

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

神奈川県 高齢福祉課

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。

神奈川県独自の「認知症の人と家族を支えるマーク」ができました



◆コンセプト

- ・『パズルのピース』…認知症の人の記憶が欠けてしまうこと、認知症を支える人たちが、認知症の人が感じやすい不安や疎外感を埋めるピースとなることを表現
- ・『ハート』…『あたたかい心づかいを』という意味
- ・『N』…認知症の頭文字

※このマークは、学校法人岩崎学園との包括協定により、横浜デジタルアーツ専門学校の学生がデザインしたものです

令和元年6月版

●目 次

項目	頁
I 基準の性格等	1
II サービスの提供の方法について	3
1 基本方針	3
2 単位についての考え方	3
3 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	4
III 人員基準について	5
1 基本的な基準	5
（1） 医師	5
（2） 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員	5
2 診療所の緩和基準	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
（3） 用語の定義	7
IV 設備基準について	8
（1） 設備等	8
V 運営基準について	9
1 サービス開始の前に	9
（1） 内容及び手続きの説明及び同意	9
（2） 提供拒否の禁止	9
（3） サービス提供困難時の対応	9
（4） 受給資格等の確認	10
（5） 要介護（要支援）認定の申請に係る援助	10
2 サービス開始に当たって	10
（1） 心身の状況等の把握	10
（2） 居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）等との連携	10
（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	11
（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	11
（5） 基本取扱方針	11
（6） 具体的取扱方針	12
（7） 通所リハビリテーション計画の作成	13
（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	13
3 サービス提供時	16
（1） サービス提供の記録	16
（2） 利用料等の受領	16
（3） 保険給付請求のための証明書の交付	17
（4） 利用者に関する市町村への通知	18
（5） 緊急時等の対応	18

項目	頁
4 事業運営	18
(1) 管理者の責務	18
(2) 運営規程	18
(3) 勤務体制の確保等	19
(4) 定員の厳守	19
(5) 非常災害対策	19
(6) 衛生管理等	20
(7) 掲示	20
(8) 秘密保持等	20
(9) 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止	21
(10) 苦情処理等	21
(11) 事故発生時の対応	22
(12) 会計の区分	22
(13) 記録の整備	23
VI 介護報酬請求上の注意点について	24
1 通所リハビリテーション	24
(1) 事業所規模による通所リハビリテーション費	24
(2) 所要時間について	27
(3) 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	28
(4) サービス提供時間中の中断	29
(5) 他のサービスとの関係	29
2 介護予防通所リハビリテーション	29
(1) 定額制	29
(2) 他のサービスとの関係	30
3 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>	31
(1) 送迎について	31
4 減算<通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション>	31
(1) 定員超過による減算	31
(2) 職員の人員欠如による減算	34
(3) 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	35
(4) 送迎を行わない場合の減算	36
5 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>	37
(1) 理学療法士等体制強化加算	38
(2) 時間延長サービス加算	38
(3) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	38
(4) 入浴介助加算	39
(5) リハビリテーション体制強化加算	39
(6) リハビリテーションマネジメント加算	40
(7) 短期集中個別リハビリテーション実施加算	54
(8) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	55
(9) 生活行為向上リハビリテーション実施加算	57
(10) 若年性認知症利用者受入加算	60

項目	頁
(11) 栄養改善加算	61
(12) 栄養スクリーニング加算	63
(13) 口腔機能向上加算	64
(14) 重度療養管理加算	65
(15) 中重度者ケア体制加算	67
(16) 社会参加支援加算	68
(17) サービス提供体制強化加算	70
(18) 運動器機能向上加算	72
(19) 選択的サービス複数実施加算	74
(20) 事業所評価加算	75
(21) 介護職員処遇改善加算	77
(22) 介護職員等特定処遇改善加算	83
6 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	89
7 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	89
[資料] 個人情報保護について	90
[資料] 勤務形態一覧表の作成方法・常勤換算の算出方法	91

I 基準の性格等

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、当該基準等を条例で定めることとなり、神奈川県では、次のとおり当該基準等を定める条例を制定しました。
- 県内（指定都市及び中核市を除く。）に所在する指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者は、条例の施行日である平成25年4月1日から、条例に定められた基準等に従った事業運営を行わなければなりません。

基準条例の改正

- 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成29年法律第52号）が平成29年6月2日に公布され、介護保険法の一部が改正されました。
また、各基準省令が改正されたことに伴い、各基準条例・基準条例施行規則・解釈通知は改正されています。
平成30年4月1日以降は、改正後の基準条例等の規定に従って、適正に事業を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に関する基準】

- 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例
（平成25年神奈川県条例第20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、設備及び運営に関する基準等を定める条例施行規則
（平成25年神奈川県規則第30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、設備、運営等に関する基準等を定める条例
（平成25年神奈川県条例第21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、設備及び運営に関する基準等を定める条例施行規則
（平成25年神奈川県規則第31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の

解釈通知について】

- 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例等及び指定介護予防サービス等の人員、設備運営等に関する基準等を定める条例等について
（平成25年3月29日付け高施第336号。以下「解釈通知」という。）

（参考）平成30年4月改正後の居宅条例及び予防条例等の掲載場所

- 介護情報サービスかながわ（<http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>）
→ライブラリ（書式／通知）
→7. 条例・解釈通知等
<http://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib-list.asp?id=9>
→高齢福祉分野における施設基準条例等の公布について（H30.4.1）
→10. 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例
→11. 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備、運営等に関する基準等を定める条例の一部を改正する条例

→高齢福祉分野における施設基準条例施行規則等の公布について(H30.4.1)

→6. 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例施行規則の一部を改正する規則改正文

→7. 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備、運営等に関する基準等を定める条例施行規則の一部を改正する規則改正文

→高齢福祉分野における施設基準条例等に関する解釈通知について(H30.4.1)

→8. 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例等及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備、運営等に関する基準等を定める条例等について

基準の性格

解釈通知 第1

◎ 基準は、指定居宅サービスの事業がその目的を達成するために必要な最低限度の基準を定めたものであり、指定居宅サービス事業者は、常に基準に従い、適正な運営をするよう努めなければなりません。

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

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

● 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るものとされております。

- 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

居宅条例第4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。

Ⅱ サービスの提供の方法について

1 通所リハビリテーションの基本方針（居宅条例第136条）

指定居宅サービスに該当する通所リハビリテーションの事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、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向上を図るものでなければなりません。

2 単位についての考え方

◆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、これらのサービスが一体的に行われているとは言えない場合
- ② 午前と午後で別の利用者に対して提供する場合

◆従業者の配置

単位ごとに必要な従業者を確保し、配置しなくてはなりません。

◆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。

3 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 (居宅条例第137条、138条 予防条例第118条、119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（P8参照）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**にあつては、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すること。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】

【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。

（回答） 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。

（回答） 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つて、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（居宅条例第137条、予防条例第118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。
なお、病院又は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、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務でかまいません。

（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が同じ訓練室で実施されている場合に限り、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は介護保険、医療保険両方のリハビリテーションに従事することができます。

ただし、「医療保険のリハビリテーション」に従事している時間は、人員基準の「専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が100人又はその端数を増すごとに1以上確保されていること。」と、リハビリテーション提供体制加算の算定要件の人員に含めることはできません。

【国Q&A】平成24年3月16日 介護保険最新情報

- 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行う場合の取扱について

（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と通所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3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. 疾患別リハビリテーション1単位を通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーション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、週36時間以内であること。
3. 理学療法士等の疾患別リハビリテーション及び通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーションに従

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（居宅条例第137条第1項・第2項、予防条例第118条第1項・第2項）

（１） 医 師

- 利用者数が同時に11人以上の場合
 - ・ 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（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が同じ訓練室で実施されている場合に限り、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は介護保険、医療保険両方のリハビリテーションに従事することができます。

ただし、「医療保険のリハビリテーション」に従事している時間は、人員基準の「専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が100人又はその端数を増すごとに1以上確保されていること。」と、リハビリテーション提供体制加算の算定要件の人員に含めることはできません。

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、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帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをもって足りるとされています。

⇒ 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者を確保する」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、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）第23条第1項に規定する所定労働時間の短縮措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業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します。

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

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。

【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（居宅条例第138条、予防条例第119条）

- 指定通所リハビリテーション行にふさわしい専用の部屋等であって、3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上のものを有すること。
※介護老人保健施設又は介護医療院の場合は、当該専用の部屋等の面積に利用者用に確保されている食堂（リハビリテーションに供用されるものに限る）の面積を加えたもの
- 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備（消防法その他の法令等に規定された設備）を確実に設置すること。（解釈通知第3・VI・2・（3））
- 通所リハビリテーションを行うために必要な機器及び器具を備えること。

<疾患別リハビリテーション届出の保険医療機関の場合>

- ・保険医療機関が医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションの届出を行っており、当該保険医療機関において、指定通所リハビリテーション（1時間以上2時間未満に限る）又は指定介護予防通所リハビリテーションを実施する場合には、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けている患者と介護保険の指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションの利用者に対するサービス提供に支障が生じない限り、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、医療保険のリハビリテーションの患者数に関わらず、常時、3平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用者数（指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、指定通所リハビリテーションの利用者数と指定介護予防通所リハビリテーションの利用者数の合計数）を乗じて得た面積以上とします。
なお、機器及び機具は、サービス提供時間に関わらず、各サービスの提供に支障が生じない場合に限り、共用して差し支えありません。（予防条例第119条の基準についても同様です。）（解釈通知第3・VII・2（2））

<介護老人保健施設併設の場合>

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県・市の担当部局にご確認ください。

※レイアウトを変更しようとする場合の留意事項

通所リハビリテーション事業所が所在する施設の建設等に当たって補助金等を受けている場合は、用途変更等に係る承認（許可）が必要とされることがありますので、変更の届出を行う前にあらかじめ補助金を所管する官庁・団体等に、変更可否、手続の要否についてお問い合わせください。

【国Q&A】

【平成30年3月23日（Vol.1）】

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

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

（答） よい。

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

通所リハ：通所リハビリテーション
予防リハ：介護予防通所リハビリテーション
(以下、同じ)

1 サービス開始の前に

(1) 内容及び手続きの説明及び同意 [通所リハ・予防リハ]

居宅条例第146条(第9条準用)、予防条例第124条(第51条の2準用)

通所リハビリテーションサービス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。

【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、サービス提供時間
- ウ 利用定員
- エ 利用料その他費用の額
- オ 従業員の勤務体制(単位ごと)
- カ 事故発生時の対応
- キ 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）
- ク 利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項

※ 重要事項を記した文書を説明した際は、内容を確認した旨及び交付したことがわかる旨の署名を得てください。

※ 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・予防リハ]

居宅条例第146条(第10条準用)、予防条例第124条(第51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・予防リハ]

居宅条例第146条(第11条準用)、予防条例第124条(第51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・予防リハ]

居宅条例第146条(第12条準用)、予防条例第124条(第51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。

なお、平成27年8月1日から、介護保険法及び関係法令の一部改正により、利用者の負担割合について、一定以上所得者の2割負担が導入されています。また、平成30年8月1からは、現役世代並みの所得者の3割負担が導入されています。負担割合の確認は、保険者(市町村)が利用者に交付する「介護保険負担割合証」によりご確認ください。

(5) 要介護(要支援)認定の申請に係る援助 [通所リハ・予防リハ]

居宅条例第146条(第13条準用)、予防条例第124条(第51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・予防リハ]

居宅条例第146条(第14条準用)、予防条例第124条(第51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、利用者にとつ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・予防リハ]

居宅条例第146条(第15条準用)、予防条例第124条(第51条の8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・予防リハ〕

居宅条例第146条(第17条準用)、予防条例第124条(第51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・予防リハ〕**

居宅条例第146条(第18条準用)、予防条例第124条(第51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・予防リハ〕**

居宅条例第139条、予防条例第125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い、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。

○ 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、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します。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 主治の医師若しくは歯科医師からの情報伝達又はサービス担当者会議若しくはリハビリテーション会議を通じる等の適切な方法により、利用者の病状、心身の状況、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 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掲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事業者が指定介護予防訪問リハビリテーションの指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議（医師が参加した場合に限る）の開催等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、介護予防訪問リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性の取れた介護予防通所リハビリテーション計画を作成した場合については、基準を満たしているものとみなすことができます。
- 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、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。
- 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、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。
- ⑨ 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、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。
- ⑩ 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。
- ⑪ 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。
- ⑫ 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。

- 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（以下「医師等の従業者」という。）は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及び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（以下「通所リハビリテーション計画」という。）を作成します。
- ② 医師等の従業者は、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 医師等の従業者は、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 医師等の従業者は、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て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取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、基準を満たしているものとみなすことができます。

【ポイント】

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。

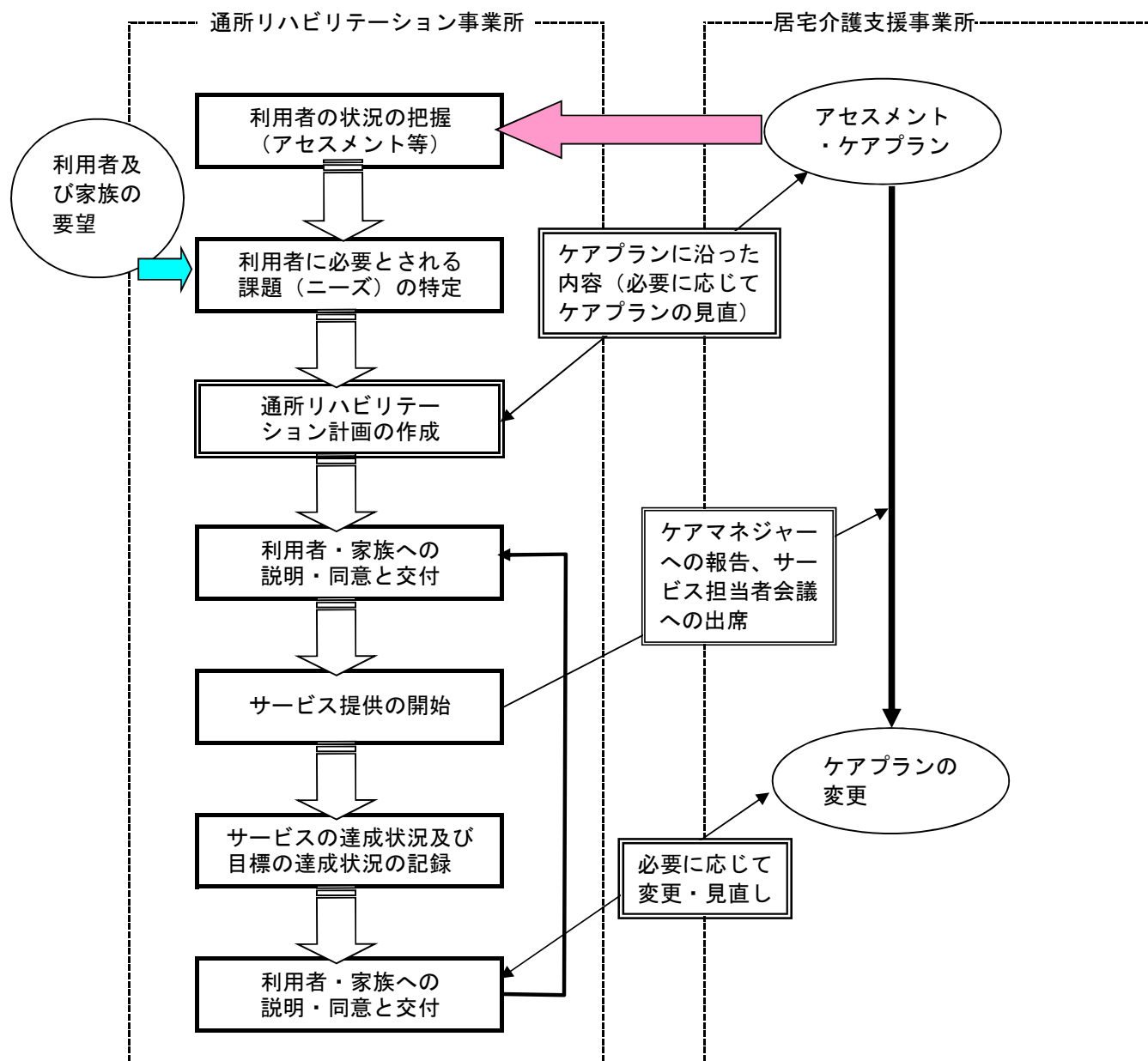
⇒ 介護予防通所リハビリテーション計画の作成については、基本的に「(6) 具体的取扱方針」に記載しています。

【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（居宅条例第136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生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければなりません。

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なければなりません。



【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（居宅条例第141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 通所サービスの実施状況、効果の評価
- ⑧ 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。

3 サービス提供時

(1) サービス提供の記録 [通所リハ・予防リハ]

居宅条例第146条(第20条準用)、予防条例第124条(第51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 → P 2 3 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すが、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
- ・入浴の有無（全身浴、部分浴等の区分）等に関する記録
- ・送迎（片道・往復の別、発着時刻、利用者名、運転者名、車両等）

(2) 利用料等の受領 [通所リハ・予防リハ]

居宅条例第146条(第103条準用)、予防条例第124条(第52条準用)

厚生省令の運営基準で定められた費用	介護報酬に係るもの (利用者1割・2割負担) (H30.8～3割負担導入)	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】

【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。
- (回答) 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。
- ・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、1割、2割又は3割相当額の支払いを受けなければなりません。
- ・利用者の負担割合は、保険者（市町村）が利用者に交付する「介護保険負担割合証」により確認してください。

<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。

【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・予防リハ]

居宅条例第146条(第22条準用)、予防条例第124条(第52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・予防リハ]

居宅条例第146条(第27条準用)、予防条例第124条(第52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（支援）介護状態の程度を増進させたと認められるとき。
- ② 偽りその他不正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・予防リハ]

居宅条例第146条(第28条準用)、予防条例第124条(第53条準用)

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 (11) 事故発生時の対応 (P22)

4 事業運営

(1) 管理者等の責務 [通所リハ・予防リハ]

居宅条例第142条、予防条例第120条

管理者は、医師、理学療法士、作業療法士、若しくは言語聴覚士又は専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから選任した者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・予防リハ]

居宅条例第143条、予防条例第121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点
- ク 非常災害対策
- ケ 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」、「衛生管理」、「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、従業員の職種、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。）

（３） 勤務体制の確保等 【通所リハ・予防リハ】

居宅条例第146条(第108条準用)、予防条例第121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、事業所ごとに従業員の勤務の体制を定め、当該事業所の従業員によって指定（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。

委託契約や請負契約により、サービス提供を第三者に行わせることはできません。

【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員によりサービス提供を行ってください。

（４） 定員の厳守 【通所リハ・予防リハ】

居宅条例第146条(第109条準用)、予防条例第121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】

【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。

（回答）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 介護報酬請求上の注意点について」（P31）参照

（５） 非常災害対策の厳守 【通所リハ・予防リハ】

居宅条例第146条(第110条準用)、予防条例第121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員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。

【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） 衛生管理等 [通所リハ・予防リハ]

居宅条例第144条、予防条例第122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、及び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。
- ・ 当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所において、感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう、努めなければなりません。

【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。

→ 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。

（７） 掲示 [通所リハ・予防リハ]

居宅条例第146条(第34準用)、予防条例第124条(第55条の4準用)

事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業員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。

【ポイント】

掲示すべき内容は重要事項説明書に網羅されていますので、重要事項説明書を掲示用に加工して掲示している事業所が多いようです。

→ 参考： １ サービス開始の前に （１）内容及び手続きの説明及び同意（P9）

（８） 秘密保持等 [通所リハ・予防リハ]

居宅条例第146条(第35条準用)、予防条例第124条(第55条の5準用)

従業員は、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、従業員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に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ねばなりません。

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。

＞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

(9) 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・予防リハ]

居宅条例第146条(第37条準用)、予防条例第124条(第55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。

(10) 苦情処理等 [通所リハ・予防リハ]

居宅条例第146条(第38条準用)、予防条例第124条(第55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。

→「1 サービス開始の前に（1）内容及び手続きの説明及び同意」、「4 事業所運営（7）揭示」 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。

(11) 事故発生時の対応 [通所リハ・予防リハ]

居宅条例第146条(第40条準用)、予防条例第124条(第55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で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、その分析を通じて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、結果等を取りまとめ、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、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）

＞11安全衛生管理・事故関連

＞事故報告

(12) 会計の区分 [通所リハ・予防リハ]

居宅条例第146条(第41条準用)、予防条例第124条(第55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は、「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）」を参照して下さい。

従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しなければなりません。

利用者に対する指定（介護予防）通所リハビリテーションサービスの提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日（契約終了、契約解除及び施設への入所等により利用者へのサービス提供が終了した日）から5年間保存し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 市町村への通知に係る記録
- ④ 苦情の内容等の記録
- ⑤ 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

【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

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) 事業所規模による通所リハビリテーション費

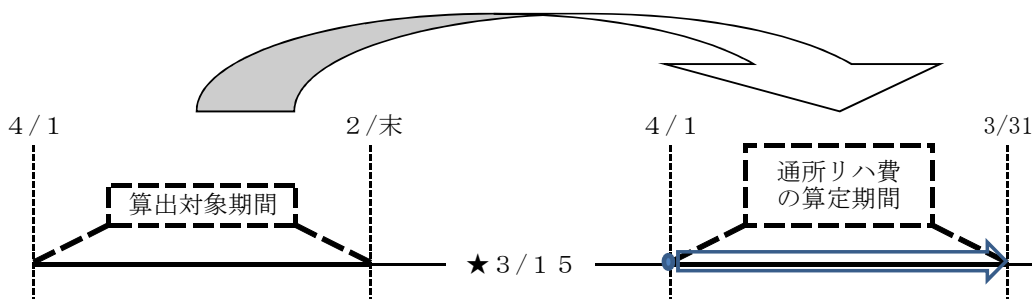
厚生労働大臣が定める施設基準（厚労告96六）

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96六イロハ）
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 <u>750人以内</u> 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 <u>750人を超え900人以内</u> の事業所
大規模型通所リハビリテーション費（Ⅱ）	前年度1月当たり平均利用延人員数が <u>900人を超える</u> 事業所



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。



★2月の実績が確定したら「事業所規模点検書」（HP「介護情報サービスかながわ」）に掲示にて点検を実施し、事業所規模に変更が生じる場合、3月15日までに届出を行ってください。

【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、必ず県に届出が必要です。（毎年3／15必着）
県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、P26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時間未満の報酬を算定している利用者及び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
(【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。
(【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30年度の報酬請求の際の事業所規模については、平成29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定員を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。(老企第36号)

(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下さい。

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（老企第36号）

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。）

→ 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、 $5 \times 1/2 + 10 \times 1/2 = 7.5$ 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。 【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。 【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（老企第36号）

- ① 「6時間以上8時間未満の報酬を算定している利用者」については、利用者数をそのまま計算します。
- ② 「4時間以上5時間未満の報酬を算定している利用者」及び「5時間以上6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3を掛けて計算します。（例えば、4人の利用者がいれば3人として扱うことになります。）
- ③ 「3時間以上4時間未満の報酬を算定している利用者」及び「2時間以上3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2分の1を掛けて計算します。（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。）
- 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を掛けて計算します。（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。）

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（老企第36号）

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。

(2) 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たところであり、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。)

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。

【指導事例】

- ・ 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】平成24年3月16日国Q&A

<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。

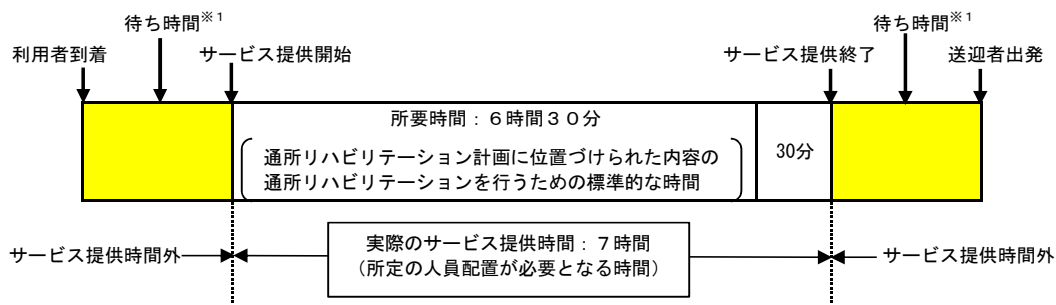
- 長時間（例：6－8）の単位の中でもっと短い単位（3－4、2－3、1－2）を行うことができます。ただし、利用者の合計が利用定員を超えないようにきちんと管理を行って下さい。

(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 P.83「1－2時間の通所リハビリテーションについて」をご覧ください。

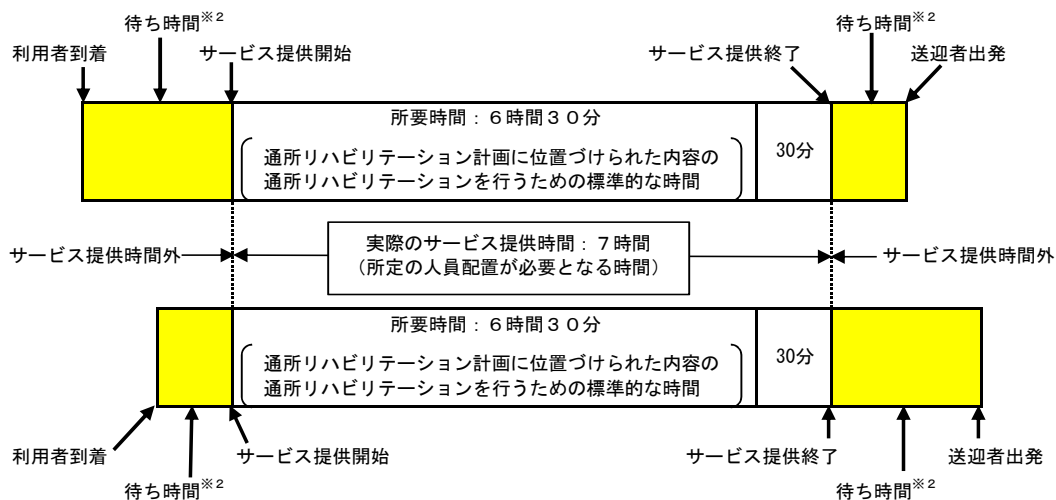
【所要時間の考え方】

（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。

（３）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】

- ６－８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（４－６）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下さい。

【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。
- ６－８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。

(4) 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16）

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。（厚労告127別表 5）

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Q A（平成18年3月22日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。

（回答） 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（平成18年3月17日 老計発第0317001号）

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、月途中に①要介護から要支援に変更となった場合、②要支援から要介護に変更となった場合、③同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合については、日割り計算によります。また、④月途中で要支援度が変更となった場合についても、日割り計算によりそれぞれの単価を算定するものとします。

なお、要支援2であった者が介護予防訪問介護費（Ⅲ）を算定していた場合であって、月途中に要支援1に変更となった場合については、認定日以降は介護予防訪問介護費（Ⅱ）を算定することとなります。

＜日割りの対象となる場合の事由と起算日＞（介護制度改革INFORMATION Vol. 76より）

月額報酬対象サービス		事 由	起 算 日
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1⇔要支援2）	変更日
		・区分変更（要介護→要支援） ・サービス事業所の変更（同一保険者内のみ） ・事業所指定効力停止の解除	契約日
	終了	・区分変更（要支援1⇔要支援2）	変更日※
		・区分変更（要介護→要支援） ・サービス事業所の変更（同一保険者内のみ） ・事業所指定有効期間満了 ・事業所指定効力停止の開始	契約解除日※ (満了日) (開始日)

※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。

上記のほか、①月途中に介護予防特定施設を退所し、その後、月額報酬対象サービスを利用する場合、

②介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を利用している者が、当該サービスの利用日以外に月額報酬対象サービスを利用する場合、

平成20年1月からそれぞれ施設サービス等の利用日数を減じて得た日数により日割りで請求を行います。

【平成20年4月21日「介護療養型老健施設に係る介護報酬改定等に関するQ&A」

（介護予防サービス等の介護報酬の算定等に係るQ&A関係）問20・問21】

○ 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7）

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 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。

【ポイント】

【平成18年3月22日 Q & A (vol. 1)】

(問16) 送迎・入浴が単位数に包括されているが、送迎や入浴を行わない場合についても減算はないのか。

(回答) 送迎・入浴については、基本単位の中に算定されていることから、事業所においては、引き続き希望される利用者に対して適切に送迎・入浴サービスを提供する必要があると考えている。

ただし、利用者の希望がなく送迎・入浴サービスを提供しなかったからといって減算することは考えていない。

※ 平成27年度から、通所リハビリテーションにおいて、送迎を行わなかった場合は減算の対象になりました。(→P36)

- 利用者から支払を受けることができる、通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用の範囲は、実費相当額のみです。道路運送法に基づく許可を得ることを前提としていない指定介護事業者が受領できる実施相当額とは、基本的に燃料代（例外的に、駐車場使用料、有料道路通行料を含む場合あり。）のみであり、人件費、車両維持費まで含めることは、道路運送法に抵触する恐れがあり、適当でないものとされています。
- 利用者から交通費を徴収することができるのは、通常の事業の実施地域を超えた地点から利用者の居宅までの区間です。事業所を起点とすることはできません。
- 送迎の実施に当たっては、利用者の安全確保に配慮してください。

【ポイント】

【平成30年5月29日 Q & A (Vol. 4)】

- 送迎の実施について

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

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

4 減算 ＜通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション＞

(1) 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、十六イ)

【ポイント】

【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。その場合、定員超過の減算はどちらを対象に、どのように見るべきか。

(回答) 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、差し支えないが、合計が20人を超えた場合には、介護給付及び予防給付の両方が減算の対象となる。

【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。

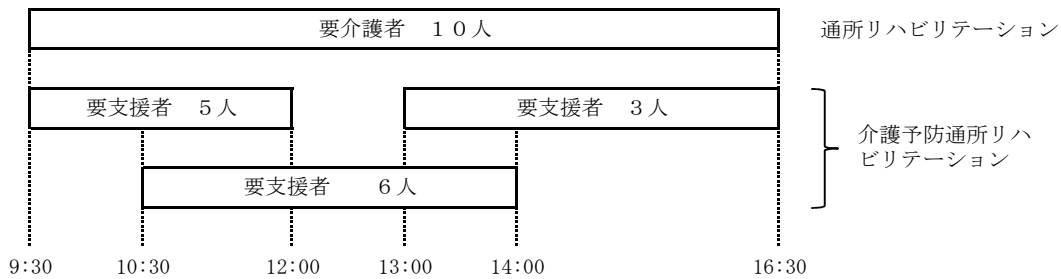
「減算にならなければよい」といった考え方で事業所の運営をしないようにしてください。

【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

次の33ページの表によって、月平均利用者数を算出します。

➡ 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。

【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。

<月平均利用者数>

○ 単位ごとに作成してください。

平成 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)																																

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

備考：① 営業していない日については斜線を引いてください。

② 要支援の利用者については、その日の延べ利用者数が、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ある場合には、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。

(2) 職員の人員欠如による減算 [通所リハ・予防リハ]

厚告19別表7注1、厚労告127別表5注1 厚告27二 ロ、十六 ロ

- ・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、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るものとされています。（老企第36号第二8（24））
- ・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、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）

サービス提供日に

配置された延べ人数

サービス提供日数

$< 0.9 \Rightarrow$ 翌月から所定単位数に100分の70

（介護職員の算定式）

当該月に配置された

職員の勤務延時間数

当該月に配置すべき

職員の勤務延時間数

$< 0.9 \Rightarrow$ 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、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）

サービス提供日に

配置された延べ人数

サービス提供日数

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

（介護職員の算定式）

当該月に配置された

職員の勤務延時間数

当該月に配置すべき

職員の勤務延時間数

$0.9 \leq \frac{\text{勤務延時間数}}{\text{勤務延時間数}} < 1.0 \Rightarrow$ 翌々月から所定単位数に100分の70

(3) 事業所と利用者の住居が同一建物に所在する場合の減算 [通所リハ・予防リハ]

厚告19別表7注19、厚労告127別表5注9

- 通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する利用者については、真に送迎が必要な場合を除き減算となります。

<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

【留意事項（老企36第28(21)）】

- ① 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る。具体的には、当該建物の1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ない。

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リハビリテーション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するものである。

- ② 傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して送迎を行った場合は、例外的に減算対象とならない。

具体的には、傷病により一時的に歩行困難となった者又は歩行困難な要介護者であって、かつ建物の構造上自力での通所が困難である者に対し、2人以上の従業者が、当該利用者の居住する場所と当該指定通所リハビリテーション事業所の間の往復の移動を介助した場合に限られる。

この場合、2人以上の従業者による移動介助を必要とする理由や移動介助の方法及び期間について、介護支援専門員とサービス担当者会議等で慎重に検討し、その内容及び結果について通所リハビリテーション計画に記載すること。

また、移動介助者及び移動介助時の利用者の様子等について、記録しなければならない。

【平成24年3月16日Q&A（vol.2）】

(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。

(回答) 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。

【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

(回答) (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。

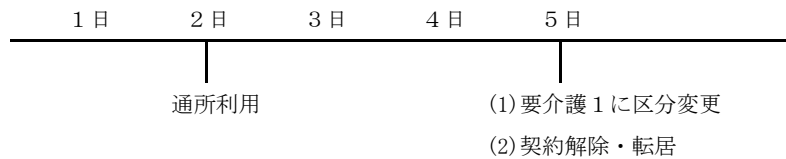
(3)は、変更前の要支援状態区分に応じた送迎に係る単位数を減算する。

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



要支援2の基本サービス費×(5/30.4)日－(要支援2の送迎減算752単位)＝△62単位

⇒0単位とする。

(4) 送迎を行わない場合の減算 [通所リハ]

厚告19別表7注20

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

ただし、同一建物減算(P36)の対象となっている場合には、送迎減算の対象にはなりません。

(老企36第二8(22))

【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には、減算の対象とならないのか。

(回答) 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、送迎を行っていないければ減算となる。

(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。

(回答) 徒歩での送迎は、減算の対象にはならない。

【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。

(回答) 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。

5 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>

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	県 へ の 届 出
(1) 理学療法士等体制強化加算	○		不要
(2) 時間延長サービス加算	○		必要
(3) 中山間地域等に居住する者への サービス提供加算	○	○	不要
(4) 入浴介助加算	○		必要
(5) リハビリテーション提供体制加算	○		必要
(6) リハビリテーションマネジメント加算	○	○	必要
(7) 短期集中個別リハビリテーション実施加算	○		必要
(8) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	○		必要
(9) 生活行為向上リハビリテーション実施加算	○	○	必要
(10) 若年性認知症利用者受入加算	○	○	必要
(11) 栄養改善加算	○	○	必要
(12) 栄養スクリーニング加算	○	○	不要
(13) 口腔機能向上加算	○	○	必要
(14) 重度療養管理加算	○		不要
(15) 中重度者ケア体制加算	○		必要
(16) 社会参加支援加算	○		必要
(17) サービス提供体制強化加算	○	○	必要
(18) 運動器機能向上加算		○	必要
(19) 選択的サービス複数実施加算		○	必要
(20) 事業所評価加算		○	必要
(21) 介護職員処遇改善加算	○	○	必要
(22) 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】

【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。
- (回答) 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。
- (回答) 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) 理学療法士等体制強化加算 [通所リハ]**30単位/日**

厚告19別表7注2

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算定対象となります。

◆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。

専従とは、当該通所リハビリテーション事業所において行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する時間に専らその職務に従事していることで足りるものとする。

(老企36第28(3))

(2) 時間延長サービス加算 [通所リハ]**8時間以上9時間未満＝50単位/回、9時間以上10時間未満＝100単位/回****10時間以上11時間未満＝150単位/回、11時間以上12時間未満＝200単位/回****12時間以上13時間未満＝250単位/回、13時間以上14時間未満＝300単位/回**

厚告19別表7注3

- 通所リハビリテーション所要時間と、その前後に連続して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。

【留意事項（老企36第28(4)）】

- ・当該加算は通所リハビリテーションと延長サービスを通算した時間が8時間以上の部分について算定されるものであるため、例えば、7時間の通所リハビリテーションの後に連続して2時間の延長サービスを行った場合には、通所リハビリテーションと延長サービスの通算時間は9時間であり、1時間分（時間＝9時間－8時間）の延長サービスとして50単位を算定する。

【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。

(3) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 [通所リハ・予防リハ]**所定単位数の100分5に相当する単位数**

厚告19別表7注5、厚労告127別表5注2

◆算定

指定通所リハビリテーション事業所又は指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合に算定します。

※本県内での該当地域は次のとおり。

山北町、湯河原町、清川村、相模原市緑区（旧津久井町、旧藤野町）、南足柄市（旧北足柄村＝内山、矢倉沢）、大井町（旧相和村＝赤田、高尾、柳、篠窪）、松田町（旧寄村、旧松田町＝松田町全域）
真鶴町

【留意事項（老企36第28(6)）】

- ・この加算を算定する利用者については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号。以下「指定居宅サービス基準」という。）第20条第3項に規定する交通費の支払いを受けることはできない。

(4) 入浴介助加算 [通所リハ]**50単位/日**

厚告19別表7注6

- 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（利用者等告示第15号）が、この場合の「観察」とは、自立生活支援のための見守りの援助のことであり、利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、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、身体に直接接する介助を行わなかった場合についても、加算の対象となります。
- 通所リハビリテーション計画に入浴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、実施しなかった利用者について入浴介助加算は算定できません。

【ポイント】

Q：利用者が当日熱があったので足浴のみにしたが、入浴介助加算は算定できますか。

A：入浴介助加算は、全身浴（全身シャワー浴含む）を実際に行った場合のみ算定できます。

足浴等の部分浴や清拭では、入浴介助加算を算定することはできません。

(5) リハビリテーション提供体制加算[通所リハ]

3時間以上4時間未満	12単位/回
4時間以上5時間未満	16単位/回
5時間以上6時間未満	20単位/回
6時間以上7時間未満	24単位/回
7時間以上	28単位/回

厚告19別表7注4

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

※厚生労働大臣が定める基準

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

【ポイント】

【平成30年4月13日厚生労働省老健局・平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3)】

- リハビリテーション提供体制加算

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

(回答) 貴見のとおり。

(6) リハビリテーションマネジメント加算 [通所リハ]	(I)	330単位／月
	(II)(1)	850単位／月
	(II)(2)	530単位／月
	(III)(1)	1,120単位／月
	(III)(2)	800単位／月
	(IV)(1)	1,220単位／月
	(IV)(2)	900単位／月
	[予防リハ]	330単位／月

厚告19別表7注7、厚労告127別表5注3

- 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協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合は、リハビリテーションマネジメント加算（以下、「リハマネ加算」という。）として、次に掲げる区分に応じ、所定単位数に加算します。

[通所リハ]

リハマネ加算(I) 330単位／月

リハマネ加算(II)

- (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・・・・・・・・・・850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・・・・・・・・・・530単位／月

リハマネ加算(III)

- (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・・・・・・・・・・1,120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・・・・・・・・・・800単位／月

リハマネ加算(IV)

- (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・・・・・・・・・・1,220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・・・・・・・・・・900単位／月

- 4区分のうちいずれかの加算を算定している場合には、その他の加算は算定しません。

[予防リハ]

リハマネ加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・330単位／月

リハビリテーションマネジメント加算の算定要件(平成30年度介護報酬改定)

＜改正前＞

(平成29年度まで)

加算(Ⅰ)	加算(Ⅱ)
(1) リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと	(1) リハビリテーション会議を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録すること
(2) PT、OT又はSTが、介護支援専門員を通じて、指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること	(2) リハビリテーション計画について医師が利用者又は家族に対して説明し、同意を得ること
(3) 新規にリハビリテーション計画を作成した利用者に対して、医師又は医師の指示を受けたPT、OT又はSTが開始日から1月以内に当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行っていること	(3) 6月以内は1月に1回以上、6月以降は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、リハビリテーション計画を見直しこと
	(4) PT、OT又はSTが、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと
	(5) 以下のいずれかに適合すること
	(一) PT、OT又はSTが、指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、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) PT、OT又はSTが、利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
	(6) 上記(1)から(5)までに適合することを確認し、記録すること

＜改正後＞

(平成30年度から)

加算(Ⅰ)	加算(Ⅱ)	加算(Ⅲ)	加算(Ⅳ)
改正前の加算(Ⅰ)の要件(1)から(3) 及び	改正前の加算(Ⅱ)の要件(1)から(6)(1)、(2)は下記のとおり緩和 及び	改正前の加算(Ⅱ)の要件(1)から(6) 及び	改正前の加算(Ⅱ)の要件(1)から(6) 及び
【新】医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと 指示を行った医師又は当該指示を受けたPT、OTもしくはSTが、当該指示の内容が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			
	及び	及び	及び
	【改正前の加算(Ⅱ)の(1)の緩和】 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を使用してもよい		
	及び 【改正前の加算(Ⅱ)の(2)の緩和】 リハビリテーション計画について、計画作成に関与したPT、OT又はSTが説明し、同意を得るとともに、医師へ報告すること		及び 【新】 VISITを活用してデータを提出し、フィードバックを受けること

◆算定要件

次に掲げるいずれの基準にも適合すること。

イ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）

- (1) 通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。
- (2) 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の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。
- (3) 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一月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行っていること。
- (4) 指定通所リハビリテーションの医師が、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。
- (5) (4)における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が(4)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。

ロ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）

- (1) イ(4)及び(5)に掲げる基準に適合すること。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあっては1月に一回以上、6月を超えた場合にあっては、3月に一回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、通所リハビリテーション計画を見直していくこと。
- (5) 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士が介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活の留意点に関する情報提供を行うこと。
- (6) 以下のいずれかに該当すること。
 - (A) 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、居宅サービスに位置づけた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
 - (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、指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
- (7) (1)から(6)までに掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。

ハ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）

- (1) ロ(1)、(2)及び(4)から(6)までに掲げる基準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、当該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。

ニ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）

- (1) ハ(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) 指定通所リハビリテーション事業所における通所リハビリテーション計画書等の内容に関するデータを、厚生労働省に提出していること。

【留意事項（老企36第28(10)リハビリテーションマネジメント加算について）】

- ① リハビリテーションマネジメント加算は、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、多職種協働による通所リハビリテーション計画の作成、当該計画に基づく利用者の状態や生活行為向上リハビリテーション実施加算環境等を踏まえた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といった活動をするための機能、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等といった参加をするための機能について、バランスよくアプローチするリハビリテーションが提供できているかを管理することをいう。
- ③ 本加算は、SPDCAサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものであることから、当該SPDCAサイクルの中で通所リハビリテーション計画を、新規に作成し直すことは想定しておらず、利用者の状態に応じて適切に当該計画の見直しが行われるものである。
したがって、「同意」とは、本加算を取得するに当たって初めて通所リハビリテーション計画を作成して得られた同意をいい、当該計画の見直しの同意とは異なることに留意すること。
- ④ 加算(Ⅱ)(1)、加算(Ⅲ)(1)又は加算(Ⅳ)(1)を取得後は、加算(Ⅱ)(2)、加算(Ⅲ)(2)又は加算(Ⅳ)(2)を算定するものであることに留意すること。
ただし、当該期間以降であっても、リハビリテーション会議を開催し、利用者の急性増悪等により引き続き月に1回以上、当該会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、当該計画を見直していく必要性が高いことを利用者若しくは家族並びに構成員が合意した場合、加算(Ⅱ)(1)、加算(Ⅲ)(1)又は加算(Ⅳ)(1)を再算定できるものであること。
- ⑤ 大臣基準告示第25号イ(1)の「定期的に」とは、初回の評価は、通所リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後は各加算に位置付けられた見直しの期間ごとに評価を行うものである。
- ⑥ 指定通所リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定通所リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書の特記事項欄に指定通所リハビリテーションの継続利用が必要な理由、その他指定居宅サービスの併用と移行の見通しを記載すること。
- ⑦ リハビリテーション会議の構成員である医師の当該会議への出席については、テレビ電話等情報通信機器を使用してよいこととする。なお、テレビ電話等情報通信機器を使用する場合には、当該会議の議事に支障のないよう留意すること。
- ⑧ リハビリテーション会議の開催頻度について、指定通所リハビリテーションを実施する指定通所リハビリテーション事業所若しくは指定介護予防通所リハビリテーションを実施する指定介護予防通所リハビリテーション事業所並びに当該事業所の指定を受けている保険医療機関において、算定開始の月の前月から起算して前24月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて6月以上ある利用者については、算定当初から3月に1回の頻度でよいこととする。
- ⑨ 大臣基準告示第25号ニ(2)のデータ提出については、厚生労働省が実施するVISITに参加し、当該事業で活用しているシステムを用いて、リハビリテーションマネジメントで活用されるリハビリテーション計画書等のデータを提出することを評価したものである。当該事業への参加方法や提出するデータについては「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」（平成30年3月22日老老発0322第2号）を参照してください。

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

リハビリテーションマネジメント加算とそれに関連する各加算の算定については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年老企第36号）及び「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成18年老計発第0317001号、老振発第0317001号、老老発第0317001号）において示しているところであるが、今般、基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例を下記のとおりお示しするので、御承知の上、各都道府県におかれては、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その取扱いに当たっては遺漏なきよう期されたい。

なお、本通知は、平成30年4月1日から適用するが、平成18年3月27日老老発0327001厚生労働省老健局老人保健課長通知「リハビリテーションマネジメントの基本的な考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」については、平成21年度介護報酬改定において、一部のサービスのリハビリテーションマネジメント加算が本体報酬に包括化された際の基本的な考え方を示すものであることから、廃止しないこと、平成27年3月27日厚生労働省老健局老人保健課長通知「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」については、本通知を新たに発出することから廃止することにご留意されたい。

記

第1 リハビリテーションマネジメントの基本的な考え方

(1) リハビリテーションマネジメントについて

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

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

① 調査 (Survey)

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

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

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

② 計画 (Plan)

イ リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握

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

ロ リハビリテーション計画の作成

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

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

なお、居宅サービス計画の変更が生じる場合には、速やかに介護支援専門員に情報提供を行うこと。

また、事業所とは別に医療機関において計画的な医学的管理を行っている医師やその他の居宅サービス事業者等に対しても適宜、情報提供すること。

ハ リハビリテーション計画書の保存

作成したリハビリテーション計画書は2年間保存すること。

③ 実行 (Do)

イ リハビリテーションの実施

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

ロ 医師の詳細な指示

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

指示の内容については、利用者の状態の変化に応じ、適宜変更すること。

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

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

④ 評価 (Check)、改善 (Action)

イ リハビリテーション計画の見直し

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

- a 退院（所）後間もない場合、利用者及びその家族が在宅生活に不安がある場合又は利用者の状態が変化する等の理由でリハビリテーション計画の見直しが必要になった場合は、適宜当該計画の見直しを行うこと。
- b 目標の達成状況やADL及びIADLの改善状況等を評価した上で、再度アセスメントを行い、サービスの質の改善に関する事項も含め、リハビリテーション計画の変更の必要性を判断すること。
- c リハビリテーション計画の進捗状況について評価し、見直された計画は、3月ごとに担当の介護支援専門員等に情報を提供するとともに、必要に応じて居宅サービス計画の変更を依頼すること。
- d リハビリテーション計画の変更が生じた場合は、利用者又はその家族に説明し、同意を得ること。

ロ サービスの利用終了時の説明等

- a サービスの利用が終了する1月前以内に、事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーション会議を行うことが望ましい。その際、介護支援専門員や終了後に利用予定の他の居宅サービス事業所のサービス担当者、介護予防・日常生活支援総合事業を利用する際はその担当者等の参加を求めるものであること。
- b 利用終了時に、担当の介護支援専門員や計画的な医学的管理を行っている医師に対し、リハビリテーションの観点からに必要な観点から情報提供を行うこと。

第2 リハビリテーションマネジメント加算について

(1) リハビリテーションマネジメント加算の算定上の留意事項

- ① リハビリテーションマネジメントは、利用者ごとにケアマネジメントの一環として行われること。
- ② 各施設・事業所における管理者は、リハビリテーションマネジメントに関する手順をあらかじめ定めること。
- ③ リハビリテーションマネジメントは、SPDCAサイクルの構築を通じて、リハビリテーションの質の管理を行うものであること。各事業所における多職種協働の体制等が異なることを鑑み、リハビリテーションマネジメントの加算の種類を選択すること。
- ④ 指定通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)の算定において、当該計画に係る利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月間を超える場合であって、指定通所リハビリテーションのサービスを終了後に、病院等への入院又は他の居宅サービス等の利用を経て、同一の指定通所リハビリテーション事業所を再度利用した場合は、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)、(Ⅲ)(1)又は(Ⅳ)(1)を再算定することはできず、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(2)、(Ⅲ)(2)又は(Ⅳ)(2)を算定すること。

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

(2) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の算定に関して

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

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

① リハビリテーション計画の進捗状況の評価と見直し

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

② 介護支援専門員を通じたリハビリテーションの観点からの助言等

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

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

③ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の届出

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の取得に当たっては、リハビリテーション計画を利用者やその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から算定が可能となる。従って、当該月の前月の15日までに届出が必要であるため、同意の見込みをもって届け出することは差し支えないが、万一その後に同意が得られず、算定月の変更が見込まれる当該計画の見直しが必要となった場合には、速やかに加算等が算定されなくなった場合の届出を行う必要がある。

(3) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の算定に関して

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

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

① リハビリテーション会議の開催

イ リハビリテーション会議の構成員

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

ロ リハビリテーション会議の構成員である医師の参加

リハビリテーション会議の構成員である医師の参加については、テレビ電話等情報通信機器を活用しても差し支えない。なお、テレビ電話等情報通信機器を使用する場合には、当該会議の議事に支障がないように留意すること。

ハ リハビリテーション会議での協議内容

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

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

ニ リハビリテーション会議の記録

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

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

当該記録は利用者毎に2年間保存するものであること。

ホ その他

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

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

② リハビリテーション計画の利用者又はその家族への説明

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

具体的には、アセスメントに基づいた利用者の状態、解決すべき課題とその要因、リハビリテーションの目標、実施機関、リハビリテーションの具体的な内容、リハビリテーションの提供頻度、提供時間、リハビリテーション提供中の具体的な対応等を説明すること。

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

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

③ リハビリテーション会議の開催頻度

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

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

④ 介護支援専門員に対するリハビリテーションの観点からの情報提供

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

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

⑤ 指定訪問介護等の居宅サービスの従業者又は家族に対する助言

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

イ 指定訪問介護等の居宅サービスの従業者助言

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

ロ 家族への助言

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

⑥ リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理

リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理

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

⑦ その他

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

(4) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)の算定に関して

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

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

① リハビリテーション会議の開催

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)と同様であるため、(3)①を参照してください。

② リハビリテーション計画の利用者又はその家族への説明

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

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

③ リハビリテーション会議の開催頻度

リハビリテーションマネジメント(Ⅱ)と同様であるため、(3)③を参照してください。

④ 介護支援専門員に対するリハビリテーションの観点からの情報提供

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)と同様であるため、(3)④を参照してください。

⑤ 指定訪問介護等の居宅サービスの従事者又は家族に対する助言

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)と同様であるため、(3)⑤を参照してください。

⑥ リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)と同様であるため、(3)⑥を参照してください。

⑦ その他

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)と同様であるため、(3)⑦を参照してください。

なお、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)はリハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)と読み替えてください。

(5) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)の算定に関して

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

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

イ VISITへの参加登録

登録専用電子アドレス「reha-visit@mhlw.go.jp」に必要事項(事業所番号、事業所名、事業所の住所、事業所の電話番号、代表者氏名)を記載の上、メールを送信すること。

ロ VISITへのデータ登録に用いる様式

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

- ① 別紙様式1（興味・関心チェックシート）
利用者が日常生活上実際にしていること、実際にしていないがしてみたいと思っていること、してみたいまでは思わないものの興味があると思っていることに関して、利用者の記入又は聞き取った内容について、該当項目を入力すること。
- ② 別紙様式2-1、別紙様式2-2（リハビリテーション計画書）
リハビリテーション計画の内容について、原則、該当項目をすべて入力すること。
ただし、「社会参加支援評価」については、社会参加支援加算を算定している利用者について必要に応じて入力すること。
- ③ 別紙様式3（リハビリテーション会議録）
原則、該当項目をすべて入力すること。
- ④ 別紙様式4（リハビリテーションマネジメントにプロセス管理票）
進捗状況に応じて、該当項目をすべて入力すること。
- ⑤ 別紙様式5（生活行為向上リハビリテーション実施計画）
生活行為向上リハビリテーションを実施している場合には、原則、進捗状況に応じて、該当項目をすべて入力すること。

ハ 介護給付費請求書の記載上の留意点

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

- (6) 介護予防訪問リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の算定に関して
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）と同様であるため、「（2）リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）の算定に関して」参照してください。

第3 別紙様式の記載要領（下記掲載場所でご確認ください）

第4 リハビリテーションマネジメントに関連する主な加算（下記掲載場所でご確認ください）

本通知の掲載場所（必ずご確認ください）

介護情報サービスかながわ(<http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>)

→ライブラリ（書式/通知）

→3. 加算届

→8. 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等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について（平成30年3月22日厚生労働省老健局老人保健課長通知）

【ポイント】

【平成24年3月16日Q&A（vol.1）】

(問76) 入院等の理由により、通所リハビリテーションの利用が中断された後、再度、通所リハビリテーションを利用する場合にあつては、再度、利用者の居宅への訪問は必要か。

(回答) 通所リハビリテーションの利用再開後にリハビリテーションマネジメント加算を算定する場合に必ずしも利用者の居宅を訪問する必要はないが、利用者の状態や居宅の状況に変化がある場合は、必要に応じて利用者の居宅への訪問する必要があることが望ましい。

【平成27年4月1日Q&A（vol.1）】

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

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

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

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

(問84) リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）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、利用者の同意を得ること」とあるが、当該説明等は利用者又は家族に対して、電話等による説明でもよいのか。

(回答) 利用者又はその家族に対しては、原則面接により直接説明することが望ましいが、遠方に住む等のやむを得ない理由で直接説明できない場合は、電話等による説明でもよい。

ただし、利用者に対する同意については、書面等で直接行うこと。

- (問85) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の算定要件について、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問し、その他指定居宅サービス従業者あるいは利用者の家族に対し指導や助言することとなっているが、その訪問頻度はどの程度か。
- (回答) 訪問頻度については、利用者の状態等に応じて、通所リハビリテーション計画に基づき適時適切に実施すること。
- (問87) 一事業所が、利用者によってリハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を取得するということは可能か。
- (回答) 利用者の状態に応じて、一事業所の利用者ごとにリハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を取得することは可能である。
- 【平成27年4月30日Q&A (vol. 2)】
- (問7) 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あり、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(Ⅱ)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。
- (回答) 居宅サービス計画に事業者の異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用が位置づけられている場合であって、それぞれの事業者が主体となって、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、リハビリテーション計画を作成等するのであれば、リハビリテーション会議を合同で会議を実施しても差し支えない。
- (問9) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の算定要件に、「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること」があるが、その他の指定居宅サービスを利用していない場合や福祉用具貸与のみを利用している場合はどのような取扱いとなるのか。
- (回答) リハビリテーション以外にその他の指定居宅サービスを利用していない場合は、該当する他のサービスが存在しないため情報伝達の必要性は生じない。また、福祉用具貸与のみを利用している場合であっても、本算定要件を満たす必要がある。
- (問10) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)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。
- (回答) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)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11) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)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。
- (回答) リハビリテーション計画を作成した医師である。
- (問12) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)とリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)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。
- (回答) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)とリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)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(Ⅱ)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(Ⅱ)を、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)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(Ⅰ)を、それぞれ取得することが望ましい。
- (問16) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)又はリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)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。
- (回答) 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21) 新規利用者について通所リハビリテーションの利用開始日前に利用者の居宅を訪問した場合は、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の算定要件を満たすのか。
- (回答) 通所リハビリテーションの利用初日の1月前から利用前日に利用者の居宅を訪問した場合であって、訪問日から利用開始日まで間に利用者の状態と居宅の状況に変化がなければ、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件である利用者の居宅への訪問を行ったこととしてよい。

(問22) 全ての新規利用者について利用者の居宅を訪問していないとリハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)は算定できないのか。

(回答) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)は利用者ごとに算定する加算であるため、通所開始日から起算して1月以内に居宅を訪問した利用者について算定可能である。

(問23) 通所リハビリテーションの利用開始後、1月以内に居宅を訪問しなかった利用者については、以後、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)は算定できないのか。

(回答) 算定できない。ただし、通所開始日から起算して1月以内に利用者の居宅への訪問を予定していたが、利用者の体調不良などのやむを得ない事情により居宅を訪問できなかった場合については、通所開始日から起算して1月以降であっても、体調不良等の改善後に速やかに利用者の居宅を訪問すれば、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)を算定できる。

【平成27年6月1日Q&A (vol. 3)】

(問1) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)については、当該加算を取得するに当たって、初めて通所リハビリテーション計画を作成して同意を得た日の属する月から取得することとされているが、通所リハビリテーションの提供がない場合でも、当該月に当該計画の説明と同意のみを得れば取得できるのか。

(回答) 取得できる。

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)は、「通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月」から取得することとしているため、通所リハビリテーションの提供がなくても、通所リハビリテーションの提供開始月の前月に同意を得た場合は、当該月より取得が可能である。なお、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)については、通所リハビリテーションの利用開始月以降に、当該加算におけるリハビリテーションマネジメントが実施されるものであるため、通所リハビリテーションの提供と合わせて取得されるものである。

(問3) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)を取得中にリハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)に変更して取得した場合であっても、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(Ⅱ)を再度取得する必要がある際には、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)から取得することができるのか。

(回答) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)からリハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)に変更して取得後、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(Ⅱ)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(Ⅱ)(2)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、利用者の急性増悪等により、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合意した場合、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)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の情報収集(Survey)すること。

(問4) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)を取得中で、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(Ⅱ)(2)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(Ⅱ)(1)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(Ⅱ)(2)に変更して取得することはできないのか。

(回答) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)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医師による説明、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(Ⅱ)(1)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(Ⅱ)(1)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(Ⅱ)(2)を取得すること。

【平成27年7月31日Q&A (vol. 4)】

- (問1) 同一利用者に対して、複数の事業所が別々に通所リハビリテーションを提供している場合、各々の事業者がリハビリテーションマネジメント加算の算定要件を満たしていれば、リハビリテーションマネジメント加算を各々算定できるか。
- (回答) 事業所ごとに提供可能なサービスの種類が異なり、単一の事業所で利用者が必要とする理学療法、作業療法、言語聴覚療法のすべてを提供できない場合、複数の事業所で提供することが考えられる。例えば脳血管疾患発症後であって、失語症を認める利用者に対し、1つの事業所がリハビリテーションを提供することとなったが、この事業所には言語聴覚士が配置されていないため、失語に対するリハビリテーションは別の事業所で提供されるというケースが考えられる。
- この場合、例えば、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)であれば、リハビリテーション会議を通じて、提供可能なサービスが異なる複数の事業所を利用することを話し合った上で、通所リハビリテーション計画を作成し、その内容について利用者の同意を得る等、必要な算定要件を各々の事業者が満たしていれば、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の算定は可能である。

【平成30年3月23日厚生労働省老健局・平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1)】

○ リハビリテーション計画書

- (問50) 報酬告示又は予防の留意事項通知において、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者のリハビリテーションに移行する者の情報提供に当たっては、「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」(平成30年3月22日老老発0322第2号)の別紙様式2-1を用いることとされている。別紙様式2-1はBarthel Indexが用いられているが、情報提供をする医師と情報提供を受ける医師との間で合意している場合には、FIM (Functional Independence Measure)を用いて評価してもよい。
- (回答) ・医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者情報提供当たっては別紙様式2-1を用いる必要があるが、Barthel Indexの代替としてFIMを用いる場合に限り変更を認める。
- ・なお、様式の変更に当たっては、本件のように情報提供をする医師と情報提供を受ける医師との間で事前の合意があることが必要である。
- (問51) 医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供について、「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」(平成30年3月22日老老発0322第2号)の別紙様式2-1をもって、保険医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所は情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診察するとともに、別紙様式2-1に記載された内容について確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、例外として、別紙様式2-1をリハビリテーション計画書と見なしてリハビリテーションの算定を開始してもよいとされている。
- (1) 医療機関から介護保険のリハビリテーションへ移行する者が、当該保険医療機関を介護保険のリハビリテーション事業所として利用し続ける場合であっても同様の取扱いをしてよい。また、その場合、保険医療機関側で当該者を診察し、様式2-1を記載して情報提供を行った医師と、介護保険のリハビリテーション事業所側で情報提供を受ける医師が同一であれば、情報提供を受けたリハビリテーション事業所の医師の診察を省略して差し支えない。
- (2) 医療保険から介護保険のリハビリテーションへ移行する者が、当該保険医療機関を介護保険のリハビリテーション事業所において、指定訪問リハビリテーションと指定通所リハビリテーションの両方を受ける場合、リハビリテーション会議の開催等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合が取れたものとなっていることが確認できれば、別紙様式2-1による情報提供の内容を訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの共通のリハビリテーション計画とみなして、双方で使用して差し支えない。
- (回答) (1) よい。また、医師が同一の場合であっても、医師の診察について省略して差し支えない。
- ただし、その場合には省略した旨を理由とともに記録すること。
- (2) 差し支えない。

《参考》

居宅基準第81条第5項、基準解釈通知第3の3(3)⑤から⑦を参照のこと。

○リハビリテーションマネジメント加算

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

(回答) ・毎回のリハビリテーションは、医師の指示の下、行われるものであり、当該の指示は利用者の状態等を踏まえて適時適切に行われることが必要であるが、必ずしも、リハビリテーションの提供の日の度に、逐一医師が理学療法士等に指示する形のみを求めるものではない。

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

○リハビリテーションマネジメント加算

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

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

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

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

(回答) ・含まれない。

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

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

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

【平成30年3月28日厚生労働省老健局・平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 2)】

○ リハビリテーションマネジメント加算について

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

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

(回答) 差し支えない。

《参考》

・介護報酬通知(平12老企36号)第2の8・(10)・⑧

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

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

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

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

【平成30年 4月13日厚生労働省老健局・平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3)】

○ リハビリテーションマネジメント加算

(問3) 介護予防通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算の算定要件に「新規に介護予防通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該計画に従い、指定介護予防通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して1月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行っていること」とあるが、平成30年3月31日以前から介護予防通所リハビリテーションを利用している利用者について、平成30年4月以降にリハビリテーションマネジメント加算を算定する場合に、利用者の居宅を訪問する必要があるのか。

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

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

【平成30年 5月29日厚生労働省老健局・平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 4)】

○ リハビリテーションマネジメント加算について

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

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

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

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

【平成30年 8月6日厚生労働省老健局・平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 6)】

○ リハビリテーションマネジメント加算について

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

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

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

- 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利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、その退院（所）日又は認定日から起算して3月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行った場合に算定できます。

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

※厚生労働大臣が定める基準

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）から（Ⅳ）いずれかを算定していること。

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ます。

【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（老企36第28(10)）】

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

【ポイント】

【平成27年4月1日Q&A（vol.1）】

（問98） 1月に算定できる上限回数はあるか。

（回答） 短期集中個別リハビリテーション実施加算の上限回数は設定していない。

【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。

（回答） 短期集中個別リハビリテーション実施加算の算定に当たっては、正当な理由なく、算定要件に適合するもの（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。

(8) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 [通所リハ]	(Ⅰ) 240単位/日
	(Ⅱ) 1,920単位/月
	厚告19別表7注9

○ 別に厚生労働大臣が定める基準^{※1}に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準^{※2}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、作業療法士又は言語聴覚士が、(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に加算します。

ただし、(Ⅰ)、(Ⅱ)を併せて算定することはできません。また、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は算定できません。

※1 厚生労働大臣が定める基準

・認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)

- (1)一週間に二日を限度として個別にリハビリテーションを実施すること。
- (2)通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)から(Ⅳ)までのいずれかを算定していること。

・認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)

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

※2 厚生労働大臣が定める施設基準(厚労告96 七)

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

【留意事項(老企36第二8(12))】

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

- ⑦ 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえてリハビリテーションを実施するよう留意すること。
- ⑧ 本加算は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)についてはその退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)についてはその退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合に算定できることとしているが、当該利用者が過去3月の間に本加算を算定した場合には算定できないこととする。

【ポイント】

【平成21年4月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。

(回答) 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。

(回答) 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。

【平成27年4月1日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のか。

(回答) 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のか。

(回答) 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。

(回答) 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。

【平成27年4月30日Q&A (vol. 2)】

(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。

(回答) 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日の計画は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養するため、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。

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

(回答) 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30年3月23日Q&A（vol. 1）】

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

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

例えば、全国老人保健施設協会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション研修」、日本リハビリテーション病院・施設協会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション研修会」全国デイ・ケア協会が主催する「通所リハ認知症研修会」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、都道府県が実施する「認知症サポート医養成研修」修了者も本加算の要件を満たすものと考えている。

《参考》

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

（9） 生活行為向上リハビリテーション実施加算 [通所リハ・予防リハ]

[通所リハ] イ 2,000単位／月 □ 1,000単位／月

[予防リハ] イ 900単位／月 □ 450単位／月

厚告19別表7注10、厚労告127別表5注4

- 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を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に算定できます。
- 短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合は算定できません。
- 次に掲げる基準のいずれにも適合していることが必要です。
 - ・生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識もしくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を終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。
 - ・生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。
 - ・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一月以内に、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。
 - ・リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）から（Ⅳ）までのいずれかを算定していること。[通所リハ]
 - ・介護予防リハビリテーションマネジメント加算を算定していること。[予防リハ]

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

（厚告19別表7注11、厚労告127別表5注5）

【留意事項（老企36第28（13））】

- ① 生活行為向上リハビリテーション実施加算の「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。
- ② 生活行為向上リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーション（以下「生活行為向上リハビリテーション」という。）は、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間の生活行為向上リハビリテーションの内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的に実施するものであること。
- ③ 生活行為向上リハビリテーションを提供するための生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成や、リハビリテーション会議における当該リハビリテーションの目標の達成状況の報告については、厚生労働大臣が定める基準第28号イによって配置された者が行うことが想定されていることに留意すること。

※ 厚生労働大臣が定める基準第28号イ

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

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

※ 減算について（老企36第28（14））

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

- ⑤ 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）、（Ⅲ）又は（Ⅳ）の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえ、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等を可能とすることを見据えた目標や実施内容を設定すること。

- ⑥ 本加算は、6月間に限定して算定が可能であることから、利用者やその家族においても、生活行為の内容の充実を図るための訓練内容を理解し、家族の協力を得ながら、利用者が生活の中で実践していくことが望ましいこと。

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

- ⑦ 生活行為向上リハビリテーション実施計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、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。

【ポイント】

【平成27年4月1日Q&A（vol. 1）】

- （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。

- （回答） 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。

- （回答） 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。

【平成27年 4月30日 Q&A (vol. 2)】

(問14) 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ヶ月実施した後に、利用者の同意を得て、生活行為の内容の向上を目標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加算のロに移行することができるのか。

(回答) 可能である。ただし、生活行為向上リハビリテーションの提供を終了後、同一の利用者に対して、引き続き通所リハビリテーションを提供することは差し支えないが、6月以内の期間に限り、減算されることを説明した上で、通所リハビリテーション計画の同意を得るよう配慮すること。

【平成27年 6月1日 Q&A (vol. 3)】

(問5) 生活行為向上リハビリテーション実施加算の取得に当たっては、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となっているが、そのための時間については、通所リハビリテーションの提供時間に含めるということが良いか。

(回答) 通所リハビリテーションで向上した生活行為について、利用者が日常の生活で継続できるようになるためには、実際生活の場面で適応能力の評価をすることが重要である。したがって、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、その結果を利用者とその家族に伝達するための時間については、通所リハビリテーションの提供時間に含めて差支えない。

【平成27年 7月31日 Q&A (vol. 4)】

(問2) 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(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)を3ヶ月取得した後に、生活行為向上リハビリテーション実施加算ロを3ヶ月間実施した場合であって、その後、同一の利用者に対して、通所リハビリテーションの提供を行う場合、減算期間は何月になるか。

(回答) 減算については、生活行為向上リハビリテーション実施加算を取得した月数と同月分の期間だけ実施されるものであり、本問の事例であれば3ヶ月となる。

(問3) 生活行為向上リハビリテーション実施加算を取得し、その後、同一の利用者に対して、通所リハビリテーションの提供を行い、減算が実施されている期間中であつたが、当該利用者の病状が悪化し入院することとなった場合であつて、病院を退院後に再度同一事業所において、通所リハビリテーションを利用することとなった場合、減算はどのように取り扱われるのか。

また、減算期間が終了する前に、生活行為向上リハビリテーション実施加算を再度取得することはできるのか。

(回答) 生活行為向上リハビリテーション実施加算は、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ヶ月間のリハビリテーションの実施内容をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的にリハビリテーションを提供することを評価したものである。

当該加算に係る減算については、6ヶ月間のリハビリテーションの実施内容を当該実施計画にあらかじめ定めたものの、その後、同一利用者に対して、通所リハビリテーションを利用することとなった場合、当該加算を取得した月数と同月分の期間だけ実施されるものである。例えば、5ヶ月間取得した場合は、5月分の期間だけ減算される。

したがって、当該利用者の病状が悪化し入院することとなった場合は、あくまでも減算が中断されたものであり、病院を退院後に再度同一事業所において、通所リハビリテーションを利用することとなれば、必要な期間の減算が再開されることとなる。

【例】

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
状 況	通所リハ							←入院→					
	生活行為向上リハ加算(Ⅰ)						→						→
				生活行為向上リハ加算(ロ)									
減 算 適用月							●		●	●	●	●	●

また、生活行為向上リハビリテーション実施加算と、それに関連する減算については、一体的に運用がされているものであることから、当該加算は減算の終了後に再取得が可能となる。

(10) 若年性認知症利用者受入加算 [通所リハ・予防リハ]

[通所リハ] 60単位/日

[予防リハ] 240単位/月

厚告19別表7注12、 厚労告127別表5イ注6

- 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日につき60単位（1月につき240単位）を加算します。

※ 厚生労働大臣が定める基準

受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定めていること。

【ポイント】

【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。

（回答） 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。

（回答） 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。

【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。

（回答） 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。

（回答） 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。

(11) 栄養改善加算 [通所リハ・予防リハ]

[通所リハ] 150単位/回

[予防リハ] 150単位/月

厚告19別表7注13、 厚労告127別表7ハ

- 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。
- 3月以内の期間に限り1月に2回を限度として加算します。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、引続き算定することができます。

※ 厚生労働大臣が定める基準

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

【対象者（老企36第二8(15)）】

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

イ BMIが18.5未満である者

ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者

ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者

ニ 食事摂取量が不良（75%以下）である者

ホ その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者

なお、次のような問題を有する者については、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28(15)）】

- イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。
- ロ 利用開始時に、管理栄養士が中心となって、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、栄養状態に関する解決すべき課題の把握（以下「栄養アセスメント」というを行い、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、解決すべき栄養管理上の課題等に対し取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。作成した栄養ケア計画については、栄養改善サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
なお、栄養ケア計画に相当する内容を通所リハビリテーション計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。
- ハ 栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等が利用者ごとに栄養改善サービスを提供すること。その際、栄養ケア計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。
- ニ 利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに体重を測定する等により栄養状態の評価を行い、その結果を当該利用者を担当する支援専門員や主治の医師に対して情報提供すること。
- ホ 指定居宅サービス基準第105条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士が利用者の栄養状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために利用者の栄養状態を定期的に記録する必要はないものとする。

【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。

【平成18年4月改定関係Q&A（vol. 1）】

- (問32) 管理栄養士は給食管理業務を委託している業者の管理栄養士でも認められるのか。労働者派遣法により派遣された管理栄養士ではどうか。
- (回答) 当該加算に係る栄養管理の業務は、介護予防通所介護・通所リハビリテーション事業者に雇用された管理栄養士（労働者派遣法に基づく紹介予定派遣により派遣された管理栄養士を含む。）が行うものであり、御指摘の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ない。なお、食事の提供の観点から給食管理業務を委託している業者の管理栄養士の協力を得ることは差し支えない。（居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションにおける栄養マネジメント加算についても同様の取扱いである。）

【平成30年7月4日Q&A（Vol.5）】

- 栄養改善加算について
- (問1) 平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）問34については、通所サービスの利用者のうち、栄養改善加算を算定した者に対しては、管理栄養士による居宅療養管理指導を算定することができなものと理解してよい。
- (回答) 通所サービスで設けている「栄養改善加算」については、低栄養状態の改善等を目的として栄養ケア計画に基づき、利用者ごとに栄養食事相談等の栄養管理を行うものである。
一方、「管理栄養士による居宅療養管理指導」については、低栄養状態にある者や特別食を必要とする者に対して栄養ケア計画に基づき、利用者ごとに栄養食事相談等の栄養管理を行うものである。
したがって、栄養改善加算を算定した者に対して、低栄養状態を改善する等の観点で管理栄養士による居宅療養管理指導を行った場合、栄養管理の内容が重複するものと考えられるため、栄養改善加算を算定した者に対しては、管理栄養士による居宅療養管理指導を算定することができない。

(12) 栄養スクリーニング加算 [通所リハ・予防リハ]

(通所リハ) 5単位/回

(予防リハ) 5単位/月

厚告19別表7注14、厚労告127別表7二

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

※ 厚生労働大臣が定める基準

- ・定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。

【プロセス（老企36第二8(17)）】

- ① 栄養スクリーニングの算定に係る栄養状態に関するスクリーニングは、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。
- ② 栄養スクリーニング加算の算定に当たっては、利用者について、次に掲げるイからニに関する確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。
 - イ BMIが18.5未満である者
 - ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者
 - ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
 - ニ 食事摂取量が不良（75%以下）である者
- ③ 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栄養スクリーニング加算を継続的に実施すること。
- ④ 栄養スクリーニング加算に基づく栄養スクリーニングの結果、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、栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。

【ポイント】

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

○ 栄養スクリーニング加算について

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

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

【平成30年7月4日平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.5）】

○ 栄養スクリーニング加算について

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

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

(13) 口腔機能向上加算 [通所リハ・予防リハ]

(通所リハ) 150単位/回

(予防リハ) 150単位/月

厚告19別表7注15、 厚労告127別表7ホ

- 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。
- 3月以内の期間に限り1月に2回を限度として加算します。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、口腔機能が改善せず、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、引続き算定することができます。

※ 厚生労働大臣が定める基準

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ・言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を一名以上配置していること。
- ・利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、医師、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。
- ・利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い医師、医師若しくは歯科医師の指示を受けた言語聴覚士若しくは看護職員又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。
- ・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。
- ・定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。

【対象者（老企36第二8(18)）】

口腔機能向上加算を算定できる利用者は、次のイからハまでのいずれかに該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者とする。

- イ 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者いずれかの項目において「1」以外に該当する者
- ロ 基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者
- ハ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者

利用者の口腔の状態によっては、医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じることとする。なお、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第二8(16)）】

- イ 利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握すること。
- ロ 利用開始時に言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が中心となって、利用者ごとの口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行い、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員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。
- ハ なお、口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を通所リハビリテーション計画の中に記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画の作成に代えることができるものとする。
- ニ 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。
- ホ 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。

【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。

【平成18年4月改定関係Q&A（vol. 1）】

- (問36) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の行う業務について、委託した場合についても加算を算定することは可能か。また、労働者派遣法に基づく派遣された職員ではどうか。
- (回答) 事業者により雇用された言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員（労働者派遣法に基づく紹介予定派遣により派遣されたこれらの職種の者を含む。）が行うものであり、御指摘の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。（なお、居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションにおける口腔機能向上加算についても同様の取扱いである。）

(14) 重度療養管理加算 [通所リハ]

100単位/日

厚告19別表7注17

- 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、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5であって、別に厚生労働大臣が定める状態（利用者等告示（平成27年厚生労働省告示第94号）第18号）に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に加算します。

【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。
 - ・ 算定する場合にあつては、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（複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載）する必要があります。

※ 利用者等告示（平成27年厚生労働省告示第94号）第18号

- 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口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級以上でありストーマの処置を実施している状態
- ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- チ 褥瘡に対する治療を実施している状態
- リ 気管切開が行われている状態

【留意事項（老企36第二8(19)②）】

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90mmHg以下）
- C 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの
- D 出血性消化器病変を有するもの
- E 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの
- F うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）のもの

オ 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号ヘの「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）別表第五号に掲げる身体障害者障害程度等級表の四級以上に該当し、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。

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

※ 厚生労働大臣が定める基準

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- イ 指定通所リハビリテーション事業所の看護職員又は介護職員の員数に加え、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三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三、要介護四又は要介護五である者の占める割合が百分の三十以上であること。
- ハ 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を一名以上配置していること。

【留意事項（老企36第28(20)）】

- ① 中重度者ケア体制加算は、暦月ごとに、指定居宅サービス等基準第93条第1項に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保する必要がある。このため、常勤換算方法による職員数の算定方法は、暦月ごとの看護職員又は介護職員の勤務延時間数を、当該事業所において常勤の職員が勤務すべき時間数で除することによって算定し、暦月において常勤換算方法で1以上確保していれば加算の要件を満たすこととする。なお、常勤換算方法を計算する際の勤務延時間数については、サービス提供時間前後の延長加算を算定する際に配置する看護職員又は介護職員の勤務時間数は含めないこととし、常勤換算方法による員数については、小数点第2位以下を切り捨てるものとする。
- ② 要介護3、要介護4又は要介護5である者の割合については、前年度（3月を除く。）又は届出日の属する月の前3月の1月当たりの実績の平均について、利用実人員数又は利用延人員数を用いて算定するものとし、要支援者に関しては人員数には含めない。
- ③ 利用実人員数又は利用延人員数の割合の計算方法は、次の取扱いによるものとする。
 - イ 前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、前年度の実績による加算の届出はできないものとする。
 - ロ 前3月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近3月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。また、その割合については、毎月ごとに記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに届出を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る、他の職務との兼務は認められない。
- ⑤ 中重度者ケア体制加算については、事業所を利用する利用者全員に算定することができる。
また、認知症加算の算定要件も満たす場合は、中重度者ケア体制加算の算定とともに認知症加算も算定できる。
- ⑥ 中重度者ケア体制加算を算定している事業所にあつては、中重度の要介護者であっても社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するリハビリテーションを計画的に実施するプログラムを作成することとする。

【ポイント】

【平成27年4月1日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。
- (回答) 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。

(16) 社会参加支援加算 [通所リハ]

12単位/日

厚告19別表7ニ

- 指定通所リハビリテーション事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の社会参加等を支援した場合は、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する。

※ 評価対象期間（利用者等告示（平成27年厚生労働省告示第94号）第19号）

社会参加支援加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間（基準に適合しているものとして届け出た年においては、届出の日から同年12月までの期間）

※ 厚生労働大臣が定める基準

イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 評価対象期間において指定通所リハビリテーションの提供を終了した者（生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定した者を除く。以下「通所リハビリテーション終了者」という。）のうち、指定通所介護等（指定通所リハビリテーションを除く）を実施した者の占める割合が100分の5を超えていること。
- (2) 評価対象期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、通所リハビリテーション従業者が、通所リハビリテーション終了者に対して、居宅訪問等により、当該通所リハビリテーション終了者の指定通所介護等の実施が、居宅訪問等をした日から起算して、3月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。

- ロ 12を当該指定通所リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数が100分の25以上であること。

【留意事項（老企36第二8(25)）】

- ① 社会参加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等は含まれず、算定対象とならないこと。
- ③ 大臣基準告示第13号イ(1)の基準において、指定通所介護等（指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションは除く。）を実施した者の占める割合及び基準第13号ロにおいて、12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 平均利用月数については、以下の式により計算する。

$$\text{平均利用月数} = \frac{\text{評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計}}{(\text{評価対象期間の新規利用者数の合計} + \text{評価対象期間の新規終了者数の合計}) \div 2}$$

- ・ 評価対象期間の利用者には、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。

- ・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。
- ・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。
- ・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 「3月以上継続する見込みであること」の確認に当たっては、指定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、利用者の居宅への訪問が困難である場合、当該利用者の介護支援専門員に対して、居宅サービス計画の提供を依頼し、社会参加等に資する取組の実施状況を確認するとともに、電話等を用いて、上記と同様の内容を確認すること。

⑥ 「3月以上継続する見込みであること」の確認に当たって得られた情報については、通所リハビリテーション計画等に記録すること。

【ポイント】

【平成27年4月1日Q&A (vol. 1)】

(問89) 社会参加支援加算について、既に訪問（通所）リハビリテーションと通所介護を併用している利用者が、訪問（通所）リハビリテーションを終了し、通所介護はそのまま継続となった場合、「終了した後通所事業を実施した者」として取り扱うことができるか。

(回答) 貴見のとおりである。

(問90) 社会参加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未取得しない利用者があることは可能か。

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

【平成27年4月30日Q&A (vol. 2)】

(問13) 社会参加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か。

(回答) 社会参加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、居宅訪問等により、社会参加に資する取組が居宅訪問等をした日から起算して、3月以上継続する見込みであることを確認することとしている。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、新規利用者としてすることができる。

【平成27年7月31日Q&A (vol. 4)】

(問4) 社会参加支援加算の算定では、訪問・通所リハビリテーションの提供が終了し、その終了日から起算して14日以降44日以内に、社会参加等が3ヶ月以上続く見込みであることを確認する必要がある。その際、事前に電話等で詳細に状況を確認した時点で、社会参加等が3ヶ月以上続く見込みであったが、その後、実際に居宅を訪問した際には、リハビリテーションを利用していた者の体調が急激に悪化しており、社会参加等が3ヶ月以上続く見込みではなくなっていた場合、どのような取扱いになるのか。

(回答) 事前の確認で社会参加等が3ヶ月続く見込みであったとしても、実際の訪問の時点で当該者の体調が急激に悪化しており、社会参加等が3ヶ月以上続く見込みが確認できなかった場合、社会参加等が3ヶ月以上続く見込みを確認できないものとして扱うこと。

【平成30年3月23日Q&A (Vol. 1)】

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

(回答) よい。

(17) サービス提供体制強化加算 [通所リハ・予防リハ]

[通所リハ] (I) イ 18単位/回

(I) ロ 12単位/回

(II) 6単位/回

[予防リハ] (I) イ(要支援1) 72単位/月、(要支援2) 144単位/月

(I) ロ(要支援1) 48単位/月、(要支援2) 96単位/月

(II) (要支援1) 24単位/月、(要支援2) 48単位/月

厚告19別表7ホ、 厚労告127別表5チ

- サービス提供体制強化加算は、サービス提供体制強化加算(I)イ、(I)ロとサービス提供体制強化加算(II)と3つありますが、算定要件を満たしていてもいずれか一つしか算定することはできません。

※ 厚生労働大臣が定める基準

① サービス提供体制強化加算(I)イ

- ・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。
- ・利用定員超過・人員基準欠如減算に該当適合していないこと。

② サービス提供体制強化加算(I)ロ

- ・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。
- ・利用定員超過・人員基準欠如減算に該当適合していないこと。

③ サービス提供体制強化加算(II)

- ・指定通所リハビリテーションを利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数が3年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。
- ・利用定員超過・人員基準欠如減算に該当適合していないこと。

【留意事項(老企36第二8(24))】

- ① 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月日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してすること。

- ② 前記①の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、直ちに届出[※]を提出しなければならない。

※ 届出を行わず請求を行った場合は不正請求となり、支払われた介護給付費は不当利得となるので、返還措置を講ずることになります。悪質な場合は、指定が取り消されます。

- ③ 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。

- ④ 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。具体的には、平成27年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成27年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。

- ⑤ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを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。
- ⑥ 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。

【ポイント】

【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。
- (回答) 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。
- (回答) 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) E P Aで研修に来ている者も当該加算の対象に含まれるのか。
- (回答) 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、月途中で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。
- (回答) 月途中で要支援度の変更した場合は、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。
- (回答) 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事が明らかな場合は、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。

- 利用者の運動器の機能向上を目的として個別的に実施されるリハビリテーションであって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合に、1月につき所定単位数を算定します。

【算定基準】

- イ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置していること。
- ロ 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、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、運動器機能向上計画を作成していること。
- ハ 利用者ごとの運動器機能向上計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士若しくは看護職員が運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録していること。
- ニ 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。
- ホ 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。

【留意事項（平成18年3月17日厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知）】

- ① 介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションにおいて運動器機能向上サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならず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が目的であることに留意しつつ行うこと。
- ② 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師（以下「理学療法士等」という。）を一名以上配置して行うものであること。
- ③ 運動器機能向上サービスについては、以下のアからキまでに掲げるとおり、実施すること。
 - ア 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。
 - イ 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（以下「長期目標」という。）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（以下「短期目標」という。）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られたものとする。
 - ウ 利用者に係る長期目標及び短期目標を踏まえ、理学療法士等、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、当該利用者ごとに、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、一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。なお、介護予防通所介護又は介護予防通所リハビリテーションにおいては、運動器機能向上計画に相当する内容を介護予防通所介護計画の中又は介護予防通所リハビリテーション計画の中にそれぞれ記載する場合は、その記載をもって運動器機能向上計画の作成に代えることができるものとする。
 - エ 運動器機能向上計画に基づき、利用者ごとに運動器機能向上サービスを提供すること。その際、提供する運動器機能向上サービスについては、国内外の文献等において介護予防の観点から有効性が確認されている等の適切なものとする。また、運動器機能向上計画の実施上の問題点（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。
 - オ 利用者の短期目標に応じて、おおむね1月毎に、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。

カ 運動器機能向上計画に定める実施期間終了後に、利用者毎に、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、前記のアからカまでの流れにより、継続的に運動器機能向上サービスを提供する。

キ 旧指定介護予防サービス基準第107条において準用する第19条又は指定介護予防サービス基準第123条において準用する第49条の13において規定するそれぞれのサービスの提供記録において利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、介護予防通所介護においては理学療法士等、経験のある介護職員その他の職種の者が、介護予防通所リハビリテーションにおいては医師又は医師の指示を受けた理学療法士等若しくは介護職員が記録利用者の運動器の機能を定期的にする場合は、当該記録とは別に運動器機能向上加算の算定のために利用者の運動器の機能を定期的に記録する必要はないものとする。

【ポイント】

【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。

(回答) 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。

(回答) 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。

(問29) 介護予防通所リハビリテーションにおける運動器機能向上加算を算定するための人員の配置は、PT、OT、STではなく、看護職員ではいけないのか。

(回答) 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、看護職員のみで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。

(19) 選択的サービス複数実施加算 [予防リハ]

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

厚労告127別表5へ

- 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のうち複数のサービスを実施した場合に、1月につきを所定単位数を算定します。
- 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は算定できません。

※ 厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号109）

イ 選択的サービス複数実施加算 (I)

- (1) 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（以下「選択的サービス」という。）のうち、2種類のサービスを実施していること。
- (2) 利用者が指定介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、選択的サービスを行っていること。
- (3) 利用者に対し、選択的サービスのうちいずれかのサービスを1月につき2回以上行っていること。

ロ 選択的サービス複数実施加算 (II)

- (1) 利用者に対し、選択的サービスのうち3種類のサービスを実施していること。
- (2) イ(2)及び(3)の基準に適合すること。

【留意事項（平成18年3月17日厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知）】

当該加算は、選択的サービスのうち複数のサービスを組み合わせることで実施することにより、要支援者の心身機能の改善効果を高め、介護予防に資するサービスを効果的に提供することを目的とするものである。なお、算定に当たっては以下に留意すること。

- ① 実施する選択的サービスごとに、各選択的サービスの取扱いに従い適切に実施していること。
- ② いずれかの選択的サービスを週1回以上実施すること。
- ③ 複数の種類の選択的サービスを組み合わせることで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こと。

【ポイント】

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、同一日以内に複数の選択的サービスを行っても算定できるのか。

(回答) 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、同一日以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、同一日以内に複数の選択的サービスを実施した場合。

(回答) ・(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。

- 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。
- 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。

※ 厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号110）

- イ 定員利用、人員基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て、選択的サービスを行っていること。
- ロ 評価対象期間における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が10名以上であること。
- ハ 評価対象期間における「選択的サービスの利用実人数」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。

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

ニ 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。）の数の、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

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

【ポイント】

【平成18年9月11日Q & A (vol. 7)】

(問1) 一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。

(回答) 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月末日までに更新・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。

(回答) 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。

(回答) 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。

(回答) 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。

【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。

(回答) 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。

(回答) 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。

※ 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び加算(Ⅴ)については、要件の一部を満たされない事業所に対し、減算された単位数での加算の取得を認める区分であることや、加算の取得率や報酬体系の簡素化の観点から、今後廃止される予定です。

介護職員処遇改善加算の内容については、平成 30 年 3 月 22 日付け老発 0322 第 2 号「介護職員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」を参照してください。

1 キャリアパス要件と職場環境等要件

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)・(Ⅳ)を算定する要件として、キャリアパス要件と職場環境等要件があります。

(1) キャリアパス要件Ⅰ

- ア 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
- 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。

(2) キャリアパス要件Ⅱ

- ア 資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること
- イ アの内容について、全ての介護職員に周知していること。

(3) 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、次の一から三までのいずれかに該当する仕組みであること。

(ア) 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

(イ) 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。

(ウ) 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であること。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。

【賃金体系とは？】

- 職務や職能に応じた等級を定め、それに応じた基本給を定めることや、役職、資格、能力、経験又は職務内容等に応じ手当等を定めること。

(例) ・ 介護福祉士等の資格、介護職員初任者研修や介護職員実務者研修等の受講状況に応じた賃金水準の策定

- ・ 人事評価(実績・勤務成績・能力等)を踏まえた賃金への反映

【就業規則等とは？】

- 就業規則や給与規程のほか、法人内部の要綱・要領・規定や内規(就業規則作成義務のない事業所)類を指す。

※ 就業規則は、従業員の雇用形態、勤務時間等に関係なく、常時 10 人以上の従業員を雇用する場合は作成しなければならず、過半数組合または従事者の過半数代表者からの意見書を添付したうえで、労働基準監督署へ届出なければなりません。変更があった場合はその都度届出が必要になります。

(4) 職場環境等要件

加算Ⅰ及びⅡ、Ⅲ及びⅣによって要件が変わります。

ア 加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)の職場環境等要件)

平成27年4月から届出を要する日の属する月の前月までに実施した処遇改善(賃金改善を除く。)の内容(別紙1表4を参照)を全ての介護職員に周知していること。

イ 加算(Ⅲ)及び(Ⅳ)の職場環境等要件

平成20年10月から届出を要する日の属する月の前月までに実施した処遇改善(賃金改善を除く。)の内容(別紙1表4を参照)を全ての介護職員に周知していること。

職場環境等要件について

資質の向上	<ul style="list-style-type: none"> 働きながら介護福祉士取得を目指す者に対する者への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(研修受講時の他の介護職員の負担を軽減するための代替職員確保を含む) 研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動 小規模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 キャリアパス要件に該当する事項(キャリアパス要件を満たしていない介護事業者に限る) その他()
労働環境・処遇の改善	<ul style="list-style-type: none"> 新人介護職員の早期離職のためのエルダー・メンター(新人指導担当者)制度等導入 雇用管理改善のため管理者の労働・安全衛生法規、休暇・休職制度に係る研修受講等による雇用管理改善対策の充実 ICT活用(ケア内容や申し送り事項の共有(事業所内に加えタブレット端末を活用し訪問先でアクセスを可能にすること等を含む)による介護職員の事務負担軽減、個々の利用者へのサービス履歴・訪問介護員の出勤情報管理によるサービス提供責任者のシフト管理に係る事務負担軽減、利用者情報蓄積による利用者個々の特性に応じたサービス提供等)による業務省力化 介護職員の腰痛対策を含む負担軽減のための介護ロボットやリフト等の介護機器等導入 子育てとの両立を目指す者のための育児休業制度等の充実、事業所内保育施設の整備 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 事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成による責任の所在の明確化 健康診断・こころの健康等の健康管理面の強化、職員休憩室・分煙スペース等の整備 その他()
その他	<ul style="list-style-type: none"> 介護サービス情報公表制度の活用による経営・人材育成理念の見える化 中途採用者(他産業とからの転職者、主婦層、中高年齢者等)に特化した人事制度の確立(勤務シフトの配慮、短時間正規職員制度の導入等) 障害を有する者でも働きやすい職場環境構築や勤務シフト配慮 地域の児童・生徒や住民との交流による地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上 非正規職員から正規職員への転換 職員の増員による業務負担の軽減 その他()

2 加算の算定要件

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)			加算額の算定方法
		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	○			地域単価×介護報酬総単位数（基本単位＋各種加算減算）× <u>サービス区分別の加算Ⅰの加算率</u>
	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	○			地域単価×介護報酬総単位数（基本単位＋各種加算減算）× <u>サービス区分別の加算Ⅱの加算率</u>
	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	○	×		地域単価×介護報酬総単位数（基本単位＋各種加算減算）× <u>サービス区分別の加算Ⅲの加算率</u>
	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	○	○		
Ⅳ	キャリアパス要件Ⅰ	○	×	×	地域単価×介護報酬総単位数（基本単位＋各種加算減算）× <u>サービス区分別の加算Ⅲの加算率×0.9</u>
	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	×	×	○	
Ⅴ	キャリアパス要件Ⅰ	×	×	×	地域単価×介護報酬総単位数（基本単位＋各種加算減算）× <u>サービス区分別の加算Ⅲの加算率×0.8</u>
	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	×	×	×	

3 加算率

(1) 加算算定対象サービス

サービス区分	キャリアパス要件等の適合状況に応じた加算率				
	加算Ⅰ	加算Ⅱ	加算Ⅲ	加算Ⅳ	加算Ⅴ
・訪問介護 ・夜間対応型訪問介護 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	13.7%	10.0%	5.5%	加算Ⅲにより算出した単位(1単位未満の端数四捨五入)×0.9	加算Ⅲにより算出した単位(1単位未満の端数四捨五入)×0.8
・(介護予防) 訪問入浴介護	5.8%	4.2%	2.3%		
・通所介護 ・地域密着型通所介護	5.9%	4.3%	2.3%		
・(介護予防) 通所リハビリテーション	4.7%	3.4%	1.9%		
・(介護予防) 特定施設入居者生活介護 ・地域密着型特定施設入居者生活介護	8.2%	6.0%	3.3%		
・(介護予防) 認知症対応型通所介護	10.4%	7.6%	4.2%		
・(介護予防) 小規模多機能型居宅介護 ・看護小規模多機能型居宅介護	10.2%	7.4%	4.1%		
・(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	11.1%	8.1%	4.5%		
・介護老人福祉施設 ・地域密着型介護老人福祉施設 ・(介護予防) 短期入所生活介護	8.3%	6.0%	3.3%		
・介護老人保健施設 ・(介護予防) 短期入所療養介護(老健)	3.9%	2.9%	1.6%		
・介護療養型医療施設 ・(介護予防) 短期入所療養介護(病院等(老健以外))	2.6%	1.9%	1.0%		
・介護医療院サービス ・(介護予防) 短期入所療養介護(医療院)	2.6%	1.9%	1.0%		

(2) 加算算定対象外サービス

サービス区分	加算率
<ul style="list-style-type: none"> ・(介護予防) 訪問看護 ・(介護予防) 訪問リハビリテーション ・(介護予防) 福祉用具貸与 ・特定(介護予防) 福祉用具販売 ・(介護予防) 居宅療養管理指導 ・居宅介護支援 ・介護予防支援 	0%

【国QA】（平成29年3月改定関係Q&A（介護保険最新情報 vol. 583））

○ キャリアパス要件Ⅲについて

（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。

（回答）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（以下「加算」という。）の加算（Ⅰ）（以下「新加算（Ⅰ）」という。）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2）昇給の仕組みとして、それぞれ『①経験 ②資格 ③評価のいずれかに応じた昇給の仕組みを設けること』という記載があるが、これらを組み合わせて昇給の要件を定めてもいいか。

（回答）お見込みのとおりである。

（問3）昇給の方式については、手当や賞与によるものでも良いのか。

（回答）昇給の方式は、基本給による賃金改善が望ましいが、基本給、手当、賞与等を問わない。

（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みか。

（回答）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5）キャリアパス要件Ⅲによる昇給の仕組みについて、非常勤職員や派遣職員はキャリアパス要件Ⅲによる昇給の仕組みの対象となるか。

（回答）キャリアパス要件Ⅲによる昇給の仕組みについては、非常勤職員を含め、当該事業所や法人に雇用される全ての介護職員が対象となり得るものである必要がある。また、介護職員であれば派遣労働者であっても、派遣元と相談の上、介護職員処遇改善加算の対象とし、派遣料金の値上げ分等に充てることは可能であり、この場合、計画書・実績報告書は、派遣労働者を含めて作成することとしている。新加算（Ⅰ）の取得に当たっても本取扱いに変わりはないが、キャリアパス要件Ⅲについて、派遣労働者を加算の対象とする場合には、当該派遣職員についても当該要件に該当する昇給の仕組みが整備されていることを要する。

（問6）キャリアパス要件Ⅲの昇給の基準として「資格等」が挙げられているが、これにはどのようなものが含まれるのか。

（回答）「介護福祉士」のような資格や、「実務者研修修了者」のような一定の研修の修了を想定している。また、「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」については、介護職員として職務に従事することを前提としつつ、介護福祉士の資格を有している者が、「介護支援専門員」や「社会福祉士」など、事業所が指定する他の資格を取得した場合に昇給が図られる仕組みを想定している。また、必ずしも公的な資格である必要はなく、例えば、事業所等で独自の資格を設け、その取得に応じて昇給する仕組みを設ける場合も要件を満たし得る。ただし、その場合にも、当該資格を取得するための要件が明文化されているなど、客観的に明らかとなっていることを要する。

（問7）『一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組み』とあるが、一定の基準とは具体的にどのような内容を指すのか。また、「定期に」とは、どの程度の期間まで許されるのか。

（回答）昇給の判定基準については、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。また、判定の時期については、事業所の規模や経営状況に応じて設定して差し支えないが、明文化されていることが必要である。

（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。

（回答）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。

○ その他

（問11）介護職員処遇改善加算に係る加算率について、今回の改定後の介護職員処遇改善加算Ⅱ及びⅢの加算率が改定前と変わっているのはなぜか。

（回答）新加算（Ⅰ）の創設に伴い、最新の介護職員数と費用額の数値に基づき、介護職員処遇改善加算（Ⅱ）及び（Ⅲ）の加算率を改めて設定し直したものであり、介護職員1人当たりの賃金改善額として見込んでいる金額（27,000 円相当、15,000 円相当）が変わったものではない。

(22) 介護職員等特定処遇改善加算 [通所リハ・予防リハ]

【H12 厚告 19】、【H12 厚告 25】、【H18 厚労告 127】、【H27 厚労告 95】、【H29 厚労告 60】

介護職員等特定処遇改善加算の内容については、平成 31 年 4 月 12 日付け老発 0412 第 8 号「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」を参照してください。

1 加算の算定要件

介護職員等特定処遇改善加算を算定する要件として、賃金改善の他、以下の要件があります。

○特定処遇改善加算（Ⅰ）を算定する場合は、（１）から（４）の要件を全て満たしていること。

○特定処遇改善加算（Ⅱ）を算定する場合は、（２）から（４）の要件を全て満たしていること。

（１）介護福祉士の配置等要件

次の加算を算定していること。

サービス区分	算定が必要な加算
（介護予防）訪問入浴介護 通所介護 （介護予防）通所リハビリテーション （介護予防）短期入所生活介護 （介護予防）短期入所療養介護 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院	「サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ」の算定
訪問介護	「特定事業所加算（Ⅰ）」または「特定事業所加算（Ⅱ）」の算定
（介護予防）特定施設入居者生活介護	「サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ」または「入居継続支援加算」の算定
介護老人福祉施設	「サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ」または「日常生活継続支援加算」の算定

（２）現行加算要件

現行の介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）のいずれかを算定していること。（特定処遇改善加算と同時に現行の加算の届出を行い、算定される場合を含む。）

（３）職場環境等要件

平成 20 年 10 月から届出を要する日の属する月の前月までに実施した処遇改善（賃金改善を除く。）の名用を全ての職員に周知していること。

この処遇改善については、複数の取組を行っていることが必要で、「資質の向上」、「労働環境・処遇の改善」、「その他」の区分ごとに1以上行うこと。

資質の向上	<ul style="list-style-type: none"> 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（研修受講時の他の介護職員の負担を軽減するための代替職員確保を含む） 研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動 小規模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 キャリアパス要件に該当する事項（キャリアパス要件を満たしていない介護事業者に限る） その他
労働環境・処遇の改善	<ul style="list-style-type: none"> 新人介護職員の早期離職防止のためのエルダー・メンター（新人指導担当者）制度等導入 雇用管理改善のための管理者の労働・安全衛生法規、休暇・休職制度に係る研修受講等による雇用管理改善対策の充実 ICT活用（ケア内容や申し送り事項の共有（事業所内に加えタブレット端末を活用し訪問先でアクセスを可能にすること等を含む）による介護職員の事務負担軽減、個々の利用者へのサービス履歴・訪問介護員の出勤情報管理によるサービス提供責任者のシフト管理に係る事務負担軽減、利用者情報蓄積による利用者個々の特性に応じたサービス提供等）による業務省力化 介護職員の腰痛対策を含む負担軽減のための介護ロボットやリフト等の介護機器等導入 子育てとの両立を目指す者のための育児休業制度等の充実、事業所内保育施設の整備 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 事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成による責任の所在の明確化 健康診断・こころの健康等の健康管理面の強化、職員休憩室・分煙スペース等の整備 その他
その他	<ul style="list-style-type: none"> 介護サービス情報公表制度の活用による経営・人材育成理念の見える化 中途採用者（他産業からの転職者、主婦層、中高年齢者等）に特化した人事制度の確立（勤務シフトの配慮、短時間正規職員制度の導入等） 障害を有する者でも働きやすい職場環境構築や勤務シフト配慮 地域の児童・生徒や住民との交流による地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上 非正規職員から正規職員への転換 職員の増員による業務負担の軽減 その他

（４）見える化要件（この要件は令和２年度より算定要件となる。）

特定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により公表していること。

具体的には、介護サービス情報公表制度を活用し、特定処遇改善加算の取得状況を報告し、賃金以外の処遇改善に関する具体的な内容を記載する。公表制度における報告の対象となっていない場合は、事業所のホームページを活用する等、外部から見える形で公表する。

2 加算率

(1) 加算算定対象サービス

サービス区分	サービス提供体制強化加算等の算定状況に応じた加算率	
	特定加算（Ⅰ）	特定加算（Ⅱ）
・訪問介護 ・夜間対応型訪問介護 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	6. 3%	4. 2%
・（介護予防）訪問入浴介護	2. 1%	1. 5%
・通所介護 ・地域密着型通所介護	1. 2%	1. 0%
・（介護予防）通所リハビリテーション	2. 0%	1. 7%
・（介護予防）特定施設入居者生活介護 ・地域密着型特定施設入居者生活介護	1. 8%	1. 2%
・（介護予防）認知症対応型通所介護	3. 1%	2. 4%
・（介護予防）小規模多機能型居宅介護 ・看護小規模多機能型居宅介護	1. 5%	1. 2%
・（介護予防）認知症対応型共同生活介護	3. 1%	2. 3%
・介護老人福祉施設 ・地域密着型介護老人福祉施設 ・（介護予防）短期入所生活介護	2. 7%	2. 3%
・介護老人保健施設 ・（介護予防）短期入所療養介護（老健）	2. 1%	1. 7%
・介護療養型医療施設 ・（介護予防）短期入所療養介護（病院等（老健以外））	1. 5%	1. 1%
・介護医療院サービス ・（介護予防）短期入所療養介護（医療院）	1. 5%	1. 1%

(2) 加算算定対象外サービス

サービス区分	加算率
・（介護予防）訪問看護 ・（介護予防）訪問リハビリテーション ・（介護予防）福祉用具貸与 ・特定（介護予防）福祉用具販売 ・（介護予防）居宅療養管理指導 ・居宅介護支援 ・介護予防支援	0%

【国Q A】(2019 年度介護報酬改定に関するQ & A (平成 31 年 4 月 12 日))

○ 取得要件について

(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。

(回答) 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くても取得可能である。

(問 2) 職場環境等要件について、現行の介護職員処遇改善加算の要件を満たすものとして実施している取組とは別の取組を実施する必要があるのか。

(回答) 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、職場環境等の改善が行われることを担保し、一層推進する観点から、複数の取組を行っていることとし、具体的には、「資質の向上」、「労働環境・処遇の改善」及び「その他」の区分ごとに一以上の取組を行うことが必要である。

これまで介護職員処遇改善加算を算定するに当たって実施してきた取組をもってこの要件を満たす場合、介護職員等特定処遇改善加算の取扱いと同様、これまでの取組に加えて新たな取組を行うことまでを求めているものではない。

(問 3) ホームページ等を通じた見える化については、情報公表制度を活用しないことも可能か。

(回答) 事業所において、ホームページを有する場合、そのホームページを活用し、

- ・ 介護職員等特定処遇改善加算の取得状況
 - ・ 賃金改善以外の処遇改善に関する具体的な取組内容
- を公表することも可能である。

○ 配分対象と配分ルールについて

(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。

(回答) 「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くても想定されるのか。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。

(回答) 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。

(問6) 月額8万円の処遇改善を計算するに当たり、現行の介護職員処遇改善加算による改善を含めて計算することは可能か。

(回答) 月額8万円の処遇改善の計算に当たっては、介護職員等特定処遇改善加算にもよる賃金改善分で判断するため、現行の介護職員処遇改善加算による賃金改善分とは分けて判断することが必要である。

(問7) 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)以上かを判断するにあたっての賃金に含める範囲はどこまでか。

(回答) 「経験・技能のある介護職員」のうち設定することとしている「月額8万円の処遇改善」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」の処遇改善となる者に係る処遇改善後の賃金額については、手当等を含めて判断することとなる。なお、「月額8万円」の処遇改善については、法定福利費等の増加分も含めて判断し、処遇改善後の賃金「440万円」については、社会保険料等の事業主負担その他の法定福利費等は含まずに判断する。

(問8) 2019年度は10月から算定可能となるが、経験・技能のある介護職員について、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)以上かを判断するにあたり、考慮される点はあるのか。

(回答) 処遇改善後の賃金が年額440万円以上となることが原則であるが、介護職員等特定処遇改善加算が10月施行であることを踏まえ、2019年度の算定に当たっては、6月間又はそれ以下の期間の介護職員等特定処遇改善加算を加えても年収440万円以上を満たすことが困難な場合、12月間加算を算定していれば年収440万円以上となることが見込まれる場合であっても、要件を満たすものとして差し支えない。

(問9) その他の職種の440万円の基準を判断するにあたって、賃金に含める範囲はどこまでか。

(回答) その他の職種の440万円の基準については、手当等を含めて判断することとなる。なお、法定福利費等は含めない。

(問10) その他の職種の440万円の基準についての非常勤職員の給与の計算はどのように行うのか。

(回答) その他の職種の440万円の基準についての非常勤職員の給与の計算に当たっては、常勤換算方法で計算し賃金額を判断することが必要である。

(問11) 小規模な事業所で開設したばかりである等、設定することが困難な場合に合理的な説明を求める例として、8万円等の賃金改善を行うに当たり、これまで以上に事業所内の階層・役職やそのための能力・処遇を明確化することが必要になるため、規程の整備や研修・実務経験の蓄積などに一定期間を要する場合が挙げられているが、「一定期間」とはどの程度の期間を想定しているのか。

(回答) 実際に月額8万円の改善又は年収440万円となる者を設定するにはこれまで以上に事業所内の階層・役職やそのための能力・処遇を明確化することが必要になるため、時間を要する可能性があるが、規程の整備等については適切にご対応いただきたい。
当該地域における賃金水準や経営状況等、それぞれ状況は異なることから、「一定期間」を一律の基準で定めることや計画を定めて一定の期間で改善を求めることは適切でない。

(問12) 各グループの対象人数に関して、「原則として常勤換算方法による」とされているが、どのような例外を想定しているのか。

(回答) 各グループにおける平均賃金改善額を計算するに当たっては、経験・技能のある介護職員及び他の介護職員については、常勤換算方法による人数の算出を求めている。一方で、その他の職種については、常勤換算方法のほか、実人数による算出も可能であり、各事業所における配分ルールにも影響することも踏まえ、労使でよく話し合いの上、適切に判断されたい。

(問13) 平均改善額の計算にあたり、母集団に含めることができる職員の範囲はどこまでか。

(回答) 賃金改善を行う職員に加え、賃金改善を行わない職員についても、平均改善額の計算を行うにあたり職員の範囲に含めることとなる。

○ 指定権者への届出について

(問14) 介護職員等特定処遇改善加算については、法人単位の申請が可能とされているが、法人単位での取扱いが認められる範囲はどこまでか。

(回答) 法人単位での取扱いについては、

- ・月額8万円の処遇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
- ・経験・技能のある介護職員、他の介護職員、その他の職種の設定が可能である。

また、法人単位で月額8万円の処遇改善となる者等の設定・確保を行う場合、法人で一人ではなく、一括して申請する事業所の数に応じた設定が必要である。なお、事業所の中に、設定することが困難な事業所が含まれる場合は、実態把握に当たりその合理的理由を説明することにより、設定の人数から除くことが可能である。

なお、取得区分が（Ⅰ）、（Ⅱ）と異なる場合であっても、介護職員等特定処遇改善加算の取得事業所間においては、一括の申請が可能である（未取得事業所や処遇改善加算の非対象サービスの事業所、介護保険制度外の事業所については一括した取扱いは認められない。）。

6 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 第二 8（1）④ただし書き）
→ 例）6－8 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）。

7 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

リハビリテーションに関する留意事項について

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

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

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

【平成 18 年 4 月 28 日老老 042801、保医発 0428001「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」（厚生労働省老健局老人保健・保険局医療課長連名通知）10】

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ドラインは、厚生労働省が出しています。

※ 「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」
 ⇒厚生労働省のホームページ
<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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>→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）</p>
③ 正確性の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個人データの漏えい等の防止のための安全管理措置 →個人情報保護に関する規程の整備、情報システムの安全管理に関する規程の整備、事故発生時の報告連絡体制の整備、入退館管理の実施、機器の固定、個人データへのアクセス管理 ・ 従業者に対する適切な監督 ・ 個人データ取扱いを委託する場合は、委託先に対する監督
⑤ 第三者への提供の制限	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人から保有個人データの開示を求められたときには、当該データを開示しなくてはならない。 ・ 本人から保有個人データの訂正等を求められた場合に、それらの求めが適正であると認められるときには、訂正等を行わなくてはならない。
⑦ 苦情の処理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

医師の勤務時間は、本体施設(老健又は病院・診療所)の勤務時間を再掲してください。(通リハ

20 名

事業所番号(1234567890)

(30 年 7 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)

事業所名(日本大通りクリニック デイケアセンター)

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、勤務形態は常勤であればB、非常勤であればDになります。

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)分のもを作成します。

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	〇月の 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				
医師	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				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	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	8	8			8	8	8	8						64		
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		420	2.5	
介護職員	B	鎌倉 小町	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。	8	8	8	8	8	8			8	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	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			7	7	7	7	7			7	7	7	7				7		112	0.4
計		勤務時間は休憩時間を除いた実労働時間で記載します。時間外の勤務については除いてください。																																	448	2.4	

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

常勤職員が勤務すべき1日あたりの勤務時間

〇月の常勤職員が通常勤務すべき日数

常勤職員が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)

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))

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は、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の勤務すべき時間数までとなります。

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、必ず勤務時間から除き、常勤換算の際にも考慮しません。

常勤の勤務すべき時間数が事業所で複数設定されることは通常想定されません。

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