

（介護予防）通所リハビリテーション事業の手引き

令和４年（２０２２年）７月

熊本県健康福祉部長寿社会局高齢者支援課

熊本市健康福祉局福祉部介護保険課

目次

【総論】	2
みなし指定の取扱い	6
人員基準	7
設備基準	14
運営基準	16
報酬基準（通りハ編）	
（１）事業所規模による区分	35
（２）事業所規模の計算	35
（３）介護給付費算定に係る取扱い注意点	37
（４）各種減算・加算について	
定員超過・人員基準欠如による減算	41
感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価	42
理学療法士等体制強化加算	45
延長加算	45
リハビリテーション提供体制加算	48
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	49
入浴介助加算	51
リハビリテーションマネジメント加算	55
短期集中個別リハビリテーション実施加算	66
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	67
生活行為向上リハビリテーション実施加算	71
若年性認知症利用者受入加算	74
栄養アセスメント加算	75
栄養改善加算	77
口腔・栄養スクリーニング加算	80
口腔機能向上加算	82
重度療養管理加算	86
中重度者ケア体制加算	88
科学的介護推進体制加算	90
移行支援加算	91
サービス提供体制強化加算	95
介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算	
、介護職員等ベースアップ等支援加算	99
利用者の住居と同一建物に所在する事業所等に対する減算	100
送迎を行わない場合の減算 他	101
報酬基準（予防通りハ編）	
（１）基本単位（共通のサービス）について	102
（２）各種加算（選択的サービス等）	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	109
運動器機能向上加算	111
栄養アセスメント加算	113
栄養改善加算	113
口腔・栄養スクリーニング加算	114
口腔機能向上加算	116
選択的サービス複数実施加算	117
若年性認知症利用者受入加算	118
事業所評価加算	119
科学的介護推進体制加算	121
サービス提供体制強化加算	121
介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算	122
利用者の住居と同一建物に所在する事業所等に対する減算	123
医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの連携強化	125
インターネットによる情報の検索方法	127

【総論】

○ 介護保険法上の位置付け

(指定居宅サービスの事業の基準)

第 73 条 指定居宅サービス事業者は、次条第 2 項に規定する指定居宅サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従い、要介護者の心身の状況等に応じて適切な指定居宅サービスを提供するとともに、自らその提供する指定居宅サービスの質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指定居宅サービスを受ける者の立場に立ってこれを提供するように努めなければならない。

2 (略)

第 74 条 指定居宅サービス事業者は、当該指定に係る事業所ごとに、都道府県の条例で定める基準に従い都道府県の条例で定める員数の当該指定居宅サービスに従事する従業者を有しなければならない。

2 前項に規定するもののほか、指定居宅サービスの事業の設備及び運営に関する基準は、都道府県の条例で定める。

3～5 (略)

6 指定居宅サービス事業者は、要介護者の人格を尊重するとともに、この法律又はこの法律に基づく命令を遵守し、要介護者のため忠実にその職務を遂行しなければならない。

(指定介護予防サービスの事業の基準)

第 115 条の 3 指定介護予防サービス事業者は、次条第 2 項に規定する指定介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準及び指定介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従い、要支援者の心身の状況等に応じて適切な指定介護予防サービスを提供するとともに、自らその提供する指定介護予防サービスの質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指定介護予防サービスを受ける者の立場に立ってこれを提供するように努めなければならない。

2 (略)

第 115 条の 4 指定介護予防サービス事業者は、当該指定に係る事業所ごとに、都道府県の条例で定める基準に従い厚生労働省令で定める員数の当該指定介護予防サービスに従事する従業者を有しなければならない。

2 前項に規定するもののほか、指定介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準及び指定介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準は、都道府県の条例で定める。

3～5 (略)

6 指定介護予防サービス事業者は、要支援者の人格を尊重するとともに、この法律又はこの法律に基づく命令を遵守し、要支援者のため忠実にその職務を遂行しなければならない。

介護保険法より抜粋

○ 基準の性格

- 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、常にその事業の運営の向上に努めなければならないこと。
- 2 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であること。また、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らない。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。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、介護保険法第77条に基づき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であること。
 - ① 次に掲げるときその他の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、金品その他の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
- 3 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。
- 4 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こと。

基準解釈通知より抜粋

○ 基準・解釈通知一覧

項目	種類	名称	凡例
人員・設備・運営	基準省令	指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準 (平成 11 年厚生省令第 37 号)	居宅基準
		指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 (平成 18 年厚生省令第 35 号)	予防基準
	解釈通知	指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について (平成 11 年老企第 25 号)	基準解釈通知
介護報酬の算定	基準省令	指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (平成 12 年厚生省告示第 19 号)	居宅算定基準
		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 (平成 18 年厚生省告示第 127 号)	予防算定基準
	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 (平成 12 年老企第 36 号)	居宅算定基準 留意事項
		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 12 年老計発第 0317001 号)	予防算定基準 留意事項

指定基準は平成 25 年度から県又は熊本市の条例で定められましたが、本手引きにおいては基準省令の条項で記載しています。

【通所リハビリテーションとは】

この法律において「通所リハビリテーション」とは、居宅要介護者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションをいう。

介護保険法第8条第8項

* 『厚生労働省令で定める基準』とは？

法第八条第八項 の厚生労働省令で定める基準は、病状が安定期にあり、次条に規定する施設において、心身の機能の維持回復及び日常生活上の自立を図るために、診療に基づき実施される計画的な医学的管理の下における理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを要することとする。

介護保険法施行規則第11条

* 『厚生労働省令で定める施設』とは？

法第八条第八項 の厚生労働省令で定める施設は、介護老人保健施設、介護医療院、病院及び診療所とする。

介護保険法施行規則第12条

【介護予防通所リハビリテーションとは】

この法律において「介護予防通所リハビリテーション」とは、居宅要支援者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションをいう。

介護保険法第8条の2第6項

* 『厚生労働省令で定める期間』とは？

第八条の二第二項から第四項まで、第六項から第八項まで及び第十三項の厚生労働省令で定める期間は、居宅要支援者ごとに定める介護予防サービス計画（同条第十六項に規定する介護予防サービス計画をいう。以下同じ。）、第八十三条の九第一号ハの計画、同号ニの計画又は第八十五条の二第一号ハの計画において定めた期間とする。

介護保険法施行規則第22条の2

【みなし指定の取扱い】（平成 21 年 4 月 1 日改正により対象事業となる）

○ みなし指定とは、下記のとおりである。

（施行規則第 127 条）

（１）法第 71 条第 1 項の規定に基づき、病院等が健康保険法第 63 条第 3 項第 1 号の規定により保険医療機関の指定があったときに、その指定の際に当該病院等により行われる居宅サービスに係る法第 41 条第 1 項の指定があったものとみなされるサービスに、通所リハビリテーションを加えること。

なお、介護予防サービスにおいても同様の改正を行うこと。

（２）法第 71 条第 1 項の規定に基づいて通所リハビリテーションの指定があったものとみなされる病院等については、通所リハビリテーションが実施される病院等の環境にかんがみ、診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）別表第 1 医科診療報酬点数表の脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料に係る施設基準に適合しているものとして届出をしていることを想定している。

なお、介護予防サービスにおいても同様であること。

（３）改正省令の施行の際、現に通所リハビリテーションに係る法第 41 条第 1 項本文の指定を受けている病院等の開設者については、当該指定に係る法第 70 条の 2 の指定の更新の際にみなし指定に切り替えることとし、指定の更新の申請を行う必要はないこと。なお、その際、事業所番号の取り扱いについては、従前の事業所番号を用いること。

なお、介護予防サービスにおいても同様であること。

平成 21 年 3 月 13 日老振発第 0313002 号老老発第 0313002 号

厚生労働省老健局振興課長、老人保健課長通知

保険医療機関の開設により新たにみなし指定となる事業所

○新たに（介護予防）通所リハビリテーションの事業所を開設される場合は、事前に届出が必要です。

○届出は事業の開設（介護報酬の算定月）の原則、前月 15 日までに行うこと。なお、新たに開設される保険医療機関については、事前にご連絡ください。

熊本市内の保健医療機関：熊本市役所 健康福祉局福祉部介護保険課介護事業指導室

熊本市以外の保健医療機関：熊本県庁 健康福祉部長寿社会局高齢者支援課

提出書類（原則、前月 15 日まで）

- （１）介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
- （２）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の指定に係る記載事項（付表 7）
- （３）平面図
- （４）保険医療機関の指定通知書の写し

ホームページ掲載

■熊本県ホームページ

分類でさがす > 健康・福祉・子育て > 高齢者・障がい者・介護 > 高齢者支援課 > 介護サービス事業所 > 通所リハビリテーションのみなし指定について

ホーム画面の「ページ番号でさがす」に「3288」と入力すると該当ページに移動します。

<https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/32/3288.html>

■熊本市ホームページ

分類から探す > しごと・産業・事業者向け > 届出・証明・法令・規制 > 介護・福祉 >

各種届出について > 介護保険事業者向け情報について（リンク集） > 通所リハビリテーションのみなし指定

http://www.city.kumamoto.jp/hpKiji/pub/detail.aspx?c_id=5&id=2275&class_set_id=2&class_id=1843

人員基準 ―（介護予防）通所リハビリテーション編―

【単位・人員基準】

第111条（従業者の員数）

指定通所リハビリテーションの事業を行う者（以下「指定通所リハビリテーション事業者」という。）が、当該事業を行う事業所（以下「指定通所リハビリテーション事業所」という。）ごとに置くべき指定通所リハビリテーションの提供に当たる従業者（以下「通所リハビリテーション従業者」という。）の員数は、次のとおりとする。

- 一 医師 指定通所リハビリテーションの提供に当たらせるために必要な1以上の数
- 二 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師若しくは准看護師（以下この章において「看護職員」という。）若しくは介護職員
次に掲げる基準を満たすために必要と認められる数
 - イ 指定通所リハビリテーションの単位ごとに、利用者（当該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（指定介護予防サービス等基準第117条第1項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業者をいう。以下同じ。）の指定を併せて受け、かつ、指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーション（指定介護予防サービス等基準第116条に規定する指定介護予防通所リハビリテーションをいう。以下同じ。）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、当該事業所における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。以下この節及び次節において同じ。）の数が10人以下の場合は、その提供を行う時間帯（以下この条において「提供時間」という。）を通じて専ら当該指定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看護職員若しくは介護職員の数が1以上確保されていること、又は、利用者の数が10人を超える場合は、提供時間を通じて専ら当該指定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看護職員若しくは介護職員の数が、利用者の数を10で除した数以上確保されていること。
 - ロ イに掲げる人員のうち専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が100又はその端数を増すごとに1以上確保されていること。（営業日ごとに配置が望ましい。）
- 2 指定通所リハビリテーション事業所が診療所である場合は、前項第2号の規定にかかわらず、次のとおりとすることができる。
 - 一 指定通所リハビリテーションの単位ごとに、利用者の数が10人以下の場合は、提供時間を通じて専ら当該指定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看護職員若しくは介護職員が1以上確保されていること、又は、利用者の数が10人を超える場合は、提供時間を通じて専ら当該指定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看護職員若しくは介護職員が、利用者の数を10で除した数以上確保されていること。
 - 二 前号に掲げる人員のうち専ら当該指定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以上確保されること。（営業日ごとに0.1以上の配置が望ましい。）
- 3 第1項第1号の医師は、常勤でなければならない。
- 4 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を併せて受け、かつ、指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合については、指定介護予防サービス等基準第117条第1項から第3項までに規定する人員に関する基準を満たすことをもって、前3項に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

居宅基準

1 人員に関する基準

(1) 指定通所リハビリテーション事業所

① 医師

イ 専任の常勤医師が1人以上勤務していること。

ロ 指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えないものであること。

ハ 指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、当該介護老人保健施設又は当該介護医療院に常勤医師として勤務している場合には、常勤の要件として足るものであること。

また、指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されている事業所において指定通所リハビリテーション事業所の医師が、当該病院又は当該診療所の常勤医師と兼務している場合でも、常勤の要件として足るものであること。

② 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員（以下「従事者」という。）

イ 指定通所リハビリテーションの単位とは、同時に、一体的に提供される指定通所リハビリテーションというものであることから、例えば、次のような場合は、2単位として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要がある。

a 指定通所リハビリテーションが同時に一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているといえない場合

b 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合

ロ 7時間以上8時間未満の指定

7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行う場合にあっては、事業所の実情に応じて、適当数の従業者を配置するものとする。

ハ 提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる従事者を確保するとは、指定通所リハビリテーションの単位ごとに理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員について、提供時間帯に当該職種の従業者が常に居宅基準上求められる数以上確保されるよう必要な配置を行うよう定めたものである。（例えば、提供時間帯を通じて専従する従業者が二人必要である場合、提供時間帯の2分の1ずつの時間専従する従業者の場合は、その員数としては4人が必要となる。）。

また、専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者が100人又はその端数を増すごとに1以上確保するとは、指定通所リハビリテーションのうち、リハビリテーションを提供する時間帯に、当該職種の従事者が常に確保されるよう必要な配置を行うよう定めたものであり、所要時間1時間から2時間の通所リハビリテーションを行う場合であって、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位におけるリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算することができる。この場合における「研修」とは、運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。具体的には、日本運動器リハビリテーションセラピスト研修、全国病院理学療法協会の行う運動療法機能訓練技能講習会が該当する。

ニ なお、ここでいう利用者の数又は利用定員は、単位ごとの指定通所リハビリテーションについての利用者の数又は利用定員をいうものであり、利用者の数は実人員、利用定員は、あらかじめ定めた利用者の数の上限をいうものである。従って、例えば、1日のうちの午前の提供時間帯に利用者10人に対して指定通所リハビリテーションを提供し、午後の提供時間帯に別の利用者10人に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合であって、それぞれの指定通所リハビリテーションの定員が10人であ

る場合には、当該事業所の利用定員は10人、必要となる従業者の員数は午前午後それぞれ1人ということとなり、人員算定上午前の利用者の数と午後の利用者の数が合算されるものではない。

ホ 同一事業所で複数の単位の指定通所リハビリテーションを同時に行う場合には、同時に行われる単位の数の常勤の従業者が必要となるものである（居宅基準第111条第一項・第二項関係）。

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

（2） 指定通所リハビリテーション事業所が診療所である場合

① 医師

イ 利用者の数が同時に10人を超える場合にあっては、（1）①を準用すること

ロ 利用者の数が同時に10人以下の場合にあっては、次に掲げる要件に適合していること

a 専任の医師が1人勤務していること。

b 利用者数は、専任の医師1人に対し1日48人以内であること。

② 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員（以下「従事者」という。）

イ、ロ、ニ、ホ、ヘは（1）と同じ。

ハ 提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる従業者を確保するとは、指定通所リハビリテーションの単位ごとに理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員について、提供時間帯に当該職種の従事者が常に居宅基準上求められる数以上確保されるよう必要な配置を行うよう定めたものである。（例えば、提供時間帯を通じて専従する従業者が2人必要である場合、提供時間帯の2分の1ずつの時間専従する従業者の場合は、その員数としては4人が必要となる。）
また、専従する従業者のうち理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は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とし、所要時間1時間から2時間の通所リハビリテーションを行う場合であって、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位におけるリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算することができる。この場合における「研修」とは、運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。具体的には、日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーションセラピスト研修、全国病院理学療法協会の行う運動療法機能訓練技能講習会が該当する。

ト 経験を有する看護師とは、診療報酬の算定方法に定める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又は「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」（平成12年厚生省告示第19号）に定める通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定通所リハビリテーション事業所、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防の効果的な支援の方法に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第35号）に定める介護予防通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定介護予防通所リハビリテーション事業所、厚生労働大臣が定める特定診療費及び特別診療費に係る指導管理等及び単位数」（平成12年厚生省告示第30号）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年以上従事した者であること。

基準解釈通知

職種名	配置要件	
① 管理者	事業所ごと	常勤であること。
② 管理代行者		必要な場合に、管理者が選任することができる。 ・ 医師 ・ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ 専ら指定通所リハビリテーションの提供にあたる看護師 ＊ 指揮命令系統を明確にしておくこと
③ 医師		1人以上 常勤・専任であること
④ ☆理学療法士 ☆作業療法士 ☆言語聴覚士 看護師 准看護師 介護職員	単位ごと	以下の要件を、ともに満たすこと。 《要件１》 （利用者が１０人以下の場合） <u>サービス提供時間帯を通じて、専従する④の従業者が１以上確保されること。</u> （利用者が１０人を超える場合） <u>サービス提供時間帯を通じて、専従する④の従業者が利用者の数を１０で除した数以上確保されること。</u> 例）利用者が15人の場合 専従する従業者は、1.5人以上 《要件２》 <u>うち☆の療法士が、リハビリテーションの提供時間帯に利用者が１００又はその端数を増す毎に１以上配置されること。</u> ＊ 営業日ごとに配置。 例）利用者が150人の場合 療法士は、1.5人ではなく、2人以上
		ただし、事業所が診療所の場合 《要件１》は上記と同じ 《要件２》 <u>うち☆の療法士等あるいは経験を有する看護師が、常勤換算方法で0.1以上配置されていること。</u> ＊ 営業日ごとに0.1以上配置するのが望ましい。 ＊ 経験を有する看護師とは、 「基準解釈通知（２）通所リハビリテーション事業所が診療所である場合のト」を参照。

【Q54】病院又は老人保健施設における通所リハビリテーションの従業者の員数について、理学療法士等の配置に関する規定が、「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」とされたが、これは、通所リハビリテーションの中でも、リハビリテーションを提供する時間帯において、理学療法士等が利用者に対して100：1いれば良いということか。

また、利用者の数が100を下回る場合は、1未満で良いのか。

【A54】そのとおりである。ただし、利用者の数が、提供時間帯において100を下回る場合であっても1以上を置かなければならない。

平成21年4月改定関係Q&A(Vol.1)

問（従業者の員数）

基準省令第111条第1項第2号口の規定が「専ら当該通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が常勤換算方法で0.2以上」が「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」と改正されたが、具体的にはどのような職員配置が必要となるか？

答 常勤・非常勤の区別は問わず、サービス提供時間帯に専従する必要ありません。リハビリテーションの提供時間帯において、利用者に対して100：1の体制が必要となり、営業日ごとに療法士の配置が必要となります。

【問95】生活機能向上連携加算で通所リハビリテーションの専門職が利用者の居宅を訪問する際、サービス提供責任者が同行した場合とあるが、この際の通所リハビリテーションの専門職は通所リハビリテーションでの勤務時間、専従要件外となるのか。

【答95】通所リハビリテーションの理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が訪問した時間は、勤務時間に含まれるが、従業者の員数には含めない。

平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成27年4月1日)

【問27】医師の勤務時間の取扱いについて、併設の通所リハビリテーション事業所等のリハビリテーション会議に参加している時間や、リハビリテーションマネジメント加算(A)又は(B)を取得している場合であって、医師が通所リハビリテーション計画等について本人又は家族に対する説明等に要する時間については、病院、診療所及び介護老人保健施設、介護医療院の医師の人員基準の算定外となるのか。

【答】人員基準の算定に含めることとする。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成27年4月1日)問94の修正。

【問28】通所リハビリテーションの提供時間中にリハビリテーション会議を開催する場合、当該会議に要する時間は人員基準の算定に含めてよい。また、リハビリテーション会議を事業所以外の場所で開催する場合も人員基準の算定に含めてよい。

【答】通所リハビリテーションの提供時間中に事業所内でリハビリテーション会議を開催する場合は、人員基準の算定に含めることができる。リハビリテーション会議の実施場所が事業所外の場合は、人員基準の算定に含めない。リハビリテーション提供体制加算に定める理学療法士等の配置についても同様に扱う。また、利用者のサービス提供時間中にリハビリテーション会議を実施して差し支えない。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成27年4月1日)問97の修正。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.2)(令和3年3月23日)

勤務時間数が、その事業所で定められている**常勤の勤務時間に達していること**

- * **就業規則等に定められている常勤者の勤務時間数**（32 時間未満の場合は 32 時間を基本）
- * 正規雇用、非正規雇用の別ではない
- * 同一事業者により併設される事業所の職務に従事する時間（ただし業務に支障のない場合に限る）は通算可能。
- * 雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和 47 年法律第 113 号）第 13 条第 1 項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）又は育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を 30 時間として取り扱うことを可能とする。
- * また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従事者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、母性健康管理措置、育児・介護休業法第 2 条第 1 号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同条第 2 号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）、同法第 23 条第 2 項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第 24 条第 1 項（第 2 号に係る部分に限る。）の規定により同項第 2 号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業（以下「育児休業に準ずる休業」という。）を取得中の期間において、当該人員基準において求められる資質を有する複数の非常勤の従事者を常勤の従業者の員数に換算することにより、人員基準を満たすことが可能であることとする。

基準解釈通知

【問 1】各加算の算定要件で「常勤」の有資格者の配置が求められている場合、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成 3 年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）の所定労働時間の短縮措置の対象者について常勤の従業者が勤務すべき時間数を 30 時間としているときは、当該対象者については 30 時間勤務することで「常勤」として取り扱って良いか。

【答】そのような取扱いで差し支えない。

【問 3】各事業所の「管理者」についても、育児・介護休業法第 23 条第 1 項に規定する所定労働時間の短縮措置の適用対象となるのか。

【答】労働基準法第 41 条第 2 号に定める管理監督者については、労働時間等に関する規定が適用除外されていることから、「管理者」が労働基準法第 41 条第 2 号に定める管理監督者に該当する場合は、所定労働時間の短縮措置を講じなくてもよい。なお、労働基準法第 41 条第 2 号に定める管理監督者については、同法の解釈として、労働条件の決定その他労務管理について経営者と一体的な立場にある者の意であり、名称にとらわれず、実態に即して判断すべきであるとされている。このため、職場で「管理職」として取り扱われている者であっても、同号の管理監督者に当たらない場合には、所定労働時間の短縮措置を講じなければならない。

また、同号の管理監督者であっても、育児・介護休業法第 23 条第 1 項の措置とは別に、同項の所定労働時間の短縮措置に準じた制度を導入することは可能であり、こうした者の仕事と子育ての両立を図る観点からは、むしろ望ましいものである。

平成 27 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日)

【問 1】人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認めるとあるが、「同等の資質を有する」かについてどのように判断するのか。

【答】介護現場において、仕事と育児や介護との両立が可能となる環境整備を進め、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、以下の取扱いを認める。

＜常勤の計算＞

- ・ 育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度を利用する場合に加え、同法による介護の短時間勤務制度や、男女雇用機会均等法による母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合について

も、30 時間以上の勤務で、常勤扱いとする。

＜常勤換算の計算＞

- ・職員が、育児・介護休業法による短時間勤務制度や母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合、週 30 時間以上の勤務で、常勤換算上も 1 と扱う。

＜同等の資質を有する者の特例＞

- ・「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業、育児休業に準ずる休業、母性健康管理措置としての休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認める。
- ・なお、「同等の資質を有する」とは、当該休業を取得した職員の配置により満たしていた、勤続年数や所定の研修の修了など各施設基準や加算の算定要件として定められた資質を満たすことである。

令和 3 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 1) (令和 3 年 3 月 19 日)

○ 常勤換算方法とは？

従業者の総延べ勤務時間数が、常勤者何人分にあたるかを算出する方法

$$\frac{\text{当該事業所の従業者の 1 週間の総延べ勤務時間数}}{\text{当該事業所において定められている常勤者の勤務時間数}}$$

○ 「利用者数」「利用定員」とは？

「利用者数」＝ 利用実人数（実際にサービスを利用した人の数）

「利用定員」＝ 運営規程にあらかじめ定められている利用者の数の上限。

○ 「専従」（専ら指定通所リハビリテーションの提供にあたる）とは？

通所リハビリテーションの従業者として位置づけられている時間帯において、通所リハビリテーション以外の業務に従事しないこと。

- * 「提供時間帯を通じて、専従する従業者を 2 以上確保する」とは、サービス提供時間帯を通じて、専従の従業者が常に 2 名以上確保されるように必要な配置を行うこと（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事者と交代する場合は、それぞれ従事している時間に専従することである）。

災害時の取扱い

災害その他やむを得ない理由による定員超過利用については、当該定員超過利用が開始した月（災害等が生じた時期が月末であって、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合は翌月も含む。）の翌月から所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行うものとする。

また、この場合にあっては、やむを得ない理由により受け入れた利用者については、その利用者を明確に区分した上で、平均利用延人員数に含まないこととする。

居宅算定基準留意事項

第 1 1 2 条（設備に関する基準）

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

ただし、当該指定通所リハビリテーション事業所が介護老人保健施設又は介護医療院である場合にあっては、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。）の面積を加えるものとする。

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

3 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を併せて受け、かつ、指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合については、指定介護予防サービス等基準第 1 1 8 条第 1 項及び第 2 項に規定する設備に関する基準を満たすことをもって、前 2 項に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

居宅基準

2 設備に関する基準

（1）指定通所リハビリテーション事業を行う事業所ごとに備える設備については、専ら当該事業の用に供するものでなければならないこととされているが、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院が互いに併設される場合（同一敷地内にある場合、又は公道をはさんで隣接している場合をいう。）であって、そのうちの複数の施設において、指定通所リハビリテーション事業を行う場合には、以下の条件に適合するときは、それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが同一の部屋等であっても差し支えないものとする。

① 当該部屋等において、それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが明確に区分されていること。

② それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが、次に掲げる面積要件（居宅基準第 1 1 2 条第 1 項）を満たしていること。

3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上であるものを有すること。

ただし、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。）の面積を加えるものとする。

（2）指定通所リハビリテーションを行うためのスペースと、当該指定通所リハビリテーション事業所と併設の関係にある特別養護老人ホーム、社会福祉施設等における指定通所介護の機能訓練室等との関係については、第 3 の六の 2 の（4）を参照されたい。

ただし、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場合に限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えない。この場合の居宅基準第112条第1項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通所リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、指定通所リハビリテーションの利用者数と指定介護予防通所リハビリテーションの利用者数の合計数）を乗じた面積以上とする。

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、共用して差し支えない。

第3の六（通所介護）の2の（4）設備に係る共用

指定通所介護事業所と指定居宅サービス事業所等を併設している場合に、利用者へのサービス提供に支障がない場合は、設備基準上両方のサービスに規定があるもの（指定訪問介護事業所の場合は事務室）は共用が可能である。ただし、指定通所介護事業所の機能訓練室等と、指定通所介護事業所と併設の関係にある病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院における指定通所リハビリテーション等を行うためのスペースについて共用する場合にあっては、以下の条件に適合することをもって、これらが同一の部屋等であっても差し支えないものとする。

イ 当該部屋等において、指定通所介護事業所の機能訓練室等と指定通所リハビリテーション等を行うためのスペースが明確に区分されていること。

ロ 指定通所介護事業所の機能訓練室等として使用される区分が、指定通所介護事業所の設備基準を満たし、かつ、指定通所リハビリテーション等を行うためのスペースとして使用される区分が、指定通所リハビリテーション事業所等の設備基準を満たすこと。

また、玄関、廊下、階段、送迎車両など、基準上は規定がないが、設置されるものについても、利用者へのサービス提供に支障がない場合は、共用が可能である。

なお、設備を共用する場合、居宅基準第104条第2項において、指定通所介護事業者は、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じるよう努めなければならないと定めているところであるが、衛生管理等に一層努めること。

基準解釈通知

○ 利用者の人権擁護、虐待防止等のための措置 居宅基準第3条第3項 <令和3年度：改定>

指定居宅サービス事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。

○ 介護保険等関連情報の活用 居宅基準第3条第4項 <令和3年度：改定>

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

この場合、「科学的介護情報システム（LIFE）」に情報を提出し、当該情報及びフィードバック情報を活用することが望ましい。

○ 重要事項を説明し、利用者の同意を得なければならない 居宅基準第8条（第119条準用）

介護保険のサービスは、利用者又はその家族に十分な説明を行い、重要事項を記載した文書（重要事項説明書）を交付し、文書による同意を得たうえで開始すること

* 重要事項説明書に記載すべき事項

- ① 運営規程の概要
- ② 利用料
- ③ 当該通所リハビリテーション事業所に勤務する従業員の体制
- ④ 事故発生時の対応
- ⑤ 苦情処理の体制
- ⑥ その他（秘密保持、衛生管理等）

* 事業者は、利用申込者又はその家族からの申出があった場合には、前項の規定による文書の交付に代えて、当該利用申込者又はその家族の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法であって次に掲げるもの（以下この条において「電磁的方法」という。）により提供することができる。この場合において、事業者は、当該文書を交付したものとみなす。

一 電子情報処理組織を使用する方法のうちイ又はロに掲げるもの

イ 事業者の使用に係る電子計算機と利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法

ロ 事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された前項に規定する重要事項を電気通信回線を通じて利用申込者又はその家族の閲覧に供し、当該利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該重要事項を記録する方法（電磁的方法による提供を受ける旨の承諾又は受けない旨の申出をする場合にあっては、事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルにその旨を記録する方法）

二 磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに前項に規定する重要事項を記録したものを交付する方法

前項に掲げる方法は、利用申込者又はその家族がファイルへの記録を出力することにより文書を作成することができるものでなければならない。

* 第二項第一号の「電子情報処理組織」とは、事業者の使用に係る電子計算機と、利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。

* 事業者は、第二項の規定により第一項に規定する重要事項を提供しようとするときは、あらかじめ、当該利用申込者又はその家族に対し、その用いる次に掲げる電磁的方法の種類及び内容を示し、文書又は電磁的方法による承諾を得なければならない。

一 第二項各号に規定する方法のうち事業者が使用するもの

二 ファイルへの記録の方式

- * 前項の規定による承諾を得た事業者は、当該利用申込者又はその家族から文書又は電磁的方法により電磁的方法による提供を受けない旨の申出があった場合は、当該利用申込者又はその家族に対し、第一項に規定する重要事項の提供を電磁的方法によってしてはならない。ただし、当該利用申込者又はその家族が再び前項の規定による承諾をした場合は、この限りでない。

○ サービス提供の状況を記録しなければならない 居宅基準第 19 条（第 119 条準用）

利用者がサービスの利用状況や、支給限度額の残高を把握できるようにするため、通所リハビリテーションの提供日、内容等を記録しなければならない

- * 介護報酬算定の根拠となる実際のサービス提供時間、送迎の時間、通所リハビリテーションに従事した職員の氏名、職種名、配置時間等を明確にしておくこと。

○ 利用料及び費用の徴収に係る留意事項 居宅基準第 96 条

利用者から徴収することができる利用料及び費用は以下の通り

① 利用料

「法定代理受領サービス」…介護報酬告示上の額に、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額

「法定代理受領サービス以外」…介護報酬告示上の額（１０割）

② 通常の実施地域以外に居住する利用者の送迎費用（実施地域を越えた地点から起算）

③ 時間延長料金

④ 食費

⑤ おむつ代

⑥ その他の日常生活費

(1) 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事業者が提供する場合に係る費用

(2) 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事業者が提供する場合に係る費用

- * 上記以外の費用の支払を受けることはできない。

- * 上記料金であっても徴収をするためには、運営規程に金額を明記し、重要事項を説明する際に利用者又はその家族に対して具体的に説明し、同意を得ておかなければならない。

- * 上記料金の支払いを受けた場合には、利用者に対して通所リハビリテーションの利用回数、費用区分等を明確にした領収書を交付しなければならない。

口座引き落としの場合にも必要。

利用料が医療費控除の対象となる場合もあるため、医療費控除が受けられる領収書を発行する必要がある。

- * 介護予防通所リハビリテーションでは、③を徴収できない。

指定居宅サービス事業者は、法第四十一条第八項の規定により交付しなければならない領収証に、指定居宅サービスについて居宅要介護被保険者から支払を受けた費用の額のうち、同条第四項第一号又は第二号に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（その額が現に当該指定居宅サービスに要した費用の額を超えときは、当該現に指定居宅サービスに要した費用の額とする。）、食事の提供に要した費用の額及び滞在に要した費用の額に係るもの並びにその他の費用の額を区分して記載し、当該その他の費用の額についてはそれぞれ個別の費用ごとに区分して記載しなければならない。

介護保険法施行規則第65条

通所介護では、利用料以外に「その他の費用の額」として「指定通所介護に通常要する時間を超える指定通所介護であって利用者の選定に係るものの提供に伴い必要となる費用の範囲内において、通常の指定通所介護に係る居宅介護サービス費用基準額を超える費用」を利用者から受け取ることができるが、介護予防通所介護では、受け取ることができないので留意すること。（基準該当介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーションにおいても同趣旨。）

基準解釈通知

○ 通所リハビリテーション計画を作成しなければならない

居宅基準第115条

全ての利用者について、居宅サービス計画に沿った通所リハビリテーション計画を作成し、その内容を利用者・家族に説明し、同意を得た上で交付すること。

* 通所リハビリテーション計画に記載すべき事項

① リハビリテーションの目標

② 目標を達成するための具体的なサービス内容 等

* 診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、多職種共同で個々の利用者ごとに作成する。

* 交付した通所リハビリテーション計画は、完結の日から5年間保存しなければならない。

* 通所リハビリテーション計画に沿ったサービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載する。

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

⑨ 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達していること。

⑩ 指定通所リハビリテーション事業者が、指定訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた通所リハビリテーション計画を作成した場合については、訪問リハビリテーションの基準省令第81条第1項から第4項の基準を満たすことによって、通所リハビリテーションの基準省令第115条第1項から第4項の基準を満たしているとみなすことができることとしたものであること。

当該計画の作成に当たっては、各々の事業の目標を踏まえたうえで、共通目標を設定すること。また、その達成に向けて各々の事業の役割を明確にした上で、利用者に対して一連のサービスとして提供できるよう、個々のリハビリテーションの実施主体、目的及び具体的な提供内容等を1つの目標として分かりやすく記載するよう留意すること。

⑪（略）リハビリテーション会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この⑪において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

基準解釈通知

問96 通所リハビリテーション計画に、目的、内容、頻度等を記載することが要件であるが、利用者のサービス内容によっては、恒常的に屋外でのサービス提供時間が屋内でのサービス提供時間を上回ることがあってもよい。

答96 通所リハビリテーション計画に基づき、利用者のサービス内容によっては、必要に応じて屋外でのサービス提供時間が屋内でのサービス提供時間を上回ることがあると考えている。

平成27年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) (平成27年4月1日)

○ **運営規程 居宅基準第 117 条**

＜令和 3 年度：改定＞

指定通所リハビリテーション事業者は、指定通所リハビリテーション事業所ごとに、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ておかなければならない。

- (1) 事業の目的及び運営の方針
- (2) 従業者の職種、員数及び職務の内容
- (3) 営業日及び営業時間
- (4) 指定通所リハビリテーションの利用定員
- (5) 指定通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額
- (6) 通常の事業の実施地域
- (7) サービス利用に当たっての留意事項
- (8) 非常災害対策
- (9) 虐待の防止のための措置に関する事項
- (10) その他運営に関する重要事項

○ **職員の勤務体制を確保しなければならない**

居宅基準第 101 条第 1 項、第 2 項

通所リハビリテーション事業の従業者の勤務形態を、月毎の勤務表として作成し、保管すること。

* 勤務表に記載すべき事項（勤務表の様式：「勤務形態一覧表」）

- ① 当該従業者の職種
- ② 勤務時間数
- ③ 常勤・非常勤の別
- ④ 兼務の状況 等

サービス提供は、事業所の従業者によって行わなければならない。

* 通所リハビリテーション事業所の従業者は、個人情報を取扱う場合や事故発生時等にも、職員として対応できる者でなければならない。

* 調理、洗濯、清掃等の利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、第三者への委託も可。

○ **従業者の資質向上のため、研修の機会を確保し、全ての従業者に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければならない。**

居宅基準第 101 条第 3 項

＜令和 3 年度：改定＞

指定通所リハビリテーション事業者は、通所リハビリテーション従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。その際、当該指定通所リハビリテーション事業者は、全ての通所リハビリテーション従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第 8 条第 2 項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければならない。

居宅基準第 119 条の規定により、第 101 条第 3 項の規定は、指定訪問入浴介護に係る居宅基準第 53 条の 2 第 3 項と基本的に同趣旨であるため、第 3 の二の 3 の(6)③を参照されたい。

【第 3 の二の 3 の(6)③】

※前段は、当該指定訪問入浴介護事業所の従業者の質の向上を図るため、研修機関が実施する研修や当該事業所内の研修への参加の機会を計画的に確保することとしたものであること。

また、後段は、介護サービス事業者に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることが義務づけられることとしたものであり、これは、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施するものであること。

当該義務付けの対象とならない者は、各資格のカリキュラム等において、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を習得している者とするとし、具体的には、同条第 3 項において規定されている看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、

医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等とする。

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第5条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。指定訪問入浴介護事業者は、令和6年3月31日までに医療・福祉関係資格を有さない全ての訪問入浴介護従業者に対し認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置を講じなければならない。また、新規採用、中途採用を問わず、事業所が新たに採用した従業者（医療・福祉関係資格を有さない者に限る。）に対する当該義務付けの適用については、採用後1年間の猶予期間を設けることとし、採用後1年を経過するまでに認知症介護基礎研修を受講させることとする（この場合についても、令和6年3月31日までは努力義務で差し支えない）。

基準解釈通知

○ ハラスメント対策に関する必要な措置を講じなければならない。 居宅基準第101条第4項

＜令和3年度：改定＞

指定通所リハビリテーション事業者は、適切な指定通所リハビリテーションの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより訪問介護員等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。

居宅基準第119条の規定により、第101条第4項の規定は、指定訪問介護に係る居宅基準第30条第4項と基本的に同趣旨であるため、第3の一の3の21④を参照されたい。

【第3の一の3の21④】

雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第11条第1項及び労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律（昭和41年法律第132号）第30条の2第1項の規定に基づき、事業主には、職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメント（以下「職場におけるハラスメント」という。）の防止のための雇用管理上の措置を講じることが義務づけられていることを踏まえ、規定したものである。事業主が講ずべき措置の内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりとする。なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、利用者やその家族等から受けるものも含まれることに留意すること。

イ 事業主が講ずべき措置の具体的な内容

事業主が講ずべき措置の具体的な内容は、事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成18年厚生労働省告示第615号）及び事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和2年厚生労働省告示第5号。以下「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりであるが、特に留意されたい内容は以下のとおりである。

a 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発

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

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

相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。

なお、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置義務については、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律第24号）附則第3条の規定により読み替えられた労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第30条の2第1項の規定により、中小企業（医療・介護を含むサービス業を主たる事業とする事業主については資本金が5000万円以下又は常時使用する従業員の数が100人以下の企業）は、令和4年4月1日から義務化となり、それまでの間は努力義務とされているが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じよう努められたい。

ロ 事業主が講じることが望ましい取組について

パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等）及び③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）が規定されている。介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、イ（事業主が講ずべき措置の具体的内容）の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましい。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載しているので参考にされたい。（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html）

加えて、都道府県において、地域医療介護総合確保基金を活用した介護職員に対する悩み相談窓口設置事業や介護事業所におけるハラスメント対策推進事業を実施している場合、事業主が行う各種研修の費用等について助成等を行っていることから、事業主はこれらの活用も含め、介護事業所におけるハラスメント対策を推進することが望ましい。

基準解釈通知

○ 非常災害対策を立てておかなければならない

居宅基準第 103 条

非常災害に関する具体的計画を立てておかなければならない。

- * 消防法施行規則第3条に規定する消防計画（これに準ずる計画を含む）
- * 風水害、地震等の災害に対処するための計画

関係機関への通報及び連絡体制を整備し、定期的に従業員に周知しておかなければならない。

- * 地域の消防機関への通報体制
- * 消防団や地域住民との連携

定期的に避難・救出等の訓練を行わなければならない。

○ 災害への地域と連携した対応の強化

居宅基準第 103 条

＜令和3年度：改定＞

指定通所介護事業者は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならない。

指定通所リハビリテーション事業者が前項に規定する避難、救出その他の訓練の実施に当たって、できるだけ地域住民の参加が得られるよう努めることとしたものであり、そのためには、日頃から地域住民との密接な連携体制を確保するなど、訓練の実施に協力を得られる体制づくりに努めることが必要である。訓練の実施に当たっては、消防関係者の参加を促し、具体的な指示を仰ぐなど、より実効性のあるものとする。

基準解釈通知

○ 業務継続計画を策定し当該計画に従い必要な措置を講じなければならない。

居宅基準第 30 条の 2（第 119 条準用）

＜令和3年度：改定＞

指定通所リハビリテーション事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

指定通所リハビリテーション事業者は、通所リハビリテーション従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。

指定通所リハビリテーション事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

居宅基準第 119 条の規定により指定通所リハビリテーションの事業について準用される居宅基準第 30 条の 2 の規定については、通所介護と同様であるので、第 3 の六の 3 の(6)を参照されたい。

第 3 の六の 3 の(6)

- ① 居宅基準第 105 条の規定により指定通所介護の事業について準用される居宅基準第 30 条の 2 は、指定通所介護事業者は、感染症や災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して指定通所介護の提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、通所介護従業者に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しなければならないこととしたものである。なお、業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、居宅基準第 105 条の規定により 指定通所介護の事業について準用される居宅基準第 30 条の 2 に基づき事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。また、感染症や災害が発生した場合には、従業者が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましい。

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和 3 年改正省令附則第 3 条において、3 年間の経過措置を設けており、令和 6 年 3 月 31 日まで の間は、努力義務とされている。

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

イ 感染症に係る業務継続計画

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

ロ 災害に係る業務継続計画

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

- ③ 研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとする。職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年 1 回以上）な 教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録すること。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。

- ④ 訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年 1 回以上）に実施するものとする。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。また、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えない。訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

基準解釈通知

○ 感染症の発生、又はまん延防止のための措置を講じなければならない。 居宅基準第 118 条第 2 項

＜令和 3 年度：改定＞

指定通所リハビリテーション事業者は、当該指定通所リハビリテーション事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

- 1 当該指定通所リハビリテーション事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）をおおむね 6 月に 1 回以上開催するとともに、その結果について、訪問介護員等に周知徹底を図ること。
- 2 当該指定通所リハビリテーション事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
- 3 当該指定通所リハビリテーション事業所において、通所リハビリテーション従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施すること。

居宅基準第 118 条第 2 項の規定については、通所介護と同様であるので、第 3 の六の 3 の(8)の②を参照されたい。

第 3 の六の 3 の(8)の②

- ② 同条第 2 項に規定する感染症が発生し、又はまん延しないように講ずべき措置については、具体的には次のイからハまでの取扱いとすること。各事項について、同項に基づき事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和 3 年改正省令附則第 4 において、3 年間の経過措置を設けており、令和 6 年 3 月 31 日まで の間は、努力義務とされている。

イ 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会

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

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

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

ロ 感染症の予防及びまん延の防止のための指針

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

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

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

ハ 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練

通所介護従業者に対する「感染症の予防及びまん延の防止のための研修」の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該事

業所が定期的な教育（年１回以上）を開催するとともに、新規採用時には感染対策研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録することが必要である。

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

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

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

基準解釈通知

○ 運営規定の概要等を掲示しなければならない

居宅基準第 32 条（第 119 条準用） <令和 3 年度：改定>

指定通所リハビリテーション事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、通所リハビリテーション従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。

前述の書面を当該通所リハビリテーション事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、掲示に代えることができる。

○ 利用者・家族に係る秘密を保持しなければならない

居宅基準第 33 条（第 119 条準用）

業務上知り得た秘密を、正当な理由なく漏らしてはならない。

- * 従業者や元従業者が秘密を漏らすことがないように、雇用時の取り決め等を行う。
- * サービス担当者会議等を行う場合に、利用者・家族の個人情報を利用する場合があるため、あらかじめ文書による同意を得ておく。

○ 地域との連携等

居宅基準第 36 条の 2 第 2 項（第 119 条準用） <令和 3 年度：改定>

指定通所リハビリテーション事業者は、指定通所リハビリテーション事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても指定通所リハビリテーションの提供を行うよう努めなければならない。

○ 虐待の防止

居宅基準第 37 条の 2（第 119 条準用）

<令和 3 年度：改定>

指定通所リハビリテーション事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

- 1 当該指定訪問介護事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、訪問介護員等に周知徹底を図ること。
- 2 当該指定訪問介護事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
- 3 当該指定訪問介護事業所において、訪問介護員等に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- 4 前 3 号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

居宅基準第 119 条の規定により指定通所リハビリテーションの事業について準用される居宅基準第 37 条の 2 の規定については、訪問介護と同様であるので、第 3 の一の 3 の (31)を参照されたい。

第 3 の一の 3 の (31)

居宅基準第 37 条の 2 は、虐待の防止に関する事項について規定したものである。虐待は、法の目的の一つである高齢者の尊厳の保持や、高齢者の人格の尊重に深刻な影響を及ぼす可能性が極めて高く、指定訪

介護事業者は虐待の防止のために必要な措置を講じなければならない。虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等については、「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」（平成17 年法律第124 号。以下「高齢者虐待防止法」という。）に規定されているところであり、その実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、次に掲げる観点から虐待の防止に関する措置を講じるものとする。

・虐待の未然防止

指定訪問介護事業者は高齢者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけながらサービス提供にあたる必要があり、第3条の一般原則に位置付けられているとおり、研修等を通じて、従業者にそれらに関する理解を促す必要がある。同様に、従業者が高齢者虐待防止法等に規定する養介護事業の従業者としての責務・適切な対応等を正しく理解していることも重要である。

・虐待等の早期発見

指定訪問介護事業所の従業者は、虐待等又はセルフ・ネグレクト等の虐待に準ずる事案を発見しやすい立場にあることから、これらを早期に発見できるよう、必要な措置（虐待等に対する相談体制、市町村の通報窓口の周知等）がとられていることが望ましい。また、利用者及びその家族からの虐待等に係る相談、利用者から市町村への虐待の届出について、適切な対応をすること。

・虐待等への迅速かつ適切な対応

虐待が発生した場合には、速やかに市町村の窓口に通報される必要があり、指定訪問介護事業者は当該通報の手続が迅速かつ適切に行われ、市町村等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めることとする。

以上の観点を踏まえ、虐待等の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するために次に掲げる事項を実施するものとする。

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第2条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（第1号）

虐待防止検討委員会は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的に開催することが必要である。また、虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。

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

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

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

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

イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること

ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること

ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること

ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること

ホ 従業者が高齢者虐待を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること

ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること

ト 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

② 虐待の防止のための指針(第2号)

指定訪問介護事業者が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

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

③ 虐待の防止のための従業者に対する研修(第3号)

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

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

また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、事業所内での研修で差し支えない。

④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者(第4号)

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

基準解釈通知

○ 記録を整備しなければならない

居宅基準第118条の2

通所リハビリテーション事業所は、以下の記録を整備しておかなければならない。

- ① 従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録
- ② 利用者に対する通所リハビリテーションの提供に関する記録
 - (1) 通所リハビリテーション計画
 - (2) 具体的なサービスの内容等の記録(診療記録を含む)
 - (3) 利用者に関する市町村への通知に関する記録
 - (4) 利用者からの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

* 熊本県及び熊本市の事業所については、条例により、上記の記録は、その完結の日から5年間保存しなければならない。

なお、「その完結の日」とは、個々の利用者につき、契約終了(契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立等)により一連のサービス提供が終了した日を指すものとする。

基準解釈通知

(26) 記録の整備について

リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者、加算の算定に当たって根拠となった書類等)は利用者ごとに保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること。

居宅算定基準留意事項

- 1 指定居宅サービス事業者及び指定居宅サービスの提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、この省令の規定において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下この条において同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるもの（第 11 条第 1 項（第 39 条の 3、第 43 条、第 54 条、第 58 条、第 74 条、第 83 条、第 91 条、第 105 条、第 105 条の 3、第 109 条、第 119 条、第 140 条（第 140 条の 13 において準用する場合を含む。）、第 140 条の 15、第 140 条の 32、第 155 条（第 155 条の 12 において準用する場合を含む。）、第 192 条、第 192 条の 12、第 205 条、第 206 条及び第 216 条において準用する場合を含む。）及び第 181 条第 1 項（第 192 条の 12 において準用する場合を含む。）並びに次項に規定するものを除く。）については、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。
- 2 指定居宅サービス事業者及び指定居宅サービスの提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、この省令の規定において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法（電子的方法、磁気的方法その他人の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができる。

※ 電磁的記録について

居宅基準第 217 条第 1 項及び予防基準第 293 条第 1 項は、指定居宅サービス事業者及び指定居宅サービスの提供に当たる者等（以下「事業者等」という。）の書面の保存等に係る負担の軽減を図るため、事業者等は、この省令で規定する書面（被保険者証に関するものを除く。）の作成、保存等を次に掲げる電磁的記録により行うことができることとしたものである。

- (1) 電磁的記録による作成は、事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法または磁気ディスク等をもって調製する方法によること。
- (2) 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。
 - ① 作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法
 - ② 書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法
- (3) その他、居宅基準第 217 条第 1 項及び予防基準第 293 条第 1 項において電磁的記録により行うことができるとされているものは、(1)及び(2)に準じた方法によること。
- (4) また、電磁的記録により行う場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

※電磁的方法について

居宅基準第 217 条第 2 項及び予防基準第 293 条第 2 項は、利用者及びその家族等（以下「利用者等」という。）の利便性向上並びに事業者等の業務負担軽減等の観点から、事業者等は、書面で行うことが規定されている又は想定される交付等（交付、説明、同意、承諾、締結その他これに類するものをいう。）について、事前に利用者等の承諾を得た上で、次に掲げる電磁的方法によることができることとしたものである。

- (1) 電磁的方法による交付は、居宅基準第 8 条第 2 項から第 6 項まで及び予防基準第 49 条の 2 第 2 項から第 6 項までの規定に準じた方法によること。
- (2) 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についての Q & A（令和 2 年 6 月 19 日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。
- (3) 電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等の間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についての Q & A（令

和 2 年 6 月 19 日 内閣府・法務省・経済産業省)」を参考にすること。

- (4) その他、居宅基準第 217 条第 2 項及び予防基準第 293 条第 2 項において電磁的方法によることができるとされているものは、(1)から(3)までに準じた方法によること。ただし、居宅基準若しくは予防基準又はこの通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこと。
- (5) また、電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

基準解釈通知

＜令和３年度改定＞

注		注		注		注		注		注		注		注	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)		認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)		生活行為向上リハビリテーション実施加算		若年性認知症利用者受入加算		栄養アセスメント加算		栄養改善加算		口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)		口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	

(大規模事業所Ⅰ)

基本部分		注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	
		利用者の数が概 市役員を越える 場合	医師、管理療法 士、作業療法士、 言語聴覚士、整 骨・介護職員の員 数が基準に達しない 場合	理学療法士等特 殊強化加算	7時間以上8時間未満の通所介護（介護シフト）の前後 に日常生活上の学習を行う場合	介護トレーニング提供体制加算	中山間地域等への 派遣する等への サービス提供加 算	介護職員等 （1）	介護職員等 （2）	介護トレーニング マスタリー加算 （A）	介護トレーニング マスタリー加算 （B）	従事業務別 介護シフト 実加算	
介護度Ⅰは介護度Ⅱの場合	(1) 1時間以上 2時間未満	要介護1（ 361 単位） 要介護2（ 392 単位） 要介護3（ 421 単位） 要介護4（ 450 単位） 要介護5（ 480 単位）	×70/100	×70/100	+3/100	1日につき +30単位	3時間以上4時間未満の場合 +12単位	+5/100	1日につき +40単位	1日につき +40単位	介護トレーニング マスタリー加算 （A）イ	介護トレーニング マスタリー加算 （B）イ	1日につき +110単位
	(2) 2時間以上 3時間未満	要介護1（ 375 単位） 要介護2（ 401 単位） 要介護3（ 428 単位） 要介護4（ 454 単位） 要介護5（ 481 単位）											
	(3) 3時間以上 4時間未満	要介護1（ 477 単位） 要介護2（ 504 単位） 要介護3（ 530 単位） 要介護4（ 557 単位） 要介護5（ 584 単位）											
	(4) 4時間以上 5時間未満	要介護1（ 540 単位） 要介護2（ 568 単位） 要介護3（ 595 単位） 要介護4（ 622 単位） 要介護5（ 650 単位）											
	(5) 5時間以上 6時間未満	要介護1（ 604 単位） 要介護2（ 632 単位） 要介護3（ 659 単位） 要介護4（ 686 単位） 要介護5（ 714 単位）											
	(6) 6時間以上 7時間未満	要介護1（ 674 単位） 要介護2（ 702 単位） 要介護3（ 730 単位） 要介護4（ 757 単位） 要介護5（ 785 単位）											
	(7) 7時間以上 8時間未満	要介護1（ 734 単位） 要介護2（ 763 単位） 要介護3（ 792 単位） 要介護4（ 821 単位） 要介護5（ 850 単位）											
	(8) 8時間以上 9時間未満	要介護1（ 804 単位） 要介護2（ 833 単位） 要介護3（ 862 単位） 要介護4（ 891 単位） 要介護5（ 920 単位）											
	(9) 9時間以上 10時間未満	要介護1（ 874 単位） 要介護2（ 903 単位） 要介護3（ 932 単位） 要介護4（ 961 単位） 要介護5（ 990 単位）											
	(10) 10時間以上 11時間未満	要介護1（ 944 単位） 要介護2（ 973 単位） 要介護3（ 1002 単位） 要介護4（ 1031 単位） 要介護5（ 1060 単位）											
	(11) 11時間以上 12時間未満	要介護1（ 1014 単位） 要介護2（ 1043 単位） 要介護3（ 1072 単位） 要介護4（ 1101 単位） 要介護5（ 1130 単位）											
	(12) 12時間以上 13時間未満	要介護1（ 1084 単位） 要介護2（ 1113 単位） 要介護3（ 1142 単位） 要介護4（ 1171 単位） 要介護5（ 1200 単位）											
	(13) 13時間以上 14時間未満	要介護1（ 1154 単位） 要介護2（ 1183 単位） 要介護3（ 1212 単位） 要介護4（ 1241 単位） 要介護5（ 1270 単位）											
	介護度Ⅱは介護度Ⅲの場合	(1) 1時間以上 2時間未満											
(2) 2時間以上 3時間未満		要介護1（ 375 単位） 要介護2（ 401 単位） 要介護3（ 428 単位） 要介護4（ 454 単位） 要介護5（ 481 単位）											
(3) 3時間以上 4時間未満		要介護1（ 477 単位） 要介護2（ 504 単位） 要介護3（ 530 単位） 要介護4（ 557 単位） 要介護5（ 584 単位）											
(4) 4時間以上 5時間未満		要介護1（ 540 単位） 要介護2（ 568 単位） 要介護3（ 595 単位） 要介護4（ 622 単位） 要介護5（ 650 単位）											
(5) 5時間以上 6時間未満		要介護1（ 604 単位） 要介護2（ 632 単位） 要介護3（ 659 単位） 要介護4（ 686 単位） 要介護5（ 714 単位）											
(6) 6時間以上 7時間未満		要介護1（ 674 単位） 要介護2（ 702 単位） 要介護3（ 730 単位） 要介護4（ 757 単位） 要介護5（ 785 単位）											
(7) 7時間以上 8時間未満		要介護1（ 734 単位） 要介護2（ 763 単位） 要介護3（ 792 単位） 要介護4（ 821 単位） 要介護5（ 850 単位）											
(8) 8時間以上 9時間未満		要介護1（ 804 単位） 要介護2（ 833 単位） 要介護3（ 862 単位） 要介護4（ 891 単位） 要介護5（ 920 単位）											
(9) 9時間以上 10時間未満		要介護1（ 874 単位） 要介護2（ 903 単位） 要介護3（ 932 単位） 要介護4（ 961 単位） 要介護5（ 990 単位）											
(10) 10時間以上 11時間未満		要介護1（ 944 単位） 要介護2（ 973 単位） 要介護3（ 1002 単位） 要介護4（ 1031 単位） 要介護5（ 1060 単位）											
(11) 11時間以上 12時間未満		要介護1（ 1014 単位） 要介護2（ 1043 単位） 要介護3（ 1072 単位） 要介護4（ 1101 単位） 要介護5（ 1130 単位）											
(12) 12時間以上 13時間未満		要介護1（ 1084 単位） 要介護2（ 1113 単位） 要介護3（ 1142 単位） 要介護4（ 1171 単位） 要介護5（ 1200 単位）											
(13) 13時間以上 14時間未満		要介護1（ 1154 単位） 要介護2（ 1183 単位） 要介護3（ 1212 単位） 要介護4（ 1241 単位） 要介護5（ 1270 単位）											
介護度Ⅲは介護度Ⅳの場合		(1) 1時間以上 2時間未満	要介護1（ 361 単位） 要介護2（ 392 単位） 要介護3（ 421 単位） 要介護4（ 450 単位） 要介護5（ 480 単位）	×70/100	×70/100	+3/100	1日につき +30単位	3時間以上4時間未満の場合 +12単位	+5/100	1日につき +40単位	1日につき +40単位	介護トレーニング マスタリー加算 （A）イ	介護トレーニング マスタリー加算 （B）イ
	(2) 2時間以上 3時間未満	要介護1（ 375 単位） 要介護2（ 401 単位） 要介護3（ 428 単位） 要介護4（ 454 単位） 要介護5（ 481 単位）											
	(3) 3時間以上 4時間未満	要介護1（ 477 単位） 要介護2（ 504 単位） 要介護3（ 530 単位） 要介護4（ 557 単位） 要介護5（ 584 単位）											
	(4) 4時間以上 5時間未満	要介護1（ 540 単位） 要介護2（ 568 単位） 要介護3（ 595 単位） 要介護4（ 622 単位） 要介護5（ 650 単位）											
	(5) 5時間以上 6時間未満	要介護1（ 604 単位） 要介護2（ 632 単位） 要介護3（ 659 単位） 要介護4（ 686 単位） 要介護5（ 714 単位）											
	(6) 6時間以上 7時間未満	要介護1（ 674 単位） 要介護2（ 702 単位） 要介護3（ 730 単位） 要介護4（ 757 単位） 要介護5（ 785 単位）											
	(7) 7時間以上 8時間未満	要介護1（ 734 単位） 要介護2（ 763 単位） 要介護3（ 792 単位） 要介護4（ 821 単位） 要介護5（ 850 単位）											
	(8) 8時間以上 9時間未満	要介護1（ 804 単位） 要介護2（ 833 単位） 要介護3（ 862 単位） 要介護4（ 891 単位） 要介護5（ 920 単位）											
	(9) 9時間以上 10時間未満	要介護1（ 874 単位） 要介護2（ 903 単位） 要介護3（ 932 単位） 要介護4（ 961 単位） 要介護5（ 990 単位）											
	(10) 10時間以上 11時間未満	要介護1（ 944 単位） 要介護2（ 973 単位） 要介護3（ 1002 単位） 要介護4（ 1031 単位） 要介護5（ 1060 単位）											
	(11) 11時間以上 12時間未満	要介護1（ 1014 単位） 要介護2（ 1043 単位） 要介護3（ 1072 単位） 要介護4（ 1101 単位） 要介護5（ 1130 単位）											
	(12) 12時間以上 13時間未満	要介護1（ 1084 単位） 要介護2（ 1113 単位） 要介護3（ 1142 単位） 要介護4（ 1171 単位） 要介護5（ 1200 単位）											
	(13) 13時間以上 14時間未満	要介護1（ 1154 単位） 要介護2（ 1183 単位） 要介護3（ 1212 単位） 要介護4（ 1241 単位） 要介護5（ 1270 単位）											

二 旅行支給加算（１日につき、１２単位を加算）		
ホ サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (１回につき、22単位を加算)	
	(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (１回につき、18単位を加算)	
	(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (１回につき、6単位を加算)	
ヘ 介護職員処遇改善加算	(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (１月につき、＋所定単位×47/1000)	注 所定単位は、いからまでにより算定した単位数の合計
	(2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (１月につき、＋所定単位×34/1000)	
	(3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (１月につき、＋所定単位×19/1000)	
	(4) 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (１月につき、＋(3)の90/1000)	
	(5) 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) (５月につき、＋(3)の500/1000)	
ト 介護職員等特別処遇調整加算	(1) 介護職員等特別処遇調整加算(Ⅰ) (１月につき、＋所定単位×20/1000)	注 所定単位は、いからまでにより算定した単位数の合計
	(2) 介護職員等特別処遇調整加算(Ⅱ) (１月につき、＋所定単位×17/1000)	
	(3) 介護職員等特別処遇調整加算(Ⅲ) (１月につき、＋所定単位×17/1000)	

：「感染症又は災害の発生を理由とする利用客数の減少が一定以上生じている場合」、「事業用と同一建物に所在する要又は同一建物から利用する者に適用(少)のゾーン」等を行う場合」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「サービス提供体制強化加算」、「介護職員処遇改善加算」及び「介護職員等特定処遇改善加算」は、支所段階管理の対象外の算定項目

注		注		注		注		注		注		注		注	
認知症短期集中 リハビリテーション 実施加算(Ⅰ)	認知症短期集中 リハビリテーション 実施加算(Ⅱ)	生活行為向上リ ハビリテーション 実施加算	看住性認知症利 用者受入加算	栄養アセスメン ト加算	栄養改善加算	口腔・栄養スク リーニング加算 (Ⅰ)	口腔・栄養スク リーニング加算 (Ⅱ)	口腔機能向上加 算(Ⅰ)	口腔機能向上加 算(Ⅱ)	看護療養管理加 算	中重度介護ア ドレッシング加 算	科学的看護理 念実践加算	事業所と同一建 物に居住する者 又は同一建物か ら利用する者に 通所リハビリシ ョンを行う場合	事業所が通所を 行わない場合	
1日につき +240単位 (週2日を 限度)	1月につき +1,920単位	利用開始日の属 する月から 6月以内 (1月につき +1,250単位)	1日につき +60単位	1日につき +50単位	1回につき +200単位 (月2回を 限度)	1回につき +20単位 (6月に1回 を限度)	1回につき +5単位 (6月に1回 を限度)	1回につき +150単位 (月2回を限度)	1回につき +180単位 (月2回を限度)	1日につき +100単位	1日につき +20単位	1月につき +40単位	1日につき -94単位	片道につき -47単位	

(大規模事業所Ⅱ)

基本部分		注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注
------	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

注		注	注	注	注	注		注		注	注	注	注
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	生活行為向上リハビリテーション実施加算	若年性認知症利用者受入加算	栄養アセスメント加算	栄養改善加算	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	口腔機能向上加算(Ⅰ)	口腔機能向上加算(Ⅱ)	重症療養管理加算	中重度者ケア体制加算	科学的介護推進体制加算	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に選択リハビリテーションを行う場合

(1) 事業所規模による区分

通常規模事業所	：前年度の1月当たりの平均利用延人員数が750人以内
大規模事業所（Ⅰ）	：前年度の1月当たりの平均利用延人員数が750人を超え900人以内
大規模事業所（Ⅱ）	：前年度の1月当たりの平均利用延人員数が900人を超える

(2) 事業所規模の計算

- 通所リハビリテーション費の単価算定の基礎となる「事業所規模」の区分は、前年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度（※））の1月当たりの平均利用延人員数により決定される。
（※）平均利用延人員数の算定にあたっては、3月分を除くことに注意。
- 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については、利用延人員数に6／7を乗じて月当たりの平均利用者数を計算する。
- 上記にかかわらず、以下の場合は、利用定員に90%をかけた推計値により決定する。
 - ① 前年度の実績が6月に満たない事業所の場合（新規指定事業所を含む）
 - ② 前年度から定員をおおむね25%以上変更して事業を実施しようとする場合（4月1日付けの変更に限る。）
- 事業所規模の算定は、一体的に運営する介護予防通所リハビリテーションの利用人員も含む。また、1つの事業所が複数単位を実施する場合は、全ての単位を合算で行う。

(8) 平均利用延人員数の取扱い

- ① 事業所規模による区分については、施設基準第6号イ(1)に基づき、前年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。以下この項において同じ。）の1月当たりの平均利用延人員数により算定すべき通所リハビリテーション費を区分しているところであるが、当該平均利用延人員数の計算に当たっては、同号の規定により、当該指定通所リハビリテーション事業所に係る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を併せて受け一体的に事業を実施している場合は、当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所における前年度の1月当たりの平均利用延人員数を含むこととされているところである。したがって、仮に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を併せて受けている場合であっても、事業が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には、当該平均利用延人員数には当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所の平均利用延人員数は含めない取扱いとする。
- ② 平均利用延人員数の計算に当たっては、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を乗じて得た数とし、2時間以上3時間未満の報酬を算定している利用者及び3時間以上4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を乗じて得た数とし、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を乗じて得た数とする。また、平均利用延人員数に含むこととされた介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者の計算に当たっては、介護予防通所リハビリテーションの利用時間が2時間未満の利用者については、利用者数に4分の1を乗じて得た数とし、2時間以上4時間未満の利用者については利用者数に2分の1を乗じて得た数とし、4時間以上6時間未満の利用者については利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。ただし、介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者については、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日毎に加えていく方法により算定しても差し支えない。
また、1月間（暦月）、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月における平均利用延人員数については、当該月の平均利用延人員数に7分の6を乗じた数によるものとする。

- ③ 前年度の実績が6月に満たない事業者(新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む)又は前年度から定員をおおむね25%以上変更して事業を実施しようとする事業者においては、当該年度に係る平均利用延人員数については、便宜上、都道府県知事に届け出た当該事業所の利用定員の90%に予定される1月当たりの営業日数を乗じて得た数とする。
- ④ 毎年度3月31日時点において、事業を実施している事業者であって、4月以降も引き続き事業を実施するものの当該年度の通所リハビリテーション費の算定に当たっては、前年度の平均利用延人員数は、前年度において通所リハビリテーション費を算定している月(3月を除く。)の1月当たりの平均利用延人員数とする。

居宅算定基準留意事項

【Q】 通所介護等における大規模事業所減算の算定に当たっては、

- ① 原則として、前年度の1月当たりの平均利用延人員数により、
- ② 例外的に、前年度の実績が6月に満たない又は前年度から定員を25%以上変更して事業を行う事業者においては、便宜上、利用定員の90%に予定される1月当たりの営業日数を乗じて得た数により、事業所規模の区分が決定され、減算の対象となるかどうか判断することとなる。

しかし、②を利用することにより、年度末に定員規模を大幅に縮小し、年度を越して当該年度の事業所規模が確定した後に定員を変更前の規模に戻す等、事業所規模の実態を反映しない不適切な運用が行われる可能性も考えられるが、その対応如何。

【A】 事業所規模の区分については、現在の事業所規模の実態を適切に反映させる方法により決定されるべきであることから、定員変更により②を適用する事業所は、前年度の実績(前年度の4月から2月まで)が6月以上ある事業所が、年度が変わる際に定員を25%以上変更する場合のみとする。

平成20年4月「介護療養型老人保健施設に係る介護報酬改定等に関するQ&A」

※ 指定通所リハビリテーション事業者は、毎年3月に事業所規模算定区分の確認を行う必要がある

※ 変更がある場合は、3月15日までに「介護給付費算定体制に係る届出書」を提出すること(変更がない場合は特に届出の必要なし)。

＜令和3年度：改定＞

(3) 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の取扱いについて
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の基本報酬への加算の内容については、別途通知(※)を参照すること。

居宅算定基準留意事項

(※) 「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日付厚生労働省通知)。概要は、P42～を参照。

(9) 通所リハビリテーションの提供について

- ① 平成27年度の介護報酬改定において、個別リハビリテーション実施加算が本体報酬に包括化された趣旨を踏まえ、利用者の状態に応じ、個別にリハビリテーションを実施することが望ましいこと。
- ② 指定通所リハビリテーションは、指定通所リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、通所リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、例外として、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けていた患者が、介護保険の指定通所リハビリテーションへ移行する際に、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」の別紙様式2-2-1をもって、保険医療機関から当該事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式2-1-1に記載された内容について確認し、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、別紙様式2-1-1をリハビリテーション計画書とみなして通所リハビリテーション費の算定を開始してもよいこととする。

なお、その場合であっても、算定開始の日が属する月から起算して3月以内に、当該事業所の医師の診療に基づいて、次回のリハビリテーション計画を作成する。
- ③ 指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行う。
- ④ ③における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示に基づき行った内容を明確に記録する。
- ⑤ 通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直す。初回の評価は、通所リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに評価を行う。
- ⑥ 指定通所リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定通所リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書に指定通所リハビリテーションの継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、その他指定居宅サービスの併用と移行の見通しを記載し、本人・家族に説明を行う。
- ⑦ 新規に通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該計画に従い、指定通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して1月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行うよう努めることが必要である。
- ⑧ 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達する。

【問 22】 報酬告示又は予防報酬告示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情報提供に当たっては「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号）の別紙様式2-2-1を用いることとされている。別紙様式2-2-1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。

【答】 医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供に当たっては別紙様式2-2-1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。

※ 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）問50の修正。

【問 23】 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・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号）の別紙様式2-2-1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が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式2-2-1に記載された内容について確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、例外として、別紙様式2-2-1をリハビリテーション計画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療し、様式2-2-1に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療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、保険医療機関から情報提供を受ける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。

【答】 1) よい。また、医師が同一の場合であっても、医師の診療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の四の3の(3)⑤から⑦までを参照のこと。

※ 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）問51の修正。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 2）（令和3年3月23日）

○ 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、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、複合型サービスを受けている間は算定できない。

○ サービス種類相互の算定関係について

同一時間帯に通所サービスと訪問サービスを利用した場合は、訪問サービスの所定単位数は算定できない。例えば、利用者が通所サービスを受けている時間帯に本人不在の居宅を訪問して掃除等を行うことについては、訪問介護の生活援助として行う場合は、本人の安否確認・健康チェック等も合わせて行うべきものであることから、訪問介護（生活援助が中心の場合）の所定単位数は算定できない。

居宅算定基準留意事項

○ 施設入所日及び退所日等における算定について

介護老人保健施設及び介護療養型医療施設の退所（退院）日又は短期入所療養介護のサービス終了日（退所・退院日）については、訪問看護費、訪問リハビリテーション費、居宅療養管理指導費及び通所リハビリテーション費は算定できない。訪問介護等の福祉系サービスは別に算定できるが、施設サービスや短期入所サービスでも、機能訓練やリハビリテーションを行えることから、退所（退院日）に通所介護サービスを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。

また、入所（入院）当日であっても当該入所（入院）前に利用する訪問通所サービスは別に算定できる。ただし、入所（入院）前に通所介護又は通所リハビリテーションを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。また、施設入所（入院）者が外泊又は介護保健施設サービス費の試行的退所を算定した場合には、外泊時又は試行的退所を算定時に居宅サービスは算定できない。

居宅算定基準留意事項

○ サービス利用中の医療機関受診について

【Q】 通所サービスと併設医療機関の受診について

【A】 通所サービスのサービス提供時間帯における併設医療機関の受診は緊急やむを得ない場合を除いて認められない。また、サービス開始前又は終了後の受診は可能であるが、一律に機械的に通所サービスの前後に組み入れることは適切でなく、当日の利用者の心身の状況、通所サービスの見直しなどの必要性に応じて行われるべきものである。

平成15年Q&A 5月30日

【Q】 緊急やむを得ない場合における併設医療機関（他の医療機関を含む）の受診による通所サービスの利用の中止について

【A】 併設医療機関等における保険請求が優先され、通所サービスについては変更後の所要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Q&A 5月30日

○ 送迎時に実施した居宅内介助等の評価について

② 指定通所リハビリテーションを行うのに要する時間には、送迎に要する時間は含まないものとするが、送迎時に実施した居宅内での介助等（電気の消灯・点灯、窓の施錠、着替え、ベッドへの移乗等）に要する時間は、次のいずれの要件も満たす場合、1日30分以内を限度として、通所リハビリテーションを行うのに要する時間に含めることができる。

イ 居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に位置付けた上で実施する場合

ロ 送迎時に居宅内の介助等を行う者が、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、一級課程修了者、介護職員初任者研修修了者（二級課程修了者を含む。）又は当該事業所における勤続年数と同一法人の経営する他の介護サービス事業所、医療機関、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員としての勤続年数の合計が3年以上の介護職員である場合

居宅算定基準留意事項

【問53】 送迎時に居宅内で介助した場合は30分以内であれば所要時間に参入してもよいとあるが、同一建物又は同一敷地内の有料老人ホーム等に居住している利用者へ介護職員が迎えに行き居宅内介助した場合も対象とすることによいか。

【答】 対象となる。

【問54】 送迎時における居宅内介助等については、複数送迎する場合は、車内に利用者を待たせることになるので、個別に送迎する場合のみが認められるのか。

【答】 個別に送迎する場合のみに限定するものではないが、居宅内介助に要する時間をサービスの提供時

間に含めることを認めるものであることから、他の利用者を送迎時に車内に待たせて行うことは認められない。

【問55】 居宅内介助等を実施した時間を所要時間として、居宅サービス計画及び個別サービス計画に位置づけた場合、算定する報酬区分の所要時間が利用者ごとに異なる場合が生じてもよいか。

【答】 サービスの提供に当たっては、サービス提供の開始・終了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、単位内でサービスの提供時間の異なる場合が生じても差し支えない。

平成27年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) (平成27年4月1日)

(4) 各種減算・加算について

定員超過・人員基準欠如による減算

- 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一体的に行う事業所の定員とは、両者の利用者を合算した数の上限をいう。
- 減算は、月単位で見た定員超過、人員欠如に適用され、次の月の全利用者の報酬額が 100 分の 70 で算定する。
- 具体的な減算要件は以下の通り。毎月、月末時点で計算を行い、翌月の減算対象とならないかどうかについて、各事業所で確認すること。

項目		減算要件	減算内容
定員超過		月平均の利用者数が、県又は市に提出した運営規程に定める利用定員を超過した場合。 【算定式：単位毎（小数点以下切り上げ）】 $\frac{\text{月延利用人数}}{\text{サービス提供日数}} > \text{利用定員数}$ * 上式でいう『月延利用人数』とは、同時に受け入れた最大利用者数を 1 か月分積み上げた数。	翌月から解消月までの利用者全員の報酬額を 100 分の 70 で算定する。
人員欠如	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	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	翌月から解消月までの利用者全員の報酬額を 100 分の 70 で算定する。
		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	翌々月から解消月までの利用者全員の報酬額を 100 分の 70 で算定する。（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。）

感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価<令和3年度：改定>

- 感染症又は災害（厚生労働大臣が認めるものに限る。）の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している場合に、都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、指定通所通所リハビリテーションを行った場合には、利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数に加算する。

ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると認められる場合は、当該加算の期間が終了した月の翌月から3月以内に限り、引き続き加算することができる。

※詳細は、令和3年3月16日付厚生労働省通知「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」参照（以下、「令和3年3月16日付通知」という）

○サービス・事業所規模別の報酬区分別適用できる加算・特例

サービス・事業所規模別の報酬区分（※1）	適用できる加算・特例
・通所リハビリテーション（通常規模型）	① 3%加算
・通所リハビリテーション（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）	① 3%加算 又は ②規模区分の特例（※2）

（※1）事業所規模別の報酬区分は、加算算定・延長、特例適用の届出を行う月の前月の区分によるものとする。

（※2）① 3%加算と②規模区分の特例のいずれにも適合する場合は、②規模区分の特例の適用を申請すること。

○加算・特例の発動要件

① 3%加算	② 規模区分の特例
○ 利用延人員数の減が生じた月の利用延人員数が前年度の1月当たりの平均利用延人員数から5%以上減少している場合に算定	○ 利用延人員数の減が生じた月の利用延人員数が、より小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数と同等となった場合に適用
例) 前年度の1月当たりの平均利用延人員数が700人の場合 利用延人員数が665人以下となった場合、加算算定の申請が可能	例) 前年度の1月当たりの平均利用延人員数が950人（大規模型Ⅱ）の場合 利用延人員数が900人以下となった場合は大規模型Ⅰ、利用延人員数が750人以下となった場合は通常規模型での報酬請求の申請が可能
通所介護（通常規模型）/要介護2/7時間以上8時間未満の場合 基本報酬：773単位 3%加算：773×0.03=23単位 合計：796単位（+23単位）	通所介護（大規模型Ⅱ）/要介護2/7時間以上8時間未満の場合 基本報酬（大規模型Ⅱ）：713単位 →基本報酬（大規模型Ⅰ）：740単位（+27単位） →基本報酬（通常規模型）：773単位（+60単位）

ア 前年度の1月当たりの平均利用延人員数・月ごとの利用延人員数の算定方法

通所リハビリテーションについては令和3年3月16日付通知第2の8(2)及び(8)を準用し算定すること。なお、前年度の実績が6月に満たない事業者（新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む。）の取扱いも上記通知によるものとする。

- イ 「①３％加算」を算定するにあたり、利用延人員数が減少しているかを判定する際の算定基礎
- ・ ３％加算の算定可否を判定するにあたっての基礎は、「前年度の１月当たりの平均利用延人員数」とする（ただし、３月は含まない）。
 - ・ ３％加算の延長を申請する場合でも、**算定基礎は加算算定の申請を行った際と同一のものとする。**
- 例）令和３年３月の利用延人員数が令和２年３月の利用延人員数と比較して５％以上減少しており、令和３年３月の減少分（４月届出）を受けて、令和３年５月から７月まで適用されている場合、加算算定の延長を申請する場合は、令和３年６月の利用延人員数と令和２年３月の利用延人員数を比較し、７月に届け出て、８月から延長となる。（加算算定の延長を申請するにあたり、令和３年６月の利用延人員数と、令和元年度の平均利用延人員数や令和２年度の平均利用延人員数を比較することはできない。）
- ウ 「①３％加算」を算定するにあたっての端数処理
- ・ 前年度の１月当たりの平均利用延人員数及び各月の利用延人員数は、アに基づいて計算した値の小数第３位を四捨五入することとする。
 - ・ 各月の利用延人員数が５％以上減少しているかを判定するにあたっての端数処理は、百分率で表した後、小数第３位を四捨五入することとする。
- 例）令和２年度の１月当たりの平均利用延人員数が１,００１人、令和３年４月の利用延人員数が９５１人の場合、 $(1,001-951)/1,001=0.04995 \Rightarrow 4.995\% \Rightarrow 5.00\%$ となり、適用可。
- ・ ①３％加算の単位数算定にあたっての端数処理は、令和３年３月１６日付通知第２の１通則を準用し、小数点以下四捨五入とする。
- 例）通所介護（通常規模型）／要介護２／７時間以上８時間未満の場合、３％加算は $765 \text{ 単位} \times 0.03 = 22.95 \div 23 \text{ 単位}$ となる。
- エ 加算算定・延長・終了にあたっての届出時期
- ・ ３％加算の算定にあたっては、利用延人員数の減が生じた月の翌月に届出を行い、届出の翌月から最大３か月間算定することが可能である。
 - ・ 加算算定後も特別な事情があり、なお利用延人員数の減が生じている場合は、再度届出を行い、さらに最大３か月間加算を算定することが可能である。
 - ・ ただし、加算算定・延長の届出後利用延人員数が回復した場合は、回復した月の翌月をもって算定終了。算定終了時は、算定期間中に算定要件を満たさなくなった場合のほか、３％加算の算定可能期間が予定通り終了する場合も届出が必要。

【問 21】 新型コロナウイルス感染症の影響により利用延人員数が減少した場合、３％加算算定の届出は年度内に１度しか行うことができないのか。例えば、令和３年４月に利用延人員数が減少し、令和３年５月に３％加算算定の届出を行い、令和３年６月から３％加算を算定した場合において、令和３年６月に利用延人員数が回復し、令和３年７月をもって３％加算の算定を終了した事業所があったとすると、当該事業所は令和３年度中に再び利用延人員数が減少した場合でも、再度３％加算を算定することはできないのか。

【答 21】 感染症や災害（３％加算の対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせしたものに限る。）によって利用延人員数の減少が生じた場合にあっては、基本的に一度３％加算を算定した際とは別の感染症や災害を事由とする場合にのみ、再度３％加算を算定することが可能である。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol. ３）（令和３年３月２６日）

この他、以下の令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａを参照

※（Vol. １）（令和３年３月１９日）問１～問５、問７、問１０～問１４

※（Vol. ３）（令和３年３月２６日）問２２

【問 1】 新型コロナウイルス感染症は、3 %加算や規模区分の特例の対象となる感染症とされている（※）が、令和 4 年度も引き続き同加算や特例の対象となる感染症と考えてよいか。

（※）「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和 3 年 3 月 16 日老認発 0316 第 4 号・老老発 0316 第 3 号）別紙 I

【答 1】 新型コロナウイルス感染症は、令和 4 年度も引き続き同加算や特例の対象となる感染症である。なお、同年度中に同加算や特例の対象外とすることとする場合は、事務連絡によりお示しする。

【問 2】 感染症や災害によって利用延人員数の減少が生じた場合にあっては、基本的に一度 3 %加算を算定した際とは別の感染症や災害を事由とする場合にのみ、再度同加算を算定することが可能であるとされている（※）が、令和 3 年度中の利用延人員数の減少に基づき同加算を算定した事業所が、令和 4 年度に再び同加算を算定することはできるか。

（※）令和 3 年度介護報酬改定に関する Q & A（vol. 3）（令和 3 年 3 月 26 日）問 21

【答 2】 可能である。この場合、令和 4 年度の算定にあたっては、減少月の利用延人員数が、令和 3 年度の 1 月当たりの平均利用延人員数から 100 分の 5 以上減少していることが必要である。算定方法の具体例は別添を参照されたい。

令和 3 年度介護報酬改定に関する Q & A（Vol. 11）（令和 4 年 2 月 21 日）

感染症や災害の影響により利用延人員数が減少した場合の基本報酬への 3 %加算（令和 4 年度の取扱い）

別添

- 新型コロナウイルス感染症の影響による令和 3 年度中の利用延人員数の減少に基づき 3 %加算を算定した事業所において、令和 4 年度に令和 3 年度の 1 月当たりの平均利用延人員数から 5 %以上利用延人員数が減少した月があった場合、再度 3 %加算の算定が可能。
- 新型コロナウイルス感染症の影響による令和 4 年度中の利用延人員数の減少に基づき一度 3 %加算を算定した事業所において、同一事由による令和 4 年度の利用延人員数の減少に基づいて、再度 3 %加算を算定することはできない。

加算算定のイメージ

- ・令和 3 年度の利用延人員数の減少に基づき、令和 3 年度内に 3 %加算を算定していた事業所の場合
- ・令和 4 年度中の利用延人員数の減少に基づき、新たに 3 %加算を算定する事業所の場合

➡ 算定可能となるのは、最速令和 4 年 6 月 サービス提供分からとなる。

R 4 年度	(R4.3)	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	(R5.4)
加算算定		利用 延人員 数減	算定届 提出	算定 開始	➡	算定 終了								○ 令和 4 年度中の利用延人員数の減少に 基づき算定していることから、令和 4 年度中に 同一事由により再度算定することはできない。 ○ 加算算定の届出、加算算定後の各月の 利用延人員数の確認、加算算定の延長の届 出の方法等は、従前のとおり。
延長		令和 3 年度の 1 月当たりの 平均利用延人員数と比較			なお利用延 人員数が減 少している 場合	延長届 提出	延長 開始	➡	延長 終了					

- ・令和 3 年度中の利用延人員数の減少に基づき、令和 4 年度にまたがって 3 %加算を算定していた事業所の場合

R 4 年度	(R4.3)	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	(R5.4)
加算算定		利用 延人員 数減	算定届 提出	算定 開始	➡	算定 終了								○ 令和 4 年度中の利用延人員数の減少に 基づき再算定した場合は、令和 4 年度中に同 一事由により再度算定することはできない。 ○ 加算算定の届出、加算算定後の各月の 利用延人員数の確認、加算算定の延長の届 出の方法等は、従前のとおり。
延長		令和 2 年度の 1 月当たりの 平均利用延人員数と比較			なお利用延 人員数が減 少している 場合	延長届 提出	延長 開始	➡	延長 終了					
再算定							利用 延人員 数減	算定届 提出	算定 開始	➡	算定 終了			
再延長							令和 3 年度の 1 月当たりの 平均利用延人員数と比較	なお利用延 人員数が減 少している 場合	延長届 提出	延長 開始	➡	延長 終了		

理学療法士等体制強化加算 30 単位/日

- 1 時間以上 2 時間未満の通所リハビリテーションにおいて、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所定単位数に加算するもの。

居宅算定基準

【Q57】 理学療法士等体制強化加算について、常勤かつ専従 2 名以上の配置は通常の通所リハの基準に加えて配置が必要か。また、通所リハビリテーションの単位毎の配置が必要となるのか。

【A57】 居宅基準上求められる配置数を含めて常勤かつ専従 2 名以上の配置を必要とするもの。

平成21年4月改定関係Q&A (Vol. 1)

延長加算

- 7 時間以上 8 時間未満の通所リハビリテーションの前後に日常生活上の世話をを行う場合に算定できる。
- 通所リハビリテーションの所要時間と前後に行う世話の所要時間を通算した時間（「算定対象時間」）が、

8 時間以上 9 時間未満の場合	+ 50単位
9 時間以上10時間未満の場合	+100単位
10時間以上11時間未満の場合	+150単位
11時間以上12時間未満の場合	+200単位
12時間以上13時間未満の場合	+250単位
13時間以上14時間未満の場合	+300単位

- (4) 7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行った場合の加算の取扱い

延長加算は、所要時間7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの前後に連続して日常生活上の世話をを行う場合について、6時間を限度として算定されるものであり、例えば、

- ① 8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
- ② 8時間の通所リハビリテーションの前に連続して1時間、後に連続して1時間、合計2時間の延長サービスを行った場合には、2時間分の延長サービスとして100単位を算定する。

また、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（＝9時間－8時間）の延長サービスとして50単位を算定する。

なお、延長加算は、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な体制にあり、かつ、実際に延長サービスを行った場合に算定されるものであるが、当該事業所の実情に応じて、適当数の従業者を置いていることが必要である。

居宅算定基準留意事項

【問27】 所要時間が8時間未満の場合でも、延長加算を算定することはできるか。

【答】 延長加算は、所要時間8時間以上9時間未満の指定通所介護等を行った後に引き続き日常生活上の世話をを行った場合等に算定するものであることから、算定できない。

令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3) (令和3年3月26日)

○ 延長サービス（自主事業）に係る利用料

- ・運営規程及び重要事項説明書に記載されていること。
- ・利用者またはその家族に対し、事前に文書で説明をした上で同意を得ること。
- ・延長加算との二重計上は不可。

【問29】 延長サービスに係る利用料はどのような場合に徴収できるのか。

【答】 通常要する時間を超えた場合の延長サービスに係る利用料については、サービス提供時間が9時間未満である場合において行われる延長サービスやサービス提供時間が14時間以上において行われる延長サービスについて徴収できるものである。また、サービス提供時間が14時間未満である場合において行われる延長サービスについて、延長加算にかえて徴収することができる。（同一時間帯について延長加算に加えて利用料を上乗せして徴収することはできない。）なお、当該延長加算を算定しない場合においては、延長サービスに係る届出を行う必要はない。

（参考）延長加算及び延長サービスに係る利用料徴収の例

① サービス提供時間が8時間で あって、6時間延長サービスを実施する場合

→ 8時間までの間のサービス提供に係る費用は、所要時間区分が8時間以上9時間未満の場合として算定し、9時間以降 14 時間までの間のサービス提供に係る費用は、延長加算を算定する。

② サービス提供時間が8時間であって、7時間延長サービスを実施する場合

→ 8時間までの間のサービス提供に係る費用は、所要時間区分が8時間以上9時間未満の場合として算定し、9時間以降 14 時間までの間のサービス提供に係る費用は、延長加算を算定し、14 時間以降 15 時間までの間のサービス提供に係る費用は、延長サービスに係る利用料として徴収する。

※ 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62は削除する。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 3）（令和3年3月26日）

○ 延長サービスに係る人員配置

【Q6】 延長加算に係る延長時間帯における人員配置について

【A6】 延長サービスにおける日常生活上の世話とは、通常の通所サービスに含まれるものではなく、いわゆる預かりサービスなどを、事業所の実情に応じて適当数の従事者を置いて行うものである。

よって、延長加算の時間帯は人員基準上の提供時間帯に該当しない。複数の単位の利用者を同一の職員が対応することもできる。

平成15年5月30日Q&A

【問28】 サービス提供時間の終了後から延長加算に係るサービスが始まるまでの間はどのような人員配置が必要となるのか。

【答】 延長加算は、所要時間8時間以上9時間未満の指定通所介護等を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合等に算定するものであることから、例えば通所介護等のサービス提供時間を8時間30分とした場合、延長加算は8時間以上9時間未満に引き続き、9時間以上から算定可能である。サービス提供時間終了後に日常生活上の世話をする時間帯（9時間に到達するまでの30分及び9時間以降）については、サービス提供時間ではないことから、事業所の実情に応じて適当数の人員を配置していれば差し支えないが、安全体制の確保に留意すること。

※ 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60は削除する。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 3）（令和3年3月26日）

【問56】 9時間の通所介護等の前後に送迎を行い、居宅内介助等を実施する場合も延長加算は算定可能か

【答】 延長加算については、算定して差し支えない。

【問57】 宿泊サービスを利用する場合等については延長加算の算定が不可とされたが、指定居宅サービス等基準第96条第3項第2号に規定する利用料は、宿泊サービスとの区分がされていれば算定することができるか。

【答】 通所介護等の営業時間後に利用者を宿泊させる場合には、別途宿泊サービスに係る利用料を徴収していることから、延長に係る利用料を徴収することは適当ではない。

【問58】 通所介護等の利用者が自宅には帰らず、別の宿泊場所に行くまでの間、延長して介護を実施した場合、延長加算は算定できるか。

【答】 算定できる。

【問59】 「宿泊サービス」を利用した場合には、延長加算の算定はできないこととされているが、以下の場合には算定可能か。

- ① 通所介護事業所の営業時間の開始前に延長サービスを利用した後、通所介護等を利用しその日より宿泊サービスを利用した場合
- ② 宿泊サービスを利用した後、通所介護サービスを利用し通所介護事業所の営業時間の終了後に延長サービスを利用した後、自宅に帰る場合

【答】 同一日に宿泊サービスの提供を受ける場合は、延長加算を算定することは適当ではない。

平成27年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) (平成27年4月1日)

リハビリテーション提供体制加算

○ 常時、配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を、利用者数が25又はその端数を増すごとに1以上配置し、かつ、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場合に算定できる。

○ 通所リハビリテーション計画に位置づけられた内容の指定通所リハビリテーションを行うのに要する標準的な時間に応じ、それぞれ次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

所要時間3時間以上4時間未満の場合	12単位
所要時間4時間以上5時間未満の場合	16単位
所要時間5時間以上6時間未満の場合	20単位
所要時間6時間以上7時間未満の場合	24単位
所要時間7時間以上	28単位

二十四の三 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提供体制加算の基準

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一以上であること

厚生労働大臣が定める基準

【Q2】 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いれば良いということか。

【A2】 貴見のとおり。

平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.3）（H30.4.13）

中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 ※予防も同様

○ 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、通常の実施地域を越えてサービス提供を行った場合、1日につき所定単位数の5／100を加算。

※ 当該加算を算定する場合は、通常の実施地域を越えた場合に徴収することが出来る交通費の支払いを受けることは出来ない。

※ 本加算は、支給限度額管理の対象外。

※ 本加算の算定に当たっては、体制届の届出は必要ない。

中山間地域等とは

- ① 離島振興対策実施地域(離島振興法)
- ② 奄美群島(奄美群島振興開発特別措置法)
- ③ 豪雪地帯(豪雪地帯対策特別措置法)
- ④ 辺地(辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律)
- ⑤ 振興山村(山村振興法)
- ⑥ 小笠原諸島(小笠原諸島振興開発特別措置法)
- ⑦ 半島地域(半島振興法)
- ⑧ 特定農山村地域(特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律)
- ⑨ 過疎地域(過疎地域自立促進特別措置法)
- ⑩ 離島(沖縄振興特別措置法)

※本県に該当地域のあるものは、太字で表示

【Q】 月の途中において、転居等により中山間地域等かつ通常の実施地域内からそれ以外の地域（又はその逆）に居住地が変わった場合、実際に中山間地域等かつ通常の実施地域外に居住している期間のサービス提供分のみ加算の対象となるのか。あるいは、当該月の全てのサービス提供分が加算の対象となるのか。

【A】 該当期間のサービス提供分のみ加算の対象となる。

※ 介護予防については、転居等により事業所を変更する場合にあっては日割り計算となることから、それに合わせて当該加算の算定を行うものとする。

平成21年4月改定関係Q&A (VOL. 1)

特別地域加算等に係る対象地域一覧表							
別紙2							
特別地域加算 中山間地域等における小規模事業所加算 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算							
に係る対象地域一覧表							
R3.6～							
市町村名	離島振興対策実施地域	振興山村	厚生労働大臣が別に定める地域	辺地	半島地域	特定農山村	過疎地域
根拠条文	離島振興法第2条第1項	山村振興法第7条第1項	厚生大臣が定める特例居宅サービス費等の支給に係る離島その他の地域の基準第六号	辺地に係る公共施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律第2条第1項	半島振興法第2条第1項	特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律第2条第1項	過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法第2条、第3条、第42条
特別地域加算	○	○	○				
中山間地域等における小規模事業所加算				○	○	○	○
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	○	○		○	○	○	○
八代市		旧坂本村旧下松求麻村 旧坂本村旧百済来村 旧東陽村旧河俣村 旧泉村	坂本町(坂本、荒瀬、薬木、鎌瀬、中津道及び市ノ俣に限る) 東陽町小浦(内の原、箱石に限る)	深木、辻、真・川原谷、小川内、木々子、内の木場、仁田尾、桜木、釈迦院		旧坂本村 旧東陽村 旧泉村	旧坂本村 旧東陽村 旧泉村
人吉市				鹿目町、田野町		全域	
水俣市		旧久木野村		本井木・岩井口		全域	全域
玉名市				奥野、大栄		旧八喜村 旧米富村	
山鹿市		旧鹿北町旧岳間村 旧菊鹿町旧内田村		苑田井、曲野、荒平、小川内・後川内、麻生、柚の木谷、上中、底野、柏の木、矢谷、上内田、山内、池永、岩倉		旧山鹿市 旧三岳村 旧山鹿市 旧三玉村 旧鹿北町 旧菊鹿町 旧内田村 旧鹿矢町 旧米野岳村 旧鹿矢町 旧山内村	全域(みなし指定)
菊池市		旧龍門村		小木、斑蛇口、柏木護、杉生、伊牟田、原本村、平山若木、桜ヶ水、龍門、重味、塚原、雪野市野瀬		旧菊池市 旧旭志村	
宇土市				扇谷・飯塚、花園、網田、網津	全域	旧緑川村 旧網田村	
上天草市	湯島(旧大矢野町) 中島(旧松島町)	旧松島町旧教良木河内村		湯島、西目、星平、大作山、下楠川	全域	旧松島町 旧姫戸町 旧龍ヶ岳町	全域
宇城市				古場、八柳・千房、古屋敷、大見、舞嶋、平原、向山、山田、馬場、鹿江	旧不知火町 旧三角町	旧三角町旧大岳村	旧三角町、旧豊野町
阿蘇市		旧一宮町旧古城村 旧一宮町旧中通村		遊雀、立塚、横堀、坂の上、萩の草		全域	旧波野村、旧阿蘇町
天草市	横浦島(旧御所浦町) 牧島(旧御所浦町) 御所浦島(旧御所浦町) 横島(旧新和町)	旧本渡市旧伊宇土村 旧牛深市旧二浦村 旧天草町旧福連大村 旧天草町旧下田村		方原上・下、平・市古木、長迫、池田、山浦、外平、大浦・元浦、牧島、横浦島、瀬口、御所浦、大河内、宮南、上大多尾、碓石、石立、金山、板之内河内、女岳、今村	全域(旧御所浦町を除く)	旧本渡市 旧牛深市 旧有明町 旧御所浦町 旧倉岳町 旧新和町 旧五和町 旧天草町 旧河浦町	全域
美里町				坂本、中、弘川、椿・下草野、松野原、川越、甲佐平、早橋、柏川		旧中央町旧年柿村 旧砥用町	全域
南関町							全域
長洲町						旧六栄村	
和水町				坂本、上十町		旧三加和町	全域
大津町		旧瀬田村		真木、新小屋		旧瀬田村	
南小国町		全域		黒川、波居原、吉原		全域	全域
小国町		全域		岳の湯、明里、田原、北河内、麻生鶴、名原		全域	全域
産山村		全域		片俣		全域	全域
高森町		旧草部村		中、矢津田、草部、芹口、菅山、永野原、下切、津置、野尻、河原、尾下		旧草部村 旧野尻村	全域
西原村		旧河原村		桑鶴、宮山、下あげ		旧山西村	
南阿蘇村		旧久木野村		沢津野・乙ヶ瀬		旧久木野村 旧長陽村	全域(みなし指定)
御船町				浅の藪・間所、田代東部、田代西部、水越		旧滝水村 旧陣村	
益城町						全域	
甲佐町		旧宮内村		坂谷		旧甲佐町 旧宮内村 旧電野村	全域
山都町		旧矢部町旧白水村 旧清和村旧小峰村	井無田、大平、高月、郷野原、鶴ヶ田、仏原、安方	島木4区、島木2区、下鶴、菅、目丸、猿渡、三ヶ、柚木、麻山後谷、御所、緑川、原尻、郷野原、川口、木原谷、井無田、鶴底、法蓮寺・日名田、高月、尾野尻、長崎、橋、花上、下山、大見口、上差尾、玉目、高畑、東竹原、柳、高辻、伊勢、長谷、神の前、塩出迫、八木、小峰		全域	全域
芦北町		旧芦北町旧大野村 旧芦北町旧古尾村		岩屋川内、海路、大野、西谷、東谷		全域	全域
津奈木町						全域	全域
多良木町		旧久米村		槻木、柳野、宮ヶ野、赤木		全域	全域
湯前町						全域	全域
水上村		全域		江代、舟石・高澄、川内、本野・笠振		全域	全域
相良村		旧西浦村				全域	全域
五木村		全域		小鶴、平瀬、内容		全域	全域
山江村		全域		尾崎、屋形		全域	全域
球磨村		全域		糸原・立野、毎床・大無田、浦野、神瀬、岳本・黒白		全域	全域
あさぎり町		旧上村		平山、阿蘇		旧上村	全域
菊池町			全域		全域	旧都呂々村	全域

※中山間地域等における小規模事業所加算の対象地域については、上記一覧表の該当地域のうち、特別地域加算の対象地域を除いた地域となります。

イ 入浴介助加算(Ⅰ) 40 単位

ロ 入浴介助加算(Ⅱ) 60単位

※加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可

二十四の四 通所リハビリテーション費における入浴介助加算の基準

イ 入浴介助加算(Ⅰ)

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

ロ 入浴介助加算(Ⅱ)

次のいずれにも適合すること。

(1) イに掲げる基準に適合すること。

(2) 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者（以下この号において「医師等」という。）が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。当該訪問において、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又はその家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にあると認められる場合は、訪問した医師等が、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。

(3) 当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師との連携の下で、利用者の身体の状態、訪問により把握した当該利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえて個別の入浴計画を作成すること。

(4) (3)の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境で、入浴介助を行うこと。

厚生労働大臣が定める基準

(10) 入浴介助加算について

ア 入浴介助加算(Ⅰ)について

① 入浴介助加算(Ⅰ)は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合について算定されるものである（大臣基準告示24 の4）が、この場合の「観察」とは、自立生活支援のための見守りの援助のことであり、利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを行うことにより、結果として、身体に直接接する介助を行わなかった場合についても、加算の対象となるものであること。なお、この場合の入浴には、利用者の自立生活を支援する上で最適と考えられる入浴手法が、部分浴（シャワー浴）や清拭である場合は、これを含むものとする。

② 通所リハビリテーション計画上、入浴の提供が位置付けられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合については、算定できない。

イ 入浴介助加算(Ⅱ)について

① ア①及び②を準用する。なお、ア①の「入浴介助加算(Ⅰ)」は、「入浴介助加算(Ⅱ)」に読み替えるものとする。

② 入浴介助加算(Ⅱ)は、利用者が居宅において、自身で又は家族若しくは居宅で入浴介助を行うことが想定される訪問介護員等（以下、「家族・訪問介護員等」という。）の介助によって入浴ができるようになることを目的とし、以下a～cを実施することを評価するものである。なお、入浴介助加算(Ⅱ)の算定に係る者は、利用者の状態に応じ、自身で又は家族・訪問介護員等の介助により尊厳を保持しつつ入浴ができるようになるためには、どのような介護技術を用いて行うことが適切であるかを念頭に置いた上で、a～cを実施する。

a 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士、介護支援専門員等（利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員を含む。）が利用者の居宅を訪問し、浴室にお

ける当該利用者の動作及び浴室の環境を評価する。その際、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが可能であると判断した場合、指定通所リハビリテーション事業所に対しその旨情報共有する。また、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が指定通所リハビリテーション事業所の従業者以外の者である場合は、書面等を活用し、十分な情報共有を行うよう留意すること。

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

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

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

居宅算定基準留意事項

【Q】 通所介護事業所の外での入浴（日帰り温泉等）で利用者の入浴を行なった場合、入浴介助加算の算定を行なうことができるか。

【A】 算定できない。基本的に通所介護事業は通所介護事業所内で行われるものについて評価するものである。日帰り温泉等を利用すること自体、介護保険事業として馴染むか否か、通所介護計画上どのように位置づけられているのか検証する必要がある。

ワムネット Q&A

【問1】 入浴介助加算は、利用者が居宅において利用者自身で又は家族等の介助により入浴を行うことができるようになることを目的とするものであるが、この場合の「居宅」とはどのような場所が想定されるのか。

【答】 利用者の自宅（高齢者住宅居室内の浴室を使用する場合のほか、共同の浴室を使用する場合も含む。）を含む。）のほか、利用者の親族の自宅が想定される。なお自宅に浴室がない等、具体的な入浴場面を想定していない利用者や、本人が希望する場所で入浴するには心身機能の大幅な改善が必要となる利用者にとっては、以下①～⑤をすべて満たすことにより、当面の目標として通所介護等での入浴の自立を図ることを目的として、同加算を算定することとしても差し支えない。

- ① 通所介護等事業所の浴室において、医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等（利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員を含む。）が利用者の動作を評価する。
- ② 通所介護等事業所において、自立して入浴することができるよう必要な設備（入浴に関する福祉用具等）を備える。
- ③ 通所介護等事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の動作を評価した者等との連携の下で、当該利用者の身体の状態や通所介護等事業所の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成する。なお、個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別の入浴計画の作成に代えることができるものとする。

- ④ 個別の入浴計画に基づき、通所介護等事業所において、入浴介助を行う。
- ⑤ 入浴設備の導入や心身機能の回復等により、通所介護等以外の場面での入浴が想定できるようになっているかどうか、個別の利用者の状況に照らし確認する。
- なお、通所リハビリテーションについても同様に扱う。

【問２】 入浴介助加算について、医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等（利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員を含む。）が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価することとなっているが、この他に評価を行うことができる者としてどのような者が想定されるか。

【答】 地域包括支援センターの担当職員、福祉・住環境コーディネーター２級以上の者等が想定される。
 なお、通所リハビリテーションについても同様に扱う。

【問３】 入浴介助加算については、算定にあたって利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価することとなっているが、この評価は算定開始後も定期的に行う必要があるのか。

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

【問４】 入浴介助加算では、個別の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行うこととなっているが、この場合の入浴介助とは具体的にどのような介助を想定しているのか。

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

＜参考：利用者の状態に応じた身体介助の例＞

以下 はあくまでも一例であり、同加算算定に当たって必ず実施しなければならないものではない。

○ 座位保持ができるかつ浴槽をまたぐ動作が難しい利用者が浴槽に 出入りする場合

利用者の動作	介助者の動作
	シャワーチェア（座面の高さが浴槽の高さと同等のもの）、浴槽用手すり、浴槽内いすを準備する。
シャワーチェアに座る	
シャワーチェアから腰を浮かせ、浴槽の縁に腰掛ける	介助者は、利用者の 足や手の動作の声かけをする。必要に応じて、利用者の上半身や下肢を支える。
足を浴槽に入れる	介助者は利用者の体を支え、足を片方ずつ浴槽に入れる動作の声かけをする。必要に応じて、利用者の上半身を支えたり、浴槽に足をいれるための持ち上げ動作を支える。
ゆっくり腰を落とし、浴槽内いすに腰掛けて、湯船につかる	声かけをし、必要に応じて、利用者の上半身を支える。
浴槽用手すりにつかまって立つ	必要に応じて、利用者の上半身を支える。
浴槽の縁に腰掛け、浴槽用手すりをつかみ、足を浴槽から出す	必要に応じて、浴槽台を利用し、利用者の上半身を支えたり、浴槽に足をを入れるための持ち上げ動作を支える。
浴槽の縁から腰を浮かせ、シャワーチェアに腰掛ける	必要に応じて、利用者の上半身や下肢を支える。
シャワーチェアから立ち上がる	

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

【答】 例えば、利用者の居宅の浴室の手すりの位置や浴槽の深さ・高さ等にあわせて、可動式手すり、浴槽内台、すのこ等を設置することにより利用者の居宅の浴室の状況に近い環境が再現されていれば、差し支えない。

【問６】 同一事業所において、入浴介助加算を算定する者と入浴介助加算を算定する者が混在しても差し支えないか。また、混在しても差し支えない場合、「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、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、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、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、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について」（平成12年3月8日老企第41号）に定める「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援）」等はどのように記載させればよいか。

【答】 前段については、差し支えない。後段については、「加算Ⅱ」と記載させることとする。（「加算Ⅱ」と記載した場合であっても、入浴介助加算を算定することは可能である。）

令和3年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 8) (令和3年4月26日)

加算（A）イ	同意を得た日の属する日から6月以内 <u>560 単位／月</u> 、6月超 <u>240 単位／月</u>
加算（A）ロ	同意を得た日の属する日から6月以内 <u>593 単位／月</u> 、6月超 <u>273 単位／月</u>
加算（B）イ	同意を得た日の属する日から6月以内 <u>830 単位／月</u> 、6月超 <u>510 単位／月</u>
加算（B）ロ	同意を得た日の属する日から6月以内 <u>863 単位／月</u> 、6月超 <u>543 単位／月</u>

※令和3年3月16日厚生労働省通知「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」参照。

イ リハビリテーションマネジメント加算（A）イ

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- （1） 指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行うこと。
- （2） （1）における指示を行った医師又は当該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（1）に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。
- （3） リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。
- （4） 通所リハビリテーション計画（指定居宅サービス等基準第115条第1項に規定する通所リハビリテーション計画をいう。以下同じ。）について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告すること。
- （5） 通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあっては1月に1回以上、6月を超えた場合にあっては3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、通所リハビリテーション計画を見直していること。
- （6） 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- （7） 次のいずれかに適合すること。
 - ① 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
 - 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、指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
- （8） （1）から（7）までに掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。

ロ リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- （1） イ（1）から（8）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- （2） 利用者ごとの通所リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリ

テーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

ハ リハビリテーションマネジメント加算(B)イ

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) イ(1)から(3)まで及び(5)から(7)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、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(B)ロ

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

厚生労働大臣が定める基準

- 8 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合は、リハビリテーションマネジメント加算として、次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

イ リハビリテーションマネジメント加算(A)イ

- (1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算に6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 560 単位
- (2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 240 単位

ロ リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ

- (1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 593 単位
- (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 273 単位

ハ リハビリテーションマネジメント加算(B)イ

- (1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 830 単位
- (2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 510 単位

ニ リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ

- (1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合 863 単位
- (2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合 543 単位

居宅算定基準

- ① リハビリテーションマネジメント加算は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として実施されるものであり、リハビリテーションの質の向上を図るため、利用者の状態や生活環境等を踏まえた多職種協働による通所リハビリテーション計画の作成、当該計画に基づく適切なリハビリテーションの提供、当該提供内容の評価とその結果を踏まえた当該計画の見直し等といったSPDCAサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものである。
- ② 「リハビリテーションの質の管理」とは、生活機能の維持又は向上を目指すに当たって、心身機能、個人として行うADLやIADLといった活動をするための機能、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 注8イに規定するリハビリテーションマネジメント加算(A)イ(1)、注8ロに規定するリハビリテーションマネジメント加算(A)ロ(1)、注8ハに規定するリハビリテーションマネジメント加算(B)イ(1)又は注8ニに規定するリハビリテーションマネジメント加算(B)ロ(1)を取得後は、注8イに規定するリハビリテーションマネジメント加算(A)イ(2)、注8ロに規定するリハビリテーションマネジメント加算(A)ロ(2)、注8ハに規定するリハビリテーションマネジメント加算(B)イ(2)又は注8ニに規定するリハビリテーションマネジメント加算(B)ロ(2)を算定するものであることに留意すること。
- ただし、当該期間以降であっても、リハビリテーション会議を開催し、利用者の急性増悪等により引き続き月に1回以上、当該会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、当該計画を見直していく必要性が高いことを利用者又は家族並びに構成員が合意した場合、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(1)又はロ(1)若しくは(B)イ(1)又はロ(1)を再算定できるものであること。
- ⑤ リハビリテーション会議の構成員である医師の当該会議への出席については、テレビ電話等情報通信機器を使用してもよいこととする。なお、テレビ電話等情報通信機器を使用する場合には、当該会議の議事に支障のないよう留意すること。
- ⑥ リハビリテーション会議の開催頻度について、指定通所リハビリテーションを実施する指定通所リハビリテーション事業所若しくは指定介護予防通所リハビリテーションを実施する指定介護予防通所リハビリテーション事業所並びに当該事業所の指定を受けている保険医療機関において、算定開始の月の前月から起算して前24月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて6月以上ある利用者については、算定当初から3月に1回の頻度でよいこととする。
- ⑦ 大臣基準第25号ロ(2)及びニ(2)規定する厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。
- サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、SPDCAサイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。
- 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

居宅算定基準留意事項

【Q 7 6】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っては、再度、利用者の居宅訪問は必要か。

【A 7 6】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 24 年 4 月改定関係 Q&A (Vol. 1)

【Q 1 4】介護予防通所リハビリテーションを利用していた利用者が、新たに要介護認定を受け、介護予防通所リハビリテーションを実施していた事業と同一の事業所において通所リハビリテーションを利用開始し、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、利用者の居宅への訪問を行う必要があるのか。

【A 1 4】そのとおり。ただし、平成 24 年 3 月 31 日以前に介護予防通所リハビリテーションを利用していた利用者については、必ずしも行わなくてもよい。

平成 24 年 4 月改定関係 Q&A (Vol. 2)

【問 8 1】リハビリテーション会議への参加は、誰でも良いのか。

【答 8 1】利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等の担当者その他の関係者が構成員となって実施される必要がある。

【問 8 2】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様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。

【答 8 2】サービス担当者会議からの一連の流れで、リハビリテーション会議と同様の構成員によって、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を共有した場合は、リハビリテーション会議を行ったとして差し支えない。

【問 8 3】リハビリテーション会議に欠席した構成員がいる場合、サービス担当者会議と同様に照会という形をとるのか。

【答 8 3】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 6】地域ケア会議とリハビリテーション会議が同時期に開催される場合であって、地域ケア会議の検討内容の 1 つが、通所リハビリテーションの利用者に関する今後のリハビリテーションの提供内容についての事項で、当該会議の出席者が当該利用者のリハビリテーション会議の構成員と同様であり、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有した場合、リハビリテーション会議を開催したものと考えてよいのか。

【答 6】貴見のとおりである。

【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。

【答 9】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 2 1】 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。

【答 2 1】 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の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（Ⅰ）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。

※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 74 を一部修正した。

※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 75、77、80～84 は削除する。

【問 2 2】 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。

【答 2 2】 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。

※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 78 を一部修正した。

【問 2 3】 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。

【答 2 3】 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 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 79 を一部修正した。

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 2】 リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）(1)を取得中、取得開始から 6 月間を経過する前に、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）に変更して取得してもよいのか。

【答 2】 リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）に変更して取得しても差し支え無い。

平成 27 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 3) (平成 27 年 6 月 1 日)

【問 5 0】 報酬告示又は予防報酬告示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のか。

【答 5 0】 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 5 1】 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が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式 2－1 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療し、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療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、保険医療機関から情報提供を受ける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。

【答51】

(1) よい。また、医師が同一の場合であっては、医師の診療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の四の3の(3)⑤から⑦を参照のこと。

【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。

【答52】 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、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。

【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。

【答55】 「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。

【問56】 自治体が制定する条例において、法令の定めがあるときを除いて、個人情報処理する電子計算機について、自治体が保有する以外の電子計算機との回線の結合が禁じられている事業者であるが、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できるか。

【答56】 自治体が制定する条例の解釈については、当該条例を制定した主体が判断するものである。

なお、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のシステムを活用したデータ提出を要件としたリハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)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」(平成12年厚生省告示第19号)という法令に基づいたものである。

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)

- 【問１】リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の算定要件について、「リハビリテーション計画について、利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること」とあるが、当該説明等は利用者又は家族に対して、電話等による説明でもよいのか。
- 【答】・利用者又はその家族に対しては、原則面接により直接説明することが望ましいが、遠方に住む等のやむを得ない理由で直接説明できない場合は、電話等による説明でもよい。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。
- ※ 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 84 の修正。
- 【問２】リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の算定要件について、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問し、その他指定居宅サービス従業者あるいは利用者の家族に対し指導や助言することとなっているが、その訪問頻度はどの程度か。
- 【答】訪問頻度については、利用者の状態等に応じて、通所リハビリテーション計画に基づき適時適切に実施すること。
- ※ 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 85 の修正。
- 【問３】 リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)における理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による居宅への訪問時間は人員基準の算定外となるのか。
- 【答】訪問時間は、通所リハビリテーション、病院、診療所及び介護老人保健施設、介護医療院の人員基準の算定に含めない。
- ※ 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 86 の修正。
- 【問４】 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(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロを取得するということは可能か。
- 【答】利用者の状態に応じて、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(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロを取得することは可能である。
- ※ 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 87 の修正。
- 【問５】 サービス提供を実施する事業者が異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用者がおり、それぞれの事業所がリハビリテーションマネジメント加算(A)又は(B)を取得している場合、リハビリテーション会議を通じてリハビリテーション計画を作成する必要があるが、当該リハビリテーション会議を合同で開催することは可能か。
- 【答】居宅サービス計画に事業者の異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用が位置づけられている場合であって、それぞれの事業者が主体となって、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、リハビリテーション計画を作成等するのであれば、リハビリテーション会議を合同で会議を実施しても差し支えない。
- ※ 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 7 の修正。
- 【問６】 「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」に示されたリハビリテーション計画書の様式について、所定の様式を活用しないとリハビリテーションマネジメント加算や移行支援加算等を算定することができないのか。
- 【答】様式は標準例をお示ししたものであり、同様の項目が記載されたものであれば、各事業所で活用されているもので差し支えない。
- ※ 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 8 の修正。
- 【問７】 リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の算定要件にあるリハビリテーション会議の開催頻度を満たすことができなかった場合、当該加算は取得できないのか。

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

※ 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 10 の修正。

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

【答】リハビリテーション計画を作成した医師である。

※ 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 11 の修正

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

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

※ 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 12 の修正。

【問 10】 リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)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。

【答】取得できる。リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)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、訪問リハビリテーションにおいても同様に扱う。

※ 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 3) (平成 27 年 6 月 1 日) 問 1 の修正。

【問 11】 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。

【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(A)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(A)の算定は可能である。

リハビリテーションマネジメント加算(B)についても同様に取り扱う。

※ 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 4) (平成 27 年 7 月 31 日) 問 1 の修正。

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

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

※ 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) 問 53 の修正。

【問 14】 リハビリテーションマネジメント加算におけるリハビリテーション会議の構成員の参加については、テレビ電話装置等を使用しても差し支えないとされているが、テレビ電話装置等の使用について、基本的には音声通話のみであるが、議事の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か。

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

※ 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) 問 54 の修正。

【問 15】 令和 3 年 3 月以前にリハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)を算定している場合、令和 3 年 4 月からリハビリテーションマネジメント加算(A)ロ又は(B)ロの算定の開始が可能か。

【答】 リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ及び(B)ロについては、令和 3 年 4 月以降に、リハビリテーション計画書を見直した上で「科学的介護情報システム (Long-termcare Information system For Evidence)」(「L I F E」)へ情報の提出を行い、リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ又は(B)ロの要件を満たした月から算定が可能である。

【問 16】 訪問・通所リハビリテーションの利用開始時点でリハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B) (令和 3 年 3 月以前ではリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)以上) を算定していない場合において、リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の算定を新たに開始することは可能か。

【答】 初めてリハビリテーション計画を作成した際に、利用者とその家族に対し説明と同意を得ている場合は可能。なお、利用者の同意を得た日の属する月から 6 月間を超えてリハビリテーションマネジメント加算(A)又は(B)を取得する場合は、原則としてリハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅱ)若しくはロ(Ⅱ)又は(B)イ(Ⅱ)若しくはロ(Ⅱ)を取得することとなる。

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

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

※ 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 16 の修正。

【問 32】 リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅰ)又はロ(Ⅰ)を取得しなくなった場合であっても、その後、利用者の状態に応じてリハビリテーションマネジメント加算(A)を再度取得する必要がある。

生じた際には、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(I)又はロ(I)から取得することができるのか。

【答】リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(I)又はロ(I)を取得しなくなった場合において、利用者の同意を得た日の属する月から6月間を超えてリハビリテーションマネジメント加算(A)を再度取得する場合は、原則としてリハビリテーションマネジメント加算(A)イ(II)又はロ(II)を取得することとなる。ただし、リハビリテーション会議を開催し、利用者の急性増悪等により、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(A)イ(I)又はロ(I)を再度6月間取得することができる。その際には、改めて居宅を訪問し、利用者の状態や生活環境についての情報収集(Survey)すること。

※ 平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3) (平成27年6月1日) 問3の修正。

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

【答】リハビリテーションマネジメント加算(A)は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多職種が協働し通所リハビリテーション計画の作成を通じたリハビリテーションの支援方針やその方法の共有、利用者又はその家族に対する生活の予後や通所リハビリテーション計画等についての説明、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による居宅での生活の指導を行うことで、心身機能、活動、参加にバランスよくアプローチするリハビリテーションを管理することを評価するものである。

リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(I)又はロ(I)については、利用者の状態が不安定となりやすい時期において、集中的に一定期間(6月間)に渡ってリハビリテーションの管理を行うことを評価するものである。したがって、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(I)又はロ(I)を6月間取得した後に、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(II)又はロ(II)を取得すること。

リハビリテーションマネジメント加算(B)についても同様に扱う。

※ 平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3) (平成27年6月1日) 問4の修正。

【問34】 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、通所リハビリテーションの算定基準を満たすのか。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、介護予防通所リハビリテーションの算定基準を満たすのか。

【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の間に利用者の状態と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。

※ 平成30年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 4) (平成30年5月29日) 問8の修正。

【問35】 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(A)及び(B)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月以内の場合にあつては1月に1回以上の開催が求められているが、「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。

上記の要件に該当している利用者における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。

【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 ・ (11) ・ ⑥

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

※ 平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 2) (平成 30 年 3 月 28 日) 問 1 の修正。

令和 3 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 2) (令和 3 年 3 月 23 日)

短期集中個別リハビリテーション実施加算 110 単位/日

- 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日あたり40分以上、個別にリハビリテーションを実施すること。
- 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、算定しない。
- ※ 本加算の算定に当たっては、体制届の届出は必要ない。

9 医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者に対して、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、短期集中個別リハビリテーション実施加算として、1日につき110単位を所定単位数に加算する。ただし、注10（認知症短期集中リハビリテーション実施加算）又は注11（生活行為向上リハビリテーション実施加算）を算定している場合は、算定しない。

居宅算定基準

- 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。

居宅算定基準留意事項

【問98】 1月に算定できる上限回数はあるか。

【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年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol. 1) (平成27年4月1日)

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

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

※平成18年度改定関係Q&A(Vol. 3) (平成18年4月21日) 問9を一部修正した。

※平成18年介護報酬改定に関するQ&A(vol. 3) (平成18年4月21日) 問10、問11は削除する。

※平成18年改定関係Q&A(vol. 4) (平成18年5月2日) 問3は削除する。

※平成21年度改定関係Q&A(vol. 2) (平成21年4月17日) 問23、問27は削除する。

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)

（Ⅰ）退院（所）日又は通所開始日から起算して３月以内：240 単位/日

（Ⅱ）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：1,920 単位/月

- 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。
- 加算（Ⅰ）：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可。リハ提供時間が 20 分に満たない場合は算定不可。
- 加算（Ⅱ）：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。通所リハビリテーション計画にその時間、実施頻度、実施方法を定めたうえで実施するものであること。また、利用者の居宅を訪問して評価を行い、その結果を利用者とその家族に伝達すること。なお、その際、リハビリテーションを実施することはできない。

１０ 別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、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、イ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、ロについてはその退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して３月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算として、次に掲げる区分に応じ、イについては１日につき、ロについては１月につき、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は注１１の加算（生活行為向上リハビリテーション実施加算）を算定している場合においては、算定しない。

イ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） 240 単位

ロ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） 1,920 単位

居宅算定基準

イ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）

１週間に２日を限度として個別にリハビリテーションを実施すること。

ロ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

厚生労働大臣が定める基準

- ① 認知症短期集中リハビリテーション実施加算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、実施方法を定めたうえで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 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえたリハビリテーションを実施するよう留意すること。
- 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。

居宅算定基準留意事項

【Q103】認知症短期集中リハビリテーション実施加算については、「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」とされているが、次の例の場合は算定可能か。

例1：A老健にて3ヶ月入所し、認知症短期集中リハビリテーションを施行した後、B老健に入所した場合のB老健における算定の可否。

例2：A老健にて3ヶ月入所し、認知症短期集中リハビリテーションを施行した後、退所し、B通所リハビリテーション事業所における算定の可否。

【A103】例1の場合は算定できない。

例2の場合は算定可能であるが、A老健とB通所リハビリテーション事業所が同一法人である場合の取扱いは問104を参照されたい。

【Q104】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。

【A104】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。

【Q105】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。

【A105】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。ただし、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。

【Q107】通所開始日が平成21年4月1日以前の場合の算定対象日如何。

【A107】平成21年4月1日以前の通所を開始した日を起算日とした3ヶ月間のうち、当該4月1日以降に実施した認知症短期集中リハビリテーションが加算の対象となる。

例：3月15日から通所を開始した場合、4月1日から6月14日までの間に、本加算制度の要件を満たすリハビリテーションを行った場合に加算対象となる。

平成21年4月改定関係Q&A(Vol.2)

【Q42】認知症短期集中リハビリテーション実施中又は終了後3ヶ月に満たない期間に、脳血管疾患等の認知機能に直接影響を与える疾患を来し、その急性期の治療のために入院となった場合の退院後の取り扱い如何。【A42】認知症短期集中リハビリテーション実施中又は終了後3ヶ月に満たない期間に、脳血管疾患等の認知機能低下を来す中枢神経疾患を発症、その急性期に治療のために入院し、治療終了後も入院の原因となった疾患の発症前と比し認知機能が悪化しており、認知症短期集中リハビリテーションの必要性が認められる場合に限り、入院前に利用していたサービス、事業所に関わらず、介護老人保健施設、介護療養型医療施設においては入所（院）した日から起算して新たに3月、通所リハビリテーションにおいては利用開始日から起算して新たに3月以内に限り算定できる。

平成21年4月改定関係Q&A(Vol.2)

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

【答99】認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)は、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の状態に応じて、個別又は集団によるリハビリテーションを1月に4回以上実施した場合に取得できることから、当該要件を満たさなかった月は取得できない。なお、本加算におけるリハビリテーションは、1月に8回以上実施することが望ましい。

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

【答100】貴見のとおりである。

【問101】認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)を算定していたが、利用者宅に訪問して指導する又は集団での訓練の方が利用者の状態に合っていると判断した場合、認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)に移行することができるか。

【答 101】 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 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日)

【問 18】 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）の要件である「認知症に対するリハビリテーションに関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。

【答 18】 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」、日本慢性期医療協会、日本リハビリテーション病院・施設協会及び全国老人デイ・ケア連絡協議会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション医師研修会」が該当すると考えている。また、認知症診療に習熟し、かかりつけ医への助言、連携の推進等、地域の認知症医療体制構築を担う医師の養成を目的として、都道府県等が実施する「認知症サポート医養成研修」修了者も本加算の要件を満たすものと考えている。

※ 平成 21 年度改定関係 Q&A (vol. 1) (平成 21 年 3 月 23 日) 問 10 を一部修正した。

補足：（都道府県等実施の「かかりつけ医認知症対応力向上研修」は該当しない。）

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

【答 19】 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。

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

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

【答 20】 算定できない。ただし、算定要件を満たす医師については必ずしも常勤である必要はない。

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

※ 平成 21 年介護報酬改定に関する Q&A (vol. 1) (平成 21 年 3 月 23 日) 通所リハビリテーションの問 106 は削除する。

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)

開始月から起算して６月以内の期間に行われた場合：１,２５０単位/月

- 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を配置すること。
- 目標及び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生活行為向上リハビリテーション実施計画書を作成すること。
- 当該リハビリテーションの終了前１月以内にリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。
- リハビリテーションマネジメント加算のいずれかを算定していること。

１１ 別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合は、生活行為向上リハビリテーション実施加算として、リハビリテーション実施計画に基づく指定通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して６月以内の期間に限り、１月につき１,２５０単位を所定単位数に加算する。ただし、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合においては、算定しない。また、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定していた場合においては、利用者の急性増悪等によりこの加算を算定する必要性についてリハビリテーション会議（指定居宅サービス基準第８０条第５号に規定するリハビリテーション会議をいう。）により合意した場合を除き、この加算は算定しない

居宅算定基準

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- イ 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること。
- ロ 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。
- ハ 当該計画で定めた指定通所リハビリテーションの実施期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日前１月以内に、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。
- ニ 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イ又はロ若しくは（Ｂ）イ又はロのいずれかを算定していること。
- ホ 指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が当該利用者の居宅を訪問し、生活行為に関する評価をおおむね一月に一回以上実施すること。

厚生労働大臣が定める基準

- 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実施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。
- ④ 生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成に当たっては、本加算の趣旨について説明した上で、当該計画の同意を得よう留意すること。
- ⑤ 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえ、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等を可能とすることを見据えた目標や実施内容を設定すること。
- ⑥ 本加算は、6月間に限定して算定が可能であることから、利用者やその家族においても、生活行為の内容の充実を図るための訓練内容を理解し、家族の協力を得ながら、利用者が生活の中で実践していくことが望ましいこと。また、リハビリテーション会議において、訓練の進捗状況やその評価（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。

居宅算定基準留意事項

【問 102】 生活行為向上リハビリテーション実施加算の取得が可能となる期間中に、入院等のためにリハビリテーションの提供の中断があった後、再び同一事業所の利用を開始した場合、再利用日を起算点として、改めて6月間の算定実施は可能か。

【答 102】 生活行為向上リハビリテーション実施加算は、生活行為の内容の充実を図るための目標を設定し、当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、利用者の有する能力の向上を計画的に支援することを評価するものである。

入院等により、活動するための機能が低下し、医師が、生活行為の内容の充実を図るためのリハビリテーションの必要性を認めた場合に限り、入院前に利用していたサービス種別、事業所・施設にかかわらず、再度利用を開始した日から起算して新たに6月以内に限り算定できる。

【問 104】 生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定要件について「利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること」とあるが、具体的には、人員基準を満たすか否かが判断基準となるのか。

【答 104】 人員基準を満たすか否かに関わらず、生活行為向上リハビリテーションを実施する上で、適切な人員配置をお願いするものである。

【問 105】 生活行為向上リハビリテーションの算定要件について、「生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験」、「生活行為の内容の充実を図るための研修」とあるが、具体的にどのような知識、経験、研修を指すのか。

【答 105】 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 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日)

【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で良いか。

【答 5】 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、実際生活の場面での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 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 3) (平成 27 年 6 月 1 日)

【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 月間取得した後に、生活行為向上リハビリテーション実施加算口を 3 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のか。

【答 2】 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 月間となる。

平成 27 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 4) (平成 27 年 7 月 31 日)

【問 29】 短期集中個別リハビリテーション実施加算と認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）・（Ⅱ）を 3 ケ月実施した後に、利用者の同意を得て、生活行為の内容の向上を目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実施加算に移行することができるのか。

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

※ 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 14 の修正。

【問 37】 令和 3 年度介護報酬改定において生活行為向上リハビリテーション実施加算は単位数が見直されるとともに同加算に係る減算が廃止されたが、令和 3 年 3 月時点において同加算を算定している利用者については経過措置が設けられているところ。令和 3 年 3 月時点において同加算を算定し、同年 4 月以降も継続して算定している場合において、令和 3 年 4 月以降に令和 3 年度介護報酬改定により見直された単位数を請求することは可能か。

【答】請求可能。経過措置が適用される場合も、同加算は併せて 6 月間まで算定可能なものであることに留意すること。なお、同加算に係る減算は、令和 3 年度介護報酬改定前の単位数において同加算を算定した月数と同月分の期間だけ実施されるものである。

令和 3 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 2) (令和 3 年 3 月 23 日)

若年性認知症利用者受入加算 60 単位/日

- 若年性認知症利用者を受け入れた場合に算定できる。
- 受け入れた利用者ごとに個別の担当者を定めること。

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

居宅算定基準留意事項

【Q 1 0 1】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。

【A 1 0 1】65歳の誕生日の前々日までは対象である。

【Q 1 0 2】担当者とは何か。定めるにあたって担当者の資格要件はあるか。

【A 1 0 2】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. 1)

【Q 2 4】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。

【A 2 4】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。

【Q 4 3】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。

【A 4 3】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。

平成21年4月改定関係Q&A (Vol. 2)

○管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合は、栄養アセスメント加算として、1 月につき 50 単位を所定単位数に加算できる。

○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

※口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）及び栄養改善加算との併算定は不可

※令和 3 年 3 月 16 日厚生労働省通知「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照。

13 次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。以下この注において同じ。）を行った場合は、栄養アセスメント加算として、1 月につき 50 単位を所定単位数に加算する。ただし、当該利用者が栄養改善加算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。

- (1) 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を 1 名以上配置していること。
- (2) 利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。
- (3) 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
- (4) 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している指定通所リハビリテーション事業所であること。

居宅算定基準

7 (15) 栄養アセスメント加算について

- ① 栄養アセスメント加算の算定に係る栄養アセスメントは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所（栄養アセスメント加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を 1 名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」）との連携により、管理栄養士を 1 名以上配置して行うものであること。
- ③ 栄養アセスメントについては、3 月に 1 回以上、イからニまでに掲げる手順により行うこと。あわせて、利用者の体重については、1 月毎に測定すること。
 - イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。
 - ロ 管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題の把握を行うこと。
 - ハ イ及びロの結果を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。
 - ニ 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、介護支援専門員と情報共有を行い、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。
- ④ 原則として、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、栄養アセスメント加算は算定しないが、栄養アセスメント加算に基づく栄養アセスメントの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養アセスメント加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。
- ⑤ 厚生労働省への情報の提出については、L I F E を用いて行うこととする。L I F E への提出情報、

提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養管理の内容の決定（P l a n）、当該決定に基づく支援の提供（D o）、当該支援内容の評価（C h e c k）、その評価結果を踏まえた栄養管理の内容の見直し・改善（A c t i o n）の一連のサイクル（P D C Aサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

居宅算定基準留意事項

【問 15】 外部との連携について、介護保険施設の場合は「栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。」とあるが、栄養マネジメント強化加算を算定せず、介護保険施設に常勤の管理栄養士が1名いる場合は、当該施設の管理栄養士が兼務できるのか。

【答】 入所者の処遇に支障がない場合には、兼務が可能である。ただし、人員基準において常勤の栄養士又は管理栄養士を1名以上配置することが求められる施設（例 100 床以上の介護老人保健施設）において、人員基準上置くべき員数である管理栄養士については、兼務することはできない。

令和3年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 3) (令和3年3月26日)

【問 1】 利用者が、複数の通所事業所等を利用している場合、栄養アセスメント加算の算定事業者はどのように判断するのか。

【答】 利用者が、複数の通所事業所等を利用している場合は、栄養アセスメントを行う事業所について、①サービス担当者会議等で、利用者が利用している各種サービスと栄養状態との関連性や実施時間の実績、利用者又は家族の希望等も踏まえて検討した上で、②介護支援専門員が事業所間の調整を行い、決定することとし、原則として、当該事業所が継続的に栄養アセスメントを実施すること。

令和3年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 10) (令和3年6月9日)

- 栄養改善サービスを行った場合、3 月以内の期間に限り 1 月に 2 回を限度として算定できる。（ただし 3 月ごとの評価の結果、継続の必要性が認められる場合には引き続き算定できる。）
- 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、栄養ケア計画の作成、栄養状態の記録、定期的な評価を行うこと。
- 栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じ居宅を訪問すること。

※令和 3 年 3 月 16 日厚生労働省通知「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照。

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- イ 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を一名以上配置していること。
- ロ 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者（以下「管理栄養士等」という。）が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
- ハ 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。
- ニ 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。
- ホ 通所介護費等算定方法第二号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

厚生労働大臣が定める基準

7 (16) 栄養改善加算について

- ① 栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスの提供は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所（栄養改善加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を 1 名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」）との連携により、管理栄養士を 1 名以上配置して行うものであること。
- ③ 栄養改善加算を算定できる利用者は、次のイからホのいずれかに該当する者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者とする。
 - イ BMI が 18.5 未満である者
 - ロ 1 ～ 6 月間で 3 % 以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成 18 年 6 月 9 日老発 0609001 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 3.5 g/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連する（13）（14）（15）のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む）
 - ・ 生活機能の低下の問題
 - ・ 褥瘡に関する問題
 - ・ 食欲の低下の問題
 - ・ 閉じこもりの問題（基本チェックリストの閉じこもりに関連する（16）（17）のいずれかの項目

において「1」に該当する者などを含む)

- ・ 認知症の問題（基本チェックリストの認知症に関連する（18）（19）（20）のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む）
- ・ うつの問題（基本チェックリストのうつに関連する（21）から（25）の項目において、2項目以上「1」に該当する者などを含む）

④ 栄養改善サービスの提供は、以下のイからへまでに掲げる手順を経てなされる。

イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。

ロ 利用開始時に、管理栄養士が中心となって、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、栄養状態に関する解決すべき課題の把握（以下「栄養アセスメント」という。）を行い、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、解決すべき栄養管理上の課題等に対し取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。作成した栄養ケア計画については、栄養改善サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、通所介護においては、栄養ケア計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

ハ 栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等が利用者ごとに栄養改善サービスを提供すること。その際、栄養ケア計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。

ニ 栄養改善サービスの提供に当たり、居宅における食事の状況を聞き取った結果、課題がある場合は、当該課題を解決するため、利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、居宅での食事状況・食事環境等の具体的な課題の把握や、主として食事の準備をする者に対する栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供すること。

ホ 利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、概ね3月ごとに体重を測定する等により栄養状態の評価を行い、その結果を当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師に対して情報提供すること。

ヘ 指定居宅サービス基準第105条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士が利用者の栄養状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために利用者の栄養状態を定期的に記録する必要はないものとする。

⑤ 概ね3月ごとの評価の結果、③のイからホまでのいずれかに該当する者であって、継続的に管理栄養士等がサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できると認められるものについては、継続的に栄養改善サービスを提供する。

居宅算定基準留意事項

【Q16】当該加算が算定できる者の要件について、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とは具体的内容如何。また、食事摂取量が不良の者（75%以下）とはこういった者を指すのか

【A16】その他の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とは、以下のような場合が考えられる。

- ・ 医師が医学的な判断により低栄養状態にある又はそのおそれがあると認める場合。
- ・ イ～ニの項目に掲げられている基準を満たさない場合であっても、認定調査票の「えん下」「食事摂取」「口腔清潔」「特別な医療について」などの項目や特記事項、主治医意見書などから、低栄養状態にある又はそのおそれがあると、サービス担当者会議において認められる場合。

なお、低栄養状態のおそれがあると認められる者とは、現状の食生活を続けた場合に、低栄養状態になる可能性が高いと判断される場合を想定している。

また、食事摂取が不良の者とは、以下のような場合が考えられる。

- ・ 普段に比較し、食事摂取量が75%以下である場合。
- ・ 1日の食事回数が2回以下であって1回あたりの食事摂取量が普段より少ない場合

平成21年4月改定関係Q&A (Vol. 1)

【Q4】栄養改善サービスに必要な同意には、利用者又はその家族の自署又は押印は必ずしも必要でないと

考えるが如何。

【A 4】 栄養改善サービスの開始などの際に、利用者又はその家族の同意を口頭で確認した場合には、栄養ケア計画などに係る記録に利用者又はその家族が同意した旨を記載すればよく、利用者又はその家族の自署又は押印は必須ではない。

【Q 5】 栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算において、共同して取り組む職種として歯科医師が追加されたが、当該加算の算定にあたって歯科医師の関与や配置は必要か。

【A 5】 多職種共同で計画を立案する必要があるが、歯科医師の関与及び配置は必須ではなく、必要に応じて行うものである。

※「居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」の関連問答として掲載。

平成21年4月改定関係Q&A (Vol. 2)

【問15】 外部との連携について、介護保険施設の場合は「栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。」とあるが、栄養マネジメント強化加算を算定せず、介護保険施設に常勤の管理栄養士が1名いる場合は、当該施設の管理栄養士が兼務できるのか。

【答】 入所者の処遇に支障がない場合には、兼務が可能である。ただし、人員基準において常勤の栄養士又は管理栄養士を1名以上配置することが求められる施設（例 100床以上の介護老人保健施設）において、人員基準上置くべき員数である管理栄養士については、兼務することはできない。

【問33】 それぞれ別の通所介護・通所リハビリテーション事業所にしている場合、それぞれの事業所で同時に栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定することはできるのか。

【答】 御指摘の件については、ケアマネジメントの過程で適切に判断されるものと認識しているが、①算定要件として、それぞれの加算に係る実施内容等を勘案の上、1事業所における請求回数に限度を設けていること、②2事業所において算定した場合の利用者負担等も勘案すべきことから、それぞれの事業所で栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定することは基本的には想定されない。

※ 平成 18 年 4 月改定関係 Q & A Vol 4)) (平成 18 年 5 月 2 日) 問 1 の修正。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3) (令和3年3月26日)

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 20 単位／回

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 5 単位／回

- 加算（Ⅰ）は、介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
（※栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併算定不可）
- 加算（Ⅱ）は、利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
（※栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており加算（Ⅰ）を算定できない場合にのみ算定可能）
- 当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定できない。
- 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。
- ※ 本加算の算定に当たっては、体制届の届出は必要ない。
- ※ 令和3年3月16日厚生労働省通知「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照。

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定通所リハビリテーション事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、口腔・栄養スクリーニング加算として、次に掲げる区分に応じ、1回につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しない。

- (1) 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 20 単位
- (2) 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 5 単位

居宅算定基準

十九の二 通所介護費、通所リハビリテーション費、認知症対応型通所介護費、看護小規模多機能型居宅介護費及び介護予防認知症対応型通所介護費における口腔・栄養スクリーニング加算の基準

イ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
- (2) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
- (3) 通所介護費等算定方法第1号、第2号、第6号、第11号及び第20号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。
- (4) 算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当しないこと。
 - ① 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。
 - ② 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。

ロ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

（１） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① イ（１）及び（３）に掲げる基準に適合すること。
- ② 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。
- ③ 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。

（２） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① イ（２）及び（３）に掲げる基準に適合すること。
- ② 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。
- ③ 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。

厚生労働大臣が定める基準

７（１７） 口腔・栄養スクリーニング加算について

- ① 口腔・栄養スクリーニング加算の算定に係る口腔の健康状態のスクリーニング（以下「口腔スクリーニング」という。）及び栄養状態のスクリーニング（以下「栄養スクリーニング」という。）は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングは、利用者に対して、原則として一体的に実施すべきものであること。ただし、大臣基準第 19 号の 2 ロに規定する場合にあっては、口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの一方のみを行い、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）を算定することができる。
- ③ 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。

イ 口腔スクリーニング

- a 硬いものを避け、柔らかいものばかりを中心に食べる者
- b 入れ歯を使っている者
- c むせやすい者

ロ 栄養スクリーニング

- a BMI が 18.5 未満である者
- b １～６月間で 3 % 以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成 18 年 6 月 9 日老発第 0609001 号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストの No. 11 の項目が「１」に該当する者
- c 血清アルブミン値が 3.5 g / d l 以下である者
- d 食事摂取量が不良（75 % 以下）である者

- ④ 口腔・栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施すること。
- ⑤ 口腔・栄養スクリーニング加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービス又は口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供が必要と判断された場合は、口腔・栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定できること。

居宅算定基準留意事項

口腔機能向上加算

<令和3年度：改正>

口腔機能向上加算（Ⅰ） 150 単位／回

口腔機能向上加算（Ⅱ） 160 単位／回

- 口腔機能が低下している者又はそのおそれのある利用者に対し、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について算定する。
- 加算（Ⅱ）は、加算（Ⅰ）の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に算定できる。
- 月2回を限度とし、3月以内の期間に限る（ただし、3月ごとの評価の結果、継続の必要性が認められる場合には引き続き算定できる）。

※令和3年3月16日厚生労働省通知「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照。

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下この注において「口腔機能向上サービス」という。）を行った場合は、口腔機能向上加算として、当該基準に掲げる区分に従い、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。また、口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。

- (1) 口腔機能向上加算（Ⅰ）150 単位
- (2) 口腔機能向上加算（Ⅱ）160 単位

居宅算定基準

イ 口腔機能向上加算（Ⅰ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。
- (2) 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。
- (3) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービス（指定居宅サービス介護給付費単位数表の通所リハビリテーション費の注16に規定する口腔機能向上サービスをいう。以下同じ。）を行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。
- (4) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価していること。
- (5) 通所介護費等算定方法第2号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

ロ 口腔機能向上加算（Ⅱ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

厚生労働大臣が定める基準

7(18) 口腔機能向上加算について

- ① 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供には、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置して行うものであること。
- ③ 口腔機能向上加算を算定できる利用者は、次のイからハまでのいずれかに該当する者であって、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。こと。
 - イ 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者
 - ロ 基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者
 - ハ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者
- ④ 利用者の口腔の状態によっては、医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じることとする。なお、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、加算は算定できない。
 - 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 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。
- ⑤ 口腔機能向上サービスの提供は、以下のイからホまでに掲げる手順を経てなされる。
 - 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、生活相談員その他の職種の者が共同して取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成すること。作成した口腔機能改善管理指導計画については、口腔機能向上サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、通所介護においては、口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画の作成に代えることができるものとする。
 - ハ 口腔機能改善管理指導計画に基づき、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等が利用者ごとに口腔機能向上サービスを提供すること。その際、口腔機能改善管理指導計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。
 - ニ 利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について、当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供すること。
 - ホ 指定居宅サービス基準第105条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が利用者の口腔機能を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に口腔機能向上加算の算定のために利用者の口腔機能を定期的に記録する必要はないものとする。
- ⑥ おおむね3月ごとの評価の結果、次のイ又はロのいずれかに該当する者であって、継続的に言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等がサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上又は維持の効果が期待できると認められるものについては、継続的に口腔機能向上サービスを提供する。
 - イ 口腔清潔・唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者

ロ 当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が著しく低下するおそれのある者

- ⑦ 厚生労働省への情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

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

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

居宅算定基準留意事項

○ 対象者、サービス提供者等

【Q】 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。

【A】 口腔機能向上サービスを適切に実施する観点から、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。

平成18年4月改定関係Q&A (Vol. 1)

【Q】 口腔機能向上加算は1月に2回までとなっているが、それより多く行った場合は2回を超える部分を実費徴収することは可能か。

【A】 たとえ2回を超えて行っても、その分を実費徴収することはできない。

【Q 1 4】 口腔機能向上加算を算定できる利用者として、「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」が挙げられているが、具体例としてはどのような者が対象となるか。

【A 1 4】 例えば、認定調査票のいずれの口腔関連項目も「1」に該当する者、基本チェックリストの口腔関連項目の1項目のみが「1」に該当する又はいずれの口腔関連項目も「0」に該当する者であっても、介護予防ケアマネジメント又はケアマネジメントにおける課題分析に当たって、認定調査票の特記事項における記載内容（不足の判断根拠、介助方法の選択理由等）から、口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者については算定できる利用者として差し支えない。

同様に、主治医意見書の摂食・嚥下機能に関する記載内容や特記すべき事項の記載内容等から口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者、視認により口腔内の衛生状態に問題があると判断される者、医師、歯科医師、介護支援専門員、サービス提供事業所等からの情報提供により口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者等についても算定して差し支えない。

なお、口腔機能の課題分析に有用な参考資料（口腔機能チェックシート等）は、「口腔機能向上マニュアル」確定版（平成21年3月）に収載されているので対象者を把握する際の参考にされたい。

【Q 1 5】 口腔機能向上サービスの開始又は継続にあたって必要な同意には、利用者又はその家族の自署又は押印は必ずしも必要でないと考えるが如何。

【A 1 5】 口腔機能向上サービスの開始又は継続の際に利用者又はその家族の同意を口頭で確認し、口腔機能改善管理指導計画又は再把握に係る記録等に利用者又はその家族が同意した旨を記載すればよく、利用者又はその家族の自署又は押印は必須ではない。

平成21年4月改定関係Q&A (Vol. 1)

【Q 1】口腔機能向上加算について、歯科医療との重複の有無については、歯科医療機関又は事業所のいずれにおいて判断するのか。

【A 1】歯科医療を受診している場合の口腔機能向上加算の取扱いについて、患者又はその家族に説明した上、歯科医療機関が患者又は家族等に提供する管理計画書（歯科疾患管理料を算定した場合）等に基づき、歯科医療を受診した月に係る介護報酬の請求時に、事業所において判断する。

平成21年4月改定関係Q&A (Vol. 2)

【問33】 それぞれ別の通所介護・通所リハビリテーション事業所にしている場合、それぞれの事業所で同時に栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定することはできるのか。

【答】 御指摘の件については、ケアマネジメントの過程で適切に判断されるものと認識しているが、①算定要件として、それぞれの加算に係る実施内容等を勘案の上、1事業所における請求回数に限度を設けていること、②2事業所において算定した場合の利用者負担等も勘案すべきことから、それぞれの事業所で栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定することは基本的には想定されない。

※ 平成18年4月改定関係Q & A Vol 4)) (平成18年5月2日) 問1の修正。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3) (令和3年3月26日)

重度療養管理加算 100 単位/日

- 所要時間 1 時間以上 2 時間未満の利用者以外の者であること。
 - 要介護 3、要介護 4 又は 5 であって、別に厚生労働大臣が定める状態であるもの。
 - 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算定できる。
- ※ 本加算の算定に当たっては、体制届の届出は必要ない。

別に厚生労働大臣が定める状態（イ～リのいずれかに該当する状態）

- イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
- ハ 中心静脈注射を実施している状態
- ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
- ホ 重篤な心機能障害、呼吸器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

(20) 重度療養管理加算について

- ① 重度療養管理加算は、要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 に該当する者であって別に厚生労働大臣の定める状態（利用者等告示）にある利用者に対して、計画的な医学的管理を継続的にを行い指定通所リハビリテーションを行った場合に当該加算を算定する。当該加算を算定する場合にあつては、当該医学的管理の内容等を診療録に記録しておくこと。
- ② 当該加算を算定できる利用者は、次のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者であることとする。なお、請求明細書の摘要欄に該当する状態（利用者等告示第 18 号のイからリまで）を記載することとする。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。
 - ア 利用者等告示第 18 号イの「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは、当該月において 1 日当たり 8 回（夜間を含め約 3 時間に 1 回程度）以上実施している日が 20 日を超える場合をいうものであること。
 - イ 利用者等告示第 18 号ロの「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」については、当該月において 1 週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っている場合をいう。
 - 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場合をいう。
 - 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場合をいう。
 - A 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病
 - B 常時低血圧（収縮期血圧が 90mmHg 以下）
 - C 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの
 - D 出血性消化器病変を有するもの
 - E 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの
 - F うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）のもの
 - オ 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九十%以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っている場合をいう。

カ 利用者等告示第18号への「膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第五号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」については、当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合をいう。

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をいう。

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、以下の分類で第三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。

第一度：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）

第二度：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）

第三度：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

第四度：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をいう。

居宅算定基準留意事項

中重度者ケア体制加算 20単位/日

- 指定基準に定められた員数に加え、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。
- 前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者数の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の30以上であること。
- 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら当該指定リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1以上配置していること。

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

居宅算定基準

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（指定居宅サービス等基準第111条第1項第2号イ又は同条第2項第1号に規定する要件を満たす員数をいう。）に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法（指定居宅サービス等基準第2条第7号に規定する常勤換算方法をいう。）で1以上確保していること。
- ロ 前年度又は算定日が属する月の前3月間の指定通所リハビリテーション事業所の利用者数の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上であること。
- ハ 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上配置していること。

厚生労働大臣が定める基準

(21) 中重度者ケア体制加算について

- 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、直ちに第一の5の届出を提出しなければならない。
- ④ 看護職員は、指定通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置する必要があるが、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。

- 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。

居宅算定基準留意事項

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

【答 106】 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。

平成 27 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日)

○ 以下のいずれの要件も満たす場合に算定できる。

- ・利用者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出。
- ・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報の活用。

※集団指導＜共通編＞p. 25 「科学的介護情報システム（LIFE）」の活用等について」も参照。

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定通所リハビリテーションを行った場合は、科学的介護推進体制加算として、1月につき40単位を所定単位数に加算する。

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

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

居宅算定基準

7(19) 科学的介護推進体制加算について

① 科学的介護推進体制加算は、原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに注19に掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の利用者全員に対して算定できるものであること。

② 情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

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

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

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

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

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

④ 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

居宅算定基準留意事項

移行支援加算 12 単位/日

＜令和 3 年度：改正＞

- 評価対象期間においてリハビリテーション終了者のうち、指定通所介護等を実施した者の割合が、100 分の 3 を超えていること。
- リハビリテーションの利用の回転率（12 月／平均利用延月数） $\geq 27\%$ であること。
- 評価対象期間中に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、リハビリテーション終了者に対して、電話等により、指定通所介護等の実施状況を確認し、記録すること。
- リハビリテーション終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するにあたり、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供すること。

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所等を支援した場合は、移行支援加算として、評価対象期間（別に厚生労働大臣が定める期間をいう。）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。

居宅算定基準

19 指定居宅サービス介護給付費単位数表の通所リハビリテーション費の二の注の厚生労働大臣が定める期間

移行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（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に適合する利用者等

イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 評価対象期間において指定通所リハビリテーションの提供を終了した者（以下「通所リハビリテーション終了者」という。）のうち、指定通所介護等（指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションを除く。）を実施した者の占める割合が 100 分の 3 を超えていること。
 - (2) 評価対象期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して 14 日以降 44 日以内に、通所リハビリテーション従業者（指定居宅サービス等基準第 111 条第 1 項に規定する通所リハビリテーション従業者をいう。）が、通所リハビリテーション終了者に対して、当該通所リハビリテーション終了者の実施状況を確認し、記録していること。
- ロ 12 を当該指定通所リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数が 100 分の 27 以上であること。

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

厚生労働大臣が定める基準

5 (11) 移行支援加算について

- ① 移行支援加算におけるリハビリテーションは、通所リハビリテーション計画に家庭や社会への参加を可能とするための目標を作成した上で、利用者の ADL 及び IADL を向上させ、指定通所介護等（指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションは除く。）に移行させるものであること。
- ② 「その他社会参加に資する取組」には、医療機関への入院や介護保険施設への入所、指定通所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

月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こと。

イ (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数

(i) 当該事業所における評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計

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

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

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

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

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

⑤ 「指定通所介護等の実施」状況の確認に当たっては、指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、通所リハビリテーション計画書のアセスメント項目を活用しながら、リハビリテーションの提供を終了した時と比較して、ADL及びIADLが維持又は改善していることを確認すること。なお、電話等での実施を含め確認の手法は問わないこと。

⑥ 「当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供」については、利用者の円滑な移行を推進するため、指定訪問リハビリテーション終了者が指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型通所介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防通所リハビリテーション、指定介護予防認知症対応型通所介護又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所へ移行する際に、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」の別紙様式2-2-1及び2-2-2のリハビリテーション計画書等の情報を利用者の同意の上で指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型通所介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防通所リハビリテーション、指定介護予防認知症対応型通所介護又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護の事業所へ提供すること。なお、指定通所介護事業所等の事業所への情報提供に際しては、リハビリテーション計画書の全ての情報ではなく、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」に示す別紙様式2-2-1及び2-2-2の本人の希望、家族の希望、健康状態・経過、リハビリテーションの目標、リハビリテーションサービス等の情報を抜粋し、提供することで差し支えない。

居宅算定基準留意事項

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

【答】 移行支援加算は、利用者のADL・IADLが向上し、社会参加に資する取組に移行する等を指標として、質の高いリハビリテーションを提供する事業所を評価するものである。

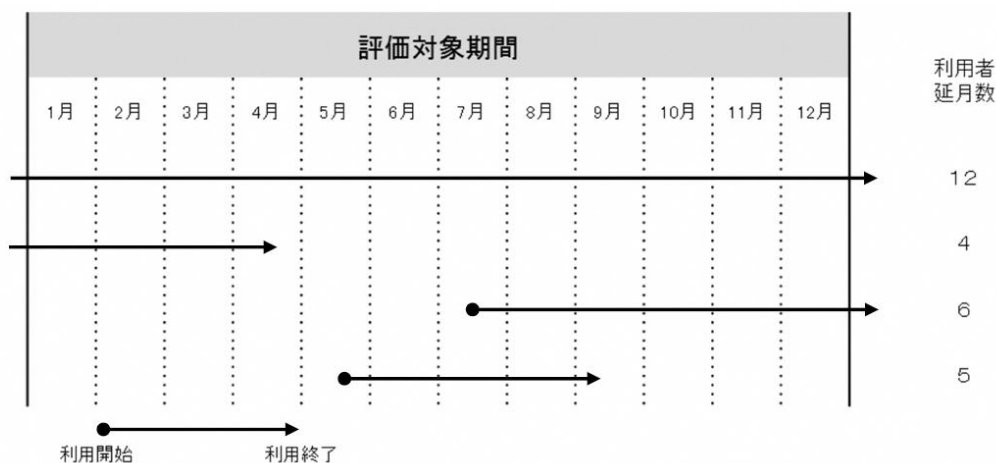
そのため、「社会参加への移行状況」と「サービスの利用の回転」を勘案することとしている。

このうち、「サービスの利用の回転」の算定方法は下記のとおりである。

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

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

（評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数のイメージ）



※ 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 6) (平成 28 年 3 月 18 日) の修正。

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

【答】貴見の通りである。

※ 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 89 の修正。

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

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

※ 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 90 の修正。

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

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

※ 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 13 の修正。

【問 21】移行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支援（A 型、B 型）の利用に至った場合を含めてよい。

【答】よい。

※ 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) 問 57 の修正。

令和 3 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 2) (令和 3 年 3 月 23 日)

【問 14】 移行支援加算における評価対象期間において指定訪問リハビリテーションの提供を終了した者には、当該事業所の指定訪問リハビリテーション利用を中断したのちに再開した者も含まれるのか。

【答】移行支援加算における評価対象期間において指定訪問リハビリテーションの提供を終了した者とは、当該訪問リハビリテーション事業所の利用を終了し、評価対象期間に利用を再開していない者をいう。なお通所リハビリテーションにおいても同様に取り扱う。なお、終了後に3月以上が経過した場合で、リハビリテーションが必要であると医師が判断し当該事業所の利用を再開した時は、新規利用者とみなすことができる。この場合は評価対象期間に再開した場合でも、終了した者として取り扱う。

※ 平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 6) (平成30年8月6日) 問1は削除する。

【問 66】 移行支援加算は、同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（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）において一定の実績をもとに算定ができるものとされているところであるが、令和3年4月から令和4年3月においては、従前（令和3年度介護報酬改定以前）の基準に基づいて算定を行っても差し支えないか。

【答】令和3年3月時点ですでに同加算を算定している事業所においては、令和3年4月から令和4年3月に限り、令和2年1月から12月の実績については従前（令和3年度介護報酬改定以前）の基準に基づいて算定する。

※ 平成18年4月改定関係Q&A (Vol.1) (平成18年3月22日) 問18、問19、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. 2) (平成24年3月30日) 問14は削除する。

※ 平成27年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) (平成27年4月1日) 問103は削除する。

※ 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22、問23は削除する。

※ 平成27年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3) (平成27年6月1日) 問2は削除する。

※ 平成27年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 4) (平成27年7月31日) 問2、問3、問4は削除する。

※ 平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 2) (平成30年3月28日) 問1は削除する。

※ 平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3) (平成30年4月13日) 問3は削除する。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3) (令和3年3月26日)

加算（Ⅰ） 22 単位／回	加算（Ⅱ） 18 単位／回	加算（Ⅲ） 6 単位／回
---------------	---------------	--------------

- 加算（Ⅰ）：①介護職員総数のうち介護福祉士 70%以上 又は
②介護職員総数のうち勤続 10 年以上介護福祉士 25%以上
- 加算（Ⅱ）：介護職員総数のうち介護福祉士 50%以上
- 加算（Ⅲ）：①介護職員総数のうち介護福祉士 40%以上 又は
②利用者に直接サービスを提供する職員の総数のうち勤続 7 年以上 30%以上
- ※常勤換算方法で計算のこと。（重複は不可。）
- ※定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。

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が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1 回につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 22 単位
- (2) サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 18 単位
- (3) サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 6 単位

居宅算定基準

イ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 次のいずれかに適合すること。
 - ① 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。
 - ② 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。
- (2) 通所介護費等算定方法第二号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

ロ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。
- (2) イ(2)に該当するものであること。

ハ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 次のいずれかに適合すること。
 - ① 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。
 - ② 指定通所リハビリテーションを利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。
- (2) イ(2)に該当するものであること。

厚生労働大臣が定める基準

(28) サービス提供体制強化加算について

- ① 訪問入浴介護と同様であるので3(9)④から⑧までを参照されたい。
- ② 指定通所リハビリテーションを利用者に直接提供する職員とは、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時間未満の指定通所リハビリテーションを算定する場合であって、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師がリハビリテーションを提供する場合にあっては、これらの職員も含むものとする。

3(9) サービス提供体制強化加算について

- ④ 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く。）の平均を用いることとする。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月目以降届出が可能となるものであること。

なお、介護福祉士又は実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者については、各月の前月の末日時点で資格を取得している又は研修の課程を修了している者とする。

- ⑤ 前号ただし書の場合にあっては、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、直ちに第一の5の届出を提出しなければならない。
- ⑥ 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。
- ⑦ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。
- ⑧ 同一の事業所において介護予防訪問入浴介護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。

居宅算定基準留意事項

【Q6】産休や病欠している期間は含めないと考えるのか。

【A6】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。

【Q10】「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。

【A10】サービス提供体制強化加算に係る体制の届出に当たっては、老企第36号等において以下のように規定されているところであり、これに従った取扱いとされたい。

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

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

平成21年4月改定関係Q&A (Vol. 1)

【問63】 サービス提供体制強化加算の新区分の取得に当たって、職員の割合については、これまでと同様に、1年以上の運営実績がある場合、常勤換算方法により算出した前年度の平均（3月分を除く。）をもつ

て、運営実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始した事業所又は事業を再開した事業所）の場合は、4月目以降に、前3月分の実績をもって取得可能となるということでのいいのか。

【答63】 貴見のとおり。なお、これまでと同様に、運営実績が6月に満たない場合の届出にあっては、届出を行った月以降においても、毎月所定の割合を維持しなければならず、その割合については毎月記録する必要がある。

【問64】 サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イとサービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロは同時に取得することは可能か。不可である場合は、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イを取得していた事業所が、実地指導等によって、介護福祉士の割合が60%を下回っていたことが判明した場合は、全額返還となるのか。

【答64】 サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イとサービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロを同時に取得することはできない。

また、実地指導等によって、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イの算定要件を満たさないことが判明した場合、都道府県知事等は、支給された加算の一部又は全部を返還させることが可能となっている。

なお、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イの算定要件を満たしていないが、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロの算定要件を満たしている場合には、後者の加算を取得するための届出が可能であり、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イの返還等と併せて、後者の加算を取得するための届出を行うことが可能である。

【問65】 特定施設入居者生活介護の事業所においては、人員配置が手厚い場合の介護サービス利用料を入居者から徴収する事が可能とされているが、サービス提供体制強化加算を取得した場合でも、引き続き利用料を徴収する事は可能か。

【答65】 人員配置が手厚い場合の介護サービス利用料（上乗せ介護サービス費用）については、介護職員・看護職員の人数が量的に基準を上回っている部分について、利用者に対して、別途の費用負担を求めることとしているものである。一方で、サービス体制強化加算は、介護職員における介護福祉士の割合など質的に高いサービス提供体制を整えている特定施設を評価するものであるため、両者は異なる趣旨によるものである。従って、上乗せ介護サービス利用料を利用者から受領しつつ、サービス提供体制強化加算の算定を受けることは可能である。

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126】 「10年以上介護福祉士が30%」という最上位区分の要件について、勤続年数はどのように計算するのか

【答】 ・サービス提供体制強化加算における、勤続10年以上の介護福祉士の割合に係る要件については、

- ー 介護福祉士の資格を有する者であって、同一法人等での勤続年数が10年以上の者の割合を要件としたものであり、
- ー 介護福祉士の資格を取得してから10年以上経過していることを求めるものではないこと。

・「同一法人等での勤続年数」の考え方について、

- ー 同一法人等（※）における異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる雇用形態、職種（直接処遇を行う職種に限る。）における勤続年数
- ー 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の勤続年数

は通算することができる。

（※）同一法人のほか、法人の代表者等が同一で、採用や人事異動、研修が一体として行われる等、職員の労務管理を複数法人で一体的に行っている場合も含まれる。

・なお、介護職員等特定処遇改善加算において、当該事業所における経験・技能のある介護職員の「勤続年数10年の考え方」とは異なることに留意すること。

※ 平成21年4月改定関係Q & A (Vol. 1) (平成21年3月23日) 問5は削除する。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3) (令和3年3月26日)

介護職員処遇改善加算

介護職員の賃金改善を実施している場合、都道府県知事等に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定通所リハビリテーションを行った場合に、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に掲げる区分に従い、令和6年3月31日までの間、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

1. 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

算定した単位数の1000分の47に相当する単位数

2. 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）

算定した単位数の1000分の34に相当する単位数

3. 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）

算定した単位数の1000分の19に相当する単位数

介護職員等特定処遇改善加算

介護職員等の賃金改善を実施している場合、都道府県知事等に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定通所リハビリテーションを行った場合に、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に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

1. 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）

算定した単位数の1000分の20に相当する単位数

2. 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）

算定した単位数の1000分の17に相当する単位数

※ 詳細については、以下を参照すること。

・ 介護サービス事業者等集団指導《共通編》

・ 厚生労働省局長通知「介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和4年5月16日老発0516第1号）

・ 県、市ホームページ

熊本県ホームページ：[ホーム](#)>[健康・福祉・子育て](#)>[高齢者・障がい者・介護](#)>[高齢者支援課](#)>[介護報酬改定](#)>[「令和4年度\(2022年度\)介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算について」](#)

熊本市ホームページ：[トップページ](#)>[分類から探す](#)>[しごと・産業・事業者向け](#)>[届出・証明・法令・規制](#)>[介護・福祉](#)>[介護職員等処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算について](#)

介護職員等ベースアップ等支援加算

＜令和4年度：改定＞

厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事（市長）に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、算定した単位数の1000分の10に相当する単位数を所定単位数に加算する。

※令和4年10月1日から適用

※介護サービス事業者等集団指導《共通編》も参照のこと。

利用者の住居と同一建物に所在する事業所等に対する減算

- 指定通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する者又は指定通所リハビリテーション事業所と同一建物から当該指定通所リハビリテーション事業所に通う者に対し、通所リハビリテーションを行った場合は、1日につき94単位を所定単位数から減算する。

※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であると認められる利用者に対して送迎を行った場合はこの限りではない。

(23) 事業所と同一の建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者に通所介護を行う場合の取扱い 通所介護と同様であるので、7(20)を参照されたい。

7(20) 事業所と同一建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者に通所介護を行う場合について

① 同一建物の定義

「同一建物」とは、当該指定通所リハビリテーション事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の一階部分に指定通所リハビリテーション事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。

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こと。

- ② なお、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と。ただし、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。

(※) 当該建物にエレベーターが無い又は故障中の場合を指す。

居宅算定基準留意事項

送迎を行わない場合の減算

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

(24) 送迎を行わない場合の減算について

利用者が自ら通う場合、利用者の家族等が送迎を行う場合など事業者が送迎を実施していない場合は、片道につき減算の対象となる。ただし、注21の減算（同一建物減算）の対象となっている場合には、当該減算の対象とはならない。

居宅算定基準留意事項

【問60】 指定通所介護事業所等の設備を利用した宿泊サービスを利用する場合の送迎減算の考え方如何。

【答60】 宿泊サービスの利用の有無にかかわらず、送迎をしていなければ減算となる。

【問61】 送迎減算は、個別サービス計画上、送迎が往復か片道かを位置付けさせた上で行うことになるため、利用者宅に迎えに行ったが、利用者や家族等の都合で結果的に利用者の家族等が、事業所まで利用者を送った場合には、減算の対象とならないのか。

【答61】 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場合は減算となる。

【問62】 通所介護等について、事業所の職員が徒歩で利用者の送迎を実施した場合には、車両による送迎ではないが、送迎を行わない場合の減算対象にはならないと考えて良いか。

【答62】 徒歩での送迎は、減算の対象にはならない。

平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol. 1) (平成27年4月1日)

【問30】 訪問介護員等による送迎で通所サービスを利用する場合、介護報酬はどのように算定すればよいか。

【答】 送迎については、通所サービスの介護報酬において評価しており、利用者の心身の状況により通所サービスの事業所の送迎車を利用することができないなど特別な事情のない限り、訪問介護員等による送迎を別途訪問介護費として算定することはできない。ただし、利用者が、居宅から病院等の目的地を経由して通所サービスの事業所へ行く場合や、通所サービスの事業所から病院等の目的地を経由して居宅へ帰る場合等、一定の条件の下に、令和3年度から訪問介護費を算定することができることとする。なお、訪問介護員等により送迎が行われる場合、当該利用者が利用している通所サービスの事業所の従業者が当該利用者の居宅と事業所間の送迎を実施していないため、送迎減算が適用されることに留意すること。

※ 指定基準、介護報酬等に関するQ&A（平成18年2月）問48、平成18年4月改定関係Q&A（vol. 1）（平成18年3月22日）問57は削除する。

【問31】 A事業所の利用者について、B事業所の従業者が当該利用者の居宅とA事業所との間の送迎を行った場合、送迎減算は適用されるのか。

【答】 送迎減算は、送迎を行う利用者が利用している事業所の従業者（問中の事例であれば、A事業所の従業者）が当該利用者の居宅と事業所間の送迎を実施していない場合に適用されるものであることから、適用される。ただし、B事業所の従業者がA事業所と雇用契約を締結している場合は、A事業所の従業者（かつB事業所の従業者）が送迎を実施しているものと解されるため、この限りではない。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol. 3) (令和3年3月26日)

○事業所外でのサービス提供について

- ・通所リハビリテーションについては、事業所内でサービスを提供することが原則である。
- ・しかしながら、事業所外で行われるサービスについて、

①機能訓練の範囲として年間事業計画に位置付けられていること。

（突発的な外出は不可）

②利用者の担当ケアマネージャーに年間事業計画を周知済みであること。

③通所リハビリテーション計画において外出が位置付けられており、自立支援に効果があること。

④単なる行楽・娯楽・趣味活動等でないこと。

⑤本来通所リハビリテーションで位置付けられている目的（リハビリ、入浴等）が達成されていること。

⑥外出の前後において、事業所内でのサービス提供がされていること。

（居宅からの直行直帰や一日を通しての外出は不可）

⑦人員配置については、事業所内外それぞれの利用者数に応じた基準上の人員配置をすることが望ましいが、運営基準の人員配置が守られていれば可。

（看護職員については、連絡が取れる体制にしておくこと。）

⑧外出時間はおおむねサービス提供時間の半分以上以内であること。

⑨外出先で事故が発生した場合でも補償できるように損害保険等に参加しておくこと。

以上を客観的に検証し、単なる趣味活動等との違いを明らかにすることとしたうえで実施する場合は、機能訓練として通所リハビリテーション計画に位置づけ実施することも可能である。

- ・単なる行楽目的など、ケアプラン上位置づけようのない行事に該当する場合は、通所リハビリテーションサービスの範囲外となる。（指定通所リハビリテーションの基本取扱方針及び具体的取扱方針）

【Q】 指定通所介護事業所において、利用者を対象に当該事業所外（温泉施設等）に日帰りの小旅行を行った場合は、そのサービス提供に係る行事の一環として行った場合でも、当該事業所内におけるサービスには当たらないため、所定の通所介護費は算定できないものと考えてよいのか。また、リハビリを兼ねて近隣の公園等へ散歩するなどのレクリエーションを行った場合においては、算定は可能か。

【A】 貴見のとおり。基本的に介護保険における通所介護は通所介護事業所内で行われるものである。近隣における機能訓練の範囲としてのレクリエーションは年間事業計画に位置付けられているものであれば介護保険として行うことは可能であろうが、事例のような特別な行事の場合は、保険外サービスとされたい。

フムネットQ&A

○通所リハビリテーションにおける一日無料体験について

指定通所リハビリテーションの利用者と一日無料体験の利用者との間に、一方の管理経費の他方への転嫁等による不合理な差額を生じさせるおそれがあり、また、介護保険としてのサービスを無料で提供しているといった誤解を招きかねないため、一日を通しての無料体験を実施するべきではない。

・原則として、見学のみとする。

→ごく短時間の各種プログラムの一部体験について禁止するものではない。

・例外として、一日体験の通所リハビリテーションを提供する場合

①体験用の標準プログラムの作成

②自主事業としての運営規程の作成

③自主事業としてのサービスであることを利用者に説明し、同意を得ること。

（介護保険での利用開始後のサービス内容とは同一ではないこととの了承を得ること。）

④自主サービスとして利用料を徴収すること。

⑤定員の範囲内で実施し、指定通所リハビリテーション利用者へのサービス提供に支障がないように配慮すること。

上記、①～⑤満たしたうえで体験利用サービスを実施すること。

（居宅基準第119条（準用第38条）、基準解釈通知）

一介護予防通所リハビリテーション編一

- 新予防給付においては、目標志向型のサービス提供が求められており、利用者の状態や希望に応じた柔軟な対応を可能とするために、基本部分については月単位の定額報酬になっています。
- 介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は算定できません。
- 介護予防通所リハビリテーションは1か所の事業所のみ利用することができます。
- 事業者が利用者から受け取ることができる費用について、介護予防通所リハビリテーションでは延長サービスに係る料金を受領できません。

(1) 基本単位（共通的服务）について

算定構造

介護予防通所リハビリテーション費

＜令和3年度改定＞

基本部分			注	注	注	注	注	注			
			利用者の数が利用定員を超える場合	医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	生活行為向上リハビリテーション実施加算	生活行為向上リハビリテーションの実施後にリハビリテーションを継続した場合の減算(※)	若年性認知症利用者受入加算	事業所と同一建築物に居住する者又は同一建物から利用する者に介護予防通所リハビリテーションを行う場合	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合	
イ 介護予防通所リハビリテーション費 (1月につき)	病院又は診療所の場合	要支援1	(2,053単位)	×70/100	×70/100	+5/100	利用開始日の属する月から6月以内 (1月につき+552単位)	減算対象月から6月以内 ×85/100	1月につき+240単位	-376単位	→-20単位
		要支援2	(3,999単位)							-752単位	→-40単位
	介護老人保健施設の場合	要支援1	(2,053単位)							-376単位	→-20単位
		要支援2	(3,999単位)							-752単位	→-40単位
	介護医療院の場合	要支援1	(2,053単位)							-376単位	→-20単位
		要支援2	(3,999単位)							-752単位	→-40単位
ロ 運動器機能向上加算 (1月につき 225単位を加算)											
ハ 栄養アセスメント加算 (1月につき 50単位を加算)											
ニ 栄養改善加算 (1月につき 200単位を加算)											
ホ ロ腔・栄養スクリーニング加算	(1) ロ腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(1回につき 20単位を加算(6月に1回を限度))										
	(2) ロ腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(1回につき 5単位を加算(6月に1回を限度))										
ヘ ロ腔機能向上加算	(1) ロ腔機能向上加算(Ⅰ) (1月につき150単位を加算)										
	(2) ロ腔機能向上加算(Ⅱ) (1月につき160単位を加算)										
ト 選択的サービス複数実施加算	(1) 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	運動器機能向上及び栄養改善 (1月につき 480単位を加算)									
		運動器機能向上及びロ腔機能向上 (1月につき 480単位を加算)									
		栄養改善及びロ腔機能向上 (1月につき 480単位を加算)									
	(2) 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	運動器機能向上、栄養改善及びロ腔機能向上 (1月につき 700単位を加算)									
チ 事業所評価加算 (1月につき 120単位を加算)											
リ 科学的介護推進体制加算 (1月につき 40単位を加算)											
ス サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1 (1月につき 66単位を加算) 要支援2 (1月につき 176単位を加算)									
	(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	要支援1 (1月につき 72単位を加算) 要支援2 (1月につき 144単位を加算)									
	(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	要支援1 (1月につき 24単位を加算) 要支援2 (1月につき 48単位を加算)									
ル 介護職員処遇改善加算	(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき +所定単位×47/1000)									注 所定単位は、イからスまでにより算定した単位数の合計	
	(2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき +所定単位×34/1000)										
	(3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき +所定単位×19/1000)										
	(4) 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき +(3)の90/100)										
	(5) 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) (1月につき +(3)の80/100)										
ヲ 介護職員等特定処遇改善加算	(1) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき +所定単位×20/1000)									注 所定単位は、イからスまでにより算定した単位数の合計	
	(2) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき +所定単位×17/1000)										

：「事業所と同一建物の利用者に介護予防通所リハビリテーションを行う場合」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「サービス提供体制強化加算」、「介護職員処遇改善加算」及び「介護職員等特定処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

※ 生活行為向上リハビリテーションの実施後にリハビリテーションを継続した場合の減算については、令和3年3月31日までに算定している場合、従前の単位数を算定する。

※ 「生活行為向上リハビリテーションの実施後にリハビリテーションを継続した場合の減算」については、「生活行為向上リハビリテーション実施加算」と対をなす評価であるため、告示の順に表記。ただし、算定構造上では、「医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護・介護職員の員数が基準に満たない場合」と「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」の間に注があるものとみなして単位数を算定する。

※ 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び介護職員処遇改善加算(Ⅴ)については、令和4年3月31日まで算定可能。

※ 令和3年9月30日までの間は、介護予防通所リハビリテーション費のイについて、所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定する。

○算定の基準について

＜令和3年度：改定＞

(1) 算定の基準について

- ① 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師は、指定介護予防通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利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。
- ② ①における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示に基づき行った内容を明確に記録する。
- ③ 介護予防通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直す。初回の評価は、介護予防通所リハビリテーション計画に基づく介護予防通所リハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに評価を行う
- ④ 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定介護予防通所リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書に指定介護予防通所リハビリテーションの継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、法第115条の45第1項第1号ロに規定する第1号通所事業その他指定介護予防サービスの併用と移行の見通しを記載し、本人・家族に説明を行う。
- ⑤ 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は、当該計画に従い、指定介護予防通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して1月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行うよう努める。
- ⑥ 指定介護予防通所リハビリテーション事業所（指定介護予防サービス等基準第117条第1項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。以下この号及び第110号において同じ。）の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、介護支援専門員を通じて、法第115条の45第1項第1号イに規定する第一号訪問事業その他指定介護予防サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達する。

予防算定基準留意事項

○ 長期間利用の適正化

＜令和3年度：改定＞

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

- (1) 要支援1 20単位
- (2) 要支援2 40単位

予防算定基準

注8の取扱いについて

指定介護予防通所リハビリテーションの利用が12月を超える場合は、指定介護予防通所リハビリテーション費から要支援1の場合20単位、要支援2の場合40単位減算する。なお、入院による中断があり、医師の指示内容に変更がある場合は、新たに利用が開始されたものとする。また、本取扱いについては、令和3年4月から起算して12月を超える場合から適用されるものであること。

予防算定基準留意事項

【問 1 2 1】介護予防訪問・通所リハビリテーション及び介護予防訪問看護からの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問について、当該事業所においてサービスを継続しているが、要介護認定の状態から要支援認定へ変更となった場合の取扱如何。

【答】法第 19 条第 2 項に規定する要支援認定の効力が生じた日が属する月をもって、利用が開始されたものとする。ただし、要支援の区分が変更された場合（要支援 1 から要支援 2 への変更及び要支援 2 から要支援 1 への変更）はサービスの利用が継続されているものとみなす。

令和 3 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 3) (令和 3 年 3 月 26 日)

【問 4】介護予防訪問・通所リハビリテーション及び介護予防訪問看護からの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問について、12 月以上継続した場合の減算起算の開始時点はいつとなるのか。また、12 月の計算方法は如何。

【答】当該サービスを利用開始した日が属する月となる。当該事業所のサービスを利用された月を合計したものを利用期間とする。

令和 3 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 6) (令和 3 年 4 月 21 日)

○ 複数事業所の利用について

【Q 1 3】 ある指定介護予防通所介護事業所において指定介護予防通所介護を受けている間は、それ以外の指定介護予防通所介護事業所が指定介護予防通所介護を行った場合に、介護予防通所介護費を算定しないとあるが、その趣旨は如何。

【A 1 3】 介護予防通所介護においては、介護予防ケアマネジメントで設定された利用者の目標の達成を図る観点から、一の事業所において、一月を通じ、利用回数、提供時間、内容など、個々の利用者の状態や希望に応じた介護予防サービスを提供することを想定しており、介護報酬についてもこうした観点から包括化したところである。

【Q 1 2】 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。

【A 1 2】 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、計画に位置づけることから、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。

平成 18 年 4 月改定関係 Q&A (Vol. 1)

【Q 1】 介護予防訪問介護や介護予防通所介護については、月単位の定額制とされているが、複数の事業所を利用することはできないのか。

【A 1】 月当たりの定額制が導入される介護予防訪問介護や介護予防通所介護などについては、複数の事業所を利用することはできず、1 つの事業所を選択する必要がある。

平成 18 年 4 月改定関係 Q&A (Vol. 2)

○ サービス提供時間・回数について

【Q 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。

【A 9】 可能である。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。

【Q 1 1】 介護予防通所系サービスを受けるに当たって、利用回数、利用時間の限度や標準利用回数は定められるのか。

【A 1 1】 地域包括支援センターが利用者の心身の状況、その置かれている環境、希望等を勘案して行う介護予防ケアマネジメントを踏まえ、事業者と利用者の契約により、適切な利用回数、利用時間の設定が行われるものと考えており、国において一律に上限や標準利用回数を定めることは考えていない。

平成18年4月改定関係Q&A (Vol. 1)

【Q】 月額報酬となっている介護予防通所系サービス事業所において、サービス利用を一律週1回に制限している事業所があり、利用者が大変困っている状況である。「正当な理由なきサービス提供の拒否」に当たるのではないかと。

【A】 利用回数や利用時間については、地域包括支援センターが利用者の心身の状況、その置かれている環境、希望等を勘案して行う介護予防ケアマネジメントを踏まえ、事業者と利用者の契約により、適切な利用回数、利用時間の設定が行われるものである。従って、事業所が利用者との協議を経ることなく、一律に週1回しか認めないようなケースについては不適切である。

○ 短時間利用の方が、サービス終了後も事業所内に残る場合の考え方

【Q 1 0】 午前と午後に分けてサービス提供を行った場合に、例えば午前中にサービス提供を受けた利用者について、午後は引き続き同一の事業所にいても構わないか。その場合には、当該利用者を定員に含める必要があるのか。また、当該利用者が事業所に引き続きいられることについて負担を求めることは可能か。

【A 1 0】 同一の事業所にいても構わないが、単ににいるだけの利用者については、介護保険サービスを受けているわけではないので、サービス提供に支障のないよう配慮しなければならない。具体的には、サービスを実施する機能訓練室以外の場所（休憩室、ロビー等）に居ていただくことが考えられるが、機能訓練室内であっても面積に余裕のある場合（単ににいるだけの方を含めても1人当たり3㎡以上が確保されている場合）であれば、サービス提供に支障のないような形で居ていただくことも考えられる。

いずれにしても、介護保険サービス外とはいえ、単ににいるだけであることから、別途負担を求めることは不適切であると考えている。

平成18年4月改定関係Q&A (Vol. 1)

○ キャンセル料について

【Q 1 5】 これまで急なキャンセルの場合又は連絡がない不在の場合はキャンセル料を徴収することができたが、月単位の介護報酬となった後も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。

【A 1 5】 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。

平成18年4月改定関係Q&A (Vol. 1)

○ 日割り計算について

- ・ 原則として月額定額報酬であり、例外として日割りになる（日割りの対象については別表参照）。
- ・ 加算部分に対する日割り計算は行わない。

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、月額定額報酬とされたことから、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づけられた単位数を算定することとし、日割り計算は行わない。

ただし、月途中に①要介護から要支援に変更となった場合、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、日割り計算による。また、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する。

介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護費を受けている間については、その他の指定介護予防サービス費又は地域密着型介護予防サービス費に係る介護給付費（介護予防居宅療養管理指導費を除く。）は算定しないものであること。ただし、指定介護予防特定施設入居者生活介護の提供に必要がある場合に、当該事業者の費用負担により、その利用者に対してその他の介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用させることは差し支えないものであること。

また、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受けている間については、介護予防訪問介護費、介護予防訪問入浴介護費、介護予防訪問看護費、介護予防訪問リハビリテーション費、介護予防通所介護費及び介護予防通所リハビリテーション費並びに介護予防認知症対応型通所介護費及び介護予防小規模多機能型居宅介護費は算定しないものであること。

なお、介護予防福祉用具貸与費については、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受けている者についても算定が可能であること。

指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について

（平成18年3月17日付け老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号）

【Q18】 介護予防通所介護を受けるものが同一市町村内において引越する場合や、介護予防サービスを受けるものが新たに要介護認定を受け居宅介護サービスを受ける場合等により、複数の事業者からサービスを受ける場合、定額制の各介護報酬を日割りにて算定することとなるが、日割りの算定方法如何。

【A18】 日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間（※）に応じた日数による日割りとする。（用意された日額のサービスコードの単位数に、サービス算定対象日数を乗じて単位数を算定する）

（※）契約日から契約解除日までの期間

平成18年4月改定関係Q&A (Vol. 3)

【Q20】 介護予防特定施設入居者生活介護等を受けている者は、当該サービスの利用の間、月当たりの定額報酬の介護予防訪問介護費等は算定できないとあるが、例えば、月途中で介護予防特定施設を退所し、その後、介護予防訪問介護等を利用することはできないのか。

【A20】 問のような場合には、介護予防訪問介護等に係る介護報酬については、1月から介護予防特定施設入居者生活介護等の利用日数を減じて得た日数により日割りで請求することとしている。

【Q123】 同月中に、介護予防短期入所生活介護（注1）と介護予防訪問介護（注2）を利用した場合、月ごとの定額報酬である介護予防訪問介護費はどのように算定するのか。

【A123】 介護予防短期入所生活介護の利用日数を暦日から減じて得た日数に応じて日割りで算定する。

（例） 要支援2の利用者が、8月に短期入所生活介護を7日利用し、同月中に介護予防訪問介護を利用した場合の算定

要支援2の基本サービス費×（24／30.4）日

（注1）介護予防短期入所療養介護も同様。

（注2）介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションも同様。

【Q22】 介護予防訪問介護等の定額報酬サービスを利用している者が、月途中から公費適用となった場合、日割り算定によることとしているが、月の途中から公費適用ではなくなった場合の取扱いについて如何。

【A22】 同様に日割り算定を行うこととしている。

【Q23】 要支援認定区分が月途中に変更となった場合、介護予防通所介護等の定額サービスの算定方法

如何。また、当該変更後（前）にサービス利用の実績がない場合の取扱い如何。

【A23】 1 平成18年3月16日に発出した「介護保険制度改革Information Vol.76」において、日割りの対象事由として要支援認定の区分変更をお示ししており、御指摘の場合は、日割り算定となる。

2 ただし、報酬区分が変更となる前（後）のサービス利用の実績がない場合にあっては、報酬区分が変更となった後（前）の報酬区分を算定することとし、サービス利用の実績がない報酬区分は算定しない。

平成20年4月21日厚生労働省老健局老人保健課

「介護療養型老人保健施設に係る介護報酬改定等に関するQ&A」

【Q】 入院・死亡による月途中での利用中止は定額報酬を算定するのか

【A】 上記の例は月途中でのサービス終了に該当し、原則通り定額報酬を算定する。なお、利用者負担も定額となるため、この取扱いについては予め利用者に対して十分に説明し、同意を得ておく必要がある。

○ サービス利用実績がなかった月の介護報酬

【Q】 サービス利用を予定していたが、実績が一度もなかった月について、介護報酬の請求はできますか

【A】 介護予防通所介護の提供がなかった月については、介護報酬の請求はできません。

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所介護事業所（指定介護予防サービス基準第97条第1項に規定する指定介護予防通所介護事業所をいう。以下同じ。）において、**指定介護予防通所介護**（指定介護予防サービス基準第96条に規定する指定介護予防通所介護をいう。以下同じ。）**を行った場合に**、利用者の要支援状態区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定する。

予防報酬単位数表より抜粋

～ 月額包括報酬の日割り請求にかかる適用について ～

介護保険事務処理システム変更に係る参考資料（確定版）（平成28年3月31日事務連絡）より抜粋

○月額包括報酬の日割り請求にかかる適用については以下のとおり。

- ・ 以下の対象事由に該当する場合、日割りで算定する。該当しない場合は、月額包括報酬で算定する。
- ・ 日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間（※）に応じた日数による日割りとする。具体的には、用意された日額のサービスコードの単位数に、サービス算定対象日数を乗じて単位数を算定する。

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

月の途中に終了した場合は、月初から起算日までの期間。

<対象事由と起算日>

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

(2) 各種加算（選択的サービス等）

生活行為向上リハビリテーション実施加算

<令和3年度：改正>

開始月から起算して6月以内の期間に行われた場合：562単位/月

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

予防算定基準

介護予防通所リハビリテーション費における生活行為向上リハビリテーション実施加算

次のいずれにも適合すること。

- イ 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること。
- ロ 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。
- ハ 当該計画で定めた指定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。
- ニ 指定介護予防通所リハビリテーション事業所（指定介護予防サービス等基準第117条第1項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。）の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が当該利用者の居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね1月に1回以上実施すること。

厚生労働大臣が定める基準

6(2) 生活行為向上リハビリテーション実施加算について

- 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一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実施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。
- 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、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、大臣基準告示第106の6号イによって配置された者が行うことが想定されている。
- ④ 生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成に当たっては、本加算の趣旨について説明した上で、当該計画の同意を得る。
- ⑤ 本加算の算定に当たっては、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。

- 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。
- 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。

予防算定基準留意事項

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

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

令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 5) (令和3年4月9日)

運動器機能向上加算 225単位/月

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

- 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 別に厚生労働大臣の定める基準に適合している指定介護予防通所リハビリテーション事業所であること。
- 厚生労働大臣が定める基準（平成12年厚生省告示第25号）第107号
通所介護費等算定方法第16号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。
＝ 定員超過、人員欠如がない事業所であること

予防算定基準

- ① 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に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、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置して行うこと。
- 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 利用者ごとに医師又は看護職員等の医療従事者による運動器機能向上サービスの実施に当たってのリスク評価、体力測定等を実施し、サービスの提供に際して考慮すべきリスク、利用者のニーズ及び運動器の機能の状況を、利用開始時に把握すること。
- 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、介護予防支援事業所において作成された当該利用者に係る介護予防サービス計画と整合が図れたものとすること。
- ウ 利用者に係る長期目標及び短期目標を踏まえ、医師、理学療法士等、看護職員、介護職員、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、1回当たりの実施時間、実施形態等を記載した運動器機能向上計画を作成すること。その際、実施期間については、運動の種類によって異なるものの、おおむね3月間程度とすること。また、作成した運動器機能向上計画については、運動器機能向上サービスの提供による効果、リスク、緊急時の対応等と併せて、当該運動器機能向上計画の対象となる利用者に分かりやすい形で説明し、その同意を得ること。なお、指定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リハビリテーション計画書の中にそれぞれ記載する場合は、その記載をもって運動器機能向上計画の作成に代えることができるものとする。
- 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の有効性が確認されている等の適切なものとする。また、運動器機能向上計画に実施上の問題点（運動の種類の変更の必要性、実施頻度の変更の必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。
- オ 利用者の短期目標に応じて、おおむね1月間毎に、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、利用者ごとに、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について、事後アセスメントを実施し、その結果を当該利用者に係る介護予防支援事業者に報告すること。介護予防支援事業者による当該報告も踏まえた介護予防ケアマネジメントの結果、運動器機能向上サービスの継続が必要であるとの判断がなされる場合については、前記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の記録において利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、指定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、作業療法士、言語聴覚士若しくは看護職員が利用者の運動器の機能を定期的に記録する場合は、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。

予防算定基準留意事項

【Q26】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、サービスは集団的に提供してもよい。

【A26】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提供を行うことを妨げるものではない。

平成18年4月改定関係Q&A (Vol. 1)

【Q27】運動器の機能向上加算は1月間に何回か。また、1日当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。

【A27】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。

【Q29】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。

【A29】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。

平成18年4月改定関係Q&A (Vol. 1)

栄養アセスメント加算 50 単位/月

<令和3年度：改正>

- 管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合は、栄養アセスメント加算として、1 月につき 50 単位を所定単位数に加算できる。
- 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
- ※口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）及び栄養改善加算との併算定は不可
- ※令和3年3月16日厚生労働省通知「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照。

通所リハビリテーションにおける栄養アセスメント加算と基本的に同様。

栄養改善加算 200 単位/月

<令和3年度：改正>

通所介護と同様であるので、老企第36号の7の（16）を参照されたい。

ただし、指定介護予防通所リハビリテーションにおいて栄養改善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であることに留意すること。

なお、要支援者に対する当該サービスの実施に当たっては、栄養ケア計画に定める栄養改善サービスをおおむね3月実施した時点で栄養状態の改善状況について評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告するとともに、栄養状態に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、当該サービスを終了するものとする。

予防算定基準留意事項

通所リハビリテーションにおける栄養改善加算と基本的に同様。

口腔・栄養スクリーニング加算

＜令和3年度：改正＞

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 20単位／回

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 5単位／回

- 加算（Ⅰ）は、介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
（※栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算等との併算定不可）
- 加算（Ⅱ）は、利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
（※栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算等を算定しており加算（Ⅰ）を算定できない場合にのみ算定可能）
- 当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定できない。
- 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。

※令和3年3月16日厚生労働省通知「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照。

イ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
- (2) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
- (3) 通所介護費等算定方法第16号及び23号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。
- (4) 算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当しないこと。
 - ① 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算若しくは選択的サービス複数実施加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。
 - ② 当該利用者が口腔機能向上加算若しくは選択的サービス複数実施加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。

ロ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

- (1) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - ① イ(1)及び(3)に掲げる基準に適合すること。
 - ② 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算若しくは選択的サービス複数実施加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。
 - ③ 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算若しくは選択的サービス複数実施加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。
- (2) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - ① イ(2)及び(3)に掲げる基準に適合すること。

- ② 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算若しくは選択的サービス複数実施加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。
- ③ 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算若しくは選択的サービス複数実施加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。

厚生労働大臣が定める基準

(8) 口腔・栄養スクリーニング加算の取扱いについて

- ① 口腔・栄養スクリーニング加算の算定に係る口腔の健康状態のスクリーニング（以下「栄養スクリーニング」という。）は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングは、利用者に対して、原則として一体的に実施すべきものであること。ただし、大臣基準第 19 号の 2 ロに規定する場合にあっては、口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの一方のみを行い、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定することができる。
- ③ 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。

イ 口腔スクリーニング

- a 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者
- b 入れ歯を使っている者
- c むせやすい者

ロ 栄養スクリーニング

- a BMI が 18.5 未満である者
- b 1～6 月間で 3 %以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成 18 年 6 月 9 日老発第 0609001 号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストの No. 11 の項目が「1」に該当する者
- c 血清アルブミン値が 3.5 g /dl 以下である者
- d 食事摂取量が不良（75%以下）である者

- ④ 口腔・栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施すること。
- ⑤ 口腔・栄養スクリーニング加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算若しくは選択的サービス複数実施加算の算定に係る栄養改善サービス又は口腔機能向上加算若しくは選択的サービス複数実施加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供が必要だと判断された場合は、口腔・栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算、口腔機能向上加算又は選択的サービス複数実施加算を算定できること。

予防算定基準留意事項

口腔機能向上加算

＜令和３年度：改正＞

口腔機能向上加算（Ⅰ） 150 単位／回

口腔機能向上加算（Ⅱ） 160 単位／回

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下この注及びトにおいて「口腔機能向上サービス」という。）を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

(1) 口腔機能向上加算（Ⅰ） 150 単位

(2) 口腔機能向上加算（Ⅱ） 160 単位

予防算定基準

通所介護と同様であるので、老企第36号の7の（18）を参照されたい。

ただし、指定介護予防通所リハビリテーションにおいて口腔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であることに留意すること。

なお、要支援者に対する当該サービスの実施に当たっては、口腔機能改善管理指導計画に定める口腔機能向上サービスをおおむね3月実施した時点で口腔機能の状態の評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告するとともに、口腔機能向上に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、当該サービスを終了するものとする。

予防算定基準留意事項

通所リハビリテーションにおける口腔機能向上加算と基本的に同様。

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

- 選択的サービスにはつぎの3つの種類があります。
 - 1 運動器機能向上加算
 - 2 栄養改善加算
 - 3 口腔機能向上加算
- この3つの選択的サービスを実施する場合は、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」で「体制あり」の届出が必要です。なお、1～3のうち、いくつサービスを選択しても構いません。
- 選択的サービスのうち、複数プログラムを組み合わせで実施した場合に算定する。
- 運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定している場合は、算定しない。

- ・ 加算（I）
 - ① 選択的サービスのうち、2種類のサービスについて届出て、サービスを実施している。
 - 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。
- ・ 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 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。

(10) 選択的サービス複数実施加算の取扱いについて

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で実施することにより、要支援者の心身機能の改善効果を高め、介護予防に資するサービスを効果的に提供することを目的とするものである。なお、算定に当たっては以下に留意すること。

- ① 実施する選択的サービスごとに、各選択的サービスの取扱いに従い適切に実施していること。
- ② いずれかの選択的サービスを週一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で実施するに当たって、各選択的サービスを担当する専門の職種が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法等について検討すること。

予防算定基準留意事項

【Q】 選択的サービスについては、算定するために最低限の回数はあるか（月1回の提供でも加算対象となるか）。例えば、月4回利用の通所利用の中で1回だけ選択的サービスを提供した場合には加算対象となるのか。また、1回の提供時間はどの程度が適切なのか目安はあるのか。

【A】 利用者が月何回利用しているのかにかかわらず、算定要件を満たしていれば、1回でも加算対象となります。また、サービス提供時間については、特に目安は設定されていませんので、介護予防サービスマニュアルを参考の上で、適切な時間実施してください。

何回やればよい何時間やればよいというのではなく、利用者ごとに定めた目標を達成するために必要な時間と回数を実施することが重要です。

若年性認知症利用者受入加算 240 単位/月

○若年性認知症利用者に対して介護予防通所リハビリテーションを行った場合に加算できる。

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

居宅算定基準留意事項

通所リハビリテーションにおける若年性認知症利用者受入加算と基本的に同様。

事業所評価加算

120 単位/月

○ 事業所評価加算とは

選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス）を行う介護予防通所サービス事業所について、効果的なサービスの提供を評価する観点から、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合、翌年度に 120 単位/月の加算を行うもの。

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

○ 算定要件

「事業所評価加算の申出」を「あり」で県に届け出ていること。

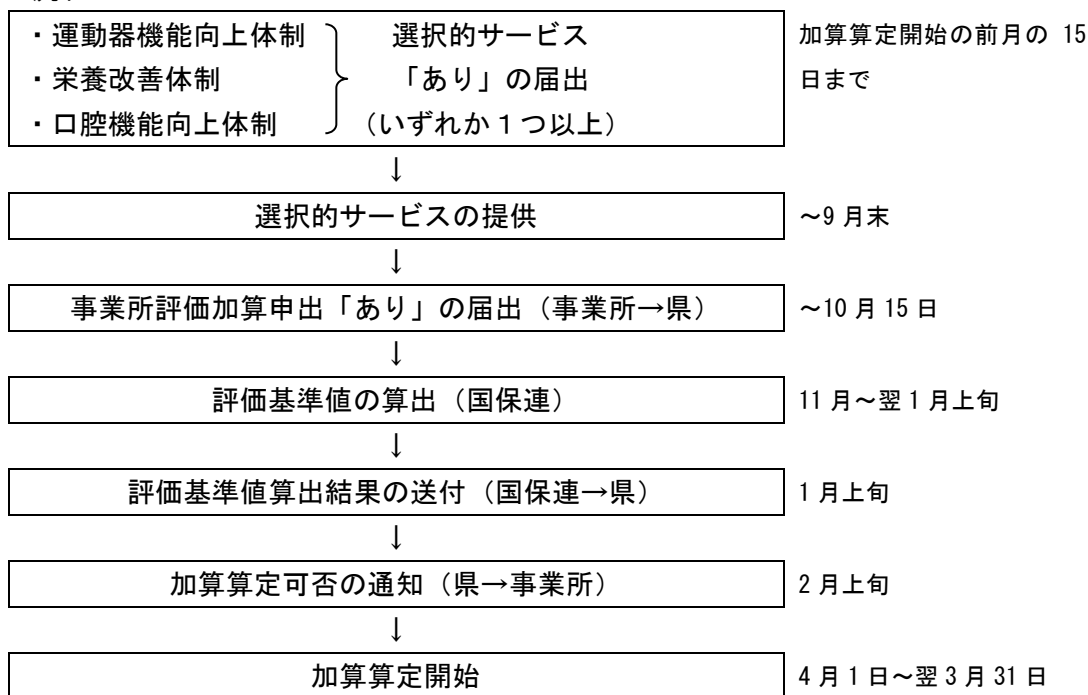
- ① 県に届け出て、選択的サービスを行っていること。
- ② 評価対象期間における介護予防サービスの利用実人員が 10 名以上であること
- ③ 選択的サービスの利用実人員数を事業所の利用実人員数で除して得た数が 0.6 以上であること
- ④ 下記「評価基準値」の値が 0.7 以上であること

（要支援度の維持者数＋改善者数×2）

評価基準値＝ $\frac{\text{評価対象期間内に選択的サービスを 3 月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}}{\text{要支援度の維持者数＋改善者数} \times 2} \geq 0.7$

※評価期間は前年の 1 月～12 月をいう

○ 加算算定までの流れ



【Q】 昨年度事業所評価加算の申出「あり」で届け出ていましたが、評価対象外でした。今年度も改めて申出をしたいのですが、届出が必要ですか？

【A】 これまで「あり」で届け出ており引き続き申出の意思がある場合は、改めて届出の必要はありません。

【Q】 事業所評価加算を算定したいのですが、評価基準値の数式がよく分からず、計算ができません。

【A】 評価基準値は受給者情報及び事業者情報、請求情報を基に国保連合会において算出しますので、自ら計算する必要はありません。

また、加算算定の可否は国保連合会から提供された情報を基に県で判定し、結果をお知らせします。
「算定可」となった事業所は、翌年度から事業所評価加算を算定できます（届出等は不要です）。

【Q 3 7】 事業所の利用者の要支援状態の維持・改善が図られたことに対する評価であると認識するが、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と考えるが見解如何。

【A 3 7】 事業所評価加算を算定できる事業所は、介護予防の観点からの目標達成度の高い事業所であることから利用者負担も高くなることについて、介護予防サービス計画作成時から利用者に十分に説明し、理解を求めることが重要であると考えている。

平成 18 年 4 月改定関係 Q&A (Vol. 1)

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

【A 1】

1 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。

2 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

- ① 9 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となる。
- ② 11 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。

3 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為、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。

【Q 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。

【A 2】 選択的サービスの標準的なサービス提供期間はおおむね 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もの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おおむね 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、評価対象受給者として計算することとしている。

【Q 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通所介護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。

【A 3】 単に利用実人員数が 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。

【Q 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か。

【A 4】 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。

科学的介護推進体制加算**40 単位/月**

<令和3年度：改正>

○ 以下のいずれの要件も満たす場合に算定できる。

- ・利用者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出。
- ・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報の活用。

※集団指導<<共通編>>p.25「科学的介護情報システム（LIFE）」の活用等について」も参照。

通所リハビリテーションにおける科学的介護推進体制加算と基本的に同様。

サービス提供体制強化加算

<令和3年度：改定>

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

要支援1：**88 単位/月** 要支援2：**176 単位/月**

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

要支援1：**72 単位/月** 要支援2：**114 単位/月**

サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

要支援1：**24 単位/月** 要支援2：**48 単位/月**

○加算（Ⅰ）：①介護職員総数のうち介護福祉士 70%以上 又は

②介護職員総数のうち勤続 10 年以上介護福祉士 25%以上

○加算（Ⅱ）：介護職員総数のうち介護福祉士 50%以上

○加算（Ⅲ）：①介護職員総数のうち介護福祉士 40%以上 又は

②利用者に直接サービスを提供する職員の総数のうち勤続 7 年以上 30%以上

※常勤換算方法で計算のこと。（重複は不可。）

※定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。

通所リハビリテーションにおけるサービス提供体制強化加算と基本的に同様。

介護職員処遇改善加算

介護職員の賃金改善を実施している場合、都道府県知事等に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合に、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に掲げる区分に従い、令和6年3月31日までの間、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

1. 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

算定した単位数の1000分の47に相当する単位数

2. 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）

算定した単位数の1000分の34に相当する単位数

3. 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）

算定した単位数の1000分の19に相当する単位数

介護職員等特定処遇改善加算

介護職員等の賃金改善を実施している場合、都道府県知事等に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定通所リハビリテーションを行った場合に、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に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

1. 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）

算定した単位数の1000分の20に相当する単位数

2. 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）

算定した単位数の1000分の17に相当する単位数

※ 詳細については、以下を参照すること。

- ・ 介護サービス事業者等集団指導《共通編》
- ・ 厚生労働省局長通知「介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和4年5月16日老発0516第1号）
- ・ 熊本市ホームページ：トップページ＞分類から探す＞しごと・産業・事業者向け＞届出・証明・法令・規制＞介護・福祉＞介護職員等処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算について

介護職員等ベースアップ等支援加算

＜令和4年度：改定＞

厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事（市長）に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、算定した単位数の1000分の10に相当する単位数を所定単位数に加算する。

※令和4年10月1日から適用

※介護サービス事業者等集団指導《共通編》も参照のこと。

通所リハビリテーションにおける介護職員処遇改善加算・介護職員特定処遇改善加算と基本的に同様。

利用者の住居と同一建物に所在する事業所等に対する減算

- 指定介護予防通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する者又は指定介護予防通所リハビリテーション事業所と同一建物から当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所に通う者に対し、指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合に、1月につき次の単位を所定単位数から減算する

要支援1：376単位

要支援2：752単位

- ※ 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であると認められる利用者に対して送迎を行った場合はこの限りではない。

(4) 指定介護予防通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する者に対し指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合の減算について

① 同一建物の定義

通所介護と同様であるので、老企第36号7の(20)①を参照されたい。

② 注7の減算の対象

注7の減算の対象となるのは、当該事業所と同一建物に居住する者及び同一建物から指定介護予防通所リハビリテーションを利用する者に限られることに留意すること。したがって、例えば、自宅（同一建物に居住する者を除く。）から指定介護予防通所リハビリテーション事業所へ通い、同一建物に宿泊する場合、この日は減算の対象とならないが、同一建物に宿泊した者が指定介護予防通所リハビリテーション事業所へ通い、自宅（同一建物に居住する者を除く。）に帰る場合、この日は減算の対象となる。

③ なお、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1月を通じて当該サービスを提供する日ごとに送迎を行った場合は、例外的に減算対象とならない。この場合の具体的な例及び記録については、通所介護と同様であるので、老企第36号7の(20)②を参照されたい。

予防算定基準留意事項

(4) 指定介護予防通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する者に対し指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合の減算について

① 同一建物の定義

通所介護と同様であるので、老企第36号7の(20)①を参照されたい。

⇒通所リハビリテーションのページを参照

② 注7の減算の対象

注7の減算の対象となるのは、当該事業所と同一建物に居住する者及び同一建物から指定介護予防通所リハビリテーションを利用する者に限られることに留意すること。したがって、例えば、自宅（同一建物に居住する者を除く。）から指定介護予防通所リハビリテーション事業所へ通い、同一建物に宿泊する場合、この日は減算の対象とならないが、同一建物に宿泊した者が指定介護予防通所リハビリテーション事業所へ通い、自宅（同一建物に居住する者を除く。）に帰る場合、この日は減算の対象となる。

③ なお、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1月を通じて当該サービスを提供する日ごとに送迎を行った場合は、例外的に減算対象とならない。この場合の具体的な例及び記録については、通所介護と同様であるので、老企第36号7の(20)②を参照されたい。

予防算定基準留意事項

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

- (1) 月途中で要支援から要介護（又は要介護から要支援）に変更した場合
- (2) 月途中で同一建物から転居し、事業所を変更した場合
- (3) 月途中で要支援状態区分が変更した場合

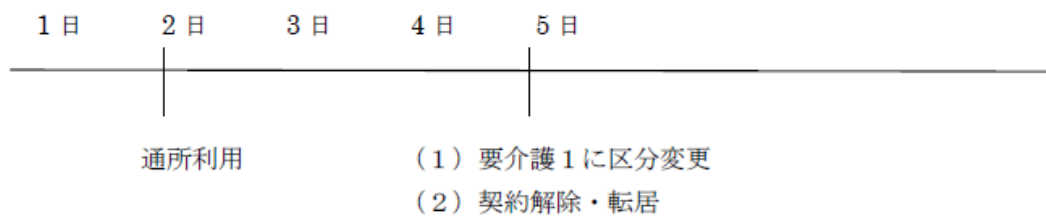
【答24】 (1)及び(2)は、要支援状態区分に応じた送迎に係る減算の単位数を基本サービス費から減算する。

(3)は、変更前の要支援状態区分に応じた送迎に係る単位数を減算する。

ただし、(1)及び(2)において、減算によりマイナスが生じる場合は、基本サービス費に各種加算減算を加えた1月当たりの各サービス種類の総単位数がゼロとなるまで減算する。

(例) 要支援2の利用者が、介護予防通所介護を1回利用した後、

- (1) 月の5日目に要介護1に変更した場合
- (2) 月の5日目に転居した場合



$111 \times 5 - (\text{要支援2の送迎減算} 752 \text{単位}) = \Delta 197 \text{単位} \Rightarrow 0 \text{単位とする。}$

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

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)

医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの連携強化

関連通知

①医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について

(平成18年12月25日付け老老発第1225003号、保医発第1225001号)

②「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

(最終改正：H26.3.28保医発0328第1号)

4 介護保険におけるリハビリテーション

(1) 介護保険において提供される維持期のリハビリテーション

ア 介護保険において提供される維持期のリハビリテーションについては、身体的な機能の大幅な改善が見込まれない者等について、日常生活を送る上で必要となる機能の維持及び向上を主たる目的として行うものであること。

イ 介護保険において提供されるリハビリテーションは、

- 1) 介護老人保健施設及び介護療養型医療施設において提供される施設サービスのリハビリテーションと
- 2) 通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の居宅サービスのリハビリテーション

により構成されている。居宅サービスのリハビリテーションについては、通所によるリハビリテーションが基本であるが、

- 1) 通所によるリハビリテーションを受けることができない場合
- 2) 通所によるリハビリテーションのみでは家屋内におけるADLの自立が困難である場合における家屋状況の確認を含めた介護予防訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合については、訪問によるリハビリテーションが提供されること。

ウ 介護保険におけるリハビリテーションについても、医療保険におけるリハビリテーションと同様に、医師の指示のもと、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の専門職が提供するものであること。

エ 介護保険におけるリハビリテーションについても、短期集中リハビリテーション等においては個別リハビリテーションが実施されるものであること

(2) 介護保険において提供されるリハビリテーションに関する留意事項

ア 医療保険における急性期及び回復期のリハビリテーションを終了した者が要介護認定等により非該当となった場合も、当該者の心身の状態によっては、介護保険における地域支援事業の介護予防事業の対象者として、運動器の機能向上プログラム等の心身の状態の維持・改善に資するサービスを受けることができること。

イ 介護保険において提供される維持期のリハビリテーションを受ける要介護者等が、急性増悪等により心身の状態が著しく悪化した場合には、医療機関を受診し、医療保険において提供される急性期のリハビリテーションを受けることができること。

6 介護保険におけるリハビリテーション実施に当たっての留意事項

(1) リハビリテーション実施機関における留意事項

リハビリテーションの開始に当たり、急性期、回復期及び維持期のリハビリテーションの意義及び内容の違いについて説明を行うとともに、介護保険におけるリハビリテーションについては、生活機能の維持・向上を目指したリハビリテーションを行うことの説明を行うこと。

質の高いサービスを提供する観点から、リハビリテーションマネジメントや短期集中リハビリテーションの実施に努めるとともに、通所リハビリテーションについては、利用者の希望等を勘案して、短時間のサービスを提供できるよう努めること。

また、個別リハビリテーションについては、リハビリテーションマネジメント加算や短期集中リハビリテーション実施加算の算定に当たっては個別リハビリテーションが行われることとなるが、利用者の心身の状況を勘案して個別リハビリテーションを行うことが必要と認められる場合には、個別リハビリテーションが提供されるよう、利用者の状態の維持・改善に向けた最善の取組を図るよう努めること。

通知①より抜粋

10 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、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。）に移行した日以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等について、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合を除き、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

ただし、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合には、一定期間、医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用して行うことで円滑な移行が期待できることから、必要な場合（介護老人保健施設の入所者である場合を除く。）には、診療録及び診療報酬明細書に「医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日」を記載し、当該終了する日前の2月間に限り、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。ただし、当該終了する日前の1月間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。

また、医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日として最初に設定した日以降については、原則どおり、同一の疾患等について医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できないものであるので留意すること。

通知②より抜粋

○ 医療保険との調整の留意事項

【問30】平成19年4月から、医療保険から介護保険におけるリハビリテーションに移行した日以降は、同一の疾患等に係る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こととされており、また、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月は、医療保険における疾患別リハビリテーション医学管理料は算定できないこととされている。この介護保険におけるリハビリテーションには、通所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が含まれているが、①通所リハビリテーションにおいて、「リハビリテーションマネジメント加算(A)」、「リハビリテーションマネジメント加算(B)」や「短期集中個別リハビリテーション実施加算」、②介護予防通所リハビリテーションにおいて、利用者の運動器機能向上に係る個別の計画の作成、サービス実施、評価等を評価する「運動器機能向上加算」を算定していない場合であっても、同様に扱うのか。

【答】貴見のとおり。通所リハビリテーションにおいて、リハビリテーションマネジメント加算(A)、リハビリテーションマネジメント加算(B)や短期集中個別リハビリテーション実施加算を算定していない場合及び介護予防通所リハビリテーションにおいて、運動機能向上加算を算定していない場合であっても、介護保険におけるリハビリテーションを受けているものであり、同様に扱うものである。

※ 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15の修正。

* 「介護保険におけるリハビリテーション」とは？

訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション

通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション

～インターネットによる情報の検索方法～

- ① 「介護保険法」などの法律、「介護保険法施行令」などの政令、「介護保険法施行規則」や「指定居宅サービス等の事業の人員及び運営に関する基準」などの規則

法令データ提供システム

(<http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxsearch.cgi>)

「法令索引検索」に法令名を入れて検索。

- ② 厚生労働省の告示

厚生労働省法令等データベースシステム

(<https://www.mhlw.go.jp/hourei/>)

「法令検索」を利用して検索。

- ③ 国の解釈通知や Q&A

ワムネット (<http://www.wam.go.jp/>)

行政資料 → 介護保険をクリック

- ④ 熊本県からのお知らせ等

熊本県ホームページ (<http://www.pref.kumamoto.jp/>)

ホーム > 分類でさがす > 健康・福祉・子育て > 高齢者・障がい者・介護 > 高齢者支援課 > 介護サービス事業所

- ⑤ 熊本市からのお知らせ等

熊本市ホームページ (<http://www.city.kumamoto.jp/>)

トップ → 分類から探す → しごと・産業・事業者向け → 届出・証明・法令・規制 → 介護・福祉

💡 (加工された) 情報の利用には注意を！ (根拠は？ 現在も適用されている考え方か？)

＜令和４年度改定予定＞

(通常規模の事業所)

基本部分		注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注
利用者の数 が利用定員 を超える場 合		医師、理学 療法士・作 業療法士・ 言語聴覚 士・看護・ 介護職員の 員数が基本 に当たらない 場合	又 は	理学療法士 等体制強化 加算	7時間以上8時間未満の通所介護サービス の前後に日常生活上の世話を行う場 合	介護サービス の提供体制加 算	中山間地域 等に居住す る者への サービス提 供加算	入浴介助加 算（Ⅰ）	入浴介助加 算（Ⅱ）	介護サービス の提供体制 加算	介護サービス の提供体制 加算	介護サービス の提供体制 加算	介護サービス の提供体制 加算
介護 士 の 専 門 的 な 場 合	(1) 1時間以上 2時間未満	要介護1 (366 単位) 要介護2 (395 単位) 要介護3 (426 単位) 要介護4 (455 単位) 要介護5 (487 単位)											
	(2) 2時間以上 3時間未満	要介護1 (380 単位) 要介護2 (436 単位) 要介護3 (494 単位) 要介護4 (551 単位) 要介護5 (608 単位)											
	(3) 3時間以上 4時間未満	要介護1 (483 単位) 要介護2 (561 単位) 要介護3 (638 単位) 要介護4 (738 単位) 要介護5 (836 単位)											
	(4) 4時間以上 5時間未満	要介護1 (549 単位) 要介護2 (637 単位) 要介護3 (725 単位) 要介護4 (836 単位) 要介護5 (950 単位)											
	(5) 5時間以上 6時間未満	要介護1 (618 単位) 要介護2 (733 単位) 要介護3 (846 単位) 要介護4 (980 単位) 要介護5 (1,112 単位)											
	(6) 6時間以上 7時間未満	要介護1 (710 単位) 要介護2 (844 単位) 要介護3 (974 単位) 要介護4 (1,129 単位) 要介護5 (1,281 単位)											
	(7) 7時間以上 8時間未満	要介護1 (757 単位) 要介護2 (897 単位) 要介護3 (1,039 単位) 要介護4 (1,206 単位) 要介護5 (1,369 単位)											
介護 士 の 専 門 的 な 場 合	(1) 1時間以上 2時間未満	要介護1 (366 単位) 要介護2 (395 単位) 要介護3 (426 単位) 要介護4 (455 単位) 要介護5 (487 単位)											
	(2) 2時間以上 3時間未満	要介護1 (380 単位) 要介護2 (436 単位) 要介護3 (494 単位) 要介護4 (551 単位) 要介護5 (608 単位)											
	(3) 3時間以上 4時間未満	要介護1 (483 単位) 要介護2 (561 単位) 要介護3 (638 単位) 要介護4 (738 単位) 要介護5 (836 単位)											
	(4) 4時間以上 5時間未満	要介護1 (549 単位) 要介護2 (637 単位) 要介護3 (725 単位) 要介護4 (836 単位) 要介護5 (950 単位)											
	(5) 5時間以上 6時間未満	要介護1 (618 単位) 要介護2 (733 単位) 要介護3 (846 単位) 要介護4 (980 単位) 要介護5 (1,112 単位)											
	(6) 6時間以上 7時間未満	要介護1 (710 単位) 要介護2 (844 単位) 要介護3 (974 単位) 要介護4 (1,129 単位) 要介護5 (1,281 単位)											
	(7) 7時間以上 8時間未満	要介護1 (757 単位) 要介護2 (897 単位) 要介護3 (1,039 単位) 要介護4 (1,206 単位) 要介護5 (1,369 単位)											
介護 士 の 専 門 的 な 場 合	(1) 1時間以上 2時間未満	要介護1 (366 単位) 要介護2 (395 単位) 要介護3 (426 単位) 要介護4 (455 単位) 要介護5 (487 単位)											
	(2) 2時間以上 3時間未満	要介護1 (380 単位) 要介護2 (436 単位) 要介護3 (494 単位) 要介護4 (551 単位) 要介護5 (608 単位)											
	(3) 3時間以上 4時間未満	要介護1 (483 単位) 要介護2 (561 単位) 要介護3 (638 単位) 要介護4 (738 単位) 要介護5 (836 単位)											
	(4) 4時間以上 5時間未満	要介護1 (549 単位) 要介護2 (637 単位) 要介護3 (725 単位) 要介護4 (836 単位) 要介護5 (950 単位)											
	(5) 5時間以上 6時間未満	要介護1 (618 単位) 要介護2 (733 単位) 要介護3 (846 単位) 要介護4 (980 単位) 要介護5 (1,112 単位)											
	(6) 6時間以上 7時間未満	要介護1 (710 単位) 要介護2 (844 単位) 要介護3 (974 単位) 要介護4 (1,129 単位) 要介護5 (1,281 単位)											
	(7) 7時間以上 8時間未満	要介護1 (757 単位) 要介護2 (897 単位) 要介護3 (1,039 単位) 要介護4 (1,206 単位) 要介護5 (1,369 単位)											
＝ 移行支援加算 (1日につき 12単位を加 算)													
介護 士 の 専 門 的 な 場 合	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1回につき 22単位を加算)												
	(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1回につき 18単位を加算)												
	(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1回につき 8単位を加算)												
介護 士 の 専 門 的 な 場 合	(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき 所定単位×47/1,000)												
	(2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき 所定単位×34/1,000)												
	(3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき 所定単位×19/1,000)												
介護 士 の 専 門 的 な 場 合	(1) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき 所定単位×20/1,000)												
	(2) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき 所定単位×17/1,000)												
	(3) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき 所定単位×10/1,000)												
＝ 移行支援加算 (1日につき 12単位を加 算)													

注	注	注		注		注	注	注	注	注
栄養アセスメント加算	栄養改善加算	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	口腔機能向上加算(Ⅰ)	口腔機能向上加算(Ⅱ)	療養費管理加算	中重度者ケア体制加算	科学的介護推進体制加算	事業所と同一建物に居住する専任又は同一建物から利用する専任に当分の間、リハビリテーションを行う場合	事業所が送迎を行わない場合
						1日につき +100単位				
1月につき +50単位	1回につき +200単位 (月2回を 限度)	1回につき +20単位 (6月に1回を 限度)	1回につき +5単位 (6月に1回を 限度)	1回につき +150単位 (月2回を 限度)	1回につき +60単位 (月2回を 限度)	1日につき +100単位	1日につき +20単位	1月につき +40単位	1日につき +34単位	1週につき +47単位
						1日につき +100単位				
						1日につき +100単位				

(大規模事業所Ⅰ)

[illegible]

注	注	注		注		注	注	注	注	注
栄養アセスメント加算	栄養改善加算	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	口腔機能向上加算(Ⅰ)	口腔機能向上加算(Ⅱ)	重症療養管理加算	中重度者ケア体制加算	科学的介護推進体制加算	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所リハビリテーションを行う場合	事業所が送迎を行わない場合
1月につき +50単位	1回につき +200単位 (月2回を 限度)	1回につき +20単位 (6月に1回を 限度)	1回につき +5単位 (6月に1回を 限度)	1回につき +150単位 (月2回を 限度)	1回につき +160単位 (月2回を 限度)	1日につき +100単位	1日につき +20単位	1月につき +40単位	1日につき +34単位	片週につき +47単位
						1日につき +100単位				
						1日につき +100単位				
						1日につき +100単位				

(大規模事業所Ⅱ)

基本部分		注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	
		利用者の数 が利用定員 を超える場 合	医師、理学 療法士・作 業療法士・ 言語療法 士・看護 士・介護職員の 員数の総量 に達しない 場合	療養型施設に 入居する者 を理由とし て利用者の 減少が一 定以上生 じている場 合	7時間以上8時間未満の通所リハビリ テーションの前後に日常生活上の支援を行う場 合	リハビリテーション提供体制加算	中山間地域 等に居住す る者への サービス提 供加算	入居介助加 算(Ⅰ)	入居介助加 算(Ⅱ)	リハビリテ ーションマ ジネット加 算(A)	リハビリテ ーションマ ジネット加 算(B)	短期集中 型リハビリ テーション 実施加算	認知症特 集型リハ ビテーション 実施加算 (Ⅰ)	認知症特 集型リハ ビテーション 実施加算 (Ⅱ)	生活行為向 上リハビリ テーション 実施加算	若年性認知 症利用者 入居加算	
病院 又は診 療所 の場 合	(1) 1時間以上 2時間未満	療養介護1 (353 単位) 療養介護2 (384 単位) 療養介護3 (411 単位) 療養介護4 (441 単位) 療養介護5 (469 単位) 療養介護6 (368 単位)			1日につき +30単位												
	(2) 2時間以上 3時間未満	療養介護2 (423 単位) 療養介護3 (477 単位) 療養介護4 (531 単位) 療養介護5 (586 単位) 療養介護6 (465 単位)															
	(3) 3時間以上 4時間未満	療養介護2 (542 単位) 療養介護3 (616 単位) 療養介護4 (710 単位) 療養介護5 (806 単位) 療養介護6 (520 単位)				3時間以上4時間未満の場合 +12単位											
	(4) 4時間以上 5時間未満	療養介護2 (606 単位) 療養介護3 (689 単位) 療養介護4 (796 単位) 療養介護5 (902 単位) 療養介護6 (579 単位)				4時間以上5時間未満の場合 +16単位											
	(5) 5時間以上 6時間未満	療養介護2 (687 単位) 療養介護3 (793 単位) 療養介護4 (919 単位) 療養介護5 (1,043 単位) 療養介護6 (670 単位)				5時間以上6時間未満の場合 +20単位											
	(6) 6時間以上 7時間未満	療養介護2 (797 単位) 療養介護3 (919 単位) 療養介護4 (1,066 単位) 療養介護5 (1,211 単位) 療養介護6 (708 単位)				6時間以上7時間未満の場合 +24単位											
	(7) 7時間以上 8時間未満	療養介護2 (841 単位) 療養介護3 (973 単位) 療養介護4 (1,129 単位) 療養介護5 (1,282 単位) 療養介護6 (793 単位)			8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位 10時間以上11時間未満の場合 +150単位 11時間以上12時間未満の場合 +200単位 12時間以上13時間未満の場合 +250単位 13時間以上14時間未満の場合 +300単位	7時間以上の場合 +28単位											
	ハ 大規模 の事 業所 (Ⅱ)の 場合	(1) 1時間以上 2時間未満	療養介護1 (353 単位) 療養介護2 (384 単位) 療養介護3 (411 単位) 療養介護4 (441 単位) 療養介護5 (469 単位) 療養介護6 (368 単位)	×70/100	×70/100	+3/100	1日につき +30単位		1日につき +40単位	1日につき +60単位	リハビリテ ーションマ ジネット加 算(A) イ 同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +560単位	リハビリテ ーションマ ジネット加 算(A) イ 同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +510単位	短期集中 型リハビ テーション 実施加算	認知症特 集型リハ ビテーション 実施加算 (Ⅰ)	認知症特 集型リハ ビテーション 実施加算 (Ⅱ)	生活行為向 上リハビ テーション 実施加算	若年性認知 症利用者 入居加算
		(2) 2時間以上 3時間未満	療養介護1 (368 単位) 療養介護2 (423 単位) 療養介護3 (477 単位) 療養介護4 (531 単位) 療養介護5 (586 単位) 療養介護6 (465 単位)								同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +560単位	同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +510単位					
		(3) 3時間以上 4時間未満	療養介護1 (542 単位) 療養介護2 (616 単位) 療養介護3 (710 単位) 療養介護4 (806 単位) 療養介護5 (520 単位)				3時間以上4時間未満の場合 +12単位				同意日の属 する						
		(4) 4時間以上 5時間未満	療養介護1 (606 単位) 療養介護2 (689 単位) 療養介護3 (796 単位) 療養介護4 (902 単位) 療養介護5 (579 単位)				4時間以上5時間未満の場合 +16単位				同意日の属 する						
		(5) 5時間以上 6時間未満	療養介護1 (687 単位) 療養介護2 (793 単位) 療養介護3 (919 単位) 療養介護4 (1,043 単位) 療養介護5 (670 単位)				5時間以上6時間未満の場合 +20単位				同意日の属 する						
		(6) 6時間以上 7時間未満	療養介護1 (797 単位) 療養介護2 (919 単位) 療養介護3 (1,066 単位) 療養介護4 (1,211 単位) 療養介護5 (708 単位)				6時間以上7時間未満の場合 +24単位				同意日の属 する						
		(7) 7時間以上 8時間未満	療養介護1 (841 単位) 療養介護2 (973 単位) 療養介護3 (1,129 単位) 療養介護4 (1,282 単位) 療養介護5 (353 単位)			8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位 10時間以上11時間未満の場合 +150単位 11時間以上12時間未満の場合 +200単位 12時間以上13時間未満の場合 +250単位 13時間以上14時間未満の場合 +300単位	7時間以上の場合 +28単位										
ハ 大規模 の事 業所 (Ⅱ)の 場合		(1) 1時間以上 2時間未満	療養介護1 (353 単位) 療養介護2 (384 単位) 療養介護3 (411 単位) 療養介護4 (441 単位) 療養介護5 (469 単位) 療養介護6 (368 単位)	×70/100	×70/100	+3/100	1日につき +30単位		1日につき +40単位	1日につき +60単位	リハビリテ ーションマ ジネット加 算(A) イ 同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +560単位	リハビリテ ーションマ ジネット加 算(A) イ 同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +510単位	短期集中 型リハビ テーション 実施加算	認知症特 集型リハ ビテーション 実施加算 (Ⅰ)	認知症特 集型リハ ビテーション 実施加算 (Ⅱ)	生活行為向 上リハビ テーション 実施加算	若年性認知 症利用者 入居加算
		(2) 2時間以上 3時間未満	療養介護1 (368 単位) 療養介護2 (423 単位) 療養介護3 (477 単位) 療養介護4 (531 単位) 療養介護5 (586 単位) 療養介護6 (465 単位)								同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +560単位	同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +510単位					
		(3) 3時間以上 4時間未満	療養介護1 (542 単位) 療養介護2 (616 単位) 療養介護3 (710 単位) 療養介護4 (806 単位) 療養介護5 (520 単位)				3時間以上4時間未満の場合 +12単位				同意日の属 する						
		(4) 4時間以上 5時間未満	療養介護1 (606 単位) 療養介護2 (689 単位) 療養介護3 (796 単位) 療養介護4 (902 単位) 療養介護5 (579 単位)				4時間以上5時間未満の場合 +16単位				同意日の属 する						
		(5) 5時間以上 6時間未満	療養介護1 (687 単位) 療養介護2 (793 単位) 療養介護3 (919 単位) 療養介護4 (1,043 単位) 療養介護5 (670 単位)				5時間以上6時間未満の場合 +20単位				同意日の属 する						
		(6) 6時間以上 7時間未満	療養介護1 (797 単位) 療養介護2 (919 単位) 療養介護3 (1,066 単位) 療養介護4 (1,211 単位) 療養介護5 (708 単位)				6時間以上7時間未満の場合 +24単位				同意日の属 する						
		(7) 7時間以上 8時間未満	療養介護1 (841 単位) 療養介護2 (973 単位) 療養介護3 (1,129 単位) 療養介護4 (1,282 単位) 療養介護5 (353 単位)			8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位 10時間以上11時間未満の場合 +150単位 11時間以上12時間未満の場合 +200単位 12時間以上13時間未満の場合 +250単位 13時間以上14時間未満の場合 +300単位	7時間以上の場合 +28単位										
	ハ 大規模 の事 業所 (Ⅱ)の 場合	(1) 1時間以上 2時間未満	療養介護1 (353 単位) 療養介護2 (384 単位) 療養介護3 (411 単位) 療養介護4 (441 単位) 療養介護5 (469 単位) 療養介護6 (368 単位)	×70/100	×70/100	+3/100	1日につき +30単位		1日につき +40単位	1日につき +60単位	リハビリテ ーションマ ジネット加 算(A) イ 同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +560単位	リハビリテ ーションマ ジネット加 算(A) イ 同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +510単位	短期集中 型リハビ テーション 実施加算	認知症特 集型リハ ビテーション 実施加算 (Ⅰ)	認知症特 集型リハ ビテーション 実施加算 (Ⅱ)	生活行為向 上リハビ テーション 実施加算	若年性認知 症利用者 入居加算
		(2) 2時間以上 3時間未満	療養介護1 (368 単位) 療養介護2 (423 単位) 療養介護3 (477 単位) 療養介護4 (531 単位) 療養介護5 (586 単位) 療養介護6 (465 単位)								同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +560単位	同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +510単位					
		(3) 3時間以上 4時間未満	療養介護1 (542 単位) 療養介護2 (616 単位) 療養介護3 (710 単位) 療養介護4 (806 単位) 療養介護5 (520 単位)				3時間以上4時間未満の場合 +12単位				同意日の属 する						
		(4) 4時間以上 5時間未満	療養介護1 (606 単位) 療養介護2 (689 単位) 療養介護3 (796 単位) 療養介護4 (902 単位) 療養介護5 (579 単位)				4時間以上5時間未満の場合 +16単位				同意日の属 する						
		(5) 5時間以上 6時間未満	療養介護1 (687 単位) 療養介護2 (793 単位) 療養介護3 (919 単位) 療養介護4 (1,043 単位) 療養介護5 (670 単位)				5時間以上6時間未満の場合 +20単位				同意日の属 する						
		(6) 6時間以上 7時間未満	療養介護1 (797 単位) 療養介護2 (919 単位) 療養介護3 (1,066 単位) 療養介護4 (1,211 単位) 療養介護5 (708 単位)				6時間以上7時間未満の場合 +24単位				同意日の属 する						
		(7) 7時間以上 8時間未満	療養介護1 (841 単位) 療養介護2 (973 単位) 療養介護3 (1,129 単位) 療養介護4 (1,282 単位) 療養介護5 (353 単位)			8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位 10時間以上11時間未満の場合 +150単位 11時間以上12時間未満の場合 +200単位 12時間以上13時間未満の場合 +250単位 13時間以上14時間未満の場合 +300単位	7時間以上の場合 +28単位										
ハ 大規模 の事 業所 (Ⅱ)の 場合		(1) 1時間以上 2時間未満	療養介護1 (353 単位) 療養介護2 (384 単位) 療養介護3 (411 単位) 療養介護4 (441 単位) 療養介護5 (469 単位) 療養介護6 (368 単位)	×70/100	×70/100	+3/100	1日につき +30単位		1日につき +40単位	1日につき +60単位	リハビリテ ーションマ ジネット加 算(A) イ 同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +560単位	リハビリテ ーションマ ジネット加 算(A) イ 同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +510単位	短期集中 型リハビ テーション 実施加算	認知症特 集型リハ ビテーション 実施加算 (Ⅰ)	認知症特 集型リハ ビテーション 実施加算 (Ⅱ)	生活行為向 上リハビ テーション 実施加算	若年性認知 症利用者 入居加算
		(2) 2時間以上 3時間未満	療養介護1 (368 単位) 療養介護2 (423 単位) 療養介護3 (477 単位) 療養介護4 (531 単位) 療養介護5 (586 単位) 療養介護6 (465 単位)								同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +560単位	同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +510単位					
		(3) 3時間以上 4時間未満	療養介護1 (542 単位) 療養介護2 (616 単位) 療養介護3 (710 単位) 療養介護4 (806 単位) 療養介護5 (520 単位)				3時間以上4時間未満の場合 +12単位				同意日の属 する						
		(4) 4時間以上 5時間未満	療養介護1 (606 単位) 療養介護2 (689 単位) 療養介護3 (796 単位) 療養介護4 (902 単位) 療養介護5 (579 単位)				4時間以上5時間未満の場合 +16単位				同意日の属 する						
		(5) 5時間以上 6時間未満	療養介護1 (687 単位) 療養介護2 (793 単位) 療養介護3 (919 単位) 療養介護4 (1,043 単位) 療養介護5 (670 単位)				5時間以上6時間未満の場合 +20単位				同意日の属 する						
		(6) 6時間以上 7時間未満	療養介護1 (797 単位) 療養介護2 (919 単位) 療養介護3 (1,066 単位) 療養介護4 (1,211 単位) 療養介護5 (708 単位)				6時間以上7時間未満の場合 +24単位				同意日の属 する						
		(7) 7時間以上 8時間未満	療養介護1 (841 単位) 療養介護2 (973 単位) 療養介護3 (1,129 単位) 療養介護4 (1,282 単位) 療養介護5 (353 単位)			8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位 10時間以上11時間未満の場合 +150単位 11時間以上12時間未満の場合 +200単位 12時間以上13時間未満の場合 +250単位 13時間以上14時間未満の場合 +300単位	7時間以上の場合 +28単位										
	ハ 大規模 の事 業所 (Ⅱ)の 場合	(1) 1時間以上 2時間未満	療養介護1 (353 単位) 療養介護2 (384 単位) 療養介護3 (411 単位) 療養介護4 (441 単位) 療養介護5 (469 単位) 療養介護6 (368 単位)	×70/100	×70/100	+3/100	1日につき +30単位		1日につき +40単位	1日につき +60単位	リハビリテ ーションマ ジネット加 算(A) イ 同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +560単位	リハビリテ ーションマ ジネット加 算(A) イ 同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +510単位	短期集中 型リハビ テーション 実施加算	認知症特 集型リハ ビテーション 実施加算 (Ⅰ)	認知症特 集型リハ ビテーション 実施加算 (Ⅱ)	生活行為向 上リハビ テーション 実施加算	若年性認知 症利用者 入居加算
		(2) 2時間以上 3時間未満	療養介護1 (368 単位) 療養介護2 (423 単位) 療養介護3 (477 単位) 療養介護4 (531 単位) 療養介護5 (586 単位) 療養介護6 (465 単位)								同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +560単位	同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +510単位					
		(3) 3時間以上 4時間未満	療養介護1 (542 単位) 療養介護2 (616 単位) 療養介護3 (710 単位) 療養介護4 (806 単位) 療養介護5 (520 単位)				3時間以上4時間未満の場合 +12単位				同意日の属 する						
		(4) 4時間以上 5時間未満	療養介護1 (606 単位) 療養介護2 (689 単位) 療養介護3 (796 単位) 療養介護4 (902 単位) 療養介護5 (579 単位)				4時間以上5時間未満の場合 +16単位				同意日の属 する						
		(5) 5時間以上 6時間未満	療養介護1 (687 単位) 療養介護2 (793 単位) 療養介護3 (919 単位) 療養介護4 (1,043 単位) 療養介護5 (670 単位)				5時間以上6時間未満の場合 +20単位				同意日の属 する						
		(6) 6時間以上 7時間未満	療養介護1 (797 単位) 療養介護2 (919 単位) 療養介護3 (1,066 単位) 療養介護4 (1,211 単位) 療養介護5 (708 単位)				6時間以上7時間未満の場合 +24単位				同意日の属 する						
		(7) 7時間以上 8時間未満	療養介護1 (841 単位) 療養介護2 (973 単位) 療養介護3 (1,129 単位) 療養介護4 (1,282 単位) 療養介護5 (353 単位)			8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位 10時間以上11時間未満の場合 +150単位 11時間以上12時間未満の場合 +200単位 12時間以上13時間未満の場合 +250単位 13時間以上14時間未満の場合 +300単位	7時間以上の場合 +28単位										
ハ 大規模 の事 業所 (Ⅱ)の 場合		(1) 1時間以上 2時間未満	療養介護1 (353 単位) 療養介護2 (384 単位) 療養介護3 (411 単位) 療養介護4 (441 単位) 療養介護5 (469 単位) 療養介護6 (368 単位)	×70/100	×70/100	+3/100	1日につき +30単位		1日につき +40単位	1日につき +60単位	リハビリテ ーションマ ジネット加 算(A) イ 同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +560単位	リハビリテ ーションマ ジネット加 算(A) イ 同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +510単位	短期集中 型リハビ テーション 実施加算	認知症特 集型リハ ビテーション 実施加算 (Ⅰ)	認知症特 集型リハ ビテーション 実施加算 (Ⅱ)	生活行為向 上リハビ テーション 実施加算	若年性認知 症利用者 入居加算
		(2) 2時間以上 3時間未満	療養介護1 (368 単位) 療養介護2 (423 単位) 療養介護3 (477 単位) 療養介護4 (531 単位) 療養介護5 (586 単位) 療養介護6 (465 単位)								同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +560単位	同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +510単位					
		(3) 3時間以上 4時間未満	療養介護1 (542 単位) 療養介護2 (616 単位) 療養介護3 (710 単位) 療養介護4 (806 単位) 療養介護5 (520 単位)				3時間以上4時間未満の場合 +12単位				同意日の属 する						
		(4) 4時間以上 5時間未満	療養介護1 (606 単位) 療養介護2 (689 単位) 療養介護3 (796 単位) 療養介護4 (902 単位) 療養介護5 (579 単位)				4時間以上5時間未満の場合 +16単位				同意日の属 する						
		(5) 5時間以上 6時間未満	療養介護1 (687 単位) 療養介護2 (793 単位) 療養介護3 (919 単位) 療養介護4 (1,043 単位) 療養介護5 (670 単位)				5時間以上6時間未満の場合 +20単位				同意日の属 する						
		(6) 6時間以上 7時間未満	療養介護1 (797 単位) 療養介護2 (919 単位) 療養介護3 (1,066 単位) 療養介護4 (1,211 単位) 療養介護5 (708 単位)				6時間以上7時間未満の場合 +24単位				同意日の属 する						
		(7) 7時間以上 8時間未満	療養介護1 (841 単位) 療養介護2 (973 単位) 療養介護3 (1,129 単位) 療養介護4 (1,282 単位) 療養介護5 (353 単位)			8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位 10時間以上11時間未満の場合 +150単位 11時間以上12時間未満の場合 +200単位 12時間以上13時間未満の場合 +250単位 13時間以上14時間未満の場合 +300単位	7時間以上の場合 +28単位										
	ハ 大規模 の事 業所 (Ⅱ)の 場合	(1) 1時間以上 2時間未満	療養介護1 (353 単位) 療養介護2 (384 単位) 療養介護3 (411 単位) 療養介護4 (441 単位) 療養介護5 (469 単位) 療養介護6 (368 単位)	×70/100	×70/100	+3/100	1日につき +30単位		1日につき +40単位	1日につき +60単位	リハビリテ ーションマ ジネット加 算(A) イ 同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +560単位	リハビリテ ーションマ ジネット加 算(A) イ 同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +510単位	短期集中 型リハビ テーション 実施加算	認知症特 集型リハ ビテーション 実施加算 (Ⅰ)	認知症特 集型リハ ビテーション 実施加算 (Ⅱ)	生活行為向 上リハビ テーション 実施加算	若年性認知 症利用者 入居加算
		(2) 2時間以上 3時間未満	療養介護1 (368 単位) 療養介護2 (423 単位) 療養介護3 (477 単位) 療養介護4 (531 単位) 療養介護5 (586 単位) 療養介護6 (465 単位)								同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +560単位	同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +510単位					
		(3) 3時間以上 4時間未満	療養介護1 (542 単位) 療養介護2 (616 単位) 療養介護3 (710 単位) 療養介護4 (806 単位) 療養介護5 (520 単位)				3時間以上4時間未満の場合 +12単位				同意日の属 する						
		(4) 4時間以上 5時間未満	療養介護1 (606 単位) 療養介護2 (689 単位) 療養介護3 (796 単位) 療養介護4 (902 単位) 療養介護5 (579 単位)				4時間以上5時間未満の場合 +16単位				同意日の属 する						
		(5) 5時間以上 6時間未満	療養介護1 (687 単位) 療養介護2 (793 単位) 療養介護3 (919 単位) 療養介護4 (1,043 単位) 療養介護5 (670 単位)				5時間以上6時間未満の場合 +20単位				同意日の属 する						
		(6) 6時間以上 7時間未満	療養介護1 (797 単位) 療養介護2 (919 単位) 療養介護3 (1,066 単位) 療養介護4 (1,211 単位) 療養介護5 (708 単位)				6時間以上7時間未満の場合 +24単位				同意日の属 する						
		(7) 7時間以上 8時間未満	療養介護1 (841 単位) 療養介護2 (973 単位) 療養介護3 (1,129 単位) 療養介護4 (1,282 単位) 療養介護5 (353 単位)			8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位 10時間以上11時間未満の場合 +150単位 11時間以上12時間未満の場合 +200単位 12時間以上13時間未満の場合 +250単位 13時間以上14時間未満の場合 +300単位	7時間以上の場合 +28単位										
ハ 大規模 の事 業所 (Ⅱ)の 場合		(1) 1時間以上 2時間未満	療養介護1 (353 単位) 療養介護2 (384 単位) 療養介護3 (411 単位) 療養介護4 (441 単位) 療養介護5 (469 単位) 療養介護6 (368 単位)	×70/100	×70/100	+3/100	1日につき +30単位		1日につき +40単位	1日につき +60単位	リハビリテ ーションマ ジネット加 算(A) イ 同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +560単位	リハビリテ ーションマ ジネット加 算(A) イ 同意日の属 する月から6 月以内 1月につき +510単位	短期集中 型リハビ テーション 実施加算	認知症特 集型リハ			

注	注	注		注		注	注	注	注	注	注
栄養アセスメント加算	栄養改善加算	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	口腔機能向上加算(Ⅰ)	口腔機能向上加算(Ⅱ)	重症療養管理加算	中重症ケア体制加算	科学的介護推進体制加算	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所リハビリテーションを行う場合	事業所が送迎を行わない場合	
1月につき +50単位	1回につき +200単位 (月2回を 限度)	1回につき +20単位 (6月に1回を 限度)	1回につき +5単位 (6月に1回を 限度)	1回につき +150単位 (月2回を 限度)	1回につき +160単位 (月2回を 限度)	1回につき +100単位	1回につき +20単位	1月につき +40単位	1回につき +4単位	1回につき +47単位	
						1回につき +100単位					
						1回につき +100単位					
						1回につき +100単位					

算定構造

介護予防通所リハビリテーション費

<令4年度改定予定>

基本部分			注		注	注	注	注	注
			利用者の数が利用定員を超える場合	医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	生活行為向上リハビリテーション実施加算	若年性認知症利用者受入加算	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に介護予防通所リハビリテーションを行う場合	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合
イ 介護予防通所リハビリテーション費 (1月につき)	病院又は診療所の場合	要支援1	×70/100	×70/100	+5/100	利用開始日の属する月から6月以内 1月につき +562単位	+240単位	—376単位	—20単位
		要支援2						—752単位	—40単位
	介護老人保健施設の場合	要支援1						—376単位	—20単位
		要支援2						—752単位	—40単位
	介護医療院の場合	要支援1						—376単位	—20単位
		要支援2						—752単位	—40単位
ロ 運動器機能向上加算 (1月につき 225単位を加算)									
ハ 栄養アセスメント加算 (1月につき 50単位を加算)									
ニ 栄養改善加算 (1月につき 200単位を加算)									
ホ 口腔・栄養スクーニング加算	(1) 口腔・栄養スクーニング加算(Ⅰ)(1回につき 20単位を加算(6月に1回を限度))								
	(2) 口腔・栄養スクーニング加算(Ⅱ)(1回につき 5単位を加算(6月に1回を限度))								
ヘ 口腔機能向上加算	(1) 口腔機能向上加算(Ⅰ) (1月につき 150単位を加算)								
	(2) 口腔機能向上加算(Ⅱ) (1月につき 160単位を加算)								
ト 選択的サービス複数実施加算	(1) 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	運動器機能向上及び栄養改善 (1月につき 480単位を加算)							
		運動器機能向上及び口腔機能向上 (1月につき 480単位を加算)							
		栄養改善及び口腔機能向上 (1月につき 480単位を加算)							
	(2) 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上 (1月につき 700単位を加算)							
チ 事業所評価加算 (1月につき 120単位を加算)									
リ 科学的介護推進体制加算 (1月につき 40単位を加算)									
ヌ サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1 (1月につき 88単位を加算)							
		要支援2 (1月につき 176単位を加算)							
	(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	要支援1 (1月につき 72単位を加算)							
		要支援2 (1月につき 144単位を加算)							
	(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	要支援1 (1月につき 24単位を加算)							
		要支援2 (1月につき 48単位を加算)							
ル 介護職員処遇改善加算	(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき +所定単位×47/1000)		注 所定単位は、イからヌまでにより算定した単位数の合計						
	(2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき +所定単位×34/1000)								
	(3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき +所定単位×19/1000)								
ヲ 介護職員等特定処遇改善加算	(1) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき +所定単位×20/1000)		注 所定単位は、イからヌまでにより算定した単位数の合計						
	(2) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき +所定単位×17/1000)								
フ 介護職員等ベースアップ等支援加算	(1月につき +所定単位×10/1000)		注 所定単位は、イからヌまでにより算定した単位数の合計						

：「事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に介護予防通所リハビリテーションを行う場合」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「サービス提供体制強化加算」、「介護職員処遇改善加算」、「介護職員等特定処遇改善加算」及び「介護職員等ベースアップ等支援加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目