

令和 6 年度

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

集団指導資料

令和 7 年 2 月 10 日

岡山県子ども・福祉部

指導監査課

令和6年度集団指導

【通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション】

目 次

・ 主な関係法令等.....	1
・ 総則・通則事項等.....	3
・ 人員に関する基準の留意事項.....	8
・ 設備に関する基準の留意事項.....	11
・ 運営に関する基準の留意事項.....	13
・ 介護報酬の算定上の留意事項.....	23
・ 特別地域加算及び中山間地域等小規模事業所加算対象地域一覧.....	48

※本資料は現時点でのものとなります。

施設基準・算定要件等の詳細については、関連する告示・通知等の最新情報で御確認ください。

岡山県子ども・福祉部指導監査課ホームページ（運営：岡山県）

<https://www.pref.okayama.jp/soshiki/340/>

集団指導資料は、指導監査課のホームページからダウンロードが可能です。

I 主な関係法令等

- ・介護保険法 (平成9年法律第123号)
- ・介護保険法施行令 (平成10年政令第412号)
- ・介護保険法施行規則 (平成11年厚生省令第36号)

- ・介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等を定める条例 (平成24年岡山県条例第62号)

(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準 (平成11年厚生省令第37号))

- ・介護保険法に基づく指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準等を定める条例 (平成24年岡山県条例第65号)

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

- ・介護保険法に基づき条例で規定された指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等の基準等について (令和3年4月1日指第47号)

(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))

- ・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)
- ・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)

- 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)

- 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)

- ・厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等 (平成27年厚生労働省告示第94号)
- ・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)
- ・厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法 (平成12年厚生省告示第27号)
- ・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に係る人員基準及び介護報酬上の取扱いについて

(平成15年5月30日老振発第0530001号・老老発第0530001号)

- ・居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針
(平成17年厚生労働省告示第419号)
- ・通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて
(平成12年3月30日老企第54号)
- ・介護保険施設等におけるおむつ代に係る利用料の徴収について
(平成12年4月11日老振第25号・老健第94号)
- ・介護保険施設等における日常生活費等の受領について
(平成12年11月16日老振第75号・老健第122号)
- 医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について
(平成18年4月28日老老発0428001号・保医発0428001号)
- リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について(令和6年3月15日老高発0315第2号・老認発0315第2号・老老発0315第2号)
- 通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について(令和3年3月16日老認発0316第4号・老老発0316第3号)
- 科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について(令和6年3月15日老老発0315第4号)

※法令・通知等は、次の文献、ホームページ等でご確認ください。

[参考文献]

- 文献：介護報酬の解釈 《令和6年4月版》単位数表編
《令和6年4月版》指定基準編
《令和6年4月版》QA・法令編（発行：社会保険研究所）
医科点数表の解釈《令和6年6月版》（発行：社会保険研究所）

[関係HP]

- ・厚生労働省 令和6年度介護報酬改定について
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

Ⅱ 総則・通則事項等

Ⅰ 介護保険法に基づき条例で規定された指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等の基準等について (令和3年4月1日指第47号)

(抜粋)

Ⅰ 本県独自基準以外の基準についての運用

2に定めるもののほか、「指定居宅サービス等条例」及び「指定介護予防サービス等条例」の運用に当たっては、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」(平成11年厚生省令第37号)及び「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」(平成18年厚生労働省令第35号)の運用のために発出された「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日付け老企第25号。以下「**基準省令解釈通知**」という。)において示されている内容を準用し、これを踏まえて指定居宅サービス等事業者及び指定介護予防サービス等事業者は、適正な事業運営をすること。

2 指定居宅サービス及び指定介護予防サービスの事業の一般原則について (県居宅サービス及び介護予防サービス基準条例第3条)

(抜粋)

- ・ 事業者は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めること。＝**人権擁護、人格尊重義務**＝
- ・ 事業者は、事業の運営に当たっては、地域との結びつきを重視し、市町村、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービス等を提供する者との連携に努めること。
＝**地域連携、地域支援**＝
- ・ 事業者は虐待の防止のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。＝**虐待防止に係る措置**＝
※令和6年3月末で経過措置が終了 ⇒ **高齢者虐待防止措置未実施減算の導入**

3 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)

(抜粋)

第2 総論

2 用語の定義

(1)「常勤換算方法」

当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数(32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。この場合の勤務時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該事業所が訪問介護と訪問看護の指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が訪問介護員等と看護師等を兼務する場合、訪問介護員等の勤務時間数には、訪問介護員等としての勤務時間だけを算入することとなるものであること。

(2)「勤務延時間数」

勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間又は当該事業に係るサービス提

供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む。）として明確に位置付けられている時間の合計数とする。なお、従業者1人につき、勤務延時間数に参入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とすること。

（３）「常勤」

当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。

この場合の勤務延時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該事業所が訪問介護と訪問看護の指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が訪問介護員等と看護師等を兼務する場合、訪問介護員等の勤務延時間数には、訪問介護員等としての勤務時間だけを算入することとなるものであること。

ただし、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第13条第1項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第23条第1項、同条第3項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置若しくは厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に沿って事業者が自主的に設ける所定労働時間の短縮措置（以下「育児、介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）、講じられている場合、30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業員が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1として取り扱うことを可能とする。

（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）をいうものであり、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の職種の従業者と交代する場合には、それぞれのサービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをもって足りるものである。

また、指定通所リハビリテーション（1時間以上2時間未満に限る）又は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、当該従事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III条第1項のロ（※1）の従事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（※2）の従業者の合計数に含めない。

※1：【老人保健施設、病院】

専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等が、利用者が100以上又はその端数を増すごとに1以上確保されていること。

※2：介護職員処遇改善加算の賃金改善の対象となる介護職員

（５）「電磁的記録」、「電磁的方法」

指定居宅サービス事業者及び指定居宅サービスの提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、この条例の規定において書面で行うことが規定されている又は想定さ

れるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録(電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によって認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。)により行うことができる。

また、指定居宅サービス事業者及び指定居宅サービスの提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもののうち、この基準条例の規定において書面で行うことが規定されている又は想定されているものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電子的方法、磁気的方法その他人の知覚によって認識することができない方法によることができる。

4 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）

（抜粋）

第2 居宅サービス単位数表（訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。）に関する事項

1 通則

（1）算定上における端数処理について

① 単位数算定の際の端数処理

単位数の算定については、基本となる単位数に加減算の計算（何らかの割合を乗ずる計算に限る。）を行う度に、小数点以下の端数処理（四捨五入）を行っていくこととする。つまり、絶えず整数値に割合を乗じていく計算になる。

この計算の後、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等の一部を改正する告示（令和3年厚生労働省告示第73号）附則第12条に規定する単位数の計算を行う場合も、小数点以下の端数処理（四捨五入）を行うが、小数点以下の端数処理の結果、上乘せされる単位数が1単位に満たない場合は、1単位に切り上げて算定する。

ただし、特別地域加算等の支給限度額管理対象外となる加算や事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物利用者20人以上にサービスを行う場合の減算を算定する場合については、対象となる単位数の合計に当該加減算の割合を乗じて、当該加減算の単位数を算定することとする。

（例）・・・（省略）・・・

② 金額換算の際の端数処理

算定された単位数から金額に換算する際に生ずる1円未満（小数点以下）の端数については「切り捨て」とする。

（例）・・・（省略）・・・

（2）サービス種類相互の算定関係について

特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護若しくは地域密着型特定施設入居者生活介護を受けている間については、その他の指定居宅サービス又は指定地域密着型サービスに係る介護給付費（居宅療養管理指導費を除く。）は算定しないものであること。ただし、特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護の提供に必要な場合に、当該事業者の費用負担により、その利用者に対してその他の居宅サービス又は地域密着型サービスを利用させることは差し支えないものであること。また、短期入所生活介護又は短期入所療養介護を受けている間については、訪問介護費、訪問入浴介護費、訪問看護費、訪問リハビリテーション費、居宅療養管理指導費、通所介護費及び通所リハビリテーション費並びに定期巡回・随時対応型訪問介護看護費、夜間対応型訪問介護費、地域密着型通所介護費、認知症対応型通所介護費、小規模多機能型居宅介護費及び複合型サービス費は算定しないものであること。

また、同一時間帯に通所サービスと訪問サービスを利用した場合は、訪問サービスの所定単位数は算定できない。例えば、利用者が通所サービスを受けている時間帯に本人不在の居宅を訪問して掃除等を行うことについては、訪問介護の生活援助として行う場合は、本人の安否確認・健康チェック等も合わせて行うべきものであることから、訪問介護（生活援助が中心の場合）の所定単位数は算定できない（利用者不在時の訪問サービスの取扱いについては、当該時間帯に通所サービスを利用するかどうかにかかわらず、同様である）。

なお、福祉用具貸与費については、短期入所生活介護又は短期入所療養介護を受けている者についても算定が可能であること。

（３）施設入所日及び退所日等における居宅サービスの算定について

介護老人保健施設、介護療養型医療施設及び介護医療院の退所（退院）日又は短期入所療養介護のサービス終了日（退所・退院日）については、訪問看護費、訪問リハビリテーション費、居宅療養管理指導費及び通所リハビリテーション費は算定できない。訪問介護等の福祉系サービスは別に算定できるが、施設サービスや短期入所サービスでも、機能訓練やリハビリテーションを行えることから、退所（退院）日に通所介護サービスを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。

また、入所（入院）当日であっても当該入所（入院）前に利用する訪問通所サービスは別に算定できる。ただし、入所（入院）前に通所介護又は通所リハビリテーションを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。

また、施設入所（入院）者が外泊又は介護保健施設、経過介護療養型医療施設若しくは介護医療院の試行的退所を行っている場合には、外泊時又は試行的退所時に居宅サービスは算定できない。

5 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）

（抜粋）

第2 指定介護予防サービス単位数表に関する事項

Ⅰ 通則

（１）算定上における端数処理について（省略）

（２）サービス種類相互の算定関係について

介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護費を受けている間については、その他の指定介護予防サービス費又は地域密着型介護予防サービス費（介護予防居宅療養管理指導費を除く。）は算定しないものであること。ただし、指定介護予防特定施設入居者生活介護の提供に必要な場合に、当該事業者の費用負担により、その利用者に対してその他の介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用させることは差し支えないものであること。また、介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている間については、介護予防訪問介護費、介護予防訪問入浴介護費、介護予防訪問看護費、介護予防訪問リハビリテーション費、介護予防居宅療養管理指導費、介護予防通所介護費及び介護予防通所リハビリテーション費並びに介護予防認知症対応型通所介護費及び介護予防小規模多機能型居宅介護費は算定しないものであること。

なお、介護予防福祉用具貸与費については、介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている者についても算定が可能であること。

（３）退所日等における介護予防サービス費の算定について

介護予防短期入所療養介護のサービス終了日（退所・退院日）については、介護予防訪問看護費、介護予防訪問リハビリテーション費、介護予防居宅療養管理指導費及び介護予防通所リハビリテーション費は算定できない。介護予防訪問介護等の福祉系サービスは別に算定できるが、介護予防短期入所サービスにおいても機能訓練やリハビリテーションを行えることから、退所（退院日）に介護予防通所介護を機械的に組み込むといった介護予防サービス計画は適正でない。なお、入所（入院）当日であっても当該入所（入院）前に利用する介護予防訪問通所サービスは別に算定できる。ただし、入所（入院）前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機械的に組み込むといった介護予防サービス計画は適正ではない。

6 医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について（平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号） （最終改正：令和6年3月27日老老発0327第1号保医発0327第8号）

（抜粋）

第4 医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項

10 リハビリテーションに関する留意事項について

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

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

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

Ⅲ 人員に関する基準の留意事項

Ⅰ 医師

(1) 介護老人保健施設、介護医療院、病院の場合

- ① 専任の常勤医師が1人以上勤務していること。
専任の医師は、通所リハビリテーションの利用中、院内において医学的管理を行っていること（外来診療などは可能）。

専任とは

・医師が常勤専従で診察を行っており、専任で理学療法の指示を行う際の「専任」とは何か？
実質的に理学療法の職務に従事する程度に医療現場と理学療法を行う場が近接しており、連絡が取りうる体制があることが専任と考える。専任は、専従よりは拘束が緩く、常に通所リハビリテーションに従事している必要はない。
ただし、通所リハビリテーションのサービス提供中に、他の事業所の通所リハビリテーションに従事することは兼任になるので、行うことはできない。

- ② 医師が不在の日がないこと。また、医師の勤務状況（時間）を確認できる書類があること。
③ 専任の常勤医師が、休暇や出張等により不在の場合は、代替の専任の医師の配置及び専任の常勤医師との緊急時の連絡体制を整えておくことが必要（計画的な医学的管理を行う専任の常勤医師又は代替の医師が通所リハビリテーション事業所か併設医療機関内に勤務していることが必要）。

<解釈通知（R6.6.1改正）>「通所リハビリテーションの医師」

ロ 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、病院又診療所（医師については介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師として勤務している場合には、常勤の要件として足るものであること。

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

また、指定通所リハビリテーション等を行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されている事業所において指定通所リハビリテーション事業所の医師が、当該病院又は当該診療所の常勤医師と兼務している場合でも、常勤の要件として足るものであること。

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

(2) 診療所の場合

① 利用者の数が同時に10人を超える場合

- ア 専任の常勤医師が1人以上勤務していること。
イ 医師が不在の日がないこと。また、医師の勤務状況（時間）を確認できる書類があること。
ウ 専任の常勤医師が、休暇や出張等により不在の場合は、代替の専任の医師の配置及び専任の常勤医師との緊急時の連絡体制を整えておくことが必要（計画的な医学的管理を行う専任の常勤医師又は代替の医師が通所リハビリテーション事業所か併設医療機関内に勤務していることが必要）。

② 利用者の数が同時に10人以下の場合

- ア 専任の医師が1人勤務していること。
イ 利用者数は、専任の医師1人に対し1日48人以内であること。
ウ 医師が不在の日がないこと。また、医師の勤務状況（時間）を確認できる書類があること。
エ 専任の医師が、休暇や出張等により不在の場合は、代替の専任の医師の配置及び専任の医師との緊急時の連絡体制を整えておくことが必要（計画的な医学的管理を行う専任の医師又は代替の医師が通所リハビリテーション事業所か併設医療機関内に勤務していることが必要）。

2 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、看護師、准看護師若しくは介護職員

(1) 介護老人保健施設、介護医療院、病院の場合

- ① 指定通所リハビリテーションの単位ごとに、その提供を行う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者が、利用者の数が10人以下の場合は1以上、10人を超える場合は利用者の数を10で除した数以上確保されていること。

例えば、利用者の数が35人の場合は、 $35 \div 10 = 3.5 \rightarrow 4$ 人以上の配置が必要。また、サービス提供時間帯を通じて通所リハビリテーション以外の職務に従事しないこと。

- ② 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士については、専らリハビリテーションの提供に当たる者が、利用者が100人又はその端数を増すごとに1以上確保されていること。

営業日ごとに、リハビリテーションを提供する時間帯において、理学療法士等を配置すること。
※リハビリテーションを提供する時間帯 ≠ サービス提供時間帯 ※イコールではない。
※リハビリテーションとは、個別リハビリテーションだけではない。

(2) 診療所の場合

- ① 指定通所リハビリテーションの単位ごとに、その提供を行う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者が、利用者の数が10人以下の場合は1以上、10人を超える場合は利用者の数を10で除した数以上確保されていること。

例えば、利用者の数が35人の場合は、 $35 \div 10 = 3.5 \rightarrow 4$ 人以上の配置が必要。また、サービス提供時間帯を通じて通所リハビリテーション以外の職務に従事しないこと。

- ② 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は経験を有する看護師については、常勤換算方法で0.1以上確保されていること。

例えば、常勤の従業者の勤務時間が週40時間である場合、1週当たり、 $40 \times 0.1 = 4$ 時間の勤務を、サービス提供時間帯に行う必要がある。

- ③ 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。

3 注意すべき事項（介護老人保健施設、介護医療院、病院、診療所共通）

- (1) 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。

- ・ 同時に一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービス提供が一体的に行われているといえない場合
- ・ 午前と午後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

- (2) 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っては、事業所の実情に応じて、**適当数の従業者を配置**すること。

- (3) 同一事業所で複数の単位の通所リハビリテーションを同時に行う場合、同時に行われる単位の数の常勤の従業者の配置が必要となる。

- (4) 従事者1人が1日に行うことのできる指定通所リハビリテーションは、2単位までとする。

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。

- (5) 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、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。

- (6) 従業者に欠員が生じた場合には、速やかに、事業所を所管する県民局に相談し、指導に従うこと。

IV 設備に関する基準の留意事項

I 専用の部屋について

- (1) 指定通所リハビリテーションを行うにふさわしい「専用の部屋」等であって、3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上のものを有すること。(指定介護予防通所リハビリテーションを一体的に行っている場合を含む。)

ただし、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が互いに併設（公道を挟んだ隣接を含む。）される場合は、リハビリを行うためのスペースが同一の部屋等であっても、それぞれのスペースが明確に区分され、かつ、それぞれの利用定員に応じた面積（介護老人保健施設又は介護医療院の場合は、リハビリに供用される食堂を含む。）以上を有するものであれば差し支えない。

- (2) 「専用の部屋」とは、介護保険の通所リハビリテーションのみを行うためのスペースであり、医療保険のリハビリテーション利用者へサービス提供を行うスペースとは明確に区分する必要があること。

ただし、それぞれの利用者について、部屋を区切ってサービス提供を行う場合や、時間帯で利用者を分け、それぞれの利用者を区分してサービス提供を行う場合は、同一の部屋を利用することができる。

- (3) 保険医療機関が短時間の通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションを実施する場合の共用について

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の届出を行っており、当該保険医療機関において、1時間以上2時間未満の通所リハビリテーション又は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指定通所リハビリテーション又は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（必要な機器及び器具の利用についても同様）。

この場合の指定通所リハビリテーションを行うために必要なスペースは、医療保険のリハビリテーションの患者数に関わらず、常時、3平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用者数（指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、指定通所リハビリテーションの利用者数と指定介護予防通所リハビリテーションの利用者数の合計）を乗じた面積以上とする。

- (4) 併設の関係にある特別養護老人ホーム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

指定通所介護の機能訓練室等と、指定通所介護事業所と併設の関係にある医療機関や介護老人保健施設又は介護医療院における指定通所リハビリテーションを行うためのスペースについては、以下の条件に適合するときは、これらが同一の部屋等であっても差し支えないものとする。

※あくまで、サービスの提供に支障が生じない場合に限る。

- ① 当該部屋等において、指定通所介護の機能訓練室等と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。
- ② 指定通所介護の機能訓練室等として使用される区分が、指定通所介護の設備基準を満たし、かつ、指定通所リハビリテーションを行うためのスペースとして使用される区分が、指定通所リハビリテーションの設備基準を満たすこと。

また、共用する両方のサービス基準に共通して規定があるもの（例えば、事務室）や玄関、廊

下、階段、送迎車両など、基準上に規定はないが設置されるものについても、サービス提供に支障がない場合は共用可能。

なお、設備を共用する場合は、感染症の発生又はまん延防止に必要な措置を講じ、衛生管理等に一層努める必要がある。

- (5) 専用の部屋の介護保険の（介護予防）通所リハビリテーションのみを行うためのスペースと医療保険のリハビリテーション利用者へサービス提供を行うスペースの区切りが変わる場合、専用の部屋の場所が変わる場合は、変更届を県民局に提出すること。

2 消火設備、器械及び器具について

消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定（介護予防）通所リハビリテーションを行うために必要な専用の器械及び器具を備えること。



【指摘された不適切な事例】

ロッカー、書庫等又は吊り棚に、転倒又は落下防止の対策が講じられていなかった。

V 運営に関する基準の留意事項

(特記がない場合、介護予防通所リハビリテーションに準用)

I 基本方針

通所リハビリテーションの事業は、「利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、**利用者の心身の機能の維持回復を図る**」ものでなければならない。

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

2 内容及び手続の説明及び同意

- 「重要事項説明書」に、運営規程の概要、従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制等の利用申込者がサービス選択するために必要な事項が記載されていない。
- 重要事項の説明を行っていない。
- 利用開始についての利用申込者の同意の有無が明確でない。

◇ポイント◇

- ・「重要事項説明書」は、利用申込者が事業所を選択するために重要な事項を説明するためのものであるため、まずは当該説明書を交付し、重要事項の説明を行うこと。
- ・「重要事項説明書」の交付は、利用者からの承諾を得た上で、以下の方法により行って差し支えない。
 - ① 電子メール等による送信
 - ② 電子記憶媒体（CD等の磁気ディスク、フラッシュメモリ等）を用いての交付
- ・「重要事項説明書」の同意は、事前に利用者等の承諾を得た上で、以下の方法により行うことができる。
 - ① 電子署名や電子認証サービス
 - ② 電子メール等における同意の成立過程の保存 等
- ・サービス提供を受けることについての同意は、書面により得ることが望ましい。

- 「重要事項説明書」と「運営規程」の記載（営業時間、通常の事業の実施地域、サービス提供の内容など）が相違している。

◇ポイント◇

- ・「運営規程」の内容を基本にして作成し、事業の実態とも整合していること。
※運営規程の内容を変更する場合は、別途、変更届が必要。

- 一体的に行っている介護予防通所リハビリテーションに係る「重要事項説明書」が作成されていない。
- 利用者が要介護から要支援、又はその逆に変更になった場合に、改めて説明が行われていない。

◇ポイント◇

- ・事業者が、他の介護保険事業を併せて実施している場合、重要事項説明書を一体的に作成することは差し支えない。
- ・利用者が受けようとするサービスを明確にし、それぞれのサービス内容、利用料等の記載に漏れがないように留意すること。

3 提供拒否の禁止、サービス提供困難時の対応

- (1) 原則として、利用申込に対しては応じなければならない。特に、要介護度や所得の多寡を理由とした拒否は禁止。

(2) 提供を拒むことのできる正当な理由がある場合とは、以下の場合が想定される。

- ①事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合
- ②利用申込者の居住地が事業所の通常の事業の実施地域外である場合
- ③その他利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難な場合

(3) サービス提供困難時の対応としては、以下の対応が想定される。

- ①利用申込者に係る居宅介護支援事業所への連絡
- ②適当な他のサービス事業者等の紹介その他の必要な措置

4 受給資格等の確認

サービスの提供を求められた場合には、被保険者証により被保険者資格等を確認すること。



【指摘された不適切な事例】

被保険者資格等の確認を、その者が提示する被保険者証（現物）で確認していなかった。

5 心身の状況等の把握

本人や家族との面談、サービス担当者会議等を通じて把握した利用者の心身の状況、病歴等の内容を記録として残すこと。

6 居宅（介護予防）サービス計画に沿ったサービスの提供

指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、居宅（介護予防）サービス計画に沿った指定（介護予防）通所リハビリテーションを提供しなければならない。居宅（介護予防）サービス計画、（介護予防）通所リハビリテーション計画、提供する（介護予防）通所リハビリテーションの内容は整合する必要がある。居宅（介護予防）サービス計画や（介護予防）通所リハビリテーション計画に基づかない（介護予防）通所リハビリテーションについては、介護報酬を算定することはできない。

7 サービスの提供の記録

- (1) サービス提供した際の、提供日、提供時間、提供者の氏名、提供した具体的なサービス内容、利用者の心身の状況その他必要な事項を居宅（介護予防）サービス計画の書面又はサービス利用票等に記録しなければならない。
- (2) 記録に際して、サービスの開始時刻・終了時刻は実際の時間とすること。
- (3) 提供したサービス内容だけを記載したものではなく、今後のサービス提供に活かすために、利用者の心身の状況について把握したことについても記録すること。
- (4) サービス提供の記録は、介護報酬の請求の根拠となるため、介護報酬の請求内容を証明することができるだけの内容の記録を行うこと。
- (5) サービス提供の記録は、5年間保存しなければならない。（県独自基準）
※ サービス提供記録がない場合には、過誤調整を指導する。

8 利用料等の受領

- (1) 領収証に記載する医療費控除の対象額とは、①対象となる医療系サービスが居宅サービス計画又は介護予防居宅サービス計画に位置付けられており、かつ、②医療費控除の対象となる居宅サ

ービス（介護予防サービス）を利用した場合に係る自己負担額である。

医療系サービスを利用せず福祉系サービスのみを利用している場合は、医療費控除の対象とならない。



【指摘された不適切な事例】

居宅サービス計画に基づき医療系サービスと福祉系サービスを合わせて利用する利用者に対し、当該利用者の自己負担額にかかる領収書に医療費控除対象額が記載されていなかった。

★「介護保険制度下での居宅サービス等の対価に係る医療費控除等の取扱いについて」

(H25.1.25付厚生労働省老健局総務課事務連絡、H30.9.28一部改正)

を参照のこと。

9 (介護予防) 通所リハビリテーションの基本取扱い方針

- (1) 事業者は、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ること。
- (2) 目標達成の度合いや利用者及び家族の満足度等について常に評価を行い、必要により（介護予防）通所リハビリテーション計画の修正を行うなどの改善を図ること。
- (3) 事業者自らが評価を行うのはもちろんのこと、第三者の観点からの評価も取り入れるなど、多様な評価（例えば利用者又はその家族からの評価（アンケート）なども含まれる）を用いること。

10 (介護予防) 通所リハビリテーションの具体的取扱方針

- (1) 通所リハビリテーションの提供に当たっては、医師指示及び通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行う。
 - (2) 通所リハビリテーションの提供に当たり、従業者は懇切丁寧に行うことを旨として、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導または説明を行う。
 - (3) リハビリテーション会議の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するように努め、利用者に対し、適切なサービスを提供すること。
 - (4) 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画に基づくサービス提供の開始から、少なくとも1月に1回は、利用者の状態、サービス提供状況等について、介護予防支援事業者に報告すること。【介護予防のみ】
 - (5) 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、介護予防通所リハビリテーション計画の実施状況の把握（モニタリング）を行うこと。また、結果については介護予防支援事業者に報告すること。
- 【介護予防のみ】
- (6) 成年後見制度の活用が必要と認められる場合、利用者が成年後見制度を活用することができるよう配慮しなければならない。（県独自基準）

(R6.6改正)

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

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

II 通所リハビリテーション計画の作成

- (1) 医師等の従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した（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。計画においては、個々のリハビリテーションの実施主体、目的及びサービスの具体的な内容（所要時間、日程等）を1つの計画としてわかりやすく記載すること。



【指摘された不適切な事例】

（介護予防）通所リハビリテーション計画に、その目標、サービスの所要時間、日程等が記載されていなかった。

- (2) 事業所の医師が、通所リハビリテーションの実施に当たり、事業所の理学療法士、作業療法又は言語聴覚士に対し、利用者に対するリハビリテーションの目的に加え、リハビリテーションの開始前又は実施中の留意事項、やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準、利用者に対する負荷等の指示を行うこと。
- (3) （介護予防）通所リハビリテーション計画は、居宅（介護予防）サービス計画に沿ったものでなければならない。

当該（介護予防）通所リハビリテーション計画作成後に居宅（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居宅（介護予防）サービス計画に沿ったものであるかどうか、確認し、必要に応じて変更すること。

- (4) 医師等の従業者は、通所リハビリテーション計画の実施状況の把握を行い、利用者の状態の変化等により、サービス内容に変更が生じた場合は、当該状況を居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）へ情報提供し、居宅（介護予防）サービス計画の変更の提案を行うこと。
- (5) サービス提供開始前に（介護予防）通所リハビリテーション計画を作成すること。

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は、目標や内容等について、サービス提供前に、利用者又はその家族に分かりやすく説明し、利用者の同意を得ること。また、医師等の従業者は、当該（介護予防）通所リハビリテーション計画を利用者に交付すること。



【指摘された不適切な事例】

サービス開始後に、（介護予防）通所リハビリテーション計画の同意を得ていた。

- (6) 通所リハビリテーションをより効果的に実施するため、介護支援専門員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。【居宅サービスのみ】
- (7) 事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護その他の居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活の留意点、介護の工夫などの情報を伝達していること。
- (8) それぞれの利用者について、（介護予防）通所リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載すること。
- (9) 同一事業者が、通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションを併せて提供する場合、共通のリハビリテーション計画、利用者及び家族の同意、サービス実施状況の診療記録への記載等を一体的に実施できること。

- (10) 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、居宅サービスの原案に位置づ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のサービス担当者及び保健師等とする。

リハビリテーション事業者は、リハビリテーション介護を開催し、リハビリテーションの専門的な見地から、利用者の状況等に関する情報を当該構成員と共有する。

リハビリテーション介護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、やむを得ない理由がある場合は、必ずしも参加を求めるものではない。構成員が会議を欠席した場合は、会議の内容について欠席者との情報共有を図ること。

リハビリテーション介護は、テレビ電話装置等を利用して開催することができる。ただし利用者等が参加する場合はテレビ電話装置等の活用について同意を得なければならない。活用に当たっては、「医療・介護関係従事者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

- (11) 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。

- ① 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。
- ② 効果的な通所リハビリテーションのサービスが提供できること。

(R6.6改正)

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

12 緊急時等の対応

緊急時の主治医等への連絡体制、連絡方法を整備し、緊急時に活用できるよう従業者に周知しておくこと。

13 管理者等の責務

- (1) 管理者は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は専ら（介護予防）通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから専任した者に、必要な管理の代行をさせることができる。
- (2) 管理者又は管理を代行する者は、事業所の従業者に事業所に係る運営基準の規定を遵守させるための必要な指揮命令を行うこと。

14 運営規程

- (1) 通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションを一体的に行う場合においては、運営規程を一体的に作成することも差し支えないが、必ず介護予防（要支援者）に関する内容を記載すること。
- (2) 実態と合った運営規程を作成すること。（送迎等対応できない地域を定めたり、従業者の員数を実態と異なったりしないこと。）運営規程の内容を変更する場合は、別途、変更届が必要。



【指摘された不適切な事例】

- ・運営規程に規定された員数が実態と相違していたが、規定の見直しがされてい

なかった。

・サービスの利用料の利用者負担の規定が、1割負担のみとなっていた。

2割（3割）負担の利用者も存在することから、「1割、2割又は3割」とすべき。

・記録の保存期限が2年間となっており、基準条例に不適合な状態になっていた。

(3) 虐待の防止のための措置に関する事項を記載すること（令和6年3月末で経過措置の終了）。

⇒ 高齢者虐待防止措置未実施減算の導入

15 勤務体制の確保等

(1) 勤務予定表は、全ての従事者を記載し、事業所ごと、月ごとに作成すること。

(2) 従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職種（医師、理学療法士等、看護職員、介護職員）、兼務関係などを明確にしておくこと。



【指摘された不適切な事例】

従業者の月ごとの勤務表が作成されておらず、常勤・非常勤の別、従事する職種、管理者との兼務関係が不明確であった。

また、事業所内で複数の職種又は単位を兼務している従業者のそれぞれの職種等での従事時間が記録されていなかった。

(3) 従業者の資質の向上のために、年間計画などを策定し当該事業所内で研修を実施するとともに、研修機関が実施する研修への参加の機会を計画的に確保するなど従業者の計画的な人材育成に努めること。



【指摘された不適切な事例】

・研修計画が作成されておらず、研修機会の確保が不十分であった。

(4) 全ての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者の資格を有するものその他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講ずること

（令和6年3月末で経過措置の終了）

(5) 適切なサービス提供を確保する観点から、職場における性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の職場環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講ずること。

16 業務継続計画（BCP）の策定等（令和6年3月末で経過措置の終了）



(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施し、非常時の体制で早期の業務継続を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講ずること。

(2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的 to 実施すること。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。

⇒ 業務継続計画未策定減算の導入

17 定員の遵守

災害その他やむを得ない事情がある場合を除き、利用定員を超えて、指定（介護予防）通所リ

ハビリテーションの提供を行ってはならない。

18 非常災害対策

- (1) 事業者は、非常災害に際して必要な具体的計画（消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画）の策定、関係機関への通報及び連携体制の整備、避難、救出訓練の実施等の対策の万全を期さなければならない。



【指摘された不適切な事例】

崖崩れのおそれのある地域にも関わらず、その災害に対する具体的な計画が策定されていなかった。

また、非常災害発生時の関係機関のリストアップがされておらず、災害時に即応できる体制が整備されていなかった。

- (2) 各種計画に従い、避難又は救出に係る必要な訓練を定期的に行うこと。その場合、想定される非常災害に対応できるよう実効性の高いものとする。

また、訓練の実施に当たっては、地域住民の参加が得られるよう連携に努めること。

- (3) 消防機関への通報体制のみならず、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、消火避難等に協力してもらえるような体制作りに努め、全ての従業員がその内容を熟知し、実行できるようにしなければならない。

- (4) 非常災害時にその利用者の安全の確保が図られるように、事前に市町村や地域住民のほか、医療や福祉に関わる他の事業所等と相互に支援・協力を行うための連携体制の整備に努めること。

- (5) 非常災害時には、事業者として、援護が必要となった者への支援協力（当該施設の利用者に限らず、可能な限り、地域の高齢者、障害者、乳幼児等の特に配慮を要する者を受け入れる等）に努めること。

19 衛生管理等

- (1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水の衛生管理に努めるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行うこと。



【指摘された不適切な事例】

利用者が服薬する薬が誰でも触れる状態で保管されていた。



【指摘された不適切な事例】

汚物処理槽に、飛沫感染を防止するための対策（カーテン等での仕切り）が設けられていなかった。

- (2) 食中毒及び感染症の発生を予防するためのマニュアルを整備し、従業員に周知するなど感染症予防に必要な措置をとること。

- (3) 新型インフルエンザなどの感染症が発生した場合には、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。

特に、新型コロナウイルス感染予防対策、結核予防、インフルエンザ対策、ノロウイルス感染症、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、これらに基づき、適切な措置を講じること。

【感染症対策の強化】

- 1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができる。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ること。
- 2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
- 3) 従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及びまん延防止のための訓練を定期的に実施すること。

※上記1)～3)についての、（令和6年3月末で経過措置の終了）。

- (4) 入浴施設を安心して利用できるよう、レジオネラ症の発生予防のため、衛生管理体制を整え、従業員に周知し、予防対策を実行すること。

※特に、「貯湯タンク」、「循環ろ過装置」、「集毛器」、「気泡発生装置、ジェット噴射装置、打たせ湯、シャワー等」、「露天風呂」について、衛生的な管理を行うこと。

- (5) 施設内の適温の確保に努めること。

20 掲示

- (1) 事業運営に当たっての重要事項を受付コーナー、相談室等利用申込者等が見やすい場所に掲示すること。掲示が困難な場合には、利用者等誰もが閲覧できるように、ファイル等に入れて、立てかけておくことでも差し支えない。

- (2) 重要事項の掲示は「2 内容及び手続の説明及び同意」で前記した「重要事項説明書」の①運営規程の概要、②従業員の勤務体制、③事故発生時の対応、④苦情処理の体制などである。

その内容は、実際に利用者が受けようとするサービス（サービス内容、利用料等）を明確にするものであること。

(R7.4より義務化)

「書面掲示」に加え、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、介護サービス事業者は、原則として重要事項等の情報をウェブサイト（法人のホームページ等又は情報公表システム上）に掲載・公表しなければならない。

21 秘密保持等

- (1) 従業員の在職中及び退職後における、利用者及びその家族の個人情報に関する秘密保持について、事業者と従業員間の雇用契約、就業規則、労働条件通知書、誓約書等で取り決めておくこと。
- (2) サービス担当者会議等において、利用者及びその家族の個人情報を用いる場合、あらかじめ利用者及びその家族の同意を得ておくこと。利用同意を得る様式は利用者だけでなく家族についても署名できる様式にしておくこと。



【指摘された不適切な事例】

サービス担当者会議等において、利用者及びその家族の個人情報を用いているが、利用者及びその家族の同意を得ていなかった。

※ 個人情報の取扱いについては「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（下記URL）等を参照のこと。

<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/kojin/dl/l70805-11a.pdf>

[長寿社会課ホームページ (<https://www.pref.okayama.jp/soshiki/35/>) にリンク登録]

22 苦情処理

- (1) 苦情処理に関する記録様式（処理簿・台帳等）を作成すること。
- (2) 「苦情の内容」のみではなく、「その後の経過」、「原因の分析」、「再発防止のための取組」など

も記録すること。



【指摘された不適切な事例】

- ・ 苦情（従業員の言葉遣いが気になるとの）があったにもかかわらず記録がされていなかった。
- ・ 苦情処理に関する記録様式が作成されていなかった。
- ・ 苦情の記録に、事業者が採った措置の概要の記載がなかった。

- (3) 苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組や再発防止のための取組を行うこと。
(4) 苦情の内容等の記録は、**5年間保存**しなければならない。(県独自基準)



【指摘された不適切な事例】

- ・ 言葉使いに対する申し出を苦情として捉えていなかった。言葉による虐待（威圧）に至る可能性があること、また、苦情がサービスの質の向上に重要な情報であることの認識が認められなかった。

23 地域との連携等

- (1) 事業の運営に当たって、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めること。
(2) 事業の運営に当たって、提供した指定通所介護に関する利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めること。
(3) 指定通所介護事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して指定通所介護を提供する場合、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても指定通所介護の提供を行うよう努めること。

24 事故発生時の対応

- (1) 市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。また、当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
(2) 損害賠償保険に加入するか、賠償金の積み立てを行うことが望ましい。
(3) 事故の状況等によっては、事業所を所管する県民局へ報告を行うこと。
介護保険施設・事業所における事故等発生時の対応に係る指針（岡山県版）
(※集団指導資料【全サービス共通編】を参照のこと)
(4) 再発防止のための取組を行うこと。



【指摘された不適切な事例】

- ・ 事故が発生していたにもかかわらず、報告がされていなかった。
- ・ 事故処理に関する記録様式が作成されていなかった。
- ・ 事故の記録に、事業者が採った処置の記載がなかった。

- (5) 事故の状況等の記録は、**5年間保存**しなければならない。(県独自基準)

25 虐待の防止

- 虐待の防止のための対策を検討する委員会の議事録等を従業員に対し周知徹底していない。
- 研修の記録を作成、保存していない。
- 指針の整備を行っていない。

◇ポイント◇

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができる。）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に 周知徹底を図ること。

- (2) 虐待の防止のための指針を整備すること。
 - (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
 - (4) (1)～(3)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。
- ⇒令和6年3月末で経過措置の終了

26 会計の区分

事業所ごとに経理を区分し、介護保険事業と他の事業においても経理・会計を区分すること。
事務的経費等についても按分するなどの方法により、会計を区分すること。
「介護保険の給付対象事業における会計の区分について」(平成13年老振発第18号)

27 記録の整備

- (1) 「リハビリテーションに関する記録」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。

リハビリテーションに関する記録とは 実施時間、訓練内容、担当者、加算の算定に当たって根拠となった書類 等

- (2) 退職した従業者に関する諸記録も保存対象となるので、退職後にすぐ廃棄しないようにすること。
- (3) 通所リハビリテーション計画の変更後、変更前の計画も保存しておくこと。
- (4) リハビリテーション計画、サービス提供の記録、市町村への通知に係る記録、苦情内容等の記録、事故の状況等の記録については、完結の日から **5年間保存** しなければならない。(県独自基準)(R6.6改正)

やむを得ず身体拘束等を行った場合、身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録をすること。

28 変更の届出等

- (1) 運営規程に変更があれば、変更した日から10日以内に県民局へ変更届出書を提出すること。
なお、複数回にわたって変更が発生した場合でも、変更事実の発生日ごとに変更届を作成すること。事業所の所在地の移転など重要な変更の場合は、事前に県民局へ相談すること。



【指摘された不適切な事例】

県に届出された平面図と違う場所(部屋)が使用されていたり、用途が変わっていたが、平面図の変更の届出がされていなかった。(食堂として届出されていたが、別の用途に使用されていた)

- (2) 人員基準を満たせなくなったため休止、人員基準を満たす見込みが立たないため廃止する等の際は1月前までに県民局へ休止・廃止の届出を提出すること。現に利用者がいる場合には、他の事業所に引き継ぐことが必要である。
- (3) 従業者に欠員が生じている状態が1か月以上継続する場合には、事業所に対し定員や営業日・営業時間の見直し又は事業の休止を指導するものとする。
指導に従わずに事業を継続する事業所に対しては、特別な事情がある場合を除き、指定の取消し等を検討するものとする。従業者に欠員が生じた場合には、速やかに、事業所を所管する県民局に相談し、指導に従うこと。
- (4) 各種届出に際しては、当課ホームページより「申請の手引」及び「申請書・各種様式」をダウンロードし、必要書類を整え、期限内に県民局に提出すること。
当課HP：介護サービス事業者の「申請の手引」及び「申請書・各種様式」について
<https://www.pref.okayama.jp/page/571268.html>

VI 介護報酬の算定上の留意事項

I (介護予防) 通所リハビリテーションの提供について

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

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。
- ③ 事業所の医師が理学療法士等に対し、利用者に対する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以上の指示を行っている。
- ④ 指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士等が、当該内容がリハビリテーションマネジメント加算の基準に適合するものであると明確に分かるように記録している。
- ⑤ リハビリテーション計画書の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画書の見直しを行う。初回の評価はサービス提供開始からおおむね2週間以内、その後はおおむね3月ごとに評価を行う。その他、必要時に見直しを行うこと。
- ⑥ 事業所医師が利用者に対して3月以上の通所リハビリテーションが必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書に継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、その他の指定居宅サービスの併用と移行の見通しを記載し、本人・家族に説明を行う。
- ⑦ 新規に通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該計画に従い、指定通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して1月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行うよう努めることが必要である。
- ⑧ 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、利用者及び家族の活動や参加に向けた希望、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達する。

2 施設等の区分(居宅サービスのみ)

(1) 事業所規模による区分

 事業所規模の算定について、毎年4月から2月までの利用者数を用いて毎年度、事業所規模区分を確認すること。現在届け出ている事業所規模と変わる場合は、県民局へ「体制の変更」を届け出ること。

- ・報酬単位が増加する(例: 大規模型⇒通常規模型) 場合: 適用開始日の前月15日までに体制届を提出
- ・報酬単位が減少する(例: 通常規模型⇒大規模型) 場合: 速やかに体制届出を提出
- ・事業所規模区分に変更がない場合: 体制届の提出は不要

※重要

会計検査院の实地検査で事業所規模区分の誤りによる不適正な請求事例が、全国で毎年のように指摘されています。

3月には必ず4月から2月までの利用者数を計算し、翌年度の事業所規模を確認し、必要により体制届を提出してください。

(2) 定員規模別の報酬の基礎となる平均利用延人員の算定の際には、介護予防の利用者数を含む(通所サービスと介護予防サービスを一体的に事業を実施している場合)。

① 通所サービスの計算(平均利用延人員数の計算式(3月を除く))

1時間以上2時間未満の報酬を算定している利用者	× 1/4 =	A 人
2時間以上3時間未満	// × 1/2 =	B 人
3時間以上4時間未満	// × 1/2 =	C 人
4時間以上5時間未満	// × 3/4 =	D 人
5時間以上6時間未満	// × 3/4 =	E 人
6時間以上8時間未満	// × 1 =	F 人

(A人+B人+C人+D人+E人) ÷ 11月 = 1月当たりの平均利用延人員数

② 介護予防サービスの計算

平均利用延人員数に含むこととされた介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者の計算に当たっては、介護予防通所リハビリテーションの利用時間が

2時間未満	の報酬を算定している利用者	× 1/4
2時間以上4時間未満	//	× 1/2
4時間以上6時間未満	//	× 3/4

ただし、介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者については、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えない。

③ その他

正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施している事業所については、当該月の平均利用延人員数に6/7を乗じた数による取扱いとする。

前年度の実績が6月に満たない事業者(新規、再開含む。)又は前年度の実績(前年度の4月から2月まで)が6月以上あり、年度が変わる際(4月1日)に定員を概ね25%以上変更して事業を行う事業者においては、当該年度に係る平均利用延人員数の算出に当たり、便宜上、県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。したがって、年度の途中での事業所規模に関する体制の変更は生じない。

(R6.6改正)

事業所規模について、通常規模型、大規模型(I)、大規模型(II)の3段階になっていた事業所規模別の基本報酬は、通常規模型、大規模型の2段階に変更となった。

※なお、大規模型事業所のうち、算定する月の前月において、以下に示す基準を満たしている場合は、通常規模型通所リハビリテーション費を算定することができる。

(i) 利用者の総数のうち、リハビリテーションマネジメント加算を算定した利用者の占める割合が100分の80以上であること。

(ii) 利用者に対するリハビリテーション専門職の配置が10:1以上であること。

(体制届の届出が必要)

3 所要時間による区分の取扱い(居宅サービスのみ)

(1) 所要時間による区分の取扱いにおいては、現に要した時間ではなく、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としている。(送迎に要する時間は含まない。)実際の通所リハビリテーションの提供が計画上の時間よりも「やむを得ず短くなった場合」に当日の利用者の心身の状況(急な体調不良等)に加えて、降雪等の急な気象状況の悪化等により、利用者宅と事業所間の送迎に平時よりも時間を要した場合も該当することとされた。

単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、通所リハビリテーションのサービスが提供されているとは認められないものであり、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。

(2) 送迎時に実施した居宅内での介助等(電気の消灯・点灯、窓の施錠、着替え、ベッドへの移乗等)に要する時間は、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。

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

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

(3) 通所サービスのサービス提供時間帯における併設医療機関の受診は、緊急やむを得ない場合を除いて認められない。緊急やむを得ない場合を除いて、併設医療機関を受診した場合は、併設医

- 療機関における保険請求が優先され、通所サービスについては変更後の所要時間に応じた所定単位数を算定しなければならない。 ※サービス提供時間中の中抜けによるサービスは認められない。
- (4) 事業所職員が迎えに行ったが、利用者が突然体調不良で通所リハビリテーションに参加できなくなった場合や利用者からの事前の連絡がなく不在であった場合でも、通所リハビリテーション費は算定できない。

4 日割り請求に係る適用（介護予防サービスのみ）

- (1) 月途中の以下の事由の場合、日割りで算定する。

① 月の途中に開始した場合は、起算日から月末までの期間

	月途中の事由	起算日 ※2
開 始	区分変更（要支援Ⅰ ↔ 要支援Ⅱ）	変更日
	区分変更（要介護 → 要支援） サービス事業者の変更（同一サービス種類のみ） ※1 事業開始（指定有効期間開始） 事業所指定効力停止の解除	契約日
	介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居 ※1	退去日の翌日
	介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除 ※1	契約解除日の翌日
	介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所 ※1	退所日の翌日

② 月の途中に終了した場合は、月初日から起算日までの期間

	月途中の事由	起算日 ※2
終 了	区分変更（要支援Ⅰ ↔ 要支援Ⅱ）	変更日
	区分変更（要支援 → 要介護） サービス事業者の変更（同一サービス種類のみ） ※1 事業廃止（指定有効期間満了） 事業所指定効力停止の開始	契約解除日 （廃止・満了日） （開始日）
	介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居 ※1	入居者の前日
	介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始 ※1	サービス提供日（通い、訪問又は宿泊）の前日
	介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所 ※1	入所日の前日

※1 ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定が可能とする。

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

- (2) 新型インフルエンザ等（ノロウイルス感染症を含む。）の発生に伴い、介護予防リハビリテーション事業所等が休業を行った場合は、休業期間分について、事業所指定効力停止の開始・解除に準じた取り扱いとして日割りで算定する。

- (3) 加算部分に対する日割りは行わない。

月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ加算の算定を可能とする。ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定が可能とする。

月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。

○ 「月額包括報酬の日割り請求にかかる適用」

（平成24年厚生労働省老健局介護保険計画課・老人保健課事務連絡）

○ 「新型インフルエンザの発生に伴う介護予防通所介護事業所等の休業期間中の介護報酬の算定

5 定員超過利用減算

- (1) 月平均の利用者数が、運営規程に定められた利用定員を超えた場合、所定単位数を減算する。
 この場合の利用者の数は、1月間(暦月)の利用者の数の平均を用いる。この場合、1月間の利用者の数の平均は、当該月におけるサービス提供日ごとの同時にサービスの提供を受けた者の最大数の合計を、当該月におけるサービス提供日数で除して得た数とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り上げるものとする。
 月平均で定員超過があれば、その翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、利用者全員について減算する。(所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定)
- (2) 定員超過利用は基準(条例)違反となり、指導対象となる。また、解消を行う旨の指導に従わず定員超過が2月以上継続する場合は、特別の事情がある場合を除き指定の取消しを検討する。
- (3) 災害・虐待等の受け入れ等やむを得ない理由による定員超過は、当該定員超過が開始した月の翌月から、所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらず、その翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行う。
 ○「厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法」
 (平成12年厚生省告示27号)

6 人員基準欠如減算

- (1) 人員欠如の場合の減算については、当該月において人員基準を満たさない場合、翌月若しくは翌々月の全利用者について、所定単位数の70/100に相当する単位数を用いて算定する。
- (2) 常勤医師について(診療所であって、利用者の数が同時に10人以下の場合を除く。)
 専任の常勤医師が1人以上いない場合は、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、利用者全員について所定単位数を減算する。ただし、介護老人保健施設であって、病院又は診療所(医師について介護老人保健施設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。
- (3) 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
 ① 人員基準上必要とされる員数から一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、利用者の全員について所定単位数を減算する。

●一割を超えて減少した場合

- ・医師(上記(2)に該当する場合を除く。)※1

$$\frac{\text{サービス提供日に専任の(常勤)医師が勤務した日数}}{\text{サービス提供日数}} < 0.9$$

- ・従事者

(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)

$$\frac{\text{営業日のサービス提供時間中における従事者が実際に勤務した時間の合計}}{\text{各営業日における従事すべき従事者数} \times \text{サービス提供時間の合計}} < 0.9$$

- ・理学療法士等(老健・病院の場合)

(従事者のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士)※2

$$\frac{\text{営業日のリハビリテーションを提供する時間帯に配置された理学療法士等の延べ人数}}{\text{各営業日における従事すべき理学療法士等の人数の合計}} < 0.9$$

- ・理学療法士等(診療所の場合)

(従事者のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、経験看護師)※2

$$\frac{\text{歴月における理学療法士等の勤務延時間数}}{\text{歴月における常勤の職員が勤務する時間}} < 0.09$$

- ② 人員基準上必要とされる員数から一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、利用者等の全員について所定単位数を減算する。
(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。)

●一割の範囲内で減少した場合

- ・医師(上記(2)に該当する場合を除く。)※1

$$0.9 \leq \frac{\text{サービス提供日に専任の(常勤)医師が勤務した日数}}{\text{サービス提供日数}} < 1.0$$

- ・従事者

(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)

$$0.9 \leq \frac{\text{営業日のサービス提供時間中における従事者が実際に勤務した時間の合計}}{\text{各営業日における従事すべき従事者数} \times \text{サービス提供時間の合計}} < 1.0$$

- ・理学療法士等(老健・病院の場合)

(従事者のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士)※2

$$0.9 \leq \frac{\text{営業日のリハビリテーションを提供する時間帯に配置された理学療法士等の延べ人数}}{\text{各営業日における従事すべき理学療法士等の人数の合計}} < 1.0$$

- ・理学療法士等(診療所の場合)

(従事者のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、経験看護師)※2

$$0.09 \leq \frac{\text{歴月における理学療法士等の勤務延時間数}}{\text{歴月における常勤の職員が勤務する時間}} < 0.1$$

※1 通所リハビリテーションの専任の常勤医師について、労働基準法に基づく就業規則に定められた有給休暇を取得することができるとは当然である。ただし、休暇の間について、代替の専任の医師の配置及び専任の常勤医師との緊急時の連絡体制を整えておくこと(計画的な医学的管理を行う専任の常勤医師又は代替の専任の医師が通所リハビリテーション事業所か併設医療機関内に勤務していること)が必要である。

※2 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指圧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理学療法士等として計算することができる。

- (4) 災害・虐待等の受け入れ等やむを得ない理由による人員欠如(被災者の受入、被災地域への従業者派遣等による)は、所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらず、人員欠如の状態が継続している場合には減算の適用となる。

- (5) 人員基準欠如は基準条例違反となり、著しいものについては指導対象(職員の増員、利用定員等の見直し、事業の休止等を指導)となる。指導に従わない場合は、特別の事情がある場合を除き、指定の取消しを検討する。

7 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の取扱い(居宅サービスのみ)

◇ポイント◇

- ・内容については、「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照。

(介護報酬の解釈緑本P967)

【3%加算】

- ・減少月の利用延人員数が、当該減少月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数から5%以上減少している場合に、当該減少月の翌々月から3月以内に限り、基本報酬の3%に相当する単位数を加算する。
- ・利用延人員数の減少に対応するための経営改善に時間を要すること、その他の特別な事情があると都道府県又は市町村が認める場合には、当該加算の算定期間が終了した翌月から3月以内に限り延長が可能である。
- ・3%加算の延長を申請する場合でも、加算適用の申請を行った際の算定基礎により判定を行うこととする。
- ・加算算定の期間内又は加算延長の期間内に、月の利用延人員数が算定基礎から5%以上減少していなかった場合は、当該月の翌月をもって算定終了とすること。
- ・当該加算は、区分支給限度基準額管理の対象外の算定項目である。

【規模区分の特例】

- ・減少月の利用延人員数がより小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数と同等となった場合には、当該減少月の翌々月から当該より小さい事業所規模別の報酬区分を適用する。
- ・具体的には、通所リハビリテーション（大規模型）については、減少月の利用延人員数が750人以下となった場合は、通所リハビリテーション（通常規模型）を算定すること。
- ・当該特例の適用期間内に、月の利用延人員数が、当該より小さい事業所別の報酬区分の利用延人員数を超え、かつ、当該特例適用前の事業所規模別の報酬区分の利用延人員数まで戻った場合は、当該月の翌月をもって当該特例の適用は終了とする。

8 利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合の取扱い

○指定介護予防通所リハビリテーションの利用が12月を超える場合

（要支援1） 120単位/月減算（変更）

（要支援2） 240単位/月減算（変更）

※以下のいずれにも該当場合については、減算を行わない。

・3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直していること。

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

9 高齢者虐待防止措置未実施減算について

○虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合、所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算する。

・虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。

・虐待の防止のための指針を整備すること。

・従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。

・上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

10 業務継続計画未策定減算について

○感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定及び当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていない場合は、所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算する。

※令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。

11 理学療法士等体制強化加算（1時間以上2時間未満の通所リハビリテーション） （居宅サービスのみ） 30単位/日

指定居宅サービス基準条例137条（基準省令第111条）に規定する配置基準を超えて、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（※理学療法士等）を専従かつ常勤で2名以上配置している事業所について、1日につき30単位を所定単位数に加算するが、この「専従」とは、当該通所リハビリテーション事業所のリハビリテーションを実施する時間帯に専らその職務に従事していることで足りる。

※「理学療法士等」…「サービス提供体制強化加算」において同義

この理学療法士等とは「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士」であり、人員基準における看護師（基準条例第137条2項2号の「経験を有する看護師」を含む。）その他の職種の者は含まない。
人員に関する基準における、「看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師」は、当該基準において「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が、報酬告示、留意事項通知における「理学療法士等」とは区別しなければならない。

12 延長加算（居宅サービスのみ）50単位～300単位/日

（1）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での延長サービス（日常生活上の世話）を通算した時間が8時間以上の部分について、6時間を限度として算定する。

（2）本加算を算定するためには、事前に県に体制の届出が必要である。

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

注3 日常生活上の世話を行った後に引き続き、所要時間6時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションを行った場合又は所要時間6時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションを行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合であって、当該指定通所リハビリテーションの所要時間と当該指定通所リハビリテーションの前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間（以下この注において「算定対象時間」という。）が、8時間以上となった場合は、次に掲げる区分に応じ、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

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

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

[老企第36号/第2の8の(4)]

① 当該加算は、所要時間7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの前後に連続して通所リハビリテーションを行う場合について、6時間を限度として算定されるものである。

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。

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ものであるため、例えば、7時間の通所リハビリテーションの後に連続して2時間の延長サービスを行った場合には、通所リハビリテーションと延長サービスの通算時間は9時間であり、1時間分（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。

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。

13 リハビリテーション提供体制加算（居宅サービスのみ）

（1）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、リハビリテーション専門職の配置が、人員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。

（2）本加算を算定するためには、事前に県に体制の届出が必要である。

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

注4 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所については、

リハビリテーション提供体制加算として、通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容の指定通所リハビリテーションを行うのに要する標準的な時間に応じ、それぞれ次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

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

<厚生労働大臣が定める基準>

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提供体制加算の基準

- イ 指定通所リハビリテーション事業所において、**常時**、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。
- ロ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）から（Ⅳ）までのいずれかを算定していること。

<留意事項通知>

（5）リハビリテーション提供体制加算について

「当該事業所の利用者の数」とは、指定通所リハビリテーション事業者と指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、指定通所リハビリテーションの利用者数と指定介護予防通所リハビリテーションの利用者数の合計をいう。

【岡山県Q & A】＝厚労省確認事項＝

Q 1：「利用者の数」とは、1日ごとの利用定員数を指すのか？利用者予定者数を指すのか？

A 1：実利用者数を指します。よって、特に、25人前後の利用を予定する日は、理学療法士等の配置に留意が必要です。

Q 2：「常時」配置する時間帯とは、事業所における全営業日の全サービス提供時間帯を指すのか？特定の限定的な時間帯での配置でよいのか？

A 2：理学療法士等を「常時」配置する時間帯とは、個々の利用者についてケアプランにおいて位置付けられた通所リハビリテーションのサービス提供時間帯となります。

Q 3：利用予定に応じて算定要件を満たす配置を予定していたが、配置予定の理学療法士等が急病等により勤務できず、代替者の確保ができなかった場合、当該日のみ加算の算定を行えないのか？それとも、配置できなかった日以降は体制確保ができていなかったとして一切算定できないのか？

また、サービス担当者会議への出席等、業務上の用務により支援現場に配置ができなかった場合も算定できないのか？

A 3：「常時」配置が求められていることから、休暇（病気によるものを含む。）等によりその配置がされなかった日については、当該加算は算定できない。

なお、配置ができなかった理由が、サービス担当者会議への出席等、業務上の用務による場合であっても、事業所外で行われる場合については、直接的に利用者への支援・助言が行える体制が確保できていないため、「常時配置」の算定要件を満たしていないものとなる。ただし、事業所内で行われるリハビリテーション会議等への出席については、必要な対応が可能と認められることから「常時配置」されているものとして差し支えない。

14 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

（1）中山間地域等に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、（介護予防）通所リハビリテーションを行った場合に、1日につき所定単位数の5%に相当する単位数を加算する。

○厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域（平成21年厚生労働省告示第83号）

（2）同加算を算定する利用者については、別途交通費の支払いを受けることはできない。

（3）通所リハビリテーションは、区分支給限度額が適用されるサービスであるが、本加算は、「区分支給限度基準額」に含まれない費用である。

15 入浴介助体制（加算Ⅰ・加算Ⅱ）（居宅サービスのみ）

【入浴介助加算（Ⅰ）】

・入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行う。

【留意事項】

ア 入浴介助加算（Ⅰ）について

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

【入浴介助加算Ⅱ】

イ 入浴介助加算（Ⅱ）について

- ① ア①及び②を準用する。この場合において、ア①の「入浴介助加算（Ⅰ）」は、「入浴介助加算（Ⅱ）」に読み替えるものとする。
- ② 入浴介助加算（Ⅱ）は、利用者が居宅において、自身で又は家族若しくは居宅で入浴介助を行うことが想定される訪問介護員等の介助によって入浴ができるようになることを目的とし、以下a～cを実施することを評価するものである。なお、入浴介助加算（Ⅱ）の算定に係る者は、利用者の状態に応じ、自身で又は家族・訪問介護員等の介助により尊厳を保持しつつ入浴ができるようになるためには、どのような介護技術を用いて行うことが適切であるかを念頭に置いた上で、a～cを実施する。
 - a 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは介護支援専門員又は利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者（以下「医師等」をいう。）が利用者の居宅を訪問し、利用者の状態を踏まえ、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価する。その際、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが可能であると判断した場合、指定通所リハビリテーション事業所に対しその旨情報共有する。
また、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、指定通所リハビリテーション事業所の従業者以外の者である場合は、書面等を活用し、十分な情報共有を行うよう留意すること。
（※）当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが難しいと判断した場合は、訪問した医師等が、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、利用者及び当該利用者を担当する介護支援専門員等に対し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行う。なお、医師等が訪問することが困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が評価及び助言を行うこともできることとする。情報通信機器等の活用については、当該利用者等の同意を得なければならないこと。また、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
 - b 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師との連携の下で、当該利用者の身体の状態や訪問により把握した利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成する。なお、個別の入浴計画に相当する内容を通所リハビリテーション計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別の入浴計画の作成に代えることができるものとする。
 - c bの入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行う。なお、利用者の居宅の浴室の状況に近い環境については、大浴槽等においても、手すりなど入浴に要する福祉用具等を活用し、浴室の手すりの位置や使用する浴槽の深さ及び高さ等を踏まえることで、利用者の居宅の浴室環境の状況を再現していることとして差し支えないこととする。また、入浴介助を行う際は、関係計画等の達成状況や利用者の状態をふまえて、自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、必要な介護技術の習得に努め、これを用いて行われるものであること。なお、必要な介護技術の習得に当たっては、既存の研修等を参考にすること。
- ③ (2)における居宅への訪問の際、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが可能であると判断した場合、指定通所リハビリテーション事業所に対しその旨情報共有する。また、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が指定通所リハビリテーション事業所の従業者以外の者である場合は、書面等を活用し、十分な情報共有を行うよう留意すること。
- ④ 入浴介助を行う際は、関係計画等の達成状況や利用者の状態を踏まえて、自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、必要な介護技術の習得に努め、これを用いて行われるものであること。なお、必要な介護技術の習得に当たっては、既存の研修等を参考にすること。

◇ポイント◇

- ・入浴介助加算は、通所介護計画上、入浴の提供が位置付けられている場合に、利用者側の事情により入浴を実施しなかった場合については、当該加算を算定できない。
- ・利用者の自立生活を支援する上で最適と考えられる入浴手法が、部分浴（シャワー浴含む。）や清拭である場合はこれをふくむものとする。

16 リハビリテーションマネジメント加算

○ 本加算を算定するためには、事前に県に体制の届出が必要である。

- (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。

・SPDCAサイクルとは

調査 (Survey) → 計画 (Plan) → 実行 (Do) → 評価 (Check) → 改善 (Action)

・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、家族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。

参考 ADL (日常生活動作) : 排せつ、食事摂取などの身の回りの生活行為

IADL (手段的日常生活動作) : 掃除や買い物などの生活行為

リハビリテーションマネジメント加算は、事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に、下記(2)掲げる区分に応じ、1月につき所定単位数を加算する。

- (2) 次の要件を満たす必要がある。

(R6.6改正)

イ リハビリテーションマネジメント加算 (イ) < 6月以内: 560単位 >
< 6月超過: 240単位 >

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- 1) リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。
- 2) 通所リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。ただし、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明した場合は、説明した内容等について医師へ報告すること。
- 3) 通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあっては1月に1回以上、6月を超えた場合にあっては3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、通所リハビリテーション計画を見直していること。
- 4) 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- 5) 以下のいずれかに適合すること。
 - 一 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
 - 二 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
- 6) 上記1) から 5) までに適合することを確認し、記録すること。

※通所リハビリテーション計画について、リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合 ⇒ 上記に加えて270単位加算 ※体制届必要

(R6.6改正)

ロ リハビリテーションマネジメント加算 (ロ) <6月以内: 593単位>
<6月超過: 273単位>

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- 1) イ1) から6) までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- 2) 利用者ごとの通所リハビリテーション計画書等の内容等の情報を、厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。情報の提供は「科学的介護情報システム (L I F E)」を用いて行い、サービスの質の向上を図るため、L I F E への情報提供及びフィードバック情報を活用し、サービスの質の管理を行うこと。

※通所リハビリテーション計画について、リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合 ⇒ 上記に加えて270単位加算 ※体制届必要

(R6.6改正) 新設

○ リハビリテーションマネジメント加算 (ハ) <6月以内: 793単位>
<6月超過: 473単位>

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- 1) リハビリテーションマネジメント加算 (ロ) の1) 及び2) に適合すること。
- 2) 当該事務所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。
- 3) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。
- 4) 利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して栄養アセスメント (利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。) を実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。
- 5) 通所介護費等算定方法第二号に規定する基準に該当しないこと。
- 6) 利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っていること。
- 7) 利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者 (8) において「関係職種」という。) が、通所リハビリテーション計画等の内容等の情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報、利用者の栄養状態に関する情報及び利用者の口腔の健康状態に関する情報を相互に共有すること。
- 8) 7) で共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種の間で共有していること。

※通所リハビリテーション計画について、リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合 ⇒ 上記に加えて270単位加算 ※体制届必要

◆留意事項通知等 【改正】

リハビリテーションマネジメント加算について [老企第36号/第2の8の(13)]

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

- ⑤ リハビリテーション会議は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この⑤において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。なお、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応していること。
- ⑥ リハビリテーション会議の開催頻度について、指定通所リハビリテーションを実施する指定通所リハビリテーション事業所若しくは指定介護予防通所リハビリテーションを実施する指定介護予防通所リハビリテーション事業所並びに当該事業所の指定を受けている保険医療機関において、算定開始の月の前月から起算して前24月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて6月以上ある利用者については、算定当初から3月に1回の頻度でよいこととする。
- ⑦ 大臣基準告示第二十五号ロ及びハに規定する厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、SPDCAサイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。
- ⑧ リハビリテーションマネジメント加算(ハ)について
イ 栄養アセスメントにおける考え方は、注 15 栄養アセスメント加算についてと同様であるので参照されたい。
ロ 口腔の健康状態の評価における考え方は、注 18 口腔機能向上加算についてと同様であるので参照されたい。
ハ リハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組についての基本的な考え方は別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参考とし、関係職種間で共有すべき情報は、同通知の様式1ー1を参考とした上で、常に当該事業所の関係職種により閲覧が可能であるようにすること。

17 短期集中個別リハビリテーション実施加算（居宅サービスのみ） 110単位/日

- (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。
- (2) 指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者に対して、その退院（所）日又は認定日から起算して3月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行った場合（1週につきおおむね2回以上、1日当たり40分以上実施するもの）に算定できるものであること。

退院（所）日、認定日とは

「退院（所）日」とは、「利用者がリハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院若しくは入所した病院若しくは診療所若しくは介護保険施設から退院若しくは退所した日」のこと。

「認定日」とは、「介護保険法第19条第1項に規定する要介護認定の効力が生じた日（当該利用者が新たに要介護認定を受けた者である場合に限る。）」のこと。→ 要介護認定の有効期間初日

- (3) 認知症短期集中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実施加算と併算定できない。
- (4) 本加算を算定するためには、事前に県へ体制の届出が必要である。

18 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（居宅サービスのみ）

- (1) 医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者に対して、その退院（所）日又は通所開始日（加算Ⅱ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。
- (2) 本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的適応能力（生活環境又は家庭環境へ適応する等の能力）を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施するものである。
- (3) 精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師（※）により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、1週間に2日を限度として、20分以上のリハビリテーションを個別に実施した場合、加算（Ⅰ）を算定できる。
- (4) 精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師（※）により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の状態に応じて、個別又は集団によるリハビリテーションを、1月に4回以上実施した場合に、加算（Ⅱ）を算定できる。（1月に8回以上実施することが望ましい。）その際には、通所リハビリテーション計画書にその時間、実施頻度、実施方法を定めた上で実施するものである。

※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とは

認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）の要件である「認知症に対するリハビリテーションに関わる専門的な研修を修了した医師」の研修は、原則として「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（V o 1.1）（平成30年3月23日）」の問67で国が例示した研修に限るものとする。

事業者が加算の算定を行おうとする場合は、「体制等に関する届出書」に、上記の研修に係る「研修修了書の写し」を添付することとし、この添付書類がない場合は、算定要件を確認できないことから、原則として本件加算の算定を認めない。

【平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）（平成30年3月23日）】問67（抜粋）

認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定要件に該当する研修の例

①認知症短期集中リハビリテーション研修（主催：全国老人保健施設協会）

②認知症短期集中リハビリテーション医師研修会（主催：日本慢性期医療協会、日本リハビリテーション病院・施設協会及び全国デイ・ケア連絡協議会）

③認知症サポート医養成研修（実施主体：都道府県等）

問20 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）又は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、通所リハビリテーション事業所に算定要件を満たす医師がおらず、算定要件を満たす外部の医師が情報提供を行った場合、算定は可能か。

（答）算定できない。ただし、算定要件を満たす医師については必ずしも常勤である必要はない。

（5）本加算（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。

また、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。（居宅訪問した際、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）

（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ツール）においておおむね5点～25点に相当する者とするものであること。

（7）本加算（Ⅱ）の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえてリハビリテーションを実施するよう留意すること。

（8）本加算は当該利用者が過去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。

（9）短期集中個別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実施加算と併算定できない。

（10）本加算を算定するためには、事前に県へ体制の届出が必要である。

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

9 別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、認知症（法第5条の2に規定する認知症をいう。以下同じ）であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、イ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、ロ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は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算として、次に掲げる区分に応じ、イについては1日につき、ロについては1月につき、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は注11の加算を算定している場合においては、算定しない。

イ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） 240単位
ロ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） 1,920単位

通所リハビリテーション費における認知症短期集中リハビリテーション実施加算の基準

イ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）

一週間に二日を限度として個別にリハビリテーションを実施すること。

ロ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（1）一月に四回以上リハビリテーションを実施すること。

（2）リハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された通所リハビリテーション計画を作成し、生活機能の向上に資するリハビリテーションを実施すること。

（3）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（A）イ又はロ若しくは（B）イ又はロまでのいずれかを算定していること。

認知症短期集中リハビリテーション実施加算について〔老企第36号／第2の8の（11）〕

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

② 認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅰ）は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、1週間に2日を限度として、20分以上のリハビリテーションを個別に実施した場合に

算定できるものである。なお、当該リハビリテーションの提供時間が20分に満たない場合は、算定はできないこととする。

- ③ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を終了した医師により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の状態に応じて、個別又は集団によるリハビリテーションは、1月に8回以上実施することが望ましいが、1月に4回以上実施した場合に算定できるものである。その際には、通所リハビリテーション計画にその時間、実施頻度、実施方法を定めたうえで実施するものであること。
- ④ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)における通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、認知症を有する利用者の生活環境に対応したサービス提供ができる体制を整える必要があることから、利用者の生活環境をあらかじめ把握するため、当該利用者の居宅を訪問すること。
- ⑤ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)における通所リハビリテーション計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。
- ⑥ 本加算の対象となる利用者は、MMSE (Mini Mental State Examination) 又はHDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) においておおむね5点～25点に相当する者とするものであること。
- ⑦ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえたリハビリテーションを実施するよう留意すること。
- ⑧ 本加算は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)についてはその退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)についてはその退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合に算定できることとしているが、当該利用者が過去3月の間に本加算を算定した場合には算定できないこととする。

19 生活行為向上リハビリテーション実施加算

<通所リハ：1250単位>

<予防通所リハ：562単位>

- (1) 生活行為向上リハビリテーションは、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、**生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6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書にあらかじめ定めた上で、計画的に実施するものであること。**

生活行為とは 個人の活動として行う起居、歩行、排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為

- (2) 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書の作成や、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は、厚生労働大臣が定める基準第28号イ(第106の6号イ)によって配置された作業療法士等が行うことに留意すること。
- (3) (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、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説明した上で、当該計画の同意を得るよう留意すること。
- (4) 本加算は、**リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提**となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえ、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等を可能とすることを見据えた目標や実施内容を設定すること。
- (5) 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。
- (6) 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、**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ので留意すること。**
- (7) **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と併算できない。【通所リハのみ該当】**
- (8) 本加算を算定するためには、事前に県へ体制の届出が必要である。

生活行為リハビリテーションの算定要件とされる「生活行為の内容の充実を図るための研修」とは

生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定要件とされる研修については、原則として「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(平成27年4月1日)」の問105で国が例示した研修に限るものとする。事業者が加算の算定を行おうとする場合は、「体制等に関する届出書」に、上記の研修に係る「研修修了書の写し」を添付することとし、この添付書類がない

場合は、算定要件を確認できないことから、原則として本件加算の算定を認めない。

生活行為向上リハビリテーションの算定要件に該当する研修の例【介護報酬に関するQ&A問105（抜粋）】

- ①生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識や経験
 - ・日本作業療法士協会が実施する生活行為向上マネジメント研修
- ②生活行為の内容の充実を図るための研修
 - ・全国デイケア協会、全国老人保健施設協会、日本慢性期医療協会、日本リハビリテーション病院・施設協会が実施する「生活行為向上リハビリテーションに関する研修会」

◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

＜通所リハ＞

11 別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合は、生活行為向上リハビリテーション実施加算として、リハビリテーション実施計画に基づく指定通所リハビリテーション利用を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき1,250単位を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合においては、算定しない。

＜予防通所リハ＞

4 別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合は、生活行為向上リハビリテーション実施加算として、リハビリテーション実施計画に基づく指定介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り1月につき562単位を所定単位数に加算する。

通所リハビリテーション費にける生活行為向上リハビリテーション実施加算の基準

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- イ 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること。
- ロ 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。
- ハ 当該計画で定めた指定通所リハビリテーションの実施期間中に指定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。
- ニ 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（A）イ又はロ若しくは（B）イ又はロまでのいずれかを算定していること。
- ホ 通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が当該利用者の居宅を訪問し、生活行為に関する評価をおおむね1月に一回以上実施すること。

指定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に係る施設基準

リハビリテーションを行うに当たり、利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。

生活行為向上リハビリテーション実施加算について〔老企第36号／第2の8の（1413）〕〔第2の6（2）〕

- ① 生活行為向上リハビリテーション実施加算の「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。
- ② 生活行為向上リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーション（以下「生活行為向上リハビリテーション」という。）は、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間の生活行為向上リハビリテーションの内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的に実施するものであること。
- ③ 生活行為向上リハビリテーションを提供するための生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成や、リハビリテーション会議における当該リハビリテーションの目標の達成状況の報告については、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。
- ④ 生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成に当たっては、本加算の趣旨及び注12の減算について説明した上で、当該計画の同意を得よう留意すること。
- ⑤ 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏

まえ、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等を可能とすることを見据えた目標や実施内容を設定すること。

- 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。
- 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。
- ⑦ 生活行為向上リハビリテーション実施計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。

20 若年性認知症利用者受入加算

<通所リハ：60単位>

<予防通所リハ：240単位>

- (1) 受け入れた若年性認知症利用者ごとに**個別の担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。**
- (2) **若年性認知症利用者とは、[通所リハ：初老期における認知症によって要介護者となった者、予防通所リハ：介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条第6号に規定する初老期における認知症によって要支援者となった者]で、65歳の誕生日の前々日までが同加算の算定対象である。**
- (3) **本加算を算定するためには、事前に県へ体制の届出が必要である。**

21 栄養アセスメント加算

<通所リハ・介護予防通所リハ共通：50単位/月>★LIFE関連

◇ポイント◇

・以下の要件を満たしていることが必要。

- ①当該事業所の従業者として又は外部との連携（※1）により管理栄養士を1名以上配置していること
- ②利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（15及び16において「管理栄養士等」という。）が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。
- 栄養アセスメントについては、3月に1回以上、イ～ニまでに掲げる手順により行うこと。
- イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。
- ロ 管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題の把握を行うこと。
- ハ イ及びロの結果を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。
- ニ 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、介護支援専門員と情報共有を行い、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。
- ③利用者ごとの栄養状態等の情報を、LIFEを用いて厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
- ④定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

※原則として、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、栄養アセスメント加算は算定しないが、栄養アセスメント加算に基づく栄養アセスメントの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養アセスメント加算の算定月でも栄養改善加算を算定可能。

（※1）外部との連携とは、他の介護事業所（栄養アセスメント加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。）又は、公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携により管理栄養士を1名以上配置すること。

22 栄養改善加算

<通所リハ：200単位/回、3月以内、1月2回限度>

<予防通所リハ：200単位/月>

◇ポイント◇

- ・管理栄養士は、通所介護事業者により雇用された管理栄養士（労働者派遣法に基づく紹介予定により派遣された管理栄養士を含む。）又は外部（他の介護事業所（栄養アセスメント加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。）又は、公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」）との連携による管理栄養士を1名以上配置していること。
- ・管理栄養士は介護保険施設の管理栄養士と兼務が可能。（介護保険施設及び通所介護のいずれのサービス提供にも支障がない場合に限り）

- ・利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
- ・利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。
- ・利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。
- ・定員超過又は人員欠如減算の期間は算定できない。

※事務処理手順及び様式例：介護報酬の解釈緑本P987～1058

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」参照

23 口腔・栄養スクリーニング加算

<通りハ・予防通りハ共通：加算Ⅰ：20単位／回 加算Ⅱ：5単位／回>

◇ポイント◇

- ・定員超過又は人員欠如減算の期間は算定できない。
- ・利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、口腔・栄養スクリーニング加算として算定する。

【加算Ⅰ】

- ・利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供すること。
- ・利用開始時及び利用中6月ごとに当該利用者の栄養状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供すること。
- ・算定日が属する月が、次のいずれにも該当しないこと。

(1) 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。

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

- ・当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合は算定できない。

【加算Ⅱ】

- ・次の(1)、(2)のいずれかに適合すること

(1) 次のいずれにも適合すること

- ・利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供すること。

- ・算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。

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

(2) 次のいずれかに適合すること

- ・利用開始時及び利用中6月ごとに当該利用者の栄養状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供すること。

- ・算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。

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

※体制の届け出は必要ない。(取組を評価)

24 口腔機能向上加算

<通りハ・予防通りハ共通：加算Ⅰ：150単位／回 加算Ⅱ：160単位／回>★LIFE関連

◇ポイント◇

【加算Ⅰ】

- ・言語聴覚士、歯科衛生士、又は看護職員を1名以上配置していること。
- ・利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。
また、口腔機能改善管理指導計画を作成する際、必要に応じて主治の医師又は歯科医師の指示や指導を受けること。
- ・利用者の口腔の状態によっては、医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じること。

- ・歯科医療を受診していて次のイ又はロに該当する場合は加算算定不可
 - イ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合
 - ロ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合
 - ・定員超過利用・人員基準欠如に該当しない場合
- 【加算Ⅱ】
- ・口腔機能向上加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合すること。
 - ・利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を、L I F Eを用いて厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

※事務処理手順及び様式例：介護報酬の解釈録本P890～950

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」参照

25 重度療養管理加算（居宅サービスのみ） 100単位/日

- （１）算定する場合は、当該利用者が、要介護３、要介護４又は要介護５に該当する者であって「厚生労働大臣が定める状態」に該当するかどうか確認すること。
- （２）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。

厚生労働大臣が定める状態	留意事項通知で規定されている具体的な状態	
イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態	当該月において１日当たり８回（夜間を含め約３時間に１回程度）以上実施している日が２０日を超える場合をいうものであること。	
ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態	当該月において１週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っている場合をいう。	
ハ 中心静脈注射を実施している状態	中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者である場合をいう。	
ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態	人工腎臓を各週２日以上実施しているものであり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症をもつものである場合をいう。 A 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病 B 常時低血圧（収縮期血圧が９０mmHg以下） C 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの D 出血性消化器病変を有するもの E 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの F うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）のもの	
ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態	持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧９０mmHg以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度９０％以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っている場合をいう。	
ヘ 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第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	当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合をいう。	
ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態	経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合をいう。	
チ 褥瘡に対する治療を実施している状態	以下の分類で第3度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。 第1度：皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない） 第2度：皮膚層の部分的喪失（びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの） 第3度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば及んでいないこともある 第4度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している	
リ 気管切開が行われている状態	気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った場合をいう。	

留意事項通知に規定されている状態に該当しない場合は算定不可。

- （３）請求明細書の摘要欄に該当する状態（94号告示第18号のイからリまで）を記載すること。

- 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。
- (4) 計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、通所リハビリテーションを行う必要がある。
- (5) 計画的な医学的管理の内容等を診療録に記載しておくこと。
- (6) 本加算は、所要時間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している場合は、算定しない。

26 中重度者ケア体制加算（居宅サービスのみ） 20単位/日

- (1) 中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、指定通所リハビリテーションを行った場合に算定できる。
- (2) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
- イ 指定通所リハビリテーション事業所の看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保していること。
 - ロ 前年度（4月から2月）又は算定日が属する月の前3月間（前年度の実績が6月に満たない事業所の場合）の指定通所リハビリテーション事業所の利用者数の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上であること。
 - ハ 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上配置していること。
- (3) 本加算を算定するためには、事前に県へ体制の届出が必要である。
- ◆基準告示・算定要件・留意事項通知等

16 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、中重度者ケア体制加算として、1日につき20単位を所定単位数に加算する。

通所リハビリテーション費における中重度者ケア体制加算の基準

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- イ 指定通所リハビリテーション事業所の看護職員又は介護職員の員数（指定居宅サービス等基準第111条第1項第2号イ又は同条第2項第1号に規定する要件を満たす員数をいう。）に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法（指定居宅サービス等基準第2条第7号に規定する常勤換算方法をいう。）で1以上確保していること。
- ロ 前年度又は算定日が属する月の前3月間の指定通所リハビリテーション事業所の利用者数の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上であること。
- ハ 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上配置していること。

中重度者ケア体制加算について〔老企第36号/第2の8の(18)→7「通所介護」の(8)〕

- ① 中重度者ケア体制加算は、暦月ごとに、指定居宅サービス等基準第93条第1項に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保する必要がある。このため、常勤換算方法による職員数の算定方法は、暦月ごとの看護職員又は介護職員の勤務延時間数を、当該事業所において常勤の職員が勤務すべき時間数で除することによって算定し、暦月において常勤換算方法で1以上確保していれば加算の要件を満たすこととする。なお、常勤換算方法を計算する際の勤務延時間数については、サービス提供時間前後の延長加算を算定する際に配置する看護職員又は介護職員の勤務時間数は含めないこととし、常勤換算方法による員数については、小数点第2位以下を切り捨てるものとする。
- ② 要介護3、要介護4又は要介護5である者の割合については、前年度（3月を除く。）又は届出日の属する月の前3月の1月当たりの実績の平均について、利用実人員数又は利用延人員数を用いて算定するものとし、要支援者に関しては人員数には含めない。
- ③ 利用実人員数又は利用延人員数の割合の計算方法は、次の取扱いによるものとする。
 - イ 前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、前年度の実績による加算の届出はできないものとする。
 - ロ 前3月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近3月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。また、その割合については、毎月ごとに記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに第一の5の届出を提出しなければならない。
- ④ 看護職員は、指定通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置する必要がある、他の職務との兼務は認められない。
- ⑤ 中重度者ケア体制加算については、事業所を利用する利用者全員に算定することができる。また、注9の認知症加算の算定要件も満たす場合は、中重度者ケア体制加算の算定とともに認知症加算も算定できる。
- ⑥ 中重度者ケア体制加算を算定している事業所にあつては、中重度の要介護者であっても社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するリハビリテーションを計画的に実施するプログラムを作成することとする。

27 科学的介護推進体制加算

＜通りハ・予防通りハ共通：40単位/月★LIFE関連＞

◇ポイント◇

- ・科学的介護推進体制加算は、原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに次に掲げる要件を満たした場合に算定できる。

イ 利用者ごとのADL値（ADLの評価に基づき測定した値をいう。以下同じ。）、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること。

ロ 必要に応じて通所介護計画を見直すなど、指定通所介護の提供に当たって、イに規定する情報その他指定通所介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

・情報の提出については、LIFEを用いて行うこと。LIFEへの情報提出頻度については以下のとおり。

- (1) 本加算の算定を開始しようとする月においてサービスを利用している利用者については、当該算定を開始しようとする月。
- (2) 本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降にサービスの利用を開始した利用者については、当該サービスの利用を開始した日の属する月。
- (3) (1) 又は (2) の月のほか、少なくとも3月ごと。
- (4) サービスの利用を終了する日の属する月。

※サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）の一連のサイクル（PDCAサイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならないことに留意すること。

28 同一の建物に居住する利用者等に対する減算

事業所と同一建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者に、指定通所リハビリテーションを行った場合は、1日につき94単位を所定単位数から減算する。介護予防通所リハビリテーションの場合は1月につき要支援1の場合は376単位、要支援2の場合は752単位を減算する。

同一の建物とは

「同一建物」とは、当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の1階部分に指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当する。同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。

この場合の「同一建物」は 当該建築物の管理、運営法人が当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者と異なる場合であっても該当するものである。

29 事業者が送迎を行わない場合の減算（居宅サービスのみ）

- (1) 利用者に対して、その居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算する。

送迎を実施していない場合とは

利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合

- (2) 事業所が送迎を実施しない場合、通所リハビリテーション計画上、送迎が往復か片道かを位置付けた上で減算する。

◆留意事項通知等

送迎を行わない場合の減算について [老企第36号/第2の8の(20)]

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（同一の建物に居住する利用者等の減算）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。

30 移行支援加算（居宅サービスのみ） 12単位/日

- (1) 通所リハビリテーションの利用によりADL・IADLが向上し、指定通所介護等への移行等を支援した場合を評価。

指定通所介護等への移行等とは 指定通所介護、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型通所介護、第1号通所事業その他社会参加に資する取組を実施

- (2) 利用者の社会参加等を支援した場合、評価対象期間（当該加算を算定する年度の前年の1月から12月までの期間）の評価が要件を満たす場合、次の年度内に限り、1日につき所定単位数を加算する。
- (3) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

① 指定通所介護等への移行状況

$$\frac{\text{指定通所介護事業所等を実施した実人数}}{\text{評価対象期間中にサービスの提供を終了した実人数}} > 3\%$$

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、当該通所リハビリテーション終了者の指定通所介護等の実施状況を確認し、記録していること。実施状況の確認は事業所の作業療法士、理学療法士、言語聴覚士がリハビリテーション終了時と比較してADL及びIADLが維持または間然していることを確認すること。なお、電話等での実施を含め確認の手法は問わないこと。

② 通所リハビリテーションの利用の回転

$$\frac{12}{\text{平均利用延月数}} \geq 27\%$$

$$\text{※平均利用延月数の考え方} = \frac{\text{評価対象期間の利用延月数}}{\text{評価対象期間の（新規開始者数＋新規終了者数）} \div 2}$$

- (4) 医療機関への入院や介護保険施設への入所、指定訪問リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護、介護予防・日常生活支援総合事業における訪問サービス事業等は、「その他の社会参加に資する取組」には含まれず、算定対象とならない。
- (5) 通所リハビリテーション終了者が指定通所介護等へ移行するに当たり、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供すること。
- (6) 本加算を算定するためには、事前に**県へ体制の届出が必要**である。

【厚労省Q&A】R3介護報酬改定Q&A Vol.2問21

Q：移行支援加算における就労については、利用者が障害福祉サービスにおける就労移行支援、就労継続支援（A型、B型）の利用に至った場合を含めてよいか？

A：よい。

(R6.6改正)

31 一体的サービス提供加算（介護予防サービスののみ） 480単位/月

次の要件を全て満たすこと。

- (1) 栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること。
- (2) 利用者が介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設けていること。
- (3) 栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していないこと。

32 サービス提供体制強化加算

(1) 次の要件を満たす必要がある。

イ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)：次のいずれにも適合すること。

1) 次のいずれかに適合すること

- ① 介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の70以上であること。
- ② 介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。

2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

ロ サービス提供体制強化加算(Ⅱ)：次のいずれにも適合すること。

- 1) 介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の50以上であること。
- 2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

ハ サービス提供体制強化加算(Ⅲ)：次のいずれにも適合すること。

1) 次のいずれかに適合すること

- ① 介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の40以上であること。
- ② リハビリテーションを利用者に直接提供する職員（理学療法士等、看護職員又は介護職員、1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーションを算定する場合であって、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師がリハビリテーションを提供する場合にあつては、これらの職

員も含む。)の総数のうち、勤続年数が3年以上の者の割合が100分の30以上であること。

2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く)の平均を用いることとする。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。

勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。なお、1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーションを算定する場合であって、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師がリハビリテーションを提供する場合にあっては、これらの職員も含むものとする。

(2) 本加算を算定している事業所においては、職員の割合について、前年度(3月を除く)の平均を計算し、計算結果が加算の要件を満たしていることを確認すること。

要件を満たさなくなった場合には、体制の変更(終了)を届け出ること。

(3) 届出日の属する月の前3月の平均で当該加算の届出を行った場合は、届出を行った月以降においても直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。

なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに体制の届出を提出しなければならない。

(4) 通所リハビリテーションは、区分支給限度額が適用されるサービスであるが、本加算は、「区分支給限度額」に含まれない費用である。

(5) 本加算を算定するためには、事前に県へ体制の届出が必要である。

※重要

3月には必ず4月から2月までの利用者数を計算し、翌年度の事業所規模を確認し、必要により体制届を提出してください。

33 退院時共同指導加算

1回につき600単位

○算定要件

次の基準に適合していること。

・病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導※を行った後に、当該者に対する初回の通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算する。

※利用者又はその家族に対して、病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者と利用者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅でのリハビリテーション計画に反映させることをいう。

各 指 定 通 所 介 護 事 業 所 管 理 者
様
各指定通所リハビリテーション事業所 管理者

岡山県子ども・福祉部指導監査課

令和7年度の報酬算定に係る事業所規模による区分の確認及び届出について

指定通所介護事業所及び指定通所リハビリテーション事業所の介護報酬算定に当たっては、前年度の1月当たりの平均利用延人員数による事業所規模の区分ごとに請求することとなっています。

各事業所においては、令和7年度の介護報酬算定に当たり、通所介護については「事業所規模に係る届出書（通所介護）（別紙 3-1）」、通所リハビリテーションについては「事業所規模に係る届出書（通所リハビリテーション）（別紙 3-2）」等により、平均利用延人員数に基づく事業所規模の区分を確認してください。

また、確認後の取扱いは、次のとおりとします。

記

1 既に届出を行っている事業所規模の区分に変更がある場合

(1) 提出書類

- 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」
 - 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」
 - 通所介護 「事業所規模に係る届出書（通所介護）（別紙 3-1）」
 - 通所リハビリテーション 「事業所規模に係る届出書（通所リハビリテーション）（別紙 3-2）」
- ※大規模型のうち条件を満たし、通常規模型と同等の評価を行う場合は「大規模型事業所（特例）計算シート」を作成してください。添付は不要です。

(2) 提出期限

令和7年3月15日

(3) 提出方法

原則として電子申請届出システムにより行ってください。

電子申請届出システムが利用できない場合は、事業所の所在地を所管する県民局の健康福祉課事業者（第一）班へ提出してください。

2 既に届出を行っている事業所規模の区分に変更がない場合

県への書類の提出等は必要ありません。

ただし、作成した「事業所規模に係る届出書（通所介護）（別紙 3-1）」又は「事業所規模に係る届出書（通所リハビリテーション）（別紙 3-2）」及び「大規模型事業所（特例）計算シート」は、介護報酬算定の挙証資料として、各事業所において5年間保管してください。

事業所規模に係る図書出版（通所リハビリテーション）

(別紙 3-2)

- 1 適用年度の前年度（例えば、令和7年度の事業所規模の区分適用であれば令和6年度）の実績（前年度の4月から翌年2月まで）が6月以上有り、かつ、年度が変
わる際に事業所の定員を概ね25%以上変更しない事業者

■事業所規模による区分については、前年度（3月を除く。）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する。

■平均利用延人員数の計算に当たっては、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が併せて受けている場合は、当該指定介護予防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。

■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の利用時間が2時間未満の利用者については、利用者数に4分の1を乗じて得た数とし、利用時間が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を乗じて得た数とする。

ただし、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えない。（この場合は、「6時間以上8時間未満」の欄に記載）

区分	所要時間	令和6年							令和7年			所要時間毎の乗数		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月		2月	3月
通所リハ	1時間以上2時間未満													× 1/4
	2時間以上3時間未満													× 1/2
	3時間以上4時間未満													× 1/2
	4時間以上5時間未満													× 3/4
	5時間以上6時間未満													× 3/4
	6時間以上8時間未満													
介護予防通所リハ	2時間未満													× 1/4
	2時間以上4時間未満													× 1/2
	4時間以上6時間未満													× 3/4
	6時間以上8時間未満													
利用延人数														↓通年営業は11
正月等特別な期間を除き毎日事業を実施した月は「1」を入力（A）														実績月数（B）
最終人数														合計人数

■利用者数は各月（暦月）ごとに算出し、その合計を合算します。 ■各月ごとに利用延人員数を所要時間毎に各欄に入力してください。

■手書き（手計算）の場合は、各欄に記入後、各月ごとに利用延人数を算出し結果を記入してください。

■（A）欄は、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月は「1」を入力してください。

■利用者数は各月（歴月）ごとに算出し、その合計を合算します。■各月ごとに利用延人員数を所要時間毎に各欄に入力してください。

■手書き（手計算）の場合は、各欄に記入後、各月ごとに利用延人数を算出し結果を記入してください。

■ (A) 欄は、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月は「1」を入力してください。

手書き（手計算）の場合は、当該月の利用延人数に6／7を乗じた人数（小数点第3位を四捨五入）を最終人数欄に記入してください。

■(B)欄は、通所サービス費を算定した月数を入力してください。通年営業した場合、3月は除かれます。

- 2 適用年度の前年度（例えば、令和7年度の事業所規模の区分適用であれば令和6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、適用年度の前年度の4月から翌年2月まで）が6月以上有り、年度が変わる際に事業所の定員を概ね25%以上変更して事業を実施しようとする事業者

運営規程に掲げる定員		予定される1月当たりの営業日数	(D)			(D) ,
		$\times 90\% \times$				※毎日営業の場合は、 $(D) \times 6 / 7$
			=			

正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施している事業者にとっては、(D)欄に(D)に6/7を乗じた数を記入してください。

判定欄	(C) 又は (D) (毎日営業する場合は (D) ') ≥ 750	$\Rightarrow$	通常規模の事業所
$750 < (C) \text{ 又は } (D) \text{ (毎日営業する場合は (D) ')}$	$\Rightarrow$	大規模の事業所	
大規模型のうち条件を満たし、通常規模型と同等の評価を行う場合【＜参考＞大規模型事業所 (特例) 計算シート】		大規模の事業所 (特例)	

※このシートは事業所の参考のため作成されたものであり、提出の義務はありません。

入力項目

- (1) 太枠の中に前年の月毎延べ利用者数を入力してください。 人
- (2) 太枠の中に月当たりの利用者数と、加算を算定する利用者数を入力してください。
月当たりの全利用者数（要介護のみ） 人
リハ加算を算定する利用者数 人
- (3) 太枠の中に、利用時間毎の月延べ利用者数を入力してください。

	人
1～2 時間利用	
2～3 時間利用	
3～4 時間利用	
4～5 時間利用	
5～6 時間利用	
6～7 時間利用	
7～8 時間利用	
- (4) 太枠の中に、1日あたりの勤務時間、勤務日、該当する人数を入力してください。

勤務時間/日	勤務日/月	該当する人数
時間/日	日	人
時間/日	日	人
時間/日	日	人
時間/日	日	人
時間/日	日	人

所定労働時間のうち、通所リハビリテーション
の業務に従事している時間

結果

■基本となる事業所規模
750人以内（通常規模型）

■大規模型事業所（特例）の要件
①リハビリテーションマネジメント加算の算定率80%以上
算定率 #DIV/0!
(あと #DIV/0! 名の算定が必要です)

②リハビリテーション専門職の配置が10:1以上
配置 #DIV/0! :1配置
(あと #DIV/0! 人時/月の配置が必要です)

・利用時間×利用人数の合計 0 (人時/月)

・リハ専門職の勤務時間の合計 0 (人時/月)

あなたの事業所は #DIV/0!
が算定可能です

特別地域加算及び中山間地域等小規模事業所加算対象地域一覧

(令和7年1月20日現在)

市町村名	「通常の事業の実施地域」を越えて「中山間地域等」に居住する者へのサービス提供を行った場合の加算対象地域(5%:注1)						
	特別地域加算対象地域(15%:注1)			「中山間地域等」に所在する小規模事業所加算対象地域(10%:注1) (※)ただし、岡山市及び特別地域加算対象地域を除く地域			
	離島振興対策 実施地域	振興山村 (注2)	厚生労働大臣が 別に定める地域	豪雪地帯	特定農山村地域 (旧市町村名)	過疎地域	辺地 (注3)
岡山市	犬島	旧宇甘東村(下田・高津・宇甘・中泉) 旧宇甘西村(勝尾・紙工・虎倉) 旧竹枝村(大田・吉田・土師方・小倉) 旧上建部村(建部上・宮地・富沢・田地子・品田)	—	—	旧御津町 旧建部村 旧上建部村 旧鶴田村	—	あり
玉野市	石島	—	—	—	—	—	あり
備前市	大多府島 鴻島	旧神根村(今崎・神根本・高田・和意谷) 旧三国村(加賀美・多麻・都留岐・笹目)	—	—	全域	全域	あり
瀬戸内市	前島	—	—	—	旧牛窓町	旧牛窓町	—
赤磐市	—	旧熊山村2-2(勢力・千鉢・奥吉原) 旧山方村(是里・滝山・黒本・黒沢・中山) 旧佐伯北村(稲蒔・光木・石・八島田・暮田) 旧布都美村2-2(合田・中畑・石上・小鎌・西勢実・広戸)	—	—	旧笹岡村 旧熊山村 旧山方村 旧佐伯北村	旧赤坂町 旧吉井町	あり
和気町	—	旧佐伯村(津瀬・米沢・佐伯・父井原・矢田部・宇生・田賀・小坂・加三方) 旧日笠村(保曾・日笠上・日笠下・木倉)	—	—	旧佐伯村 旧和気町	全域	あり
吉備中央町	—	旧津賀村(広面・上加茂・下加茂・美原・加茂市場・高谷・平岡・上野・竹部) 旧円城村(上田東・細田・三納谷・上田西・円城・桑田・高富・神瀬・小森) 旧新山村(尾原・笹目・福沢・溝部)	—	—	旧津賀村 旧円城村 旧新山村 旧江与味村 旧豊野村 旧下竹荘村	全域	あり
倉敷市	松島 六口島	—	—	—	—	—	—
笠岡市	高島 白石島 北木島 真鍋島 小飛島 大飛島 六島	—	—	—	旧神島内村 旧北木島村 旧真鍋島村	—	あり
井原市	—	旧宇戸村(宇戸谷・上高末・鳥頭・宇戸)	—	—	旧井原市 旧宇戸村 旧芳井町	全域	あり
総社市	—	旧下倉村(下倉) 旧富山村(宇山・種井・延原・橋)	—	—	旧池田村 旧日美村 旧下倉村 旧富山村	—	あり
高梁市	—	旧中井村(西方・津々) 旧玉川村(下切・玉・増原) 旧宇治村(穴田・宇治・遠原・本郷) 旧高倉村(飯部・大瀬八長・田井) 旧上有漢村(上有漢) 旧吹屋町(吹屋・中野・坂本) 旧中村(布寄・羽根・長地・相坂・小泉) 旧大賀村(仁賀・上大竹・下大竹) 旧高山村(高山・高山市・大原) 旧平川村(平川) 旧湯野村(西山・東油野・西油野)	川上町地頭 川上町七地 川上町三沢 川上町領家 川上町吉木 川上町臘数 備中町志藤用瀬 備中町布瀬 備中町長屋 備中町布賀	—	全域	全域	あり
新見市	—	旧豊永村(豊永赤馬・豊永宇山・豊永佐伏) 旧熊谷村(上熊谷・下熊谷) 旧菅生村(菅生) 旧千屋村(千屋・千屋実・千屋井原・千屋花見) 旧上刑部村(上刑部・大井野) 旧丹治部村(田治部・布瀬) 旧神代村 旧新郷村 旧本郷村 旧万歳村 旧新砥村 旧矢神村 旧野馳村	—	旧新見市 旧大佐町 旧神郷町	全域	全域	あり

市町村名	「通常の事業の実施地域」を越えて「中山間地域等」に居住する者へのサービス提供を行った場合の加算対象地域(5%:注1)						
	特別地域加算対象地域(15%:注1)			「中山間地域等」に所在する小規模事業所加算対象地域(10%:注1) (※)ただし、岡山市及び特別地域加算対象地域を除く地域			
	離島振興対策 実施地域	振興山村 (注2)	厚生労働大臣が 別に定める地域	豪雪地帯	特定農山村地域 (旧市町村名)	過疎地域	辺地 (注3)
浅口市	—	—	—	—	旧寄島町	旧寄島町	—
早島町	—	—	—	—	—	—	—
里庄町	—	—	—	—	—	—	—
矢掛町	—	旧美川村(上高末・下高末・宇角・内田)	—	—	旧美川村	全域	あり
津山市	—	旧上加茂村 旧加茂町 旧阿波村 旧広戸村(奥津川・川東・市場・案内・羽賀・大吉・西村・日本原・大岩) ※旧新野村の日本原は該当しません。	—	旧津山市 旧勝北町 旧加茂町 旧阿波村	旧一宮村 旧高田村 旧加茂町 旧阿波村 旧広戸村 旧新野村 旧大井西村	旧加茂町 旧阿波村 旧勝北町 旧久米町	あり
真庭市	—	旧富原村(若代・下岩・清谷・曲り・古呂々尾中・若代畝・高田山上・月田本・岩井谷・岩井畝・上・野・後谷) 旧津田村(野原・舞高・旦土・吉・田原山上・上山) 旧湯原町(禾津・釘貫小川・下湯原・田羽根・都喜足・豊栄・仲間・久見・本庄・見明戸・三世七原・社・湯原温泉) 旧二川村(栗谷・黒杭・種・小童谷・藤森) 旧美和村(余野上・余野下・樫西・樫東・目木・三崎・中原・台金屋) 旧美甘村(鉄山・黒田・田口・延風・美甘) 旧中和村(下和・初和・別所・真加子・吉田)	—	旧湯原町 旧美甘村 旧川上村 旧八束村 旧中和村	旧北房町 旧勝山町 旧津田村 旧美川村 旧河内村 旧湯原町 旧久世町 旧美甘村 旧川上村 旧中和村	全域	あり
美作市	—	旧梶並村(右手・真殿・梶並・楮・東谷上・東谷下) 旧栗広村2-1(長谷内・馬形・宗掛) 旧大野村(川上・滝・野形・桂坪・笹岡) 旧東栗倉村(後山・太田・川東・中谷・野原・東青野・東吉田) 旧豊田村(北原・友野・山口・山外野・大原・猪臥・海内・平田) 旧巨勢村2-1(巨勢・海田) 旧福山村(万善・国貞・鈴家・田淵・柿ヶ原) 旧巨勢村2-2(尾谷) 旧河会村(上山・中川・横尾・北・南・滝ノ宮)	—	旧勝田町 旧大原町 旧東栗倉村	旧勝田町 旧大原町 旧東栗倉村 旧豊田村 旧巨勢村 旧作東町 旧英田町	全域	あり
新庄村	—	全域	—	全域	全域	全域	あり
鏡野町	—	旧富村(大・楠・富仲間・富西谷・富東谷) 旧久田村(久田上原・久田下原・黒木・河内・土生) 旧泉村(井坂・女原・至孝農・杉・西屋・箱・養野) 旧羽出村(羽出・羽出西谷) 旧奥津村(奥津・奥津川西・下齋原・長藤) 旧上齋原村 旧中谷村(入・山城・中谷)	—	旧奥津町 旧富村 旧上齋原村	全域	全域	あり
勝央町	—	—	—	—	—	—	あり
奈義町	—	旧豊並村(馬桑・関本・小坂・高円・皆木・西原・行方)	—	全域	旧豊並村	全域	あり
西栗倉村	—	全域	—	全域	全域	全域	あり
久米南町	—	旧弓削町(下弓削・西山寺・松・上弓削・塩之内・羽出木・全間・仏教寺・下二ヶ・上二ヶ・泰山寺)	—	—	旧弓削町 旧竜山村	全域	あり
美咲町	—	旧倭文西村(北・南・里・中) 旧江与味村2-2(江与味) 旧西川村(西併和・西川・西川上)	上口 小山 栃原 中併和 東併和 西	—	旧大併和村 旧旭町 旧吉岡村 旧南和氣村	全域	あり

注1:福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与を除く。

注2:振興山村、豪雪、特定農山村、過疎は平成合併前の旧市町村名で指定されています。

注3:辺地については、別表(辺地地域一覧表)により御確認ください。

注4:加算対象地域であるか、地名のみでは判断できない指定地域があります。具体的な対象地域については、各市町村にお問い合わせください。

○辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律
(昭和37年法律第88号) 第2条第1項に規定する辺地

辺地地域一覧

(R7.1.20現在)

市町村名	辺地名								合計 199辺地
岡山市	山上・石妻	杉谷	畑鮎	金山寺	北野	勝尾・小田	東本宮		
津山市	加茂町物見	加茂町河井・加茂町山下	加茂町黒木	阿波	奥津川	新野山形	西上	八社	
玉野市	石島								
笠岡市	高島	白石島	北木島	真鍋島	飛島				
井原市	野上南部	池井	西星田	黒木	宇頭				
総社市	延原・宇山								
高梁市	山際	柴倉	上野	追田	野呂	遠原	秋ヶ迫	檜井	
	丸岩	陣山	西野呂	割出	中野	坂本	吹屋	小泉	
	長地	上大竹	高山	布賀	平川	湯野	西山		
新見市	花見	井原	千屋	菅生	足見	土橋	赤馬	宇山	
	松仁子	法曾	大井野	上油野	三室	高瀬	三坂	青木	
	田淵	大野	荻尾	久保井野	高野川東	上刑部			
備前市	大多府	加賀美	都留岐						
赤磐市	是里東	是里西	是里中	滝山	中山・戸津野	八島田・暮田	石・平山	合田・中畑	
	小鎌・石上	中勢実・西勢実							
美作市	右手	真殿	梶並	東谷下	東谷上	宗掛	江ノ原	西町	
	滝	野形	川上	桂坪	田井	後山	中谷	東青野	
	山外野	海田	日指	角南	白水	万善	国貞	田渕	
	柿ヶ原	梶原	小房	小野	鷺巣	栗井中	宮原	上山	
	中川	北							
真庭市	清谷	曲り・古呂々尾中	後谷	上・岩井畝	高田山上・野・若代畝	見尾・真賀	神代	吉	
	田原山上・上山	別所・佐引	関上	日野上	杉山・日の嶋	藤森	栗谷	立石	
	三野瀬	種	福井	見明戸	鉄山	阿口	樽見	井殿	
和気町	大成	大杉・加賀知田	上田土	南山方・丸山	奥塩田	北山方	塩田	室原	
	岸野	日笠上	日笠下	木倉	田原上	田原下	本	清水	
矢掛町	宇内								
新庄村	堂ヶ原								
鏡野町	近衛	香北	羽出	奥津	上齋原	富			
勝央町	上香山								
奈義町	皆木								
西栗倉村	大茅	坂根	塩谷						
久米南町	羽出木	全間	龍山	山手					
美咲町	長万寺	金堀	大坪和西	和田北	大坪和東	北	里	中	
	西川上	坪和	小山	大山	高城	定宗本山	上間		
吉備中央町	広面	加茂山	津賀西	三納谷	高富	笹目・千守	納地	黒山	

[参考]

関係窓口（申請書・届出書等提出先）一覧

令和6年4月1日現在

申請書類等は、事業所の所在地を所管する県民局の健康福祉課へ提出してください。
岡山市、倉敷市、新見市に所在する事業所は、所在地の市役所担当課へ提出してください。

担当課		所在地	電話番号 F A X 番号	管轄する市町村等
岡山県	備前県民局 健康福祉部健康福祉課 事業者第1班	〒703-8278 岡山市中区古京町1-1-17	電話 086-272-3915 F A X 086-272-2660	玉野市、備前市 瀬戸内市、赤磐市 和気町、吉備中央町
	備中県民局 健康福祉部健康福祉課 事業者第1班	〒710-8530 倉敷市羽島1083	電話 086-434-7054 F A X 086-427-5304	笠岡市、井原市 総社市、高梁市 浅口市、早島町 里庄町、矢掛町
	美作県民局 健康福祉部健康福祉課 事業者班	〒708-0051 津山市椿高下114	電話 0868-23-1291 F A X 0868-23-2346	津山市、真庭市 美作市、新庄村 鏡野町、勝央町 奈義町、西粟倉村 久米南町、美咲町
岡山市保健福祉局 事業者指導課通所事業者係		〒700-0913 岡山市北区大供3-1-8 K S B 会館4階	電話 086-212-1013 F A X 086-221-3010	岡山市 (みなし指定を受けている事業所を含む)
倉敷市保健福祉局 指導監査課		〒710-8565 倉敷市西中新田640	電話 086-426-3297 F A X 086-421-3921	倉敷市 (みなし指定を受けている事業所を含む)
新見市福祉部 福祉課 施設指導係		〒718-8501 新見市新見310-3	電話 0867-72-6125 F A X 0867-72-1407	新見市 (みなし指定を受けている事業所を含む)