令和４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地域福祉部介護保険課
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４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 ５５

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 ５６

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 ５７

⑤ 介護報酬改定に係るＱ＆Ａ ８５

⑥ 月額報酬の日割り等の算定方法について １０７

⑦ 「特別地域」加算及び「中山間地域等」加算について １１３

⑧ 医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項等 １１７

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 １３７

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 11.9.17 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

介護報酬の通則：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

介護報酬の通則の留意事項通知：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）事業の基本方針

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っては、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人以下の場合にあっては、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。

※　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

定員超過・人員欠如による減算

・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。

・人員欠如による減算も原則１００分の７０に減算

概要：指定基準に定める員数の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員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

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

また、指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院または診療所（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。

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

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㎡×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、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　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、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。

エ　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。

オ　留意事項

(ｱ)　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、個々の利用者に応じて作成された通所リハビリテーション計画に基づいて行われるものであるが、グループごとにサービス提供が行われることを妨げるものではないこと。

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

負荷等の指示を行うこと。

(ｳ) 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、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。

オ 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。

カ 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。

キ 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。

《実地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。
・モニタリングを行った記録がなく、長期間アセスメントも行われていない。
・計画に対する利用者及びその家族の同意が得られていない。また、同意の記録がない。
・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（令和６年３月３１日までは努力義務）
コ　その他運営に関する重要事項

《実地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。

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。（令和６年３月 31 日までは努力義務）

※　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、令和６年３月 31 日までに医療・福祉関係資格を有さない全ての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（令和６年３月 31 日までは努力義務）

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って業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより通所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ずべき措置等についての指針（令和２年厚生労働省告示第５号。以下「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりであるが、特に留意されたい内容は以下のとおりである。

ａ　事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発

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

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

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

なお、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置義務については、令和４年３月 31 日までは努力義務とされているが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努められたい。

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。

《実地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。
・避難訓練を実施していない。また、実施した記録がない。
・避難訓練を実施しているが、定期的なものとなっていない。

⑬　業務継続計画の策定等（令和６年３月 31 日までは努力義務）

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

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。

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。（令和６年３月３１日までは努力義務）

(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、専任の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。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に実施すること。

※　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。

《実地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を掲示しなければならない。

※ 運営規程の概要、従業員等の勤務の体制、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。掲示する際には、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。

イ 事業者は、前項に規定する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、同項の規定による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同条第１項の掲示に代えることができる。

《実地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できる状態になっていない。）

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、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。

《実地指導における不適正事例》
・従業者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対策が講じられていない。（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）

・サービス担当者会議等での利用者（家族を含む）の個人情報の使用について、文書での同意を得ていない。
・個人情報の使用について、利用者の同意は得ているが、家族の同意を得ていない。

⑰　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。

《実地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。

⑱　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よう、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。

⑲　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、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。

《実地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（令和６年３月３１日までは努力義務）

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

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、通所リハビリテーション従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。

※　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、事業所内職員研修での研修で差し支えない。

エ　上記の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。

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
(3)　市町村への通知に係る記録
(4)　苦情の内容等の記録
(5)　事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

（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	単位数		
		通常規模	大規模Ⅰ	大規模Ⅱ
１時間以上２時間未満	要介護１	３６６	３６１	３５３
	要介護２	３９５	３９２	３８４
	要介護３	４２６	４２１	４１１
	要介護４	４５５	４５０	４４１
	要介護５	４８７	４８１	４６９
２時間以上３時間未満	要介護１	３８０	３７５	３６８
	要介護２	４３６	４３１	４２３
	要介護３	４９４	４８８	４７７
	要介護４	５５１	５４４	５３１
	要介護５	６０８	６０１	５８６
３時間以上４時間未満	要介護１	４８３	４７７	４６５
	要介護２	５６１	５５４	５４２
	要介護３	６３８	６３０	６１６
	要介護４	７３８	７２７	７１０
	要介護５	８３６	８２４	８０６
４時間以上５時間未満	要介護１	５４９	５４０	５２０
	要介護２	６３７	６２６	６０６
	要介護３	７２５	７１１	６８９
	要介護４	８３８	８２１	７９６
	要介護５	９５０	９３２	９０２
５時間以上６時間未満	要介護１	６１８	５９９	５７９
	要介護２	７３３	７０９	６８７
	要介護３	８４６	８１９	７９３
	要介護４	９８０	９５０	９１９
	要介護５	１，１１２	１，０７７	１，０４３
６時間以上７時間未満	要介護１	７１０	６９４	６７０
	要介護２	８４４	８２４	７９７
	要介護３	９７４	９５３	９１９
	要介護４	１，１２９	１，１０２	１，０６６
	要介護５	１，２８１	１，２５２	１，２１１
７時間以上８時間未満	要介護１	７５７	７３４	７０８
	要介護２	８９７	８６８	８４１
	要介護３	１，０３９	１，００６	９７３
	要介護４	１，２０６	１，１６６	１，１２９
	要介護５	１，３６９	１，３２５	１，２８２

感染症又は災害（厚生労働大臣が認めるものに限る。）の発生を理由とする利用者数の減少が生じた場合の加算や事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例による評価について

① 当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも 100 分の５以上減少している場合に、都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、指定通所リハ

ビリテーションを行った場合には、利用者数が減少した月の翌々月から３月以内に限り、１回につき所定単位数の 100 分の３に相当する単位数を所定単位数に加算する。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると認められる場合は、当該加算の期間が終了した月の翌月から３月以内に限り、引き続き加算することができる。

② 当該月の利用延人員数がより小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数と同等となった場合には、都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、指定通所リハビリテーションを行った場合には、利用延人員数が減少した月の翌々月からより小さい事業所規模の報酬区分を適用する。

当該特例の適用期間内に、月の利用延人員数が、当該より小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数まで戻った場合は、当該月の翌月をもって当該特例の適用は終了とする。

※①の算定要件及び②の適用要件のいずれにも該当する事業所においては、②を適用すること。

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

通所介護等の区分支給限度基準額に係る取扱いについて

通所リハビリテーションの大規模型事業所を利用する利用者の給付額管理については、通常規模型の利用者との公平性の観点から、通常規模型の大規模型Ⅰ又はⅡを算定する場合は、支給限度基準額の際、通常規模型の単位数を用いる。

※詳細については、**介護保険事務処理システム変更に係る参考資料（確定版）（令和３年３月３１日/令和３年４月２７日事務連絡）資料４（ＷＡＭネット掲載）」**を参照のこと。

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

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。

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、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

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、

(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、

- 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年以上の介護職員であること。

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から、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っては、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っては、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。

> 《実地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。

③　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**

④　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。

⑤　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（Ⅰ）	900 人以内
大規模型通所リハビリテーション費（Ⅱ）	900 人超

ア　事業所規模による区分については、前年度（毎年４月１日に始まり翌年３月３１日をもって終わる年度とする。）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。

《実地指導における不適正事例》
・事業所規模の区分等調査票を作成していない。

⑥　理学療法士等体制強化加算　　３０単位／日

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できる。

なお、ここでの「配置基準を超えて」の趣旨は、「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」の意味である。【H21.3.23　介護保険最新情報 Vol.69　QA57】

※　１時間以上２時間未満の通所リハビリテーションにおける理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士を専従かつ常勤で２名以上配置している事業所の加算

※　ここでの「専従」とは？

当該通所リハ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。

⑦　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／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できる。

※　具体的な地域は、資料の１１６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。

⑧　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、介護支援専門員その他の職種の者（以下この号において「医師等」という。）が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。当該訪問において、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又はその家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にあると認められる場合は、訪問した医師等が、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。

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

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

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的援助のことであり、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)及び(2)は、(ｱ)入浴介助加算（Ⅰ）(1)及び(2)を準用する。

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

ａ　医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士、介護支援専門員等（利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員を含む。）が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価する。その際、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが可能であると判断した場合、指定通所リハビリテーション事業所に対しその旨情報共有する。また、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が指定通所リハビリテーション事業所の従業者以外の者である場合は、書面等を活用し、十分な情報共有を行うよう留意すること。

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

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

ｃ　ｂの入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行う。なお、この場合の「個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境」とは、手すりなど入浴に要する福祉用具等を活用し利用者の居宅の浴室の環境を個別に模したものとして差し支えない。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。

※　（Ⅰ）（Ⅱ）共に入浴の事実を確認することができるよう、入浴介助の記録をとること。

《実地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。

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。（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

リハビリテーションマネジメント加算（A）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（A）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（B）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）８３０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）５１０単位

リハビリテーションマネジメント加算（B）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）８６３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）５４３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(A)イ　次のいずれにも適合すること。

(1)　指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。

(2)　(1)おける指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚

士が、当該指示の内容が(1)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること

(3)　リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。

(4)　通所リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告すること。

(5) 開始月（当該計画の同意を得た日の属する月）から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していること。

(6)　事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。

(7) 次のいずれかに適合すること

・　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。

(8) (1)から(7)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(A)ロ**　次のいずれにも適合すること。

(1)　(ｱ)(1)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

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

(1)　(ｱ)(1)から(3)まで及び(5)から(7)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

(2)　通所リハビリテーション計画について、当該指定通所リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。

(3)　(1)及び(2)に掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。

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

(1)　(ｳ)(1)から(3)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

(2)　利用者ごとに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出に当たって、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マネジメント加算は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として実施されるものであり、リハビリテーションの質の向上を図るため、利用者の状態や生活環境等を踏まえた多職種協働による通所リハビリテーション計画の作成、当該計画に基づく適切なリハビリテーションの提供、当該提供内容の評価とその結果を踏まえた当該計画の見直し等といったＳ

ＰＤＣＡサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものである。

(ｲ) 「リハビリテーションの質の管理」とは、生活機能の維持又は向上を目指すに当たって、心身機能、個人として行うＡＤＬやＩＡＤＬといった活動をするための機能、家庭での役割を担うことや、地域の行事等に関与すること等といった参加をするための機能について、バランスよくアプローチするリハビリテーションが提供できているか管理することをいう。

(ｳ) 本加算は、ＳＰＤＣＡサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものであることから、当該ＳＰＤＣＡサイクルの中で通所リハビリテーション計画を、新規に作成し直すことは想定しておらず、利用者の状態に応じて適切に当該計画の見直しが行われるものである。

したがって、「同意」とは、本加算を取得するに当たって初めて通所リハビリテーション計画を作成して得られた同意をいい、当該計画の見直しの同意とは異なることに留意すること。

(ｴ) ア単位数に規定するリハビリテーションマネジメント加算(A)イ（i）、リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ（i）、リハビリテーションマネジメント加算(B)イ（i）又はリハビリテーションマネジメント加算(B)ロ（i）を取得後は、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ（ⅱ）、リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ（ⅱ）、リハビリテーションマネジメント加算(B)イ（ⅱ）又はリハビリテーションマネジメント加算(B)ロ（ⅱ）を算定するものであることに留意すること。

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

(ｵ) 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３年３月 16 日老老発 0316 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。

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、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種であること。リハビリテーション会議には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が望ましい。

・　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。

《実地指導における不適正事例》
リハビリテーションマネジメント加算
・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。

⑩　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、作業療法士又は言語聴覚士が、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　算定要件

(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。

⑪　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、作業療法士又は言語聴覚士がその退院（所）日又は通所開始日から起算して３月以内の期間に集中的なリハビリテーションを行った場合に加算する。（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

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

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(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロのいずれかを算定していること。

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、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。

(ｳ)　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、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、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。

(ｴ)　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。

(ｵ)　加算Ⅱにおける、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。

(ｶ)　対象となる利用者は、ＭＭＳＥ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。

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

(ｸ)　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。

(ｹ)　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の実施による加算を算定している場合は、算定できない。

⑫　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書を作成し、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及び実施結果を報告すること

(ｴ)　リハビリテーションマネジメント加算(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロのいずれかを算定していること。

(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書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)　リハビリテーション実施計画書の作成や、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書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。

⑬　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ている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。

⑭　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ている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) 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している指定通所リハビリテーション事業所であること。（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（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。

⑮　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

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 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)　栄養改善サービスの開始からおおむね３月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者に対しては、引き続き算定することが可能。
(ｵ)　その他手順等

「リハビリテーション・個機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和３年３月 16 日老認発 0316 第３号、老老発 0316 第２号）を参照のこと。

《実地指導における不適正事例》
・算定開始前に利用者の状態を適切に把握しておらず、対象外の利用者にも算定している。
・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ヶ月ごとの栄養状態の評価が行われていない。

⑯　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。

(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又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。

② 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。

(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もの。

(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であること。

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。

(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、大臣基準第 19 号の２ロに規定する場合にあっては、口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの一方のみを行い、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）を算定することができる。

(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。

⑰　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）　　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

・　「地域支援事業の実施について」〔平 18.6.9 老発第 0609001 号〕に規定する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）　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)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

2)　利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

エ　留意事項

(ｱ)　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。

(ｲ)　歯科医療を受診している場合であって、下記に該当する場合は、当該加算の算定は不可。

・　医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合。

・　医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合。

(ｳ)　口腔機能改善管理指導計画

・　利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握すること。

・　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、歯科衛生士又は看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成すること。

・　作成した口腔機能改善管理指導計画は、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。

・　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。

(ｴ)　定期的な口腔機能の状態の評価

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。

(ｵ)　記録

指定居宅サービス基準第 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。

(ｶ)　おおむね三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利用者に対しては、引き続き算定することが可能。

・　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、口腔機能が著しく低下するおそれのある者

(ｷ)　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。

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

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

《実地指導における不適正事例》

・算定開始前に利用者の状態を適切に把握しておらず、対象外の利用者にも算定している。

・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。

⑱　重度療養管理加算　１００単位／日

ア　対象者

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５である者に限る）。

イ　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）

- 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
- 中心静脈注射を実施している状態
- 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
- 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
- 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
- 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- 褥瘡に対する治療を実施している状態
- 気管切開が行われている状態

ウ　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っては、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号への「膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和２５年厚生省令第１５号）別表第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。

⑲ 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り、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っては、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ケアを計画的に実施するプログラムを作成することとする。

《実地指導における不適正事例》

・人員基準に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で１以上確保しているか毎月計算されていない。

・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。

⑳ 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) ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、事業所の特性やサービス提供の在り方について検証を行う（Check）。

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）。

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。

㉑　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。

㉒　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、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。

※　送迎の記録（送迎者、送迎時刻・手段等）を整備すること。

㉓　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、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型通所介護、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又は介護予防小規模多機能型居宅介護事業所へ移行する際に、「リハビテーション・個機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和３年３月 16 日老認発 0316 第３号、老老発 0316 第２号）の別紙様式２－２－１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、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型通所介護、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又は介護予防小規模多機能型居宅介護の事業所へ提供すること。なお、通所介護事業所等の事業所への情報提供に際しては、リハビリテーション計画書の全ての情報ではなく、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提

示について」に示す別紙様式２－２―１及び２－２－２の本人の希望、家族の希望、健康状態・経過、リハビリテーションの目標、リハビリテーションサービス等の情報を抜粋し、提供することで差し支えない。

㉔　サービス提供体制強化加算について

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。いずれも利用定員超過、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）

当該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)　当該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すること。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。

《実地指導における不適正事例》

・職員の割合が確認できる資料が作成されていない。

㉕　介護職員処遇改善加算

共通サービス資料参照

㉖　介護職員等特定処遇改善加算

共通サービス資料参照

㉗　介護職員等ベースアップ等支援加算（令和４年１０月１日新設）

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。

(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、

- 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年以上の介護職員であること。

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　人員欠如・定員超過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。

例えば、当該定員超過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、その趣旨は介護予防通所サービスを一体的に提供し、それぞれの定員を定めていないと想定されるためであり、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。人員基準未満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事情がある場合はこの限りではなく、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、「医料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』（平成 30 年 3 月 30 日付保医発第 2 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ます。

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おいては、事業所の屋外でサービスを提供することができる。

(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、レクレーション・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７介護予防通所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）事業の基本方針

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おこなうものとする。

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　　２，０５３単位／月　　要支援２　　３，９９９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　月途中で要支援度が変更となった場合。

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)　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。

(ｴ)　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。

(ｵ)　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。

(ｶ)　指定介護予防通所リハビリテーション事業所（指定介護予防サービス等基準第 117 条第１項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。以下この号及び第 110 号において同じ。）の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、介護支援専門員を通じて、法第 115 条の 45 第１項第１号イに規定する第一号訪問事業その他指定介護予防サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達する。

②　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。

③　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⑫イ算定要件（エ）を除く）

（事業所評価加算との併算定不可。）

・開始月から起算して６月以内の期間　　**５６２単位／月**

④　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。

⑤　長期利用者に係る減算

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

ア　単位数

要支援１　　２０単位／月

要支援２　　４０単位／月

イ　留意事項

入院による中断があり、医師の指示内容に変更がある場合は、新たに利用が開始されたものとする。また、本取扱いについては、令和３年４月から起算して 12 月を超える場合から適用されるものであること。

⑥　運動器機能向上加算　　２２５単位／月

ア　算定要件

介護予防通所リハビリテーションにおいて運動器機能向上サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならず自立した日常生活を営むことができるよう支援することが目的であることに留意しつつ行うこと。

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て、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（「運動器機能向上サービス」）を行った場合は、１月につき所定単位数を加算する。

(ｱ)　理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を１名以上配置していること。

(ｲ)　利用者の運動器の機能を利用回支持に把握し、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。

(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。

(ｴ)　利用者ごとの運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価していること。

(ｵ)　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)　**理学療法士等**を１名以上配置していること。

(ｲ)　利用者ごとに医師又は看護職員等の医療従事者による運動器機能向上サービスの実施に当たってのリスク評価、体力測定等を実施し、サービスの提供に際して考慮すべきリスク、利用者のニーズ及び運動器の機能の状況を利用開始時に把握すること。

(ｳ)　理学療法士等が、利用者ごとのニーズを実現するためのおおむね３月程度で達成可能な目標（以下「長期目標」という。）及び長期目標を達成するためのおおむね１月程度で達成可能な目標（以下「短期目標」という。）を設定すること。長期目標及び短期目標については、介護予防サービス計画と整合が図れたものとすること。

(ｴ)　長期目標及び短期目標を踏まえ、医師、理学療法士等、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとに、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、１回当たりの実施時間、実施形態等を記載した運動器機能向上計画を作成すること。その際、実施期間については、運動の種類によって異なるものの、おおむね３月間程度とすること。

また、作成した運動器機能向上計画については、運動器機能向上サービスの提供による効果、リスク、緊急時の対応等と併せて、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介護予防通所リハビリテーション計画書の中にそれぞれ記載する場合は、その記載をもって運動器機能向上計画の作成に代えることができるものとする。

(ｵ) 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。

(ｶ) 利用者の短期目標に応じて、おおむね１月間ごとに、利用者の当該短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、必要に応じて、運動器機能向上計画の修正を行うこと。

また、計画に定める実施期間終了後に、利用者ごとに長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について、事後アセスメントを実施し、その結果を当該利用者に係る介護予防支援事業者に報告すること。報告も踏まえた介護予防ケアマネジメントの結果、運動器機能向上サービスの継続が必要であるとの判断がなされる場合については、継続的に運動器機能向上サービスを提供する。

※ サービスの提供の記録において利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等若しくは看護職員が利用者の運動器の機能を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に運動器機能向上加算のために利用者の運動器の機能を定期的に記録する必要はないものとする。

(ｷ) 別に厚生労働大臣の定める基準に適合している指定介護予防通所リハビリテーション事業所であること。（定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。）

《実地指導における不適正事例》

- **利用開始時に体力測定等を実施しておらず，体験利用等での測定結果を基に計画を作成している。**
- **運動器機能向上計画について多職種共同で作成したことが確認できない。**
- **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っていない。**

⑦ 栄養アセスメント加算　　５０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選択的サービス複数実施加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間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) 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) 別に厚生労働大臣の定める基準に適合している指定介護予防通所リハビリテーション事業所であること。（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（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。

⑧　栄養改善加算　　２００単位／月

算定要件

通所リハビリテーションと同様。

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。

⑨　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

通所リハビリテーションと同様。ただし、
（⑯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又は当該利用者が栄養改善加算若しくは選択的サービス複数実施加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。
② 当該利用者が口腔機能向上加算若しくは選択的サービス複数実施加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。

（⑯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又は当該利用者が栄養改善加算若しくは選択的サービス複数実施加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。
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選択的サービス複数実施加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。

（⑯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選択的サービス複数実施加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。
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選択的サービス複数実施加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。

⑩　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

算定要件

通所リハビリテーションと同様。

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。

⑪　選択的サービス複数実施加算　　（Ⅰ）４８０単位／月
（Ⅱ）７００単位／月

基準に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､運動器機能向上サービス､栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合に加算する。

ア　算定要件

選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービス、又は口腔機能向上サービス）のうち、**選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）については、２種類実施した場合に、選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）については、３種類実施した場合に算定（Ⅰ・Ⅱは同時に算定できない）**

利用者が指定介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、選択的サービスを行っていること。

利用者に対し、選択的サービスのうちいずれかのサービスを１月につき２回以上行っていること。

イ　留意事項

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

(ｱ)　実施する各選択的サービスを各々の取扱い（上記⑥・⑧・⑩の手順等）に従い適切に実施していること。

(ｲ)　いずれかの選択的サービスを週一回以上実施すること。

(ｳ)　いずれかの選択的サービスを月二回以上実施すること。

(ｴ)　複数の種類の選択的サービスを組み合わせて実施するに当たって、各選択的サービスを担当する専門の職種が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法等について検討すること。

※ 選択的サービス複数実施加算を算定する場合は、各選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス）の加算の算定は不可（各個別の加算を算定した場合には、本加算は算定不可）。

⑫　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

⑬　事業所評価加算　　１２０単位／月

評価対象期間内に運動器機能向上サービス、栄養改善サービス、口腔機能向上サービスを３か月以上利用し、その後、更新、変更認定を受けた者の数が、一定割合を超える場合、評価対象期間の満了日の属する年度の次年度内に限り算定する。ただし、生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定しない。

算定要件

(ｱ)　定員利用・人員基準に適合しているものとして県知事に届け出て、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス、口腔機能向上サービスを行っていること。

(ｲ)　評価対象期間における利用実人員数が 10 名以上であること。

(ｳ)　評価対象期間において介護予防通所リハビリテーションを利用した実人員のうち、６０％以上に選択的サービスを実施していること。

(ｴ)　評価基準値の算定式

$$\frac{\text{要支援状態区分の維持者数＋改善者数×２}}{\text{評価対象期間内に運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを３月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}} \geqq ０．７$$

評価対象期間とは・・・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（選択的サービスの基準に適合の旨を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）

⑭　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。

⑮　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

⑯　介護職員処遇改善加算

共通サービス資料参照

⑰　介護職員等特定処遇改善加算

共通サービス資料参照

⑱　介護職員等ベースアップ等支援加算（令和４年１０月１日新設）

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
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）

〈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、変更があれば県に届け出ること。

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 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する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＞

【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

介護報酬の通則：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

介護報酬の通則の留意事項通知：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）事業の基本方針

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。

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。

＜実地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
・重要事項を説明し、文書で同意を得ていない
・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、秘密保持
・重要事項説明書の内容が、運営規程と異なる

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。

＜実地指導における不適正事例＞
・サービス担当者会議への欠席等、利用者の心身の状況等を把握していない

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。

＜実地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。

＜実地指導における不適正事例＞
・サービスの提供内容、利用者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　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。

エ　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。

オ　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。

カ　留意事項

(ｱ)　指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、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、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等の指示を行うこと。

(ｲ)　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、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。

(ｳ)　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。

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、利用者ごとに利用者の心身の状態、生活環境を踏まえて作成することとしたものである。利用者の希望、リハビリテーションの目標及び方針、健康状態、リハビリテーションの実施上の留意点、リハビリテーション終了の目安・時期等を記載すること。

※　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こと。

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。

＜実地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及び利用料その他の費用の額
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（令和６年３月３１日までは努力義務）
キ　その他運営に関する重要事項

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、訪問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。

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構ずべき措置等についての指針（令和２年厚生労働省告示第５号。以下「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりであるが、特に留意されたい内容は以下のとおりである。

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

b　相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備
相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。
なお、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置義務については、令和４年３月 31 日までは努力義務とされているが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努められたい。

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（令和６年３月 31 日までは努力義務）

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

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。（令和６年３月３１日までは努力義務）

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、専任の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。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に実施すること。

※　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。掲示する際には、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　訪問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、訪問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。

イ　事業者は、前項に規定する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、重要事項の規定による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重要事項の掲示に代えることができる。

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、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。

＜実地指導における不適正事例＞
・従業者は、その在職中はもちろん退職後においても利用者又はその家族の秘密をもらしてはならないが、これを担保する措置（雇用契約や就業規則への記載、誓約書の徴取、違約金の取り決め等）が十分でない。秘密を漏らさない措置をとること。
・サービス担当者会議等において利用者の個人情報等を用いる場合など、利用者や家族の同意を得ていない。あらかじめ文書により得ておくこと。

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。

＜実地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
・苦情に対する処理経過を記録する様式が、整備されていない
・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

⑯　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よう、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。

⑰　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。

＜実地指導における不適正事例＞
・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と否とにかかわらず、必ず、保険者に対し事故報告を行うこと。

⑱　虐待の防止（令和６年３月３１日までは努力義務）

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に実施すること。

※　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。

⑲　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（診療記録を含む）

(3)　市町村への通知に係る記録

(4)　苦情の内容等の記録

(5)　事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

（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に算定する。

ア　単位数

３０７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、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けていた患者が、介護保険の訪問リハビリテーションへ移行する際に、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和３年３月16日老認発0316第３号、老老発0316第２号）の別紙様式２－２－１をもって、保険医療機関から当該事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式２－２－１に記載された内容について確認し、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、次回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。

(ｻ) 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。

ウ　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

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

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、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＞

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　同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物の定義

「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、同一の敷地内若しく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。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こと。

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

②　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１１４ページを参照するとともに、地元市町村に確認すること。

③　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１１４ページを参照するとともに、地元市町村に確認すること。

④　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１１６ページを参照するとともに、地元市町村に確認すること。

※　「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。

⑤　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 分以上の個別リハが必要。

⑥　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。(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

リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	**１８０単位**
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	**２１３単位**
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	**４５０単位**
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	**４８３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(A)イ　次のいずれにも適合すること。

(1)　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、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか１以上の指示を行うこと。

(2)　(1)における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が(1)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。

(3)　リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。

(4)　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理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師に報告すること。

(5)　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。

(6)　理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。

(7)　次のいずれかに適合すること

・　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。

(8)　(1)から(7)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(A)ロ　次のいずれにも適合していること。

(1)　(ｱ)(1)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

(1)　(ｱ)(1)から(3)まで及び(5)から(7)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

(2)　訪問リハビリテーション計画について、当該訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者またはその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。

(3)　(1)及び(2)に掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。

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

(1)　(ｳ)(1)から(3)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

(2)　利用者ごとの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。

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３年３月 16 日老老発 0316 第４号）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。

ウ　留意事項

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

(ｲ)　「リハビリテーションの質の管理」とは、生活機能の維持又は向上を目指すに当たって、心身機能、個人として行うＡＤＬやＩＡＤＬといった活動をするための機能、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等といった参加をするための機能について、バランスよくアプローチするリハビリテーションが提供できているかを管理すること。

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、その他の職種の者であること。リハビリテーション会議には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が望ましい。

・　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。

⑦　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。

⑧　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

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。

※　(ｱ) の規定に関わらず、令和３年４月１日から令和６年３月３１日までの間に、(ｱ) (1)及び（3）に適合する場合には、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⑧を算定できるものとする。

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。

「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、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」の別紙様式２－２－１のうち、本人の希望、家族の希望、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、当該訪問リハビリテーション事業所の医師が十分に記載できる情報の提供を受けていることをいう。

＜実地指導における不適正事例＞
・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かの確認方法が不明確であった。

⑨　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できる。

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、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、小規模多機能型通所介護、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又は介護予防小規模多機能型居宅介護事業所へ移行する際に、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」の別紙様式２－２－１及び２－２－２のリハビリテーション計画書等の情報を利用者の同意の上で通所介護、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、小規模多機能型通所介護、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又は介護予防小規模多機能型居宅介護の事業所へ提供すること。なお、通所介護事業所等の事業所への情報提供に際しては、リハビリテーション計画書の全ての情報ではなく、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」に示す別紙様式２－２－１及び２－２－２の本人の希望、家族の希望、健康状態・経過、リハビリテーションの目標、リハビリテーションサービス等の情報を抜粋し、提供することで差し支えない。

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）にあっては勤続年数が７年以上の者が１名以上、サービス提供体制強化加算（Ⅱ）にあっては勤続年数が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）事業の基本方針

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。

① 人員に関する基準

訪問リハビリテーションと同様。

② 設備に関する基準

訪問リハビリテーションと同様。

（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、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　　３０７単位／回

訪問リハビリテーションと同様。

②　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

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、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＞

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＞

③　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。

④　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、１１４ページを参照するとともに、地元市町村に確認すること。

⑤　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。

⑥　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

⑦　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。

⑧　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。

⑨　長期利用者に係る減算　　１回につき５単位を減算

利用者に対して、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場合は、１回につき５単位を所定単位数から減算する。

ア　留意事項

入院による中断があり、医師の指示内容に変更がある場合は、新たに利用が開始されたものとする。また、本取扱いについては、令和３年４月から起算して12月を超える場合から適用される。

⑩　事業所評価加算　　１２０単位／月

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、評価対象期間(※)の満了日の属する年度の次の年度内に限り１月につき加算する。

※評価対象期間

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

ア　算定要件

(ｱ)　評価対象期間における介護予防訪問リハビリテーション事業所の利用実人員数が１０名以上であること。

(ｲ)　評価基準値の算定式

$$\frac{\text{要支援状態区分の維持者数＋改善者数×２}}{\text{評価対象期間内に介護予防訪問リハビリテーション費を３月以上算定し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}} \geqq ０．７$$

(ｳ) (2) の規定により算定した数を (1) に規定する数で除して得た数が０．７以上であること。

(1)　評価対象期間において介護予防訪問リハビリテーション費を３月以上算定し、その後に更新認定又は要支援状態区分の変更の認定を受けた者の数

(2)　評価対象期間に行われる要支援更新認定等において、当該要支援更新認定等の前の要支援状態区分と比較して、要支援状態区分に変更がなかった者（指定介護予防支援事業者が介護予防サービス計画に定める目標に照らし、当該指定介護予防サービス事業者によるサービスの提供が終了したと認めるものに限る）の数に、要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援２の者であって、要支援更新認定等により要支援１と判定されたもの又は要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援１の者であって、要支援更新認定等により非該当と判定されたものの人数及び要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援２の者であって、要支援更新認定等により非該当と判定されたものの人数の合計数に２を乗じて得た数を加えたもの

⑪　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。

介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
1	全サービス共通	人員配置基準における両立支援	人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非 常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認めるとあるが、「 同等の資質を有する 」かについてどのように判断するのか。	・介護現場において、仕事と育児や介護との両立が可能となる環境整備を進め、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、以下の取扱いを認める。 ＜常勤の計算＞ ・育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度を利用する場合に加え、同法による介護の短時間勤務制度や、男女雇用機会均等法による母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合についても、30 時間以上の勤務で、常勤扱いとする。 ＜常勤換算の計算＞ ・職員が、育児・介護休業法による短時間勤務制度や母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算上も1と扱う。 ※平成 27年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（平成 27 年４月１日）問２は削除する。 ＜同等の資質を有する者の特例＞ ・「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業 、育児休業に準ずる休業 、母性健康管理措置としての休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認める 。 ・なお、「同等の資質を有する」とは、当該休業を取得した職員の配置により満たしていた、勤続年数や所定の研修の修了など各施設基準や加算の算定要件として定められた資質を満たすことである。	3.3.19 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.1）（令和3年3月19日）」の送付について
2	全サービス共通	虐待防止委員会の開催や研修	居宅療養管理指導や居宅介護支援などの小規模な事業者では、実質的に従業者が1名だけということがあり得る。このような事業所でも虐待防止委員会の開催や研修を定期的にしなければならないのか。	虐待はあってはならないことであり、高齢者の尊厳を守るため、関係機関との連携を密にして、規模の大小に関わりなく虐待防止委員会及び研修を定期的に実施していただきたい。小規模事業所においては他者・他機関によるチェック機能が得られにくい環境にあることが考えられることから、積極的に外部機関等を活用されたい。 例えば、小規模事業所における虐待防止委員会の開催にあたっては、法人内の複数事業所による合同開催、感染症対策委員会等他委員会との合同開催、関係機関等の協力を得て開催することが考えられる。 研修の定期的実施にあたっては、虐待防止委員会同様法人内の複数事業所や他委員会との合同開催、都道府県や市町村等が実施する研修会への参加、複数の小規模事業所による外部講師を活用した合同開催等が考えられる。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
3	全サービス共通	サービス提供体制強化加算	「 10 年以上介護福祉士が 30 %」という最上位区分の要件について、勤続年数はどのように計算するのか。	・サービス提供体制強化加算における、勤続 10 年以上の介護福祉士の割合に係る要件については、 ー介護福祉士の資格を有する者であって、同一法人等での勤続年数が １０ 年以上の者の割合を要件としたものであり、ー介護福祉士の資格を取得してから １０ 年以上経過していることを求めるものではないこと。 ・「同一法人等での勤続年数」の考え方について、 ー同一法人等（※ （※）における 異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる雇用形態、職種（直接処遇を行う職種に限る。）における勤続年数 ー事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であって、当該施設・事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合の勤続年数は通算することができる。 （※）同一法人のほか、法人の代表者等が同一で、採用や人事異動、研修が一体として行われる等、職員の労務管理を複数法人で一体的に行っている場合も含まれる。 ・ なお、介護職員等特定処遇改善加算において、当該事業所における経験・技能のある介護職員の「勤続年数 10 年の考え方」とは異なることに留意すること。 ※平成２１ 年４月改定関係 Ｑ＆Ａ Ｖ oi. １ ））（平成 21 年３月 23 日）問５は削除する。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について

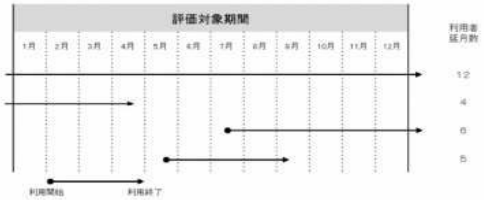
介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
4	全サービス共通	運営規程について	令和3年度改定において、運営基準等で経過措置期間を定め、介護サービス事業所等に義務づけられたものがあるが、これらについて運営規程においてはどのように扱うのか。	・介護保険法施行規則に基づき運営規程については、変更がある場合は都道府県知事又は市町村長に届け出ることとされているが、今般介護サービス事業所等に対し義務づけられたもののうち、経過措置が定められているものについては、当該期間においては、都道府県知事等に届け出ることまで求めるものではないこと。 ・一方、これらの取組については、経過措置期間であってもより早期に取組を行うことが望ましいものであることに留意すること。	3.4.21 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.7）（令和3年4月21日）」の送付について
5	全サービス共通	令和3年9月30 日までの上乗せ分について	令和3年9月30 日までの上乗せ分については、どのように算定するのか。	令和3年9月30 日までの間は、各サービスの月の基本報酬に、0.1%上乗せすることとしているが、請求に当たっては、上乗せ分のコードをあわせて入力することが必要であり、行われない場合返戻となることから、「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について（確定版）」（令和３年3月31 日付厚生労働省老健局介護保険計画課ほか連名事務連絡）「Ⅲ－資料3_介護給付費明細書及び給付管理票記載例」の記載方法を参考に対応されたい。	3.4.21 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.7）（令和3年4月21日）」の送付について
6	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	リハビリテーションマネジメント加算	リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の算定要件について、「リハビリテーション計画について、利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること」とあるが、当該説明等は利用者又は家族に対して、電話等による説明でもよいのか。	・利用者又はその家族に対しては、原則面接により直接説明することが望ましいが、遠方に住む等のやむを得ない理由で直接説明できない場合は、電話等による説明でもよい。 ・ただし、利用者に対する同意については、書面等で直接行うこと。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）（平成27 年4月1日）問84 の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
7	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	リハビリテーションマネジメント加算	リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の算定要件について、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問し、その他指定居宅サービス従業者あるいは利用者の家族に対し指導や助言することとなっているが、その訪問頻度はどの程度か。	訪問頻度については、利用者の状態等に応じて、通所リハビリテーション計画に基づき適時適切に実施すること。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）（平成27 年4月1日）問85の修正	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
8	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	リハビリテーションマネジメント加算	リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)における理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による居宅への訪問時間は人員基準の算定外となるのか。	訪問時間は、通所リハビリテーション、病院、診療所及び介護老人保健施設、介護医療院の人員基準の算定に含めない。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）（平成27 年4月1日）問86 の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
9	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	リハビリテーションマネジメント加算	一事業所が、利用者によってリハビリテーションマネジメント加算(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロを取得するということは可能か。	利用者の状態に応じて、一事業所の利用者ごとにリハビリテーションマネジメント加算(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロを取得することは可能である。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）（平成27 年4月1日）問87 の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
10	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	リハビリテーションマネジメント加算	サービス提供を実施する事業者が異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用者がおり、それぞれの事業所がリハビリテーションマネジメント加算(A)又は(B)を取得している場合、リハビリテーション会議を通じてリハビリテーション計画を作成する必要があるが、当該リハビリテーション会議を合同で開催することは可能か。	居宅サービス計画に事業者の異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用が位置づけられている場合であって、それぞれの事業者が主体となって、リハビリテーションに関する専門的な地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、リハビリテーション計画を作成等するのであれば、リハビリテーション会議を合同で会議を実施しても差し支えない ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.2）（平成27 年4月30 日）問7の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
11	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	リハビリテーションマネジメント加算	リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」に示されたリハビリテーション計画書の様式について、所定の様式を活用しないとリハビリテーションマネジメント加算や移行支援加算等を算定することができないのか。	様式は標準例をお示ししたものであり、同様の項目が記載されたものであれば、各事業所で活用されているもので差し支えない。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.2）（平成27 年4月30 日）問8の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について

介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
12	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	リハビリテーションマネジメント加算	リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の算定要件にあるリハビリテーション会議の開催頻度を満たすことができなかった場合、当該加算は取得できないのか。	・リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の取得に当たっては、算定要件となっているリハビリテーション会議の開催回数を満たす必要がある。 ・なお、リハビリテーション会議は開催したものの、構成員のうち欠席者がいた場合には、当該会議終了後、速やかに欠席者と情報共有すること。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（平成27 年4月30 日）問10 の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
13	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	リハビリテーションマネジメント加算	リハビリテーションマネジメント加算(B)の算定要件にある「医師が利用者またはその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること」について、当該医師はリハビリテーション計画を作成した医師か、計画的な医学的管理を行っている医師のどちらなのか。	リハビリテーション計画を作成した医師である。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（平成27 年4月30 日）問11 の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
14	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	リハビリテーションマネジメント加算	リハビリテーションマネジメント加算(A)とリハビリテーションマネジメント加算(B)については、同時に取得することはできないが、月によって加算の算定要件の可否で加算を選択することは可能か	リハビリテーションマネジメント加算(A)とリハビリテーションマネジメント加算(B)については、同時に取得することはできないものの、いずれかの加算を選択し算定することは可能である。ただし、リハビリテーションマネジメント加算については、リハビリテーションの質の向上を図るため、SPDCA サイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行うものであることから、リハビリテーションマネジメント加算(B)が算定できる通所リハビリテーション計画を作成した場合は、継続的にリハビリテーションマネジメント加算(B)を、リハビリテーションマネジメント加算(A)が算定できる通所リハビリテーション計画を作成した場合は、継続的にリハビリテーション マネジメント加算(A)を、それぞれ取得することが望ましい。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（平成27 年4月30 日）問12 の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
15	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	リハビリテーションマネジメント加算	リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)については、当該加算を取得するに当たって、初めて通所リハビリテーション計画を作成して同意を得た日の属する月から取得することとされているが、通所リハビリテーションの提供がない場合でも、当該月に当該計画の説明と同意のみを得れば取得できるのか。	・取得できる。 ・リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)は、「通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月」から取得することとしているため、通所リハビリテーションの提供がなくても、通所リハビリテーションの提供開始月の前月に同意を得た場合は、当該月より取得が可能である。 ・なお、訪問リハビリテーションにおいても同様に取り扱う。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.3）（平成27 年6月1日）問1の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
16	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	リハビリテーションマネジメント加算	同一利用者に対して、複数の事業所が別々に通所リハビリテーションを提供している場合、各々の事業者がリハビリテーションマネジメント加算の算定要件を満たしていれば、リハビリテーションマネジメント加算を各々算定できるか。	・事業所ごとに提供可能なサービスの種類が異なり、単一の事業所で利用者が必要とする理学療法、作業療法、言語聴覚療法のすべてを提供できない場合、複数の事業所で提供することが考えられる。例えば、脳血管疾患発症後であって、失語症を認める利用者に対し、1つの事業所がリハビリテーションを提供することとなったが、この事業所には言語聴覚士が配置されていないため、失語に対するリハビリテーションは別の事業所で提供されるというケースが考えられる。 ・この場合、例えば、リハビリテーションマネジメント加算(A)であれば、リハビリテーション会議を通じて、提供可能なサービスが異なる複数の事業所を利用することを話し合った上で、通所リハビリテーション計画を作成し、その内容について利用者の同意を得る等、必要な算定要件を各々の事業者が満たしていれば、リハビリテーションマネジメント加算(A)の算定は可能である。 ・リハビリテーションマネジメント加算(B)についても同様に取り扱う。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.4）（平成27 年7月31 日）問1の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について

介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
17	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	リハビリテーションマネジメント加算	移行支援加算に係る解釈通知における、「(i)当該事業所における評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計」は、具体的にはどのように算出するか。	・移行支援加算は、利用者のADL・IADLが向上し、社会参加に資する取組に移行する等を指標として、質の高いリハビリテーションを提供する事業所を評価するものである。 ・そのため、「社会参加への移行状況」と「サービスの利用の回転」を勘案することとしている。 ・このうち、「サービスの利用の回転」の算定方法は下記のとおりである。 $\frac{12月}{平均利用月数}$ ≧ 25%(通所リハビリテーションは≧27%) ・この平均利用月数を算出する際に用いる、「(i)当該事業所における評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計」とは、評価対象期間に当該事業所を利用した者の、評価対象期間におけるサービス利用の延月数(評価対象期間の利用者延月数)を合計するものである。なお、評価対象期間以外におけるサービスの利用は含まない。 (評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数のイメージ)  ※ 平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.6)(平成28年3月18日)の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.2)(令和3年3月23日)」の送付について
18	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	リハビリテーションマネジメント加算	リハビリテーションマネジメント加算(B)の算定要件では、医師がリハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族へ説明することとされている。リハビリテーション会議の構成員の参加については、テレビ電話装置等を使用しても差し支えないとされているが、リハビリテーション計画の内容について医師が利用者又はその家族へテレビ電話装置等を介して説明した場合、リハビリテーションマネジメント加算(B)の算定要件を満たすか。	リハビリテーション会議の中でリハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族へ説明する場合に限り満たす。 ※ 平成30年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成30年3月23日)問53の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.2)(令和3年3月23日)」の送付について
19	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	リハビリテーションマネジメント加算	リハビリテーションマネジメント加算におけるリハビリテーション会議の構成員の参加については、テレビ電話装置等を使用しても差し支えないとされているが、テレビ電話装置等の使用について、基本的には音声通話のみであるが、議事のなかで必要になった時に、リハビリテーション会議を実施している場の動画や画像を送る方法は含まれるか。	・含まれない。 ・テレビ電話装置等の使用については、リハビリテーション会議の議事を円滑にする観点から、常時、医師とその他の構成員が動画を共有している必要がある。 ※ 平成30年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成30年3月23日)問54の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.2)(令和3年3月23日)」の送付について

介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
20	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	リハビリテーションマネジメント加算	令和3年3月以前にリハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)を算定している場合、令和3年4月からリハビリテーションマネジメント加算(A)ロ又は(B)ロの算定の開始が可能か。	リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ及び(B)ロについては、令和3年4月以降に、リハビリテーション計画書を見直した上で「科学的介護情報システム（Long-termcare Information system For Evidence）」（「LIFE」）へ情報の提出を行い、リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ又は(B)ロの要件を満たした月から算定が可能である。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
21	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	リハビリテーションマネジメント加算	訪問・通所リハビリテーションの利用開始時点でリハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)（令和3年3月以前ではリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)以上）を算定していない場合において、リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の算定を新たに開始することは可能か。	・初めてリハビリテーション計画を作成した際に、利用者とその家族に対し説明と同意を得ている場合は可能。 ・なお、利用者の同意を得た日の属する月から6月間を超えてリハビリテーションマネジメント加算(A)又は(B)を取得する場合は、原則としてリハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅱ)若しくはロ(Ⅱ)又は(B)イ(Ⅱ)若しくはロ(Ⅱ)を取得することとなる。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
22	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	移行支援加算	移行支援加算について、既に訪問（通所）リハビリテーションと通所介護を併用している利用者が、訪問（通所）リハビリテーションを終了し、通所介護はそのまま継続となった場合、「終了した後通所事業を実施した者」として取り扱うことができるか。	貴見の通りである。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.1）（平成27 年4月1日）問89 の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
23	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	移行支援加算	移行支援加算は事業所の取り組んだ内容を評価する加算であるが、同一事業所において、当該加算を取得する利用者と取得しない利用者がいることは可能か。	同一事業所において、加算を取得する利用者と取得しない利用者がいることはできない。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.1）（平成27 年4月1日）問90 の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
24	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	移行支援加算	利用者が訪問リハビリテーションから通所リハビリテーションへ移行して、通所リハビリテーション利用開始後2月で通所介護に移行した場合、訪問リハビリテーションの移行支援加算の算定要件を満たしたこととなるか。	貴見のとおりである。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.1）（平成27 年4月1日）問92 の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
25	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	移行支援加算	移行支援加算で通所リハビリテーションから通所介護、訪問リハビリテーションから通所リハビリテーション等に移行後、一定期間後元のサービスに戻った場合、再び算定対象とすることができるのか。	移行支援加算については、通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14 日以降44 日以内に通所リハビリテーション従業者が通所リハビリテーション終了者に対して、指定通所介護等を実施していることを確認し、記録していることとしている。なお、3月以上経過した場合で、リハビリテーションが必要であると医師が判断した時は、新規利用者とすることができる。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（平成27 年4月30 日）問13 の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について

介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
26	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	移行支援加算	移行支援加算における就労について、利用者が障害福祉サービスにおける就労移行支援や就労継続支援（A型、B型）の利用に至った場合を含めてよいか。	よい。 ※ 平成30 年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.1）（平成30 年3月23 日）問57 の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
27	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	リハビリテーション計画書	報酬告示又は予防報酬告示の留意事項通知において、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供に当たっては「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16 日老認発0316 第3号、老老発0316 第2号）の別紙様式2－2－1を用いることとされている。別紙様式2－2－1はBarthelIndex が用いられているが、情報提供をする医師と情報提供を受ける医師との間で合意している場合には、FIM（FunctionalIndependence Measure）を用いて評価してもよいか。	・ 医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供に当たっては別紙様式2－2－1を用いる必要があるが、Barthel Index の代替としてFIM を用いる場合に限り変更を認める。 ・ なお、様式の変更に当たっては、本件のように情報提供をする医師と情報提供を受ける医師との間で事前の合意があることが必要である。 ※ 平成30 年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.1）（平成30 年3月23 日）問50 の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
28	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	リハビリテーション計画書	医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供について、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16 日老認発0316第3号、老老発0316 第2号）の別紙様式2－2－1をもって、保険医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式2－2－1に記載された内容について確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、例外として、別紙様式2－2－1をリハビリテーション計画書と見なしてリハビリテーションの算定を開始してもよいとされている。 1）医療保険から介護保険のリハビリテーションへ移行する者が、当該保険医療機関を介護保険のリハビリテーション事業所として利用し続ける場合であっても同様の取扱いをしてよいか。また、その場合、保険医療機関側で当該の者を診療し、様式2－2－1を記載して情報提供を行った医師と、介護保険のリハビリテーション事業所側で情報提供を受ける医師が同一であれば、情報提供を受けたリハビリテーション事業所の医師の診療を省略して差し支えないか。 2）医療保険から介護保険のリハビリテーションへ移行する者が、保険医療機関から情報提供を受ける介護保険のリハビリテーション事業所において、指定訪問リハビリテーションと指定通所リハビリテーションの両方を受ける場合、リハビリテーション会議の開催等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合が取れたものとなっていることが確認できれば、別紙様式2－1による情報提供の内容を訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの共通のリハビリテーション計画とみなして、双方で使用して差し支えないか。	1）よい。また、医師が同一の場合であっては、医師の診療について省略して差し支えない。ただし、その場合には省略した旨を理由とともに記録すること。 2）差し支えない。 ≪参考≫ 居宅基準第81 条第5項、基準解釈通知第3の四の3の(3)⑤から⑦までを参照のこと。 ※ 平成30 年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.1）（平成30 年3月23 日）問51 の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について

介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
29	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	算定の基準について	訪問リハビリテーションの算定の基準に係る留意事項に、「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること」があるが、その他の指定居宅サービスを利用していない場合や福祉用具貸与のみを利用している場合はどのような取扱いとなるのか。	リハビリテーション以外にその他の指定居宅サービスを利用していない場合は、該当する他のサービスが存在しないため情報伝達の必要性は生じない。また、福祉用具貸与のみを利用している場合であっても、本基準を満たす必要がある。通所リハビリテーションにおいても同様に取り扱う。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（平成27 年4月30 日）問9の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
30	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ) について	令和3年3月 に リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ) を算定する場合に 、 令和3年3月末までに VISIT （通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集に係るシステム） への データ提出ができていない場合 、 データ提出はどのように 行えばよいか。	・ 令和3年4月よりVISITはLIFEに移行されたところ、令和3年3月末までにVISITへのデータ提出が出来なかった場合であっても、できる限り早期に（4月10日以降でも可）LIFEにデータ提出を行うことで、令和3年3月における加算の算定は可能であること。 ・ なお、令和3年4月以降、リハビリテーション計画書の様式が変更されているが、3月にリハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)を算定する場合は、旧様式において求める項目のみの提出で差し支えない。	3.4.9 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.5）（令和3年4月9日）」の送付について
31	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	科学的介護推進体制加算、リハビリテーションマネジメント加算 A ロ及び B ロ、栄養アセスメント加算、口腔機能向上加算 について	LIFEに提出すべき情報は「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3年3月 16 日老老発 0316 第4号）の各加算の様式例において示されて いるが、利用者又は入所者の評価 等 に当たっては、当該様式例を必ず用いる必要があるのか。	・「 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3年3月 16 日老老発 0316 第4号） においてお示しをしているとおり、評価等が算定要件において求められるものについては、それぞれの加算で求められる項目（様式で定められた項目）についての評価等が必要である。 ・ただし、同通知はあくまでも LIFEへの提出項目 をお示しした ものであり、 利用者又は入所者の評価等において各加算における 様式 と同一のものを用いることを求めるものではない 。	3.4.9 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.5）（令和3年4月9日）」の送付について
32	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	算定の基準について	シーティングとして、医師の指示の下に理学療法士等が、椅子や車椅子等上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の 選定や調整を行った場合に、介護報酬上におけるリハビリテーションの実施時間に含めることは可能か。	可能。この場合のシーティングとは、椅子や車椅子等上での姿勢保持が困難なため、食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、理学療法士等が、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行うことをいい、単なる離床目的で椅子や車椅子等上での座位をとらせる場合は該当しない。またシーティング技術を活用して車椅子ではなく、椅子やテーブル等の環境を整えることで、「椅子に座る」ことが望ましい。 なお、シーティングの実務については「高齢者の適切なケアとシーティングに関する手引き」を参考とすること。 ＜参考：「高齢者の適切なケアとシーティングに関する手引き」（令和2年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業「車椅子における座位保持等と身体拘束との関係についての調査研究」高齢者の適切なケアとシーティングに係る検討委員会、令和3年3月）＞ 1.1 高齢者ケアにおけるシーティングとは高齢者ケアにおけるシーティングを、「体幹機能や座位保持機能が低下した高齢者が、個々に望む活動や参加を実現し、自立を促すために、椅子や車椅子等に快適に座るための支援であり、その支援を通して、高齢者の尊厳ある自立した生活の保障を目指すもの」と定義します。	3.4.15 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.6）（令和3年4月15日）」の送付について

介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
33	通所リハビリテーション	3%加算及び規模区分の特例（利用延人員数の減少理由）	新型コロナウイルス感染症については、基本報酬への３％加算（以下「３%加算」という。）や事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例（以下「規模区分の特例」という。）の対象となっているが、現に感染症の影響と想定される利用延人員数の減少が一定以上生じている場合にあっては、減少の具体的な理由（例えば、当該事業所の所在する地域に緊急事態宣言が発令されているか、当該事業所が都道府県、保健所を設置する市又は特別区からの休業の要請を受けているか、当該事業所において感染者が発生したか否か等）は問わないのか。	対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせした感染症又は災害については、利用延人員数の減少が生じた具体的な理由は問わず、当該感染症又は災害の影響と想定される利用延人員数の減少が一定以上生じている場合にあっては、3%加算や規模区分の特例を適用することとして差し支えない。	3.3.19 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.1）（令和3年3月19日）」の送付について
34	通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通	移行支援加算について	移行支援加算における評価対象期間において指定訪問リハビリテーションの提供を終了した者には、当該事業所の指定訪問リハビリテーション利用を中断したのちに再開した者も含まれるのか。	・移行支援加算における評価対象期間において指定訪問リハビリテーションの提供を終了した者とは、当該訪問リハビリテーション事業所の利用を終了し、評価対象期間に利用を再開していない者をいう。なお通所リハビリテーションにおいても同様に取り扱う。 ・なお、終了後に3月 以上が経過した場合で、リハビリテーションが必要であると医師が判断し当該事業所の利用を再開した時は、新規利用者とみなすことができる。この場合は評価対象期間に再開した場合でも、終了した者として取り扱う。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
35	介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション	利用開始した月から 12 月を超えた場合の減算	介護予防訪問・通所リハビリテーション及び介護予防訪問看護からの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問について、当該事業所においてサービスを継続しているが、要介護認定の状態から要支援認定へ変更となった場合の取扱如何。	・ 法第 19 条第2項に規定する要支援認定の効力が生じた日が属する月をもって、利用が開始されたものとする。 ・ ただし、要支援の区分が変更された場合（要支援1から要支援2への変更及び要支援2から要支援1への変更）はサービスの利用が継続されているものとみなす。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
36	介護予防訪問リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション	利用開始した月から 12 月を超えた場合の減算	介護予防訪問・通所リハビリテーション及び介護予防訪問看護からの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問について、12 月以上継続した場合の減算起算の開始時点はいつとなるのか。また、12 月の計算方法は如何。	・ 当該サービスを利用開始した日が属する月となる。 ・ 当該事業所のサービスを利用された月を合計したものを利用期間とする。	3.4.15 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.6）（令和3年4月15日）」の送付について
37	通所リハビリテーション	3%加算及び規模区分の特例（新型コロナウイルス感染症による休業要請時の取扱い）	各月の利用延人員数及び前年度の１月当たりの平均利用延人員数は、通所介護、地域密着型通所介護及び（介護予防）認知症対応型通所介護については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年３月１日老企第 36 号）（以下「留意事項通知」という。）第2の7（4）及び（5）を、通所リハビリテーションについては留意事項通知第2 の8（2）及び（8 ）を準用し算定することとなっているが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、都道府県等からの休業の要請を受けた事業所にあっては、休業要請に従って休業した期間を、留意事項通知の「正月等の特別な期間」として取り扱うことはできるか。	・留意事項通知において「一月間（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七分の六を乗じた数によるものとする。」としているのは、「正月等の特別な期間」においては、ほとんど全て の事業所がサービス提供を行っていないものと解されるためであり、この趣旨を鑑みれば、都道府県等からの休業の要請を受け、これに従って休業した期間や、自主的に休業した期間を「正月等の特別な期間」として取り扱うことはできない。 ・なお、通所介護、通所リハビリテーションにあっては、留意事項通知による事業所規模区分の算定にあたっても、同様の取扱いとすることとする。	3.3.19 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.1）（令和3年3月19日）」の送付について

介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
38	通所リハビリテーション	3%加算及び規模区分の特例（加算算定延長の可否）	3%加算については、加算算定終了の前月においてもなお、利用延人員数が5%以上減少している場合は、加算算定の延長を希望する理由を添えて、加算算定延長の届出を行うこととなっているが、どのような理由があげられている場合に加算算定延長を認めることとすればよいのか。都道府県・市町村において、届出を行った通所介護事業所等の運営状況等を鑑み、判断することとして差し支えないのか。	通所介護事業所等から、利用延人員数の減少に対応するための 経営改善に時間を要すること等の理由が提示された場合においては、加算算定の延長を認めることとして差し支えない。	3.3.19 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.1）（令和3年3月19日）」の送付について
39	通所リハビリテーション	3%加算及び規模区分の特例（規模区分の特例の年度内での算定可能回数）	規模区分の特例適用の届出は年度内に1度しか行うことができないのか。例えば、令和3年4月に利用延人員数が減少し、令和3年5月に規模区分の特例適用の届出を行い、令和3年6月から規模区分の特例を適用した場合において、令和3年6月に利用延人員数が回復し、令和3年7月をもって規模区分の特例の適用を終了した事業所があったとすると、当該事業所は令和3年度中に再び利用延人員数が減少した場合でも、再度特例の適用の届出を行うことはできないのか。	通所介護（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）、通所リハビリテーション事業所（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）については、利用延人員数の減少が生じた場合においては、感染症又は災害（規模区分の特例の対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせしたものに限る。）が別事由であるか否かに関わらず、年度内に何度でも規模区分の特例適用の届出及びその適用を行うことが可能である。また、同一のサービス提供月において、3%加算の算定と規模区分の特例の適用の両方を行うことはできないが、同一年度内に3%加算の算定と規模区分の特例の適用の両方を行うことは可能であり、例えば、以下も可能である。（なお、同時に3% 加算の算定要件と規模区分の特例の適用要件のいずれにも該当する場合は、規模区分の特例を適用することとなっていることに留意すること。） ー　年度当初に3%加算算定を行った事業所について、3%加算算定終了後に規模区分の特例適用の届出及びその適用を行うこと。（一度3%加算を算定したため、年度内は3%加算の申請しか行うことができないということはない。） ー　年度当初に規模区分の特例適用を行った事業所について、規模区分の特例適用終了後に3%加算算定の届出及びその算定を行うこと。（一度規模区分の特例を適用したため、年度内は規模区分の特例の適用しか行うことができないということはない。）	3.3.19 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.1）（令和3年3月19日）」の送付について
40	通所リハビリテーション	3%加算及び規模区分の特例（3%加算や規模区分の特例の終期）	3%加算や規模区分の特例の対象となる感染症又は災害については、これが発生した場合、対象となる旨が厚生労働省より事務連絡で示されることとなっているが、対象となった後、同感染症又は災害による3%加算や規模区分の特例が終了する場合も事務連絡により示されるのか。	・新型コロナウイルス感染症による3%加算や規模区分の特例にかかる取扱いは、今後の感染状況等を踏まえ、厚生労働省にて終期を検討することとしており、追って事務連絡によりお示しする。 ・なお、災害等については、これによる影響が継続する期間等は地域によって異なると想定されることから、3%加算や規模区分の特例の終期は、都道府県・市町村にて判断することとして差し支えない。	3.3.19 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.1）（令和3年3月19日）」の送付について
41	通所リハビリテーション	3%加算及び規模区分の特例（届出様式（例）の取扱い）	「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（老認発 0316 第4号・老老発 0316 第3号令和3年3月 16 日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長、老人保健課長連名通知。以下「本体通知」という。）において、各事業所における3%加算算定・規模区分の特例の適用に係る届出様式（例）が示されているが、届出にあたっては必ずこの様式（例）を使用させなければならないのか。都道府県や市町村において独自の様式を作成することは可能か。	・本体通知における届出様式（例）は、今回の取扱いについて分かりやすくお伝えする観点や事務手続きの簡素化を図る観点からお示ししたものであり、都道府県・市町村におかれては、できる限り届出様式（例）を活用されたい。 ・なお、例えば、届出様式（例）に加えて通所介護事業所等からなされた届出が適正なものであるか等を判断するために必要な書類等を求めることは差し支えない。	3.3.19 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.1）（令和3年3月19日）」の送付について

介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
42	通所リハビリテーション	3%加算及び規模区分の特例（届出がなされなかった場合の取扱い）	3%加算算定・規模区分の特例の適用に係る届出は、利用延人員数の減少が生じた月の翌月 15 日までに届出を行うこととされているが、同日までに届出がなされなった場合、加算算定や特例の適用を行うことはできないのか	・貴見のとおり。他の加算と 同様、算定要件を満たした月（利用延人員数の減少が生じた月）の翌月 15 日までに届出を行わなければ、3%加算の算定や規模区分の特例の適用はできない。なお、例えば令和3年4月の利用延人員数の減少に係る届出を行わなかった場合、令和3年6月にこの減少に係る評価を受けることはできないが、令和3年5月以降に利用延人員数の減少が生じた場合は、減少が生じた月の翌月 15 日までに届出を行うことにより、令和3年7月以降において、加算の算定や規模区分の特例の適用を行うことができる。 ・なお、令和3年2月の利用延人員数の減少に係る届 出にあっては、令和3年4月1日までに行わせることを想定しているが、この届出については、新型コロナウイルス感染症による利用延人員数の減少に対応するものであることから、都道府県・市町村におかれてはこの趣旨を鑑み、届出の締切について柔軟に対応するようお願いしたい。	3.3.19 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.1）（令和3年3月19日）」の送付について
43	通所リハビリテーション	3%加算及び規模区分の特例（いわゆる第 12 報を適用した場合の利用延人員数の算定）	「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（第 12 報）」（令和2年6月1日付厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室ほか事務連絡）（以下「第 12 報」という。）による特例を適用した場合、1月当たりの平均利用延人員数を算定するにあたっては、第 12 報における取扱いの適用後の報酬区分ではなく、実際に提供したサービス時間の報酬区分に基づき行うのか。	「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（第 13 報）」（令和2年6 月 15 日付厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室ほか事務連絡）問4でお示ししているとおりであり、貴見のとおり。	3.3.19 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.1）（令和3年3月19日）」の送付について
44	通所リハビリテーション	3%加算及び規模区分の特例（他事業所の利用者を臨時的に受け入れた場合の利用延人員数の算定）	新型コロナウイルス感染症の影響による他の事業所の休業やサービス縮小等に伴って、当該事業所の利用者を臨時的に受け入れた結果、利用者数が増加した事業所もある。このような事業所にあっては、各月の利用延人員数及び前年度1月当たりの平均利用延人員数の算定にあたり、やむを得ない理由により受け入れた利用者について、その利用者を明確に区分した上で、平均利用延人員数に含まないこととしても差し支えないか。	・差し支えない。本体通知においてお示ししているとおり、各月の利用延人員数及び前年度の1月当たりの平均利用延人員数の算定にあたっては、通所介護、地域密着型通所介護及び（介護予防）認知症対応型通所介護については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導 及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年3月1日老企第 36 号）（以下「留意事項通知」という。）第2の7（5）を、通所リハビ リテーションについては留意事項通知第2の8（2）を準用することとしており、同項中の「災害その他やむを得ない理由」には新型コロナウイルス感染症の影響も含まれるものである。なお、新型コロナウイルス感染症の影響により休業やサービス縮小等を行った事業所の利用者を臨時的に受け入れた後、当該事 業所の休業やサー ビス縮小等が終了してもなお受け入れを行った利用者が3%加算の算定や規模区分の特例を行う事業所を利用し続けている場合、当該利用者については、平均利用延人員数に含めることとする。 ・また、通所介護、通所リハビリテーションにあっては、留意事項通知による事業所規模区分の算定にあたっても、同様の取扱いとすることとする。	3.3.19 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.1）（令和3年3月19日）」の送付について
45	通所リハビリテーション	3%加算及び規模区分の特例（利用者又はその家族への説明・同意の取得）	3% 加算や規模区分の特例を適用するにあたり、通所介護事業所等において利用者又はその家族への説明や同意の取得を行う必要はあるか。また、利用者又はその家族への説明や同意の取得が必要な場合、利用者又はその家族への説明を行ったことや、利用者又はその家族から同意を受けたことを記録する必要はあるか。	3%加算や規模区分の特例を適用するにあたっては、通所介護事業所等が利用者又はその家族への説明や同意の取得を行う必要はない。なお、介護支援専門員が居宅サービス計画の原案の内容（サービス内容、サービス単位／金額等）を利用者又はその家族に説明し同意を得ることは必要である。	3.3.19 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.1）（令和3年3月19日）」の送付について
46	通所リハビリテーション	3%加算及び規模区分の特例（適用対象者の考え方）	3%加算や規模区分の特例を適用する場合は、通所介護事業所等を利用する全ての利用者に対し適用する必要があるのか。	3%加算や規模区分の特例は、感染症や災害の発生を理由として利用延人員数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から設けられたものであり、この趣旨を鑑みれば、当該通所介護事業所等を利用する全ての利用者に対し適用することが適当である。	3.3.19 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.1）（令和3年3月19日）」の送付について

介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
47	通所リハビリテーション	人員の配置	医師の勤務時間の取扱いについて、併設の通所リハビリテーション事業所等のリハビリテーション会議に参加している時間や、リハビリテーションマネジメント加算(A)又は(B)を取得している場合であって、医師が通所リハビリテーション計画等について本人又は家族に対する説明等に要する時間については、病院、診療所及び介護老人保健施設、介護医療院の医師の人員基準の算定外となるのか。	人員基準の算定に含めることとする。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.1）（平成27 年4月1日）問94 の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
48	通所リハビリテーション	リハビリテーション会議	通所リハビリテーションの提供時間中にリハビリテーション会議を開催する場合、当該会議に要する時間は人員基準の算定に含めてよいか。また、リハビリテーション会議を事業所以外の場所で開催する場合も人員基準の算定に含めてよいか。	・通所リハビリテーションの提供時間中に事業所内でリハビリテーション会議を開催する場合は、人員基準の算定に含めることができる。 ・リハビリテーション会議の実施場所が事業所外の場合は、人員基準の算定に含めない。 ・リハビリテーション提供体制加算に定める理学療法士等の配置についても同様に扱う。 ・また、利用者のサービス提供時間中にリハビリテーション会議を実施して差し支えない。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.1）（平成27 年4月1日）問97 の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
49	通所リハビリテーション	生活行為向上リハビリテーション実施加算	短期集中個別リハビリテーション実施加算と認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）・（Ⅱ）を3ケ月実施した後に、利用者の同意を得て、生活行為の内容の向上を目標としたリハビリテーションが必要であると判断された場合、生活行為向上リハビリテーション実施加算に移行することができるのか。	可能である。ただし、短期集中個別リハビリテーション実施加算と認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）・（Ⅱ）から生活行為向上リハビリテーション実施加算へ連続して移行する場合には、短期集中個別リハビリテーション実施加算と認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）・（Ⅱ）を取得した月数を、6月より差し引いた月数のみ生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定可能である。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（平成27 年4月30 日）問14 の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
50	通所リハビリテーション	医療保険と介護保険の関係	平成19 年4 月から、医療保険から介護保険におけるリハビリテーションに移行した日以降は、同一の疾患等に係る医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できないこととされており、また、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った月は、医療保険における疾患別リハビリテーション医学管理料は算定できないこととされている。この介護保険におけるリハビリテーションには、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションが含まれているが、①通所リハビリテーションにおいて、「リハビリテーションマネジメント加算(A)」、「リハビリテーションマネジメント加算(B)」や「短期集中個別リハビリテーション実施加算」、②介護予防通所リハビリテーションにおいて、利用者の運動器機能向上に係る個別の計画の作成、サービス実施、評価等を評価する「運動器機能向上加算」を算定していない場合であっても、同様に取り扱うのか。	・貴見のとおり。 ・通所リハビリテーションにおいて、リハビリテーションマネジメント加算(A)、リハビリテーションマネジメント加算(B)や短期集中個別リハビリテーション実施加算を算定していない場合及び介護予防通所リハビリテーションにおいて、運動機能向上加算を算定していない場合であっても、介護保険におけるリハビリテーションを受けているものであり、同様に取り扱うものである。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（平成27 年4月30 日）問15 の修正。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
51	通所リハビリテーション	リハビリテーションマネジメント加算	リハビリテーションマネジメント加算(A)又はリハビリテーションマネジメント加算(B)は、多職種協働にて行うリハビリテーションのプロセスを評価する加算とされているが、PT、OT 等のリハビリテーション関係職種以外の者(介護職員等)が直接リハビリテーションを行っても良いか。	通所リハビリテーション計画の作成や利用者の心身の伏況の把握等については、多職種協働で行われる必要があるものの、診療の補助行為としての（医行為に該当する）リハビリテーションの実施は、PT、OT 等のリハビリテーション関係職種が行わなければならない。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（平成27 年4月30 日）問16 の修正。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について

介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
52	通所リハビリテーション	リハビリテーションマネジメント加算	リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅰ)又はロ(Ⅰ)を取得しなくなった場合であっても、その後、利用者の状態に応じてリハビリテーションマネジメント加算(A)を再度取得する必要が生じた際には、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅰ)又はロ(Ⅰ)から取得することができるのか。	・リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅰ)又はロ(Ⅰ)を取得しなくなった場合において、利用者の同意を得た日の属する月から6月間を超えてリハビリテーションマネジメント加算(A)を再度取得する場合は、原則としてリハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅱ)又はロ(Ⅱ)を取得することとなる。 ・ただし、リハビリテーション会議を開催し、利用者の急性増悪等により、当該会議を月に1回以上開催し、利用者の状態の変化に応じ、当該計画を見直していく必要性が高いことを利用者若しくは家族並びに構成員が合意した場合、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅰ)又はロ(Ⅰ)を再度6月間取得することができる。その際には、改めて居宅を訪問し、利用者の状態や生活環境についての情報収集(Survey)すること。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(平成27 年6月1日)問3の修正。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について
53	通所リハビリテーション	リハビリテーションマネジメント加算	リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅰ)又はロ(Ⅰ)取得中で、取得開始から6月間を超えていない場合であっても、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅱ)又はロ(Ⅱ)に変更して取得することは可能か。例えば、月1回のリハビリテーション会議の開催によりリハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅰ)又はロ(Ⅰ)を取得し2月間が経過した時点で、月1回のリハビリテーション会議の開催が不要と通所リハビリテーション計画を作成した医師が判断した場合、3月目から3月に1回のリハビリテーション会議の開催によるリハビリテーションマネジメント加算(A) イ(Ⅱ)又はロ(Ⅱ)に変更して取得することはできないのか。	・リハビリテーションマネジメント加算(A)は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多職種が協働し通所リハビリテーション計画の作成を通じたリハビリテーションの支援方針やその方法の共有、利用者又はその家族に対する生活の予後や通所リハビリテーション計画等についての説明、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による居宅での生活の指導を行うことで、心身機能、活動、参加にバランスよくアプローチするリハビリテーションを管理することを評価するものである。 ・リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅰ)又はロ(Ⅰ)については、利用者の状態が不安定となりやすい時期において、集中的に一定期間(6月間)に渡ってリハビリテーションの管理を行うことを評価するものである。したがって、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅰ)又はロ(Ⅰ)を6月間取得した後に、リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅱ)又はロ(Ⅱ)を取得すること。 ・リハビリテーションマネジメント加算(B)についても同様に取り扱う。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(平成27 年6月1日)問4の修正。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について
54	通所リハビリテーション	通所リハビリテーションの提供について	新規利用者について通所リハビリテーションの利用開始日前に利用者の居宅を訪問した場合は、通所リハビリテーションの算定基準を満たすのか。また、新規利用者について、介護予防通所リハビリテーションの利用開始日前に利用者の居宅を訪問した場合は、介護予防通所リハビリテーションの算定基準を満たすのか。	いずれの場合においても、利用初日の1月前から利用前日に利用者の居宅を訪問した場合であって、訪問日から利用開始日までの間に利用者の状態と居宅の状況に変化がなければ、算定要件である利用者の居宅への訪問を行ったこととしてよい。 ※ 平成30 年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.4)(平成30 年5月29 日)問8の修正。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について
55	通所リハビリテーション	リハビリテーションマネジメント会議	通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)では、リハビリテーション会議の開催頻度について、リハビリテーション計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあっては1月に1回以上の開催が求められているが、「算定開始の月の前月から起算して前24 月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて6月以上ある利用者については、算定当初から3月に1回の頻度でよいこととする」とされている。上記の要件に該当している利用者におけるリハビリテーション会議の開催頻度についても、3月に1回として差し支えないか。	差し支えない。 ≪参考≫ ・介護報酬通知(平12 老企36 号)第2の8・⑾・⑥ ⑥ リハビリテーション会議の開催頻度について、指定通所リハビリテーションを実施する指定通所リハビリテーション事業所若しくは指定介護予防通所リハビリテーションを実施する指定介護予防通所リハビリテーション事業所並びに当該事業所の指定を受けている保険医療機関において、算定開始の月の前月から起算して前24 月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて6月以上ある利用者については、算定当初から3月に1回の頻度でよいこととする。 ※ 平成30 年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.2)(平成30 年3月28 日)問1の修正。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について

介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
56	通所リハビリテーション	算定の基準について	「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」(平成11 年9月17 日老企第25 号)において、通所リハビリテーションは一定の条件のもと事業所の屋外でのサービスを提供できるものであるとされているが、この条件を満たす場合には公共交通機関の利用や買い物等のリハビリテーションサービスの提供も可能か。	可能。また、事業所の敷地外でサービスを提供する際には、サービス提供場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該事業所に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。 ≪参考≫ 「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」(平成11年9月17日老企第25号)第7 通所リハビリテーション 3 運営に関する基準 ⑴ 指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針及び通所リハビリテーション計画の作成居宅基準第114 条及び第115 条に定めるところによるほか、次の点に留意するものとする。 ⑭ 指定通所リハビリテーションは、事業所内でサービスを提供することが原則であるが、次に掲げる条件を満たす場合においては、事業所の屋外でサービスを提供することができるものであること。 イ 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。 ロ 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。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について
57	通所リハビリテーション	生活行為向上リハビリテーション実施加算について	令和3年度介護報酬改定において生活行為向上リハビリテーション実施加算は単位数が見直されるとともに同加算に関係する減算が廃止されたが、令和3年3月時点において同加算を算定している利用者については経過措置が設けられているところ。令和3年3月時点において同加算を算定し、同年4月以降も継続して算定している場合において、令和3年4月以降に令和3年度介護報酬改定により見直された単位数を請求することは可能か。	・請求可能。 ・経過措置が適用される場合も、同加算は併せて6月間まで算定可能なものであることに留意すること。 ・なお、同加算に関係する減算は、令和3年度介護報酬改定前の単位数において同加算を算定した月数と同月分の期間だけ実施されるものである。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について
58	通所リハビリテーション	認知症介護基礎研修の義務づけについて	養成施設及び福祉系高校で認知症に係る科目を受講したが介護福祉士資格は有していない者は、義務づけの対象外とすることが可能か。	養成施設については卒業証明書及び履修科目証明書により、事業所及び自治体が認知症に係る科目を受講していることが確認できることを条件として対象外とする。なお、福祉系高校の卒業者については、認知症に係る教育内容が必修となっているため、卒業証明書により単に卒業が証明できれば対象外として差し支えない。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について
59	通所リハビリテーション	認知症介護基礎研修の義務づけについて	認知症介護実践者研修の修了者については、義務づけの対象外とすることが可能か。	認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者研修等の認知症の介護等に係る研修を修了した者については、義務づけの対象外として差し支えない。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について
60	通所リハビリテーション	認知症介護基礎研修の義務づけについて	認知症サポーター等養成講座の修了者については、義務づけの対象外とすることが可能か。	認知症サポーター等養成講座は、認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者を養成するものであるが、一方で、認知症介護基礎研修は認知症介護に携わる者が認知症の人や家族の視点を重視しながら、本人主体の介護を実施する上での、基礎的な知識・技術及び理念を身につけるための研修であり、その目的・内容が異なるため、認知症サポーター等養成講座修了者は、義務付けの対象外とはならない。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について
61	通所リハビリテーション	認知症介護基礎研修の義務づけについて	人員配置基準上、従業者の員数として算定される従業者以外の者や、直接介護に携わる可能性がない者についても、義務付けの対象となるのか。	人員配置基準上、従業者の員数として算定される従業者以外の者や、直接介護に携わる可能性がない者については、義務付けの対象外である。一方で、義務付けの趣旨を踏まえ、認知症介護に携わる者が認知症の人や家族の視点を重視しながら、本人主体の介護を実施するためには、人員配置基準上、従業者の員数として算定される従業者以外の者や、直接介護に携わらない者であっても、当該研修を受講することを妨げるものではなく、各施設において積極的に判断いただきたい。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について

介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
62	通所リハビリテーション	外国人介護職員への認知症介護基礎研修の義務付けについて	外国人介護職員についても、受講が義務づけられるのか。	EPA介護福祉士、在留資格「介護」等の医療・福祉関係の有資格者を除き、従業員の員数として算定される従業者であって直接介護に携わる可能性がある者については、在留資格にかかわらず、義務づけの対象となる。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
63	通所リハビリテーション	外国人介護職員への認知症介護基礎研修の義務付けについて	外国人技能実習生が認知症介護基礎研修を受講する場合、技能実習計画には記載する必要があるのか。	認知症介護基礎研修は、法令等に基づき受講が義務づけられるものであることから、技能実習制度運用要領第4章第2節第3（2）を踏まえ、技能実習計画への記載は不要である（令和6年3月までの間、努力義務として行う場合も同様。）。なお、受講に係る給与や時間管理が通常の技能実習と同様に行われることや、研修の受講状況について、技能実習指導員が適切に管理することが必要である。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
64	通所リハビリテーション	外国人介護職員への認知症介護基礎研修の義務付けについて	事業所が外国人技能実習生に認知症介護基礎研修を受講させる場合、入国後講習中や新型コロナウイルス感染症対策のための入国後14日間の自宅等待機期間中に受講させてもよいか。	入国後講習中の外国人技能実習生については、入国後講習の期間中は業務に従事させないこととされていることから、認知症介護基礎研修を受講させることはできない。一方、新型コロナウイルス感染症対策のための入国後14日間の自宅等待機期間中であって入国後講習中ではない外国人技能実習生については、受入企業との間に雇用関係がある場合に限り、認知症介護基礎研修（オンラインで実施されるものに限る。）を受講させることができる。 なお、実際の研修受講にあたっての取扱い等（※）については、実施主体である都道府県等により異なる場合があることにご留意いただきたい。 （※）研修の受講方法（eラーニング、Zoom等による双方向型のオンライン研修、集合研修）、料金（補助の有無等）、受講枠など	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
65	通所リハビリテーション	外国人介護職員への認知症介護基礎研修の義務付けについて	外国人介護職員が研修内容を理解して受講できるように、多言語化された研修教材は提供されるのか。	令和3年度中に、日本語能力試験のN4レベルを基準としたeラーニング教材の作成を行うとともに、介護分野の在留資格「特定技能」に係る試験を実施している言語（フィリピン、インドネシア、モンゴル、ネパール、カンボジア、ベトナム、中国、タイ、ミャンマーの言語）を基本として外国人介護職員向けのeラーニング補助教材を作成することを予定している。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
66	通所リハビリテーション	栄養アセスメント加算、栄養改善加算について	外部との連携について、介護保険施設の場合は「栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。」とあるが、栄養マネジメント強化加算を算定せず、介護保険施設に常勤の管理栄養士が1名いる場合は、当該施設の管理栄養士が兼務できるのか。	入所者の処遇に支障がない場合には、兼務が可能である。ただし、人員基準において常勤の栄養士又は 管理栄養士を 1 名以上配置することが 求められる施設（例 100 床以上の介護老人保健施設）において、人員基準上置くべき員数である管理栄養士については、兼務することはできない	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
67	通所リハビリテーション	科学的介護推進体制加算について	要件として定められた情報を「やむを得ない場合を除き、すべて提出すること」とされていれるが、「やむを得ない場合」とはどのような場合か。	・やむを得ない場合とは、例えば、通所サービスの利用者について、情報を提出すべき月において、当該月の中旬に評価を行う予定であったが、緊急で月初に入院することとなり、当該利用者について情報の提出ができなかった場合や、データを入力したにも関わらず、システムトラブル等により提出ができなかった場合等、利用者単位で情報の提出 ができなかった場合がある。 ・また、提出する情報についても、例えば、全身状態が急速に悪化した入所者について、必須項目である体重等が測定できず、一部の情報しか提出できなかった場合等であっても、事業所・施設の利用者又は入所者全員に当該加算を算定することは可能である。 ・ただし、情報の提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
68	通所リハビリテーション	科学的介護推進体制加算について	LIFEに提出する情報に、利用者の氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報が含まれるが、情報の提出に当たって、利用者の同意は必要か。	LIFEの利用者登録の際に、氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報を入力いただくが、LIFEのシステムにはその一部を匿名化した情報が送られるため、個人情報を収集するものではない。そのため、加算の算定に係る同意は必要ではあるものの、情報の提出自体については、利用者の同意は必要ない。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
69	通所リハビリテーション	科学的介護推進体制加算について	加算を算定しようと考えているが、例えば入所者のうち1人だけでも加算の算定に係る同意が取れない場合には算定できないのか。	加算の算定に係る同意が得られない利用者又は入所者がいる場合であっても、当該者を含む原則全ての利用者又は入所者に係る情報を提出すれば、加算の算定に係る同意が得られた利用者又は入所者について算定が可能である。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について

介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
70	通所リハビリテーション	Barthel Index の読み替えについて	科学的介護推進体制加算、ADL維持等加算 若しくは 、自立支援促進加算、個別機能訓練加算 、リハビリテーションマネジメント加算A ロ若しくは B ロ、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算又は理学療法若しくは作業療法及び言語聴覚療法に係る加算において、Barthel Index (BI)のデータ提出に際して、老人保健健康増進等事業において一定の読み替え精度について検証されているICFステージングから読み替えたものを提出してもよいか。	BIの提出については、通常、BIを評価する場合に相当する読み替え精度が内容の妥当性を含め客観的に検証された指標について、測定者が、 －BI に係る研修を受け 、 －BIへの読み替え規則を理解し、 －読み替え精度等を踏まえ、必要に応じて、読み替えの際に、正確なBI を別途評価する 等の対応を行い、提出することが必要である。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
71	通所リハビリテーション	口腔・栄養スクリーニング加算 について	令和2年10月以降に栄養スクリーニング加算を算定した事業所において、令和3年4月に口腔・栄養スクリーニング加算を算定できるか。	算定できる 。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
72	通所リハビリテーション	3%加算及び規模区分の特例（3%加算の年度内での算定可能回数）	新型コロナウイルス感染症の影響により利用延人員数が減少した場合、3%加算算定の届出は年度内に1度しか行うことができないのか。例えば、令和3年4月に利用延人員数が減少し、令和3年5月に3%加算算定の届出を行い、令和3年6月から3%加算を算定した場合において、令和3年6月に利用延人員数が回復し、令和3年7月をもって3%加算の算定を終了した事業所があったとすると、当該事業所は令和3年度中に再び利用延人員数が減少した場合でも、再度3%加算を算定することはできないのか。	感染症や災害（3%加算の対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせしたものに限る。）によって利用延人員数の減少が生じた場合にあっては、基本的に一度3%加算を算定した際とは別の感染症や災害を事由とする場合にのみ、再度3%加算を算定することが可能である。 ※令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（ Vol. 1）（令和3年3月 19 日） 問 6は削除する。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
73	通所リハビリテーション	3%加算及び規模区分の特例（3%加算や規模区分の特例の終期）	3%加算や規模区分の特例の対象となる感染症又は災害については、これが発生した場合、対象となる旨が厚生労働省より事務連絡で示されることとなっているが、対象となった後、同感染症又は災害による3%加算や規模区分の特例が終了する場合も事務連絡により示されるのか。	・新型コロナウイルス感染症による3%加算 や規模区分の特例にかかる取扱いは、今後の感染状況等を踏まえ、厚生労働省にて終期を検討することとしており、追って事務連絡によりお示しする。 ・なお、災害については、これによる影響が継続する期間等は地域によって異なることも想定されることから、特例の終期については、厚生労働省から考え方をお示しする、又は基本的に都道府県・市町村にて判断する等、その在り方については引き続き検討を行った上で、お示ししていくこととする。 ※令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（ Vol. 1）（令和3年3月 19 日） 問 8 は削除する。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
74	通所リハビリテーション	所要時間区分の設定	所要時間区分（6時間以上7時間未満、7時間以上8 時間未満等）は、あらかじめ事業所が確定させておかなければならないのか。利用者ごとに所要時間区分を定めることはできないのか。	各利用者の通所サービスの所要時間は、 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作成される通所サービス計画に位置づけられた内容によって個別に決まるものであり、各利用者の所要時間に応じた区分で請求することとなる。運営規程や重要事項説明書に定める事業所におけるサービス提供時間は、これらを踏まえて適正に設定する必要がある。 ※平成 24 年度介護報酬改定に関するQ＆A（ vol. 2 ）（平成 2 4 年3 月30 日）問 9 は削除する。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について

介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
75	通所リハビリテーション	サービス提供にあたっての所要時間と所要時間区分の考え方	各所要時間区分の通所サービス費を請求するにあたり、サービス提供時間の最低限の所要時間はあるのか。	・所要時間による区分は現に要した時間ではなく、通所サービス計画に位置づけられた通所サービスを行うための標準的な時間によることとされており、例えば通所介護計画に位置づけられた通所介護の内容が8 時間 以上9 時間未満であり、当該通所介護計画書どおりのサービスが提供されたのであれば、 8 時間以上9 時間未満の通所介護費を請求することになる。 ・ ただし、通所サービスの提供の開始に際しては、予め サ ービス提供の内容や利用料等の重要事項について、懇切丁寧に説明を行った上で 同意を得ることとなっていることから、利用料に応じた、利用者に説明可能なサービス内容となっている必要があることに留意すること。 ※平成 24 年度介護報酬改定に関するQ＆A（ vol. 1 ）（平成 2 4 年 3 月 16 日）問 58 は削除する。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
76	通所リハビリテーション	サービス提供にあたっての所要時間と所要時間区分の考え方	1人の利用 者に対して、7 時間の通所介護に引き続いて 5 時間の通所介護を行った場合は、それぞれの通所介護費を算定できるのか。	・それぞれのプログラムが当該利用者の心身の状況や希望等に 応じて作成され、当該プログラムに従って、単位ごとに効果的に実施されている場合は、それぞれの単位について算定できる。 なおこの場合にあっても1 日につき算定することとされている加算項目は 、 当該利用者についても当該日に1 回限り算定できる。 ・単に日中の通所介護の延長として夕方に通所介護を行う場合は、通算時間は 12 時間として 、9 時間までの間のサービス提供に係る費用は所要時間 8 時間以上9 時間未満の場合として算定し 9時間以降 12 時間までの間のサービス提供に係る費用は、延長加算を算定（または延長サービスに係る利用料として徴収）する。 ※ 平成 24 年度介護報酬改定に関するQ＆A（ vol. 1 ）（平成 2 4 年 3 月 16 日）問 64 は削除する。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
77	通所リハビリテーション	サービス提供時間を短縮した場合の所要時間区分の考え方	「当日の利用者の心身の状況から、実際の通所サービスの提供が通所サービス計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には通所サービス計画上の単位数を算定して差し支えない。」とされているが、具体的にどのような内容なのか。	・通所サービスの所要時間については、現に要した時間ではなく、通所サービス計画に位置付けられた内容の通所サービスを行うための標準的な時間によることとされている。 ・こうした趣旨を踏まえ、例えば 8 時間以上 9 時間未満の サービスの通所介護計画を作成していた場合において、当日サービス提供途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず 7 時間 30 分でサービス提供を中止した場合に 当初の通所介護計画による所定単位数を算定してもよいとした。（ただし、利用者負担の軽減の観点から、通所介護計画を変更した上で7 時間以上8時間未満の所定単位数を算定してもよい。） ・こうした取扱いは、サービスのプログラムが個々の利用者に応じて作成され、当該プログラムに従って、単位ごとに効果的に実施されている事業所において行われることを想定しており、限定的に適用されるものである。当初の通所介護計画に位置付けられた時間よりも大きく短縮した場合は、当初の通所介護計画を変更し、再作成されるべきであり、変更後の所要時間に応じた所定単位数を算定しなければならない。 （例）通所介 護計画上7 時間以上 8時間未満の通所介護を行う予定であった利用者について ① 利用者が定期検診などのために当日に併設保険医療機関の受診を希望することにより 6 時間程度のサービスを行った場合には、利用者の当日の希望を踏まえて当初の通所サービス計画を変更し、再作成されるべきであり、6 時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。 ② 利用者の当日の希望により 3 時間程度の入浴のみのサービスを行った場合には、利用 者の当日の希望を踏まえて当初の通所サービス計画を変更し、再作成されるべきであり、3 時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。 ③ 当日サービス提供途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず2時間程度でサービス提供を中止した場合、当初の通所介護計画を変更し、再作成されるべきであり、2時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。所要時間2時間以上3時間未満の区分は、心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難である利用者に対して算定するものであるが、当日の利用者の心身の状況から、実際の通所サービスの提供が通所サービス計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合は、通所サービス計画を変更の上、同区分での算定を行うこととしても差し支えない。 ④ 当日サービス提供途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず1時間程度でサ当日サービス提供途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず1時間程度でサービス提供を中止した場合、これに対応する所要時間区分がないため、サービス提供を中止した場合、これに対応する所要時間区分がないため、通所介護費を通所介護費を算定できない。 ※ 平成 24 年度介護報酬改定に関するQ＆A（ vol. 1 ）（平成 2 4 年 3 月 16 日）問 59 は削除する。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について

介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
78	通所リハビリテーション	延長加算	所要時間が8時間未満の場合でも、延長加算を算定することはできるか。	延長加算は、所要時間8時間以上9時間未満の指定通所介護等を行った後に 引き続き日常生活上の世話を行った場合等に算定するものであることから、算定できない。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について
79	通所リハビリテーション	延長加算	サービス提供時間の終了後から延長加算に係るサービスが始まるまでの間はどのような人員配置が必要となるのか。	延長加算は、所要時間8時間以上9時間未満の指定通所介護等を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合等に算定するものであることから、例えば通所介護 等のサービス提供時間を 8 時間 30 分とした場合、延長加算は8 時間以上 9 時間未満に引き続き、9 時間以上から算定可能である。サービス提供時間終了後に日常生活 上の世話をする時間帯(9 時間に到達する までの 30 分及び9 時間以降)については、サービス提供時間ではないことから、事業所の実情に応じて適当数の人員 を配置していれば差し支えないが、安全体制の確保に留意すること。 ※平成 2 4 年度介護報酬改定に関するQ&A(vol. 1)(平成 2 4 年 3 月 16 日)問 60 は削除する。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について
80	通所リハビリテーション	延長サービスに係る利用料	延長サービスに係る利用料はどのような場合に徴収できるのか。	通常要する時間を超えた場合の延長サービスに係る利用料については、サービス提供時間が9時間未満である場合において行われる延長サービスやサービス提供時間が 14 時間以上において行われる延長サービスについて徴収できるものである。また、サービス提供時間が 14 時間未満である場合において行われる延長サービスについて、延長加算にかえて徴収することができる。(同一時間帯について延長加算に加えて利用料を上乗せして徴収することはできない。)なお、当該延長加算を算定しない場合においては、延長サービスに係る届出を行う必要はない。 (参考)延長加算及び延長サービスに係る利用料徴収の例 ① サービス提供時間が8時間で あって、6時間延長サービスを実施する場合 →8時間までの間のサービス提供に係る費用は、所要時間区分が8時間以上9時間未満の場合として算定し、9時間以降 14 時間までの間のサービス提供に係る費用は、延長加算を算定する。 ② サービス提供時間が8時間であって、7時間延長サービスを実施する場合 →8時間までの間のサービス提供に係る費用は、所要時間区分が8時間以上9時間未満の場合として算定し、9時間以降 14 時間までの間のサービス提供に係る費用は、延長加算を算定し、14 時間以降 15 時間までの間のサービス提供 に係る費用は、延長サービスに係る利用料として徴収する。 ※ 平成 2 4 年度介護報酬改定に関するQ&A(vol. 1)(平成 2 4 年 3 月 16 日)問 62 は削除する。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について

介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
81	通所リハビリテーション	送迎減算	訪問介護員等による送迎で通所サービスを利用する場合、介護報酬はどのよう算定すればよいか。	・送迎については、通所サービスの介護報酬において評価しており、利用者の心身の状況により 通所サービスの 事業所の送迎車を利用することができないなど特別な事情のない限り、訪問介護員等による送迎を別途訪問介護費として算定することはできない 。 ・ただし、 利用者が、居宅から病院等の目的地を経由して通所サービスの事業所へ行く場合や、通所サービスの事業所から病院等の目的地を経由して居宅へ帰る場合等、一定の条件の下に、令和3年度から訪問介護費を算定することができることとする。 ・なお、 訪問介護員等により送迎が行われる 場合、当該利用者が利用している 通所サービスの事業所の従業者が当該利用者の居宅と事業所間の送迎を実施していないため、送迎減算が適用されることに留意すること。 ※ 指定基準、介護報酬等に関する Q&A（平成 18 年2月）問 48 、平成 18 年 4月 改定 係 Q&A（ vol. 1 ）（平成 18 年 3 月 22 日）問 57 は削除する。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
82	通所リハビリテーション	送迎減算	A事業所の利用者について、B事業所の従業者が当該利用者の居宅とA事業所との間の送迎を行った場合、送迎減算は適用されるのか。	送迎減算は、送迎を行う利用者が利用している事業所の従業者（問中の事例であれば、A事業所の従業者）が当該利用者の居宅と事業所間の送迎を実施していない場合に適用されるものであることから、適用される。ただし、B事業所の従業者がA事業所と雇用契約を締結している場合は、A事業所の従業者（かつB事業 所の従業者）が送迎を実施しているものと解されるため、この限りではない。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
83	通所リハビリテーション	送迎減算	A事業所の利用者について、A事業所が送迎に係る業務を委託した事業者により、当該利用者の居宅とA事業所との間の送迎が行われた場合、送迎減算は適用されるのか。	指定通所介護等事業者は、指定通所介護等事業所ごとに、当該指定通所介護等事業所の従業者によって指定通所介護等を提供しなければならないこととされている。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ことから、各通所介護等事業所の状況に応じ、送迎に係る業務について第三者へ委託等を行うことも可能である。なお、問中の事例について、送迎に係る業務が委託され、受託した 事業者により、利用者の居宅と事業所との間の送迎が行われた場合は、送迎減算は適用されない。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
84	通所リハビリテーション	栄養改善加算・口腔機能向上加算について	それぞれ別の通所介護・通所リハビリテーション事業所にしている場合、それぞれの事業所で同時に栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定することはできるのか。	御指摘の件については、ケアマネジメントの過程で適切に判断されるものと認識しているが、①算定要件として、それぞれの加算に係る実施内容等を勘案の上、1事業所における請求回数に限度を設けていること、②2事業所において算定した場合の利用者負担等も勘案すべきことから、それぞれの事業所で栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定することは基本的には想定されない。 ※平成 18 年 4 月改定関係 Q&A Vol 4))（平成 18 年5月2日）問1の修正。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について

介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
85	通所リハビリテーション	移行支援加算	移行支援加算は、同加算を算定 する年度の初日の属する年の前年の１月から 12 月（基準に適合しているものとして届け出た年においては、届出の日から同年 12 月までの期間）において一定の実績をもとに算定ができるものとされているところであるが、令和3年４月から令和４年３月においては、従前（令和3年度介護報酬改定以前）の基準に基づいて算定を行っても差し支えないか。	令和3年3月時点ですでに同加算を算定している事業所においては、令和3年４月から令和4年３月に限り、令和2年１月から 12 月の実績については従前（令和3年度介護報酬改定以前）の基準に 基づいて算定する。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について
86	通所リハビリテーション	生活行為向上リハビリテーション実施加算について	生活行為向上リハビリテーション実施加算は、リハビリテーション実施計画に基づく指定通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から6月以内の場合に算定可能とされているが、再度同加算を算定することは可能か。	疾病等により生活機能が低下（通所リハビリテーション計画の直近の見直し時と比較して、ADLの評価である Barthel Index 又はIADLの評価である FrenchayActivities Index の値が低下したものに限る。）し、医師が生活行為の内容の充実を図るためのリハビリテーションの 必要性を認めた場合、改めてリハビリテーション実施計画に基づく指定通所リハビリテーションの利用を開始した場合は、新たに6月以内の算定が可能である。	3.4.9 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.5）（令和3年4月9日）」の送付について
87	（介護予防）通所リハビリテーション	栄養アセスメント加算について	要件として定められた情報を「やむを得ない場合を除き、すべて提出すること」とされているが、「やむを得ない場合」とはどのような場合か。	科学的介護推進体制加算等と同様の取扱いであるため、令和3年介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.3）（令和3年3月 26 日）問 16 を参考にされたい。	3.4.15 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.6）（令和3年4月15日）」の送付について
88	通所リハビリテーション	入浴介助加算（Ⅱ）	入浴介助加算 は、利用者が 居宅 において利用者自身 で 又は家族等の介助により入浴を行うことができるようになることを目的とするものであるが、この場合の「 居宅 」とはどのような場所が想定されるのか。	・ 利用者の自宅（高齢者住宅 居室内の浴室 を使用する場合のほか、共同の浴室を使用する場合も含む。）を含む。）のほか、利用者の親族の自宅が想定される。なお、 自宅に浴室がない等、具体的な入浴場面を想定していない利用者や、本人が希望する場所で入浴するには心身機能の大幅な改善が必要となる利用者にあっては、 以下①～⑤をすべて満たすことにより、 当面の目標として通所介護等での入浴の自立を図ることを目的として、 同加算を算定することとしても差し支えない。 ① 通所介護等事業所の浴室において、医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等（利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員を含む。）が利用者の動作を評価する 。 ② 通所介護等事業所において、自立して入浴することができるよう必要な設備（入浴に関する福祉用具等）を備える 。 ③ 通所介護等事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の動作を評価した者等との連携の下 で、当該利用者の身体の状況や通所介護等事業所の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作 成する。なお、個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって 個別の入浴計画の作成に代えることができるものとする。 ④ 個別の入浴計画に基づき、通所介護等事業所において、入浴介助を行う。 ⑤ 入浴設備の導入や 心身機能の回復等により、通 所介護等以外の場面での入浴が想定できるように なって いるかどうか、個別の利用者の状況に照らし確認する。 ・なお、通所リハビリテーションについても同様に取り扱う。	3.4.26 事務連絡 「令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.8）（令和３年４月26日）」の送付について

介護サービス関係 Q&A集

<table>
<tr><th>番号</th><th>サービス種別</th><th>項目</th><th>質問</th><th>回答</th><th>QA発出時期、文書番号等</th></tr>
<tr><td>89</td><td>通所リハビリテーション</td><td>入浴介助加算(Ⅱ)</td><td>入浴介助加算 について、医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等(利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員を含む。)が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価することとなっているが、この他に評価を行うことができる者としてどのような者が想定されるか。</td><td>・地域包括支援センターの担当職員、福祉・住環境コー ディネーター2級以上の者等が想定される。
・なお、通所リハビリテーションについても同様に取扱う。</td><td>3.4.26
事務連絡
「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.8)(令和3年4月26日)」の送付について</td></tr>
<tr><td>90</td><td>通所リハビリテーション</td><td>入浴介助加算(Ⅱ)</td><td>入浴介助加算 については、算定にあたって利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価することとなっているが、この評価は算定開始後も定期的に行う必要があるのか。</td><td>当該利用者の身体状況や居宅の浴室の環境に変化が認められた場合に再評価や個別の入浴計画の見直しを行うこととする。</td><td>3.4.26
事務連絡
「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.8)(令和3年4月26日)」の送付について</td></tr>
<tr><td>91</td><td>通所リハビリテーション</td><td>入浴介助加算(Ⅱ)</td><td>入浴介助加算 では、個別の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行うこととなっているが、この場合の入浴介助とは具体的にどのような介助を想定しているのか。</td><td>利用者の入浴に係る自立を図る観点から、入浴に係る一連の動作のうち、利用者が自身の身体機能のみを活用し行うことができる動作については、引き続き実施できるよう見守り的援助を、介助を行う必要がある動作については、利用者の状態に応じた身体介助を行う。なお、入浴介助加算の算定にあたっての関係者は、利用者の尊厳の保持に配慮し、その状態に応じ、利用者自身で又は家族等の介助により入浴ができるようになるよう、常日頃から必要な介護技術の習得に努めるものとする。
＜参考:利用者の状態に応じた身体介助の例＞
以下はあくまでも一例であり、同加算算定に当たって必ず実施しなければならないものではない。
<table><tr><th>利用者の動作</th><th>介助者の動作</th></tr><tr><td></td><td>シャワーチェア（座面の高さが浴槽の高さと同等のもの）、浴槽用手すり、浴槽内いすを準備する。</td></tr><tr><td>シャワーチェアに座る。
シャワーチェアから腰を浮かせ、浴槽の縁に腰掛ける。
足を浴槽に入れる。</td><td>介助者は、利用者の足や手の動作の声かけをする。必要に応じて、利用者の上半身や下肢を支える。
介助者は利用者の体を支え、足を片方ずつ浴槽に入れる動作の声かけをする。必要に応じて、利用者の上半身を支えたり、浴槽に足をいれるための持ち上げ動作を支える。</td></tr><tr><td>ゆっくり腰を落とし、浴槽内いすに腰掛けて、湯船につかる。
浴槽用手すりにつかまって立つ。</td><td>声かけをし、必要に応じて、利用者の上半身を支える。
必要に応じて、利用者の上半身を支える。</td></tr><tr><td>浴槽の縁に腰掛け、浴槽用手すりをつかみ、足を浴槽から出す。</td><td>必要に応じて、浴槽台を利用し、利用者の上半身を支えたり、浴槽に足を入れるための持ち上げ動作を支える。</td></tr><tr><td>浴槽の縁から腰を浮かせ、シャワーチェアに腰掛ける。
シャワーチェアから立ち上がる。</td><td>必要に応じて、利用者の上半身や下肢を支える。</td></tr></table></td><td>3.4.26
事務連絡
「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.8)(令和3年4月26日)」の送付について</td></tr>
</table>

介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
92	通所リハビリテーション	入浴介助加算(Ⅱ)	入浴介助加算 については、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境(手すりなど 入浴に要する福祉用具等を活用し利用者の居宅の浴室の環境を個別に模したもの)にて、入浴介助を行うこととなっているが、例えばいわゆる大浴槽に福祉用具等を設置すること等により利用者の居宅の浴室の状況に近い環境を再現することとしても差し支えないのか。	例えば、利用者の居宅の浴室の手すりの位置や浴槽の深さ・高さ等にあわせて、可動式手すり、浴槽内台、すのこ等を設置することにより、利用者の居宅の浴室の状況に近い環境が再現されていれば、差し支えない。	3.4.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.8)(令和3年4月26日)」の送付について
93	通所リハビリテーション	入浴介助加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)	同一事業所において 、入浴介助加算を算定する者と入浴介助加を算定する 者が混在しても差し支えないか。また、混在しても差し支えない場合、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う介護給付費算定に係る体制等 に関する届出等における留意点について」(平成 12 年3月8日老企第 41 号)に定める「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援)」 等 はどのように記載させればよいか。	前段については、差し支えない。後段については、「加算Ⅱ」と記載させることとする。(「加算Ⅱ」と記載した場合であっても、入浴介助加算 を算定することは可能である。)	3.4.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.8)(令和3年4月26日)」の送付について
94	通所リハビリテーション	栄養アセスメント加算について	利用者が、複数の通所事業所等を利用している場合、栄養アセスメント加算の算定事業者はどのように判断するのか。	利用者が、複数の通所事業所等を利用している場合は、栄養アセスメントを行う事業所について、 ・ サービス担当者会議等で、利用者が利用している各種サービスと栄養状態との関連性や実施時間の実績、利用者又は家族の希望等も踏まえて検討した上で、 ・ 介護支援専門員が事業所間の調整を行い、決定することとし、原則として、当該事業所が継続的に栄養アセスメントを実施すること。	3.6.9 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.10)(令和3年6月9日)」の送付について
95	通所リハビリテーション	科学的介護推進体制加算について	サービス利用中に利用者の死亡により、当該サービスの利用が終了した場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。	当該利用者の死亡した月における情報を、サービス利用終了時の情報として提出する必要はあるが、死亡により、把握できない項目があった場合は、把握できた項目のみの提出でも差し支えない。	3.6.9 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.10)(令和3年6月9日)」の送付について
96	通所リハビリテーション	3%加算・規模区分の特例(3%加算・規模区分の特例の令和4年度の取扱い)	新型コロナウイルス感染症は、3%加算や規模区分の特例の対象となる感染症とされている(※)が、令和4年度も引き続き同加算や特例の対象となる感染症と考えてよいか。 (※)「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老認発0316 第4号・老老発0316 第3号)別紙Ⅰ	新型コロナウイルス感染症は、令和4年度も引き続き同加算や特例の対象となる感染症である。なお、同年度中に同加算や特例の対象外とすることとする場合は、事務連絡によりお示しする。	4.2.21 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.11)(令和4年2月21日)」の送付について

介護サービス関係 Q&A集

番号	サービス種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等
97	通所リハビリテーション	3%加算（3%加算を令和3年度に算定した事業所の取扱い）	感染症や災害によって利用延人員数の減少が生じた場合にあっては、基本的に一度3%加算を算定した際とは別の感染症や災害を事由とする場合にのみ、再度同加算を算定することが可能であるとされている（※）が、令和3年度中の利用延人員数の減少に基づき同加算を算定した事業所が、令和4年度に再び同加算を算定することはできるか。 （※）令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（vol.3）（令和3年3月26日）問21	可能である。この場合、令和4年度の算定にあたっては、減少月の利用延人員数が、令和3年度の1月当たりの平均利用延人員数から100 分の5以上減少していることが必要である。算定方法の具体例は別添を参照されたい。	4.2.21 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.11）（令和4年2月21日）」の送付について
98	訪問リハビリテーション	リハビリテーションマネジメント加算	訪問リハビリテーションでリハビリテーションマネジメント加算(A)又は(B)を算定する場合、リハビリテーション会議の実施場所はどこになるのか。	訪問リハビリテーションの場合は、指示を出した医師と居宅を訪問し、居宅で実施する又は利用者が医療機関を受診した際の診察の場面で実施することが考えられる。 ※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.1）（平成27 年4月1日）問88 の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
99	訪問リハビリテーション	事業所の医師が診療せずにリハビリテーションを提供した場合の減算	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利用者に対し、指定訪問リハビリテーション事業所等の医師が、自らは診療を行わず、当該別の医療機関の医師から情報提供を受けてリハビリテーションを計画、指示してリハビリテーションを実施した場合、当該別の医療機関の医師が適切な研修の修了等をしていれば、基本報酬から50 単位を減じた上で訪問リハビリテーション料等を算定できることとされている。この「適切な研修の修了等」 に、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修の単位を取得した場合は含まれるか。	含まれる。なお、応用研修のすべての単位を取得している必要はなく、事業所の医師に情報提供を行う日が属する月から前36 月の間に合計6単位以上（応用研修のうち、「応用研修第1期」の項目である「フレイル予防・高齢者総合的機能評価（CGA）・老年症候群」「栄養管理」「リハビリテーション」「摂食嚥下障害」及び「応用研修第2期」の項目である「かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実際」「在宅リハビリテーション症例」「リハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害」のうち、いずれか1単位以上を含むこと。）を取得又は取得を予定していればよい。また、別の医療機関の医師が訪問リハビリテーション事業所等の医師に情報提供をする際に下記を参考とした記載をすることが望ましい。 「適切な研修の修了等をしている。」 ※ 平成30 年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.8）（平成31 年2月5日）問1の修正。	3.3.23 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.2）（令和3年3月23日）」の送付について
100	介護予防訪問リハビリテーション	事業所評価加算	事業所評価加算は、同加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から 12月（基準に適合しているものとして届け出た年においては、届出の日から同年 12 月までの期間）において一定の実績をもとに算定ができるものとされているところであるが、令和3年4月から令和4年3月においては、従前（令和3年度介護報酬改定以前）の基準に基づいて算定を行っても差し支えないか。	令和3年4月から令和4年3月に限り、令和2年1月から12 月の実績については従前（令和3年度介護報酬改定以前）の基準に基づいて算定する。 ※平成 1 8 年4月改定関係 Q＆A Vol. 1）1）（平成 1 8 年3 月 22 日）問 31 は削除する。	3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について