



介護サービス事業者

のための運営の手引き

(令和5年度版)

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

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

相模原市 福祉基盤課

目次

項目	頁
I 条例の性格等	1
II サービスの提供の方法について	2
III 人員基準について	4
IV 設備基準について	10
V 運営基準について	12
VI 介護報酬請求上の注意点について	32
1 通所リハビリテーション費・介護予防通所リハビリテーション費	32
2 加算	47
3 所要時間1時間以上2時間未満のサービスの提供について	105
4 医療保険と介護保険のリハビリテーションの給付調整について	105
[資料] 個人情報保護について	108

基準条例及び条例施行規則の規定方法の変更について

本市では、介護サービス事業者等の基準条例及び条例施行規則について、これまでは各基準省令を一条ずつ具体的に言い換える形式で条例に規定し、市の基準としていましたが、平成31年4月より、各基準省令と同一の基準を市の基準とする場合は、各基準省令を引用する形式とし、具体的な基準は条例に規定しないこととしました。

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の基準条例及び条例施行規則を次のとおり廃止及び制定しております。

廃止（平成31年3月31日）	制定（平成31年4月1日）
相模原市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を定める条例	相模原市介護保険法に基づく事業及び施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例(平成31年相模原市条例第13号)
相模原市指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例	
相模原市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を定める条例施行規則	相模原市介護保険法に基づく事業及び施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例施行規則(平成31年相模原市規則第27号)
相模原市指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例施行規則	

■条例により引用した基準省令■

1 通所リハビリテーション

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)

2 介護予防通所リハビリテーション

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

なお、条文中「省令」と記載があるものに関しては、原文のとおり記載しております。

■市ホームページ、条例等の掲載場所■

○相模原市公式ホームページ（URL：<http://www.city.sagamihara.kanagawa.jp/>）

→ 子育て・健康・福祉 → 介護・介護予防

→ 事業者向け情報（「介護サービス事業者等の基準条例等について」）

I 条例の性格等

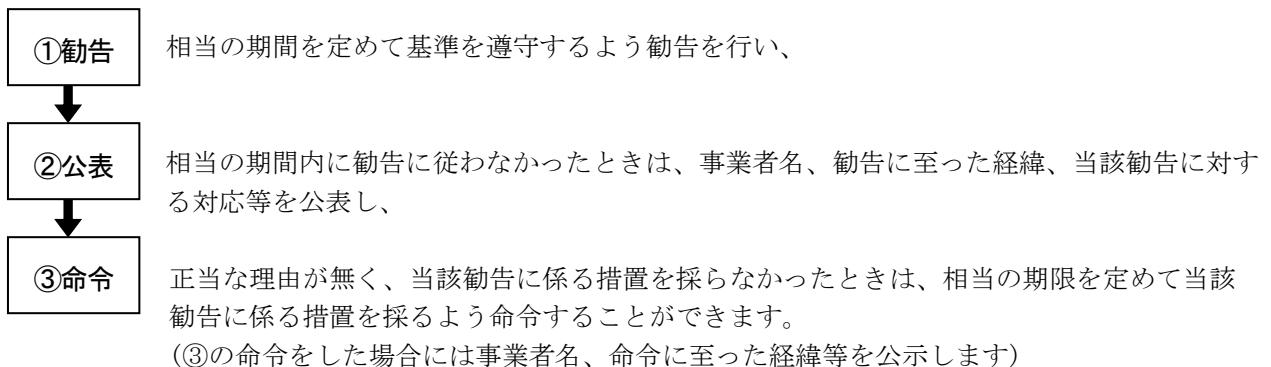
指定居宅サービスの事業の一般原則

- ◎ 指定居宅サービス事業者は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めなければなりません。
- ◎ 指定居宅サービス事業者は、指定居宅サービスの事業を運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、市町村、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めなければなりません。
- ◎ 指定居宅サービス事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければなりません。
- ◎ 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、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りません。

条例の性格

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

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



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

- ただし、次に掲げる場合には、基準に従った適正な運営ができなくなったものとして、直ちに指定を取り消すこと又は指定の全部若しくは一部の効力を停止することができます。
 - ① 次に掲げるとき、その他事業者が自己の利益を図るために基準に違反したとき
 - ア 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
 - イ 居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの代償として、金品、その他財産上の利益を供与したとき
 - ② 利用者の生命又は身体の安全に危害を及ぼすおそれがあるとき
 - ③ その他①及び②に準ずる重大かつ明白な基準違反があったとき
- 運営に関する基準及び介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準に従って事業の運営をすることができなくなったことを理由として指定が取り消され、法に定める期間の経過後に再度当該事業者から当該事業所について指定の申請がなされた場合には、当該事業者が運営に関する基準及び介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を遵守することを確保することに特段の注意が必要であり、その改善状況等が確認されない限り指定を行わないものとする、とされています。

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

〈この運営の手引きでの記載方法について〉

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

例：通所リハビリテーション→介護予防通所リハビリテーション、要介護→要支援、居宅介護支援→介護予防支援、居宅サービス計画→介護予防サービス計画

Ⅱ サービスの提供の方法について

1 単位についての考え方

◆ 単位とは

指定通所リハビリテーションの「単位」とは、通所リハビリテーションの提供が同時に一体的に行われるものをいいます。

例えば、次のような場合は、2単位として扱われます。

- ① 同時に一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービスが一体的に行われているとは言えない場合
- ② 午前と午後で別の利用者に対して提供する場合

◆ 従業者の配置

単位ごとに必要な従業者を確保し、配置しなくてはなりません。

◆ 減算との関係

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

→ 「2単位」としていても、

- ① 単位ごとに利用者グループが分かれていない
- ② 従業者が一体的にサービス提供を行っている（単位ごとに配置されていない）
場合には、2単位としては認められず、1単位として扱われることとなります。

【指導事例】

1単位目 利用定員 20人
2単位目 利用定員 20人 の2単位で指定を受けていたが、

実態として、

- ・明確に単位ごとに利用者グループが分かれていなかった。
 - ・従業者も単位ごとに固定されておらず、利用者40人を従業者全員で介護していた。
 - ・サービスの提供内容も1単位目の利用者と2単位目の利用者が同じ時間帯に一緒にリハビリテーションを行うなど一体的にサービスが提供されていた。
- 1単位・利用定員40人でサービス提供していることとなります。

2 通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションの一体的運営

(1) 人員基準・設備基準

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

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

【注意】

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

(2) 運営の方法

① 定員

一体的に行う事業所は、要介護者と要支援者の合計で定員を定めます。

② 共通サービス(日常生活の支援等)

サービス提供を物理的に分ける必要はありません。

③ 加算に係るサービス、選択的サービス

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

●厚生労働省「介護サービス関係Q & A」

(問) 介護予防通所系サービスの提供に当たり、利用者を午前と午後に分けてサービス提供を行うことは可能か。

(答) 介護予防通所系サービスに係る介護報酬は包括化されていることから、事業者が、個々の利用者の希望、心身の状態等を踏まえ、利用者に対してわかりやすく説明し、その同意が得られれば、提供回数、提供時間について自由に設定を行うことが可能である。

(問) 予防給付の通所系サービスと介護給付の通所系サービスの提供に当たっては物理的（空間的・時間的）にグループを分けて行う必要があるのか。

(答) ① 日常生活上の支援（世話）等の共通サービス（入浴サービスを含む。）については、サービス提供に当たり、物理的に分ける必要はないこととする。

② 選択的サービス（介護給付の通所系サービスについては、各加算に係るサービス）については、要支援者と要介護者でサービス内容がそもそも異なり、サービスの提供は、時間やグループを区分して行うことが効果的・効率的と考えられることから、原則として、物理的に区分してサービスを提供することとする。

ただし、例えば、口腔機能向上のための口・舌の体操など、内容的に同様のサービスであって、かつ、当該体操の指導を要支援者・要介護者に同時かつ一体的に行うこととしても、特段の支障がないものについては必ずしも物理的に区分する必要はないものとする。

Ⅲ 人員基準について

1 基本的な基準

※診療所は次ページの「2 診療所の緩和基準」をご覧ください

(1) 医師

- ・ 専任の常勤医師が1人以上勤務していなければなりません。
- ・ 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。
- ・ 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。

●厚生労働省「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.2）」

○ 人員の配置

（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また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。

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

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

ア 全体での配置

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

イ 専門職（理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）の配置

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

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

【ポイント】

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

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

注2 保険医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は

呼吸器リハビリテーション（以下、疾患別リハビリテーション）と1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションを同時に行う場合、一定の条件を満たしていれば、理学療法士等は同日に疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションを提供することができます。

注3 人員欠如については、減算しなくてはならない場合があります。

減算については、「VI 介護報酬請求上の注意点について」で確認してください。

●厚生労働省「令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (vol. 2)」

○ リハビリテーション会議

(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か。

また、リハビリテーション会議を事業所以外の場所で開催する場合も人員基準の算定に含めてよいか。

(答) 通所リハビリテーションの提供時間中に事業所内でリハビリテーション会議を開催する場合、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以外の場合は、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含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中にリハビリテーション会議を実施して差し支えない。

●厚生労働省「介護サービス関係Q & A」

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

(答) 次の4つの条件を全て満たす場合は可能である。

1. 訪問リハビリテーションにおける20分のリハビリテーションに従事した時間を、疾患別リハビリテーションの1単位とみなし、理学療法士等1人当たり1日18単位を標準、1日24単位を上限とし、週108単位以内であること。
2. 1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションにおける20分の個別リハビリテーションに従事した時間を、疾患別リハビリテーションの1単位とみなし、理学療法士等1人あたり1日18単位を標準、1日24単位を上限とし、週108単位以内であること。
3. 疾患別リハビリテーション1単位を訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの20分としてみなし、理学療法士等1人当たり1日合計8時間以内、週36時間以内であること。
4. 理学療法士等の疾患別リハビリテーション、通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションに従事する状況が、勤務簿等に記載されていること。

2 診療所の緩和基準

(1) 医師

- 利用者数が同時に10人を超える場合
 - ・ 専任の常勤医師が1人以上勤務していなければなりません。ただし、診療所と併設されている介護老人保健施設が行う通所リハビリテーション事業所については、当該診療所の常勤医師との兼務でかまいません。
- 利用者数が同時に10人以下の場合
 - ・ 専任の常勤医師が1人以上勤務していなければなりません。
 - ・ 利用者数は、専任の医師1人に対し1日48人以内でなければなりません。

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

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

ア 全体での配置

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

イ 専門職の配置

単位ごとに、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は通所リハビリテーション（これに類するサービスを含む）に1年以上従事した経験を有する看護師を、常勤換算方法で0.1以上配置しなければなりません。

【ポイント】

- ・ アとイの両方を満たさなくてはなりません。
- ・ イの経験看護師とは、
 - ① 重度認知症患者デイケア、精神科デイケア、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料に係る施設基準の届出を行った保険医療機関等
 - ② 指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーション事業所
 - ③ 「厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数」に定める理学療法、作業療法に係る施設基準の届出を行った介護保険施設において、それらに1年以上従事した看護師です。（准看護師は経験があっても該当しません）
- ・ 専門職は、サービス提供日ごとに配置するように努めてください。

注1 上記人員基準は、最低限の基準です。実際のサービス提供に当たっては、個別リハビリテーション実施加算（経験看護師の個別リハビリテーション提供では加算は算定できません）等の加算算定その他も勘案し、必要な人員の配置を行ってください。

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

注3 人員欠如については、減算しなくてはならない場合があります。
減算については、「VI 介護報酬請求上の注意点について」で確認してください。

3 用語の定義

①単位ごとに

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

単位が複数ある場合、それぞれの単位ごとに職員を配置しなくてはなりません。

【ポイント】

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

②提供時間帯を通じて

「サービスを提供する時間の間はいつでも」の意味です。

③専ら従事する・専ら提供に当たる

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

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

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

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

また、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が、保険医療機関におい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、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のいずれかを算定すべきリハビリテーションが同じ訓練室で実施されている場合に限り、専ら当該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提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、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のいずれかを算定すべきリハビリテーションに従事して差し支えありません。

ただし、当該従業者が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に従事していない時間帯については、従業者の員数及び厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）の第24号の2イの従業者の合計数に含めません。

④常勤

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が、32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいいます。ただし、母子健康管理措置又は育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とします。同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所の職務であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとされています。

また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従業者が労働基準法（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・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を常勤の従業者の員数に換算することにより、人員基準を満たすことが可能であることとします。

⑤常勤換算方法

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

ただし、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第13条第1項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）又は、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第23条第1項、同条第3項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置（以下「育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）が講じられている場合、30時間以上の勤務で常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1として取り扱うことを可能とします。

【ポイント】

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

●厚生労働省「介護サービス関係Q&A」

<常勤換算方法により算定される従業者の休暇等の取扱い>

（問） 常勤換算方法により算定される従業者が出張したり、また、休暇を取った場合に、その出張や休暇に係る時間は勤務時間としてカウントするののか。

（答） 「常勤換算方法」とは、非常勤の従業者について「事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」（居宅サービス運営基準第2条第8号等）であり、また、「勤務延時間数」とは、「勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間（又は当該事業に係るサービスの提供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む。））として明確に位置づけられている時間の合計数」である。以上から、非常勤の従業者の休暇や出張（以下「休暇等」という。）の時間は、サービス提供に従事する時間とはいえないので、常勤換算する場合の勤務延時間数には含めない。

なお、常勤の従業者の休暇等の期間については、その期間が暦月で1月を超えるものでない限り、常勤の従業者として勤務したものと取り扱うものとする。

＜常勤要件について＞

(問) 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) 育児・介護休業法の所定労働時間の短縮措置の対象者がいる場合、常勤換算方法による人員要件についてはどのように計算すれば良いか。

(答) 常勤換算方法については、従前どおり「当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法」であり、その計算に当たっては、育児・介護休業法の所定労働時間の短縮措置の対象者の有無は問題にはならない。

(問) 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。

IV 設備基準について

(1) 設備及び備品等

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

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

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

⇒ 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備とは、消防法その他の法令等に規定された設備を示しており、それらの設備を確実に設置しなければなりません。

<疾患別リハビリテーション届出の保険医療機関の特例>

- 保険医療機関が医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、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ありません。
- この場合の基準上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します。
- なお、機器及び機具は、サービス提供時間に関わらず、各サービスの提供に支障が生じない場合に限り、共用して差し支えありません(介護予防通所リハビリテーションについても同様です)。

<介護老人保健施設併設又は介護医療院の場合>

介護老人保健施設又は介護医療院に併設する通所リハビリテーションについては、レイアウトを変更する場合は、事前に市に相談してください。通所リハビリテーションのレイアウト変更により老健本体のレイアウトも変更となる場合は、用途変更に係る許可が必要です。

なお、建設補助金を受けて整備した施設については、財産処分の手続きが必要となる場合があります。

【ポイント】

- 事業所のレイアウトを変更する場合は、事前に市への届出が必要です。
 - ① 介護老人保健施設の場合で、通所リハビリテーションのレイアウト変更により本体のレイアウトも変更となる場合は、用途変更に係る許可が必要です。
 - ② 建設補助金を受けている施設は、財産処分の手続きが必要となる場合があります。

(厚生労働省「平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1)」

○ 設備に関する基準

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

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

(答) よい。

V 運営基準について

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

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

1 サービス開始の前に

(1) 内容及び手続きの説明及び同意

通所リハビリテーションサービスの提供の開始に際しては、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要などを、説明書やパンフレットなど重要事項を記した文書を交付して説明を行い、サービス提供開始についての同意を得なければなりません。

【ポイント】

○重要事項を記した文書に記載すべきと考えられる事項は、以下のとおりです。

- ア 法人及び、事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、併設サービスなど）
- イ 事業所の営業日、営業時間、サービス提供日及びサービス提供時間
- ウ 利用料等
- エ 通常の事業の実施地域
- オ 従業者の勤務体制(単位ごと)
- カ 事故発生時の対応
- キ 苦情処理の体制及び相談窓口（事業所担当、市町村、国民健康保険団体連合会などの相談・苦情の窓口も記載）
- ク 利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項（従業者の秘密の保持、従業者の研修など）

※ 重要事項を記した文書を説明した際は、内容に同意した旨及び交付したことがわかるようにしてください。

※ 重要事項説明書の内容と運営規程の内容に齟齬がないようにしてください。

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

【指導事例】

- ・重要事項説明書について、利用者に説明をし、内容に同意を得、交付したことが確認できなかった。
- ・重要事項説明書の書式に「交付を受けた」旨の記載がなかったため、交付をしていることが確認できなかった。

(2) 提供拒否の禁止

正当な理由なく通所リハビリテーションサービスの提供を拒んではなりません。

【ポイント】

事業者は原則として、利用申し込みに対して応じなければなりません。特に要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することは禁じられています。

提供を拒むことのできる正当な理由とは、

- ア 事業所の現員では、利用申し込みに応じきれない。
- イ 利用申込者の居住地が実施地域外である。等があげられます。

(3) サービス提供困難時の対応

(2)によって利用申込者に対し自ら必要なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定通所リハビリテーション事業者等を紹介するなどの必要な措置を速やかに講じなければなりません。

(4) 受給資格等の確認

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

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

(5) 要介護(要支援)認定の申請に係る援助

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

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

2 サービス開始に当たって

(1) 心身の状況等の把握

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

【ポイント】

【注意！】通所リハビリテーションの提供開始に当たっての診断書の提出

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

利用者から任意に提出していただける場合には構いませんが、利用者の健康状態を把握するためには、担当のケアマネジャーや主治医に利用者の状態を確認するといった方法もありますので、「診断書の提出がなければ一切サービス提供できない」とすることは不適切です。

(2) 居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者)等との連携

サービスを提供するに当たっては、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

また、サービスの提供の終了に当たっては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者に対する情報の提供並びに地域包括支援センター又は保健医療サービス若しくは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

(3) 居宅サービス計画(介護予防サービス計画)に沿ったサービスの提供

居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者)の作成した居宅サービス計画(介護予防サービス計画)に沿った(介護予防)通所リハビリテーションサービスを提供しなければなりません。

(4) 居宅サービス計画(介護予防サービス計画)等の変更の援助

利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、居宅介護支援事業者への連絡その他の必要な援助を行わなければなりません。

【ポイント】

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

○サービス担当者会議の出席

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

(5) 基本取扱方針

○ 通所リハビリテーション

- ① 利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければなりません。
- ② 自らその提供する指定通所リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図らなければなりません。

○ 介護予防通所リハビリテーション

- ① 利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければなりません。
- ② 自らその提供する指定介護予防通所リハビリテーションの質の評価を行うとともに、主治の医師又は歯科医師とも連携を図りつつ、常にその改善を図らなければなりません。
- ③ 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たり、単に利用者の運動器の機能の向上、栄養状態の改善、口腔機能の向上等の特定の心身機能に着目した改善等を目的とするものではなく、当該心身機能の改善等を通じて、利用者が出来る限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービスの提供に当たらなければなりません。
- ④ 利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めなければなりません。
- ⑤ 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たり、利用者とのコミュニケーションを十分に図ること、その他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めなければなりません。

(6) 具体的取扱方針

○ 通所リハビリテーション

- ① 医師の指示及び通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行います。
- ② 通所リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行います。
- ③ 常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供します。特に、認知症である要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整えます。
- ④ 指定通所リハビリテーション事業者は、リハビリテーション会議(※次ページ参照)の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するよう努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。

○ 介護予防通所リハビリテーション

- ① 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、主治の医師若しくは歯科医師からの情報伝達又はサービス担当者会議若しくはリハビリテーション会議を通じる等の適切な方法により、利用者の病状、心身の状況、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行います。
- ② 介護予防通所リハビリテーション従業者（以下「医師等の従業者」とする。）は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した介護予防通所リハビリテーション計画を作成します。
- ③ 医師等の従業者は、既に介護予防サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。
- ④ 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、同意を得てください。
- ⑤ 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画を作成した際には、当該計画を利用者に交付します。
- ⑥ 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護予防通所リハビリテーション計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行います。
- ⑦ 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行います。
- ⑧ 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行います。
- ⑨ 医師等の従業者は、少なくとも1月に1回は、介護予防通所リハビリテーション計画に係る利用者の状態、当該利用者に対するサービスの提供状況等について、介護予防サービスを作成した指定介護予防支援事業者に報告するとともに、サービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、計画の実施状況の把握(モニタリング)を行います。
- ⑩ 医師等の従業者は、モニタリングの結果を記録し、介護予防サービス計画を作成した指定介護予防支援事業者に報告します。
- ⑪ 医師等の従業者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防通所リハビリテーション計画の変更を行います。

【リハビリテーション会議について】

リハビリテーションマネジメントの強化を図るため、通所リハビリテーション事業者は、事業所の専門職に加え、介護支援専門員や他のサービス事業者が参加する「リハビリテーション会議」を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の状況等に関する情報を当該構成員と共有するよう努めてください。

○構成員 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置付けられた指定居宅サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等

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

※リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由等により、構成員がリハビリテーション会議を欠席した場合は、速やかに当該会議の内容について欠席者との情報共有を図ってください。

○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ます。ただし、利用者又はその家族（以下ここでは「利用者等」という。）が参加する場合にあつては、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りません。なお、テレビ電話装置等の活用にあつては、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り扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。

○リハビリテーション会議の開催は、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)や生活行為向上リハビリテーション加算の算定要件となっています。

●厚生労働省「介護サービス関係Q&A」

<リハビリテーション会議について>

(問) リハビリテーション会議への参加は、誰でも良いのか。

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

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

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

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

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

(7) 通所リハビリテーション計画の作成 [通所リハビリテーション]

- ① 医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる通所リハビリテーション従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所リハビリテーション計画を作成します。
- ② 通所リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。
- ③ 通所リハビリテーション従業者は、通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。
- ④ 通所リハビリテーション従業者は、通所リハビリテーション計画を作成した際には、指定通所リハビリテーション事業所の管理者は、当該通所リハビリテーション計画書を利用者に交付します。
- ⑤ 通所リハビリテーション従業者は、それぞれの利用者について、通所リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載します。
- ⑥ 指定通所リハビリテーション事業者が指定訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議(医師が参加した場合に限る。)の開催等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標と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、基準省令第81条第1項から第4項までに規定する運営に関する基準を満たすことをもって、前各項に規定する基準を満たしているものとみなすことができます。

【ポイント】

- ・ ⑥の訪問リハビリテーションと一体的な計画を作成する場合は、各々の事業の目標を踏まえたうえで、共通目標を設定します。また、その達成に向けて各々の事業の役割を明確にした上で、利用者に対して一連のサービスとして提供できるよう、個々のリハビリテーションの実施主体、目的及び具体的な提供内容等を1つの目標として分かりやすく記載するよう留意してください。
- ・ 通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションにおいて整合性のとれた計画に従いリハビリテーションを実施した場合には、診療記録を一括して管理しても差し支えありません。
- ・ 指定通所リハビリテーションは、事業所内でサービスを提供することが原則ですが、次に掲げる条件を満たす場合においては、事業所の屋外でサービスを提供することができます。
 - ア あらかじめ通所リハビリテーション計画に位置付けられていること。
 - イ 効果的なリハビリテーションのサービスが提供できること。
- ・ 居宅サービス計画を作成している居宅介護支援事業所から求めがあった場合には、通所リハビリテーション計画を提供することに協力するよう努めてください。

【指導事例】

- ①通所リハビリテーション計画が作成されていなかった。
- ②利用者又はその家族の同意を得る前にサービス提供を開始していた。
- ③居宅サービス計画と異なる期間や内容の通所リハビリテーション計画を作成していた。
- ④居宅サービス計画に変更があったが、通所リハビリテーション計画を見直していなかった。

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

【ポイント】通所リハビリテーション計画作成の流れ

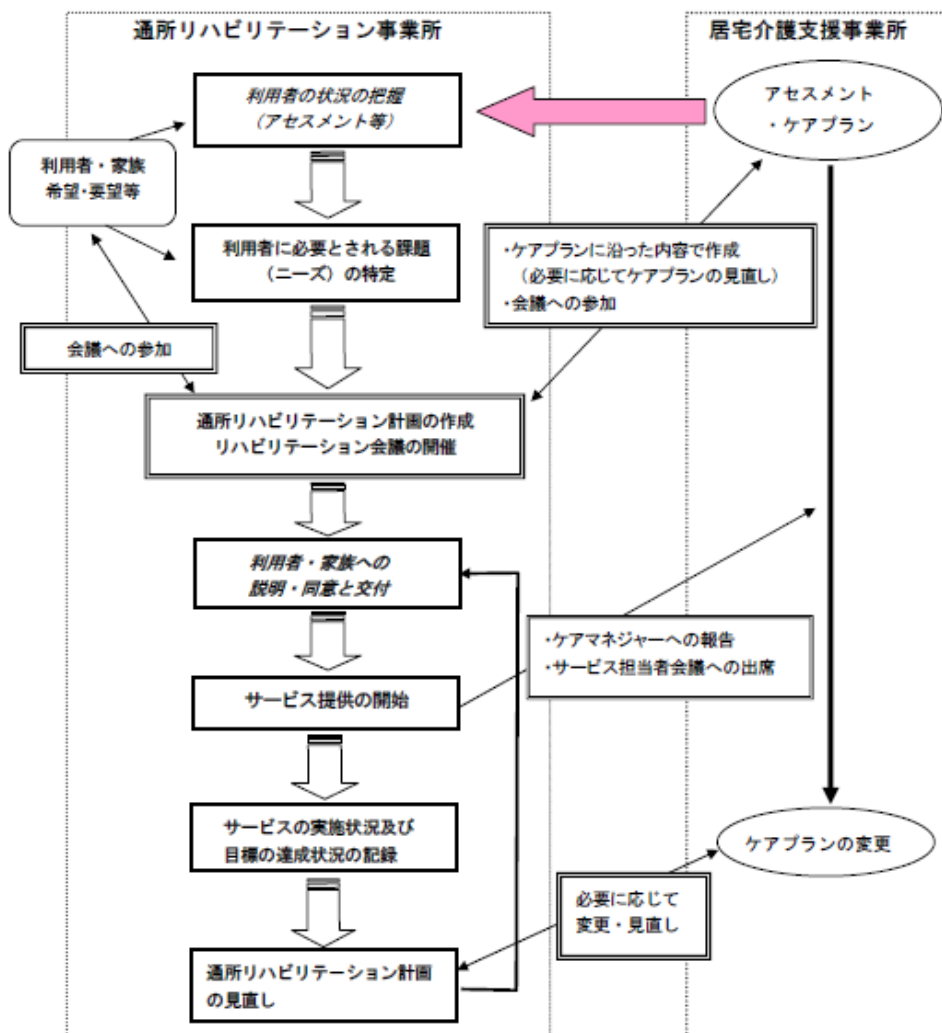
通所リハビリテーションの基本方針

通所リハビリテーションの事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければなりません。従ってアクティビティや趣味活動のみの提供は通所リハビリテーションとは言えません。

また、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とされています。

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作成し、実施することが原則ですが、例外として、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けていた患者が、介護保険の指定通所リハビリテーションへ移行する際に、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（令和3年3月16日老認発0316第6号老老発0316第2号）の別紙様式2-2-1をもって、保険医療機関から当該事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式2-2-1に記載された内容について確認し、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、別紙様式2-2-1をリハビリテーション計画書とみなして通所リハビリテーション費の算定を開始してもよいこととします。

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、次のリハビリテーション計画作成してください。



【ポイント】通所リハビリテーション計画の作成について

《通所リハビリテーション計画の作成までの流れ》

1 利用者の状況の把握（アセスメント）

利用者の心身の状況・日常生活全般状況の把握（アセスメント）を行います。

ポイント

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

2 課題の特定

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

ポイント

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

3 通所リハビリテーション計画の作成

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

ポイント

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

●盛り込むべき項目

- ① 計画作成者・作成日
- ② 利用者名・要介護度
- ③ 解決すべき課題
- ④ 援助目標
- ⑤ 提供するサービス内容
- ⑥ 上記に係る留意事項
- ⑦ 通所サービスの実施状況、効果の評価

※利用者又はその家族へ説明し、同意を得て交付したことが分かるようにしてください。

【加算に関する計画書との関係】

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

(厚生労働省「平成30年令和3年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 42)」)

○ リハビリテーション計画書

(問22)

Q 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日老認発第3号、老老発第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か。

A 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。

(問23)

Q 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日老認発第3号、老老発第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か。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か。

(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2-2-1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か。

A (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。

3 サービス提供時

(1) サービス提供の記録

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

【ポイント】

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

<勤務体制について>

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

<利用者に対するサービス内容について>

- ・ サービスの提供開始時刻、終了時刻
- ・ 送迎(片道か往復か)の有無、入浴の有無等に関する記録
- ・ 送迎の記録(事業所の発着時間、利用者名、運転車、運転者名等)

(2) 利用料等の受領

厚生省令で定められた費用	介護報酬に係るもの (利用者1割又は2割・3割負担)	基本額	・ 通所リハビリテーション ・ 介護予防通所リハビリテーション(月額報酬)
		加算額	
	その他の費用 (自己負担)	特別なサービス等の費用	実施地域外の交通費 通常の提供時間を超えるサービス提供に伴う費用 (通所リハビリテーションのみ)
		日常生活費	食費(※1)、おむつ代
	その他の日常生活費(※2)	身の回り品の費用 教養娯楽費	

※1 食費については、「居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針」(H17厚労省告示第419号)に基づき、料金を設定し、手続きを行う必要があります。

※2 その他の日常生活費を利用者全員から画一的に徴収することは認められません。

→ H12厚生省通知 老企54「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」

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

●厚生労働省「介護サービス関係Q&A」

(問) 月単位の介護報酬たる介護予防サービスの介護報酬についてキャンセル料を徴収することは可能か。また、キャンセルがあった場合においても、報酬は定額どおりの算定が行われるのか。

(答) キャンセルがあった場合においても介護報酬上は定額どおりの算定がなされることを踏まえ、キャンセル料を設定することは想定しがたい。

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

【指導事例】

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

<介護報酬の利用者負担分>

- ・ 利用者負担額の支払いを受けなければなりません。

<領収書>

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

【ポイント】

- ア 利用者負担を免除することは、指定の取消等を直ちに検討すべきとされる重大な基準違反です。
- イ 当該サービス内容及び費用について、利用者又は家族に対し、あらかじめ説明を行い、利用者の同意を得なければなりません。
- ウ 領収書又は請求書には、サービスを提供した日や1割（2割・3割）負担の算出根拠である請求単位等、利用者が支払う利用料、日常生活費、通所リハビリテーションサービスの提供範囲外の費用等の内訳がわかるように区分してください。

(3) 保険給付の請求のための証明書の交付

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

(4) 利用者に関する市町村への通知

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

- ① 正当な理由なしに通所リハビリテーションサービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。
- ② 偽りその他不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

(5) 緊急時等の対応

サービス提供時に利用者に病状の急変が生じた等の場合には、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じなくてはなりません。

【ポイント】

- ・ 緊急時の主治医等の連絡先を把握している必要があります。
- ・ 事業所への連絡方法についてルールを決めて、従業員に周知してください。

(関連) 「事故発生時の対応」

4 事業運営

(1) 管理者の責務

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

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

【ポイント】

<従業者の勤務管理>

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

<労働関係法令の遵守>

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

【指導事例】

- ・ 院長である管理者が実質的に通所リハビリテーション事業所の管理ができない状態であるにもかかわらず、管理代行者を選任していなかった。
- ・ 従業者の雇用契約期間が満了となったにもかかわらず、雇用契約書を更新していなかった。
- ・ 従業者の雇用契約の就業場所に当該事業所が含まれていなかった。

(2) 運営規程

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

- ア 事業の目的、運営の方針、事業所名称、住所
- イ 従業者の職種、員数及び職務の内容
- ウ 営業日及び営業時間、サービス提供日及びサービス提供時間
- エ 利用定員（単位数、単位ごとの定員）
- オ 通所リハビリテーションサービスの内容及び利用料その他の費用の額
- カ 通常の事業の実施地域
- キ サービス利用に当たっての留意点
- ク 非常災害対策
- ケ 虐待の防止のための措置に関する事項
- コ その他運営に関する規則で定める事項
 - a 緊急時等における対応方法
 - b 事故発生時の対応
 - c 従業者及び退職後の秘密保持
 - d 苦情・相談体制
 - e 従業者の研修 等

【ポイント】

- ・運営規程は事業所の指定申請の際に作成しています。
- ・指定後は、**事業所名称、所在地、営業日、従業者の職種、員数、利用料等の内容の変更の都度、運営規程を修正する必要があります**（修正した年月日、内容を最後尾の附則に記載することで、いつ、どのように変更されたか分かるようになります。）。
- ・ケの虐待の防止に係る、組織内の体制（責任者、従業者への研修方法や研修計画等）や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法を指す内容としてください。

【指導事例】

- ・運営規程に事故発生時の対応を定めていなかった。

（3） 勤務体制の確保等

利用者に対して、適切な通所リハビリテーションサービスを提供できるよう、事業所ごとに従業者の勤務の体制を定め、当該事業所の従業者によってサービスを提供しなければなりません。

また、従業者の資質向上のため、研修の機会を確保しなければなりません。その際、事業者は、すべ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りません。

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

【ポイント】

- 原則として月ごとの勤務表を作成し、従業者について、日々の勤務時間、職務の内容、常勤・非常勤の別、管理者との兼務体制等を明確にしてください。
- 事業所の従業者とは、雇用契約、労働者派遣契約その他の契約により、事業所の管理者の指揮命令下にある従業者を指します。
- 従業者の資質の向上を図るため、研修期間が実施する研修や事業所内の研修への参加の機会を確保することとしたものです。

また、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有しない者について、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付けられたこととしたものです。これは、介護に関わるすべての者に認知症対応力を向上させ、認知症について理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保証を実現していく観点から実施するものです。

なお、当該義務付けの適用に当たっては、**令和6年3月31日までの間は、努力義務**とされています。

- 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施策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、規定されました。事業主が講ずべき措置の具体的な内容及び事業主が講ずることが望ましい取組については、次のとおりです。なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、利用者やその家族等から受けるものも含まれます。

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、特に留意したい内容は以下のとおりです。

- a 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（資本金が3億円以下又は従事使用する従業者の数が300人以下の企業）は、令和4年4月1日から義務化となり、それまでの間は努力義務とされているが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努めてください。

ロ 事業主が講ず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人に対応させない等）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当たっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理者・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。これらマニュアル等は、厚生労働省HPに掲載されているので、参考にしてください。

【指導事例】

- ・従業者の資質向上のための研修が実施されていなかった。
- ・従業者の研修を実施した際の記録が不十分であった。

（４） 業務継続計画の策定等

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

通所リハビリテーション従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しなければなりません。

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ってください。

指定通所リハビリテーション事業者は、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リハビリテーションの提供を受けられるよう、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。）を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、通所リハビリテーション従業者に対して、必要な研修及び訓練（シュミレーション）を実施しなければならないこととされました。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、基準では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ありません。

なお、当該義務付けの運用に当たっては、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。

（５） 定員の厳守

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

●厚生労働省「介護サービス関係Q&A」

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

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

(6) 非常災害対策

非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければなりません。

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りません。

【ポイント】

- ア 非常災害に関する具体的計画とは、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画のことです。
- イ 防火管理の責任者を決め、消防計画等を策定し、地域の消防機関へ速やかに通報する体制を従業員に周知してください。
- ウ 消防法に基づき、消火設備の設置や避難訓練を実施してください。
- エ 避難、救出その他必要な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てください。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必要があります。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してください。

(7) 衛生管理等策

- ・ 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに医薬品及び医療機器の管理を適正に行わなければなりません。
- ・ 当該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りません。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、通所リハビリデイ従業者に周知徹底を図ること。
 - ② 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 事業所において、通所リハビリデイ従業者に対し、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。

【ポイント】

- ア 従業員に対し健康診断等を実施し、健康状態について把握してください。
 - イ 食事の提供を行う場合には、食中毒対策が必要です。
 - ウ 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、基準では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ありません。なお、当該義務付けの運用に当たっては、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。
 - エ 入浴を行う場合には、レジオネラ症等の感染症対策が必要です。
- ※定期的な教育を行うとともに、新規採用時には必ず感染症対策研修を実施することが重要です。また、研修の実施内容については記録が必要です。

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

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

(8) 掲示

事業所の利用者が見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、利用料その他のサービスの選択に資すると認められる重要事項（苦情処理の概要等）を掲示しなければなりません。

事業所の見やすい場所とは、重要事項を伝えるべき介護サービスの利用申込者、利用者又はその家族に対して見やすい場所のことです。

重要事項を記載した書面を事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、掲示に代えることができます。重要事項を記載したファイル等を介護サービスの利用申込者、利用者又はその家族等が自由に閲覧可能な形で、事業所内に備え付けることで構いません。

【ポイント】

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

→ 「内容及び手続きの説明及び同意」参照

(9) 秘密保持等

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

【ポイント】

ア 過去に従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければなりません。

※「必要な措置」とは

→従業者でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨に従業者の雇用時等に取り決め、例えば違約金についての定めを置くなどの措置を講ずるべきとされています。

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

ウ 個人情報保護法の遵守について

「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」等が厚生労働省等から出されています。詳細は、インターネットに掲載しています。

【指導事例】

- ・秘密保持に関する誓約書を徴していない従業者がいた。
- ・個人情報使用同意書を利用者から得ていなかった。

(10) 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止

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

【ポイント】

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

(11) 苦情処理

提供した通所リハビリテーションサービスに関する利用者及びその家族からの苦情に、迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の**必要な措置**を講じなければなりません。

<事業所が苦情を受けた場合>

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

<市町村に苦情があった場合>

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

<国保連に苦情があった場合>

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

【ポイント】

<利用者からの苦情に対応するための必要な措置>

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

<苦情に対するその後の措置>

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

(12) 地域との連携等

- 事業者は、その事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければなりません。
- 事業者は、その事業の運営に当たっては、提供した通所リハビリテーションに関する利用者からの苦情に関して、市等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市が実施する事業に協力するよう努めなければなりません。
- 事業者は、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りません。

【ポイント】

- ア 指定リハビリテーションの事業が地域に開かれた事業として行われるよう、事業者は、地域の住民やボランティア団体等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければなりません。
- イ 介護サービス相談員を派遣する事業を積極的に受け入れる等、市との密接な連携に努めてください。なお、「市が実施する事業」には、広く市が老人クラブ、婦人会その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業が含まれます。
- ウ 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

シヨンの提供を行うよう努めてください。高齢者向け集合住宅等と同一の建物に所在する指定通所リハビリテーション事業所が当該高齢者向け集合住宅等に居住する要介護者に指定通所リハビリテーションを提供する場合、当該高齢者向け集合住宅等に居住する要介護者のみを対象としたサービス提供が行われないう、第9条（提供拒否）の正当な理由がある場合を除き、地域包括ケア推進の観点から地域の要介護者にもサービス提供を行うよう努めなければなりません。

(13) 事故発生時の対応

<実際に事故が起きた場合>

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

<事故になるのを未然に防ぐ>

- ・ 事故原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。
- ・ 事故に至らなかったが介護事故が発生しそうになった場合（ヒヤリ・ハット事例）及び現状を放置しておくこと介護事故に結びつく可能性が高いものについて事前に情報を収集し、未然防止対策を講じます。

【ポイント】

- ア 事故が起きた場合の連絡先・連絡方法について、事業所で定め、従業員に周知してください。
- イ 少なくとも事業所が所在する市町村については、どのような事故が起きた場合に市町村に報告する必要があるか把握してください。
- ウ 事業所における損害賠償の方法（保険に加入している場合にはその内容）について把握してください。
- エ 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業員に周知徹底する体制を整備してください。

（具体的に想定されること）

- ・ 介護事故等について報告するための様式を整備する。
- ・ 介護職員その他の従業者は、介護事故等の発生、又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに、イの様式に従い介護事故等について報告すること。
- ・ 事業所において、報告された事例を集計し、分析すること。
- ・ 事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等を取りまとめ、防止策を検討すること。
- ・ 報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底すること。
- ・ 防止策を講じた後に、その効果について評価すること。

<事故報告書様式、報告取扱要領等の掲載場所>

「相模原市公式ホームページ」 <http://www.city.sagamihara.kanagawa.jp/>

→「申請書ダウンロード」

→「介護保険」

→「介護サービス事業者等における事故について」

(14) 会計の区分

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

○具体的な会計処理の方法等については、下記を参照してください。

- ・ 介護保険・高齢者保健福祉事業に係る社会福祉法人会計基準の取扱について（平成24年3月29日 老高発0329第1号）

- ・介護保険の給付対象事業における会計の区分について(平成13年3月28日 老振発第18号)
- ・指定介護老人福祉施設等に係る会計処理等の取扱いについて(平成12年3月10日 老計第8号)

(15) 虐待の防止

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

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

【ポイント】

ア 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、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りません。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てください。

・虐待の未然防止

事業者は高齢者の尊厳の保持・人格の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ります。同様に、従業者が高齢者虐待防止法等に規定する要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す。

・虐待等の早期発見

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、市の通報窓口の周知等）がとられることが望ましいです。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、速やかに市の窓口へ通報される必要があり、事業者は当該通報の手続が迅速かつ適切に行われ、市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。

イ 当該義務付けの適用に当たっては、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。

(16) 記録の整備

従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければなりません。

記録の保存期間については、記録の種類に応じて次に掲げる期間の保存が必要です。

(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	指定通所リハビリテーションの提供の完結の日から2年間又は介護給付費の受領の日から5年間のいずれか長い期間
(3)市町村への通知に係る記録 (4)苦情の内容等の記録 (5)事故に係る記録	指定通所リハビリテーションの提供の完結の日から2年間
(6)介護給付費の請求、受領等に係る書類 (7)利用者から支払を受ける利用料の請求、受領等に係る書類 (8)従業者の勤務の実績に関する記録 (9)その他市長が特に必要と認める記録	介護給付費の受領の日から5年間

※提供の完結の日：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

【ポイント】

提供した個々のサービスの内容等の記録として、次の書類を整備しておきましょう。

- 1 重要事項説明書
- 2 契約書
- 3 各種計画書
- 4 アセスメントの記録
- 5 居宅サービス計画
- 6 業務日誌（サービス提供日、サービス提供開始時刻、サービス提供終了時刻、利用者名、サービス提供者名（職種ごとに記載）、サービス提供の状況（送迎、入浴、食事摂取、バイタル、レクリエーションの内容）等
- 7 記録（利用者の様子、目標等の達成状況、その他）
- 8 送迎記録
- 9 請求書・領収書の控え

(17) 暴力団排除

事業所は、その運営について、次に掲げるものから支配的な影響を受けてはなりません。

(1) 相模原市暴力団排除条例（平成23年相模原市条例第31号。以下「暴力団排除条例」という。）

第2条第2号に規定する暴力団

その団体の構成員（その団体の構成団体の構成員を含む。）が集団的に又は常習的に暴力的不法行為等を行うことを助長するおそれがある団体をいいます。

(2) 暴力団員等

暴力団員（暴力団の構成員をいう。以下同じ。）又は暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者をいいます。

(3) 暴力団排除条例第2条第5号に規定する暴力団経営支配法人等

法人その他の団体でその役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人その他の団体に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。）のうちに暴力団員等に該当する者があるもの及び暴力団員等が出資、融資、取引その他の関係を通じてその事業活動に支配的な影響力を有するものをいいます。

(4) 暴力団排除条例第7条に規定する暴力団員等と密接な関係を有すると認められるもの

法人その他の団体にあつては、その役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいう。）が暴力団員等と密接な関係を有するものをいいます。

VI 介護報酬請求上の注意点について

1 通所リハビリテーション費・介護予防通所リハビリテーション費

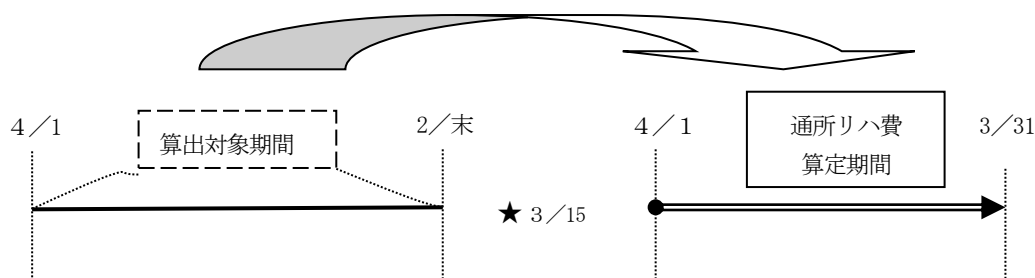
(1) 事業所規模による通所リハビリテーション費

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

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



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



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

【注意！】

- 区分が変わる場合には、利用料（利用者負担分）も変わるため、事前に利用者に対して説明し、同意を得ることが必要です。
- 事業所規模が変更になる場合については、必ず市に届出が必要です（毎年3/15必着）。
市に届け出ている事業所規模に対応した請求コード（サービスコード）で報酬を請求する必要があります。

【ポイント】事業所規模の計算方法について

1 基本的な考え方

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

→ 例えば、平成27年度の事業所規模は、平成26年度の利用者数によって決まります。

- 既存の事業者が事業所の規模を判断する際には、前年度の4月から2月までのうち通所リハビリテーション費を算定している各月の利用者数の合計を月数(11ヶ月)で割って計算します。
- 前年度の実績が6月未満の事業者(新規開設等を含みます)や年度が変わる際に前年度から定員を25%以上変更して事業を実施しようとする事業者については、利用定員の90%を1日当たりの利用者数とし営業日数を掛けて計算します。

※「定員を25%以上変更する場合」とは、4月1日から変更する場合のみが該当し、例えば年度途中の9月1日から定員を25%以上変更する場合などは、事業所規模の変更はできません。

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

2 介護予防通所リハビリテーション事業と一体的に行っている場合について

- ① 指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定も併せて受けている場合に、これらの事業を一体的に実施しているケースでは、介護予防通所リハビリテーションの前年度の1月当たりの平均利用延人員数も含めて計算します。
- ② 介護予防通所リハビリテーションの利用者数を加える際には、延人員数にサービス提供時間に応じた係数を乗じたものを加えることもできますし、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えることもできます。

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

※介護予防通所リハビリテーションと一体的に実施されず、実態として両事業が分離されて実施されている場合には、介護予防通所リハビリテーションの利用者数は含めません。

3 同一事業所で2単位以上の通所リハビリテーションを行っている場合について

同一事業所で2単位以上の通所リハビリテーションを行っている場合については、全ての単位の利用者数の合計を基に計算します。

4 暫定ケアプランによりサービス提供を受けている場合について

新規に要介護認定を申請中の方が、いわゆる暫定ケアプランによりサービス提供を受けている場合は、月平均延利用者の計算の際には含めません。

5 サービス提供時間別の報酬区分等に応じた計算方法について

- ① 「6時間以上8時間未満の介護報酬を算定している利用者」については、利用者数をそのまま計算します。
- ② 「4時間以上6時間未満の介護報酬を算定している利用者」については、利用者数に3/4を掛けて計算します(4人の利用者を3人として扱う)。
- ③ 「3時間以上4時間未満の報酬を算定している利用者(2時間以上3時間未満の報酬を算定している利用者を含む)」については、利用者数に1/2を掛けて計算します(2人の利用者を1人として扱う)。
- ④ 「1時間以上2時間未満の報酬を算定している利用者」については、利用者数に1/4を掛けて計算します(4人の利用者を1人として扱う)。

6 正月等を除き毎日事業を実施している事業所の場合について

正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施している事業所の計算方法については、利用延人員数に6/7を掛けた人数により、1月当たりの平均延利用者数を計算します。

(2) 所要時間について

通所リハビリテーション費については、所要時間による区分により算定されるものですが、この「所要時間による区分」については、現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容のサービスを行うための標準的な時間によることとされています。

そのため、単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、通所リハビリテーションのサービスが提供されているとは認められないため、この場合は当初計画に位置付けられた所要時間に応じた所定単位数が算定されます(家族等の出迎え等までの間の「預かり」サービスについては、利用者から別途利用料を徴収して差し支えありません)。

また、通所リハビリテーションを行うのに要する時間には、送迎時間は含まれません。

○ 平成27年4月から、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)に要する時間を、通所リハビリテーションの所要時間に含めることができるようになりました。

・ 次の要件をいずれも満たす場合であって、1日30分以内を限度とします。

① 居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に位置付けた上で実施する場合

② 送迎時に居宅内の介助等を行う者が、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、1級課程修了者、介護職員初任者研修修了者(2級課程修了者を含む)又は当該事業所における勤続年数と同一法人の経営する他の介護サービス事業所、医療機関、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員としての勤続年数の合計が3年以上の介護職員である場合

○ 平成24年3月16日国Q&Aにより、

① サービス提供の開始・終了については、利用者により異なっても良いこと

② 長い時間の単位が設定されている場合、それより短い単位については必要性があれば算定可能であること

が明確にされたため、基準上必要とされる人員配置を行っていれば、早く到着した利用者から順次、サービス提供を開始することが可能です。なお、開始及び終了時刻が揃わない場合であっても、送迎は事業所が責任を持って行ってください。

●厚生労働省「介護サービス関係Q&A」

(問) サービスの提供開始や終了は同一単位の利用者について同時に行わなければならないのか。

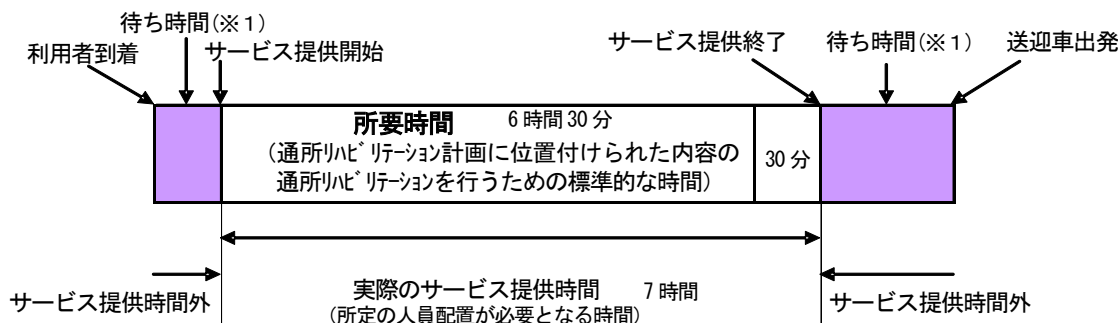
(答) サービスの提供にあたっては、利用者ごとに定めた通所サービス計画における通所サービスの内容、利用当日のサービスの提供状況、家族の出迎え等の都合で、サービス提供の開始・終了のタイミングが利用者ごとに前後することはあり得るものであり、また、そもそも単位内で提供時間の異なる利用者も存在し得るところである。報酬の対象となるのは実際に事業所にいた時間ではなく、通所サービス計画に定められた標準的な時間であるとしているところであり、サービス提供開始時刻や終了時刻を同時にしなければならないというものではない。

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

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

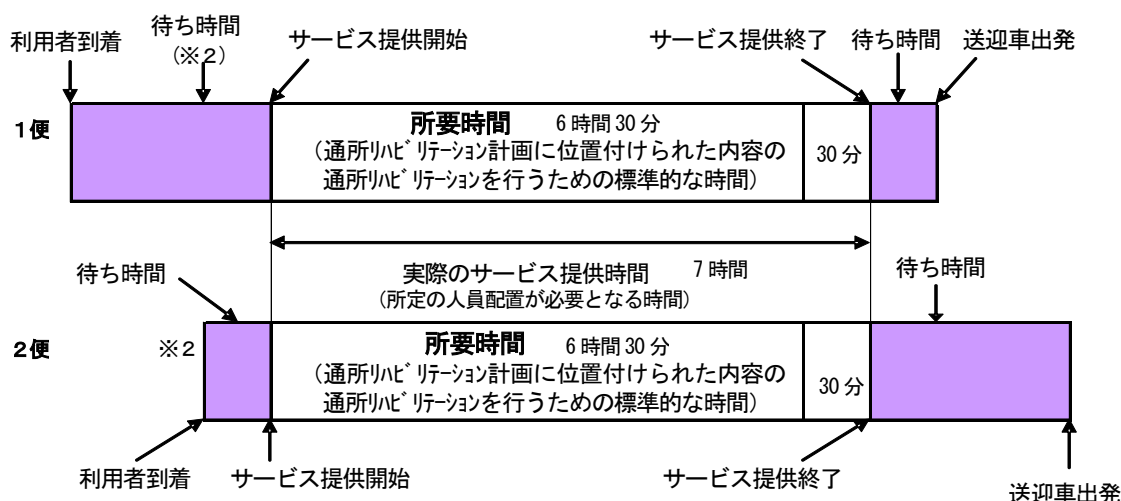
【所要時間の考え方】

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



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

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



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

●厚生労働省「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A」(Vol.6)

○ 算定の基準について

(問1) シーティングとして、医師の指示の下に理学療法士等が、椅子や車椅子等上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、利用者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合に、介護報酬上におけるリハビリテーションの実施時間に含めることは可能か。

(答) 可能。この場合のシーティングとは、椅子や車椅子等上での姿勢保持が困難なため、食事摂取等の日常生活動作の能力の低下をきたした利用者に対し、理学療法士等が、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、利用者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行うことをいい、単なる離床目的で椅子や車椅子等上の座位をとらせる場合は該当しない。またシーティング技術を活用して車椅子ではなく、椅子やテーブル等の環境を整えることで、「椅子に座る」ことが望ましい。なお、シーティングの実務については「高齢者の適切なケアとシーティングに関する手引き」を参考とすること。

<参考：「高齢者の適切なケアとシーティングに関する手引き」(令和2年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業「車椅子における座位保持等と身体拘束との関係についての調査研究」高齢者の適切なケアとシーティングに係る検討委員会、令和3年3月)>

1.1 高齢者ケアにおけるシーティングとは

高齢者ケアにおけるシーティングを、「体幹機能や座位保持機能が低下した高齢者が、ここに臨む活動や参加を実現し、自立を促すために、椅子や車椅子等に快適に座るための支援であり、その支援を通して、高齢者の尊厳ある自立した生活の保障を目指すもの」と定義します。

【指導事例】

- ・ サービス提供時間が、サービス開始時刻以前又はサービス終了時刻以後の単なる待ち時間を含めて6時間ちょうどであったが、6-7で請求していた。
→待ち時間を除くと6時間に満たなかったため、5-6の単位で過誤調整することになった。
- ・ 朝の渋滞等により送迎に時間がかかり、恒常的にプログラム開始が遅れ、サービス提供時間が6時間に満たなかったにも関わらず、6-7の単位で請求していた。
→5-6の単位で過誤調整することになった。

(3) 定員超過による減算

単位ごとに、月平均の利用者数が利用定員を超えた場合、通所リハビリテーション費、介護予防通所リハビリテーション費は、次の月の利用者全員について所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数で算定します。

【注意！！】

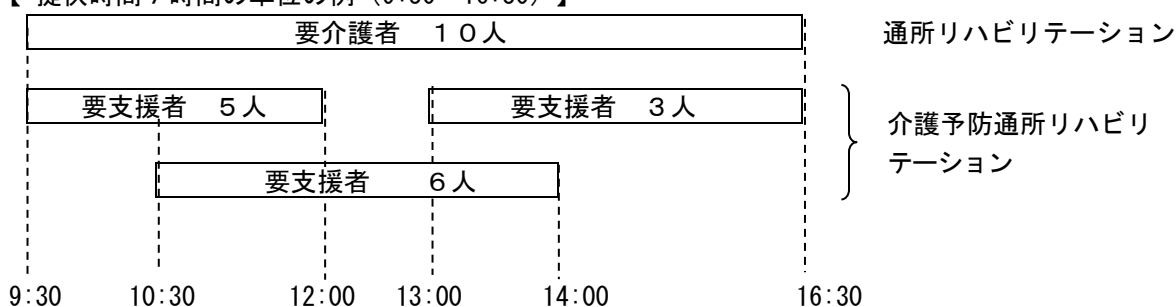
月平均で利用定員を超えなければ減算にはなりません、1日でも利用定員を超えれば運営基準違反です。「減算にならないければよい」といった考え方で事業所の運営をしないようにしてください。

【ポイント】利用者数の算出方法について

① 日ごとの最大利用者数の算出方法

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

【提供時間7時間の単位の例（9:30～16:30）】



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

➡ この日の「利用者数」は、この日最大利用者数の21人となります。

② 平均の利用者数の算出方法

次に、次ページの表によって、月平均利用者数を算出します。

【ポイント】

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

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

<月平均利用者数>

- 次の該当する欄に数字を入れてください。
- 単位ごとに作成してください。

令和 年 月分 単位目

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

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

備考： ① 営業していない日については斜線等を引いてください。
 ② 要支援の利用者については、その日の延べ人数か、サービスを受けている要支援の利用者が最も多い時間帯の利用者数で計算します。
 ※要介護者以外の自費負担による通所リハビリテーションサービスの利用者がある場合については、当該利用者も含め利用者合計数を算出します。

<チェック！>

- ①利用定員の遵守 … 各サービス提供日の利用者合計数(c) が定員(d) を超えていませんか。
 - ②減算の有無 … 月平均利用者数(f) が定員(d) を超えていませんか？
- 超えている場合、当該月の次の月の介護報酬について減算する必要があります。

(4) 利用者の体調不良等のやむを得ない事由によるサービス提供時間の短縮

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

【質問事例】

Q：7－8の事業所だが、ある日、利用者の具合が悪くなり、5時間で早退した場合、算定はどのようにすれば良いか。

A：当初通所リハビリテーション計画に位置付けられていた時間で算定しても可能です。ただし、利用者の負担を考慮して、事業所の判断で、実際の時間分（5－6）で請求することも可能です。

Q：利用者が朝事業所に来たところ、具合が悪く、通所リハビリテーションは無理と判断し、早急に帰宅させた。計画通り算定して良いか。

A：通所リハビリテーションのサービスが提供されたとはいえないため、キャンセル扱いで対応してください。

●厚生労働省「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.3)」

(問26) 「当日の利用者の心身の状況から、実際の通所サービスの提供が通所サービス計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には通所サービス計画上の単位数を算定して差し支えない。」とされているが、具体的にどのような内容なのか。

(答) 通所介護サービスの所要時間については、現に要した時間ではなく、通所サービス計画に位置付けられた内容の通所サービスを行なうための標準的な時間によることとされている。

こうした趣旨を踏まえ、例えば8時間以上9時間未満のサービスの通所介護計画を作成していた場合において、当日サービス提供途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず7時間30分でサービス提供を中止した場合に、当初の通所介護計画による所定単位数を算定してもよいとした。(ただし、利用者負担の軽減の観点から、通所介護計画を変更した上で7時間以上8時間未満の所定単位数を算定してもよい。)

こうした取扱いは、サービスのプログラムが個々に利用者に応じ作成され、当該プログラムに従って、単位ごとに効果的に実施されている事業所において行われることを想定しており、限定的に適用されるものである。当初の通所介護計画に位置付けられた時間よりも大きく短縮した場合は、当初の通所介護計画を変更し、再作成されるべきであり、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。

(例) 通所介護計画上7時間以上8時間未満の通所介護を行う予定であった利用者について

①利用者が定期健診などのために当日に併設保険医療機関の受診を希望することにより6時間程度のサービスを行なった場合には、利用者の当日の希望を踏まえて当初の通所介護計画を変更し、再作成されるべきであり、6時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。

②利用者の当日の希望により3時間程度の入浴のみサービスを行なった場合には、利用者の当日の希望を踏まえて当初の通所サービス計画を変更し、再作成するべきであり、3時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。

③当日サービス提供途中で利用者が体調を崩したためやむを得ず2時間程度でサービス提供を中止した場合、当初の通所サービス計画を変更し、再作成されるべきであり、2時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。

(※所要時間2時間以上3時間未満の区分は、心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難である利用者に対して算定するものであるが、当日の利用者の心身の状況から、実際の通所サービスの提供が通所サービス計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合は、通所サービス計画を変更の上、同区分での算定を行うこととしても差し支えない。

④ 当日サービス提供途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず1時間程度でサービス提供を中止した場合、これに対応する所要時間区分がないため、通所介護費を算定できない。

(5) サービス提供時間中の中断

○医療機関の受診について

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

【ポイント】

通所リハビリテーションの利用中に、緊急やむを得ない理由により医療機関を受診した場合は、医療機関における保険請求が優先されるため、通所リハビリテーションについては変更後の所要時間（医療機関での受診時間等を除いた時間）に応じた所定単位数を算定しなければなりません。

○通所リハビリテーション利用時の理美容サービスの利用について

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

(6) 他のサービスとの関係

利用者が次のサービスを受けている間は通所リハビリテーション費の算定はできません。

- (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
- 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
- 看護小規模多機能型居宅介護

(7) 介護予防通所リハビリテーション費（定額制）

介護予防通所リハビリテーション費については、通所リハビリテーション費とは異なり、サービス提供時間に応じた評価ではなく、月あたりの定額払いです。

日常生活上の支援などの「共通サービス」と、運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上の「選択的サービス」に分け、それぞれについて月単位の定額報酬となります。

(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。

【ポイント】

介護予防通所リハビリテーションについては、複数の事業所を利用することはできません。1つの事業所を選択する必要があります。（厚労告127別表7注8）

●厚生労働省「介護サービス関係Q&A」

（問）介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションを、それぞれ週1回ずつ利用する等、同時に利用することは可能か。

（答）地域包括支援センターが、利用者のニーズを踏まえ、適切にマネジメントを行って、計画に位置付けることから、基本的には、介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションのいずれか一方が選択されることとなり、両者が同時に提供されることは想定していない。

◆介護予防通所リハビリテーションのサービス提供記録について

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

○報酬の日割り計算について

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付けられた単位数を算定することとし、日割り計算は行いません。

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

<日割りの対象となる場合の事由と起算日>

月額報酬対象サービス		事由	起算日
介護予防通所リハ ※介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型を含む	開始	・区分変更（要支援1⇔要支援2）	変更日
		・区分変更（要介護→要支援） ・サービス事業所の変更 （同一保険者内・同一サービス種類のみ） ・事業開始（指定有効期間開始） ・事業所指定効力停止の解除	契約日
		・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居（同一保険者内のみ）	退居日の翌日
		・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除（同一保険者内のみ）	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（同一保険者内のみ）	退居日の翌日
		・区分変更（要支援1⇔要支援2）	変更日
	終了※	・区分変更（要支援→要介護） ・サービス事業所の変更 （同一保険者内・同一サービス種類のみ） ・事業廃止（指定有効期間満了） ・事業所指定効力停止の開始	契約解除日 (廃止・満了日) (開始日)
		・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居	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（同一保険者内のみ）	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（同一保険者内のみ）	入所日の前日

※終了の起算日は、引き続き月途中からの開始事由がある場合についてはその前日となる。

・加算（月額）部分に対する日割り計算は行いません。

・公費の適用期間は、公費適用の有効期間の開始日から終了日までが算定対象となります。

(8) 職員の人員欠如による減算

- 人員基準欠如に対しての介護給付費の減額に関する規定は、適正なサービスの提供を確保するために介護給付費の減額を行うことを明確にしたものであり、新たに、事業所は職員の人員基準欠如の未然防止を図るよう努めるものとされました。
- 市長は、著しい人員基準欠如が継続する場合には、職員の増員、利用定員等の見直し、事業の休止等を指導すること、当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合をのぞき、指定の取消を検討することはこれまでのとおりです。
- 単位ごとに、月平均で人員基準に定める員数の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員を置いていない状況で行われた場合、通所リハビリテーション費、介護予防通所リハビリテーション費は、所定単位数に70/100を乗じて得た単位数で算定します。

<具体的な計算の方法>

①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

その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について減算されます。

(医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員の算定式)

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

(介護職員の算定式)

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

②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

その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について減算されます(ただし、翌月の末日において人員基準を満たす場合を除きます)。

(医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員の算定式)

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

(介護職員の算定式)

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

(9) 送迎減算について

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

●厚生労働省「介護サービス関係Q&A」

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

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

(答) 送迎減算の有無に関しては、個別サービス計画上、送迎が往復か片道かを位置付けさせた上で、実際の送迎の有無を確認の上、送迎を行っていない場合は減算となる。

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

(答) 徒歩での送迎は、減算の対象にはならない。

(問) 指定通所介護事業所等の設備を利用した夜間及び深夜の指定通所介護等以外のサービス(宿泊サービス)を連続して利用する場合に、初日と最終日を除き、行き帰りの送迎を実施しないことになるが、送迎減算(47単位×2)と同一建物減算(94単位)のどちらが適用されるのか。

(答) 同一建物減算(94単位)については、事業所と同一建物に居住する者又は事業所と同一建物から事業所に通う者について適用するものであるため、当該事案は送迎減算(47単位×2)が適用される。なお、初日と最終日についても片道の送迎を実施していないことから、送迎減算(47単位)が適用される。

(厚生労働省「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.4)」)

○送迎の実施について【介護予防通所リハビリテーション】

(問)

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

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

【ポイント】

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

(10) 介護予防通所リハビリテーションの12月を超える減算

厚労告127別表5イ注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。

要支援1	20単位
要支援2	40単位

<留意事項>

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。

(厚生労働省「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3)」)

○ 利用開始した月から12月を超えた場合の減算

(問121)

Q 介護予防訪問・介護予防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に変更となった場合の取扱如何。

A 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。

(厚生労働省「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 6)」)

○ 利用開始した月から12月を超えた場合の減算

(問4)

Q 介護予防訪問・介護予防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。

A 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。

(11) 利用者の住居と同一建物に所在する事業所に対する減算

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同一建物から当該事業所に通う者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、減算となります。

<通所リハビリテーション>

所定単位数から94単位/日を減じた単位数で算定

<介護予防通所リハビリテーション>

所定単位数から 要支援1：376単位/月を減じた単位数で算定

要支援2：752単位/月を減じた単位数で算定

◆減算される利用者

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

【留意点】

・「同一建物」の定義

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事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は該当しません。また、ここでいう同一建物については、当該建築物の管理運営法人が通所リハビリテーション事業者と異なる場合であっても該当します。

・例外的に減算対象とならない場合

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りません。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通所リハビリテーション事業所との間の往復の移動を介助した場合に限られます。

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し、移動介助者及び移動介助時の利用者の様子等について、記録しなければなりません。

●厚生労働省「介護サービス関係Q&A」

(問) 「建物の構造上自力での通所が困難」とは、具体的にどのような場合か。

(答) 当該建物にエレベーターがない又は故障中の場合を指す。

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

(1) 月途中で要支援から要介護（又は要介護から要支援）に変更した場合

(2) 月途中で同一建物から転居し、事業所を変更した場合

(3) 月途中で要支援状態区分が変更した場合

(答) (1)及び(2)は、要支援状態区分に応じた送迎に係る減算の単位数を基本サービス費から減算する。(3)は、変更前の要支援状態区分に応じた送迎に係る単位数を減算する。ただし、(1)及び(2)において、減算によりマイナスが生じる場合は、基本サービス費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

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

⇒0単位とする。

2 加算

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

加算名	通所 リハビリテーション	介護予防通所 リハビリテーション	市への 届出
(1) 3%加算	○		必要
(2) 理学療法士等体制強化加算	○		不要
(3) 延長加算	○		必要
(4) リハビリテーション提供体制加算	○		必要
(5) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	○	○	不要
(6) 入浴介助加算	○		必要
(7) リハビリテーションマネジメント加算	○	○	必要
(8) 短期集中個別リハビリテーション実施加算	○		必要
(9) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	○		必要
(10) 生活行為向上リハビリテーション実施加算	○	○	必要
(11) 栄養アセスメント加算	○	○	必要
(12) 若年性認知症利用者受入加算	○	○	必要
(13) 栄養改善加算	○	○	必要
(14) 口腔・栄養スクリーニング加算	○	○	不要
(15) 口腔機能向上加算	○	○	必要
(16) 重度療養管理加算	○		不要
(17) 科学的介護推進体制加算	○	○	必要
(18) 中重度ケア体制加算	○		必要
(19) 移行支援加算	○		必要
(20) サービス提供体制強化加算	○	○	必要
(21) 運動器機能向上加算		○	必要
(22) 選択的サービス複数実施加算		○	必要
(23) 事業所評価加算		○	必要
(24) 介護職員処遇改善加算	○	○	必要
(25) 介護職員特定処遇改善加算	○	○	必要
(26) 介護職員等ベースアップ等支援加算	○	○	必要

※○…加算の制度があるもの

斜線…加算の制度がないもの

◆加算に係るサービス・選択的サービスを行う職員等の兼務について◆

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

<兼務可能な例>

- 通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションの口腔機能向上サービスを担当する看護職員
- 通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションの栄養改善サービスを担当する管理栄養士

●厚生労働省「介護サービス関係Q&A」

(問) 各加算に関する計画書はそれぞれ必要か。既存の介護予防通所介護・通所リハビリテーションサービス計画書の中に入れてもよいか。また、サービス計画書の参考様式等は作成しないのか。

(答) 各加算の計画書の様式は特に問わず、介護予防通所介護・通所リハビリテーションサービス計画書と一体的に作成する場合でも、当該加算に係る部分が明確に判断できれば差し支えない。

【重要！】

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

(1) 3%加算

厚労告19別表7注2

※通所リハビリテーションのみ

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。

(2) 理学療法士等体制強化加算

厚労告19別表7注3

30単位/日 ※通所リハビリテーションのみ

1時間以上2時間未満のサービス提供を行っている場合について、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加算します。

●厚生労働省「介護サービス関係Q&A」

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

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

(3) 延長加算

厚労告19別表7注4

※通所リハビリテーションのみ

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

所要時間7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションを算定した場合のみ算定可能です。

<留意事項>

① 当該加算は、所要時間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指定通所リハビリテーション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す。

例えば、8時間の指定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や、8時間の指定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単位を算定します。

② 当該加算は指定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時間の指定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、指定通所リハビリテーションと延長サービスの通算時間は9時間であり、1時間分（時間＝9時間－8時間）の延長サービスとして50単位を算定します。

- ③ 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す。

【ポイント】

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

【厚生労働省「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（V o l . 3）（令和3年3月26日）」】

○ 延長加算

（問28）サービス提供時間の終了後から延長加算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時間以上から算定科の上ある。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。

○ 延長サービスに係る利用料

（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、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

イ 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。

ロ 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。

(4) リハビリテーション提供体制加算

厚労告19別表7注5

※通所リハビリテーションのみ

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市長に届け出た指定通所リハビリテーション事業所については、リハビリテーション提供体制加算として、通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容の指定通所リハビリテーションを行うのに要する標準的な時間に応じ、それぞれ次に掲げる単位数を所定単位数に加算できます。

- イ 所要時間3時間以上4時間未満の場合 12単位
- ロ 所要時間4時間以上5時間未満の場合 16単位
- ハ 所要時間5時間以上6時間未満の場合 20単位
- ニ 所要時間6時間以上7時間未満の場合 24単位
- ホ 所要時間7時間以上の場合 28単位

○厚生労働大臣が定める基準

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

<留意事項>

「当該事業所の利用者の数」とは、指定通所リハビリテーション事業者と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、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をいいます。

（厚生労働省「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）」）

○ リハビリテーション提供体制加算

（問）

Q 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いれれば良いということか。

A 貴見のとおり。

(5) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

<通所リハビリテーション>

厚告19別表7注5

<介護予防通所リハビリテーション>厚労告127別表5注2所定単位数の100分5に相当する単位数

別に厚生労働大臣が定める地域^{*}に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、指定（介護予防）通所リハビリテーションを行った場合は、1回につき所定単位数の100分の5に相当する単位数を所定単位数に加算します。

※本県内での該当地域は次のとおりです。

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

<留意事項>

当該加算を算定する利用者については、基準省令第119条（第96条準用）、予防基準省令第118条の2に規定する交通費の支払いを受けることはできません。

(6) 入浴介助加算

厚告19別表7注6

イ 入浴介助加算(Ⅰ) 40単位/日

ロ 入浴介助加算(Ⅱ) 60単位/日

※通所リハビリテーションのみ

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市長に届け出て当該基準に掲げる区分に従い、1日につき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。

○厚生労働大臣が定める基準

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。

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、介護支援専門員等（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。この際、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、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、利用者の身体の状況、訪問により把握した当該利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた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にて、入浴介助を行うこと。

<留意事項>

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、身体に直接接触する介助を行わなかった場合についても、加算の対象となるものであること。

なお、この場合の入浴には、利用者の自立生活を支援する上で最適と考えられる入浴手法が、部分浴（シャワー浴）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)の算定に関係する者は、利用者の状態に応じ、自身で又は家族・訪問介護員等の介助により尊厳を保持しつつ入浴ができるようになるためには、どのような介護技術を用いて行うことが適切であるかを念頭に置いた上で、a～cを実施する。

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

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

(※) 当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが難しいと判断した場合は、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、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のものとして差し支えない。また、入浴介助を行う際は、関係計画等の達成状況や利用者の状態をふまえて、自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、必要な介護技術の習得に努め、これを用いて行われるものであること。なお、必要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。

(厚生労働省「令和3年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 8)」)

○ 入浴介助加算(Ⅱ)

(問1) 入浴介助加算(Ⅱ)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にほか、共同の浴室を使用する場合含む。))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あつては、以下イ～ホ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。

イ 通所リハビリテーション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。

ロ 通所リハビリテーション事業所において、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。

ハ 通所リハビリテーション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、その記載をもって別の入浴計画の作成に代えることができるものとする。

ニ 個別の入浴計画に基づき、通所リハビリテーション事業所において、入浴介助を行う。

ホ 入浴設備の導入や心身機能の回復等により、通所リハビリテーション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。

(問3) 入浴介助加算(Ⅱ)については、算定に当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道められた場合に再評価や個別の入浴計画の見直しを行うこととする。

(問4) 入浴介助加算(Ⅱ)では、個別の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、

入浴介助を行うこととなっているが、この場合の入浴介助とは具体的にどのような介助を想定しているのか。
 (答) 利用者の入浴に係る自立を図る観点から、入浴に係る一連の動作のうち、利用者が自身の身体機能のみを活用し行うことができる動作については、引き続き実施できるよう見守りの援助を、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(Ⅱ)の算定にあたっての関係者は、利用者の尊厳の保持に配慮し、その状態に応じ、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：利用者の乗田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、浴槽に足を入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、浴槽から足を出す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(Ⅱ)については、個浴その他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。

(7) リハビリテーションマネジメント加算

厚告19別表7注8

※通所リハビリテーションのみ

通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)については、3月に1回を限度として算定することとし、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できません。

リハビリテーションマネジメント加算（A）イ	
(1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して <u>6月以内</u>	560単位／月
(2) 当該日の属する月から起算して <u>6月を超えた期間</u>	240単位／月
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 <u>6月以内</u>	593単位／月
(2) 当該日の属する月から起算して <u>6月を超えた期間</u>	273単位／月
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 <u>6月以内</u>	830単位／月
(2) 当該日の属する月から起算して <u>6月を超えた期間</u>	510単位／月
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 <u>6月以内</u>	863単位／月
(2) 当該日の属する月から起算して <u>6月を超えた期間</u>	543単位／月

○厚生労働大臣が定める基準

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、当該指示に内容が(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、当該会議の内容を記録すること。
- (4) 通所リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告すること。
- (5) 通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6か月以内の場合にあっては1か月に1回以上、6か月を超えた場合にあっては3か月に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) 以下の①②のいずれかに適合すること。
 - ◇ 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。
 - ◇ 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 次の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 次の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 次の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。

<留意事項>

- ① リハビリテーションマネジメント加算は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として実施されるものであり、リハビリテーションの質の向上を図るため、利用者の状態や生活環境等を踏まえた多職種協働による通所リハビリテーション計画の作成、当該計画に基づく適切なリハビリテーションの提供、当該提供内容の評価とその結果を踏まえた当該計画の見直し等といったSPDCAサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものです。
- 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います。
- 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のため、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す。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してください。
- ④ 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してください。

ただし、当該期間以降であっても、リハビリテーション会議を開催し、利用者の急性増悪等により引き続き月に1回以上、当該会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、当該計画を見直していく必要性が高いことを利用者若しくは家族並びに構成員が合意した場合、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)を再算定できます。

- 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します。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してください。
- 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回の頻度で構いません。
- 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。

(厚生労働省「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 2)」)

○ リハビリテーションマネジメント加算

(問1)

Q 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、利用者又はその家族に対して、電話等による説明でもよいのか。

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

ただし、利用者に対する同意については、書面等で直接行うこと。

(問2)

Q 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。

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

(問3)

Q 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。

A 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に含めない。

(問4)

Q 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が可能か。

A 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。

(問5)

Q 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。

- A 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が位置づけられている場合であって、それぞれの事業所が主体となって、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実施しても差し支えない。

(問6)

- Q 「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。

- A 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。

(問7)

- Q 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。

- A 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、講成員のうち欠席者がいた場合には、当該会議終了後、速やかに欠席者と情報共有すること。

(問8)

- Q 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「医師が利用者又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、計画的な医学管理を行っている医師のどちらなのか。

- A リハビリテーション計画を作成した医師である。

(問9)

- Q 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。

- A 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なうものであることから、リハビリテーションマネジメント加算（B）が算定できる通所リハビリテーション計画を作成した場合は、継続的にリハビリテーションマネジメント加算（B）を、リハビリテーションマネジメント加算（A）が算定できる通所リハビリテーション計画を作成した場合は、継続的にリハビリテーションマネジメント加算（A）を、それぞれ取得することが望ましい。

(問10)

- Q 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あたって、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。

- A 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取り扱う。

(問 11)

Q 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。

A 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、言語聴覚療法の全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。

(問 13)

Q 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に対して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）の算定要件をみたすか。

A リハビリテーション会議のなか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は限ります。

(問 14)

Q 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。

A 含まれない。

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

(問 31)

Q 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よいか。

A 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。

リハビリテーションマネジメント加算の算定にあたっては、次の通知を必ずご確認ください。

厚生労働省ホームページ（平成30令和3年度介護報酬改定について）

(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/housyu/kaitei30.html)

■介護報酬改定に関する通知

➢ 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

➢ 別紙様式（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

(8) 短期集中個別リハビリテーション実施加算

厚告19別表7注9

1日につき110単位 ※通所リハビリテーションのみ

- 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、集中的な個別リハビリテーションを行った場合に1日につき110単位算定ができます。
- 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加算を算定している場合は、算定できません。

<留意事項>

- ・ 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。
- ・ 「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か月以内の期間に、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。

(9) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

厚告19別表7注9

※通所リハビリテーションのみ

別に厚生労働大臣が定める基準^{*1}に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準^{*2}に適合しているものとして市長に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、(I)についてはその退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に、(II)についてはその退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合に加算します。

ただし、(I)、(II)を併せて算定することはできません。また、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合には算定できません。

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)

退院(所)日又は通所開始日から起算して3か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 **240単位/1日につき**

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(II)

退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3か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 **1,920単位/1月につき**

○算定要件

※1 厚生労働大臣が定める基準

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)

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

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(II)

- (1) 1か月に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) リハビリテーションマネジメント加算(II)から(IV)までのいずれかを算定していること。

※2 厚生労働大臣が定める施設基準

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

<留意事項>

- ① 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、実施方法を定めようとして実施するものであること。
- ④ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)における通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、認知症を有する利用者の生活環境に対応したサービス提供ができる体制を整える必要があることから、利用者の生活環境をあらかじめ把握するため、当該利用者の居宅を訪問すること。
- ⑤ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)における通所リハビリテーション計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。
- ⑥ 本加算の対象となる利用者は、MMSE (Mini Mental State Examination) 又はHDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) においておおむね5点～25点に相当する者とするものであること。
- ⑦ 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえ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。

認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定にあたっては、次の通知を必ずご確認ください。

厚生労働省ホームページ(平成30年度介護報酬改定について)

(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/housyu/kaitei30.html)

■介護報酬改定に関する通知

- リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について
- 別紙様式(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)

●厚生労働省「介護サービス関係Q&A」

(問) 3月間の認知症短期集中リハビリテーションを行った後に、引き続き同一法人の他のサービスにおいて認知症短期集中リハビリテーションを実施した場合、算定は可能か。

(答) 同一法人の他のサービスにおいて実施した場合は算定できない。

(問) 3月間の実施期間中に入院等のために中断があり、再び同一事業所の利用を開始した場合、実施は可能か。

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

(問) 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。

(答) 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。

●厚生労働省「介護サービス関係Q&A」

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

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

(厚生労働省「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)」)

○ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

(問)

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

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

例えば、全国老人保健施設協会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション研修」、日本リハビリテーション病院・施設協会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション研修会」、全国デイ・ケア協会が主催する「通所リハ認知症研修会」が該当すると考えている。また、認知症診療に習熟し、かかりつけ医への助言、連携の推進等、地域の認知症医療体制構築を担う医師の養成を目的として、都道府県等が実施する「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。

(10) 生活行為向上リハビリテーション実施加算

<通所リハビリテーション>

厚告19別表7注10

<介護予防通所リハビリテーション>厚労告127別表5注3

通所リハビリテーション 1250単位/日

介護予防通所リハビリテーション 562単位/月

○ 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容を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1,250単位を加算する。

○ 通所リハビリテーション費においては、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、算定しません。

○算定要件

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

<留意事項>

- 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います。
- 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か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す。
- 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、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行うことが想定されていることに留意してください。
- 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よう留意してください。
- 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してください。
- ⑥ 本加算は、6か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、構成員に説明してください。
- 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ことに留意してください。

生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定にあたっては、次の通知を必ずご確認ください。

厚生労働省ホームページ（平成30年度介護報酬改定について）

（http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaiigo/kaiigo_koureisha/housyu/kaitai30.html）

■介護報酬改定に関する通知

- リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について
- 別紙様式（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）

●厚生労働省「介護サービス関係Q&A」

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

(答) 生活行為向上リハビリテーション実施加算は、生活行為の内容の充実を図るための目標を設定し、当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、利用者の有する能力の向上を計画的に支援することを評価するものである。入院等により、活動するための機能が低下し、医師が、生活行為の内容の充実を図るためのリハビリテーションの必要性を認めた場合に限り、入院前に利用していたサービス種別、事業所・施設にかかわらず、再度利用を開始した日から起算して新たに6月以内に限り算定できる。

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

(答) 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識や経験とは、例えば、日本作業療法士協会が実施する生活行為向上マネジメント研修を受講した際に得られる知識や経験が該当すると考えている。生活行為の内容の充実を図るための研修とは、①生活行為の考え方と見るべきポイント、②生活行為に関するニーズの把握方法③リハビリテーション実施計画の立案方法④計画立案の演習等のプログラムから構成され、生活行為向上リハビリテーションを実施する上で必要な講義や演習で構成されているものである。例えば、全国デイケア協会、全国老人保健施設協会、日本慢性期医療協会、日本リハビリテーション病院・施設協会が実施する「生活行為向上リハビリテーションに関する研修会」が該当すると考えている。

●国Q&A【平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol. 3)】

(問) 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) 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。

●国Q&A【令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol. 5)】

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

(答) 疾病等により生活機能が低下（通所リハビリテーション計画の直近の見直し時と比較して、ADLの評価であるBarthei Index又はIADLの評価であるFrenchay Activities Indexの値が低下したものに限り。）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。

(11) 栄養アセスメント加算

<通所リハビリテーション>

厚告19別表7注13

<介護予防通所リハビリテーション>厚労告127別表5ハ

50単位/月

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長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。

<留意点>

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

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

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

●国Q&A【令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol. 6)】

○ 栄養アセスメント加算について

(問2) 要件として定められた情報を「やむを得ない場合を除き、すべて提出すること」とされているが、「やむを得ない場合」とはどのような場合か。

(答) 科学的介護推進体制加算等と同様の取扱いであるため、令和3年介護報酬改定に関するQ&A(令和3年3月26日)(Vol. 3)問16を参考にされたい。

やむを得ない場合とは、例えば、通所サービスの利用者について、情報を提出すべき月において、当該月の中旬に評価を行う予定であったが、緊急で月初に入院することとなり、当該利用者について情報の提出ができなかった場合や、データを入力したにも関わらず、システムトラブル等により提出ができなかった場合等、利用者単位で情報の提出ができなかった場合がある。

また、提出する情報についても、例えば、全身状態が急速に悪化した入所者について、必須項目である体重等が測定できず、一部の情報しか提出ができなかった場合等であっても、施設の入所者全員に当該加算を算定することも可能である。

ただし、情報の提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。

●国Q&A【令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol. 10)】

(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、栄養アセスメントを行う事業所について、

- ・ 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、
- ・ 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。

(12) 若年性認知症利用者受入加算

<通所リハビリテーション>

厚告19別表7注12

<介護予防通所リハビリテーション>厚労告127別表5注4

通所リハビリテーション 60単位/日
介護予防通所リハビリテーション 240単位/月

受け入れた若年性認知症利用者（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条第6号に規定する初老期における認知症によって要介護者又は要支援者となった者をいう。）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った場合に算定します。

●厚生労働省「介護サービス関係Q&A」

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

(答) 65歳の誕生日の前々日までは対象である。

(問) 担当者とは何か。定めるに当たって担当者の資格要件はあるか。

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

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

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

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

(答) 本加算は65歳の誕生日の前々日までを対象であり、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。

(13) 栄養改善加算

<通所リハビリテーション> 厚告19別表7注14
<介護予防通所リハビリテーション> 厚労告127別表5ニ

通所リハビリテーション 200単位/回

介護予防通所リハビリテーション 200単位/月

低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、栄養改善サービスを行った場合は、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150単位を所定単位数に加算します。

ただし、栄養改善サービスの開始から3月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができます。

○算定要件

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（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「栄養ケア・ステーション」）との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。
- 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」）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 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

◆対象者（老企36第2の8(17)）

栄養改善加算を算定できる利用者は、次のイ～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基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者
- ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
- ニ 食事摂取量が不良（75%以下）である者
- ホ その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者

次のような問題を有する者については、上記イ～ホのいずれかに該当するかどうか、適宜確認すること。

口腔及び接触・嚥下機能の問題、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、認知症の問題、うつの問題

◆プロセス

①利用者ごとの低栄養状態のリスクを利用開始時に把握

②栄養ケア計画を作成

・管理栄養士が中心となって利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ栄養状態に関する解

決すべき課題の把握。

- ・ 医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同で作成。
 - ・ 栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、解決すべき栄養管理上の課題等に対し関連職種が共同して取り組むべき事項を記載。
- ③ 作成した計画については、栄養改善サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
 - ④ 栄養ケア計画に基づき、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
 - ⑤ 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。
 - ⑥ 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ヶ月毎に体重測定する等により、栄養状態の評価を行い、その結果を担当介護支援専門員や利用者の主治の医師に対して情報提供を行うこと。

【ポイント】

栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスの提供は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意してください。

（厚生労働省「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）」）

○ 栄養改善加算について

（問）

Q 対象となる「栄養ケア・ステーション」の範囲はどのようなものか。

A 公益社団法人日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養士会栄養ケア・ステーション」に限るものとする。

（問）

Q 通所サービスにおいて栄養改善加算を算定している者に対して管理栄養士による居宅療養管理指導を行うことは可能か。

A 管理栄養士による居宅療養管理指導は通院又は通所が困難な者が対象となるため、栄養改善加算の算定者等、通所サービス利用者に対して当該指導を行うことは想定されない。

（厚生労働省「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.5）」）

○ 栄養改善加算について

（問）

Q 平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）問34については、通所サービスの利用者のうち、栄養改善加算を算定した者に対しては、管理栄養士による居宅療養管理指導を算定することができないものと理解してよいか。

A 通所サービスで設けている「栄養改善加算」については、低栄養状態の改善等を目的として栄養ケア計画に基づき、利用者ごとに栄養食事相談等の栄養管理を行うものである。

一方、「管理栄養士による居宅療養管理指導」については、低栄養状態にある者や特別食を必要とする者に対して栄養ケア計画に基づき、利用者ごとに栄養食事相談等の栄養管理を行うものである。

したがって、栄養改善加算を算定した者に対して、低栄養状態を改善する等の観点で管理栄養士による居宅療養管理指導を行った場合、栄養管理の内容が重複するものと考えられるため、栄養改善加算を算定した者に対しては、管理栄養士による居宅療養管理指導を算定することができない。

（厚生労働省「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）」）

○ 栄養改善加算・口腔機能向上加算について

（問33）

Q 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なっている場合、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。

A ご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御上、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。

(14) 口腔・栄養スクリーニング加算

＜通所リハビリテーション＞厚告19別表7注15

＜介護予防通所リハビリテーション＞ 厚労告127別表5ホ

イ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 20単位**ロ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 5単位**

算定要件の基準に適合する指定（介護予防）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できます。

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ません。

○算定要件

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状態に関する情報（当該利用者が口腔の健康状態の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（指定通所リハビリテーションの月平均の利用者の数（指定通所リハビリテーションの事業及び介護予防通所リハビリテーションが同一の事業所において一体的に運営されている場合は、合計数）が定員を超えていること及び人員基準に定める看護・介護職員の員数を置いていないこと。）に規定する基準に適合しないこと。
- (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。
 - (一) 栄養アセスメント加算を算定している若しく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又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。
 - (二) 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。

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) イ (1) 及び (3) に掲げる基準に適合すること。
 - (一) 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栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。
 - (二) 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。
 - (一) イ (2) 及び (3) に掲げる基準に適合すること。
 - (二) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、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。

(三) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。

<留意事項>

- 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3.5g/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又は口腔機能向上加算を算定できること

(15) 口腔機能向上加算

<通所リハビリテーション>厚告19別表7注15

<介護予防通所リハビリテーション>厚労告127別表5へ

口腔機能向上加算（Ⅰ）<通りハ> 150単位/回

<予防通りハ> 150単位/月

口腔機能向上加算（Ⅱ）<通りハ> 160単位/回

<予防通りハ> 160単位/月

口腔機能が低下している又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に口腔清掃や摂食・嚥下機能に関する訓練を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を行った場合に算定します。

○算定要件

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（算定基準に規程する口腔機能向上サービスをいう。）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すること。
- (5) 通所介護費等算定方法第1号（指定通所介護の月平均の利用者の数（指定通所介護の事業及び第1号通所事業が同一の事業所において一体的に運営されている場合は、合計数）が定員を超えていること及び人員基準に定める看護・介護職員の員数を置いていないこと。）に規定する基準に適合しないこと。

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。

◆対象者（老企36第2の8（18））

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

- ①認定調査票で嚥下、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
- ②基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)(14)(15)の3項目のうち2項目以上が「1」に該当する者
- ③その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者

利用者の口腔の状態によっては、医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じること。なお、歯科医療を受診している場合で、次のイ又はロのいずれかに該当する場合は、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 イを算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして、「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合。

◆プロセス（老企36第2の8（18））

- ①利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握すること。
- ②利用開始時に言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が中心となって利用者ごとの口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行い、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、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。
- ③口腔機能改善管理指導計画に基づき、言語聴覚士等が利用者ごとに口腔機能向上サービスを提

供すること。その際、口腔機能改善計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。

③ 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、概ね3か月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果を担当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。

④ 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

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

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

<注意事項>

○口腔機能向上加算として、3か月以内の期間に限り月に2回を限度として所定単位数に加算します。

○口腔機能向上サービスの開始から3か月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができます。

○引き続きの算定（老企36第2の8（18）⑥）

おおむね3か月ごとの評価の結果、次のイ又は口のいずれかに該当する者であって、継続的に言語聴覚士等がサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上の効果が期待できると認められるものについては、継続的に口腔機能向上サービスを提供します。

イ 口腔清潔・唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者

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

【ポイント】

口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供には、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

(16) 重度療養管理加算

厚告19別表7注18

100単位/日 ※通所リハビリテーションのみ

○ 厚生労働大臣が定める状態にある利用者（要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者に限る。）に対して、計画的な医学的管理のもと、指定通所リハビリテーションを行った場合に算定ができます。

○ 1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションの利用者には算定できません。

○厚生労働大臣が定める状態（下記のイ～リのいずれかに該当する状態） <利用者等告示第18号>

イ) 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態

ロ) 呼吸障害等により人口呼吸器を使用している状態

ハ) 中心静脈注射を実施している状態

ニ) 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態

ホ) 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態

ヘ) 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の4級以上でありストーマの処置を実施している状態

ト) 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態

チ) 褥瘡に対する治療を実施している状態

リ) 気管切開が行われている状態

<留意事項>

- ・ 当該加算を算定する場合にあっては、当該医学的管理の内容等を診療録に記録しておかなければなりません。
- ・ 算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してください。

(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（収縮期血圧が九十mmHg以下）

C：透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの

D：出血性消化器病変を有するものE骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの

F：うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）のもの

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

(カ)利用者等告示第18号ヘの「膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第五号に掲げる身体障害者障害程度等級表の四級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」については、当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できるものである場合をいう。

(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3度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。

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

第2度：皮膚層の部分的喪失（びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの）

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

第4度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

(ケ)利用者等告示第18号リの「気管切開が行われている状態」については、気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った場合をいう。

(17) 科学的介護推進体制加算

＜通所リハビリテーション＞ 厚告19別表7注20

＜介護予防通所リハビリテーション＞ 厚労告127別表5リ

40単位/月

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして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、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。

＜留意事項＞

- 科学的介護推進体制加算は、原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに上記イ、ロ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。
- 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。
- 事業所は、利用者に対して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。

【厚生労働省「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A」】

令和3年3月26日 (Vol. 3)

(問17) LIFEに提出する情報に、利用者の氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報が含まれるが、情報の提出に当たって、利用者の同意は必要か。

(答) LIFEの利用者登録の際に、氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報を入力いただくが、LIFEのシステムにはその一部を匿名化した情報が送られるため、個人情報を収集するものではない。そのため、加算の算定に係る同意は必要であるものの、情報の提供自体については、利用者の同意は必要ない。

(問18) 加算を算定しようと考えているが、例えば利用者のうち1人だけでも加算の算定に係る同意が取れない場合には算定できないのか。

(答) 加算の算定に係る同意が得られない利用者がある場合であっても、当該者を含む原則全ての利用者に係る情報を提出すれば、加算の算定に係る同意が得られた利用者について算定が可能である。

【(厚生労働省「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.10)」】

○ 科学的介護推進体制加算について

(問3)

Q サービス利用中に利用者の死亡により、当該サービスの利用が終了した場合について、加算の要件である情報提出の取扱如何。

A 当該利用者の死亡した月における情報を、サービス利用終了時の情報として提出する必要があるが、死亡により、把握できない項目があった場合は、把握できた項目のみの提出でも差し支えない。

(18) 中重度ケア体制加算

厚告19別表7注1

20単位/日 ※通所リハビリテーションのみ

重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、指定通所リハビリテーションを行った場合に1日につき20単位算定できます。

○算定要件

- (1) 指定基準に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保していること。
- (2) 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。
- (3) 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる看護職員を1名以上配置していること。

<留意事項>

- ・ 中重度者ケア体制加算は、暦月ごとに、指定基準に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保する必要がある。このため、常勤換算方法による職員数の算定方法は、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、少数点第2位以下を切り捨てるものとする。
- ・ 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。）又は算定日が属する月の前3か月の1か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。
- ・ 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。
 - ① 前年度の実績が6か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。
 - ② 前3か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か月の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。また、その割合については、毎月ごとに記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに加算の取下げの届出を提出しなければならない。
- ・ 看護職員は、指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて1名以上配置する必要があり、他の職務との兼務は認められない。
- ・ 当該加算については、事業所を利用する利用者全員に算定することができる。また、認知症加算の算定要件も満たす場合は、中重度者ケア体制加算の算定とともに認知症加算も算定できる。
- ・ 当該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。

●厚生労働省「介護サービス関係Q&A」

(問) 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号。以下「指定居宅サービス等基準」という。）第93条に規定する看護職員又は介護職員に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保する必要があるが、具体的な計算方法如何。

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

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

①指定基準を満たす確保すべき勤務延時間数

(例：月曜日の場合)

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

②指定基準に加えて確保されたものと扱われる勤務時間数

(例：月曜日の場合)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合、前年度の平均計算についても同様に行う。)

①利用実人員数による計算(要支援者を除く)

- ・利用者の総数=9人(1月)+9人(2月)+9人(3月)=27人
 - ・要介護3以上の数=4人(1月)+4人(2月)+4人(3月)=12人
- したがって、割合は $12人 \div 27人 \approx 44.4\%$ (小数点第二位以下切り捨て) $\geq 30\%$

②利用延人員数による計算(要支援者を除く)

- ・利用者の総数=82人(1月)+81人(2月)+88人(3月)=251人
 - ・要介護3以上の数=46人(1月)+50人(2月)+52人(3月)=148人
- したがって、割合は $148人 \div 251人 \approx 58.9\%$ (小数点第二位以下切り捨て) $\geq 30\%$

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(答) 貴見のとおり。

12単位/日 ※通所リハビリテーションのみ

リハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所等への移行等を支援した場合は、移行支援加算として、評価対象期間(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)の末日が属する年度の次の年度内に限り、1日につき12単位数を加算します。

○算定要件

イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 評価対象期間において指定通所リハビリテーションの提供を終了した者(生活行為向上リハビリテーション加算を算定した者を除く。以下「通所リハビリテーション終了者」という。)のうち、指定通所介護等〔指定通所介護、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、第一号通所事業その他社会参加に資する取組〕(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が $\frac{3}{100}$ を超えていること。
- (2) 評価対象期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、通所リハビリテーション従業者が、通所リハビリテーション終了者に対して、当該通所リハビリテーション終了者が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。

ロ 12を当該事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数が $\frac{27}{100}$ 以上であること。

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

<留意事項>

- ・ 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(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。
- ・ 「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。

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

- 社会参加に資する取組とは、指定通所リハビリテーション、指定介護予防通所リハビリテーション(指定通所リハビリテーションの場合にあっては、指定通所リハビリテーション間及び指定介護予防通所リハビリテーション間の移行は除く。)や指定通所介護、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型通所介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防・日常生活支援総合事業における通所事業や一般介護予防事業、居宅における家庭での役割を担うこと、就労であること。
- 入院、介護保険施設への入所、指定認知症対応型共同生活介護、指定地域密着型特定施設入居者生活介護、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定訪問リハビリテーションは社会参加に資する取組としては想定していないこと。

- ・ 指定通所介護等(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。
- ・ 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

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。

ロ 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。

ハ 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か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。

ニ 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。

- ・ 「3か月以上継続する見込みであること」の確認に当たっては、指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、通所リハビリテーション終了者の居宅を訪問し、通所リハビリテーション計画書のアセスメント項目を活用しながら、リハビリテーションの提供を終了した時と比較して、ADL及びIADLが維持又は改善していることを確認すること。なお、利用者の居宅への訪問が困難である場合、当該利用者の介護支援専門員に対して、居宅サービス計画の提供を依頼し、社会参加等に資する取組の実施状況を確認するとともに、電話等を用いて、上記と同様の内容を確認すること。
- ・ 「3か月以上継続する見込みであること」の確認に当たって得られた情報については、通所リハビリテーション計画等に記録すること。

社会参加支援加算の算定にあたっては、次の通知を必ずご確認ください。

厚生労働省ホームページ（平成30年度介護報酬改定について）

（http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/housyu/kaitei30.html）

■介護報酬改定に関する通知

- リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について
- 別紙様式（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）

●厚生労働省「令和3 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol.2)」

○ 移行支援加算

(問17)

Q 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修了し、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。

A 貴見のとおりである。

(問18)

Q 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利用者があることは可能か。

A 、同一事業所において、加算を取得する利用者未取得利用者があることはできない。

(問19)

Q 利用者が訪問リハビリテーションから通所リハビリテーションへ移行して、通所リハビリテーション利用開始後2月で通所介護に移行した場合、訪問リハビリテーションの移行支援加算の算定要件を満たしたことになるか。

A 貴見のとおりである。

(問20)

Q 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か。

A 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修了者に対して、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。

(問21)

Q 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か。

A よい。

●厚生労働省「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.3)」

(問14)

Q 移行支援加算における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修了した者には、当該事業所の指定通所リハビリテーション利用を中断した後に再開した者も含まれるのか。

A 移行支援加算における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修了した者とは、当該通所リハビリテーション事業所の利用を修了し、評価対象期間に利用を再開していない者をいう。

なお、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、修了した者として取り扱う。

(20) サービス提供体制強化加算

<通所リハビリテーション>

厚告19別表7ホ

<介護予防通所リハビリテーション>

厚労告127別表5ヌ

加算項目	算定要件	要介護	要支援1	要支援2
(I)	次のいずれかに適合すること。 イ 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上 ロ 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	20単位/回	88単位/月	176単位/月
(II)	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	18単位/回	72単位/月	144単位/月
(III)	次のいずれかに適合すること。 イ 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上 ロ 利用者に直接提供する職員の総数のうち勤続年数が7年以上の者の占める割合が100分の30以上	6単位/回	24単位/月	48単位/月

※いずれも利用定員超過・人員基準欠如減算に該当していないこと。

※サービス提供体制強化加算は、(I)、(II)、(III)の3種類ありますが、全ての算定要件を満たしていても1つしか算定することはできません。

◆留意点 (老企36第二の8(28))

- 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く)の平均を用います。ただし、前年度の実績が6か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か月について、常勤換算方法により算出した平均を用います。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か月目以降、届出が可能となります。

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

- 前号ただし書きの場合にあっては、届出を行った月以降においても、直近3か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りません。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに加算取り下げの届出を提出しなければなりません。
- 同一の事業所において介護予防通所リハビリテーションを一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととします。
- 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します。
- 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めるこ

とができます。

- ・ 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します。

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つては、これらの職員を含むものとします。

●厚生労働省「介護サービス関係Q&A」

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

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

(問) 産休や病欠している期間は含めないと考えるのか。

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

(問) 「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」こととされている平成21年度の1年間及び平成22年度以降の前年度の実績が6月に満たない事業所について、体制届出後に、算定要件を下回った場合はどう取扱うか。

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

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

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

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

225単位/月 ※介護予防通所リハビリテーションのみ

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計画を作成し、これに基づく適切なサービス実施、定期的な評価と計画の見直し等のプロセスを実施した場合に算定します。

○算定要件

人 員	・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を1名以上配置して行うこと。 ・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。
計 画	・利用者の運動器の機能を利用開始時に把握し、医師、理学療法士等、看護職員、介護職員その他の職種が共同して、運動器機能向上計画を作成していること。
記 録	・利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等、若しくは看護職員が運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録していること。
評 価	・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すること。
定員等	・運営基準に基づき事業所の運営規定に定められた利用定員を遵守するとともに、人員基準に定められた職種、員数の職員を配置し、減算をしていないこと。

◆プロセス 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概ね3か月程度で達成可能な目標（「長期目標」）及び長期目標を達成するための概ね1か月程度で達成可能な目標（「短期目標」）を設定すること。長期目標及び短期目標については、介護予防支援事業者において作成された当該利用者に係る介護予防サービス計画と整合が図れたものとする。
- 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、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、概ね3か月程度とすること。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。
- エ 運動器機能向上計画に基づき、利用者毎に運動器機能向上サービスを提供すること。その際、提供する運動器機能向上サービスについては、国内外の文献等において介護予防の観点からの有効性が確認されている等の適切なものとする。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、概ね1か月間毎に、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、上記イからへまでの流れにより、継続的に運動器機能向上サービスを提供すること。
- キ 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、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。

●厚生労働省「介護サービス関係Q&A」

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

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

(問)運動器の機能向上加算は1月間に何回か。また、1日あたりの実施時間に目安はあるのか。利用者の運動器の機能把握を行うため、利用者の自己負担により医師の診断書等の提出を求めることは認められるのか。
 (答) 利用回数、時間の目安を示すことは予定していないが、適宜、介護予防マニュアルを参照して実施されたい。また、運動器の機能については、地域包括支援センターのケアマネジメントにおいて把握されるものと考えている。

(22) 選択的サービス複数実施加算

厚労告127別表5ト

※介護予防通所リハビリテーションのみ

選択的サービス複数実施加算 (I) 480単位/月

選択的サービス複数実施加算 (II) 700単位/月

利用者の自立を促すサービスを重点的かつ効果的に提供する観点から、生活機能の向上に資する選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス）のうち、複数のプログラムを組み合わせて実施した場合に算定できます。

◆算定要件

- ・ 利用者が介護予防通所介護又は介護予防通所リハビリテーションの提供を受ける日に必ずいずれかの選択的サービスを実施していなければなりません。
- ・ 1月につき、いずれかの選択的サービスを週1回以上実施しなければなりません。
- ・ なお、選択的サービス複数実施加算(I)については選択的サービスのうち2種類、選択的サービス複数実施加算(II)については3種類、実施した場合に算定します。

【留意点】

- ・ 利用者に対し、選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス）のうち複数のサービスを実施した場合に加算されます。
- ・ 同月中に利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスの個別加算を算定している場合には算定できません。
- ・ (I)又は(II)のいずれかの加算しか算定できません（(I)と(II)を同時算定することはできません）。
- ・ 複数の種類の選択的サービスを組み合わせて実施するに当たって、各選択的サービスを担当する専門の職種が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法等について検討する必要があります。

●厚生労働省「介護サービス関係Q&A」

(問) 選択的サービスを算定するのに必要な職員は兼務することは可能か。
 (答) 選択的サービスの算定に際して必要となる職員は、毎日配置する必要はなく、一連のサービス提供に当たり必要な時間配置していれば足りるものであって、当該時間以外については、他の職務と兼務することも可能である。

(問) 利用者に対し、選択的サービスを週1回以上、かつ、いずれかの選択的サービスは1月に2回以上行うこととされているが、同一日以内に複数の選択的サービスを行っても算定できるのか。
 (答) 算定できる。選択的サービスの提供日は、他の選択的サービスと同一日であっても、別の日であっても、いずれでもよい。

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

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

(1) 利用者が通所を休む等により、週1回以上実施できなかった場合

(2) 利用者が通所を休む等により、いずれの選択的サービスも月に1回しか実施できなかった場合

(3) 利用日が隔週で、利用回数が月2回の利用者に対し、利用日ごとに選択的サービスを実施し、かつ、同一日以内に複数の選択的サービスを実施した場合

(4) 月の第3週目から通所サービスを利用することとなった新規の利用者に対し、第3週目と第4週目に選択的サービスを実施し、そのうち1回は同一日以内に複数の選択的サービスを実施した場合

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

(23) 事業所評価加算

厚労告127別表5ト

120単位/月 ※介護予防通所リハビリテーションのみ

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

◆算定要件

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

- 1) 運動器機能向上加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算の対象となる事業所であり、市に届け出て選択的サービスを行っていること。
- 2) 評価対象期間における当該介護予防事業所の利用実人員が10名以上であること。
- 3) 評価対象期間における当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所の提供する選択的サービス利用実人員数を当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所の利用実人員で除して得た数が、0.6以上であること。
- 4) 次の(2)を(1)で除した割合が0.7以上であること。
 - (1) 評価対象期間において、当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所の提供する選択的サービスを3か月以上利用し、かつ、当該サービスを利用した後、要支援更新認定等を受けた者の数
 - (2) 選択的サービスを利用した後、評価対象期間に行われる要支援更新認定等において、当該要支援更新認定等の前の要支援状態区分と比較して、要支援状態区分に変更がなかった者の数に、要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援2の者であつて、要支援更新認定等により要支援1と判定されたもの又は要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援1の者であつて、要支援更新認定等により非該当と判定されたものの人数及び要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援2の者であつて、要支援更新認定等において非該当と判定されたものの人数の合計数に2を乗じて得た数を加えたもの



要支援度の維持者数 + 改善者数 × 2

≥ 0.7

評価対象期間内に運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを3か月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数

●厚生労働省「介護サービス関係Q&A」

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

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

評価の対象となる期間は、各年1月1日から12月31日までであるが、各年12月31日までに国保連合会において評価対象受給者を確定する必要があることから、①9月までに選択的サービスの提供を受け、10月末日までに更新・変更認定が行われた者までが翌年度の事業所評価加算の評価対象受給者であり、②11月以降に更新・変更認定が行われた者は翌々年度の事業所評価加算の評価対象受給者となる。

なお、選択的サービスに係る加算や受給者台帳情報は、国保連合会が一定期間のうちに把握できたものに限られるため、例えば、評価対象期間を過ぎて請求されてきた場合等は評価対象とならない。

(問) 事業所評価加算の評価対象受給者については、選択的サービスを3月以上利用することが要件とされているが、連続する3月が必要か。また3月の間に選択的サービスの種類に変更があった場合はどうか。

(答) 選択的サービスの標準的なサービス提供期間は概ね3月であることから、評価対象受給者については選択的サービスを3月以上連続して受給する者を対象とすることとしている。また、選択的サービスの標準的なサービス提供期間は概ね3月であることから、通常3月は同一の選択的サービスが提供されるものと考えているが、連続する3月の中で選択的サービスが同一でない場合についても、国保連合会においては、評価対象受給者として計算することとしている。

(問) 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介護予防事業所の利用実人員数が10名以上であること。」とされているが、10名以上の者が連続する3月以上の選択的サービスを利用する必要があるのか。

(答) 単に利用実人員数が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。

(問) 4月にA事業所、5月にB事業所、6月にC事業所から選択的サービスの提供があった場合は評価対象となるのか。

(答) 事業所評価加算は事業所の提供する効果的なサービスを評価する観点から行うものであることから、同一事業所が提供する選択的サービスについて評価するものであり、ご質問のケースについては評価対象とならない。

(問) 事業所評価加算は、利用者の側に立てば、自己負担額が増加することになり、利用者に対する説明に苦慮することとなるが見解如何。

(答) 事業所評価加算を算定できる事業所は、介護予防の観点からの目標達成度の高い事業所であることから利用者負担も高くなることについて、介護予防サービス計画作成時から利用者には十分説明し、理解を求めることが重要であると考えている。

(問) 要支援状態が「維持」の者についても「介護予防サービス計画に照らし、当該介護予防サービス事業者によるサービスの提供が終了したと認める者に限る」として評価対象者に加わっているが、要支援状態区分に変更がなかった者は、サービスの提供は終了しないのではないか。

(答) 介護予防サービス計画には生活機能の向上の観点からの目標が定められ、当該目標を達成するために各種サービスが提供されるものであるから、当該目標が達成されれば、それは「サービスの提供が終了した」と認められる。したがって、その者がサービスから離脱した場合であっても、新たな目標を設定して引き続きサービス提供を受ける場合であっても、評価対象者には加えられる。

(厚生労働省「平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1)」)

○ 介護予防通所リハビリテーションの事業所評価加算

(問)

Q 平成 30 年介護報酬改定により、介護予防通所リハビリテーションにおける施設等の区分に新たに介護医療院が設けられるが、従前より介護予防通所リハビリテーションを提供している事業所において、施設等の区分を介護医療院へ変更した場合の事業所評価加算に係る実績の取扱い、如何。

A ・原則として、従前より介護予防通所リハビリテーションを提供している事業所が、介護医療院へ施設等の区分を変更する場合には、変更前の実績を引き継いで評価する。
・ただし、施設等の区分の変更に伴い事業者のサービス提供の体制等が大きく変わると保険者が判断する場合にはその限りではない。

(24) 介護職員処遇改善加算

<通所リハビリテーション>

厚告19別表7へ注

<介護予防通所リハビリテーション>厚労告127別表7ル注

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所は令和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します。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ません。

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）…介護報酬総単位数の4.7%に相当する単位数

介護職員処遇改善加算（Ⅱ）…介護報酬総単位数の3.4%に相当する単位数

介護職員処遇改善加算（Ⅲ）…介護報酬総単位数の1.9%に相当する単位数

※介護報酬総単位数・・・（基本サービス費＋各種加算減算）

※介護職員処遇改善加算は区分支給限度基準額の算定対象外です。

●厚生労働大臣が定める基準

イ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）…次の①～⑧のいずれにも適合すること。

- ① 退職手当を除く介護職員の賃金の改善に要する費用の見込み額が介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づいて適切な措置を講じていること。
- ② 事業所において、①の賃金改善計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市長に届け出ていること。
- ③ 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営状況等を理由に事業の継続が著しく困難となった場合であって、介護職員の基準水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直した上で賃金改善を行う場合には、その内容について市長に届け出ること。
- ④ 事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市長に報告すること。
- ⑤ 算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法、その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。
- ⑥ 事業所において、労働保険料の納付が適正に行われていること。
- ⑦ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - (1) 介護職員の任用の際における職責または職務内容等の要件（賃金も含む。）を定めていること。
 - (2) (1)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。
 - (3) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施または研修機会を確保していること。
 - (4) (3)について全ての介護職員に周知していること。
 - (5) 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。
 - (6) (5)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。
- ⑧ ②の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。

ハ 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）イ①から⑥まで、⑦(1)から(4)まで及び⑧に掲げる基準のいずれにも適合すること。

ニ 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）…次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① イの①から⑥及び⑧までに掲げる基準に適合すること。
- ② 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。
 - (1) 次に掲げる要件の全てに適合すること。

- a 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。
 - b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること
- (2) 次に掲げる要件の全てに適合すること。
- a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。
 - b aについて全ての介護職員に周知していること。

●キャリアパス要件

・キャリアパス要件Ⅰ

次のイ、ロ及びハの全てに適合すること。

- イ 介護職員の任用の際における職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。
- ロ イに掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系（一時金等の臨時的に支払われているものを除く。）について定めていること。
- ハ イ及びロの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。

・キャリアパス要件Ⅱ

次のイ及びロの全てに適合すること。

- イ 介護職員の職務内容等を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び一又は二に掲げる具体的な計画を策定し、当該計画にかかる研修の実施又は研修の機会を確保していること。
 - 一 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施（OJT、OFF-JT等）するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。
 - 二 資格取得のための支援（研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用（交通費、受講料等）の援助等）を実施すること。
- ロ イについて、全ての介護職員に周知していること。

・キャリアパス要件Ⅲ

次のイ及びロの全てに適合すること。

- イ 介護職員について、経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。具体的には、次の一から三までのいずれかに該当する仕組みであること。
 - 一 経験に応じて昇給する仕組み
「勤続年数」や「経験年数」などに応じて昇給する仕組みであること。
 - 二 資格等に応じて昇給する仕組み
「介護福祉士」や「実務者研修修了者」などの取得に応じて昇給する仕組みであること。ただし、介護福祉士資格を有して当該事業所や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組みであることを要する。
 - 三 一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組み
「実技試験」や「人事評価」などの結果に基づき昇給する仕組みであること。ただし、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていることを要する。
- ロ イの内容について、就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。

●介護職員処遇改善加算加算の職場環境等要件

届出に係る計画の期間中に実施する処遇改善（賃金改善を除く。）の内容を全ての介護職員に周知していること。

●介護職員処遇改善加算の算定要件

加算（Ⅰ） キャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ、キャリアパス要件Ⅲ、職場環境等要件の全てを満たすこと。

- 加算（Ⅱ） キャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ、職場環境等要件の全てを満たすこと。
 加算（Ⅲ） キャリアパス要件Ⅰ又はキャリアパス要件Ⅱのどちらかを満たすことに加え、職場環境等要件を満たすこと。

● 【国Q&A】平成24年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 1）

（問） 介護職員の資質向上の支援に関する計画には、具体的にどのような内容が必要か。

（答）

当該計画については、特に基準等を設けておらず、事業者の運営方針や事業者が求める介護職員像及び介護職員のキャリア志向に応じて適切に設定されたい。

また、計画の期間は必ずしも賃金改善実施期間と合致しなくても良い。なお、目標を例示すれば、次のようなものが考えられる

- ① 利用者のニーズに応じた良質なサービス提供するために、介護職員が技術・能力（例：介護技術、コミュニケーション能力、協調性、問題解決能力、マネジメント能力等）の向上に努めること。
- ② 事業所全体での資格等（例：介護福祉士、介護職員基礎研修、訪問介護員研修等）の取得率向上

問 賃金改善等の処遇改善計画の介護職員への周知方法の確認について、回覧形式で判子を押印した計画書の写しを提出させること等が考えられるが、具体的にどのように周知すればよいか。

（答）

賃金改善計画等の周知については、全従事者が閲覧できる掲示板等への掲示や全従事者への文書による通知等が考えられるが、各法人・事業所において適切な方法で実施することが必要である。

問 介護職員の任用における職責又は職務内容等の定めには、最低限どのような内容が必要か。

（答）

職責や職務内容等については、特に基準等を設けておらず、事業者の運営方針等に基づいて設定することが必要である。

問 介護職員処遇改善加算の届出は毎年必要か。平成27年度に加算を算定しており、平成28年度にも加算を算定する場合、再度届け出る必要があるのか。

（平成27年度介護報酬改定Q&A（Vol. 2）にて一部改正）

（答）

介護職員処遇改善加算を算定しようとする事業所が前年度も加算を算定している場合、介護職員処遇改善計画書は毎年提出する必要があるが、既に提出された計画書添付書類については、その内容に変更（加算取得に影響のない軽微な変更を含む）がない場合は、その提出を省略させることができる。

問 介護職員処遇改善計画書の作成について、当該計画の内容が変更になった場合は、改めて都道府県知事等に届け出る必要があるのか。また、当該計画は、事業年度を超えて作成することはできないと解してよろしいか。

（答）

加算を算定する際に提出した介護職員処遇改善計画書等に変更があった場合には、必要な事項を記載した変更の届出を行う。なお、加算取得に影響のない軽微な変更については、必ずしも届け出を行う必要はない。

また、介護職員処遇改善計画は収入額・支出額等を各年度、見直しをする必要があるため、各年毎に作成することが必要である。

問 実績報告で賃金改善額が加算額を下回った場合、これまでの交付金と同様、返還する必要があるのか。

（答）

加算の算定要件は、賃金改善額が加算による収入額を上回ることであり、加算による収入額を下回るとは想定されないが、仮に加算による収入額を下回っている場合は、一時金や賞与として支給されることが望ましい。

なお、悪質な事例については、加算の算定要件を満たしていない不正請求として全額返還となる。

問 期限までに実績報告が行われない場合は、実施期間中の当該加算は全額返還となるのか。

(答)

加算の算定要件で実績報告を行うこととしており、指定権者が実績報告の提出を求める等の指導を行っているにも関わらず、実績報告の提出を行わない場合は、加算の算定要件を満たしていない不正請求として全額返還となる。

問 加算は、事業所ごとに算定するため、介護職員処遇改善加算の算定要件である介護職員処遇改善計画書や実績報告書は、(法人単位ではなく)事業所ごとに提出する必要があるのか。

(答)

加算は、事業所毎に算定をするため事業所毎の届出が原則となるが、介護サービス事業所等を複数有する介護サービス事業者等(法人である場合に限る。)である場合や介護サービス事業所等ごとの届出が実態に鑑み適当でない場合、介護職員処遇改善計画書は、当該介護サービス事業者等が一括して作成することができる。また、同一の就業規則により運営されている場合に、地域ごとや介護サービスごとに作成することができる。

問 介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額に反映しないとありますが、利用料には反映されるのか。

(答)

介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の算定には含まない。また、利用者には通常の介護報酬算出方式に基づき算出した額の1割を請求することになる。

問 介護報酬総単位数が区分支給限度基準額を超えた場合、介護職員処遇改善加算はどのように算定するのか。

(答)

介護職員処遇改善加算は、サービス別の介護報酬総単位数にサービス別の加算率を乗じて算出する。その上で、利用者負担を算出する際には、まず介護報酬総単位数が区分支給限度基準額を超えているか否かを確認した上で超えている場合には、超過分と当該超過分に係る加算は保険給付の対象外となる。

問 複数のサービスを利用し、区分支給限度基準額を超えた場合、どのサービスを区分支給限度基準額超過の取扱いとするのか。また、それは誰がどのように判断するのか。

(答)

これまでの取扱いと同様に、いずれのサービスを区分支給限度基準額超過の取扱いとしても構わない。また、ケアプラン作成時に、ケアマネジャーがどのサービスを区分支給限度基準額超過とするかについて判断する。

● 【国Q&A】平成27年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 2)

問 一時金で処遇改善を行う場合、「一時金支給日まで在籍している者のみに支給する(支給日前に退職した者には全く支払われない)」という取扱いは可能か。

(答)

処遇改善加算の算定要件は、賃金改善に要する額が処遇改善加算による収入を上回ることであり、事業所(法人)全体での賃金改善が要件を満たしていれば、一部の介護職員を対象としないことは可能である。

ただし、この場合を含め、事業者は、賃金改善の対象者、支払いの時期、要件、賃金改善額等について、計画書等に明記し、職員に周知すること。

また、介護職員から加算に係る賃金改善に関する照会があった場合は、当該職員についての賃金改善の内容について書面を用いるなど分かりやすく説明すること。

問 処遇改善加算の算定要件である「処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善」に関して、下記の取組に要した費用を賃金改善として計上して差し支えないか。

- ① 法人で受講を認めた研修に関する参加費や教材費等について、あらかじめ介護職員の賃金に上乗せして支給すること。
- ② 研修に関する交通費について、あらかじめ介護職員に賃金に上乗せして支給すること。
- ③ 介護職員の健康診断費用や、外部から講師を招いて研修を実施する際の費用を法人が肩代わりし、当該費用を介護職員の賃金改善とすること。

(答)

処遇改善加算を取得した介護サービス事業者等は、処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施と併せて、キャリアパス要件や職場環境等要件を満たす必要があるが、当該取組に要する費用については、算定要件における賃金改善の実施に要する費用に含まれない。

当該取組に要する費用以外であって、処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を行うための具体的な方法については、労使で適切に話し合った上で決定すること。

問 介護職員が派遣労働者の場合であっても、処遇改善加算の対象となるのか。

(答)

介護職員であれば派遣労働者であっても、処遇改善加算の対象とすることは可能であり、賃金改善を行う方法等について派遣元と相談した上で、介護職員処遇改善計画書や介護職員処遇改善実績報告書について、対象とする派遣労働者を含めて作成すること。

● (厚生労働省「平成29年度介護報酬改定に関するQ & A」

キャリアパス要件Ⅲについて

問 キャリアパス要件Ⅲと既存のキャリアパス要件Ⅰとの具体的な違い如何。

(答)

キャリアパス要件Ⅰについては、職位・職責・職務内容等に応じた任用要件と賃金体系を整備することを要件としているが、昇給に関する内容を含めることまでは求めていないものである。一方、新設する介護職員処遇改善加算（以下「加算」という。）の加算（Ⅰ）（以下「新加算（Ⅰ）」という。）の取得要件であるキャリアパス要件Ⅲにおいては、経験、資格又は評価に基づく昇給の仕組みを設けることを要件としている。

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

(答)

お見込みの通りである。

問 昇給の方式については、手当や賞与によるものでも良いのか。

(答)

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

問 資格等に応じて昇給する仕組みを設定する場合において、「介護福祉士資格を有して当該事業所や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組みであることを有する」とあるが、具体的にはどのような仕組みか。

(答)

本案件は、介護福祉士の資格を有して事業所や法人に雇用される者がいる場合があることを踏まえ、そのような者も含めて昇給を図る観点から設けているものであり、例えば、介護福祉士の資格を有する者が、介護支援専門員の資格を取得した場合に、より高い基本給や手当が支給される仕組みなどが考えられる。

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

(答)

キャリアパス要件Ⅲによる昇給の仕組みについては、非常勤職員を含め、当該事業所や法人に雇用される全ての介護職員が対象となりうるものである必要がある。

また、介護職員であれば派遣職員であっても、派遣先と相談の上、介護職員処遇改善加算の対象とし、派遣料金の賃上げ分等に充てることは可能であり、この場合、計画書・実績報告書は、派遣労働者を含めて作成することとしている。新加算（Ⅰ）の取得にあたっては本取扱いに変わりはないが、キャリアパス要件Ⅲについて、派遣労働者を加算の対象とする場合には、当該派遣労働者についても当該要件に該当する昇給の仕組みが整備されていることを要する。

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

(答)

「介護福祉士」のような資格や、「実務者研修修了者」のような一定の研修の終了を想定している。また、「介護福祉士資格を有して当該事業所や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組み」については、介護職員として職務に従事することを前提としつつ、介護福祉士の資格を有している者が、「介護支援専門員」や「社会福祉士」など、事業所が指定する他の資格を取得した場合に昇給が図られる仕組みを想定している。

また、必ずしも公的な資格である必要はなく、例えば、事業所等で独自の資格を設け、その取得に応じて昇給する仕組みを設ける場合も満たし得る。ただし、その場合にも、当該資格を取得するための要件が明文化されているなど、客観的に明らかとなっていることを要する。

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

(答)

昇給の判定基準については、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていることを要する。また、判定の時期については、事業所の規模や経営状況に応じて設定して差し支えないが、明文化されていることが必要である。

問 キャリアパス要件Ⅲを満たす昇給の仕組みを設けたが、それによる賃金改善総額だけでは、加算の算定額を下回る場合、要件は満たさないこととなるのか。

(答)

キャリアパス要件Ⅲを満たす昇給の仕組みによる賃金改善では加算の算定額に満たない場合においても、当該仕組みによる賃金改善を含め、基本給、手当、賞与等による賃金改善の総額が加算の算定額を上回っていればよい。

問 新加算（Ⅰ）取得のため就業規則等の変更を行う際、役員会等の承認を要するが、平成29年度について、当該承認が計画書の提出期限の4月15日までに間に合わない場合、新加算（Ⅰ）を算定できないのか。

(答)

計画書に添付する就業規則等について、平成29年度については、4月15日の提出期限までに内容が確定していない場合には、その時点での暫定のもの添付することとしてよい。ただし、その内容に変更が生じた場合、確定したものを6月30日までに指定権者に提出すること。

問 平成29年4月15日までに暫定のものとして添付した就業規則等につき、役員会等の承認が得られなかった場合や、内容に変更が生じた場合、新加算（Ⅰ）は算定できないのか。

(答)

事業所や法人内部において承認が得られなかった場合や、内容に変更が生じ、結果としてキャリアパス要件Ⅲを満たさない場合については、新加算（Ⅰ）は算定できないが、新加算（Ⅰ）以外の区分の算定要件を満たしていれば、変更届を提出の上、当該区分の加算を取得できる。また、内容の変更が軽微で、変更後の内容がキャリアパス要件Ⅲを満たす内容であれば、変更届の提出を要することなく、新加算（Ⅰ）を取得できる。

● 平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1)

問 外国人の技能実習制度における介護職種の技能実習生は、介護職員処遇改善加算の対象となるのか。

(答)

介護職種の技能実習生の待遇について、「日本人が従事する場合の報酬の額と同等以上であること」とされていることに鑑み、介護職種の技能実習生が介護業務に従事している場合、EPAによる介護福祉士候補者と同様に、介護職員処遇改善加算の対象となる。

● 平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 6)

問 最低賃金を満たしているのかを計算するにあたっては、介護職員処遇改善加算により得た加算額を最低賃金額と比較する賃金に含めることとなるのか。

(答)

介護職員処遇改善加算により得た加算額を、最低賃金額と比較する賃金に含むか否かについては、当該加算額が、臨時に支払われる賃金や賞与等として支払われておらず、予定し得る通常の賃金として、毎月労働者に支払われているような場合には、最低賃金額と比較する賃金に含めることとなるが、当該加算の目的等を踏まえ、最低賃金を満たした上で、賃金の引上げを行っていただくことが望ましい。

● 上記以外の Q & A については、各年度の介護報酬改定に関する Q & A を参照

(25) 介護職員等特定処遇改善加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所は、次に掲げる単位数を所定単位数に加算します。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ません。

- ・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）…介護報酬総単位数の 2. 0%に相当する単位数
- ・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）…介護報酬総単位数の 1. 7%に相当する単位数

●厚生労働省が定める基準

イ 介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ）…次の①～⑧のいずれにも適合すること。

- ① 介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。
 - (1) 介護福祉士であって、経験及び技能を有する介護職員と認められる者（以下「経験・技能のある介護職員」という。）のうち 1 人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額 8 万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額 440 万円以上であること。ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでない。
 - (2) 事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていること。
 - (3) 介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の 2 倍以上であること。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の平均賃金額を上回らない場合はその限りでないこと。
 - (4) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額 440 万円を上回らないこと。
- ② 事業所において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ていること。
- ③ 介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ること。
- ④ 事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市長に報告す

ること。

- ⑤ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を届け出ていること。
- ⑥ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定していること。
- ⑦ ②の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。以下この号において同じ。）及び当該職員の処遇改善に要する費用を全ての職員に周知していること。
- ⑧ ⑦の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。

ロ 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）…イ①から④まで及び⑥から⑧までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

●特定加算の算定額に相当する賃金改善の実施

①賃金改善の考え方

賃金改善は、基本給、手当、賞与等（退職手当を除く。）のうち対象とする賃金項目を特定した上で行うものとします。また、安定的な処遇改善が重要であることから、基本給による賃金改善が望ましいです。

②賃金改善に係る賃金水準の比較の考え方

賃金改善は、特定加算を取得していない場合の賃金水準と、特定加算を取得し実施される賃金水準との差分を用いて算出します。

③賃金改善に係る留意点

特定加算の算定額に相当する賃金改善の実施に合わせて、算定基準イ⑤（介護福祉士の配置要件）、イ⑥（現行加算要件）、イ⑦（職場環境等要件）及びイ⑧（見える化要件）を満たす必要があります。

●配分対象と配分方法

①賃金改善の対象となるグループ

a 経験・技能のある介護職員

介護福祉士であって、経験・技能を有する介護職員と認められる者をいう。具体的には、勤続10年以上の介護福祉士を基本とし、他の法人における経験や、当該職員の業務や技能等を踏まえ、各事業所の裁量で設定することとします。

b 他の介護職員

経験・技能のある介護職員を除く介護職員をいう。

c その他の職種

介護職員以外の職員をいう。

②事業所における配分方法（基本的には、「算定基準」のとおり。）

- a 経験・技能のある介護職員のうち1人以上は、賃金改善に要する費用の見込額が平均月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。なお、小規模事業所等で加算額全体が少額である等、設定することが困難な場合は合理的な説明を求めることとします。
- b 経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、他の介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均と比較し高いこと。
- c 他の介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、その他の職種の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であること。
- d その他の職種の賃金改善に要する費用の見込額が年額440万円を上回らないこと。

●賃金改善以外の要件

（介護福祉士の配置等要件）

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定していること。

（現行加算要件）

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定していること。

（職場環境等要件）

届出の計画に係る計画の期間中に実施する処遇改善（賃金改善を除く。）の内容を全ての職員に

周知していること。

(見える化要件)

特定加算に基づく取組について、ホームページへ掲載等により公表していること。具体的には、介護サービスの情報公表制度を活用し、特定加算の取得状況を報告し、賃金以外の処遇改善に関する具体的な取組内容を記載すること。

(特定加算の算定要件)

イ 特定加算(Ⅰ)は、介護福祉士の配置等要件、現行加算要件、職場環境等要件及び見える化要件の全てを満たすこと。

ロ 特定加算(Ⅱ)は、現行加算要件、職場環境等要件及び見える化要件の全てを満たすこと。

●賃金改善方法の周知について

事業所は、賃金改善を行う方法等について、職員に周知するとともに、就業規則等の内容についても職員に周知してください。

また、介護職員から処遇改善加算・特定加算に係る賃金改善に関する照会があった場合は、当該職員についての賃金改善の内容について、「賃金項目を特定した上で行うもの」となっていることもあり、書面を用いるなど分かりやすく説明してください。毎年介護職員から、事業所は処遇改善加算を算定しているようだが、賃金改善がなされているか分からないので確認したいとの問合せが多いので、周知についてよろしくをお願いします。

●【国Q&A】2019年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1)

問 介護職員等特定処遇改善加算は、勤続10年以上の介護福祉士がいなければ取得できないのか。

(答)

介護職員等特定処遇改善加算については、

- ・ 現行の介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までを取得していること
- ・ 介護職員処遇改善加算の職場環境等要件に関し、複数の取組を行っていること
- ・ 介護職員処遇改善加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等を通じた見える化を行っていること

を満たす事業所が取得できることから、勤続10年以上の介護福祉士がいなくても取得可能である。

問 職場環境等要件について、届出に係る計画の期間中に実施する処遇改善の内容を全ての職員に周知していることとあるが、毎年度新たな取組を行わなければならないのか。

(答)

- ・ 介護職員等特定処遇改善加算における職場環境等要件については、「入職促進に向けた取組」、「資質の向上やキャリアアップに向けた支援」、「両立支援・多様な働き方の推進」、「腰痛を含む心身の健康管理」、「生産性向上のための業務改善の推進」及び「やりがい・働きがいの醸成」について、それぞれ1つ以上(令和3年度は、6つの区分から3つの区分を選択し、選択した区分でそれぞれ1つ以上)の取組を行うことが必要である。
- ・ 職場環境等要件については、令和3年度改定において、計画期間における取組の実施が求められることとされたが、これは毎年度新たな取組を行うことまで求めるものではなく、前年度と同様の取組を当該年度に行うことで、当該要件を満たすことも可能であること。

(令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol. 1)にて一部改正)

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

(答)

事業所において、ホームページを有する場合、そのホームページを活用し、

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

経験・技能のある介護職員について、勤続10年以上の介護福祉士を基本とし、介護福祉士の資格を有することを要件としつつ、勤続10年の考え方については、事業所の裁量で設定できることとされているが、どのように考えるのか。

(答)

「勤続10年の考え方」については、

- ・勤続年数を計算するにあたり、同一法人のみだけでなく、他法人や医療機関等での経験等も通算する
- ・すでに事業所内で設けられている能力評価や等級システムを活用するなど、10年以上の勤続年数を有しない者であっても業務や技能等を勘案して対象とする

など、各事業所の裁量により柔軟に設定可能である。

問 経験・技能のある介護職員に該当する介護職員がいないこととすることも想定されるのか。その場合、月額8万円の賃金改善となる者又は処遇改善後の賃金が役職者を除く全産業平均賃金(440万円)以上となる者を設定・確保することは必要か。

(答)

- ・経験・技能のある介護職員については、勤続年数10年以上の介護福祉士を基本とし、各事業所の裁量において設定することとなり、処遇改善計画書及び実績報告書において、その基準設定の考え方について記載することとしている。
- ・今回、公費1000億円程度(事業費2000億円程度)を投じ、経験・技能のある介護職員に重点化を図りながら、介護職員の更なる処遇改善を行うという介護職員等特定処遇改善加算の趣旨を踏まえ、事業所内で相対的に経験・技能の高い介護職員を「経験・技能のある介護職員」のグループとして設定し、その中で月額8万円の賃金改善となる者等を設定することが基本となる。
- ・ただし、介護福祉士の資格を有する者がいない場合や、比較的新たに開設した事業所で、研修・実務経験の蓄積等に一定期間を要するなど、介護職員間における経験・技能に明らかな差がない場合などは、この限りでない。なお、このような「経験・技能のある介護職員」のグループを設定しない理由についても、処遇改善計画書及び実績報告書に具体的に記載する必要がある。
- ・どのような経験・技能があれば「経験・技能のある介護職員」のグループに該当するかについては、労使でよく話し合いの上、事業所ごとに判断することが重要である。

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

(答)

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

問 処遇改善後の賃金が、役職者を除く全産業平均賃金(440万円)以上かを判断するにあたっての賃金に含める範囲はどこまでか。

(答)

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

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

(答)

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

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

(答)

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

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

(答)

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

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

(答)

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

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

(答)

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

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

(答)

法人単位での取扱いについては、

- ・月額8万円の処遇改善となる者又は処遇改善後の賃金が役職者を除く全産業平均賃金（440万円）以上となる者を設定・確保
- ・経験・技能のある介護職員、他の介護職員、その他の職種の設定が可能である。
- ・また、法人単位で月額8万円の処遇改善となる者等の設定・確保を行う場合、法人で一人ではなく、一括して申請する事業所の数に応じた設定が必要である。なお、事業所の中に、設定することが困難な事業所が含まれる場合は、実態把握に当たりその合理的理由を説明することにより、設定の人数から除くことが可能である。
- ・なお、取得区分が（Ⅰ）、（Ⅱ）と異なる場合であっても、介護職員等特定処遇改善加算の取得事業所間においては、一括の申請が可能である（未取得事業所や処遇改善加算の非対象サービスの事業所、介護保険制度外の事業所については一括した取扱いは認められない。）。

● 【国Q&A】2019年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 2)

問 情報公表制度の報告対象外でかつ事業所独自のホームページを有しない場合、見える化要件を満たすことができず、特定加算を算定できないのか。

(答)

- ・見える化要件を満たすには、特定加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等により公表していることを求めている。
- ・具体的には、介護サービスの情報公表制度を活用していることを原則求めているが、この制度の対象となっていない場合は、外部の者が閲覧可能な形で公表することが必要である。その手法としては、ホームページの活用に限らず、事業所・施設の建物内の入口付近など外部の者が閲覧可能な場所への掲示等の方法により公表することも可能である。

問 2019年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) (平成31年4月12日) 問6に「月額8万円の処遇改善を計算するに当たっては、現行の介護職員処遇改善加算による賃金改善分と分けて判断することが必要」とされているが、「役職者を除く全産業平均賃金（440万円）以上か」を判断するに当たっては、現行の介護職員処遇改善加算による改善を含めて計算することは可能か。

(答)

経験・技能のある介護職員のグループにおいて、月額平均8万円以上又は賃金改善後の賃金が年額440万円以上となる者（以下このQ&Aにおいて「月額8万円の改善又は年収440万円となる者」という。）を設定することを求めている。この年収440万円を判断するに当たっては、現行の介護職員処遇改善加算による改善を含めて計算することが可能である。

問 経験・技能のある介護職員のグループにおいて、月額8万円の改善又は年収440万円となる者を

設定することについて、「現に賃金が年額440万円以上の者がいる場合にはこの限りでない」とは、具体的にどのような趣旨か。

(答)

- ・ 今回の特定加算については、公費1000億円（事業費2000億円程度）を投じ、リーダー級の介護職員について他産業と遜色ない賃金水準（＝440万円）を目指し、介護職員の更なる処遇改善を行うものである。
- ・ 特定加算による改善を行わなくとも、経験・技能のある介護職員のグループ内に、既に賃金が年額440万円以上である者がいる場合には、当該者が特定加算による賃金改善の対象となるかに関わらず、新たに月額8万円の改善又は年収440万円となる者を設定しなくても、特定加算の算定が可能である。

問 事業所における配分方法における「ただし、その他の職種の平均賃金額が他の介護職員の平均賃金額を上回らない場合はこの限りでないこと。」とはどのような意味か。

(答)

- ・ 特定加算については、介護職員の処遇改善という趣旨を損なわない程度で、介護職以外の職員も一定程度処遇改善を可能とする柔軟な運用を認めることとしており、この具体的な配分方法として、他の介護職員の平均賃金改善額については、その他の職種の平均賃金改善額の2倍以上となることを求めている。
- ・ ただし、その他の職種の平均賃金額が他の介護職員の平均賃金額を上回らない場合においては、柔軟な取扱いを認め、両グループの平均賃金改善額が等しくなる（1：1）までの改善を可能とするものである。

なお、その他の職種全体では他の介護職員の平均賃金額を上回る場合であっても、その他の職種のうち、他の介護職員の平均賃金額を上回らない職種については、当該職種に限り、他の介護職員と平均賃金改善額が等しくなるまでの改善を行うことも可能である。

（令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（vol. 1）にて一部改正）

問 介護給付のサービスと介護予防・日常生活支援総合事業を一体的に運営している場合であっても、月額8万円の改善又は年収440万円となる者を2人設定する必要があるのか。また、その場合の配分ルール（グループ間の平均賃金改善額 2:1:0.5）はどのような取扱いとなるのか。

(答)

- ・ 事業所において、介護給付のサービスと介護予防・日常生活支援総合事業を一体的に行っており、同一の就業規則等が適用される等労務管理が同一と考えられる場合は、法人単位の取扱いを適用するのではなく、同一事業所とみなし、

－ 月額8万円の改善又は年収440万円となる者を1人以上設定すること

－ 配分ルールを適用すること

により、特定加算の算定が可能である。

- ・ なお、介護給付のサービスと予防給付のサービス（通所リハビリテーションと予防通所リハビリテーションなど）についても同様である。
- ・ また、特別養護老人ホーム等と併設されている又は空所利用型である短期入所生活介護、介護老人保健施設等と短期入所療養介護についても、同様に判断することが可能であるとともに、これらについては、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設等が特定加算を算定している場合において、短期入所生活介護等においても、同じ加算区分を算定することが可能である。（短期入所生活介護等において特定加算（I）を算定する場合は、体制等状況一覧表における「併設本体施設における介護職員等特定処遇改善加算Iの届出状況」（あり／なし）の欄について、「あり」と届け出ること。）

（令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（vol. 1）にて一部改正）

問 本部の人事、事業部等で働く者など、法人内で介護に従事していない職員について、「その他職種」に区分し、特定加算による処遇改善の対象とすることは可能か。

(答)

特定加算の算定対象サービス事業所における業務を行っている判断できる場合には、その他の職種に含めることができる。

問 事業所内での配分方法を定めるにあたり、「他の介護職員」を設定せず、「経験・技能のある介護職員」と「その他の職種」のみの設定となることは想定されるのか。

(答)

- ・事業所毎に、「経験・技能のある介護職員」のグループを設定することが必要であるが、介護職員の定着が進み、勤続年数が長くなったこと等により、当該事業所で働く介護職員全てが、「経験・技能のある介護職員」であると認められる場合には、「経験・技能のある介護職員」と「その他の職種」のみの設定となることも想定される。
- ・この場合における配分ルールについては、当該事業所における「経験・技能のある介護職員」の平均賃金改善額が、「その他の職種」の平均賃金改善額の2倍より高いことが必要である。
(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (vol. 1) にて一部改正)

問 特定加算によって得られた加算額を配分ルール（グループ間の平均賃金改善額が2:1:0.5）を満たし配分した上で、更に事業所の持ち出しで改善することは可能か。

(答)

- ・各事業所において、特定加算による処遇改善に加え、事業所の持ち出しで処遇改善を行うことは可能である。
- ・この場合においては、特定加算による賃金改善分について配分ルールを満たしていることを確認するため、実績報告書における賃金改善所要額、グループごとの平均賃金改善額等においては、特定加算による賃金改善額を記載のうえ、持ち出しにより更なる賃金改善を行った旨付記すること（改善金額の記載までは不要）。

問 看護と介護の仕事を0.5ずつ勤務している職員がいる場合に、「経験・技能のある介護職員」と「その他の職種」それぞれに区分しなければならないのか。

(答)

- ・勤務時間の全てでなく部分的であっても、介護業務を行っている場合は、介護職員として、「経験・技能のある介護職員」、「他の介護職員」に区分することは可能。なお、兼務職員をどのグループに区分するか、どのような賃金改善を行うかについては、労働実態等を勘案し、事業所内でよく検討し、対応されたい。

問 介護サービスや総合事業、障害福祉サービス等において兼務している場合、配分ルールにおける年収はどのように計算するのか。

(答)

どのサービスからの収入かに関わらず、実際にその介護職員が収入として得ている額で判断して差し支えない。

● 【国Q & A】2019年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 4)

問 介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書において、介護職員（職員）の賃金の総額を計算するに当たり、「なお、これにより難しい合理的な理由がある場合には、他の適切な方法により前年度の（介護職員）の賃金の総額を推定するものとする」とされているが、「これにより難しい合理的な理由がある場合」とは、例えばどのような場合を想定しているのか。

(答)

- ・これにより難しい合理的な理由がある場合としては、例えば、
 - 前年の10月に事業所を新設した等サービス提供期間が12ヶ月に満たない場合、
 - 申請する前年度において職員の退職などにより職員数が減少し、基準額となる賃金総額として適切でない場合、
 - 前年（1～12月）の途中から事業規模の拡大又は縮小を行い、申請年度においては、変更後の事業規模で実施する予定である等、当該年度の賃金総額として適切な規模に推定する必要がある場合
 等を想定している。
- ・なお、具体的な推計方法については、例えば、
 - サービス提供期間が12ヶ月に満たない場合は、12ヶ月サービスを提供していたと仮定した場合における賃金水準を推計すること
 - 事業規模を拡大した場合は、比較時点にいない職員について、当該職員と同職であって、勤務年数等が同等の職員の賃金水準で推計すること
 等が想定される。

また、複数の介護サービス事業所等について一括して申請を行う事業所において、当該申請に係る事業所等に増減があった場合は、変更の届出が必要とされているが、例えば、事業所が増加する

ことにより、職員も増えた場合における推計方法は、当該職員と同職であって勤務年数等が同等の職員の賃金水準で推計し、前年度（前年の1～12月）の賃金総額を推計することが想定される。

問 介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書における「前年度における介護サービス事業者等の独自の賃金改善額」には、どのようなものを記載するのか。

(答)

- ・介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書を提出する前年度において介護サービス事業者等が、加算額を上回る賃金改善を行うために実施した賃金改善額（初めて処遇改善加算を取得した年度（交付金を取得している場合については交付金を初めて取得した年度）以降に、新たに行ったものに限る。手当や定期昇給によるものなど賃金改善の手法は問わない。）について、記載することを想定している。
- ・なお、このため、加算額を上回る賃金改善を行うために実施した「以前から継続している賃金改善」についても記載することは可能である。

問 「月額8万円以上」又は「年額440万円以上」の改善の対象とし、賃金改善を行っていた経験・技能のある介護職員が、年度の途中で退職した場合には、改めて別の職員について、「月額8万円以上」又は「年額440万円以上」の改善を行わなくてはならないか。

(答)

- ・特定処遇改善加算の配分に当たっては、賃金改善実施期間において、経験・技能のある介護職員のグループにおいて、月額8万円の改善又は年収440万円となる者を1人以上設定することが必要であるが、予定していた者が、賃金改善実施期間に退職した場合等においては、指定権者に合理的な理由を説明することにより、当該配分ルールを満たしたものと扱うことが可能である。
- ・なお、説明に当たっては、原則、介護職員処遇改善実績報告書・介護職員等特定処遇改善実績報告書の「④月額8平均8万円又は改善後の賃金が年額440万円となった者<特定>」欄の「その他」に記載することを想定している。

問 介護サービスと障害福祉サービス等を両方実施しており、職員が兼務等を行っている場合における介護職員の賃金総額はどのように計算するのか。

(答)

- ・介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書に、職員の賃金を記載するにあたり、原則、加算の算定対象サービス事業所における賃金については、常勤換算方法により計算することとしており、同一法人において介護サービスと障害福祉サービスを実施しており、兼務している職員がいる場合においても、介護サービス事業所における賃金について、常勤換算方法による計算をし、按分し計算することを想定している。
- ・一方で、計算が困難な場合等においては実際にその職員が収入として得ている額で判断し差し支えない。

● 【国Q&A】令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1)

問 特定加算の介護職員間の平均の賃金改善額の配分ルールが見直されたとのことであるが、具体的な取扱いはどのようになるのか。

(答)

- ・特定加算について、事業所内でのより柔軟な配分を可能とする観点から、平均賃金改善額について、「経験・技能のある介護職員」は、「その他の介護職員」と比較し、「2倍以上」から「より高くする」ことに見直すものである。
- これに伴い、配分ルールの見直しを行う場合は、労使でよく話し合いの上、設定されたい。
- ・なお、「月額8万円の改善又は改善後の賃金が年額400万円以上」の者は、引き続き設定する必要があることに留意されたい。

問 2019年度介護報酬改定に関するQ&A (vol. 4) (令和2年3月30日) 問4において、「これにより難しい合理的な理由がある場合」の例示及び推計方法例が示されているが、勤続年数が長い職員が退職し、勤続年数の短い職員を採用した場合等は、これに該当するのか。またどのように推計するのか。

(答)

- ・賃金改善の見込額と前年度の介護職員の賃金の総額との比較については、改善加算及び特定加算による収入額を上回る賃金改善が行われていることを確認するために行うものであり、勤続年数

が長い職員が退職し、職員を新規採用したことにより、前年度の介護職員の賃金の総額が基準額として適切でない場合は、「これにより難しい合理的な理由がある場合」に該当するものである。

- ・このような場合の推計方法について、例えば、前年度の介護職員の賃金の総額は、
 - － 退職者については、その者と同職であって勤務年数等が同等の職員が、前年度在籍していなかったものと仮定した場合における賃金総額を推定する
 - － 新規採用職員については、その者と同職であって勤務年数等が同等の職員が、前年度在籍したものと仮定した場合における賃金総額を推定する

等が想定される。

- ・ 具体的には、
 - － 勤続10年の者が前年度10人働いていたが、前年度末に5人退職し
 - － 勤続1年目の者を今年度当初に5人採用した場合には、
仮に、勤続年数が同一の者が全て同職であった場合、前年度、
 - － 勤続10年の者は5人在籍しており、
 - － 勤続1年の者は15人在籍していたものとして、
賃金総額を推計することが想定される。

問 処遇改善計画書において「その他の職種（C）には、賃金改善前の賃金が既に年額440万円を上回る職員の賃金を含まないこと。」との記載があるが、年額440万円を上回る職員は「前年度の一月当たりの常勤換算職員数」についてどのように取り扱うのか。

(答)

2019年度介護報酬改定に関するQ&A (vol. 1) (平成31年4月13日) 問13のとおり、平均賃金額の計算における母集団には、賃金改善を行う職員に加え、賃金改善を行わない職員も含めることとしており、年額440万円を上回る職員も、「前年度の一月当たりの常勤換算職員数」に含めることとなる。

問 処遇改善計画書の作成時においては、特定加算の平均の賃金改善額の配分ルールを満たしており、事業所としても適切な配分を予定していたものの、職員の急な退職等によりやむを得ず、各グループに対して計画書通りの賃金改善を行うことができなくなった結果、配分ルールを満たすことができなかった場合、どのような取扱いとすべきか。

(答)

- ・ 職員の退職等のやむを得ない事情により、配分ルールを満たすことが困難になった場合は、実績報告にあたり、合理的な理由を求めることとする。 (令和2年度実績報告書においては、申出方法は問わないが、令和3年度においては、「介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老発0316第4号)でお示しした実績報告書(様式3-1)の「⑥その他」に記載されたい。)
- ・ なお、その場合でも、特定加算による収入額を上回る賃金改善が必要である。

● 【国Q&A】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Q&A

問 処遇改善計画書及び実績報告書において基準額1、2(前年度の(介護職員の)賃金の総額)及び基準額3(グループ別の前年度の平均賃金額)の欄が設けられているが、実績報告書の提出時において、基準額1、2及び3に変更の必要が生じた場合について、どのように対応すればよいか。

(答)

- ・ 処遇改善加算及び特定加算(以下「処遇改善加算等」という。)については、原則、当該事業所における処遇改善加算等により賃金改善を行った総額が、処遇改善加算等による収入額を上回る必要があり、実績報告においてもその点を確認しているところ。
- ・ 当該事業所における処遇改善加算等により賃金改善を行った総額については、
 - ①前年度の賃金の総額(基準額1、2)
 - ②処遇改善加算又は特定加算による賃金改善を含めた当該年度の賃金の総額を比較し計算することとしているが、①について職員構成や賃金改善実施期間等が変わることにより、修正が必要となった場合や、②について経営状況等が変わった場合、以下の取扱いが可能である。

＜①について職員構成や賃金改善実施期間等が変わることにより、修正が必要となった場合＞

当該年度において、勤続年数が長い職員が退職し、職員を新規採用したこと等により、前年度と職員構成等が変わった場合や賃金改善実施期間が処遇改善計画書策定時点と変わった場合等に、処遇改善計画書に記載した前年度の賃金の総額が、②と比較するに当たっての基準額として適切ではなくなる場合がある。

通常は、処遇改善計画書の変更の届出を行い、基準額1、2の額を推計することにより修正することとなるが、この場合は、実績報告書の提出時において、変更前後の基準額と合理的な変更理由を説明することで差し支えない。（令和2年度実績報告書においては、説明方法は問われないが、令和3年度においては、「介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老発0316第4号）でお示した実績報告書（様式3-1）の「⑥その他」に記載されたい。）

なお、これは、基準額3についても同様であるとともに、推計方法は、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）問22を参考にされたい。

＜②について経営状況等が変わった場合＞

サービス利用者数の減少などにより経営が悪化し、一定期間収支が赤字である、資金繰りに支障が生じる等の状況により、賃金水準を引き下げざるを得ない場合は、特別事情届出書を届け出ること、計画書策定時点と比較し「加算の算定により賃金改善を行った賃金の総額」が減少し、実績報告書において賃金改善所要額が加算総額を下回ることも差し支えない。

なお、賃金水準を引き下げた要因である特別な状況が改善した場合には、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56のとおり、可能な限り速やかに賃金水準を引下げ前の水準に戻す必要があること。

● 上記以外のQ&Aについては、各年度の介護報酬改定に関するQ&Aを参照

介護職員等ベースアップ等支援加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所は、介護報酬総単位数の1.0%の単位数を加算します。

●厚生労働大臣が定める基準

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① 介護職員その他の職員の賃金改善について、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等ベースアップ等支援加算の算定見込額を上回り、かつ、介護職員及びその他の職員のそれぞれについて賃金改善に要する費用の見込額の3分の2以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てる賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。
- ② 賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等ベースアップ等支援計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ていること。
- ③ 介護職員等ベースアップ支援加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ること。
- ④ 事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市長に報告すること。
- ⑤ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定していること。
- ⑥ ②の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。

3 所要時間 1 時間以上 2 時間未満のサービス提供について

- 1 時間以上 2 時間未満の通所リハビリテーションの利用者については、同日に行われる他の通所リハビリテーション費は算定できません（老企 3 6 第二 8（1）④ただし書き）。
→例）6－7 時間のサービスの前後に 1－2 時間のサービスを行うことはできません。
- 医療保険の脳血管リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーションの届出を行っている保険医療機関においては、利用者のサービス提供に支障が生じない場合に限り、1 時間以上 2 時間未満の通所リハビリテーションを、医療保険の上記リハビリテーションと同一のスペースにおいて行うことも差し支えないことが明確に定められました（必要な機器及び器具の利用についても同様です）。

4 医療保険と介護保険のリハビリテーションの給付調整について

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

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

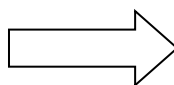
なお、目標設定等支援・管理料を算定してから 3 月以内に、当該支援によって紹介された事業所において介護保険におけるリハビリテーションを体験する目的で、同一の疾患について医療保険におけるリハビリテーションを行った日以外に 1 月に 5 日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションを行った場合は、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載する必要はなく、医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへ移行したものとみなさない。

【H30. 3. 30 保医発 0330 第 2 号「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について（厚生労働省保険局医療課長）】

【ポイント】

- 医療保険の対象となるリハビリテーション
⇒急性期・回復期の状態に対応し、身体機能の早期改善を目指すもの
- 介護保険の通所リハビリテーション
⇒維持期の状態に対応し、生活機能の維持・向上を目指すもの

医療保険適用
(急性期・回復期)



介護保険適用
(維持期)

(厚生労働省「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 2)」)

○ 医療保険と介護保険の関係

(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、保健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書とも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に移行する者が、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か。また、その場合、保険医療機関側で当該者を診療し、別紙様式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察を省略して差し支えないか。

2) 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が、保健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2-2-1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か。

(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(3)⑤から⑦までを参照のこと。

(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、

イ 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」

ロ 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、同様に取り扱うのか。

(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、運動器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、同様に取り扱うものである。

(厚生労働省「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.9)」)

○ 新たに事業所の指定を受ける場合の指定の遡及の取扱いについて

Q 維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料を 2019 年 3 月までの間において算定していた保険医療機関が、平成 31 年 4 月 1 日以降に新たに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及び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。）事業所の指定を受けようとする場合に 2019 年 4 月 1 日に遡及し、指定があったものとみなすことは可能か。また介護給付費の算定に係る体制等に関する届出についても同様に、2019 年 4 月 1 日に遡及し、届出があったものとみなすことは可能か。

A 医療保険から介護保険への円滑な移行を促進する観点から質問のような保険医療機関が介護保険の指定を受けようとする場合、介護保険担当部局においては 2019 年 9 月 30 日までの間、2019 年 4 月 1 日までに指定があったものとみなして差し支えない。介護給付費の算定に係る体制等に関する届出等についても 2019 年 4 月時点で算定要件を満たしていれば、同様の取扱いをして差し支えない。

なお、サービスを提供した際の保険給付を受ける時効については 2 年間となっているところ、上記取扱いにより指定を遡及した場合のリハビリテーションの提供に係る報酬についても、サービス提供から 2 年間は請求可能である。

○ 所要時間の取扱いについて

Q 維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料を 2019 年 3 月までの間において算定していた保険医療機関が、平成 31 年 4 月 1 日以降に新たに通所リハビリテーション事業所の指定を受け、リハビリテーションを提供しようとする場合に、実際の提供時間が 1 時間以上 2 時間未満を満たさない場合であっても当該単位数を算定することは可能か。

A 医療保険から介護保険への円滑な移行を促進する観点から、維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料を算定していた患者が 1 時間以上 2 時間未満の指定通所リハビリテーションの利用を開始した場合、実際の通所リハビリテーションの提供時間が 1 時間より短くなった場合であっても、2019 年 9 月 30 日までの間、1 時間以上 2 時間未満の場合における単位数を算定することとして差し支えない。

個人情報保護について

平成17年4月から、個人情報保護法が施行され、介護保険事業者も個人情報保護法に沿って事業運営をしていかなければなりません。また、同法の改正により、平成29年5月から小規模事業者も対象となりました。

厚生労働省等から発出されている具体的な取扱いのガイダンス等をご確認いただくとともに、個人情報の適正な取扱いについて各事業者で徹底していただきますようお願いいたします。

<厚生労働省ホームページ>

「厚生労働分野における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン等」

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>)

○医療分野

〔医療機関等、介護関係事業者〕

- ・ **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**
(平成29年4月14日通知、同年5月30日適用)
- ・ 「**医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス**」に関する
Q & A (事例集) (平成29年5月30日適用)

なお、医療・介護関係事業者における個人情報の取扱いについては、法令上大きく分けて次の取組が必要となります。上記の厚生労働省ガイダンス等に詳細が記載されていますので、ご確認ください。

① 個人情報の取得・利用

(例) 利用目的を特定して、その範囲内で利用する
利用目的を通知又は公表する

② 個人データの保管

(例) 漏えい等が生じないように、安全に管理する
従業員・委託先にも安全管理を徹底する

③ 個人データの第三者提供

(例) 第三者に提供する場合は、あらかじめ本人の同意を得る
第三者に提供した場合・第三者から提供を受けた場合は、原則一定事項を記録する

④ 保有個人データに関する開示請求等への対応

(例) 本人から開示等の請求があった場合は、これに対応する
苦情等に適切・迅速に対応する