

# 平成30年度介護報酬改定等説明会資料

## 【(介護予防) 通所リハビリテーション】

<b>1 平成30年度介護報酬改定の概要(案)</b>	1
<b>2 介護報酬の算定構造(案)</b>	
通所リハビリテーション	9
介護予防通所リハビリテーション	15
<b>3 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(案)</b>	16
<b>4 基準省令に関する通知案</b> (介護報酬の解釈 指定基準編「通称：赤本」右側の解釈通知の改正案)	19
<b>5 報酬告示に関する通知案</b> (介護報酬の解釈 単位数編「通称：青本」右側の留意事項の改正案)	
通所リハビリテーション	33
介護予防通所リハビリテーション	44

はじめに

- 平成30年度介護報酬改定等の内容は、今後、厚生労働省より省令・告示・通知等で正式に示されることとなります。本日は、その概要(案)を説明します。詳細については、省令・告示・通知等をご参照ください。
- 資料は、平成30年1月26日に開催された「第158回 社会保障審議会給付費分科会」の資料のうち各サービスに係るページを抜粋しています(平成30年3月6日に開催された「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」資料と同様の内容であると確認済み。)。なお、4、5については、厚生労働省老健局老人保健課より、平成30年3月7日付け事務連絡で送付された「抜粋、現時点版」を掲載しています。
- 正式な省令・告示・通知等は、厚生労働省の通知発出後に以下のホームページに掲載予定です。また、新たにQ&A等が発出された場合も、同じく掲載予定ですので、随時、更新内容の確認をお願いします。

熊本県HP※>健康・福祉>介護>介護サービス事業所>報酬改定  
※熊本県HP <http://www.pref.kumamoto.jp/>

平成30年3月

熊本県健康福祉部長寿社会局高齢者支援課  
熊本市健康福祉局福祉部高齢介護福祉課

# 11. 通所リハビリテーション

## 11. 通所リハビリテーション

### 改定事項

#### ○基本報酬

- ①医師の指示の明確化等
- ②リハビリテーション会議への参加方法の見直し等
- ③リハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価
- ④介護予防通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の創設
- ⑤社会参加支援加算の要件の明確化等
- ⑥介護予防通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算の創設
- ⑦栄養改善の取組の推進
- ⑧3時間以上のサービス提供に係る基本報酬等の見直し等
- ⑨短時間リハビリテーション実施時の面積要件等の緩和
- ⑩医療と介護におけるリハビリテーション計画の様式の見直し等
- ⑪介護医療院が提供する通所リハビリテーション
- ⑫介護職員処遇改善加算の見直し

## 11. 通所リハビリテーション 基本報酬

単位数	
○通所リハビリテーション	
【例】要介護3の場合	
	<現行>
通常規模型	3時間以上4時間未満 596単位/回 4時間以上6時間未満 772単位/回 6時間以上8時間未満 1022単位/回
	⇒
	<改正案>
	3時間以上4時間未満 596単位/回 4時間以上5時間未満 681単位/回 5時間以上6時間未満 799単位/回 6時間以上7時間未満 924単位/回 7時間以上8時間未満 988単位/回
大規模型（Ⅰ）	3時間以上4時間未満 587単位/回 4時間以上6時間未満 759単位/回 6時間以上8時間未満 1007単位/回
	⇒
	<改正案>
	3時間以上4時間未満 587単位/回 4時間以上5時間未満 667単位/回 5時間以上6時間未満 772単位/回 6時間以上7時間未満 902単位/回 7時間以上8時間未満 955単位/回
大規模型（Ⅱ）	3時間以上4時間未満 573単位/回 4時間以上6時間未満 741単位/回 6時間以上8時間未満 982単位/回
	⇒
	<改定後>
	3時間以上4時間未満 573単位/回 4時間以上5時間未満 645単位/回 5時間以上6時間未満 746単位/回 6時間以上7時間未満 870単位/回 7時間以上8時間未満 922単位/回
○介護予防通所リハビリテーション	
	<現行>
要支援1	1812単位/月
要支援2	3715単位/月
	⇒
	<改定後>
	1712単位/月
	3615単位/月

93

## 11. 通所リハビリテーション ①医師の指示の明確化等

概要	※介護予防訪問リハビリテーションについては、項目④参照
○ 医師の指示の内容を明確化して、評価するとともに、明確化する内容を考慮しながら、直近の介護事業経営実態調査の結果も踏まえて基本報酬を見直すこととする。	
○ 具体的には、医師の詳細な指示について、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件として明確化し、別途評価するとともに、介護事業経営実態調査の結果を踏まえ、基本報酬を設定することとする。	
単位数	
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）	<現行> 230単位/月
	⇒
	<改定後> 330単位/月
算定要件等	
○ リハビリテーションマネジメント加算の算定要件に以下の内容を加える。	
・ 指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行うこと。	
○ 以下の内容を通知に記載する。	
・ 医師が当該利用者に対して3月以上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の備考欄に継続利用が必要な理由、その他の指定居宅サービスへの移行の見通しを記載すること。	

94

## 11. 通所リハビリテーション ②リハビリテーション会議への参加方法の見直し等

### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションについては、項目④参照

- 現行のリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を算定するためには、医師が利用者又はその家族に対し、リハビリテーション計画の内容等について、リハビリテーション会議で説明し、同意を得ることが必要である。
- しかし、医師のリハビリテーション会議への出席が困難なことや、医師からの説明時間が確保できないことから、この加算を算定できないことが多いという意見を踏まえ、以下の見直しを行うこととする。
  - ア リハビリテーション会議への医師の参加について、テレビ電話等（※）を活用してもよいこととする。【通知改正】
    - ※ テレビ会議システムその他、携帯電話等でのテレビ電話を含む。
  - イ 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リハビリテーション計画等について医師の代わりに説明できることとする。ただし、この場合の評価は適正化することとする。
  - ウ リハビリテーション会議の開催頻度について、過去に一定以上の期間・頻度で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ある利用者におけるリハビリテーション会議の開催については、算定当初から3月に1回でよいこととする。【通知改正】

### 単位数

<現行>	<改定後>
	リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）
	6月以内 850単位/月（新設）
	6月以降 530単位/月（新設）
	※リハビリテーション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説明する場合
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）	⇒ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）
6月以内 1020単位/月	6月以内 1120単位/月
6月以降 700単位/月	6月以降 800単位/月
	※医師が説明する場合

### 算定要件等

- <アについて>
  - リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）（Ⅲ）共通の事項として通知に以下の内容を記載する。
    - ・ 構成員である医師のリハビリテーション会議への出席については、テレビ電話等（テレビ会議システムその他、携帯電話等でのテレビ電話を含む）を使用してもよいこととする。
- <イについて>
  - 以下をリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の算定要件とする。
    - ・ 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。

95

## 11. 通所リハビリテーション ③リハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価

### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションについては、項目④参照

- リハビリテーションの質の更なる向上のために、現行のリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の要件に加えて、以下の要件を満たした事業所を新たに評価することとする。

### 単位数

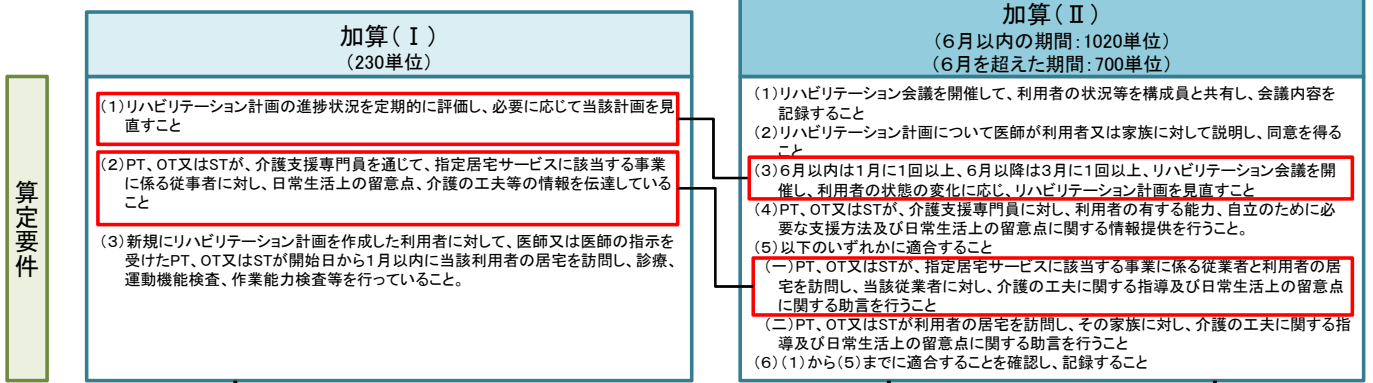
<現行>	<改定後>
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）	⇒ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）
6月以内 1020単位/月	6月以内 1220単位/月（新設）
6月以降 700単位/月	6月以降 900単位/月（新設）
	※3月に1回を限度とする

### 算定要件等

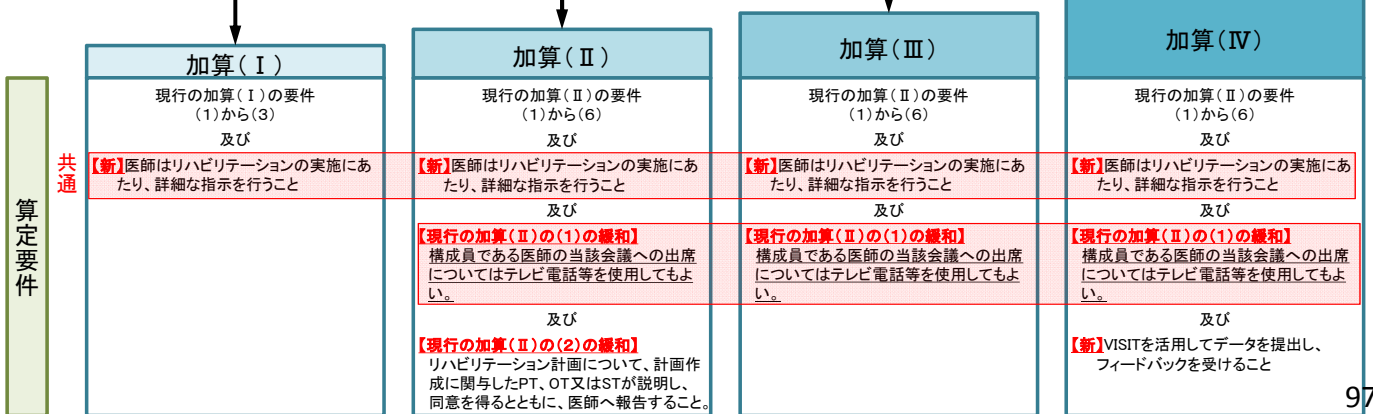
- 以下の内容を算定要件とする。
  - ・ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）の要件に適合すること。
  - ・ 指定通所リハビリテーション事業所における通所リハビリテーション計画書等の内容に関するデータを、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業に参加し、同事業で活用しているシステム（VISIT）を用いて厚生労働省に提出していること。

# 通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算

<現行>



<改定後>



## 11. 通所リハビリテーション

### ④介護予防通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の創設

**概要** ※介護予防通所リハビリテーションのみ

- 質の高いリハビリテーションを実現するため、介護予防通所リハビリテーションについてもリハビリテーションマネジメントを導入することとする。
- ただし、要支援者が対象となることから、以下のとおり、要介護者で算定されているリハビリテーションマネジメント加算の要件の一部のみを導入することとする。

**単位数**

<現行> なし ⇒ <改定後> リハビリテーションマネジメント加算 330単位/月(新設)

**算定要件等**

- 以下の内容を算定要件とする。
  - ・ 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師が、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以上の指示を行うこと。
  - ・ おおむね3月ごとにリハビリテーション計画を更新すること。
  - ・ 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、従業者に対して日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達すること。
- 以下の内容を通知に記載する。
  - ・ 医師が当該利用者に対して3月以上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の備考欄に継続利用が必要な理由、その他の指定介護予防サービスへの移行の見通しを記載すること。

## 11. 通所リハビリテーション ⑤社会参加支援加算の要件の明確化等

### 概要

※介護予防通所リハビリテーションは含まない

- 社会参加支援加算の算定要件について、サービスの種類を考慮しつつ、告示と通知の記載内容を整理し、算定要件を明確にする。【通知改正】
- また、現行、告示や通知に記載されていない、下記の場合を加えることとする。
  - ・通所リハビリテーションの利用者が、要介護から要支援へ区分変更と同時に、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に移行した場合。
  - ・就労に至った場合。【通知改正】

### 単位数

社会参加支援加算	<現行> 12単位/日	⇒	<改定後> 変更なし
----------	----------------	---	---------------

### 算定要件等

- 現行の算定要件
  - ・評価対象期間において指定通所リハビリテーションの提供を終了した者（生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定した者を除く。）のうち、指定通所介護、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、第一号通所事業その他社会参加に資する取組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。
  - ・評価対象期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、通所リハビリテーション終了者に対して、その居宅を訪問すること又は介護支援専門員から居宅サービス計画に関する情報提供を受けること。
  - ・リハビリテーションの利用の回転率
 
$$\frac{12\text{月}}{\text{平均利用延月数}} \geq 25\% \text{ であること。}$$
 ※平均利用月数の考え方 =  $\frac{\text{評価対象期間の利用延月数}}{\text{評価対象期間の（新規開始者数+新規終了者数）} \div 2}$

99

## 11. 通所リハビリテーション

### ⑥介護予防通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算の創設

### 概要

※介護予防通所リハビリテーションのみ

- 活動と参加に資するリハビリテーションを更に推進する観点から、現在、通所リハビリテーションで評価されている生活行為向上リハビリテーション実施加算を、介護予防通所リハビリテーションにおいても創設する。

### 単位数

<現行>	<改定後>
なし	生活行為向上リハビリテーション実施加算
⇒	3月以内 900単位/月（新設）
	3月超、6月以内 450単位/月（新設）

- ※ ただし、当該加算を算定後に介護予防通所リハビリテーションを継続利用する場合は、翌月から6月間に限り所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数から減算する。

### 算定要件等

- 以下の要件を算定要件とする。
  - ・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
  - ・生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。
  - ・当該計画で定めた指定介護予防通所リハビリテーションの実施期間中に指定介護予防通所リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内にリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。
  - ・介護予防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を算定していること。
- 事業所評価加算との併算定は不可とする。

100

## 11. 通所リハビリテーション ⑦栄養改善の取組の推進

**概要** ※介護予防通所リハビリテーションを含む

- ア 栄養改善加算の見直し
- 栄養改善加算について、管理栄養士1名以上の配置が要件とされている現行の取扱いを改め、外部の管理栄養士の実施でも算定を認めることとする。
- イ 栄養スクリーニングに関する加算の創設
- 管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の評価を創設する。

### 単位数

- アについて
- |                |   |       |
|----------------|---|-------|
| <現行>           |   | <改定後> |
| 栄養改善加算 150単位/回 | ⇒ | 変更なし  |
- イについて
- |      |   |                                       |
|------|---|---------------------------------------|
| <現行> |   | <改定後>                                 |
| なし   | ⇒ | 栄養スクリーニング加算 5単位/回（新設）<br>※6月に1回を限度とする |

### 算定要件等

- ア 栄養改善加算
- 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所・医療機関・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 栄養スクリーニング加算
- サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む。）を介護支援専門員に文書で共有した場合に算定する。

101

## 11. 通所リハビリテーション ⑧3時間以上のサービス提供に係る基本報酬等の見直し等

**概要** ※介護予防通所リハビリテーションは含まない

- 通所リハビリテーションと通所介護の役割分担と機能強化に関する議論や、通所介護の見直しを踏まえ、以下の見直しを行う。
  - ア 3時間以上の通所リハビリテーションを提供した場合の基本報酬について、同じ時間、同等規模の事業所で通所介護を提供した場合の基本報酬との均衡を考慮しつつ見直しを行う。
  - イ 一方で、リハビリテーション専門職の配置が、人員に関する基準よりも手厚い体制を構築し、リハビリテーションマネジメントに基づいた長時間のサービスを提供している場合を評価する。

### 単位数

- |      |   |                       |
|------|---|-----------------------|
| <現行> |   | <改定後>                 |
| なし   | ⇒ | リハビリテーション提供体制加算       |
|      |   | 3時間以上4時間未満 12単位/回（新設） |
|      |   | 4時間以上5時間未満 16単位/回（新設） |
|      |   | 5時間以上6時間未満 20単位/回（新設） |
|      |   | 6時間以上7時間未満 24単位/回（新設） |
|      |   | 7時間以上 28単位/回（新設）      |

※ 基本報酬については、別頁に記載

### 算定要件等

- <イについて>
- 以下の要件を算定要件とする。
    - ・ リハビリテーションマネジメント加算(I)から(IV)までのいずれかを算定していること。
    - ・ 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。

102

## 11. 通所リハビリテーション ⑨短時間リハビリテーション実施時の面積要件等の緩和

**概要** ※介護予防通所リハビリテーションは含まない

- 医療保険の脳血管疾患等・廃用症候群・運動器リハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの移行を円滑に行う観点から、診療報酬改定における対応を鑑みながら、必要に応じて、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の面積・人員・器具の共用に関する要件を緩和することとする。【通知改正】

	現行	見直しの方向(注1、注2)
面積要件	介護保険の利用定員と医療保険の患者数の合計数 × 3㎡ 以上を満たしていること。	常時、介護保険の利用者数 × 3㎡ 以上を満たしていること。
人員要件	同一職種の従業者と交代する場合は、医療保険のリハビリテーションに従事することができる。	同じ訓練室で実施する場合には、医療保険のリハビリテーションに従事することができる。
器具の共有	1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションの場合は、必要な器具の共用が認められる。	サービス提供の時間にかかわらず、医療保険・介護保険のサービスの提供に支障が生じない場合は、必要な器具の共用が認められる。

注1 最終的な見直し内容は、今後、解釈通知で規定する予定

注2 面積要件・人員要件の見直しは、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。

103

## 11. 通所リハビリテーション ⑩医療と介護におけるリハビリテーション計画の様式の見直し等

**概要** ※介護予防通所リハビリテーションを含む

- ア 医療保険の疾患別リハビリテーションを受けている患者の介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を推進するため、医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画書の共通する事項について互換性を持った様式を設けることとする。
- イ 指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所が、医療機関から当該様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、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、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能とする。
- ただし、当該様式を用いて算定を開始した場合には、3月以内にリハビリテーション計画を作成することとする。【通知改正】

医療保険 疾患別リハビリテーション

目標設定等支援・管理料  
「目標設定等支援・管理シート」

- 算定要件：要介護被保険者等に対し、多職種が共同して、患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付け等を行った場合に算定
- 文書の内容：発症からの経過、ADL評価、リハビリテーションの目標、心身機能・活動及び社会参加に関する見通し（医師の説明、患者の受け止め）、介護保険のリハビリテーションの利用の見通し 等

介護保険 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計画書」

- 算定要件：多職種が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に算定
- 文書の内容：利用者と家族の希望、健康状態（原疾患名、経過）、参加の状況、心身機能の評価、活動の評価（改善の可能性）、リハビリテーションの目標と具体的な支援内容、他職種と共有すべき事項 等

104



## 11. 通所リハビリテーション ⑪介護医療院が提供する通所リハビリテーション

概要																															
※介護予防通所リハビリテーションを含む																															
○ 通所リハビリテーションについては、介護療養型医療施設が提供可能であったことを踏まえ、介護医療院においても提供することを可能とする。																															
単位数																															
○通所リハビリテーション																															
【例】要介護3の場合																															
通常規模型	<table border="0"> <tr> <td>&lt;現行&gt;</td> <td>なし</td> <td>⇒</td> <td>&lt;改定後&gt;</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3時間以上4時間未満</td> <td>596単位/回 (新設)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4時間以上5時間未満</td> <td>681単位/回 (新設)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5時間以上6時間未満</td> <td>799単位/回 (新設)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>6時間以上7時間未満</td> <td>924単位/回 (新設)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>7時間以上8時間未満</td> <td>988単位/回 (新設)</td> </tr> </table>	<現行>	なし	⇒	<改定後>					3時間以上4時間未満	596単位/回 (新設)				4時間以上5時間未満	681単位/回 (新設)				5時間以上6時間未満	799単位/回 (新設)				6時間以上7時間未満	924単位/回 (新設)				7時間以上8時間未満	988単位/回 (新設)
<現行>	なし	⇒	<改定後>																												
			3時間以上4時間未満	596単位/回 (新設)																											
			4時間以上5時間未満	681単位/回 (新設)																											
			5時間以上6時間未満	799単位/回 (新設)																											
			6時間以上7時間未満	924単位/回 (新設)																											
			7時間以上8時間未満	988単位/回 (新設)																											
大規模型 (I)	<table border="0"> <tr> <td>&lt;現行&gt;</td> <td>なし</td> <td>⇒</td> <td>&lt;改定後&gt;</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3時間以上4時間未満</td> <td>587単位/回 (新設)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4時間以上5時間未満</td> <td>667単位/回 (新設)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5時間以上6時間未満</td> <td>772単位/回 (新設)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>6時間以上7時間未満</td> <td>902単位/回 (新設)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>7時間以上8時間未満</td> <td>955単位/回 (新設)</td> </tr> </table>	<現行>	なし	⇒	<改定後>					3時間以上4時間未満	587単位/回 (新設)				4時間以上5時間未満	667単位/回 (新設)				5時間以上6時間未満	772単位/回 (新設)				6時間以上7時間未満	902単位/回 (新設)				7時間以上8時間未満	955単位/回 (新設)
<現行>	なし	⇒	<改定後>																												
			3時間以上4時間未満	587単位/回 (新設)																											
			4時間以上5時間未満	667単位/回 (新設)																											
			5時間以上6時間未満	772単位/回 (新設)																											
			6時間以上7時間未満	902単位/回 (新設)																											
			7時間以上8時間未満	955単位/回 (新設)																											
大規模型 (II)	<table border="0"> <tr> <td>&lt;現行&gt;</td> <td>なし</td> <td>⇒</td> <td>&lt;改定後&gt;</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3時間以上4時間未満</td> <td>573単位/回 (新設)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4時間以上5時間未満</td> <td>645単位/回 (新設)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5時間以上6時間未満</td> <td>746単位/回 (新設)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>6時間以上7時間未満</td> <td>870単位/回 (新設)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>7時間以上8時間未満</td> <td>922単位/回 (新設)</td> </tr> </table>	<現行>	なし	⇒	<改定後>					3時間以上4時間未満	573単位/回 (新設)				4時間以上5時間未満	645単位/回 (新設)				5時間以上6時間未満	746単位/回 (新設)				6時間以上7時間未満	870単位/回 (新設)				7時間以上8時間未満	922単位/回 (新設)
<現行>	なし	⇒	<改定後>																												
			3時間以上4時間未満	573単位/回 (新設)																											
			4時間以上5時間未満	645単位/回 (新設)																											
			5時間以上6時間未満	746単位/回 (新設)																											
			6時間以上7時間未満	870単位/回 (新設)																											
			7時間以上8時間未満	922単位/回 (新設)																											
○介護予防通所リハビリテーション																															
要支援1	<table border="0"> <tr> <td>&lt;現行&gt;</td> <td>なし</td> <td>⇒</td> <td>&lt;改定後&gt;</td> <td>1712単位/月 (新設)</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>なし</td> <td>⇒</td> <td>&lt;改定後&gt;</td> <td>3615単位/月 (新設)</td> </tr> </table>	<現行>	なし	⇒	<改定後>	1712単位/月 (新設)	要支援2	なし	⇒	<改定後>	3615単位/月 (新設)																				
<現行>	なし	⇒	<改定後>	1712単位/月 (新設)																											
要支援2	なし	⇒	<改定後>	3615単位/月 (新設)																											

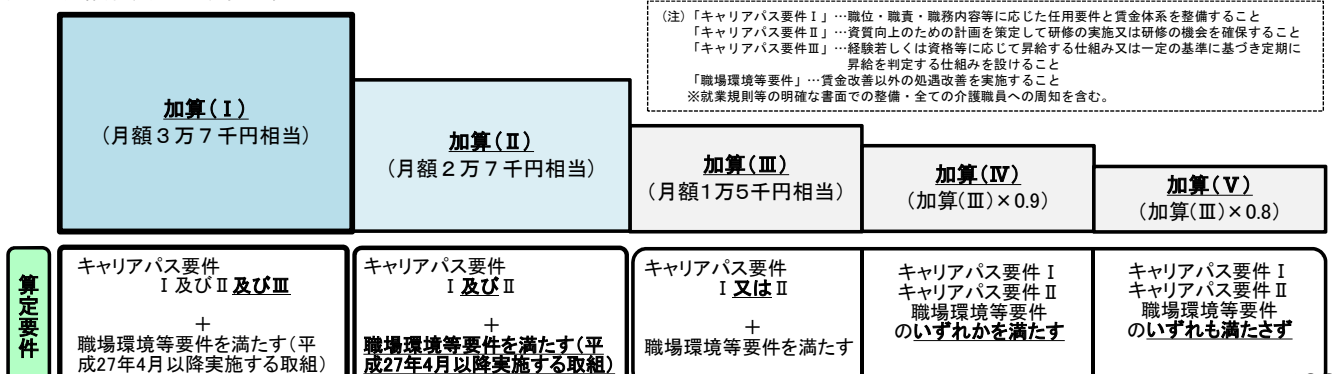
105

## 11. 通所リハビリテーション ⑫介護職員処遇改善加算の見直し

概要	
※介護予防通所リハビリテーションを含む	
○ 介護職員処遇改善加算 (IV) 及び (V) については、要件の一部を満たさない事業者に対し、減算された単位数での加算の取得を認める区分であることや、当該区分の取得率や報酬体系の簡素化の観点から、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。	
○ その間、介護サービス事業所に対してはその旨の周知を図るとともに、より上位の区分の取得について積極的な働きかけを行うこととする。	

算定要件等	
○ 介護職員処遇改善加算 (IV) 及び (V) については、別に厚生労働大臣が定める期日 (※) までの間に限り算定することとする。	
※ 平成30年度予算案に盛り込まれた「介護職員処遇改善加算の取得促進支援事業」により、加算の新規の取得や、より上位の区分の取得に向けて、事業所への専門的な相談員 (社会保険労務士など) の派遣をし、個別の助言・指導等の支援を行うとともに、本事業の実施状況等を踏まえ、今後決定。	

(参考) 介護職員処遇改善加算の区分



106

# 2 介護報酬の算定構造（案）

通所リハビリテーション費(通常規模の事業所)

基本部分		注	注	注	注	注	注	注	注			
		利用者の数が利用定員を超える場合 又は 医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	理学療法士等 体制強化加算	時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの 前後に日常生活上の世話をを行う場合	リハビリテーション/提供体制加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	入浴介助を行った場合	リハビリテーションメニューシフト加算(Ⅰ)	リハビリテーションメニューシフト加算(Ⅱ)	リハビリテーションメニューシフト加算(Ⅲ)	リハビリテーションメニューシフト加算(Ⅳ)	
イ 通常規模の事業所の 場合	介護又は診療所の 場合	(1) 1時間以上 2時間未満	要介護1 ( 329 単位) 要介護2 ( 358 単位) 要介護3 ( 388 単位) 要介護4 ( 417 単位) 要介護5 ( 448 単位)	1日につき +30単位								
		(2) 2時間以上 3時間未満	要介護1 ( 343 単位) 要介護2 ( 398 単位) 要介護3 ( 455 単位) 要介護4 ( 510 単位) 要介護5 ( 566 単位)									
		(3) 3時間以上 4時間未満	要介護1 ( 444 単位) 要介護2 ( 520 単位) 要介護3 ( 596 単位) 要介護4 ( 693 単位) 要介護5 ( 799 単位)									3時間以上4時間未満の場合 +12単位
		(4) 4時間以上 5時間未満	要介護1 ( 576 単位) 要介護2 ( 688 単位) 要介護3 ( 799 単位) 要介護4 ( 930 単位) 要介護5 ( 1,060 単位)									4時間以上5時間未満の場合 +16単位
		(5) 5時間以上 6時間未満	要介護1 ( 667 単位) 要介護2 ( 797 単位) 要介護3 ( 924 単位) 要介護4 ( 1,076 単位) 要介護5 ( 1,225 単位)									5時間以上6時間未満の場合 +20単位
		(6) 6時間以上 7時間未満	要介護1 ( 712 単位) 要介護2 ( 849 単位) 要介護3 ( 988 単位) 要介護4 ( 1,151 単位) 要介護5 ( 1,310 単位)									6時間以上7時間未満の場合 +24単位
		(7) 7時間以上 8時間未満	要介護1 ( 829 単位) 要介護2 ( 989 単位) 要介護3 ( 1,161 単位) 要介護4 ( 1,389 単位) 要介護5 ( 1,600 単位)									7時間以上の場合 +28単位
イ 通常規模の事業所の 場合	介護老人保健施設 の場合	(1) 1時間以上 2時間未満	要介護1 ( 329 単位) 要介護2 ( 358 単位) 要介護3 ( 388 単位) 要介護4 ( 417 単位) 要介護5 ( 448 単位)	1日につき +30単位								
		(2) 2時間以上 3時間未満	要介護1 ( 343 単位) 要介護2 ( 398 単位) 要介護3 ( 455 単位) 要介護4 ( 510 単位) 要介護5 ( 566 単位)									
		(3) 3時間以上 4時間未満	要介護1 ( 444 単位) 要介護2 ( 520 単位) 要介護3 ( 596 単位) 要介護4 ( 693 単位) 要介護5 ( 799 単位)									3時間以上4時間未満の場合 +12単位
		(4) 4時間以上 5時間未満	要介護1 ( 576 単位) 要介護2 ( 688 単位) 要介護3 ( 799 単位) 要介護4 ( 930 単位) 要介護5 ( 1,060 単位)									4時間以上5時間未満の場合 +16単位
		(5) 5時間以上 6時間未満	要介護1 ( 667 単位) 要介護2 ( 797 単位) 要介護3 ( 924 単位) 要介護4 ( 1,076 単位) 要介護5 ( 1,225 単位)									5時間以上6時間未満の場合 +20単位
		(6) 6時間以上 7時間未満	要介護1 ( 712 単位) 要介護2 ( 849 単位) 要介護3 ( 988 単位) 要介護4 ( 1,151 単位) 要介護5 ( 1,310 単位)									6時間以上7時間未満の場合 +24単位
		(7) 7時間以上 8時間未満	要介護1 ( 829 単位) 要介護2 ( 989 単位) 要介護3 ( 1,161 単位) 要介護4 ( 1,389 単位) 要介護5 ( 1,600 単位)									7時間以上の場合 +28単位
イ 通常規模の事業所の 場合	介護医療院 の場合	(1) 1時間以上 2時間未満	要介護1 ( 329 単位) 要介護2 ( 358 単位) 要介護3 ( 388 単位) 要介護4 ( 417 単位) 要介護5 ( 448 単位)	1日につき +30単位								
		(2) 2時間以上 3時間未満	要介護1 ( 343 単位) 要介護2 ( 398 単位) 要介護3 ( 455 単位) 要介護4 ( 510 単位) 要介護5 ( 566 単位)									
		(3) 3時間以上 4時間未満	要介護1 ( 444 単位) 要介護2 ( 520 単位) 要介護3 ( 596 単位) 要介護4 ( 693 単位) 要介護5 ( 799 単位)									3時間以上4時間未満の場合 +12単位
		(4) 4時間以上 5時間未満	要介護1 ( 576 単位) 要介護2 ( 688 単位) 要介護3 ( 799 単位) 要介護4 ( 930 単位) 要介護5 ( 1,060 単位)									4時間以上5時間未満の場合 +16単位
		(5) 5時間以上 6時間未満	要介護1 ( 667 単位) 要介護2 ( 797 単位) 要介護3 ( 924 単位) 要介護4 ( 1,076 単位) 要介護5 ( 1,225 単位)									5時間以上6時間未満の場合 +20単位
		(6) 6時間以上 7時間未満	要介護1 ( 712 単位) 要介護2 ( 849 単位) 要介護3 ( 988 単位) 要介護4 ( 1,151 単位) 要介護5 ( 1,310 単位)									6時間以上7時間未満の場合 +24単位
		(7) 7時間以上 8時間未満	要介護1 ( 829 単位) 要介護2 ( 989 単位) 要介護3 ( 1,161 単位) 要介護4 ( 1,389 単位) 要介護5 ( 1,600 単位)									7時間以上の場合 +28単位

ニ 社会参加支援加算 (1日につき 12単位を加算)

ホ サービス 提供体制 強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ (1日につき 18単位を加算)	注 所定単位は、イからホまでにより算定した単位数の合計
	(2) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ (1日につき 12単位を加算)	
	(3) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1日につき 6単位を加算)	
ヘ 介護職員 処遇改善 加算	(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき 所定単位×47/1000)	
	(2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき 所定単位×24/1000)	
	(3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき 所定単位×19/1000)	
	(4) 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき +(3)の90/100)	
	(5) 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) (1月につき +(3)の90/100)	

※「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員処遇改善加算」は、支給限度管理の対象外の算定項目  
※「生活行為向上」リハビリテーションの実施後のリハビリテーションを継続した場合の減算については、「生活行為向上」リハビリテーション実施加算上対をなす評価であるため、告示の欄に記載した、算定基準上では、「医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護・介護職員の員数が基準に満たない場合」に「理学療法士等体制強化加算」の間に記載があるものとして単位数を算定する。

注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	
短期集中個別 リハビリテーショ ン実施加算	認知症短期集 中リハビリテー ション実施加算 (Ⅰ)	認知症短期集 中リハビリテー ション実施加算 (Ⅱ)	生活行為向上 リハビリテーショ ン実施加算	生活行為向上 リハビリテーショ ンの実施後にリ ハビリテーション を継続した場合 の減算(※)	障害性認知症 利用者受入加 算	栄養改善加算	看護のフューニ ング加算	口腔機能向上 加算	重度療養管理 加算	中重度ケアア 体制加算	事業所と同一 建物に居住す る者又は同一 建物から利用 する者に選所リ ハビリテーション を行う場合	事業所が送迎 を行わない場 合
1日につき +110単位	1日につき +240単位 (週2日を 限度)	1月につき +1,920単位	利用開始 日の属する 月から 3月以内 (1月につき +2,000単 位)	減算対象月か ら6月以内 ×85/100	1日につき +60単位	1回につき +150単位 (月2回を 限度)	1回につき +5単位 (6月に1回 を限度)	1回につき +150単位 (月2回を 限度)	1日につき +100単位	1日につき +20単位	1日につき -94単位	片道につき -47単位

通所リハビリテーション費(大規模事業所(1))

基本部分	利用者の数が利用定員を超える場合	医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護・介護職員の員数が基準を満たさない場合	理学療法士等特別強化加算	7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの稼働に日常生活上の世話を行う場合	リハビリテーション提供体制加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	入浴介助を行った場合	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)											
								1日につき+30単位	1日につき+30単位	1日につき+30単位	1日につき+30単位	1日につき+30単位	1日につき+30単位	1日につき+30単位	1日につき+30単位							
病院又は診療所の場合 (1) 1時間以上2時間未満 要介級1(323単位) 要介級2(354単位) 要介級3(382単位) 要介級4(411単位) 要介級5(441単位) (2) 2時間以上3時間未満 要介級1(337単位) 要介級2(392単位) 要介級3(448単位) 要介級4(502単位) 要介級5(558単位) (3) 3時間以上4時間未満 要介級1(437単位) 要介級2(512単位) 要介級3(587単位) 要介級4(682単位) 要介級5(777単位) (4) 4時間以上5時間未満 要介級1(556単位) 要介級2(665単位) 要介級3(772単位) 要介級4(899単位) 要介級5(1,024単位) (5) 5時間以上6時間未満 要介級1(650単位) 要介級2(777単位) 要介級3(902単位) 要介級4(1,049単位) 要介級5(1,195単位) (6) 6時間以上7時間未満 要介級1(820単位) 要介級2(955単位) 要介級3(1,111単位) 要介級4(1,267単位) 要介級5(1,423単位) (7) 7時間以上8時間未満 要介級1(955単位) 要介級2(1,111単位) 要介級3(1,267単位) 要介級4(1,423単位) 要介級5(1,579単位)	介護老人保健施設の場合 (1) 1時間以上2時間未満 要介級1(323単位) 要介級2(354単位) 要介級3(382単位) 要介級4(411単位) 要介級5(441単位) (2) 2時間以上3時間未満 要介級1(337単位) 要介級2(392単位) 要介級3(448単位) 要介級4(502単位) 要介級5(558単位) (3) 3時間以上4時間未満 要介級1(437単位) 要介級2(512単位) 要介級3(587単位) 要介級4(682単位) 要介級5(777単位) (4) 4時間以上5時間未満 要介級1(556単位) 要介級2(665単位) 要介級3(772単位) 要介級4(899単位) 要介級5(1,024単位) (5) 5時間以上6時間未満 要介級1(650単位) 要介級2(777単位) 要介級3(902単位) 要介級4(1,049単位) 要介級5(1,195単位) (6) 6時間以上7時間未満 要介級1(820単位) 要介級2(955単位) 要介級3(1,111単位) 要介級4(1,267単位) 要介級5(1,423単位) (7) 7時間以上8時間未満 要介級1(955単位) 要介級2(1,111単位) 要介級3(1,267単位) 要介級4(1,423単位) 要介級5(1,579単位)	$\times 70 / 100$ $\times 70 / 100$	$\times 70 / 100$ $\times 70 / 100$	$+ 5 / 100$	1日につき+50単位	1月につき+350単位	同曜日の属する月から6月以内 1月につき+1,220単位 1月につき+1,120単位 (3月に1回を限度)	同曜日の属する月から6月以内 1月につき+1,220単位 1月につき+800単位 (3月に1回を限度)	同曜日の属する月から6月以内 1月につき+1,220単位 1月につき+800単位 (3月に1回を限度)													
										3時間以上4時間未満の場合 +12単位 4時間以上5時間未満の場合 +16単位 5時間以上6時間未満の場合 +20単位 6時間以上7時間未満の場合 +24単位 7時間以上の場合 +28単位 8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位 10時間以上11時間未満の場合 +150単位 11時間以上12時間未満の場合 +200単位 12時間以上13時間未満の場合 +250単位 13時間以上14時間未満の場合 +300単位	3時間以上4時間未満の場合 +12単位 4時間以上5時間未満の場合 +16単位 5時間以上6時間未満の場合 +20単位 6時間以上7時間未満の場合 +24単位 7時間以上の場合 +28単位 8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位 10時間以上11時間未満の場合 +150単位 11時間以上12時間未満の場合 +200単位 12時間以上13時間未満の場合 +250単位 13時間以上14時間未満の場合 +300単位	3時間以上4時間未満の場合 +12単位 4時間以上5時間未満の場合 +16単位 5時間以上6時間未満の場合 +20単位 6時間以上7時間未満の場合 +24単位 7時間以上の場合 +28単位 8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位 10時間以上11時間未満の場合 +150単位 11時間以上12時間未満の場合 +200単位 12時間以上13時間未満の場合 +250単位 13時間以上14時間未満の場合 +300単位	3時間以上4時間未満の場合 +12単位 4時間以上5時間未満の場合 +16単位 5時間以上6時間未満の場合 +20単位 6時間以上7時間未満の場合 +24単位 7時間以上の場合 +28単位 8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位 10時間以上11時間未満の場合 +150単位 11時間以上12時間未満の場合 +200単位 12時間以上13時間未満の場合 +250単位 13時間以上14時間未満の場合 +300単位									
										介護老人保健施設の場合 (1) 1時間以上2時間未満 要介級1(323単位) 要介級2(354単位) 要介級3(382単位) 要介級4(411単位) 要介級5(441単位) (2) 2時間以上3時間未満 要介級1(337単位) 要介級2(392単位) 要介級3(448単位) 要介級4(502単位) 要介級5(558単位) (3) 3時間以上4時間未満 要介級1(437単位) 要介級2(512単位) 要介級3(587単位) 要介級4(682単位) 要介級5(777単位) (4) 4時間以上5時間未満 要介級1(556単位) 要介級2(665単位) 要介級3(772単位) 要介級4(899単位) 要介級5(1,024単位) (5) 5時間以上6時間未満 要介級1(650単位) 要介級2(777単位) 要介級3(902単位) 要介級4(1,049単位) 要介級5(1,195単位) (6) 6時間以上7時間未満 要介級1(820単位) 要介級2(955単位) 要介級3(1,111単位) 要介級4(1,267単位) 要介級5(1,423単位) (7) 7時間以上8時間未満 要介級1(955単位) 要介級2(1,111単位) 要介級3(1,267単位) 要介級4(1,423単位) 要介級5(1,579単位)	介護老人保健施設の場合 (1) 1時間以上2時間未満 要介級1(323単位) 要介級2(354単位) 要介級3(382単位) 要介級4(411単位) 要介級5(441単位) (2) 2時間以上3時間未満 要介級1(337単位) 要介級2(392単位) 要介級3(448単位) 要介級4(502単位) 要介級5(558単位) (3) 3時間以上4時間未満 要介級1(437単位) 要介級2(512単位) 要介級3(587単位) 要介級4(682単位) 要介級5(777単位) (4) 4時間以上5時間未満 要介級1(556単位) 要介級2(665単位) 要介級3(772単位) 要介級4(899単位) 要介級5(1,024単位) (5) 5時間以上6時間未満 要介級1(650単位) 要介級2(777単位) 要介級3(902単位) 要介級4(1,049単位) 要介級5(1,195単位) (6) 6時間以上7時間未満 要介級1(820単位) 要介級2(955単位) 要介級3(1,111単位) 要介級4(1,267単位) 要介級5(1,423単位) (7) 7時間以上8時間未満 要介級1(955単位) 要介級2(1,111単位) 要介級3(1,267単位) 要介級4(1,423単位) 要介級5(1,579単位)	$\times 70 / 100$ $\times 70 / 100$	$\times 70 / 100$ $\times 70 / 100$	$+ 5 / 100$	1日につき+50単位	1月につき+350単位	同曜日の属する月から6月以内 1月につき+1,220単位 1月につき+800単位 (3月に1回を限度)	同曜日の属する月から6月以内 1月につき+1,220単位 1月につき+800単位 (3月に1回を限度)				
																			3時間以上4時間未満の場合 +12単位 4時間以上5時間未満の場合 +16単位 5時間以上6時間未満の場合 +20単位 6時間以上7時間未満の場合 +24単位 7時間以上の場合 +28単位 8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位 10時間以上11時間未満の場合 +150単位 11時間以上12時間未満の場合 +200単位 12時間以上13時間未満の場合 +250単位 13時間以上14時間未満の場合 +300単位	3時間以上4時間未満の場合 +12単位 4時間以上5時間未満の場合 +16単位 5時間以上6時間未満の場合 +20単位 6時間以上7時間未満の場合 +24単位 7時間以上の場合 +28単位 8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位 10時間以上11時間未満の場合 +150単位 11時間以上12時間未満の場合 +200単位 12時間以上13時間未満の場合 +250単位 13時間以上14時間未満の場合 +300単位	3時間以上4時間未満の場合 +12単位 4時間以上5時間未満の場合 +16単位 5時間以上6時間未満の場合 +20単位 6時間以上7時間未満の場合 +24単位 7時間以上の場合 +28単位 8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位 10時間以上11時間未満の場合 +150単位 11時間以上12時間未満の場合 +200単位 12時間以上13時間未満の場合 +250単位 13時間以上14時間未満の場合 +300単位	3時間以上4時間未満の場合 +12単位 4時間以上5時間未満の場合 +16単位 5時間以上6時間未満の場合 +20単位 6時間以上7時間未満の場合 +24単位 7時間以上の場合 +28単位 8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位 10時間以上11時間未満の場合 +150単位 11時間以上12時間未満の場合 +200単位 12時間以上13時間未満の場合 +250単位 13時間以上14時間未満の場合 +300単位

二 社会参加支援加算(1日につき12単位を加算)

サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ(1日につき18単位を加算)	注 所定単位は、イからホまでにより算定した単位数の合計
	(2) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ(1日につき12単位を加算)	
	(3) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)(1日につき6単位を加算)	
介護職員処遇改善加算	(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(1月につき+所定単位×47/1000)	注 所定単位は、イからホまでにより算定した単位数の合計
	(2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)(1月につき+所定単位×34/1000)	
	(3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)(1月につき+所定単位×19/1000)	
	(4) 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)(1月につき+(3)の90/100)	
	(5) 介護職員処遇改善加算(Ⅴ)(1月につき+(3)の80/100)	

※「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員処遇改善加算」は、支給限度管理の対象外の算定項目  
 ※「生活行為向上リハビリテーション」の施設においてリハビリテーションを継続した場合は、生活行為向上リハビリテーション実加算上付をなす算定は、告示の順に記載した順。算定単位は、「医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護・介護職員の員数が基準を満たさない場合」及び「理学療法士等特別強化加算」の順に定めるものとして単位数を算定する。



通所リハビリテーション費(大規模事業所(Ⅱ))

基本部分		注	注	注	注	注	注	注	注					
		利用者の数が利用定員を超える場合	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護、介護職員の員数が基準に満たない場合	理学療法士等特別強化加算	7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの前後に日常生活上の世話を行う場合	リハビリテーション提供体制加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	入浴介助を行った場合	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)		
病院又は診療所の場合	(1) 1時間以上2時間未満	要介護1 ( 316 単位) 要介護2 ( 346 単位) 要介護3 ( 373 単位) 要介護4 ( 402 単位) 要介護5 ( 430 単位)		1日につき +30単位										
	(2) 2時間以上3時間未満	要介護1 ( 330 単位) 要介護2 ( 384 単位) 要介護3 ( 437 単位) 要介護4 ( 491 単位) 要介護5 ( 544 単位)												
	(3) 3時間以上4時間未満	要介護1 ( 426 単位) 要介護2 ( 500 単位) 要介護3 ( 573 単位) 要介護4 ( 666 単位) 要介護5 ( 769 単位)					3時間以上4時間未満の場合 +12単位							
	(4) 4時間以上5時間未満	要介護1 ( 480 単位) 要介護2 ( 563 単位) 要介護3 ( 645 単位) 要介護4 ( 749 単位) 要介護5 ( 853 単位)					4時間以上5時間未満の場合 +16単位							
	(5) 5時間以上6時間未満	要介護1 ( 537 単位) 要介護2 ( 643 単位) 要介護3 ( 748 単位) 要介護4 ( 870 単位) 要介護5 ( 991 単位)					5時間以上6時間未満の場合 +20単位							
	(6) 6時間以上7時間未満	要介護1 ( 626 単位) 要介護2 ( 750 単位) 要介護3 ( 870 単位) 要介護4 ( 1,014 単位) 要介護5 ( 1,155 単位)					6時間以上7時間未満の場合 +24単位							
	(7) 7時間以上8時間未満	要介護1 ( 664 単位) 要介護2 ( 793 単位) 要介護3 ( 922 単位) 要介護4 ( 1,075 単位) 要介護5 ( 1,225 単位)			8時間以上 9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位 10時間以上11時間未満の場合 +150単位 11時間以上12時間未満の場合 +200単位 12時間以上13時間未満の場合 +250単位 13時間以上14時間未満の場合 +300単位	7時間以上の場合 +28単位								
	介護老人保健施設の場合	(1) 1時間以上2時間未満	要介護1 ( 316 単位) 要介護2 ( 346 単位) 要介護3 ( 373 単位) 要介護4 ( 402 単位) 要介護5 ( 430 単位)		1日につき +30単位									
		(2) 2時間以上3時間未満	要介護1 ( 330 単位) 要介護2 ( 384 単位) 要介護3 ( 437 単位) 要介護4 ( 491 単位) 要介護5 ( 544 単位)											
		(3) 3時間以上4時間未満	要介護1 ( 426 単位) 要介護2 ( 500 単位) 要介護3 ( 573 単位) 要介護4 ( 666 単位) 要介護5 ( 769 単位)					3時間以上4時間未満の場合 +12単位						
		(4) 4時間以上5時間未満	要介護1 ( 480 単位) 要介護2 ( 563 単位) 要介護3 ( 645 単位) 要介護4 ( 749 単位) 要介護5 ( 853 単位)					4時間以上5時間未満の場合 +16単位						
		(5) 5時間以上6時間未満	要介護1 ( 537 単位) 要介護2 ( 643 単位) 要介護3 ( 748 単位) 要介護4 ( 870 単位) 要介護5 ( 991 単位)					5時間以上6時間未満の場合 +20単位						
		(6) 6時間以上7時間未満	要介護1 ( 626 単位) 要介護2 ( 750 単位) 要介護3 ( 870 単位) 要介護4 ( 1,014 単位) 要介護5 ( 1,155 単位)					6時間以上7時間未満の場合 +24単位						
		(7) 7時間以上8時間未満	要介護1 ( 664 単位) 要介護2 ( 793 単位) 要介護3 ( 922 単位) 要介護4 ( 1,075 単位) 要介護5 ( 1,225 単位)			8時間以上 9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位 10時間以上11時間未満の場合 +150単位 11時間以上12時間未満の場合 +200単位 12時間以上13時間未満の場合 +250単位 13時間以上14時間未満の場合 +300単位	7時間以上の場合 +28単位							
		介護老人保健施設の場合	(1) 1時間以上2時間未満	要介護1 ( 316 単位) 要介護2 ( 346 単位) 要介護3 ( 373 単位) 要介護4 ( 402 単位) 要介護5 ( 430 単位)		1日につき +30単位								
			(2) 2時間以上3時間未満	要介護1 ( 330 単位) 要介護2 ( 384 単位) 要介護3 ( 437 単位) 要介護4 ( 491 単位) 要介護5 ( 544 単位)										
			(3) 3時間以上4時間未満	要介護1 ( 426 単位) 要介護2 ( 500 単位) 要介護3 ( 573 単位) 要介護4 ( 666 単位) 要介護5 ( 769 単位)					3時間以上4時間未満の場合 +12単位					
			(4) 4時間以上5時間未満	要介護1 ( 480 単位) 要介護2 ( 563 単位) 要介護3 ( 645 単位) 要介護4 ( 749 単位) 要介護5 ( 853 単位)					4時間以上5時間未満の場合 +16単位					
			(5) 5時間以上6時間未満	要介護1 ( 537 単位) 要介護2 ( 643 単位) 要介護3 ( 748 単位) 要介護4 ( 870 単位) 要介護5 ( 991 単位)					5時間以上6時間未満の場合 +20単位					
			(6) 6時間以上7時間未満	要介護1 ( 626 単位) 要介護2 ( 750 単位) 要介護3 ( 870 単位) 要介護4 ( 1,014 単位) 要介護5 ( 1,155 単位)					6時間以上7時間未満の場合 +24単位					
			(7) 7時間以上8時間未満	要介護1 ( 664 単位) 要介護2 ( 793 単位) 要介護3 ( 922 単位) 要介護4 ( 1,075 単位) 要介護5 ( 1,225 単位)			8時間以上 9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位 10時間以上11時間未満の場合 +150単位 11時間以上12時間未満の場合 +200単位 12時間以上13時間未満の場合 +250単位 13時間以上14時間未満の場合 +300単位	7時間以上の場合 +28単位						
二 社会参加支援加算 (1日につき 12単位を加算)														
サービス提供体制強化加算			(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ (1日につき 18単位を加算)											
			(2) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ (1日につき 12単位を加算)											
			(3) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1日につき 6単位を加算)											
介護職員処遇改善加算			(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき +所定単位×47/1000)											
			(2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき +所定単位×34/1000)											
			(3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき +所定単位×19/1000)											
	(4) 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき +(3)の90/100)													
	(5) 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) (1月につき +(3)の80/100)													
注			注 所定単位は、イからホまでにより算定した単位数の合計 『中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算』、『サービス提供体制強化加算』及び『介護職員処遇改善加算』は、支給限度管理の対象外の算定項目 『生活介護向上リハビリテーションの実施後リハビリテーションを継続した場合の減算』については、『生活介護向上リハビリテーション-施設加算』上料金を評価できるため、告示の額に要記。ただし、算定構成上は、『医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護、介護職員の員数が基準に満たない場合』及び『理学療法士等特別強化加算(Ⅱ)の間に2があるのみならず単位数を算定する。											



介護予防通所リハビリテーション費

基本部分		注	注	注	注	注	注			
		利用者の数が利用定員を超える場合	医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	リハビリテーションマネジメント加算	生活行為向上リハビリテーション実施加算	生活行為向上リハビリテーションの実施後にリハビリテーションを継続した場合の減算(※)	若年性認知症利用者受入加算	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に介護予防通所リハビリテーションを行う場合	
イ 介護予防通所リハビリテーション費	病院又は診療所の場合	要支援1 (1月につき 1,712単位)	×70/100	×70/100	+5/100	1月につき +330単位	利用開始日の属する月から3月以内(1月につき+900単位) 利用開始日の属する月から3月超6月以内(1月につき+450単位)	減算対象月から6月以内 ×85/100	1月につき +240単位	-376単位
		要支援2 (1月につき 3,615単位)								-752単位
	介護老人保健施設の場合	要支援1 (1月につき 1,712単位)								-376単位
		要支援2 (1月につき 3,615単位)								-752単位
	介護医療院の場合	要支援1 (1月につき 1,712単位)								-376単位
		要支援2 (1月につき 3,615単位)								-752単位
ロ 運動器機能向上加算 (1月につき 225単位を加算)										
ハ 栄養改善加算 (1月につき 150単位を加算)										
ニ 栄養スクリーニング加算 (1回につき 5単位を加算(6月に1回を限度))										
ホ 口腔機能向上加算 (1月につき 150単位を加算)										
ヘ 選択的サービス複数実施加算	(1) 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	運動器機能向上及び栄養改善 (1月につき 480単位を加算)								
		運動器機能向上及び口腔機能向上 (1月につき 480単位を加算)								
		栄養改善及び口腔機能向上 (1月につき 480単位を加算)								
(2) 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上 (1月につき 700単位を加算)									
	ト 事業所評価加算 (1月につき 120単位を加算)									
チ サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1 (1月につき 72単位を加算)								
		要支援2 (1月につき 144単位を加算)								
	(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	要支援1 (1月につき 48単位を加算)								
		要支援2 (1月につき 96単位を加算)								
(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	要支援1 (1月につき 24単位を加算)									
	要支援2 (1月につき 48単位を加算)									
リ 介護職員処遇改善加算	(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき +所定単位×47/1000)									
	(2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき +所定単位×34/1000)									
	(3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき +所定単位×19/1000)									
	(4) 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき +(3)の90/100)									
	(5) 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) (1月につき +(3)の80/100)									

注  
所定単位は、イから手までにより算定した単位数の合計

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



### 3 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（案）

（別紙1、1-2）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（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）

提供サービス	施設等の区分	その他の	該当す	る	制	等	割引
16 通所リハビリテーション	4 通常規模の事業所(病院・診療所) 7 通常規模の事業所(介護老人保健施設) A 通常規模の事業所(介護医療院) 8 大規模の事業所(I)(介護老人保健施設) 5 大規模の事業所(I)(介護医療院) B 大規模の事業所(II)(病院・診療所) 6 大規模の事業所(II)(介護老人保健施設) 9 大規模の事業所(II)(介護医療院) C 大規模の事業所(II)(介護医療院)	職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 医師 3 看護職員 4 介護職員 5 理学療法士 6 作業療法士 7 言語聴覚士	4 介護職員 5 理学療法士			
		時間延長サービス体制	1 対応不可 2 対応可				
		リハビリテーション提供体制加算	1 なし 2 あり				
		入浴介助体制	1 なし 2 あり				
		リハビリテーションマネジメント加算	1 なし 2 加算I 3 加算II 4 加算III 5 加算IV				
		短期集中個別リハビリテーション実施加算	1 なし 2 あり				
		認知症短期集中リハビリテーション実施加算	1 なし 2 加算I 3 加算II				
		生活行為向上リハビリテーション実施加算	1 なし 2 あり				
		若年性認知症利用者受入加算	1 なし 2 あり				
		栄養改善体制	1 なし 2 あり				
		口腔機能向上体制	1 なし 2 あり				
		中重度ケア体制加算	1 なし 2 あり				
		社会参加支援加算	1 なし 2 あり				
		サービス提供体制強化加算	1 なし 4 加算Iイ 2 加算Iロ 3 加算II				
		介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算I 5 加算II 2 加算III 3 加算IV 4 加算V				
		66 介護予防通所リハビリテーション		職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 医師 3 看護職員 4 介護職員 5 理学療法士 6 作業療法士 7 言語聴覚士		
リハビリテーションマネジメント加算	1 なし 2 あり						
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1 なし 2 あり						
若年性認知症利用者受入加算	1 なし 2 あり						
運動器機能向上体制	1 なし 2 あり						
栄養改善体制	1 なし 2 あり						
口腔機能向上体制	1 なし 2 あり						
選択的サービス複数実施加算	1 なし 2 あり						
事業所評価加算〔申出〕の有無	1 なし 2 あり						
サービス提供体制強化加算	1 なし 4 加算Iイ 2 加算Iロ 3 加算II						
介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算I 5 加算II 2 加算III 3 加算IV 4 加算V						

備考 1 人員配置に係る届出については、勤務体制がわかる書類（「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」（参考様式）又はこれに準じた勤務割表等）を添付してください。  
 2 「サービス提供体制強化加算」については、「サービス提供体制強化加算に関する届出書」（別紙12-5）を添付してください。  
 3 「時間延長サービス体制」については、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場合に記載してください。

【基準省令に関する通知案】

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

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新		旧	
第2 総論		第2 総論	
2 用語の定義		2 用語の定義	
(4) 「専ら従事する」「専ら提供に当たる」		(4) 「専ら従事する」「専ら提供に当たる」	
原則として、サービスの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うものである。この場合のサービスの提供時間帯とは、当該従業者の当該事業所における勤務時間（指定通所介護及び指定通所リハビリテーションについては、サービスの単位ごとの提供時間）をいうものである。当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。ただし、 <b>指定通所介護及び指定通所リハビリテーション</b> については、あらかじめ計画された勤務表に従って、サービス提供時間帯の途中で同一職種の従業者と交代する場合には、それぞれのサービスの提供時間を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをもって足りるものである。		原則として、サービスの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うものである。この場合のサービスの提供時間帯とは、当該従業者の当該事業所における勤務時間（指定通所介護及び指定通所リハビリテーションについては、サービスの単位ごとの提供時間）をいうものである。当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。ただし、通所介護及び通所リハビリテーションについては、あらかじめ計画された勤務表に従って、サービス提供時間帯の途中で同一職種の従業者と交代する場合には、それぞれのサービスの提供時間を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをもって足りるものである。	
	<p>また、<u>指定通所リハビリテーション（1時間以上2時間未満に限る）又は介護予防通所リハビリテーションが、保険医療機関において医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料のいずれかを算定すべきリハビリテーションが同じ訓練室で実施されている場合に限り、当該指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションを専ら提供に当たるとして、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料のいずれかを算定すべきリハビリテーションに従事して差し支えない。ただし、当該従業者が指定通所リハビリテーションに従事していない時間帯については、基準第111条第2項のロの従業者の員数及び厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）の24の2のイの従業者の合計数に含めない。</u></p>		

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>七 通所リハビリテーション</p> <p>1 人員に関する基準</p> <p>(1) 指定通所リハビリテーション事業所（居宅基準第111条第1項）</p> <p>① 医師（第1号）</p> <p>専任の常勤医師が1人以上勤務していること。</p> <p>なお、指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師又は診療所（医師について介護老人保健施設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）と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えないものであること。</p> <p>② 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員（以下「従事者」という。）（第2号）</p> <p>イ 指定通所リハビリテーションの単位とは、同時に、一体的に提供される指定通所リハビリテーションをいうものであることから、例えば、次のような場合は、2単位として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要がある。</p> <p>a 指定通所リハビリテーションが同時に一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているとしない場合</p> <p>b 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合</p> <p>ロ 7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行う場合にあつては、事業所の実情に応じて、適当数の従業者を配置するものとする。</p> <p>ハ 提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる従業者を確保するとは、指定通所リハビリテーションの単位ごとに理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員について、提供時間帯に当該職種の従業者が常に居宅基準上求められる数以上確保されるよう必要な配置を行うよう定めたものである（例えば、提供時間帯を通じて専従する従業者が2人必要である場合、提供時間帯の2分の1ずつの時間専従する従業者の場合は、その員数としては4人が必要となる。）。</p> <p>また、専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が100人又はその端数を増すごとに1以上確保するとは、指定通所リハビリテーションのうち、リハビリテーションを提供する時間帯に、当該職種の従業者が常に確保されるよう必要な配置を行うよう定めたものであり、所要時間1時間から2時間の指定通所リハビリテーションを行う場合であつて、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位におけるリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算することができる。この場合における「研修」とは、運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修会であつて、関係学会等により開催されているものを指す。具体的には、日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリ</p>	<p>七 通所リハビリテーション</p> <p>1 人員に関する基準</p> <p>(1) 指定通所リハビリテーション事業所（居宅基準第111条第1項）</p> <p>① 医師（第1号）</p> <p>専任の常勤医師が1人以上勤務していること。</p> <p>なお、指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設であつて、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えないものであること。</p> <p>② 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員（以下「従事者」という。）（第2号）</p> <p>イ 指定通所リハビリテーションの単位とは、同時に、一体的に提供される指定通所リハビリテーションをいうものであることから、例えば、次のような場合は、2単位として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要がある。</p> <p>a 指定通所リハビリテーションが同時に一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているとしない場合</p> <p>b 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合</p> <p>ロ 6時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行う場合にあつては、事業所の実情に応じて、適当数の従業者を配置するものとする。</p> <p>ハ 提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる従業者を確保するとは、指定通所リハビリテーションの単位ごとに理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員について、提供時間帯に当該職種の従業者が常に居宅基準上求められる数以上確保されるよう必要な配置を行うよう定めたものである（例えば、提供時間帯を通じて専従する従業者が2人必要である場合、提供時間帯の2分の1ずつの時間専従する従業者の場合は、その員数としては4人が必要となる。）。</p> <p>また、専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が100人又はその端数を増すごとに1以上確保するとは、指定通所リハビリテーションのうち、リハビリテーションを提供する時間帯に、当該職種の従業者が常に確保されるよう必要な配置を行うよう定めたものであり、所要時間1時間から2時間の通所リハビリテーションを行う場合であつて、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位におけるリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算することができる。この場合における「研修」とは、運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修会であつて、関係学会等により開催されているものを指す。具体的には、日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリ</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>リテーションセラピスト研修、全国病院理学療法協会の行う運動療法機能訓練技能講習会が該当する。</p> <p>ニ なお、ここでいう利用者の数又は利用定員は、単位ごとの指定通所リハビリテーションについての利用者の数又は利用定員をいうものであり、利用者の数は実人員、利用定員は、あらかじめ定めた利用者の数の上限をいうものである。従って、例えば、1日のうちの午前の提供時間帯に利用者10人に対して指定通所リハビリテーションを提供し、午後の提供時間帯に別の利用者10人に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合であって、それぞれの指定通所リハビリテーションの定員が10人である場合には、当該事業所の利用定員は10人、必要となる従業者の員数は午前午後それぞれ1人ということとなり、人員算定上午前の利用者の数と午後の利用者の数が合算されるものではない。</p> <p>ホ 同一事業所で複数の単位の指定通所リハビリテーションを同時に行う場合には、同時に行われる単位の数の常勤の従業者が必要となるものである（居宅基準第111条第1項・第2項関係）。</p> <p>へ 従業者1人が1日に行うことのできる指定通所リハビリテーションは2単位までとすること。ただし、1時間から2時間までの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。</p> <p>(2) 指定通所リハビリテーション事業所が診療所である場合</p> <p>① 医師（第1号）</p> <p>イ 利用者の数が同時に10人を超える場合にあつては、(1)①を準用すること。</p> <p>ロ 利用者の数が同時に10人以下の場合にあつては、次に掲げる要件に適合していること。</p> <p>a 専任の医師が1人勤務していること。</p> <p>b 利用者数は、専任の医師1人に対し1日48人以内であること。</p> <p>② 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員（以下「従事者」という。）（第2号）</p> <p>イ 指定通所リハビリテーションの単位とは、同時に、一体的に提供される指定通所リハビリテーションをいうものであることから、例えば、次のような場合は、2単位として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要がある。</p> <p>a 指定通所リハビリテーションが同時に一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているとしない場合</p> <p>b 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合</p> <p>ロ <u>7</u>時間以上8時間未満の<b>指定</b>通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行う場合にあつては、事業所の実情に応じて、適当数の従業者を配置するものとする。</p> <p>ハ 提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる従業者を確保するとは、指定通所リハビリテーションの単位ごとに理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員について、提供時間帯に当該職種の従業者が常に居宅基</p>	<p>ーションセラピスト研修、全国病院理学療法協会の行う運動療法機能訓練技能講習会が該当する。</p> <p>ニ なお、ここでいう利用者の数又は利用定員は、単位ごとの指定通所リハビリテーションについての利用者の数又は利用定員をいうものであり、利用者の数は実人員、利用定員は、あらかじめ定めた利用者の数の上限をいうものである。従って、例えば、1日のうちの午前の提供時間帯に利用者10人に対して指定通所リハビリテーションを提供し、午後の提供時間帯に別の利用者10人に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合であって、それぞれの指定通所リハビリテーションの定員が10人である場合には、当該事業所の利用定員は10人、必要となる従業者の員数は午前午後それぞれ1人ということとなり、人員算定上午前の利用者の数と午後の利用者の数が合算されるものではない。</p> <p>ホ 同一事業所で複数の単位の指定通所リハビリテーションを同時に行う場合には、同時に行われる単位の数の常勤の従業者が必要となるものである（居宅基準第111条第1項・第2項関係）。</p> <p>へ 従業者1人が1日に行うことのできる指定通所リハビリテーションは2単位までとすること。ただし、1時間から2時間までの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。</p> <p>(2) 指定通所リハビリテーション事業所が診療所である場合</p> <p>① 医師（第1号）</p> <p>イ 利用者の数が同時に10人を超える場合にあつては、(1)①を準用すること</p> <p>ロ 利用者の数が同時に10人以下の場合にあつては、次に掲げる要件に適合していること</p> <p>a 専任の医師が1人勤務していること。</p> <p>b 利用者数は、専任の医師1人に対し1日48人以内であること。</p> <p>② 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員（以下「従事者」という。）（第2号）</p> <p>イ 指定通所リハビリテーションの単位とは、同時に、一体的に提供される指定通所リハビリテーションをいうものであることから、例えば、次のような場合は、2単位として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要がある。</p> <p>a 指定通所リハビリテーションが同時に一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているとしない場合</p> <p>b 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合</p> <p>ロ <u>6</u>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にあつては、事業所の実情に応じて、適当数の従業者を配置するものとする。</p> <p>ハ 提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる従業者を確保するとは、指定通所リハビリテーションの単位ごとに理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員について、提供時間帯に当該職種の従業者が常に居宅基</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>準上求められる数以上確保されるよう必要な配置を行うよう定めたものである（例えば、提供時間帯を通じて専従する従業者が2人必要である場合、提供時間帯の2分の1ずつの時間専従する従業者の場合は、その員数としては4人が必要となる。）。</p> <p>また、専従する従業者のうち理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は経験を有する看護師が、常勤換算方法で、0.1人以上確保されていることとし、所要時間1時間から2時間の<b>指定</b>通所リハビリテーションを行う場合であって、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位におけるリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算することができる。この場合における「研修」とは、運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容に関する研修会であって、関係学会等により開催されているもの、関係学会等により開催されているもの、日本運動器リハビリテーション学会の行う運動療法機能訓練技能講習会が該当する。</p> <p>ニ なお、ここでいう利用者の数又は利用定員は、単位ごとの指定通所リハビリテーションについての利用者の数又は利用定員をいうものであり、利用者の数は実人員、利用定員は、あらかじめ定めた利用者の数の上限をいうものである。従って、例えば、1日のうちの午前の提供時間帯に利用者10人に対して指定通所リハビリテーションを提供し、午後の提供時間帯に別の利用者10人に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合であって、それぞれの指定通所リハビリテーションの定員が10人である場合には、当該事業所の利用定員は10人、必要となる従業者の員数は午前午後それぞれ1人ということとなり、人員算定上午前の利用者の数と午後の利用者の数が合算されるものではない。</p> <p>ホ 同一事業所で複数の単位の指定通所リハビリテーションを同時に行う場合には、同時に行われる単位の数の常勤の従業者が必要となるものである（居宅基準第111条第1項・第2項関係）。</p> <p>へ 従業者1人が1日に行うことのできる指定通所リハビリテーションは2単位までとすること。ただし、1時間から2時間までの<b>指定</b>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。</p> <p>ト 経験を有する看護師とは、診療報酬の算定方法に定める重度認知症患者デイケア、精神科デイケア、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料に係る施設基準の届出を行った保険医療機関等又は「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成12年厚生省告示第19号）に定める通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定通所リハビリテーション事業所、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第127号）に定める介護予防通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定介護予防通所リハビリテーション事業所、「厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数」（平成</p>	<p>準上求められる数以上確保されるよう必要な配置を行うよう定めたものである（例えば、提供時間帯を通じて専従する従業者が2人必要である場合、提供時間帯の2分の1ずつの時間専従する従業者の場合は、その員数としては4人が必要となる。）。</p> <p>また、専従する従業者のうち理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は経験を有する看護師が、常勤換算方法で、0.1人以上確保されていることとし、所要時間1時間から2時間の通所リハビリテーションを行う場合であって、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位におけるリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算することができる。</p> <p>この場合における「研修」とは、運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。具体的には、日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーション研修、全国病院理学療法協会の行う運動療法機能訓練技能講習会が該当する。</p> <p>ニ なお、ここでいう利用者の数又は利用定員は、単位ごとの指定通所リハビリテーションについての利用者の数又は利用定員をいうものであり、利用者の数は実人員、利用定員は、あらかじめ定めた利用者の数の上限をいうものである。従って、例えば、1日のうちの午前の提供時間帯に利用者10人に対して指定通所リハビリテーションを提供し、午後の提供時間帯に別の利用者10人に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合であって、それぞれの指定通所リハビリテーションの定員が10人である場合には、当該事業所の利用定員は10人、必要となる従業者の員数は午前午後それぞれ1人ということとなり、人員算定上午前の利用者の数と午後の利用者の数が合算されるものではない。</p> <p>ホ 同一事業所で複数の単位の指定通所リハビリテーションを同時に行う場合には、同時に行われる単位の数の常勤の従業者が必要となるものである（居宅基準第111条第1項・第2項関係）。</p> <p>へ 従業者1人が1日に行うことのできる指定通所リハビリテーションは2単位までとすること。ただし、1時間から2時間までの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。</p> <p>ト 経験を有する看護師とは、診療報酬の算定方法に定める重度認知症患者デイケア、精神科デイケア、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料に係る施設基準の届出を行った保険医療機関等又は「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成12年厚生省告示第19号）に定める通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定通所リハビリテーション事業所、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第127号）に定める介護予防通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定介護予防通所リハビリテーション事業所、「厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数」（平成</p>

○ (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 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>12 年厚生省告示第 30 号) に定める理学療法、作業療法に係る施設基準の届出を行った介護保険施設において、それらに 1 年以上従事した者であること。</p> <p>2 設備に関する基準</p> <p>(1) 指定通所リハビリテーション事業所ごとに備える設備については、専ら当該事業の用に供するものでなければならぬこととされているが、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される場合(同一敷地内にある場合、又は公道をはさんで隣接している場合をいう。)であって、そのうちの複数の施設において、指定通所リハビリテーション事業を行う場合には、以下の条件に適合するときは、それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが同一の部屋等であつても差し支えないものとする。</p> <p>① 当該部屋等において、それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが明確に区分されていること。</p> <p>② それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが、次に掲げる面積要件(居宅基準第 112 条第 1 項)を満たしていること。</p> <p>3 平方メートルに利用定員を乗じた面積以上であるものを有すること。ただし、介護老人保健施設又は介護医療院の場合は、当該専用の部屋等の面積に利用者用に確保されている食堂(リハビリテーション)に供用されるものに限る。)の面積を加えるものとする。</p> <p>(2) 指定通所リハビリテーションを行うためのスペースと、当該指定通所リハビリテーション事業所と併設の関係にある特別養護老人ホーム、社会福祉施設等における指定通所介護の機能訓練室等との関係については、第 3 の六の 2 の(2)の②を参照されたい。</p> <p>ただし、保険医療機関が医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションの届出を行っており、当該保険医療機関において、指定通所リハビリテーション(1 時間以上 2 時間未満に限る)又は指定介護予防通所リハビリテーションを実施する場合には、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けている患者と介護保険の指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションの利用者に対するサービス提供に支障が生じない場合に限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えない。この場合の居宅基準第 112 条第 1 項の指定通所リハビリテーションを行うために必要なスペースは、<u>医療保険のリハビリテーションの患者数に関わらず、常時、3 平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用者数(指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、指定通所リハビリテーションの利用者数と指定介護予防通所リハビリテーションの利用者数の合計)</u>を乗じた面積以上とする。</p> <p>なお、<u>機器及び器具の利用については、サービス提供時間に関わらず、各サービスの提供に支障が生じない場合に限り、共用して差し支えない。</u>(居宅基準第 118 条の基準において</p>	<p>12 年厚生省告示第 30 号) に定める理学療法、作業療法に係る施設基準の届出を行った介護保険施設において、それらに 1 年以上従事した者であること。</p> <p>2 設備に関する基準</p> <p>(1) 指定通所リハビリテーション事業所ごとに備える設備については、専ら当該事業の用に供するものでなければならぬこととされているが、病院、診療所、介護老人保健施設が互いに併設される場合(同一敷地内にある場合、又は公道をはさんで隣接している場合をいう。)であって、そのうちの複数の施設において、指定通所リハビリテーション事業を行う場合には、以下の条件に適合するときは、それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが同一の部屋等であつても差し支えないものとする。</p> <p>① 当該部屋等において、それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが明確に区分されていること。</p> <p>② それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが、次に掲げる面積要件(居宅基準第 112 条第 1 項)を満たしていること。</p> <p>3 平方メートルに利用定員を乗じた面積以上であるものを有すること。ただし、介護老人保健施設の場合は、当該専用の部屋等の面積に利用者用に確保されている食堂(リハビリテーション)に供用されるものに限る。)の面積を加えるものとする。</p> <p>(2) 指定通所リハビリテーションを行うためのスペースと、当該指定通所リハビリテーション事業所と併設の関係にある特別養護老人ホーム、社会福祉施設等における指定通所介護の機能訓練室等との関係については、第 3 の六の 2 の(2)の②を参照されたい。ただし、保険医療機関が医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション、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において、<u>1 時間以上 2 時間未満</u>の指定通所リハビリテーションを実施する際には、指定通所リハビリテーションの利用者に対するサービス提供に支障が生じない場合に限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えない。<u>(必要な機器及び器具の利用についても同様)</u>。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、3 平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用定員と<u>医療保険のリハビリテーションを受ける患者の数</u>を乗じた面積以上とする。</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p><u>も同様。</u></p> <p>(3) 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備（居宅基準第112条第2項）については、指定通所介護に係る居宅基準第95条第1項と同趣旨であるため、第3の六の2の(3)を参照されたい。</p> <p>3 運営に関する基準</p> <p>(1) 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。</p> <p>① 指定通所リハビリテーションは、<u>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</u>、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はないこと。</p> <p>② 通所リハビリテーション計画は、<u>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</u>、医師の診察内容及び運動機能検査等の結果を基に、指定通所リハビリテーションの提供に関わる従業者が共同して個々の利用者ごとに作成するものであること。</p> <p>③ 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。</p> <p>④ 通所リハビリテーション計画は、居宅サービス計画に沿って作成されなければならないこととしたものである。</p> <p>なお、通所リハビリテーション計画を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該通所リハビリテーション計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとする。</p> <p>⑤ 通所リハビリテーション計画は<u>事業所の医師の診療又は運動機能検査、作業能力検査等</u>を基に、居宅基準第115条第1項にいう医師等の従業者が共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれた環境を踏まえて作成されなければならないものであり、サービス内容等への利用者への意向の反映の機会を保障するため、指定通所リハビリテーション事業所の<u>医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士</u>は、通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容等を説明した上で利用者の同意を得なければならない。また、<u>指定通所リハビリテーション事業所の管理者は</u>、当該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。</p> <p>なお、交付した<u>当該</u>リハビリテーション計画書は、居宅基準第118条の2第2項の規定に基づき、2年間保存しなければならない。</p> <p>⑥ 認知症の状態にある要介護者で、他の要介護者と同じグループとして、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には、必要に応じてグループを分けて対応すること。</p> <p>⑦ 指定通所リハビリテーションをより効果的に実施するため、<u>介護支援専門員</u>や医療ソーシャルワーカー等の協力を得て実施することが望ましいこと。</p> <p>⑧ 主として認知症等の精神障害を有する利用者を対象とした指定通所リハビリテーションに</p>	<p>(3) 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備（居宅基準第112条第2項）については、指定通所介護に係る居宅基準第95条第1項と同趣旨であるため、第3の六の2の(3)を参照されたい。</p> <p>3 運営に関する基準</p> <p>(1) 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。</p> <p>① 指定通所リハビリテーションは、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。</p> <p>② 通所リハビリテーション計画は、医師の診察内容及び運動機能検査等の結果を基に、指定通所リハビリテーションの提供に関わる従業者が共同して個々の利用者ごとに作成するものであること。</p> <p>③ 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。</p> <p>④ 通所リハビリテーション計画は、居宅サービス計画に沿って作成されなければならないこととしたものである。</p> <p>なお、通所リハビリテーション計画を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該通所リハビリテーション計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとする。</p> <p>⑤ 通所リハビリテーション計画は診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、居宅基準第115条第1項にいう医師等の従業者が共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれた環境を踏まえて作成されなければならないものであり、サービス内容等への利用者への意向の反映の機会を保障するため、指定通所リハビリテーション事業所の<u>管理者</u>は、通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容等を説明した上で利用者の同意を得なければならない。また、<u>指定通所リハビリテーション事業所の管理者は</u>、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。</p> <p>なお、交付した<u>通所</u>リハビリテーション計画は、居宅基準第118条の2第2項の規定に基づき、2年間保存しなければならない。</p> <p>⑥ 認知症の状態にある要介護者で、他の要介護者と同じグループとして、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には、必要に応じてグループを分けて対応すること。</p> <p>⑦ 指定通所リハビリテーションをより効果的に実施するため、<u>支援相談員</u>や医療ソーシャルワーカー等の協力を得て実施することが望ましいこと。</p> <p>⑧ 主として認知症等の精神障害を有する利用者を対象とした指定通所リハビリテーションに</p>



○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>あつては、作業療法士等の従業者により、主として脳血管疾患等に起因する運動障害を有する利用者にあつては、理学療法士等の従業者により効果的に実施されるべきものであること。</p> <p>⑨ リハビリテーション会議の構成員は、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（法第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業をいう。以下同じ。）のサービス担当者及び保健師等とすること。</p> <p>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を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の状況等に関する情報を当該構成員と共有するよう努めること。</p> <p>なお、リハビリテーション会議は、利用者及びその家族の参加を基本とするものであるが、家庭内暴力等によりその参加が望ましくない場合や、家族が遠方に住んでいる等によりやむを得ず参加できない場合は、必ずしもその参加を求めるとはしないこと。</p> <p>また、リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由等により、構成員がリハビリテーション会議を欠席した場合は、速やかに当該会議の内容について欠席者との情報共有を図ること。</p> <p>⑩ 指定通所リハビリテーション事業者が、指定訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、<b>指定</b>通所リハビリテーション及び<b>指定</b>訪問リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた通所リハビリテーション計画を作成した場合には、<b>居宅基準</b>第81条第1項から第4項の基準を満たすことにより、<b>居宅基準</b>第115条第1項から第4項の基準を満たしていることとすることができること。</p> <p>当該計画の作成に当たっては、各々の事業の目標を踏まえたうえで、共通目標を設定すること。また、その達成に向けて各々の事業の役割を明確にした上で、利用者に対して一連のサービスとして提供できるよう、個々のリハビリテーションの実施主体、目的及び具体的な提供内容等を1つの目標として分かりやすく記載するよう留意すること。</p> <p>⑪ <b>指定</b>通所リハビリテーション及び<b>指定</b>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、<b>居宅基準</b>第115条第5項に規定する診療記録を一括して管理しても差し支えないものであること。</p> <p>⑫ 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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>あつては、作業療法士等の従業者により、主として脳血管疾患等に起因する運動障害を有する利用者にあつては、理学療法士等の従業者により効果的に実施されるべきものであること。</p> <p>⑨ リハビリテーション会議の構成員は、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（法第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業をいう。以下同じ。）のサービス担当者及び保健師等とすること。</p> <p>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を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の状況等に関する情報を当該構成員と共有するよう努めること。</p> <p>なお、リハビリテーション会議は、利用者及びその家族の参加を基本とするものであるが、家庭内暴力等によりその参加が望ましくない場合や、家族が遠方に住んでいる等によりやむを得ず参加できない場合は、必ずしもその参加を求めるとはしないこと。</p> <p>また、リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由等により、構成員がリハビリテーション会議を欠席した場合は、速やかに当該会議の内容について欠席者との情報共有を図ること。</p> <p>⑩ 指定通所リハビリテーション事業者が、指定訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、<b>通所</b>リハビリテーション及び<b>訪問</b>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は、<b>訪問リハビリテーション</b>の<b>基準</b>第81条第1項から第4項の基準を満たすことにより、<b>通所リハビリテーション</b>の<b>基準</b>第115条第1項から第4項の基準を満たしていることとすることができること。</p> <p>当該計画の作成に当たっては、各々の事業の目標を踏まえたうえで、共通目標を設定すること。また、その達成に向けて各々の事業の役割を明確にした上で、利用者に対して一連のサービスとして提供できるよう、個々のリハビリテーションの実施主体、目的及び具体的な提供内容等を1つの目標として分かりやすく記載するよう留意すること。</p> <p>⑪ <b>通所</b>リハビリテーション及び<b>訪問</b>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、<b>基準</b>第115条第5項に規定する診療記録を一括して管理しても差し支えないものであること。</p> <p>⑫ 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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>⑬ 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については、第3の1の3の(13)の⑥を準用する。この場合において、「訪問介護計画」とあるのは「通所リハビリテーション計画」と読み替える。</p> <p>(2) 管理者等の責務</p> <p>居宅基準第116条第1項は、指定通所リハビリテーション事業者の管理者は、医師、理学療法士、作業療法士又は専ら指定通所リハビリテーションの提供に当た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旨を明記したものであること。この場合、組織図等により、指揮命令系統を明確にしておく必要がある。</p> <p>(3) 運営規程</p> <p>7時間以上8時間未満の<b>指定</b>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指定通所リハビリテーション事業所にあつては、<b>指定</b>通所介護と同様であるので、第3の6の3の(4)の①を参照されたい。</p> <p>(4) 衛生管理等</p> <p>居宅基準第118条第1項は、指定通所リハビリテーション事業者の必要最低限の衛生管理等を規定したものであるが、このほか、次の点に留意するものとする。</p> <p>① 指定通所リハビリテーション事業者は、食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保つこと。</p> <p>② 特にインフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、その発生及びまん延を防止するための措置について、別途通知等が発出されているので、これに基づき、適切な措置を講ずること。</p> <p>③ 医薬品の管理については、当該指定通所リハビリテーション事業所の実情に応じ、地域の薬局の薬剤師の協力を得て行うことも考えられること。</p> <p>④ 空調設備等により施設内の適温の確保に努めること。</p> <p>(5) 記録の整備</p> <p>居宅基準第118条の2第2項の指定通所リハビリテーションの提供に関する記録には診療記録が含まれるものであること。</p> <p>(6) 準用</p> <p>居宅基準第119条の規定により、居宅基準第8条から第13条まで、第15条から第17条まで、第19条、第21条、第26条、第27条、第32条、第33条、第35条から第38条まで、第64条、第65条、第96条及び第101条から第103条までの規定は、指定通所リハビリテーションの事業について準用されるものであることから、第3の1の3の(1)から(7)まで、(9)、(11)、(14)、(15)及び(21)から(26)まで、第3の3の3の(2)並びに第3の6の3の(1)、(5)及び(6)を参照されたい。この場合において、特に次の点に留意するものとする。</p> <p>① 居宅基準第13条中「心身の状況」とあるのは「心身の状況、病歴」と読み替えられることに留意されたいこと。</p>	<p>⑭ 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については、第3の1の3の(13)の⑥を準用する。この場合において、「訪問介護計画」とあるのは「通所リハビリテーション計画」と読み替える。</p> <p>(2) 管理者等の責務</p> <p>居宅基準第116条第1項は、指定通所リハビリテーション事業者の管理者は、医師、理学療法士、作業療法士又は専ら指定通所リハビリテーションの提供に当た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旨を明記したものであること。この場合、組織図等により、指揮命令系統を明確にしておく必要がある。</p> <p>(3) 運営規程</p> <p>6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指定通所リハビリテーション事業所にあつては、通所介護と同様であるので、第3の6の3の(4)の①を参照されたい。</p> <p>(4) 衛生管理等</p> <p>居宅基準第118条第1項は、指定通所リハビリテーション事業者の必要最低限の衛生管理等を規定したものであるが、このほか、次の点に留意するものとする。</p> <p>① 指定通所リハビリテーション事業者は、食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保つこと。</p> <p>② 特にインフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、その発生及びまん延を防止するための措置について、別途通知等が発出されているので、これに基づき、適切な措置を講ずること。</p> <p>③ 医薬品の管理については、当該指定通所リハビリテーション事業所の実情に応じ、地域の薬局の薬剤師の協力を得て行うことも考えられること。</p> <p>④ 空調設備等により施設内の適温の確保に努めること。</p> <p>(5) 記録の整備</p> <p>居宅基準第118条の2第2項の指定通所リハビリテーションの提供に関する記録には診療記録が含まれるものであること。</p> <p>(6) 準用</p> <p>居宅基準第119条の規定により、居宅基準第8条から第13条まで、第15条から第17条まで、第19条、第21条、第26条、第27条、第32条、第33条、第35条から第38条まで、第64条、第65条、第96条及び第101条から第103条までの規定は、指定通所リハビリテーションの事業について準用されるものであることから、第3の1の3の(1)から(7)まで、(9)、(11)、(14)、(15)及び(21)から(26)まで、第3の3の3の(2)並びに第3の6の3の(1)、(5)及び(6)を参照されたい。この場合において、特に次の点に留意するものとする。</p> <p>① 居宅基準第13条中「心身の状況」とあるのは「心身の状況、病歴」と読み替えられることに留意されたいこと。</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>② 準用される居宅基準第101条第1項については、指定通所リハビリテーション事業所ごとに、<b>指定</b>通所リハビリテーション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、作業療法士、経験看護師等、看護職員及び介護職員の配置、管理者との兼務関係等を勤務表上明確にし、人員に関する基準が満たされていることを明らかにすること。</p>	<p>② 準用される居宅基準第101条第1項については、指定通所リハビリテーション事業所ごとに、通所リハビリテーション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、作業療法士、経験看護師等、看護職員及び介護職員の配置、管理者との兼務関係等を勤務表上明確にし、人員に関する基準が満たされていることを明らかにすること。</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>7 介護予防通所リハビリテーション</p> <p>(1) 指定介護予防通所リハビリテーションの基本取扱方針</p> <p>予防基準第124条にいう指定介護予防通所リハビリテーションの基本取扱方針について、特に留意すべきところは、次のとおりである。</p> <p>① <b>指定</b>介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護予防とは、単に高齢者の運動機能や栄養改善といった特定の機能の改善だけを目指すのではなく、これらの心身機能の改善や環境調整等を通じて、一人ひとりの高齢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を目的として行われるものであることに留意しつづつ行うこと。</p> <p>② 介護予防の十分な効果を高める観点からは、利用者の主体的な取組が不可欠であることから、サービスの提供に当たっては、利用者の意欲が高まるようコミュニケーションの取り方をはじめ、様々な工夫をして、適切な働きかけを行うよう努めること。</p> <p>③ サービスの提供に当たって、利用者ができないことを単に補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出している場合があるとの指摘を踏まえ、「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、利用者のできる能力を阻害するよう不適切なサービス提供をしないよう配慮すること。</p> <p>④ 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ものであること。</p> <p>(2) 指定介護予防通所リハビリテーションの具体的取扱方針</p> <p>① 予防基準第125条第1号及び第2号は、<b>医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士</b>は、介護予防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こととしたものである。介護予防通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、主治医又は主治の歯科医師からの情報伝達やサービス担当者会議を通じる等の適切な方法により、利用者の状況を把握・分析し、介護予防通所リハビリテーションの提供によって解決すべき問題状況を明らかにし（アセスメント）、これに基づき、支援の方向性や目標を明確にし、提供するサービスの具体的内容、所要時間、日程等を明らかにするものとする。なお、介護予防通所リハビリテーション計画の様式については、事業所ごとに定めるもので差し支えない。</p> <p>② リハビリテーション会議の構成員は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、指定介護予防支援等基準省令第2条に規定する担当職員、介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防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。</p> <p>指定介護予防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を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の状況等に関する情報を当該構成員と共</p>	<p>7 介護予防通所リハビリテーション</p> <p>(1) 指定介護予防通所リハビリテーションの基本取扱方針</p> <p>予防基準第124条にいう指定介護予防通所リハビリテーションの基本取扱方針について、特に留意すべきところは、次のとおりである。</p> <p>① 介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護予防とは、単に高齢者の運動機能や栄養改善といった特定の機能の改善だけを目指すのではなく、これらの心身機能の改善や環境調整等を通じて、一人ひとりの高齢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を目的として行われるものであることに留意しつづつ行うこと。</p> <p>② 介護予防の十分な効果を高める観点からは、利用者の主体的な取組が不可欠であることから、サービスの提供に当たっては、利用者の意欲が高まるようコミュニケーションの取り方をはじめ、様々な工夫をして、適切な働きかけを行うよう努めること。</p> <p>③ サービスの提供に当たって、利用者ができないことを単に補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出している場合があるとの指摘を踏まえ、「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、利用者のできる能力を阻害するよう不適切なサービス提供をしないよう配慮すること。</p> <p>④ 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ものであること。</p> <p>(2) 指定介護予防通所リハビリテーションの具体的取扱方針</p> <p>① 予防基準第125条第1号及び第2号は、<b>医師等の従業者</b>は、介護予防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こととしたものである。介護予防通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、主治医又は主治の歯科医師からの情報伝達やサービス担当者会議を通じる等の適切な方法により、利用者の状況を把握・分析し、介護予防通所リハビリテーションの提供によって解決すべき問題状況を明らかにし（アセスメント）、これに基づき、支援の方向性や目標を明確にし、提供するサービスの具体的内容、所要時間、日程等を明らかにするものとする。なお、介護予防通所リハビリテーション計画の様式については、事業所ごとに定めるもので差し支えない。</p> <p>② リハビリテーション会議の構成員は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、指定介護予防支援等基準省令第2条に規定する担当職員、介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防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。</p> <p>指定介護予防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を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の状況等に関する情報を当該構成員と共</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>有するよう努めること。</p> <p>なお、リハビリテーション会議は、利用者及びその家族の参加を基本とするものであるが、家庭内暴力等によりその参加が望ましくない場合や、家族が遠方に住んでいる等によりやむを得ず参加できない場合は、必ずしもその参加を求めるとはしないこと。</p> <p>また、リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由等により、構成員がリハビリテーション会議を欠席した場合は、速やかに当該会議の内容について欠席者との情報共有を図ること。</p> <p>③ 同条第3号は、介護予防通所リハビリテーション計画は、介護予防サービス計画に沿って作成されなければならないこととしたものである。</p> <p>なお、介護予防通所リハビリテーション計画の作成後に介護予防サービス計画が作成された場合は、当該介護予防通所リハビリテーション計画が介護予防サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとする。</p> <p>④ 同条第4号から第7号は、サービス提供に当たっての利用者又はその家族に対する説明について定めたものである。即ち、介護予防通所リハビリテーション計画は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて作成されなければならないものであり、その内容について説明を行った上で利用者の同意を得ることを義務づけることにより、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障しようとするものである。医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画の目標や内容等について、利用者又はその家族に、理解しやすい方法で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ものとする。</p> <p>また介護予防通所リハビリテーション計画を作成した際には、<b>当該リハビリテーション計画書を遅滞なく</b>利用者へ交付しなければならず、当該リハビリテーション計画書は、予防基準第122条第2項の規定に基づき、2年間保存しなければならないこととしている。</p> <p>⑤ 指定介護予防通所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受けて受け、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、<b>指定</b>介護予防通所リハビリテーション及び<b>指定</b>介護予防訪問リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた介護予防通所リハビリテーション計画を作成した場合には、<b>予防基準</b>第86条第2項から第5項の基準を満たすことにより、<b>予防基準</b>第125条第2項から第5項の基準を満たすこととすることができることとする。</p> <p>当該計画の作成に当たっては、各々の事業の目標を踏まえたうえで、共通目標を設定すること。また、その達成に向けて各々の事業の役割を明確にした上で、利用者に対して一連のサービスとして提供できるよう、個々のリハビリテーションの実施主体、目的及び具体的な提供内容等を1つの計画として分かりやすく記載するよう留意すること。</p> <p>⑥ <b>指定</b>介護予防通所リハビリテーション及び<b>指定</b>介護予防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、<b>予防基準</b>第125条第10</p>	<p>有するよう努めること。</p> <p>なお、リハビリテーション会議は、利用者及びその家族の参加を基本とするものであるが、家庭内暴力等によりその参加が望ましくない場合や、家族が遠方に住んでいる等によりやむを得ず参加できない場合は、必ずしもその参加を求めるとはしないこと。</p> <p>また、リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由等により、構成員がリハビリテーション会議を欠席した場合は、速やかに当該会議の内容について欠席者との情報共有を図ること。</p> <p>③ 同条第3号は、介護予防通所リハビリテーション計画は、介護予防サービス計画に沿って作成されなければならないこととしたものである。</p> <p>なお、介護予防通所リハビリテーション計画の作成後に介護予防サービス計画が作成された場合は、当該介護予防通所リハビリテーション計画が介護予防サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとする。</p> <p>④ 同条第4号から第7号は、サービス提供に当たっての利用者又はその家族に対する説明について定めたものである。即ち、介護予防通所リハビリテーション計画は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて作成されなければならないものであり、その内容について説明を行った上で利用者の同意を得ることを義務づけることにより、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障しようとするものである。医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画の目標や内容等について、利用者又はその家族に、理解しやすい方法で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ものとする。</p> <p>また介護予防通所リハビリテーション計画を作成した際には、遅滞なく利用者へ交付しなければならず、当該<b>介護予防通所</b>リハビリテーション計画は、予防基準第122条第2項の規定に基づき、2年間保存しなければならないこととしている。</p> <p>⑤ 指定介護予防通所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受けて受け、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、介護予防通所リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた介護予防通所リハビリテーション計画を作成した場合には、<b>介護予防訪問リハビリテーションの基準省令</b>第86条第2項から第5項の基準を満たすことにより、<b>介護予防訪問リハビリテーションの基準省令</b>第125条第2項から第5項の基準を満たすこととすることができることとしたものであること。</p> <p>当該計画の作成に当たっては、各々の事業の目標を踏まえたうえで、共通目標を設定すること。また、その達成に向けて各々の事業の役割を明確にした上で、利用者に対して一連のサービスとして提供できるよう、個々のリハビリテーションの実施主体、目的及び具体的な提供内容等を1つの計画として分かりやすく記載するよう留意すること。</p> <p>⑥ 介護予防通所リハビリテーション及び介護予防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、<b>基準省令</b>第125条第10</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>項に規定する診療記録を一括して管理しても差し支えないものであること。</p> <p>⑦ 同条第8号は、指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応した適切なサービスが提供できるよう、常に新しい技術を習得する等、研鑽を行うべきものであることとしたものである。</p> <p>⑧ 同条第9号から第11号は、事業者に対して介護予防サービスの提供状況等について介護予防支援事業者に対する報告の義務づけを行うとともに、介護予防通所リハビリテーション計画に定める計画期間終了後の当該計画の実施状況の把握（モニタリング）を義務づけるものである。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されているかどうか、また、当該計画策定時から利用者の状態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に行うものであり、毎月行うこととしている。</p> <p>また、併せて、事業者は介護予防通所リハビリテーション計画に定める計画期間が終了するまでに1回はモニタリングを行い、利用者の介護予防通所リハビリテーション計画に定める目標の達成状況の把握等を行うこととしており、当該モニタリングの結果により、解決すべき課題の変化が認められる場合等については、担当する介護予防支援事業者等とも相談の上、必要に応じて当該介護予防通所リハビリテーション計画の変更を行うこととしたものである。</p> <p>⑨ 介護予防サービス計画に基づきサービスを提供している指定介護予防通所リハビリテーション事業者については、第4の三の4の(2)の⑤を準用する。この場合において、「介護予防訪問リハビリテーション計画」とあるのは「介護予防通所リハビリテーション計画」と読み替える。</p>	<p>する診療記録を一括して管理しても差し支えないものであること。</p> <p>⑦ 同条第8号は、指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応した適切なサービスが提供できるよう、常に新しい技術を習得する等、研鑽を行うべきものであることとしたものである。</p> <p>⑧ 同条第9号から第11号は、事業者に対して介護予防サービスの提供状況等について介護予防支援事業者に対する報告の義務づけを行うとともに、介護予防通所リハビリテーション計画に定める計画期間終了後の当該計画の実施状況の把握（モニタリング）を義務づけるものである。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されているかどうか、また、当該計画策定時から利用者の状態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に行うものであり、毎月行うこととしている。</p> <p>また、併せて、事業者は介護予防通所リハビリテーション計画に定める計画期間が終了するまでに1回はモニタリングを行い、利用者の介護予防通所リハビリテーション計画に定める目標の達成状況の把握等を行うこととしており、当該モニタリングの結果により、解決すべき課題の変化が認められる場合等については、担当する介護予防支援事業者等とも相談の上、必要に応じて当該介護予防通所リハビリテーション計画の変更を行うこととしたものである。</p> <p>⑨ 介護予防サービス計画に基づきサービスを提供している指定介護予防通所リハビリテーション事業者については、第4の三の1の(2)の⑥を準用する。この場合において、「介護予防訪問介護計画」とあるのは「介護予防通所リハビリテーション計画」と読み替える。</p>

## 【報酬告示に関する通知案】

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

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

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）  
傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>8 通所リハビリテーション費</p> <p>(1) 所要時間による区分の取扱い</p> <p>① 所要時間による区分については、現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画に位置づけられた内容の<b>指定</b>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に位置づけられている。そのため、単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の迎え等の都合で、当該利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、<b>指定</b>通所リハビリテーションのサービスが提供され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迎え等までの間の間のいわゆる「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。）。</p> <p>② 指定通所リハビリテーションを行うのに要する時間には、送迎に要する時間は含まないものとするが、送迎時に実施した居室内での介助等（電気の消灯・点灯、窓の施錠、着替え、ベッドへの移乗等）に要する時間は、次のいずれの要件も満たす場合、1日30分以内を限度として、<b>指定</b>通所リハビリテーションを行うのに要する時間に含めることができる。</p> <p>イ 居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に位置付けた上で実施する場合</p> <p>ロ 送迎時に居室内の介助等を行う者が、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、1級課程修了者、介護職員初任者研修修了者（2級課程修了者を含む。）又は当該事業所における勤続年数と同一法人の経営する他の介護サービス事業所、医療機関、社会福祉施設等においてサービスをユーザーに直接提供する職員としての勤続年数の合計が3年以上の介護職員である場合</p> <p>③ 当日の利用者の心身の状況から、実際の<b>指定</b>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。なお、通所リハビリテーション計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合には、通所リハビリテーション計画を変更のうえ、変更後の所要時間に応じた単位数を算定すること。</p> <p>④ 利用者に対して、1日に複数の指定通所リハビリテーションを行う事業所にあつては、それぞれの指定通所リハビリテーションごとに通所リハビリテーション費を算定するものとする（例えば、午前と午後に指定通所リハビリテーションを行う場合にあつては、午前と午後それぞれについて通所リハビリテーション費を算定する。）。ただし、1時間以上2時間未満の<b>指定</b>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。</p> <p>(2) 災害時等の取扱い</p> <p><b>指定</b>通所介護と同様であるので、7(●)を参照されたい。</p> <p>(3) 1時間以上2時間未満の指定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の取り扱いについて</p>	<p>8 通所リハビリテーション費</p> <p>(1) 所要時間による区分の取扱い</p> <p>① 所要時間による区分については、現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画に位置づ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によることに位置づけられている。そのため、単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の迎え等の都合で、当該利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、通所リハビリテーションのサービスが提供され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迎え等までの間の間のいわゆる「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。）。</p> <p>② 指定通所リハビリテーションを行うのに要する時間には、送迎に要する時間は含まないものとするが、送迎時に実施した居室内での介助等（電気の消灯・点灯、窓の施錠、着替え、ベッドへの移乗等）に要する時間は、次のいずれの要件も満たす場合、1日30分以内を限度として、通所リハビリテーションを行うのに要する時間に含めることができる。</p> <p>イ 居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に位置付けた上で実施する場合</p> <p>ロ 送迎時に居室内の介助等を行う者が、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、1級課程修了者、介護職員初任者研修修了者（2級課程修了者を含む。）又は当該事業所における勤続年数と同一法人の経営する他の介護サービス事業所、医療機関、社会福祉施設等においてサービスをユーザーに直接提供する職員としての勤続年数の合計が3年以上の介護職員である場合</p> <p>③ 当日の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。なお、通所リハビリテーション計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合には、通所リハビリテーション計画を変更のうえ、変更後の所要時間に応じた単位数を算定すること。</p> <p>④ 利用者に対して、1日に複数の指定通所リハビリテーションを行う事業所にあつては、それぞれの指定通所リハビリテーションごとに通所リハビリテーション費を算定するものとする（例えば、午前と午後に指定通所リハビリテーションを行う場合にあつては、午前と午後それぞれについて通所リハビリテーション費を算定する。）。ただし、1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションの利用者については、同日に行われる他の通所リハビリテーション費は算定できない。</p> <p>(2) 災害時等の取扱い</p> <p>通所介護と同様であるので、7(5)を参照されたい。</p> <p>(3) 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（以下8において「<b>理学療法士等</b>」という。）を専従かつ常勤で2名以上配置して</p>



○（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）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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）  
傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>注2における「専従」とは、当該<u>指定通所</u>リハビリテーション事業所において行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する時間に専らその職務に従事していることで足りるものとする。</p> <p>(4) <u>7</u>時間以上8時間未満の<u>指定通所</u>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</p> <p>① 当該加算は、所要時間<u>7</u>時間以上8時間未満の<u>指定通所</u>リハビリテーションの前後に連続して<u>指定通所</u>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。</p> <p>例えば、8時間の<u>指定通所</u>リハビリテーションの後に連続して2時間の延長サービスを行った場合や、8時間の<u>指定通所</u>リハビリテーションの前に連続して1時間、後に連続して1時間、合計2時間の延長サービスを行った場合には、2時間分の延長サービスとして100単位を算定する。</p> <p>② 当該加算は<u>指定通所</u>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ため、例えば、7時間の<u>指定通所</u>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、<u>指定通所</u>リハビリテーションと延長サービスの通算時間は9時間であり、1時間分（時間＝9時間－8時間）の延長サービスとして50単位を算定する。</p> <p>③ 延長加算は、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な体制にあり、かつ、実際に延長サービスを行った場合に算定されるものであるが、当該事業所の実情に応じて、適当数の従業者を置いていることが必要である。</p> <p><u>(5) リハビリテーション提供体制加算について</u> 「当該事業所の利用者の数」とは、<u>指定通所</u>リハビリテーション事業者と<u>指定介護予防通所</u>リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、<u>指定通所</u>リハビリテーションの事業と<u>指定介護予防通所</u>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は、<u>指定通所</u>リハビリテーションの利用者数と<u>指定介護予防通所</u>リハビリテーションの利用者数の合計をいう。</p> <p><u>(6) 注4の取扱い</u> <u>指定</u>訪問介護と同様であるので、2<u>(●)</u>を参照されたい。</p> <p><u>(7) 平均利用延人員数の取扱い</u></p> <p>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</p>	<p>いる事業所の加算の取扱いについて</p> <p>注2における「専従」とは、当該通所リハビリテーション事業所において行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する時間に専らその職務に従事していることで足りるものとする。</p> <p>(4) <u>6</u>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</p> <p>① 当該加算は、所要時間<u>6</u>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。</p> <p>例えば、8時間の通所リハビリテーションの後に連続して2時間の延長サービスを行った場合や、8時間の通所リハビリテーションの前に連続して1時間、後に連続して1時間、合計2時間の延長サービスを行った場合には、2時間分の延長サービスとして100単位を算定する。</p> <p>② 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（時間＝9時間－8時間）の延長サービスとして50単位を算定する。</p> <p>③ 延長加算は、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な体制にあり、かつ、実際に延長サービスを行った場合に算定されるものであるが、当該事業所の実情に応じて、適当数の従業者を置いていることが必要である。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(5) 注4の取扱い</u> 訪問介護と同様であるので、2<u>(16)</u>を参照されたい。</p> <p><u>(6) 平均利用延人員数の取扱い</u></p> <p>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</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） 傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>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まない取扱いとす。</p> <p>② 平均利用延人員数の計算に当たっては、1時間以上2時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に4分の1を乗じて得た数とし、2時間以上3時間未満の報酬を算定している利用者及び3時間以上4時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に2分の1を乗じて得た数とし、4時間以上5時間未満の報酬を算定している利用者及び5時間以上6時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。また、平均利用延人員数に含むこととされた介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者については、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、利用者数に4分の1を乗じて得た数とし、2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、2時間以上4時間未満の利用者については、利用者数に4分の3を乗じて得た数とし、4時間以上6時間未満の利用者については、利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。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については、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、利用者数に4分の1を乗じて得た数とし、2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、2時間以上4時間未満の利用者については、利用者数に4分の3を乗じて得た数とし、4時間以上6時間未満の利用者については、利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。ただし、介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者については、同時にサービスの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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><u>(8) 指定通所リハビリテーションの提供について</u></p> <p>① 平成27年度の介護報酬改定において、個別リハビリテーション実施加算が本体報酬に包括化された趣旨を踏まえ、利用者の状態に応じ、個別にリハビリテーションを実施することが望ましいこと。</p> <p>② <u>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</u></p>	<p>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まない取扱いとす。</p> <p>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については、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、利用者数に4分の1を乗じて得た数とし、2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、2時間以上4時間未満の利用者については、利用者数に4分の3を乗じて得た数とし、4時間以上6時間未満の利用者については、利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。ただし、介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者については、同時にサービスの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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><u>(7) 通所リハビリテーションの提供について</u></p> <p>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。</p> <p><u>(新設)</u></p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） 傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>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の事務処理手順及び様式例の提示について」の別紙様式2-1をもつて、保険医療機関から当該事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式2-1に記載された内容について確認し、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、別紙様式2-1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。</p> <p><u>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。</u></p> <p>(9) 入浴介助加算について 指定通所介護と同様であるので、7(9)を参照されたい。</p> <p>(10) リハビリテーションマネジメント加算について</p> <p>① リハビリテーションマネジメント加算は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として実施されるものであり、リハビリテーションの質の向上を図るため、利用者の状態や生活環境等を踏まえた多職種協働による通所リハビリテーション計画の作成、当該計画に基づく適切なリハビリテーションの提供、当該提供内容の評価とその結果を踏まえた当該計画の見直し等といったSPDCAサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものである。</p> <p>② 「リハビリテーションの質の管理」とは、生活機能の維持又は向上を目指すに当たって、心身機能、個人として行うADLやIADLといった活動、家庭での役割を担うことや地域を担うことと地域内の行事等に関すること等といった参加について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを管理することをいう。</p> <p>③ 本加算は、SPDCAサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものであることから、当該SPDCAサイクルの中で通所リハビリテーション計画を、新規に作成し直すことは想定しておらず、利用者の状態に応じて適切に当該計画の見直しが行われるものである。</p> <p>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。</p> <p>④ 注7ロに規定するリハビリテーションマネジメント加算(II)(1)、注7ハに規定するリハビリテーションマネジメント加算(III)(1)又は注7ニに規定するリハビリテーションマネジメント加算(IV)(1)を取得後は、注7ロに規定するリハビリテーションマネジメント加算(II)(2)、注7ハに規定するリハビリテーションマネジメント加算(III)(2)又は注7ニに規定するリハビリテーションマネジメント加算(IV)(2)を取得後は、注6ロに規定するリハビリテーションマネジメント加算(II)(1)を取得後は、注6ロに規定するリハビリテーションマネジメント加算(II)(2)を算定するものであることに留意すること。</p> <p>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</p>	<p>(8) 入浴介助加算について 通所介護と同様であるので、7(7)を参照されたい。</p> <p>(9) リハビリテーションマネジメント加算について</p> <p>① リハビリテーションマネジメント加算は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として実施されるものであり、リハビリテーションの質の向上を図るため、利用者の状態や生活環境等を踏まえた多職種協働による通所リハビリテーション計画の作成、当該計画に基づく適切なリハビリテーションの提供、当該提供内容の評価とその結果を踏まえた当該計画の見直し等といったSPDCAサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものである。</p> <p>② 「リハビリテーションの質の管理」とは、生活機能の維持又は向上を目指すに当たって、心身機能、個人として行うADLやIADLといった活動、家庭での役割を担うことや地域内の行事等に関すること等といった参加について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを管理することをいう。</p> <p>③ 本加算は、SPDCAサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものであることから、当該SPDCAサイクルの中で通所リハビリテーション計画を、新規に作成し直すことは想定しておらず、利用者の状態に応じて適切に当該計画の見直しが行われるものである。</p> <p>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。</p> <p>④ 注6ロに規定するリハビリテーションマネジメント加算(II)(1)を取得後は、注6ロに規定するリハビリテーションマネジメント加算(II)(2)を算定するものであることに留意すること。</p> <p>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</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） 傍線の部分は改正部分

新	旧
<p><u>定するリハビリテーションマネジメント加算(IV)(2)</u>を算定するものであることに留意すること。</p> <p>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(II)(1)、<u>リハビリテーションマネジメント加算(III)(1)又はリハビリテーションマネジメント加算(IV)(1)</u>を再算定できるものであること。</p> <p>⑤ 大臣基準告示第25号イ(1)の「定期的」とは、初回の評価は、通所リハビリテーション計画に基づき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、その後は各加算に位置付けられた見直しの期間ごとに評価を行うものであること。</p> <p>⑥ <u>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の特記事項欄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、その他指定居宅サービスの併用と移行の見直しを記載すること。</u></p> <p>⑦ <u>リハビリテーション会議の構成員である医師の当該会議への出席については、テレビ電話等情報通信機器を使用してもよいこととする。なお、テレビ電話等情報通信機器を使用する場合には、当該会議の議事に支障のないよう留意すること。</u></p> <p>⑧ <u>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。</u></p> <p>⑨ <u>大臣基準告示第25号ニ(2)のデータ提出については、厚生労働省が実施するVISITに参加し、当該事業で活用しているシステムを用いて、リハビリテーションマネジメントで活用されるリハビリテーション計画書等のデータを提出することを評価したものである。</u>  <u>当該事業への参加方法や提出するデータについては「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。</u></p> <p>(11) <u>短期集中個別リハビリテーション実施加算について</u></p> <p>① 短期集中個別リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて、基本的動作能力及び応用的動作能力を向上させ、身体機能を回復するための集中的なリハビリテーションを個別に実施するものであること。</p> <p>② 「個別リハビリテーションを集中的に行った場合」とは、退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に、1週につきおおむね2日以上、1日当たり40分以上実施するもの</p>	<p>等により引き続き月に1回以上、当該会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、当該計画を見直していく必要性が高いことを利用者若しくは家族並びに構成員が合意した場合、リハビリテーションマネジメント加算(II)(1)を再算定できるものであること。</p> <p>⑤ 大臣基準告示第25号イ(1)の「定期的」とは、初回の評価は、通所リハビリテーション計画に基づき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、その後は各加算に位置付けられた見直しの期間ごとに評価を行うものであること。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(10) <u>短期集中個別リハビリテーション実施加算について</u></p> <p>① 短期集中個別リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて、基本的動作能力及び応用的動作能力を向上させ、身体機能を回復するための集中的なリハビリテーションを個別に実施するものであること。</p> <p>② 「個別リハビリテーションを集中的に行った場合」とは、退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に、1週につきおおむね2日以上、1日当たり40分以上実施するもの</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） 傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>でなければならぬ。</p> <p>③ 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つて 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。</p> <p><u>(12)</u> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について</p> <p>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こと。</p> <p>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つ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。</p> <p>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つ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、実施方法を定めたいえで実施すること。</p> <p>④ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)における通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、認知症を有する利用者の生活環境に対応したサービス提供ができる体制を整える必要があることから、利用者の生活環境をあらかじめ把握するため、当該利用者の居宅を訪問すること。</p> <p>⑤ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)における通所リハビリテーション計画に従つ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とはできないことに留意すること。</p> <p>⑥ 本加算の対象となる利用者は、MMSE (Mini Mental State Examination) 又はHDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) においておおむね5点～25点に相当する者とするものであること。</p> <p>⑦ 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となつて 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。</p>	<p>でなければならぬ。</p> <p>③ 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つて 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。</p> <p><u>(11)</u> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について</p> <p>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こと。</p> <p>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つ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。</p> <p>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つ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、実施方法を定めたいえで実施すること。</p> <p>④ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)における通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、認知症を有する利用者の生活環境に対応したサービス提供ができる体制を整える必要があることから、利用者の生活環境をあらかじめ把握するため、当該利用者の居宅を訪問すること。</p> <p>⑤ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)における通所リハビリテーション計画に従つ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とはできないことに留意すること。</p> <p>⑥ 本加算の対象となる利用者は、MMSE (Mini Mental State Examination) 又はHDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) においておおむね5点～25点に相当する者とするものであること。</p> <p>⑦ 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となつて 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。</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）  
傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>⑧ 本加算は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算（I）についてはその退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算（II）についてはその退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合に算定できるとして、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。</p> <p><u>(13)</u> <u>生活行為向上リハビリテーション実施加算</u>について</p> <p>① <u>生活行為向上リハビリテーション実施加算</u>の「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。</p> <p>② <u>生活行為向上リハビリテーション実施加算</u>におけるリハビリテーション（以下「生活行為向上リハビリテーション」という。）は、加齢や廃用症候群等により生活機能の一つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間の<u>生活行為向上</u>リハビリテーションの内容を<u>生活行為向上</u>リハビリテーション実施計画にあらためて定めることとする。</p> <p>③ 生活行為向上リハビリテーションを提供するための<u>生活行為向上</u>リハビリテーション実施計画の作成や、リハビリテーション会議における当該リハビリテーションの目標の達成状況の報告については、大臣基準告示第28号イによって配置された者が行うことが想定されていることに留意すること。</p> <p>④ <u>生活行為向上リハビリテーション実施計画</u>の作成に当たっては、<u>本加算の趣旨及び注12</u>の減算について説明した上で、当該計画の同意を得るよう留意すること。</p> <p>⑤ 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算（II）、（III）又は（IV）の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえ、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関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。</p> <p>⑥ 本加算は、6月間に限定して算定が可能であることから、利用者やその家族においても、生活行為の内容の充実を図るための訓練内容を理解し、家族の協力を得ながら、利用者が生活の中で実践していくことが望ましいこと。</p> <p>また、リハビリテーション会議において、訓練の進捗状況やその評価（当該評価の結果、訓練内容に変更が必要な場合は、その理由を含む。）等について、医師が利用者、その家族、構成員に説明すること。</p> <p>⑦ <u>生活行為向上</u>リハビリテーション実施計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。</p> <p><u>(14)</u> <u>注12</u>の減算について</p>	<p>⑧ 本加算は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算（I）についてはその退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算（II）についてはその退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合に算定できるとして、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。</p> <p><u>(12)</u> <u>注9の加算</u>について</p> <p>① <u>注9</u>の「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。</p> <p>② <u>注9の加算</u>におけるリハビリテーション（以下「生活行為向上リハビリテーション」という。）は、加齢や廃用症候群等により生活機能の一つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間のリハビリテーションの実施内容をリハビリテーション実施計画にあらためて定めることとする。</p> <p>③ 生活行為向上リハビリテーションを提供するためのリハビリテーション実施計画の作成や、リハビリテーション会議における当該リハビリテーションの目標の達成状況の報告については、厚生労働大臣が定める基準第28号イによって配置された者が行うことが想定されていることに留意すること。</p> <p>④ <u>通所リハビリテーション</u>計画の作成に当たっては、<u>注10</u>の減算について説明した上で、当該計画の同意を得るよう留意すること。</p> <p>⑤ 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえ、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関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。</p> <p>⑥ 本加算は、6月間に限定して算定が可能であることから、利用者やその家族においても、生活行為の内容の充実を図るための訓練内容を理解し、家族の協力を得ながら、利用者が生活の中で実践していくことが望ましいこと。</p> <p>また、リハビリテーション会議において、訓練の進捗状況やその評価（当該評価の結果、訓練内容に変更が必要な場合は、その理由を含む。）等について、医師が利用者、その家族、構成員に説明すること。</p> <p>⑦ リハビリテーション実施計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。</p> <p><u>(13)</u> <u>注10</u>の減算について</p>

○（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）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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）  
傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>生活行為向上リハビリテーションの提供を終了後、同一の利用者に対して、引き続き指定通所リハビリテーションを提供することは差し支えないが、通所リハビリテーション計画の作成に当たって、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、同意を得る際には、6月以内の期間に限り、1日につき所定単位数の100分の15に相当する単位数が減算されることを説明した上で、当該計画の同意を得るよう留意すること。</p> <p><u>(15)</u> 若年性認知症利用者受入加算について <u>指定通所介護と同様であるので、7(●)を参照されたい。</u></p> <p><u>(16)</u> 栄養改善加算について <u>指定通所介護と同様であるので、7(●)を参照されたい。</u></p> <p><u>(17)</u> <u>栄養スクリーニング加算について</u> <u>指定通所介護と同様であるので、7(●)を参照されたい。</u></p> <p><u>(18)</u> 口腔機能向上加算について <u>指定通所介護と同様であるので、7(●)を参照されたい。</u></p> <p><u>(19)</u> 重度療養管理加算について</p> <p>① 重度療養管理加算は、要介護3、要介護4又は要介護5に該当する者であって別に厚生労働大臣の定める状態（利用者等告示）にある利用者に対して、計画的な医学的管理を継続的に行い<u>指定通所リハビリテーション</u>を行った場合に当該加算を算定する。当該加算を算定する場合にあつては、当該医学的管理の内容等を診療録に記載しておくこと。</p> <p>② 当該加算を算定できる利用者は、次のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者であることとする。なお、請求明細書の摘要欄に該当する状態（利用者等告示第18号のイからリまで）に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。</p> <p>ア 利用者等告示第18号イの「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは、当該月にあって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。</p> <p>イ 利用者等告示第18号ロの「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」については、当該月において1週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っている<u>場合をいう</u>。</p> <p>ウ 利用者等告示第18号ハの「中心静脈注射を実施している状態」については、中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者である<u>場合をいう</u>。</p> <p>エ 利用者等告示第18号ニの「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」については、人工腎臓を各週2日以上実施しているものであり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症をもつものである<u>場合をいう</u>。</p> <p>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）</p>	<p>生活行為向上リハビリテーションの提供を終了後、同一の利用者に対して、引き続き指定通所リハビリテーションを提供することは差し支えないが、通所リハビリテーション計画の作成に当たって、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、同意を得る際には、6月以内の期間に限り、1日につき所定単位数の100分の15に相当する単位数が減算されることを説明した上で、当該計画の同意を得るよう留意すること。</p> <p><u>(14)</u> 若年性認知症利用者受入加算について 通所介護と同様であるので、7(11)を参照されたい。</p> <p><u>(15)</u> 栄養改善加算について 通所介護と同様であるので、7(12)を参照されたい。 <u>(新設)</u></p> <p><u>(16)</u> 口腔機能向上加算について 通所介護と同様であるので、7(13)を参照されたい。</p> <p><u>(17)</u> 重度療養管理加算について</p> <p>① 重度療養管理加算は、要介護3、要介護4又は要介護5に該当する者であつて別に厚生労働大臣の定める状態（利用者等告示）にある利用者に対して、計画的な医学的管理を継続的に行い通所リハビリテーションを行った場合に当該加算を算定する。当該加算を算定する場合にあつては、当該医学的管理の内容等を診療録に記載しておくこと。</p> <p>② 当該加算を算定できる利用者は、次のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者であることとする。なお、請求明細書の摘要欄に該当する状態（利用者等告示第18号のイからリまで）に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。</p> <p>ア 利用者等告示第18号イの「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは、当該月にあって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。</p> <p>イ 利用者等告示第18号ロの「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」については、当該月において1週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っている<u>こと</u>。</p> <p>ウ 利用者等告示第18号ハの「中心静脈注射を実施している状態」については、中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者である<u>こと</u>。</p> <p>エ 利用者等告示第18号ニの「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」については、人工腎臓を各週2日以上実施しているものであり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症をもつものである<u>こと</u>。</p> <p>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）</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） 傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>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</p> <p>D 出血性消化器病変を有するもの</p> <p>E 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの</p> <p>F うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）のもの</p> <p>オ 利用者等告示第18号ホの「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」については、持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90mmHg以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈酸素飽和度90%以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈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<u>場合をいう</u>。</p> <p>カ 利用者等告示第18号への「膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第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<u>場合をいう</u>。</p> <p>キ 利用者等告示第18号トの「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」については、経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った<u>場合をいう</u>。</p> <p>ク 利用者等告示第18号チの「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、以下の分類で第3度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。</p> <p>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）</p> <p>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）</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>ケ 利用者等告示第18号リの「気管切開が行われている状態」については、気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った<u>場合をいう</u>。</p> <p>(20) 中重度者ケア体制加算について  <u>指定</u>通所介護と同様であるので、7(●)を参照されたい。ただし「常勤換算方法で2以上」とあるものは「常勤換算方法で1以上」と、「ケアを計画的に実施するプログラム」とあるのは「リハビリテーションを計画的に実施するプログラム」と読み替えること。</p> <p>(21) 事業所と同一の建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者に通所介護を行う場合の取扱い  <u>指定</u>通所介護と同様であるので、7(●)を参照されたい。</p> <p>(22) 送迎を行わない場合の減算について</p>	<p>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</p> <p>D 出血性消化器病変を有するもの</p> <p>E 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの</p> <p>F うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）のもの</p> <p>オ 利用者等告示第18号ホの「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」については、持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90mmHg以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈酸素飽和度90%以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈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<u>こと</u>。</p> <p>カ 利用者等告示第18号への「膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第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<u>場合に算定できるものであること</u>。</p> <p>キ 利用者等告示第18号トの「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」については、経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った<u>場合に算定できるものであること</u>。</p> <p>ク 利用者等告示第18号チの「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、以下の分類で第3度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。</p> <p>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）</p> <p>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）</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>ケ 利用者等告示第18号リの「気管切開が行われている状態」については、気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った<u>場合に算定できるものであること</u>。</p> <p>(18) 中重度者ケア体制加算について  通所介護と同様であるので、7(8)を参照されたい。ただし「常勤換算方法で2以上」とあるものは「常勤換算方法で1以上」と、「ケアを計画的に実施するプログラム」とあるのは「リハビリテーションを計画的に実施するプログラム」と読み替えること。</p> <p>(19) 事業所と同一の建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者に通所介護を行う場合の取扱い  通所介護と同様であるので、7(14)を参照されたい。</p> <p>(20) 送迎を行わない場合の減算について</p>



○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）  
傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>利用者が自ら通う場合、利用者の家族等が送迎を行う場合など事業者が送迎を実施していない場合は、片道につき減算の対象となる。ただし、注19の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。</p> <p>(23) 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は、<u>指定通所介護と同様であるので、7(●)を参照されたい。</u></p> <p>(24) 人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定については</p> <p>① 当該事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の配置数が人員基準上満たすべき員数を下回っている、いわゆる人員基準欠如に対し、介護給付費の減額を行うこととし、通所介護費等の算定方法において、人員基準欠如の基準及び単位数の算定方法を明らかにしているところであるが、これは、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、人員基準欠如の未然防止を図るよう努めるものとする。</p> <p>② 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の配置数については、人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合にはその翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算する。</p> <p>ロ 1割の範囲内で減少した場合には、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、単位ごとに利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算される（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）。</p> <p>③ 都道府県知事は、著しい人員基準欠如が継続する場合には、職員の増員、利用定員等の見直し、事業の休止等を指導すること。当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合をのぞき、指定の取消しを検討するものとする。</p> <p>(25) 社会参加支援加算について</p> <p><u>指定訪問リハビリテーションと同様であるので、5(9)を参照されたい。</u></p> <p>ただし、この場合、「指定通所介護等」とあるのは「指定通所介護等（<u>指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーション</u>は除く。）」と読み替えること。</p> <p>(26) サービス提供体制強化加算について</p> <p>① <u>指定訪問入浴介護と同様であるので3(●)④から⑥まで、並びに指定訪問看護と同様であるので4(●)②及び③を参照されたい。</u></p> <p>② 指定通所リハビリテーションを利用者に直接提供する職員とは、<u>理学療法士、作業療法士、言語聴覚士</u>、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。</p> <p>なお、1時間以上2時間未満の<u>指定</u>通所リハビリテーションを算定する場合であって、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師がリハビリテーションを提供する場合にあっては、これらの職員も含むものとする。</p> <p>(27) 介護職員処遇改善加算について</p>	<p>利用者が自ら通う場合、利用者の家族等が送迎を行う場合など事業者が送迎を実施していない場合は、片道につき減算の対象となる。ただし、注17の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。</p> <p>(21) 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は、<u>通所介護と同様であるので、7(16)を参照されたい。</u></p> <p>(22) 人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定については</p> <p>① 当該事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の配置数が人員基準上満たすべき員数を下回っている、いわゆる人員基準欠如に対し、介護給付費の減額を行うこととし、通所介護費等の算定方法において、人員基準欠如の基準及び単位数の算定方法を明らかにしているところであるが、これは、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、人員基準欠如の未然防止を図るよう努めるものとする。</p> <p>② 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の配置数については、人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合にはその翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算する。</p> <p>ロ 1割の範囲内で減少した場合には、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、単位ごとに利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算される（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）。</p> <p>③ 都道府県知事は、著しい人員基準欠如が継続する場合には、職員の増員、利用定員等の見直し、事業の休止等を指導すること。当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合をのぞき、指定の取消しを検討するものとする。</p> <p>(23) 社会参加支援加算について</p> <p>訪問リハビリテーションと同様であるので、5(8)を参照されたい。ただし、この場合、「指定通所介護等」とあるのは「指定通所介護等（通所リハビリテーションは除く。）」と読み替えること。</p> <p>(24) サービス提供体制強化加算について</p> <p>① 3(7)④から⑥まで並びに4(24)②及び③を参照のこと。</p> <p>② 指定通所リハビリテーションを利用者に直接提供する職員とは、<u>理学療法士等</u>、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あっては、これらの職員も含むものとする。</p> <p>(25) 介護職員処遇改善加算について</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） 傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>指定訪問介護と同様であるので、2の(●)を参照されたい。</p> <p>(28) 記録の整備について  リハビリテーションに関する記録（実施期間、訓練内容、担当者、加算の算定に当たって根拠となった書類等）は利用者ごとに保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること。</p>	<p>訪問介護と同様であるので、2の(21)を参照されたい。</p> <p>(26) 記録の整備について  リハビリテーションに関する記録（実施期間、訓練内容、担当者、加算の算定に当たって根拠となった書類等）は利用者ごとに保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること。</p>

新	旧
<p>① 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入する。</p> <p>理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、<u>介護予防訪問</u>リハビリテーション計画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。</p> <p>② <u>指定介護予防訪問</u>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<u>指定介護予防訪問リハビリテーション</u>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。</p> <p>7 介護予防通所リハビリテーション費 <u>（削る）</u></p>	<p>① 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入する。</p> <p>理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、リハビリテーション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。</p> <p>② 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。</p> <p>7 <u>介護予防通所介護費・介護予防通所リハビリテーション費</u> <u>（1）生活機能向上グループ活動加算（介護予防通所介護費に限る。）の取扱いについて</u> 生活機能向上グループ活動加算は、自立した日常生活を営むための共通の課題を有する利用者に対し、生活機能の向上を目的とした活動をグループで行った場合に算定できる。また、集団的に行われるレクリエーションや創作活動等の機能訓練を実施した場合には算定できないこと。なお、当該加算を算定する場合は、次の①から③までを満たすことが必要である。</p> <p>① <u>生活機能向上グループ活動の準備</u> ア 利用者自らが日常生活上の課題に応じて活動を選択できるよう、次に掲げる活動項目を参考に、日常生活に直結した活動項目を複数準備し、時間割を組むこと。</p> <div data-bbox="1129 439 1629 1359" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><u>（活動項目の例）</u> 家事関連活動 衣：洗濯機・アイロン・ミシン等の操作、衣服の手入れ（ボタンつけ等）等 食：献立作り、買い出し、調理家電（電子レンジ、クッキングヒーター、電気ポット等）・調理器具（包丁、キッチン鉢、皮むき器等）の操作、調理（炊飯、総菜、行事食等）、パン作り等 住：日曜大工、掃除道具（掃除機、モップ等）の操作、ガーデニング等 通信・記録関連活動 機器操作（携帯電話操作、パソコン操作等）、記録作成（家計簿、日記、健康ノート等）</p> </div> <p>イ 1 のグループの人数は6人以下とすること。</p> <p>② 利用者ごとの日常生活上の課題の把握と達成目標の設定 介護職員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員その他の職種の者（以下7において「介護職員等」という。）が生活機能向上グループ活動サービスを行うに当たっては、次のアからエまでに掲げる手順により行うものとする。なお、アからエまでの手順により得られた結</p>

新	旧
	<p>果は、<u>介護予防通所介護計画に記録すること。</u></p> <p>ア <u>当該利用者が、(一)要支援状態に至った理由と経緯、(二)要支援状態となる直前の日常生活の自立の程度と家庭内での役割の内容、(三)要支援状態となった後に自立してできなくなったこと若しくは支障を感じるようになったこと、(四)現在の居宅における家事遂行の状況と家庭内での役割の内容、(五)近隣との交流の状況等について把握すること。把握に当たっては、当該利用者から聞き取るほか、家族や介護予防支援事業者等から必要な情報を得るよう努めること。</u></p> <p>イ <u>アについて把握した上で、具体的な日常生活上の課題及び到達目標を当該利用者と共に設定すること。到達目標は、おおむね3月程度で達成可能な目標とし、さらに段階的に目標を達成するためにおおむね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。到達目標及び短期目標については、当該利用者の介護予防サービス計画と整合性のとれた内容とすること。</u></p> <p>ウ <u>介護職員等は、当該利用者の同意を得た上で到達目標を達成するために適切な活動項目を選定すること。当該利用者の活動項目の選定に当たっては、生活意欲を引き出すなど、当該利用者が主体的に参加できるよう支援すること。</u></p> <p>エ <u>生活機能向上グループ活動の(一)実施時間は、利用者の状態や活動の内容を踏まえた適切な時間とし、(二)実施頻度は1週につき1回以上行うこととし、(三)実施期間はおおむね3月以内とする。介護職員等は、(一)から(三)までについて、当該利用者に説明し、同意を得ること。</u></p> <p>③ <u>生活機能向上グループ活動の実施方法</u></p> <p>ア <u>介護職員等は、予め生活機能向上グループ活動に係る計画を作成し、当該活動項目の具体的な内容、進め方及び実施上の留意点等を明らかにしておくこと。</u></p> <p>イ <u>生活機能向上グループ活動は、1のグループごとに、当該生活機能向上グループ活動の実施時間を通じて1人以上の介護職員等を配置することとし、同じグループに属する利用者が相互に協力しながら、それぞれが有する能力を発揮できるよう適切な支援を行うこと。</u></p> <p>ウ <u>介護職員等は、当該サービスを実施した日ごとに、実施時間、実施内容、参加した利用者の人数及び氏名等を記録すること。</u></p> <p>エ <u>利用者の短期目標に応じて、おおむね1月ごとに、利用者の当該短期目標の達成度と生活機能向上グループ活動における当該利用者の客観的な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、生活機能向上グループ活動に係る計画の修正を行うこと。</u></p> <p>オ <u>実施期間終了後、到達目標の達成状況及び②のアの(三)から(五)までの状況等について確認すること。その結果、当該到達目標を達成している場合には、当該利用者に対する当該生活機能向上グループ活動を終了し、当該利用者を担当する介護予防支援事業者に報告すること。また、当該到達目標を達成していない場合には、達成できなかった理由を明らかにするとともに、当該サービスの継続の必要性について当該利用者及び介護予防支援事</u></p>

新	旧
<p>(1) リハビリテーションマネジメント加算について</p> <p>① <u>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介護予防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指定介護予防所リハビリテーションの提供、当該提供内容の評価とその結果を踏まえた当該計画の見直し等といったSPDCAサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものである。</u></p> <p>② <u>「リハビリテーションの質の管理」とは、生活機能の維持又は向上を目指すに当たって、心身機能、個人として行うADLやIADLといった活動をするための機能、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等といった参加をするための機能について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを管理することをいう。</u></p> <p>③ <u>大臣基準告示第106の5号(1)の「定期的」とは、初回の評価は、介護予防所リハビリテーション計画に基づく介護予防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ものである。</u></p> <p>④ <u>指定介護予防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の特記事項欄に指定介護予防所リハビリテーションの継続利用が必要な理由、その他介護予防サービスの併用と移行の見通しを記載する。</u></p> <p>(2) <u>生活行為向上リハビリテーション実施加算について</u></p> <p>① <u>生活行為向上リハビリテーション実施加算の「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。</u></p> <p>② <u>生活行為向上リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーション（以下「生活行為向上リハビリテーション」という。）は、加齢や廃用症候群等により生活機能の一つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間の生活行為向上リハビリテーションの実施内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画にあらかじめ定められた上で、計画的に実施するものである。</u></p> <p>③ <u>生活行為向上リハビリテーションを提供するための生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成や、当該リハビリテーションの目標の達成状況の報告については、大臣基準告示第106の6号イによって配置された者が行うことが想定されている。</u></p> <p>④ <u>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、本加算の趣旨及び注5の減算について説明した上で、当該計画の同意を得る。</u></p> <p>⑤ <u>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つて</u></p>	<p><u>業者と検討すること。その上で、当該サービスを継続する場合は、適切に実施方法及び実施内容等を見直すこと。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>

新	旧
<p>いることから、当該加算の趣旨を踏まえ、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関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。</p> <p>⑥ 本加算は、6 月間に限定して算定が可能であることから、利用者やその家族においても、生活行為の内容の充実を図るための訓練内容を理解し、家族の協力を得ながら、利用者が生活の中で実践していくことが望ましい。</p> <p>⑦ 生活行為向上リハビリテーション実施計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできない。</p> <p><u>(3) 注 5 の減算について</u></p> <p>生活行為向上リハビリテーションの提供を終了後、同一の利用者に対して、引き続き指定介護予防通所リハビリテーションを提供することは差し支えないが、介護予防通所リハビリテーション計画の作成に当たって、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、同意を得る際には、6 月以内の期間に限り、1 日につき所定単位数の 100 分の 15 に相当する単位数が減算されることを説明した上で、当該計画の同意を得る。</p> <p><u>(4)</u> 指定介護予防通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する者に対し指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合の減算について</p> <p>① 同一建物の定義</p> <p>② 注 9 の減算の対象</p> <p>注 9 の減算の対象となるのは、当該事業所と同一建物に居住する者及び同一建物から<u>指定介護予防通所リハビリテーション</u>を利用する者に限られることに留意すること。したがって、例えば、自宅（同一建物）に居住する者を除く。）から<u>指定介護予防通所リハビリテーション事業所</u>へ通い、同一建物に宿泊する場合、この日は減算の対象とならないが、同一建物に宿泊した者が<u>指定介護予防通所リハビリテーション事業所</u>へ通い、自宅（同一建物）に居住する者を除く。）に帰る場合、この日は減算の対象となる。</p> <p>③ なお、傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して 1 月を通じて当該サービスを提供する日ごとに送迎を行った場合は、例外的に減算対象とならない。この場合の具体的な例及び記録については、<u>指定通所介護と同様であるので</u>、老企第 36 号 7 の(●)②を参照されたい。</p> <p><u>(5)</u> 運動器機能向上加算の取扱いについて</p> <p>① <u>指定</u>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であることに留意しつつ行うこと。</p> <p>② 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を 1 名以上配置して行う。</p>	<p><u>(新設)</u></p> <p><u>(2)</u> 運動器機能向上加算の取扱いについて</p> <p>① <u>介護予防通所介護</u>・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であることに留意しつつ行うこと。</p> <p>② 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、<u>看護職員</u>、<u>柔道整復師</u>又は<u>あん摩マッサージ指圧</u></p>

新	旧
<p>③ 運動器機能向上サービスについては、以下のアからキまでに掲げるとおり、実施する。</p> <p>ア 利用者ごとに<b>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</b>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。</p> <p>イ 理学療法士等が、暫定的に、利用者ごとのニーズを実現するためのおおむね3月程度で達成可能な目標（以下「長期目標」という。）及び長期目標を達成するためのおおむね1月程度で達成可能な目標（以下「短期目標」という。）を設定すること。長期目標及び短期目標については、介護予防支援事業者において作成された当該利用者に係る介護予防サービス計画と整合が図れたものとする。</p> <p>ウ 利用者に係る長期目標及び短期目標を踏まえ、<b>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</b>の者が共同して、当該利用者ごとに、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、1回当たりの実施時間、実施形態等を記載した運動器機能向上計画を作成すること。その際、実施期間については、運動の種類によって異なるもの、おおむね3月間程度とすること。また、作成した運動器機能向上計画については、運動器機能向上サービスの提供による効果、リスク、緊急時の対応等と併せて、当該運動器機能向上計画の対象となる利用者に分かりやすい形で説明し、その同意を得ること。なお、<b>指定</b>介護予防通所リハビリテーションにおいては、運動器機能向上計画に相当する内容を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。</p> <p>エ 運動器機能向上計画に基づき、利用者ごとに運動器機能向上サービスを提供すること。その際、提供する運動器機能向上サービスについては、国内外の文献等において介護予防の観点からの有効性が確認されている等の適切なものとすること。また、運動器機能向上計画に実施上の問題点（運動の種類の変更の必要性、実施頻度の変更の必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。</p> <p>オ 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。</p> <p>カ 運動器機能向上計画に定める実施期間終了後に、利用者ごとに、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について、事後アセスメントを実施し、その結果を当該利用者に係る介護予防支援事業者に報告すること。介護予防支援事業者による当該報告も踏まえた介護予防ケアマネジメントの結果、運動器機能向上サービスの継続が必要であるとの判断がなされる場合には、前記アからカまでの流れにより、継続的に運動器機能向上サービスを提供する。</p>	<p><b>師（以下「理学療法士等」という。）を1名以上配置して行うものであること。</b></p> <p>③ 運動器機能向上サービスについては、以下のアからキまでに掲げるとおり、実施すること。</p> <p>ア 利用者ごとに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。</p> <p>イ 理学療法士等が、暫定的に、利用者ごとのニーズを実現するためのおおむね3月程度で達成可能な目標（以下「長期目標」という。）及び長期目標を達成するためのおおむね1月程度で達成可能な目標（以下「短期目標」という。）を設定すること。長期目標及び短期目標については、介護予防支援事業者において作成された当該利用者に係る介護予防サービス計画と整合が図れたものとする。</p> <p>ウ 利用者に係る長期目標及び短期目標を踏まえ、理学療法士等、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、当該利用者ごとに、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、1回当たりの実施時間、実施形態等を記載した運動器機能向上計画を作成すること。その際、実施期間については、運動の種類によって異なるもの、おおむね3月間程度とすること。また、作成した運動器機能向上計画については、運動器機能向上サービスの提供による効果、リスク、緊急時の対応等と併せて、当該運動器機能向上計画の対象となる利用者に分かりやすい形で説明し、その同意を得ること。なお、<b>介護予防通所介護又は介護予防通所介護計画の中又は介護予防通所リハビリテーション計画の中にそれぞれ記載する場合は、その記載をもって</b>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。</p> <p>エ 運動器機能向上計画に基づき、利用者ごとに運動器機能向上サービスを提供すること。その際、提供する運動器機能向上サービスについては、国内外の文献等において介護予防の観点からの有効性が確認されている等の適切なものとすること。また、運動器機能向上計画に実施上の問題点（運動の種類の変更の必要性、実施頻度の変更の必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。</p> <p>オ 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。</p> <p>カ 運動器機能向上計画に定める実施期間終了後に、利用者ごとに、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について、事後アセスメントを実施し、その結果を当該利用者に係る介護予防支援事業者に報告すること。介護予防支援事業者による当該報告も踏まえた介護予防ケアマネジメントの結果、運動器機能向上サービスの継続が必要であるとの判断がなされる場合には、前記アからカまでの流れにより、継続的に運動器機能向上サービスを提供する。</p>

新	旧
<p>キ 旧指定介護予防サービス基準第 107 条において準用する第 19 条又は指定介護予防サービスの基準第 123 条において準用する第 49 条の 13 において規定するそれぞれのサービスの提供の記録において利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、<u>指定介護予防所リハビリテーションにおいては医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは看護職員が利用者の運動器の機能を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に運動器機能向上加算の算定のために利用者の運動器の機能を定期的に記録する必要はない。</u></p> <p><u>(6) 栄養改善加算の取扱いについて</u>  <u>指定通所リハビリテーションと同様であるので、老企第 36 号 8 の (16) を参照されたい。</u>                  ただし、<u>指定介護予防通所リハビリテーションにおいて栄養改善サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができない限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意すること。</u>                  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。</p> <p><u>(7) 栄養スクリーニング加算の取扱いについて</u>  <u>指定通所リハビリテーションと同様であるので、老企第 36 号 8 の (17) を参照されたい。</u>                  (8) 口腔機能向上加算の取扱いについて  <u>指定通所リハビリテーションと同様であるので、老企第 36 号 8 の (18) を参照されたい。</u>                  ただし、<u>指定介護予防通所リハビリテーションにおいて口腔機能向上サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができない限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意すること。</u>                  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。</p> <p><u>(9) 選択的サービス複数実施加算の取扱いについて</u>                  当該加算は、選択的サービスのうち複数のサービスを組み合わせ実施することにより、要支援者の心身機能の改善効果を高め、介護予防に資するサービスを効果的に提供することを目的とするものである。なお、算定に当たっては以下に留意すること。                  ① 実施する選択的サービスごとに、<u>(5)、(6)、(8)</u>に掲げる各選択的サービスの取扱いに従い適切に実施していること。</p>	<p>キ 旧指定介護予防サービス基準第 107 条において準用する第 19 条又は指定介護予防サービスの基準第 123 条において準用する第 49 条の 13 において規定するそれぞれのサービスの提供の記録において利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、<u>介護予防通所介護においては理学療法士等、経験のある介護職員その他の職種者が、介護予防通所リハビリテーションにおいては医師又は医師の指示を受けた理学療法士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算定のために利用者の運動器の機能を定期的に記録する必要はないものとする。</u></p> <p><u>(3) 栄養改善加算の取扱いについて</u>  <u>通所介護・通所リハビリテーションにおける栄養改善加算と基本的に同様である。</u>                  ただし、<u>介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションにおいて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ない限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意すること。</u>                  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。</p> <p><u>(新設)</u>                  (4) 口腔機能向上加算の取扱いについて  <u>通所介護・通所リハビリテーションにおける口腔機能向上加算と基本的に同様である。</u>                  ただし、<u>介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションにおいて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ない限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意すること。</u>                  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。</p> <p><u>(5) 選択的サービス複数実施加算の取扱いについて</u>                  当該加算は、選択的サービスのうち複数のサービスを組み合わせ実施することにより、要支援者の心身機能の改善効果を高め、介護予防に資するサービスを効果的に提供することを目的とするものである。なお、算定に当たっては以下に留意すること。                  ① 実施する選択的サービスごとに、<u>(2)から(4)まで</u>に掲げる各選択的サービスの取扱いに従い適切に実施していること。</p>



○（指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について）（平成 18 年 3 月 17 日老計発第 0317001 号、老振発第 0317001 号、老老発第 0317001 号 厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>② いずれかの選択的サービスを週 1 回以上実施すること。</p> <p>③ 複数の種類の選択的サービスを組み合わせるに当たって、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。</p> <p>(10) 事業所評価加算の取扱いについて 事業所評価加算の別に厚生労働大臣が定める基準は以下のとおりとする。</p> <p>① 別に定める基準ハの要件の算出式 <u>評価対象期間内に選択的サービスを利用した者の数</u> <u>評価対象期間内に指定介護予防通所リハビリテーションを利用した者の数</u> <math>\geq 0.6</math></p> <p>② 別に定める基準ニの要件の算出式 <u>要支援状態区分の維持者数+改善者数</u><math>\times 2</math> <u>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、その後更新・変更認定を受けた者の数</u> <math>\geq 0.7</math></p> <p>(11) 介護職員処遇改善加算の取扱い 2(8)を参照のこと。</p> <p>(12) その他の取扱い 前記以外の基本的な取扱いについては、通所リハビリテーションの取扱方針に従うこととする。</p>	<p>② いずれかの選択的サービスを週 1 回以上実施すること。</p> <p>③ 複数の種類の選択的サービスを組み合わせるに当たって、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。</p> <p>(6) 事業所評価加算の取扱いについて 事業所評価加算の別に厚生労働大臣が定める基準は以下のとおりとする。</p> <p>① 別に定める基準ハの要件の算出式 <u>評価対象期間内に選択的サービスを利用した者の数/評価対象期間内に介護予防通所介護又は介護予防通所リハビリテーションをそれぞれ利用した者の数</u><math>\geq 0.6</math></p> <p>② 別に定める基準ニの要件の算出式 <u>(要支援状態区分の維持者数+改善者数) × 2 / 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、その後更新・変更認定を受けた者の数</u><math>\geq 0.7</math></p> <p>(7) <u>指定介護予防通所介護事業所又は指定介護予防通所リハビリテーション事業所</u>と同一建物に居住する者に対し<u>指定介護予防通所介護又は指定介護予防通所リハビリテーション</u>を行った場合の減算について</p> <p>① 同一建物の定義 通所介護と同様であるので、老企第 36 号 7 の(14)①を参照されたい。</p> <p>② 注 6 の減算の対象 注 6 の減算の対象となるのは、当該事業所と同一建物に居住する者及び同一建物から<u>指定介護予防通所介護</u>を利用する者に限られることに留意すること。したがって、例えば、自宅（同一建物に居住する者を除く。）から<u>介護予防通所介護事業所</u>へ通い、同一建物に宿泊する場合、この日は減算の対象とならないが、同一建物に宿泊した者が<u>介護予防通所介護事業所</u>へ通い、自宅（同一建物に居住する者を除く。）に帰る場合、この日は減算の対象となる。</p> <p>③ なお、傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して 1 月を通じて当該サービスを提供する日ごとに送迎を行った場合は、例外的に減算対象とならない。この場合の具体的な例及び記録については、通所介護と同様であるので老企第 36 号 7 の(14)②を参照されたい。</p> <p>(8) 介護職員処遇改善加算の取扱い 2(8)を参照のこと。</p> <p>(9) その他の取扱い 前記以外の基本的な取扱いについては、<u>通所介護・通所リハビリテーション</u>の取扱方針に従うこととする。</p>