

令和 7 年度

集 団 指 導 資 料

～指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所～
～指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所～

福岡県保健医療介護部介護保険課
北九州市保健福祉局長寿推進部介護保険課
福岡市福祉局高齢社会部事業者指導課
久留米市健康福祉部介護保険課

令和7年度 集団指導資料

指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所

指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所

（目次）

①	指定（介護予防）通所リハビリテーション事業に関する事項	1
②	事業所規模区分	5 9
③	集合住宅に居住する利用者に対するサービス提供に係る減算について	6 0
④	指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業に関する事項	6 1
⑤	介護報酬改定に係るQ & A	9 3
⑥	月額報酬の日割り等の算定方法について	1 0 4
⑦	「特別地域」加算及び「中山間地域等」加算について	1 1 0
⑧	医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項等	1 1 4
⑨	入院外の維持期・生活期の疾患別リハビリテーションに係る経過措置の終了に当たっての 必要な対応について	1 4 1

1 通所リハビリテーション事業に関する事項

基準省令：指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平 11.3.31 厚生省令第 37 号）

第 8 章通所リハビリテーション

基準省令の解釈通知：指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（平 11.9.老企第 25 号）第 3 介護サービスの七 通所リハビリテーション

介護報酬：指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平 12.2.10 厚生省告示第 19 号）別表 7 通所リハビリテーション

介護報酬の留意事項通知：指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平 12.3.1 老企第 36 号）第 2 の 8 通所リハビリテーション費

（1）指定居宅サービスの事業の一般原則

- ア 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らない。
- イ 事業者は、事業を運営するにあたっては、地域との結び付きを重視し、市町村、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービスおよ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らない。
- ウ 事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- エ 事業者は、指定通所リハビリテーションを提供するに当たっては、法第 118 条の 2 第 1 項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

（2）基本方針

利用者が要介護状態となった場合においても、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らない。

（3）人員に関する基準

① 事業者が病院、介護老人保健施設、介護医療院の場合

- ア 専任の常勤医師が 1 人以上勤務していること。
- イ 単位ごとにサービス提供時間帯を通じて、専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員を、利用者の数が 10 人以下の場合は 1 以上、利用者の数が 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ていること。
- ウ 上記イに掲げる人員のうち専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を、利用者が 100 又はその端数を増すごとに 1 以上配置していること。
- エ 上記ウに掲げる人員のうち、所要時間 1 時間から 2 時間の指定通所リハビリテーションを行う場

合であって、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位におけるリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算できる。

② 事業者が診療所の場合

ア 利用者数が同時に10人を超える場合にあつては、専任の常勤医師が1人以上勤務していること。

イ 利用者数が同時に10人以下の場合にあつては、以下の要件に適合していること。

○ 専任の医師が1人勤務していること。

○ 利用者数は、専任の医師1人に対し1日48人以内であること。

ウ 単位ごとにサービス提供時間帯を通じて、専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員を、利用者の数が10人以下の場合は1以上、利用者の数が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ていること。

エ 上記ウに掲げる人員のうち、専らサービス提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は経験を有する看護師（※）を、常勤換算方法で0.1以上配置していること。

オ 上記エに掲げる人員のうち、所要時間1時間から2時間の指定通所リハビリテーションを行う場合であつて、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位におけるリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算できる。

※ 経験を有する看護師

下記医療機関、事業所、介護保険施設で、1年以上の従事した経験を有する看護師

・医療保険（診療報酬）

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

の施設基準の届出を行った医療機関

・介護保険

通所リハビリテーション費

介護予防通所リハビリテーション費

の施設基準の届出を行った事業所

・特定診療費及び特別診療費（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

③ 共生型自立訓練又は基準該当自立訓練を併せて行う際の取扱い

共生型サービス又は基準該当サービスとして障害福祉サービスにおける機能訓練（自立訓練）を行う場合においては、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び関係規定に基づき適切に実施すること。なお、人員基準を満たすにあつては、通所リハビリテーションの利用者数に、障害福祉サービスの利用者数を合算することとし、利用者に対するサービス提供が適切に行われると認められる場合において、従事者が双方のサービスに従事することは差し支えない。

定員超過利用・人員基準欠如による減算

- ・定員超過利用は100分の70に減算

概要：通所リハビリテーションの月平均の利用者数が運営規程に定められている利用定員を超える場合。

- ・人員基準欠如による減算も原則100分の70に減算

概要：人員基準上満たすべき員数の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員または介護職員を置いていない場合。

注1 医師の兼務について

ア 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、病院または診療所（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。

イ 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。

ウ 指定通所リハビリテーション事業所のみなし指定を受けた介護老人保健施設又は介護医療院においては、当該介護老人保健施設又は当該介護医療院の医師の配置基準を満たすことをもって、通所リハビリテーション事業所の医師の常勤配置に係る基準を満たしているものとみなすことができること。

注2 延長加算時

7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行う場合【病院・診療所を問わず】

事業所の実情に応じて、適当数の従業者を配置するものとする。

注3 同一事業所で複数の単位の通所リハビリテーションを同時に行う場合【病院・診療所を問わず】

同時に行われる単位の数の常勤の従業者が必要となる。

注4 従業者1人が1日に行うことができる通所リハビリテーション

【病院・診療所を問わず】

2単位まで。

ただし、所要時間1時間から2時間の通所リハビリテーションについては0.5単位として取り扱う。

注意事項（用語の定義等）

ア 通所リハビリテーションの「単位」

同時に、一体的に提供される指定通所リハビリテーションをいう。

このため、例えば、下記の場合は「2単位」として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要がある。

- ・ 指定通所リハビリテーションが同時に一定の距離を置いた二つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているといえない場合
- ・ 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合

イ 「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(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う。

ただし、母性健康管理措置又は育児、介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を 30 時間として取り扱うことを可能とする。

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。

また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従事者が労働基準法(昭和 22 年法律第 49 号)第 65 条に規定する休業(以下「産前産後休業」という。)、母性健康管理措置、育児・介護休業法第 2 条第 1 号に規定する育児休業(以下「育児休業」という。)、同条第 2 号に規定する介護休業(以下「介護休業」という。)、同法第 23 条第 2 項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第 24 条第 1 項(第 2 号に係る部分に限る。)の規定により同項第 2 号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業(以下「育児休業に準ずる休業」という。)を取得中の期間において、当該人員基準において求められる資質を有する複数の非常勤の従事者を常勤の従業者の員数に換算することにより、人員基準を満たすことが可能であることとする。

ウ 「提供時間帯を通じて専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる従業者を確保する」

指定通所リハビリテーションの単位ごとに従業者について、提供時間帯に常に居宅基準上求められる数以上確保するよう必要な配置をすることをいう。

例えば、提供時間帯を通じて専従する従業者が 2 人以上必要である場合、提供時間帯の 2 分の 1 ずつの時間専従する従業者の場合は、その員数としては 4 人が必要となる。

エ 「利用者の数」

単位ごとの指定通所リハビリテーションについての利用者の実人員をいう。

(4) 設備に関する基準

- ① 通所リハビリテーションを提供するのにふさわしい専用の部屋等であって、3 平方メートルに利用定員を乗じた面積以上のものを有すること。

($3 \text{ m}^2 \times \text{利用定員}$ 以上)

- ② 通所リハビリテーションを行うためのスペースと、当該通所リハビリテーション事業所と併設の関係にある特別養護老人ホーム、社会福祉施設等における機能訓練室等との関係は、以下「指定通所介護事業所における基準省令の解釈通知」を参照。

(指定通所介護事業所の基準省令の解釈通知)

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

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

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

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

なお、設備を共用する場合、指定通所介護事業者は、事業所において感染症が発生し、又はま

ん延しないように必要な措置を講じるよう努めなければならないと定めているところであるが、衛生管理等に一層努めること。

- ③ 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、同一のスペースで行うことも差し支えない（１時間以上２時間未満の通所リハビリテーションに限る。）。この場合、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平方メートルに通所リハビリテーションの利用者数を乗じた面積以上とする。
- ④ 医療保険・介護保険のサービス提供に支障が生じない場合は、サービス提供時間に関わらず、必要な機器及び器具は、共用して差し支えない。
- ⑤ 共生型サービス又は基準該当サービスとして障害福祉サービスにおける機能訓練（自立訓練）を行う場合においては、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び関係規定に基づき適切に実施すること。なお、施設基準を満たすにあたっては、通所リハビリテーションの利用者数に、障害福祉サービスの利用者数を合算することとし、利用者に対するサービス提供が適切に行われると認められる場合において、設備を共有することは差し支えない。
- ⑥ 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ていること。

※ 注意事項

「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いう。これらの設備を確実に設置しなければならないこと。

（５）運営に関する基準

① 内容及び手続の説明及び同意

指定通所リハビリテーション事業者（以下「事業者」という。）は、指定通所リハビリテーションの提供の開始に際し、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、通所リハビリテーション従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。

② 提供拒否の禁止

事業者は、正当な理由なく指定通所リハビリテーションの提供を拒んではならない。

③ 心身の状況等の把握

事業者は、指定通所リハビリテーションの提供にあたっては、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らない。

④ サービスの提供の記録

ア 事業者は、指定通所リハビリテーションを提供した際には、提供日及び内容、保険給付の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しなければならない。

イ 事業者は、指定通所リハビリテーションを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければならない。

⑤ 指定通所リハビリテーションの基本取扱方針

ア 指定通所リハビリテーションは、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行わなければならない。

イ 事業者は、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

らなければならない。

⑥ 指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針

- ア 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び通所リハビリテーション計画に基づき、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、妥当適切に行う。
- イ 指定通所リハビリテーション従業者は、指定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う。
- ウ 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。
- エ 前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
- オ 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供する。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提供ができる体制を整える。
- カ 事業者は、リハビリテーション会議の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するよう努め、利用者に対し、適切なサービスを提供する。

キ 留意事項

- (ア) 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならず、緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合にあっては、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
また、緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の3つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しておくことが必要である。
なお、当該記録は、各指定権者が定める基準に沿って、5年間又は2年間保存しなければならない。（詳細は、各指定権者が制定している条例を参照のこと。）
- (イ) リハビリテーション会議の構成員は、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の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とすること。また、必要に応じて歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士等が参加すること。
なお、利用者の家族について、家庭内暴力等により参加が望ましくない場合や、遠方に住んでいる等のやむを得ない事情がある場合は、必ずしもその参加を求めるものではないこと。
また、リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、構成員がリハビリテーション会議を欠席した場合は、速やかに当該会議の内容について欠席者との情報共有を図ること。
リハビリテーション会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

⑦ 通所リハビリテーション計画の作成

- ア 医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる通所リ

ハビリテーション従業者（以下「医師等の従業者」という。）は、指定通所リハビリテーション事業所の医師の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なければならない。

イ 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なければならない。

ウ 医師等の従業者は、通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

エ 医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者に係る通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握しなければならない。

オ 医師等の従業者は、通所リハビリテーション計画を作成した際には、当該通所リハビリテーション計画を利用者に交付しなければならない。

カ 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する。

キ 指定通所リハビリテーション事業者が指定訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議(医師が参加した場合に限る。)の開催等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた通所リハビリテーション計画を作成した場合については、訪問リハビリテーション計画の作成に関する基準を満たすことをもって、アからエの基準を満たしているものとみなすことができる。

ク 留意事項

(ア) 通所リハビリテーション計画の目標及び内容については、利用者又は家族に説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うこと。

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

《運営指導における不適正事例》

- ・サービスの提供に関わる従業者が共同して作成していない。
- ・サービスの実施状況及びその評価を記録していない。
- ・計画に対する利用者の同意が得られていない。
- ・同意日がサービス提供開始後となっている。
- ・計画の目標及び内容に対する実施状況や評価について説明が行われていない。

⑧ 緊急時等の対応

通所リハビリテーション従業者は、現に指定通所リハビリテーションの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。

⑨ 運営規程

事業者は、指定通所リハビリテーション事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めておかなければならない。

- ア 事業の目的及び運営の方針
- イ 従業者の職種、員数及び職務の内容
- ウ 営業日及び営業時間
- エ 指定通所リハビリテーションの利用定員
- オ 指定通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額
- カ 通常の事業の実施地域
- キ サービスの利用に当たっての留意事項
- ク 非常災害対策
- ケ 虐待防止のための措置に関する事項
- コ その他運営に関する重要事項

《運営指導における不適正事例》

- ・ 営業日やサービス提供時間等の内容を変更しているが、運営規程を変更していない。
また、指定権者に変更届出書が提出されていない。
- ・ 報酬改定に伴う利用料の変更に係る同意がない。
- ・ 運営規程において2割及び3割負担の料金説明についての記載がなされていない。

⑩ 勤務体制の確保等

- ア 事業者は、利用者に対し適切な指定通所リハビリテーションを提供できるよう、指定通所リハビリテーション事業所ごとに従業者の勤務体制を定めておかなければならない。
 - イ 事業者は、指定通所リハビリテーション事業所ごとに、当該指定通所リハビリテーション事業所の従業者によって当該指定通所リハビリテーションを提供しなければならない。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りではない。
 - ウ 事業者は、通所リハビリテーション従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。その際、当該指定通所リハビリテーション事業者は、全ての通所リハビリテーション従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護員養成研修修了者その他これに類する者（※）を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければならない。
- ※ 当該義務付けの対象とならない者は、看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等とする。
- ※ 指定通所リハビリテーションは医療・福祉関係資格を有さない全ての通所リハビリテーション従業者に対し認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置を講じなければならない。
- ※ 新規採用、中途採用を問わず、事業所が新たに採用した従業者（医療・福祉関係資格を有さない者に限る。）に対する当該義務付けの適用については、採用後1年間の猶予期間を設けることとし、採用後1年を経過するまでに認知症介護基礎研修を受講させることとする
- エ 指定通所リハビリテーション事業者は、適切な指定通所リハビリテーションの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であつて業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより通所リハビリテーション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らない。

i 事業主が講ずべき措置の具体的内容

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

a 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発

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

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

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

ii 事業主が講じることが望ましい取組について

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

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

⑪ 定員の遵守

事業者は、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らない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではない。

⑫ 非常災害対策

ア 事業者は、非常災害（火災・風水害・地震等）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及び連絡体制を整備し、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らない。

イ 指定通所リハビリテーション事業者は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならない。

《運営指導における不適正事例》

- ・ 火災、風水害、地震その他の非常災害に関する具体的計画が作成されていない。
- ・ 避難訓練を定期的に実施していない。

⑬ 業務継続計画の策定等

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

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

※ 計画の策定、研修及び訓練の実施については、他のサービス事業者との連携等により行うこと

も差し支えない。

※ 研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましい。

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

さらに、感染症に係る業務継続計画並びに感染症の予防及びまん延の防止のための指針については、それぞれに対応する項目を適切に設定している場合には、一体的に策定することとして差し支えない。

i 感染症に係る業務継続計画

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

ii 災害に係る業務継続計画

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

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

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

ウ 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

⑭ 衛生管理等

ア 事業者は、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らない。

イ 事業者は、当該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以下の措置を講じなければならない。

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

こと。

- ※ 感染対策委員会は、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましい。構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、感染対策担当者を決めておくことが必要である。感染対策委員会は、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね6月に1回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要がある。
 - ※ 感染対策委員会は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
 - ※ 感染対策委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。
- (イ) 当該指定通所リハビリテーション事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
- ※ 指針には、平常時の対策及び発生時の対応を規定する。
 - ※ 平常時の対策としては、事業所内の衛生管理（環境の整備等）、ケアにかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等が想定される。また、発生時における事業所内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要である。
- なお、それぞれの項目の記載内容の例については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照されたい。
- (ウ) 当該指定通所リハビリテーション事業所において、通所リハビリテーション従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施すること。
- ※ 研修の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。
- 職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該事業所が定期的な教育（年1回以上）を開催するとともに、新規採用時には感染対策研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録することが必要である。
- なお、研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、事業所内で行うものでも差し支えなく、当該事業所の実態に応じ行うこと。
- また、平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年1回以上）に行うことが必要である。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとする。
- 訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

《運営指導における不適正事例》

- ・ 食中毒や感染症の発生を防止するためのマニュアルが作成されておらず、その防止のための研修も実施されていないなど、衛生上必要な対策が不十分である

⑮ 掲示

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

※ 運営規程の概要、従業者の勤務の体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を通所リハビリテーション事業所の見やすい場所に掲示すること。また、ウは、指定通所リハビリテーション事業所は、原則として、重要事項を事業者のウェブサイトに掲載することを規定したものであるが、ウェブサイトとは、法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システムのことをいう。なお、指定通所リハビリテーション事業者は、重要事項の掲示及びウェブサイトへの掲載を行うにあたり、次に掲げる点に留意する必要がある。

- i 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あること。
- ii 通所リハビリテーション従業者の勤務の体制については、職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数を掲示する趣旨であり、通所リハビリテーション従業者の氏名まで掲示することを求めるものではないこと。
- iii 介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）第 140 条の 44 各号に掲げる基準に該当する指定通所リハビリテーション事業所については、介護サービス情報制度における報告義務の対象ではないことから、基準省令第 32 条第 3 項の規定によるウェブサイトへの掲載は行うことが望ましいこと。なお、ウェブサイトへの掲載を行わない場合も、同条第 1 項の規定による掲示は行う必要があるが、これを同条第 2 項や居宅基準第 217 条第 1 項の規定に基づく措置に代えることができること。

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

※ 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当該指定通所リハビリテーション事業所内に備え付けることで掲示に代えることができる。

ウ 事業者は、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

《運営指導における不適正事例》

- ・重要事項の掲示がない。（関係者が自由に閲覧可能な形で備え付けていない。）

⑯ 秘密保持等

ア 指定通所リハビリテーション事業所の従業者は、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らない。

イ 事業者は、当該指定通所リハビリテーション事業所の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に、必要な措置を講じなければならない。

ウ 事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

《運営指導における不適正事例》

- ・従業者（派遣社員を含む）又は従業者であった者に対し、利用者等の秘密保持に関する必要な措置を講じていない。（雇用時に誓約書等を徴していない又は誓約書の内容不備）

・ 家族の個人情報を用いる場合に、家族の同意を文書により得ていない。

⑪ 苦情処理

- ア 事業者は、提供した指定通所リハビリテーションに係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らない。
- イ 事業者は、当該苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。
- ウ 事業者は、提供した指定通所リハビリテーションに関し、法第 23 条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、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らない。
- エ 事業者は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告しなければならない。
- オ 事業者は、提供した指定通所リハビリテーションに係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う法第 176 条第 1 項第三号の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の指導又は助言を受けた場合においては、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らない。
- カ 事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

《運営指導における不適正事例》

・ 重要事項説明書における苦情相談窓口について、利用者の保険者の記載がない。

⑫ 地域との連携等

- ア 事業者は、事業の運営に当たっては、提供したサービスに関する利用者からの苦情に関して市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めなければならない。
- ※ 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、市町村との密接な連携に努めること。
- なお、「市町村が実施する事業」には、介護サービス相談員派遣事業のほか、広く市町村が老人クラブ、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る。
- イ 事業者は、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サービス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サービスの提供を行うよう努めなければならない。
- ※ 高齢者向け集合住宅等と同一の建物に所在する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らないことを定めたものである。なお、こうした趣旨を踏まえ、地域の実情に応じて、都道府県が条例等を定める場合や、市町村等の意見を踏まえて指定の際に条件を付す場合において、例えば、当該事業所の利用者のうち、一定割合以上を当該集合住宅以外の利用者とするよう努める、あるいはしなければならない等の規定を設けることは差し支えないものである。この際、自立支援や重度化防止等につながるようなサービス提供がなされているか等、サービスの質が担保されているかが重要であることに留意すること。

⑱ 事故発生時の対応

- ア 事業者は、利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- イ 事業者は、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
- ウ 事業者は、利用者に対する指定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らない。

《運営指導における不適正事例》

- ・サービスの提供中の事故について保険者に対する報告が行われていない。

⑳ 虐待の防止

- 事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。
- ア 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。）を定期的で開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ること。
 - ※ 虐待防止検討委員会は、管理者を含む幅広い職種で構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的を開催することが必要である。また、虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。
 - ※ 虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業員に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要である。
 - ※ 虐待防止検討委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。
 - ※ 虐待防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
 - ※ 虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討することとする。その際、そこで得た結果（事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、従業員に周知徹底を図る必要がある。
 - i 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること
 - ii 虐待の防止のための指針の整備に関すること
 - iii 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
 - iv 虐待等について、従業員が相談・報告できる体制整備に関すること
 - v 従業員が高齢者虐待を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
 - vi 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること
 - vii viの再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること
 - イ 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。
 - ※ 指針には以下のような項目を盛り込むこと。
 - i 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方
 - ii 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項
 - iii 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針

- iv 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
- v 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
- vi 成年後見制度の利用支援に関する事項
- vii 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
- viii 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
- ix その他虐待の防止の推進のために必要な事項

ウ 事業所において、従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。

※ 事業者は指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年1回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施すること。

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

エ 措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

※ 当該担当者は、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業員が務めることが望ましい。

なお、同一事業所内での複数担当(※)の兼務や他の事業所・施設等との担当(※)の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、利用者や事業所の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。

(※) 身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

《運営指導における不適正事例》

- ・ 職員の新規採用時に虐待防止のための研修を実施していない。
- ・ 虐待の防止のための指針に盛り込む項目が不足している。
- ・ 指針に盛り込むべき事項の中で、虐待発生時の報告体制に関する事項に、市町村へ報告を行うことの記載がない。

㉑ 会計の区分

事業者は、指定通所リハビリテーション事業所ごとに経理を区分するとともに、指定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らない。

㉒ 記録の整備

ア 事業者は、従業員、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らない。

イ 事業者は、利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、各指定権者が定める基準に沿って、5年間又は2年間保存しなければならない。（詳細は、各指定権者が制定している条例を参照のこと。）

- (1) 通所リハビリテーション計画
- (2) 提供した具体的なサービスの内容等の記録（診療記録及びリハビリテーション会議の記録を含む）
- (3) 身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録
- (4) 市町村への通知に係る記録
- (5) 苦情の内容等の記録
- (6) 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

(6) 介護報酬について

通所リハビリテーション費

(単位)

所要時間	要介護度	通常規模型	大規模型
1 時間以上 2 時間未満	要介護 1	<u>3 6 9</u>	<u>3 5 7</u>
	要介護 2	<u>3 9 8</u>	<u>3 8 8</u>
	要介護 3	<u>4 2 9</u>	<u>4 1 5</u>
	要介護 4	<u>4 5 8</u>	<u>4 4 5</u>
	要介護 5	<u>4 9 1</u>	<u>4 7 5</u>
2 時間以上 3 時間未満	要介護 1	<u>3 8 3</u>	<u>3 7 2</u>
	要介護 2	<u>4 3 9</u>	<u>4 2 7</u>
	要介護 3	<u>4 9 8</u>	<u>4 8 2</u>
	要介護 4	<u>5 5 5</u>	<u>5 3 6</u>
	要介護 5	<u>6 1 2</u>	<u>5 9 1</u>
3 時間以上 4 時間未満	要介護 1	<u>4 8 6</u>	<u>4 7 0</u>
	要介護 2	<u>5 6 5</u>	<u>5 4 7</u>
	要介護 3	<u>6 4 3</u>	<u>6 2 3</u>
	要介護 4	<u>7 4 3</u>	<u>7 1 9</u>
	要介護 5	<u>8 4 2</u>	<u>8 1 6</u>
4 時間以上 5 時間未満	要介護 1	<u>5 5 3</u>	<u>5 2 5</u>
	要介護 2	<u>6 4 2</u>	<u>6 1 1</u>
	要介護 3	<u>7 3 0</u>	<u>6 9 6</u>
	要介護 4	<u>8 4 4</u>	<u>8 0 5</u>
	要介護 5	<u>9 5 7</u>	<u>9 1 2</u>
5 時間以上 6 時間未満	要介護 1	<u>6 2 2</u>	<u>5 8 4</u>
	要介護 2	<u>7 3 8</u>	<u>6 9 2</u>
	要介護 3	<u>8 5 2</u>	<u>8 0 0</u>
	要介護 4	<u>9 8 7</u>	<u>9 2 9</u>
	要介護 5	<u>1, 1 2 0</u>	<u>1, 0 5 3</u>
6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	<u>7 1 5</u>	<u>6 7 5</u>
	要介護 2	<u>8 5 0</u>	<u>8 0 2</u>
	要介護 3	<u>9 8 1</u>	<u>9 2 6</u>
	要介護 4	<u>1, 1 3 7</u>	<u>1, 0 7 7</u>
	要介護 5	<u>1, 2 9 0</u>	<u>1, 2 2 4</u>
7 時間以上 8 時間未満	要介護 1	<u>7 6 2</u>	<u>7 1 4</u>
	要介護 2	<u>9 0 3</u>	<u>8 4 7</u>
	要介護 3	<u>1, 0 4 6</u>	<u>9 8 3</u>
	要介護 4	<u>1, 2 1 5</u>	<u>1, 1 4 0</u>
	要介護 5	<u>1, 3 7 9</u>	<u>1, 3 0 0</u>

① リハビリテーションの提供について

ア 平成 27 年度の介護報酬改定において、個別リハビリテーション実施加算が本体報酬に包括化された趣旨を踏まえ、利用者の状態に応じ、個別にリハビリテーションを実施することが望ましいこ

と。

イ 指定通所リハビリテーションは、指定通所リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、通所リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、医療機関において、当該医療機関の医師の診療を受け、当該医療機関の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士からリハビリテーションの提供を受けた利用者に関しては、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式2-2-1をもって、当該医療機関から情報提供を受けた上で、当該事業所の医師が利用者を診療し、記載された内容について確認して、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、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みなして通所リハビリテーション費の算定を開始してもよいこととする。

なお、その場合であっても、算定開始の日が属する月から起算して3月以内に、当該事業所の医師の診療に基づいて、次回のリハビリテーション計画を作成する。

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

エ ウ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。

オ 通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直す。初回の評価は、通所リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに評価を行う。その他、必要時に見直しを行うこと。

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

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

ク 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、利用者及び家族の活動や参加に向けた希望、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達する。

② 所要時間による区分の取扱い

ア 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づけられた内容の指定通所リハビリテーションを行うための標準的な時間によることとしている。そのため、例えば、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、指定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ものであり、この場合は当初計画に位置づけられた所要時間に応じた所定単位数を算定すること（このような家族等の出迎え等までの間のいわゆる「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ない。）。

イ 指定通所リハビリテーションを行うのに要する時間には、送迎に要する時間は含まないものとするが、送迎時に居宅内での介助等（着替えやベッド・車椅子への移乗、戸締りなど）に要する時間

は、次のいずれの要件も満たす場合、1日30分以内を限度として、指定通所リハビリテーションを行うのに要する時間に含めることができる。

(ア) 居宅サービス計画と通所リハビリテーション計画に位置付けた上での実施であること。

(イ) 居宅内の介助等を行う者は、以下のいずれかに該当すること。

- ・ 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、旧介護職員基礎研修課程修了者、旧ホームヘルパー1級課程修了者、旧ホームヘルパー2級課程を含む介護職員初任者研修修了者
- ・ 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

ウ 通所リハビリテーション計画上、例えば6時間以上7時間未満の通所リハビリテーションを行っていたが、当日の利用者の心身の状況や、降雪等の急な気象状況の悪化等により利用者宅と事業所間の送迎に平時よりも時間を要したことにより、5時間の通所リハビリテーションを行った場合等には、6時間以上7時間未満の通所リハビリテーションの単位数で算定しても差し支えないが、計画上の所要時間より大きく短縮した場合には、当該計画を変更のうえ、変更後の所要時間に応じた単位数を算定することとする。

エ 利用者に対して、1日に複数の指定通所リハビリテーションを行う事業所にあつては、それぞれの指定通所リハビリテーションごとに通所リハビリテーション費を算定するものとする（例えば、午前と午後に指定通所リハビリテーションを行う場合にあつては、午前と午後それぞれについて通所リハビリテーション費を算定する。）。ただし、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ない。

《運営指導における不適正事例》

- ・ 介護認定調査やサービス担当者会議等の理由により、途中でサービスを中断したにもかかわらず、サービス提供の実績と異なる区分で算定している。
- ・ 事業所の医師が3月以上の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、リハビリテーション計画書に通所リハビリテーションの継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、その他指定居宅サービスの併用と移行の見通しを記載していない。

③ 高齢者虐待防止措置未実施減算 所定単位数の100分の1

ア 要件

別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、高齢者虐待防止措置未実施減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算する。

イ 留意事項

高齢者虐待防止措置未実施減算については、事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、指定居宅サービス基準第37条の2（指定居宅サービス等基準第39条の3において準用する場合を含む。）に規定する措置を講じていない場合に、利用者全員について所定単位数から減算することとなる。具体的には、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的
に開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年1回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から

減算することとする。

④ 業務継続計画未策定減算 所定単位数の100分の1

ア 要件

別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、業務継続計画未策定減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算する。

イ 留意事項

業務継続計画未策定減算については、指定居宅サービス等基準第119条において準用する第30条の2第1項に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月（基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月）から基準を満たない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の利用者全員について、所定単位数から減算することとする。

⑤ 7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行った場合の加算（延長加算）の取扱い

ア 当該加算は、所要時間7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの前後に連続して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ある。

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

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

※ 算定対象時間

・ 8時間以上 9時間未満	50単位
・ 9時間以上 10時間未満	100単位
・ 10時間以上 11時間未満	150単位
・ 11時間以上 12時間未満	200単位
・ 12時間以上 13時間未満	250単位
・ 13時間以上 14時間未満	300単位

⑥ リハビリテーション提供体制加算

基準に適合しているものとして県等に届け出た事業所について、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、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

ア 単位数

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

イ 算定要件

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。

ウ 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う。

⑦ 事業所規模区分について

基本報酬区分	前年度の1月当たり平均利用延人員数
通常規模型通所リハビリテーション費	750人以内
大規模型通所リハビリテーション費	<u>750人超</u>

ア 事業所規模による区分については、前年度の1月当たりの平均利用延人員数により算定する。平均利用延人員数の計算に当たっては、当該指定通所リハビリテーション事業所に係る指定通所リハビリテーション事業者が、指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け一体的に事業を実施している場合は、当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所における前年度の1月当たりの平均利用延人員数を含むこと。したがって、仮に指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受けている場合であっても、事業が一体的に実施されず、実態として両事業が分離されて実施されている場合には、当該平均利用延人員数には当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所の平均利用延人員数は含めない取扱いとする。

イ 平均利用延人員数の計算に当たっては、1時間以上2時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に4分の1を乗じて得た数とし、2時間以上3時間未満の報酬を算定している利用者及び3時間以上4時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に2分の1を乗じて得た数とし、4時間以上5時間未満の報酬を算定している利用者及び5時間以上6時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。また、平均利用延人員数に含むこととされた介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者の計算に当たっては、介護予防通所リハビリテーションの利用時間が2時間未満の利用者については、利用者数に4分の1を乗じて得た数とし、2時間以上4時間未満の利用者については、利用者数に2分の1を乗じて得た数とし、利用時間が4時間以上6時間未満の利用者については、利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。ただし、介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者については、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えない。

また、1月間（暦月）、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月における平均利用延人員数については、当該月の平均利用延人員数に7分の6を乗じた数によるものとする。

ウ 前年度の実績が6月に満たない事業者（新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む）又は前年度から定員を概ね25%以上変更して事業を実施しようとする事業者においては、当該年度に係る平均利用延人員数については、便宜上、都道府県知事に届け出た当該事業所の利用定員の90%に予定される1月当たりの営業日数を乗じて得た数とする。

エ 毎年度3月31日時点において、6月以上継続して事業を実施している事業者であって、4月以降も引き続き事業を実施するものの当該年度の通所リハビリテーション費の算定に当たっては、前年度の平均利用延人員数は、前年度において通所リハビリテーション費を算定している月（3月を除く。）の1月当たりの平均利用延人員数とする。

※ 前年度（前年4月から当年2月までの11か月間）の1か月当たりの平均利用延人数により、当

該年度の事業所規模区分を決定する。

→事業所規模区分が変わった場合は、3月15日までに、県（保健福祉（環境）事務所）又は政令市・中核市に届け出る。

※ **具体的な計算方法については、平成24年3月30日厚生労働省老健局Q & A (vol. 273)を参照。**

オ 平均利用延人員数が750人超の事業所であっても、算定する月の前月において、以下に示す基準を満たしている場合は、通常規模型通所リハビリテーション費を算定することができる。

a 利用者の総数のうち、リハビリテーションマネジメント加算を算定した利用者の割合が80%以上であること。利用者の総数とは、前月に当該事業所において通所リハビリテーションを利用することを通所リハビリテーション計画上位置づけている者の人数とする。

b 「専ら当該通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下、理学療法士等）が、利用者の数を10で除した数以上確保されていること」の要件の算出式は以下の通りとする。

(通所リハビリテーション計画に位置付けられた利用時間×
各利用時間の利用人数) の合計(※1)

≤10

理学療法士等の通所リハビリテーション事業所における
勤務時間の合計 (※2)

(※1) 各利用時間の下限で計算する。(例：2～3時間利用の利用者が4人の場合、2(時間)×4(人)として計算。)

(※2) 所定労働時間のうち通所リハビリテーション事業所の業務に従事することとされている時間とし、必ずしも利用者に対し通所リハビリテーションを提供している時間に限らないことに留意する。

⑧ 理学療法士等体制強化加算 30単位/日

1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションについて配置基準を超えて、専従かつ常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置している場合に加算する。

なお、指定基準上求められる配置数を「含めて」常勤専従2名以上の配置を必要とする。

【H21.3.23 介護保険最新情報 Vol.69 QA57】

※「専従」とは

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

⑨ 中山間地域等提供加算 5/100に相当する単位/日

厚生労働大臣が定める地域（中山間地域等）に居住している利用者に対して、運営規程に定める「通常の事業の実施地域」を越えて、指定通所リハビリテーションを行った場合に加算する。

※ 具体的な地域は、資料の113ページを参照。

※ 「通常の事業の実施地域」とは、当該指定通所リハビリテーション事業所の定める運営規程（届出必要）の定めによる。

※ 中山間地域等に居住している利用者にサービスを行っていても、「通常の事業の実施地域」内であれば、加算を算定することができない。

⑩ 入浴介助加算

基準に適合しているものとして県等に届け出て、当該基準による入浴介助を行った場合、当該基準

に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる単位数を加算する。

ア 単位数

入浴介助加算（Ⅰ） 40単位

入浴介助加算（Ⅱ） 60単位

イ 算定要件

(ア) 入浴介助加算（Ⅰ）

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

(イ) 入浴介助加算（Ⅱ） 次のいずれにも適合すること。

(1) (ア)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、若しくは介護支援専門員又は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、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者（以下この号において「医師等」という。）が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価し、かつ、当該訪問において、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又はその家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にあると認められる場合は、訪問した医師等が、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。

ただし、医師等による利用者の居宅への訪問が困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が利用者の居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が当該評価及び助言を行っても差し支えないものとする。

(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、医師等との連携の下で、利用者の身体の状態、訪問により把握した当該利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえて個別の入浴計画を作成すること。

ただし、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に記載することをもって、個別の入浴計画の作成に代えることができる。

(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（利用者の居宅の浴室の手すりの位置や、使用する浴槽の深さ及び高さ等に合わせて、当該事業所の浴室に福祉用具等を設置することにより、利用者の居宅の浴室の状況を再現しているものをいう。）で、入浴介助を行うこと。

ウ 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)入浴介助加算（Ⅰ）(1)及び(2)を準用する。

(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、介護福祉士若しくは介護支援専門員又は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、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有するもの（以下、「医師等」という。）が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価する。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。

なお、医師等が訪問することが困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が評価及び助言を行うこともできることとする。ただし、情報通信機器等の活用については、当該利用者等の同意を得なければならないこと。また、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

- 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、利用者の居宅の状況に近い環境については、大浴槽等においても、手すりなど入浴に要する福祉用具等を活用し、浴室の手すりの位置や使用する浴槽の深さ及び高さ等を踏まえることで、利用者の居宅の浴室環境の状況を再現していること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。
- (3) (2)における居宅への訪問の際、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。

- (4) 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踏まえて、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当たっては、既存の研修等を参考にすること。

《運営指導における不適正事例》

- ・ 加算を算定している日に入浴介助の記録がなく、入浴の事実を確認することができない。
- ・ アセスメント及びサービス担当者会議でサービスの必要性が検討されていない。計画書に入浴介助が位置づけられていない。

⑪ **リハビリテーションマネジメント加算**

基準に適合しているものとして、県等に届け出た事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合は、1月につき次に掲げる単位数を加算する。さらに、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、利用者の同意を得た場合、1月につき270単位を加算する。

(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、栄養アセスメント加算又は口腔機能向上加算（Ⅰ）若しくは口腔機能向上加算（Ⅱ）ロを算定している場合は、リハビリテーションマネジメント加算（ハ）は算定しない。)

ア 単位数

リハビリテーションマネジメント加算（イ）

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

リハビリテーションマネジメント加算（ロ）

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

リハビリテーションマネジメント加算（ハ）

- ・ 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合
(i) **793単位**
- ・ 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合
(ii) **473単位**

イ 算定要件

- (ア) リハビリテーションマネジメント加算（イ） 次のいずれにも適合すること。

- (1) リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状

況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。

- (2) 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医師、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こと。ただし、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明した場合は、説明した内容等について医師へ報告すること。
 - (3) 当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合は1月に1回以上、6月を超えた場合は3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、通所リハビリテーション計画を見直していること。
 - (4) 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。
 - (5) 次のいずれかに適合すること。
 - ・ 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。
 - ・ 事業所の理学療法士、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。
 - (6) (1)から(5)までに適合することを確認し、記録すること。
- (イ) リハビリテーションマネジメント加算（ロ） 次のいずれにも適合すること。
- (1) (ア) (1)から(6)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。
- (ウ) リハビリテーションマネジメント加算（ハ） 次のいずれにも適合すること。
- (1) (イ) (1)及び(2)に掲げる基準に適合すること。
 - (2) 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を一名以上配置していること。
 - (3) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を一名以上配置していること。
 - (4) 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（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。）を実施し、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。
 - (5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。
 - (6) 利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っていること。
 - (7) 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、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者（(8)において「関係職種」という。）が、通所リハビリテーション計画等の内容等の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、利用者の栄養状態に関する情報及び利用者の口腔の健康状態に関する情報を相互に共有すること。

- (8) (7)で共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種の間で共有していること。

ウ 留意事項

- (ア) リハビリテーションマネジメント加算は、リハビリテーションの質の向上を図るため、多職種が共同して、心身機能、活動・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継続的に管理していることを評価するものである。なお、SPDCAサイクルの構築を含む、リハビリテーションマネジメントに係る実務等については、別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）も参照すること。
- (イ) 本加算における、「同意を得た日」とは、通所リハビリテーションサービスの利用にあたり、初めて通所リハビリテーション計画を作成し同意を得た日をいい、当該計画の見直しの際に同意を得た日とは異なることに留意すること。
- (ウ) 利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月を超えた場合であって、指定通所リハビリテーションのサービスを終了後に、病院等への入院又は他の居宅サービス等の利用を経て、同一の指定通所リハビリテーション事業所を再度利用した場合は、リハビリテーションマネジメント加算イ（i）、ロ（i）、ハ（i）を再算定することはできず、加算イ（ii）、ロ（ii）、ハ（ii）を算定すること。
ただし、疾病が再発するなどにより入院が必要になった状態又は医師が集中的な医学的管理を含めた支援が必要と判断した等の状態の変化に伴う、やむを得ない理由がある場合であって、利用者又は家族が合意した場合には、加算イ（i）、ロ（i）、ハ（i）を再算定できるものであること。
- (エ) 厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム「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」（令和6年3月15日老老発 0315 第4号）を参照すること。
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。
- (オ) リハビリテーションマネジメント加算（ハ）について
イ 栄養アセスメントにおける考え方は、**⑯**栄養アセスメント加算（P30）についてと同様であるので参照されたい。
ロ 口腔の健康状態の評価における考え方は、**⑰**口腔機能向上加算（P35）についてと同様であるので参照されたい。
ハ リハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組についての基本的な考え方は別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参考とし、関係職種間で共有すべき情報は、同通知の様式1-1を参考とした上で、常に当該事業所の関係職種により閲覧が可能であるようにすること。

《運営指導における不適正事例》

- ・ 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月を超えたにもかかわらず当該加算の（i）を算定している。

エ リハビリテーション会議

- ・ リハビリテーション会議の構成員は、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、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とすること。また、必要に応じて歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士等が参加すること。

なお、利用者の家族について、家庭内暴力等により参加が望ましくない場合や、遠方に住んでいる等のやむを得ない事情がある場合においては、必ずしもその参加を求めるものではないこと。

- ・ リハビリテーション会議は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。）を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。なお、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応していること。
- ・ 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事業所若しくは指定介護予防通所リハビリテーション事業所並びに当該事業所の指定を受けている保険医療機関において、算定開始の月の前月から起算して前24月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて6月以上ある利用者については、算定当初から3月に1回の頻度でよいこととする。
- ・ 会議は、利用者及びその家族の参加を基本としているが、やむを得ず参加できない場合は、その理由を会議録に記載すること。また、この会議に構成員が欠席した場合は、速やかに当該会議の内容について、欠席者と情報共有を図ること。

《運営指導における不適正事例》

- ・ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が居宅を訪問していない。
- ・ 医師が、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等に対して行った指示の内容がわかる記録がない。
- ・ 理学療法士等が、居宅サービス計画に位置付けられた他の指定居宅サービスの従業者又は家族に助言を行っていない。
- ・ リハビリテーション会議を必要回数開催していない。

⑫ 短期集中個別リハビリテーション実施加算 110単位／日（3月以内）

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、集中的に個別リハビリテーションを行った場合に加算する。

ア 算定期間

利用者の退院（所）日又は認定日（介護保険法第19条第1項に規定する要介護認定の効力が生じた日）から起算して、3月以内の期間に行われる場合に算定。

要介護認定の効力が生じた日

介護保険法第27条第1項に規定するもの（新規認定）であるため、認定の更新（介護保険法第28条第1項）や区分変更（介護保険法第29条第1項）は含まれない。

* 要支援→要介護は、「要介護認定の効力が生じた日（新規認定）」に含まれる。

H23までは、

* 「要介護認定を受けた日」＝被保険者証に記載された年月日

(認定有効期間初日ではない。) …厚生労働省老健局老人保健課の解釈



H24 からは、要介護認定有効期間の初日に変更

退院（所）日

リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院若しくは入所した病院等から退院または退所した日。

* 入院（所）の原因がリハビリテーションと関係ない疾患の場合は、退院（所）日に含まれない。

イ 留意事項

- (ア) 1週につきおおむね2日以上、1日あたり40分以上の個別リハが必要。
- (イ) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合は、この加算は算定できない。

⑬ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

基準に適合しているものとして県等に届け出た事業所において、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、作業療法士若しくは言語聴覚士が次に掲げる期間に集中的なリハビリテーションを行った場合に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合においては、算定しない。

ア 単位数

認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） **240単位／日**

※ 退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内の期間

認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） **1920単位／月**

※ 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

イ 算定要件

- (ア) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）
1週間に2日を限度として個別にリハビリテーションを実施すること。
- (イ) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） 次に掲げる基準のいずれにも該当すること。
- ・ 1月に4回以上リハビリテーションを実施すること。
 - ・ 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。
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算（イ）、（ロ）又は（ハ）のいずれかを算定していること。

ウ 施設基準

- (ア) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）
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。
- (イ) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）
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。

エ 留意事項

- (ア) この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。
- (イ) 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、提供時間が20分に満たない場合は、算定できない。
- (ロ) 加算（Ⅱ）は、精神科医師も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。その場合、当該計画書に時間、実施頻度、実施方法を定めたうえで実施すること。
- (ハ) 加算（Ⅱ）における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。
- (ニ) 加算（Ⅱ）を算定する場合においては、利用者の認知症の状態に対し、支援内容や利用回数が妥当かどうかを確認し、適切に提供することが必要であることから一月に一回はモニタリングを行い、通所リハビリテーション計画を見直し、医師から利用者又はその家族に対する説明し、同意を得ることが望ましい。
- (ホ) 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、その結果を利用者とその家族に伝達すること。なお、居宅を訪問した際に、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。
- (ヘ) 対象となる利用者は、MMS E又はHDS-Rにおいておおむね、5点から25点に相当するものであること。
- (ニ) 加算（Ⅱ）の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえたリハビリテーションを実施するよう留意すること。
- (ケ) 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。

⑭ 生活行為向上リハビリテーション実施加算

基準に適合しているものとして県等に届け出た事業所が、生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合に加算する。

ア 単位数

開始月から起算して6月以内の期間 **1, 250単位／月**

イ 算定要件 次のいずれにも適合すること。

- (ア) 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。
- (イ) 生活行為の内容の充実を図るための目標及びリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された生活行為向上リハビリテーション実施計画をあらかじめ作成し、リハ

ビリテーションを提供すること。

- (ウ) 当該計画で定めた通所リハビリテーションの実施期間中に、当該リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内に、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。
- (エ) リハビリテーションマネジメント加算（イ）、（ロ）又は（ハ）のいずれかを算定していること。
- (オ) 指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が当該利用者の居宅を訪問し、生活行為に関する評価をおおむね一月に一回以上実施すること。
- (カ) 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。

ウ 留意事項

- (ア) この加算の「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買い物、趣味活動等の行為をいう。
- (イ) 加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた、6月間の生活行為向上リハビリテーションの実施内容を、生活行為向上リハビリテーション実施計画にあらかじめ定めたうえで、計画的に実施するものであること。
- (ウ) 生活機能向上リハビリテーション実施計画の作成や、リハビリテーション会議における当該目標の達成状況の報告については、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すること。
- (エ) 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うえで、当該計画の同意を得るよう留意すること。
- (オ) 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行事等に関与すること等を可能とすることを見据えた目標や実施内容を設定すること。
- (カ) 6月間に限定して算定が可能であることから、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等について、医師が利用者、その家族、構成員に説明すること。
- (キ) 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、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、居宅に訪問した際、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。
- (ク) この加算を算定している場合は、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は算定できない。
- (ケ) 短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定していた場合においては、利用者の急性増悪等により、生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定する必要性についてリハビリテーション会議により合意した場合を除き、算定しない。

⑮ 若年性認知症利用者受入加算 60単位／日 算定要件

下記の基準に適合するものとして県等に届け出た通所リハビリテーション事業所において、若年性認知症利用者に対して指定通所リハビリテーションを行った場合に加算する。

- ・ 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていること。

⑩ 栄養アセスメント加算 50単位／月

ア 算定要件

下記のいずれの基準にも適合しているものとして県等に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。）を行った場合に加算する。

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並びにリハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定している場合は、算定しない。

- (ア) 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。
- (イ) 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。
- (ウ) 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。
- (エ) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

イ 留意事項

- (ア) 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。
- (イ) 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。
- (ウ) 栄養アセスメントについては、3月に1回以上、1)から4)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。
 - 1) 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。
 - 2) 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。
 - 3) 1)及び2)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。
 - 4) 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。
- (エ) 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。
- (オ) 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」を参照すること。
- (カ) 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（P D C Aサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。

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

⑪ 栄養改善加算 200単位／回（3月以内の期間に限り1月に2回を限度）

基準に適合しているものとして県等に届け出て、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に加算する。

ア 対象者

下記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。

- (ア) BMI が 18.5 未満である者
- (イ) 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」（H18.6.9 老発 0609001 号厚労省老健局長通知）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
- (ウ) 血清アルブミン値が 3.5g/dl 以下である者
- (エ) 食事摂取量が不良（75%以下）である者
- (オ) その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者

なお、次のような問題を有する者については、前記イからホのいずれかの項目に該当するかどうか、適宜確認されたい。

- ・口腔及び摂食・嚥下機能の問題（基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。）
- ・生活機能の低下の問題
- ・褥瘡に関する問題
- ・食欲の低下の問題
- ・閉じこもりの問題（基本チェックリストの閉じこもりに関連する(16)、(17)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。）
- ・認知症の問題（基本チェックリストの認知症に関連する(18)、(19)、(20)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。）
- ・うつの問題（基本チェックリストのうつに関連するからの項目において、2 項目以上「1」に該当する者などを含む。）

イ 算定要件

- (ア) 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名以上配置していること。
- (イ) 利用者の栄養状態を、利用開始時に把握し、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
- (ウ) 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。
- (エ) 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価すること。
- (オ) 定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。

ウ 留意事項

- (ア) 栄養ケア計画
 - ・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。

- ・ 利用開始時に、管理栄養士が中心となって、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、栄養状態に関する解決すべき課題の把握を行い、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、解決すべき栄養管理上の課題等に対して取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。
- ・ 作成した栄養ケア計画は、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、栄養ケア計画に相当する内容を通所リハビリテーション計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。
- ・ 栄養ケア計画に基づき管理栄養士等が利用者ごとに栄養改善サービスを提供すること。その際、栄養ケア計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。
- ・ 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。

(イ) 定期的な栄養状態の評価

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

(ウ) 記録

指定居宅サービス基準第119条において準用する第19条に規定するサービス提供の記録において利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士が利用者の栄養状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために利用者の栄養状態を定期的に記録する必要はない。

(エ) リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を実施し、栄養改善サービスの提供が必要と判断して当該加算を算定する場合は、リハビリテーションや口腔に係る評価を踏まえて栄養ケア計画を作成すること。

(オ) おおむね3月ごとの評価の結果、ア対象者に該当する者であって、継続的に管理栄養士等がサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できると認められるものについては、継続的に栄養改善サービスを提供する。

(カ) その他手順等

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」（令和6年3月15日老高発第0315第2号、老認発0315第2号、老老発0315第2号）を参照のこと。

《運営指導における不適正事例》

- ・ 算定開始前に利用者の栄養状態を適切に把握していない。
- ・ 多職種の者が共同して栄養ケア計画を作成していない。
- ・ 利用者の3ヶ月ごとの栄養状態の評価が行われていない。

⑩ 口腔・栄養スクリーニング加算

通所リハビリテーション事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、口腔・栄養スクリーニング加算として、次に掲げる区分に応じ、1回につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しない。

また、定員超過利用又は、人員基準欠如の場合は算定しない。

（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。）

ア 単位数

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20単位/回

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5単位/回

イ 共通事項(情報提供する内容)

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、それぞれ次の確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。なお、口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングの実施に当たっては、別途通知(「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」を参照されたい。)

(ア) 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

(イ) 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」(H18.6.9 老発第 0609001 号厚労省老健局長通知)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

ウ 算定要件

(ア) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報(当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
- (2) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
- (3) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
- (4) 算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当しないこと。

① 栄養アセスメント加算を算定している間である又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月(栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。)であること。

② 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月(口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。)であること。

(5) 他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していないこと。

(イ) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)

次に掲げる(1)または(2)のいずれかに適合すること。

- (1) 以下のいずれにも適合すること。
- ① 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
 - ② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
 - ③ 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月（栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。）であること。
 - ④ 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。
- (2) 以下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。
 - ② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
 - ③ 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。
 - ④ 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（口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。）であること。
 - ⑤ 他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していないこと。

エ 留意事項

- (ア) 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」）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」）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。なお、介護職員等は、利用者全員の口腔の健康状態及び栄養状態を継続的に把握すること。
- (イ) 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、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）の算定要件に該当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。
- (ウ) 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されることとし、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。
- (エ) 口腔・栄養スクリーニング加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービス又は口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供が必要と判断された場合は、口腔・栄養スクリーニング加算の算定月でも栄

養改善加算又は口腔機能向上加算を算定できること。

⑱ 口腔機能向上加算

（3月以内の期間に限り1月に2回を限度）

基準に適合しているものとして県等に届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（「口腔機能向上サービス」という）を行った場合に次の基準に掲げる区分に従い加算する。（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、リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定している場合は、口腔機能向上加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）は算定しない。）

ア 単位数

口腔機能向上加算（Ⅰ） 150単位／回

口腔機能向上加算（Ⅱ）イ 155単位／回

口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ 160単位／回

イ 対象者

下記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。

- ・ 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者
- ・ 基本チェックリストの口腔機能に関する(13)(14)(15)の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者
- ・ 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

ウ 算定要件

(ア) 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一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を行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。
- 4) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価していること。
- 5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。

(イ) 口腔機能向上加算（Ⅱ）イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

(ロ) 口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ 次に掲げる基準のいずれにも適合していること。

- 1) リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定していないこと。
- 2) (ア)1)から5)まで及び(イ)3)に掲げる基準に適合すること。

エ 留意事項

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

適切な措置を講じることとする。なお、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にあっては、加算は算定できない。

- (ウ) 口腔機能向上サービスの提供は、以下の(i)から(v)までに掲げる手順を経てなされる。ただし、リハビリテーションマネジメント加算(ハ)において(i)並びに(ii)の利用者の口腔機能等の口腔の健康状態及び解決すべき課題の把握を実施している場合は、(ii)の口腔機能改善管理指導計画を作成以降の手順を行うものとする。その場合は、口腔機能向上加算Ⅱのイを算定する。なお、口腔機能向上加算(Ⅱ)のイの算定に当たっては、リハビリテーションや栄養に係る評価を踏まえて口腔改善管理指導計画を作成すること。
- (i) 利用者ごとの口腔機能等の口腔の健康状態を、利用開始時に把握すること。
- (ii) 利用開始時に、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が中心となって、利用者ごとの口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行い、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成すること。作成した口腔機能改善管理指導計画は、口腔機能向上サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を通所リハビリテーション計画の中に記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画の作成に代えることができるものとする。
- (iii) 口腔機能改善管理指導計画に基づき、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等が利用者ごとに口腔機能向上サービスを提供し、口腔機能改善管理指導計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。
- (iv) 利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果を当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供すること。
- (v) 指定居宅サービス基準第105条において準用する第19条に規定するサービス提供の記録において利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が利用者の口腔機能を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に口腔機能向上加算の算定のために利用者の口腔機能を定期的に記録する必要はないものとする。
- (エ) おおむね3月ごとの評価の結果、次のいずれかに該当する者であって、継続的に言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員等がサービスを提供することにより、口腔機能の向上又は維持の効果が期待できると認められるものについては、継続的に口腔機能向上サービスを提供する。
- ・ 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
 - ・ 当該サービスを提供しないことにより、口腔機能が低下するおそれのある者
- (オ) 口腔機能向上サービスの提供に当たっては、別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参照されたい。
- (カ) 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。ただし、口腔機能向上加算(Ⅱ)のイについては、リハビリテーションマネジメント加算(ハ)においてLIFEへの情報提出を行っている場合は、同一の提出情報に限りいずれかの提出で差し支えない。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。
- (キ) 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。

《運営指導における不適正事例》

- ・ 算定開始前に利用者の口腔機能状態を適切に把握していない。
- ・ 多職種の者が共同して計画を作成していない。
- ・ 利用者の３ヶ月ごとの口腔機能の状態の評価が行われていない。
- ・ 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っていない。

⑳ 重度療養管理加算 １００単位／日

ア 算定要件

別に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加算する。（ただし、所要時間１時間以上２時間未満の場合は算定できない。）

※ 別に厚生労働大臣が定める状態の内容（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工呼吸器を使用している状態
- ハ 中心静脈注射を実施している状態
- ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
- ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
- ヘ 膀胱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１５号）別表第５号に掲げる身体障害者障害程度等級表の４級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態
- 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

イ 留意事項

- (ア) 重度療養管理加算は、要介護３、要介護４又は要介護５に該当する者であって別に厚生労働大臣の定める状態にある利用者に対して、計画的な医学的管理を継続的に行い、通所リハビリテーションを行った場合に、当該加算を算定する。当該加算を算定する場合にあつては、当該医学的管理の内容等を診療録に記載しておくこと。
- (イ) 重度療養管理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。なお、請求明細書の摘要欄に該当する状態（利用者等告示第１８号のイからリまで）を記載することとする。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。
 - ・ 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。
 - ・ 利用者等告示第１８号ロの「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」については、当該月において１週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っていること。
 - ・ 利用者等告示第１８号ハの「中心静脈注射を実施している状態」については、中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者であること。
 - ・ 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、下記に掲げるいずれかの合併症をもつものであること。
 - a 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病
 - b 常時低血圧（収縮期血圧が９０mmHg以下）
 - c 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの

- d 出血性消化器病変を有するもの
 - e 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの
 - f うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）のもの
- (ウ) 利用者等告示第18号ホの「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」については、持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90mmHg以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度90%以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。
- (エ) 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5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」については、当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できるものであること。
- (オ) 利用者等告示第18号トの「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」については、経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合に算定できるものであること。
- (カ) 利用者等告示第18号チの「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、以下の分類で第3度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。
- ・ 第1度：皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）
 - ・ 第2度：皮膚層の部分的喪失（びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの）
 - ・ 第3度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
 - ・ 第4度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している
- (キ) 利用者等告示第18号リの「気管切開が行われている状態」については、気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った場合に算定できるものであること。

② 中重度者ケア体制加算 20単位/日

基準に適合しているものとして県等に届け出た事業所が、中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、通所リハビリテーションを行った場合に加算する。

ア 算定要件

中重度者ケア体制加算は、次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (ア) 人員基準に規定する理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師若しくは准看護師若しく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以上確保すること。
- (イ) 事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者数の総数のうち、要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が30%以上であること。
- (ウ) 通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら当該通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上配置していること。（常勤・非常勤問わない）

イ 留意事項

- (ア) 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以上確保すれば加算の要件を満たすこととする。なお、常勤換算方法を計算する際の勤務延時間数については、サービス提供時間前後の延長加算を算定する際に配置する看護職員又は介護職員の勤務時間数は含めないこととし、常勤換算方法による員数については、小数点第2位以下を切り捨てるものとする。
- (イ) 要介護3、要介護4又は要介護5である者の割合については、前年度（3月を除く。）又は届

出日の属する月の前3月の1月当たりの実績の平均について、利用実人員数又は利用延人員数を用いて算定するものとし、要支援者に関しては人員数には含めない。

- (ウ) 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。
 - ・ 前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、前年度の実績による加算の届出はできないものとする。
 - ・ 前3月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近3月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。また、その割合については、毎月ごとに記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに加算等が算定されなくなる場合の届出を提出しなければならない。
- (エ) 看護職員は、指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて1名以上配置する必要がある、他の職務との兼務は認められない。
- (オ) 中重度者ケア体制加算については、事業所を利用する利用者全員に算定することができる。
- (カ) 中重度者ケア体制加算を算定している事業所にあつては、中重度の要介護者であっても社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するリハビリテーションを計画的に実施するプログラムを作成することとする。

《運営指導における不適正事例》

- ・ 前3月の実績により届出を行った事業所について、直近3月間の利用者の割合を、毎月ごとに記録していない。
- ・ 時間帯を通じて、専ら通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員が配置できていない日に算定している。

㉓ 科学的介護推進体制加算

40単位／月

ア 算定要件

- (ア) いずれの基準にも適合しているものとして県等に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定通所リハビリテーションを行った場合に加算する。
- (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。
- (ウ) 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。

イ 留意事項

- (ア) 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、利用者ごとに算定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。
- (イ) 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」を参照すること。
- (ウ) 事業所は、利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（PDCAサイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。
 - 1) 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）。
 - 2) 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）。

- 3) L I F E 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）。
- 4) 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）。
- (エ) 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。

㉓ 同一建物に居住する利用者の減算

ア 単位数 1日につき94単位を所定単位数から減算

イ 算定要件

指定通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する者又は指定通所リハビリテーション事業所と同一建物から当該指定通所リハビリテーション事業所に通う者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合に減算する。ただし、傷病その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りではない。

※ 傷病により一時的に歩行困難となった者又は歩行困難な要介護者であって、かつ建物の構造上自力での通所が困難である者に対し、2人以上の従業者が、当該利用者の居住する場所と当該指定通所介護事業所の間の往復の移動を介助した場合に限られること。ただし、この場合、2人以上の従業者による移動介助を必要とする理由や移動介助の方法及び期間について、介護支援専門員とサービス担当者会議等で慎重に検討し、その内容及び結果について通所リハビリテーション計画に記載すること。また、移動介助者及び移動介助時の利用者の様子等について、記録しなければならない。

㉔ 送迎減算

ア 単位数 片道につき47単位を所定単位数から減算

イ 算定要件

利用者が自ら通う場合、利用者の家族等が送迎を行う場合など事業者が送迎を実施していない場合は、片道につき減算の対象となる。ただし、「㉓同一建物に対する減算」の対象となっている場合には、当該減算の対象とはならない。

○送迎の範囲について

利用者の送迎について、利用者の居宅と事業所間の送迎を原則とするが、運営上支障が無く、利用者の居住実態（例えば、近隣の親戚の家）がある場所に限り、当該場所への送迎を可能とする。

○他介護事業所利用者との同乗について

介護サービス事業所において、他事業所の従業員が自事業所と雇用契約を結び、自事業所の従業員として送迎を行う場合や、委託契約において送迎業務を委託している場合（共同での委託を含む）には、責任の所在等を明確にした上で、他事業所の利用者との同乗を可能とする。

○障害福祉サービス利用者との同乗について

障害福祉サービス事業所が介護サービス事業所と雇用契約や委託契約（共同での委託を含む）を結んだ場合においても、責任の所在等を明確にした上で、障害福祉サービス事業所の利用者も同乗することを可能とする。※なお、この場合の送迎範囲は、利用者の利便性を損うことのない範囲並びに各事業所の通常の事業実施地域範囲内とする。

※詳細は、「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）（令和6年3月15日）」問65、66を参照すること。

送迎の記録（送迎者、送迎時刻・手段等）を整備すること。

㉔ 退院時共同指導加算 退院につき1回に限り600単位

病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導（病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者との間で当該者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、当該者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅での通所リハビリテーション計画に反映させることをいう。）を行った後に、当該者に対する初回の指定通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、加算する。

留意事項

(7) 通所リハビリテーションにおける退院時共同指導とは、病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者との間で当該者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、当該者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅での通所リハビリテーション計画に反映させることをいう。

(イ) 退院時共同指導は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該者又はその家族の同意を得なければならない。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

(ウ) 退院時共同指導を行った場合は、その内容を記録すること。

(エ) 当該利用者が通所及び訪問リハビリテーション事業所を利用する場合において、各事業所の医師等がそれぞれ退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合は、各事業所において当該加算を算定可能である。ただし、通所及び訪問リハビリテーション事業所が一体的に運営されている場合においては、併算定できない。

㉕ 移行支援加算 12単位/日

基準に適合しているものとして県等に届け出た事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所等への移行等を支援した場合に、評価対象期間の次年度に限り加算できる。

ア 算定要件

次の基準いずれにも適合することが必要。

(ア) 評価対象期間において、通所リハビリテーションの提供を終了した者のうち、通所介護、地域密着型通所介護、（介護予防）小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、（介護予防）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（以下「通所介護等」）を実施した者の占める割合が、100分の3を超えていること。

(イ) 評価対象期間中に、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、当該終了者の指定通所介護等の実施状況を確認し、記録していること。

(ウ) 12を事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数が100分の27以上であること。

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

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(基準に適合しているものとして届け出た年においては、届

出の日から同年12月までの期間)

イ 留意事項

- (ア) この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、通所介護等に移行させるものであること。
- (イ) 「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、訪問リハビリテーション、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）等は含まれず、算定対象とならないこと。
- (ウ) ア算定要件(ア)において、通所介護等を実施した者の占める割合及びア算定要件(ウ)において、12を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。
- (エ) 平均利用月数については、以下の式により計算すること。
- (1) (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
 - (2) (1)(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。
 - (3) (1)(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。
 - (4) (1)(ii)における新規利用者数とは、当該評価対象期間に新たに当該事業所の提供する通所リハビリテーションを利用した者の数をいう。また、当該事業所の利用を終了後、12月以上の期間を空けて、当該事業所を再度利用した者については、新規利用者として取り扱うこと。
 - (5) (1)(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。
- (オ) 「指定通所介護等（指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションは除く。）の実施」状況の確認に当たっては、事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、通所リハビリテーション計画書のアセスメント項目を活用しながら、リハビリテーションの提供を終了した時と比較して、ADL及びIADLが維持または改善していることを確認すること。なお、電話等での実施を含め確認の手法は問わないこと。
- (カ) 「利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供」については、利用者の円滑な移行を推進するため、通所リハビリテーション終了者が通所介護等へ移行する際に、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式2-2-1及び2-2-2のリハビリテーション計画書等の情報を利用者の同意の上で通所介護等の事業所へ提供すること。なお、その際には、リハビリテーション計画書の全ての情報ではなく、本人・家族等の希望、健康状態・経過、リハビリテーションの目標、リハビリテーションサービス等の情報を抜粋し、提供することで差し支えない。

㊤ サービス提供体制強化加算

基準に適合しているものとして県等に届け出た事業所が、利用者に対し、リハビリテーションを行った場合は、1回につき次に掲げる所定単位数を加算する。いずれも定員超過利用、人員基準欠如による減算に該当しないこと。（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。)

ア 単位数

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位/回
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位/回
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6単位/回

イ 算定要件

(ア) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

次のいずれかに適合すること。

- 1) 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。
- 2) 指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。

(イ) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

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

(ウ) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

次のいずれかに適合すること。

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

職員の割合の算出方法

「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）」

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。ただし、届出を行った場合においても、算定月の直前3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持し、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、直ちに加算が算定されなくなる場合の届出をしなければならない。

「上記以外の事業所」は、常勤換算方法により算出した前年度（4月から2月までの11か月）の平均を用いること。

㊦ 介護職員等処遇改善加算

共通サービス資料参照

(6) 介護報酬の算定に係る留意点について

① 所要時間について

サービス提供の所要時間として居宅から事業所（事業所から居宅）までの送迎時間帯や、サービス開始・終了前後の待ち時間等を含んで算定している事例が見受けられる。

所要時間とは、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づけられた内容のサービスを行うための標準的な時間であり、送迎時間帯やサービス開始・終了前後の待ち時間だけでなく、交通事情により事業所へ予定より早く着いた場合や、利用者の健康状態等により、事業所に予定より長く留まった場合等の時間についても含まれないものであること。

② 送迎時における居宅内介助等の評価について

通所リハビリテーションを行うのに要する時間には、送迎に要する時間は含まれないが、送迎時に居宅内の介助等（着替えやベッド・車椅子への移乗、戸締りなど）に要する時間は、1日30分以内を限度として、通所リハビリテーションに要する時間に含めることができる。

この居宅内の介助等を、通所リハビリテーションに要する時間に含めるためには、次のいずれの要件を満たすことが必要。

(7) 居宅サービス計画と通所リハビリテーション計画に位置付けた上での実施であること。

(4) 居宅内の介助等を行う者は、以下のいずれかに該当すること。

- ・ 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、旧介護職員基礎研修課程修了者、旧ホームヘルパー1級課程修了者、旧ホームヘルパー2級課程を含む介護職員初任者研修修了者
- ・ 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

③ サービス提供時間中の受診について

サービス提供時間中には、診療を受けることはできない。このような場合、サービスはそこで中断し、それ以降のサービスについては算定できないこととされている（ただし、緊急やむを得ない場合においては併設医療機関を受診可であるが、受診のために事業所を離れ、後に戻ってきた場合は、事業所を離れた時間を差し引く。）。

サービス提供時間中に受診し、プランどおりの所要時間で介護報酬を請求している事例が見受けられるが、医療保険と介護保険を重複して請求しないこと。

なお、一律に機械的に通所サービスの前後に組み入れることは、ケア計画上適切ではなく、利用者の心身の状況、通所サービス計画の見直し等の必要性に応じて行われるべきものである。

※通所サービス中の受診

○緊急やむを得ない場合でない場合

→受診に行った（通所リハビリテーションの利用を中止した）時点で、通所リハビリテーションは打ち切り（受診後通所リハビリテーションを再開した場合でも、受診後の時間は算定できない。）

○緊急やむを得ない場合…受診のための時間を差し引いた時間で算定する。

例 7時間（7－8）で計画された通所リハビリテーション中、利用者の体調が悪くなって、1時間30分ほどリハビリテーションを提供できなかった場合は、5時間30分（5－6）で算定する。

通所サービスの所要時間

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

併設医療機関等における保険請求が優先され、通所サービスについては変更後の所要時間に応じた所定単位数を算定しなければならない。

H15. 5. 30事務連絡（介護保険最新情報vol. 151、介護報酬に係るQ&A 3）

併設医療機関の受診の場合の取り扱い

通所サービスと併設医療機関等の受診について

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

H15.5.30事務連絡（介護保険最新情報vol.151、介護報酬に係るQ&A 11）

④ 入浴介助加算について

指定を受けた事業所の浴室設備以外の場所（温泉センター等）での入浴は加算の対象とならない。

⑤ 食費について

負担水準については、利用者と事業者との契約により定められるものとなっているが、その費用を無料とすることは、その費用を介護サービス費から充当することによる質の低下が懸念されることから、適切ではない。

⑥ 人員基準欠如・定員超過利用に伴う減算について

病欠等により人員基準を満たさない場合や定員超過の場合に減算していない事例が見受けられるが、適切に減算を行うこと。

また、当該定員超過利用に伴う減算については、月平均の利用者の数が超過した場合とされているが、月平均で定員超過しなければよいとの意味ではないので留意すること。人員基準欠如に伴う減算の場合も同様である。

ただし、災害その他やむを得ない理由による定員超過利用については、やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行う。また、この場合、やむを得ない理由により受け入れた利用者については、その利用者を明確に区分した上で、平均利用人員数には含まないこととする。

⑦ 医療保険との調整について

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、「医療保険における疾患別リハビリテーション料」を算定するリハビリテーションを行った後、「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となった場合には、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利用開始日」を記載することにより、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。

医療保険における「重度認知症患者デイ・ケア料等」を算定している患者に対しては、当該重度認知症デイケア料等を、同一の環境において反復継続して行うことが望ましいため、患者が要介護被保険者等である場合であっても、重度認知症患者デイ・ケア料等を行っている期間内においては、介護保険における認知症対応型通所介護費及び通所リハビリテーション費を算定できないものであること。

ただし、重度認知症デイ・ケア料等については、介護保険における指定認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーションを行った日以外の日に限り、医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料

等を算定できるものであること。（特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護の受給者、グループホームの入所者外）

※ 詳細については、『「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』（令和6年3月27日付老老発0327第1号、保医発第0327第8号課長通知）第4条第10項及び第11項を参照のこと。

※ 保険医療機関において、「維持期・生活期リハビリテーション料」が平成31年4月1日以降算定できないことについて、「要介護被保険者等である患者に対する入院外の維持期・生活期の疾患別リハビリテーションに係る経過措置の終了に当たっての必要な対応について」（平成31年3月8日付老老発0308第2号、老振発0308第1号、保医発0308第1号課長通知）を参照のこと。

（7）その他運営上の留意点について

① 通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションを同一事業所が提供する場合の運営の効率化について

通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションを同一事業者が提供する場合、共通のリハビリテーション計画、利用者及び家族の同意、サービス実施状況の診療記録への記載等を一体的に実施できる。

具体的な対応として、リハビリテーション会議の開催等を通じて、共通の目標及びリハビリテーション提供内容について整合性のとれた計画を作成した場合については、一体的計画の作成ができることとし、また、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ない。

② 屋外でのサービスの提供について

事業所内でサービスを提供することが原則であるが、次に掲げる条件を満たす場合には、事業所の屋外でサービスを提供することができる。

- (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。

③ 1割、2割及び3割負担分以外の費用の徴収

利用者から支払いを受けることができる費用は、通常の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用、食費、おむつ代、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であり、運営規程に明記の上、サービス提供開始前にその内容を利用者及びその家族に説明し、同意をもらうこと。

また、その内訳を明確にし、「その他利用料」、「日用品費」といったあいまいな名目での徴収は認められないこと。

④ 領収証の発行

領収書は、内訳（サービス提供内容が分かるもの。1割、2割及び3割負担分とそれ以外のもの、限度額を超えて全額自己負担により利用した費用）を記載すること。また、口座振替により費用を徴収している場合も必ず交付すること。

備考 医療費控除について

領収証に、医療費控除対象額を明記すること。

なお、通所リハビリテーションにおいては、利用者負担（1割、2割及び3割負担）だけでな

く、食事代も医療費控除の対象になる。

⑤ 苦情処理

苦情処理の窓口として、事業所の窓口の他、保険者と国保連の窓口を記載すること。また、苦情は必ず記録すること。

⑥ 事故報告

利用者に対するサービス提供に際して発生した事故について、報告を行っていない事例が見受けられる。その事故の責任が事業所側にあるか否かにかかわらず、必ず、保険者に対し事故報告を行うこと。

(8) 適正な記録の作成について

① 記録について

介護報酬の請求に当たっては、その内容についての記録を必ず作成すること。

記録がない場合は、サービスが提供されていないと判断せざるを得ないので必ず記録を行うこと。

なお、虚偽の内容の記録を作成した場合（例えば、実際には勤務していない職員を勤務した、定員を超えた利用者について定員を超えない日に利用したかのように記載するなど）、指定取消の要件となるので、留意されたい。

② 通所サービスの実施に当たって必ず記録すべき事項

ア 人員の充足状況（当該サービスに従事した職員）

毎日の勤務実績について、職種（看護師など）別、専従・兼務の別、勤務時間を明らかにし、現に従事した内容を記載する。なお、あらかじめ単位ごと、月ごとの勤務体制表を作成する。

職員が併設事業所と兼務している場合や、同一事業所内で職種を兼務している等の理由により、当該サービスには一部の時間しか従事しない場合は当該時間帯を必ず記載する。特に併設の医療機関、特別養護老人ホーム等と兼務する場合、タイムカード等で出勤状況を確認できても、何の業務に何時間従事したか不明であることが多いため、明確にすること。（例：看護職員A氏は9時から13時まで病棟での看護業務、13時から15時まで通所リハ事業所での介護業務、等）なお、特別養護老人ホーム等の人員基準に違反しないかについても留意すること。

イ 各人に対して提供したサービスの内容

健康状態の把握（バイタルチェック）、清拭等の実施状況、レクリエーション・作業療法・機能訓練の内容等。サービス提供開始時間及び終了時間（特に、早く帰ったり、遅く来た場合の状況）を含む。

③ 送迎、食事、入浴、延長の実施状況（加算事項等）

ア 送迎…送迎した職員又は車両及び送迎の時刻

イ 食事…献立、キザミ食等指示内容、摂取状況

ウ 入浴…特別入浴介助の場合はその旨

エ 延長…延長サービスの終了時刻

④ 事故及び緊急な受診の状況

病状急変、事故等緊急やむを得ない理由により受診を行った場合はその旨とその時間。

⑤ リハビリテーションマネジメント加算、短期集中リハビリテーション加算、栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔・栄養スクリーニング加算、口腔機能向上加算

利用者、施術者（職種を含む）、ケアマネジメントに関する記録（情報収集、アセスメント、モニタリング、実施計画）、実施記録（提供した時間帯、行ったリハ等の内容等）。

⑥ 苦情

苦情の内容、対応者、対応内容

2 介護予防通所リハビリテーション事業に関する事項

基準省令：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 18.3.14 厚労令第 35 号）第 8 章介護予防通所リハビリテーション

基準省令の解釈通知：指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（平 11.9.17 老企第 25 号）第 4 介護予防サービス

介護報酬：指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平 18.3.14 厚労省告示第 127 号）別表 7 介護予防通所リハビリテーション

介護報酬の留意事項通知：指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平 18.3.17 老計、老振、老老発第 0317001 号）別紙 1 第 2 の 7 介護予防通所リハビリテーション

（１）指定介護予防サービスの事業の一般原則

通所リハビリテーションと同様。

（２）基本方針

利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

（３）人員及び設備に関する基準

人員及び設備、備品についても、介護予防通所リハビリテーション事業者が通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、同一の事業所で一体的に運営する場合にあっては、通所リハビリテーション事業の基準を満たすことをもって、指定介護予防サービスの基準も同時に満たされていると見なすことができる。

なお、居宅サービスと介護予防サービスが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評価されない場合にあっては、人員及び設備、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る。

（４）運営に関する基準

通所リハビリテーションと同様。

※ 介護サービスとの相違点

通所リハビリテーションでは、利用料以外に「その他の費用の額」として「通常要する時間を超える通所リハビリテーションであって利用者の選定に係るものの提供に伴い必要となる費用の範囲内において、通常の居宅介護サービス費用基準額を超える費用」を利用者から受け取ることができるが、介護予防通所リハビリテーションでは受け取ることができない。

（５）介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準

① 基本取扱方針

ア 利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行わなければならない。

イ 事業者は、自らその提供する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らない。

ウ 事業者は、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心身機能に着目した改善等を目的とするものでなく、当該心身機能の改善等を通じて、利用者ができ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らない。

エ 事業者は、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らない。

オ 事業者は、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らない。

カ 提供された介護予防サービスについては、介護予防通所リハビリテーション計画に定める目標達成の度合いや利用者及びその家族の満足度等について常に評価を行うなど、その改善を図らなければならない。

② 具体的取扱方針

ア 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うものとする。

イ 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に基づくサービスの提供の開始時から、少なくとも1月に1回は、当該介護予防通所リハビリテーション計画にかかる利用者の状態、サービスの提供状況等について、サービスの提供に係る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するとともに、介護予防通所リハビリテーション計画に記載した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回は当該計画の実施状況の把握（モニタリング）を行うものとする。

ウ 医師等の従業者は、モニタリングの結果を記録し、サービスの提供に係る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なければならない。

エ 介護予防支援事業者に対する実施状況等の報告については、サービスが介護予防サービス計画に即して適切に提供できているかどうか、また、当該計画策定時から利用者の状況等が大きく異なることとなっていないか等を確認するため、毎月行うもの。

オ 通所リハビリテーションの具体的取扱方針、通所リハビリテーション計画の作成と同様。

(6) 介護報酬

① 月額定額報酬

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。

報酬本体に、送迎、入浴に関する費用は包括。

○要支援 1 2, 268単位／月 要支援 2 4, 228単位／月

ただし、月途中に以下の変更があった場合は日割り計算する。

ア 要介護から要支援に変更になった場合。

イ 要支援から要介護に変更となった場合。

ウ 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。

エ 月途中で要支援度に変更となった場合。

オ 月途中に、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、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護がある場合

カ 月途中から公費適用となった場合、公費適用でなくなった場合（公費…生活保護等）

※ 利用者が介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護若しくは介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は、介護予防通所リハビリテーション費は、算定しない。

※ 利用者が一つの介護予防通所リハビリテーション事業所において指定介護予防通所リハビリテーションを受けている間は、他の指定介護予防通所リハビリテーション事業所が行った指定介護予防通所リハビリテーション費は算定しない。

キ 算定の基準について

(ア) 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。

(イ) (ア)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。

(ウ) 指定介護予防通所リハビリテーションは、指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、介護予防通所リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、医療機関において、当該医療機関の医師の診療を受け、当該医療機関の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士からリハビリテーションの提供を受けた利用者に関しては、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式2ー2ー1をもって、当該医療機関から情報提供を受けた上で、当該事業所の医師が利用者を診療し、記載された内容について確認して、指定介護予防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、例外として、別紙様式2ー2ー1をリハビリテーション計画書とみなして介護予防通所リハビリテーション費の算定を開始してもよいこととする。

なお、その場合であっても、算定開始の日が属する月から起算して3月以内に、当該事業所の医師の診療に基づいて、次回の介護予防通所リハビリテーション計画を作成する。

(エ) 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。その他、必要時に見直しを行う。

(オ) 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。

(カ) 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。

(キ) 指定介護予防通所リハビリテーション事業所（指定介護予防サービス等基準第117条第1項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。以下この号及び第110号において同じ。）の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、介護支援専門員を通じて、法第115条の45第1項第1号イに規定する第一号訪問事業その他指定介護予防サービスに

該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、利用者及び家族の活動や参加に向けた希望、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達する。

- (ク) 利用者の運動器の機能向上を目的として個別的に実施されるリハビリテーションであって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下、「運動器機能向上サービスという」）を提供すること。
- (ケ) 運動器機能向上サービスについては、以下のアからエまでに掲げるとおり、実施すること。
- ア 利用者の運動器機能、利用者のニーズ、サービスの提供に当たって考慮すべきリスクを利用開始時に把握し、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、運動器機能向上計画を作成していること。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、利用者に分かりやすい形で説明し、その同意を得ること。なお、運動器機能向上計画に相当する内容をリハビリテーション計画書の中にそれぞれ記載する場合は、その記載をもって運動器機能向上計画の作成に代えることができるものとする。
- イ 運動器機能向上計画に基づき、利用者ごとに運動器機能向上サービスを提供すること。その際、提供する運動器機能向上サービスについては、国内外の文献等において介護予防の観点からの有効性が確認されている等の適切なものとする。また、運動器機能向上計画に実施上の問題点（運動の種類の変更の必要性、実施頻度の変更の必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。
- ウ 利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士若しくは看護職員が運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録していること。ただし、介護予防通所リハビリテーションの提供の記録として、運動器機能を定期的に記載している場合は、当該の記載をもって、本要件を満たしているものとする。
- エ おおむね1月間ごとに、利用者の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、利用者毎の運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて、運動器機能向上計画の修正を行うこと。

② **高齢者虐待防止措置未実施減算** **所定単位数の100分の1**
通所リハビリテーションと同様。

③ **業務継続計画未実施減算** **所定単位数の100分の1**
通所リハビリテーションと同様。

④ **通常の事業の実施地域を越えて「中山間地域等」に居住する利用者に対してサービスを提供した場合の加算** **5／100に相当する単位／月**
通所リハビリテーションと同様。

⑤ **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と同様（（6）介護報酬について⑭イ算定要件（エ）を除く）

・開始月から起算して6月以内の期間 **562単位／月**

⑥ **若年性認知症利用者受入加算** **240単位／月**
通所リハビリテーションと同様。

⑦ 長期利用者に係る減算

利用者に対して、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合であって、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ときは、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。

ア 厚生労働大臣が定める要件

次に掲げる基準のいずれにも該当すること。

(1) 3 月に 1 回以上、当該利用者に係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構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、当該利用者の状態の変化に応じ、介護予防通所リハビリテーション計画を見直していること。

(2) 当該利用者ごとの介護予防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。

イ 単位数

要支援 1 1 2 0 単位／月

要支援 2 2 4 0 単位／月

ウ 留意事項

(ア) 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 120 単位、要支援 2 の場合 240 単位減算する。ただし、厚生労働大臣が定める要件をいずれも満たす場合においては、リハビリテーションマネジメントのもと、リハビリテーションを継続していると考えられることから、減算は行わない。

(イ) リハビリテーション会議の開催については、指定訪問リハビリテーションと同じであることから、別途通知（「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」）を参照すること。

(ウ) 厚生労働省への情報の提出については、L I F E を用いて行うこととする。L I F E への提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。サービスの質の向上を図るため、L I F E への提出情報及びフィードバック情報を活用し、S P D C A サイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

(エ) 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。

⑧ 退院時共同指導加算 退院につき 1 回に限り 6 0 0 単位

通所リハビリテーションと同様。

⑨ 栄養アセスメント加算 5 0 単位／月

ア 算定要件

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして県等に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント（利

用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。)を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。ただし、当該利用者が栄養改善加算又は一体的サービス提供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。

- (ア) 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。
- (イ) 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。
- (ウ) 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。
- (エ) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

イ 留意事項

- (ア) 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。
- (イ) 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。
- (ウ) 栄養アセスメントについては、3月に1回以上、1)から4)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。
 - 1) 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。
 - 2) 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。
 - 3) 1)及び2)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。
 - 4) 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。
- (エ) 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。
- (オ) 厚生労働省への情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照すること。
- (カ) サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養管理の内容の決定（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（P D C Aサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。
提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

⑩ 栄養改善加算 200単位/月

ア 算定要件

通所リハビリテーションと同様。

イ 留意事項

ただし、介護予防通所リハビリテーションにおいて栄養改善サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することが目的であることに留意すること。

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

⑪ 口腔・栄養スクリーニング加算

ア 単位数

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20単位/回

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5単位/回

イ 算定要件

通所リハビリテーションと同様。ただし、

(⑩口腔・栄養スクリーニング加算 ウ 算定要件 (ア) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)の(4)①、②については、次の①、②とする。)

① 栄養アセスメント加算を算定している間である又は当該利用者が栄養改善加算若しくは一体的サービス提供加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月(栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。)であること。

② 当該利用者が口腔機能向上加算若しくは一体的サービス提供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(口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。)であること。

(⑩口腔・栄養スクリーニング加算 ウ 算定要件 (イ) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)の(1)③、④については、次の③、④とする。)

③ 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間である又は当該利用者が栄養改善加算若しくは一体的サービス提供加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月(栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。)であること。

④ 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算若しくは一体的サービス提供加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。

(⑩口腔・栄養スクリーニング加算 ウ 算定要件 (イ) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)の(2)③、④については、次の③、④とする。)

③ 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算若しくは一体的サービス提供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。

- ④ 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算若しくは一体的サービス提供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（口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。）であること。

⑫ 口腔機能向上加算

ア 単位数

口腔機能向上加算（Ⅰ） 150単位／月

口腔機能向上加算（Ⅱ） 160単位／月

イ 算定要件

- (ア) 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一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を行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。
 - 4) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価していること。
 - 5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。
- (イ) 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) (ア)1) から 5) までのいずれにも適合すること。
 - 2) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

ウ 留意事項

ただし、介護予防通所リハビリテーションにおいて口腔機能向上サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することが目的であることに留意すること。

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

⑬ 一体的サービス提供加算 480単位／月

ア 算定要件

基準に適合しているものとして県等に届け出た事業所が、利用者に対し、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施した場合に、1月につき所定単位数を加算する。ただし、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定している場合は、算定しない。

- (ア) 栄養改善加算及び口腔機能向上加算の基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること。
- (イ) 利用者が指定介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を、1月に2回以上設けていること。

イ 留意事項

当該加算は、基本サービスとしている運動器機能向上サービスに加えて、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを一体的に実施することにより、要支援者の心身機能の改善効果を高め、介護予防に資するサービスを効果的に提供することを目的とするものである。なお、算定に当たっては以下に留意すること。

(ア) 栄養改善加算及び口腔機能向上加算に掲げる各サービスの取扱いに従い適切に実施していること。

(イ) 基本サービスとしている運動器機能向上サービスに加えて、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを一体的に実施するに当たって、各選択的サービスを担当する専門の職種が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法等について検討すること。

⑭ 科学的介護推進体制加算 40単位／月

通所リハビリテーションと同様

⑮ サービス提供体制強化加算

ア 単位数

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1	88単位／月
	要支援2	176単位／月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	要支援1	72単位／月
	要支援2	144単位／月
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	要支援1	24単位／月
	要支援2	48単位／月

イ 算定要件

通所リハビリテーションと同様。

⑯ 同一建物に対する減算

ア 単位数

要支援1	376単位減算／月	要支援2	752単位／月
------	-----------	------	---------

イ 算定要件

通所リハビリテーションと同様

⑰ 介護職員等処遇改善加算

共通サービス資料参照

事業所規模区分について

平成24年度末に実施された会計検査院による会計実地検査において、通所系サービスの事業所規模区分を誤り、介護報酬を過大請求している事業所が判明した。
通所介護及び通所リハビリテーション事業所においては、事業所規模区分の誤りが無いよう再確認してください。

なお、事業所規模区分を誤って過大請求していたことが判明した場合、遡及して、介護報酬を保険者に返還するとともに、利用者にも利用者負担を返還しなければなりません。

<事業所規模区分(1月当たりの利用者数)>

通所介護

利用者数 ≤ 750人	通常規模型事業所
750人 < 利用者数 ≤ 900人	大規模型事業所(Ⅰ)
利用者数 > 900人	大規模型事業所(Ⅱ)

通所リハビリテーション

利用者数 ≤ 750人	通常規模型事業所
利用者数 > 750人	大規模型事業所

※ 令和6年度介護報酬改定に伴い、利用者数が750人を超えていても一定の要件を満たす場合は大規模事業所(特例)となり、通常規模型と同等の評価となりますので、詳細は19ページをご確認ください。

<規模区分の判定>

○ 1月当たりの利用者数の計算方法

① 原則 前年度4月～2月平均の1月当たりの利用者数

→毎年度3月15日までに、4月～2月(11か月)の平均利用者数を算定し直し、変更があれば指定権者に届け出ること。

② 例外 (前年度の実績が6か月未満、前年度から定員を25%以上変更の事業所) 定員 × 0.9 × 1月当たりの営業日数

(注) ②の下線部分が適用されるのは、年度が変わる際に定員を25%以上変更する場合のみです。(平成20年4月21日厚生労働省老健局老人保健課事務連絡(Q&A)問24)

※ 具体的な計算方法については、平成24年3月30日厚生労働省老健局Q&A (vol.273)を参照。

【集合住宅に居住する利用者に対するサービス提供に係る減算について】

平成 28 年度末に実施された会計検査院による会計実地検査において、集合住宅に居住する利用者に対するサービス提供に係る減算（以下「同一建物減算」という。）を適用せずに、介護報酬を過大請求している事業所が複数判明しました。

訪問系サービス（訪問介護、訪問入浴、訪問看護、訪問リハビリテーション）及び通所系サービス（通所介護、通所リハビリテーション）においては、同一建物減算の適用漏れがないよう再確認してください。

なお、同一建物減算を適用せずに、過大請求していたことが判明した場合、遡及して、介護報酬を保険者に返還するとともに、利用者にも利用者負担を返還しなければなりません。

【訪問系サービス】

〈同一建物減算〉

- ① 事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物に居住するもの

＜所定単位数の 10%減算＞

当該指定訪問系サービス事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物及び同一敷地並びに隣接する敷地にある建築物に居住する利用者に訪問系サービスを提供する場合

- ② ①の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が 1 月あたり 50 人以上の場合

＜所定単位数の 15%減算＞

- ③ ①以外の範囲に所在する建物に居住する者で、当該建物に居住する利用者の人数が 1 月あたり 20 人以上の場合

＜所定単位数の 10%減算＞

- ④ ※訪問介護のみ

正当な理由なく、事業所において、算定日が属する月の前 6 月間に提供した指定訪問介護の提供総数のうち、①の建物に居住する利用者に提供されたものの占める割合が 100 分の 90 以上である場合において、同一敷地内建物等に居住する利用者（②を除く。）に対してサービスを提供する場合

＜所定単位数の 12%減算＞

【通所系サービス】

〈同一建物減算〉要介護 ▲94 単位／日

事業所と同一建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者に当該通所系サービスを行う場合

※同一建物：通所系サービス事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物

3 訪問リハビリテーション事業に関する事項

基準省令：指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平 11.3.31 厚生省令第 37 号）第 5 章訪問リハビリテーション

基準省令の解釈通知：指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（平 11.9.17 老企第 25 号）第 3 介護サービスの四 訪問リハビリテーション

介護報酬：指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平 12.2.10 厚生省告示第 19 号）別表 4 訪問リハビリテーション

介護報酬の留意事項通知：指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平 12.3.1 老企第 36 号）第 2 の 5 訪問リハビリテーション費

（１）指定居宅サービスの事業の一般原則

- ア 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らない。
- イ 事業者は、事業を運営するにあたっては、地域との結び付きを重視し、市町村、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービスおよ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らない。
- ウ 事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- エ 事業者は、指定訪問リハビリテーションを提供するにあたっては、法第 118 条の 2 第 1 項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

（２）基本方針

利用者が要介護状態となった場合においても、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、利用者の居宅において理学療法、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らない。

（３）人員に関する基準

- ア 専任の常勤医師が 1 人以上勤務していること。
- ※ 指定訪問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。
- ※ 指定訪問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。
- ※ 指定訪問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、指定訪問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。

※ 指定訪問リハビリテーション事業所のみなし指定を受けた介護老人保健施設又は介護医療院においては、当該介護老人保健施設又は当該介護医療院の医師の配置基準を満たすことをもって、訪問リハビリテーション事業所の医師の常勤配置に係る基準を満たしているものとみなすことができること。

イ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 1以上

※ 指定訪問リハビリテーション事業者は、指定訪問リハビリテーション事業所ごとに、指定訪問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適当数置かなければならない。

(4) 設備に関する基準

① 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であって、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けているとともに、指定訪問リハビリテーションの提供に必要な設備及び備品等を備えているものでなければならない。

② 設備及び備品については、当該病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院における診療用に備え付けられたものを使用することができる。

指定訪問リハビリテーション事業者が指定介護予防訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、指定訪問リハビリテーションの事業と指定介護予防訪問リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合については、指定介護予防サービス等基準第 79 条第 1 項に規定する人員に関する基準及び第 80 条第 1 項に規定する設備に関する基準を満たすことをもって、前項に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

(5) 運営に関する基準

① 内容及び手続の説明及び同意

指定訪問リハビリテーションの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、指定訪問リハビリテーション事業者の運営規程の概要、理学療法士等の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制等の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について、わかりやすい説明書やパンフレット等の文書を交付して懇切丁寧に説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。同意については書面によって確認することが望ましい。

＜運営指導における不適正事例＞

- ・重要事項説明書が作成されていない
- ・交付されていない

- ・重要事項説明書の記載内容が不十分

(例) 苦情相談窓口(事業所・国保連・市町村)、事故発生時の対応、苦情処理体制

- ・重要事項説明書の内容が、運営規程と異なる

- ・報酬改定に伴う利用料の変更に係る同意がない。

② 提供拒否の禁止

正当な理由なく指定訪問リハビリテーションの提供を拒んではならない。

(正当な理由の例)

- ・事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合
- ・利用申込者の居住地が事業所の通常の事業実施地域外である場合

・自ら適切な訪問リハビリテーションを提供することが困難な場合

③ 心身の状況等の把握

居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、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らない。

④ 身分を証する書類の携行

利用者が安心して指定訪問リハビリテーションを受けられるよう、指定訪問リハビリテーション事業者は、理学療法士等に身分を明らかにする証書や名札等を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導しなければならない。

証書等には、事業所の名称、理学療法士等の氏名を記載した上、写真の貼付や職能の記載を行うことが望ましい。

＜運営指導における不適正事例＞

・理学療法士等が、事業所の理学療法士等であることを証する書類を携行していない

⑤ サービスの提供の記録

ア 事業者は、指定訪問リハビリテーションを提供した際には、提供日及び内容、保険給付の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しなければならない。

イ 事業者は、指定訪問リハビリテーションを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申し出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければならない。

＜運営指導における不適正事例＞

・サービスの提供内容、利用者の心身の状況について記録していない

⑥ 指定訪問リハビリテーションの基本取扱方針

ア 指定訪問リハビリテーションは、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。

イ 事業者は、自らその提供する指定訪問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らない。

⑦ 指定訪問リハビリテーションの具体的取扱方針

指定訪問リハビリテーションの提供は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行う。

ア 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行う。

イ 指定訪問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う。

ウ 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。

エ 前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

オ 常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供する。

カ 訪問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について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告する。

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

ク 留意事項

(ア) 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならず、緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合にあっても、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。また、緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の3つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しておくことが必要である。なお、当該記録は、各指定権者が定める基準に沿って、5年間又は2年間保存しなければならない。(詳細は、各指定権者が制定している条例を参照のこと。)

(イ) リハビリテーション会議の構成員は、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、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とすること。また、必要に応じて歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士等が参加すること。なお、利用者の家族について、家庭内暴力等により参加が望ましくない場合や、遠方に住んでいる等のやむを得ない事情がある場合は、必ずしもその参加を求めるものではないこと。また、リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、構成員がリハビリテーション会議を欠席した場合は、速やかに当該会議の内容について欠席者との情報共有を図ること。

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

⑧ 訪問リハビリテーション計画の作成

ア 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、当該医師の診療に基づき、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を踏まえて、当該サービスの目標、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訪問リハビリテーション計画を作成しなければならない。

※ 訪問リハビリテーション計画は、指定訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、利用者ごとに作成すること。記載内容については別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の様式例及び記載方法を参照すること。また、訪問リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。

※ 訪問リハビリテーション計画の作成にあたっては、当該事業所の医師の診療が原則であるが、指定訪問リハビリテーション事業所とは別の医療機関の医師から計画的な医学的管理を

受けている患者であって、例外として、当該事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の医師から情報の提供を受けて、当該情報をもとに訪問リハビリテーション計画を作成しても差し支えないものとする。

イ 訪問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なければならない。

ウ 医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、その目標や内容について利用者及び又はその家族に対して理解しやすい方法で説明し、利用者の同意を得なければならない。なお、その実施状況や評価等についても説明を行うこと。

エ 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者に係る訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握しなければならない。

※その際、リハビリテーション実施計画書以外の退院時の情報提供に係る文書を用いる場合においては、当該文書にリハビリテーション実施計画書の内容（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式2-2-1の項目である「本人・家族等の希望」「健康状態、経過」「心身機能・構造」「活動」「リハビリテーションの短期目標」「リハビリテーションの長期目標」「リハビリテーションの方針」「本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）」「リハビリテーション実施上の留意点」「リハビリテーションの見直し・継続理由」「リハビリテーションの終了目安」）が含まれていなければならない。ただし、当該医療機関からリハビリテーション実施計画書等が提供されない場合においては、当該医療機関の名称及び提供を依頼した日付を記録に残すこと。

オ 医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、訪問リハビリテーション計画を作成した際には、当該訪問リハビリテーション計画を利用者に交付しなければならない。

＜運営指導における不適正事例＞

・訪問リハビリテーション計画を作成していない。

○ 通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションを同一事業所が提供する場合の運営の効率化について

通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションを同一事業者が提供する場合、共通のリハビリテーション計画、利用者及び家族の同意、サービス実施状況の診療記録への記載等を一体的に実施できる。

具体的な対応として、リハビリテーション会議の開催等を通じて、共通の目標及びリハビリテーション提供内容について整合性のとれた計画を作成した場合については、一体的計画の作成ができることとし、また、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ない。

⑨ 運営規程

事業者は、指定訪問リハビリテーション事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めておかなければならない。

ア 事業の目的及び運営の方針

イ 従業者の職種、員数及び職務の内容

ウ 営業日及び営業時間

- エ 指定訪問リハビリテーションの利用料及びその他の費用の額
- オ 通常の事業の実施地域
- カ 虐待の防止のための措置に関する事項
- キ その他運営に関する重要事項

＜運営指導における不適正事例＞

- ・運営規程において2割及び3割負担の料金説明についての記載がなされていない。

⑩ 勤務体制の確保等

- ア 事業者は、利用者に対し適切な指定訪問リハビリテーションを提供できるよう、指定訪問リハビリテーション事業所ごとに、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の勤務体制を定めておかなければならない。
- イ 事業者は、指定訪問リハビリテーション事業所ごとに、当該指定訪問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によって、指定訪問リハビリテーションを提供しなければならない。
- ウ 事業者は、従業員の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。
- エ 事業者は、適切な指定訪問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理学療法士等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。
 - i 事業主が講ずべき措置の具体的内容

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

 - a 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発

職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業員に周知・啓発すること。
 - b 相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備

相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。
 - ii 事業主が講じることが望ましい取組について

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

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

オ 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、労働者派遣法に規定する派遣労働者であってはならないものであること。

⑪ 業務継続計画の策定等

ア 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訪問リハビリテーションの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

イ 事業者は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、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の実施しなければならない。

※計画の策定、研修及び訓練の実施については、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。

※研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましい。

※業務継続計画には、以下の項目等を記載すること。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。さらに、感染症に係る業務継続計画並びに感染症の予防及びまん延の防止のための指針については、それぞれに対応する項目を適切に設定している場合には、一体的に策定することとして差し支えない。

i 感染症に係る業務継続計画

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

ii 災害に係る業務継続計画

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

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

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

ウ 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

⑫ 衛生管理等

ア 事業者は、理学療法士等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。

イ 事業者は、指定訪問リハビリテーション事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めなければならない。

※ 理学療法士等が感染源となることを予防し、また理学療法士等を感染の危険から守るため、使い捨ての手袋等感染を予防するための備品等を備えるなど対策を講じる必要がある。

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

1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、理学療法士等に周知徹底を図ること。

※ 委員会は、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましい。構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに感染対策を担当する者（以下「感染対策担当者」という。）を決めておくことが必要である。なお、同一事業所内での複数担当(※)の兼務や他の事業所・施設等との担当(※)の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、利用者や事業所の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。

(※)身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

感染対策委員会は、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね6月に1回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要がある。

※ 委員会は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

※ 委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。

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。

※ 指針には、平常時の対策及び発生時の対応を規定する。

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

整備し、明記しておくことも必要である。

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

- 3) 事業所において、理学療法士等に対し、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。

※ 研修の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該事業所が定期的な教育（年1回以上）を開催するとともに、新規採用時には感染対策研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録することが必要である。

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

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

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

⑬ 掲示

- ア 事業者は、指定訪問リハビリテーション事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項（以下、「重要事項」という。）を掲示しなければならない。

※ 運営規程の概要、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の勤務の体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を指定訪問リハビリテーション事業所の見やすい場所に掲示すること。また、ウは、指定訪問リハビリテーション事業所は、原則として、重要事項を事業者のウェブサイトに掲載することを規定したものであるが、ウェブサイトとは、法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システムのことをいう。なお、指定訪問リハビリテーション事業者は、重要事項の掲示及びウェブサイトへの掲載を行うにあたり、次に掲げる点に留意する必要がある。

- i 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、利用又はその家族に対して見やすい場所のことであること。
- ii 従業者の勤務の体制については、職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数を掲示する趣旨であり、従業者の氏名まで掲示することを求めるものではないこと。
- iii 介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）第 140 条の 44 各号に掲げる基準に該当する指定訪問リハビリテーション事業所については、介護サービス情報制度における報告義務の対象ではないことから、基準省令第 32 条第 3 項の規定によるウェブサイトへの掲載は行うことが望ましいこと。なお、ウェブサイトへの掲載を行わない場合も、同条第 1 項の規定による掲示は行う必要があるが、これを同条第 2 項や居宅基準第 217 条第 1 項

の規定に基づく措置に代えることができること。

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

※ 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当該指定訪問介護事業所内に備え付けることでアの掲示に代えることができる。

ウ 事業者は、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

⑭ 秘密保持等

ア 指定訪問リハビリテーション事業所の従業者は、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らない。

イ 事業者は、当該指定訪問リハビリテーション事業所の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に、必要な措置を講じなければならない。

ウ 事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

＜運営指導における不適正事例＞

- ・従業者（派遣社員を含む）又は従業者であった者に対し、利用者等の秘密保持に関する必要な措置を講じていない。（雇用時に誓約書等を徴していない又は誓約書の内容不備）
- ・家族の個人情報を用いる場合に、家族の同意を文書により得ていない。

⑮ 苦情処理

ア 事業者は、提供した指定訪問リハビリテーションに係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らない。

イ 事業者は、当該苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

ウ 事業者は、提供した指定訪問リハビリテーションに関し、法第 23 条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、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らない。

エ 事業者は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告しなければならない。

オ 事業者は、提供した指定訪問リハビリテーションに係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う法第 176 条第 1 項第三号の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の指導又は助言を受けた場合においては、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らない。

カ 事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

＜運営指導における不適正事例＞

- ・苦情を処理するために講ずる措置の概要が、事務所に掲示されていない
- ・市町村からの照会に応じていない

・相談窓口連絡先として、市町村(保険者)、国民健康保険団体連合会の窓口が記載されていない

⑩ 地域との連携等

- ア 事業者は、事業の運営に当たっては、提供したサービスに関する利用者からの苦情に関して市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めなければならない。※ 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、市町村との密接な連携に努めること。なお、「市町村が実施する事業」には、介護サービス相談員派遣事業のほか、広く市町村が老人クラブ、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る。
- イ 事業者は、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サービス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サービスの提供を行うよう努めなければならない。
- ※ 高齢者向け集合住宅等と同一の建物に所在する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訪問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らないことを定めたものである。なお、こうした趣旨を踏まえ、地域の実情に応じて、都道府県が条例等を定める場合や、市町村等の意見を踏まえて指定の際に条件を付す場合において、例えば、当該事業所の利用者のうち、一定割合以上を当該集合住宅以外の利用者とするよう努める、あるいはしなければならない等の規定を設けることは差し支えないものである。この際、自立支援や重度化防止等につながるようなサービス提供がなされているか等、サービスの質が担保されているかが重要であることに留意すること。

⑪ 事故発生時の対応

- ア 事業者は、利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- イ 事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
- ウ 事業者は、利用者に対する指定訪問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らない。
- エ 事故が生じた際には、その原因を解明し、再発防止の対策を講じること。

＜運営指導における不適正事例＞

- ・利用者の事故について、事業所所在地の保険者と当該利用者の保険者双方に報告していない。

⑫ 虐待の防止

事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

- 1) 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、理学療法士等に周知徹底を図ること。
- ※ 虐待防止検討委員会は、管理者を含む幅広い職種で構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的に開催することが必要である。また、虐待防止の専門

家を委員として積極的に活用することが望ましい。

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

※ 虐待防止検討委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。

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

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

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

2) 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。

※ 指針には以下のような項目を盛り込むこと。

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

3) 事業所において、理学療法士等に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。

※ 事業者は指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年1回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施すること。また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、事業所内での研修で差し支えない。

4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

※ 当該担当者は、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましい。
なお、同一事業所内での複数担当(※)の兼務や他の事業所・施設等との担当(※)の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、利用者や事業所の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。

(※) 身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

＜運営指導における不適正事例＞

- ・職員の新規採用時に虐待防止のための研修を実施していない。
- ・虐待の防止のための指針に盛り込む項目が不足している。
- ・指針に盛り込むべき事項の中で、虐待発生時の報告体制に関する事項に、市町村へ報告を行うことの記載がない。

⑱ 会計の区分

事業者は、指定訪問リハビリテーション事業所ごとに経理を区分するとともに、指定訪問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らない。

⑳ 記録の整備

ア 事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

イ 事業者は、利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、各指定権者が定める基準に沿って、5年間又は2年間保存しなければならない。

（詳細は、各指定権者が制定している条例を参照のこと。）

- (1) 訪問リハビリテーション計画
- (2) 提供した具体的なサービスの内容等の記録（診療記録及びリハビリテーション会議の記録を含む）
- (3) 身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録
- (4) 市町村への通知に係る記録
- (5) 苦情の内容等の記録
- (6) 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

(5) 介護報酬

① 訪問リハビリテーション費

通院が困難な利用者に対して、事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、計画的な医学的管理を行っている当該事業所の医師の指示に基づき、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、所定単位数を算定する。なお、指定訪問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、当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師が診療を行っていない利用者であって、別に【厚生労働大臣が定める基準に適合するもの】に対して指定訪問リハビリテーションを行った場合は、⑭の規定にかかわらず、所定単位数を算定する。

【厚生労働大臣が定める基準に適合するもの】

次のいずれにも該当する者

- (ア) 医療機関に入院し、当該医療機関の医師の診療を受け、当該医療機関の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士からリハビリテーションの提供を受けた利用者であること。
- (イ) 当該利用者が入院していた医療機関から、当該指定訪問リハビリテーション事業所に対し、当該利用者に関する情報の提供が行われている利用者であること。
- (ウ) 指定訪問リハビリテーションの提供を受けている日前の1月以内に、(ア)に規定する医療機関から退院した利用者であること。

ア 単位数

308単位／回

イ 算定要件

(ア) 訪問リハビリテーションは、計画的な医学的管理を行っている当該事業所の医師の指示の下で実施するとともに、当該医師の診療の日から3月以内に行われた場合に算定する。

また、例外として、訪問リハビリテーション事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供（訪問リハビリテーションの必要性や利用者の心身機能や活動等に係るアセスメント情報等）を受け、当該情報提供を踏まえて、当該リハビリテーション計画を作成し、訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った別の医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から3月以内に行われた場合に算定する。

この場合、少なくとも3月に1回は、訪問リハビリテーション事業所の医師は、当該情報提供を行った別の医療機関の医師に対して訪問リハビリテーション計画等について情報提供を行う。

(イ) 事業所の医師が、指定訪問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、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。

(ウ) (イ)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。

(エ) 訪問リハビリテーションは、事業所の医師の診療に基づき、訪問リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、医療機関において、当該医療機関の医師の診療を受け、当該医療機関の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士からリハビリテーションの提供を受けた利用者に関しては、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式2-2-1をもって、当該医療機関から情報提供を受けた上で、当該事業所の医師が利用者を診療し、記載された内容について確認して、訪問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みなして訪問リハビリテーション費の算定を開始してもよいこととする。

なお、その場合であっても、算定開始の日が属する月から起算して3月以内に、当該事業所の医師の診療に基づいて、次の訪問リハビリテーション計画を作成する。

(オ) 訪問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、訪問リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに評価を行う。

(カ) 事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定訪問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訪問リハビリテーションの継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、その他指定居宅サービスの併用と移行の見通しを記載する。

(キ) 訪問リハビリテーションは、利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して1回当たり20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度として算定する。ただし、退院（所）の日から起算して3月以内に、医師の指示に基づきリハビリテーションを行う場合は、週12回まで算定可能。

(ク) 事業所が介護老人保健施設又は介護医療院である場合にあって、医師の指示を受けた理学療法士等が、利用者の居宅を訪問して訪問リハビリテーションを行った場合には、訪

問する理学療法士等の当該訪問の時間は、介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準の算定に含めないこととする。なお、介護老人保健施設又は介護医療院による訪問リハビリテーションの実施にあたっては、施設サービスに支障のないよう留意する。

- (ケ) 事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達する。
- (コ) 居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する訪問リハビリテーションを提供するに当たっては、訪問リハビリテーション計画にその目的、頻度等を記録するものとする。
- (ク) 利用者が訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した日又は訪問診療若しくは往診を受けた日に、訪問リハビリテーション計画の作成に必要な医師の診療が行われた場合には、当該複数の診療等と時間を別にして行われていることを記録上明確にする。

<運営指導における不適正事例>

- ・ 3 月以上の継続利用が必要な利用者のリハビリテーション計画書に、継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、その他指定居宅サービスの併用と移行の見通しが記載されていない。

② 高齢者虐待防止措置未実施減算 所定単位数の 100 分の 1

ア 要件

別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、高齢者虐待防止措置未実施減算として、所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を所定単位数から減算する。

イ 留意事項

高齢者虐待防止措置未実施減算については、事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、指定居宅サービス基準第 37 条の 2（指定居宅サービス等基準第 39 条の 3 において準用する場合を含む。）に規定する措置を講じていない場合に、利用者全員について所定単位数から減算することとなる。

具体的には、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年 1 回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から 3 月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。

③ 業務継続計画未策定減算 所定単位数の 100 の 1

ア 要件

別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、業務継続計画未策定減算として、所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を所定単位数から減算する。

イ 留意事項

業務継続計画未策定減算については、指定居宅サービス等基準第 30 条の 2 第 1 項（指定居宅サービス等基準第 39 条の 3 において準用する場合を含む。）に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月（基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月）から基準を満たさない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の利用者全員につい

て、所定単位数から減算することとする。

④ 同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは同一の建物等に居住する利用者に対する取扱い

同一敷地内建物等に居住する利用者で以下に該当する場合について、減算を適用する。

- i 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物若しくは訪問リハビリテーション事業所と同一の建物に居住する者（iiiに該当する場合を除く）

所定単位数の100分の90単位＜支給限度額管理の対象外＞

- ii i 以外の範囲に所在する建物に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）

所定単位数の100分の90単位＜支給限度額管理の対象外＞

- iii i の範囲に所在する建物に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合）

所定単位数の100分の85単位＜支給限度額管理の対象外＞

※ 指定訪問リハビリテーション事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは指定訪問リハビリテーション事業所と同一の建物（以下「同一敷地内建物等」という。）に居住する利用者に対する取扱い〔老企第36号 第2の5（2）〕

① 同一の敷地内建物等の定義

「同一敷地内建物等」とは、当該指定訪問リハビリテーション事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物及び同一敷地内並びに隣接する敷地（当該指定訪問リハビリテーション事業所と建築物が道路等を挟んで設置している場合を含む。）にある建築物のうち効率的なサービス提供が可能なものを指すものである。具体的には、一体的な建築物として、当該建物の1階部分に指定訪問リハビリテーション事業所がある場合や当該建物と渡り廊下でつながっている場合など、同一の敷地内又は隣接する敷地内の建物として、同一敷地内にある別棟の建築物や幅員の狭い道路を挟んで隣接する場合などが該当するものであること。

② 同一の建物に20人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く。）の定義

イ 「当該指定訪問リハビリテーション事業所における利用者が同一建物に20人以上居住する建物」とは、①に該当するもの以外の建築物を指すものであり、当該建築物に当該指定訪問リハビリテーション事業所の利用者が20人以上居住する場合に該当し、同一敷地内にある別棟の建物や道路を挟んで隣接する建物の利用者数を合算するものではない。

ロ この場合の利用者数は、1月間（暦月）の利用者数の平均を用いる。この場合、1月間の利用者数の平均は、当該月における1日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り捨てるものとする。また、当該指定訪問リハビリテーション事業所が、介護予防訪問リハビリテーションと一体的な運営をしている場合、介護予防訪問リハビリテーションの利用者を含めて計算すること。

③ 当該減算は、指定訪問リハビリテーション事業所と建築物の位置関係により、効率的なサービス提供が可能であることを適切に評価する趣旨であることに鑑み、本減算の適用については、位置関係のみをもって判断することがないよう留意すること。具体的には、次のような場合を一例として、サービス提供の効率化につながらない場合には、減算を適用すべきではないこと。

（同一の敷地内建物等に該当しないものの例）

- ・ 同一敷地であっても、広大な敷地に複数の建物が点在する場合

・ 隣接する敷地であっても、道路や河川などに敷地が隔てられており、横断するために迂回しなければならない場合

- ④ ①及び②のいずれの場合においても、同一の建物については、当該建築物の管理、運営法人が当該指定訪問リハビリテーション事業所の指定訪問リハビリテーション事業者と異なる場合であっても該当するものである。
- ⑤ 同一敷地内建物等に 50 人以上居住する建物の定義
- イ 同一敷地内建物等のうち、当該同一敷地内建物等における当該指定訪問リハビリテーション事業所の利用者が 50 人以上居住する建物の利用者全員に適用されるものである。
- ロ この場合の利用者数は、1 月間（暦月）の利用者数の平均を用いる。この場合、1 月間の利用者の数の平均は、当該月における 1 日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り捨てるものとする。

＜集合住宅減算の取扱いについての注意点＞（介護保険最新情報 vol. 454 抜粋）

集合住宅減算において、減算を適用すべき範囲、減算を適用すべきではない範囲については、平成 27 年度報酬改定においても既に示されているため、十分に確認しておくこと。

問 6 集合住宅減算について、「同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物」であっても「サービス提供の効率化につながらない場合には、減算を適用すべきではないこと」とされているが、具体的にはどのような範囲を想定しているか

（答）

集合住宅減算は訪問系サービス（居宅療養管理指導を除く）について、例えば、集合住宅の 1 階部分に事業所が有る場合など、事業所と同一建物に居住する利用者を訪問する場合には、地域に点在する利用者を訪問する場合と比べて、移動等の労力（移動時間）が軽減されることから、このことを適正に評価するために行うものである。従来の仕組みでは、事業所と集合住宅（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。以下同じ。）が一体的な建築物に限り減算対象としていたところである。

今般の見直しでは、事業所と同一建物の利用者を訪問する場合と同様の移動時間により訪問できるものについては同様に評価することとし、「同一敷地内にある別棟の集合住宅」、「隣接する敷地にある集合住宅」、「道路等を挟んで隣接する敷地にある集合住宅」のうち、事業所と同一建物の利用者を訪問する場合と同様に移動時間が軽減されるものについては、新たに、減算対象とすることとしたものである。

このようなことから、例えば、以下のケースのように、事業所と同一建物の利用者を訪問する場合とは移動時間が明らかに異なるものについては、減算対象とはならないものと考えている。

広大な敷地に複数の建物が点在するもの（例えば、UR（独立行政法人都市再生機構）などの大規模団地や、敷地に沿って複数のバス停留所があるような規模の敷地）

幹線道路や河川などにより敷地が隔てられており、訪問するために迂回しなければならないもの

⑤ 特別地域訪問リハビリテーション加算

１００分の１５に相当する単位／回 ＜区分支給限度額管理の対象外＞

厚生労働大臣が定める地域（離島振興法、山村振興法等の指定地域）に所在する指定訪問リハビリテーション事業所又はその一部として使用される事務所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定訪問リハビリテーションを提供した場合に算定できる。

※ 具体的な地域は、資料１１１ページを参照するとともに、保険者に確認すること。

⑥ 中山間地域等における小規模事業所加算

１００分の１０に相当する単位／回＜区分支給限度額管理の対象外＞

別に厚生労働大臣が定める地域（過疎地域自立促進特別措置法等の指定地域）に所在し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準（訪問リハビリテーションについては、１月当たりの延べ訪問回数が３０回以下であること。）に適合する指定訪問リハビリテーション事業所又はその一部として使用される事務所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定訪問リハビリテーションを提供した場合に算定できる。

※ 具体的な地域は、資料１１１ページを参照するとともに、保険者に確認すること。

⑦ 中山間地域等利用者受入加算

１００分の５に相当する単位／回＜区分支給限度額管理の対象外＞

厚生労働大臣が定める地域（中山間地域等）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、指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定できる。

※ 具体的な地域は、資料１１４ページを参照するとともに、保険者に確認すること。

※ 「通常の事業の実施地域」とは、当該指定訪問リハビリテーション事業所の定める運営規程の定めによる。

※ この加算を算定する利用者からは、通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者への指定訪問リハビリテーションの提供の際の交通費の支払いを受けることはできないものであること。

⑧ 短期集中リハビリテーション実施加算 ２００単位／日

事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が集中的にリハビリテーションを行った場合に加算する。

ア 算定期間

利用者が退院（所）日又は認定日（介護保険法第１９条第１項に規定する要介護認定の効力が生じた日）から起算して、３月以内の期間に行われる場合に算定。

要介護認定の効力が生じた日

介護保険法第27条第1項に規定するもの（新規認定）であるため、認定の更新（介護保険法第28条第1項）や区分変更（介護保険法第29条第1項）は含まれない。

＊要支援→要介護は、「要介護認定の効力が生じた日（新規認定）」に含まれる。

H23までは、

＊「要介護認定を受けた日」＝被保険者証に記載された年月日
（認定有効期間初日ではない。）…厚生労働省老健局老人保健課の解釈



H24からは、要介護認定有効期間の初日に変更

退院（所）日

リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院若しくは入所した病院等から退院または退所した日。

＊ 入院（所）の原因がリハビリテーションと関係ない疾患の場合は、退院（所）日に含まれない。

イ 算定要件

(ア) 1週につきおおむね2日以上、1日あたり20分以上のリハビリテーションが必要。

⑨ リハビリテーションマネジメント加算

基準に適合しているものとして、県等に届け出た事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に1月につき加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。さらに、訪問リハビリテーション計画について、指定訪問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、利用者の同意を得た場合、1月につき270単位を加算する。

ア 単位数

リハビリテーションマネジメント加算（イ） **180単位**

リハビリテーションマネジメント加算（ロ） **213単位**

イ 算定要件

(ア) リハビリテーションマネジメント加算（イ） 次のいずれにも適合すること。

- (1) リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。
- (2) 訪問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医師、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こと。ただし、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明した場合は、説明した内容等について医師に報告すること。
- (3) 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、訪問リハビリテーション計画を見直していること。
- (4) 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。

(5) 次のいずれかに適合すること

- ・ 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。
- ・ 事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問し、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。

(6) (1)から(5)に適合することを確認し、記録すること。

(イ) リハビリテーションマネジメント加算（ロ） 次のいずれにも適合していること。

(1) (ア)(1)から(6)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

(2) 利用者ごとの訪問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。

ウ 留意事項

(ア) リハビリテーションの質の向上を図るため、多職種が共同して、心身機能、活動・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継続的に管理していることを評価するものである。なお、SPDCAサイクルの構築を含む、リハビリテーションマネジメントに係る実務等については別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）も参照すること。

(イ) リハビリテーション会議の構成員は、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、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とすること。また、必要に応じて歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士等が参加すること。なお、利用者の家族について、家庭内暴力等により参加が望ましくない場合や、遠方に住んでいる等のやむを得ない事情がある場合においては、必ずしもその参加を求めるものではないこと。

(ウ) 厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム「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。

エ リハビリテーション会議

- ・ 構成員

利用者及びその家族を基本とし、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とし、

必要に応じて歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士等が参加した上で、アセスメント結果などの情報の共有、多職種協働に向けた支援方針、リハビリテーションの内容、構成員間の連携等について協議を行う。

- ・ リハビリテーション会議は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。）を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。なお、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応していること。
- ・ 会議は、利用者及びその家族の参加を基本としているが、やむを得ず参加できない場合は、その理由を会議録に記載し、また、この会議に構成員が欠席した場合は、速やかに当該会議の内容について、欠席者と情報共有を図ること。

⑩ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240単位／日

ア 算定要件

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、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その退院（所）日又は訪問開始日から起算して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、認知症短期集中リハビリテーション実施加算として、1週に2日を限度として、1日につき240単位を所定単位数に加算する。ただし、短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定しない。

イ 留意事項

- (ア) 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。
- (イ) 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、訪問リハビリテーション計画に基づき、リハビリテーションを行った場合に、1週間に2日を限度として算定できるものであること。
- (ウ) 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。
- (エ) 本加算は、その退院（所）日又は訪問開始日から起算して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。

⑪ 口腔連携強化加算 50単位／月

基準に適合しているものとして、県等に対し届け出た事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果の情報提供を行ったときは、口腔連携強化加算として、1月に1回に限り50単位を加算する。

ア 算定要件

- (ア) 指定訪問リハビリテーション事業所の従業者が利用者の口腔の健康状態に係る評価を行う

に当たって、歯科診療報酬点数表の区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に相談できる体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。

(イ) 次のいずれにも該当しないこと。

(1)他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、栄養状態のスクリーニングを行い、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定している場合を除き、口腔・栄養スクリーニング加算を算定していること。

(2)当該利用者について、口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除き、指定居宅療養管理指導事業所が歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定していること。

(3)当該事業所以外の介護サービス事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していること。

イ 留意事項

(ア) 口腔連携強化加算の算定に係る口腔の健康状態の評価は、利用者に対する適切な口腔管理につなげる観点から、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。

(イ) 口腔の健康状態の評価の実施に当たっては、必要に応じて、厚生労働大臣が定める基準における歯科医療機関（以下「連携歯科医療機関」という。）の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談すること。なお、連携歯科医療機関は複数でも差し支えない。

(ウ) 口腔の健康状態の評価をそれぞれ利用者について行い、評価した情報を歯科医療機関及び当該利用者を担当する介護支援専門員に対し、別紙様式6等により提供すること。

(エ) 歯科医療機関への情報提供に当たっては、利用者又は家族等の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見等を踏まえ、連携歯科医療機関・かかりつけ歯科医等のいずれか又は両方に情報提供を行うこと。

(オ) 口腔の健康状態の評価は、それぞれ次に掲げる確認を行うこと。ただし、ト及びチについては、利用者の状態に応じて確認可能な場合に限って評価を行うこと。

イ 開口の状態

ロ 歯の汚れの有無

ハ 舌の汚れの有無

ニ 歯肉の腫れ、出血の有無

ホ 左右両方の奥歯のかみ合わせの状態

ヘ むせの有無

ト ぶくぶくうがいの状態

チ 食物のため込み、残留の有無

(カ) 口腔の健康状態の評価を行うに当たっては、別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）及び「入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の確認に関する基本的な考え方」(令和6年3月日本歯科医学会)等を参考にすること。

(キ) 口腔の健康状態によっては、主治医の対応を要する場合もあることから、必要に応じて介護支援専門員を通じて主治医にも情報提供等の適切な措置を講ずること。

(ク) 口腔連携強化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等を活用し決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔の健康状態の評価を継続的に実施すること。

⑫ 退院時共同指導加算 退院につき1回に限り600単位

病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導（病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者との間で当該者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、当該者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅での訪問リハビリテーション計画に反映させることをいう。）を行った後に、当該者に対する初回の指定訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、加算する。

留意事項

（ア）訪問リハビリテーションにおける退院時共同指導とは、病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者との間で当該者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、当該者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅での訪問リハビリテーション計画に反映させることをいう。

（イ）退院時共同指導は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該者又はその家族の同意を得なければならない。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

（ウ）退院時共同指導を行った場合は、その内容を記録すること。

（エ）当該利用者が通所及び訪問リハビリテーション事業所を利用する場合において、各事業所の医師等がそれぞれ退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合は、各事業所において当該加算を算定可能である。ただし、通所及び訪問リハビリテーション事業所が一体的に運営されている場合においては、併算定できない。

⑬ 急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合の取扱い

主治の医師（介護老人保健施設及び介護医療院の医師を除く。）が、当該者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、その指示の日から14日間に限って、訪問リハビリテーション費は算定しない。

⑭ 事業所の医師が訪問リハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合の減算 1回につき50単位を減算

ア 要件

（ア）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（1）訪問リハビリテーション事業所の利用者が、当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること。

（2）当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。

（3）当該情報の提供を受けた訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、訪問リハビリテーション計画を作成すること。

（イ）（ア）の規定に関わらず、令和6年6月1日から令和9年3月31日までの間に、次に掲げる基準のいずれにも適合する場合には、同期間に限り、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問リハビリテーション費の当該⑭を算定できる

（1）（ア）（1）及び（3）に適合すること。

(2) (ア) (2)に規定する研修の修了等の有無を確認し、訪問リハビリテーション計画書に記載していること。

イ 留意事項

訪問リハビリテーション計画は、原則、訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、当該医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が共同して作成するものである。

減算については、訪問リハビリテーション事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている利用者であって、当該事業所の医師がやむを得ず診療できない場合に、別の医療機関の医師からの情報をもとに、当該事業所の医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問リハビリテーション計画を作成し、当該事業所の医師の指示に基づき、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問リハビリテーションを実施した場合について、例外として基本報酬に50単位を減じたもので評価したものである。

- ①「当該利用者に関する情報の提供」とは、別の医療機関の計画的に医学的管理を行っている医師から訪問リハビリテーション事業所の医師が「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養及び口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式2-2-1のうち、本人・家族等の希望、健康状態・経過、心身機能・構造、活動（基本動作、移動能力、認知機能等）、活動（ADL）、リハビリテーションの目標、リハビリテーション実施上の留意点等について、十分に記載できる情報の提供を受けていることをいう。
- ②当該事業所の従業者は、別の医療機関の医師の「適切な研修の修了等」について、確認の上、リハビリテーション計画書に記載しなければならない。
- ③ただし、医療機関からの退院後早期にリハビリテーションの提供を開始する観点から、医療機関に入院し、リハビリテーションの提供を受けた利用者であって、当該医療機関から、当該利用者に関する情報の提供が行われている者においては、退院後一ヶ月以内に提供される訪問リハビリテーションに限り、当該減算は適用されないことに留意する。

⑮ 移行支援加算

17単位/日

基準に適合しているものとして県等に届け出た事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所等への移行等を支援した場合に、評価対象期間の次年度に限り加算する。

ア 算定要件

次の基準のいずれにも適合すること。

- (ア) 評価対象期間において、訪問リハビリテーションの提供を終了した者のうち、通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、第一号通所事業その他社会参加に資する取組（以下「通所介護等」という。）を実施した者の占める割合が、100分の5を超えていること。
- (イ) 評価対象期間中に、訪問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、訪問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、終了者に対して、当該終了者の通所介護等の実施状況を確認し、記録していること。
- (ウ) 12を事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数が100分の25以上であること。
- (エ) 訪問リハビリテーション終了者が通所介護等の事業所へ移行するに当たり、利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供すること。

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（基準に適合しているものとして届け出た年においては、届出の日から同年12月までの期間）

イ 留意事項

- (ア) この加算におけるリハビリテーションは、訪問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、通所介護等に移行させるものであること。
- (イ) 「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、訪問リハビリテーション、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）等は含まれず、算定対象とならないこと。
- (ウ) ア算定要件(ア)において、通所介護等を実施した者の占める割合及びア算定要件(ウ)において、12を訪問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。
- (エ) 平均利用月数については、以下の式により計算すること。
- (1) (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
 - (2) (1)(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。
 - (3) (1)(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訪問リハビリテーションを利用した月数の合計をいう。
 - (4) (1)(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指定訪問リハビリテーションを利用した者の数をいう。また、当該事業所の利用を終了後、12月以上の期間を空けて、当該事業所を再度利用した者については、新規利用者として取り扱うこと。
 - (5) (1)(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指定訪問リハビリテーションの利用を終了した者の数をいう。
- (オ) 「通所介護等の実施」状況の確認に当たっては、事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、訪問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が維持または改善していることを確認すること。なお、電話等での実施を含め確認の手法は問わないこと。
- (カ) 「利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供」については、利用者の円滑な移行を推進するため、訪問リハビリテーション終了者が通所介護等へ移行する際に、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式2-2-1及び2-2-2のリハビリテーション計画書等の情報を利用者の同意の上で通所介護等の事業所へ提供すること。
- なお、その際には、リハビリテーション計画書の全ての情報ではなく、本人、家族等の希望、健康状態・経過、リハビリテーションの目標、リハビリテーションサービス等の情報を抜粋し、提供することで差し支えない。

⑩ サービス提供体制強化加算

ア 単位数

- サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 6単位／回
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 3単位／回

イ 算定要件

基準に適合しているものとして県等に届け出た事業所が、利用者に対し、リハビリテーションを行った場合は、1回につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

(ア) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

指定訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続年数7年以上の者がいること。

(イ) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

指定訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続年数3年以上の者がいること。

ウ 留意事項

(ア) 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。

(例) 令和3年4月における勤続年数3年以上の者とは、令和3年3月31日時点で勤続年数が3年以上の者をいう。

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

(ウ) 訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)にあつては勤続年数が7年以上の者が1名以上、サービス提供体制強化加算(Ⅱ)にあつては勤続年数が3年以上の者が1名以上いれば算定可能であること。

(6) 介護報酬の算定に係る留意点について

① 介護保険におけるリハビリテーションについて

急性期から回復期のリハビリテーションは医療保険で対応し、維持期のリハビリテーションは介護保険が中心となって対応する。

※ 保険医療機関において、「維持期・生活期リハビリテーション料」が平成31年4月1日以降算定できないことについて、「要介護被保険者等である患者に対する入院外の維持期・生活期の疾患別リハビリテーションに係る経過措置の終了に当たっての必要な対応について」(平成31年3月8日付老老発0308第2号、老振発0308第1号、保医発0308第1号課長通知)を参照のこと。

② 医療保険との調整について

通所リハビリテーションと同様

③ 記録の整備について

ア 医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点を診療録に記載する。

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、訪問リハビリテーション計画書に基づき提供した具体的なサービスの内容等及び指導に要した時間を記録にとどめておく。なお、当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすることとする。

イ リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者、加算の算定に当たって根

拠となった書類等）は利用者ごとに保管され、常に従業者により閲覧が可能であるようにすること。

④ 領収証の発行

領収書は、内訳（サービス提供内容が分かるもの。1割、2割及び3割負担分とそれ以外のもの、限度額を超えて全額自己負担により利用した費用）を記載すること。また、口座振替により費用を徴収している場合も必ず交付すること。

備考 医療費控除について領収証に、医療費控除対象額を明記すること。

（7）適正な記録の作成について

① 記録について

介護報酬の請求に当たっては、その内容についての記録を必ず作成すること。

記録がない場合は、サービスが提供されていないと判断せざるを得ないので必ず記録を行うこと。

なお、虚偽の内容の記録を作成した場合（例えば、実際には勤務していない職員を勤務したなど）、指定取消の要件となるので、留意されたい。

② 訪問サービスの実施に当たって必ず記録すべき事項

ア 人員の充足状況（当該サービスに従事した職員）

毎日の勤務実績について、職種（理学療法士など）別、専従・兼務の別、勤務時間を明らかにし、現に従事した内容を記載する。なお、あらかじめ、月ごとの勤務体制表を作成する。

職員が併設事業所と兼務している場合や、同一事業所内で職種を兼務している等の理由により、当該サービスには一部の時間しか従事しない場合は当該時間帯を必ず記載する。特に併設の医療機関、介護老人保健施設と兼務する場合、タイムカード等で出勤状況を確認できても、何の業務に何時間従事したか不明であることが多いため、明確にすること。

イ 各人に対して提供したサービスの内容

医師は、理学療法士等に対して行った指示内容の要点を診療録に記入する。

理学療法士等は、リハビリテーション実施計画書の内容を利用者に説明し、記録するとともに、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点及び指導に要した時間を記録にとどめておく。なお、当該記載については、医療保険の診療録に記載する事としてもよいが、下線又は枠で囲う等の工夫により、他の記載と区別できるようにする。

リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は利用者ごとに保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること。

③ 事故等の状況

病状急変、事故等が起きた場合は、その対応等。

④ 苦情

苦情の内容、対応者、対応内容

⑤ 記録の保存期間

介護保険のサービスに係る記録は、各指定権者が定める基準に従って5年間又は2年間保存しなければならない。

(8) 指定取消について

都道府県知事は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該指定居宅サービス事業者に係る指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる。

- ア 事業者が、基準に定める人員を満たすことができなくなったとき
- イ 事業者が、運営に関する基準に従って適正な事業の運営をすることができなくなったとき
- ウ 事業者が要介護者の人格を尊重するとともに、この法律又はこの法律に基づく命令を遵守し、要介護者のため忠実にその職務を遂行する義務に違反したとき
- エ 居宅介護サービス計画費・居宅支援サービス計画費の請求に不正があったとき
- オ 県知事から求められた報告、帳簿書類の提出等に従わず、又は虚偽の報告をしたとき
- カ 県知事から求められた出頭に応じない、質問に答弁しない、虚偽の答弁をする、帳簿書類の検査を拒む・妨げる等のとき
- キ 不正の手段により指定を受けたとき
- ク この法律やその他保健医療若しくは福祉に関する法律で、政令で定めるもの又はこれらの法律に基づく命令若しくは処分に違反したとき
- ケ 居宅サービス等に関し、不正又は著しく不当な行為をしたとき
- コ 指定居宅サービス事業者が法人である場合において、その役員等のうちに、指定の取消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止をしようとするとき、前5年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者があるとき
- サ 指定居宅サービス事業者が法人でない病院等である場合において、その管理者が、指定の取消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止をしようとするとき、前5年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき

4 介護予防訪問リハビリテーション事業に関する事項

基準省令：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 18. 3. 14 厚労令第 35 号）
第 5 章 介護予防訪問リハビリテーション

基準省令の解釈通知：指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（平 11. 9. 17 老企第 25 号）第 4 介護予防サービス

介護報酬の通則：指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平 18. 3. 14 厚労省告示第 127 号）別表 3 介護予防訪問リハビリテーション

介護報酬の通則の留意事項通知：指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平 18. 3. 17 老計、老振、老老発第 0317001 号）別紙 1 第 2 の 4 介護予防訪問リハビリテーション

(1) 指定介護予防サービスの事業の一般原則

訪問リハビリテーションと同様。

(2) 基本方針

利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の居宅において、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、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでな

ければならない。

(3) 人員及び設備に関する基準

人員及び設備、備品についても、介護予防訪問リハビリテーション事業者が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、同一の事業所で一体的に運営する場合にあっては、訪問リハビリテーション事業の基準を満たすことをもって、指定介護予防サービスの基準も同時に満たされていると見なすことができる。

なお、居宅サービスと介護予防サービスが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評価されない場合にあっては、人員及び設備、備品にもそれぞれが独立して基準を満たす必要がある。

(4) 運営に関する基準

訪問リハビリテーションと同様。

(5) 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準

① 基本取扱方針

ア 利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行わなければならない。

イ 事業者は、自らその提供する介護予防訪問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らない。

ウ 事業者は、介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たり、利用者ができ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常に意識してサービスの提供に当たらなければならない。

エ 事業者は、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らない。

オ 事業者は、介護予防訪問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らない。

カ 提供された介護予防サービスについては、介護予防訪問リハビリテーション計画に定める目標達成の度合いや利用者及びその家族の満足度等について常に評価を行うなど、その改善を図らなければならない。

② 具体的取扱方針

ア 介護予防訪問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うものとする。

イ 医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、介護予防訪問リハビリテーション計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該計画に記載した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、当該介護予防訪問リハビリテーション計画の実施状況の把握（モニタリング）を行うものとする。

ウ 医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、モニタリングの結果を記録し、サービスの提供に係る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なければならない。

エ 訪問リハビリテーションの具体的取扱方針、訪問リハビリテーション計画の作成と同様。

(6) 介護報酬

① 介護予防訪問リハビリテーション費 298単位／回

訪問リハビリテーションと同様。

② 高齢者虐待防止措置未実施減算 所定単位数の100分の1

訪問リハビリテーションと同様。

③ 業務継続計画未実施減算 所定単位数の100分の1

訪問リハビリテーションと同様。

④ 同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物に居住する利用者に対する取扱い

訪問リハビリテーションと同様。

同一建物等居住者で以下に該当する場合について、減算を適用する。

- i 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物若しくは、介護予防訪問リハビリテーション事業所と同一の建物に居住する者（iiiに該当する場合を除く）

所定単位数の100分の90単位＜支給限度額管理の対象外＞

- ii i 以外の範囲に所在する建物に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）

所定単位数の100分の90単位＜支給限度額管理の対象外＞

- iii i の範囲に所在する建物に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合）

所定単位数の100分の85単位＜支給限度額管理の対象外＞

⑤ 特別地域介護予防訪問リハビリテーション加算

100分の15に相当する単位／回 <区分支給限度額管理の対象外＞

訪問リハビリテーションと同様。

⑥ 中山間地域等における小規模事業所加算

100分の10に相当する単位／回 <区分支給限度額管理の対象外＞

別に厚生労働大臣が定める地域（過疎地域自立促進特別措置法等の指定地域）に所在し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準（介護予防訪問リハビリテーション事業所については、1月当たり延べ訪問回数が10回以下であること。）に適合する指定介護予防訪問リハビリテーション事業所（その一部として使用される事務所が当該地域に所在しない場合は、当該事務所を除く。）又はその一部として使用される事務所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定介護予防訪問リハビリテーションを提供した場合に算定できる。

※ 具体的な地域は、112ページを参照するとともに、保険者に確認すること。

⑦ 中山間地域等利用者受入加算

100分の5に相当する単位／回 <区分支給限度額管理の対象外＞

訪問リハビリテーションと同様。

⑧ 短期集中リハビリテーション実施加算 200単位／日

ア 算定期間

利用者が退院(所)又は要支援認定の効力が生じた日から起算して3月以内の期間に集中的に介護予防訪問リハビリテーションを行った場合に算定。

イ 算定要件

(ア) 退院(所)日又は認定日から起算して1月以内の期間に行われた場合は1週につきおおむ

ね2日以上、1日当たり40分以上実施

- (イ) 退院(所)日又は認定日から起算して1月を超え3月以内の期間に行われた場合は1週につきおおむね2日以上、1日当たり20分以上実施

⑨ 口腔連携強化加算 50単位/月

訪問リハビリテーションと同様。

⑩ 急性増悪等により一時的に頻回の介護予防訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合の取扱い

主治の医師（介護老人保健施設及び介護医療院の医師を除く。）が、当該者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、その指示の日から14日間に限って、介護予防訪問リハビリテーション費は算定しない。

⑪ 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合の減算

1回につき50単位を減算

訪問リハビリテーションと同様。

⑫ 長期利用者に係る減算

1回につき30単位を減算

利用者に対して、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合であって、指定介護予防訪問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訪問リハビリテーションを行うときは、1回につき30単位を所定単位数から減算する。

ア 厚生労働大臣が定める要件

次に掲げる基準のいずれにも該当すること。

- (1) 3月に1回以上、当該利用者に係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構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、当該利用者の状態の変化に応じ、介護予防訪問リハビリテーション計画を見直していること。
- (2) 当該利用者ごとの介護予防訪問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。

イ 留意事項

- (ア) 厚生労働大臣が定める要件をいずれも満たす場合においては、リハビリテーションマネジメントのもと、リハビリテーションを継続していると考えられることから、減算は行わない。
- (イ) リハビリテーション会議の開催については、指定訪問リハビリテーションと同じであることから、別途通知（「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」）を参照すること。
- (ウ) 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、S

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

(エ) 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。

⑬ **退院時共同指導加算** **退院につき1回に限り600単位**
訪問リハビリテーションと同様。

⑭ **サービス提供体制強化加算**
訪問リハビリテーションと同様