

# 指定介護保険事業者 新規セミナー資料 通所リハビリテーション

全サービス共通事項  
(共通事項抜粋)

運営の手引き

神奈川県 福祉子どもみらい局 福祉部  
高齢福祉課

令和元年度 11 月改訂

## 目 次

### 1 共通

1	令和元年度の改正点について・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2	基準条例・解釈通知について・・・・・・・・・・・・・・・・	2
	（参考資料）介護保険法の体系図・・・・・・・・・・	3
3	法令遵守と管理者の責務・・・・・・・・・・・・・・・・	4
4	事業所の運営について・・・・・・・・・・・・・・・・	5
5	運営規程・重要事項説明書について・・・・・・・・・・	10
6	苦情処理について・・・・・・・・・・・・・・・・	12
7	記録の整備・・・・・・・・・・・・・・・・	14
8	運営の手引き・運営状況点検書・・・・・・・・・・	15
9	事故発生時の対応・・・・・・・・・・・・・・・・	17
10	非常災害対策・・・・・・・・・・・・・・・・	19
11	介護現場におけるハラスメント対策について・・・・・	23
12	共生型サービス等について・・・・・・・・・・	24
13	指定更新申請の手続・・・・・・・・・・・・・・・・	25
14	変更届・加算届・廃止届・休止届等・・・・・・・・・・	26
15	高齢者虐待の未然防止と早期発見・・・・・・・・・・	28
	（参考資料）高齢者虐待相談・通報窓口（各市町村の高齢者虐待相談窓口）	32
16	介護サービス情報公表制度・・・・・・・・・・・・・・・・	34
17	介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・・・・・	36
18	介護職員等による喀痰吸引等について・・・・・・・・・・	39
19	業務管理体制の整備・・・・・・・・・・・・・・・・	44
20	監査・行政処分・・・・・・・・・・・・・・・・	46
21	介護支援専門員・・・・・・・・・・・・・・・・	52
22	（生活保護法関係資料）生活保護法指定介護機関について・・・・・	53
23	若年性認知症支援コーディネーター配置について・・・・・・・・・・	55
24	かながわ感動介護大賞の取組み・・・・・・・・・・	56
25	福祉サービス第三者評価・・・・・・・・・・・・・・・・	57
26	介護の資格届出制度等・・・・・・・・・・・・・・・・	59
27	かながわベスト介護セレクト20と優良介護サービス事業所 「かながわ認証」・・・・・・	61
28	認知症リスクの軽減が期待される取組 ～コグニサイズ ～・・・・・・	63
29	神奈川県介護賞、かながわ福祉みらい賞及び神奈川県社会福祉関係 者等表彰について・・・・・・・・・・・・・・・・	64
30	平成30年度実地指導における主な指導事例・・・・・・・・・・	65

別添資料

### 2 運営の手引き

## 1 令和元年度介護報酬改定の概要

令和元年度の介護報酬改定は、新しい経済政策パッケージに基づく介護職員の更なる処遇改善と消費税率引上げに伴う改定が行われます。（令和元年10月実施）

### (1) 介護職員等特定処遇改善加算の創設

介護人材確保のための取組をより一層進めるため、現行の加算に加え、介護職員等特定処遇改善加算（以下「特定加算」という。）が創設されました。経験・技能のある職員に重点化を図りながら、他の介護職員などの処遇改善にこの特定加算の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認めることとなりました。

なお、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、福祉用具貸与、特定福祉用具販売、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防福祉用具貸与、特定介護予防福祉用具販売、居宅介護支援、介護予防支援は算定対象外です。

### (2) 消費税率引上げに伴う介護報酬等に係る消費税の取扱い

#### ① 介護報酬について

給付の9割をしめる基本報酬を改定します。（加算報酬についても、課税費用の割合が高いものについても、改定します。）

#### ② 介護保険施設等における食費及び居住費の基準費用額の改定

食費、居住費への補足給付の算定の基礎となる費用（基準費用額）について、消費税率引上げによる影響分について改定します。

#### ③ 区分支給限度基準額の改定

在宅サービスについて、消費税引上げに伴い区分支給限度額基準額を改定します。

※消費税率引上げによる基本報酬及び加算の変更に伴う利用料金の変更届の提出は不要です。ただし、介護報酬以外の料金に変更となる場合には、変更届の提出が必要となります。

## 2 申請手数料の改定について

消費税率引上げに伴い、令和元年10月1日から指定申請（開設許可）手数料・指定更新申請手数料・変更許可手数料が改定されます。改定された「証紙貼付用紙」を確認の上、申請をしてください。

（証紙貼付用紙掲載場所）

ウェブサイト 介護情報サービスかながわ

→ ライブラリ（書式／通知）

→ （新規指定申請の場合）1. 新規事業者指定

（指定更新申請の場合）4. 指定更新

## 1 基準条例の制定

### (1) 基準条例

介護保険法等の規定に基づく介護サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準については、厚生労働省令で定める基準を基本としつつ、各自治体が条例で定めることとされ、神奈川県では次に掲げる条例が制定されています。

神奈川県が所管する介護保険事業者・介護保険施設は、これらの条例に定められた基準に従って、事業を実施しなければなりません。

- 1 軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準を定める条例（平成25年神奈川県条例第14号）
- 2 養護老人ホームの設備及び運営に関する基準を定める条例（平成25年神奈川県条例第15号）
- 3 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準を定める条例（平成25年神奈川県条例第16号）
- 4 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成25年神奈川県条例第17号）
- 5 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例（平成25年神奈川県条例第18号）
- 6 指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成25年神奈川県条例第19号）
- 7 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）
- 8 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）
- 9 介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例（平成30年神奈川県条例第46号）

### (2) 基準条例施行規則

各基準条例に定める規定のうち一部については、規則に委任されています。

### (3) 解釈通知

条例・規則で定められた基準の趣旨及び内容については、条例・規則とは別に通知が発出されています。

#### 【基準条例・基準条例施行規則・解釈通知の掲載場所】

ウェブサイト 介護情報サービスかながわ

→ 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.asp?topid=9>

(参考資料) 介護保険法の体系図

介護保険法			介護保険法施行令	
			介護保険法施行規則	
1 指定関係				
サ ー 居 宅 ビ ス	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	H25 神奈川県条例第20号	
	解釈通知	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	H25.3.29 高施第336号	
施設サービス	介護老人福祉施設	基準	指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例	H25 神奈川県条例第17号
		解釈通知	指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例等について	H25.3.29 高施第336号
	介護老人保健施設	基準	介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例	H25 神奈川県条例第18号
		解釈通知	介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例等について	H25.3.29 高施第336号
	介護療養型医療施設	基準	指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例	H25 神奈川県条例第19号
		解釈通知	指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例等について	H25.3.29 高施第336号
	介護医療院	基準	介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例	H30 神奈川県条例第46号
		解釈通知	介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例等について	H30.9.20 通知
サ ー 介 護 予 防 ビ ス	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	H25 神奈川県条例第21号	
	解釈通知	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	H25.3.29 高施第336号	
2 介護報酬関係				
居 宅 サ ー ビ ス	基準	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	H12 厚生省告示第19号	
	解釈通知	指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について	H12 老企第36号	
		指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について	H12 老企第40号	
サ ー 施 設 ビ ス	基準	指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準	H12 厚生省告示第21号	
	解釈通知	指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について	H12 老企第40号	
サ ー 介 護 予 防 ビ ス	基準	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	H18 厚生労働省告示第127号	
	解釈通知	「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」の制定及び「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について	H18 老計発0317001 H18 老振発0317001 H18 老老発0317001	
その他報酬関係	厚生労働大臣が定める一単位の単価		H27 厚生労働省告示第93号	
	厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等		H27 厚生労働省告示第94号	
	厚生労働大臣が定める基準		H27 厚生労働省告示第95号	
	厚生労働大臣が定める施設基準		H27 厚生労働省告示第96号	
	厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法		H12 厚生省告示第27号	
	厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準		H12 厚生省告示第29号	
	厚生労働大臣が定める外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費及び外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護費に係るサービスの種類及び当該サービスの単位数並びに限度単位数		H18 厚生労働省告示第165号	
その他	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		H12 老企第54号	

## 1 法令遵守

介護保険事業を運営するにあたって、人員基準・設備基準・運営基準等、様々な基準が定められており、介護保険指定事業者は、人員基準や設備基準を満たし、運営基準に沿った事業運営をすることを前提に、指定（開設許可）を受けています。よって、基準を満たさない場合には、指定や更新を受けることができません。

「基準」は、介護保険指定事業者の行う事業がその目的を達成するために必要な最低限の基準を定めたものであり、常に満たされている必要があります。また、介護保険指定事業者は、常にその事業の運営の向上に努めなければなりません。

基準を理解しておらず、知らないうちに基準違反の運営を行っている事業所も見受けられますので、そのような事態にならないためにも、きちんとした法令の理解が必要です。

## 2 管理者の責務

### (1) 事業所内の一元的な管理

管理者は、事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行わなければなりません。

サービスの実施状況の確認等を担当者に任せきりにするのではなく、管理者も確認するようにしてください。

#### ポイント(従業者の管理)

- 従業者の管理については、タイムカード等による出勤状況の確認、有資格者についての資格証等の写しの保管等により、従業者に関する記録等を整備し、勤務表を毎月作成するなど、基準に適合した勤務体制を確保するために必要な状況把握を行ってください。

### (2) 従業者への指揮命令

管理者は事業所の従業者に、事業の人員・設備・運営に関する基準を遵守させるため、必要な指揮命令を行わなければなりません。管理者が法令を遵守することは当然のことですが、その他の従業者の方にも法令を守っていただくよう、管理者として必要な指示を行ってください。

事業所内で基準違反に該当することが行われていたことが発覚した場合、管理者が直接関与していなくても、管理者の監督責任を問われます。

**管理者は常勤で管理業務に専従することが原則となっています。同一敷地内で管理業務に支障がない範囲内の兼務しか認められていませんので、たとえ同じ事業所内で他の職務との兼務でも管理業務に支障がある場合には基準違反となります。**



## 1 勤務体制の確保等

## (1) 研修の機会の確保

- 従業者の資質の向上のため研修の機会を確保しなければなりません。(県基準条例第32条)  
※例えば採用時研修や継続研修などにおいて、研修機関が実施する研修や事業所内の研修に参加する機会を計画的に確保し、従業者の質の向上に努めてください。

## (2) 労働関係法令の遵守について

平成24年 4 月  
介護保険法改正

事業者指定の欠格及び取消要件の追加

労働関係法令違反で罰金刑に処せられた者

※勤務体制の確保を図るためには、事業者による雇用管理の取組、労働法規の遵守を徹底することが重要です。

## &lt;介護保険法第70条(指定居宅サービス事業者の指定)&gt;

## ◎第2項

都道府県知事は、前項の申請があった場合において、次の(中略)いずれかに該当するときは、第41条第1項本文の指定をしてはならない。

## ○第5号の2

申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

(参考:介護保険法第79条(指定居宅介護支援事業者の指定)

介護保険法第86条(指定介護老人福祉施設の指定)

介護保険法第94条(介護老人保健施設の開設許可)

## 【基本的な雇用管理上の問題点】

- ①就業規則(パート就業規則を含む。)を作成していない。
- ②36協定(＝時間外及び休日労働に関する協定)を締結、届出せずに、時間外労働又は休日労働を行わせている。
- ③年次有給休暇を与えていない。
- ④衛生管理者又は産業医(労働者50人以上の場合)、衛生推進者(労働者10人以上50人未満の場合)を選任していない。
- ⑤健康診断を実施していない。

- 介護人材の確保・活用には、従業者の能力開発と仕事への取り組み意欲を高い水準で維持することが重要です。従業者の仕事への取り組み意欲を維持・向上するには、働きに見合った処遇、働きぶりの公正な評価、能力開発機会の提供などのほか、労働条件や労働時間、仕事の管理などに関して納得して働くことが重要です。
- 適切な雇用管理、労働法規の遵守を徹底し、貴重な介護人材の確保・活用に努めてください。

※ 労働関係法令については管轄の労働基準監督署にお問い合わせください。

神奈川労働局ホームページ <http://kanagawa-roudoukyoku.jsite.mhlw.go.jp/>

## 2 労働条件の確保・改善と労働災害防止について（神奈川労働局より）

下記を参考に労働条件の確保・改善、労働災害の防止について、適切な管理をお願いします。

### 1 労働条件の確保・改善について

県下の介護サービス事業所については、就業規則、労使協定、労働条件通知書等の基本的な労働条件の設定に関する法違反が多く、また、賃金不払残業に関する法違反も少なくない状況です。下記ホームページにリーフレット、各種様式等を掲載しておりますので、参考にしてください。

### 2 介護サービス事業者の安全衛生管理体制について

労働者（アルバイト・パートも含む）50人以上の事業場は、衛生管理者・産業医の選任、衛生委員会の開催及び所轄労働基準監督署への届出が必要です。労働者（アルバイト・パートも含む）10人以上50人未満の事業場は、衛生推進者の選任が必要です。

### 3 介護・看護作業での職員等の腰痛・転倒災害予防対策について

介護サービス事業場では、「動作の反動・無理な動作」による腰痛、「転倒」事故が多く発生しています。腰痛及び転倒災害を予防するため、作業・作業環境・健康の3つの管理と安全衛生についての教育を総合的・継続的に実施することが重要です。利用者の負傷防止にもつながります。安全な介助方法のマニュアルを作成しましょう。

### 4 介護サービス現場の作業環境の改善に「中小企業労働環境向上助成金」を活用しましょう！

介護関連事業主が、介護労働者の身体的負担を軽減するために、新たに介護福祉機器を導入し、適切な運用を行うことにより、労働環境の改善がみられた場合に、介護福祉機器の導入費用の2分の1（上限300万円）を支給します。この助成をうけるには、あらかじめ「導入・運用計画」を作成し、都道府県労働局長の認定を受けることが必要です。問合せ先：神奈川労働局職業安定部職業対策課 TEL045-650-2801

### 5 公益財団法人介護労働安定センターでは、介護労働者に係る労務管理や助成金活用の相談や講習会を無料で行っていますので、御活用ください。TEL045-212-0015

神奈川労働局のホームページにおいて、下記資料を掲載しておりますので、併せて参照願います。

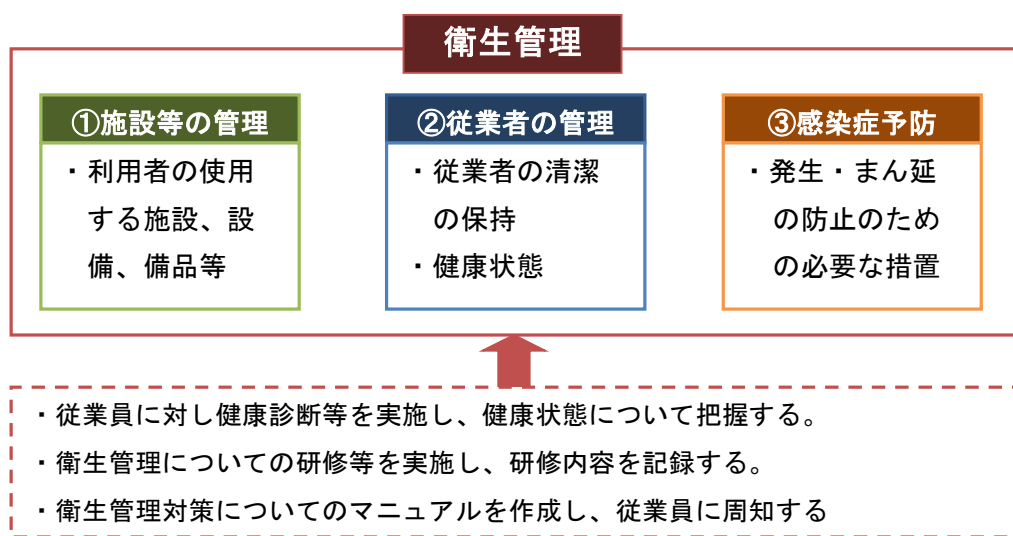
([http://kanagawa-roudoukyoku.jsite.mhlw.go.jp/hourei\\_seido\\_tetsuzuki/roudoukijun\\_keiyaku/hourei\\_seido/\\_120133.html](http://kanagawa-roudoukyoku.jsite.mhlw.go.jp/hourei_seido_tetsuzuki/roudoukijun_keiyaku/hourei_seido/_120133.html))

- ・労働基準法関係リーフレット
- ・労働基準法主要様式及び記載例  
(モデル就業規則、労働条件通知書、時間外労働・休日労働に関する協定届等)
- ・安全衛生関係リーフレット
- ・安全衛生関係資料・教材
- ・介護関連の助成金

**「神奈川労働局 介護サービス」で検索してください。**



### 3 衛生管理



※厚生労働省から「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」が出されています。衛生管理対策の参考として、ご確認ください。

#### 【掲載場所】

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

ーライブラリ(書式／通知)

ー11. 安全衛生管理・事故関連

ー感染症関係

ー高齢者介護施設における感染対策マニュアル(H25.3改訂版)

(<http://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib-list.asp>)

### 4 感染症「集団発生」時の対応について

感染症は以下の報告基準に基づき、管轄保健福祉事務所・保健所へ報告ください。

#### ■報告が必要な場合

- (1) 同一の感染症や食中毒による、またそれらが疑われる死亡者や重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合。
- (2) 同一の感染症や食中毒の患者、またはそれらが疑われるものが10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合。
- (3) 上記以外の場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合。

#### ■報告する内容

- (1) 感染症又は食中毒が疑われる利用者の人数
- (2) 感染症又は食中毒が疑われる症状や経過
- (3) 上記の利用者への対応や施設における対応状況 等

## ■ 保健福祉事務所及保健所（保健予防課）の連絡先一覧

機関名	電話番号	所管区域
平塚保健福祉事務所	0463 (32) 0130【代表】	平塚市、大磯町、二宮町
平塚保健福祉事務所 秦野センター	0463 (82) 1428【代表】	秦野市、伊勢原市
鎌倉保健福祉事務所	0467 (24) 3900【代表】	鎌倉市、逗子市、葉山町
鎌倉保健福祉事務所 三崎センター	046 (882) 6811【代表】	三浦市
小田原保健福祉事務所	0465 (32) 8000【代表】	小田原市、箱根町、真鶴町、 湯河原町
小田原保健福祉事務所 足柄上センター	0465 (83) 5111【代表】	南足柄市、中井町、大井町、 松田町、山北町、開成町
厚木保健福祉事務所	046 (224) 1111【代表】	厚木市、海老名市、座間市、 愛川町、清川村
厚木保健福祉事務所 大和センター	046 (261) 2948【代表】	大和市、綾瀬市
茅ヶ崎市保健所	0467 (38) 3315【直通】	茅ヶ崎市、寒川町
藤沢市保健所	0466 (50) 3593【直通】	藤沢市

## 5 秘密保持

介護保険事業者

個人情報を共有

他の介護保険事業者

あらかじめ文書で同意を得ること

- ①利用者に関する個人情報を提供する場合 ⇒ 利用者の同意
- ②利用者の家族に関する個人情報を提供する場合 ⇒ 利用者の家族の同意

### 【個人情報の使用に関する同意書に記載すべきと考えられる事項】

#### ア 使用する目的

例) サービス担当者会議、居宅介護支援事業者その他の居宅サービス事業者との連絡調整等において必要な場合 など

#### イ 使用する事業者の範囲

例) 利用者が提供を受ける全ての介護保険事業者 など

**ウ 使用する期間**

例)介護保険サービス契約の有効期間に同じ など

**エ 使用に当たっての条件**

例)個人情報の提供は必要最小限とすること。個人情報の使用に当たっては、関係者以外の者に情報が漏れることのないようにすること。個人情報をサービス担当者会議で使用了場合には、出席者、議事内容等を記録しておくこと。 など

※ 厚生労働省から「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」が出されています。個人情報の範囲や取扱方法、保管方法などについてご確認ください。

**【掲載場所】**

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

ーライブラリ(書式／通知)

ー5. 国・県の通知

ー個人情報の適切な取扱いについて

ー個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン(H29.4.14改訂版)

介護保険事業者は、事業所ごとに事業の運営についての重要事項に関する規程(＝「運営規程」)を定めなければなりません。

また、介護保険サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者等に対し、運営規程の概要等の利用申込者のサービス選択に資すると認められる重要事項を記載した文書(＝「重要事項説明書」)を交付して説明を行い、サービス提供開始について同意を得なければなりません。

## 1 運営規程

- 運営規程には、事業所名称、事業所所在地のほか、事業の運営についての重要事項を規定しなければなりません。
- 記載すべき項目は運営に関する基準においてサービスごとに規定されていますので、各サービスの基準条例、解釈通知に規定されている項目の変更を確認してください。

### ポイント

- 基準条例の解釈通知において運営規程に規定すべき項目を平成25年から追加しています。解釈通知を確認し、事業所の運営規程に新たに追加した項目が含まれていない場合は、該当項目を追加する改正を行ってください。
- 運営規程の記載事項に変更が生じたときは、その変更の都度、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、事後に確認しやすくなります。)

## 2 重要事項説明書

### (1) 重要事項説明書に記載する項目

- 重要事項説明書には、運営規程の概要、従業員の勤務体制等を記載する必要があり、運営規程の項目に沿った内容を記載してください。なお、記載すべきと考えられる項目として、次の例が挙げられます。
  - ア 法人、事業所の概要(法人名、事業所名、事業所番号、併設サービスなど)
  - イ 営業日、営業時間、サービス提供日、サービス提供時間
  - ウ サービスの内容、利用料その他の費用の額
  - エ 従業員の勤務体制(従業員の職種、員数及び職務の内容)
  - オ 通常の事業の実施地域
  - カ 緊急時等における対応方法
  - キ 苦情処理の体制  
(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 その他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  
(従業員の研修機会の確保、衛生管理、秘密の保持、事故発生時の対応など)

### 注意

※重要事項説明書の内容と運営規程の内容、事業所内に掲示してある内容に不一致がないようにしてください。(運営規程を修正したときは、重要事項説明書、事業所内に掲示してある内容も同様に修正してください。)

## (2) 重要事項説明書の説明・同意・交付

- 重要事項説明書を交付し説明した際には、重要事項に関する説明を受けて内容に同意したことが必要となります。当該文書の交付を受けたことが確認できるよう利用申込者の署名又は押印を得ることが望ましいです。

### 【記載例】

重要事項について文書を交付し、説明しました。  
令和元年〇月〇日 管理者 神奈川 太郎 ㊤

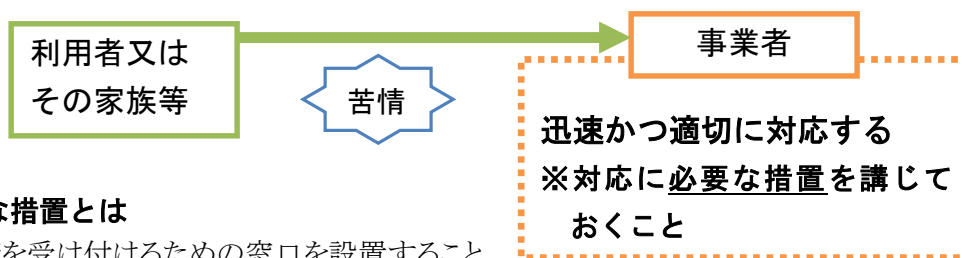
私は重要事項について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。  
令和元年〇月〇日 平塚 花子 ㊤

### ポイント

- 記載の方法は必ずしも上記によるものではありませんが、記録等から重要事項説明書について、説明した日、説明者、交付したこと、内容に関する同意を得たことが確認できるようにしてください。
- なお、特に「サービス提供開始についての同意」は、利用申込者及びサービス事業者双方を保護する観点から、契約書等の書面によって契約内容について確認を得てください。
- 料金表は、各自己負担割合に対応した料金表の作成(1割～3割)を行ってください。
- 料金表は、算定できない加算、算定の予定のない加算を削除する等、適時見直しを行ってください。

提供した介護保険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する等の必要な措置を講じなければなりません。

## 1 苦情に対応するための必要な措置



### (1) 必要な措置とは

- ① 苦情を受け付けるための窓口を設置すること。
- ② 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すること。
- ③ ①、②を利用者等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。

※苦情の相談窓口については、事業所に設置するもののほか、市町村及び国民健康保険団体連合会の窓口についても利用者等に周知する必要があります。

### (2) 事業所が苦情を受けた場合

利用者等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、内容等を記録しなければなりません。

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を自ら行わなければなりません。

### (3) 市町村又は国保連に苦情があった場合

利用者等からの苦情に関して市町村又は国保連が行う調査に協力するとともに、市町村又は国保連からの指導又は助言を受けた場合には、当該指導又は助言に従って、必要な改善を行い、その内容を市町村または国保連に報告しなければなりません。

### ポイント

- 市町村の相談窓口は、利用者等の保険者です。よって、利用者等に周知すべき市町村の相談窓口については、事業所所在地の市町村だけではなく、利用者等が居住する市町村も記載してください。
- 各市町村・国保連の相談窓口の所管部署・連絡先は、必ず最新のものに更新してください。



## 2 介護保険に関する市（区）町村、国保連の苦情・相談窓口一覧

平成31年4月1日現在

### ●政令市の窓口

市 区	担当課(係)	電話番号
横浜市(本庁)	介護事業指導課	045(671)2356
	高齢施設課	045(671)3923
鶴見区	高齢・障害支援課	045(510)1770
神奈川区	高齢・障害支援課	045(411)7019
西区	高齢・障害支援課	045(320)8491
中区	高齢・障害支援課	045(224)8163
南区	高齢・障害支援課	045(341)1138
港南区	高齢・障害支援課	045(847)8495
保土ヶ谷区	高齢・障害支援課	045(334)6394
旭区	高齢・障害支援課	045(954)6061
磯子区	高齢・障害支援課	045(750)2494
金沢区	高齢・障害支援課	045(788)7868
港北区	高齢・障害支援課	045(540)2325
緑区	高齢・障害支援課	045(930)2315
青葉区	高齢・障害支援課	045(978)2479
都筑区	高齢・障害支援課	045(948)2306
戸塚区	高齢・障害支援課	045(866)8452
栄区	高齢・障害支援課	045(894)8547
泉区	高齢・障害支援課	045(800)2436
瀬谷区	高齢・障害支援課	045(367)5714
川崎市(本庁)	介護保険課	044(200)2678
川崎区	高齢・障害課	044(201)3282
大師地区健康福祉ステーション	介護保険係	044(271)0161
田島地区健康福祉ステーション	介護保険係	044(322)1996
幸区	高齢・障害課	044(556)6689
中原区	高齢・障害課	044(744)3136
高津区	高齢・障害課	044(861)3269
宮前区	高齢・障害課	044(856)3238
多摩区	高齢・障害課	044(935)3187
麻生区	高齢・障害課	044(965)5146
相模原市(本庁)	高齢政策課	042(707)7046

### ●その他市町村の窓口

市町村	担当課(係)	電話番号
横須賀市	介護保険課	046(822)8253
鎌倉市	高齢者いきいき課	0467(23)3000
逗子市	高齢介護課	046(873)1111
三浦市	高齢介護課	046(882)1111
葉山町	福祉課	046(876)1111
厚木市	介護福祉課	046(225)2240
大和市	介護保険課	046(260)5170
海老名市	介護保険課	046(235)4952
座間市	介護保険課	046(252)7719
綾瀬市	高齢介護課	0467(70)5636
愛川町	高齢介護課	046(285)6938
清川村	保健福祉課	046(288)3861
平塚市	介護保険課	0463(21)8790
藤沢市	介護保険課	0466(50)3527
茅ヶ崎市	高齢福祉介護課	0467(82)1111
秦野市	高齢介護課	0463(82)9616
伊勢原市	介護高齢課	0463(94)4711
寒川町	高齢介護課	0467(74)1111
大磯町	福祉課	0463(61)4100
二宮町	高齢介護課	0463(71)3311
南足柄市	高齢介護課	0465(73)8057
中井町	健康課	0465(81)5546
大井町	介護福祉課	0465(83)8011
松田町	福祉課	0465(83)1226
山北町	保険健康課	0465(75)3642
開成町	保険健康課	0465(84)0320
小田原市	高齢介護課	0465(33)1827
箱根町	福祉課	0460(85)7790
真鶴町	健康福祉課	0465(68)1131
湯河原町	介護課	0465(63)2111

### 国民健康保険団体連合会の苦情・相談窓口

神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護苦情相談係

〒220-0003 横浜市西区楠町27番1

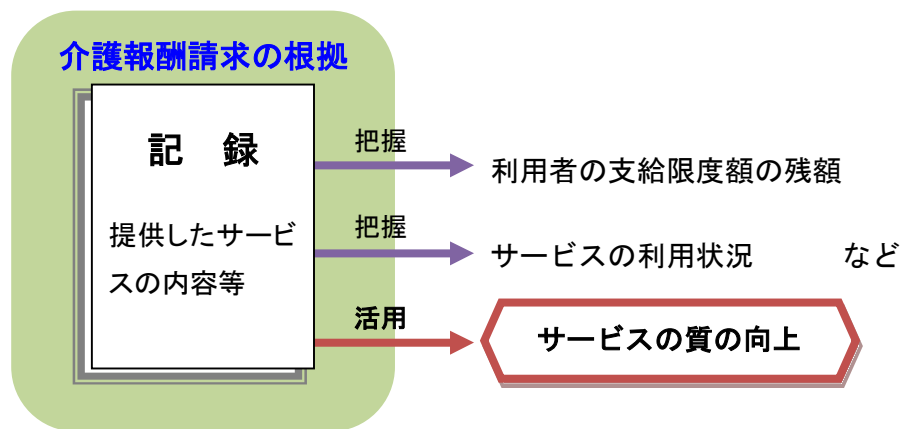
TEL. 045-329-3447 TEL. 0570-022110《苦情専用》

受付時間／午前8時30分～午後5時15分（土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始を除く）

介護保険事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければなりません。また、利用者に対するサービスの提供に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存しなければなりません。

## 1 記録の整備について

記録によりサービス提供が確認できない場合は、報酬返還になることもありますので、サービスを提供した際には、サービスの提供日、提供開始・終了時刻、提供内容、保険給付の額、利用者の心身の状況、その他必要な事項などを具体的に記録してください。

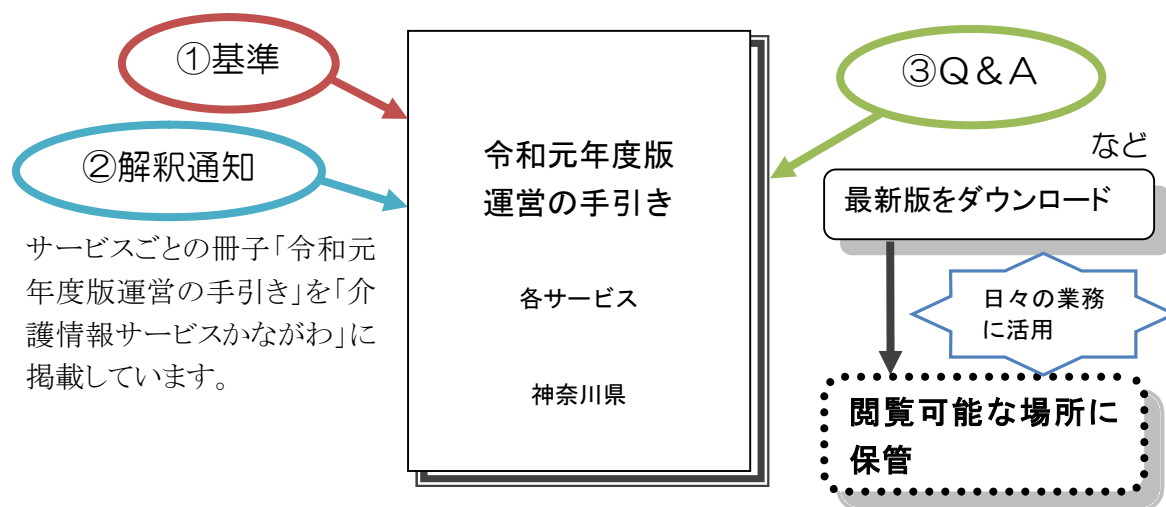


### <活用事例>

- ①利用者の日々の提供記録を活用し、利用開始時からの利用者の心身の状況等の変化を把握した上で、サービス内容の評価や計画の見直しを行い、より利用者に合った適切なサービスの提供を図る。
- ②利用者等からの苦情の内容等の記録、事故の状況等の記録に従業者の研修資料として活用し、同様の苦情や事故の再発防止を図る。

☆メモ☆

## 1 令和元年度版「運営の手引き」について



## 【運営の手引きの掲載場所】

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

ーライブラリ(書式／通知)

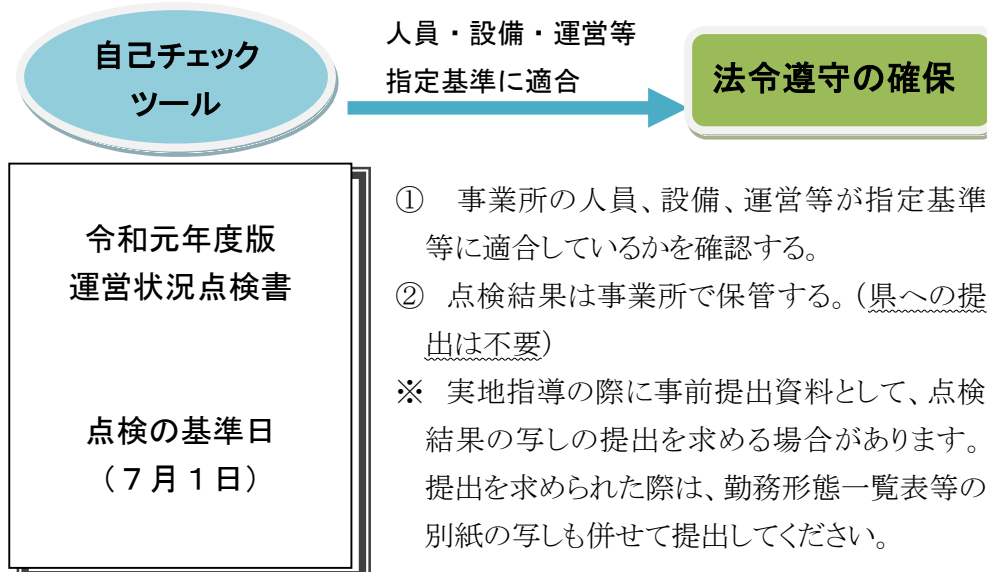
ー9. 運営状況点検書・運営の手引き

ー2. 運営の手引き

ー【各サービス】令和元年度版 運営の手引き

## 2 令和元年度版「運営状況点検書」について

令和元年度版「運営状況点検書」は、7月に「介護情報サービスかながわ」へ掲載しています。



**【運営状況点検書の掲載場所】**

「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)

－9. 運営状況点検書・運営の手引き

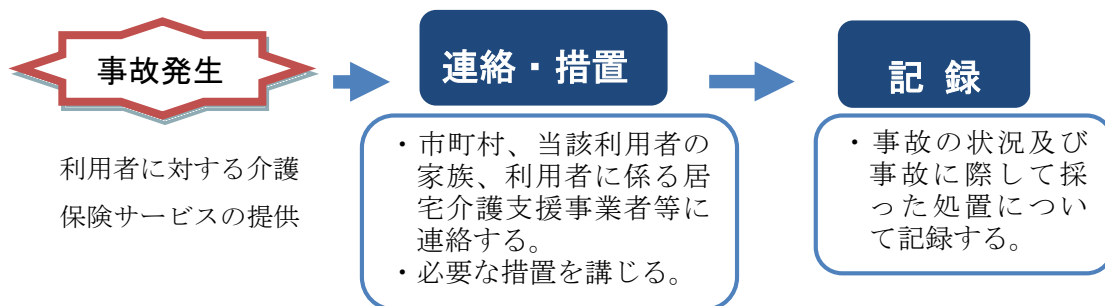
－1. 運営状況点検書

－【各サービス】令和元年度版 運営状況点検書

**<点検を行う際の留意事項>**

- 運営状況点検書を作成することが目的ではありません。事業者自ら点検を行うことにより、法令や基準等に沿った運営ができているか確認を行ってください。基準に適合しない運営を行っていた場合には、過誤調整が必要になることも想定されます。
- 点検結果を法人の法令遵守責任者に報告することにより、法人全体の業務管理体制の整備に役立ててください。
- ◎ 点検の結果、もし基準違反に該当する事項が確認された場合は・・・
  - ⇒ 速やかに是正を行ってください。
  - 過誤調整の可否や手続きについては、保険者に相談してください。

☆ メモ ☆



事業所独自の判断で、事故としての扱いではなく、ヒヤリ・ハットで済ましているケース、事業所所在地の市町村への報告は行っているものの、利用者の保険者に報告していないケースが見受けられます。

## 1 事故報告書の提出について

### (1) 提出先

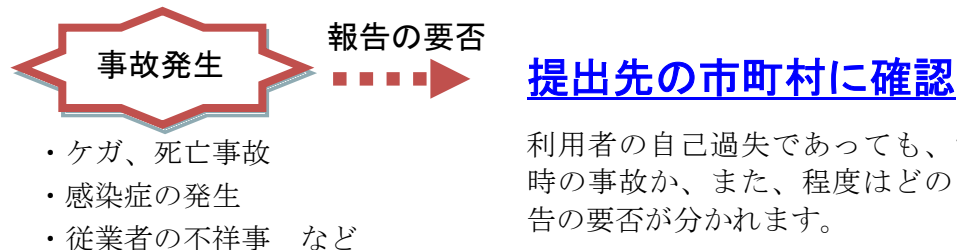


※事故報告書の様式については、各市町村にお問い合わせください。

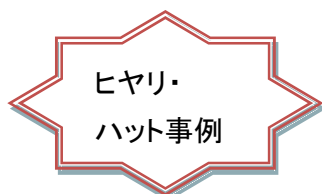
※有料老人ホーム・介護老人保健施設の場合は、県高齢福祉課にも提出すること。

☆指定通所介護事業所等の設備を利用して、夜間及び深夜のサービス（宿泊サービス）を実施している事業所の事故発生時には、保険者（事業所所在地の市町村及び利用者の住所地）へ報告が必要です。

### (2) 報告が必要な事故の範囲



利用者の自己過失であっても、サービス提供時の事故か、また、程度はどのくらいかで報告の要否が分かります。



ヒヤリ・ハット事例とは、場合によっては事故に直結したかもしれない事例であり、結果的には事故に至っていないものです。程度が軽易であっても、事故が発生したときは、報告が必要かどうか、市町村に確認してください。

※ 事故報告についての詳細については、下記に掲載されています。  
(事故報告書の様式標準例も掲載されています。)

#### 【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)

－11. 安全衛生管理・事故関連・防災対策

－事故報告

(<http://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib-list.asp?id=597&topid=22>)

## 2 事故発生時の対応について

### (1) あらかじめ対応方法を定めておくこと

#### 事故発生時

- ・事故が起きたときの連絡先
- ・連絡方法
- ・報告が必要な事故の範囲 等

職員に  
周知する

速やかな  
対応

### (2) 賠償すべき事故が発生した場合

賠償すべき  
事故が発生

速やかに

損害賠償を行う

※ 賠償しなければならない事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくことが望ましいとされています。損害保険の内容、損害賠償の方法等についても事前に把握しておけば速やかな対応が可能となります。

### (3) 再発防止の対策

事故発生

ヒヤリ・  
ハット事例

原因の分析

再発防止

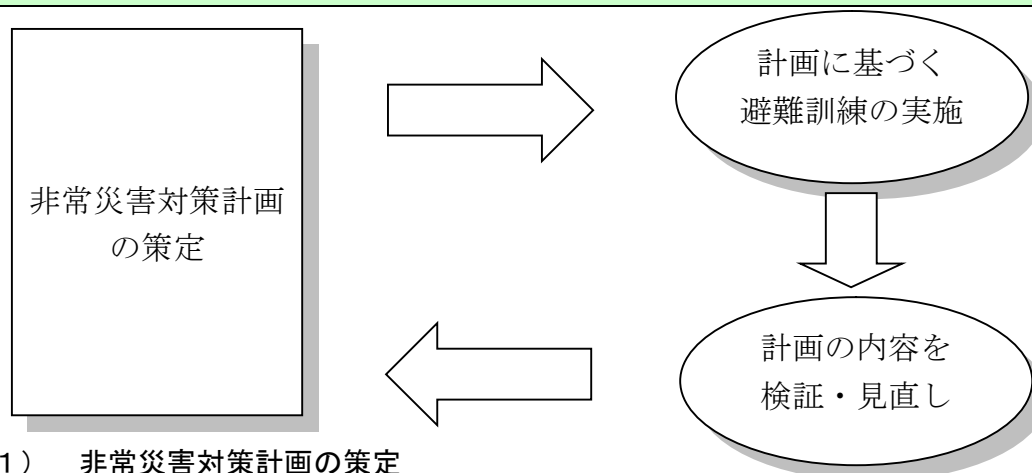
※ 事故が発生した場合又は事故が発生しそうになった場合(ヒヤリ・ハット事例)には、その原因を分析し、その分析結果を従業者に周知徹底するなど、再発生を防ぐための対策を講じてください。

※ 事故等の記録を利用者別ファイルのみに保管している例が見受けられますが、個別に保管するとわかりにくくなるので、一元的に情報管理することが望ましいです。



平成28年8月台風第10号に伴う岩手県下閉伊郡岩泉町のグループホームの水害や平成30年1月北海道札幌市の高齢者等が多く入所する施設において発生した火災を教訓とし、介護保険施設や介護保険サービス事業所等では、自力での避難が困難な方も多く利用されていることから、水害・土砂災害を含む様々な災害に備えた十分な防災対策を講じる必要があります。

## 1 非常災害対策計画



### (1) 非常災害対策計画の策定

介護保険施設等は、非常災害に関する具体的な非常災害対策計画を定めることとされています。必ずしも災害ごとに別の計画として策定する必要はありませんが、火災・水害・土砂災害・地震等地域の実情にも鑑みた災害に対処するための計画を定め、実際に災害が起こった際、利用者の安全が確保できるよう実効性のあるものとするのが重要です。

#### 【非常災害対策計画に盛り込む具体的な項目例】

- ・介護保険施設等の立地条件(地形等)
- ・災害に関する情報の入手方法(「避難準備情報」等の情報の入手方法の確認等)
- ・災害時の連絡先及び通信手段の確認(自治体、家族、職員等)
- ・避難を開始する時期、判断基準(「避難準備情報発令」時等)
- ・避難場所(市町村が指定する避難場所、施設内の安全なスペース等)
- ・避難経路(避難場所までのルート(複数)、所要時間等)
- ・避難方法(利用者ごとの避難方法(車いす、徒歩等)等)
- ・災害時の人員体制、指揮系統(災害時の参集方法、役割分担、避難に必要な職員数等)
- ・関係機関との連携体制等

## (2) 計画に基づいた防災対策及び避難訓練の実施

- 非常災害対策の内容を職員間で十分共有するとともに、関係機関と避難場所や災害時の連絡体制等必要な事項について認識を共有してください。
- 事業所の管理者は、職員及び利用者等に対して避難場所、避難経路など災害時における対応方法を周知するとともに、非常時には迅速かつ安全に避難を行えるような有効な避難訓練を計画的に実施してください。
- 夜間の災害では一層の混乱が予測されることから、夜間における訓練も併せて実施してください。
- 海岸、湖岸、河川の近く等の津波による被害が予想される事業所においては、津波警報が発令された場合の避難場所、避難経路をあらかじめ確認し、職員等に周知してください。また、避難を速やかに行うため地域の自治会や近隣の住民との連携体制を構築し、連携先との合同訓練を実施してください。
- 訓練の実施後には非常災害対策計画の内容を検証し、見直しを行ってください。
- 日頃から消防団や地域住民との連携を図り、非常時に協力してもらえるような体制づくりを行ってください。

### ◆消防計画の作成・消防訓練の実施◆

施設・居宅系サービスや通所系サービスでは、消防法の規定により防火管理者の設置、火災・大規模地震等の際の消防計画の策定、消火・避難訓練の実施等が義務付けられています。計画の作成・訓練の実施にあたっては、最寄りの消防署にもご相談ください。

### ◆水防法・土砂災害防止法による避難確保計画の作成・避難訓練の義務化◆

水防法・土砂災害防止法の改正により、平成29年6月19日から浸水想定区域や土砂災害警戒区域内の要配慮者利用施設（高齢者や障害者など、災害時に配慮が必要な者が利用する施設）の管理者等に対し、洪水・土砂災害に関する避難確保計画の作成・避難訓練の実施が義務づけられました。

#### 【計画に盛り込む具体的な項目例】

- ・防災体制に関する事項
- ・避難の誘導に関する事項
- ・避難の確保を図るための施設の整備に関する事項
- ・防災教育及び訓練の実施に関する事項
- ・円滑かつ迅速な避難の確保を図るために必要な措置に関する事項

（記載すべき事項は、土砂災害防止法施行規則第五条の二に定められています。）

なお、非常災害対策計画を定めている場合は、既存の計画に水害・土砂災害に関する項目を追加して作成することもできます。

<非常災害対策計画等に係る参照ホームページ>

「介護情報サービスかながわ」（通称ラクラク）

ホームページアドレス <http://www.rakuraku.or.jp/>

→書式ライブラリー

→5. 国・県の通知

→【重要】社会福祉施設等の防災対策関係

## 2 消火設備等

火災防止に万全を期するよう消防計画の策定、避難訓練の実施をしていただいているところですが、スプリンクラー設備及び自動火災報知設備の設置基準の見直しや消防機関へ通報する火災報知機設備と自動火災報知設備の連動の義務化などに関し、消防法が改正され、平成27年4月1日から施行されています。

なお、スプリンクラー設備・自動火災報知設備については、平成30年3月31日で経過措置が終了しています。未設置の場合は、設置義務について消防署等へ確認を行ってください。

【高齢者施設に設置義務のある消防用設備等】※消防法施行令（別表第1）等参照

- ① 自力避難困難者入所福祉施設等（火災時に自力で避難することが困難な者が入所する社会福祉施設等）
  - ・ スプリンクラー：原則として延べ面積にかかわらず設置すること
  - ・ 自動火災報知設備：全施設が設置すること
- ② 社会福祉施設等で就寝の用に供する居室を持つもの
  - ・ スプリンクラー：床面積合計6,000㎡以上の施設は設置すること
  - ・ 自動火災報知設備：全施設が設置すること

① 自力避難困難者入所福祉施設等	② 社会福祉施設等で就寝の用に供する居室を持つもの
・ 老人短期入所施設	・ 老人デイサービスセンター
・ 養護老人ホーム	・ 老人介護支援センター
・ 特別養護老人ホーム	・ 老人福祉センター
・ 軽費老人ホーム	・ 軽費老人ホーム（①に該当しないもの）
・ 有料老人ホーム	・ 有料老人ホーム（①に該当しないもの）
・ 介護老人保健施設	・ 老人デイサービス事業を行う施設
・ 老人短期入所事業を行う施設	・ 小規模多機能型居宅介護事業を行う施設（①に該当しないもの）
・ 小規模多機能型居宅介護事業を行う施設	・ その他これらに類するもの ※2
・ 認知症対応型老人共同生活援助事業を行う施設	
・ その他これらに類するもの ※1	

※1

避難が困難な要介護者を主として入居（宿泊）させ、業として入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練又は看護若しくは療養上の管理その他の医療を提供する施設

※2

老人に対して、業として入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練又は看護若しくは療養上の管理その他の医療を提供する施設

### 3 災害時被害状況確認システム

神奈川県では、大規模地震発生時等に被害状況を迅速に確認するためのシステムを導入しています。

このシステムは、大規模地震等が発生した際、事前にメールアドレスを登録した施設等に一齐に被害状況調査メールを送信し、状況を返信していただくことにより、迅速に施設の被害状況を確認するものです。

各施設から報告された被害情報は、逐次システムに集積され、県や市町村が迅速に確認でき、的確な初動対応に活用することができます。

各事業者の皆さんには、ぜひ、このシステムに登録くださるようお願いします。

<災害時被害状況確認システムに係る参照ホームページ>

「介護情報サービスかながわ」（通称ラクラク）

ホームページアドレス <http://www.rakuraku.or.jp/>

→書式ライブラリー

→5. 国・県の通知

→高齢者向け施設の災害時被害状況確認訓練のお知らせ

→災害時被害状況確認システム操作マニュアル

## 1 背景

- 近年、介護現場では、利用者や家族等による介護職員への身体的暴力や精神的暴力、セクシュアルハラスメントなどが少なからず発生していることが様々な調査で明らかになっています。
- 介護サービスは直接的な対人サービスが多く、利用者宅への単身の訪問や利用者の身体への接触も多いこと、職員の女性の割合が多いこと、生活の質や健康に直接するサービスであり安易に中止できないこと等と関連があると考えられます。
- ハラスメントは介護職員への影響だけでなく、利用者自身の継続的で円滑な介護サービス利用の支障ともなり得ることから、平成30年度厚生労働省老人保健健康増進事業により調査研究が行われ、研究結果を整理した「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」について平成31年4月10日付けで厚生労働省から示されました。

## 2 「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」及び相談窓口について

各介護サービス事業者におかれましては、本マニュアルを介護現場におけるハラスメントの未然防止や発生した場合の対策に活用し、介護職員が安心して働き続けられる労働環境の整備に努めてくださるようお願いします。

(掲載場所)

ウェブサイト「介護情報サービスかながわ」

－ライブラリ（書式／通知）

－ 5. 国・県の通知

－★★介護保険最新情報（厚生労働省通知）★★

－介護保険最新情報vol. 718「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」について

<http://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib-list.asp?id=588&topid=6>

また、介護職員等が利用者、家族等からハラスメントを受けた際に、事業主が適切な対応をとらないなど、労使間に問題がある場合には、次の相談窓口にご相談できることを併せてお知らせします。

(掲載場所)

○神奈川県

かながわ労働センターの労働相談

<http://www.pref.kanagawa.jp/docs/k5n/soudan/index.html>

○厚生労働省

神奈川県労働局 総合労働相談コーナー

[https://jsite.mhlw.go.jp/kanagawa-roudoukyoku/madoguchi\\_annai/soudanmadoguchi](https://jsite.mhlw.go.jp/kanagawa-roudoukyoku/madoguchi_annai/soudanmadoguchi)

## 1 共生型サービス

### 【介護保険サービス】

- 障害者が65歳になっても、使い慣れた障害福祉サービス事業所においてサービスを利用しやすくする観点や、福祉に携わる人材に限りがある中で、地域の実情に合わせて、人材をうまく活用しながら適切にサービス提供を行うという観点から、介護保険サービス、障害福祉サービス又は障害児通所支援のいずれかの指定を受けている事業所が、他の制度におけるサービスの指定を受けやすくする「共生型サービス」が、平成30年度報酬改定に合わせて創設されました。
- 介護保険サービスにおける共生型サービスの事業者指定の対象サービスは訪問介護、通所介護、短期入所生活介護（基準特例）及び療養通所介護（定員数の引き上げ）となります。

### 【障害福祉サービス等】

- 障害福祉サービスにおける共生型サービスの事業者指定の対象サービスは居宅介護、重度訪問介護、生活介護、短期入所、自立訓練（機能訓練・生活訓練）です。また、障害児通所支援の対象サービスは児童発達支援、放課後等デイサービスです。
- 各事業所は、地域の高齢者や障害児者のニーズを踏まえて、指定を受けるかどうか判断してください。

## 2 高額障害福祉サービス等給付費の支給拡大等について

- 障害福祉サービスを利用していた65歳に達した障害者が、介護保険サービスに円滑に移行できるよう、障害者総合支援法が改正され、平成30年4月から高額障害福祉サービス費（利用者負担額を軽減するための給付）の範囲が拡大されました。
- これにより、障害福祉サービスから介護保険サービスに移行した場合に新たに生じる自己負担分が償還されるようになりました。
- 支給要件は65歳になるまでに5年間障害福祉サービスを受けていたことや世帯が市町村民税非課税であることとされています。
- 詳細は各市町村の障害福祉担当課にお尋ねください。



# 13

## 指定更新申請の手続

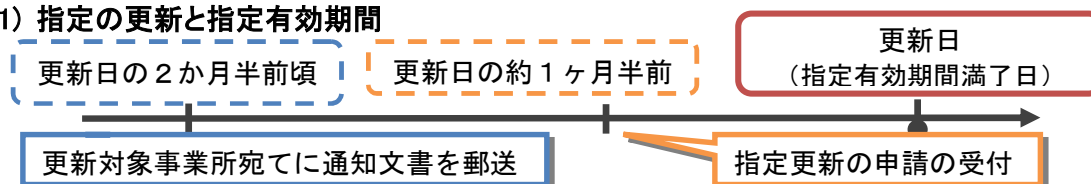
介護保険事業者が指定基準等を遵守し、適切な介護サービスを提供しているかを定期的に確認するための仕組みとして事業者の指定に6年間の有効期間が設けられています。



※介護保険事業者は6年ごとに指定の更新を受ける必要があります。

### 1 指定更新制度と指定有効期間等の確認方法

#### (1) 指定の更新と指定有効期間



※指定更新手続きについては、「介護情報サービスかながわ」に掲載している「受付スケジュール」、「申請書類」等を確認した上で、指定した日時に申請書類を持参してください。（介護老人保健施設の場合は、別に県より連絡・通知します。）

#### (2) 指定有効期間等、事業所情報の確認方法

- ① 事業所で保管する指定通知書、指定申請書類（控）
- ② 「介護情報サービスかながわ」の介護事業所検索による事業所情報の確認

#### ポイント

- 貴事業所のサービスごとに指定年月日を確認してください。
- 変更届等の提出漏れがないか、実態と届出内容が乖離した状態となっていないか等を確認し、提出漏れ等があった場合には、速やかに変更届等を提出してください。

### 2 更新を希望しない場合

- 指定更新申請をせずに指定有効期間満了日を経過した場合、指定の効力を失い、介護保険サービスの提供ができなくなります。（指定の失効）
- こうした指定更新手続きの重要性から、更新を行わないとする場合においても、その旨の意思表示を申出書の提出により行ってください。

### 3 令和2年3月31日指定有効期限の事業所について

- 平成18年4月に介護保険事業者の指定更新制度が導入され、制度導入時に設けられた経過措置により、令和2年3月31日に多くの事業所が一斉に2回目の指定有効期間の満了を迎えます。通常、指定有効期限満了日の約1か月半前に更新申請受付を行っていますが、日程を前倒して受付を実施します。詳細につきましては、後日、お知らせします。

#### 【申請・届出様式等の掲載場所】

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

ーライブラリ(書式／通知)

ー4. 指定更新(<http://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib.asp?topid=5>)

## 1 変更届・加算届・廃止届・休止届等について

○介護保険事業者は、次の①から③までに該当するときは、県に届け出ることが介護保険法等により義務付けられています。

- ① 事業所の名称や所在地等の届出事項に変更があったとき
- ② 加算や減算等の介護給付費算定に係る体制等に変更があったとき
- ③ 事業を廃止、休止又は再開しようとするとき

〔参考：介護保険法第75条、82条、89条、99条、115条の5、115条の25  
介護保険法施行規則第131条、133条、135条、137条、140条の22、140条37〕

○届出が必要な事項、その提出期限をあらかじめ確認しておき、届出事項が発生したときは、必ず提出期限までに県に届出を行ってください。

基本報酬額の改定にともなう料金表の変更については、変更届の提出は不要です。

## 【届出方法・提出期限等】

※老健の変更、廃止・休止は、「2 介護老人保健施設の各種変更等手続きについて」をご覧ください。

変更届	必ず『変更届一覧表』により、次のア～ウを確認した上で、届出を行ってください。 ア 届出が必要か、不要か イ 届出方法は来庁(事前)か、郵送(事前・事後)か ウ 必要書類は何か
加算届	ア 次のサービスの加算の届出 〔訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与 (介護予防サービスは省略して記載)〕 ⇒加算算定開始月の前月15日まで(必着)に郵送により届出を行ってください。
	イ 次のサービスの加算の届出 〔短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設 (介護予防サービスは省略して記載)〕 ⇒加算算定開始月の1日まで(必着)に郵送により届出を行ってください。
	ウ 加算の廃止(居宅系サービス・施設系サービス共通) 加算の算定要件を満たさなくなることが明らかになった場合には、 <u>速やかに郵送により</u> 加算の廃止の届出を行ってください。
廃止届 休止届	<u>廃止又は休止の日の1月前までに郵送により</u> 届出を行ってください。 ※事業所を休止又は廃止するときは、従業者に対し、これまでのキャリアを今後の業務に活かせるよう、実務経験証明書を発行してください。
再開届	<u>再開する日の前日までに来庁により</u> 届出を行ってください。

## 【申請・届出様式等の掲載場所】

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

ーライブラリ(書式／通知)

ー2. 変更・廃止・休止・再開届(<http://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib.asp?topid=3>)

## 2 介護老人保健施設の各種変更等手続きについて

### (1) 変更に関する手続きについて

事前に許可・承認（申請）が必要な事項と変更届が必要な事項があります。

#### 【変更許可申請・変更承認申請】

- 変更する前に申請書を提出し、変更日までに県の許可（承認）を受けなければ変更できません。
- 県の許可（承認）が必要な変更であるにもかかわらず、許可や承認を受けずに変更しているケースが見受けられます。必ず事前に申請して変更日までに許可（承認）を受けてください。

変更許可申請 2週間前までに申請書を提出 (施設関係、定員増は要来庁)	施設のレイアウト変更、施設の共用、敷地の変更 運営規程の変更（従業員の職種・員数、協力病院） 入所定員の増（事前に市町村に相談が必要）
管理者の変更承認申請(要来庁) 2週間前までに申請書を提出	管理者の変更
広告事項の許可申請(要来庁) 2週間前までに申請書を提出	介護老人保健施設の広告は介護保険法で制限されています。変更する場合は許可が必要です。

#### 【変更届】

- 変更届には、変更前に届出が必要なものと変更後に届出するものがあります。

事前に届出（要来庁）	運営規程の変更（入所定員の減、料金表）
変更後に届出	施設の名称、住居表示変更、電話・FAX番号、併設施設概要 介護支援専門員の変更、管理者の氏名・住所 協力歯科医療機関、協力病院の名称・診療科目、 定員減・料金表以外の運営規程の記載事項 法人の代表者、所在地、名称、電話・FAX番号

### (2) 廃止・休止について

廃止や休止をする場合は、市町村の施設整備計画に関係するため、市町村及び県に事前にご相談ください。

☆メモ☆

**【経過】**

- 「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（以下、高齢者虐待防止法と表記。）」が平成18年に施行されてから、13年が経過しました。

**【現状】**

- 法の周知や高齢化の進展により、高齢者虐待の相談・通報件数や、虐待認定件数は、年々増加しています。特に養介護施設従事者等による高齢者虐待については、昨今、深刻な事案が複数報道され、本県でも深刻な状況が顕在化しています。

**【法の趣旨】**

- 高齢者虐待防止法第5条において、「養介護施設従事者等の高齢者の福祉に職務上関係のある者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めなければならない」とされています。高齢者の権利を擁護し、高齢者が安心して過ごせる環境を提供すべき養介護施設や養介護事業における高齢者虐待の発生は、決してあってはならないことであり、養介護施設従事者等の方々は、高齢者の権利を擁護し、尊厳を守らなければならないという法の趣旨や内容を十分理解することが不可欠です。

**【厚生労働省老健局長通知】**

- 国は平成31年4月1日、高齢者虐待の再発防止、未然防止に向けた体制整備に取り組むよう厚生労働省老健局長通知「平成29年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査」の結果及び高齢者虐待の状況等を踏まえた対応の強化についてを（[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000199819\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000199819_00001.html)）

**【局長通知の要点】****●1 高齢者虐待への対応及び養護者支援の適切な実施**

- (1) 法に基づく対応状況等に関する調査結果を踏まえた的確な検証・分析等を行う
- (2) 市町村等の高齢者虐待に関する体制整備の充実を図る
  - ①相談・通報体制の構築
  - ②専門人材等の十分な人員体制の確保
  - ③養護者支援の拡充
  - ④介護相談員の活用促進
- (3) 介護現場での専門的な人材の資質向上を図る
- (4) 成年後見制度の利用促進を図る

**●2 セルフ・ネグレクト状態にある高齢者への対応や財産上の不当取引による高齢者の被害への対応**

- (1) 市町村での対応で改善等が必要と認められる場合について適切な支援や助言を行う

**●3 高齢者権利擁護等推進事業の活用**

- (1) 積極的な高齢者権利擁護等推進事業の活用により、養護者支援の拡充や財政的支援の充実を図る

**1 高齢者虐待防止法による高齢者虐待の定義**

- 「高齢者」とは、65歳以上の者と定義。
- 「養護者による高齢者虐待」「養介護施設従事者等による高齢者虐待」に分けて定義。
- 次の5つの類型を「虐待」と定義  
「身体的虐待」「介護・世話の放棄・放任」「心理的虐待」「性的虐待」「経済的虐待」

**※セルフ・ネグレクト(自虐)について**

介護・医療サービスの利用を拒否するなどにより、社会から孤立し、生活行為や心身の健康維持が出来なくなっている状態ですが、高齢者虐待防止法の範囲には含まれません。

しかしながら、この状態にある高齢者は、認知症のほか、精神疾患・障害、アルコール関連の問題を有すると思われる者も多く、生命・身体に重大な危険が生じるおそれや、ひいては孤立死に至るリスクも抱えている状態であり、必要に応じて高齢者虐待に準じた対応ができるように関係部署・機関の連携体制を構築することが重要とされています。

## ※身体拘束について

介護保険事業者・施設指定基準において、原則として禁止されています。緊急やむを得ない場合以外の身体拘束は、全て高齢者虐待に該当する行為とされています。

## 2 養介護施設従事者等による高齢者虐待の未然防止と早期発見

### (1) 平成29年度の養介護施設従事者等による高齢者虐待の件数

	神奈川県	全国
相談通報件数	100件	1,898件
虐待と判断した件数	29件 (29.0%)	510件 (26.8%)

### (2) 相談・通報者内訳(全国)

※複数回答。構成割合は、相談・通報者の合計人数に対するものです。

	本人による届出	家族・親族	当該施設職員	当該施設元職員	当該施設管理者等	医師等	介護支援専門員	地域包括支援センター	都道府県	警察	その他・不明
人数	43	460	510	169	296	51	84	76	77	49	386
割合	2.0%	20.9%	23.2%	7.7%	13.4%	2.3%	3.8%	3.5%	3.5%	2.2%	17.5%

相談・通報者のうち、当該施設職員、管理者等が 36.6%、元職員が 7.7%、合計44.3 %です。  
養介護施設従事者による高齢者虐待の発見に重要な役割を果たしています

### (3) 養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止

#### ① 組織としての虐待の未然防止・早期発見のための体制づくり

高齢者虐待に至る原因は多岐に渡りますが、その原因を職員個人の問題とはせず、組織として課題をとらえ取り組むことが大切です。

リスクマネジメントの見地や職員が燃え尽きないためにも、日ごろの業務の中で悩みや相談を受け止めたり、介護技術に対してアドバイスができる体制を整備するとともに、職員の労働条件の改善にも留意する必要があります。(平成21年3月「施設職員のための高齢者虐待防止の手引き」P40～41)

#### ② 通報等による不利益取扱いの禁止

##### ア 通報義務

高齢者虐待防止法において通報義務は、養介護施設における高齢者虐待の事例を施設等の中で抱えてしまうことなく、早期発見・早期対応を図り、高齢者の尊厳の保持の理念のもとサービスの質の確保や向上に資するために設けられています。

##### イ 守秘義務との関係

養介護施設従事者等が高齢者虐待の相談や通報を行うことは「守秘義務違反」になりません(第21条第6項)。

##### ウ 公益通報者保護

養介護施設従事者等による高齢者虐待の通報等を行った従業者等は、通報等を理由に、解雇その他不利益な取扱いを受けないことが規定されています(第21条第7項)。

また、「公益通報者保護法」においても、労働者が事業所内部で法令違反が生じ、又は生じようとしている旨を事業所内部、行政機関、事業所外部に対して所定の要件を満たして公益通報を行った場合、通報者に対する保護が規定されています。

#### ③ 施設職員のスキルアップのため研修等の紹介

##### ア 研修教材「高齢者の権利擁護に関する研修プログラム」

平成21年に県が作成した「施設職員のための高齢者虐待防止の手引き」の内容をパワーポイントで学べる研修プログラムを作成しました。県高齢福祉課のホームページからダウンロードできます。施設内研修にご活用ください。

<http://www.pref.kanagawa.jp/docs/u6s/cnt/f3673/> (神奈川県高齢福祉課)



## イ 2019年度 神奈川県認知症介護基礎研修・認知症介護実践(実践者・リーダー)研修

県では、国の要綱に基づき、認知症介護の専門的な知識・技術を身につけることを目的とした研修を実施しています。

この研修は、認知症介護基礎研修（年4回）

認知症介護実践者研修（年4回）

認知症介護リーダー研修（年2回）

の3種類にわかれており、介護の経験や技量、役職等に応じて、段階的に学ぶことができるようになっております。ぜひ、積極的にご受講ください。

なお、実施スケジュールは「介護情報サービスかながわ」のHPでご確認ください。

※介護情報サービスかながわ ⇒ 事業者 ⇒ ライブラリ ⇒ 12. 認知症介護の研修  
<http://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib.asp?topid=13>

## 3 養護者による高齢者虐待の早期発見

### (1) 平成29年度の養護者による高齢者虐待の件数

	神奈川県	全国
相談・通報件数	1,709件	30,040件
虐待と判断した件数	1,082件 (63.3%)	17,078件 (56.9%)

### (2) 相談・通報者内訳（全国）

※複数回答。構成割合は、相談・通報者の合計人に対するものです。

	介護支援専門員・介護保険事業所職員	医療機関従事者	近隣住民・知人	民生委員	被虐待者本人	家族・親族	虐待者本人	当該市町村行政職員	警察	その他・不明
人数	11,280	1,611	1,168	877	2,364	2,971	506	1,988	7,499	2,309
割合	34.6%	4.9%	3.6%	2.7%	7.3%	9.1%	1.6%	6.1%	23.0%	7.1%

相談・通報者の 34.6%が、介護支援専門員・介護保険事業所職員です。  
 養護者による高齢者虐待の発見において重要な役割を果たしています。

### (3) 養護者による高齢者虐待の早期発見

#### ①観察によって早期発見を

高齢者が介護保険サービスを利用している場合、担当の介護支援専門員や介護保険事業所職員は、高齢者や養護者・家族等と接する機会も多いことから、高齢者の身体面や行動面の変化、養護者・家族等の様子の変化などを専門的な知識を持って常に観察することが重要です。

#### ②協力して対応を

介護保険サービスでは、様々な職種が協力して、一人の高齢者を支えています。

虐待が疑われる事例などは、サービス担当者会議を開催するなどして、様々な職種が関わり、高齢者を介護する養護者を支援していくことが非常に重要です。

#### ③養護者による高齢者虐待の早期発見と通報

高齢者虐待防止法では、高齢者の福祉に業務上関係のある団体や職員などは、高齢者虐待の早期発見に努めなければならない。（第5条）

また、養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに市町村に通報しなければならない。（第7条第1項）第1項に定める場合のほか、養護者による虐待を受けたと思



われる高齢者を発見した者は、速やかに市町村に通報するよう努めなければならない。  
(第7条第2項)

この場合の通報は、守秘義務違反にはなりません。 (第7条第3項)。

#### (4) やむを得ない事由による措置

高齢者虐待防止法の第9条第2項により、養護者による高齢者虐待により生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがある場合、高齢者を一時的に保護するため、老人福祉法第11条等の措置を、市町村は行います。ご協力をお願いします。

## 4 神奈川県内の高齢者虐待相談・通報窓口

- 「県内市町村窓口一覧」を次ページと下記のアドレスで紹介しています。
- 「施設職員のための高齢者虐待防止の手引き」も同アドレスでご覧いただけます。

<http://www.pref.kanagawa.jp/docs/u6s/cnt/f3673/>

未然防止の体制づくりに役立ちます。  
事後対応や再発防止についても紹介しています。

## (参考資料)高齢者虐待相談・通報窓口 (各市町村の高齢者虐待相談窓口)

## ○各市町村の高齢者虐待相談窓口

平成31年4月1日現在

市町村名		窓口担当課		電話	FAX
横浜市	養護者	鶴見区	高齢者支援担当	045-510-1775	045-510-1897
		神奈川区	高齢者支援担当	045-411-7110	045-324-3702
		西区	高齢担当	045-320-8410	045-290-3422
		中区	高齢・障害支援課	045-224-8167~8169	045-224-8159
		南区	高齢・障害支援課	045-341-1139	045-341-1144
		港南区	高齢者支援担当	045-847-8415	045-845-9809
		保土ヶ谷区	高齢者支援担当	045-334-6328	045-331-6550
		旭区	高齢者支援担当	045-954-6125	045-955-2675
		磯子区	高齢・障害支援課	045-750-2417~2419	045-750-2540
		金沢区	高齢者支援担当	045-788-7777	045-786-8872
		港北区	高齢者支援担当	045-540-2327	045-540-2396
		緑区	高齢者支援担当	045-930-2311	045-930-2310
		青葉区	高齢者支援担当	045-978-2449	045-978-2427
		都筑区	高齢支援担当	045-948-2306	045-948-2490
		戸塚区	高齢者支援担当	045-866-8439	045-881-1755
		栄区	高齢者支援担当	045-894-8415	045-893-3083
		泉区	高齢事業担当	045-800-2434	045-800-2513
		瀬谷区	福祉保健相談係	045-367-5731	045-364-2346
	養介護施設従事者	健康福祉局介護事業指導課		045-671-2356	045-681-7789
		健康福祉局高齢施設課		045-671-3661	045-641-6408
川崎市	養護者	川崎区	高齢者支援係	044-201-3080	044-201-3291
		大師地区	高齢・障害担当	044-271-0157	044-271-0128
		田島地区	高齢・障害担当	044-322-1986	044-322-1995
		幸区	高齢者支援係	044-556-6619	044-555-3192
		中原区	高齢者支援係	044-744-3217	044-744-3345
		高津区	高齢者支援係	044-861-3255	044-861-3249
		宮前区	高齢者支援係	044-856-3242	044-856-3163
		多摩区	高齢者支援係	044-935-3266	044-935-3396
		麻生区	高齢者支援係	044-965-5148	044-965-5206
	養護者 施設	健康福祉局地域包括ケア推進室		044-200-0479	044-200-3926
		健康福祉局高齢者在宅サービス課		044-200-2910	
相模原市	養護者・施設	緑高齢者相談課		042-775-8812	042-775-1750
		中央高齢者相談課		042-769-8349	042-755-4888
		南高齢者相談課		042-701-7704	042-701-7725
		城山保健福祉課		042-783-8136	042-783-1720
		津久井保健福祉課		042-780-1408	042-784-1222
		相模湖保健福祉課		042-684-3215	042-684-3618
		藤野保健福祉課		042-687-5511	042-687-5688
	施設	高齢政策課		042-707-7046	042-752-5616
横須賀市	養護者・施設	高齢者虐待防止センター		046-822-4370	046-827-3398

市町村名		窓口担当課	電話	FAX
平塚市	養護者・施設	高齢福祉課	0463-21-9621	0463-21-9742
鎌倉市	養護者	高齢者いきいき課いきいき福祉担当	0467-61-3899	0467-23-7505
	施設	高齢者いきいき課介護保険担当	0467-61-3950	
藤沢市	養護者・施設	地域包括ケアシステム推進室	0466-50-3523	0466-50-8412
小田原市	養護者・施設	高齢介護課	0465-33-1864	0465-33-1838
茅ヶ崎市	養護者・施設	高齢福祉介護課	0467-82-1111	0467-82-1435
逗子市	養護者・施設	高齢介護課	046-873-1111	046-873-4520
三浦市	養護者・施設	高齢介護課	046-882-1111	046-882-2836
秦野市	養護者	高齢介護課在宅高齢者支援担当	0463-82-7394	0463-84-0137
	施設	高齢介護課介護保険担当	0463-82-9616	0463-84-0137
厚木市	養護者	介護福祉課高齢者支援係	046-225-2220	046-221-1640
	施設	介護福祉課介護給付係	046-225-2240	046-224-4599
大和市	養護者	高齢福祉課	046-260-5613	046-260-1156
	施設	介護保険課	046-260-5170	046-260-5158
伊勢原市	養護者	介護高齢課高齢者支援係	0463-94-4724	0463-94-2245
	施設	介護高齢課介護保険係	0463-94-4722	
海老名市	養護者	地域包括ケア推進課	046-235-4950	046-231-0513
	施設	介護保険課	046-235-4952	
座間市	養護者・施設	介護保険課	046-252-7084	046-252-8238
南足柄市	養護者	高齢介護課地域包括支援班	0465-74-3196	0465-74-6383
	施設	高齢介護課高齢介護班	0465-73-8057	0465-74-0545
	夜間	夜間は市役所代表	0465-74-2111	
綾瀬市	養護者・施設	地域包括ケア推進課	0467-77-1116	0467-77-1134
葉山町	養護者・施設	福祉課	046-876-1111	046-876-1717
寒川町	養護者・施設	高齢介護課	0467-74-1111	0467-74-5613
大磯町	養護者・施設	福祉課	0463-61-4100	0463-61-6002
二宮町	養護者・施設	高齢介護課	0463-71-3311	0463-73-0134
中井町	養護者・施設	健康課	0465-81-5546	0465-81-5657
大井町	養護者・施設	介護福祉課	0465-83-8024	0465-83-8016
松田町	養護者・施設	福祉課	0465-83-1226	0465-44-4685
山北町	養護者	福祉課	0465-75-3644	0465-79-2171
	養護者・施設	保険健康課	0465-75-3642	
開成町	施設	保険健康課	0465-84-0320	0465-85-3433
	養護者	福祉課	0465-84-0316	
箱根町	養護者	福祉課高齢福祉係	0460-85-7790	0460-85-8124
	施設	福祉課介護保険係		
真鶴町	養護者・施設	健康福祉課	0465-68-1131	0465-68-5119
湯河原町	養護者・施設	介護課	0465-63-2111	0465-63-2384
愛川町	養護者・施設	高齢介護課	046-285-2111	046-286-5021
清川村	養護者・施設	保健福祉課	046-288-3861	046-288-2025

## ○神奈川県

神奈川県	福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課	045-210-1111(内4848)	045-210-8874
------	-------------------	---------------------	--------------

平成18年4月にスタートした「介護サービス情報の公表」制度は、介護サービスの利用に際し、利用者やその家族等が自ら事業所の選択ができるよう支援するための仕組みとして介護保険法で定められている制度で、平成30年4月から、指定都市（横浜市、川崎市及び相模原市）に係る事務・権限は各指定都市へ移譲されました。

公表の対象となるサービスを実施している全ての事業者は、基本情報と運営情報の報告（調査票の提出）及び公表手数料の納入が義務付けられています。

なお、訪問調査は、県が定める「介護サービス情報の公表制度における調査に関する指針」に基づき実施しており、訪問調査の対象となる事業者は、調査手数料の納入も義務付けられています。

## 1 公表対象サービスについて

- 前年の介護報酬の支払額（利用者負担額を含む。）が100万円を超えたサービスが公表の対象（※1）となります。公表の対象となるサービスは、県から郵送する『計画通知書』（※2）に記載していますのでご確認ください。

### ポイント

- ※1 例えば、訪問看護と介護予防訪問看護を実施している事業所で、訪問看護のみ介護報酬の支払実績が100万円を超えていた場合、訪問看護のみが対象となります。
- ※2 県から郵送する『計画通知書』は重要な書類です。1年間大切に保管してください。なお、公表対象サービスを実施する事業所のみへ発送いたします。

## 2 手数料について

- 公表手数料（公表事務に関する費用）及び調査手数料（調査事務に関する費用）は、所定の納入通知書により、お近くの金融機関（ゆうちょ銀行を除く。）でお支払いください。
- これらの手数料は、県における介護サービス情報の公表制度を円滑に運用するために、指定情報公表センター及び指定調査機関の運営費用として使われます。

### 注意

- ※ 平成29年度までは、既存の事業所に対して、7月初旬に計画通知書及び納入通知書等を送付し、調査票入力期限の約1～2カ月前に改めてお知らせを送付していましたが、平成30年度以降は、調査票提出期限の1～2カ月前に計画通知書及び納入通知書等を送付します。そのため、例年と比べると手数料の支払時期が遅くなりますのでご承知おきください。

納入通知書は、『計画通知書』が入っている封筒に同封していますので、納入期限までに必ずお支払いください。

※消費税率引上げに伴い、令和元年10月1日から公表手数料・調査手数料が改定されます。送付される納入通知書等をご確認の上、納付してください。

### 3 報告（調査票の提出）について

#### (1) 報告の内容（基本情報調査票と運営情報調査票）

	基本情報調査票	運営情報調査票
報告内容	事業所の名称、連絡先、人員体制、営業時間などの事業所の基本的な情報	事業所の実施サービスの内容に関する事項、運営状況に関する事項などの情報
報告対象事業所	公表の対象となる全ての事業所	公表の対象となる全ての事業所（※令和元年度に指定された事業所を除く。）

#### ポイント

##### <基本情報>

公表後に内容を修正することができますので、内容に変更があった場合は、適宜修正を行ってください。併せて変更の届出も必要な場合は、必ず県に対し変更届を提出してください。

##### <運営情報>

公表後に内容を変更することができませんのでご注意ください。

### 4 訪問調査について

- 令和元年度の訪問調査は、平成12年度、平成15年度、平成18年度、平成21年度、平成24年度、平成29年度～令和元年度に新規に指定を受けたサービスについて実施します。なお、訪問調査の有無については『計画通知書』にも記載しています。

#### 【訪問調査が免除されるサービス】

- 調査対象サービスの中で第三者性がある評価機関により次のア～オに規定する評価を平成30年度（2018年4月1日～2019年3月31日）に受審した事業所にあつては、事業者自らサービスの質の向上に取り組んでいることから、情報公表制度に係る訪問調査の対象サービスから除外されます。計画通知書受領後、事業所自らの申出をもって申請することとし、申請がない場合は、計画に沿って訪問調査を行うこととなります。

- ア 福祉サービス第三者評価
- イ 地域密着型サービス外部評価（実施回数緩和適用の事業所を含む）
- ウ 介護サービス評価
- エ 特定施設外部評価
- オ その他、公正、客観性があると県が認めた評価

#### 注意

※平成30年度に「介護サービス情報の公表」制度に基づく調査を受けていたとしても、この調査によって今年度の訪問調査が免除となることはありませんので、ご注意ください。

- 公表に応じない業者への対応（介護保険法第115条の35）
  - 4 （略） 当該介護サービス事業者に対し、その報告を行い、若しくはその報告の内容を是正し、又はその調査を受けることを命ずることができる。
  - 6 （略） 開設者が第四項の規定による命令に従わないときは、（略）許可を取り消し、又は期間を定めてその指定もしくは許可の全部若しくは一部の効力を停止することができる。

## 1 介護職員処遇改善加算

○介護職員処遇改善加算は、平成23年度まで実施されていた介護職員処遇改善交付金による賃金改善の制度を継続するために、平成24年度から交付金を円滑に介護報酬に移行し、介護職員の賃金に充てることを目的に創設されたものです。平成27年度、平成29年度の改定を経て現在5区分になっています。

○交付金を受けていた事業所・施設は、原則として交付金による賃金改善の水準を維持することが求められます。

○賃金改善額が処遇改善加算額を上回る必要があります。

○加算区分は「キャリアパス要件」「職場環境要件」を満たしているかによって要件が異なります。

加算区分	算定要件（賃金改善以外の要件）
加算Ⅰ （介護職員1人当たり月額37,000円相当）	キャリアパス要件Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、職場環境要件の全てを満たす
加算Ⅱ （介護職員1人当たり月額27,000円相当）	キャリアパス要件Ⅰ、Ⅱ、職場環境要件の全てを満たす
加算Ⅲ （介護職員1人当たり月額15,000円相当）	キャリアパス要件Ⅰ又はⅡ、職場環境要件を満たす
加算Ⅳ （介護職員1人当たり月額13,500円相当）	キャリアパス要件Ⅰ、Ⅱ、職場環境要件のいずれかを満たす
加算Ⅴ （介護職員1人当たり月額12,000円相当）	なし

※加算Ⅳ、加算Ⅴについては、一定の経過措置期間後に廃止される予定です。

キャリアパス要件Ⅰ…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  
キャリアパス要件Ⅱ…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

キャリアパス要件Ⅲ…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判定する仕組みを設けること

職場環境要件…賃金改善以外の処遇改善を実施すること

※就業規則等の明確な書面での整備・全ての介護職員への周知を含む。

○加算算定対象外サービス

（介護予防）訪問看護

（介護予防）訪問リハビリテーション

（介護予防）居宅療養管理指導

（介護予防）福祉用具貸与

特定（介護予防）福祉用具販売

居宅介護支援、介護予防支援

## 2 介護職員等特定処遇改善加算

○介護職員等特定処遇改善加算（以下「特定加算」という。）は、経験・技能のある職員に重点化をしつつ、職員の更なる処遇改善を行うとともに、介護職員の更なる処遇改善という趣旨をそこなわない程度において、一定程度他の職種の処遇改善も行うことができることとなっています。

○加算区分は特定加算（Ⅰ）、特定加算（Ⅱ）があり、他の所定の加算の取得状況によって算定できる区分が異なります。

○特定加算の算定要件は次のとおりです。

- ①賃金改善要件  
賃金改善額が特定加算額を上回ること
- ②介護福祉士の配置等要件（特定加算Ⅰのみ）  
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ、特定事業所加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）、入居継続支援加算、日常生活継続支援加算を算定していること
- ③現行加算要件  
既存の介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定していること（特定加算と同時に介護職員処遇改善加算に係る処遇改善計画書の届出を行い、算定される場合を含む。）
- ④職場環境等要件  
賃金改善以外処遇改善の内容を全ての職員に周知していること（処遇改善計画書別紙1表3の「資質の向上」、「労働環境・処遇改善」、「その他」の区分ごとに1以上の取組を行うこと）
- ⑤見える化要件（令和2年度から必須）  
特定加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等により公表していること。具体的には、介護サービスの情報公表制度を活用し、特定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取組内容を記載すること。（公表制度の対象となっていない場合は、各事業所のホームページ等を活用するなど外部から見える形で公表する必要がある。）

○加算配分対象と配分方法

1 グループ分けの考え方

- a 経験・技能のある介護職員 勤続10年以上の介護福祉士を基本としつつ、**各事業所の裁量で設定が可能。**
- b 他の介護職員 経験・技能のあるグループ以外の介護職員
- c その他の職種 介護職員以外の職員

2 事業所における配分方法

3 グループそれぞれにおける平均賃金額等について、次のとおりとするが、グループ内の賃金改善額は柔軟な設定が可能です。

- ・ a グループの1人以上は月額平均8万円（賃金改善期間における平均）以上または改善後の賃金見込額が年額440万以上（現に賃金が年額440万円以上の者がいる場合にはこの限りでない）とすること。ただし、小規模事業所等で加算額全体が少額である場合等については、当該賃金改善が困難な合理的な説明が必要。
- ・ b グループの賃金改善平均額は a グループの平均額の  $1/2$  以下とすること
- ・ c グループの賃金改善平均額は b グループの平均額の  $1/2$  以下とすること
- ・ c グループの賃金改善後の賃金見込額が年額440万円を上回らないこと。（賃金改善前の賃金が年額440万円を上回る場合は賃金改善対象とならない。）

○特定加算についても、既存の介護職員処遇改善加算と同様に法人単位の申請が可能です。（取得区分が異なる事業所があっても一括して申請可能です。）

○加算を取得するためには年度ごとに処遇改善計画書と実績報告書の提出が必要です。様式等は以下に掲載されています。

ウェブサイト 介護情報サービスかながわ

→ ライブラリ（書式／通知）

→ 0. 介護職員処遇改善加算・介護職員特定処遇改善加算

<http://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib.asp?topid=19>



### 3 令和元年度介護職員処遇改善加算取得促進支援事業

神奈川県では、介護職員処遇改善加算の新規取得や、より上位の加算区分の取得を促進するために、介護職員処遇改善加算取得促進支援事業を行っています。  
なお、当事業は公益財団法人介護労働安定センターに委託しています。

#### ○事業内容

##### ①介護職員処遇改善加算取得促進セミナー

介護職員処遇改善加算の取得のための賃金の改善、キャリアパスの構築、職場環境要件に関する説明及び介護職員等特定処遇改善加算に関する説明を行います。

#### 今後の開催スケジュール

日 付	時 間	定員	会 場
10月25日 (金)	14:00～16:00	80名	藤沢商工会館ミナパーク (藤沢市藤沢607-1)
10月28日 (月)	13:30～15:30	90名	小田原箱根商工会議所 (小田原市城内1-21)
11月1日 (金)	14:00～16:00	50名	横須賀市産業交流プラザ (横須賀市本町3-27)
11月12日 (火)	14:00～16:00	70名	海老名商工会館 (海老名市めぐみ町6-2)

#### ○参加対象○

- ・神奈川県内（横浜市、川崎市、相模原市を除く）の事業所
- ・介護職員処遇改善加算対象サービス事業所（地域密着型サービス含む）
- ・介護職員処遇改善加算（Ⅱ）以下を算定している事業所、未取得の事業所  
※加算（Ⅰ）を算定している事業所も参加可能ですが、申込者多数の場合、お断りすることがあります。

##### ②個別訪問相談

事業所に社会保険労務士を派遣し、加算の取得に必要な賃金の改善、キャリアパスの設定、資質の向上、労働環境の改善に係る就業規則の整備等に関する具体的な手順や内容の助言を行います。

#### ○支援対象○

- ・神奈川県内（横浜市、川崎市、相模原市を除く）の事業所
- ・介護職員処遇改善加算対象サービス事業所（地域密着型サービス含む）
- ・介護職員処遇改善加算（Ⅱ）以下を算定している事業所、未取得の事業所  
※加算（Ⅰ）を算定している事業所は対象外です。

取得促進セミナーの参加申込・個別訪問相談の支援申込については、下記にお問い合わせください。介護情報サービスかながわにリーフレットや申込票を掲載しています。

【問合せ先】 公益財団法人 介護労働安定センター 神奈川支所

住所：神奈川県横浜市中区弁天通6-79 港和ビル8階

電話：045-212-0015

FAX：045-212-0016

E-mail：[kanagawa@kaigo-center.of.jp](mailto:kanagawa@kaigo-center.of.jp)

社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正により、平成24年4月1日から、介護福祉士及び一定の研修を終了した介護職員等は、診療の補助として喀痰吸引等の「医療的ケア」を行うことを業とすることが可能になりました。

## 1 介護職員等による喀痰吸引等

### (対象となる医療行為)

- たんの吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)
- 経管栄養(胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養)

※実際に介護職員等が実施できるのは、県知事の認定を受けた上記行為の一部又は全部です。

### (実施できる者)

医師の指示、看護師等との連携の下において、

- 認定特定行為業務従事者

(具体的には、一定の研修(社会福祉士及び介護福祉士法に定める「喀痰吸引等研修」等)を修了し、県知事が認定したホームヘルパー等の介護職員、介護福祉士、特別支援学校教員、経過措置対象者等)

- 介護福祉士

(介護福祉士登録証に実地研修を修了した喀痰吸引等行為が附記されていること)

### (実施される場所)

- 特別養護老人ホーム等の施設

- 在宅(訪問介護事業所等からの訪問)

などの場において、認定特定行為業務従事者による喀痰吸引等は登録特定行為事業者により、介護福祉士による喀痰吸引等は登録喀痰吸引等事業者(注)により行われる。

### 【たん吸引等に関するQ&A(その1)】

(Q)現在、介護等の業務に従事している介護福祉士や介護職員(ヘルパー等)は全てたん吸引等の研修(喀痰吸引等研修)を受けて認定されなければならないのですか。

(A)すべての人が受ける必要はありません。ただし、現在勤務している事業者や施設が登録事業者となり、たんの吸引等の業務に従事していく場合には、認定を受ける必要があります。また、認定を受けていなければ、たんの吸引等が行えないことは言うまでもありません。

(Q)介護職員実務者研修等において、医療的ケアの科目を履修しましたが、「実地研修を除く」類型となっています。その場合、認定特定行為業務従事者となることはできますか。

(A)介護職員実務者研修等(社会福祉士及び介護福祉士法第40条第2項第1号から第3号まで若しくは第5号の規定に基づく養成施設若しくは学校又は同項第4号の規定に基づく高等学校若しくは中等教育学校)において医療的ケアの科目を履修した者であっても、実地研修を除く類型で履修を完了した場合、それだけでは認定特定行為業務従事者として認定を受けることや喀痰吸引等業務を行うことはできません。(介護職員実務者研修等実施機関ごとに実地研修を含む類型の受講が可能であるか否か異なりますので、確認することをお勧めします。)

その場合、改めて登録研修機関等により必要となる実地研修を履修したのち、認定特定行為業務従事者として認定を受けてください。

## 2 登録特定行為事業者、登録喀痰吸引等事業者

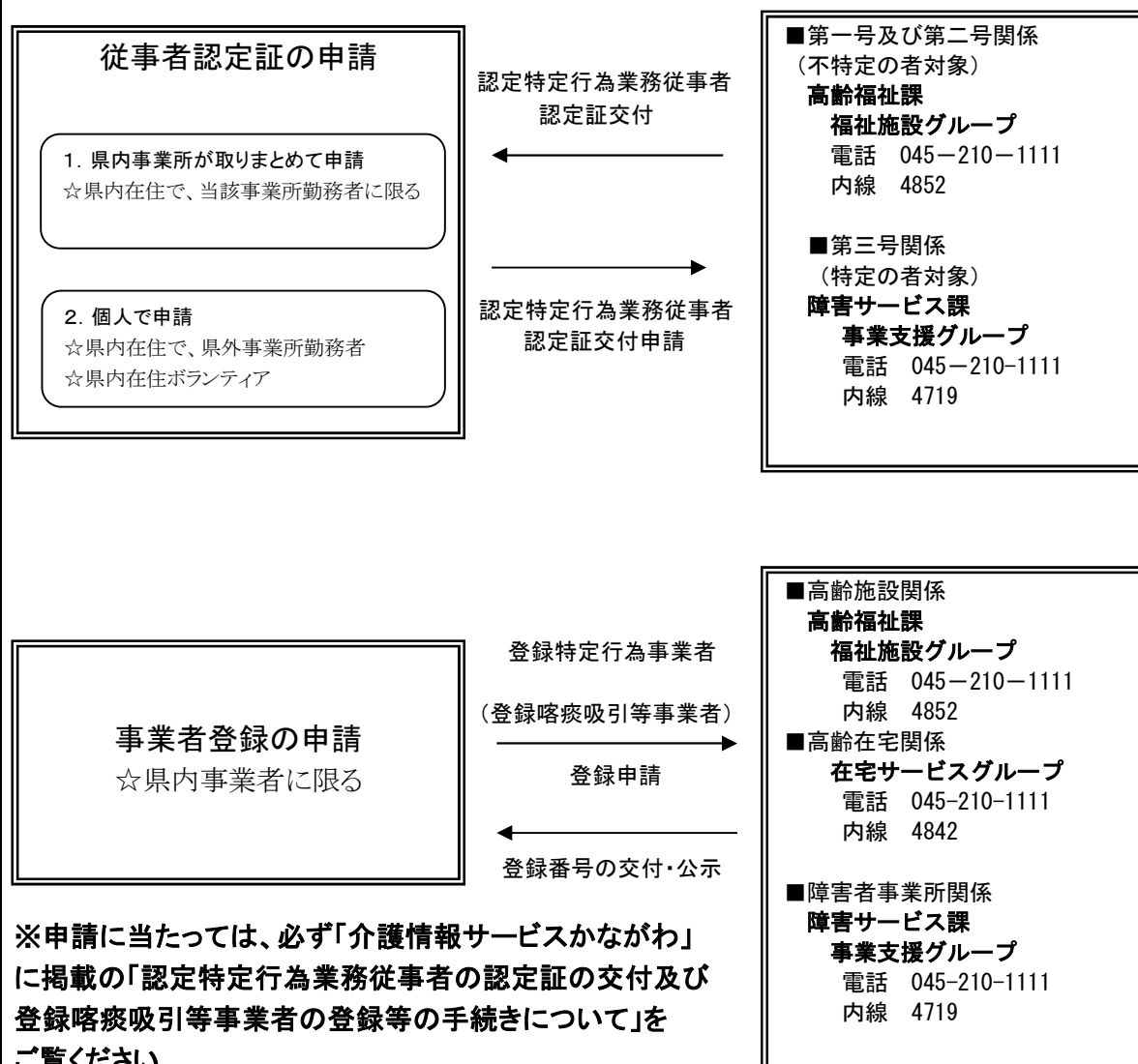
- 自らの事業の一環として、たんの吸引等の業務を行う者は、事業所ごとに県知事に申請し、登録を受ける必要があります。

### ＜対象となる施設・事業所等の例＞

- 介護関係施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護等)
  - 障害者支援施設等(通所施設及びケアホーム等)
  - 在宅(訪問介護、重度訪問介護(移動中や外出先を含む)等)・特別支援学校
- ※ 医療機関は対象外です。

### ＜認定特定行為業務従事者の認定申請及び登録特定行為事業者の登録申請の流れ＞

※平成28年度より申請窓口が変更になりました。ご注意ください。



### 【たん吸引等に関するQ&A(その2)】

(Q) 事業所は全て登録特定行為事業者(登録喀痰吸引等事業者)となる必要がありますか。

(A) すべての事業所や施設が登録事業者となる必要はありません。ただし、当該事業所等において認定特定行為業務従事者や介護福祉士にたんの吸引等の提供を行わせる場合には登録が必要となります。

## 3 登録研修機関

- たんの吸引等の研修を行う機関は県知事に申請し、登録を受ける必要があります。(全ての要件に適合している場合は登録)

### 【登録の要件】

☆基本研修、実地研修を行うこと

☆医師・看護師等が講師として研修業務に従事(准看護師は対象外)していること。

☆研修業務を適正・確実に実施するための基準に適合していること

☆具体的な要件については省令で定めている

- 『喀痰吸引等研修』のカリキュラムは「講義＋演習＋実地研修」、類型は次の3種類です。
- ・第1号研修(不特定多数の者対象・喀痰吸引等の各行為(5行為)全てについて実地研修を修了する類型)
  - ・第2号研修(不特定多数の者対象・喀痰吸引等の各行為(5行為)のうち、任意の行為について実地研修を修了類型)
  - ・第3号研修(特定の者対象、対象者(行為)ごとに実地研修について再受講が必要)

### 【たん吸引等に関するQ&A(その3) 研修関係～特定の者対象(省令第3号研修)】

(Q) 特定の者を対象とする研修については、当初、対象となる者(行為)が存在することが前提となるのですか。

また、対象者が存在しない場合においても予め「喀痰吸引等研修の課程のうち、講義及び(評価を伴わない)シミュレーター演習」のみを受講しておいたのち、対象者に対し喀痰吸引等行為が必要である事態が生じた時点で現場演習及び実地研修を受講することは可能ですか。

(A) 登録研修機関(特定の者対象～省令第3号研修)において基本研修のうち、予め8時間の講義＋(評価を伴わない5種類の)シミュレーター演習を受講することは可能です。

ただし、登録研修機関等においては、上記の取扱いを行う場合、次の条件が必要になります。

- ① 相当期間経過したのちの研修(現場演習＋実地研修)受講となるが、研修初回であることから研修時の事故回避の観点からも簡易なシミュレーター等を用いての現場演習は必須であり、指導看護師から現場演習において一連の行為が問題なく行えると評価を受けたのち、対象者に対し直接行為を行う「実地研修」に移ること。
- ② ①の取扱いにより研修を実施する場合においても、初回受講については「講義＋(評価を伴わない5種類の行為)シミュレーター演習」に加え、相当期間経過した後においても「(特定の行為)の簡易なシミュレーター等を用いての評価を伴う現場演習＋対象者に対する特定の行為を直接行う実地研修」までを当初受講した登録研修機関において

責任を持って修了させることとする。(ただし現場演習＋実地研修については受講生の所属する事業所等への委託も可能である。その場合、登録研修機関として実地研修先から研修実施責任者や指導責任者等を記した承諾書を得ておくことが必要)

- ③ なお、上記①、②の取扱いによらず、登録研修機関等において事故回避等の責任上上記のカリキュラムの分離を認めない取扱いをすることを何ら妨げるものではないことを申し添える。

(Q) 特定の者対象(省令第3号)研修について当初全課程を修了した者が、新たな対象者や行為を行う場合の取扱いについて実地研修からの受講が必要であると承知していますが、現場演習の取扱いにはどのようなになるのですか。

(A) 当初、特定の者対象(省令第3号)研修を全課程修了した者については、国の要綱上、実地研修からの受講が必要となるが、その際に現場演習を行ったうえで対象者に対し直接行為を行う実地研修に移ることは望ましいことといえます。

また、国研修実施要綱では、基本の研修カリキュラムを示していますが、全課程を受講した者であっても、登録研修機関等がその責任上、安全性を担保するうえで現場演習を実施すること及び評価を行うことを妨げるものではありません。

なお、受講生はそれぞれの研修実施先のカリキュラムが国の実施要綱に準拠していることを確認の上、各実地研修先に問い合わせ、受講先を選択することができます。

#### 【登録の要件】

☆医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保

☆記録の整備その他安全かつ適正に実施するための措置

(注) 登録特定行為事業者と登録喀痰吸引等事業者では、次のとおり要件に違いがあります。

- ・登録特定行為事業者⇒喀痰吸引等は、実地研修を修了した認定特定行為業務従事者に行わせること。
- ・登録喀痰吸引等事業者⇒喀痰吸引等は、実地研修を修了した介護福祉士に行わせること。また、実地研修を修了していない介護福祉士等に対し、医師・看護師等を講師とする実地研修を行うこと。

※本県では、登録喀痰吸引等事業者の登録を平成29年7月から開始しました。

☆具体的な要件については省令で定めている

※登録特定行為事業者の指導監督に必要な届出、報告徴収等の規定を整備

#### 【各種申請の様式・申請方法等の掲載場所】

「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)

－14. 介護職員等によるたんの吸引・経管栄養

(<http://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib.asp?topid=23>)

#### 4 喀痰吸引等研修支援事業について

- 県では、喀痰吸引等を要する対象者の増加に対応するため、平成27年度より「喀痰吸引等研修支援事業」を実施することにより、医療的ケアを担う介護職員の養成に係る課題を解消し、研修の円滑な実施を図ることになりました。
- 指定都市、中核市を含む県全域を対象としています。
- 事業実施にかかる問い合わせ先

高齢福祉課在宅サービスグループ(電話:045-210-4840)まで

##### 喀痰吸引等研修支援事業の内容

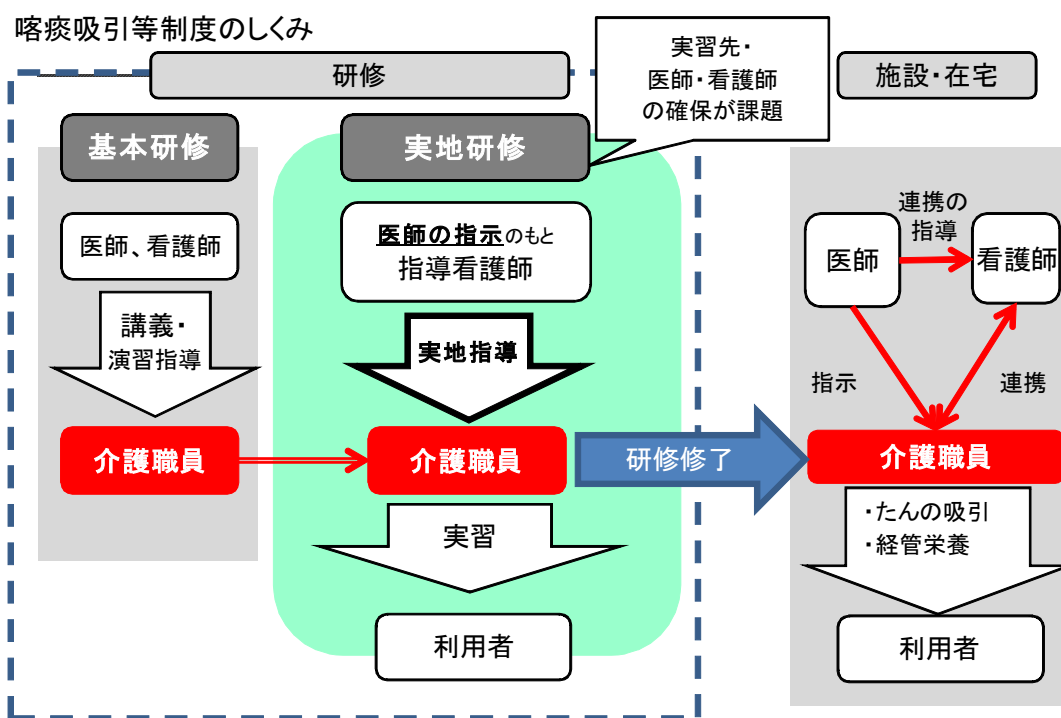
##### (1) 実地研修先の確保

他法人の受講者の実地研修を受け入れた事業所・施設に対し、協力金を支払います。

##### (2) 指導看護師の確保

他法人の受講生を指導する指導看護師に対して、謝金を支給します。

##### <参考>



(県記者発表資料より抜粋)



介護サービス事業者（法人）は、事業の適正な運営を確保するため、法令遵守等の業務管理体制を整備し、関係行政機関に届け出ることが義務付けられています。

**業務管理体制の届出が行われていない場合、介護保険法第115条の32に違反し、法令違反となります。届出を行っていない事業者（法人）は、速やかに届け出てください。**

## 1 事業者が整備する業務管理体制

- 介護サービス事業者（法人）は、指定又は許可を受けている事業所等の数に応じて、次のとおり業務管理体制を整備しなければなりません。

業務 管理 体制 の 内 容	③業務執行の状況の監査の実施 （「業務執行状況の監査」）		
	②業務が法令に適合することを確保するための規程の整備 （「法令遵守規程の整備」）		
	①法令を遵守するための体制の確保に係る責任者（「法令遵守責任者の選任」）		
事業所 等の 数	1以上20未満	20以上100未満	100以上

※事業所等の数には、介護予防サービス事業所、介護予防支援事業所及び地域密着型サービス事業所の数は含みますが、**病院等が行うみなし指定の事業所の数は含みませんので、みなし事業所のみの法人については届出の必要はありません。**

## 2 届出先

- 介護サービス事業者（法人）は、整備した業務管理体制の内容を、次の区分により関係行政機関へ届け出なければなりません。

区 分		届出先
(1)事業所等が2以上の都道府県に所在する事業者	①事業所等が3以上の地方厚生局管轄区域に所在する事業者	厚生労働省
	②事業所等が1又は2の地方厚生局管轄区域に所在する事業者	事業者の主たる事務所が所在する都道府県
(2)地域密着型サービス（介護予防を含む）事業のみを行う事業者であって、すべての事業所等が同一市町村内に所在する事業者		市町村
(3)事業所等が1の都道府県の区域に所在する事業者 ※ただし、事業所等が1の指定都市の区域に所在する事業者を除く。		都道府県
(4)事業所等が1の指定都市の区域に所在する事業者		指定都市

### 注意

※事業所の新規指定、廃止等に伴い届出先に変更があった場合は、**変更前、変更後のそれぞれの関係行政機関に届出を行う必要があります。**



### 3 変更届について

- 次に掲げる事項について変更があったときは、遅滞なく、変更届を提出しなければなりません。
- 指定又は許可を受けている事業所数により、業務管理体制の整備の内容が変わります。新規事業所の指定を受けたときは、法人が整備すべき業務管理体制の内容に変更がないか確認してください。

#### 【変更届出事項】

- 1 法人の種別、名称（フリガナ）
- 2 法人の主たる事務所の所在地、電話番号、FAX番号
- 3 法人代表者の氏名（フリガナ）、生年月日、住所、職名
- 4 事業所等の名称、所在地（※）
- 5 法令遵守責任者の氏名、生年月日
- 6 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要（事業所等の数が20以上の法人のみ）
- 7 業務執行の状況の監査の方法の概要（事業所等の数が100以上の法人のみ）

**※法人が運営する事業所等の数の増減により、整備する業務管理体制の内容に変更があった場合（例えば、事業所等の数が20未満から20以上100未満に変わった場合など）のみ、変更の届出が必要です。**

#### 【業務管理体制の整備の届出方法や変更届等の様式等について】

- 様式、記入要領、業務管理体制の概要は、以下に掲載しています。
    - 「介護情報サービスかながわ」
    - ーライブラリ（書式／通知）
    - ー8. 各種届出（業務管理体制・老人福祉法の届出・生活保護法の届出）等
    - ー業務管理体制の整備に係る届出
- <http://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib-list.asp?id=610&topid=20>

#### 注意

※厚生労働省や地方厚生局、指定都市、その他市町村に届出を行う場合の届出様式は、それぞれの行政機関にお問い合わせください。

### 4 業務管理体制整備の確認検査について

- 神奈川県では、事業者の業務管理体制の整備状況を検証するため、報告の徴収、事業者の本部・関係事業所等への立入検査などを実施しております。
- 立入検査において、問題点が確認された場合、必要に応じて行政上の措置（勧告、命令）を行うことがあります。

#### 【検査の種類】

一般検査・・・届出のあった業務管理体制の整備・運用状況を確認するために、定期的（概ね6年に1回）に実施

[昨年度の実績]

- ・実施時期 平成30年11月1日から11月30日
- ・実施方法 書面検査により実施
- ・対象事業者 200事業者（「介護情報サービスかながわ」内に対象事業者を掲載）
- ・その他 「介護情報サービスかながわ」のメール配信により実施等を通知しますので、メールにご注意ください。

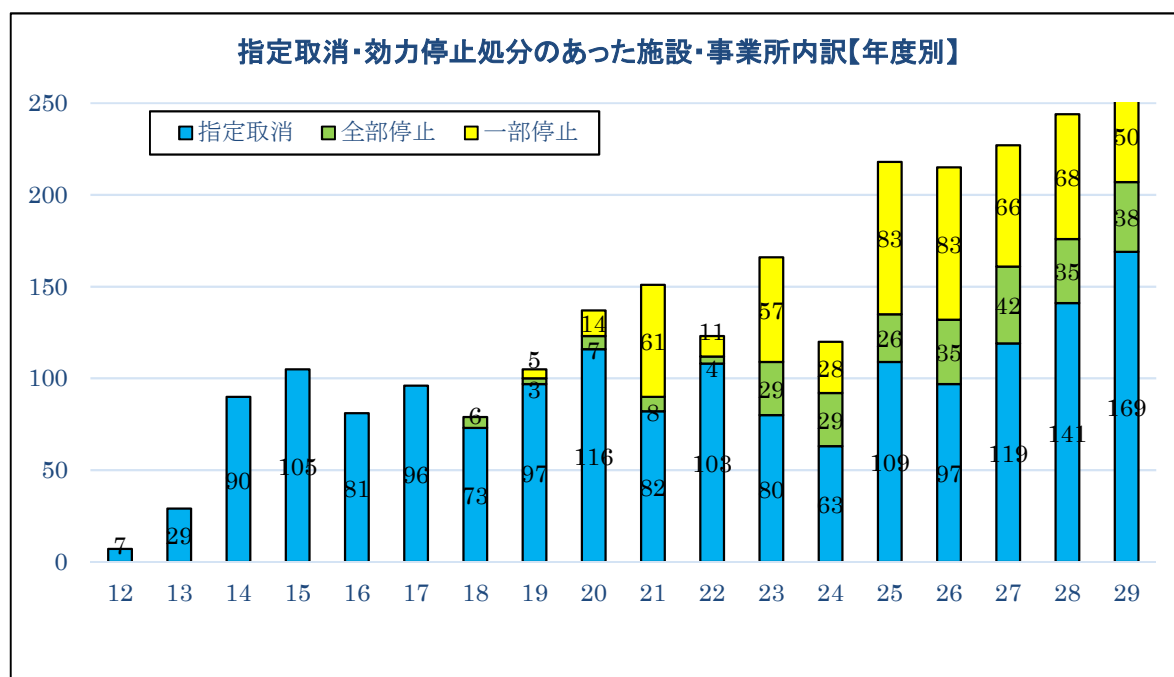
特別検査・・・指定介護サービス事業所等の指定取消処分相当事案が発覚した場合に実施（①業務管理体制の問題点を確認しその要因を検証、②指定等取消処分事案への組織的関与の有無を検証）

## 1 厚生労働省調査結果

## (1) 増加する介護サービス事業所の指定取消・効力停止処分

厚生労働省の「介護サービス事業所に対する指導・監査結果の状況及び介護サービス事業者の業務管理体制の整備に関する届出・確認検査の状況」によると、平成12年度の介護保険制度導入から平成29年度までの18年間における指定取消・効力の停止処分を受けた事業所数は2,445事業所に上っています。平成29年度に処分を受けたのは257事業所であり、過去最悪でありました。

内訳は、指定取消169事業所でこれについても過去最悪となっており、以下全部停止38事業所、一部停止50事業所となっています。指定取消については、最も重い行政処分であり、介護サービス事業所としての指定が取り消され、介護報酬を一切請求できない状態になります。次に重いのは全部取消で、一定期間介護保険に関する権利の全部を行使できなくなります。一部停止は、行政庁（指定権者）が指定した一部の効力が停止となる処分のことです。具体的には、「6か月間の新規利用者の受け入れ停止」や「介護報酬請求の上限を7割に設定（介護報酬の30%減）」などが挙げられます。



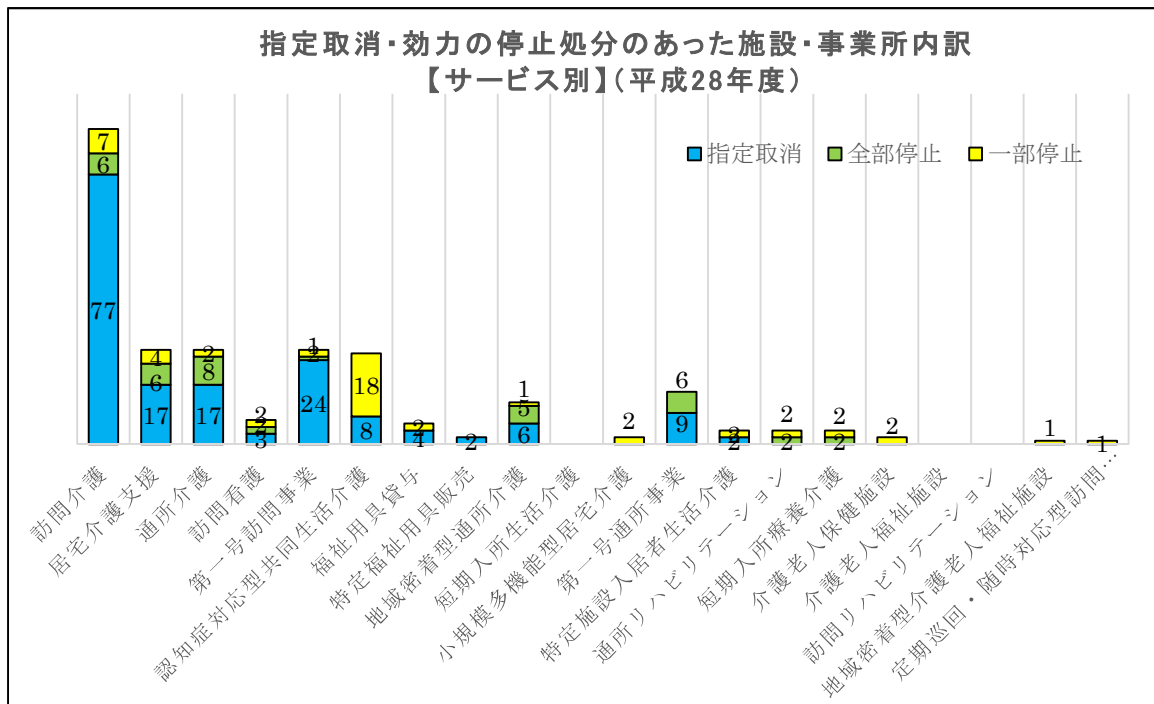
## (2) 指定取消・効力の停止事由の状況

主な指定取消事由は、多い順に「不正請求（47.9%）」、「法令違反（40.2%）」、「虚偽報告（26.0%）」、「虚偽申請（23.7%）」「虚偽答弁（23.7%）」、「運営基準違反（19.5%）」、「人員基準違反（11.2%）」となっています。

ここ近年は、指定取消事由及び効力の停止事由ともに、「不正請求」が最も多くなっています。

### （３）指定取消を受けた最も多い介護サービスは訪問介護

○指定取消・効力の停止処分を受けた介護サービス事業所をサービス別に見た場合、訪問介護 90 事業所、居宅介護支援 27 事業所、通所介護 27 事業所であり、この３業態で全体の 56%を占めています。訪問介護ではそのサービスでの処分全体の 85%（77 事業所）が指定取消処分となっています。



指定取消事由の状況（訪問介護事業所の場合／処分根拠）	件数
介護給付費の要求に関して不正があった（法77第1第6号）	33
帳簿書類の提出命令等に従わず、又は虚偽の報告をした（法77第1第7号）	18
設備及び運営に関する基準に従って適切な運営ができなくなった（法77第1第4号）	10
不正の手段により指定を受けた（法77第1第9号）	9
人員について、厚生労働省令で定める基準を満たすことができなくなった（法77第1第3号）	5
介護保険法その他保健医療若しくは福祉に関する法律に基づく命令に違反した（法77第1第10号）	12
質問に対し虚偽の答弁をし、又は検査を拒み、妨げた（法77第1第8号）	15
要介護者の人格を尊重する義務に違反した（法77第1第5号）	1
その他（法77第1第1号、第2号、第11号、第12号、第13号）	2

出典：厚生労働省

○訪問介護事業所の指定取消事由を見ると、「不正請求」33 件、「虚偽報告」18 件、「虚偽答弁・検査拒否・妨害」15 件、「法令違反」12 件、「運営基準違反」10 件、「虚偽申請」9 件、「人員基準違反」5 件、「人格尊重義務違反」1 件、「その他」2 件となっており、特に前年度に比べて、「虚偽答弁・検査拒否・妨害」が大きく増えています。

## 2 神奈川県内の状況

### (1) 情報提供

○平成30年度に、県に寄せられた介護保険に関する苦情・通報等の情報については、市町村等からの任意の情報提供、監査依頼も含めて22件であり、そのほとんどが従業員（元従業員含む）や市町村等公的機関から直接県に寄せられている。介護サービスで見ると「訪問介護」に対する情報提供が多くなっている。

#### 【情報提供受付件数】

区分・年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
県に直接寄せられた情報提供	23	13	9
県国保連から県への情報提供	1	0	0
県内市町村から県への情報提供	9	0	1
その他の機関から県への情報提供	0	4	12
合 計	33	17	22

#### 【情報提供者別の件数】

区分・年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
利用者（家族・知人を含む）からの情報提供	2	3	1
従業員（元従業員を含む）情報提供	13	8	8
市町村等公的機関からの情報提供	14	4	10
その他	4	2	3
合 計	33	17	22

#### 【事業所等のサービス種別件数】

区分・年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
居宅サービス事業者	25	12	15
訪問介護	8	8	10
通所介護	4	4	3
特定施設入居者生活介護	6	0	1
その他	7	0	1
居宅介護支援事業者	3	3	—
介護保険施設	5	2	6
介護老人福祉施設	5	2	5
介護老人保健施設	0	0	1
介護療養型医療施設	0	0	0
その他・不明	0	0	1
合計	33	17	22

## (2) 監査の契機

○情報提供の情報を元に平成 30 年度は 15 件（新規分）の監査を実施した。

		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度
情 報	利用者（家族、知人等）からの情報	0	3	1
	従業員（元従業員）からの情報	16	8	8
	市町村等公的機関からの情報	1	1	7
	監査等から得た情報その他の情報	3	2	0
小 計		20	14	16
通 知	指導担当課（所）からの通知	4	3	3
	市町村からの通知	9	3	3
	小計	13	6	6
合 計		33	12	22

## (3) 監査の実施件数

○平成 30 年度においては、15 件（前年度からの継続なし）の監査を実施し、結果は「指定取消」なし、「効力停止」1 件、「改善勧告」0 件、「文書通知」7 件となっている。※ほか、「聴聞通知後廃止」1 件、「翌年度継続」6 件

	実施 件数	前年度か らの継続	結果通知件数							聴聞 通知後 廃止	継続
			計	指定 取消	効力 停止	命令	改善 勧告	文書 通知	指導 無し		
平成 30 年度	15	0	8	0	1	0	0	7	0	1	6
平成 29 年度	20	8	20	3	2	0	11	4	0	0	0
平成 28 年度	35	2	27	2	0	0	18	2	5	0	8

○介護サービスごとに見た場合、監査実施件数が多かったのは、「訪問介護」、次いで「（予防）短期入所者生活介護」、「介護老人福祉施設」の順となっている。

【平成 30 年度の介護サービスごとの監査実施状況】

		実施 件数	前年度か らの継続	結果通知件数							聴聞 通知後 廃止	継続
				計	指定 取消	効力 停止	命令	改善 勧告	文書 通知	指導 無し		
介護 予防 以外	訪問介護	5	0	1	0	1	0	0	0	0	1	3
	通所介護	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
	短期入所生活介護	3	0	2	0	0	0	0	2	0	0	1
	介護老人福祉施設	3	0	2	0	0	0	0	2	0	0	1
	計	12	0	6	0	1	0	0	5	0	1	5
介護 予防	短期入所生活介護	3	0	2	0	0	0	0	2	0	0	1
	計	3	0	2	0	0	0	0	2	0	0	1
合 計		15	0	9	0	1	0	0	7	0	0	6

#### (4) 神奈川県の見分事例

##### ○見分の要件

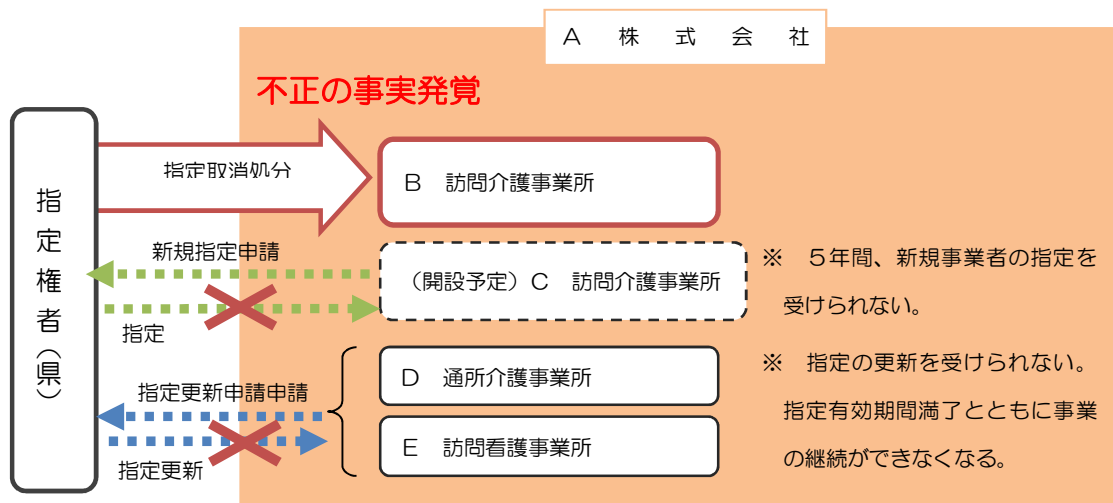
事業所指定後、以下の事由に該当する場合には指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部もしくは一部の効力を停止することがあります。

- ① 法人又は法人の役員について、禁錮以上の刑又は介護保険法を含む国民の保健医療・福祉に関する法律、労働に関する法律で罰金の刑に処せられた時。
- ② 指定を行うに当たって付された条件に違反した時。
- ③ 条例で定める人員配置基準を満たすことができなくなった時。
- ④ 条例で定める設備及び運営に関する基準に従って適正なサービスの事業の運営をすることができなくなった時。
- ⑤ 介護保険法等を遵守し、要介護者等のため忠実に職務を遂行する義務に違反した時。
- ⑥ 介護サービス費の請求に関し不正があった時。
- ⑦ 県知事からの報告又は、帳簿書類の提出・提示命令に従わず、又は虚偽の報告をした時。
- ⑧ 県知事からの出頭要求・質問に対する答弁に拒否し、質問に対し虚偽の答弁をし、又は検査の拒否・妨害・忌避をした時。
- ⑨ 不正の手段により指定を受けた時。
- ⑩ 介護保険法を含む法律やこれらに基づく命令・処分に違反した時。
- ⑪ 介護サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした時。
- ⑫ 役員のうち、5年以内に介護サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者がいる時。

##### ○指定取消の効果

該当事業所の指定が取り消された時は、その事業所の事業が継続できなくなるだけでなく、事業者に対して、次の介護保険法上の制限がかかります。

- ・ 指定の取消処分を受けた法人は、指定の欠格事由に該当するので、当該法人は、5年間新たに指定を受ける事ができません。
- ・ 複数の介護サービス事業所を経営する場合、指定の更新の欠格事由にも該当するので、傘下の介護サービス事業所が連座して5年間指定の更新を受ける事ができなくなります。



○処分事例

訪問介護事業所の指定取消等事例

【処分理由】

- ・ 職員が勤務していない日時に、当該職員がサービスを提供したとするサービス実施記録を作成し、介護報酬を請求した。（不正請求）
- ・ 同一職員が、同一日の同一時間帯に複数の利用者にサービスを提供したとするサービス実施記録を作成し、介護報酬を請求した。（不正請求）
- ・ 区分支給限度額を超えないように、複数のサービス提供時間を合算し、またはサービスの提供時間を変更し、実態と異なる介護報酬を請求していた。（不正請求）
- ・ 介護職員処遇改善加算を請求・受領したにもかかわらず、従業員に支給していなかった。（不正請求）
- ・ 監査における質問事項に対し回答しなかった。（答弁忌避）

処分年度	サービス種別	処分内容等	処分理由
平成 25 年度	通所介護 (介護予防含む)	指定の効力の一部停止 (新規利用者へのサービス提供の停止 6 ヶ月)	虚偽申請 不正請求
	訪問介護 (介護予防含む)	指定取消	虚偽報告 不正請求
	訪問介護 (介護予防含む)	指定取消	人員基準違反 不正請求
	居宅介護支援	指定の効力の一部停止 (新規利用者へのサービス提供の停止 3 ヶ月)	人員基準違反 不正請求
平成 26 年度	通所介護 (介護予防含む)	指定取消	虚偽申請 虚偽報告 虚偽答弁
平成 28 年度	訪問介護 (介護予防含む)	指定取消	虚偽申請 不正請求
平成 29 年度	訪問介護 (介護予防含む)	指定取消	不正請求 答弁忌避
	訪問看護 (介護予防含む)	指定の効力の全部停止（3 ヶ月）	虚偽報告 不正請求
	居宅介護支援	指定取消	運営基準違反 不正請求
平成 30 年度	訪問介護	指定の効力の一部停止 (新規利用者へのサービス提供の停止 3 ヶ月)	不正請求



**1 介護支援専門員証及び主任介護支援専門員の有効期間について**

介護支援専門員として実務（居宅介護支援事業所管理者を含む）に継続して従事するためには、介護支援専門員証の更新を行い、有効期間内の介護支援専門員証を必ず所持していなければなりません。

○介護支援専門員証の更新後有効期間

更新前の有効期間満了日から5年間

また、主任介護支援専門員についても有効期間が設けられており、その更新には主任介護支援専門員更新研修の修了が必要です。

○主任介護支援専門員の有効期間

主任介護支援専門員研修又は主任介護支援専門員更新研修の修了日から5年間

※ただし、次の者については有効期間に経過措置が設けられています。

平成23年度までに主任介護支援専門員研修を修了した者 平成31年3月31日まで

平成24年度から26年度に主任介護支援専門員研修を修了した者 令和2年3月31日まで

主任介護支援専門員の有効期間満了後は主任介護支援専門員としての業務には従事できなくなるほか、介護支援専門員証が失効した場合にも、主任介護支援専門員としても業務に就くことができません。

なお、県や研修機関からは、個々の介護支援専門員に対して有効期間満了日や受講すべき研修の案内は行いませんので、各自で有効期間満了日の把握及び研修の計画的な受講をお願いします。

各研修の時期等、神奈川県からの情報発信は、神奈川県ホームページ「介護支援専門員のページ」によって行いますので、確認してください。

また、各事業所におかれましては、次の項目について徹底した管理をお願いします。

- ① 介護支援専門員証及び主任介護支援専門員の有効期間満了日はいつか。
- ② 介護支援専門員証の更新に必要な研修を計画的に受講しているか。
- ③ 更新に必要な研修修了後、介護支援専門員証の更新手続きをしているか。

生活保護法による介護扶助は、生活保護法により指定された指定介護機関に委託して行われます。

＜平成26年7月1日以降に介護保険法により指定された事業所＞

別段の申出(注1)がない限り、生活保護法の指定があったものとみなされます。また、指定の取消し、廃止についても介護保険法による指定の効力と連動します(みなし指定)が、それ以外の事項(注2)に関する届出(変更等)が必要です。

(注1)生活保護法による指定を不要とする場合は、介護保険法の各指定権者から案内される申出書にその旨記載しご提出ください。提出は、介護保険法の規定による指定又は開設許可日までです。

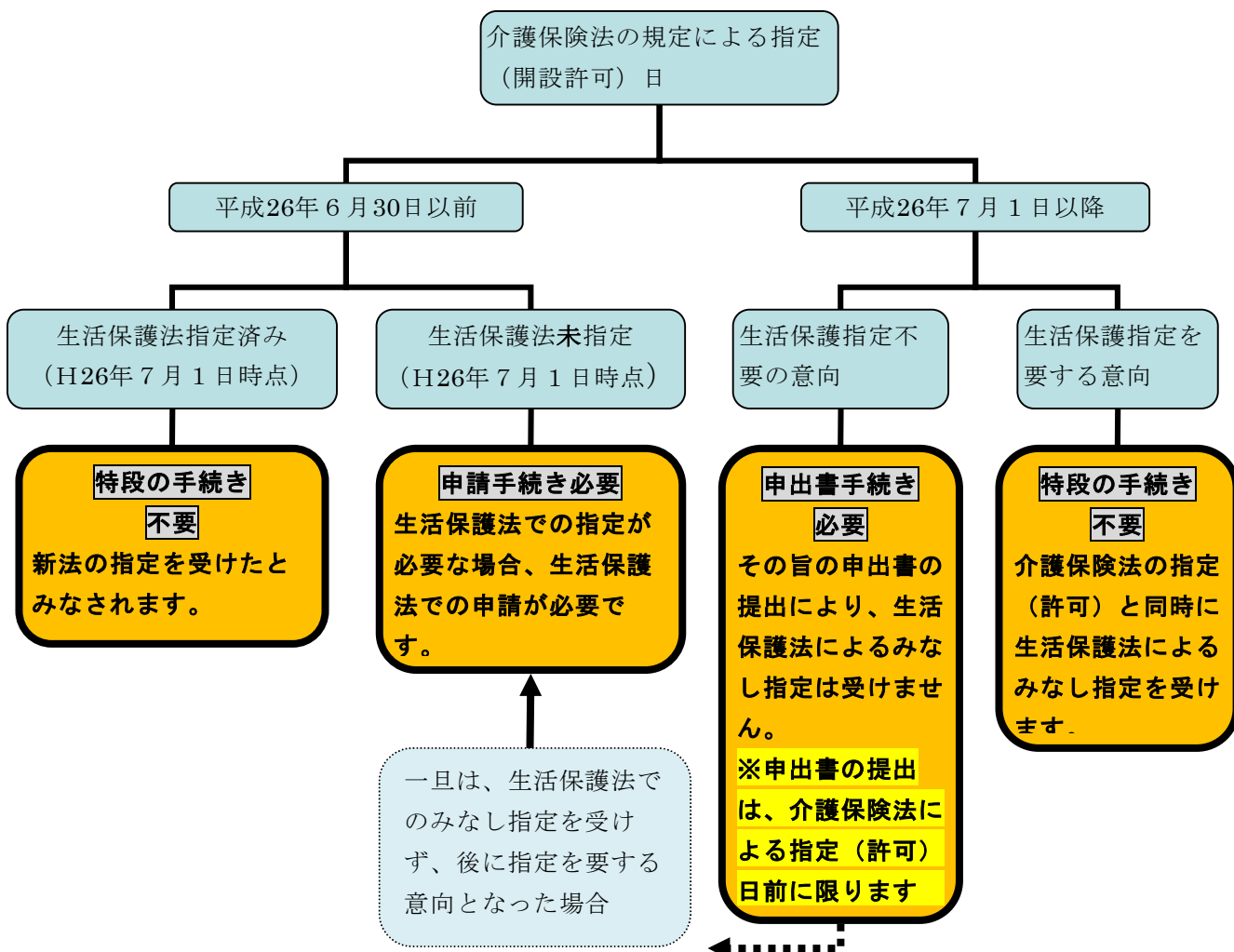
(注2)介護保険法による指定とは違い、6年毎の更新手続きは不要です。

＜平成26年6月30日以前に介護保険法で指定されたが、生活保護法での指定のない事業所＞

介護保険法によるみなし指定の対象とはなりません。生活保護法での指定を受ける場合は、別途申請(注3)が必要です。

(注3)申請書等の様式は、神奈川県ホームページからダウンロードできます。

神奈川県ホームページ[www.pref.kanagawa.jp](http://www.pref.kanagawa.jp)>健康・福祉・子育て>生活保護・ホームレス支援>  
生活保護について>生活保護法による指定介護機関について>指定介護機関の申請手続き



## 40歳以上65歳未満の被保険者以外の生活保護受給者への介護サービスについて

40歳以上65歳未満の介護保険被保険者以外の生活保護受給者への介護サービス提供については、障害福祉サービス優先活用の原則がありますので、居宅サービス計画作成にあたり十分留意してください。

### 【他法他施策(障害福祉サービス)優先の原則】

生活保護受給者は、国民健康保険に加入できないため、40歳以上65歳未満の生活保護受給者は社会保険加入者及び被扶養者を除き医療保険未加入者であり、介護保険の被保険者となりません。

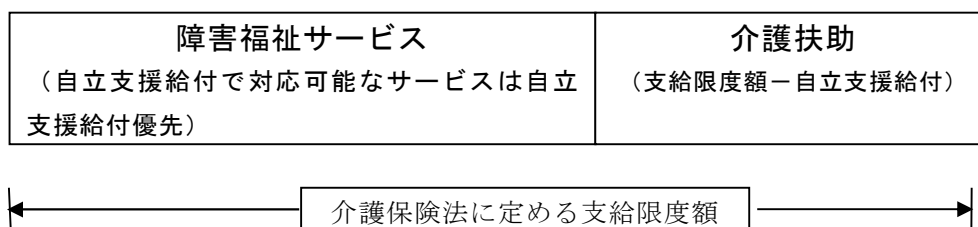
介護保険被保険者以外の40歳以上65歳未満の生活保護受給者で介護保険法施行令第2条各号の特定疾病により要介護状態等にある者については、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による自立支援給付等の障害福祉サービスが、生活保護法による介護扶助に優先されるため、自立支援給付等の活用が可能な場合は、その優先的な活用を図ったうえで、なお介護サービスの利用が必要不可欠であると認められる場合において、要介護状態に応じ介護扶助を受けることとなります。

○生活保護法による介護扶助の適用が可能な場合(40歳以上65歳未満の被保険者以外の者)

- (1) 給付を受けられる最大限まで障害者施策を活用しても、要保護者が必要とするサービス量のすべてを賄うことができないために、同内容の介護サービスにより、その不足分を補う場合
- (2) 障害者施策のうち活用できる全ての種類のサービスについて最大限(本人が必要とする水準まで)活用している場合において、障害者施策では提供されない内容の介護サービスを利用する場合

### 【介護扶助の給付限度額】

被保険者以外の者の介護扶助(居宅介護及び介護予防)の給付に係る給付上限額は、介護保険法に定める支給限度額から自立支援給付等の給付額を控除した額となります。



ただし、常時介護を要し、その介護の必要性が著しく高い障害者などの場合で、介護扶助の支給限度額から自立支援給付等の給付額を控除した額の範囲内では、必要な量の介護サービス(自立支援給付等によるサービスには同等の内容のものがない介護サービス(訪問看護等)を確保できないと認められるときは、例外的に、介護扶助の支給限度額の範囲内を上限として、介護扶助により必要最小限度のサービス給付を行うことは差し支えないこととされています。

なお、自立支援給付を受けるためには障害者手帳の取得が必要となることから、福祉事務所では被保険者以外の生活保護受給者が障害者手帳を取得していない場合は、まず手帳取得の可否の判断を行い、障害者手帳の取得が可能であれば、自立支援給付の優先適用について検討していくこととなっています。居宅サービス計画作成にあたり福祉事務所と十分に連携をはかってください。

生活保護法に関する問合せ先

生活援護課生活保護グループ (045)210-1111(代) 内4916

神奈川県内に、若年性認知症の人やその家族等の相談、支援に携わる者同士のネットワークの調整を行う、若年性認知症支援コーディネーターを県内3か所の認知症疾患医療センターに配置しました。

(1) 配置場所

担当地区	配置場所	所在地 相談窓口電話番号相談日及び受付時間
県東部	久里浜医療センター	横須賀市野比5-3-1 046-848-2365(直通)月～金曜日 8時30分～17時15分
県西部	曽我病院 (福祉医療相談室)	小田原市曽我岸148 0465-42-1630(代)月～金曜日 9～17時
横浜市	横浜市総合保健医療センター診療所 (総合相談室)	横浜市港北区鳥山町1735 045-475-0105(直通)月～金曜日 9～16時

(2) 事業内容

ア 個別相談事業

- ・ 若年性認知症の人やその家族等に対する相談対応(本人ミーティング)
- ・ 相談内容を踏まえたサービス等の利用に関する支援
- ・ かかりつけ医や行政機関、勤務先等の関係機関との情報共有、支援内容についての連絡調整等の連携及び支援
- ・ 当事者同士の集まりの場の支援(本人会議)

イ 研修事業

- ・ 行政、医療、介護、企業担当者等支援関係者への研修の実施及び関係機関のネットワークづくり

(神奈川県ホームページ <http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f6401/>)

【問合せ先】

神奈川県福祉子どもみらい局 高齢福祉課 高齢福祉グループ 電話045(210)4846

急速に高齢化が進む中で、ますます介護ニーズが増加する一方、介護従事者の人材確保が厳しい状況にあります。

そこで、神奈川県では、介護従事者がやりがいと誇りをもって仕事ができるよう、介護従事者への社会的な評価の向上を目指し、介護の仕事の素晴らしさをアピールするため、神奈川発の「かながわ感動介護大賞」を平成24年度に創設し、取組みを進めています。

- ◆介護の現場は、苦労も多いですが、そうした中にも小さな感動があり、その積み重ねが「やりがい」につながる現場でもあります。
- ◆介護保険事業に携わる皆さんは、小さな感動など、日ごろから沢山あって、応募するほどのことではないと思っていませんか？
- ◆ちょっと嬉しかった出来事なども職員間で共有することで、疲れも和らぎ、次なるパワーが沸いてくることもありますし、こうした取組を「ビタミン剤」と呼んでいる事業所もあるようです。
- ◆エピソードを広く紹介することによって、介護の仕事の魅力を伝え、皆さま方とともに介護現場を盛り上げていきたいので、ご応募お待ちしております。

#### ○ 事業内容

介護を受けた高齢者や家族等から、介護にまつわるエピソード（感動介護エピソード）を募り、介護の素晴らしさを伝える感動的なエピソードの応募者や、対象となった介護従事者や施設等を表彰します。

#### ○ 今後のスケジュール（予定）

- ・ 11月2日 表彰式の実施
- ・ 令和2年2月以降 感動介護エピソード作品集の配布
- ・ 感動介護エピソードは随時募集しています。現在、第9回かながわ感動介護大賞（令和2年度選考分）のエピソードの募集中です。



#### 【問合せ先】

神奈川県福祉子どもみらい局 高齢福祉課 感動介護大賞担当 電話045 (210) 4835

## 福祉サービス第三者評価

## (1) 福祉サービス第三者評価とは

福祉サービス事業者が、利用者によりよいサービスを提供するために、自ら進んで第三者である評価機関による評価を受けて問題点等を把握し、サービスの改善に取り組むとともに、その評価結果情報を社会に公表する仕組みです。

事業者でも利用者でもない公正・中立な評価機関が、客観的・専門的な立場から総合的に評価します。

評価受審により、事業者のサービスの質の向上への取組促進、利用者のサービス選択を支援するための情報提供を目的としています。

## ●神奈川県では、

「かながわ福祉サービス第三者評価推進機構」（以下「推進機構」という。）を社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会内に設置し、普及啓発事業、評価調査者養成研修・登録事業、評価機関認証事業、評価結果公表事業等を行っています。

＜社会福祉法＞（福祉サービスの質の向上のための措置等）

第78条 社会福祉事業の経営者は、自らその提供する福祉サービスの質の向上の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、常に福祉サービスを受ける者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない。

## (2) 評価を受けるメリット

- ・ サービスの質の向上への気づきが得られます。
- ・ 利用者・地域との信頼関係の構築に役立ちます。
- ・ 職員の教育・研修の一つとして評価結果を活用できます。
- ・ 福祉サービスをこれから利用しようとしている方や就職先として施設を探している方にアピールできます。

## (3) 評価結果の公表

推進機構のホームページやWAMネットを通じて公表しています。また、「かながわ福祉人材研修センター」において評価結果を閲覧することができます。

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構ホームページ

<http://www.knsyk.jp/c/3hyouka/eec0bc1de284ceff282e8f92eee1fd01>

## (4) 福祉サービス第三者評価を受審するには

第三者評価を行っている評価機関にお問い合わせください。推進機構のホームページには、評価機関の情報や各評価機関が行った評価結果も掲載していますので、評価機関選定の参考にしてください。



また、事業者説明会を毎年2回実施しています。令和元年度は7月に実施し、今後は11月に予定しています。第三者評価を実際に受審した事業所からの受審報告や評価機関の紹介も行っておりますので、ぜひ御参加ください。

なお、詳細は決まり次第、推進機構のホームページのほか、「介護情報サービスかながわ」に掲載します。

(参考 福祉サービス評価の種類)

自己評価	利用者評価	第三者評価
サービス事業者自らが、自らが提供するサービスの質を評価すること。	利用者（場合により家族も含む）自身が、利用しているサービスについて評価を行うこと。	中立・公正な第三者評価機関が、事業者との契約に基づき、当該事業者のサービスの質を評価すること。
<p>「自己評価」には、</p> <p>①事業者が自らの自由裁量で主体的に取り組む「自己評価」</p> <p>②第三者評価の過程で行われる「自己評価」の2つがあります。</p> <p>①の自己評価では、評価項目・基準は事業者が任意で自由に設定することができ、自己評価結果の扱い方も事業者の判断に委ねられます。</p> <p>②の自己評価では、第三者評価項目に基づいて自己評価を行い、自己評価結果は第三者評価機関に提出することになります。</p>	<p>福祉サービス利用者や利用者家族が、自ら利用しているサービスの評価を行うことは困難な面もあるため、実際には事業者や第三者機関などが利用者や利用者家族に対し意向調査を行うことで利用者からの評価を受ける形式が主に採用されています。</p> <p>この場合も、</p> <p>①事業者が自ら利用者への調査を行う</p> <p>②事業者が外部機関・団体に委託して調査を行う（第三者評価の過程で行われる利用者調査も含む）の2つがあります。</p>	<p>本県での第三者評価は、<u>かながわ福祉サービス第三者評価推進機構の認証を受けた「第三者評価機関」</u>が、推進機構が規定する「<u>評価条件（評価手法や評価調査者等）</u>」を満たして実施した「<u>評価</u>」に限定されます。</p> <p>第三者評価は事業者と評価機関との契約に基づいて実施されます。</p> <p>第三者評価として認められた評価結果は、推進機構のホームページで公表されます（公表期間は3年間）。</p> <p>（他に国の通知により指定地域密着型サービス外部評価が第三者評価とみなされています）。</p>

## 1 介護の資格届出制度及び再就職準備金貸付制度について

### (1) 介護の資格届出制度について

平成29年4月から、社会福祉法の改正により、社会福祉事業等に従事していた介護福祉士の資格を有する者が離職した場合には、都道府県福祉人材センターに住所、氏名等の届出をすることが努力義務化されました。

介護福祉士の有資格者の他、次の研修修了の資格を有する職員が退職する際にも、介護福祉士等の届出サイト「福祉のお仕事」から届出を行ってください。また、かながわ福祉人材センターのホームページ「介護人材届出のご案内」への登録でも対応できることについて、周知をお願いします。

- ・介護職員初任者研修修了者
- ・訪問介護員養成研修1級課程、2級課程修了者
- ・介護職員基礎研修修了者
- ・介護職員実務者研修修了者

「福祉のお仕事」ホームページ <https://www.fukushi-work.jp/todokede/>

かながわ福祉人材センターホームページ <http://www.kfjc.jp/>

なお、事業者においては、介護福祉士が離職しようとする場合、届出が適切に行われるように促すことが努力義務とされています。

### (2) 離職した介護人材の再就職準備金の貸付制度について

介護の実務経験を有する者が、県内の介護職員処遇改善加算を算定した事業所又は施設に介護職員等として再就職が決定（内定を含む）した場合に、再就職のための準備金（上限40万円）を貸付する制度を開始しています。再就職者の採用をした際には、制度の案内をお願いします。

【対象者】 介護職員等としての実務経験を1年以上有し、離職後の期間が1年以上の者

【返還免除】 県内の介護事業所又は施設に継続して2年間従事した場合、貸付金の返還が免除になります。

問合せ先：かながわ福祉人材センター 電話045-312-4816

## 2 介護福祉士国家試験の受験資格及び実務者研修受講資金貸付制度について

### (1) 実務者ルートによる介護福祉士国家試験の受験資格について

平成28年度の国家試験から、実務者ルートによる介護福祉士国家試験の受験資格に「実務者研修」の修了が加わっています。

実務経験3年以上だけでは受験できませんので、計画的に「実務者研修」を受講し、国家試験に備えるよう、職員に周知をお願いします。

○実務者研修実施機関については神奈川県ホームページに一覧を掲載しています。

「神奈川県の社会福祉士・介護福祉士養成施設及び介護職員実務者研修施設情報」

○介護福祉士国家試験については、社会福祉振興・試験センターにお問合せください。

社会福祉振興・試験センター 試験室 03-3486-7521

### (2) 実務者研修受講資金貸付制度について

実務者研修を受講する者で次のいずれかに該当する者を対象に、受講資金の貸付を行っています。職員へ周知いただきますようお願いします。

○県内において介護業務に従事している者

○3年以上の実務経験を有し、県内に住民登録する者

○3年以上の実務経験を有し、県内の実務者研修施設に在学する者  
実務者研修修了後、一定期間内に介護福祉士国家試験を受験して介護福祉士の資格を取得し、その後県内で2年間継続して介護福祉士として介護業務に従事した場合、貸付金の返還が免除されます。

問合せ先：神奈川県社会福祉協議会福祉人材センター 電話 045-312-4816

### 3 介護職員研修受講促進支援事業費補助及び介護職員子育て支援代替職員配置事業費補助について

現在、申請の受付を中止しています。受付を再開する場合は、県ホームページ及び介護情報サービスかながわにてお知らせいたします。

#### (1) 「介護職員研修受講促進支援事業費補助金」について

研修を受講する従業者を支援する介護事業者に補助します。

##### 【補助額】

##### ○介護職員初任者研修

- ・受講料補助 受講者1人につき上限24,000円
- ・代替職員補助 受講者1人につき上限65,000円

##### ○実務者研修

- ・受講料補助 受講者1人につき上限40,000円
- ・代替職員補助 受講者1人につき上限39,000円

##### ○生活援助従事者研修

- ・受講料補助 受講者1人につき上限12,000円
- ・代替職員補助 受講者1人につき上限30,000円

##### ○介護福祉士ファーストステップ研修

- ・代替職員補助 受講者1人につき上限56,000円

#### (2) 「介護職員子育て支援代替職員配置事業費補助」について

出産・育児休業等からの復職を支援します。

【補助額】 短時間勤務の介護職員1人当たり 上限額 25万円

##### 【補助対象となる短時間勤務職員】

出産・育児休業後に復職し短時間勤務制度を利用する介護職員の他、出産・育児のために一度退職し、介護職員として短時間勤務の雇用形態で再就職した職員について代替職員配置した場合なども、補助の対象となります。

##### 【代替職員】

新たに雇用した職員、派遣職員の他、既に雇用している非常勤職員等で代替対応する場合も対象となります。

※補助金の申請手続きについては、県ホームページをご覧ください。

[ホームページ](#)

<http://www.pref.kanagawa.jp/docs/n7j/cnt/f533152/index.html> (介護職員研修受講促進支援事業費補助)

<http://www.pref.kanagawa.jp/docs/n7j/cnt/f536505/index.html>

(介護職員子育て支援代替職員配置事業費補助)

## 1 かながわベスト介護セレクト20と優良介護サービス事業所「かながわ認証」

県では、介護に頑張る事業所を応援する本県独自の取組みとして、サービスの質の向上や人材育成、処遇改善等に顕著な成果をあげた介護サービス事業所等を表彰し、奨励金（1事業所100万円）を交付する「かながわベスト介護セレクト20」を実施しています。

さらに、応募事業所の中から、サービスの質の向上や人材育成、処遇改善等について一定の水準を満たしている介護サービス事業所等を認証し、認証書を交付する優良介護サービス事業所「かながわ認証」も実施しています。

これらの取組みにより、「頑張れば報われる」といった機運が醸成され、今後の更なるサービスの質の向上につながることを目指します。

## 【実施イメージ】



## 【対象】

介護保険法に基づく次のサービスを提供している県内（政令・中核市も含む。）介護サービス事業所等とします。

サービス区分	介護サービスの種類
訪問系サービス	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護
通所系サービス	通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）、地域密着型通所介護
居住系サービス	特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護
入所系サービス	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護（併設施設を除く。）、短期入所療養介護（併設施設を除く。）



### 【要件】

応募・申請を希望される事業所は、次の要件をすべて満たす必要があります。

- (1) 申請年度の4月1日を基準として、事業所指定から3年が経過していること。
- (2) 申請年度及び前年度末日以前3年において、法人あるいは事業所が、指導・監査で勧告以上の行政指導又は行政処分を受けていないこと、かつ事業所において虐待等の不祥事を起こしていないこと。
- (3) 介護サービス情報公表制度で、事業所の運営体制や介護サービス提供体制等を示すリーダーチャート7分野すべてが4点以上であること。
- (4) 「神奈川県介護サービス事業所によるサービスの質等の向上宣言の実施に関する要綱」に基づき、かながわ介護サービス等向上宣言を行っていること。

### 【今年度の実施について】

今年度の受付は終了していますが、次年度に向け、「かながわ認証」の取得支援を行っていますので、以下のURLをご確認いただき、次年度の申請等についてご検討をお願いします。

かながわベスト介護セレクト20・優良介護サービス事業所「かながわ認証」

<http://ninsho.kanafuku.jp/>

問合せ先 公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会（事業委託先）

電話 045-227-5692

制度に関する問合せ先

福祉子どもみらい局福祉部地域福祉課

福祉介護人材グループ

電話 045-210-4755

神奈川県では、認知症リスクの軽減が期待される取組みとして、「コグニサイズ」を全県に普及・展開しています。

「コグニサイズ」とは、コグニション(認知)とエクササイズ(運動)を組み合わせた造語です。頭で考えるコグニション課題と、身体を動かすエクササイズ課題を同時に行うことで、脳と身体の機能を効果的に向上させることをねらいとしたものです。



県のホームページにコグニサイズ等の実施団体を掲載するとともに、実施状況の報告をお願いしています。事業所でコグニサイズ等を実施している場合は、実績を県に情報提供いただくようお願いいたします。(様式はホームページに掲載しています。)

また、指導者がいなくても簡単にコグニサイズを学び、実践できるDVDを作成し、市町村や地域包括支援センターで貸出を行っていますので、詳細は県ホームページをご覧ください。是非ご活用ください。

(神奈川県ホームページ <http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/fl2651/>)

#### 【問い合わせ先】

神奈川県保健福祉局 高齢福祉課 高齢福祉グループ 電話045(210)4846



☆メモ☆

## 1 神奈川県介護賞、かながわ福祉みらい賞及び神奈川県社会福祉関係者等表彰について

本県では、多年にわたり福祉の第一線で介護業務等に献身的に従事されている方や、研究発表等の優れた功績をあげた若手職員の方を表彰するため、標記表彰を実施しています。

職員のモチベーションアップにご活用いただくため、ぜひともご推薦ください。

### 1 神奈川県介護賞

社会福祉施設等で介護職員、生活支援員、児童指導員等として利用者の直接介護業務に携わる方

- ア 業務従事期間 20 年以上かつ、県内従事期間 10 年以上
- イ 年齢 40 歳以上
- ウ 神奈川県社会福祉関係者等表彰、指定都市長又は中核市長の社会福祉功労者表彰等を受賞している方 等

### 2 かながわ福祉みらい賞

社会福祉施設等で利用者の直接支援業務に従事している方又はチーム等の団体

(個人表彰)

- ア 介護職員、生活支援員、児童指導員等
- イ 年齢 40 歳未満で、在職期間が常勤職員として通算 7 年以上の方
- ウ 研究発表、地域貢献、人材育成等の取組みにおいて、他の社会福祉施設等の目標・模範となり、対外的にも顕著な功績があること 等

(団体表彰)

- ア 介護職員、生活支援員、児童指導員等を過半数とする団体
- イ 代表者を含む過半数が年齢 40 歳未満であること
- ウ 研究発表、地域貢献、人材育成等の取組みにおいて、他の社会福祉施設等の目標・模範となり、対外的にも顕著な功績があること 等

### 3 神奈川県社会福祉関係者等表彰

社会福祉施設等の長、社会福祉団体等の役員、社会福祉施設等に従事する医師、看護師、介護職員、指導員、保育士、調理員、事務員、ボランティア等

- ア 業務従事期間 15 年又は 20 年以上（ボランティアは概ね 10 年以上）
  - イ 年齢 40 歳以上
  - ウ 市町村長の表彰又は神奈川県社会福祉協議会会長表彰を受賞している方 等
- ※職種や業務内容により要件が異なります。

### 4 推薦方法

詳しい表彰要件及び推薦方法については、毎年 6 月頃、県地域福祉課ホームページ「神奈川県介護賞」、「かながわ福祉みらい賞」及び「神奈川県社会福祉関係者等表彰」について、に掲載しますので、ご確認の上、ご推薦くださるようお願いします。



※この指導事例は、神奈川県が平成 30 年度に実施した実地指導における主な指摘事項についてまとめたものです。

※指定基準、報酬算定基準等の詳細については、必ず最新の関係省令、告示、通知等により確認してください。

※指導事例の中には、保険者により報酬の返還が求められたものも含まれています。

1	全サービス共通	65
2	居宅サービス共通	70
3	施設サービス共通	71
4	指定訪問介護	74
5	指定（介護予防）訪問入浴	77
6	指定（介護予防）訪問看護	78
7	指定通所介護	79
8	指定（介護予防）通所リハビリテーション	84
9	特定（介護予防）施設入居者生活介護	87
10	指定（介護予防）福祉用具貸与、特定（介護予防）福祉用具販売	90
11	介護老人福祉施設	91
12	指定（介護予防）短期入所生活介護	98
13	介護老人保健施設	99
14	（介護予防）短期入所療養介護	103

## 1 全サービス共通

### (1) 運営規程

- ① 職員体制表に記載の職員の人数について、現状と相違している点があった。現状を反映した人数を記載すること。なお、今後、変動がある場合においても、定期的に反映すること。
- ② 料金表に提供する予定のない加算を記載していた。利用者等に誤解を与えないよう、届け出ていない又は徴収する予定がない加算は記載しないこと。
- ③ 協力医療機関について、実際に契約等をしている機関名を具体的に記載すること。

### (2) 内容及び手続の説明及び同意

- ① 苦情相談窓口として記載の市町村の課名、電話番号について、更新していないものがあった。最新のものを記載すること。

- ② サービス利用料金の利用者負担について、1割負担額のみ記載していた。2割及び3割負担額についても記載すること。
- ③ 食材料費、紙おむつ代の徴収額については、パンフレットやホームページに記載があるものの、利用料金表に記載していなかった。利用料金表に記載すること。

### (3) 管理者の責務

- ① 雇用契約書に記載されている勤務場所や業務内容が実態と合っていない従業者が散見された。辞令を交付するなど適切に対応すること。
- ② 雇用契約書において、契約期間が切れた状態のものや、日付の記載がないものが散見された。速やかに契約書を作成する等、必要な措置を講ずること。
- ③ 介護福祉士資格所有者の確認書類として、介護福祉士試験合格証(写)を保管していた。合格証では資格の証明にならないので、登録証(写)を保管すること。
- ④ 資格の必要な派遣職員について、資格証の写しが事業所に保管していなかった。派遣職員の有資格者についても、事業所として資格証の写しを保管すること。

### (4) 勤務体制の確保等

- ① 勤務形態一覧表と実際の勤務日(時間)との間に齟齬があった。勤務形態一覧表を作成する際は正確に記載すること。
- ② 管理者が併設サービスの管理者を兼務しているが、勤務形態一覧表では勤務時間がそれぞれに割り振られていなかった。正確に記載すること。
- ※ 介護老人保健施設に併設する通所リハビリテーションは除く。
- ③ 計画的な研修を実施しているものの、研修の欠席者へのフォローが確認できない事例が見られた。研修内容の周知徹底が図られるよう、研修受講者名簿の作成や、欠席者の研修資料確認の把握等、適切な対応をすること。

### (5) 衛生管理等

- ① 感染症対策等の衛生管理について、定期的な研修を実施するよう努めること。また、職員採用時には感染症対策等研修を行い、内容を記録すること。
- ② 感染症マニュアルが作成されて相当期間経過しており、記載内容が現時点の情報・状況を反映していない部分があった。最新の情報・状況を反映したマニュアルにすること。

- ③ ペーパータオルを上に引き出すように設置していた。手を拭いたときに、使用前のペーパータオルを汚すおそれがあるので、横又は下に引き出すように設置すること。

## (6) 掲示

- ① 掲示すべきとされる重要事項のうち、苦情処理に係る体制・窓口が含まれていなかった。追加して掲示すること。
- ② 運営規程が改正されているにもかかわらず、改正前の内容が掲示されていた。内容を更新し、常に最新の状況を掲示すること。
- ③ 利用（入所）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が、事務室の奥に掲示されており、利用（入所）申込者等が見やすい状況ではなかった。相談室等に掲示するなどの対応を図ること。

## (7) 秘密保持等

- ① 利用者（入所者）の家族の個人情報の使用について、利用者（入所者）の家族の同意を得ていない事例が散見された。家族の個人情報を使用する場合は、利用者（入所者）本人だけでなく家族の同意も得ること。
- ② 利用者（入所者）又はその家族の秘密の保持について、法人が直接雇用した従業者は、採用時に書面で誓約していることを確認したが、派遣職員については行っていなかった。派遣職員も利用者（入所者）又はその家族の秘密を知り得る立場であることに変わりはないので、同様に書面で誓約させること。
- ③ 利用者（入所者）氏名の記載がある用紙の裏紙が、コピー用紙として再利用されていた。個人情報保護の観点から、個人情報が記載されている用紙の再利用はしないこと。
- ④ 利用者（入所者）個人ファイルが、扉のない棚に保管されていた。利用者（入所者）の個人情報を含む書面については、施錠できる書庫に保管する等適切に管理すること。
- ⑤ スタッフコーナーのカウンターの上に、入所者（利用者）の個人記録書類が誰でも閲覧できる状態で置かれていた。個人情報保護の観点から保管場所の変更等の対応をすること。

## (8) 苦情処理等

- ① 苦情処理に関するマニュアルや、苦情を受け付けた際に記録する様式が整備されていなかった。苦情処理に関して、必要な体制を整備すること。
- ② 苦情情報の従業者への周知が、記録では確認できなかった。苦情の記録を回覧したり、ミーティングで説明したりするなど非常勤職員を含むすべての従業者間で情報を共有し、苦情の内容を踏まえた、サービスの質の

向上に向けた取組みに努めること。

#### (9) 事故発生時の対応

- ① 事故発生記録に、原因の分析や再発防止の検証と対策が記録されていない事例が見られた。事故発生時には、事故の状況を記録するとともに、事故発生原因の分析や再発防止策の検討をして、その記録を作成し、すべての従業員間で情報共有を図ること。
- ② 事故発生から速やかに事故カンファレンスが行われていない事例があった。事故原因の分析及び再発防止策の検討は、事故発生後速やかに行うこと。
- ③ 行政報告が必要な事故について、事業所所在地の市町村のみ報告している事例があった。利用者の保険者にも報告を行うこと。
- ④ 事故防止マニュアルの内容が事故報告書の作成手順のみで、事例の分析結果や再発防止策の検討結果の職員への周知徹底についての記載がなかった。事故発生時の対応方法等についてあらかじめ定めておくこと。

#### (10) 記録の整備

- ① サービス提供記録等を訂正する際に、修正液や修正テープを使用しているケースが散見された。記録の訂正に当たっては、二重線を引くなど見え消しの方法により行うこと。  
また、事故報告書やヒヤリ・ハットの記録について、鉛筆書きや消せるペンでの記載が散見された。ボールペンなど容易に修正できないペンで記載すること。
- ② 業務日誌において、記録した者が不明な事例が確認された。誰が記載したか分かるように記録すること。
- ③ 利用者（入所者）との契約書において、「記録を作成した後2年間はこれを保存する」となっていた。「完結の日(契約終了の日、サービス提供終了の日等)から5年間保存する」旨の内容に改めること。

#### (11) サービスの提供の記録

- ① サービス提供記録を作成していない事例や、作成したサービス提供記録に、提供を行った具体的な時間・内容等が記載されていない事例が散見された。サービスを提供したときは、提供を行った具体的な時間・内容等を記載したサービス提供記録を作成すること。
- ② サービス提供の記録について、入浴の実施・中止の記録や、中止した際の具体的な理由等を記録していなかった。また、その他のサービスについても、実際のサービス提供状況や本人の心身の状況等が確認できなかった。サービス提供の記録を確実に残すこと。

## (12) サービス計画の作成

- サービス計画書の同意日がサービス提供後の日付となっている事例があった。事前に口頭で説明し同意を得ているとのことであったが、今後は計画書を速やかに作成し同意を得ること。それが困難な場合には、口頭での連絡調整について記録に残すこと。

## (13) 高齢者虐待防止

- 「虐待防止マニュアル」において、虐待の定義を「介護職員が意図的に利用者に対して不適切な取扱いをすること」としているが、虐待は、職員が意図的に行ったか否かを問わないという認識に立つ必要があることに鑑み、マニュアルの「意図的に」という文言を削除するとともに、職員に対する啓発のための研修を実施する等、必要な措置を講じること。

## (14) 介護職員処遇改善加算

- ① 処遇改善に関して、職員へ周知していることが確認できなかった。増額した賃金等の支給方法やキャリアパス要件等、介護職員処遇改善計画書の内容を漏れなく全ての介護職員に周知すること。
- ② 介護職員に対して研修計画を策定し周知していることが確認できなかった。また、新入社員研修としての研修は実施されていたが、継続的な研修（新入社員以外の従業者向け研修）を実施していることが確認できなかった。資質の向上の支援に関する計画を策定し、介護職員に周知したことが確認できるよう記録に残すこと。また、定期的・継続的に研修を実施すること。
- ③ 研修計画の周知について、一定期間掲示しているとのことであったが、実地指導当日は掲示がなく確認できなかった。周知方法を見直すこと。  
また、研修の出席者が少ないので、実施体制を見直すなどし、多くの従業者が参加できるようにすること。さらに、研修欠席者への情報共有について、特定の職員に依頼したことしか記載されておらず、最終的に欠席者本人まで周知されているか確認できない事例があった。今後は、従業者全員に研修内容を共有したことが、確認できるようにすること。
- ④ 実績報告書において、「介護職員に支給した賃金額」に介護職員以外の職員を含めた全職員の賃金額が記載されていた。介護職員に支給した金額を記載すること。

## 2 居宅サービス共通

### (1) 運営規程

- ① 通常の事業の実施地域について、〇〇市の一部地域と記載していた。字名を記載するなど、通常のサービス提供地域が明確になるように記載すること。
- ② 介護予防訪問介護（通所介護）は介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス（通所型サービス）に移行しているので、介護予防訪問介護（通所介護）に係る部分を削除する等、内容を整理すること。

### (2) 内容及び手続の説明及び同意

- ① 重要事項説明書に記載の営業日及び営業時間や通常の事業の実施地域について、運営規程の記載と異なっていた。運営規程の内容と整合させること。
- ② 通常の事業の実施地域を越えてサービスを提供した場合の交通費については、算出の起点を「事業所から」と記載していた。「実施地域を越えた地点から」に修正すること。

### (3) 管理者の責務

- 従業者の勤務時間について、同一法人の経営する別敷地にある有料老人ホームの時間を分けて記録されておらず、事業所としての勤務管理が確認できなかった。介護サービスの時間とその他の時間を明確に区分して記録し、適正な勤務管理を行うこと。

### (4) 心身の状況等の把握

- ① サービス担当者会議の記録がなかった。個別サービスを提供する事業所として、提供の役割や提供上の留意事項を踏まえた上で、出席状況、議事内容等が明確になるように記録を整備すること。なお、サービス担当者会議に出席できなかった場合は、介護支援専門員が作成した記録を取り寄せる等の対応を行い、利用者の置かれている状況等を適切に把握すること。
- ② 利用者の心身の状況等が記載されている基本情報が長年にわたって更新されず、「自立度」がかなり低下しているなど、現在の状況と大きく異なっている事例が散見された。適切な記録となるよう利用者の状態に合わせて更新すること。

### (5) 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 居宅介護支援事業者からの居宅サービス計画書の提供が遅延したことから、個別サービス計画書の作成・交付前にサービス提供をしていた。居

宅介護支援事業者と連携を密にし、サービス提供前に計画書を作成し交付すること。

- ② 利用者の状態に気づき、褥瘡悪化防止のケア等を実施し記録していたが、居宅介護支援事業者等と情報共有していなかった。サービスの提供により把握した利用者の自立向上や悪化防止につながる状況、必要な支援等については、居宅介護支援事業者や他の居宅サービス事業所との情報共有を図ること。

### 3 施設サービス共通

#### (1) 居室

- 居室にナースコールは設置されているものの、利用者の手が届かない状態になっているものがあつたので改善すること。また、改善が困難な場合はこれに代わる設備を設けること。

#### (2) 利用料等の受領

- ① 入所者へ日常的な介護を提供する際に、従業者が使用する使い捨て手袋の費用を入所者から徴収していた。日常的な介護を提供する際に使用する介護材料等に係る費用は、介護給付費に含まれる費用であり、徴収しないこと。
- ② その他の日常生活費の中に、入所者に一律に提供されるもの（シャンプー・ボディソープ・タオル）や、共有スペースに置かれ一律に提供しているティッシュ等の項目が含まれていた。これら費用について入所者に負担させることは適切ではないので、料金設定の見直しを行うこと。
- ③ 入所者から徴収する費用について同意書を作成していたが、金銭管理費用についてはその同意書に記載されていなかった。実際は同意をもらった入所者からのみ金銭管理費用を徴収しているとのことだが、書面で確認できなかった。他の費用項目と同様に同意書に記載すること。

#### (3) 心身の状況等の把握

- サービス計画の作成に当たり、計画作成者が生活相談員の実施した入所前ヒアリングの結果を把握していない等、他の従業者との協議が不十分な事例が散見されたので、十分に協議すること。

#### (4) 介護

- 1か月以上入浴させておらず、代替で清しきを行ったことも確認できない入所者がいた。1週間に2回以上、入浴又は清しきを行うこと。また、入所者の拒否等、対応できない特段の事情がある場合には、その旨を記録すること。



## (5) 緊急時等の対応

- ① 夜間帯の急変に対し、緊急医療対応の手順に沿った対応が取られておらず、また介護職員、看護職員による具体的な記録がされていないため、どのように対応したか不明であった。いつ、誰が、どう対応したか分かるように、具体的な記録を残すこと。
- ② 緊急時の対応マニュアルが何通りもあり、かえって施設内での緊急時対応のルールや緊急性の判断基準が明確でなくなっていた。緊急時の対応について施設内で整理し、緊急性の判断基準を明確にした上で対応マニュアルを作成し、職員に周知すること。

## (6) 非常災害対策

- 浸水想定区域や土砂災害警戒区域に立地しているにも関わらず、運営法人が作成する他施設と共通の非常災害対策マニュアルがあるだけで、地域の状況に応じた水害や土砂災害に対する具体的な避難確保計画が作成されていなかった。地域の状況に応じた水害や土砂災害に対する避難確保計画の作成及び避難訓練を実施すること。

## (7) 衛生管理等

- 洗濯室において、掃除用のモップと食事用エプロンが一緒に干されていた。清潔区域と不潔区域を明確に分けること。

## (8) 身体的拘束等の適正化

- ① 身体的拘束等の適正化のための指針において、身体的拘束廃止に係る委員会の出席者を多職種と定めているが、実際には一部の職種しか出席していなかった。身体拘束廃止について事業所全体で取り組むという認識を持ち、指針に則り多職種が出席できるよう調整すること。  
また、身体拘束廃止委員会について、実際に身体的拘束を行った事例のみを検討する場としており、「検討すべき事例なし」として終了している状態が続いていた。実際に身体的拘束が行われていなくても、不適切なケアや身体的拘束に繋がり得るケアがないかを検討すること。
- ② 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会について、委員のうち管理者と医師はほとんどの回で出席できていなかった。幅広い職種から構成する必要がある当委員会の趣旨に鑑み、管理者及び医師の出席できる体制とすること。
- ③ 身体的拘束等を行っている事例について、必要性を検討した内容や経過及び身体的拘束等を行っている間の状況についての記録が不十分であったので、改善すること。身体的拘束等の期間を超えてもなお継続が必要

であると判断された場合は、実施の時間、方法、期間等について十分に検討し、本人及び家族に改めて説明する等必要な手続きや記録を行うこと。

- ④ 事業所内研修で、身体的拘束の期間について「原則利用期間とする」と周知していた。身体的拘束の三要件のうち「一時性」を満たす条件は「本人の状態像に応じて必要とされる最短の期間」であるので、改めて身体拘束の三要件について職員間で確認し、実際の取り扱いにあたっては機械的に期間を定めることなく、慎重な議論によって対応すること。

- ⑤ 異食のある利用者の行動を抑制する目的で、本人が自由に着脱できない衣類を着用させている状況や、着用により本人の排泄に関する能力の阻害を招く等の状況が確認された。また、その着用にあたるまでの本人の状況や、他の方法での支援を検討した経過等についての記録が確認できなかった。

身体的拘束の3要件等について職員間で再度認識し、施設全体として身体的拘束をせずに行うケアを検討して、身体的拘束をするケースは極めて限定的に考え、常に代替的な方法を検討のうえ対応すること。

- ⑥ やむを得ない場合の身体的拘束等は、入所者本人又は他の入所者の生命又は身体を保護するために、その必要性を施設で判断し実施するものであって、本人や家族の「同意」により実施するものでないが、運営規程において本人や家族から「同意」を求める手続きを規定していた。（『身体拘束ゼロへの手引き』においても、「同意」ではなく「確認」を求めることとしている。）

本人及び家族に対しては、身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束時間・期間等を詳細に説明し、身体的拘束等の実施について十分な「理解」を得ることが必要であって、本人や家族の「同意」の有無で実施の判断をするものではないことを認識の上、身体的拘束等を行う場合の手続きを見直すこと。

- ⑦ 身体拘束廃止未実施減算は、身体的拘束等を行う場合の記録を行っていない場合の他、①身体的拘束の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催していない、②身体的拘束の適正化のための指針を作成していない、③定期的な研修（年2回以上）を実施していない場合に減算となるが、①について5月に1回目を開催して以降、3月以上経過しているが、2回目を開催していなかった。③については実地指導日時点で1回も実施していなかった。

県に減算の届出を提出すること。

## 4 指定訪問介護

### (1) 訪問介護員等の員数

- ① 訪問介護員等が併設サービスの業務を兼務しているが、勤務時間の按分がされておらず、訪問介護員等の必要員数（常勤換算方法で2.5人分以上）が確保されているか確認できなかったため、訪問介護員としての業務とその他業務との勤務時間の按分を適切に行い、必要員数を確保すること。
- ② 訪問介護と一体的に運営する介護予防・日常生活支援総合事業のうち、緩和基準によるサービスAの業務に従事した時間について、訪問介護員の勤務時間に含めて勤務形態一覧表が作成されていた。訪問介護員等の必要員数の計算においては、サービスAの従事時間を含めることはできないため、今後は勤務時間の割振りを適切に行い、必要員数を確保すること。
- ③ 常勤のサービス提供責任者について、併設する有料老人ホームの業務を兼務していることを確認したが、常勤のサービス提供責任者が兼務できる業務は限定されており、有料老人ホームの業務は兼務できないので、改めて人員基準を確認の上、速やかに改善すること。
- ④ 非常勤のサービス提供責任者の勤務時間について、兼務する同一法人経営の有料老人ホームでの従事時間と分けて記録されておらず、常勤の訪問介護員等が勤務すべき時間数の2分の1以上に達していることが確認できなかったため、訪問介護の時間とその他の時間を明確に区分して記録すること。

### (2) 内容及び手続の説明及び同意

- 介護予防訪問介護は制度が終了したが、重要事項説明書には従来のまま記載されているので、該当箇所を削除又は新たな総合事業に即した記載にするなど、適切に修正すること。

### (3) 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供

- 訪問介護計画のサービス内容と、居宅サービス計画に位置付けられたサービス内容に齟齬があるものがあったので、居宅介護支援事業者と密接な連携に努め、居宅サービス計画に変更があった際は、適切に訪問介護計画も変更し、利用者に対し説明・同意・交付を行うこと。  
また、軽微な変更で居宅サービス計画書の変更が省略された場合においても、介護支援専門員から必要な情報を入手し、変更内容等を記録すること。

#### (4) サービスの提供の記録

- 介護支援経過記録において、有料老人ホームのサービスと訪問介護のサービスを同時に提供し、サービス提供記録には有料老人ホームのサービスを含めた提供時間が記載されており、サービス提供記録から実際に訪問介護を提供した時間が確認できない事例が認められたので、有料老人ホームのサービスと訪問介護のサービスを明確に区別し、サービス提供の実施時間には実際に訪問介護を開始した時刻及び終了した時刻を記載すること。

#### (5) 訪問介護計画の作成

- ① 指定訪問介護は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標が設定され、計画的に行われなければならないが、長期目標において、「穏やかに在宅生活が継続できる」等の漠然とした内容が散見されたので、今後は、個々のアセスメントと課題等に基づき、具体的な援助目標を設定すること。
- ② 訪問介護計画について利用者の同意を得る前に、サービス提供を開始した事例が見受けられた。訪問介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又は家族に対し説明し、利用者の同意を署名等により確実に得た上で、訪問介護サービスを行うこと。
- ③ 訪問介護計画の利用者への交付が確認できなかったので、訪問介護計画を作成したときは、利用者が訪問介護計画を受領した日付を記載の上、交付を受けたことが分かる書式により署名等を得ること。
- ④ 長期間にわたり訪問介護のサービス提供時間が居宅サービス計画及び訪問介護計画と恒常的に相違しているにもかかわらず、訪問介護計画の内容を変更せずにサービスを提供している事例があったので、居宅介護支援事業者と調整のうえ、適切に訪問介護計画の見直しを図ること。
- ⑤ 訪問介護計画に位置付けられていないサービスを提供し、報酬を請求している事例、また、訪問介護計画の有効期間を過ぎたままサービスを提供している事例が確認されたので、今後は適切に対応すること。

#### (6) サービス提供責任者の責務

- ① 要介護度の大幅な変更など利用者の状態の変化があったにもかかわらず、アセスメントの記録を更新していない事例が認められたので、サービス提供責任者は、利用者の状態の変化を把握し、その内容を記録すること。
- ② サービス提供記録にサービス提供責任者の押印等がなく、サービス提供責任者が訪問介護員の業務の実施状況を把握していることが書面上確認できなかったので、提供記録の内容を確認した旨を押印等により明確にしておくこと。

#### (7) 勤務体制の確保等

- ① 同一法人が運営する有料老人ホームに派遣されている従業者を、訪問介護員として従事させている事例が確認されたので、事業所ごとに雇用契約（派遣契約を含む）の締結等により、事業所の管理者の指揮命令下にある訪問介護員等によりサービス提供を行うこと。
- ② 雇用契約書の業務内容が高齢者住宅における介護スタッフとなっており、訪問介護員となっていないものがあったので、訪問介護事業所の従業者であることを明確にすること。

#### (8) 衛生管理等

- ① 訪問介護員が持参する物品について、消毒液の使用開始日、手袋等の購入日などの日付が記録されていなかったため、各物品の有効期限を把握するための日付を記録し、適切に管理すること。
- ② 訪問介護員の採用時研修について感染症対策に関する内容が含まれていなかったため、採用時には必ず感染症対策に係る研修等を実施するとともに、実施内容について記録を作成すること。

#### (9) 2人の訪問介護員等による提供

- ① 2人の訪問介護員による訪問介護が行われていたが、明確な理由が訪問介護計画書等に記載されておらず、記録から確認ができなかった。本報酬の取扱いは、利用者の身体的理由により1人の訪問介護員等による介護が困難と認められる場合等に限って算定できることとなっているため、アセスメント等によりその理由を明らかにし、訪問介護計画等に記録すること。
- ② 2人の訪問介護員による訪問介護が行われていたが、訪問介護計画書には記載されておらず、その他記録からも利用者等の同意が確認できなかったため、利用者又はその家族等の同意を得ていることが記録から分かるようにすること。

#### (10) 特定事業所加算

- ① 特定事業所加算の算定に当たり、サービス提供責任者が主催する利用者情報等の伝達などを目的とした会議の定期的開催については、登録型ヘルパーを含めて、当該事業所のサービス提供に当たる訪問介護員のすべてが参加する必要があるが、開催記録によると、毎回半数程度の訪問介護員しか出席していないことを確認した。今後は、開催方法を見直し、すべての訪問介護員が参加できるよう調整すること。

- ② 特定事業所加算の算定に当たり、担当訪問介護員に対するサービス開始前の利用者情報等の文書等による伝達、及びサービス終了後の報告記録の文書等での保存が必要となるが、これら文書等の記録が確認できない事例があったので、今後は確実に記録として保存すること。

**(11) 初回加算**

- 初回加算の算定に当たり、サービス提供責任者が自ら訪問介護を行う、若しくは訪問介護員が訪問介護を行う際に同行している必要があるが、記録から確認できない事例が認められたので、今後は適切に記録すること。

**(12) 緊急時訪問介護加算**

- 緊急時訪問介護加算の算定に当たり、利用者等から要請を受けた時刻や要請内容の記録、また、介護支援専門員が必要と判断した旨の記録について確認ができない事例があったので、今後は適切に記録すること。

**(13) 訪問介護の区分**

- 訪問介護のサービス行為ごとの区分において、調理・掃除等は「生活援助」に該当し「生活援助中心型」の単位数を算定することになるが、誤って「身体介護中心型」で算定している事例が確認されたので、適切に対応すること。

**5 指定（介護予防）訪問入浴介護**

**(1) 基本方針**

- 訪問入浴介護において想定される看護職員の業務は、入浴前と入浴後の健康状態のチェックが主なもので、医師の指示のない座薬挿入は、訪問入浴介護に必要な範囲を超える医療行為とみられる。医療行為かどうか判断に迷う事案については、「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について」（平成 17 年 7 月 26 日付け医政発第 0726005 号厚生労働省医政局長通知）等を参考にして、適切に判断の上、業務を行うこと。

**(2) 設備基準**

- ① サービス提供に必要な台数の入浴車両を、敷地を異にする複数の事業所で共有していた。入浴車両を事業所ごとに確保すること。
- ② 訪問入浴車両を入れ替えたにもかかわらず届け出ていなかった。変更届を速やかに提出すること。

### (3) (介護予防)訪問入浴介護の具体的取扱方針

- サービスの提供に当たって生じたヒヤリ・ハットの記録が詳細に記載されていたものの、当該記録を確認する者が管理者に留まっていた。適切な介護技術をもって安全なサービスを提供できるよう、従業者全員が当該記録の内容を確認し、情報を共有すること。

### (4) 勤務体制の確保等

- 他の事業所の職務と兼務している看護職員が、「勤務形態一覧表」において、他の事業所と重複して勤務している状況や、勤務実績がないにもかかわらず勤務日としている状況がみられた。「勤務形態一覧表」に勤務状況を正確に記載し、利用者に対して適切な訪問入浴介護サービスを提供できるよう、従業者の体制を定めること。

### (5) 訪問入浴介護費

- 主治医により、介護職員3人対応で身体状況等に支障を生じるおそれがないと認められた場合は、看護職員を配置したとしても、所定単位数の100分の95に相当する単位数を算定すること。

## 6 指定（介護予防）訪問看護

### (1) (介護予防)訪問看護の具体的取扱方針

- ① サービス位置付けの根拠が、アセスメントシートから確認できないので、適切なアセスメントの上で、サービスを位置付けること。
- ② 訪問看護計画書を作成することなくサービス提供を行っている事例や、作成した訪問看護計画書の内容について利用者の同意を得ることなくサービス提供を行っている事例が確認されたので、サービス提供前に訪問看護計画書を作成し、利用者の同意を得た上でサービス提供を行うこと。
- ③ 主治の医師の指示にも、訪問看護計画にも位置付けられていないサービスを提供していたので、訪問看護の提供は主治の医師の指示内容を踏まえて作成した訪問看護計画に沿って行うこと。

### (2) 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成

- ① 居宅サービス計画に位置付けられていないサービス内容を訪問看護計画に位置付けていたので、居宅サービス計画書に沿って訪問看護計画を作成すること。
- ② 主治の医師の指示書や居宅サービス計画に無いリハビリを訪問看護計画に盛り込み、実施していたので、主治の医師の指示を踏まえ、居宅サービス計画に沿った訪問看護計画を作成し、訪問看護計画に沿ってサービスを提供すること。



### (3) 主治の医師との関係

- 主治医からの訪問看護指示書に具体的な指示内容が記載されていなかったため、指示書の受理に際しては記載内容の確認を行い、必要があれば主治医に追記を求める等の措置を講じること。

### (4) 運営規程

- 医療材料費について、実費を徴収する旨の記載があったが、訪問看護を提供するために必要な医療材料費は利用料金として徴収することができないので、料金表から削除すること。

### (5) 訪問看護費

- 准看護師が訪問していたにも関わらず所定単位数で算定していたので、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定すること。

### (6) 緊急時訪問看護加算

- 緊急時訪問看護加算算定に当たり、利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ていることが記録等から確認できなかったため、同意を得ていることを明らかにすること。

### (7) ターミナルケア加算

- ① 主治医から指示を受ける等の連携が確認できない事例について、加算を算定していたので、医師からの指示を記録するなど、医師との連携が分かるようにすること。
- ② ターミナルケアに係る計画及び支援体制について、利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得ていることが確認できない事例の加算を算定していたので、利用者及びその家族等に説明し同意を得たことが確認できる記録等を残すこと。

## 7 指定通所介護

### (1) 看護職員

- 看護職員が配置されていない日があったので、通所介護の単位ごとに、看護職員を1以上配置すること。

### (2) 設備基準

- ① 相談室、静養室に次の不備があったので、見直すこと。
  - (ア) 相談室が、書類等の置き場となっていたので、相談するのに不要な物を撤去するなど環境整備すること。

- (イ) 静養室が、椅子等の置き場になっていたので、静養するのに不要な物を撤去するなど環境整備すること。
- (ウ) 静養室とそこに設置されたベッドについて、日常的に機能訓練に使用していたので、機能訓練は食堂兼機能訓練室で行い、静養のため使用できるよう環境整備すること。
- ② 食堂兼機能訓練室において、休憩用ベッド及び機能訓練用具の物品棚を配置していたが、その面積を食堂兼機能訓練室の有効面積から除外していなかったため、直接機能訓練としての使用が想定されない物品棚等の面積を、食堂兼機能訓練室の有効面積から除外した上で、利用定員に応じた機能訓練に必要な面積を確保すること。

### (3) サービス提供の記録

- ① サービス提供時の具体的な利用者の状況や反応等が確認できなかったため、サービス提供の具体的な内容とともにその際の利用者の心身の状況等も記載すること。
- ② サービス提供記録に記載されている送迎実施記録が、実態と異なっていたため、実際の送迎時刻を記載すること。

### (4) 指定通所介護の基本的取扱方針及び具体的取扱方針

- ① サービス提供開始時に、一定期間サービス提供して利用者の状況を把握してから、通所介護サービス計画を作成するという手順を事業所として定めていたため、計画が作成されていない状態で一定期間サービス提供を行っていたため、計画を作成・説明し、同意を得て、交付してからサービス提供を開始すること。
- ② 通所介護計画に位置付けることなく、屋外でのサービスを提供していたため、あらかじめ、屋外でのサービス提供を通所介護計画に位置付けるとともに、効果的な機能訓練等のサービスを提供すること。
- ③ 医師の指示なく、居宅サービス計画に位置付けられたインスリン投与を行っていたため、医師に確認しその指示を得ること。

### (5) 通所介護計画の作成

- ① 通所介護計画の作成について次の不備があったため、見直すこと。
  - (ア) 通所介護計画に、サービスの提供日、時間等を記載していなかったため、目標とともに、サービス内容、提供日、時間等を記載すること。
  - (イ) 計画の目標が、居宅サービス計画の目標を転記した抽象的なものであり、サービス内容は画一的であったため、居宅サービス計画を踏まえつつ、通所サービスが目指す具体的な目標、利用者の心身の状況を踏まえた個別のサービス内容を記載すること。

- ② 居宅サービス計画に沿った通所介護計画の作成について次の不備があったので、見直すこと。
- (ア) 通所介護計画に位置付けられたサービス提供回数や内容が居宅サービス計画と異なっていたので、居宅サービスに沿って通所介護計画を作成すること。
  - (イ) 居宅サービス計画書、通所介護計画書及びサービス提供記録において、サービス提供時間が一致していなかったため、居宅サービス計画及びそれに基づき作成された通所介護計画に沿って、当該計画に位置付けられたサービス提供時間でサービス提供を行うこと。
  - (ウ) 居宅サービス計画の通所介護の提供回数・内容が変更されていたが、通所介護計画を変更していなかったため、居宅サービス計画が変更されたら、通所介護計画を変更すること。
- ③ 通所介護計画作成時の利用者又はその家族への説明、同意、交付について次の不備があったので、見直すこと。
- (ア) 同意日の記載がなかったため、利用者又はその家族に説明し同意を得た日付を記載すること。
  - (イ) 通所介護計画書の同意日がサービス提供後の日付となっていたため、計画の説明・同意・交付してから、サービス提供を開始すること。
  - (ウ) 利用者の同意日をあらかじめ印字していたため、説明し同意を得てから日付を記入すること。
  - (エ) 通所介護計画の作成後、同意を得るまでに相当の日数を要していたため、計画の作成後速やかに、説明、同意、交付してからサービス提供すること。
- ④ 通所介護計画の実施状況等の把握、計画の変更について次の不備があったので、見直すこと。
- (ア) 通所介護計画の作成後に目標の達成状況を記録していなかったため、計画の実施状況、目標の達成状況を記録し、必要に応じて計画の変更を行うこと。
  - (イ) 目標の達成状況や特記事項などのモニタリング結果を踏まえず、計画を見直していたため、モニタリング結果を計画の見直しに反映させること。
  - (ウ) 通所介護計画を変更することなく、一定期間サービス提供時間を短縮していたため、サービス提供時間、内容等を変更する場合には計画を変更すること。
  - (エ) 通所介護計画を変更した際に、目標の変更のみであったため、家族への説明は行ったものの利用者の同意を得ていなかったため、計画を変更した場合には、利用者等に説明し同意を得た上で交付すること。

- ⑤ 通所介護の他に宿泊サービスを利用している利用者の通所介護計画に、宿泊サービスを位置付けていたので、通所介護サービスとそれ以外のサービスを明確に区分すること。

#### (6) 所要時間

- 通所介護計画書ではサービス提供時間が2－3時間となっている利用者について、当日のサービス進行状況等により計画の時間を超えて事業所にいたため、計画よりも長い時間（3－4時間）で算定していたので、現に要した時間ではなく、通所介護計画に位置付けられた標準的な時間により算定すること。

#### (7) サービス提供時間中の中断

- 通所介護サービスの提供時間中に理美容サービスを提供したが、当該時間を除かずに報酬算定していたので、理美容サービスに要した時間を通所介護提供時間から除いて報酬算定すること。

#### (8) 個別機能訓練加算Ⅱ

- ① 個別機能訓練計画の作成について次の不備があったので、見直すこと。
  - (ア) 機能訓練の目的が、「しっかり歩きたい。」等の身体機能そのものの回復を目指す内容だったので、「近所のスーパーに一人で歩いて行き買い物ができるようになる。」等の残存する身体機能を活用して生活機能の維持・向上を図る内容に見直すこと。
  - (イ) 個別機能訓練計画について、記録からは同意日が確認できなかったため、同意日を記載すること。
  - (ウ) 個別機能訓練計画について利用者又は家族の同意を得る前から個別機能訓練を開始していたので、計画を説明し同意を得てから個別機能訓練を開始すること。
- ② 個別機能訓練記録によると、個別機能訓練計画に位置付けられた運動とは異なる運動を実施していたので、計画に基づいて個別機能訓練を実施すること。

#### (9) 栄養改善加算

- ① 当該事業所の従業者として管理栄養士が配置されていることが、記録からは確認できなかったため、そのことがわかる書類を保管し、勤務実績等を記録すること。
- ② 利用開始時に、栄養ケア計画を作成しないまま栄養改善サービスを提供していたので、管理栄養士等の多職種が共同して栄養ケア計画を作成してからサービス提供すること。

- ③ 利用者の栄養状態を評価しないまま、栄養改善サービスを継続していたので、おおむね3月ごとに栄養状態の評価を行い、引き続き栄養改善サービスを行うことが必要と認められる利用者について、サービスを継続すること。

**(10) 口腔機能向上加算**

- ① 認定調査の内容によらず算定対象としている利用者について、その必要性を検討した記録がなかったため、その必要性の検討結果を記録すること。
- ② 利用開始時に、利用者の口腔機能を把握せず、口腔機能改善管理指導計画を作成していなかったため、利用者の口腔機能を把握し、歯科衛生士等が共同して口腔機能改善管理指導計画を作成すること。
- ③ 利用者の口腔機能の状態の評価について主治の医師等に対し情報提供したことが、記録からは確認できなかったため、概ね3月ごとに情報提供するするとともに、そのことがわかるよう記録すること。

**(11) サービス提供体制強化加算**

- 通所介護の利用回数に比べて加算の算定回数が少ない利用者が複数いたため、サービス提供した利用者全員について、利用した回数ごとに加算を算定すること。

**(12) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）**

- 介護福祉士の占める割合の要件を満たしているか確認したことが、記録からは確認できなかったため、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（又は50）以上（常勤換算方法により算出した前年度実績（3月を除く）の平均）を満たしているか、毎年度確認し、その結果を記録すること。

**(13) サービス提供体制強化加算（Ⅱ）**

- 一定の勤続年数の職員の占める割合について確認したことが、記録からは確認できなかったため、指定通所介護を直接提供する職員（生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員）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（常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く）の平均）を満たしているか、毎年度確認し、その結果を記録すること。

**(14) 栄養スクリーニング加算**

- ① 加算の算定を行う事業所について、サービス担当者会議で決定したこ

とが、記録からは確認できなかったので、今後は記録に残すこと。

- ② 低栄養状態の利用者に関する情報を介護支援専門員へ情報提供していることが、記録からは確認できなかったので、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、栄養状態に関する情報を介護支援専門員に提供するとともに記録するなど、そのことが確認できるようにすること。

#### (15) 生活機能向上連携加算

- ① 個別機能訓練計画に実施時間の記載がなかったので、目標、実施時間、実施方法等を記載すること。
- ② 機能訓練に関する記録に、実施時間、担当者の記載がなかったので、実施時間、訓練内容、担当者等を記載すること。
- ③ 機能訓練指導員等が利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の進捗状況等を説明していることが、記録からは確認できなかったので、3月に1回以上説明し、記録すること。

### 8 指定（介護予防）通所リハビリテーション

#### (1) 設備等

- 「休憩室」と届出されている部屋が実際には「事務室」として使用されており、用途が異なっていることを確認したので、県高齢福祉課へレイアウト変更の届出をするか、申請どおりの原状に復するか等を検討し、速やかに必要な対応をとること。

#### (2) （介護予防）通所リハビリテーションの具体的取扱方針

- ① （介護予防）通所リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び通所リハビリテーション計画に基づき、適切に行うとされているが、リハビリテーション指示書に医師の記載日の記入欄がないので、様式を改定して記載日が記入できるようにすること。
- ② 医師の指示等に基づき、日常生活の自立に資するよう通所リハビリテーションを提供することとされているが、医師の指示の記録に署名がないので、指示書の受理に際しては記載内容の確認を行い、必要があれば主治医に追記を求める等書類に不備のないようにすること。
- ③ 医師の指示について、通所リハビリテーションの利用開始時に通所利用許可証が出ているのみだったため、医師の指示内容を記録上明確にし、指示内容を踏まえてリハビリテーション計画書を作成すること。
- ④ 毎月モニタリングを実施しているが、その内容を指定介護予防支援事業業者に報告していることが確認できなかったため、報告した際は、記録すること。

### (3) (介護予防) 通所リハビリテーション計画の作成

- ① リハビリテーションの実施記録を確認したところ、実際のサービス提供時間ではなく、計画上の時間で記載されていたので実績の時間を記載すること。
- ② 居宅サービス計画と通所リハビリテーション計画で週の利用回数が異なる利用者がいた。各計画の変更については、利用者本人やケアマネジャーとの調整は行っていたとのことだが、記録上確認がとれなかったので今後は経緯等を記録に残すこと。
- ③ 通所リハビリテーション計画書において、利用者の同意を得ていることが確認できない事例が複数認められたので、サービス提供前に確実に同意を得ていることが分かるようにすること。特段の事情により、利用者が同意の署名をすることができない場合には、その旨を記録しておくこと。
- ④ 通所リハビリテーション計画書を確認したところ、記載内容に不十分な点が見受けられたので、具体的なアプローチとその頻度や留意点、個々の利用者ごとの課題や希望、短期及び長期の援助目標等について具体的に記載するよう、また、多職種が共同して作成していることが分かるよう、見直しを図ること。
- ⑤ 通所リハビリテーション計画は作成されていたが、利用者・家族から同意を得ずにサービス提供している事例が確認されたので、サービス提供前に確実に同意を得て、計画書を交付すること。
- ⑥ 通所リハビリテーション計画について、概ね3か月ごとの更新時に、計画の内容について評価を行っているとのことだが、評価の内容が記録で確認できなかったため、今後は評価を行ったうえで具体的な内容を記録に残すこと。

### (4) サービスの提供の記録

- ① 介護職員が記録している日報とリハビリ担当職員が記録している日報で利用者数が異なっている日が散見されたので、日報等は、報酬請求の基礎となる書類のため、齟齬のないよう正確に記録すること。
- ② 理美容サービスを受けている時間については、通所リハビリテーションの提供時間から除外する必要があるが、実際に理美容サービスに要した時間の記録が確認できなかったため、今後は記録に残し、通所リハビリテーションの提供時間から除外すること。



**(5) 定員の遵守**

- 利用定員を超えて通所リハビリテーションの提供を行ってはいない  
とされているが、定員を超えてサービス提供を行っている日を複数確認  
したので、定員を遵守したサービス提供に努めること。

**(6) 非常災害対策**

- 要配慮者利用施設等では、消防計画のほか水害・津波・土砂災害等の  
様々な災害を想定し、立地条件等地域の実情や関係機関等との連携体制  
も考慮した、実効性のある具体的な「非常災害対策計画」を策定する必要  
があるが、未整備であったので、早急に整備のうえ、全職員へ周知し、当  
計画に基づいた避難訓練を定期的の実施すること。

**(7) 時間延長サービス加算**

- 時間延長サービス加算は、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ので、  
サービス提供時間が7時間10分のものについては加算の対象とならない  
ので算定しないこと。

**(8) リハビリテーションマネジメント加算**

- ① 通所リハビリテーション計画の内容について、利用者又は家族に説明  
し同意を得て交付することとされているが、入所後最初に作成した通所  
リハビリテーション計画について、利用者の同意を得ていない事例が確  
認されたので、その後変更等が見込まれる最初の計画であっても同意を  
得ること。
- ② 通所リハビリテーションの医師が、理学療法士等に対し、以下の指示を  
行っていることが記録上確認できなかったため、理学療法士等は、医師の  
指示内容が基準に適合するものであると明確に分かるように記録するこ  
と。
  - (ア) 利用者に対する指定（介護予防）通所リハビリテーションの目的
  - (イ) 当該指定（介護予防）通所リハビリテーション開始前又は実施中の  
留意事項、やむを得ずリハビリ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
- ③ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士から、介護支援専門員を通じて  
リハビリテーションの観点からの助言等を行っていることが確認できな  
い事例が認められたので、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護その他  
指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、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等を伝達し、連  
携を図ること。

#### (9) 口腔機能向上加算

- ① 認定調査の内容によらず算定対象としている利用者について、その必要性を検討した記録がなかったため、その必要性の検討結果を記録すること。
- ② 利用開始時に利用者の口腔機能を把握しておらず、口腔機能改善管理指導計画を作成していなかったため、利用者の口腔機能を把握し、歯科衛生士等が共同して口腔機能改善管理指導計画を作成すること。
- ③ 利用者の口腔機能の状態の評価について主治の医師等に対し情報提供したことが記録からは確認できなかったため、概ね3月ごとに情報提供したことが分かるよう記録すること。

#### (10) 運動器機能向上加算

- ① 利用者ごとに、おおむね3月程度で達成可能な目標（長期目標）及び長期目標を達成するためのおおむね1月程度で達成可能な目標（短期目標）を設定する必要があるが、一つの目標を設定しているのみなので、長期目標及び短期目標を設定すること。
- ② おおむね1月ごとに、利用者の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必要があるが、利用者のADLの評価を記載しているので、握力、歩行速度等の運動器の機能そのものの客観的な評価結果を記載すること。
- ③ 運動器機能向上計画には、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、実施時間、一回当たりの実施時間、実施形態等を記載する必要があるが、運動の種類、実施頻度の記載はあるものの、それ以外の記載がないので、記載すること。
- ④ 運動器機能向上計画書について、3月で1枚の書式となっているが、作成時ではなく、最終評価月に同意のサインをとっているものを確認したので、サービス提供前に同意を得たうえで行うよう徹底すること。

### 9 指定（介護予防）特定施設入居者生活介護

#### (1) 内容及び手続の説明及び契約の締結等

- 重要事項説明書等について、表題及び署名欄の記載が有料老人ホーム重要事項説明書となっているので、「（介護予防）特定施設入居者生活介護」と兼用の重要事項説明書であることを明示すること。又は、「（介護予防）特定施設入居者生活介護」の重要事項説明書を作成すること。

## (2) (介護予防) 特定施設入居者生活介護の取扱方針

- 従業者が記載した各種記録や報告書に、利用者について「居室の前に置いておいた」「放置した」等利用者の尊厳への配慮の欠けた表現が確認されたので、今後は提供したサービスについて利用者の尊厳に配慮したものとなっているか質の評価を行い、適宜その改善を図ること。

## (3) (介護予防) 特定施設サービス計画の作成

- ① 特定施設サービス計画において、利用者及び家族の意向が反映していない事例や、アセスメントシート等と日課計画表との間で整合性が取れていない事例があったので、入居者の状況や課題、サービスの内容等を従業者間で共有を図り、適切な計画とすること。
- ② 特定施設サービス計画の作成日及び同意日前にサービスを提供し、報酬算定を行っている事例、利用者本人又は家族の同意が確認できない事例、変更後の特定施設サービス計画に説明・同意日及び本人又は利用者家族の署名がない事例を確認したので、計画を作成し、説明・同意・交付してサービスを提供した場合に報酬を算定すること。
- ③ 特定施設サービス計画の原案の作成にあたり、計画作成担当者が介護職員等と協議していなかったため、今後については、計画作成担当者は、多職種間の情報共有と意見調整を踏まえた計画を作成すること。

## (4) 生活機能向上連携加算

- 個別機能訓練に関するアセスメントにおいて、外部の理学療法士等（以下「理学療法士等」という）の意見聴取がされておらず、理学療法士等と共同して個別機能訓練計画の作成を行っていることが確認できない事例があった。また、「現状の訓練継続」との記載があるのみで、理学療法士等との連携が不十分な事例があった。  
理学療法士等と共同してアセスメント、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行うこと。

## (5) 個別機能訓練加算

- ① 個別機能訓練計画に目標が具体的でないものが見られたので、具体的な目標設定をし、目標の達成状況が明確に確認できるようにすること。また、個別機能訓練の効果、実施方法等について評価し、訓練開始時及びその3月ごとに1回以上利用者に対して計画の内容を説明しそのことを記録すること。
- ② 状態の違う利用者でも個別機能訓練計画が同一の内容のものが見受けられたので、特定施設サービス計画に基づき利用者の状況に沿った計画を作成すること。

- ③ 個別機能訓練計画の内容について、個別機能訓練の開始時及びその後3月ごとに利用者に説明した記録が確認できなかったもので、今後については、利用者に説明し、その旨記録すること。

#### (6) 看取り介護加算

- ① 看取りに関する指針の内容について、利用者等の同意を得ていることが確認できなかったもので、同意を得たことを記録すること。
- ② 利用者の状態又は家族の求め等に応じて、随時家族に説明し、同意を得た記録が確認できなかったもので、今後は同意を得るとともに記録に残すこと。

#### (7) 夜間看護体制加算

- ① 「夜間看護体制加算同意書」を使用して、利用者等から同意を得ているが、「重度化した場合における指針」について利用者等が説明を受けたことが明らかにされていないので、指針の説明を受け同意したことを明らかにした「同意書」を使用して、利用者等の同意を得ること。
- ② 夜間における連絡・対応体制（オンコール体制）に関するマニュアルはあったが、従業者に周知されていなかったもので、今後は、より詳細な取り決めを整備し、従業者に内容を周知すること。

#### (8) 医療機関連携加算

- ① 協力医療機関等への情報提供をしていない期間に加算算定している事案を確認したので、情報提供した場合に加算算定すること。
- ② 協力医療機関等に健康の状況を提供するにあたり、利用者から同意を得たことが明確に確認できなかったり、情報提供日時及び情報提供内容が確認できなかったりした。今後は利用者から同意を得て、情報提供の日時・内容を記載すること。
- ③ 協力医療機関等への情報提供書において、情報提供を行った看護職員の氏名の記載が漏れている事例が確認されたので、漏れなく記載すること。

また、一部の提供資料（他科への受診報告書）について、医師から署名あるいはそれに代わる方法により受領の確認を得ていなかったもので、今後は確認を得ること。

#### (9) 口腔衛生管理体制加算

- ① 歯科医師又は歯科衛生士（以下「歯科医師等」という）からの技術的助言及び指導の内容を記載した文書について、歯科医師等の署名がなく、記名部分にも押印がされていないものがあったので、署名を求める等必要

な措置を講じること。

- ② 歯科医師等が介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っていることが記録で確認できないもの、実施日時及び指導を受けた職員が明確になっていないものがあったので、今後は毎回の実施記録について確実に記載し保管すること。

#### (10) 栄養スクリーニング加算

- ① 栄養スクリーニング記録表等により BMI 等に関する情報提供を行っているが、介護支援専門員の受領印が押されていない箇所が見られたので、介護支援専門員に情報を提供したことがわかるようにすること。
- ② 算定開始の翌月のサービス担当者会議において栄養スクリーニングが必要なことが決定されていた事例が認められたので、算定開始前にサービス担当者会議で決定すること。

#### (11) 退院・退所時連携加算

- ① 退院時に医療提供施設から利用者に関する情報提供を受けているが、情報源が記録上明らかでないので、明確に記録すること。
- ② 退院後の施設サービス計画を作成することなく、当加算を算定している事例が認められたので、退院後の特定施設サービス計画を作成し、特定施設サービス利用に関する調整を行った場合に、当加算を算定すること。

### 10 指定（介護予防）福祉用具貸与、指定特定（介護予防）福祉用具販売

#### (1) 指定（介護予防）福祉用具貸与の具体的取扱方針

- 福祉用具貸与の提供に当たって福祉用具専門相談員の説明に際し、新たに義務付けられた事項（①貸与しようとする商品の全国平均貸与価格を利用者に説明すること（平成30年10月以降）、②同一種目における機能又は価格帯の異なる複数の福祉用具に関する情報を利用者に提供すること）について実施していなかったため、今後は適正に実施すること。

#### (2) （介護予防）福祉用具貸与計画の作成

- ① 貸与品が変更されているが、福祉用具貸与計画書が変更されていないため、貸与品に変更が生じた場合には、福祉用具貸与計画書の内容を変更すること。
- ② 特定福祉用具販売の利用がある場合でも、同一の利用者に対して貸与と販売の計画が別々に作成されていたため、一体的に作成すること。
- ③ 居宅サービス計画に位置付けられていない福祉用具を福祉用具貸与計画に位置付けている事例があったため、介護支援専門員と調整し、位置付けた上で提供すること。

- ④ 福祉用具貸与計画に位置付けしていない品目を保険請求していたので、保険請求を行う場合には、福祉用具貸与計画に位置付けること。

### (3) 特定（介護予防）福祉用具販売計画の作成

- 福祉用具を販売した利用者に対して、特定福祉用具販売計画書を交付していない事例があったので、作成し、交付すること。

### (4) 衛生管理等

- 福祉用具の保管及び清掃を他社に委託しているが、委託先の業務遂行状況を確認していなかったため、定期的に確認し、結果を記録に残すこと。

## 1 1 指定介護老人福祉施設

### (1) 変更の届出等

- 指定介護老人福祉施設の開設者は、介護支援専門員が変更となった時は、10 日以内にその旨を神奈川県知事に届出なければならないが、届け出がされていなかった。  
については、速やかに神奈川県知事に届け出ること。また、今後変更等があった場合は期限内に届け出ること。

### (2) 人員に関する基準

- ① 生活相談員は常勤でなければならないが、勤務時間が常勤の時間数に達しておらず、介護保険の制度上は非常勤の扱いとなり、常勤の生活相談員がいない状況であった。速やかに常勤の生活相談員を配置すること。
- ② 生活相談員が必要な資格を有しておらず、また、同等以上の能力を有すると事業所が判断した根拠が書類から確認できなかった。資格を有していない者を生活相談員として配置する場合には、有資格者と同等以上の能力を有すると事業所が判断したことが客観的に確認できるよう記録に残すこと。
- ③ 機能訓練指導員は1以上配置しなければならないが、機能訓練指導員が配置されていないことを勤務形態一覧表及びヒアリングにより確認した。については、速やかに機能訓練指導員を配置すること。
- ④ 看護職員については、常勤の看護師を1名以上配置することが必要である。（※常勤として法人に採用されていても、併設サービスの業務を兼務している場合、当該看護師は非常勤の扱いとなる。）

### (3) 入退所

- 指定介護老人福祉施設は、サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めなければならない、こうした

優先的な入所の取扱いについては、透明性及び公平性が求められることに留意しなければならない。

しかしながら、次のとおり不適切な事項が認められた。

(ア) 入所者は、優先順位のとおりになっていなかったが、入所の調整が必要な理由や調整内容の記録がなく、入所者決定の経過が不明だった。

(イ) 評価基準の特記事項の配点の根拠が不明であるなど、点数の妥当性が確認できなかった。

(ウ) 施設の規程には、要介護1・要介護2の特例入所に関する規定がない等、最新の県指針の内容が反映されていなかった。

については、神奈川県特別養護老人ホーム入退所指針に基づいた取扱いとし、記録を整備して透明性及び公平性を確保すること。

#### (4) 施設サービス計画の作成

① 更新認定を受けた際に、サービス担当者会議を通じて施設サービス計画の変更の必要性を確認していない事例があった。

については、更新認定を受けた際には、サービス担当者会議において、施設サービス計画の変更の必要性を確認すること。

② 変更された施設サービス計画について、利用者の同意を新たな計画期間開始後に得ている事例があった。

については、施設サービス計画を変更した際には、新たな計画期間が始まる前に利用者の同意を得ること。それが困難な場合には、口頭での連絡調整について記録に残すこと。

③ 入所者の長期目標及び短期目標の期間の設定が画一的なものが散見された。今後は個々の入所者の状況に応じた施設サービス計画を作成すること。

#### (5) 機能訓練

○ ほとんどの入所者の機能訓練計画の内容が同じで、実施記録の内容が不十分であるケースがあった。また、従業者ではなく外部のマッサージ師が歩行訓練を行っていた。

については、入所者一人ひとりの状況に応じた機能訓練を実施し、施設の従業者による訓練を実施すること。

#### (6) 勤務体制の確保等

① 日中はユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置しなければならない。勤務形態一覧表を確認したところ、日中に介護職員が不在の時間帯がある日が複数あった。

実際は時間外勤務により介護職員を配置しているとのことであったが、通常の勤務時間内で人員基準を満たすよう対応すること。



- ② ユニット型指定介護老人福祉施設は、昼間については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置する必要がある。しかし、ユニットごとではなくフロアごとの固定配置となっていたので、速やかに改善すること。
- ③ ユニット型指定介護老人福祉施設には、ユニットリーダー研修を修了した従業者を2名以上配置する必要がある。しかし、ユニットリーダーが1年間以上1名のみの配置であり、現在は2名配置されていなかった。
- ついては、速やかにユニットリーダー研修を修了した従業者を2名以上配置すること。※施設のユニット数が2ユニットの場合は、ユニットリーダー研修修了者は1人以上いればよい。

#### (7) 看護体制加算

- 看護体制加算Ⅰの要件として、常勤の看護師を1名以上配置することが必要である。（※常勤として法人に採用されていても、併設サービスの業務を兼務している場合、当該看護師は非常勤の扱いとなる。）
- 記録を確認したところ、看護職員全員が併設の通所介護事業所の業務を兼務していたが、通所介護事業所の業務は同時並行的に行われるものとは認められないため、介護保険上は非常勤の扱いとなる。ついては、速やかに看護職員の人員体制を整えること。
- なお、体制が整わない場合は県高齢福祉課に加算届出の取り下げを行うこと。

#### (8) 夜勤職員配置加算

- 夜勤職員配置加算について、夜勤時間帯は「午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間」を設定する必要がある。
- 事業所が設定している夜勤時間帯をヒアリングしたが明確な回答が得られなかった。また、本加算の要件を満たしているか確認できる記録が作成されていなかった。今後は適切に記録に残すこと。

#### (9) 個別機能訓練加算

- ① 本加算については、3月ごとに1回以上（短期入所生活介護の場合は利用者の居宅を訪問した上で）利用者又は家族に対して計画の内容を説明し記録する必要があるが、3月以上計画の説明・記録がされていないケースを確認した。
- ヒアリングしたところ、ケアプランの見直しの時期に合わせれば良いと誤認していたとのことであったが、今後は3月ごとに1回以上行うこと。
- ② 個別機能訓練計画の目標が「楽しく生活できる」、「落ち着いて生活でき

る」等、生活の目標となっている事例が見受けられたので、機能訓練としての具体的な目標を設定すること。

- ③ 個別機能訓練計画について、多職種が共同して作成していることが確認できるよう、カンファレンス記録等を整備すること。

#### (10) 精神科医師定期的療養指導加算

- ① 勤務形態一覧表に精神科医師が記載されていなかった。管理者にヒアリングしたところ、実際は月 2 回精神科医師が勤務しており、勤務形態一覧表への記載漏れとのことであった。今後は記載漏れのないよう適切に作成すること。
- ② 本加算を算定するには、常に認知症である入所者の数を的確に把握する必要がある。しかし、認知症である入所者の数を精神障害者保健福祉手帳の有無で把握しているだけで、的確に把握しているとは認められなかった。今後については、医師の診断等により、認知症である入所者の数を的確に把握すること。

#### (11) 初期加算

- 本加算は入所した日から起算して 30 日以内の期間しか算定できないが、31 日算定しているケースがあった。起算日を確認のうえ、算定誤りのないようにすること。

#### (12) 栄養マネジメント加算

- ① 3 月ごとに見直した栄養ケア計画を家族へ郵送し、サインされた計画を返送してもらうことで同意を得ているが、計画の変更が無かった場合に同意を得ているか記録から確認できなかった。  
今後は計画に変更がない場合でも、電話等で説明し同意を得て、その旨を記録に残すこと。
- ② 記録を確認したところ、医療機関から退院し再入所した数日後に栄養ケア計画の同意を得ていたにもかかわらず、再入所した日から栄養マネジメント加算を算定していた事例があった。  
今後については、栄養ケア計画を説明し、再入所前に同意を得るよう努め、同意を得られた日から算定すること。

#### (13) 経口維持加算

- ① 6 月を超えて加算を算定する利用者について、その必要性等について医師又は歯科医師の指示を受けていることが書面上確認できないものがあるので、記録様式を整備する等必要な措置を講じること。

- ② 経口維持加算Ⅰについては、管理栄養士等が栄養管理を行うにあたり歯科医師から指示を受けている場合、主治の医師から指導を受ける必要がある。

往診記録には医師の指導について記録されており、看護師には周知されているとのことだったが、管理栄養士にヒアリングしたところ、その内容について把握しておらず医師からの指導を受けているという認識がないことが分かった。

今後は、医師の指導の周知方法について見直し、確実に医師の指導を受けること。

- ③ 経口維持加算Ⅰについては、月1回以上、経口維持計画を作成し、入所者又はその家族に説明し、同意を得なければならない。

記録を確認したところ、6月ごとに経口維持計画が作成されていたので、今後については、月1回以上、経口維持計画を作成し、入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

- ④ 経口維持加算Ⅰについては、算定期間は入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して6月以内の期間に限るものである。なお、6月を超えた場合でも、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして医師又は歯科医師の指示がなされ、また、特別な管理を継続することについての入所者の同意が得られた場合にあっては、引き続き当該加算が算定でき、その際の医師又は歯科医師の指示はおおむね1月ごとに受ける必要がある。

記録を確認したところ、入所者等の同意を得られた日の属する月から6月を超えていたが、6月を超えて特別な管理をする旨の医師等からの指示が確認できなかった。

今後については、おおむね1月ごとに医師又は歯科医師の指示を受けその旨を記録すること。

#### (14) 口腔衛生管理体制加算

- 口腔衛生管理体制加算は、指定介護老人福祉施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導※を月1回以上行っている場合に算定できる。

しかしながら、歯科医師の技術的助言又は指導の記録の中に、「これからよろしく願います」等の記載にとどまり、必ずしも加算の要件に当てはまるとはいえないものがあった。加算要件に値する助言、指導を受け、その内容を記録に残すこと。

また、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画は数年前のものであり、その後、歯科医師が交代しているので、現在の歯科医師に計画の内容について確認すること。

※ 加算要件に値する助言・指導とは「口腔内状態の評価方法、口腔ケアの手技、物品整備の留意点、リスク管理、その他実施にあたり必要と思われる事項のいずれか」をいう。

## (15) 療養食加算

- ① 療養食加算については、入所者の病状等に応じて、主治の医師より発行された食事箋に基づき療養食が提供された場合に算定でき、また、当該加算を算定する場合は、療養食の献立表が作成される必要があるが、次のとおり不適切な事例があった。

(ア) 医師から療養食の指示が出ているにもかかわらず、医師の発行する食事箋に基づき提供すべき栄養量と、栄養ケア計画に記載された提供栄養量が一致しないものが見受けられた。

また、医師から指示量等を変更する食事箋が発行されていないにもかかわらず、提供栄養量や食形態を変更している事例が見受けられた。

(イ) 医師より発行された食事箋に、約束食事箋とは異なる個別の指示量が記載されている事例があり、療養食加算の算定に必要な療養食の献立表の作成は確認できなかった。

療養食加算の算定に当たっては、提供する食事の内容、量、エネルギー量及び栄養量が献立表として客観的に確認できる必要があるので、献立表を整備するなどの対応を行うこと。

- ② 心臓疾患等の減塩食については、食塩総量 6.0 g 未満の食事を提供する必要があるが、療養食の献立表を確認したところ、食塩総量が 6.0 g となっている日が複数あることを確認した。

については、同様の事例がないか確認し、適切な対応をとること。

- ③ 療養食加算における心臓疾患等の減塩食については、食塩総量 6.0 g 未満の療養食を提供する必要があるが、医師が発行する食事箋を確認したところ、食塩量 7 g と記載されているケースが散見された。医師の記載誤りであり、実際は 6.0 g 未満で提供しているとのことであったが、今後は医師との連携に努め、記載誤りのないようにすること。

については、実際に提供した塩分量を改めて確認のうえ、適切な対応をとること。

- ④ 療養食加算における減塩食療法は、高血圧症に対して行う場合は加算の対象とはならない。

しかし、医師の発行する食事箋を確認したところ、病名欄に「高血圧」と記載されている入居者を確認した。

については、加算の対象となる疾病を確認の上、適切な対応をとること。

## (16) 看取り介護加算

- ① 本加算については、医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者である必要がある。看取り介護に係る医師の診断について、往診時に本人の状態を確認していることをヒアリングで確認したが、その診断内容についての記載がされていないケースがあったので、診断の具体的な内容について確実に記録すること。

- ② 看取り介護加算の要件として、常勤の看護師を1名以上配置することが必要である（※常勤として法人に採用されていても、併設サービスの業務を兼務している場合、当該看護師は非常勤の扱いとなる。）。

記録を確認したところ、看護職員全員が併設の通所介護事業所の業務を兼務していたが、通所介護事業所の業務は同時並行的に行われるものとは認められないため、介護保険上は非常勤の扱いとなる。については、速やかに看護職員の人員体制を整えること。

なお、体制が整わない場合は県高齢福祉課に加算届出の取り下げを行うこと。

- ③ 看取り介護の実施に当たっては入所者に関する医師の診断を前提にした介護に係る計画の作成と利用者等への十分な説明が求められるが、看取り介護に関する計画と同意書に記載された日付が、医師による診断がされた日付より前になっているケースが確認された。

については、医師による診断がされた日は正確に記録し、医師の診断の後、看取り介護計画を作成の上同意をもらうこと。

## (17) 褥瘡マネジメント加算

- ① 当該加算の算定に当たっては、入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果を厚生労働省に報告する必要がある。また、当該評価は、既に入所している者については、大臣基準第七十一の二の要件に適合しているものとして都道府県知事に届け出た日の属する月に評価を行う必要がある。

しかし届出の日の属する月に評価が行われていなかった。

については、一度届出の取下げを行うとともに、当該加算を算定するに当たっては、入所している者全員の評価が完了し、要件に適合することとなる月に改めて届出を行うこと。

- ② 入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、評価を行っているが、その記録に評価日が記載されていないので、評価を行った場合にはその日付を記載しておくこと。

また、褥瘡対策に関するケア計画書に作成日の記載がなかったため、作成日を明確にすること。

## (18) 排せつ支援加算

- 本加算を算定するためには、医師と連携した看護師が「適切な対応を行うことにより、介護状態の軽減が見込まれる」と判断した場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告する必要がある。

報告は排せつ支援会議の議事録によって医師に報告しているとのことだが、支援の開始から1月後となっていた事例が認められた。

今後については、支援開始前に医師へ報告し、その旨を記録すること。

## 1.2 指定（介護予防）短期入所生活介護

### (1) 定員の遵守

- 利用者の同日入退所が発生した日について、利用時間の重複が常態化していた。災害・虐待等のやむを得ない事情がある場合を除き、重複した時間については定員超過による運営基準違反となることから、定員順守と適正な入退所の管理を徹底すること。

### (2) （介護予防）短期入所生活介護の取扱方針

- ① 長期又は連続的に短期入所生活介護サービスを利用する利用者について、当該利用者の短期入所生活介護計画が作成されたまま相当期間放置され、モニタリングの実施についても不明瞭な事例があった。

については、長期又は連続的に短期入所生活介護サービスを利用する利用者については、居宅サービス計画、サービス担当者会議等で確認された方向に基づき、適切なモニタリングを実施すること。

- ② 短期入所生活介護計画の実施後の評価等について、実施していることが書面上確認できないものがあるので、記録様式を整備する等して評価結果を記録すること。

### (3) 送迎加算

- 体調不良により退所日が変更となった利用者の送迎の記録が漏れていた事例があったので、適切に記録すること。

### (4) 緊急短期入所受入加算

- ① 緊急利用した者に関する利用に係る理由、期間、緊急受入れ後の対応などの事項を記録する必要があるが、これらの記録が確認できなかった。また、算定対象期間が原則7日に対し最大の14日の事例があったが、「やむを得ない事情」の記録がなかった。さらに、すでに居宅サービス計画が作成された後の入所に対し、誤って加算していた事例を確認した。

については、加算の趣旨と算定要件を再確認し、今後は適正な運営を図ること。

- ② 緊急利用した者に関する利用の理由について、レスパイト目的との記録のみであり、誰のためのレスパイトなのかなどが明確ではない事例が認められた。当該加算の算定に当たっては、具体的に理由を記録しておくこと。

**(5) 長期利用による減算**

- 居宅に戻ることなく、自費利用を挟み同一事業所を連続 30 日を超えて短期入所を提供した場合、連続 30 日を超えた日から減算を行う必要があるが、減算せずに報酬請求していたので、適切に対応すること。

**1 3 介護老人保健施設**

**(1) 看護師、准看護師及び介護職員の員数**

- 看護職員の員数は、看護職員及び介護職員の総数の 7 分の 2 程度が標準とされているが、配置数がこれを満たしていないので、引き続き看護職員の確保に努めること。

**(2) 入退所**

- ① 入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的（少なくとも 3 月ごと）に検討し、その内容を記録しなければならないが、入所者の状態等によらず、一律に退所をさせているので、居宅における生活への復帰の可否の検討を適切に行うこと。
- ② 入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、医学的管理の下における介護及び機能訓練の必要性を勘案し、介護保険施設サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めなければならないが、再入所者について、適切な入所判定を行わず、優先的に入所させていたので、再入所者について、新規の入所希望者と同様に適切な入所判定を行うこと。
- ③ 入所者の退所に際し、家族の希望に反して退所後の生活環境が十分に整わないうちに退所となっているケースがあったので、入所者の退所に際しては、本人又は家族に対し適切な指導を行うとともに、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者及び退所後の主治医に対して情報提供を行い、その他サービス提供者とも密接な連携に努め、本人又は家族に対し適切な指導を行ない、退所後の生活が整ってから退所できるよう努めること。

また、やむを得ないと判断する状況については、適切に記録に残すこと。



## 1 ライブラリー（書式/通知）

(1) ラクラクの事業所のページ (<http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w20/wpJTop.aspx>) にアクセスしたら、ライブラリー（書式/通知）をクリックする。



(2) ライブラリーが開く。

The screenshot shows the '書式ライブラリー' (Form Library) page. It includes a search bar with '文書名・文書内容' (Document Name/Content) and '登録日付' (Registration Date) filters. Below the search bar is a '検索' (Search) button. The main content area displays a list of documents under the heading '【トップカテゴリーを選択してください】' (Please select a top category). The list includes:

選択	0. 介護職員処遇改善加算
選択	1. 新規事業者指定
選択	2. 変更・廃止・休止・再開届

## 2 変更届

(1) ライブラリーのトップカテゴリーから、「2. 変更・廃止・休止・再開届」を選択する。

介護情報サービスかながわ

ホーム サイトマップ

さがす しらべる 学ぶ・はたらく 事業者 県/市町村

書式ライブラリー

トップカテゴリーを選択、または検索条件を入力して検索ボタンを押下してください

検索条件

文書名・文書内容:

登録日付: 年 月 日 ~ 年 月 日  
(入力例: 2002年08月10日)

検索

書式ライブラリーの掲載書類・書式のうち、トップカテゴリーの18番までは、神奈川県高齢福祉課が管理・掲載しています。19番は振興会が管理・掲載しています。

【トップカテゴリーを選択してください】

選択	0. 介護職員処遇改善加算
選択	1. 新規事業者指定
選択	2. 変更・廃止・休止・再開届

(2) 該当サービスを選択する(例、訪問介護)

介護情報サービスかながわ

ホーム サイトマップ

さがす しらべる 学ぶ・はたらく 事業者 県/市町村

書式ライブラリー

2. 変更・廃止・休止・再開届

お問い合わせ先 (各カテゴリーの担当グループ連絡先)

高齢福祉課在宅サービスグループ (電話 045-210-4840 FAX 045-210-8866)

高齢福祉課福祉施設グループ (電話 045-210-4851 FAX 045-210-8874)

高齢福祉課保健・福祉施設グループ (電話 045-210-4856 FAX 045-210-8874)

高齢福祉課企画グループ (電話 045-210-4835 FAX 045-210-8874)

高齢福祉課高齢福祉グループ (電話 045-210-4846 FAX 045-210-8874)

【カテゴリーを選択してください】

選択	【重要】権限移譲に係る取扱い<横浜市・川崎市・相模原市・横浜市の事業所向け>
選択	1. 居宅介護支援 【在宅サービスグループ】
選択	2. 訪問介護 【在宅サービスグループ】
選択	3. 訪問入浴介護 【在宅サービスグループ】
選択	4. 訪問看護 【在宅サービスグループ】

(3) 変更内容に応じて「変更届一覧表」を選択し、提出時期、提出書類等を確認し、必要な変更届様式をダウンロードする。

お問い合わせ先 (各カテゴリーの担当グループ連絡先)  
 高齢福祉課在宅サービスグループ (電話 045-210-4840 FAX 045-210-8866)  
 高齢福祉課福祉施設グループ (電話 045-210-4851 FAX 045-210-8874)  
 高齢福祉課保健・居住施設グループ (電話 045-210-4856 FAX 045-210-8874)  
 高齢福祉課企画グループ (電話 045-210-4835 FAX 045-210-8874)  
 高齢福祉課高齢福祉グループ (電話 045-210-4846 FAX 045-210-8874)

該当件数: 7件 1 / 1 ページ

文書名	文書内容	サイズ	形式	登録日付
1、変更届一覧表 (法人関係)	法人関係の変更届の提出方法・必要書類等です。(New H28.6.8)	64KB	Word	2004/05/08
2、変更届一覧表 (事業所関係)	訪問介護事業所の変更届の提出方法・必要書類等です。(New H28.6.8)	70KB	Word	2008/05/18
3、廃止・休止・再開届一覧表	廃止・休止・再開届の提出方法・必要書類等です。(更新 H28.12.8)	83KB	Word	2004/05/05
4、変更届様式 (法人関係)	法人関係の変更届様式です。(New H28.6.10)	250KB	Excel	2004/05/08
5、変更届様式 (事業所関係)	訪問介護事業所の変更届様式・実務経験証明書 (参考様式) です。(New H28.6.8)	280KB	Excel	2008/05/18
6、廃止・休止・再開届様式	廃止・休止・再開届の様式です。	61KB	Word	2008/05/18
7、管理者誓約書 (訪問介護・介護予防訪問介護用) 及び管理者の責務チェックリスト	平成22年8月1日以降の管理者の交代分から提出方法を来庁から事前郵送に変更いたします。管理者誓約書及び管理者の責務チェックリストも加えてご郵送ください。(New H22.7.6)	64KB	Word	2008/03/03

### 3 加算届

(1) ライブラリーのトップカテゴリーから、「3. 加算届」を選択する。

介護情報サービスかながわ

さがす ▼ しらべる ▼ 学ぶ・はたらく ▼ 事業者 ▼ 県/市町村 ▼

書式ライブラリー

トップカテゴリーを選択、または検索条件を入力して検索ボタンを押下してください

検索条件

文書名・文書内容:

登録日付:  年  月  日 ~  年  月  日  
 (入力例: 2002年08月10日)

検索

書式ライブラリーの掲載書類・書式のうち、トップカテゴリーの18番までは、神奈川県高齢福祉課が管理・掲載しています。19番は振興会が管理・掲載しています。

【トップカテゴリーを選択してください】

選択	0. 介護職員処遇改善加算
選択	1. 新規事業者指定
選択	2. 変更・廃止・休止・再開届



(2) 該当サービスを選択する。

介護情報サービスかながわ

さがす 事業所名または事業所番号から検索 介護用語辞典から検索

介護事業所検索 例:かながわ 例:11401234567 検索 介護用語検索 例:コミュニケーション 検索

さがす▼ しらべる▼ 学ぶ・はたらく▼ 事業者▼ 県/市町村▼

書式ライブラリー

2. 変更・廃止・休止・再開届

お問い合わせ先 (各カテゴリの担当グループ連絡先)

高齢福祉課在宅サービスグループ (電話:045-210-4840 FAX:045-210-8866)  
 高齢福祉課福祉施設グループ (電話:045-210-4851 FAX:045-210-8874)  
 高齢福祉課保健・居住施設グループ (電話:045-210-4856 FAX:045-210-8874)  
 高齢福祉課企画グループ (電話:045-210-4835 FAX:045-210-8874)  
 高齢福祉課高齢福祉グループ (電話:045-210-4846 FAX:045-210-8874)

【カテゴリを選択してください】

選択 【重要】権限移譲に係る取扱い<横浜市・川崎市・相模原市・機須賀市の事業所向け>

選択 1. 居宅介護支援 【在宅サービスグループ】

選択 2. 訪問介護 【在宅サービスグループ】

選択 3. 訪問入浴介護 【在宅サービスグループ】

選択 4. 訪問看護 【在宅サービスグループ】

(3) 「加算届一覧表」を選択し、提出書類等を確認し、必要な加算届様式をダウンロードする。

介護情報サービスかながわ

高齢福祉課保健・居住施設グループ (電話:045-210-4856 FAX:045-210-8874)  
 高齢福祉課企画グループ (電話:045-210-4835 FAX:045-210-8874)  
 高齢福祉課高齢福祉グループ (電話:045-210-4846 FAX:045-210-8874)

該当件数: 8件 1/1 ページ

	文書名	文書内容	サイズ	形式	登録日付
ダウンロード	1. 加算届一覧表	加算届の提出方法・必要書類等です。 【平成28年6月版】 (New H28.6.8)	66KB	Word	2008/03/18
ダウンロード	2. 加算届出書	加算届出書(介護給付費算定に係る体制等に関する届出書)の様式です。すべての加算届出の際に必要です。	42KB	Word	2008/03/03
ダウンロード	3. 体制等状況一覧表	体制等状況一覧表(介護給付費算定に係る体制等状況一覧表)の様式です。すべての加算等の届出の際に必要です。	364KB	Excel	2008/03/03
ダウンロード	4. 加算届管理票	加算を追加する場合、加算を取り下げる場合に添付してください。 ※新規申請時には不要です。 (New H28.6.8)	45KB	Word	2008/03/03
ダウンロード	5. (訪問介護) 加算等チェック表及び誓約書	【平成27年4月版】	175KB	Excel	2006/03/08
ダウンロード	6. 勤務表(加算用)		43KB	Excel	2009/03/06
ダウンロード	7. 指定居宅サービス事業者による介護給付費の割引率の設定について	介護給付費に割引率を設定する場合に添付してください。	22KB	Excel	2011/01/18
ダウンロード	8. 研修計画(参考様式)	特定事業所加算(訪問介護)を算定する際の参考にしてください。	19KB	Excel	2015/11/27

1/1 ページ

# 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
<b>I 基準の性格等</b>	1
<b>II サービスの提供の方法について</b>	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
<b>III 人員基準について</b>	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
<b>IV 設備基準について</b>	8
（1） 設備等	8
<b>V 運営基準について</b>	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
<b>4 事業運営</b>	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
<b>VI 介護報酬請求上の注意点について</b>	24
<b>1 通所リハビリテーション</b>	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
<b>2 介護予防通所リハビリテーション</b>	29
(1) 定額制	29
(2) 他のサービスとの関係	30
<b>3 その他&lt;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&gt;</b>	31
(1) 送迎について	31
<b>4 減算&lt;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&gt;</b>	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
<b>5 加算&lt;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&gt;</b>	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
<b>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</b>	89
<b>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</b>	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**にあっては、人員についても設備、備品についてもそれぞれが独立して基準を満たす必要があります。（解釈通知第2の3）

#### (2) 運営の方法

##### ① 定 員

一体的に行う事業所は、要介護者と要支援者の合計で定員を定めます。

##### ② 共通サービス（日常生活の支援等）

サービス提供を物理的に分ける必要はありません。

##### ③ 加算に係るサービス、選択的サービス

原則として物理的に区分してサービスを提供すること。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って、かつ、当該体操の指導を要支援者・要介護者に同時かつ一体的に行うこととしても、特段の支障がないものについては必ずしも物理的に区分する必要はないものとする。

## Ⅲ 人員基準について

- 1 基本的な基準（居宅条例第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うにふさわしい専用の部屋等であって、3平方メートルに利用定員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。

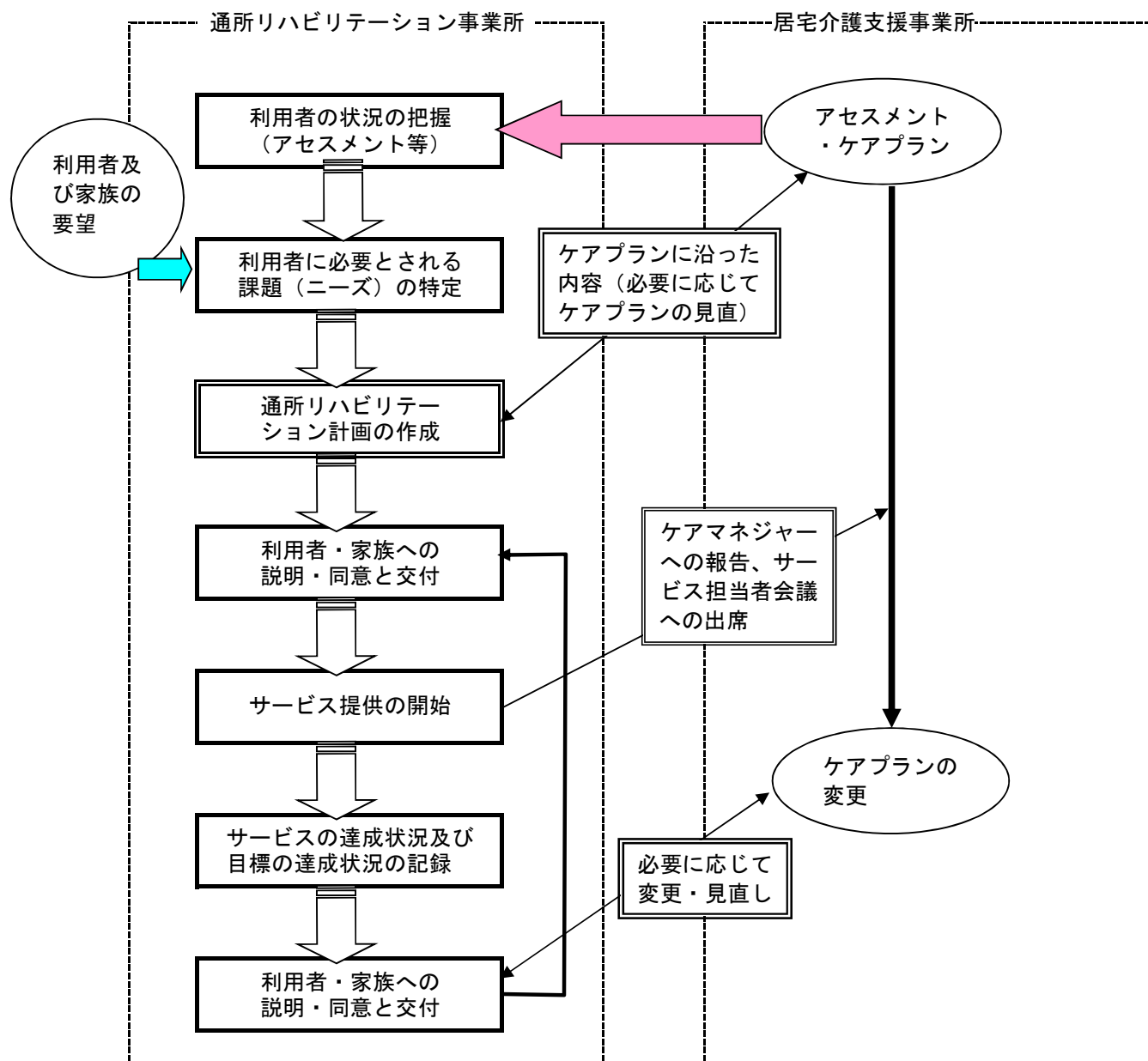
⇒ 介護予防通所リハビリテーション計画の作成については、基本的に「(6) 具体的取扱方針」に記載しています。

## 【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 23 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 <sup>※1</sup> 、おむつ代
		その他の日常生活費 <sup>※2</sup>	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

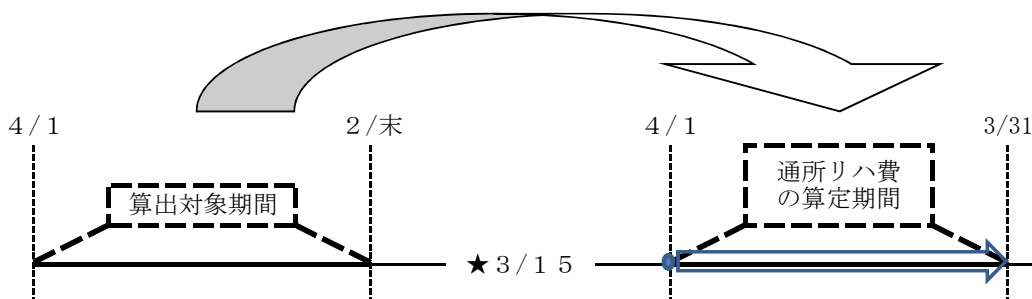
厚生労働大臣が定める施設基準（厚労告96六）

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。

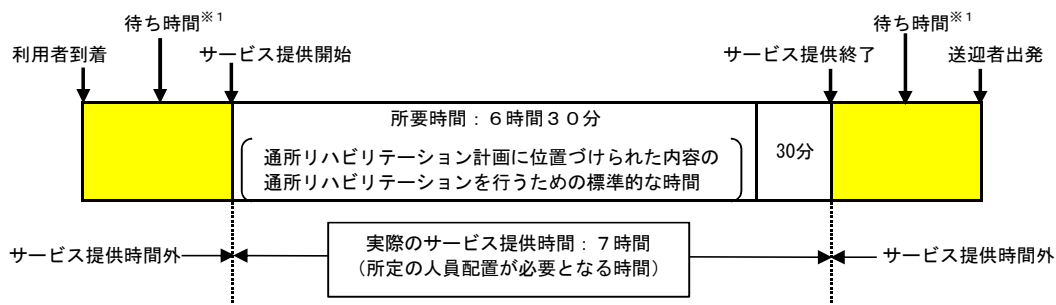
- 長時間（例：6－8）の単位の中でもっと短い単位（3－4、2－3、1－2）を行うことができます。ただし、利用者の合計が利用定員を超えないようにきちんと管理を行って下さい。

(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。

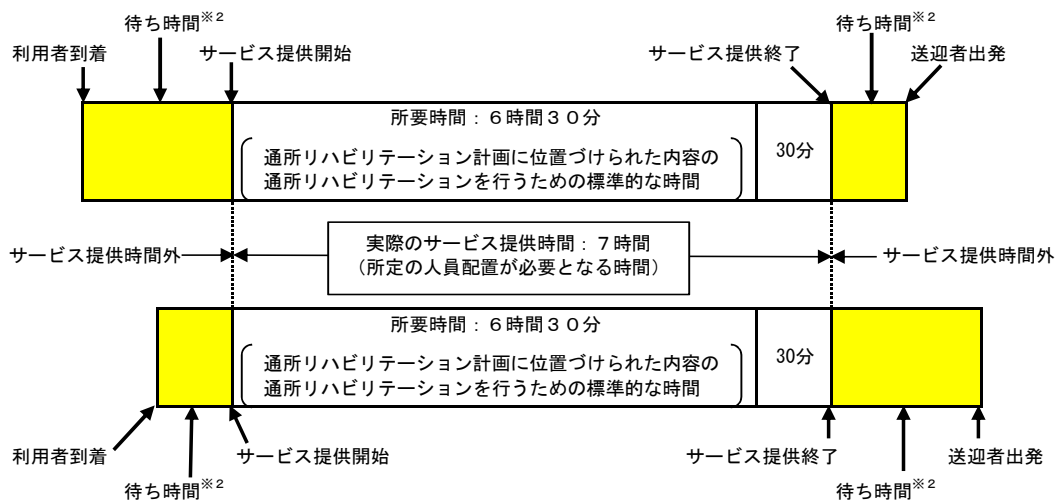
### 【所要時間の考え方】

（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QA（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）	契約日
		・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	
	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。

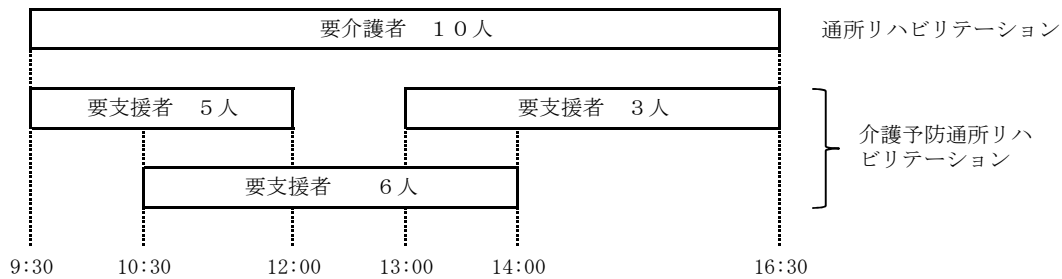
「減算にならなければよい」といった考え方で事業所の運営をしないようにしてください。

## 【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。

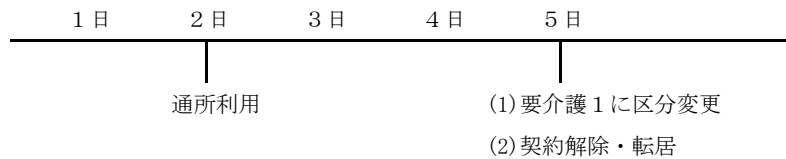
(3)は、変更前の要支援状態区分に応じた送迎に係る単位数を減算する。

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 3 6 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。

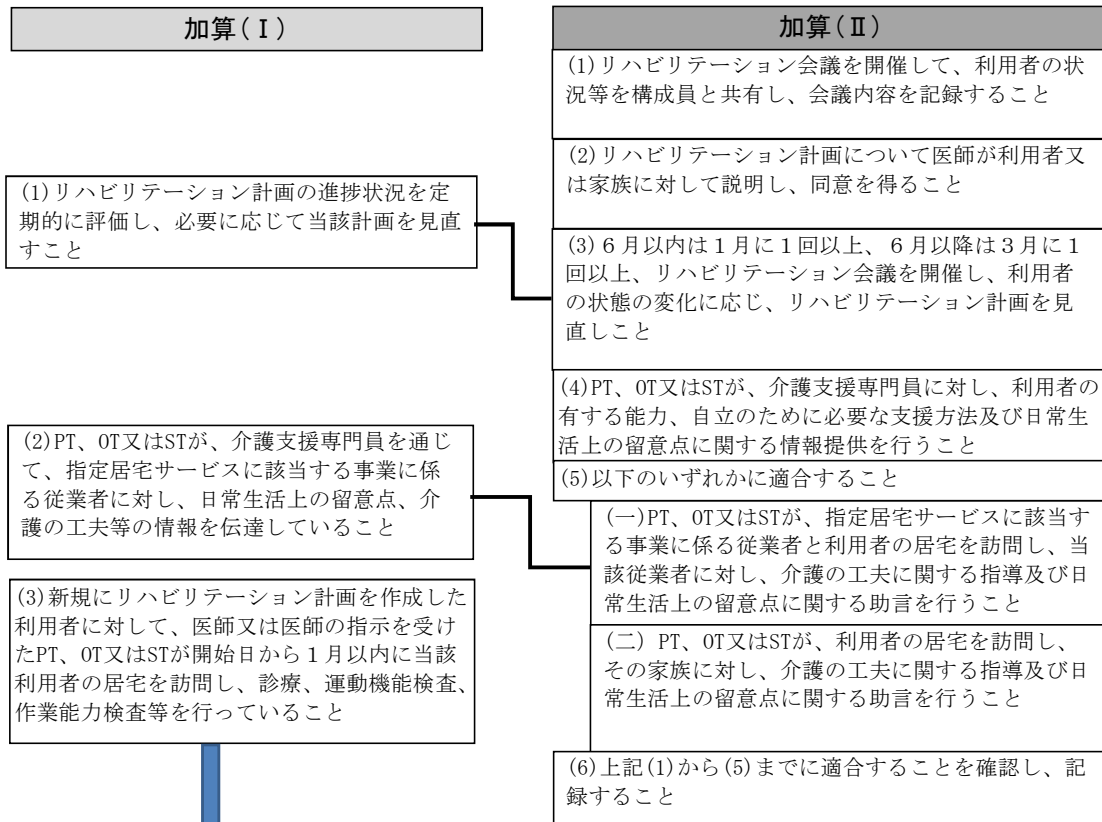
[予防リハ]

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)



＜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4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<sup>※1</sup>に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準<sup>※2</sup>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、認知症診察に習熟し、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<sup>\*</sup>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<sup>※</sup>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と取得しない利用者がいることは可能か。

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

##### 【平成27年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する。

- 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<sup>※</sup>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つては、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つた場合、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つては、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て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て実施するに当たって、各選択的サービスを担当する専門の職種が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法等について検討すること。

【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日であっても、別の日であっても、いずれでもよい。

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

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

(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は十分説明し、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"> <li>・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)</li> <li>・研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動</li> <li>・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</li> <li>・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)</li> <li>・その他( )</li> </ul>
労働環境・処遇の改善	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・その他( )</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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)</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・非正規職員から正規職員への転換</li> <li>・職員の増員による業務負担の軽減</li> <li>・その他( )</li> </ul>



## 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
・(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"> <li>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）</li> <li>研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動</li> <li>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</li> <li>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）</li> <li>その他</li> </ul>
労働環境・処遇の改善	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>その他</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>非正規職員から正規職員への転換</li> <li>職員の増員による業務負担の軽減</li> <li>その他</li> </ul>

（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を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"> <li>・ 個人情報を取り扱うに当たり、利用目的を特定する。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
② 適正な取得、利用目的の通知	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul> <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"> <li>・ 個人データを正確かつ最新の内容に保つ。</li> </ul>
④ 安全管理・従業員等の監督	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 従業者に対する適切な監督</li> <li>・ 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</li> </ul>
⑤ 第三者への提供の制限	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>
⑥ 本人からの請求への対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
⑦ 苦情の処理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 苦情などの申出があった場合の適切かつ迅速な処理</li> <li>・ 苦情受付窓口の設置、苦情処理体制の策定等の体制整備</li> </ul>

※ 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

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。

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

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月																															〇月の 合計	常勤換算後 の人数
				1 日	2 日	3 日	4 日	5 日	6 日	7 日	8 日	9 日	10 日	11 日	12 日	13 日	14 日	15 日	16 日	17 日	18 日	19 日	20 日	21 日	22 日	23 日	24 日	25 日	26 日	27 日	28 日	29 日	30 日	31 日		
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	8	8	8	8	8	8	8	160	—			
理学療法士	B	理学療法士		8	8	8	8	8	8	8	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		4	4	4	4	4	4	4	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		8	8	8	8	8	8	8	8	8	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				8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	64				
				理学療法士等 計																															420	2.5
看護職員	D	看護師	茅ヶ崎 しおり	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	63	0.3				
				看護職員 計																															66	0.3
介護職員	B		鎌倉 小町	8	8	8	8	8	8	8	8	休	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	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	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	7	7	7	7	7	112	0.4				
計				常勤職員の休暇等については、 1日未満に不足した場合、当該数値を 1日未満に不足した数値に調整する。																															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」と記載します。非常勤の休暇は名目を問わず勤務時間から除き、常勤換算の際にも考慮しません。

常勤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

※送信票は不要です。

神奈川県 高齢福祉課 行き	FAX 045-210-8866
------------------	------------------

令和元年度 新規セミナ一質問用紙

事業所名			
担当者名			
連絡先 (TEL/FAX)	TEL:	—	—
	FAX:	—	—

<p>質問の 対象サービス (該当に○)</p>	<p>訪問介護 ・ 訪問看護 ・ 通所介護</p>
	<p>訪問入浴介護 ・ 福祉用具貸与、販売 ・ 通所リハビリ</p>

【質問内容】(セミナー受講日：      年      月      日)