

平成30年度

通所リハビリテーション

訪問リハビリテーション

居宅療養管理指導

集 団 指 導 資 料

香川県健康福祉部 長寿社会対策課

高松市健康福祉局長寿福祉部 介護保険課

平成31年3月26日

I 通所リハビリテーション

(1) 平成31年度介護報酬改定について

○基本報酬の見直し案（平成31年10月施行分）

- ・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2月10日厚生労働省告示第19号）

別表 指定居宅サービス介護給付費単位数表

7 通所リハビリテーション費

例：イ 通常規模型リハビリテーション

	改正後	改正前
(1) 所要時間1時間以上2時間未満の場合		
(一) 要介護1	331単位	329単位
(二) 要介護2	360単位	358単位
(三) 要介護3	390単位	388単位
(四) 要介護4	419単位	417単位
(五) 要介護5	450単位	448単位
(2) 所要時間2時間以上3時間未満の場合		
(一) 要介護1	345単位	343単位
(二) 要介護2	400単位	398単位
(三) 要介護3	457単位	455単位
(四) 要介護4	513単位	510単位
(五) 要介護5	569単位	566単位
(3) 所要時間3時間以上4時間未満の場合		
(一) 要介護1	446単位	444単位
(二) 要介護2	523単位	520単位
(三) 要介護3	599単位	596単位
(四) 要介護4	697単位	693単位
(五) 要介護5	793単位	789単位
(4) 所要時間4時間以上5時間未満の場合		
(一) 要介護1	511単位	508単位
(二) 要介護2	598単位	595単位
(三) 要介護3	684単位	681単位
(四) 要介護4	795単位	791単位
(五) 要介護5	905単位	900単位

	改正後	改正前
(5) 所要時間5時間以上6時間未満の場合		
(一) 要介護1	579単位	576単位
(二) 要介護2	692単位	688単位
(三) 要介護3	803単位	799単位
(四) 要介護4	935単位	930単位
(五) 要介護5	1,065単位	1,060単位
(6) 所要時間6時間以上7時間未満の場合		
(一) 要介護1	670単位	667単位
(二) 要介護2	801単位	797単位
(三) 要介護3	929単位	924単位
(四) 要介護4	1,081単位	1,076単位
(五) 要介護5	1,231単位	1,225単位
(8) 所要時間7時間以上8時間未満の場合		
(一) 要介護1	716単位	712単位
(二) 要介護2	853単位	849単位
(三) 要介護3	993単位	988単位
(四) 要介護4	1,157単位	1,151単位
(五) 要介護5	1,317単位	1,310単位

- ・ 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）

別表 指定介護予防サービス介護給付費単位数表

5 介護予防通所リハビリテーション費（1月につき）

	改正後	改正前
(1) 要支援1	1,721単位	1,712単位
(2) 要支援2	3,634単位	3,615単位

※ 事業所区分ごとの基本報酬の見直し案等については、厚生労働省ホームページ「社会保障審議会（介護給付費分科会）」内の「第168回社会保障審議会（介護給付費分科会（ペーパーレス）資料」（平成31年2月13日（水））の「別紙2019年度介護報酬改定 介護報酬の見直し案」に掲載されているので、参照のこと。

（<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000478377.pdf>）

(2) 平成31年度介護職員の更なる処遇改善

概要

○新しい経済政策パッケージに基づく介護職員の更なる処遇改善として、介護人材確保のための取組をより一層進めるため、経験・技能のある職員に重点化を図りながら、介護職員の更なる処遇改善を進める。

介護職員等特定処遇改善加算（新）

介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位の1000分の20に相当する単位数

介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） 所定単位の1000分の17に相当する単位数

（所定単位は、
・通所リハビリテーション費 単位数表イからホまでにより算定した単位数。
・介護予防通所リハビリテーション費 単位数表イからチまでにより算定した単位数。）

※介護職員等特定処遇改善加算については、平成30年度集団指導資料「介護職員の処遇改善について」において説明しています。

(3) 要介護被保険者等である患者に対する入院外の維持期・生活期の疾患別リハビリテーションに係る経過措置の終了に当たっての必要な対応について

（平成31年3月8日 老老発0308第2号・老振発0308第1号・保医発0308第1号を参照のこと。）

概要

○ 保健医療機関においては、要介護被保険者等である患者に対する入院外の維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料（以下「維持期・生活期リハビリテーション料」という。）は、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成30年厚生労働省告示第43号）により、平成31年3月31日までの間に算定できるものとされているところであり、当該経過措置の終了に伴い、平成31年4月1日以降は算定できないことから、患者やその家族に対して、十分な説明や情報提供を行うこと。

ただし、医療保険から介護保険への円滑な移行を促進する観点から、平成31年3月中に維持期・生活期リハビリテーション料を算定している患者が、別の施設で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。）を同一月に併用する場合に限り、介護保険のリハビリテーション利用開始日を含む月の翌々月まで引き続き維持期・生活期リハビリテーション料を1月7単位まで算定することができる。

- 維持期・生活期リハビリテーション料を算定している保健医療機関は、平成31年4月1日以降、要介護被保険者等である患者が、介護保険におけるリハビリテーションを希望する場合、当該患者を担当する居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所（以下「居宅介護支援事業所等」という。）に対してリハビリテーションのサービスが必要である旨を指示すること。

なお、保健医療機関が、当該患者の同意を得て、介護保険におけるリハビリテーションへ移行するに当たり、居宅介護支援事業所等の介護支援専門員及び必要に応じて、介護保険におけるリハビリテーションを当該患者に対して提供する事業所の従業者と連携し、居宅サービス計画及び介護予防サービス計画（以下「居宅サービス計画等」という。）の作成を支援した上で、介護保険におけるリハビリテーションを開始し、維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料を算定するリハビリテーションを終了した場合には、介護保険リハビリテーション移行支援料を算定できる。

- 保健医療機関から指示を受けた居宅介護支援事業所等は、要介護被保険者等の介護保険におけるリハビリテーションへの移行等が適切にできるよう、居宅サービス計画等の作成や変更について居宅サービス事業所等との調整を行うこと。また、居宅サービス計画等の作成にあたっては、居宅介護支援事業所等の介護支援専門員等が作成した居宅サービス計画等の原案に位置付けた居宅サービス事業所等の担当者を召集して行う会議（以下「サービス担当者会議」という。）を開催し、専門的な見地からの意見を求めることが必要であるが、サービス担当者会議を開催することにより、当該要介護被保険者等に対して継続した介護保険のリハビリテーションの提供に支障が生じる等のやむを得ない理由がある場合には、担当者に対する照会等により意見を求めることも可能である。

※ 別紙「中央社会保険医療協議会 総会（第410回 平成31年3月6日）資料『維持期・生活期のリハビリテーションの介護保険への移行について』（抜粋）を参照のこと。

※ 平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.9）（平成31年3月15日）を参照のこと。

(4) 介護報酬算定上の注意事項について

【事業所規模による区分】 <通所リハ>

- 誤った事業所規模区分により介護報酬を算定している。

(老企第36号 第2の8(7))

(ポイント)

- 別紙「指定通所介護及び指定通所リハビリテーションにおける事業所規模の区分の確認について」を参照のこと。
- 平均利用延人員数の計算に当たっては、当該指定通所リハビリテーション事業所に係る指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け一体的に事業を実施している場合は、当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所における前年度の1月当たりの平均利用延人員数を含むこととされている。
- 仮に指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受けている場合であっても、事業が一体的に実施されず、実態として両事業が分離されて実施されている場合には、当該平均利用延人員数には当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所の平均利用延人員数は含めない取扱いとする。
- 現在届け出ている内容を変更する場合は、平成31年3月15日までに提出するよう別途通知しているが、提出漏れ等が判明した場合は、至急提出すること。

【所要時間による区分の取り扱い】 <通所リハ>

(老企第36号 第2の8(1))

(ポイント)

- 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付けられた内容の指定通所リハビリテーションを行うための標準的な時間によることとしている。そのため、例えば、単に当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が通常的时间を超えて事業所にいる場合は、指定通所リハビリテーションのサービスが提供されているとは認められないものであり、この場合は当初計画に位置付けられた所要時間に応じた所定単位数を算定すること(このような家族等の出迎え等までの間のいわゆる「預かり」サービスについては、利用者から別途利用料を徴収して差し支えない。)
- 当日の利用者の心身の状況から、実際の指定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。

(介護報酬Q&A)

平成24年度介護報酬Q&A(Vol.1)(24.3.16)

- (問87) 6時間以上8時間未満の単位のみを設定している通所リハビリテーション事業所において、利用者の希望により、4時間以上6時間未満のサービスを提供し、4時間以上6時間未満の通所リハビリテーション費を算定することができるのか。
- (回答) 適切なケアマネジメントに基づき利用者にとって4時間以上6時間未満のサービス提供が必要な場合であれば算定することができる。

介護報酬に係るQ&A(15.5.30)

- (問3) 緊急やむを得ない場合における併設医療機関(他の医療機関を含む)の受診による通所サービスの利用の中止について
- (回答) 併設医療機関等における保険請求が優先され、通所サービスについては変更後の所要時間に応じた所定単位数を算定しなければならない。

【サービス提供体制強化加算】 <通所リハ・予防通所リハ>

- 算定要件を満たさなくなったにもかかわらず、そのまま算定していた。

(老企第36号 第2の8(26))

(ポイント)

- 別紙「平成31年度サービス提供体制強化加算の算定について」を参照のこと。
- 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。
- 上記以外の事業所にあっては、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し、年度で算定する。
- 現在届け出ている内容を変更する場合は、平成31年3月15日までに提出するよう別途通知しているが、提出漏れ等が判明した場合は、至急提出すること。

【リハビリテーション提供体制加算】 <通所リハ>

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

※ 厚生労働大臣が定める基準（平27厚労告95 24の2）

- 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。

（老企第36号 第2の8（5））

（ポイント）

「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。

（平成30年度介護報酬Q&A）

【V01.3】

（問2） リハビリテーション提供体制加算の算定要件は「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数の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。」とされているが、ケアプランに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を通じて、理学療法士等の合計数が利用者数に対して25：1いれば良いということか。

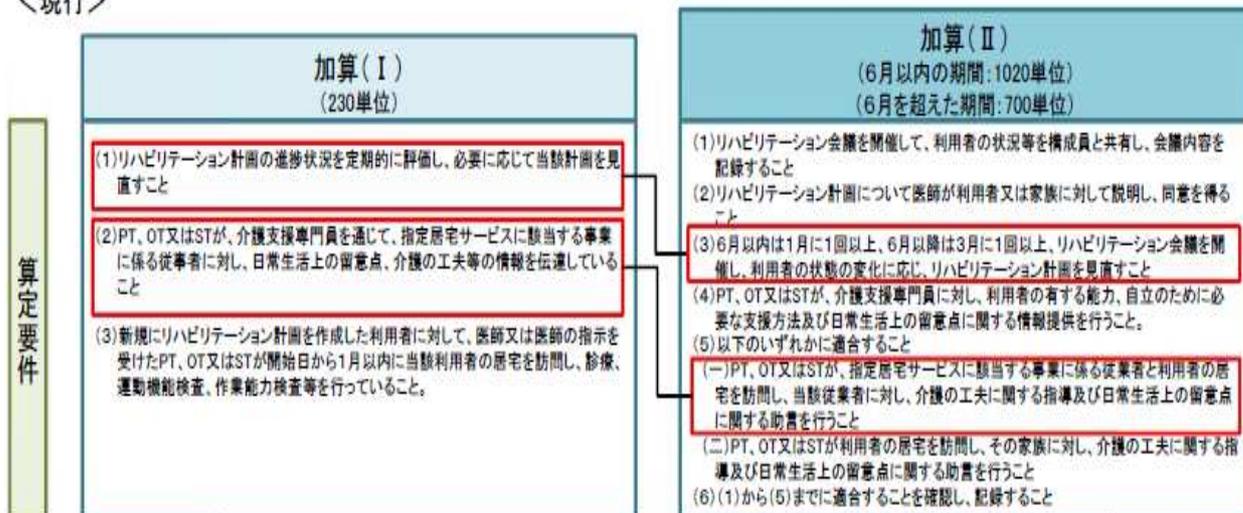
（回答） 貴見のとおり。

【リハビリテーションマネジメント加算】 <通所リハ>

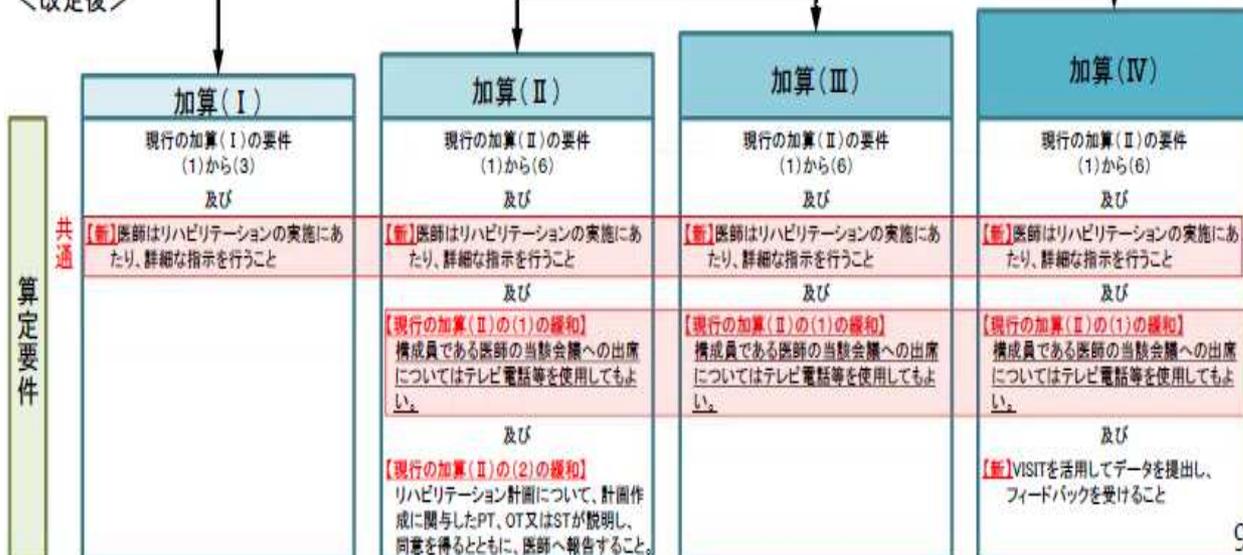
平成30年度改正の概要

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>



指定通所リハビリテーション事業所の医師、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は、リハビリテーションマネジメント加算として、1月につき次に掲げる区分に応じ、所定単位数に加算する。ただし、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）については3月に1回を限度として算定することとし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- イ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ） 330単位
- ロ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）
 - (1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合・・・850単位
 - (2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合・・・530単位
- ハ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）
 - (1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合・・・1,120単位
 - (2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合・・・800単位
- ニ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）
 - (1) 通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合・・・1,220単位
 - (2) 当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合・・・900単位

○算定要件

次に掲げるいずれにも適合すること。

イ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）

- (1) 通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。
- (2) 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士が介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から日常生活の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。
- (3) 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っていること。

- (4) 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。
- (5) (4)における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が(4)に掲げる基準に適合するものであると明確に分かるように記録すること。

ロ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）

- (1) イ(4)及び(5)に適合すること。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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。
- (6) 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。
- (7) (1)から(6)までに適合することを確認し、記録すること。

ハ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）

- (1) ロ(1)、(2)及び(4)から(6)までのいずれにも適合すること。
- (2) 通所リハビリテーション計画について、指定通所リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。
- (3) (1)及び(2)に適合することを確認し、記録すること。

ニ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）

- (1) ハ(1)から(3)までのいずれにも適合すること。
- (2) 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、厚生労働省に提出していること。

（老企第36号 第2の8（10））

（ポイント）

- 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。
- 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あたって、心身機能、個人として行うADLやIADLといった活動をするための機能、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等といった参加をするための機能について、バランスよくアプローチするリハビリテーションが提供できているかを管理することをいう。
- 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、新規に作成しなおすことは想定しておらず、利用者の状態に応じて適切に当該計画の見直しが行われるものである。
したがって、「同意」とは、本加算を取得するに当たって初めて通所リハビリテーション計画を作成して得られた同意をいい、当該計画の見直しの同意とは異なることに留意する。
- ④ 加算（Ⅱ）(1)、加算（Ⅲ）(1)又は加算（Ⅳ）(1)を取得後は、（Ⅱ）(2)、（Ⅲ）(2)又は加算（Ⅳ）(2)を算定するものであることに留意すること。

（次頁へ続く）

(前頁からの続き)

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、利用者の急性憎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、加算(Ⅱ)(1)、加算(Ⅲ)(1)又は加算(Ⅳ)(1)を再算定できるものであること。

- ⑤ 大臣基準告示第25イ(1)の「定期的に」とは、初回の評価は、通所リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後は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。
- ⑥ 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通しを記載すること。
- ⑦ 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。
- ⑧ 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健医療機関において、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。
- ⑨ 大臣基準告示第25号二(2)のデータ提出については、厚生労働省が実施するV I S I T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。

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」(平成30年3月22日老老発0322第2号)を参照されたい。

※ 「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」(平成30年3月22日老老発0322第2号)を参照のこと。

【Vo1.1】

(問50) 報酬告示又は予防報酬告示の留意事項通知において、医療保険期間から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供に当たっては「リハビリテーション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」(平成30年3月22日老老発0322号第2号)の別紙様式2-1を用いることとされている。別紙様式2-1はBarthel Indexが用いられているが、情報提供をする医師と情報提供を受ける医師との間で合意している場合には、FIM(Functional Independent Measure)を用いて評価してもよいか。

(回答) ・医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供に当たっては別紙様式2-1を用いる必要があるが、Barthel Indexの代替としてFIMを用いる場合に限り変更を認める。
・なお、様式の変更に当たっては、本件のように情報提供をする医師と情報提供を受ける医師との間で事前の合意があることが必要である。

(問51) 医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供について、「リハビリテーション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」(平成30年3月22日老老発0322号第2号)の別紙様式2-1をもって、保健医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式2-1に記載された内容については、例外として、別紙様式2-1をリハビリテーション計画書と見なしてリハビリテーションの算定を開始してもよいとされている。

(1) 医療保険から介護保険のリハビリテーションへ移行する者が、当該医療保険機関を介護保険のリハビリテーション事業所として利用し続ける場合であっても同様の取り扱いとしてよいか。また、その場合、保健医療機関側で当該のものを診療し、様式2-1に記載して情報提供を行った医師と、介護保険のリハビリテーション事業所側で情報提供を受ける医師が同一であれば、情報提供を受けたリハビリテーション事業所の医師の診療を省略して差し支えないか。

(回答1) よい。また、医師が同一の場合にあっては、医師の診療について省略して差し支えない。

(次頁へ続く)

(問51 前頁からの続き)

(2) 医療保険から介護保険のリハビリテーションへ移行する者が、保健医療機関から情報提供を受ける介護保険のリハビリテーション事業所において、指定訪問リハビリテーションと指定通所リハビリテーションの両方を受ける場合、リハビリテーション会議の開催を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合が取れたものとなっていることが確認できれば、別紙様式2-1による情報提供の内容を訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの共通のリハビリテーション計画と見なして、双方で使用して差し支えないか。

(回答2) 差し支えない。

＜参考＞居宅基準第81条第5項、基準解釈通知第3の四の3の(3)⑤から⑦を参照のこと。

(問52) リハビリテーションの実施に当たり、医師の指示が求められているが、医師がリハビリテーション実施の当日に指示を行わなければならないか。

(回答) ・ 毎回のリハビリテーションは、医師の指示の下、行われるものであり、当該の指示は利用者の状態等を踏まえて適時適切に行われることが必要であるが、必ずしも、リハビリテーションの提供の日の度に、逐一、入りが理学療法士等に指示する形のみを求めるものではない。

・ 例えば、医師が状態の変動の範囲が予想できると判断した利用者について、適当な期間にわたり、リハビリテーションの指示を事前に出しておき、リハビリテーションを提供した理学療法士等の記録等に基づいて、必要に応じて適宜指示を修正する等の運用でも差し支えない。

(問53) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)及び(Ⅳ)の算定要件では、医師がリハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族へ説明することとされている。

平成30年度介護報酬改定において、リハビリテーション会議の構成員である医師の参加については、テレビ電話等情報通信機器を使用しても差し支えないとされているが、リハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族へテレビ電話等情報通信機器を介して説明した場合、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)及び(Ⅳ)の算定要件を満たすか。

(回答) リハビリテーション会議の中でリハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族へ説明する場合に限り満たす。

(問54) リハビリテーションマネジメント加算におけるリハビリテーション会議の構成員である医師の参加については、テレビ電話等情報通信機器を使用しても差し支えないとされているが、テレビ電話等情報通信機器の使用について、基本的には音声通話のみであるが、議事のなかで必要になったときに、リハビリテーション会議を実施している場の動画や画像を送る方法は含まれるか。

(回答) ・ 含まれない。
・ テレビ電話等情報通信機器の使用については、リハビリテーション会議の議事を円滑にする観点から、常時、医師とその他の構成員が動画を共有している必要がある。

(問55) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)について、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するにはどうしたらよいか。

(回答) 「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」(平成30年3月22日老老発0322号第2号)の「第2(5)リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)の算定に関して」を参照されたい。

【V01.2】

(問1) 通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)、(Ⅲ)及び(Ⅳ)では、リハビリテーション会議の開催頻度について、リハビリテーション計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあっては1月に1回以上の開催が求められているが、平成30年度介護報酬改定において、「算定開始の月の前月から起算して前24月以内に介護保険又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回でよいこととする」とされている。

平成29年度に既にリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)を算定しており、かつ、上記の要件に該当している利用者における平成30年4月以降のリハビリテーション会議の開催頻度についても、3月に1回として差し支えないか。

(回答) 差し支えない。

【V01.4】

(問8) 新規利用者について、(介護予防)通所リハビリテーションの利用開始日前に利用者の居宅を訪問した場合は、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の算定要件を満たすのか。

(回答) (介護予防も含め)いずれの場合においても、利用初日の1月前から利用前日に利用者の居宅を訪問した場合であって、訪問日から利用開始日までの間に利用者の状態と居宅の状況に変化がなければ、算定要件である利用者の居宅への訪問を行ったこととしてよい。

【生活行為向上連携加算】＜通所リハ・予防通所リハ＞

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計画書にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合には、生活行為向上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、1月につき次に掲げる単位数を予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た場合においては、算定しない。また、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定していた場合においては、利用者の急性憎悪等によりこの注イを算定する必要性についてリハビリテーション会議（指定居宅サービス基準第80条第5号に規定するリハビリテーション会議をいう。）により合意した場合を除き、この注イは算定しない。

イ リハビリテーション実施計画に基づく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3月以内の場合

〔通所リハ〕 2,000単位 〔予防リハ〕 900単位

ロ 当該日の属する月から起算して3月を越え6月以内の場合

〔通所リハ〕 1,000単位 〔予防リハ〕 450単位

※ 厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚労告95）第28号

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（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（Ⅱ）から（Ⅳ）までのいずれかを算定していること。〔通所リハ〕

・介護予防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。〔予防リハ〕

- 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と上で、計画的に実施するものである。
- 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11の減算（※）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。
- 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にすること。
- 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、その理由も含む。）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。

※ 減算について（老企第36号 第2の8(14)）

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。

【栄養スクリーニング加算】＜通所リハ・予防通所リハ＞

別に厚生労働大臣が定める基準（※）に適合する指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供した場合に、栄養スクリーニング加算として1回につき5単位を所定単位数に加算する。

ただし、当該利用者について、当該事業所以外で既に栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定せず、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。

（老企第36号 第2の8（16））

（ポイント）

- 栄養スクリーニング加算の算定に係る栄養状態に関するスクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- 栄養スクリーニング加算の算定に当たっては、利用者について、次に掲げるイからニに関する確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。
 - イ BMIが18.5未満である者
 - ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者
 - ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
 - ニ 食事摂取量が不良（75%以下）である者
- 栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとして、原則として、当該事業所が当該加算に基づく栄養スクリーニングを継続的に実施すること。
- 栄養スクリーニング加算に基づく栄養スクリーニングの結果、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には、栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。

※ 居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順及び様式例の提示について

（平成18年3月31日付け 老老発第0331009号を参照のこと。）

【V○1.1】

(問30) 当該利用者が、栄養スクリーニング加算を算定できるサービスを複数利用している場合、栄養スクリーニング加算の算定事業者をどのように判断すればよいか。

(回答) サービス利用者が利用している各種サービスの栄養状態との関連性、実施時間の実績、栄養改善サービスの提供実績、栄養スクリーニングの実施可能性等を踏まえ、サービス担当者会議で検討し、介護支援専門員が判断・決定するものとする。

【V○1.6】

(問2) 栄養スクリーニング加算は当該事業所以外で既に栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しないこととされているが、当該事業所以外で算定してから6か月を空ければ当該事業所で算定できるか。

(回答) 6か月を空ければ算定は可能だが、算定事業者の決定については「平成30年介護報酬改定Q&A (V○1.1)」（平成30年3月23日）の通所系・居住系サービスにおける栄養スクリーニング加算に係る問30（上記）を参照されたい。

Ⅱ 訪問リハビリテーション

(1) 平成31年度介護報酬改定について

○基本報酬の見直し案（平成31年10月施行分）

- ・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2月10日厚生労働省告示第19号）

別表 指定居宅サービス介護給付費単位数表 4 訪問リハビリテーション費

- ・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）

別表 指定介護予防サービス介護給付費単位数表 3 介護予防訪問リハビリテーション費

	改正後	改正前
(介護予防) 訪問リハビリテーション費 (1回につき)	292単位	290単位

※ 基本報酬の見直し案等については、厚生労働省ホームページ「社会保障審議会（介護給付費分科会）」内の「第168回社会保障審議会（介護給付費分科会（ペーパーレス）資料」（平成31年2月13日（水））の「別紙 2019年度介護報酬改定 介護報酬の見直し案」に掲載されているので、参照のこと。

（<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000478377.pdf>）

(2) 要介護被保険者等である患者に対する入院外の維持期・生活期の疾患別リハビリテーションに係る経過措置の終了に当たっての必要な対応について

（平成31年3月8日 老老発0308第2号・老振発0308第1号・保医発0308第1号を参照のこと。）

概要

- 保健医療機関においては、要介護被保険者等である患者に対する入院外の維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料（以下「維持期・生活期リハビリテーション料」という。）は、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成30年厚生労働省告示第43号）により、平成31年3月31日までの間に算定できるものとされているところであり、当該経過措置の終了に伴い、平成31年4月1日以降は算定できないことから、患者やその家族に対して、十分な説明や情報提供を行うこと。

ただし、医療保険から介護保険への円滑な移行を促進する観点から、平成31年3月中に維持期・生活期リハビリテーション料を算定している患者が、別の施設で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。）を同一月に併用する場合に限り、介護保険のリハビリテーション利用開始日を含む月の翌々月まで引き続き維持期・生活期リハビリテーション料を1月7単位まで算定することができる。

- 維持期・生活期リハビリテーション料を算定している保健医療機関は、平成31年4月1日以降、要介護被保険者等である患者が、介護保険におけるリハビリテーションを希望する場合、当該患者を担当する居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所（以下「居宅介護支援事業所等」という。）に対してリハビリテーションのサービスが必要である旨を指示すること。

なお、保健医療機関が、当該患者の同意を得て、介護保険におけるリハビリテーションへ移行するに当たり、居宅介護支援事業所等の介護支援専門員及び必要に応じて、介護保険におけるリハビリテーションを当該患者に対して提供する事業所の従業者と連携し、居宅サービス計画及び介護予防サービス計画（以下「居宅サービス計画等」という。）の作成を支援した上で、介護保険におけるリハビリテーションを開始し、維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料を算定するリハビリテーションを修了した場合には、介護保険リハビリテーション移行支援料を算定できる。

- 保健医療機関から指示を受けた居宅介護支援事業所等は、要介護被保険者等の介護保険におけるリハビリテーションへの移行等が適切にできるよう、居宅サービス計画等の作成や変更について居宅サービス事業所等との調整を行うこと。また、居宅サービス計画等の作成にあたっては、居宅介護支援事業所等の介護支援専門員等が作成した居宅サービス計画等の原案に位置付けた居宅サービス事業所等の担当者を召集して行う会議（以下「サービス担当者会議」という。）を開催し、専門的な見地からの意見を求めることが必要であるが、サービス担当者会議を開催することにより、当該要介護被保険者等に対して継続した介護保険のリハビリテーションの提供に支障が生じる等のやむを得ない理由がある場合には、担当者に対する照会等により意見を求めることも可能である。

※ 別紙「中央社会保険医療協議会 総会（第410回 平成31年3月6日）資料『維持期・生活期のリハビリテーションの介護保険への移行について』（抜粋）」を参照のこと。

(4) 介護報酬算定上の注意事項について

【算定の基準について】

通院が困難な利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、計画的な医学的管理を行っている当該事業所の医師の指示に基づき、指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定する。

(老企第36号 第2の5(1))

① 指定訪問リハビリテーションは、計画的な医学的管理を行っている当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師の指示の下で実施するとともに、当該医師の診療の日から3月以内に行われた場合に算定する。

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

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

② 指定訪問リハビリテーションは、指定訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、訪問リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けていた患者が、介護保険の指定訪問リハビリテーションへ移行する際に、「リハビリテーション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」(平成30年3月22日老老発0322第2号)の別紙様式2-1をもって、保健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、指定訪問リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、例外として、別紙様式2-1をリハビリテーション計画書とみなして訪問リハビリテーション費の算定を開始してもよいこととする。

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

【事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合】

別に厚生労働大臣が定める基準（※）に適合している指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき20単位を所定単位数から減算する。

※厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚労告95）12の2

- (1) 指定訪問リハビリテーション事業所の利用者が、当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること。
- (2) 当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の終了等をしていること。
- (3) 当該情報の提供を受けた指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、訪問リハビリテーション計画を作成すること。

（平成30年度介護報酬改定Q&A（V o 1.1））

（問59）別の医療機関の医師から計画的な医学的管理を受けている者に対し、指定訪問リハビリテーション事業所等の医師が、自らは診療を行わず、当該別の医療機関の医師から情報提供を受けてリハビリテーションを計画、指示してリハビリテーションを実施する場合において、当該別の医療機関の医師から提供された情報からは、環境因子や社会参加の状況等、リハビリテーションの計画、指示に必要な情報が得られない場合どのように対応すればよいか。

（回答） 指定訪問リハビリテーション等を開始する前に、例えば当該指定訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に利用者を訪問させ、その状態についての評価を報告させる等の手段によって、必要な情報を適宜入手した上で医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が共同してリハビリテーションを計画し、事業所の医師の指示に基づいてリハビリテーションを行う必要がある。

(問60) 別の医療機関の医師から計画的な医学的管理を受けている者に対し、指定訪問リハビリテーション事業所等の医師が、自らは診療を行わず、当該別の医療機関の医師から情報提供を受けてリハビリテーションを計画、指示してリハビリテーションを実施した場合、当該別の医療機関の医師が適切な研修の修了等をしていれば、基本報酬から20単位を減じた上での訪問リハビリテーション料等を算定できることとされている。この「適切な研修の修了等」に、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修の単位を取得した場合は含まれるか。

(回答) 含まれる。なお、応用研修の全ての単位を取得している必要はなく、応用研修のうち、「応用研修会」の項目である。「フレイル予防・高齢者総合的機能評価(CGA)・老年症候群」「栄養管理」「リハビリテーション」「摂食嚥下障害」のいずれか1単位以上を取得した上で、事業所の医師に情報提供を行う日が属する月から前36月の間に合計6単位以上(前述の単位を含む。)を取得していればよい。

【サービス提供体制強化加算】

- 算定要件を満たさなくなったにもかかわらず、そのまま算定していた。

(老企第36号 第2の4(25))

(ポイント)

- 別紙「平成31年度サービス提供体制強化加算の算定について」を参照のこと。
- 勤続年数とは、各月の前年の末日時点における勤続年数をいうものとする。具体的には、平成21年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成21年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。
- 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利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。
- 現在届け出ている内容を変更する場合は、平成31年3月15日までに提出するよう別途通知しているが、提出漏れ等が判明した場合は、至急提出すること。

【リハビリテーションマネジメント加算】

指定訪問リハビリテーション事業所の医師、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は、リハビリテーションマネジメント加算として、1月につき次に掲げる区分に応じ、所定単位数に加算する。ただし、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）については3月に1回を限度として算定することとし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

イ	リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）	230単位
ロ	リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）	280単位
ハ	リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）	320単位
ニ	リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）	420単位

○算定要件

次に掲げるいずれにも適合すること。

イ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）

- (1) 訪問リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。
- (2) 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。
- (3) 指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行うこと。
- (4) (3)における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が(3)に掲げる基準に適合するものであると明確に分かるように記録すること。

ロ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）

- (1) イ(3)及び(4)に適合すること。
- (2) 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。
- (3) 訪問リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告すること。
- (4) 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、訪問リハビリテーション計画を見直していること。
- (5) 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、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。
- (6) 以下のいずれかに適合すること。
 - (一) 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、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訪問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) 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定訪問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。
- (7) (1)から(6)までに適合することを確認し、記録すること。

ハ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）

- (1) ロ(1)、(2)及び(4)から(6)までのいずれにも適合すること。
- (2) 訪問リハビリテーション計画について、当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。
- (3) (1)及び(2)に適合することを確認し、記録すること。

ニ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）

- (1) ハ(1)から(3)までのいずれにも適合すること。
- (2) 指定訪問リハビリテーション事業所における訪問リハビリテーション計画書等の内容に関するデータを、厚生労働省に提出していること。

(ポイント)

- 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。
- 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あたって、心身機能、個人として行うADLやIADLといった活動をするための機能、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等といった参加をするための機能について、バランスよくアプローチするリハビリテーションが提供できているかを管理することをいう。
- ③ 大臣基準告示第12号イ(1)の「定期的に」とは、初回の評価は、訪問リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに評価を行うものであること。
- ④ 指定訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定訪問リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書の特記事項欄に指定訪問リハビリテーションの継続利用が必要な理由、その他の指定居宅サービスの併用や移行の見通しを記載すること。
- ⑤ 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。
- ⑥ 大臣基準告示第12号ニ(2)のデータ提出については、厚生労働省が実施するV I S I T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。

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」(平成30年3月22日老老発0322第2号)を参照されたい。

- ※ 「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」(平成30年3月22日老老発0322第2号)を参照のこと。

【介護予防訪問リハビリテーションマネジメント加算】

指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師、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は、リハビリテーションマネジメント加算として、1月につき230単位を所定単位数に加算する。

○算定要件

次に掲げるいずれにも適合すること。

- (1) 介護予防訪問リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。
- (2) 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、第一号訪問事業その他の指定介護予防サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。
- (3) 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定介護予防訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行うこと。
- (4) (3)における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が(3)に掲げる基準に適合するものであると明確に分かるように記録すること。

※ 「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」(平成30年3月22日老老発0322第2号)を参照のこと。

※ 本資料の「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に係る「平成30年度介護報酬改定Q&A」を参照のこと。

【社会参加支援加算】 [訪問リハ]

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訪問リハビリテーション事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の社会参加等を支援した場合は、社会参加支援加算として、評価対象期間の末日が属する年度の次の年度に限り、1日につき所定単位数（17単位）を加算する。

<評価対象期間>

算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間

（基準に該当しているものとして届け出た年においては、届出の日から同年12月まで）

例：平成32年度に算定する場合 ⇒ 平成31年1月～12月

<届出>

算定する年度の初日の属する年の3月15日まで

例：平成32年度に算定をする場合 ⇒ 平成32年3月15日まで

※厚生労働大臣が定める基準

- 評価対象期間において指定訪問リハビリテーションの提供を終了した者（以下「訪問リハビリテーション修了者」という。）のうち、指定通所介護、指定通所リハビリテーション、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、指定介護予防通所リハビリテーション、指定介護予防認知症対応型通所介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、第1号通所事業その他社会参加に資する取組（以下「指定通所介護等」という。）を実施した者の占める割合が、100分の5を超えていること。
- 評価対象期間中に指定訪問リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、訪問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（以下「居宅訪問等」という。）により、当該訪問リハビリテーション終了者の指定通所介護等の実施が、居宅訪問等をした日から起算して、3月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。
- 12を指定訪問リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数（リハビリテーションの利用の回転率）が
$$\frac{12}{\text{平均利用延月数}} \geq 25\% \text{ であること}$$

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

【事業所評価加算】〔予防訪問リハ〕

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介護予防訪問リハビリテーション事業所において、評価対象期間の満了日の属する年度の次の年度内に限り1月につき所定単位数（120単位）を加算する。

＜評価対象期間＞

算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間

例：平成32年度に算定する場合 ⇒ 平成31年1月～12月

＜届出＞

算定する年度の初日の属する年の前年の10月15日まで

例：平成32年度に算定をする場合 ⇒ 平成31年10月15日まで

※厚生労働大臣が定める基準

- リハビリテーションマネジメント加算の基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て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。
- 評価対象期間における指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の利用実人員数が10名以上であること。
- 利用実人員数の60パーセント以上にリハビリテーションマネジメントの加算を算定していること。
- 以下の数式を満たすこと。（リハビリテーションマネジメント加算を3月以上算定した者の要支援状態の維持・改善率）

$$\frac{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2}{\text{評価対象期間内（前年の1月～12月）にリハビリテーションマネジメントを3月以上算定し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}} \geq 0.7$$

Ⅲ 居宅療養管理指導

(1) 平成31年度介護報酬改定について

○基本報酬の見直し案（平成31年10月施行分）

- ・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2月10日厚生労働省告示第19号）

別表 指定居宅サービス介護給付費単位数表 5 居宅療養管理指導費

- ・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）

別表 指定介護予防サービス介護給付費単位数表 4 介護予防居宅療養管理指導費

イ 医師が行う場合

	改正後	改正前
(1) (介護予防)居宅療養管理指導費(I)		
(一) 単一建物居住者1人に対して行う場合	509単位	507単位
(二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合	485単位	483単位
(三) (一)及び(二)以外の場合	444単位	442単位
(2) (介護予防)居宅療養管理指導費(II)		
(一) 単一建物居住者1人に対して行う場合	295単位	294単位
(二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合	285単位	284単位
(三) (一)及び(二)以外の場合	261単位	260単位

ロ 歯科医師が行う場合

	改正後	改正前
(一) 単一建物居住者1人に対して行う場合	509単位	507単位
(二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合	485単位	483単位
(三) (一)及び(二)以外の場合	444単位	442単位

ハ 薬剤師が行う場合

	改正後	改正前
(1) 病院又は診療所の薬剤師が行う場合		
(一) 単一建物居住者1人に対して行う場合	560単位	558単位
(二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合	415単位	414単位
(三) (一)及び(二)以外の場合	379単位	378単位
(2) 薬局の薬剤師が行う場合		
(一) 単一建物居住者1人に対して行う場合	509単位	507単位
(二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合	377単位	376単位
(三) (一)及び(二)以外の場合	345単位	344単位

ニ 管理栄養士が行う場合

	改正後	改正前
(一) 単一建物居住者1人に対して行う場合	539単位	537単位
(二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合	485単位	483単位
(三) (一)及び(二)以外の場合	444単位	442単位

ホ 歯科衛生士等が行う場合

	改正後	改正前
(一) 単一建物居住者1人に対して行う場合	356単位	355単位
(二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合	324単位	323単位
(三) (一)及び(二)以外の場合	296単位	295単位

※ 基本報酬の見直し案等については、厚生労働省ホームページ「社会保障審議会（介護給付費分科会）」内の「第168回社会保障審議会（介護給付費分科会（ペーパーレス）資料」（平成31年2月13日（水））の「別紙 2019年度介護報酬改定 介護報酬の見直し案」に掲載されているので、参照のこと。
（ <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000478377.pdf> ）

（2）介護報酬算定上の注意事項について

【訪問人数等に応じた評価】 ※介護予防居宅療養管理指導を含む

平成30年度介護報酬改定の概要

- 従来、同一日に同じ建物に居住する者（同一建物居住者）に対し指導・助言等を行った場合は減額した評価を行っているが、平成28年度診療報酬改定において、訪問した建物内において、当該訪問月に診療した人数（単一建物居住者の人数）によってメリハリのある評価とする等の見直しが行われた。
- これを踏まえ、医療保険と介護保険との整合性の観点から、単一建物に居住する人数に応じて、以下のように評価することとともに、診療報酬改定における対応を鑑みながら、必要な見直しを行う。
 - ・単一建物居住者が1人
 - ・単一建物居住者が2～9人
 - ・単一建物居住者が10人以上

※ 「同一建物居住者」と「単一建物居住者」の定義の違いは以下のとおり。

<同一建物居住者>

当該利用者と同一建物に居住する他の利用者に対して、指定居宅療養管理指導事業所の医師等が同一日に訪問診療、往診又は指定居宅療養管理指導を行う場合の当該利用者

<単一建物居住者>

当該利用者が居住する建築物に居住する者のうち、当該指定居宅療養管理指導事業所の医師等が、同一月に訪問診療、往診又は指定居宅療養管理指導を行う場合の当該利用者

【単一建物居住者の人数について】 ※介護予防居宅療養管理指導を含む

(老企第36号 第2の6(1))

居宅療養管理指導の利用者が居住する建築物に居住する者のうち、同一月の利用者数を「単一建物居住者の数」という。

単一建物居住者の人数は、同一月における以下の利用者の人数をいう。

ア 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している場合

イ 小規模多機能型居宅介護(宿泊サービスに限る。)、認知症対応型共同生活介護、複合型サービス(宿泊サービスに限る。)、介護予防小規模多機能型居宅介護(宿泊サービスに限る。)、介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている利用者

ただし、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、居宅療養管理指導費を算定する人数を、単一建物居住者の人数と見なすことができる。また、1つの居宅に居宅療養管理指導費の対象となる同居する同一世帯の利用者が2人以上いる場合の居宅療養管理指導費は、利用者ごとに「単一建物居住者が1人の場合」を算定する。さらに、居宅療養管理指導費について、当該建築物において当該居宅療養管理指導事業所が居宅療養管理指導を行う利用者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該居宅療養管理指導事業所が居宅療養管理指導を行う利用者が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物居住者が1人の場合」を算定する。

(平成30年介護報酬改定Q&A)

【V01.1】

(問4) 以下のような場合は、「単一建物居住者」複数人に対して行う場合の居宅療養管理指導費を算定するのか。

- ① 利用者の都合等により、単一建物居住者複数人に対して行う場合であっても、2回に分けて居宅療養管理指導を行わなければならない場合
- ② 同じマンションに、同一月に同じ居宅療養管理指導事業所の別の医師がそれぞれ別の利用者に居宅療養管理指導を行った場合

(回答) いずれの利用者に対しても「単一建物居住者」複数人に対して行う場合の居宅療養管理指導を算定する。

【V○1.1】

(問5) 同一月に、同一の集合住宅等に居住する2人の利用者に対し、居宅療養管理指導事業所の医師が訪問し、居宅療養管理指導を行う際に、1人が要介護者で、もう1人が要支援者である場合は、単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合の居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定するのか。

(回答) 要介護者は単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合の居宅療養管理指導費を、要支援者は単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合の介護予防居宅療養管理指導費を算定する。なお、他の職種についても同様の取り扱いとなる。

(問7) 住民票の住所と実際の居住場所が異なる場合は、実際の居住場所で「単一建物居住者」の人数を判断してよいか。

(回答) 実際の居住場所で判断する。

【V○1.3】

(問1) 医師の居宅療養管理指導において、同じ建築物に居住する2人に対して、同一月中に2人に訪問診療を行う場合であって、1人は当該月に訪問診療のみを行い、もう1人は当該月に訪問診療と居宅療養管理指導を行う場合に、居宅療養管理指導については、どの単位数を算定することとなるのか。

(回答) 単一建物居住者1人に対して行う場合の単位数を算定する。

【V○1.4】

(問4) 居宅療養管理指導の利用者の転居や死亡等によって、月の途中で単一建物居住者の人数が変更になった場合の居宅療養管理指導費の算定はどうすればよいか。

(回答) 居宅療養管理指導の利用者が死亡する等の事情により、月の途中で単一建物居住者の人数が減少する場合は、当月に居宅療養管理指導を実施する当初の予定の人数に応じた区分で算定する。

また、居宅療養管理指導の利用者が転居してきた等の事情により、月の途中で単一建物居住者の人数が増加する場合は、

- ① 当月に居宅療養管理指導を実施する予定の利用者については、当初の予定人数に応じた区分により、
- ② 当月に転居してきた居宅療養管理指導の利用者等については、当該転居してきた利用者数を含めた、転居時点における居宅療養管理指導の全利用者数に応じた区分により、それぞれ算定する。

(次頁へ続く)

(問4回答 続き) なお、転居や死亡等の自由については診療録等に記載すること。

例えば、同一の建築物の10名の居宅療養管理指導を行う予定としており、1名が月の途中で退去した場合は、当該建築物の9名の利用者について、「単一建物居住者10名以上に対して行う場合」の区分で算定する。

また、同一の建築物の9名に居宅療養管理指導を行う予定としており、1名が月の途中で転入した場合は、当初の9名の利用者については、「単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合」の区分で算定し、転入した1名については、「単一建物居住者10名以上に対して行う場合」の区分で算定する。

【離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する居宅療養管理指導の提供】

概要

- 平成30年度介護報酬改定において、離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する訪問介護等の提供を促進する観点から、他の訪問系サービスと同様に、居宅療養管理指導においても、「特別地域加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」及び「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」を新たに創設。
- また、従来、居宅療養管理指導については、通常の事業の実施地域を定めることが求められていないが、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」を創設するにあたり、他の訪問系サービスと同様に、通常の事業の実施地域を運営基準に基づく運営規程に定めることを求めるものとする。
- 単位数

特別地域加算	所定単位数の100分の15
中山間地域等における小規模事業所加算	所定単位数の100分の10
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の100分の5

※各加算の算定要件等については次頁の「算定要件等」を参照のこと。

算定要件等

○特別地域加算：離島振興法、山村振興法等の指定地域等の特別地域（※1）に所在する事業所が居宅サービスを行うことを評価するもの。

※1：離島振興法、奄美群島振興開発特別措置法、山村振興法、小笠原諸島振興開発特別措置法、沖縄振興特別措置法等に定める地域

○中山間地域等における小規模事業所加算：特別地域の対象地域を除く豪雪地帯、過疎地等の中山間地域等（※2）における小規模事業所（※3）が居宅サービスを行うことを評価するもの

※2：特別地域加算対象地域以外の地域で、豪雪地帯対策特別措置法、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、半島振興法、特定農山村地域における農林業の活性化のための基盤整備の促進に関する法律、過疎地域自立促進特別措置法に定める地域

※3：1月あたり延訪問回数が50回以下の指定居宅療養管理指導事業所、5回以下の指定介護予防居宅療養管理指導事業所

○中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算：特別地域、中山間地域等（※4）に居住している利用者に対し、通常の事業の実施地域を超えて居宅サービスを行うことを評価するもの。

※4：特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算の対象地域

別紙

平成30年度

通所リハビリテーション

訪問リハビリテーション

居宅療養管理指導

集 団 指 導 資 料
(別 紙)

香川県健康福祉部 長寿社会対策課

高松市健康福祉局長寿福祉部 介護保険課

平成31年3月26日

維持期・生活期のリハビリテーション の介護保険への移行について

1. (参考)平成30年度診療報酬改定に向けた議論
2. 平成30年度診療報酬・介護報酬改定での対応
3. 維持期・生活期のリハビリテーションに係る現状

維持期・生活期のリハビリテーションへの対応①

維持期・生活期リハビリテーションに係る見直し

- 要介護・要支援被保険者※に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料について、経過措置を1年間に限り延長。
(平成31年4月以降、要介護・要支援被保険者等※に対する疾患別リハビリテーション料の算定を認めない取扱いとする)
※入院中の患者以外の患者に限る。

医療・介護間でのリハビリテーションに係る情報共有の推進

- 新しく設けた共通様式を使用して、医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合の評価を新設
- 介護保険の「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(VISIT)」で活用可能な電子媒体で、計画書を提供した場合の加算を設ける。

(新) リハビリテーション計画提供料1 275点

(新) 電子化連携加算 5点

[リハビリテーション計画提供料1の算定要件]

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等を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している者について、介護保険のリハビリテーション事業所に指定の様式を用いてリハビリテーションの計画書を提供していること

診療報酬改定と介護報酬改定の共通の対応

- 医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携や業務の効率化を推進するため、双方で使用可能な計画書の共通様式を設ける。
- 指定通所リハビリテーション事業所が、医療機関から指定の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、当該様式を根拠として通所リハビリテーション費の算定を開始可能とする。
- 介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを、医療保険の疾患別リハビリテーションを担う地域の医療機関において、一貫して提供することができるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和する。
- 医療保険のリハビリテーションを提供している医療機関が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、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人員等の共用に関する要件を見直し、適宜緩和する。

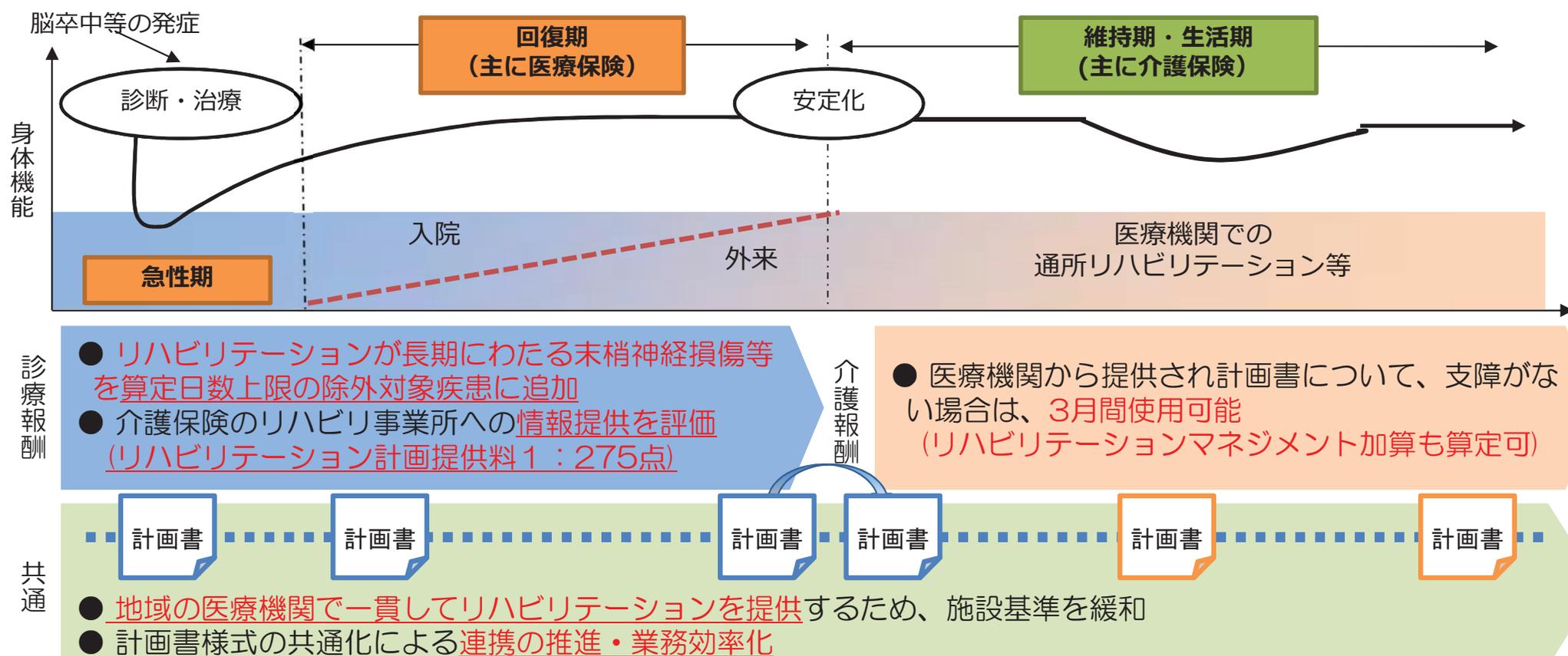
医療保険のリハビリテーションとの連続性・連携の強化(全体像)

○ 医療保険の疾患別リハを受けている患者の介護保険への円滑な移行の推進【訪問リハ、通所リハ】

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。

また、指定(介護予防)訪問リハ事業所等が、医療機関から当該様式をもって情報を受けた際、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。



I - ② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進 (その2)

- リハビリテーションに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハビリテーション計画書の様式を互換性を持ったものにする。

通所リハビリテーション

- 診療報酬改定における対応を鑑みながら、医療保険のリハビリテーションを提供している病院、診療所が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、新たな設備や人員、器具の確保等が極力不要となるよう、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見直し、適宜緩和することとする。

	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	同一職種に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、必要な器具の共有が認められる。	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、必要な器具の共有が認められる。

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。

事務連絡
平成31年2月26日

関係事業所管理者様

香川県健康福祉部長寿社会対策課

指定通所介護及び指定通所リハビリテーションにおける事業所規模
の区分の確認について

平成31年度の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の基になる事業所規模の区分については、平成30年度（30年4月～31年2月の11ヶ月）の1月当たりの平均利用延人員数によって決定します。（前年度の実績が6月に満たない事業者又は前年度から25%以上定員を変更する事業者の場合、別の算定方式となりますので、ご注意ください。）

平成31年度も継続して事業を実施する事業所は、事業所規模の区分が変更になるかどうかを確認し、変更になる場合は下記のとおり届出書を提出してください。

区分に変更がない場合には、提出する必要はありません。

記

1. 提出書類

- (1) 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
- (2) 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表
- (3) 事業所規模算出の根拠書類（別紙1又は別紙2参照、事業所作成の任意様式でも可）

2. 提出期間 平成31年3月15日（金）

※ 平成31年4月1日付けで介護給付費算定に係る体制等に関する届出書等の変更がある場合は、事業所規模の変更と合わせて1回で提出してください。

3. 提出先 ○所在地が高松市内である事業所

高松市 健康福祉局 長寿福祉部 介護保険課 相談指導係
電話（087）839-2326

○所在地が高松市以外である事業所

香川県 健康福祉部 長寿社会対策課 在宅サービスグループ
電話（087）832-3269

4. その他

事業所規模算出については、次の参考様式を掲載しますので、ご活用ください。

- (1) 別紙1 規模別報酬計算表（通所介護）
- (2) 別紙2 規模別報酬計算表（通所リハビリテーション）

〔参考 1〕

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（老企第 36 号 平成 12 年 3 月 1 日抜粋）

<通所介護>

第 2 居宅サービス単位数表に関する事項 7 通所介護費（4）事業所規模による区分の取扱い

① 事業所規模による区分については、施設基準第五号イ（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介護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、当該指定通所介護事業所に係る指定通所介護事業者（中略）が指定介護予防通所介護事業者若しくは第 1 号通所事業の指定のいずれか又はその双方の指定を併せて受け一体的に事業を実施している場合は、当該指定介護予防通所介護事業所及び当該第 1 号通所事業における前年度の 1 月当たりの平均利用延人員数を含む（指定介護予防通所介護事業所における平均利用延人員数については、平成 30 年度分の事業所規模を決定する際の平成 29 年度の実績に限る）こととされているところである。したがって、仮に指定通所介護事業者が指定介護予防通所介護事業者若しくは第 1 号通所事業の指定のいずれか又はその双方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介護事業所又は当該第 1 号通所事業の平均利用延人員数は含めない取扱いとする。

② 平均利用延人員数の計算に当たっては、3 時間以上 4 時間未満、4 時間以上 5 時間未満の報酬を算定している利用者（2 時間以上 3 時間未満の報酬を算定している利用者を含む。）については、利用者数に 2 分の 1 を乗じて得た数とし、5 時間以上 6 時間未満、6 時間以上 7 時間未満の報酬を算定している利用者については利用者数に 4 分の 3 を乗じて得た数とする。また、平均利用延人員数に含むこととされた指定介護予防通所介護事業所又は第 1 号通所事業の利用者の計算に当たっては、指定介護予防通所介護（旧指定介護予防サービス等基準第 96 条に規定する指定介護予防通所介護をいう。）又は第 1 号通所事業の利用時間が 5 時間未満の利用者については、利用者数に 2 分の 1 を乗じて得た数とし、利用時間が 5 時間以上 6 時間未満、6 時間以上 7 時間未満の利用者については、利用者数に 4 分の 3 を乗じて得た数とする。ただし、指定介護予防通所介護事業所又は第 1 号通所事業の利用者については、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えない。

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

③ 前年度の実績が 6 月に満たない事業者（新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む。）又は前年度から定員を概ね 25% 以上変更して事業を実施しようとする事業者においては、当該年度に係る平均利用延人員数については、便宜上、都道府県知事に届け出た当該事業所の利用定員の 90% に予定される 1 月当たりの営業日数を乗じて得た数とする。

- 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介護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介護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。（以下略）

<通所リハビリテーション>

第2 居宅サービス単位数表に関する事項 8 通所リハビリテーション（7）平均利用延人員数の取扱い

- ① 事業所規模による区分については、施設基準第六号イ（1）に基づき、前年度の1月当たりの平均利用延人員数により算定すべき通所リハビリテーション費を区分しているところであるが、当該平均利用延人員数の計算に当たっては、同号の規定により、当該指定通所リハビリテーション事業所に係る指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け一体的に事業を実施している場合は、当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所における前年度の1月当たりの平均利用延人員数を含むこととされているところである。したがって、仮に指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受けている場合であっても、事業が一体的に実施されず、実態として両事業が分離されて実施されている場合には、当該平均利用延人員数には当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所の平均利用延人員数は含めない取扱いとする。
- ② 平均利用延人員数の計算に当たっては、1時間以上2時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に4分の1を乗じて得た数とし、2時間以上3時間未満の報酬を算定している利用者及び3時間以上4時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に2分の1を乗じて得た数とし、4時間以上5時間未満の報酬を算定している利用者及び5時間以上6時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。また、平均利用延人員数に含むこととされた指定介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者の計算に当たっては、指定介護予防通所リハビリテーションの利用時間が2時間未満の利用者については、利用者数に4分の1を乗じて得た数とし、2時間以上4時間未満の利用者については、利用者数に2分の1を乗じて得た数とし、利用時間が4時間以上6時間未満の利用者については、利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。ただし、指定介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者については、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えない。
- また、1月間（暦月）、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月における平均利用延人員数については、当該月の平均利用延人員数に7分の6を乗じた数によるものとする。
- ③ 前年度の実績が6月に満たない事業者（新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む）又は前年度から定員をおおむね25%以上変更して事業を実施しようとする事業者においては、当該年度に係る平均利用延人員数については、便宜上、都道府県知事に届け出た当該事業所の利用定員の90%に予定される1月当たりの営業日数を乗じて得た数とする。

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

〔参考2〕

介護報酬Q&A（通所介護・通所リハビリテーション共通）

（1）事業所規模区分（24.3.30 問10）

問 事業所規模による区分について、前年度の1月あたりの平均利用延人員数により算定すべき通所サービス費を区分しているが、具体的な計算方法如何。

答 以下の手順・方法に従って算出すること。

- ① 各月（暦月）ごとに利用延人員数を算出する。
 - ② 毎日事業を実施した月においては、当該月の利用延人員数にのみ7分の6を乗じる（小数点第3位を四捨五入）
 - ③ ②で算出した各月（暦月）ごとの利用延人員数を合算する。
 - ④ ③で合算した利用延人員数を、通所サービス費を算定している月数で割る。
- ※ ②を除き、計算の過程で発生した小数点の端数処理は行わないこと。

〔具体例〕 6月から10月まで毎日営業した事業所の利用延人員数の合計

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計
延べ人数	305.00	310.50	340.75	345.50	339.25	345.50	350.75	309.50	300.75	310.50	301.00	—
×6/7	—	—	292.07	296.14	290.79	296.14	300.64	—	—	—	—	—
最終人数	305.00	310.50	292.07	296.14	290.79	296.14	300.64	309.50	300.75	310.50	301.00	3313.03

→ 利用延べ人数（4月～2月）・・・3313.03人

平均利用延人員数＝3313.03人÷11ヶ月＝301.184・・・人

（2）同一事業所で2単位以上提供する場合の計算（H21.3.23 問52）

問 同一事業所で2単位以上の通所介護を提供する場合、規模別報酬の算定は単位毎か、すべての単位を合算するのか。

答 実績規模別の報酬に関する利用者の計算は、全ての単位を合算で行う。

（3）定員変更の例外的適用の取扱い（H20.4.21 問24）

問 通所介護等の事業所規模区分の計算に当たっては、

- ①原則として、前年度の1月あたりの平均利用延べ人員数により、
 - ②例外的に、前年度の実績が6月に満たない又は前年度から定員を25%以上変更して事業を行う事業者においては、便宜上、利用定員の90%に予定される1月あたりの営業日数を乗じて得た数により、
- 事業所規模の区分を判断することとなる。

しかし、②を利用することにより、年度末に定員規模を大幅に縮小し、年度を越して当該年度の事業所規模が確定した後に定員を変更前の規模に戻す等、事業所規模の実態を反映しない不適切な運用が行われる可能性も考えられるが、その対応如何。

答 事業所規模の区分については、現在の事業所規模の実態を適切に反映させる方法により決定されるべきであることから、定員変更により②を適用する事業所は、前年度の実績（前年度の4月から2月まで）が6月以上ある事業所が、年度が変わる際に定員を25%以上変更する場合のみとする。

(別紙2) 規模別報酬計算表(通所リハビリテーション)

事業所番号	
-------	--

当該年度の事業実績が6月以上ある事業所は、以下の計算表により確認すること

●平均利用延人員数計算表(2分の1や4分の3の計算を行わずに実数を入力すること)

人数	年月	平成 年									平成 年			延利用 人数計	報酬区分 補正
	報酬区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
要 介 護	1時間以上2時間未満													0	1/4
	2時間以上3時間未満													0	1/2
	3時間以上4時間未満													0	1/2
	4時間以上5時間未満													0	3/4
	5時間以上6時間未満													0	3/4
	6時間以上7時間未満													0	
	7時間以上8時間未満													0	
要 支 援	2時間未満													0	1/4
	2時間以上4時間未満													0	1/2
	4時間以上6時間未満													0	3/4
	6時間以上8時間未満													0	
計		0.00	0.000	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00			
毎日実施(平日に加え、土・日・祝も営業)															
補正後利用人数計(最終人数計)		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00			

注1) 要支援の利用者については、要介護者と同様に提供時間ごとに報酬区分補正により計算するか、又は、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る方法(要支援の6時間以上8時間未満に記入)のいずれかとする。(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の指定を併せて受けており、かつこれらの事業を一体的に実施している事業所に限る)

注2) 正月等の特別な期間を除き、毎日事業を実施(平日に加え、土、日、祝日も営業)している事業所は、毎日事業を実施した月の「毎日営業(平日に加え、土・日・祝も営業)」欄に「実施」を選択し、入力すること。

注3) 当該年度の実績が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延利用人員数については、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なる。

注4) 同一事業所で2単位以上のサービス提供を行っている場合は、全ての単位を合算して算定を行うこと。(注2に該当する場合は、単

補正後利用人数年計 (最終人数年計) [A]	0.00	営業月数[B]	
月平均利用延人数[C](A÷B)			#DIV/0!

【算定区分】: 上記[C]で算出した月平均利用延人数

通常規模型事業所	750人以下
大規模型事業所(Ⅰ)	750人超900人以下
大規模型事業所(Ⅱ)	900人超

24長寿第64244号
平成25年 3月28日

各指定（介護予防）
通所介護事業所

各指定（介護予防）
通所リハビリテーション事業所

様

香川県健康福祉部長寿社会対策課長
(公印省略)

指定（介護予防）通所介護及び指定（介護予防）通所リハビリテーション
の所要時間について

指定（介護予防）通所介護、指定（介護予防）通所リハビリテーションのサービス提供における所要時間（以下「サービス提供時間」という。）については、平成24年3月21日付け24長寿第58529号で、所要時間帯の最低時間からプラス30分（7時間の場合は15分）の余裕を持った時間を含めてサービス提供時間とすることとしているところです。

これは、①利用者の送迎で、利用者の都合で事業所への到着が遅れる場合がある、②日によって、道路の渋滞等の交通事情等で利用者を事業所へ連れてくるのが遅れる場合がある、③利用者が事業所へサービス提供時間前に到着したが、諸事情によりサービス提供の開始時間が遅れる場合がある等の理由で、サービス提供の開始が若干遅れても、利用者が計画どおりのサービス提供を受けることができるようにすることを目的としていたものです。

今回、各事業所におけるサービス提供の実態が様々であることを踏まえ、平成25年4月1日からは、統一的にサービス提供時間を設けるのではなく、上記①～③を考慮のうえ、各事業所において、余裕を持った時間を含めた適正なサービス提供時間を設定いただくこととしました。

なお、サービス提供時間の設定に当たっては、利用者や職員の状況、事業所所在地、交通事情、送迎車両台数等を踏まえ、利用者が計画どおりにサービスの提供を受けることができるよう十分に御配慮のうえ、引き続き、適切な事業運営に努めていただくようお願いいたします。

【問い合わせ先】
香川県健康福祉部長寿社会対策課
在宅サービスグループ
電話 087-832-3269、3274

関係施設・事業所管理者様

香川県健康福祉部長寿社会対策課

平成31年度のサービス提供体制強化加算の算定について（通知）

平成31年度のサービス提供体制強化加算（以下「本加算」という。）の算定については、平成30年4月から31年2月の11ヶ月における常勤換算方法により算出した職員数の平均値を用いることとなります。

つきましては、前年度（平成30年4月から31年2月まで。以下同じ。）の実績を確認し、同実績が6月以上で、平成31年度は本加算が算定できない場合又は区分が変更となる場合は、下記の届出書を提出してください。（但し、引き続き本加算（区分の変更がない場合に限る。）を算定する場合は、届出書を提出する必要はありません。）

前年度の実績が6月に満たない事業所（新規及び再開を含む。）については、平成31年度も引き続き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値を用いることとし、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員割合について、毎月継続的に所定の割合を継続する必要があります。

記

1. 提出書類

- (1) 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
- (2) 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表
- (3) サービス提供体制強化加算に関する届出書（勤務形態一覧表等必要な添付書類を含む。）
- (4) サービス提供体制強化加算計算表 前年度の実績計算にあたっては、次の参考様式※をかがわ介護保険情報ネットに掲載しますので、御利用ください。（※介護福祉士等の割合は①及び④、勤務年数3年以上の職員の割合は②、常勤職員の割合は③）

2. 提出期限 平成31年3月15日（金）

※ 平成31年4月1日付で介護給付費算定に係る体制等に関する届出書等の変更がある場合は、サービス提供体制強化加算の変更と合わせて1回で提出してください。

3. 提出先 ○所在地が高松市内にある施設・事業所

高松市 健康福祉局 長寿福祉部 介護保険課 相談指導係

電話(087)839-2326

○所在地が高松市以外にある施設・事業所

（訪問・通所）香川県 健康福祉部 長寿社会対策課 在宅サービスグループ

電話(087)832-3269

（施設・短期入所）同施設サービスグループ

電話(087)832-3268

4. その他

地域密着型通所介護に係る指定等については、平成28年4月1日から市町村に移行したため、変更等がある場合には、各市町にも届け出る必要がありますので、詳細については事業所の所在する市町へお問い合わせください。

[参考]

(老企第36号 平成12年3月1日)

●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判定に伴う実施上の留意事項について

○訪問入浴介護

第2の3（7）サービス提供体制強化加算について

①～③（-略-）

④ 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。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月目以降届出が可能となるものであること。

なお、介護福祉士又は実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者については、各月の前月の末日時点で資格を取得している又は研修の課程を修了している者とする。

⑤ 前号ただし書の場合にあっては、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、直ちに第1の5の届出を提出しなければならない。

⑥ 同一の事業所において介護予防訪問入浴介護を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととする。

○訪問看護

第2の4（25）

① 3（7）①から⑥までを参照のこと。

② 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。具体的には、平成21年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成21年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。

③ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、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利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。

○訪問リハビリテーション

第2の5（12）

① 訪問看護と同様であるので、4（25）②及び③を参照のこと。

② 指定訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続年数が3年以上の者が1名以上いれば算定可能であること。

○通所介護

第2の7（22）

- ① 3（7）④から⑥まで並びに4（25）②及び③を参照のこと。
- ② 指定通所介護を利用者に直接提供する職員とは、生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員を指すものとする。

○通所リハビリテーション

第2の8（26）

- ① 訪問入浴介護と同様であるので3（7）④から⑥まで、並びに指定訪問看護と同様であるので4（25）②及び③を参照されたい。
- 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、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員として勤務を行う職員を指すものとする。

なお、1時間以上2時間未満の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。

（老企第40号 平成12年3月8日）

●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（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の判定に伴う実施上の留意事項について

○短期入所生活介護

第2の2（20）

- ① 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。なお、この場合の介護職員に係る常勤換算にあっては、利用者・入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。

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。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月目以降届出が可能となるものであること。

なお、介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。

- ② 前号ただし書の場合にあっては、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、直ちに訪問通所サービス通知第1の5の届出を提出しなければならない。
- ③ 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。具体的には、平成21年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成21年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。
- ④ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、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利用者に直接提供する職

員として勤務した年数を含めることができるものとする。

⑤ 指定短期入所生活介護を利用者に直接提供する職員とは、生活相談員、介護職員、看護職員及び機能訓練指導員として勤務を行う職員を指すものとする。

⑥ 同一の事業所において指定介護予防短期入所生活介護を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととする。

○短期入所療養介護

第2の3（14）

① 2の（20）①から④まで及び⑥を準用する。

② 指定短期入所療養介護を利用者に直接提供する職員とは、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士として勤務を行う職員を指すものとする。

○特定施設入居者生活介護

第2の4（16）

① 2の（20）①から④まで及び⑥を準用する。

② 指定特定施設入居者生活介護又は指定介護予防特定施設入居者生活介護を入居者に直接提供する職員とは、生活相談員、介護職員、看護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員を指すものとする。

○介護老人福祉施設

第2の5（36）

① 2の（20）①から④まで及び⑥を準用する。

② 指定介護福祉施設サービスを入所者に直接提供する職員とは、生活相談員、介護職員、看護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員を指すものとする。

○介護老人保健施設

第2の6（39）

① 2の（20）①から④まで及び⑥を準用する。

② 介護保健施設サービスを利用者に直接提供する職員とは、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士として勤務を行う職員を指すものとする。

○介護療養型医療施設

第2の7（33）

① 2の（20）①から④まで及び⑥を準用する。

② 指定介護療養施設サービスを利用者に直接提供する職員とは、看護職員、介護職員、理学療法士又は作業療法士として勤務を行う職員を指すものとする。

○介護医療院

第2の8（35）

① 2の（20）①から④まで及び⑥を準用する。

② 介護医療院サービスを利用者に直接提供する職員とは、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士として勤務を行う職員を指すものとする。

※ 介護予防サービスにおけるサービス提供体制強化加算については、「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）をご確認ください。

(参考)サービス提供体制強化加算の人材要件

サービス	要件	計算表
訪問入浴介護	<p>○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること</p> <p>I イ 介護福祉士が40%以上配置されていること 又は、介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の合計が60%以上配置されていること</p> <p>I ロ 介護福祉士が30%以上配置されていること 又は、介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の合計が50%以上配置されていること</p>	<p>計算表④</p> <p>計算表①</p>
訪問看護	<p>○ 研修等を実施しており、かつ、3年以上の勤続年数のあるものが30%以上配置されていること</p>	計算表②
訪問リハビリテーション	<p>○ 3年以上の勤続年数のあるものが配置されていること</p>	不 要
通所介護 通所リハビリテーション	<p>○ 次のいずれかに該当すること</p> <p>I イ 介護福祉士が50%以上配置されていること</p> <p>I ロ 介護福祉士が40%以上配置されていること</p> <p>II 3年以上の勤続年数のあるものが30%以上配置されていること</p>	<p>計算表④</p> <p>計算表①</p> <p>計算表②</p>
介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院 短期入所生活介護 短期入所療養介護 特定施設入居者生活介護	<p>○ 次のいずれかに該当すること</p> <p>I イ 介護福祉士が60%以上配置されていること</p> <p>I ロ 介護福祉士が50%以上配置されていること</p> <p>II 常勤職員が75%以上配置されていること</p> <p>III 3年以上の勤続年数のあるものが30%以上配置されていること</p>	<p>計算表④</p> <p>計算表①</p> <p>計算表③</p> <p>計算表②</p>

(注1)介護給付費算定に係る体制等に関する届出書の提出にあたっては、サービス提供体制強化加算に関する届出書(様式35号～41号)及び計算書①～④を添付してください。

(注2)「加算有り」から「加算無し」に変更する場合は、サービス提供体制強化加算に関する届出書(様式35号～41号)を除き添付書類は省略して差し支えありません。

サービス提供体制強化加算計算表①

1 当該事業所で、常勤職員が1か月に勤務する総時間数は何時間ですか？

※就業規則の範囲内で勤務した時間数の最大値を記入

4月	時間=[A]	10月	時間=[G]
5月	時間=[B]	11月	時間=[H]
6月	時間=[C]	12月	時間=[I]
7月	時間=[D]	1月	時間=[J]
8月	時間=[E]	2月	時間=[K]
9月	時間=[F]		

2 各月の、介護職員の総勤務時間数と有資格者の総勤務時間数の実績は何時間でしたか？実績数を元に、常勤換算により人数を計算してください。

※常勤換算人数の計算は小数点第2位以下切捨て

4月	介護職員の総勤務時間数	⇒(ア) =	時間
	(常勤換算人数の計算)	⇒(ア)÷[A]=	人(1)
	有資格者の総勤務時間数	⇒(イ) =	時間
5月	(常勤換算人数の計算)	⇒(イ)÷[A]=	人(2)
	介護職員の総勤務時間数	⇒(ウ) =	時間
	(常勤換算人数の計算)	⇒(ウ)÷[B]=	人(3)
6月	有資格者の総勤務時間数	⇒(エ) =	時間
	(常勤換算人数の計算)	⇒(エ)÷[B]=	人(4)
	介護職員の総勤務時間数	⇒(オ) =	時間
7月	(常勤換算人数の計算)	⇒(オ)÷[C]=	人(5)
	有資格者の総勤務時間数	⇒(カ) =	時間
	(常勤換算人数の計算)	⇒(カ)÷[C]=	人(6)
8月	介護職員の総勤務時間数	⇒(キ) =	時間
	(常勤換算人数の計算)	⇒(キ)÷[D]=	人(7)
	有資格者の総勤務時間数	⇒(ク) =	時間
9月	(常勤換算人数の計算)	⇒(ク)÷[D]=	人(8)
	介護職員の総勤務時間数	⇒(ケ) =	時間
	(常勤換算人数の計算)	⇒(ケ)÷[E]=	人(9)
10月	有資格者の総勤務時間数	⇒(コ) =	時間
	(常勤換算人数の計算)	⇒(コ)÷[E]=	人(10)
	介護職員の総勤務時間数	⇒(サ) =	時間
11月	(常勤換算人数の計算)	⇒(サ)÷[F]=	人(11)
	有資格者の総勤務時間数	⇒(シ) =	時間
	(常勤換算人数の計算)	⇒(シ)÷[F]=	人(12)
12月	介護職員の総勤務時間数	⇒(ス) =	時間
	(常勤換算人数の計算)	⇒(ス)÷[G]=	人(13)
	有資格者の総勤務時間数	⇒(セ) =	時間
1月	(常勤換算人数の計算)	⇒(セ)÷[G]=	人(14)
	介護職員の総勤務時間数	⇒(ソ) =	時間
	(常勤換算人数の計算)	⇒(ソ)÷[H]=	人(15)
2月	有資格者の総勤務時間数	⇒(タ) =	時間
	(常勤換算人数の計算)	⇒(タ)÷[H]=	人(16)
	介護職員の総勤務時間数	⇒(チ) =	時間
3月	(常勤換算人数の計算)	⇒(チ)÷[I]=	人(17)
	有資格者の総勤務時間数	⇒(ツ) =	時間
	(常勤換算人数の計算)	⇒(ツ)÷[I]=	人(18)
4月	介護職員の総勤務時間数	⇒(テ) =	時間
	(常勤換算人数の計算)	⇒(テ)÷[J]=	人(19)
	有資格者の総勤務時間数	⇒(ト) =	時間
5月	(常勤換算人数の計算)	⇒(ト)÷[J]=	人(20)
	介護職員の総勤務時間数	⇒(ナ) =	時間
	(常勤換算人数の計算)	⇒(ナ)÷[K]=	人(21)
6月	有資格者の総勤務時間数	⇒(ニ) =	時間
	(常勤換算人数の計算)	⇒(ニ)÷[K]=	人(22)

3 各月の常勤換算後の人数を転記してください。

	介護職員	有資格者
4月	(1)	(2)
5月	(3)	(4)
6月	(5)	(6)
7月	(7)	(8)
8月	(9)	(10)
9月	(11)	(12)
10月	(13)	(14)
11月	(15)	(16)
12月	(17)	(18)
1月	(19)	(20)
2月	(21)	(22)
合計	[L]	[M]

$$[L] \div \text{実績月数} [M] \div \text{実績月数}$$

1月当たりの平均値 [N] [O]

※小数点第2位以下切捨て

$$\frac{[O] \text{人}}{[N] \text{人}} \times 100\% = \text{[P]} \%$$

[P]の値がサービス種類ごとに定められる割合以上であれば算定できます。

サービス種類	割合(介護職員総数のうち)
訪問入浴介護	介護福祉士の割合30%以上 又は介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の占める割合が50%以上
通所介護 通所リハ	介護福祉士の割合40%以上
短期入所生活介護 短期入所療養介護 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院 特定施設入居者生活介護	介護福祉士の割合50%以上