提供時間帯を通じて配置する看護職員は、他の職務との兼務は認められず、加算の要件である加配を行う常勤換算員数を算出する際の勤務時間数に含めることはできない。なお、加算の算定要件となる看護職員とは別に看護職員を配置している場合は、当該看護職員の勤務時間数は常勤換算員数を算出する際の勤務時間数に含めることができる。

（問 38） 重度の要介護者であっても社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するケアを計画的に実施するプログラムとはどのようなものか。

（答） 今までその人が築いてきた社会関係や人間関係を維持し続けられるように、家庭内の役割づくりのための支援や、地域の中で生きがいや役割をもって生活できるような支援をすることなどの目標を通所介護計画又は別途作成する計画に設定し、通所介護の提供を行う必要がある。

（問 39） 通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる看護職員を１名以上配置とあるが、指定基準の他に配置する必要があるのか。

（答） 当該事業所に配置している看護職員が現在、専従の看護職員として提供時間帯を通じて既に配置している場合には、新たに配置する必要はない。

【国ＱＡ】（平成 27 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.2））

（問３） 加算算定の要件に、通所介護を行う時間帯を通じて、専従で看護職員を配置していることとあるが、全ての営業日に看護職員を配置できない場合に、配置があった日のみ当該加算の算定対象となるか。

（答） 貴見のとおり。

(14) 移行支援加算【通所リハビリテーション】　　12 単位／日

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所等への移行等を支援した場合は、移行支援加算として、評価対象期間※の末日が属する年度の次の年度内に限り、１日につき所定単位数を加算できます。

※ 評価対象期間

加算を算定する年度の初日の属する年の前年の１月から 12 月までの期間

例　令和３年度に算定する場合　⇒　令和２年１月～12 月

◎厚生労働大臣が定める基準

イ 次のいずれにも適合すること。

（１）評価対象期間において指定通所リハビリテーションの提供を終了した者のうち、指定通所介護等（指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションを除く。）を実施した者の占める割合が、100

分の３を超えていること。

（２）評価対象期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して 14 日以降 44 日以内に、通所リハビリテーション従業者が、通所リハビリテーション終了者に対して、当該通所リハビリテーション終了者の指定通所介護等の実施状況を確認し、記録すること。

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

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

＜留意事項＞

①　移行支援加算におけるリハビリテーションは、通所リハビリテーション計画に家庭や社会への参加を可能とするための目標を作成した上で、利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬを向上させ、指定通所介護等（指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションは除く。）に移行させるものであること。

②　「その他社会参加に資する取組」には、医療機関への入院や介護保険施設への入所、指定訪問リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護は含まれず、算定対象とならないこと。

③　厚生労働大臣基準告示第 13 号イ（１）の基準において、指定通所介護等（指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションは除く。）を実施した者の占める割合及び基準第 13 号ロにおいて、12 を指定通所リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数については、小数点第３位以下は切り上げること。

④　平均利用月数においては、以下の式により計算すること。

イ　（i）に掲げる数÷（ii）に掲げる数

（i）　当該事業所における評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計

（ii）（当該事業所における評価対象期間の新規利用者数の合計＋当該事業所における評価対象期間の新規終了者数の合計）÷２

ロ　イ（i）における利用者には、当該施設の利用を開始して、その日のうちに利用を終了した者又は死亡した者を含むものである。

ハ　イ（i）における利用者延月数は、利用者が評価対象期間において当該事業所の提供する通所リハビリテーションを利用した月数の合計をいう。

ニ　イ(ii)における新規利用者数とは、当該評価対象期間に新たに当該事業所の提供する通所リハビリテーションを利用した者の数をいう。また、当該事業所の利用を終了後、12 月以上の期間を空けて、当該事業所を再度利用した者については、新規利用者として取り扱うこと。

ホ　イ(ii)における新規終了者数とは、評価対象期間に当該事業所の提供する通所リハビリテーションの利用を終了した者の数をいう。

⑤　「指定通所介護等（指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションは除く。）の実施」状況の確認に当たっては、指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、通所リハビリテーション終了者の居宅を訪問し、通所リハビリテーション計画書のアセスメント項目を活用しながら、リハビリテーションの提供を終了した時と比較して、ＡＤＬ及びＩＡＤＬが維持又は改善していることを確認すること。

なお、電話等での実施を含め確認の手法は問わないこと。

⑥　「当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供」については、利用者の円滑な移行を推進するため、指定通所リハビリテーション終了者が指定通所介護、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型通所介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型通所介護又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所へ移行する際に、「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」に示す別紙様

式２－２－１及び２－２－２のリハビリテーション計画書等の情報を利用者の同意の上で指定通所介護、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型通所介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型通所介護又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護の事業所へ提供すること。なお、指定通所介護事業所等（指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションを除く。）の事業所への情報提供に際しては、リハビリテーション計画書の全ての情報ではなく、「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」に示す別紙様式２－２－１及び２－２－２の本人の希望、家族の希望、健康状態・経過、リハビリテーションの目標、リハビリテーションサービス等の情報を抜粋し、提供することで差し支えない。

○　移行支援加算等の基本的な考え方とについては、介護保険最新情報介護保険最新情報（Vol.936）を必ずご確認ください。

【ポイント】

【国ＱＡ】（令和３年３月23日Ｑ＆Ａ（Vol.２））

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

（答）　貴見のとおりである。

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

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

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

（答）　貴見のとおりである。

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

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

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

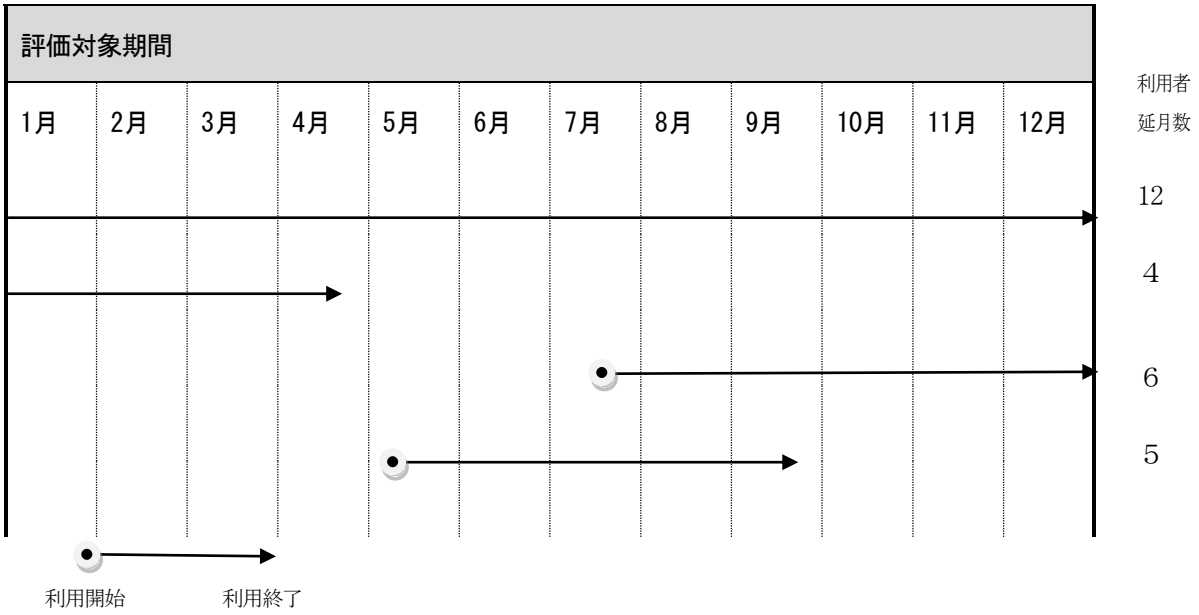
（答）　移行支援加算は、利用者のＡＤＬ・ＩＡＤＬが向上し、社会参加に資する取組みに移行する等を指標として、質の高いリハビリテーションを提供する事業所を評価するものである。そのため、「社会参加への移行状況」と「サービスの利用の回転」を勘案することとしている。このうち、「サービスの利用の回転」の算定方法は下記のとおりであり、平均利用月数が48月以内であることを要件としている。

$$\frac{12\text{月}}{\text{平均利用月数}} \geqq 27\%$$

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

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

（評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数のイメージ）



(15) 運動器機能向上加算【介護予防通所リハビリテーション】　　225 単位／月

理学療法士等を中心に看護職員、介護職員等が共同して利用者の運動器機能向上に係る個別の計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に算定できます。

◆　**算定**

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機能訓練であって、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（「運動器機能向上サービス」）を行った場合は、１月につき所定単位数を加算します。

人員	①　理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（以下「理学療法士等」）を１名以上配置していること。 ②　介護予防通所リハビリテーションにおいては、リハビリテーションとしての運動器機能向上サービスを提供することとしており、より効果的なリハビリテーションを提供する観点から、リハビリテーションの専門職種であるＰＴ、ＯＴ又はＳＴの配置を算定要件上求めているところであり、看護職員のみの配置では算定することはできない。なお、サービス提供に当たっては、医師又は医師の指示を受けたこれらの３職種若しくは看護職員が実施することは可能である。 【平成 18 年 3 月 22 日Ｑ＆Ａ（vol.1）問 29】
計画	①　利用者の運動器の機能を利用開始時に把握し、医師、理学療法士等、看護職員、介護職員その他の職種が共同して、運動器機能向上計画を作成していること。
記録	①　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等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。
評価	①　利用者ごとの運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価していること。
定員等	①　運営基準に基づき事業所の運営規程に定められた利用定員を遵守するとともに、人員基準に定められた職種、員数の職員を配置していること。

◆　**プロセス（介護報酬(介護予防サービス)の実施上の留意事項について）**

運動器機能向上サービスについては、以下のイからへまでに掲げるとおり、実施すること。

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

ロ　理学療法士等が、暫定的に、利用者ごとのニーズを実現するためのおおむね３月程度で達成可能な目標（「長期目標」）及び長期目標を達成するためのおおむね１月程度で達成可能な目標（「短期目標」）を設定すること。長期目標及び短期目標については、介護予防支援事業者において作成された当該利用者に係る介護予防サービス計画と整合が図れたものとすること。

ハ　利用者に係る長期目標及び短期目標を踏まえ、医師、理学療法士等、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、当該利用者ごとに、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、１回当たりの実施時間、実施形態等を記載した運動器機能向上計画を作成すること。その際、実施期間については、運動の種類によって異なるものの、おおむね３月間程度とすること。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、当該運動器機能向上計画の対象となる利用者に分かりやすい形で説明し、その同意を得ること。

ニ　運動器機能向上計画に基づき、利用者毎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こと。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。

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

ヘ　運動器機能向上計画に定める実施期間終了後に、利用者ごとに、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について、事後アセスメントを実施し、その結果を当該利用者に係る介護予防支援事業者に報告すること。介護予防支援事業者による当該報告も踏まえた介護予防ケアマネジメントの結果、運動器機能向上サービスの継続が必要であるとの判断がなされる場合については、上記イからへまでの流れにより、継続的に運動器機能向上サービスを提供すること。

【ポイント】

【国ＱＡ】（平成 18 年 3 月 22 日Ｑ＆Ａ（vol.1））

（問26）　運動器の機能向上について、個別の計画を作成していることを前提に、サービスは集団で提供してもよいか。

（答）　個別にサービス提供することが必要であり、集団的な提供のみでは算定できない。なお、加算の算定に当たっては、個別の提供を必須とするが、加えて集団的なサービスを提供することを妨げるものではない。

（問27）　運動器の機能向上加算は１月間に何回か。また、１日あたりの実施時間に目安はあるのか。利用者の運動器の機能把握を行うため、利用者の自己負担により医師の診断書等の提出を求めることは認められるのか。

（答）　利用回数、時間の目安を示すことは予定していないが、適宜、介護予防マニュアルを参照して実施されたい。また、運動器の機能については、地域包括支援センターのケアマネジメントにおいて把握されるものと考えている。

（16）選択的サービス複数実施加算【介護予防通所リハビリテーション】

選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）	**480 単位／月**
選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）	**700 単位／月**

要支援者の心身機能の改善効果を高め、介護予防に資するサービスを効果的に提供するため、選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス）のうち、複数のサービスを組み合わせて実施した場合に算定できます。

◆　算定

・　いずれかの選択的サービスを週 1 回以上実施していなければなりません。

・　1月につき、いずれかの選択的サービスを2回以上回実施していなければなりません。(厚労告96、83、イ、(3))
なお、選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)については、選択的サービスのうち2種類、選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)については、3種類実施した場合に算定します。

＜留意点＞

・　厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、選択的サービス(運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス)のうち複数のサービスを実施した場合に加算されます。
・　同月中に利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを算定している場合には算定できません。
・　(Ⅰ)(Ⅱ)いずれかの加算しか算定できません((Ⅰ)と(Ⅱ)を同時に算定することはできません)。
・　複数の種類の選択的サービスを組み合わせて実施するに当たって、各選択的サービスを担当する専門の職種が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法等について検討する必要があります。

【ポイント】

【国ＱＡ】（平成24年3月16日Ｑ＆Ａ（vol.1））

(問129)　利用者に対し、選択的サービスを週１回以上、かつ、いずれかの選択的サービスは１月に２回以上行うこととされているが、同一日内に複数の選択的サービスを行っても算定できるのか。

(答)　算定できる。

通所利用が週１回の場合の組合せ例		第１週	第２週	第３週	第４週
複数実施加算Ⅰ（２種類）	パターン１	運動	口腔	運動	口腔
	パターン２	運動	口腔・運動	運動	運動
複数実施加算Ⅱ（３種類）	パターン１	運動	口腔	運動	栄養
	パターン２	運動	口腔・運動	運動	栄養・運動

選択的サービスの提供日は、他の選択的サービスと同一日であっても、別の日であっても、いずれでもよい。

(問130)　利用者に対し、選択的サービスを週１回以上、かつ、いずれかの選択的サービスは１月に２回以上行うこととされているが、次の場合は、どのように取り扱うのか。

(1) 利用者が通所を休む等により、週１回以上実施できなかった場合。
(2) 利用者が通所を休む等により、いずれの選択的サービスも月に１回しか実施できなかった場合。
(3) 利用日が隔週で、利用回数が月２回の利用者に対し、利用日ごとに選択的サービスを実施し、かつ、同一日内に複数の選択的サービスを実施した場合。
(4) 月の第３週目から通所サービスを利用することとなった新規の利用者に対し、第３週目と第４週目に選択的サービスを実施し、そのうち１回は、同一日内に複数の選択的サービスを実施した場合。

(答)　(1)、(3)、(4)は、週１回以上実施できていないこと、(2)は、いずれかの選択的サービスを月２回以上実施できていないことから、いずれの場合も当該加算は算定できない。この場合にあっては、提供した選択的サービスの加算をそれぞれ算定できる。

(17) 科学的介護推進体制加算【通所リハビリテーション】　40単位／月
【介護予防通所リハビリテーション】　40単位／月

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定リハビリテーション介護事業所が、利用者に対し指定通所リハビリテーションを行った場合に算定できます。

イ　利用者ごとのＡＤＬ値（ＡＤＬの評価に基づき測定した値をいう。以下同じ。）、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。
ロ　必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直すなど、指定通所リハビリテーションの提供に当たって、イに規定する情報その他指定通所リハビリテーションを適切かつ有効に提供するために必要な情報を

活用していること。

＜留意事項＞（老企36第２の８（22））

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

○　情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。

○　事業所は、利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（ＰＤＣＡサイクル 7）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。

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

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

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

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

○　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。

(18) 時間延長サービス加算【通所リハビリテーション】

通所リハビリテーション所要時間と、その前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間が、８時間以上になるときに算定できます。

○　７－８の事業所のみ算定が可能です。

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

【ポイント】

時間延長サービスについて、時間延長サービス加算として請求するか、運営基準に定める特別なサービス費用として全額利用者負担で徴収するかは事業所で選択することができます。
ただし、当然、同一時間帯について延長加算と特別なサービス費用を二重に徴収することはできません。

(19) サービス提供体制強化加算

【通所リハビリテーション】	**（Ⅰ）**	**22単位／回**
	（Ⅱ）	**18単位／回**
	（Ⅲ）	**６単位／回**
【介護予防通所リハビリテーション】	**（Ⅰ）**	**（要支援１）88単位／月、（要支援２）176単位／月**
	（Ⅱ）	**（要支援１）72単位／月、（要支援２）144単位／月**
	（Ⅲ）	**（要支援１）24単位／月、（要支援２）48単位／月**

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、基準に掲げる区分に従い、１回につき次に掲げる所定単位数を加算できます。サービス提供体制強化加算は、次のいずれかの加算を算定している場合においては、その他の加算は算定できません。

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

①次のいずれかに該当すること。

・　当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 70 以上であること。

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

②　厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法（平成 12 年厚生省告示第 27 号）第２号規定する基準のいずれにも該当しないこと。

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

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

②　厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法（平成 12 年厚生省告示第 27 号）第２号規定する基準のいずれにも該当しないこと。

サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

①次のいずれかに該当すること

・　当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 40 以上であること。

・　当該指定（介護）通所リハビリテーション事業所の指定（介護予防）通所リハビリテーションを利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数が７年以上の者の占める割合が 100 分の 30 以上であること。

②　厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法（平成 12 年厚生省告示第 27 号）第２号規定する基準のいずれにも該当しないこと。

＜留意事項＞（老企 36 第２の８（28））

○　職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く。）の平均を用いることとする。ただし、前年度の実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前３月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、４月目以降届出が可能となるものであること。なお、介護福祉士又は実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者については、各月の前月の末日時点で資格を取得している又は研修の課程を修了している者とすること。

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

○　勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。

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

○　同一の事業所において介護予防通所リハビリテーションを一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととする。

○　指定通所リハビリテーションを利用者に直接提供する職員とは、理学療法士等、看護職員又は介護職員として勤務を行う職員を指すものとする。なお、１時間以上２時間未満の通所リハビリテーションを算定する場合であって、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師がリハビリテーションを提供する場合にあっては、これらの職員を含むものとすること。（老企 36、第２、８、（24）、②）

【国ＱＡ】（平成 21 年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.1））

（問５）　同一法人内であれば、異なるサービスの事業所（施設）における勤続年数や異なる業種（直接処遇職種）における勤続年数も通算できるのか。さらに、事業所間の出向や事業の承継時にも通算できるのか。また、理事長が同じであるなど同一グループの法人同士である場合にも通算できるのか。

（答）　同一法人であれば、異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる職種（直接処遇を行う職種に限る。）における勤続年数については通算することができる。また、事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であって、当該施設・事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合には、勤続年数を通算することができる。ただし、グループ法人については、たとえ理事長等が同じであったとしても、通算はできない。

（問６）　産休や病欠している期間は含めないと考えるのか。

（答）　産休や介護休業、育児休業期間中は雇用関係が継続していることから、勤続年数に含めることができる。

（問７）　ＥＰＡで研修に来ている者も当該加算の対象に含まれるのか。

（答）　人員配置基準においても含めていないことから、当該加算においても対象として含まない。

（問９）　予防通所リハ及び予防通所介護を利用する者において、月途中に要支援度の変更があった場合、サービス提供強化加算の算定はどの様にするべきか。

（答）　月途中に要支援度が変更した場合は、変更前の要支援度に応じた報酬を算定する。ただし、変更となる前（後）のサービス利用の実績がない場合にあっては、変更となった後（前）の要支援度に応じた報酬を算定する。

（問10）　「届出日の属する月の前三月について、常勤換算方法により算出した平均を用いる」こととされている平成21年度の１年間及び平成22年度以降の前年度の実績が６月に満たない事業所について、体制届出後に、算定要件を下回った場合はどう取扱うか。

（答）　サービス提供体制強化加算に係る体制の届出に当たっては、老企第 36 号等において以下のように規定されているところであり、これに従った取扱いとされたい。

「事業所の体制について加算等が算定されなくなる状況が生じた場合又は加算等が算定されなくなることが明らかな場合は、速やかにその旨を届出させることとする。なお、この場合は、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から加算等の算定を行わないものとする。」

具体的には、平成 21 年４月に算定するためには、平成 20 年 12 月から平成 21 年２月までの実績に基づいて３月に届出を行うが、その後平成 21 年１月から３月までの実績が基準を下回っていた場合は、その事実が発生した日から加算の算定は行わないこととなるため、平成 21 年４月分の算定はできない取扱いとなる。

【国ＱＡ】（平成 27 年度４月報酬改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.2））

（問63）　サービス提供体制強化加算の新区分の取得に当たって、職員の割合については、これまでと同様に、１年以上の運営実績がある場合、常勤換算方法により算出した前年度の平均（３月分を除く。）をもって、運営実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始した事業所又は事業を再開した事業所）の場合は、４月目以降に、前３月分の実績をもって取得可能となるということでいいのか。

（答）　貴見のとおり。

なお、これまでと同様に、運営実績が６月に満たない場合の届出にあっては、届出を行った月以降においても、毎月所定の割合を維持しなければならず、その割合については毎月記録する必要がある。

(20) 事業所評価加算【介護予防通所リハビリテーション】　120 単位／月

運動器機能向上加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算の対象となる事業所について、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上になった場合に次年度に加算します。ただし、生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定できません。

◆ 算定

評価対象期間の満了日の属する年度の次の年度内に限り、１月につき所定単位を加算する。

① 運動器機能向上加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算の対象となる事業所であり、都道府県知事に届け出て選択的サービスを行っていること。

② 評価対象期間における当該介護予防通所リハビリテーション事業所の利用実人員が10名以上であること。

③ 評価対象期間における当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所の提供する選択的サービス利用実人員数を当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所の利用実人員で除して得た数が、0.6 以上であること。

④ 次の（２）を（１）で除した割合が、0.7以上であること。

（１） 評価対象期間において、当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所の提供する選択的サービスを３月間以上利用し、かつ、当該サービスを利用した後、法第33条第２項に基づく要支援更新認定又は法第33条の２第１項に基づく要支援状態区分の変更の認定（以下「要支援更新認定等」という。）を受けた者の数

（２） 選択的サービスを利用した後、評価対象期間に行われる要支援更新認定等において、当該要支援更新認定等の前の要支援状態区分と比較して、要支援状態区分に変更がなかった者（指定介護予防支援事業者が介護予防サービス計画に定める目標に照らし、当該介護予防サービス事業者によるサービスの提供が終了したと認める者に限る。）の数に、要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援２の者であって、要支援更新認定等により要支援１と判定されたもの又は要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援１の者であって、要支援更新認定等により非該当と判定された者の人数及び要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援２の者であって、要支援更新認定等において非該当と判定された者の人数の合計数に２を乗じて得た数を加えたもの

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

（厚告96　厚生労働大臣が定める基準84）

【国ＱＡ】（平成18年９月11日Ｑ＆Ａ（vol.7））

（問１） いつの時期までに提供されたサービスが、翌年度の事業所評価加算の評価対象となるのか。

（答） 事業所評価加算の評価対象となる利用者は、①評価の対象となる事業所にて、選択的サービスに係る加算を連続して３月以上算定しており、②選択的サービスに係る加算より後の月に要支援認定の更新又は変更認定を受けている者であることから、選択的サービスの提供を受けた者の全てが評価対象受給者となるものではない。

評価の対象となる期間は、各年１月１日から12月31日までであるが、各年12月31日までに国保連合会において評価対象受給者を確定する必要があることから、①９月までに選択的サービスの提供を受け、10月末日でに更新・変更認定が行われた者までが、翌年度の事業所評価加算の評価対象受給者であり、②11月以降に更新・変更認定が行われた者は翌々年度の事業所評価加算の評価対象受給者となる。

なお、選択的サービスに係る加算や受給者台帳情報は、国保連合会が一定期間のうちに把握できたものに限られるため、例えば、評価対象期間を過ぎて請求されてきた場合等は評価対象とならない。

（問２） 事業所評価加算の評価対象受給者については、選択的サービスを３月以上利用することが要件とされているが、連続する３月が必要か。また、３月の間に選択的サービスの種類に変更があった場合はどうか。

（答） 選択的サービスの標準的なサービス提供期間は概ね３月であることから、評価対象受給者については選択的サービスを３月以上連続して受給する者を対象とすることとしている。また、選択的サービスの標準的なサービス提供期間は概ね３月であることから、通常３月は同一の選択的サービスが提供されるものと考えているが、連続する３月の中で選択的サービスが同一でない場合についても、国保連合会においては、評価対象受給者として計算することとしている。

（問３） 評価対象事業所の要件として「評価対象期間における当該指定介護予防事業所の利用実人員数が10名以上であること。」とされているが、10名以上の者が連続する３月以上の選択的サービスを利用する必要があるのか。

（答） 単に利用実人数が10名以上であればよく、必ずしもこれらの者全員が連続する３月以上の選択的サービスを利用している必要はない。

（問４） ４月にＡ事業所、５月にＢ事業所、６月にＣ事業所から選択的サービスの提供があった場合は評価対象となるのか。

（答）　事業所評価加算は事業所の提供する効果的なサービスを評価する観点から行うものであることから、同一事業所が提供する選択的サービスについて評価するものであり、ご質問のケースについては評価対象とならない。

【国ＱＡ】（平成 18 年３月 22 日Ｑ＆Ａ（vol.1））
（問37）　事業所評価加算は、利用者の側に立てば、自己負担額が増加することになり、利用者に対する説明に苦慮することとなるが見解如何。
（答）　事業所評価加算を算定できる事業所は、介護予防の観点からの目標達成度の高い事業所であることから利用者負担も高くなることについて、介護予防サービス計画作成時から利用者に十分説明し、理解を求めることが重要であると考えている。
（問38）　要支援状態が「維持」の者についても、「介護予防サービス計画に照らし、当該介護予防サービス事業者によるサービスの提供が終了したと認める者に限る」として評価対象者に加わっているが、要支援状態区分に変更がなかった者は、サービスの提供は終了しないのではないか。
（答）　介護予防サービス計画には生活機能の向上の観点からの目標が定められ、当該目標を達成するために各種サービスが提供されるものであるから、当該目標が達成されれば、それは「サービスの提供が終了した」と認められる。したがって、その者がサービスから離脱した場合であっても、新たな目標を設定して引き続きサービス提供を受ける場合であっても、評価対象者には加えられるものである。

(21) 理学療法士等体制強化加算【通所リハビリテーション】

１時間以上２時間未満のサービス提供を行っている場合のみの算定となります。

◆ **算定**

１時間以上２時間未満のサービス提供を行っている場合について、居宅条例第 137 条に規定する配置基準を超えて、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を専従かつ常勤で２名以上配置している事業所については、１日につき 30 単位を所定単位数に加算します。

【国ＱＡ】（平成 21 年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.1））
（問57）　理学療法士等体制強化加算について、常勤かつ専従２名以上の配置は通常の通所リハの基準に加えて配置が必要か。また、通所リハビリテーションの単位ごとの配置が必要となるのか。
（答）　居宅基準上求められる配置数を含めて常勤かつ専従２名以上の配置を必要とするもの。

(22) 介護職員処遇改善加算

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）･･･介護報酬総単位数の４．７％に相当する単位数
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）･･･介護報酬総単位数の３．４％に相当する単位数
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）･･･介護報酬総単位数の１．９％に相当する単位数

〇通所リハビリテーション費における介護職員処遇改善加算の基準
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）･･･①～⑩の全てに適合する場合
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）･･･①～⑧の全てに適合し、かつ⑩に適合する場合
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）･･･①～⑥の全てに適合し、
かつ⑦又は⑧のいずれかと⑩に適合する場合

※　介護職員処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）は、令和３年３月 31 日で廃止となり、令和３年３月 31 日時点で介護職員処遇改善加算（Ⅳ）又は（Ⅴ）を算定している事業所については、令和４年３月 31 日までの間は引き続いて算定していました。

①　退職手当を除く介護職員の賃金の改善に要する費用の見込み額が介護職員処遇改善加算の算定見込み額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づいて適切な措置を講じていること。

② 介護サービス事業所又は介護保険施設において、①の賃金改善計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、横須賀市長に届け出ていること。

③ 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。

④ 介護サービス事業所又は介護保険施設において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を横須賀市長に報告すること。

⑤ 算定日が属する月の前 12 月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法、その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。

⑥ 介護サービス事業所又は介護保険施設において、労働保険料の納付が適正に行われていること。

⑦（キャリアパス要件Ⅰ）

次のア、イ及びウの全てに適合すること。

ア 介護職員の任用の際における職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。

イ アに掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系（一時金等の臨時的に支払われるものを除く。）について定めていること。

ウ ア及びイの内容について、就業規則等の明確な根拠規定を書面を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。

⑧（キャリアパス要件Ⅱ）

次のア及びイの全てに適合すること。

ア 介護職員の職務内容を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及びａ又はｂに掲げる具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。

ａ 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施（ＯＪＴ、ＯＦＦ－ＪＴ等）するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。

ｂ 資格取得のための支援（研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用（交通費、受講料等）の援助等）を実施すること。

イ アについて、全ての職員に周知していること。

⑨（キャリアパス要件Ⅲ）

次のア及びイの全てに適合すること。

ア 介護職員について、経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。具体的には、次のａからｃまでのいずれかに該当する仕組みであること。

ａ 経験に応じて昇給する仕組み

「勤続年数」や「経験年数」などに応じて昇給する仕組みであること

ｂ 資格等に応じて昇給する仕組み

「介護福祉士」や「実務者研修修了者」などの取得に応じて昇給する仕組みであること。ただし、介護福祉士資格を有して当該事業所や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組みであることを要する。

ｃ 一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組み

「実技試験」や「人事評価」などの結果に基づき昇給する仕組みを指す。ただし、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていることを要する。

イ アの内容について、就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。

⑩（加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲの職場環境等要件）

届出に係る計画の期間中に実施する処遇改善（賃金改善を除く。）の内容（表１を参照）を全ての介護職員に周知していること。

キャリアパス要件等の適合状況に応じた区分

区分	算定要件	要件適合状況（○＝適合、×＝不適合）		
		パターンＡ	パターンＢ	パターンＣ
Ⅰ	キャリアパス要件Ⅰ	○		
	キャリアパス要件Ⅱ	○		

	キャリアパス要件Ⅲ	○		
	職場環境等要件	○		
Ⅱ	キャリアパス要件Ⅰ	○		
	キャリアパス要件Ⅱ	○		
	キャリアパス要件Ⅲ			
	職場環境等要件	○		
Ⅲ	キャリアパス要件Ⅰ	○	×	
	キャリアパス要件Ⅱ	×	○	
	キャリアパス要件Ⅲ			
	職場環境等要件	○	○	

表１　職場環境等要件

入職促進に向けた取組	・法人や事業所の経営理念やケア方針・人材育成方針、その実現のための施策・仕組みなどの明確化 ・事業者の共同による採用・人事ローテーション・研修のための制度構築 ・他産業からの転職者、主婦層、中高年齢者等、経験者・有資格者等にこだわらない幅広い採用の仕組みの構築 ・職業体験の受入れや地域行事への参加や主催等による職業魅力度向上の取組の実施
資質の向上やキャリアアップに向けた支援	・働きながら介護福祉士取得を目指す者に対する実務者研修受講支援や、より専門性の高い介護技術を取得しようとする者に対する喀痰吸引、認知症ケア、サービス提供責任者研修、中堅職員に対するマネジメント研修の受講支援等 ・研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動 ・エルダー・メンター（仕事やメンタル面のサポート等をする担当者）制度等導入 ・上位者・担当者等によるキャリア面談など、キャリアアップ等に関する定期的な相談の機会の確保
両立支援・多様な働き方の推進	・子育てや家族等の介護等と仕事の両立を目指す者のための休業制度等の充実、事業所内託児施設の整備 ・職員の事情等の状況に応じた勤務シフトや短時間正規職員制度の導入、職員の希望に即した非正規職員から正規職員への転換の制度等の整備 ・有給休暇が取得しやすい環境の整備 ・業務や福利厚生制度、メンタルヘルス等の職員相談窓口の設置等相談体制の充実
腰痛を含む心身の健康管理	・介護職員の身体の負担軽減のための介護技術の修得支援、介護ロボットやリフト等の介護機器等導入及び研修等による腰痛対策の実施 ・短時間勤務労働者等も受診可能な健康診断・ストレスチェックや、従業員のための休憩室の設置等健康管理対策の実施 ・雇用管理改善のための管理者に対する研修等の実施 ・事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成等の体制の整備
生産性向上のための業務改善の取組	・タブレット端末やインカム等のＩＣＴ活用や見守り機器等の介護ロボットやセンサー等の導入による業務量の縮減 ・高齢者の活躍（居室やフロア等の掃除、食事の配膳・下膳などのほか、経理や労務、広報なども含めた介護業務以外の業務の提供）等による役割分担の明確化 ・５Ｓ活動（業務管理の手法の１つ。整理・整頓・清掃・清潔・躾の頭文字をとったもの）等の実践による職場環境の整備 ・業務手順書の作成や、記録・報告様式の工夫等による情報共有や作業負担の軽減
やりがい・働きがいの醸成	・ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化による個々の介護職員の気づきを踏まえた勤務環境やケア内容の改善 ・地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上に資する、地域の児童・生徒や住民との交流の実施

	・利用者本位のケア方針など介護保険や法人の理念等を定期的に学ぶ機会の提供 ・ケアの好事例や、利用者やその家族からの謝意等の情報を共有する機会の提供

【国ＱＡ】（平成 29 年４月改定関係）

（問１）　キャリアパス要件Ⅲと既存のキャリアパス要件Ⅰとの具体的な違い如何。

（答）　キャリアパス要件Ⅰについては、職位・職責・職務内容等に応じた任用要件と賃金体系を整備することを要件としているが、昇給に関する内容を含めることまでは求めていないものである。一方、新設する介護職員処遇改善加算の加算Ⅰの取得要件であるキャリアパス要件Ⅲにおいては、経験、資格又は評価に基づく昇給の仕組みを設けることを要件としている。

（問４）　資格等に応じて昇給する仕組みを設定する場合において、「介護福祉士資格を有して当該事業所や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組みであることを要する」とあるが、具体的にはどのような仕組か。

（答）　本要件は、介護福祉士の資格を有して事業所や法人に雇用される者がいる場合があることを踏まえ、そのような者も含めて昇給を図る観点から設けているものであり、例えば、介護福祉士の資格を有する者が、介護支援専門員の資格を取得した場合に、より高い基本給や手当が支給される仕組みなどが考えられる。

（問８）　キャリアパス要件Ⅲを満たす昇給の仕組みを設けたが、それによる賃金改善総額だけでは、加算の算定額を下回る場合、要件は満たさないこととなるのか。

（答）　キャリアパス要件Ⅲを満たす昇給の仕組みによる賃金改善では加算の算定額に満たない場合においても、当該仕組みによる賃金改善を含め、基本給、手当、賞与等による賃金改善の総額が加算の算定額を上回っていればよい。

【国ＱＡ】（平成 27 年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.2））（※Ｑ＆Ａ発出時の文言のまま掲載）

（問 36）　職員１人当たり１万２千円相当の上乗せが行われることとなっており、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）が新設されたが、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）と介護職員処遇改善加算（Ⅱ）を同時に取得することによって上乗せ部分が得られるのか、それとも新設の処遇改善加算（Ⅰ）のみを取得すると上乗せ分も得られるのか。

（答）　新設の介護職員処遇改善加算（以下「処遇改善加算」という。）（Ⅰ）に設定されているサービスごとの加算率を１月当たりの総単位数に乗じることにより、月額２万７千円相当の加算が得られる仕組みとなっており、これまでに１万５千円相当の加算が得られる区分を取得していた事業所・施設は、処遇改善加算（Ⅰ）のみを取得することにより、月額１万２千円相当の上乗せ部分が得られる。なお、処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅳ）については、いずれかの区分で取得した場合も、当該区分以外の処遇改善加算は取得できないことに留意すること。

【国ＱＡ】（平成 24 年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.1））

（問 227）　介護職員の資質向上の支援に関する計画には、具体的にどのような内容が必要か。

（答）　当該計画については、特に基準等を設けておらず、事業者の運営方針や事業者が求める介護職員像及び介護職員のキャリア志向に応じて適切に設定されたい。また、計画の期間は必ずしも賃金改善実施期間と合致しなくても良い。なお、目標を例示すれば、次のようなものが考えられる。

① 利用者のニーズに応じた良質なサービス提供するために、介護職員が技術・能力（例：介護技術、コミュニケーション能力、協調性、問題解決能力、マネジメント能力等）の向上に努めること。

② 事業所全体での資格等（例：介護福祉士等）の取得率向上

（問 231）　賃金改善等の処遇改善計画の介護職員への周知方法の確認について、回覧形式で判子を押印した計画書の写しを提出させること等が考えられるが、具体的にどのように周知すればよいか。

（答）　賃金改善計画等の周知については、全従事者が閲覧できる掲示板等への掲示や全従事者への文書による通知等が考えられるが、各法人・事業所において適切な方法で実施することが必要である。

（問 235）　介護職員処遇改善計画書の作成について、当該計画の内容が変更になった場合は、改めて都道府県知事等に届け出る必要があるのか。また、当該計画は、事業年度を超えて作成することはできないと解してよろしいか。

（答）　加算を算定する際に提出した介護職員処遇改善計画書等に変更があった場合には、必要な事項を記

載した変更の届出を行う。なお、加算取得に影響のない軽微な変更については、必ずしも届け出を行う必要はない。また、介護職員処遇改善計画は収入額・支出額等を各年度、見直しをする必要があるため、各年毎に作成することが必要である。

（問 237）　実績報告で賃金改善額が加算額を下回った場合、これまでの交付金と同様、返還する必要があるのか。

（答）　加算の算定要件は、賃金改善額が加算による収入額を上回ることであり、加算による収入額を下回ることは想定されないが、仮に加算による収入額を下回っている場合は、一時金や賞与として支給されることが望ましい。なお、悪質な事例については、加算の算定要件を満たしていない不正請求として全額返還となる。

（問 238）　期限までに実績報告が行われない場合は、実施期間中の当該加算は全額返還となるのか。

（答）　加算の算定要件で実績報告を行うこととしており、指定権者が実績報告の提出を求める等の指導を行っているにも関わらず、実績報告の提出を行わない場合は、加算の算定要件を満たしていない不正請求として全額返還となる。

（問 240）　加算は、事業所ごとに算定するため，介護職員処遇改善加算の算定要件である介護職員処遇改善計画書や実績報告書は，（法人単位ではなく）事業所ごとに提出する必要があるのか。

（答）　加算は、事業所毎に算定をするため事業所毎の届出が原則となるが、介護サービス事業所等を複数有する介護サービス事業者等（法人である場合に限る。）である場合や介護サービス事業所等ごとの届出が実態に鑑み適当でない場合、介護職員処遇改善計画書は、当該介護サービス事業者等が一括して作成することができる。また、同一の就業規則により運営されている場合に、地域ごとや介護サービスごとに作成することができる。

（問 242）　介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額に反映しないとありますが、利用料には反映されるのか。

（答）　護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の算定には含まない。また、利用者には通常の介護報酬算出方式に基づき算出した額の１割又は２割を請求することになる。

【国Ｑ＆Ａ】（平成 24 年４月改定関係Ｑ＆Ａ（vol．３））

（問 12）　介護報酬総単位数が区分支給限度基準額を超えた場合、介護職員処遇改善加算はどのように算定するのか。

（答）　介護職員処遇改善加算は、サービス別の介護報酬総単位数にサービス別の加算率を乗じて算出する。その上で、利用者負担を算出する際には、まず介護報酬総単位数が区分支給限度基準額を超えているか否かを確認した上で超えている場合には、超過分と当該超過分に係る加算は保険給付の対象外となる。

（問 13）　複数のサービスを利用し、区分支給限度基準額を超えた場合、どのサービスを区分支給限度基準額超過の取扱いとするのか。また、それは誰がどのように判断するのか。

（答）　これまでの取扱いと同様に、いずれのサービスを区分支給限度基準額超過の取扱いとしても構わない。また、ケアプラン作成時に、ケアマネジャーがどのサービスを区分支給限度基準額超過とするかについて判断する。

(23) 介護職員等特定処遇改善加算

介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）・・介護報酬総単位数の２．０％に相当する単位数
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）・・介護報酬総単位数の１．７％に相当する単位数

〇通所リハビリテーション費における介護職員等特定処遇改善加算の基準
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）・・・①～⑧の全てに適合する場合
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）・・・①～④、⑥～⑧の全てに適合する場合

①　次のア～エまでの全てに該当し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づいて適切な措置を講じていること。

ア　介護福祉士であって、経験及び技能を有する介護職員と認められる者（以下「経験・技能のある介護職員」という。）のうち１人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額８万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額 440 万円以上であること。

イ　指定通所リハビリテーション事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、他の介護職員の賃金改善に要する費用の平均と比較し高いこと。

ウ　他の介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、その他の職種の賃金改善に要する費用の見込額の平均の２倍以上であること。ただし、その他の職種の平均賃金額が他の介護職員の平均賃金額を上回らない場合はその限りでない。

エ　その他の職種の賃金改善後の賃金の見込額が年額 440 万円を上回らないこと。

② 賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、横須賀市長に届出ていること。

③ 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施していること。

④ 事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を横須賀市長に報告していること。

⑤ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）のいずれかを算定していること（特定加算と同時に処遇改善加算に係る計画書の届出を行い、算定される場合を含む。）。

⑥ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定していること。

⑦ ②の期間中に実施する職員の処遇改善（※）の内容及び当該職員の処遇改善（※）に要する費用の見込み額を全ての職員に周知していること。なお、当該要件については、令和３年度は算定要件とはされない。

※　資質の向上、労働環境・処遇の改善その他の職場環境等の改善のことをいい、賃金改善を除いた処遇改善をいう。

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

【国ＱＡ】（平成 31 年４月改定関係Ｑ＆Ａ（vol. １））

（問１）　介護職員等特定処遇改善加算は、勤続 10 年以上の介護福祉士がいなければ取得できないのか。

（答）　介護職員等特定処遇改善加算については、

・現行の介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までを取得していること

・介護職員処遇改善加算の職場環境等要件に関し、複数の取組を行っていること

・介護職員処遇改善加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等を通じた見える化を行っていること

を満たす事業所が取得できることから、勤続 10 年以上の介護福祉士がいない場合であっても取得可能である。

（問４）　経験・技能のある介護職員について、勤続 10 年以上の介護福祉士を基本とし、介護福祉士の資格を有することを要件としつつ、勤続 10 年の考え方については、事業所の裁量で設定できることとされているが、どのように考えるのか。

（答）　「勤続 10 年の考え方」については、

・勤続年数を計算するにあたり、同一法人のみだけでなく、他法人や医療機関等での経験等も通算する

・すでに事業所内で設けられている能力評価や等級システムを活用するなど、10 年以上の勤続年数を有しない者であっても業務や技能等を勘案して対象とするなど、各事業所の裁量により柔軟に設定可能である。

（問５）　経験・技能のある介護職員に該当する介護職員がいないこととすることも想定されるの か。その場合、月額８万円の賃金改善となる者又は処遇改善後の賃金が役職者を除く全産業平均賃金(440 万円)以上となる者を設定・確保することは必要か。

（答）　経験・技能のある介護職員については、勤続年数 10 年以上の介護福祉士を基本とし、各事業所の裁量において設定することとなり、処遇改善計画書及び実績報告書において、その基準設定の考え方について記載することとしている。

今回、公費 1000 億円程度(事業費 2000 億円程度)を投じ、経験・技能のある介護職員に重点化を図りなが

ら、介護職員の更なる処遇改善を行うという介護職員等特定処遇改 善加算の趣旨を踏まえ、事業所内で相対的に経験・技能の高い介護職員を「経験・技能のある介護職員」のグループとして設定し、その中で月額８万円の賃金改善となる者等を設定することが基本となる。

ただし、介護福祉士の資格を有する者がいない場合や、比較的新たに開設した事業所で、研修・実務経験の蓄積等に一定期間を要するなど、介護職員間における経験・技能に明らかな差がない場合などは、この限りでない。なお、このような「経験・技能のある介護職員」のグループを設定しない理由についても、処遇改善計画書及び実績報告書に具体的に記載する必要がある。

どのような経験・技能があれば「経験・技能のある介護職員」のグループに該当するかについては、労使でよく話し合いの上、事業所ごとに判断することが重要である。

【国ＱＡ】（平成 30 年４月改定関係Ｑ＆Ａ（vol. ２））

（問７）　情報公表制度の報告対象外でかつ事業所独自のホームページを有しない場合、見える化要件を満たすことができず、特定加算を算定できないのか。

（答）　見える化要件を満たすには、特定加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等により公表していることを求めている。具体的には、介護サービスの情報公表制度を活用していることを原則求めているが、この制度の対象となっていない場合は、外部の者が閲覧可能な形で公表することが必要である。その手法としては、ホームページの活用に限らず、事業所・施設の建物内の入口付近など外部の者が閲覧可能な場所への掲示等の方法により公表することも可能である。

（問 16）　看護と介護の仕事を 0.5 ずつ勤務している職員がいる場合に、「経験・技能のある介護職員」と「その他の職種」にそれぞれに区分しなければならないのか。

（答）　勤務時間の全てでなく部分的であっても、介護業務を行っている場合は、介護職員として「経験・技能のある介護職員」、「他の介護職員」に区分することは可能。なお、兼務職員をどのグループに区分するか、どのような賃金改善を行うかについては、労働実態等を勘案し、事業所内でよく検討し、対応されたい。

【国ＱＡ】（令和３年３月 19 日Ｑ＆Ａ（vol. １））

（問 16）　特定加算の介護職員間の平均の賃金改善額の配分が見直されたとのことであるが、具体的な取扱いはどのようになるのか。

（答）　特定加算について、事業所内でのより柔軟な配分を可能とする観点から、平均賃金改善額について「経験・技能ある介護職員」は、「その他の介護職員」と比較し、「２倍以上」から「より高くする」ことに見直すものである。これに伴い、配分ルールの見直しを行う場合は、労使でよく話し合いの上、設定されたい。なお、「月額８万円の改善又は改善後の賃金が年額 440 万円以上」の者は、引き続き設定する必要があることに留意されたい。

（問 17）　事業所内での配分方法を決めるに当たり、「他の介護職員」を設定せず、「経験・技能のある介護職員」と「その他の職種」のみの設定となることは想定されるのか。

（答）　事業所毎に、「経験・技能のある介護職員」のグループを設定することが必要であるが、介護職員の定着が進み、勤続年数が長くなったこと等により、当該事業所で働く介護職員全てが、「経験・技能のある介護職員」であると認められる場合には、「経験・技能のある介護職員」と「その他の職種」のみの設定となることも想定される。この場合における配分ルールについては、当該事業所における「経験・技能のある介護職員」の平均賃金改善額が「その他の職種」の平均賃金改善額の２倍より高いことが必要である。

（問 18）　事業所における配分方法における「ただし、その他の職種の平均賃金額が他の介護職員の賃金改善額を上回らない場合等はこの限りでないこと。」とは、どのような意味か。

（答）　特定加算については、介護職員の処遇改善という趣旨を損なわない程度で、介護職員以外の職員も一定程度処遇改善を可能とする柔軟な運用を認めることとしており、この具体的な配分方法として、他の介護職員の平均賃金改善額については、その他の職種の平均賃金改善額の２倍以上となることを求めている。ただし、その他の職種の平均賃金額が他の介護職員の平均賃金額を上回らない場合においては、柔軟な取扱いを認め、両グループの平均賃金改善額が等しくなる（１：１）までの改善を可能とするものである。なお、その他の職種全体では他の介護職員の平均賃金額を上回る場合であっても、その他の職種のうち、他の介護職員の平均賃金額を上回らない職種については、当該職種に限り、他の介護職員と平均賃金改善額が等しくなるまでの改善を行うことも可能である。

（問 19）　介護給付のサービスと介護予防・日常生活支援総合事業を一体的に運営している場合であっても、月額８万円の改善又は年収 440 万円となる者を２人設定する必要があるのか。また、その場合の配分ルール（グループ間の平均賃金改善額１：１：0.5）はどのような取扱いとなるのか。

（答）　事業所において、介護給付のサービスと介護予防・日常生活支援総合事業を一体的に行っており、同一の就業規則等が適用される等労務管理が同一と考えられる場合は、法人単位の取扱いを適用するのではなく、同一事業所とみなし、

・月額８万円の改善又は年収 440 万円となる者を１人以上設定すること

・配分ルールを適用すること

により、特定加算の算定が可能である。なお、介護給付のサービスと予防給付のサービス（通所リハビリテーションと予防通所リハビリテーションなど）についても同様である。（以下略）

（問 20）　職場環境等要件について、届出に係る計画の期間中に実施する処遇改善の内容を全ての職員に周知していることとあるが、毎年度新たな取組を行わなければならないのか。

（答）　介護職員等特定処遇改善加算における職場環境等要件については、「入職促進に向けた取組」、「脂質の向上やキャリアアップに向けた支援」、「両立支援・多様な働き方の推進」、「腰痛を含む心身の健康管理」、「生産性向上のための業務改善の推進」及び「やりがい・働きがいの醸成」について、それぞれ１つ以上の取組を行うことが必要である。職場環境等要件については、令和３年度改定において、計画期間における取組の実施が求められることとされたが、これは毎年度新たな取組を行うことまで求めるものではなく、前年度と同様の取組を当該年度に行うことで、当該要件を満たすことも可能であること。

（問 21）　見える化要件については、令和３年度は算定要件とされていないとあるが、令和３年度においては特定加算に基づく取組を公表する必要はないのか。

（答）　当該要件については、処遇改善加算及び特定加算の取得状況や、賃金以外の処遇改善に関する具体的な取組内容に関する公表を想定しているため、令和３年度においては要件としては求めず、令和４年度からの要件とする。

（問 24）　処遇改善計画書の作成時においては、特定加算の平均の賃金改善額の配分ルールを満たしており、事業所としても適切な配分を予定していたものの、職員の急な退職等によりやむを得ず、各グループに対して計画書通りの賃金改善を行うことができなくなった結果、配分ルールを満たすことができなかった場合、どのような取扱いとすべきか。

（答）　職員の退職等のやむを得ない事情により、配分ルールを満たすことが困難になった場合は、実績報告にあたり、合理的な理由を求めることとすること。（令和２年度実績報告書においては、申出方法は問わないが、令和３年度においては、「介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和３年３月 16 日老発 0316 第４号）でお示しした実績報告書（様式３－１）の「⑥その他」に記載されたい。）なお、その場合でも、特定加算による収入額を上回る賃金改善が必要である。

(24) 介護職員等ベースアップ等支援加算

介護職員等ベースアップ等支援加算・・介護報酬総単位数の１．０%に相当する単位数

〇通所リハビリテーション費における介護職員等ベースアップ等支援加算の基準

次に掲げる基準のいずれにも適合する場合

①　賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等ベースアップ等支援加算の算定見込額を上回り、かつ、介護職員及びその他の職員のそれぞれについて賃金改善に要する費用の見込額の３分の２以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てる賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。

②　賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等ベースアップ等支援計画書を作成し、全ての職員に周知し、横須賀市長に届け出ていること。

③　介護職員等ベースアップ等支援加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等に

より事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について横須賀市長に届け出ること。

④　事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を横須賀市長に報告すること。

⑤　訪問介護費における介護職員処遇改善加算（Ⅰ）からまで（Ⅲ）のいずれかを算定していること。

⑥　②の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること

５　所要時間１時間以上２時間未満のサービス提供について

- **１時間以上２時間未満の通所リハビリテーションの利用者については、同日に行われる他の通所リハビリテーション費は算定できません。**（老企 36 第２の８（１）④）
  →例）６－７時間のサービスの前後に１－２時間のサービスを行うことはできません。
- 医療保険の脳血管リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーションの届出を行っている保険医療機関においては、利用者のサービス提供に支障が生じない場合に限り、１時間以上２時間未満の通所リハビリテーションを、医療保険の上記リハビリテーションと同一のスペースにおいて行うことも差し支えないことが明確に定められました（必要な機器及び器具の利用についても同様です）。
  ただし、このような指定通所リハビリテーションを行うためには、３平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用定員と医療保険のリハビリテーションを受ける患者の数を乗じた面積以上のスペースを必要とします。

６　医療保険と介護保険のリハビリテーションの給付調整について

要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション料」という。）を算定するリハビリテーション（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション」という。）を行った後、介護保険における訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーション（リハビリテーションマネジメント加算、短期集中リハビリテーション実施加算又は個別リハビリテーション実施加算を算定していない場合を含む。）又は介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション（運動器機能向上加算を算定していない場合を含む。）（以下「介護保険におけるリハビリテーション」という。）に移行した日以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等について、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合を除き、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

ただし、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合には、一定期間、医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用して行うことで円滑な移行が期待できることから、必要な場合（介護老人保健施設の入所者である場合を除く。）には、診療録及び診療報酬明細書に「医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日」を記載し、当該終了する日前の２月間に限り、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。

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

【H24. 3. 30 保医発 0330 第 10 号「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について（厚生労働省保険局医療課長）】

［参考資料］

個人情報保護について

平成 17 年４月から、個人情報保護法が施行され、介護保険事業者も個人情報保護法に沿って事業運営をしていかなければなりません。

具体的な取扱いのガイダンスは、厚生労働省が出しています。

※　個人情報保護法全体の概要について
　⇒個人情報保護委員会のホームページ
　　http://www.ppc.go.jp/
※　「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について」
　⇒厚生労働省のホームページ
　　⇒厚生労働分野における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン等
　　http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html

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

※　上記の厚生労働省ガイダンスに詳細が記載されていますので、ご確認ください。

勤務形態一覧表の作成方法・常勤換算の算出方法

勤務形態一覧表は4週分のものではなく、暦月（毎月1日から末日）分のも

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表　（　○ 年 ○ 月分）　**サービス種類**　（ 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション ）

事業所番号（　1234567890　）　**事業所名（　日本大通りクリニック　デイケアセンター　）**

1単位目　**定員：　20 名**　**サ**　**日**　**サービス提供時間：　7時間**

通所リハビリテーションと介護予防リハビリテーションの両サービスの指定を受けているのであれば、職員は両サービスを兼務していることになるので、勤務形態は常

職　種	勤務形態	資格	氏　名	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	○月の合計	常勤換算後の人数
				日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月			
管理者	B	医師	神奈川　太郎		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8				8	8	8	8			8		160	―
理学療法士	B	理学療法士	横須賀　二郎		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8		168	1
理学療法士	B	理学療法士	横浜　三郎		4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4		84	
作業療法士	D	作業療法士	川崎　月子		8	8		8				8	8		8				8	8		8				8	8		8				8		104	
言語聴覚士	D	言語聴覚士	相模　さくら				8		8					8		8					8		8					8		8					64	
				理学療法士等　計																															420	2.5
看護職員	D	看護師	茅ヶ崎　しおり		3	3	3	3	3			3	3	3	3	3			3	3	3	3	3			3	3	3	3	3			3		63	0.3
				看護職員　計																															66	0.3
介護職員	B		鎌倉　小町		8	8	8	8	8			8	8	8	休	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	8	8	8		176	1
介護職員	B		藤沢　一郎		8									8	8				8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	8	8	8		160	1
介護職員	D		小田原　梅子		7									7		7			7	7	7	7					7	7		7		7	7		112	0.4
計																																			448	2.4

勤務時間は休憩時間を除いた実労働時間で記載します。

同一敷地内の他の事業所の職務（病院の外来対応、老健の理学療法士等）と兼務している場合は職務ごとの勤務時間を記載します。

常勤職員の休暇等については、1月を超える休暇を除き、常勤換算の計算上、勤務したものとみなすことができます。その場合、勤務形態一覧表には「休」と記載します。非常勤の休暇は名目を問わず勤務時間から除き、常勤換算の際にも考慮しません。

常勤職員は、他の職務を兼務していないのであれば、合計時間数に係わらず常勤換算は1となります。常勤職員が他の職務を兼務している場合、非常勤職員の場合、月途中に採用、又は、退職の場合は、「それらの人の勤務合計時間÷常勤職員の勤務すべき時間数」で常勤換算数を算出します。
ただし、非常勤職員が勤務時間数として算入することができるのは常勤職員

勤務形態　A　常勤専従　　B常勤兼務　　C非常勤専従　　D非常勤兼務

計算はすべて小数点第2位を切り捨て

常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務日数、勤務時間　5 日（a）　週 40 時間

常勤職員が勤務すべき1日あたりの勤務時間　8 時間　（c）

○月の常勤職員が通常勤務すべき日数　22.0 日　（d）

常勤の勤務すべき時間数が事業所で複数

常勤職員の勤務すべき曜日が同じ場合　当該月の常勤職員が勤務すべき曜日を足し上げた日数

常勤職員によって勤務すべき曜日が異なる場合の常勤職員が通常勤務すべき日数の計算方法　（a）×4＋（月の日数−28）×（a）÷7

常勤職員の1ヶ月間における勤務すべき時間数　（c）×（d）　176 時間　（e）

理学療法士等、看護職員、介護職員の別で算出します。
例）理学療法士等
（88+104+72）÷176=1.5
1(常勤専従者)+1.5＝2.5

常勤換算　常勤専従職員（予防との兼務は専従とみなす）の人数＋（非常勤職員等の勤務時間数合計÷常勤職員の1ヶ月間における勤務すべき時間数(e)）