

# 平成24年度介護報酬改定 について

平成24年3月28日

公益社団法人全国老人保健施設協会  
業務部長 出口 康雄

# 平成24年度介護報酬改定 の概要

# 平成24年度介護報酬改定(基本的考え方)

## 介護保険制度の基本理念

介護保険の目的は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となった人びとが「**尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う**」ことであり、介護保険給付の内容及び水準は、「**被保険者が要介護状態となった場合においても、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に配慮されなければならない。**」とされている。

## 基本認識

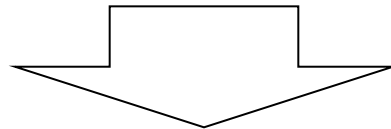
1. 地域包括ケアシステムの構築を推進するとともに、本年6月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴う新たな介護サービス等への対応、診療報酬との同時改定に伴う医療と介護の機能分化・連携を強化する。
2. また、本年6月の社会保障・税一体改革成案において描かれた、介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化に向けて、必要な措置を講じる。
3. さらに、現在の日本が置かれている厳しい社会経済状況や東日本大震災の影響など、介護保険制度を取り巻く環境にも広く配慮する。

介護保険制度の基本理念を追求するため、上記の基本的な認識の下で改定を実施。

# 介護報酬改定率について

- ・平成23年6月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴う**新たな介護サービス**※等への対応
- ・診療報酬との同時改定に伴う**医療と介護の機能分化・連携強化**などへの対応
- ・「**2025年(平成37年)のあるべき医療・介護の姿**」を念頭に

介護職員の処遇改善の確保、賃金、**物価の下落傾向**、**介護事業者の経営状況**、**地域包括ケアの推進**等を踏まえて、全体で1.2%の改定を行う



**介護報酬改定率 1.2%**

**(うち、在宅分1.0%、施設分0.2%)**

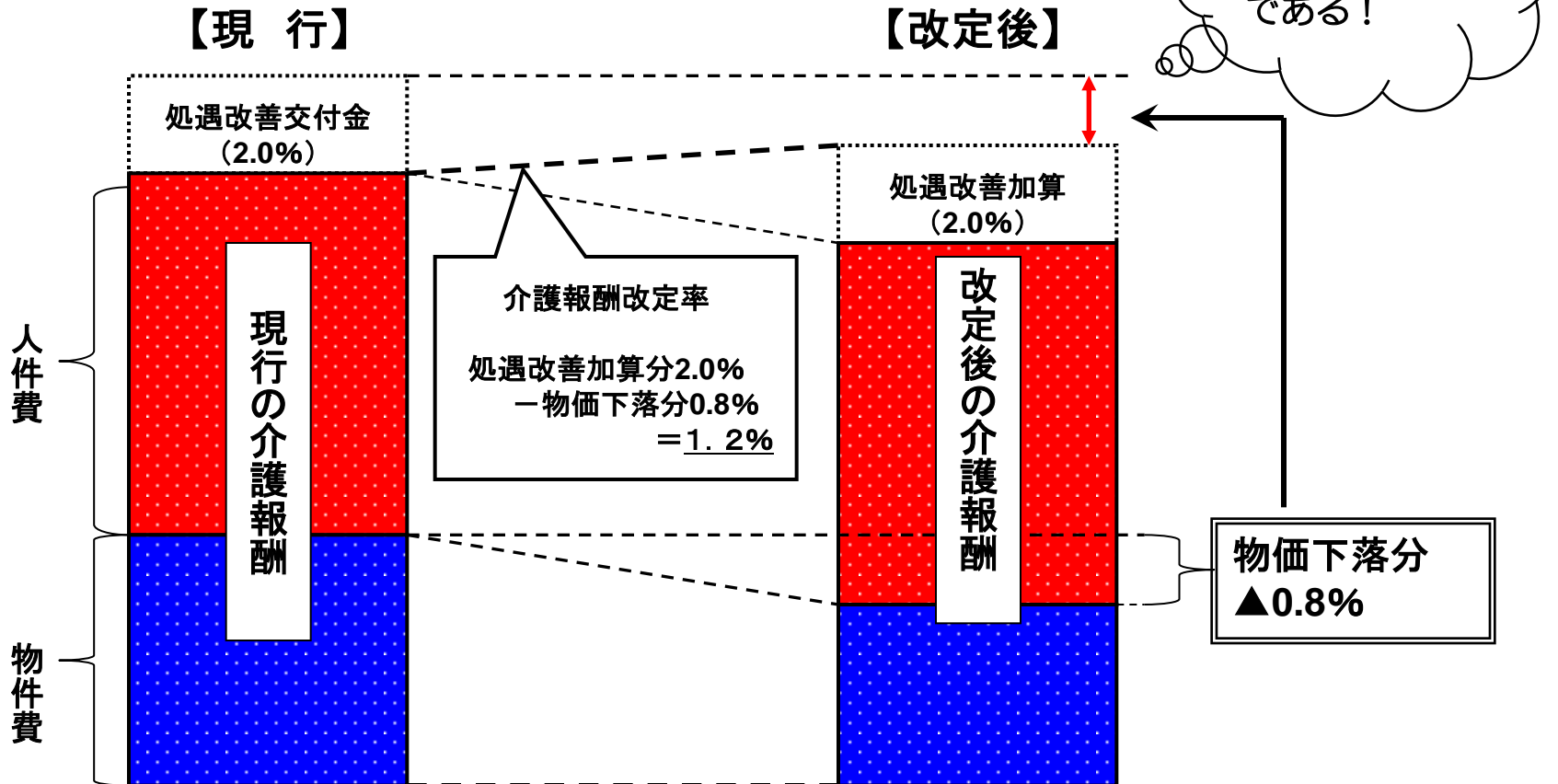
※新たな介護サービス： 定期巡回・随時対応サービス、複合型サービス

## (参考)各サービスの収支差率と賃金・物価の動向

サービスの種類	平成20年	平成23年	サービスの種類	平成20年	平成23年
介護老人福祉施設	3.4%	9.3%	通所介護	7.3%	11.6%
介護老人保健施設	7.3%	9.9%	通所リハビリテーション	4.5%	4.0%
介護療養型医療施設(病院)	3.2%	9.7%	短期入所生活介護	7.0%	5.6%
認知症対応型共同生活介護	9.7%	8.4%	福祉用具貸与	1.8%	6.0%
訪問介護	0.7%	5.1%	居宅介護支援	-17.0%	-2.6%
訪問入浴介護	1.5%	6.7%	小規模多機能型居宅介護	-8.0%	5.9%
訪問看護	2.7%	2.3%	特定施設入居者生活介護	4.4%	3.5%

	平成21年	平成22年	平成23年 (年度途中)	平成21～23年 累積
賃金	▲1.5%	0.2%	▲0.5%	▲1.8%
物価	▲1.7%	▲0.4%	▲0.4%	▲2.2%

## ■介護報酬改定率プラス1.2%(の考え方)



※ 物価の下落分(▲0.8%)を物件費に反映。人件費は現状維持(という説明)

介護報酬改定率

	2003年度 (平成15年)	2006年度 (平成18年)	2009年度 (平成21年)	2012年度 (平成24年)
改定率	▲2.3%	▲2.4%	+3.0%	+1.2%
在 宅	+0.1%	▲1.0%	+1.7%	+1.0%
施 設	▲4.0%	▲4.0%	+1.3%	+0.2%

※2006年度(平成18年)は、前年(平成17年)10月改定分を含む

# 平成24年度介護報酬改定のポイントについて

## 地域包括ケアの推進

### 1. 在宅サービスの充実と施設の重点化

中重度の要介護者が住み慣れた地域で在宅生活を継続できるようなサービスの適切な評価及び施設サービスの重点化。

- ・日中・夜間を通じた定期巡回・随時対応サービスの創設(新サービス)
- ・複合型サービス(小規模多機能+訪問看護)の創設(新サービス)
- ・緊急時の受入の評価(ショートステイ)
- ・認知症行動・心理症状への対応強化等(介護保険3施設)
- ・個室ユニット化の推進(特養、ショートステイ等)
- ・重度化への対応(特養、老健、グループホーム等) 等

### 2. 自立支援型サービスの強化と重点化

介護予防・重度化予防の観点から、リハビリテーション、機能訓練など自立支援型サービスの適切な評価及び重点化。

- ・訪問介護と訪問リハとの連携の推進
- ・短時間型通所リハにおける個別リハの充実(通所リハ)
- ・在宅復帰支援機能の強化(老健)
- ・機能訓練の充実(デイサービス)
- ・生活機能向上に資するサービスの重点化(予防給付) 等

### 3. 医療と介護の連携・機能分担

診療報酬との同時改定の機会に、医療と介護の連携・機能分担を推進。

- ・入院・退院時の情報共有や連携強化(ケアマネジメント、訪問看護等)
- ・看取りの対応の強化(グループホーム等)
- ・肺炎等への対応の強化(老健)
- ・地域連携パスの評価(老健) 等

### 4. 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ・介護職員処遇改善加算の創設
- ・人件費の地域差の適切な反映
- ・サービス提供責任者の質の向上 等



# 1. 在宅サービスの充実と施設の重点化

## ○定期巡回・随時対応サービスの創設

日中・夜間を通じて1日複数回の定期訪問と随時の対応を介護・看護が一体的に、又は密接に連携しながら提供するサービスであり、中重度者の在宅生活を可能にする上で重要な役割を担う。

### <基本報酬(1月につき)>

#### ①訪問看護サービスを利用する場合

要介護1 9,270単位、要介護2 13,920単位、要介護3 20,720単位、要介護4 25,310単位、要介護5 30,450単位

#### ②訪問看護サービスを利用しない場合

要介護1 6,670単位、要介護2 11,120単位、要介護3 17,800単位、要介護4 22,250単位、要介護5 26,700単位

## ○複合型サービス(小規模多機能型居宅介護+訪問看護)の創設

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を有した複合型サービスを創設する。

### <基本報酬(1月につき)>

要介護1 13,255単位、要介護2 18,150単位、要介護3 25,111単位、要介護4 28,347単位、要介護5 31,934単位

## ○緊急時の受入の評価(ショートステイ)

緊急時の円滑な受入れを促進する観点から、一定割合の空床を確保している事業所の体制(短期入所生活介護のみ)や、緊急時の受入の評価を行う。

#### ①短期入所生活介護

緊急短期入所体制確保加算(新規) ⇒ 40単位/日、緊急短期入所受入加算(新規) ⇒ 60単位/日

#### ②短期入所療養介護

緊急短期入所受入加算(新規) ⇒ 90単位/日

## ○認知症行動・心理症状への対応強化（介護保険3施設）

認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合の受入れについて評価を行う。

認知症行動・心理症状緊急対応加算（新規）⇒ 200単位／日

## ○個室ユニット化の更なる推進

①ユニット型個室、従来型個室、多床室の報酬水準の適正化（特養、ショートステイ）

②ユニット型個室の第3段階の利用者負担の軽減（介護保険3施設、ショートステイ）

第3段階・ユニット型個室の居住費負担限度額を、1月当たり約1万円減額。

## ○重度化への対応（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、グループホーム等）

施設等の重点化・機能強化等を図る観点から、要介護度別の報酬設定を行う。

## 2. 自立支援型サービスの強化と重点化

### ○訪問介護と訪問リハビリテーションとの連携の推進

利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、訪問リハビリテーション実施時にサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が同時に利用者宅を訪問し、両者の共同による訪問介護計画を作成することに対する評価

#### ①訪問介護

生活機能向上連携加算(新規) ⇒ 100単位/月(3ヶ月間算定可能)

#### ②訪問リハビリテーション

要訪問介護事業所のサービス提供者と連携した場合の加算(新規) ⇒ 300単位/回(3月に1回を限度に算定可能)

### ○短時間型通所リハにおける個別リハビリテーションの充実(通所リハビリテーション)

医療保険から介護保険の円滑な移行及び生活期におけるリハビリテーションを充実させる観点から、個別リハビリテーション実施加算の算定要件を見直す。

・所要時間1時間以上2時間未満において、個別リハビリテーション実施加算の1日複数回算定を可能とする

### ○訪問リハビリテーションの提供体制の充実

・訪問リハビリテーションに係る医師の診察頻度の見直し

指示を行う医師の診察の日から1月以内 ⇒ 指示を行う医師の診察の日から3月以内

・介護老人保健施設から提供する訪問リハビリテーションの要件を緩和

介護老人保健施設から提供する訪問リハビリテーションの実施を促進する観点から、病院・診療所から提供する訪問リハビリテーションと同様の要件に緩和。(診察の日から1月以内⇒3ヶ月ごとに診察を行った場合に継続的な訪問リハビリテーションの実施が可能)

### ○介護老人保健施設の在宅復帰支援機能の強化

在宅復帰支援型の介護老人保健施設を強化する観点から、在宅復帰の状況及びベッドの回転率を指標とした報酬体系の見直し等を行う。

・在宅復帰率及びベッドの回転率が高い施設をより評価した基本施設サービス費の創設

・在宅復帰・在宅療養支援機能加算の創設

在宅復帰・在宅療養支援機能加算(新規) ⇒ 21単位/日

・入所前に入所者の居宅を訪問し、早期退所に向けた計画を策定する場合を評価

入所前後訪問指導加算(新規) ⇒ 460単位/回<入所者1人につき1回を限度>

## ○生活援助の時間区分の見直し(訪問介護)

サービスの提供実態を踏まえるとともに、限られた人材の効果的活用を図り、適切なアセスメントとケアマネジメントに基づき、そのニーズに対応したサービスを効率的に提供する観点から、時間区分を見直し。

	20分以上45分未満	190単位/回		
30分以上60分未満	229単位/回	⇒	45分以上	235単位/回
60分以上	291単位/回			

また、身体介護に引き続き生活援助を行う場合も併せて時間区分を見直し

## ○機能訓練の充実(通所介護)

従来の個別機能訓練加算を再編し、利用者個別の心身の状況を重視した機能訓練(生活機能向上を目的とした訓練)を適切な体制で実施した場合を評価。

個別機能訓練加算(Ⅱ)(新規) ⇒ 50単位/日

## ○生活機能向上に資するサービスの重点化(予防給付)

### ①複数のプログラムを組み合わせて実施した場合の評価(介護予防通所介護及び介護予防通所リハ)

選択的サービス(運動器機能向上サービス、栄養改善サービス、口腔機能向上サービス)のうち、複数のプログラムを組み合わせて実施した場合の評価の創設

選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)(新規) ⇒ 480単位/月 <選択的サービスのうち2種類実施の場合>

選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)(新規) ⇒ 700単位/月 <選択的サービスのうち3種類実施の場合>

### ②事業所評価加算の評価及び算定要件の見直し(介護予防通所介護及び介護予防通所リハ)

事業所評価加算 100単位/月 ⇒ 120単位/月(選択的サービスを60%以上実施していることを算定要件に追加)

### ③生活機能向上グループ活動加算(介護予防通所介護)

アクティビティ実施加算を見直し、利用者の生活機能の向上を目的に、日常生活に直結したプログラムをグループで実施した場合を評価

生活機能向上グループ活動加算(新規) ⇒ 100単位/月(1週間に1回以上実施の場合)

### ④生活機能向上連携加算(介護予防訪問介護及び介護予防訪問リハ)【再掲】

訪問介護、訪問リハと同様

## ○重度化への対応(介護老人福祉施設、グループホーム等)【再掲】

施設等の重点化・機能強化等を図る観点から、要介護度別の報酬設定を行う。

## ○利用者の住居と同一の建物に所在する事業所に対する評価の適正化

【訪問系サービス:訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護】

サービス付き高齢者向け住宅等の建物と同一の建物に所在する事業所が、当該住宅等に居住する一定数以上の利用者に対し、サービスを提供する場合の評価を適正化する。

同一建物に対する減算 ⇒ 所定単位数に90/100を乗じた単位数を算定

＜算定要件＞

- ① 利用者が居住する建物と同一の建物(※)に事業所であって、当該住宅に居住する利用者に対して、前年度の月平均で30人以上にサービスを提供していること。(小規模多機能型居宅介護にあつては登録定員の80%以上)
- ② 当該住居に入居する利用者に行ったサービスに対してのみ減算を行うこと。  
(※)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、旧高齢者専用賃貸住宅

## 【通所系サービス:通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護】

通所サービス事業所と同一建物に居住する利用者については、真に送迎が必要な場合を除き、送迎分の評価の適正化を行う。

同一建物に対する減算 ⇒ 所定単位数から94単位/日を減じた単位数を算定

＜算定要件＞

- ① 事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から当該事業所に通い通所系サービスを利用する者であること。
- ② 傷病等により、一時的に送迎が必要な利用者、その他やむを得ず送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行う場合は減算を行わないこと。

## ○居宅療養管理指導を同一建物居住者に行う場合の適正化

医療保険との整合性を図る観点から、同一建物居住者に対して居宅療養管理指導を行う場合の評価を適正化する。

【医師が行う場合】	居宅療養管理指導費(I)	500単位/回	⇒	同一建物居住者に行う場合	450単位/回
	居宅療養管理指導費(II)	290単位/回	⇒	同一建物居住者に行う場合	261単位/回
【歯科医師が行う場合】	居宅療養管理指導費	500単位/回	⇒	同一建物居住者に行う場合	450単位/回
【看護師が行う場合】	居宅療養管理指導費	400単位/回	⇒	同一建物居住者に行う場合	360単位/回

### 3. 医療と介護の連携・機能分担

#### ○入院・退院時の情報共有や連携強化

##### 【ケアマネジメント】

##### ①医療連携加算の見直し

医療連携加算 150単位/月 ⇒ 入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位/月<病院又は診療所に訪問する場合>  
入院時情報連携加算(Ⅱ) 100単位/月<病院又は診療所に訪問しない場合>

##### ②退院・退所加算の見直し

退院・退所加算(Ⅰ) 400単位/月 ⇒ 退院・退所加算 300単位/回<入院等期間中に3回まで算定可能>  
退院・退所加算(Ⅱ) 600単位/月

##### ③緊急時等居宅カンファレンス加算の創設

病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員とともに利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合

緊急時等居宅カンファレンス加算(新規) ⇒ 200単位/回<1月に2回を限度として算定可能>

##### 【訪問看護、定期巡回・随時対応サービス、複合型サービス】

##### ④医療機関と共同した退院支援の評価

医療機関等からの退院後に、円滑に訪問看護が提供されるよう、入院中に訪問看護ステーション等の看護師等が医療機関と共同し、在宅での療養上必要な指導を行った場合の評価

退院時共同指導加算(新規) ⇒ 600単位/回

#### ○肺炎等への対応の強化(介護老人保健施設)

入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、肺炎や尿路感染症などの疾病を発症した場合における施設内での対応について評価する。

所定疾患施設療養費(新規) ⇒ 300単位/日<1回につき7日間を限度>

#### ○地域連携パスの評価(介護老人保健施設)

大腿骨頸部骨折及び脳卒中について、地域連携診療計画に係る医療機関から利用者を受け入れた場合について評価する。

地域連携診療計画情報提供加算(新規) ⇒ 300単位/回<入所者1人につき1回を限度>

## ○看取り対応の強化（単位及び算定要件の見直し）

		特定施設 入居者 生活介護 【看取り介護 加算】	認知症対応型 共同生活介護 【看取り介護加算】	介護老人 福祉施設 【看取り 介護加算】	介護老人 保健施設 【ターミナル ケア加算】	介護療養型 老人保健施設 【ターミナル ケア加算】	訪問看護（※） 【ターミナル ケア加算】
算定期間	死亡日	—	80単位/日	1,280単位/日	315単位/日	315単位/日	2,000単位/死亡月
	死亡前日～前々日			680単位/日			
	死亡4日～14日前			80単位/日			
	死亡15日～30日前			200単位/日			

改定後

算定期間	死亡日	1,280単位/日	1,280単位/日	1,280単位/日	1,650単位/日	1,700単位/日	2,000単位/死亡月
	死亡前日～前々日	680単位/日	680単位/日	680単位/日	820単位/日	850単位/日	
	死亡4日～30日前	80単位/日	80単位/日	80単位/日	160単位/日	160単位/日	
算定要件に係る 主な見直し		夜間看護体制 加算の算定が必要	「共同して介護を行う 看護師は、当該事業所 の職員又は当該事業所 と密接な連携を確保でき る範囲内の距離にある 病院・診療所・訪問看護 ステーションの職員に限 る。」との規定を追加	—	—	「入所している施 設又は当該入 所の居室におけ る死亡に限る」 との規定を削除 【要件緩和】	「死亡日前14日以内に2 回以上のターミナルケア の実施した場合」との規 定を、「死亡日及び死亡 日前14日以内に2日以 上のターミナルケアの実 施した場合」に変更 【要件緩和】

※定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスについても同様

（参考）介護老人福祉施設の配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合について、診療報酬において評価を行う。

## ○介護職員のたんの吸引等の実施（訪問介護、訪問看護、特養）

### ①訪問介護及び特養における加算の算定要件の見直し

訪問介護における特定事業所加算及び特養における日常生活継続支援加算の算定要件に、たんの吸引等が必要な者を追加

### ②訪問看護

訪問介護事業所と連携した利用者に係る計画作成の支援等について評価  
看護・介護職員連携加算（新規）⇒ 250単位/月

## 4. 介護人材の確保とサービスの質の向上

### ○介護職員処遇改善加算の創設(共通事項)

介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、経過的な取扱として、介護職員処遇改善加算を創設する。なお、次期介護報酬改定において、各サービスの基本サービス費において適切に評価を行う。

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(新規) ⇒ 所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数を算定

介護職員処遇改善加算(Ⅱ)(新規) ⇒ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の90/100

介護職員処遇改善加算(Ⅲ)(新規) ⇒ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の80/100

※加算率は、介護職員処遇改善交付金の交付率と同率

※対象範囲及び算定要件は、介護職員処遇改善交付金の対象範囲及び交付要件と同様の考え方を設定予定)

### ○人件費の地域差の適切な反映(共通事項)

①国家公務員の地域手当に準じ、地域割りの区分を7区分に見直すとともに、適用地域、上乘せ割合について見直しを行う。

②適用地域について、国の官署が所在しない地域等においては、診療報酬における地域加算の対象地域の設定の考え方を踏襲する見直しを行う。

③介護事業経営実態調査の結果等を踏まえ、サービス毎の人件費割合についても見直しを行う。  
訪問看護 55% ⇒ 70%

④報酬単価の大幅な変更を緩和する観点から、平成26年度末までの経過措置等を設定する。

見直し後の適用地域と現行の適用地域を比較した場合、区分の差が2区分以上乖離する地域を対象に、現行の適用地域から1区分高い若しくは低い区分に見直しを行う。

各自治体からの要望を踏まえ、上乘せ割合が低い区分にとどまることを経過措置として認めるとともに、高い区分への変更は国家公務員の地域手当の区分相当まで変更を認める。

### ○サービス提供責任者の質の向上(訪問介護)

サービス提供責任者の任用要件のうち「2級課程の研修を修了した者であって、3年以上介護等の業務に従事した者」をサービス提供責任者として配置している事業所に対する評価を適正化

⇒ 所定単位数に90/100を乗じた単位数を算定

※ 平成25年3月末までの間、現に従事する者に対する経過措置を設ける。



# 介護職員処遇改善加算の創設について

## 1. 介護職員処遇改善加算の要件

- 介護職員処遇改善交付金の効果を維持するため、介護報酬において介護職員処遇改善加算を創設。
- 交付要件は、現行の処遇改善交付金と同様。
  - ・ 賃金改善計画の策定、介護職員の資質向上の取組 等

## 2. 加算額

- 現行の処遇改善交付金の交付率と同率の加算率を介護報酬総額に乗じた加算額を事業所に交付し、介護職員の賃金改善を図る。
- 主なサービスの加算率は以下のとおり。

サービス名	訪問介護	通所介護	小規模 多機能	グループ ホーム	特養	老健施設
加算率	4.0%	1.9%	4.2%	3.9%	2.5%	1.5%

- 当該加算は、区分支給限度基準額の算定対象から除外する。

# 介護報酬の地域区分の見直しについて

〈現行〉

(単位円)

		地域区分 (上乘せ割合)				
		特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
		15%	10%	6%	5%	0%
人件費割合	70%	11.05	10.70	10.42	10.35	10
	55%	10.83	10.55	10.33	10.28	10
	45%	10.68	10.45	10.27	10.23	10

人件費割合 70% のサービス	訪問介護／訪問入浴介護／居宅介護支援／夜間対応型訪問介護
人件費割合 55% のサービス	訪問看護／訪問リハビリテーション／通所リハビリテーション／認知症対応型通所介護／小規模多機能型居宅介護
人件費割合 45% のサービス	通所介護／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／認知症対応型共同生活介護／地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護／地域密着型特定施設入居者生活介護／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



〈見直し後〉

		地域区分 (上乘せ割合)						
		1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	その他
		18%	15%	12%	10%	6%	3%	0%
人件費割合	70%	11.26	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10
	55%	10.99	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10
	45%	10.81	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10

人件費割合 70% のサービス	訪問介護／訪問入浴介護／訪問看護／居宅介護支援／定期巡回・随時対応型訪問介護看護／夜間対応型訪問介護
人件費割合 55% のサービス	訪問リハビリテーション／通所リハビリテーション／認知症対応型通所介護／小規模多機能型居宅介護／複合型サービス
人件費割合 45% のサービス	通所介護／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／認知症対応型共同生活介護／地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護／地域密着型特定施設入居者生活介護／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



# <地域区分ごとの適用地域：神奈川版>

平成24年度から平成26年度までの間の地域区分の適用地域

	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	その他
上乗せ割合	18%	15%	12%	10%	6%	3%	0%
地域 (神奈川県)		鎌倉市	横浜市 川崎市	横須賀市	相模原市 平塚市 藤沢市 茅ヶ崎市 逗子市 厚木市 大和市 伊勢原市 海老名市 座間市 綾瀬市 葉山町 寒川町	小田原市 三浦市 秦野市 二宮町 中井町 大井町 山北町 箱根町 愛川町 清川町	その他

# 介護老人保健施設と主な併設サービスの 改定ポイントについて

※ この資料は平成24年3月12日開催の「平成24年度介護報酬改定説明会」で使用した資料に、3月16日付「『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』等の一部改正等について」、「平成24年度介護報酬改定に関する関係Q&A」の内容を追加したものです。

# 運営基準・介護報酬基準はこのような階層になっています

## 運営基準

### ・基準省令

居宅サービス …平成11年 厚生省令第37号  
介護予防 …平成18年 厚生労働省令第35号  
施設サービス …平成11年 厚生省令第40号

※人員、施設及び設備並びに運営に関する基準



### ・解釈通知

居宅サービス } …平成11年老企第25号  
介護予防 }  
施設サービス } …平成12年老企第44号

※基準省令の解釈通知

## 介護報酬基準

これが原則論

### ・基準告示

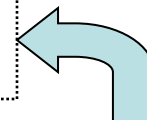
居宅サービス …平成12年 厚生省告示第19号  
介護予防 …平成18年 厚生労働省令第35号  
施設サービス …平成12年 厚生省告示令第21号



基準告示の説明

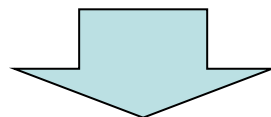
### ・留意事項通知

居宅サービス …平成12年 老企第36号  
介護予防 …平成18年 老計発第0317001号・  
老老発第0317001号  
施設サービス …平成12年 老企第40号



### ・関係告示

※「厚生労働大臣が定める基準」など、いわゆる『別告』



・局長通知、課長通知、事務連絡(Q&A含む) など…

Q&Aは、あくまで補足です

# 運営基準・介護報酬基準を読むときは、 「並び方のルール」を覚えておくと便利です

## 並び方のルール①

- 1) 居宅
  - (i) 訪問
  - (ii) 通所
  - (iii) 短期入所
- 2) 居宅介護支援
- 3) 施設
- 4) 介護予防
- 5) 地域密着型

## 並び方のルール②

- 1) 福祉
- 2) 保健
- 3) 医療

## 例えば... 「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」の場合

◎届出手続きの運用

◎通則

- ・端数処理、入所日数の数え方
- ・サービス種類相互の算定関係
- ・入所日・退所日の算定 等

共通ルールの説明

1. 訪問介護
2. 訪問入浴介護
3. 訪問看護
4. 訪問リハビリテーション
5. 居宅療養管理指導
6. 通所介護
7. 通所リハビリテーション
8. 短期入所生活介護
9. 短期入所療養介護

「～を準用する」

同じ加算等がある場合は、先に出てくるサービスの記載事項を準用します

「サービス提供体制加算」など

## 【基準告示】

### 居宅サービス(平成12年 厚生省告示第19号)

別表

指定居宅サービス介護給付費単位数表

1. 訪問介護費
2. 訪問入浴介護費
3. 訪問看護費
4. 訪問リハビリテーション費
5. 居宅療養管理指導費
6. 通所介護費
7. 通所リハビリテーション費
8. 短期入所生活介護費
9. 短期入所療養介護費
10. 特定施設入居者生活介護費
11. 福祉用具貸与費

### 居宅介護支援(平成12年 厚生省告示第20号)

別表

指定居宅介護支援介護給付費単位数表

居宅介護支援費

### 施設サービス(平成12年 厚生省告示令第21号)

別表

指定施設サービス等介護給付費単位数表

1. 介護福祉施設サービス
2. 介護保健施設サービス
3. 介護療養施設サービス

## 【留意事項通知】

指定居宅サービス(訪問通所、居宅療養管理及び福祉用具)及び指定居宅介護支援(平成12年 老企第36号)

第一 届出手順の運用

第二 居宅サービス単位数表に関する事項

1 通則 …端数処理やサービス種類相互の算定関係について

- 2 訪問介護費
- 3 訪問入浴介護費
- 4 訪問看護費
- 5 訪問リハビリテーション費
- 6 居宅療養管理指導費
- 7 通所介護費
- 8 通所リハビリテーション費
- 9 福祉用具貸与費

第三 居宅介護支援費に関する事項

指定居宅サービス(短期入所及び特定施設入居者生活介護)及び指定施設サービス(平成12年 老企第40号)

第一 届出手順の運用

第二 居宅サービス単位数表及び施設サービス単位数表

1 通則 …端数処理や定員超過、常勤換算の算定方法など

- 2 短期入所生活介護費
- 3 短期入所療養介護費
- 4 特定施設入居者生活介護費
- 5 介護福祉施設サービス
- 6 介護保健施設サービス
- 7 介護療養施設サービス

3()を準用するとあれば短期入所、  
5()を準用するとあれば福祉施設の項を見ればよい!



# 介護老人保健施設の基本サービス費

施設サービス、短期入所療養介護

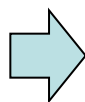
# 介護老人保健施設の基本サービス費①（施設サービス）

## 介護保健施設サービス費（I）…従来型老健施設

### ■従来型個室

#### 【介護保健施設サービス費（i）】

要介護1	734単位/日
要介護2	783単位/日
要介護3	836単位/日
要介護4	890単位/日
要介護5	943単位/日



#### 【介護保健施設サービス費（i）】

要介護1	710単位/日 (▲3.3%)
要介護2	757単位/日 (▲3.3%)
要介護3	820単位/日 (▲1.9%)
要介護4	872単位/日 (▲2.0%)
要介護5	925単位/日 (▲1.9%)

（新規）

#### 【介護保健施設サービス費（ii）】

要介護1	739単位/日
要介護2	811単位/日
要介護3	873単位/日
要介護4	930単位/日
要介護5	985単位/日

在宅強化型  
（新規）

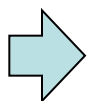
# 介護老人保健施設の基本サービス費②（施設サービス）

## 介護保健施設サービス費（I）…従来型老健施設

### ■多床室

#### 【介護保健施設サービス費（ii）】

要介護1	813単位/日
要介護2	862単位/日
要介護3	915単位/日
要介護4	969単位/日
要介護5	1,022単位/日



#### 【介護保健施設サービス費（iii）】

要介護1	786単位/日 (▲3.3%)
要介護2	834単位/日 (▲3.2%)
要介護3	897単位/日 (▲2.0%)
要介護4	950単位/日 (▲2.0%)
要介護5	1,003単位/日 (▲1.9%)

（新規）

#### 【介護保健施設サービス費（iv）】

要介護1	819単位/日
要介護2	893単位/日
要介護3	956単位/日
要介護4	1,012単位/日
要介護5	1,068単位/日

在宅強化型  
（新規）

# 介護老人保健施設の基本サービス費③（施設サービス）

## ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ） …従来型老健施設

### ■ユニット型個室、ユニット型準個室

【ユニット型介護保健施設サービス費（ⅰ）】

【ユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）】

要介護1	816単位/日
要介護2	865単位/日
要介護3	918単位/日
要介護4	972単位/日
要介護5	1,025単位/日



【ユニット型介護保健施設サービス費（ⅰ）】

【ユニット型介護保健施設サービス費（ⅲ）】

要介護1	789単位/日 (▲3.3%)
要介護2	836単位/日 (▲3.4%)
要介護3	900単位/日 (▲2.0%)
要介護4	953単位/日 (▲2.0%)
要介護5	1,006単位/日 (▲1.9%)

（新規）

【ユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）】

【ユニット型介護保健施設サービス費（ⅳ）】

要介護1	822単位/日
要介護2	896単位/日
要介護3	959単位/日
要介護4	1,015単位/日
要介護5	1,071単位/日

在宅強化型  
（新規）

# 短期入所療養介護の基本サービス費①

## 介護老人保健施設短期入所療養介護費 …従来型老健施設

### ■従来型個室

#### <介護老人保健施設

#### 短期入所療養介護費(i)>

要介護1	746単位/日
要介護2	795単位/日
要介護3	848単位/日
要介護4	902単位/日
要介護5	955単位/日



#### <介護老人保健施設

#### 短期入所療養介護費(i)>

要介護1	750単位/日 (+0.5%)
要介護2	797単位/日 (+0.3%)
要介護3	860単位/日 (+1.4%)
要介護4	912単位/日 (+1.1%)
要介護5	965単位/日 (+1.0%)

(新規)

#### <介護老人保健施設

#### 短期入所療養介護費(ii)>

要介護1	779単位/日
要介護2	851単位/日
要介護3	913単位/日
要介護4	970単位/日
要介護5	1,025単位/日

在宅強化型  
(新規)

## 短期入所療養介護の基本サービス費②

### 介護老人保健施設短期入所療養介護費 …従来型老健施設

#### ■多床室

##### <介護老人保健施設

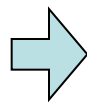
##### 短期入所療養介護費(ii)>

要介護1	845単位/日
要介護2	894単位/日
要介護3	947単位/日
要介護4	1,001単位/日
要介護5	1,054単位/日

##### <介護老人保健施設

##### 短期入所療養介護費(ii)>

要介護1	826単位/日	(▲2.2%)
要介護2	874単位/日	(▲2.2%)
要介護3	937単位/日	(▲1.1%)
要介護4	990単位/日	(▲1.1%)
要介護5	1,043単位/日	(▲1.0%)



##### <介護老人保健施設

##### 短期入所療養介護費(iv)>

要介護1	859単位/日
要介護2	933単位/日
要介護3	996単位/日
要介護4	1,052単位/日
要介護5	1,108単位/日

(新規)

在宅強化型  
(新規)

# 短期入所療養介護の基本サービス費③

## ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 …従来型老健施設

### ■ユニット型個室、ユニット型準個室

＜ユニット型介護老人保健施設

短期入所療養介護費(i)＞

＜ユニット型介護老人保健施設

短期入所療養介護費(ii)＞

要介護1 848単位/日

要介護2 897単位/日

要介護3 950単位/日

要介護4 1,004単位/日

要介護5 1,057単位/日



＜ユニット型介護老人保健施設

短期入所療養介護費(i)＞

＜ユニット型介護老人保健施設

短期入所療養介護費(iii)＞

要介護1 829単位/日 (▲2.2%)

要介護2 876単位/日 (▲2.3%)

要介護3 940単位/日 (▲1.1%)

要介護4 993単位/日 (▲1.1%)

要介護5 1,046単位/日 (▲1.0%)

＜ユニット型介護老人保健施設

短期入所療養介護費(ii)＞

＜ユニット型介護老人保健施設

短期入所療養介護費(iv)＞

要介護1 862単位/日

要介護2 936単位/日

要介護3 999単位/日

要介護4 1,055単位/日

要介護5 1,111単位/日

(新規)

在宅強化型  
(新規)

## 【参考】基本サービス費の比較表

		介護老人保健施設 【介護保健施設サービス費(Ⅰ)】					介護老人福祉施設 【介護福祉施設サービス費(Ⅰ)】				介護療養型医療施設 【療養型介護療養施設サービス費(Ⅰ)】(看護6:1介護4:1)			
		(ⅰ)・(ⅲ)			(ⅱ)・(ⅳ)		備考	現	新	現との差	備考	現	新	現との差
		現	新	現との差	新	現との差								
従来型個室	要介護1	734	710	-3.3%	739	0.7%	従来型個室	589	577	-2.0%	従来型個室	683	670	-1.9%
	要介護2	783	757	-3.3%	811	3.6%		660	647	-2.0%		793	778	-1.9%
	要介護3	836	820	-1.9%	873	4.4%		730	719	-1.5%		1,031	1,011	-1.9%
	要介護4	890	872	-2.0%	930	4.5%		801	789	-1.5%		1,132	1,111	-1.9%
	要介護5	943	925	-1.9%	985	4.5%		871	858	-1.5%		1,223	1,200	-1.9%
多床室	要介護1	813	786	-3.3%	819	0.7%	多床室	651	630	-3.2%	多床室	794	779	-1.9%
	要介護2	862	834	-3.2%	893	3.6%		722	699	-3.2%		904	887	-1.9%
	要介護3	915	897	-2.0%	956	4.5%		792	770	-2.8%		1,142	1,120	-1.9%
	要介護4	969	950	-2.0%	1,012	4.4%		863	839	-2.8%		1,243	1,219	-1.9%
	要介護5	1,022	1,003	-1.9%	1,068	4.5%		933	907	-2.8%		1,334	1,309	-1.9%
ユニット型個室、ユニット型準個室	要介護1	816	789	-3.3%	822	0.7%	ユニット型個室、ユニット型準個室	669	659	-1.5%	ユニット型個室、ユニット型準個室	797	782	-1.9%
	要介護2	865	836	-3.4%	896	3.6%		740	729	-1.5%		907	890	-1.9%
	要介護3	918	900	-2.0%	959	4.5%		810	802	-1.0%		1,145	1,123	-1.9%
	要介護4	972	953	-2.0%	1,015	4.4%		881	872	-1.0%		1,246	1,222	-1.9%
	要介護5	1,025	1,006	-1.9%	1,071	4.5%		941	941	0.0%		1,337	1,312	-1.9%



1. 体制要件
  2. 在宅復帰要件
  3. ベッド回転率要件
  4. 重度者要件
  5. その他の要件
- ・所定単位数の算定区分

## 在宅強化型の算定要件(施設サービス、短期入所療養介護 共通)(新規)

### 【体制要件】

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を適切に配置していること。

(留意事項(老企第40号)3(1)②ロa参照)

理学療法士等の適切な配置とは、理学療法士等と医師、看護職員、支援相談員、栄養士、介護支援専門員等が協力して在宅復帰に向けた施設サービス計画を策定できる体制を整備していることをいう。

PT・OT・STの加配を  
求めるものではない

# 在宅強化型の算定要件(施設サービス、短期入所療養介護 共通)(新規)

## 【在宅復帰要件】

- ・ 算定日が属する月の前6月間において当該施設から退所した者の総数(当該施設内で死亡した者を除く。)のうち、在宅※において介護を受けることとなったもの(入所期間が1月以上のものに限る。)の占める割合が100分の50を超えていること。
- ・ 入所者の退所後30日以内(当該入所者が要介護4又は要介護5である場合は14日以内)に、当該施設の従業者が居宅を訪問し、又は居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、退所者の在宅における生活が1月以上(当該入所者が要介護4又は要介護5である場合は14日以上)、継続する見込みであること。

## ※在宅の定義

死亡退所は、分子・分母とも含まない

	退所先									死亡退所
	自宅	医療機関 ・病院 ・診療所	介護保険施設 (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)	グループホーム (認知症対応型 共同生活介護)	有料老人 ホーム	ケアハウ ス	軽費老人 ホーム	養護老人 ホーム	高齢者向 け住宅	
算定要件の 分子に含まれるもの	○	×	×	○	○	○	○	○	○	×
算定要件の 分母に含まれるもの	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×

## (留意事項(老企第40号)3(1)②ロb参照)

- ・ 在宅とは、自宅その他自宅に類する住まいである有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム及びサービス付き高齢者向け住宅等を含むものである。
- ・ なお、当該施設から退所した入所者の総数には、短期入所療養介護の利用者は含まない。

## 在宅強化型の算定要件(施設サービス、短期入所療養介護 共通)(新規)

### 【ベッド回転率要件】

- ・ 30.4を入所者の平均在所日数※で除して得た数が0.1以上であること。

$$30.4 \div \text{「平均在所日数※」} \geq 0.1$$

304日で  
0.1となる

365日 ÷ 12ヶ月 = 30.41

(H24.2.23.「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」での説明)

- ・ 老健施設には在宅復帰機能を発揮してもらうため、回転率と在宅復帰率で評価することとした。
- ・ 特養が少ない地域の老健施設などで、やむを得ず長期入所の利用者を受入れていることも想定されるが、長期入所の利用者により回転率に影響を及ぼさないような計算式とした。
- ・ 回転率を要件に加えたとしても、長期入所者を無理に退所させるようなことにはならない計算方法を採用している点を認識していただきたい。

## 平均在所日数の考え方

(留意事項(老企第40号)3(1)②ロc参照)

平均在所日数については、直近三月間の数値を用いて、以下の式により計算

(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数

(i) 当該施設における直近三月間の入所者延日数

(ii) (当該施設における当該三月間の新規入所者数

+ 当該施設における当該三月間の新規退所者数) ÷ 2

(b) 入所者とは、毎日二十四時現在当該施設に入所中の者をいい、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含む。

(c) 新規入所者数とは当該三月間に新たに入所した者の数をいう。  
当該三カ月以前から入所していた者は、新規入所者数には算定しない。  
施設を退所後、再入所した者は、新規入所者として取り扱う。

(d) 新規退所者数とは、当該三月間に退所した者の数をいう。  
当該施設において死亡した者及び医療機関へ退所した者は、新規退所者を含む。

## (参考) 平均在所日数の考え方

$$\text{平均在所日数} = \frac{\text{当該施設における直近三月間の入所者延日数}}{(\text{当該三月間の新規入所者数} + \text{当該三月間の新規退所者数}) \div 2}$$

### 【要確認】

青字が正しい(市販の請求ソフトでは、現在、赤字で計算式が組まれている場合がある!)

① 分子は、「直近三月間」の入所者延日数

⇔ 入所した日から現在までの入所日数ではない

Ex) 一年前に入所した者の日数は

直近三月(例えば4月～6月)の日数 → 91日

入所した日から現在 → 365日

② 分母は、「(新規入所者数 + 新規退所者数) ÷ 2」

⇔ 現在の入所者数ではない

Ex) 定員100の施設において

10人入所があって10人退所があった場合は  $(10 + 10) \div 2 = 10$

現在の入所者数とした場合は、満床であれば 100

## 在宅強化型の算定要件(施設サービス、短期入所療養介護 共通)(新規)

### 【重度者要件】(以下のいずれかである場合)

- ・ 算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、要介護4又は要介護5である者の占める割合が35%以上であること。
- ・ 算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合が10%以上又は経管栄養が実施された者の占める割合が10%以上であること。

### 入所者の割合の算出方法 (留意事項(老企第40号)3(1)②ロd参照)

(a)に掲げる数÷(b)に掲げる数

#### (a) 直近三月間の入所者ごとの

- ・ 要介護四若しくは要介護五に該当する入所者延日数
- ・ 喀痰吸引を必要とする入所者延日数 又は
- ・ 経管栄養を必要とする入所者延日数

(b) 当該施設における直近三月間の入所者延日数

【その他の要件】(留意事項(老企第40号)3(1)②ロe~g参照)

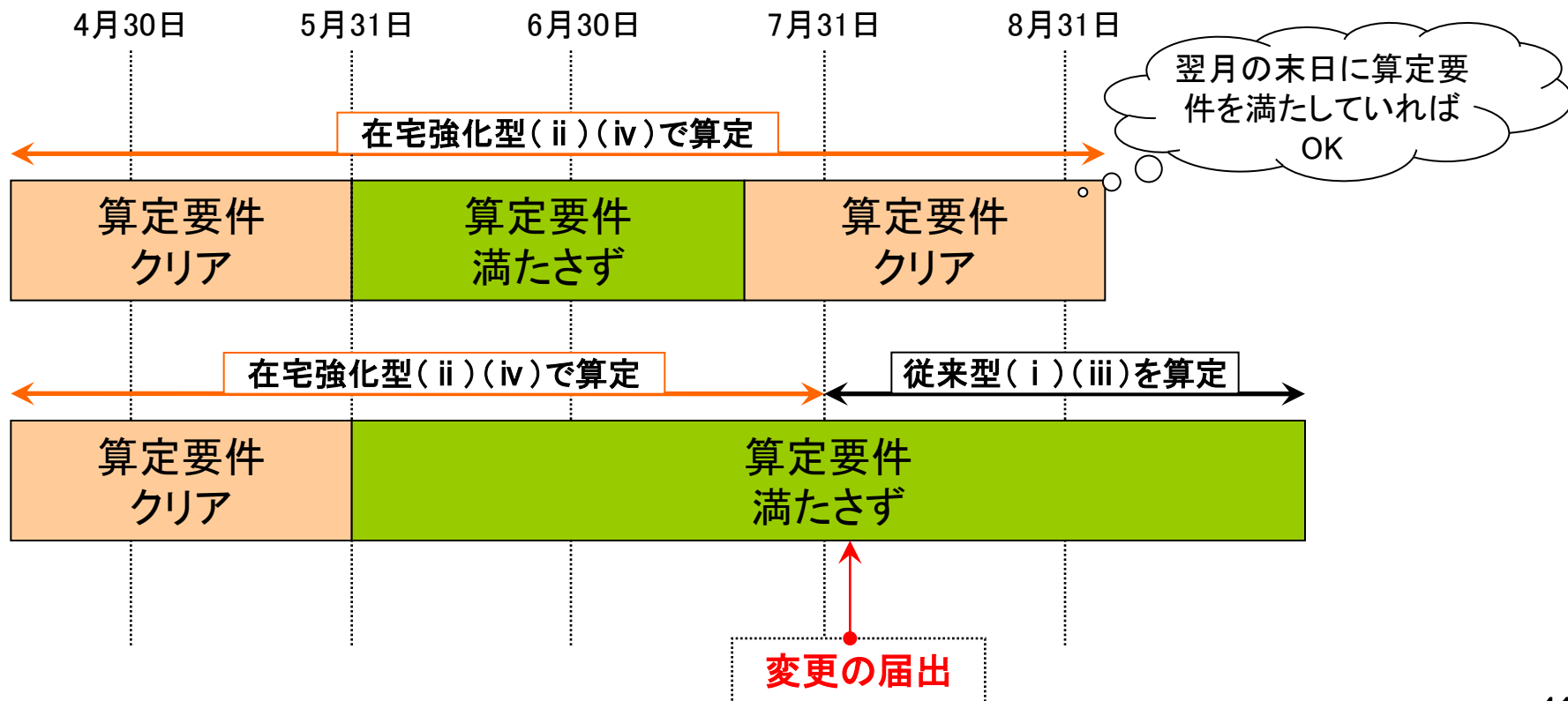
- ・ 入所者が在宅へ退所するに当たっては、当該入所者及びその家族に対して、退所後の居宅サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて指導を行うこと。
- ・ 本人家族に対する指導の内容は次のようなものであること。
  - (a)食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
  - (b)退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位交換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導
  - (c)家屋の改善の指導
  - (d)退所する者の介助方法に関する指導
- ・ 当該基本サービス費を算定した場合は、算定根拠等の関係書類を整備しておくこと。



# 在宅強化型の算定要件(施設サービス、短期入所療養介護 共通)(新規)

所定単位数の算定区分 (留意事項(老企第40号)3(1)②イ参照)

- ・ 月の末日において、それぞれの算定区分に係る施設基準を満たさない場合は、当該施設基準を満たさなくなった月の翌々月に変更の届出を行う。
- ・ ただし、(基準を満たさなくなった月の)翌月の末日において当該施設基準を満たしている場合を除く。



# 在宅強化型の介護老人保健施設に関するQ&A(施設、短期入所療養介護共通)

(問198) 平成24年度介護報酬改定において新設された介護保健施設サービス費(I)の介護保健施設サービス費(ii)又は(iv)を算定する介護老人保健施設(以下、「在宅強化型の介護老人保健施設」という。)における「在宅において介護を受けることとなったものの占める割合」、「30.4を当該施設の入所者の平均在所日数で除して得た数」、「要介護4及び要介護5の者の占める割合」などの要件については、都道府県への届出を毎月行う必要があるのか。

(答) 届出内容に変更がなければ毎月の届出は不要である。

(問199) 在宅強化型の介護老人保健施設の要件における「算定日が属する月の前6月間」及び「算定日が属する月の前3月間」とはどの範囲なのか。

(答) 在宅強化型の介護老人保健施設においては、届出が受理された日が属する月の翌月(届出が受理された日が月の初日である場合は当該月)から算定を開始するものであり、「算定日が属する月の前6月間」又は「算定日が属する月の前3月間」とは、算定を開始する月の前月を含む前6月間又は前3月間のことをいう。

ただし、算定を開始する月の前月末の状況を届け出ることが困難である場合は、算定を開始する月の前々月末までの状況に基づき前月に届出を行う取扱いとしても差し支えない。

なお、在宅復帰・在宅療養支援機能加算及び介護療養型老人保健施設の基本施設サービス費についても同様の取扱いである。

(参考)平成24年6月から算定を開始する場合

・算定日が属する月の前6月間…平成23年12月から平成24年5月まで

注: 算定を開始する月の前月末の状況を届け出ることが困難である場合は、平成23年11月から平成24年4月まで

・算定日が属する月の前3月間…平成24年3月から5月まで

注: 算定を開始する月の前月末の状況を届け出ることが困難である場合は、平成24年2月から4月まで

## 在宅強化型の介護老人保健施設に関するQ&A(施設、短期入所療養介護共通)

(問200) 平均在所日数における退所者には、医療機関へ入院した者も含むのか。

(答) 医療機関へ入院した者も含む。退所先は問わない。

(問201) 平均在所日数の計算方法における「入所者延日数」とはどのように計算するのか。

(答) 入所者延日数とは、直近3月間の日々の入所者数(毎日24時時点で当該施設に入所中の者(当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含む。))を合算したものである。

(問202) 「在宅において介護を受けることとなったものの占める割合」、「30.4を当該施設の入所者の平均在所日数で除して得た数」、「要介護4及び要介護5の者の占める割合」などの算出において、短期入所療養介護の利用者についても、入所者に含むのか。

(答) 短期入所療養介護の利用者は含まない。

(問203) 平成24年度介護報酬改定において新設された在宅強化型の介護老人保健施設の要件を満たさなくなった場合は、基本施設サービス費の算定はどのように取り扱うのか。

(答) 要件を満たさなくなった場合、その翌月は、その要件を満たすものとなるよう必要な対応を行うこととし、それでも満たさない場合には、満たさなくなった翌々月に届出を行い、当該届出を行った月から従来型の介護老人保健施設の基本施設サービス費(介護保健施設サービス費(I)の介護保健施設サービス費(i)又は(iii))を算定する。なお、満たさなくなった翌月末において、要件を満たした場合には、翌々月の届出は不要である。

また、在宅強化型から従来型の介護老人保健施設の基本施設サービス費を算定することに変更になった場合、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の算定要件を満たせば、届出が受理された日が属する月の翌月(届出が受理された日が月の初日である場合は当該月)から在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定できる。

## 在宅強化型の介護老人保健施設に関するQ&A(施設、短期入所療養介護共通)

(問204) 「在宅において介護を受けることになったもの」とは、退所してそのままショートステイを利用する場合も含むのか。

(答) 「在宅において介護を受けることとなったものの占める割合」の要件は、入所者が在宅において介護を受けることを評価したものであることから、居宅サービスを利用することは問題ないが、退所後、直接短期入所生活介護又は短期入所療養介護等のショートステイを利用する場合など、実際には在宅で介護を受けないことが見込まれる場合は含まれない。

(問205) 在宅強化型の介護老人保健施設の算定要件において、前3月における入所者のうち、喀痰吸引を必要とする者と経管栄養を必要とする者の合計の占める割合が10%以上であれば当該要件を満たすと考えてよいか。

(答) 喀痰吸引を必要とする者が10%以上又は経管栄養を必要とする者が10%以上であることが必要である。

(問206) 従来型の介護老人保健施設の基本施設サービス費を算定していたが、要件を満たしたため在宅強化型の介護老人保健施設の基本施設サービス費を算定することとなった場合、入所日は、新たに在宅強化型の介護老人保健施設の基本施設サービス費の算定を開始した日となるのか。

(答) 入所者の入所中に、介護老人保健施設の基本施設サービス費の種類が変更となった場合であっても、当該入所者の入所日は、基本施設サービス費が変わる前の入所日である。  
なお、短期集中リハビリテーション実施加算等の起算日についても同様の取扱いとなる。

# 介護療養型老人保健施設の基本サービス費

## 施設サービス、短期入所療養介護

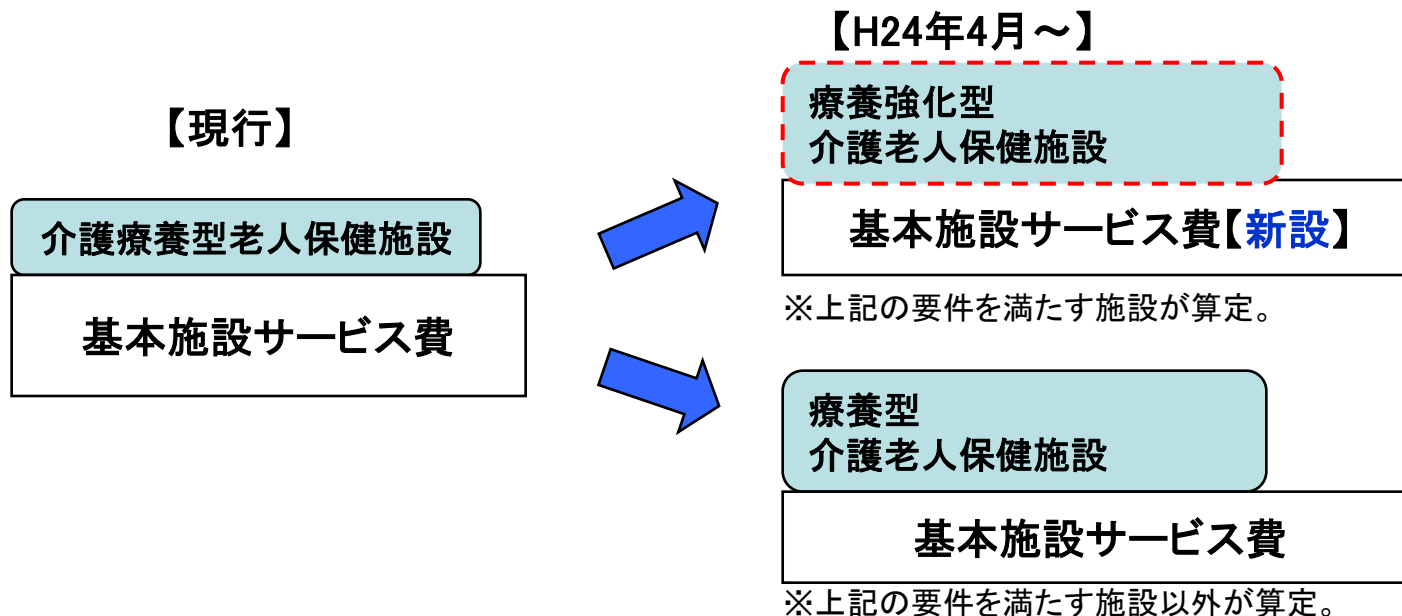
※単位数は単位数表をご参照下さい。

# 療養強化型 療養型老人保健施設（施設サービス、短期入所療養介護）

## 【療養強化型 介護療養型老人保健施設】

算定要件（次のいずれにも該当する場合）

- ① 算定日が属する月の前12月間における新規入所者の総数のうち、医療機関を退院し、入所した者の占める割合から自宅等から入所した者の占める割合を減じて得た数が35%以上であること。
- ② 算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が20%以上であり、かつ、著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が50%以上であること。



## 療養強化型 療養型老人保健施設（施設サービス、短期入所療養介護）

### 【療養強化型 介護療養型老人保健施設】 ※青字部分変更

- (一) 平成18年7月1日から平成30年3月31日までの間に介護老人保健施設基準附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設であること。
- (二) 算定日が属する月の前12月間における新規入所者の総数のうち、医療機関を退院し入所した者の占める割合から自宅等から入所した者の占める割合を減じて得た数が35/100以上であることを標準とすること。ただし、当該基準を満たすことができない特段の事情があるときはこの限りでない。

これまでの要件と同じ

### 療養強化型の算定要件



- ・ 算定日が属する月の前三月間における入所者等のうち、喀痰吸引又は経管栄養が実施された者の占める割合が20/100以上
- 及び
- ・ 著しい精神症状、周辺症状又は重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が50/100以上であること。

## 療養強化型の算定要件

- ◎算定日が属する月の前三月間における入所者等のうち、喀痰吸引又は経管栄養が実施された者の占める割合が20/100以上  
及び
- ◎著しい精神症状、周辺症状又は重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が50/100以上であること。

## 療養強化型の算定要件（留意事項(老企第40号)3(1)③ロc参照)

- ・月の末日における該当者の割合によることとし、算定月の前三月において当該割合の平均値が当該施設基準に適合していること。
- ・また、当該基準において、「著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者」とあるのは、日常生活自立度のランクⅣ又はMに該当する者をいうものであること。



# 施設サービス； 加算等の見直し

（留意事項（老企第40号）6（8）参照）

- ① 短期集中リハビリテーション実施加算における集中的なリハビリテーションとは、**二十分以上の個別リハビリテーションを、一週につき概ね三日以上実施する場合をいう。**
- ② 当該加算は、当該入所者が過去三月間の間に、~~当該~~介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できることとする。  
**ただし、以下の③及び④の場合はこの限りではない。**  
(③、④は次ページ参照)

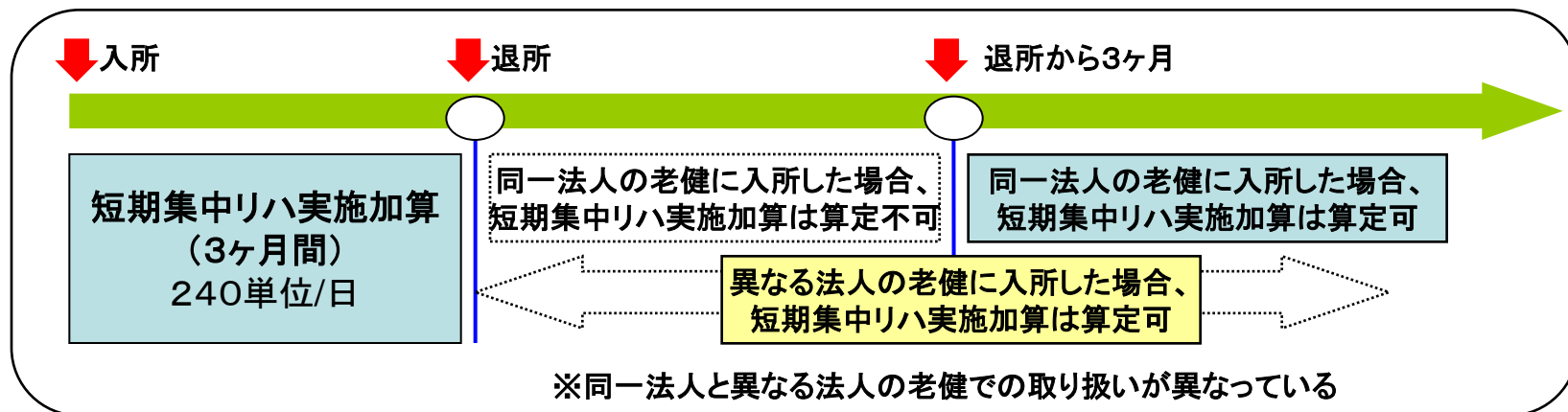
「当該」を削除

(=老健に入所していない場合のみ算定可能)

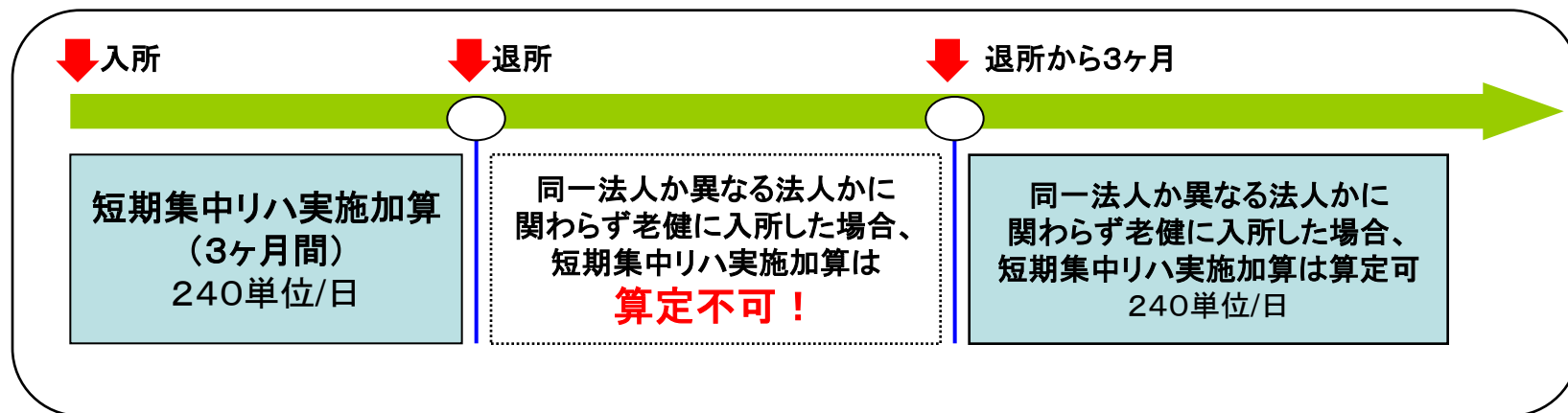
## 短期集中リハビリテーション実施加算（施設サービス；リセット要件の**見直し**）

介護老人保健施設の入所中に短期集中リハビリテーション実施加算を算定した利用者が、退所後3月以内に別の介護老人保健施設に転所した場合には、転所後の短期集中リハビリテーション実施加算の算定を認めないこととする。

【現行】



【四月から】



③は平成21年4月改定Q&A  
Vol.1のQ100で示されていた

（留意事項（老企第40号）6（8）参照）

- ③ 短期集中リハビリテーション実施加算の算定途中又は算定終了後三カ月に満たない期間に四週間以上の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合であって、短期集中リハビリテーションの必要性が認められる者に限り、当該加算を算定することができる。

④のリセット要件は  
今回新たに追加

- ④ 短期集中リハビリテーション実施加算の算定途中又は算定終了後三カ月に満たない期間に**四週間未満の入院後**に介護老人保健施設に再入所した場合であって、**以下に定める状態である者**は、当該加算を算定できる。

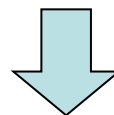
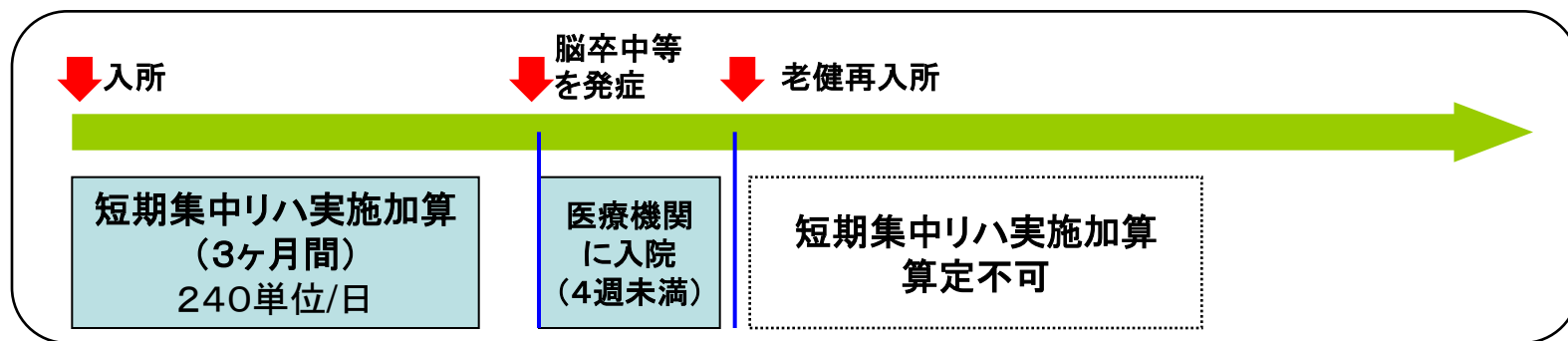
ア 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等を急性発症した者

イ 上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち三種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（一肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等を急性発症した運動器疾患又はその手術後の者

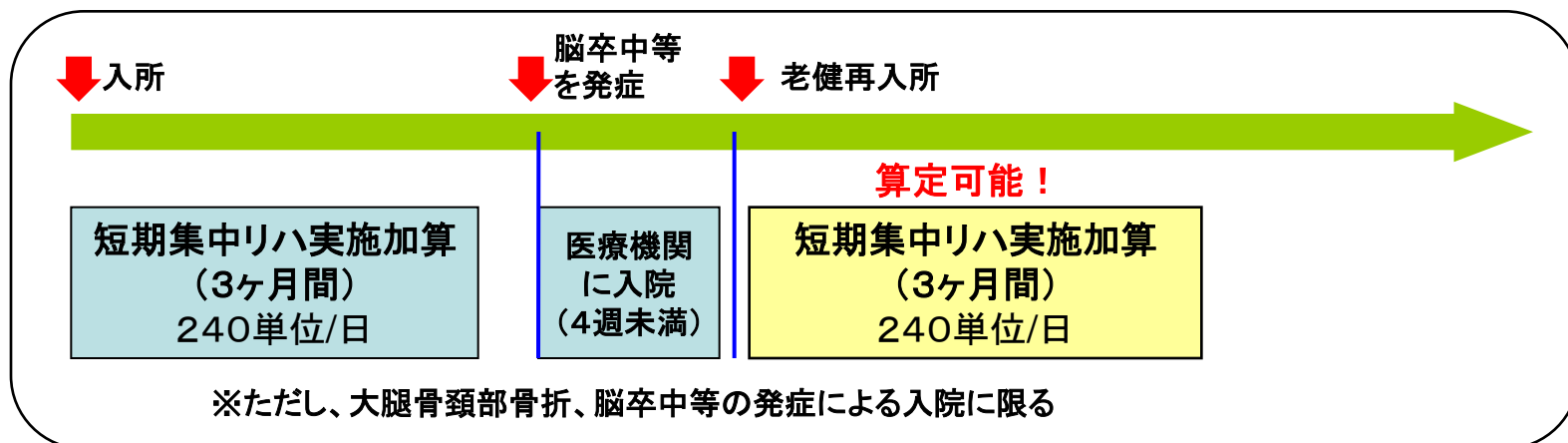
## 短期集中リハビリテーション実施加算（施設サービス；リセット要件の見直し）

介護老人保健施設の入所中に大腿骨頸部骨折・脳卒中等を発症し、医療機関への短期間の入院を経て再入所した場合について、入院期間に関わらず、必要に応じて短期集中リハビリテーション実施加算を算定できることとする。

【現行】



【四月から】



## 施設サービスの短期集中リハビリテーション実施加算に関するQ&A

(問211) 「過去3月の間に介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できる」とこととされたが、過去3月間に別の介護老人保健施設に入所していても、短期集中リハビリテーション実施加算を算定しなかった場合は算定できるのか。

(答) 短期集中リハビリテーション実施加算の算定の有無にかかわらず、過去3月の間に介護老人保健施設に入所したことがある場合には算定できない。

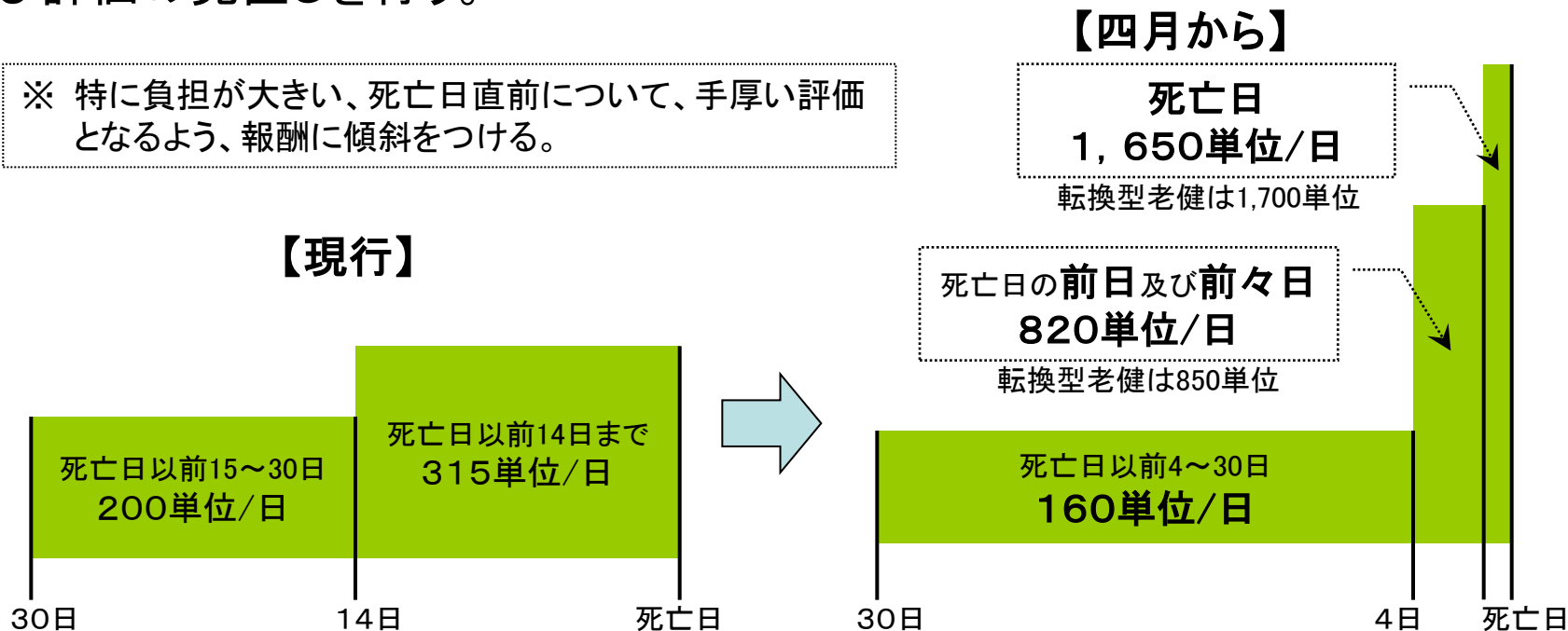
(問212) 肺炎により4週間に満たない期間入院して再度入所した場合において、短期集中リハビリテーション実施加算の算定に係る起算日は、再度入所した日となるのか。

(答) 入院前の入所日が起算日である。

## ターミナルケア加算(見直し) (施設サービス)

看取りの対応を強化する観点から、ターミナルケア加算について算定要件及び評価の見直しを行う。

※ 特に負担が大きい、死亡日直前について、手厚い評価となるよう、報酬に傾斜をつける。



※ただし、退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定しない。

### ※ 別に厚生労働大臣が定める基準： 次に掲げる要件を満たす者

- イ) 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- ロ) 入所者又はその家族等の同意を得て、当該入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること。
- ハ) 医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得て、ターミナルケアが行われていること。

## ターミナルケア加算に関するQ&A

(問220) 介護療養型老人保健施設において、入所者が施設内での看取りを希望しターミナルケアを行っていたが、やむを得ない事由により医療機関において亡くなった場合はターミナルケア加算を算定できるのか。

(答) 介護療養型老人保健施設内で入所者の死亡日前30日において入所していた間で、ターミナルケアを実施していた期間については、やむを得ず医療機関で亡くなった場合であっても、ターミナルケア加算を算定できる。



入所前後訪問指導加算（新規）⇒ 460単位/日

【算定要件】

- ・ 入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該入所者等が退所後生活する居宅を訪問し、施設サービス計画の策定及び診療方針を決定した場合に、入所中1回を限度として算定する。 ※退所後に他の社会福祉施設等に入所する場合も同様

（留意事項（老企第40号）6（16）参照）

- ① 入所期間が一月を超えると見込まれる入所予定者の入所予定日前三十日から入所後七日までの間に、当該入所予定者が退所後生活する居宅を訪問して退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定を行った場合に、入所中に一回に限り加算を行うものである。
- ② 入所前に居宅を訪問した場合は入所日に算定し、入所後に訪問した場合は訪問日に算定する。
- ③ 入所前後訪問指導加算は、次の場合には算定できない。
  - イ 病院又は診療所のみを訪問し、居宅を訪問しない場合
  - ロ 他の介護保険施設のみを訪問し、居宅を訪問しない場合
  - ハ 予定の変更に伴い、入所しなかった場合。
- ④ 入所前後訪問指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。
- ⑤ 入所前後訪問指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。
- ⑥ 入所前後訪問指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。

## 入所前からの計画的な支援等に対する評価（施設サービス）

入所前に入所者の居宅を訪問し、早期退所に向けた施設サービス計画の策定及び診療方針を決定した場合、並びに地域連携診療計画に係る医療機関から利用者を受入れた場合について評価を行う。

### ■平成24年4月からの指導等加算（まとめ）

加算の名称		要件	回数	点数
入所前後訪問指導加算 <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">新規</span>		入所前30日～入所後7日以内の居宅訪問	入所中1回 (従来型老健のみ算定可)	460単位
退所時等指導加算	(一)退所前訪問指導加算	退所後の療養上の指導、 入所前後訪問指導加算と同月の併算不可	入所中1回 (療養型は2回まで)	460単位
	「退所前後訪問指導加算」を分割し、算定要件を見直し			
	(二)退所後訪問指導加算	退所後30日以内の居宅訪問	退所後1回	460単位
	(三)退所時指導加算	退所時の療養上の指導 または、最初の試行的退所から3月以内	ひとり1回 (試行的退所:月1回)	400単位
	(四)退所時情報提供加算	退所後の主治医への情報提供	ひとり1回	500単位
	(五)退所前連携加算	居宅介護支援事業所への情報提供	ひとり1回	500単位
老人訪問看護指示加算		訪問看護指示書の交付	ひとり1回	300単位

## 退所時指導等加算

(留意事項(老企第40号)6(17)①参照)

### 退所前訪問指導加算

イ 退所前訪問指導加算については、入所期間が一月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って、在宅療養に向けた最終調整を目的として入所者が退所後生活する居宅を訪問して退所後の療養上の指導を行った場合に、入所中一回に限り算定するものである。

なお、介護療養型老人保健施設においては、入所後早期に退所に向けた訪問指導の必要があると認められる場合については、二回の訪問指導について加算が行われるものであること。この場合にあっては、一回目の訪問指導は退所を念頭においた施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定に当たって行われるものであり、二回目の訪問指導は在宅療養に向けた最終調整を目的として行われるものであること。

### 退所後訪問指導加算

ロ 退所後訪問指導加算については、入所者の退所後三十日以内に入所者の居宅を訪問して療養上の指導を行った場合に、一回に限り加算を行うものである。

## 退所時指導等加算等に関するQ&A

(問185) 退所(院)前訪問指導加算(退所前相談援助加算)において、入所者が退所後に他の社会福祉施設等に入所した場合の「他の社会福祉施設等」は、具体的には何を指すのか。

(答) 他の社会福祉施設等とは、病院、診療所、及び介護保険施設を含まず、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホームを指す。

なお、退所(院)後訪問指導加算(退所後訪問相談援助加算)、退所(院)時情報提供加算、入所前後訪問指導加算においても同様の取扱いである。

※ 平成15年Q&A(vol.1)(平成15年5月30日)施設サービス(共通事項)のQ3は削除する。

(問208) 入所前後訪問指導加算について、居宅を訪問するのは「医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員」のいずれかでないと算定できないのか。

(答) 職種は問わないが、入所者の施設サービス計画を作成する者が訪問することが望ましい。

なお、退所(院)前訪問指導(相談援助)加算、退所(院)後訪問指導(相談援助)加算についても同様の取扱いである。

## 経口維持・経口移行加算の算定要件(見直し) (施設サービス)

経口維持加算(Ⅰ) 28単位/日  
経口維持加算(Ⅱ) 5単位/日 ⇒ 算定要件の見直し

歯科医師を追加

医師の指示が2週間  
から1カ月に変更

◎経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通 (留意事項(老企第40号)6(21)※5(20)準用)

- ・(略) 継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、**医師又は歯科医師の指示**を受けたものを対象とすること。

言語聴覚士を追加

◎経口維持加算(Ⅰ) (留意事項(老企第40号)6(21)※5(20)準用)

- ・医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、**言語聴覚士**、介護支援専門員その他の者が共同して、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理の方法等を示した経口維持計画を作成すること。

◎経口維持加算(Ⅰ)で追加された要件 (留意事項(老企第40号)6(21)※5(20)準用)

- ・ただし、**歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養指導を行うに当たり、主治の医師の指導を受けている場合に限る。**

経口移行加算 28単位/日 ⇒ 算定要件の見直し

言語聴覚士を追加

◎経口移行加算

(留意事項(老企第40号)6(20)※5(19)準用)

- ・ 現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理が必要であるとして、医師、歯科医師、管理栄養士、**看護師**、**言語聴覚士**、介護支援専門員その他の者が共同して、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成すること。

## 経口維持加算等に関するQ&A

(問191) 指示を行う歯科医師は、対象者の入所(入院)している施設の歯科医師でなければいけないか。

(答) 対象者の入所(入院)している施設に勤務する歯科医師に限定していない。

## 口腔機能維持管理加算(見直し) (施設サービス)

介護保険施設の入所者に対する口腔ケアの取組みを充実する観点から、口腔機能維持管理加算について、歯科衛生士が入所者に対して直接口腔ケアを実施した場合の評価を行う。

介護職員への技術指導等を評価する体制加算として、**名称変更**

口腔機能維持管理加算 ⇒ 口腔機能維持管理**体制**加算 30単位/月  
(新規) ⇒ 口腔機能維持管理加算 110単位/月

告示第八十九号2  
参照及び5(21)準  
用

歯科衛生士が行う口腔ケア  
(月4回以上)を評価 **新規**

### 【算定要件】

#### <口腔機能維持管理体制加算>

- ・ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に1月につき所定単位数を加算する。
- ・ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者又は入院患者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。

#### <口腔機能維持管理加算>

- ・ 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月4回以上行った場合に、1月につき所定単位数を加算する。
- ・ 口腔機能維持管理体制加算を算定している場合。

告示第八十九号  
2又参照



## 口腔機能維持管理加算（施設サービス）

（留意事項（老企第40号）6（23）※5（22）準用）

- ① **歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が**口腔機能管理体制加算を算定している施設の入所者に対して口腔ケアを実施した場合において、**当該利用者ごとに算定する**ものである。
- ② 当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行うこと。

また、別紙様式3を参考として入所者ごとに口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、口腔ケアの方法及びその他必要と思われる事項に係る記録を作成し保管するとともに、その写しを当該入所者に対して提供すること。

## 口腔機能維持管理加算（施設サービス）

（留意事項（老企第40号）6(23)※5(22)準用）

- ③ 歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔ケアを行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、口腔ケアの方法及びその他必要と思われる事項を口腔機能維持管理に関する記録に記入すること。

また、当該歯科衛生士は、入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設の介護職員等への情報提供を的確に行うこと。

- ④ 医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても口腔機能維持管理加算を算定できるが、**訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月においては、口腔機能維持管理加算を算定しない。**

## 口腔機能維持管理体制加算に関するQ&A

(問186) 従来の口腔機能維持管理加算が口腔機能維持管理体制加算に名称が変更されたが、当該加算の取扱いについては、名称変更前の口腔機能維持管理加算の取扱いと同様なのか。

(答) 口腔機能維持管理加算は、今回の改定において、当該加算の趣旨をより明確にするために名称を変更したものであり、当該加算の取扱いに変更はない。

(問187) 口腔機能維持管理体制加算について、月の途中で退所、入院又は外泊した場合や月の途中から入所した場合にはどのように取り扱えばよいのか。

(答) 入院・外泊中の期間は除き、当該月において1日でも当該施設に在所した入所者について算定できる。

※ 平成21年Q & A(vol.2)(平成21年4月17日)問3は削除する。

## 口腔機能維持管理加算に関するQ&A

(問188) 口腔機能維持管理加算は、一人の歯科衛生士が、同時に複数の入所者に対して口腔ケアを行った場合も算定できるのか。

(答) 利用者ごとに口腔ケアを行うことが必要である。

(問189) 歯科衛生士による口腔ケアが月4回以上実施されている場合に算定できるとされているが、月途中から介護保険施設に入所した者について、入所月は月4回に満たない場合であっても算定できるのか。

(答) 月途中からの入所であっても、月4回以上口腔ケアが実施されていない場合には算定できない。

(問190) 口腔機能維持管理体制加算及び口腔機能維持管理加算の算定に当たって作成することとなっている「入所者または入院患者の口腔ケアマネジメントに係る計画」については、施設ごとに計画を作成すればよいのか。

(答) 施設ごとに計画を作成することとなる。なお、口腔機能維持管理加算の算定に当たっては、当該計画にあわせて入所者ごとに「口腔機能維持管理に関する実施記録」を作成・保管することが必要である。

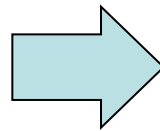
## 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(見直し) (従来型老健の入所のみ算定可能)

在宅復帰支援機能加算(I) 15単位/日

※在宅復帰率50%以上

在宅復帰支援機能加算(II) 5単位/日

※在宅復帰率30%以上



(新規)在宅復帰・在宅療養  
支援機能加算

21単位/日

## 在宅復帰・在宅療養支援機能加算の算定要件

計算方法は  
在宅強化型を準用

### 【在宅復帰要件】(見直し)

- ・ 算定日が属する月の前6月間において当該施設から退所した者の総数(当該施設内で死亡した者を除く。)のうち、在宅において介護を受けることとなったもの(入所期間が1月以上のものに限る。)の占める割合が100分の30を超えていること。
- ・ 入所者の退所後30日以内(当該入所者が要介護4又は要介護5である場合は14日以内)に、当該施設の従業者が居宅を訪問し、又は居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、退所者の在宅における生活が1月以上(当該入所者が要介護4又は要介護5である場合は14日以上)、継続する見込みであること。

### 【ベッド回転率要件】(新規)

- ・  $30.4$  を入所者の平均在所日数で除して得た数が  $0.05$  以上であること。

$$30.4 \div \text{「平均在所日数※」} \geq 0.05$$

608日で  
0.05となる

(注1) 在宅復帰・在宅療養支援機能加算については、介護老人保健施設のうち、介護保健施設サービス費 I (i 若しくは iii) 又はユニット型介護保健施設サービス費 I (i 若しくは iii) についてのみ算定可能とする。

(注2) 現行の在宅復帰支援機能加算については、介護療養型老人保健施設においてのみ算定する。

## 在宅復帰・在宅療養支援機能加算に関するQ&A

(問207) 在宅復帰・在宅療養支援機能加算には、要介護状態区分が要介護四及び要介護五の者の占める割合、喀痰吸引を必要とする者の占める割合又は経管栄養を必要とする者の割合という入所者の状態に関する要件は設定されているのか。

(答) 設定していない。

## 医療ニーズへの対応強化（施設サービス）

入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、肺炎や尿路感染症などの疾病を発症した場合における施設内での対応について評価を行う。

## 所定疾患施設療養費（新規）⇒ 300単位/日

### 【算定要件】

- ・ 別に厚生労働大臣が定める入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行ったときに算定する。
- ・ 同一の入所者について1月に1回、連続する7日を限度として算定する。
- ・ 緊急時施設療養費を算定した日は算定しない。

（注）介護療養型老人保健施設において同様の加算を創設する。

### 【厚生労働大臣が定める基準】 次に掲げる基準のいずれにも適合すること

- イ 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。
- ロ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

### 【厚生労働大臣が定める入所者の内容】 次にいずれかに該当する者

- イ 肺炎の者
- ロ 尿路感染症の者
- ハ 帯状疱疹の者（抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする者に限る。）

# 所定疾患施設療養費

(留意事項(老企第40号)6(27)参照)

- ① 所定疾患施設療養費は、肺炎等により治療を必要とする状態となった入所者に対し、治療管理として投薬、検査、注射、処置等が行われた場合に、**一回に連続する七日を限度とし、月一回に限り算定するもの**であるので、一月に連続しない一日を七回算定することは認められない。
- ② 所定疾患施設療養費と緊急時施設療養費は同時に算定することはできない。
- ③ 所定疾患施設療養費の対象となる入所者の状態は次のとおり。
  - イ 肺炎
  - ロ 尿路感染症
  - ハ 帯状疱疹(抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする場合に限る)

点滴注射を行った場合のみ可

- ④ 算定する場合にあつては、診断名、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を**診療録に記載**しておくこと。
- ⑤ 請求に際して、診断、行った検査、治療内容等を記載すること。
- ⑥ 当該加算の算定開始後は、治療の実施状況について公表することとする。公表に当たっては、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、**前年度の当該加算の算定状況を報告**すること。

前年度の算定状況の報告義務あり



## 所定疾患施設療養費に関するQ&A

(問209) 平成24年度から算定を開始する場合は、前年度実績の報告は必要ないのか。

(答) 必要ない。

(問210) 4月28日から30日の3日間に引き続き、5月1日から4日の4日間に算定した後、5月中に再度算定できるのか。

(答) 算定できない。

## 認知症への対応強化（施設サービス）

認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合の受入れ及び在宅復帰を目指したケアについて評価を行う。

認知症行動・心理症状緊急対応加算（新規）⇒ 200単位/日

### 【算定要件】

- ・ 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対し、介護保健施設サービスを行った場合には、入所した日から起算して7日を限度として、1日につき所定単位数を加算する。

（注）介護療養型老人保健施設において同様の加算を創設する。

# 認知症行動・心理症状緊急対応加算

(留意事項(老企第40号)6(29)※5(28)準用)

- ① 「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものである。
- ② 本加算は、在宅で療養を行っている利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められた際に、介護老人福祉施設に一時的に入所することにより、当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものである。
- ③ 本加算は、在宅で療養を行っている要介護被保険者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に介護老人福祉施設への入所が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ施設の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、当該施設に入所した場合に算定することができる。本加算は医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できるものとする。この際、当該施設への入所ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあっては、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要がある。
- ④ 本加算は、当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものであるため、入所後速やかに退所に向けた施設サービス計画を策定し、当該入所者の「認知症の行動・心理症状」が安定した際には速やかに在宅復帰が可能となるようにすること。
- ⑤ 次に掲げる者が、直接、当該施設へ入所した場合には、当該加算は算定できないものであること。
  - a 病院又は診療所に入院中の者
  - b 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入所中の者
  - c 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、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者
- ⑥ 判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録しておくこと。また、施設も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録しておくこと
- ⑦ 当該加算の算定にあたっては、個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養に相応しい設備を整備すること。
- ⑧ 当該加算は、当該入所者が入所前一月の間に、当該介護老人福祉施設に入所したことがない場合及び過去一月の間に当該加算(他サービスを含む)を算定したことがない場合に限り算定できることとする。

## 認知症行動・心理症状緊急対応加算に関するQ&A

(問183) 入所が予定されており、入所予定期間と実際の緊急入所の期間が重なっている場合であっても、本来の入所予定日前に緊急に入所した場合には、7日分算定できるのか。

(答) 当初の入所予定期間も含め、認知症行動・心理症状により緊急に入所した日から7日間以内で算定できる。

(問184) 入所予定日当日に、予定していた事業所に認知症行動・心理症状で入所した場合は算定できるのか。

(答) 本加算制度は予定外で緊急入所した場合の受入れの手間を評価するものであることから、予定どおりの入所の場合、算定できない。

地域連携診療計画情報提供加算(新規) ⇒ 300単位/回

## 【算定要件】

- ・ 医科診療報酬点数表の地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料を算定して保険医療機関を退院した入所者に対して、当該保険医療機関が地域連携診療計画に基づいて作成した診療計画に基づき、入所者の治療等を行うとともに、入所者の同意を得た上で、当該退院した日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する病院に当該入所者に係る診療情報を文書により提供した場合(1回を限度として算定。)

(注)介護療養型老人保健施設において同様の加算を創設する。

# 地域連携診療計画情報提供加算

(留意事項(老企第40号)6(31))

- ① 地域連携診療計画は、医科診療報酬点数表に掲げる地域連携診療計画管理料を算定する保険医療機関(以下「計画管理病院」という。)において作成され、当該計画管理病院からの転院後又は退院後の治療を担う複数の連携保険医療機関又は介護サービス事業所との間で共有して活用されるものであり、病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間(以下本区分において「総治療期間」という。)、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項が記載されたものである。

- ② 当該加算は、医科診療報酬点数表に掲げる以下の疾患について、地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料(I)を算定して当該医療機関を退院した患者が、介護老人保健施設に入所した場合に限り算定するものである。

- イ 大腿骨頸部骨折(大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等を実施している場合に限る。)
- ロ 脳卒中(急性発症又は急性増悪した脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の治療を実施している場合に限る。)

- ③ 当該加算は、計画管理病院又は計画管理病院からの転院後若しくは退院後の治療を担う保険医療機関からの退院後の療養を担う介護老人保健施設において、診療計画に基づく療養を提供するとともに、退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに計画管理病院に対して情報提供を行った場合に、算定する。

- ④ また、当該加算を算定する施設は、以下のいずれも満たすものであること。

- イ あらかじめ計画管理病院において作成された疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が、当該施設および連携保険医療機関と共有されていること。
- ロ イについて、内容、開催日等必要な事項について診療録等に記録されていること。

介護老人保健施設； その他の加算等(これまでどおりで変更なし)

初期加算(入所日から30日以内)	30単位/日
緊急時治療管理(1月1回 3日限度) 特定治療	500単位/日 1単位×10円
外泊時費用(月6日限度)	362単位/日
栄養マネジメント加算	14単位/日
療養食加算	23単位/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (入所日から3月以内、1週3日限度)	240単位/日
認知症ケア加算(ユニット型を除く)	76単位/日
若年性認知症入所者受入加算	120単位/日
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3単位/日
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4単位/日
認知症情報提供加算(認知症の確定診断、入所中1回)	350単位/回

## 介護老人保健施設； その他の加算等(これまでどおりで変更なし)

夜勤職員配置加算 24単位/日  
(20名に1名以上 & 利用者41以上では2、利用者40以下では1を超えること)

サービス提供体制強化加算

(Ⅰ) 介護職員のうち介護福祉士50%以上	12単位/日
(Ⅱ) 看介護職員総数のうち常勤75%以上	6単位/日
(Ⅲ) 職員総数のうち勤続3年以上が30%以上	6単位/日

### 【減算】

身体拘束未実施減算 ▲5単位/日

夜勤職員の勤務条件基準を満たさない場合 × 97/100

入所定員超過又は職員の数基準に満たない場合 × 70/100

ユニットケア体制未整備(ユニット型のみ) × 97/100



# 短期入所療養介護； 加算等の見直し

## 緊急時の受入れに対する評価（短期入所療養介護）

緊急時の受入れを促進する観点から、緊急短期入所ネットワーク加算を廃止し、居宅サービス計画に位置付けられていない緊急利用者の受入れについて評価を行う。

緊急短期入所ネットワーク加算 50単位 ⇒ 廃止  
緊急短期入所受入加算（新規） ⇒ 90単位/日

### 【算定要件】

- ・ 別に厚生労働大臣が定める利用者に対し、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を緊急に行った場合。
- ・ 利用を開始した日から起算して7日を限度とする。
- ・ 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない。

### 【厚生労働大臣が定める利用者】

- ・ 利用者の状態や家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に指定短期入所療養介護を受けることが必要と認めた利用者

## 緊急短期入所受入加算の算定について（留意事項(老企第40号)3(11))

- ① 本加算は、介護を行う者が疾病にかかっていることその他やむを得ない理由により短期入所が必要となった場合であって、かつ、居宅サービス計画において**当該日に短期入所を利用することが計画されていない居宅要介護者**に対して、居宅サービス計画を担当する**居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、その必要性を認め**緊急に短期入所療養介護が行われた場合に算定できる。
- ② やむを得ない事情により、当該介護支援専門員との事前の連携が図れない場合に、利用者又は家族の同意の上、短期入所療養介護事業所により緊急に短期入所療養介護が行われた場合であって、**事後に当該介護支援専門員によって、当該サービス提供が必要であったと判断された**場合についても、当該加算を算定できる。
- ③ 七日を限度として算定することとあるのは、本加算が、緊急に居宅サービス計画の変更を必要とした利用者を受け入れる際の初期の手間を評価したものであるためであり、**利用開始後八日目以降の短期入所療養介護の利用の継続を妨げるものではない**ことに留意すること。また、緊急に受入れを行った事業所については、当該利用者が速やかに居宅における生活に復帰できるよう、**居宅介護支援事業者と密接な連携を行い、相談すること。**

## 緊急短期入所受入加算の算定について（留意事項(老企第40号)3(11)）

- ④ 緊急利用した者に関する利用の理由、期間、緊急受入れ後の対応などの事項を記録しておくこと。また、緊急利用者にかかる変更前後の居宅介護サービス計画を保存するなどして、適正な緊急利用に努めること。
- ⑤ **認知症行動・心理症状緊急対応加算**を算定した場合には、当該加算は算定できないものであること。
- ⑥ 緊急受入に対応するため、居宅介護支援事業所や近隣の他事業所との情報共有に努め、**緊急的な利用ニーズの調整を行うための窓口を明確化**すること。また、空床の有効活用を図る観点から、情報公表システム、当該事業所のホームページ又は地域包括支援センターへの情報提供等により、**空床情報を公表するよう努めること。**

## 短期入所療養介護： 緊急短期入所受入加算に関するQ&A

(問90) 緊急短期入所体制確保加算について、居宅介護支援事業所や近隣の他事業所と情報共有及び空床情報の公表に努めることとされているが、具体的にはどのような情報共有や空床情報なのか。

(答) 関係機関で情報を共有することによって、真に必要な緊急利用が促進されるという観点から、定期的に情報共有や事例検討などを行う機会を設けるなど関係機関間で適切な方法を検討していただきたい。また、公表する空床情報については、緊急利用枠の数や確保されている期間、緊急利用枠以外の空床情報など、緊急利用者の受入促進及び空床の有効活用を図るために必要な情報とし、事業所のホームページ等のほかに介護サービス情報公表システム(平成24年10月から新システムが稼働予定)も活用しながら公表に努められたい。なお、近隣の範囲については地域の実態等を踏まえて適切に判断されたい。

短期入所療養介護における緊急短期入所受入加算についても同様とする。

(問98) 利用者に対し連続して30日を超えて短期入所生活介護を行っている場合において、30日を超える日以降に行った短期入所生活介護については、短期入所生活介護費は算定できないが、その連続する期間内に介護予防短期入所生活介護の利用実績がある場合はどのように取り扱うのか。

(答) 当該期間内に介護予防短期入所生活介護の利用実績がある場合は、その期間を含める取り扱いとなる。

なお、短期入所療養介護と介護予防短期入所療養介護についても同様の取り扱いとなる。

## 短期入所療養介護： 緊急短期入所受入加算に関するQ&A

(問99) 緊急短期入所受入加算を算定している者の緊急利用期間が月をまたいだ場合はどのように取り扱うのか。

(答) 緊急利用期間が月をまたいだ場合であっても、通算して7日を限度として算定可能である。

(問100) 当初から居宅サービス計画に位置づけて予定どおり利用している利用者について、家族等の事情により急遽、緊急的に延長した場合に緊急短期入所受入加算は算定できるのか。

(答) 算定できない。

## 重度療養管理加算(新規) (短期入所療養介護)

短期入所療養介護については、介護老人保健施設における医療ニーズの高い利用者の受入れを促進する観点から、要介護度4又は5であって、手厚い医療が必要な状態である利用者の受入れを評価する見直しを行う。

※従来型老健施設の短期入所療養介護のみ算定可能。

## 重度療養管理加算(新規) ⇒ 120単位/日

※ 特定介護老人保健施設短期入所療養介護の場合は、60単位/日

### 【算定要件】

- ・ 別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者(要介護状態区分が要介護4又は5である者に限る。)に対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な処置を行った場合。

### 【厚生労働大臣が定める状態】 次のいずれかに該当する状態

- イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
- ハ 中心静脈注射を実施している状態
- 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
- 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
- ヘ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の四級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態
- ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- チ 褥瘡に対する治療を実施している状態
- リ 気管切開が行われている状態

要件は通所リハの  
重度療養管理加算  
と同じ

短期入所療養介護； その他の加算等(これまでどおりで変更なし)

緊急時治療管理(1月1回 3日限度)  
特定治療

500単位/日  
1単位×10円

リハビリテーション機能強化加算  
個別リハビリテーション実施加算

30単位/日  
240単位/日

療養食加算

23単位/日

送迎加算

184単位/片道

認知症ケア加算(ユニット型を除く)  
若年性認知症利用者受入加算  
※特定介護老人保健施設短期入所の場合は60単位/日  
認知症行動・心理症状緊急対応加算(7日上限)

76単位/日  
120単位/日  
200単位/日

夜勤職員配置加算

24単位/日



短期入所療養介護； その他の加算等(これまでどおりで変更なし)

サービス提供体制強化加算

(Ⅰ)介護職員のうち介護福祉士50%以上	12単位/日
(Ⅱ)看介護職員総数のうち常勤75%以上	6単位/日
(Ⅲ)職員総数のうち勤続3年以上が30%以上	6単位/日

【減算】

身体拘束未実施減算	▲5単位/日
夜勤職員の勤務条件基準を満たさない場合	× 97/100
入所定員超過又は職員の数基準に満たない場合	× 70/100
ユニットケア体制未整備(ユニット型のみ)	× 97/100

# 訪問リハビリテーションの見直し

## 訪問リハビリテーションの見直し①

基本サービス費は変更なし

訪問リハビリテーション費 305単位/回

### 【変更点】

- ・ 指定訪問リハビリテーションを利用しようとする者の主治の医師（介護老人保健施設の医師を除く。）が当該者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、その指示の日から14日間に限って、訪問リハビリテーション費は算定しない。

診療報酬で別途対応

### C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料(1単位につき)

- 1 同一建物居住者以外の場合 300点
- 2 同一建物居住者の場合 255点

注2 保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問リハビリテーション指導管理を行った場合、6月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問リハビリテーション指導管理については、14日を限度として、1と2を合わせて1日4単位に限り、算定する。

### 訪問リハビリテーションは

下線部分は削除された

指示を行う医師の診療の日介護老人保健施設の医師においては、入所者の退所時又は当該老人保健施設で行っていた通所リハビリテーションを最後に利用した日あるいはその直近に行った診療の日から三月以内に行われた場合に算定する。

また、別の医療機関の医師から情報提供を受けて、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三月以内に行われた場合に算定する。

#### 【新しく追加された要件】

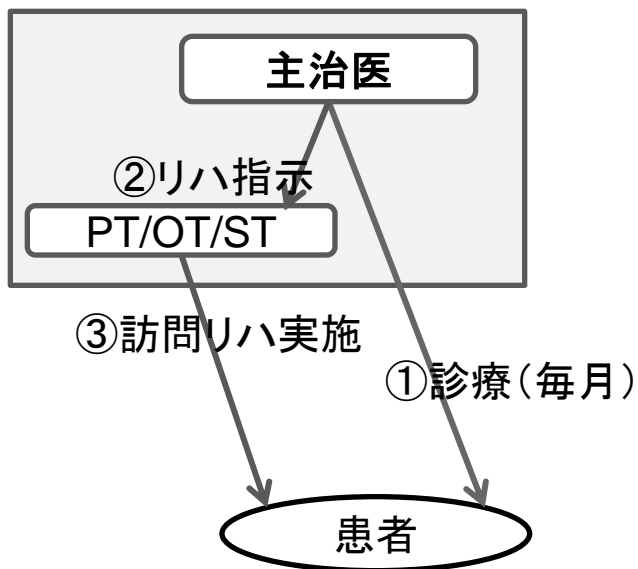
一月以内 → 三月以内

この場合、少なくとも三月に一回はリハビリテーションの指示を行った医師は当該情報提供を行った医師に対してリハビリテーションによる利用者の状況の変化等について情報提供を行う。なお、指示を行う医師の診察の頻度については利用者の状態に応じ、医師がその必要性を適切に判断する。

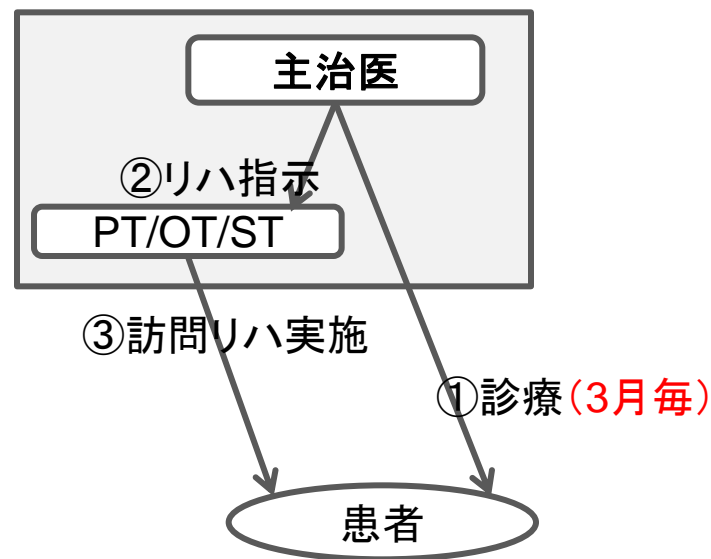
# (参考1) 訪問リハビリテーションの提供の流れについて

## 主治医が訪問リハビリテーションを提供する場合

### 【改定前】



### 【改定後】



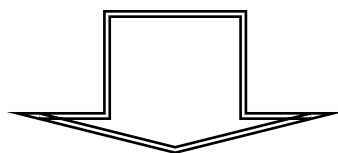
※介護老人保健施設からの訪問リハは、以下の①、②又は③から1月以内に限る。

- ①入所者の退所時
- ②当該施設で行っていた通所リハビリテーションを最後に利用した日
- ③ ①又は②の直近に行った診療の日

※介護老人保健施設からの訪問リハも、継続して算定可能。

「通院が困難な利用者」とは？

「通院が困難な者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通所系サービスを優先すべきということ。



通所リハビリテーションのみでは、家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋状況の確認を含めた訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合は訪問リハビリテーション費を算定できる。

## 同一建物に対する減算(新規)

⇒ 所定単位数に90/100を乗じた単位数で算定

サービス付き高齢者向け住宅等の建物と同一の建物に所在する事業所が、当該住宅等に居住する一定数以上の利用者に対し、サービスを提供する場合の評価を適正化する。

### 【厚生労働省大臣が定める施設基準】

- ・ 前年度の一月当たり実利用者(指定訪問リハビリテーション事業所の所在する建物と同一の建物に居住する者に限る。)の数(指定介護予防訪問リハビリテーション事業所における前年度の一月当たり実利用者の数を含む。)が三十人以上の指定訪問リハビリテーション事業所であること。

## 訪問系サービス(同一建物減算)に関するQ&A

(問1) 月の途中で、同一の建物に対する減算の適用を受ける建物に入居した又は当該建物から退去した場合、月の全てのサービス提供分が減算の対象となるのか。

(答) 同一の建物に対する減算については、利用者が事業所と同一の建物に入居した日から退去した日までの間に受けたサービスについてのみ減算の対象となる。



## 訪問リハビリテーションの見直し⑤

### 訪問介護事業所との連携に対する評価(新規)

訪問介護事業所のサービス提供

責任者と連携した場合の加算

⇒ 300単位/回 (3月に1回限度)

#### 【算定要件】

- ・ 理学療法士等及び指定訪問介護事業所のサービス提供責任者が、指定訪問介護及び指定訪問リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該利用者の身体の状態等の評価を共同で行い、かつ、当該理学療法士等がサービス提供責任者に対して、訪問介護計画を作成する上での必要な指導及び助言を行った場合に、3月に1回を限度として300単位を所定単位数に加算する。

(留意事項(老企第36号)5(6))

- ・ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下5において「理学療法士等」という。)が訪問介護事業所のサービス提供責任者に同行して利用者の居宅を訪問し、利用者の身体の状態、家屋の状況、家屋内におけるADL等の評価を共同で行い、かつ訪問介護計画を作成する上での必要な指導及び助言を行った場合、三月に一回を限度として算定する。
- ・ 指導及び助言を行った日を含む月の翌月から翌々月までは当該加算は算定できない。
- ・ 当該加算を算定する日は、算定できる訪問リハビリテーション費は一回までとする。
- ・ 理学療法士等は指導及び助言の内容について診療録に記載しておくこと。

## 訪問リハビリテーションに関するQ&A

### ○訪問介護計画を作成する上での指導及び助言を行った場合

(問47) 訪問介護計画を作成する上での必要な指導及び助言を行った場合の加算を算定する際に、指導及び助言を40分以上行った場合、訪問リハビリテーション費は何回算定できるのか。

(答) 1回のみ算定できる。

### ○別の医療機関からの情報提供に基づく実施

(問48) 別の医療機関の医師から情報提供を受けて訪問リハビリテーションを実施する場合にどのように取扱うのか。

(答) 訪問リハビリテーションは、別の医療機関の医師から情報提供を受けた場合であれば実施することができる。この場合、訪問リハビリテーションの利用者(病状に特に変化がない者に限る。)に関し、訪問診療を行っている医療機関が、訪問リハビリテーションを行う医療機関に対し、利用者の必要な情報を提供した場合は、情報の基礎となる診療の日から3月以内に情報を受けた場合に算定できる。この場合の訪問リハビリテーション計画は、情報提供を受けた医療機関の医師の診療に基づき作成されるものであることから、情報を受けた医療機関の医師が診療を行い理学療法士等に訪問リハビリテーションの指示を出す必要がある。

※平成15年Q&A(Vol.1)(平成15年5月30日) 訪問リハビリテーションのQ1は削除する。

## 訪問リハビリテーションに関するQ&A

### ○リハビリテーション実施計画書

(問49) 「リハビリテーション実施計画書」の作成に係る具体的な取扱いはどのようになるのか。

(答) 訪問リハビリテーションは、指示を行う医師の診療の日から3月以内に行われた場合に算定できる。このため、指示を行う医師の診療、実施した訪問リハビリテーションの効果・実施方法等についての評価等を踏まえ、医師の医学的判断に基づき適切に作成され、定期的に見直しを行う必要がある。

※平成15年Q&A(Vol.1)(平成15年5月30日) 訪問リハビリテーションのQ3は削除する。

※(削除) 次のQ&Aを削除する。平成15年Q&A(Vol.1)(平成15年5月30日) 訪問リハビリテーションのQ2

### 〔参考〕生活機能向上連携加算(訪問介護)に関するQ&A

(問12) 生活機能向上連携加算について、訪問看護事業所の理学療法士等に、サービス提供責任者が同行する場合も算定要件を満たすか。

(答) 満たさない。生活機能向上連携加算の算定は指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等が指定訪問リハビリテーションを行った際にサービス提供責任者が同行した場合に限る。

# 通所リハビリテーションの基本サービス費

# 介護老人保健施設の通所リハビリテーション(基本サービス費①)

■ 1時間以上2時間未満は変更なし

■ 2時間以上3時間未満(新規)

【通常規模】 ※前年度1月あたり平均延べ利用者数750人以内

参  
考

要介護1	$386 \times 70 / 100 = 270$	要介護1	284単位/日
要介護2	$463 \times 70 / 100 = 324$	要介護2	340単位/日
要介護3	$540 \times 70 / 100 = 378$	要介護3	397単位/日
要介護4	$617 \times 70 / 100 = 432$	要介護4	453単位/日
要介護5	$694 \times 70 / 100 = 486$	要介護5	509単位/日

【大規模(Ⅰ)】 ※前年度1月あたり平均延べ利用者数900人以内

(新規)

要介護1	278単位/日
要介護2	334単位/日
要介護3	390単位/日
要介護4	445単位/日
要介護5	501単位/日

【大規模(Ⅱ)】 ※前年度1月あたり平均延べ利用者数900人超

(新規)

要介護1	271単位/日
要介護2	326単位/日
要介護3	379単位/日
要介護4	434単位/日
要介護5	487単位/日

## 介護老人保健施設の通所リハビリテーション(基本サービス費②)

### ■3時間以上4時間未満(変更無し)

【通常規模】 ※前年度1月あたり平均延べ利用者数750人以内

要介護1	386単位/日	→	要介護1	386単位/日
要介護2	463単位/日		要介護2	463単位/日
要介護3	540単位/日		要介護3	540単位/日
要介護4	617単位/日		要介護4	617単位/日
要介護5	694単位/日		要介護5	694単位/日

【大規模(Ⅰ)】 ※前年度1月あたり平均延べ利用者数900人以内

要介護1	379単位/日	→	要介護1	379単位/日
要介護2	455単位/日		要介護2	455単位/日
要介護3	531単位/日		要介護3	531単位/日
要介護4	606単位/日		要介護4	606単位/日
要介護5	682単位/日		要介護5	682単位/日

【大規模(Ⅱ)】 ※前年度1月あたり平均延べ利用者数900人超

要介護1	369単位/日	→	要介護1	369単位/日
要介護2	443単位/日		要介護2	443単位/日
要介護3	516単位/日		要介護3	516単位/日
要介護4	590単位/日		要介護4	590単位/日
要介護5	664単位/日		要介護5	664単位/日

# 介護老人保健施設の通所リハビリテーション(基本サービス費③)

## ■4時間以上6時間未満(見直し)

【通常規模】 ※前年度1月あたり平均延べ利用者数750人以内

要介護1	515単位/日	→	要介護1	502単位/日
要介護2	625単位/日		要介護2	610単位/日
要介護3	735単位/日		要介護3	717単位/日
要介護4	845単位/日		要介護4	824単位/日
要介護5	955単位/日		要介護5	931単位/日

【大規模(Ⅰ)】 ※前年度1月あたり平均延べ利用者数900人以内

要介護1	506単位/日	→	要介護1	494単位/日
要介護2	614単位/日		要介護2	599単位/日
要介護3	722単位/日		要介護3	704単位/日
要介護4	830単位/日		要介護4	810単位/日
要介護5	939単位/日		要介護5	916単位/日

【大規模(Ⅱ)】 ※前年度1月あたり平均延べ利用者数900人超

要介護1	492単位/日	→	要介護1	480単位/日
要介護2	598単位/日		要介護2	583単位/日
要介護3	703単位/日		要介護3	686単位/日
要介護4	808単位/日		要介護4	788単位/日
要介護5	914単位/日		要介護5	891単位/日

# 介護老人保健施設の通所リハビリテーション(基本サービス費④)

## ■6時間以上8時間未満(見直し)

【通常規模】 ※前年度1月あたり平均延べ利用者数750人以内

要介護1	688単位/日	→	要介護1	671単位/日
要介護2	842単位/日		要介護2	821単位/日
要介護3	995単位/日		要介護3	970単位/日
要介護4	1,149単位/日		要介護4	1,121単位/日
要介護5	1,303単位/日		要介護5	1,271単位/日

【大規模(Ⅰ)】 ※前年度1月あたり平均延べ利用者数900人以内

要介護1	676単位/日	→	要介護1	659単位/日
要介護2	827単位/日		要介護2	807単位/日
要介護3	978単位/日		要介護3	954単位/日
要介護4	1,129単位/日		要介護4	1,101単位/日
要介護5	1,281単位/日		要介護5	1,249単位/日

【大規模(Ⅱ)】 ※前年度1月あたり平均延べ利用者数900人超

要介護1	658単位/日	→	要介護1	642単位/日
要介護2	805単位/日		要介護2	785単位/日
要介護3	952単位/日		要介護3	929単位/日
要介護4	1,099単位/日		要介護4	1,072単位/日
要介護5	1,247単位/日		要介護5	1,216単位/日



## 所要時間による区分の取扱い

- ① 現に要した時間ではなく、通所リハ計画に位置づけられたサービス提供に要する時間による。
- ② 送迎に要する時間は含まない。
- ③ 利用者の心身の状況から実際の提供が計画上の所要時間よりも短くなった場合には計画上の単位数を計上して差し支えない。
- ④ 利用者に対し、一日に複数回の通所リハを行う事業所では、それぞれの通所リハを算定する。

## 通所リハビリテーション — 所要時間による区分の取扱い①

① 現に要した時間ではなく、通所リハ計画に位置づけられたサービス提供に要する時間による。

現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画に位置づけられた内容の通所リハビリテーションを行うための標準的な時間によること。

たとえば、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、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。

いわゆる「預かり」サービスについては、<sup>○</sup>別途利用料を徴収して差し支えない。

延長加算ではなく、  
利用料としての  
扱いの確認を！

② 送迎に要する時間は含まない。

送迎の記録等は  
都道府県のルール  
に従うこと

送迎加算は  
平成18年度介護報酬改定で基本報酬に内包された

## 通所リハビリテーション — 所要時間による区分の取扱い③

- ③ 計画上、六時間以上八時間未満であれば、当日の利用者の心身の状況から、五時間の通所リハでも、六時間以上八時間未満を算定できる。

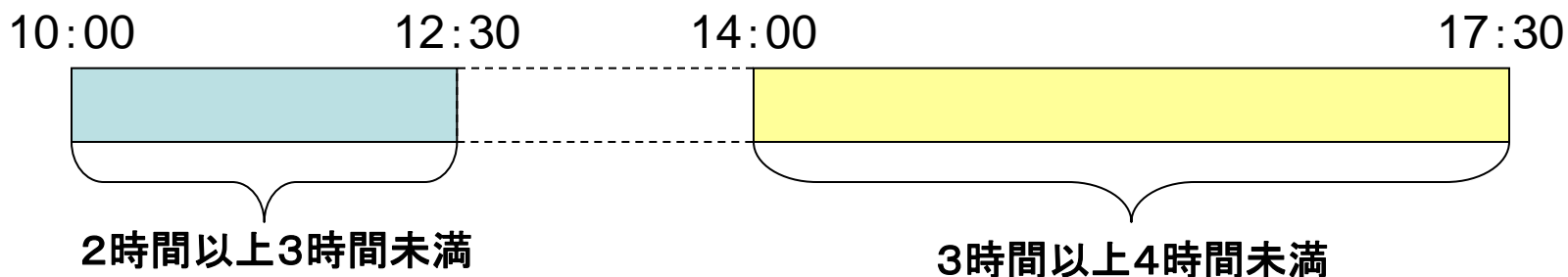
平成24年3月16日発出「平成24年度介護報酬改定に関する関係Q&A」問59参照

**原則は、計画上の時間区分**

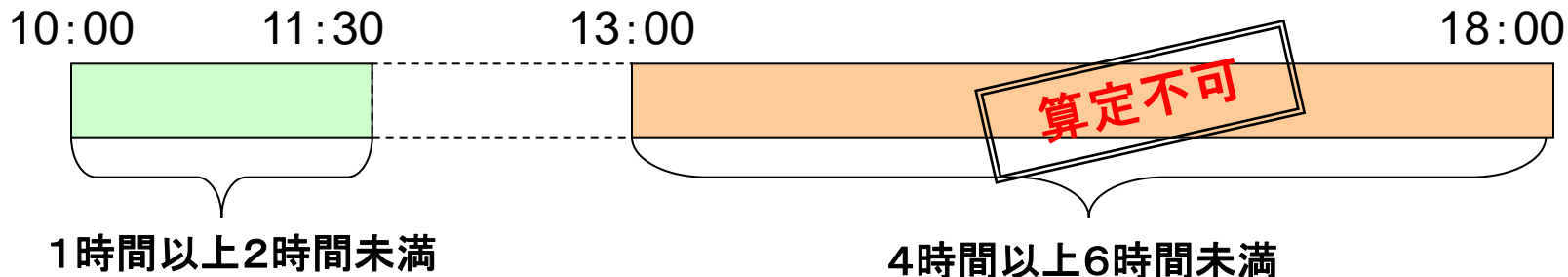
## 通所リハビリテーション — 所要時間による区分の取扱い④

- ④ 利用者に対し、一日に複数回の通所リハを行う事業所では、それぞれの通所リハを算定する。

例えば、午前と午後に指定通所リハを行う場合にあつては、午前と午後それぞれについて通所リハビリテーション費を算定する。



ただし、1時間以上2時間未満の通所リハ利用者には、同日に行われる他の通所リハは算定不可



## 通所系サービス関連共通事項

### ○サービスの提供時間

(問56) 同一の利用者が利用日ごとに異なる提供時間数のサービスを受けることは可能か。

(答) 適切なアセスメントを経て居宅サービス計画及び通所サービス計画がそのような時間設定であれば、利用日によってサービス提供時間が異なることはあり得るものである。

(問57) サービスの提供開始や終了は同一単位の利用者について同時に行わなければならないのか。

(答) サービスの提供にあたっては、利用者ごとに定めた通所サービス計画における通所サービスの内容、利用当日のサービスの提供状況、家族の出迎え等の都合で、サービス提供の開始・終了のタイミングが利用者ごとに前後することはあり得るものであり、また、そもそも単位内で提供時間の異なる利用者も存在し得るところである。報酬の対象となるのは実際に事業所にいた時間ではなく、通所サービス計画に定められた標準的な時間であるとしているところであり、サービス提供開始時刻や終了時刻を同時にしなければならないというものではない。

### ○サービスの提供時間

(問58) 各所要時間区分の通所サービス費を請求するにあたり、サービス提供時間の最低限の所要時間はあるのか。

(答) 所要時間による区分は現に要した時間ではなく、通所サービス計画に位置づけられた通所サービスを行うための標準的な時間によることとされており、例えば通所介護計画に位置づけられた通所介護の内容が7時間以上9時間未満であり、当該通所介護計画書どおりのサービスが提供されたのであれば、7時間以上9時間未満の通所介護費を請求することになる。

ただし、通所サービスの提供の開始に際しては、あらかじめ、サービス提供の内容や利用料等の重要事項について懇切丁寧に説明を行い同意を得ることとなっていることから、利用料に応じた、利用者に説明可能なサービス内容となっている必要があることに留意すること。

# 通所系サービス関連共通事項

## ○サービスの提供時間

(問59) 「当日の利用者の心身の状況から、実際の通所サービスの提供が通所サービス計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には通所サービス計画上の単位数を算定して差し支えない。」とされているが、具体的にどのような内容なのか。

(答) 通所サービスの所要時間については、現に要した時間ではなく、通所サービス計画に位置付けられた内容の通所サービスを行うための標準的な時間によることとされている。

こうした趣旨を踏まえ、例えば7時間以上9時間未満のサービスの通所介護計画を作成していた場合において、当日の途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず6時間でサービス提供を中止した場合に、当初の通所介護計画による所定単位数を算定してもよいとした。(ただし、利用者負担の軽減の観点から、5時間以上7時間未満の所定単位数を算定してもよい。)

こうした取り扱いは、サービスのプログラムが個々の利用者に応じて作成され、当該プログラムに従って、単位ごとに効果的に実施されている事業所を想定しており、限定的に適用されるものである。

当初の通所介護計画に位置付けられた時間よりも大きく短縮した場合は、当初の通所介護計画を変更し、再作成されるべきであり、変更後の所要時間に応じた所定単位数を算定しなければならない。

- (例)
- ① 利用者が定期検診などのために当日に併設保険医療機関の受診を希望することにより6時間程度のサービスを行った場合には、利用者の当日の希望を踏まえて当初の通所サービス計画を変更し、再作成されるべきであり、6時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。
  - ② 利用者の当日の希望により3時間程度の入浴のみのサービスを行った場合には、利用者の当日の希望を踏まえて当初の通所サービス計画を変更し、再作成するべきであり、3時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。
  - ③ 7時間以上9時間未満の通所介護を行っていたが、当日利用者の心身の状況から1～2時間で中止した場合は、当初の通所サービス計画に位置付けられていた時間よりも大きく短縮しているため、当日のキャンセルとして通所介護費を算定できない。

※平成15年Q&A(Vol.1)(平成15年5月30日) 通所サービス(共通事項)の問2は削除する。

## 通所リハビリテーション： 所要時間に関するQ&A

(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。

(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。

※ 平成15年Q & A (vol.1) (平成15年5月30日)通所リハビリテーションのQ1は削除する。

※ (削除)次のQ&Aを削除する。

1 平成21年Q&A (vol.1) (平成21年3月23日) 問55

2 平成21年Q&A (vol.2) (平成21年4月17日) 問22、26



**通所リハビリテーション； 加算等の見直し**

【延長加算】

六時間以上八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の取り扱い

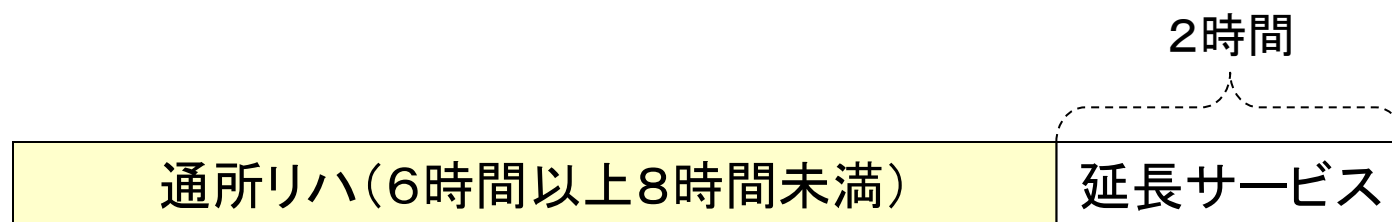
- ① 所要時間六時間以上八時間未満の通所リハの前後に連続して通所リハを行う場合について、二時間を限度に算定する。
- ② 通所リハと延長サービスを通算した時間が八時間以上の部分について算定する。
- ③ 実際に延長サービスを行うことが可能な体制にあり、実際に延長サービスを行った場合に算定する。

## 通所リハビリテーション — 延長加算①

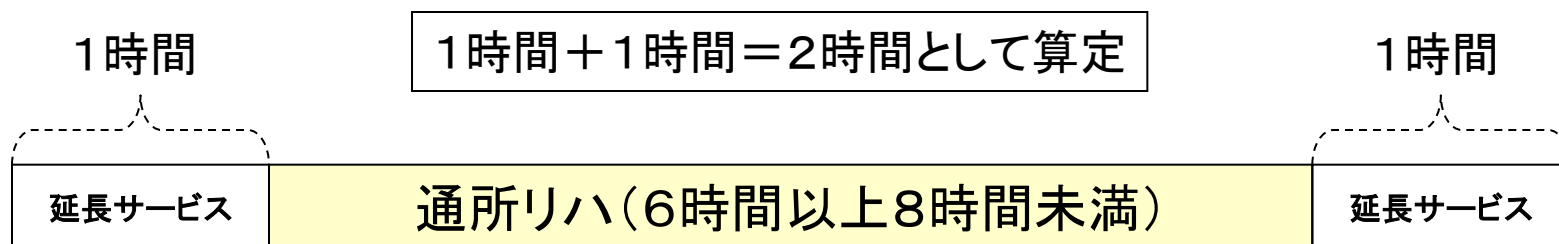
- ① 所要時間六時間以上八時間未満の通所リハの前後に連続して通所リハを行う場合について、二時間を限度に算定する。

### 《基本》

- 八時間の通所リハビリテーションの後に連続して二時間の延長サービスを行った場合



- 八時間の通所リハビリテーションの前に連続して一時間、後に連続して一時間、合計二時間の延長サービスを行った場合には、二時間分の延長サービスとして百単位を算定

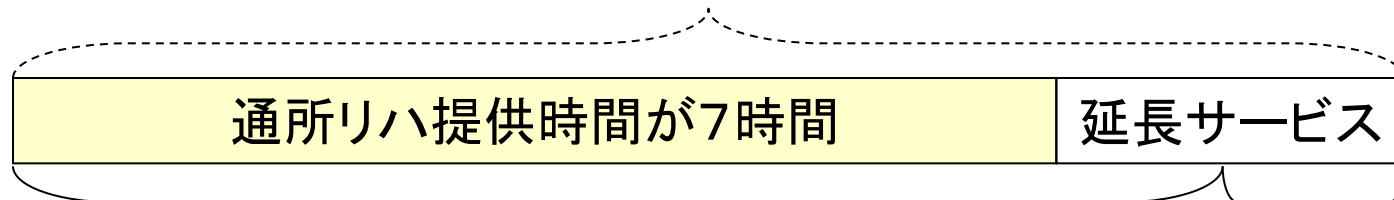


## 通所リハビリテーション — 延長加算②

② 通所リハと延長サービスを通算した時間が八時間以上の部分について算定する。

七時間の通所リハの後に連続して二時間の延長サービスを行った場合には、通所リハと延長サービスの通算時間は九時間であり、一時間分(=九時間-八時間)の延長サービスとして五十単位を算定

9時間



8時間

延長サービスは1時間のみ算定

こちらは通所リハ費  
(6時間以上8時間未満)

通所リハと延長サービスの通算8時間を  
越えた部分のみ延長サービスとして算定

(その他の例)

通所リハ提供時間が8時間	延長2時間	⇒延長加算2時間(100単位)
--------------	-------	-----------------

通所リハ提供時間が7時間	延長1時間	⇒通算で8時間以内なので、延長加算なし
--------------	-------	---------------------

## 通所系サービス関連共通事項

### ○延長加算

(問60) サービス提供時間の終了後から延長加算に係るサービスが始まるまでの間はどのような人員配置が必要となるのか。

(答) 例えば通所介護のサービス提供時間を7時間30分とした場合、延長加算は、7時間以上9時間未満に引き続き、9時間以上から算定可能である。サービス提供時間終了後に日常生活上の世話をする時間帯(9時間までの1時間30分及び9時間以降)については、サービス提供時間ではないことから、事業所の実情に応じて適当数の人員配置で差し支えないが、安全体制の確保に留意すること。

(問61) 延長加算の所要時間はどのように算定するのか。

(答) 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事業所において、実際に延長サービスを行ったときに、当該利用者について算定できる。

通所サービスの所要時間と延長サービスの所要時間の通算時間が、例えば通所介護の場合であれば9時間以上となるときに1時間ごとに加算するとしているが、ごく短時間の延長サービスを算定対象とすることは当該加算の趣旨を踏まえれば不適切である。

※平成15年Q&A(vol.1)(平成15年5月30日)通所サービス(共通事項)の問4は削除する。

## 通所系サービス関連共通事項

(問62) 延長加算と延長サービスにかかる利用料はどういう場合に徴収できるのか。

(答) 通常要する時間を超えた場合にかかる利用料については、例えば通所介護においてはサービス提供時間が9時間未満において行われる延長サービスやサービス提供時間が12時間以上において行われる延長サービスについて徴収できる。また、サービス提供時間が12時間未満において行われる延長サービスについて延長加算にかえて徴収できる。このとき当該延長にかかるサービス提供について届出は必要ない。

ただし、同一時間帯について延長加算に加えて利用料を上乗せして徴収することはできない。

(参考) 通所介護における延長加算および利用料の徴収の可否

- 例① サービス提供時間が9時間で3時間延長の場合(9時から12時間が延長加算の設定)
- 例② サービス提供時間が8時間で4時間延長の場合(8時から9時間の間は利用料、9時から12時間が延長加算の設定)
- 例③ サービス提供時間が8時間で5時間延長の場合(8時から9時間及び12時から13時間の間は利用料、9時から12時間が延長加算の設定)

サービス 提供時間	～7	7～8	8～9	9～10	10～11	11～12	12～13
例①	介護報酬			延長加算			
例②	介護報酬		利用料	延長加算			
例③	介護報酬		利用料	延長加算			利用料

※ 平成15年Q&A(vol.1)(平成15年5月30日)通所サービス(共通事項)の問5は削除する。

※ (削除) 次のQ&Aを削除する。平成15年Q&A(vol.1)(平成15年5月30日)通所サービス(共通事項)の問1

## 平均利用延人員数の取扱い

① 前年度の1月当たりの平均利用延人員数による。通所リハと介護予防通所リハを一体的に実施している場合は介護予防通所リハの平均利用延人員数を含む(実態として両事業が分離されている場合は含めない)。

② 平均利用延人員数の計算は

### 【通所リハ】

1時間以上2時間未満 : 利用者数 × 1/4

2時間以上3時間未満及び3時間以上4時間未満 : 利用者数 × 1/2

4時間以上6時間未満 : 利用者数 × 3/4

### 【介護予防通所リハ】

2時間未満 : 利用者数 × 1/4

2時間以上4時間未満 : 利用者数 × 1/2

4時間以上6時間未満 : 利用者数 × 3/4

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で計算してもよい。

＜新規＞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6/7を乗じた数による。

## 平均利用延人員数の取扱い

- ③ 前年度の実績が6月に満たない事業者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、都道府県知事に届け出た利用定員の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3月31日時点において事業を実施していて4月以降も引き続き事業を実施する事業者は、前年度において通所リハ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。



## リハビリテーションマネジメント加算（通所リハ； 算定要件の見直し）

### 【算定要件（変更点のみ）】

- 利用日数が月8回から月4回以上に緩和。
- 新規利用者のリハビリテーションマネジメント計画作成時は、通所開始日より1月以内の居宅訪問（診察、運動機能検査、作業能力検査等の実施）が算定要件に追加。

## 個別リハビリテーション実施加算（通所リハ； 算定要件の見直し）

### 【算定要件（変更点のみ）】

- 1時間以上2時間未満の利用者について、1日に複数回算定可。

## リハビリテーションマネジメント加算の変更点

新規にリハビリテーション実施計画を作成した利用者居宅を医師、又は、医師の指示を受けた理学療法士等が、通所開始日より一月内に訪問し、診察、運動機能検査、作業能力検査等を実施したうえで、必要に応じてリハビリテーション計画を見直すことが算定要件に追加された。

(留意事項(老企第36号)8(9)③へ参照)

- ・ 新規にリハビリテーション実施計画を作成した利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等\*が、通所開始日から起算して一月以内に当該利用者の居宅を訪問し、利用者の身体の状態、家屋の状態、家屋内におけるADL等の評価等を確認することを趣旨として診察、運動機能検査、作業能力検査等を実施すること。
- ・ その際、必要に応じて居宅での日常生活動作能力の維持・向上に資するリハビリテーション計画を見直すこと。

**\* 理学療法士等＝理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士**

## 通所リハビリテーション： リハビリテーションマネジメント加算に関するQ&A

(問74) 新規利用者について通所リハビリテーションの利用開始日前に利用者の居宅を訪問した場合は、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件を満たすのか。

(答) 通所リハビリテーションの利用初日の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、リハビリテーションマネジメント加算の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。

(問75) 医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が利用者の居宅を訪問し、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行った場合の加算と、リハビリテーションマネジメント加算は同時に算定できるのか。

(答) 算定できる。なお、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が利用者の居宅を訪問し、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行った場合の加算と訪問リハビリテーション費を同時に算定することはできない。

(問76) 入院等の理由により、通所リハビリテーションの利用が中断された後、再度、通所リハビリテーションを利用する場合にあっては、再度、利用者の居宅への訪問は必要か。

(答) 通所リハビリテーションの利用再開後にリハビリテーションマネジメント加算を算定する場合に必ずしも利用者の居宅を訪問する必要はないが、利用者の状態や居宅の状況に変化がある場合は、必要に応じて利用者の居宅への訪問する必要があることが望ましい。

## 通所リハビリテーション： リハビリテーションマネジメント加算に関するQ&A

(問77) 平成24年3月31日以前から通所リハビリテーションを利用していた利用者について、平成24年4月以降にリハビリテーションマネジメント加算を算定する場合に、利用者の居宅を訪問する必要があるのか。

(答) リハビリテーションマネジメント加算を算定する場合には必ずしも利用者の居宅を訪問する必要はないが、利用者の状態や居宅の状況に変化がある場合は必要に応じて利用者の居宅を訪問することが望ましい。

(問78) 全ての新規利用者について利用者の居宅を訪問していないとリハビリテーションマネジメント加算は算定できないのか。

(答) 当該加算は利用者ごとに算定する加算であるため、通所開始日から起算して1月以内に居宅を訪問した利用者について算定可能である。

(問79) 通所リハビリテーションの利用開始後、1月以内に居宅を訪問しなかった利用者については、以後、リハビリテーションマネジメント加算は算定できないのか。

(答) 算定できない。ただし、通所開始日から起算して1月以内に利用者の居宅への訪問を予定していたが、利用者の体調不良などのやむを得ない事情により居宅を訪問できなかった場合については、通所開始日から起算して1月以降であっても、体調不良等の改善後に速やかに利用者の居宅を訪問すれば、リハビリテーションマネジメント加算を算定できる。

## 通所リハビリテーション： リハビリテーションマネジメント加算に関するQ&A

(問80) 月4回以上通所リハビリテーションを行っている場合に算定とあるが、週1回以上通所リハビリテーションを行っている場合と解釈してもよいのか。

(答) 月4回以上の通所リハビリテーションを行うことが必要である。

※ 平成21年Q & A(vol.1)(平成21年3月23日)問56は削除する。

(問81) 自然災害や感染症の発生などにより事業所が一時的に休業し、当初月4回の通所を予定していた利用者へサービスが提供できなくなった場合も、リハビリテーションマネジメント加算は算定できないのか。

(答) リハビリテーションマネジメント加算の算定に当たっては、正当な理由があれば、算定要件に適合しない場合であっても算定できる。具体的には、算定要件に適合しない場合であっても、①やむを得ない理由による場合(ケアプラン上は月4回であるが、利用者の体調悪化で4回受けることができない場合等)、②自然災害や感染症の発生等により、事業所が一時的に休業等するため、当初ケアプラン上予定していたサービスの提供ができなくなった場合であれば、算定が認められる。

※ 平成21年Q & A(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及び個別リハビリテーション実施加算関係)(平成21年4月9日)問1は削除する。

## 通所リハビリテーション： リハビリテーションマネジメント加算に関するQ&A

(問82) 通所リハビリテーションにおいて提供されているリハビリテーションの回数と通所リハビリテーション以外において提供されているリハビリテーションの回数を合算して、月4回を満たす場合には、リハビリテーションマネジメント加算を算定することは可能か。

(答) リハビリテーションマネジメント加算の算定に当たっては、一事業所において月4回の通所リハビリテーションサービスの利用を要件としているところ。ただし、短期入所療養介護事業所により個別リハビリテーションが提供される場合であって、通所リハビリテーション事業所におけるリハビリテーションの提供回数と短期入所療養介護事業所におけるリハビリテーションの提供回数の合計が月4回以上であり、かつ、事業所間で利用者についての情報が共有されて、一体としてリハビリテーションマネジメントが行われている場合には、リハビリテーションマネジメント加算の算定が可能である。

※ 平成21年Q&A(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及び個別リハビリテーション実施加算関係)(平成21年4月9日)問2は削除する。

## 短期集中リハビリテーション実施加算（通所リハ）

短期集中リハビリテーション実施加算から「個別リハ」相当分を分離！

早期の個別リハ実施  
に対する「評価」

### 【短期集中リハビリテーション実施加算】

（現）

（4月から）

退院・退所後又は認定日から起算して

退院・退所後又は認定日から起算して

1月以内 280単位/日 → 1月以内 120単位/日

1月超3月以内 140単位/日 → 1月超3月以内 60単位/日

（個別リハビリテーション実施が条件）

### 【個別リハビリテーション実施加算】

個別リハビリテーション（1回20分） 80単位/回

個別リハの報酬はこちら

(参考)個別リハビリテーション実施加算の算定回数について

	1週間に複数回、個別リハを実施する場合 (短期集中リハ加算を算定している場合のみ)				1週間に複数回、個別リハ を実施しない場合、 または3月超	
	短期集中リハ実施加算を算定する場合					
	1月以内 (120単位/日)		1月超～3月以内 (60単位/日)			
	算定上限 回数 (1日)	算定上限 回数 (1月)	算定上限 回数 (1日)	算定上限 回数 (1月)	算定上限 回数 (1日)	算定上限 回数 (1月)
1時間～2時間 の通所リハビリ	通所リハ実施 時間内	—	通所リハ実 施時間内	—	通所リハ実 施時間内	13回
2時間以上 の通所リハビリ	2回	—	1回	—	1回	13回



# 見直し後の通所リハビリテーションの報酬イメージ

## 【1～2時間の通所リハ】

退院 (所) 日等	1月以内	1月超3月以内	3月超
		実施日毎に算定可能	
必須	短期集中リハ加算 (120単位/日)	短期集中リハ加算 (60単位/日)	個別リハ実施加算 (80単位/回)
	個別リハ実施加算 (80単位/回)		
	個別リハ実施加算 (80単位/回)	個別リハ実施加算 (80単位/回)	必須
	1日複数回 可 何日でも可	1日複数回 可 何日でも可	(1月13回以内)
			個別リハ実施加算 (80単位/回)
リハビリテーションマネジメント加算(230単位/月)			
本体報酬			

## 【2時間以上の通所リハ】

退院 (所) 日等	1月以内	1月超3月以内	3月超
	短期集中リハ加算 (120単位/日)	短期集中リハ加算 (60単位/日)	(1月13回以内)
	個別リハ実施加算 (80単位/回)	個別リハ実施加算 (80単位/回)	個別リハ実施加算 (80単位/回)
	個別リハ実施加算 (80単位/回)	個別リハ実施加算 (80単位/回)	個別リハ実施加算 (80単位/回)
リハビリテーションマネジメント加算(230単位/月)			
本体報酬			

## 通所リハビリテーション：個別リハビリテーション実施加算に関するQ&A

(問83) 「高次脳機能障害(失語症含む)」、「先天性又は進行性の神経・筋疾患」については、月4回以下の利用であっても、個別リハビリテーション加算を算定できるとされたが、その他、どのような場合に個別リハビリテーション実施加算の算定が可能となるのか。

(答) 通所リハビリテーション事業所の医師の診察内容及び運動機能検査の結果を基に、リハビリテーションの提供に関わる医師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、看護職員又は介護職員等が協働して作成する通所リハビリテーション実施計画において、効果的なリハビリテーションの提供が可能であると判断された場合については、月4回以下の利用であっても、個別リハビリテーション実施加算の算定が可能である。ただし、この場合であっても、個別リハビリテーション実施加算の算定要件を満たす必要がある。

※ 平成21年Q&A(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及び個別リハビリテーション実施加算関係)  
(平成21年4月9日)問4は削除する。

(問84) 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と個別リハビリテーション実施加算について、複数事業所でサービスを提供するとき、どのように算定をするのか。

(答) 通所リハビリテーションは、原則として、一つの事業所でリハビリテーションを提供するものである。ただし、事業所ごとに提供可能なサービスの種類が異なり単一の事業所で利用者が必要とするリハビリテーションの全てを提供できない場合、複数の事業所で提供することも可能である。例えば、脳血管疾患発症後であって、片麻痺と失語を認める利用者に対し、一つの事業所がリハビリテーションを提供することとなったが、この事業所には言語聴覚士が配置されていないため、失語に対するリハビリテーションは別の事業所で提供されるというケースが考えられる。この場合、リハビリテーションマネジメント加算と個別リハビリテーション実施加算の算定については、A事業所で月4回以上(13回以下)、別の事業所で月4回以上(13回以下)利用していた場合、それぞれの事業所でリハビリテーションマネジメント加算が算定可能であり、個別リハビリテーションの実施状況に応じて、個別リハビリテーション実施加算が算定可能である。

※ 平成21年Q&A(vol.2)(平成21年4月17日)問28は削除する。

(平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(平成24年3月16日)より)

重度療養管理加算（**新規**）⇒ 100単位／日

【算定要件】

- ・ 別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者（要介護状態区分が要介護4又は要介護5である者に限る。）に対して、計画的な医学管理のもと、指定通所リハビリテーションを行った場合に算定する。
- ・ 1時間以上2時間未満の利用者は算定しない。

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】

- イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
- ハ 中心静脈注射を実施している状態
- 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
- 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
- ヘ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の四級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態
- ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- チ 褥瘡に対する治療を実施している状態
- リ 気管切開が行われている状態

短期入所も同様

【厚生労働大臣が定める状態】

（青字部分：留意事項（老企第36号）8（16））

イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態

→ ア 当該月において一日当たり八回（夜間を含め約三時間に一回程度）以上実施している日が二十日を超える場合。

ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態

→ イ 当該月において一週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っていること。

ハ 中心静脈注射を実施している状態

→ ウ 中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者  
又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者であること。

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

→ エ 人工腎臓を各週二日以上実施し、以下のいずれかの合併症をもつもの。

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（収縮期血圧が九十mmHg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

【厚生労働大臣が定める状態（続き）】

（青字部分：留意事項（老企第36号）8（16））

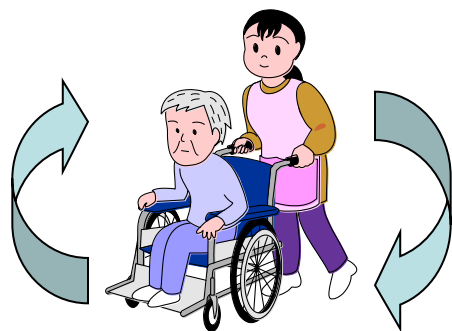
- ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
  - オ 持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧九十mmHg以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度九十%以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。
- ヘ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の四級以上に該当し、ストーマの処置を実施している状態
  - カ 当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合。
- ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
  - キ 経口摂取が困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。
- チ 褥瘡に対する治療を実施している状態
  - ク 第三度\*以上に該当し、かつ、当該褥創に対して必要な処置を行った場合に限る。
- リ 気管切開が行われている状態
  - ケ 気管切開の医学的管理を行った場合。

※褥瘡の分類	第一度：	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）
	第二度：	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）
	第三度：	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
	第四度：	皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

## 同一建物からの利用者に対する減算(新規)

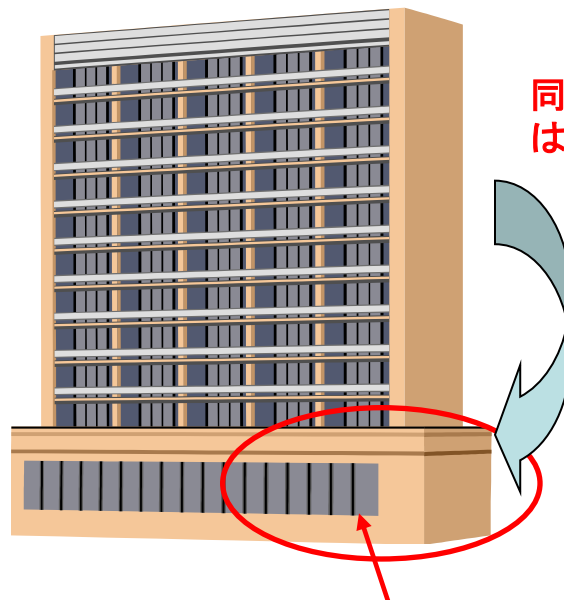
⇒ 基本サービス単位より1日当たり94単位を減算

- ・ 同一建物(例:集合住宅の1階が指定通所リハビリテーション事業所)でサービスを提供する場合、当該建物から通所する利用者については、該当する基本サービス単位より1日当たり94単位を減算する。
- ・ この減算は事業所の規模(通常、大規模Ⅰ、大規模Ⅱ)を問わない。
- ・ 傷病等により、一時的に送迎が必要となる利用者、その他やむを得ず送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行う場合は、減算を行わない。



### 減算対象とならない場合

- ・ 傷病等による一時的な送迎
- ・ その他やむを得ない送迎



同一建物からの通所利用者は94単位の減算対象。

例えば、集合住宅の1階が通所リハビリテーション事業所の場合

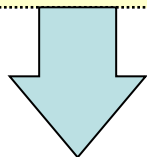
## 通所系サービス関連共通事項

○ 同一建物居住者等に通所系サービスを行う場合の減算

(問55) 「建物の構造上自力での通所が困難」とは、具体的にどのような場合か。

(答) 当該建物にエレベーターがない又は故障中の場合を指す。

介護職員処遇改善加算は、平成23年度まで実施されていた介護職員処遇改善交付金による賃金改善の効果を継続する観点から、当該交付金を円滑に介護報酬に移行することを目的とし**平成26年度までの間に限り創設したものである**。その内容については、**別途通知を参照すること**。



「介護職員処遇改善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」

平成24年3月16日付  
発出



# 介護職員処遇改善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（老発0316第2号別紙1表1）

## 加算の仕組み

- サービス別の基本サービス費に各種加算減算を加えた一月あたりの総単位数にサービス別加算率※を乗じた単位数で算定する
- 当該加算は、**区分支給限度基準額の算定対象から除外される。**

### <※サービス別加算率>

サービス	加算率
(介護予防)訪問介護	4.0%
(介護予防)訪問入浴介護	1.8%
(介護予防)通所介護	1.9%
(介護予防)通所リハビリテーション	1.7%
(介護予防)短期入所生活介護	2.5%
(介護予防)短期入所療養介護(老健)	1.5%
(介護予防)短期入所療養介護(病院等)	1.1%
(介護予防)特定施設入居者生活介護	3.0%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	4.0%
夜間対応型訪問介護	4.0%

サービス	加算率
(介護予防)認知症対応型通所介護	2.9%
(介護予防)小規模多機能型居宅介護	4.2%
(介護予防)認知症対応型共同生活介護	3.9%
地域密着型特定施設入居者生活介護	3.0%
地域密着型介護老人福祉施設	2.5%
複合型サービス	4.2%
介護老人福祉施設	2.5%
介護老人保健施設	1.5%
介護療養型医療施設	1.1%

## 介護職員処遇改善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（老発0316第2号2）

### ① 加算の算定額に相当する賃金改善の実施

- ・ 介護サービスの事業者等は、加算の算定額に相当する**介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善（以下「賃金改善」という。）**を実施しなければならない。
- ・ 賃金改善は、本給、手当、賞与等のうちから**対象とする賃金項目を特定した上で行うものとする。**この場合、**特定した賃金項目を含め、賃金水準を低下させてはならない。**
- ・ 当該加算は、**区分支給限度基準額の算定対象から除外される。**

※ サービス利用者数の大幅な減少などによる経営の悪化等により、**事業の継続が著しく困難であると認められる理由がある場合には、適切に労使の合意を得た上で、賃金水準を見直すこともやむを得ないとの解釈を示す。**また、賞与等において、経常利益等の業績に連動して支払額が変動する部分が業績に応じて変動することを妨げるものではないが、本加算に係る賃金改善は、こうした変動と明確に区分されている必要がある。

平成24年3月16日発出  
Q & A 問236(98頁)

## 介護職員処遇改善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（老発0316第2号2）

### ② 介護職員処遇改善計画書の作成

- ・ 加算を算定しようとする介護サービス事業者等は、**介護職員処遇改善計画書**を作成し、都道府県知事等に**届け出ること**。
  - 1 加算の見込額
  - 2 賃金改善の見込額
  - 3 賃金改善を行う賃金項目
  - 4 賃金改善実施期間 原則4月から翌年の3月まで
  - 5 賃金改善を行う方法（可能な限り具体的に記載すること）
- ・ 介護職員処遇改善計画書に併せて、以下を添付して届け出ること。
  - ・就業規則（※変更が無い場合は省略可）
  - ・労働保険に加入していることが確認できる書類

### ③ キャリアパス要件等届出書の作成

- ・ キャリアパス要件等については、別紙様式6のキャリアパス要件等届出書を都道府県知事等に提出していることをもって要件に適合したものとす。  
（※変更が無い場合は省略可）

## 介護職員処遇改善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（老発0316第2号2）

### ④ 複数の介護サービス事業所等を有する介護サービス事業者等の特例

- 複数の事業所等を有する事業者等（法人である場合に限る）や、介護サービス事業所等ごとの届出が実態に鑑み適当でない場合は、介護職員処遇改善計画書を一括して作成することができる。
- 同一の就業規則により運営されている場合は、地域ごとや介護サービスごとに作成することができる。
- 都道府県等の圏域を越えて複数の事業所を有する場合も同様。
- 介護職員の賃金改善に係る経費については、当該改善に伴う法定福利費等の事業主負担増加額を含むものとする。

### ⑤ その他

- 加算の目的等をふまえ、労働基準法等を遵守すること。

## 介護職員処遇改善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（老発0316第2号3）

### 加算の見込み額の計算

- ・ 介護職員処遇改善計画書における加算の算定額の見込み額は、次の計算による。

介護報酬総単位数 × サービス別加算率（別紙1に掲げる表1）（一単位未満の端数四捨五入） × 一単位の単価（一円未満の端数切り捨て）

- ・ 介護報酬総単位数は、サービス別の基本サービス費に各種加算減算を加えた1月あたりの総単位数とする。
- ・ 加算の見込み額は、各サービス別に都道府県等ごとに作成する。
- ・ 複数の介護サービスを提供する介護サービス事業所等において、介護職員処遇改善計画書を一括作成する場合の加算の見込額の計算については、別紙1に掲げる表1に定めるサービス区分ごとに行い、それぞれのサービスごとに算出された単位（1単位未満の端数切り捨て）を合算すること。実際の介護報酬総額は、次の計算による。

（介護報酬総単位数 + 介護職員処遇改善加算の単位数） × 一単位の単価  
（一円未満の端数切り捨て）

## 介護職員処遇改善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（老発0316第2号4）

### 加算の単位数

- ・ 年度内に支払われる加算の単位数は、介護報酬総単位数に、別紙1のサービス区分及び次の各号のキャリアパス要件等の適合状況ごとに定める率を乗じて得た額（1単位未満の端数四捨五入）とする。

- 一 算定基準イ(7)又は(8)のいずれか一方に適合する場合 90/100
- 二 算定基準イ(7)又は(8)のいずれにも適合しない場合 80/100

## 介護職員処遇改善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（老発0316第2号5）

### 加算の停止

- ・ 都道府県知事等は、加算を算定する介護サービス事業者等が次の各号に該当する場合は、既に支給された加算の一部若しくは全部を不正受給として返還させること又は加算を取り消すことができる。
- ・ 複数の介護サービス事業所等を有する介護サービス事業者等で一括して処遇改善計画を作成している場合は指定権者間において協議し、必要に応じて監査等を連携して実施する。

- 一 算定要件を満たさなくなった場合
- 二 虚偽又は不正の手段により加算を受けた場合。

## 介護職員処遇改善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（老発0316第2号6）

### 都道府県知事等への届出

- ・ 加算の算定を受けようとする事業者等は、算定を受ける年度の前年度の2月末日までに、介護サービス事業所等ごとに、当該介護サービス事業所等の所在する都道府県知事等に提出するものとする。
- ・ ただし、介護職員処遇改善計画書を一括して作成する場合は、一括して都道府県知事等に届け出ることができる。
- ・ 年度の途中で加算の算定を受けようとする介護サービス事業者は、算定を受けようとする月の前々月の末日までに、都道府県知事等に提出するものとする。



## 介護職員処遇改善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（老発0316第2号7）

### 平成24年度当初の特例

- 平成24年度については、介護職員処遇改善交付金の承認を受けていた事業所は、当該承認をもって、加算の算定要件を満たしたものとみなし、当該加算を支給することとする。
- この場合、各介護サービス事業者は、平成24年5月末までに、介護職員処遇改善計画書及び計画書添付書類を都道府県知事等に提出すること。
- 介護職員処遇改善交付金の承認を受けていない事業所等（新たに指定を受ける介護サービス事業所を含む）は、加算の算定を受けようとする月の前々月の末日までに介護職員処遇改善計画書及び計画書添付書類を都道府県知事等に提出すること。
- 平成24年4月から算定を受ける場合は、平成24年3月25日までに介護職員処遇改善計画書及び計画書添付書類を都道府県知事等に提出すること。

## 介護職員処遇改善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（老発0316第2号8）

### 都道府県知事等への変更の届出

- ・ 加算を算定する際に提出した届出書、介護職員処遇改善計画書、計画書添付書類、キャリアパス要件等届出書に変更があった場合は、変更の届出を行う。
  - 一 会社法による吸収合併、新設合併等による介護職員処遇改善計画書の作成単位が変更となる場合
  - 二 複数事業所を一括申請する事業者で、申請に係る事業所等に増減があった場合
  - 三 就業規則を改正（介護職員の処遇に関する内容に限る）した場合
  - 四 キャリアパス要件等に関する適合状況に変更があった場合

# 介護職員処遇改善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（老発0316第2号9）

## 賃金改善の実績報告

- 各事業年度における最終の加算の支払いがあった月の翌々月の末日までに、都道府県知事等に対して、以下の事項を含めた別紙様式5の介護職員処遇改善実績報告書を提出し、2年間保存する。

- 一 加算の総額
- 二 賃金改善実施期間
- 三 「二 賃金改善実施期間」における次の事項
  - ア 介護職員常勤換算数の総数
  - イ 介護職員に支給した賃金総額
  - ウ 介護職員一人当たり賃金月額
- 四 実施した賃金改善の方法
  - ※「基本給を介護職員平均で〇〇円改善した」など、具体的に記載すること。
- 五 「四 実施した賃金改善の方法」の実施に要した費用の総額
  - ※賃金改善に伴う法定福利費等の事業主負担増加額を含む。
- 六 介護職員一人当たり賃金改善額（月額平均）
  - 「五 賃金改善の実施に要した費用」の額を「介護職員常勤換算数の総数」で除して得た額（一円未満切り捨て）を記載する。

## 参 考 (H24.2.23. 厚労省担当課長会議での質疑応答)

Q1) 処遇改善加算においては、いつの時点の賃金との比較となるか。

A1) 直近(=平成23年度)の賃金水準のうち、処遇改善交付金に係る額を控除した賃金との比較となる予定。詳細はQ&A等で示す。 → Q&A問223(95頁)参照

Q2) 処遇改善加算において、賃金改善実施期間はいつか。

A2) 年度に呼応して4月からとなるのが原則だが、これまでの処遇改善交付金の考え方と連動できるように示したい。詳細はQ&A等で示す。 → Q&A問224(95頁)参照

Q3) 交付金から加算になると、利用者負担が増すことになり、理解を得難いが、どのように考えるか。

A3) 「介護に必要な労働力確保のための方策」であると理解して頂きたい。

Q4) 処遇改善加算における複数の事業所の特例について、「実態に鑑みて適当でない」とはどのような場合が想定されるか。

A4) 複数の事業所で職員が兼務しているため按分が出来ないようなケースを想定する。

Q5) 処遇改善加算で、複数事業所を一括して手続きする場合、県内外にまたがる事業者はどちらに届出をすべきか。

A5) 加算となるので、届出はそれぞれの指定権者に届け出ることとなる。

→ 老発0316第2号2④「複数の介護サービスを有する介護サービス事業者等の特例」及び3「加算の見込み額の計算」参照

Q6) 処遇改善加算で、新規に届け出る場合の届出期限はいつか。

A6) 3月25日を期限とする予定。 → 老発0316第2号7「平成24年度当初の特例」参照

## 介護職員処遇改善加算に関するQ&A

(問223) 介護職員処遇改善計画書における賃金改善の基準点はいつの時点になるのか。

(答) 介護職員処遇改善加算の算定要件は、賃金改善実施期間における賃金改善に要する額(当該改善に伴う法定福利費等の事業主負担増加額を含む。)が、加算の総額を上回ることにしている。その「賃金改善」については、賃金改善実施期間における賃金水準を、以下の賃金水準と比較した場合の改善分をいう。

- ・ 介護職員処遇改善交付金を受けていた事業所については、平成23年度の賃金水準から交付金による改善を行っていた部分を除いた水準(ただし、平成25年度以降に新たに加算を算定する場合は、前年度の賃金水準)。
- ・ 介護職員処遇改善交付金を受けていなかった事業所については、加算を算定する年度の前年度の賃金水準。

したがって、例えば、

- ・ 手当等により賃金改善を実施する場合に、特段の事情なく基本給を平成23年度より切り下げる。
- ・ 基本給により賃金改善を実施する場合に、業績連動ではないその他の手当等を平成23年度より引き下げる。

などの場合は、賃金改善と認められない。

## 介護職員処遇改善加算に関するQ&A

(問224) 介護職員処遇改善計画書における賃金改善実施期間はいつから、いつまでか。

(答) 加算における賃金改善を実施する期間であり、当該加算は平成24年4月から算定が可能となるため、その賃金改善実施期間についても原則4月(年度の途中で加算の算定を受ける場合、当該加算を受けた月)から翌年の3月までとなる。

なお、交付金を受けている場合等により、賃金改善期間の重複が発生する等の理由がある場合は、賃金改善実施期間を6月から翌年5月までとするなど柔軟な対応をとりたい。

(問225) 介護職員処遇改善計画書や報告書に関する証拠書類として事業者から求める書類について、国から基準は示されるのか。

(答) 労働基準法(昭和22年法律第49号)第89条に規定する就業規則や就業規則と別に作成している賃金・退職手当・臨時の賃金等に関する規程を想定している。

(問226) 介護職員処遇改善計画書、実績報告の様式を変更してもよいか。

(答) 3月16日付け老発0316第2号通知で様式例をお示ししたとおりであり、指定権者をまたいで複数事業所を一括して法人単位で介護職員処遇改善計画書を作成することもあり、事務の簡素化の観点から、特段の事情のない限り同様式例を活用して頂きたい。

## 介護職員処遇改善加算に関するQ&A

(問227) 介護職員の資質向上の支援に関する計画には、具体的にどのような内容が必要か。

(答) 当該計画については、特に基準等を設けておらず、事業者の運営方針や事業者が求める介護職員像及び介護職員のキャリア志向に応じて適切に設定されたい。また、計画の期間は必ずしも賃金改善実施期間と合致しなくても良い。

なお、目標を例示すれば、次のようなものが考えられる

① 利用者のニーズに応じた良質なサービス提供するために、介護職員が技術・能力(例:介護技術、コミュニケーション能力、協調性、問題解決能力、マネジメント能力等)の向上に努めること。

② 事業所全体での資格等(例:介護福祉士、介護職員基礎研修、訪問介護員研修等)の取得率向上

(問228) 介護職員処遇改善加算に係る、厚生労働大臣が別に定める基準の内容のうち、イ(6)の「労働保険料の納付が適正に行われていること」について具体的に内容を確認すればよいか。

(答) 加算の算定をしようとする事業所における従事者に対する労働保険の加入状況が適切に行われていることが必要となるため、労働保険関係成立届等の納入証明書(写)等を提出書類に添付する等により確認する。

## 介護職員処遇改善加算に関するQ&A

(問229) 実績報告書の提出期限はいつなのか

(答) 各事業年度における最終の加算の支払いがあった月の翌々月の末日までに、介護職員処遇改善実績報告書を提出する。

例: 加算を算定する最後のサービス提供月が3月の場合、5月支払となるため、2か月後の7月末となる。

(問230) キャリアパス及び労働保険納付に関する確認資料は、交付金申請事業所からも改めて提出を求める必要があるか。

(答) 介護職員処遇改善交付金を受けている事業所について、都道府県に届出をする場合は、キャリアパス及び労働保険納付に関する確認資料に変更がない場合、省略を可能とする。また、指定都市又は中核市については、都道府県から指定事務等の一環として、これらの確認資料を引き継ぐ場合については、省略を可能とする。地域密着型サービスについて、新たに市町村に届出が必要となる場合については、都道府県に提出している資料と同様のものの提出が必要となる。

(問231) 賃金改善等の処遇改善計画の介護職員への周知方法の確認について、回覧形式で判子を押印した計画書の写しを提出させること等が考えられるが、具体的にどのように周知すればよいか。

(答) 賃金改善計画等の周知については、全従事者が閲覧できる掲示板等への掲示や全従事者への文書による通知等が考えられるが、各法人・事業所において適切な方法で実施することが必要である。



## 介護職員処遇改善加算に関するQ&A

(問232) 労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に科せられていないことは、どのようにして確認するのか。

(答) 事業所の指定を行う際と同様に、届出を行う事業所に誓約書等の提出を求めることにより確認する。

(問233) 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の定めには、最低限、どのような内容が必要か。

(答) 職責や職務内容等については、特に基準等を設けておらず、事業者の運営方針等に基づいて設定することが必要である。

(問234) 介護職員処遇改善加算の届出は毎年必要か。平成24年度に加算を算定しており、平成25年度にも加算を算定する場合、再度届け出る必要があるのか。

(答) 介護職員処遇改善加算を算定しようとする事業所が前年度も加算を算定している場合、介護職員処遇改善計画書は毎年提出する必要があるが、既に提出された計画書添付書類については、その内容に変更(加算取得に影響のない軽微な変更を含む)がない場合は、その提出を省略させることができる。

## 介護職員処遇改善加算に関するQ&A

(問235) 介護職員処遇改善計画書の作成について、当該計画の内容が変更になった場合は、改めて都道府県知事等に届け出る必要があるのか。また、当該計画は、事業年度を超えて作成することはできないと解してよろしいか。

(答) 加算を算定する際に提出した介護職員処遇改善計画書等に変更があった場合には、必要な事項を記載した変更の届出を行う。なお、加算取得に影響のない軽微な変更については、必ずしも届け出を行う必要はない。また、介護職員処遇改善計画は収入額・支出額等を各年度、見直しをする必要があるため、各年毎に作成することが必要である。

(問236) 事業悪化等により、賃金水準を引き下げることが可能か。

(答) サービス利用者数の大幅な減少などによる経営の悪化等により、事業の継続が著しく困難であると認められるなどの理由がある場合には、適切に労使の合意を得た上で、賃金水準を見直すこともやむを得ない。また、賞与等において、経常利益等の業績に連動して支払額が変動する部分が業績に応じて変動することを妨げるものではないが、本加算に係る賃金改善は、こうした変動と明確に区分されている必要がある。

(問237) 実績報告で賃金改善額が加算額を下回った場合、これまでの交付金と同様、返還する必要があるのか。

(答) 加算の算定要件は、賃金改善額が加算による収入額を上回ることであり、加算による収入額を下回るとは想定されないが、仮に加算による収入額を下回っている場合は、一時金や賞与として支給されることが望ましい。

なお、悪質な事例については、加算の算定要件を満たしていない不正請求として全額返還となる。

## 介護職員処遇改善加算に関するQ&A

(問238) 期限までに実績報告が行われない場合は、実施期間中の当該加算は全額返還となるのか。

(答) 加算の算定要件で実績報告を行うこととしており、指定権者が実績報告の提出を求める等の指導を行っているにも関わらず、実績報告の提出を行わない場合は、加算の算定要件を満たしていない不正請求として全額返還となる。

(問239) 通常、加算は実施した翌月以降に請求することとなる、4月から加算を算定しようとする場合、3月中には介護職員処遇改善計画書を作成して従業員に周知しなければならないが、期間が短く対応ができないのではないか。

(答) 平成24年度に交付金の承認を受けていた介護サービス事業所等については、当該承認をもって、加算の算定要件を満たしたものとみなし、平成24年5月末までに、介護職員処遇改善計画書及び計画書添付書類を都道府県知事等に届出をすることで算定を可能とする経過措置を設定した。従って、この間に介護職員処遇改善計画書を作成し、都道府県知事等に届け出ることが必要である。

(問240) 加算は、事業所ごとに算定するため、介護職員処遇改善加算の算定要件である介護職員処遇改善計画書や実績報告書は、(法人単位ではなく)事業所ごとに提出する必要があるのか。

(答) 加算は、事業所毎に算定をするため事業所毎の届出が原則となるが、介護サービス事業所等を複数有する介護サービス事業者等(法人である場合に限る。)である場合や介護サービス事業所等ごとの届出が実態に鑑み適当でない場合、介護職員処遇改善計画書は、当該介護サービス事業者等が一括して作成することができる。また、同一の就業規則により運営されている場合に、地域ごとや介護サービスごとに作成することができる。

## 介護職員処遇改善加算に関するQ&A

(問241) 介護職員処遇改善計画書を単独事業所で作成する場合や同一県内の複数事業所を一括で作成する場合など、どの様式で届け出ればよいか。

(答) 介護職員処遇改善計画書は全ての事業所で作成(複数事業所を一括で作成可能)する必要があり、複数事業所を一括で作成する場合、事業所の一覧(添付資料1)、都道府県状況一覧(添付資料2)、市町村状況一覧(添付資料3)を添付することとしている。

単独の事業所で介護職員処遇改善計画書を作成する場合は、添付書類は必要なく、同一県内の複数事業所を一括で作成する場合は、事業所一覧(添付資料1)と市町村状況一覧(添付資料3)が添付資料として必要になる。

(問242) 介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額に反映しないとありますが、利用料には反映されるのか。

(答) 介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の算定には含まない。また、利用者には通常の介護報酬算出方式に基づき算出した額の1割を請求することになる。

(問243) 介護職員処遇改善加算の算定要件として、介護職員処遇改善計画書や実績報告書を都道府県知事等に提出することとなっているが、当該要件を満たしていることを証するため、計画書や実績報告書の提出を受けた都道府県知事は、(介護給付費算定に係る体制等状況一覧表の「受理通知」は送付しているがそれとは別途に)「受理通知」等を事業所に送付する必要があるのか。

(答) 加算の算定に係る事務を滞りなく行うために必要な事務については、他の加算同様に実施することが必要である。

## 介護職員処遇改善加算に関するQ&A

(問244) 平成24年度から新たに介護サービス事業所を開設する場合も加算の算定は可能か。

(答) 新規事業所についても、加算算定は可能である。この場合においては、介護職員処遇改善計画書の賃金改善額は賃金のうち加算の収入を充当する部分を明確にすることが必要である。なお、方法は就業規則、雇用契約書等に記載する方法が考えられる。

(問245) 交付金事業では、賃金改善は複数の給与項目で実施できたが、加算においても同様の取り扱うのか。一時金で改善してもよいのか。

(答) 介護職員処遇改善計画書には、増額若しくは新設した又はする予定である給与の項目の種類(基本給、手当、賞与又は一時金等)等を記載することとしているが、基本給で実施されることが望ましい。

(問246) 交付金事業と同様に、賃金改善は常勤、非常勤等を問わず、また、一部の介護職員を対象としないことは可能か。

(答) 介護職員処遇改善加算の算定要件は、賃金改善に要する額が加算による収入を上回ることであり、事業所(法人)全体での賃金改善が要件を満たしていれば、一部の介護職員を対象としないことは可能である。

## 介護職員処遇改善加算に関するQ&A

(問247) 平成24年当初の特例で介護職員処遇改善交付金を受けていた事業所は、介護職員処遇改善加算ではどの様にみなされるのか。介護職員処遇改善交付金と要件を変更する場合や加算の取得を辞退する場合はどのような手続きが必要か。

(答) 平成24年当初の特例については、介護職員処遇改善交付金を受けている事業所については、平成24年4月1日から下記の加算を算定する事業所とみなすこととなる。ただし、平成24年5月末日までに届出に関する書類を指定権者に提出する必要がある。また、加算の要件を交付金の時と変更する場合や新規に加算を取得する場合は、新規の届出が必要になり、加算の取得を辞退する場合は、その旨の届出が必要である。

介護職員処遇改善交付金		介護職員処遇改善加算
100%	⇒	加算(Ⅰ)
90%	⇒	加算(Ⅱ)
80%	⇒	加算(Ⅲ)

(問248) 加算算定時に1単位未満の端数が生じた場合、どのように取り扱うのか。また同様に、利用者負担の1円未満はどのように取り扱うのか。

(答) 通常の介護報酬における単位の計算と同様に、一単位未満の端数を四捨五入し、現行の他の加算と同様になる。なお、利用者負担は1円未満の端数を切り捨てて計算する。

## 介護職員処遇改善加算に関するQ&A

(問250) 介護給付費算定に係る体制状況一覧における介護職員処遇改善加算は、期日までに提出は必要か。また、必要な添付書類はなにか。

(答) 介護職員処遇改善加算については、平成24年当初の特例を設けており、介護職員処遇改善交付金を受けている事業所については、加算を算定する事業所とみなすため、介護給付費算定に係る体制状況一覧における介護職員処遇改善加算の部分については、記載を省略しても差し支えない。

また、介護給付費算定に係る体制状況一覧における介護職員処遇改善加算に関する添付書類については、介護職員処遇改善計画書等の届出を持って添付書類とすることとし、介護職員処遇改善計画書を複数事業所でまとめて作成している場合についても、それぞれの事業所ごとに資料を添付する必要はない。