

令和6年度 介護サービス事業所等に係る集団指導

通所リハビリテーション
介護予防通所リハビリテーション

令和6年8月

佐賀県健康福祉部長寿社会課

目 次

1 通所リハビリテーションの概要	1
2 運営基準	3
3 介護報酬の算定に関する基準	12
4 運営指導における指摘事項	34
5 各種届出	37

1 通所リハビリテーションの概要等

○ 通所リハビリテーションの目的

その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう病院、診療所又は老人保健施設又は介護医療院に通い、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で、利用者の心身の機能回復（向上）を図るためである。

○ 人員に関する基準

職種	配置基準
管理者	<u>事業所ごとに1名（常勤）</u> 医療機関の管理者がこれにあたるが、管理者代行者として、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は専らサービス提供に当たる看護師のうちから選任することができる。

ア 介護医療院、老人保健施設、病院

職種	配置基準
医師	<u>常勤専任で1名以上</u> ※病院又は診療所と併設されている介護医療院・老人保健施設においては、当該医療機関の常勤医師との兼務でも足るものとする。
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、介護職員	サービス提供時間帯を通じて専従する者が、 <u>利用者10人までは1人以上、10人を超える場合は10：1以上</u> 上記人員のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、常勤換算で利用者100人又はその端数を増すごとに1人以上

イ 診療所

職種	配置基準
医師	利用者の数が同時に10人超の場合、 <u>常勤専任で1名</u> 利用者の数が同時に10人以下の場合、 <u>専任で1名以上</u> (専任医師1人に対し、1日48人以内)
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、介護職員（以下、「従事者」という）	サービス提供時間帯を通じて専従する者が、 <u>利用者10人までは1人以上、10人を超える場合は10：1以上</u> 上記人員のうち、理学療法士等又は通所リハビリテーション若しくはこれに類するサービスに1年以上従事した経験を有する看護師が、常勤換算で0.1人以上

※従事者1人が1日に行うことのできる指定通所リハビリテーションは2単位までとなっている。

(ただし、1時間から2時間未満の指定通所リハビリテーションについては0.5単位として扱う。)

(参考)

- ・「常勤」とは、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事者が勤務すべき時間数（週32時間を下回る場合は32時間を基本とする）に達している場合をいう。
- ・「常勤換算方法」とは、当該従事者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき時間（週32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、当該事業所の従事者の員数を常勤の従事者の員数として換算する方法をいう。
- ・「専ら従事」、「専ら提供に当たる」とは、原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいい、サービス提供時間帯とは、事業所における勤務時間（サービ

スの単位ごとの提供時間)をさし、従事者の常勤・非常勤の別を問わない。

○ 設備基準

指定通所リハビリテーション事業者は次に掲げる設備等を備えなければならない。

リハビリテーションを行う専用の部屋	3㎡に利用定員を乗じた面積以上の広さを有すること。 ただし、介護老人保健施設又は介護医療院である場合にあっては、利用者用に確保されている食堂（リハビリテーションに供用されるものに限る。）の面積を加えることができる。
その他	リハビリテーションを行うために必要な機械及び器具 消火設備、その他非常災害に際して必要な設備

※リハビリテーションを行う専用の部屋については、本来「専用」であるので、他の事業（介護保険外も含む）で利用することはできない。ただし、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が互いに併設（同一敷地）の場合で以下の両条件を満たす場合は、同一の部屋等であっても差し支えない。

- ・当該部屋等において、それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが明確に区分されていること。
- ・それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが3㎡に利用定員を乗じた面積以上であること。

※ただし、保険医療機関が医療保険の脳血管リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーションの届出を行っており、当該保険医療機関において、1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションを実施する際には、利用者のサービス提供に支障が生じない場合に限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えない（必要な機器及び器具の共用についても同様）。

この場合の居宅基準第112条第1項の指定通所リハビリテーションを行うために必要なスペースは、医療保険のリハビリテーションの患者数に関わらず、常時3平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用者数（指定予防通所リハビリテーションと一体的に運営している場合は、指定通所リハビリテーションとの合計利用者数）を乗じた面積以上とする。

2 運営基準

1 内容及び手続きの説明及び同意【基準第8条】

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章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。

書面での説明・同意等を行うものについては、電磁的記録による対応を原則認める。署名押印についても代替手段（例：電子署名、メールの送受信記録等）を明示すれば、求めないことが可能である。

※ 重要事項の内容

- ・ 運営規程の概要
- ・ 通所リハビリテーション従業者の勤務体制
- ・ 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)
- ・ その他（利用料等）

⇒ 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、利用者の同意を得なければならない。（当該同意は、書面によって確認することが望ましい。）

2 提供拒否の禁止【基準第9条】

正当な理由なく、特に要介護度や所得の多寡を理由に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。

※ 正当な理由とは

- ① 当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合
- ② 利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合
- ③ その他利用申込者に対し自ら適切な指定通所リハビリテーションを提供することが困難な場合

3 サービス提供困難時の対応【基準第10条】

正当な理由により利用申込者に対し、適切な指定通所リハビリテーションを提供することが困難であると認めた場合には、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者（以下、「居宅介護支援事業者等」という。）への連絡、適当な他の指定通所リハビリテーション事業者等の紹介、その他の必要な措置を速やかに講じなければならない。

4 受給資格等の確認【基準第11条】

- 1 指定通所リハビリテーションの提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめるものとする。
- 2 被保険者証に、認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定通所リハビリテーションを提供するよう努めなければならない。

5 要介護認定の申請に係る援助【基準第12条】

- 1 指定通所リハビリテーションの提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者につ

いては、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。

- 2 居宅介護支援（これに相当するサービスを含む。）が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する日の30日前にはなされるよう、必要な援助を行わなければならない。

6 心身の状況等の把握【基準第13条】

指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、利用者に係る居宅介護支援事業所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。

7 居宅介護支援事業者等との連携【基準第64条】

- 1 居宅介護支援事業者その他保健医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。
- 2 指定通所リハビリテーションの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治の医師及び居宅介護支援事業者に対する情報の提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

※居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定通所リハビリテーション事業者は、当該居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から通所リハビリテーション計画の提供の求めがあった際は、当該通所リハビリテーション計画を提供すること。

8 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助【基準第15条】

指定通所リハビリテーションの提供の開始に際し、利用申込者が介護保険法施行規則第64条各号のいずれにも該当しないときは、当該利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画の作成を居宅介護支援事業者に依頼する旨を市町村に対して届け出ること等により、指定通所リハビリテーションの提供を法定代理受領サービスとして受けることができる旨を説明すること、居宅介護支援事業者に関する情報を提供することその他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行わなければならない。

9 居宅サービス計画等に沿ったサービスの提供【基準第16条】

居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿った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。

10 居宅サービス計画等の変更の援助【基準第17条】

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

利用者の状態の変化等により追加的なサービスが必要な場合で当該指定通所介護（リハビリテーション）を法定代理受領サービスとして利用する場合には、支給限度額内で居宅サービス計画等を変更する必要がある旨の説明を行い、その他必要な援助を行わなければならない。

11 サービス提供の記録【基準第19条】

- 1 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、利用者によって支払を受け

る居宅介護サービス費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。

- 2 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。

12 利用料等の受領【基準第96条】

- 1 法定代理受領サービスに該当する指定通所リハビリテーションを提供した際には、当該事業に係る居宅介護サービス費用基準額から事業者を支払われる居宅介護サービス費の額を控除して得た額（基準額の1～3割）の支払を受けるものとする。
- 2 法定代理受領サービスに該当しない指定通所リハビリテーションを提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定通所リハビリテーションに係る居宅介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。
- 3 前2項の支払を受ける額のほか、次の各号に掲げる費用の額の支払を利用者から受けることができる。（ただし、保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の支払いを受けることは認められない。）
 - (1) 利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用。
 - (2) 指定通所リハビリテーションに通常要する時間を超える指定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、通常の指定通所リハビリテーションに係る居宅介護サービス費用基準額を超える費用
 - (3) 食事の提供に要する費用
 - (4) おむつ代
 - (5) 前各号に掲げるもののほか、指定通所リハビリテーションの提供において提供される便宜のうち、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って、その利用者に負担させることが適当と認められる費用
- 4 前項第3号に掲げる費用については、別に厚生労働大臣が定めるところによるものとする。
※居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針（H17.9.7 厚生労働省告示第419号）を参照されたい。
- 5 第3項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。

※指定通所リハビリテーションの提供に要した費用につき、その支払いを受ける際、当該支払をした要介護被保険者等に対し、法第41条第8項の規定により領収証を交付しなければならない。

また、領収証には、要介護被保険者等から支払を受けた費用の額のうち、同条第4項第1号に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（その額が現に当該サービスに要した費用の額を超えるときは、当該現にサービスに要した費用の額とする）に係るもの及びその他の費用の額を区分して記載し、当該その他の費用の額についてはそれぞれ個別の費用ごとに区分して記載しなくてはならない。【施行規則第65条】

13 保険給付の請求のための証明書の交付【基準第21条】

法定代理受領サービスに該当しない指定通所リハビリテーションに係る利用料の支払を受けた場合は、提供した内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付しなければならない。

14 指定通所リハビリテーションの基本取扱方針【基準第113条】

- 1 利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われな

なければならない。

- 2 自らその提供する指定通所リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

15 指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針【基準第114条】

- 1 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び次条第1項に規定する通所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。
- 2 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。
- 3 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。
- 4 前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
- 5 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。
- 6 指定通所リハビリテーション事業者は、リハビリテーション会議の開催により、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。

16 通所リハビリテーション計画の作成【基準第115条】

- 1 医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる通所リハビリテーション従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所リハビリテーション計画を作成しなければならない。
- 2 通所リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければならない。
- 3 医師等の従業者は、通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。
- 4 医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者に係る通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握しなければならない。
- 5 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。
- 6 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。
- 7 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、第81条第1項から第5項までに規定する運営に関する基準を満たすことをもって、第1項から第5項まで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。

17 利用者に関する市町村への通知【基準第26条】

利用者が下記のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければならない。

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

18 緊急時の対応【基準第27条】

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。

19 管理者の責務【基準第116条】

- 1 管理者は、医師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから選任した者に、必要な管理の代行をさせることができる。
- 2 管理者又は前項の管理を代行する者は、指定通所リハビリテーション事業所の従業者にこの節の規定を遵守させるための必要な指揮命令を行うものとする。

20 運営規程【基準第117条】

事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めておかなければならない。

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

※虐待の防止に係る措置は、令和6年4月1日より義務化

21 勤務体制の確保等【基準第101条】

- 1 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、事業所ごとに従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。

※事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、専従の理学療法士等の配置、管理者との兼務関係等を明確にすること。

- 2 事業所ごとに、当該事業所の従業者によって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、この限りでない。
- 3 従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。その際、当該指定通所リハビリテーション事業者は、全ての通所リハビリテーション従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第八条第二項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければならない。

- 4 事業所は適切な通所リハビリテーションの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景として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。

※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は、令和6年4月1日より義務化

22 業務継続計画の策定等【基準第30条の2】

- 1 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。
- 2 通所リハビリテーション従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施しなければならない。
- 3 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。

※業務継続計画の策定等は、令和6年4月1日より義務化

※「業務継続計画（BCP）」には、以下の項目を記載すること。

① 感染症に係る業務継続計画

- ア 平常時からの備え（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）
- イ 初動対応
- ウ 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、農耕接触者への対応、関係者との情報共有等）

② 災害に係る業務継続計画

- ア 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）
- イ 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）
- ウ 他施設及び地域との連携

※業務継続計画は、感染症と災害に係る計画を整備する必要がある他、計画の内容についての共有と計画の必要性や緊急時の対応に係る理解の励行のため研修を年1回以上実施すること。

※計画の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。

※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、各項目については実態に応じて設定すること。

※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

23 定員の遵守【基準第102条】

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。

24 非常災害対策【基準第103条】

- 1 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、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。
- 2 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。

※非常災害対策に関する具体的計画とは、消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画のこと。

※関係機関への通報及び連携体制の整備とは、災害時に消防機関へ速やかに通報する体制を取るよう従業者に周知徹底することや日頃から消防団や地域住民との連携を図り、災害時に実効性のある体制を作っておくことのこと。

25 衛生管理等【基準第118条】

- 1 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。
- 2 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。
 - 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。
 - ロ 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。
 - ハ 当該指定通所リハビリテーション事業所において、通所リハビリテーション従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施すること。
（定期的な研修を年1回以上、開催すること。また、新規採用時には研修を実施することが望ましい。）

※感染症の予防及びまん延の防止のための措置は、令和6年4月1日より義務化

※「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版（2019年3月）」参照

※「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」を参照。

26 掲示【基準第32条】

- 1 事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、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。
- 2 前項に規定する事項を記載した書面を事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、同項の規定による掲示に代えることができる。
- 3 原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

※重要事項のウェブサイトへの掲載は、令和7年4月1日より適用

27 秘密保持等【基準第33条】

- 1 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。

※具体的には、事業所の従業者等が、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用時等に取り決め、例えば違約金についての定めを置くなどの措置を講ずべきである。

- 2 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。
- 3 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、利用者家

※この同意は、サービス提供開始時に利用者及びその家族から包括的な同意を得ておくことで足りる。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。

28 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止【基準第35条】

居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならない。

29 苦情処理【基準第36条】

- 1 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。

※必要な措置とは、具体的には、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する措置の概要についても併せて記載するとともに、事業所に掲示すること等。

- 2 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。

※この記録は、2年間保存しなければならない。

- 3 提供したサービスに関し、法第23条（文書の提出等）の規定により、市町村（介護保険者）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。
- 4 市町村（介護保険者）から求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村等に報告しなければならない。
- 5 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調査に協力するとともに、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。
- 6 国民健康保険連合会から求めがあった場合には、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。

30 地域との連携【基準第36条の2】

- 1 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。
- 2 事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても指定通所リハビリテーションの提供を行うよう努めなければならない。

31 事故発生時の対応【基準第37条】

- 1 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、利用者の家族、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。
- 2 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。

※この記録は、2年間保存しなければならない。

- 3 利用者に対する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。

※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の対応方法については、あらかじめ事業者が定めておくことが望ましい。

※賠償すべき事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくか、又は賠償資力を有することが望ましい。

※事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じる。

32 虐待の防止【基準第37条の2】

通所リハビリテーション事業所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乗じなければならない。

- 1 当該指定通所リハビリテーション事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。

【虐待防止委員会で検討する事項】

- イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること
- ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること
- ハ 虐待の防止のための職員件数の内容に関すること
- ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制・整備に関すること
- ホ 従業者が高齢者虐待を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
- ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること
- ト 前号の再発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 当該指定通所リハビリテーション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。

【虐待の防止のための指針に盛り込む事項】

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

- 3 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的開催すること。
- 4 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

※令和6年4月1日より義務化

33 会計の区分【基準第38条】

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。

34 記録の整備【基準第118条の2】

- 1 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なければならない。
- 2 利用者に対する通所リハビリテーションの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から2年間保存しなければならない。
 - (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) 身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録
 - (4) 市町村への通知に係る記録
 - (5) 苦情の内容等の記録
 - (6) 事故の状況・事故に際して採った処置についての記録

3 介護報酬の算定に関する基準

事業所規模による区分の取扱い

◆事業所規模区分について

前年度の1月当たりの平均利用延人員数により、以下のような事業所規模区分となる。

前年度の1月当たりの平均利用延人員数	規模区分
750人以内	通常規模型事業所
751人以上	大規模型事業所

◆「平均利用延人員数」の算出方法

- ① 事業所規模による区分については、施設基準第6号イ(1)に基づき、前年度の1月当たりの平均利用延人員数により算定すべき通所リハビリテーション費を区分しているところであるが、当該平均利用延人員数の計算に当たっては、同号の規定により、当該指定通所リハビリテーション事業所に係る指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け一体的に事業を実施している場合は、当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所における前年度の1月当たりの平均利用延人員数を含むこととされているところである。したがって、仮に指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受けている場合であっても、事業が一体的に実施されず、実態として両事業が分離されて実施されている場合には、当該平均利用延人員数には当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所の平均利用延人員数は含めない取扱いとする。
- ② 平均利用延人員数の計算に当たっては、1時間以上2時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に4分の1を乗じて得た数とし、2時間以上3時間未満の報酬を算定している利用者及び3時間以上4時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に2分の1を乗じて得た数とし、4時間以上5時間未満の報酬を算定している利用者及び5時間以上6時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。また、平均利用延人員数に含むこととされた指定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、指定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、指定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。
- ③ 前年度の実績が6月に満たない事業者(新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む)又は前年度から定員をおおむね25%以上変更して事業を実施しようとする事業者においては、当該年度に係る平均利用延人員数については、便宜上、都道府県知事に届け出た当該事業所の利用定員の90%に予定される1月当たりの営業日数を乗じて得た数とする。
- ④ 毎年度3月31日時点において、事業を実施している事業者であって、4月以降も引き続き事業を実施するものの当該年度の通所リハビリテーション費の算定に当たっては、前年度の平均利用延人員数は、前年度において通所リハビリテーション費を算定している月(3月を除く。)の1月当たりの平均利用延人員数とする。
- ⑤ 平均利用延人員数が750人超の事業所であっても、算定する月の前月において、以下に示す基準を

満たしている場合は、通常規模型通所リハビリテーション費を算定することができる。

- a 利用者の総数のうち、リハビリテーションマネジメント加算を算定した利用者の割合が80%以上であること。利用者の総数とは、前月に当該事業所において通所リハビリテーションを利用することを通所リハビリテーション計画上位置づけている者の人数とする。
- b 「専ら当該通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下、理学療法士等）が、利用者の数を10で除した数以上確保されていること」の要件の算出式は以下の通りとする。

$$\frac{\text{通所リハビリテーション計画に位置付けられた利用時間} \times \text{各利用時間の利用人数)の合計} (\ast 1)}{\text{理学療法士等の通所リハビリテーション事業所における勤務時間の合計} (\ast 2)} \leq 10$$

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

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

所要時間による区分の取扱い

◆所要時間の取扱い

☞ 現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容の通所リハビリテーションを行うための標準的な時間を用いるものとする。

⇒ 当日のサービスの進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が計画上の時間を超えて事業所にいても、計画上位置付けられた所要時間で所定単位数を算定すること。

【居宅留意事項通知 第2の8(1)①】

◆所要時間がやむを得ず短くなった場合

利用者の心身の状況から、実際の通所リハビリテーションの提供が通所リハビリテーション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リハビリテーション計画上の単位数を算定して差し支えない。**【居宅留意事項通知 第2の8(1)③】**

◆所要時間が大幅に短縮した場合

所要時間が大幅に短縮した場合は、当初の計画を変更し、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。**【R3.3.26 Q&A】**

◆利用者ごとのサービス提供時間

利用者ごとに適切なアセスメントを経た結果、計画でそのような時間設定であれば、同じ利用者が利用日毎に異なる提供時間のサービスを受けることや、同じサービス単位のなかにも利用者ごとにサービス提供時間が異なるということもありうる。**【H24.3.16 Q&A】**

◆送迎時の居宅内介助について

所要時間に、送迎に要する時間は含まれない。ただし、次の①と②を満たす場合には送迎時に実施した居宅内介助（電気の消灯・点灯、窓の施錠、着替え、ベッドへの移乗等）に要する時間は**1日30分以内**を限度として、所要時間を含めることが可能。（複数送迎する場合で車内に待たせて行うことは認められない。）

①居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に位置付けた上で行う場合

②送迎時の居宅内介助を行う者が、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護福祉士、実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修課程修了者（旧ホームヘルパー２級研修課程修了者を含む）又は当該事業所における勤続年数と同一法人による他の介護サービス事業所等において直接サービスを提供する職員としての勤続年数が３年以上の介護職員であること。【居宅留意事項通知 第2の7(1)②】

災害時等の取扱い

災害その他のやむを得ない理由により上記の算定式が満たすこととなった場合には、その翌月（月末に災害等が生じた場合等で定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合はさらにその翌月）からすぐには減算せず、やむを得ない理由がないにもかかわらず定員を超過した状態が継続しているという場合に、その翌月から減算する。

また、この場合には、やむを得ない理由により受け入れた利用者については、その利用者を明確に区分した上で、平均利用延べ人員数に含まない。【居宅留意事項通知 第2の8(2)】

定員超過利用に該当する場合の所定単位数の算定について

1月間（暦月）の利用者数の平均（当該月におけるサービス提供日ごとの同時にサービスの提供を受けた者の最大数の合計を、当該月のサービス提供日数で除して得た数/小数点以下は切り上げ）が運営規程で定められている利用定員を超える場合、その翌月から定員超過が解消されるに至った月まで介護報酬の基本部分が70%に減算されます。ただし、災害、虐待の受入れ等やむを得ない理由による定員超過利用については減算としない。（やむを得ない理由がある月のみ。）

なお、上記減算に該当しない場合であっても、1日に定員を超えて受け入れることは運営基準違反となり、特別な事情がなく、改善されない場合は処分の対象となりうる。

【居宅留意事項通知 第2の8(2)】

人員欠如の場合の減算について

人員基準で規定の各職種の指定通所リハビリテーションの配置数が、人員基準上配置すべき員数を下回っている場合、その割合が1割を超えている場合はその翌月から、1割を超えていない場合はその翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで介護報酬の基本部分が70%に減算されます。

（1割未満の人員欠如の事業所において、翌月の末日において人員基準を満たすに至った場合は除く）

高齢者虐待防止措置未実施減算について

指定居宅サービス基準第37条の2（105条準用）に規定する措置を講じていない場合に、全利用者について所定単位数を減算する。

※ 全ての措置のうち一つでも講じられていなければ減算となることに留意すること。

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

【居宅留意事項通知 第2の8(3)】

業務継続計画未策定減算について

指定居宅サービス基準第30条の2第1項（105条準用）に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月（基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月）から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、全利用者について所定単位数を減算する。

- ※ 感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合や、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合に減算の対象となる。
- ※ 当該減算は行政機関が運営指導等で不適切な取り扱いを発見した時点ではなく、「基準を満たさない事実が生じた時点」まで遡及して減算を適用することとなる。
- ※ 経過措置として令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画を策定している場合には、当該減算を適用しないが、義務となっていることを踏まえ、速やかに作成すること。

【居宅留意事項通知 第2の8(4)】

各種加算について

◆理学療法士等体制強化加算 (／日)

(算定要件)

- ①常勤かつ専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置していること
- ②1時間以上2時間未満の短時間リハビリテーションについてのみ算定可

◆延長加算 (／日)

延長加算は、所要時間が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指定通所リハビリテーションを行う場合について、6時間を限度として算定する。

- ※所要時間が8時間未満の場合では、延長加算の算定はできない。
- ※延長時間帯の人員配置は、事業所の実情に応じて適当数の人員配置で差し支えないが、安全体制の確保に留意すること。
- ※8時間の通所リハビリテーションの前後に送迎を行い、居宅内介助等を実施する場合も延長加算は算定可能
- ※同一日に宿泊サービスの提供を受ける場合は、延長加算を算定することはできないが、通所サービスの前後に、医療機関の受診や別の宿泊場所に行くまでの間の延長は延長加算を算定できる

◆リハビリテーション提供体制加算 (／回)

指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。

- ※予防通りハと同一事業所において一体的に運営されている場合は、通所リハの利用者数と予防通りハの利用者数の合計とする。

◆中山間地域利用者への加算

事業者が通常の事業実施地域を越えて、中山間地域等に居住する者へサービスを提供した場合、1日につき所定単位数の5%を加算する。

- ※中山間地域等とは、半島振興法、特定農山村法、山村振興法、離島振興法等よりに指定の地域。

(詳細については、佐賀県HPの「離島等の特別地域加算と中山間地域等にかかる加算」を参照)

- ※この加算を算定する場合、運営規程に規定する通常の事業実施地域を超える利用者から交通費の支払いを受けることはできない。

◆入浴介助加算（／日）

（算定要件）

ア 入浴介助加算（Ⅰ）について

- ① 入浴介助加算（Ⅰ）は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合について算定されるものである（大臣基準告示 24 の 4）が、この場合の「観察」とは、自立生活支援のための見守りの援助のことであり、利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを行うことにより、結果として、身体に直接接する介助を行わなかった場合についても、加算の対象となるものであること。なお、この場合の入浴には、利用者の自立生活を支援する上で最適と考えられる入浴手法が、部分浴（シャワー浴）や清拭である場合は、これを含むものとする。
- ② 通所リハビリテーション計画上、入浴の提供が位置付けられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合については、算定できない。

イ 入浴介助加算（Ⅱ）について

- ① ア①及び②を準用する。
- ② 入浴介助加算（Ⅱ）は、利用者が居宅において、自身で又は家族若しくは居宅で入浴介助を行うことが想定される訪問介護員等（以下、「家族・訪問介護員等」という。）の介助によって入浴ができるようになることを目的とし、以下 a ～ c を実施することを評価するものである。なお、入浴介助加算（Ⅱ）の算定に関係する者は、利用者の状態に応じ、自身で又は家族・訪問介護員等の介助により尊厳を保持しつつ入浴ができるようになるためには、どのような介護技術を用いて行うことが適切であるかを念頭に置いた上で、a ～ c を実施する。

a 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士若しくは介護支援専門員又は利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者（以下、「医師等」という。）が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価する。その際、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが可能であると判断した場合、指定通所リハビリテーション事業所に対しその旨情報共有する。また、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が指定通所リハビリテーション事業所の従業者以外の者である場合は、書面等を活用し、十分な情報共有を行うよう留意すること。

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

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

b 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師との連携の下で、当該利用者の身体の状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、利用者の居宅の浴室の状況に近い環境については、大浴槽等においても、手すりなど入浴に要する福祉用具等を活用し、浴室の手すりの位置や使用する浴槽の深さ及び高さ等を踏まえることで、利用者の居宅の浴室環境の状況を再現していることとして差し支えないこととする。また、入浴介助を行う際は、関係計画等の達成状況や利用者の状態をふまえて、自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、必要な介護技術の習得に努め、これを用いて行われるものであること。なお、必要な介護技術の習得にあたっては、既存の研修等を参考にすること。
- ③ 居宅への訪問の際、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが可能であると判断した場合、指定通所リハビリテーション事業所に対しその旨情報共有する。また、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が指定通所リハビリテーション事業所の従業者以外の者である場合は、書面等を活用し、十分な情報共有を行うよう留意すること。
- ④ 入浴介助を行う際は、関係計画等の達成状況や利用者の状態を踏まえて、自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、必要な介護技術の習得に努め、これを用いて行われるものであること。なお、必要な介護技術の習得にあたっては、既存の研修等を参考にすること。

◆リハビリテーションマネジメント加算（/月）

(算定要件)

○リハビリテーションマネジメント加算 イ

- ① リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等の情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。
- ② 通所リハビリテーション計画について、作成に関与した医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。ただし、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明した場合は、説明した内容等について医師へ報告すること。
- ③ 通所リハビリテーション計画の作成にあたって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合は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すこと。
- ④ 事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- ⑤ 以下のいずれかに該当すること
- i 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他の居宅サービスに係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従事者に対し、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。
 - ii 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、専門的な見地から介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
- ⑥ ①から⑤までに掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。

○リハビリテーションマネジメント加算 ロ

- ① 加算イの①から⑥までに掲げる基準のいずれにも該当すること。
- ② 利用者ごとの通所リハビリテーション計画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。

○リハビリテーションマネジメント加算 ハ

- ① ロ①及び②に掲げる基準に適合すること。
- ② 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を一名以上配置していること。
- ③ 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を一名以上配置していること。
- ④ 利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して栄養アセスメント(利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。)を実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。
- ⑤ 定員超過利用・人員基準の欠如に該当していないこと。
- ⑥ 利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っていること。
- ⑦ 利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者(⑧において「関係職種」という。)が、通所リハビリテーション計画等の内容等の情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報、利用者の栄養状態に関する情報及び利用者の口腔の健康状態に関する情報を相互に共有すること。
- ⑧ ⑦で共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種の間で共有していること。

※リハビリテーションマネジメント加算について

- ① リハビリテーションマネジメント加算は、リハビリテーションの質の向上を図るため、多職種が共同して、心身機能、活動・参加をするための機能について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理していることを評価するものである。なお、SPDCAサイクルの構築を含む、リハビリテーションマネジメントに係る実務等については、別途通知(「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」)も参照すること。
- ② 本加算における、「同意を得た日」とは、通所リハビリテーションサービスの利用にあたり、初めて通所リハビリテーション計画を作成して同意を得た日をいい、当該計画の見直しの際に同意を得た日とは異なることに留意すること。
- ③ 利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月を超えた場合であって、指定通所リハビリテーションのサービスを終了後に、病院等への入院又は他の居宅サービス等の利用を経て、同一の指定通所リハビリテーション事業所を再度利用した場合は、リハビリテーションマネジメント加算イ(1)、ロ(1)、ハ(1)を再算定することはできず、加算イ(2)、ロ(2)、ハ(2)を算定すること。
ただし、疾病が再発するなどにより入院が必要になった状態又は医師が集中的な医学的管理を含めた支援が必要と判断した等の状態の変化に伴う、やむを得ない理由がある場合であって、利用者又は家族が合意した場合には、加算イ(1)、ロ(1)、ハ(1)を再算定できるものであること。
- ④ リハビリテーション会議の構成員は、利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とすること。また、必要に応じて歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士等が参加すること。

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

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

⑦ 大臣基準告示第25号ロ及びハ規定する厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、SPDCAサイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。

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

⑧ リハビリテーションマネジメント加算（ハ）について

イ 栄養アセスメントにおける考え方は、栄養アセスメント加算についてと同様であるので参照されたい。

ロ 口腔の健康状態の評価における考え方は、口腔機能向上加算についてと同様であるので参照されたい。

ハ リハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組についての基本的な考え方は別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参考とし、関係職種間で共有すべき情報は、同通知の様式1-1を参考とした上で、常に当該事業所の関係職種により閲覧が可能であるようにすること。

◆短期集中個別リハビリテーション実施加算（/日）

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、利用者に対して、その退院（所）日又は認定日から起算して3月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行った場合、1日につき所定単位を加算する。ただし、認知症短期集中リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合は算定しない。

※ 短期集中個別リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて、基本的動作能力及び応用的動作能力を向上させ、身体機能を回復するための集中的なりハビリテーションを個別に実施するものであること。

※ 「個別リハビリテーションを集中的に行った場合」とは、退院（所）日又は認定日から起算して3月以内の期間に、1週につきおおむね2日以上、1日当たり40分以上実施するものでなければならない。

◆認知症短期集中リハビリテーション実施加算

① 認知症短期集中リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、認知症を有する利用者の認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力（生活環境又は家庭環境へ適応する等の能力をいう。以下同じ。）を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施するものであること。

② 認知症短期集中リハビリテーション加算（I）は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、

1週間に2日を限度として、20分以上のリハビリテーションを個別に実施した場合に算定できるものである。なお、当該リハビリテーションの提供時間が20分に満たない場合は、算定はできないこととする。

- ③ 認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ）は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を終了した医師により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の状態に応じて、個別又は集団によるリハビリテーションは、1月に8回以上実施することが望ましいが、1月に4回以上実施した場合に算定できるものである。その際には、通所リハビリテーション計画にその時間、実施頻度、実施方法を定めたうえで実施するものであること。
- ④ 認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ）を算定する場合においては、利用者の認知症の状態に対し、支援内容や利用回数が妥当かどうかを確認し、適切に提供することが必要であることから一月に一回はモニタリングを行い、通所リハビリテーション計画を見直し、医師から利用者又はその家族に対する説明し、同意を得ることが望ましい。
- ⑤ 認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ）における通所リハビリテーション計画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。
- ⑥ 認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ）における通所リハビリテーション計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。
- ⑦ 本加算の対象となる利用者は、MMSE（Mini Mental State Examination）又はHDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）においておおむね5点～25点に相当する者とするものであること。
- ⑧ 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。
- ⑨ 本加算は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）についてはその退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）についてはその退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合に算定できることとしているが、当該利用者が過去3月の間に本加算を算定した場合には算定できないこととする。

◆生活行為向上リハビリテーション実施加算（/月）

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、所定単位数を算定する。

（算定要件）

- ・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、言語聴覚士が配置されている。
- ・生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施頻度等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。
- ・リハビリテーションの提供を終了した前1月以内にリハビリテーション会議を開催し、目標の達成状況を報告すること。
- ・通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算（イ）、（ロ）又は（ハ）のいずれかを算定していること。

- ・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。

※短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合においては算定しない。また、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定していた場合においては、利用者の急性憎悪等によりこの加算を算定する必要性についてリハビリテーション会議により合意した場合を除き、算定しない。

※生活行為とは、起居、歩行、排せつ、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。

※他者との関わり合いがある家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等を可能とすることを見据えた目標や実施内容を設定すること。

※評価にあたっては、利用者の居宅を訪問し、能力等の評価を行い、その結果を家族に伝達すること。

※利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を利用者とその家族に伝達するための時間については、通所リハビリテーションの提供時間に含めて差し支えない。

※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を3ヶ月実施した後に利用者の同意を得て、生活行為の内容の向上を目標としたリハビリテーションが必要であると判断された場合、生活行為向上リハビリテーション実施加算に移行することができる。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）を取得した月数を、6月より差し引いた月数のみ算定できる。

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

◆若年性認知症利用者受入加算（／日）※予防リハ（／月）

受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合に所定単位数を算定する。

※65歳の誕生日の前々日まで算定可。

◆栄養アセスメント加算（／月）

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を行った場合、1月つき所定単位数を算定する。ただし、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月並びにリハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定している場合は、栄養アセスメント加算は算定しない。

（算定要件）

- ・当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。
- ・利用者ごとに、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。
- ・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。
- ・定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。

※ 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。

※ 外部との連携の外部とは、栄養アセスメント加算を算定している他の介護事業所、医療機関、

介護保険施設、栄養ケア・ステーション（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・運営）との連携に限る。

※ 栄養アセスメントについては、3月に1回以上、イからニまでに掲げる手順により行うこと。
あわせて、利用者の体重については、1月毎に測定すること。

イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。

ロ 管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題の把握を行うこと。

ハ イ及びロの結果を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。

ニ 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、介護支援専門員と情報共有を行い、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。

※ 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。

ただし、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。

※ 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。

◆栄養改善加算（／回） ※予防リハ（／月）

低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、栄養サービスを行った場合、3月以内の期間に限り、1月に2回を限度して所定単位数を算定する。

（算定要件）

- ・当該事業所の職員として、又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。
- ・利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
- ・利用者ごとの栄養ケア計画に従い、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。
- ・利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。
- ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

※ 利用者全員に一律に加算を算定できるものではなく、算定できる利用者は以下のア～オのうち、いずれかに該当する者。（栄養改善サービス提供が必要と認められる者に限る）

ア BMIが18.5未満の者

イ 1～6月間で3%以上の体重減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリスト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以下の者

エ 食事摂取量が不良（75%以下）の者

オ 基本チェックリストの所定の項目に該当する者等

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

- ・ 口腔及び摂食・嚥下機能の問題（基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。）

- ・ 生活機能の低下の問題 ・ 褥瘡に関する問題 ・ 食欲の低下の問題
- ・ 閉じこもりの問題（基本チェックリストの閉じこもりに関連する(16)、(17)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。）
- ・ 認知症の問題（基本チェックリストの認知症に関連する(18)、(19)、(20)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。）
- ・ うつの問題（基本チェックリストのうつに関連する(21)から(25)の項目において、2項目以上「1」に該当する者などを含む。）

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

イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。

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

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

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

ホ 利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、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。

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

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

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

◆口腔・栄養スクリーニング加算（／回）

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所定単位数を算定する。

(算定要件)

○口腔・栄養改善スクリーニング加算（I）

イ 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に関する情報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。

- ロ 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、当該利用者の口腔の健康に関する情報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。
- ハ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
- ニ 算定日が属する月が、次のいずれにも該当していないこと。
 - ・ 栄養アセスメント加算を算定している間である又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月(栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。)であること。
 - ・ 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月(口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。)であること。
- ホ 他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していないこと。

○口腔・栄養改善スクリーニング加算(Ⅱ)

イ若しくはロのいずれかに適合すること。

イ 次のいずれにも適合すること。

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

ロ 次のいずれにも適合すること。

- ・ 加算(Ⅰ)のロ及びハに掲げる基準に適合すること。
- ・ 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。
- ・ 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月(口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。)であること。
- ・ 他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、口腔(連携強化加算を算定していない)こと。

※ 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。

イ 口腔スクリーニング

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

ロ 栄養スクリーニング

- a BMIが18.5未満である者

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

※口腔・栄養改善スクリーニング加算の算定は、サービス担当者会議で決定することとし、原則として当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施すること。

※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。

※利用者が既に他事業所で栄養スクリーニング加算を算定しているときは算定できない。

※利用者が当該加算を算定できるサービスを複数利用している場合は、各種サービスとの関連性や実施時間の実勢、サービスの提供実績・提供可能性を踏まえサービス担当者会議で検討し、介護支援専門員が判断・決定するものとする。

◆口腔機能向上加算（／回） ※予防リハ（／月）

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接触・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を行った場合は、3月以内の期間に限り、1月に2回を限度として所定単位数を算定する。リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定している場合は、口腔機能向上加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）の口は算定しない。また、サービス開始から3月ごとの評価の結果、口腔機能が向上せず、サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、継続して算定できる。

（算定要件）

○口腔機能向上加算（Ⅰ）

- (1) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。
- (2) 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。
- (3) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービス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ていないこと。

○口腔機能向上加算（Ⅱ）イ

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定していること。
- (2) イ(1)から(5)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (3) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔（くう）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。

○口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

※口腔機能向上加算を算定できる利用者は、次のいずれかに該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者とする。

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

※口腔機能向上サービスの提供は、以下のイからホまでに掲げる手順を経てなされる。

- イ 利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握すること。
- ロ 利用開始時に、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、各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。作成した計画については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
- ハ 口腔機能改善管理指導計画に基づき利用者ごとに口腔機能向上サービスを提供すること。その際、口腔機能改善管理指導計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。
- ニ 利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について、当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供すること。
- ホ サービスの提供の記録すること。

※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。

※おおむね3月ごとの評価の結果、次のいずれかに該当する者であって、継続的にサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上又は維持の効果が期待できると認められるものについては、継続的に口腔機能向上サービスを提供すること。

- ・ 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
- ・ 当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が低下するおそれのある者

※ 口腔機能向上サービスの提供に当たっては、別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参照されたい。

※ 厚生労働省への情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。ただし、口腔機能向上加算(Ⅱ)のイについては、リハビリテーションマネジメント加算(ハ)においてL I F Eへの情報提出を行っている場合は、同一の提出情報に限りいずれかの提出で差し支えない。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(L I F E) 関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

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

◆重度療養管理加算(／日)

厚生労働大臣が定める状態にある要介護3、4又は5である利用者に対して医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合に算定する。ただし、通所リハビリテーションの所要時間が1時間以上2時間未満の利用者は算定できない。

(厚生労働大臣が定める状態)

- ・ 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
- ・ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の四級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態
- ・ 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

※当該加算を算定する場合にあっては、当該医学的管理の内容等を診療録に記録しておくこと。

※上記、厚生労働大臣が定める状態の詳細の定義については、(平成12年3月1日)労企第36号第2の8(22)を参照すること。

◆中重度者ケア体制加算(／日)

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提供した場合に所定単位数を算定する。

(算定要件)

- ・ 事業所の人員基準を満たす看護職員又は介護職員に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保していること。
- ・ 前年度又は算定日が属する月の前3月間の指定通所リハビリテーション事業所の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4、又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上であること。
- ・ 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら指定通所リハビリテーションの提供にあたる看護職員を1名以上配置していること。

※月ごとに、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以上確保する必要がある。

※要介護3、要介護4又は要介護5である者の割合については、前年度(3月を除く。)又は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。

※利用実人員数又は利用延人員数の割合の計算方法は、次の取扱いによるものとする。

イ 前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、前年度の実績による加算の届出はできないものとする。

ロ 前3月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近3月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。また、その割合については、毎月ごとに記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに体制届を提出しなければならない。

※看護職員は、指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて1名以上配置する必要があり、他の職務との兼務は認められない。

※当該加算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。

※中重度者ケア体制加算を算定している事業所にあつては、中重度の要介護者であっても社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するリハビリテーションを計画的に実施するプログラムを作成することとする。

※体調不良等により通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、看護職員を1以上確保できない場合、加算の算定はできない。

◆科学的介護推進体制加算（/月）

（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、利用者に対し指定通所リハビリテーションを行った場合は所定単位数を加算する。

- ・利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の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。
- ・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、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。

※当該加算は、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。

※情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。なお、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。

※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、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こと

◆同一建物に居住する利用者等に対する減算（/回）

事業所と同一建物に居住する者、又は同一建物から通所介護（リハビリテーション）事業所に通う者に対しサービス提供を行った場合は、1日につき所定単位数を減算する。

※「同一建物」とは通所介護（リハビリテーション）事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、当該建築物の管理・運営法人が通所介護事業所と異なる場合であっても、減算の対象となる。具体的には、建物の1階部分に通所介護事業所がある場合や、建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建物や、道路を挟んで隣接する場合は該当しない。

※「同一建物から通所介護（リハビリテーション）事業所に通う者」は、同一建物から通所介護事業所に通い、通所介護終了後にも同一建物に帰る場合に適用される。したがって、同一建物から通所介護事業所に通い、提供後に自宅に帰る場合は、同一建物減算ではなく、送迎減算（片道）を適用することとなる。

※傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者（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つて、かつ建物の構造上自力での通所が困難である者等）に対して2人以上の従業者による送迎を行った場合等は、例外的に減算対象とならない。

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、サービス担当者会議等で慎重に検討し、その内容及び結果について通所リハビリテーション計画に記載しなければならない。

◆送迎を行わない場合の減算（/片道につき）

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、利用者に対して、その居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき減算する。

※送迎減算の有無に関して、個別サービス計画上に送迎が往復か片道かを位置付けさせる必要がある。その上で、実際に送迎を行っていない場合に減算をすることとなる。（計画で送迎を行うよう位置付けていても、実際に行わない場合は減算となる。）

※「同一建物に居住する利用者等に対する減算」が適用される利用者は、送迎減算を算定しない。（同時に減算しない。）

※徒歩での送迎を行った場合は、減算にはならない。

※「同一建物に居住する利用者等に対する減算」が適用される利用者は、送迎減算を算定しない。（同時に減算しない。）

※利用者の理由等により送迎を行わなかった場合にも、送迎を行っていなければ減算となる。

◆移行支援加算（／日）

事業所がリハビリテーションを行い、利用者の社会参加等を支援した場合は、評価対象期間（加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間）の末日が属する年度の次の年度に限り加算する。

（算定要件）

- ・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、その後、通所介護等（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を除く）を実施した者の占める割合が100分の3以上
- ・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、通所リハビリテーション終了者に対して、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。
- ・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が100分の27以上であること。
- ・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。

※平均利用月数については、以下の式により計算すること。

◎計算式：(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) (評価対象期間の新規利用者数の合計+評価対象期間の新規終了者数の合計) ÷ 2
- ※ (i) の利用者用者には、当該施設の利用を開始して、その日のうちに利用を修了した者又は死亡した者を含む。
- ※ (i) の利用者延月数は、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。
- ※ (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。
- ※ (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。

※移行支援加算におけるリハビリテーションは、通所リハビリテーション計画に家庭や社会への参加を可能とするための目標を作成すること。

※「通所介護等」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、通所リハビリテーション、認知症対応型共同生活介護等は含まれず、算定対象とならないこと。

※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

※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あることはできない。

※算定要件の積算にあたって算出した数の小数点第3位以下は切り上げること。

◆サービス提供体制強化加算（／回）※予防リハ（／月）

事業所における前年度（4月～2月）の職員体制に応じて、基準にあげる各区分に従い所定単位数を算定する。

（算定要件）

○サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

- ・次のいずれかに該当すること。
 - イ 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上であること。
 - ロ 介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上であること。
- ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

○サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

- ・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること。
- ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

○サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

- ・次のいずれかに該当すること。
 - イ 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上であること。
 - ロ 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30%以上であること。
- ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

※前年度の実績が6月満たない事業所（新規開設、再開した事業所を含む）については、届出日の属する月の前3月において算出すること。したがって、新規開設事業所は4月目以降届出が可能となる。

※前年度実績が6月を満たない事業所については、届出を行った月以降、直近3月間の職員割合につき、毎月継続的に所定割合を維持しなければならず、所定割合を下回った場合は体制届を提出すること。

※介護福祉士の資格及び勤続年数については、各月の前月の末日時点における資格取得者及び勤務年数である。

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

※直接提供する職員とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員として勤務を行う職員を指すものとする。なお、1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションを算定する場合であって、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師がリハビリテーションを提供する場合には、これらの職員も含むものとする。

（介護予防通所リハビリテーション）

◆下記のものについては、通所リハビリテーションの頁を参照

○高齢者虐待防止措置未実施減算

○業務継続計画未策定減算

○中山間地域利用者への加算

○生活行為向上リハビリテーション実施加算（終了後の一時減算を含む）

- 若年性認知症利用者受入加算
- 同一建物に居住する利用者等に対する減算
- 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
- サービス提供体制強化加算

◆12月を越えて介護予防通所リハビリテーション実施減算

利用者に対して、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合であって、指定介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して12月を越えて指定介護予防リハビリテーションを行うときは、所定単位数から減算する。

【厚生労働大臣が定める要件】

次のいずれにも該当すること。

- イ 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直していること。
- ロ 利用者ごとのリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

※ 留意事項

- ① 指定介護予防通所リハビリテーションの利用が12月を超える場合は、指定介護予防通所リハビリテーション費から要支援1の場合120単位、要支援2の場合240単位減算する。ただし、厚生労働大臣が定める基準をいずれも満たす場合においては、リハビリテーションマネジメントのもと、リハビリテーションを継続していると考えられることから、減算は行わない。
- ② リハビリテーション会議の開催については、指定訪問リハビリテーションと同じであることから、別途通知(「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」)を参照すること。
- ③ 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護 情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務 処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、SPDCAサイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。
- ④ なお、入院による中断があり、医師の指示内容に変更がある場合は、新たに利用が開始されたものとする。

◆退院時共同指導加算

病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導(病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者との間で当該

者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、当該者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅での通所リハビリテーション計画に反映させることをいう。)を行った後に、当該者に対する初回の指定通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算する。

※ 留意事項

- ① 介護予防通所リハビリテーションにおける退院時共同指導とは、病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者との間で当該者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、当該者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅での介護予防通所リハビリテーション計画に反映させることをいう。
- ② 退院時共同指導は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該者又はその家族の同意を得なければならない。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
- ③ 退院時共同指導を行った場合は、その内容を記録すること。
- ④ 当該利用者が介護予防通所及び介護予防訪問リハビリテーション事業所を利用する場合において、各事業所の医師等がそれぞれ退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合は、各事業所において当該加算を算定可能である。ただし、介護予防通所及び介護予防訪問リハビリテーション事業所が一体的に運営されている場合においては、併算定できない。

◆一体的サービス提供加算

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、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施した場合に所定単位数を加算する。

ただし、栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定している場合は、算定しない。

《算定要件》

- イ 栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること。
- ロ 利用者がデイサービスを利用した日に、当該利用者に対し、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設けていること。

◆科学的介護推進体制加算

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定介護予防リハビリテーションを行った場合に1月につき所定単位数を加算する。

- (1) 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。
- (2) 必要に応じて指定介護予防リハビリテーション計画を見直すなど、指定介護予防リハビリテーションの提供に当たって、指定介護予防リハビリテーションを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

※ 留意事項

- ① 当該加算は、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。
- ② 情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。なお、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。

- ③ 事業所は、利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、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り組みが求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。

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

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

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

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

4 運営指導における指摘事項

●変更の届出

- ・ 利用者の負担割合を1割、2割又は3割に変更しているが、運営規程の記載内容が適切に変更されていなかった。
- ・ 代表者、管理者が申請時と異なっていた。
- ・ 営業日、従業員の員数に変更になっているが変更届の提出がなかった。
- ・ 事業所の建物を改修しているにもかかわらず、変更届が提出されていなかった。
- ・ 食費の変更があったにもかかわらず、変更届の提出がなかった。

●健康診断

- ・ 従業員の健康診断の受診結果がなく、健康診断を行っているか不明だった。

●高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律

- ・ 研修を行っていないかった
- ・ マニュアルの作成はあったものの市町が行う内容になっており、整備が不十分だった。

●個人情報の保護に関する法律

- ・ 個人カルテについて、個人情報の漏洩防止の観点から配慮されたものになっていなかった。

●届出手続の運用

- ・ 加算が算定されない状況にもかかわらず、体制届が提出されていなかった。

●従業者の員数

- ・ 理学療法士がサービス提供時間帯を通して必要人数配置されていない日があった。

●事故発生時の対応

- ・ 事故発生時に、市町村、利用者家族、居宅介護支援事業者への連絡を行う記載がなかった。
- ・ 事故防止のマニュアルが作成されていなかった。

●利用料等の受領

- ・ ボディーシャンプー等を持ってきている人に日常生活費を他の利用者と同様に徴収していた。
- ・ 入居者の同意を得て徴収する日常生活費について、積算根拠が不明確だった。

●苦情処理

- ・ 苦情処理の体制の整備がされておらず、事業所に苦情処理の手順等の掲示がされていなかった。
- ・ 苦情処理窓口に市町、国民健康保険団体連合会の窓口の記載がない。”

●掲示

- ・ 重要事項説明書の掲示がなかった。
- ・ 事業所内において運営規程の概要等の掲示があるものの、理学療法士等の勤務体制等が現状と異なる内容が掲示されていた。
- ・ 事業所内において運営規程の概要等の掲示があるものの、壁の上の見づらい場所やリハビリ機器でさえぎられる場所に掲示していた。
- ・ 通所リハビリテーションの内容で2時間以上3時間未満のサービスを行っているにも関わらず、料金表に記載がなかった。

●衛生管理

- ・ 感染症予防の研修を行っていなかった。
- ・ アルコール消毒液の容器に、開封日時、使用期限の記載がなかった。
- ・ 感染症の予防マニュアルの記載の中にレジオネラ症対策の記載がなかった。

●緊急時の対応

- ・ 事故発生時の対応で、居宅介護支援事業者へ連絡を行うという記載がマニュアルになかった。

●運営規程

- ・ 運営規程が定められていなかった。
- ・ 運営規程内に非常災害対策の記載がなかった。
- ・ 営業日及び営業時間が運営規程と重要事項説明書とに差異があった。
- ・ 通常の事業の実施地域で、事業所が実際に送迎できない地域の記載があった。
- ・ 実際の営業日と運営規程が異なっていた。
- ・ 利用料については、10割の料金表が記載されており、利用者の負担割合がその利用料からの1割、2割又は3割と明記されていなかった。
- ・ 通所リハビリテーションの内容で2時間以上3時間未満のサービスを行っているにも関わらず、運営規程に定められていなかった。
- ・ 勤務している職種の員数が現状と異なっていた。
- ・ 保険外サービスの目的、運営方針、利用料等が、指定通所リハビリテーション事業所の運営規程と別に定められていなかった。

●秘密保持

- ・ 秘密保持の誓約書が交わされていない人がいた。
- ・ 秘密保持の誓約書に家族の秘密を漏らさないという記載がなかった。
- ・ 通所リハビリテーションの医師の誓約書がなかった。
- ・ 医師の秘密保持の誓約書に家族の秘密を漏らさないという記載がなかった。

●指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針

- ・ リハビリテーションを開始するにあたり、医師の指示が記載された書類がなかった。
- ・ 屋外でサービス提供をしている利用者について、通所リハビリテーション計画のなかに当該屋外サービスについての記載がない事例がある。

●通所リハビリテーション計画の作成

- ・ 通所リハビリテーション計画書が作成されていなかった。
- ・ 医師の指示が確認できない状況で、通所リハビリテーションの計画を作成し実施していた。
- ・ 新規にリハビリテーション実施計画を作成した利用者に対して、当該利用者の居宅を訪問し診察等を行った日時の記録がなかった。
- ・ サービス開始後2週間以内のアセスメント、評価、計画、説明・同意が行われていない場合があった。
- ・ 居宅サービス計画を確認しないまま、通所リハビリテーション計画が作成してあり、居宅サービス計画と通所リハビリテーション計画の内容に齟齬あった。
- ・ 利用者の要介護度の区分変更が行われているにもかかわらず、通所リハビリテーション計画書の見直しが行われていなかった。

●勤務体制の確保等

- ・ 通所リハビリテーションの従業者の資質向上のための研修の年間計画や実施記録がなく、行ったかどうか分からなかった。
- ・ 雇用契約書がないため、派遣労働者か従業者なのかの確認がとれなかった。

●送迎を行わない場合の減算

- ・ 送迎の記録について、行わなかった人は分かるように色分けをしているが、色分けができていない箇所があった。
- ・ 通所リハビリテーション計画に、送迎が往復か片道かについて位置づけがされていない。

●入浴加算

- ・ 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が、利用者側の都合により入浴を実施しなかった場合において、加算の算定があった。

●リハビリテーションマネジメント加算

- ・ 計画が作成されていない状況で、リハビリテーションマネジメント加算を算定していた。
- ・ リハビリテーションマネジメント加算の算定に関し、医師より利用者のこれまでの医療提供の状況について情報収集を行っておらず、計画については、他職種が参加するリハビリテーション会議を開催した記録が記載されていないなど事務処理手順に沿って実施されていなかった。
- ・ 利用者の状況を確認（記録）せずにリハビリテーションマネジメント加算を算定していた事例があった。
- ・ 医師の指示内容が不十分な状況でリハビリテーション計画書等を作成し実施していた。
- ・ おおむね3月ごとにアセスメントとそれに基づく計画書の作成が行われていない等、リハビリテーションマネジメントの事務手順に沿って実施できていなかった。
- ・ リハビリテーションマネジメントにおける計画書の作成又は変更にあたって、医師の指示がない状況で計画を作成していた。
- ・ 要支援から要介護に介護度が変わった利用者に対して、その時点での通所リハビリテーションの計画を作成、交付等を行っていなかった。
- ・ リハビリテーションマネジメントにおける計画書の作成又は変更にあたって、医師の指示がない状況で計画を作成していた事例があり、また開始時に指示がない状況で居宅を訪問して運動機能検査等を行っていた。

●所要時間による区分

- ・ 利用者について理美容をサービス時間内に行っており、理美容サービスに要した時間も含めて所要時間の区分を請求していた。
- ・ 通所リハビリテーションの実施中にやむを得ない病院受診を行っていたにもかかわらず、サービスの中断と提供時間を短縮して請求していなかった。
- ・ 送迎時の居宅内介助について、居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に位置付けられていないにも関わらず、所要時間に含めている。また、通所リハビリテーションとしてのサービス提供となるため、具体的な記録を作成すること。

●短期集中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の算定が前提となるが、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ない状況で、短期集中リハビリテーションを実施していた。
- ・ 短期集中個別リハビリテーションを1日40分実施している記録がなかった。

5 各種届出

○ 変更届等の提出について

事業者は、指定内容に変更があった場合は、遅滞なく（変更後10日以内）『変更届出書』に関係書類を添付の上、佐賀県知事に届出を行うこと。【介護保険法第75条、第115条の5】

※変更届出書等の様式は、県のHPに掲載しています。

佐賀県庁HP→【健康・福祉】→【高齢者福祉・介護保険】→【介護保険】→【介護保険事業者の変更・再開・廃止・休止・辞退等手続きについて】

○ 体制届の提出について

指定介護予防リハビリテーション事業者は、体制届の事項に変更があった場合は、遅滞なく『介護給付費算定に係る体制等に関する届出書』に関係書類を添付の上、佐賀県知事に届出を行うこと。

（新たに加算等を算定する場合は、算定を開始する月の前月15日までに提出、加算等が算定されなくなる場合は速やかに届け出ること。）

※体制届出書等の様式は、県のHPに掲載。

佐賀県庁HP→【健康・福祉】→【高齢者福祉・介護保険】→【介護保険】→【介護保険指定事業所向け介護給付費算定にかかる届出について】