

## 8 通所リハビリテーション費

### (1) 所要時間による区分の取扱い

通所介護と同様であるので、7(1)を参照されたい。

### (2) 災害時等の取扱い

通所介護と同様であるので、7(5)を参照されたい。

### (3) 短時間リハビリテーションの取扱いについて

訪問介護と同様であるので、2の(2)を参照されたい。

## 8 通所リハビリテーション費

### (1) 所要時間による区分の取扱い

① 所要時間による区分については、現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画に位置づけられた内容の通所リハビリテーションを行うための標準的な時間によることとしている。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、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が算定すること（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。）。

② 指定通所リハビリテーションを行うのに要する時間には、送迎に要する時間は含まないものとする。

③ 当日の利用者の心身の状況から、実際の通所リハビリテーションの提供が通所リハビリテーション計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には通所リハビリテーション計画上の単位数を算定して差し支えない。なお、通所リハビリテーション計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合には、通所リハビリテーション計画を変更のうえ、変更後の所要時間に応じた単位数を算定すること。

④ 利用者に対して、一日に複数の指定通所リハビリテーションを行う事業所にあつては、それぞれの指定通所リハビリテーションごとに通所リハビリテーション費を算定するものとする（例えば、午前と午後指定通所リハビリテーションを行う場合にあつては、午前と午後それぞれについて通所リハビリテーション費を算定する。）。ただし、一時間以上二時間未満の通所リハビリテーションの利用者については、同日に行われる他の通所リハビリテーション費は算定できない。

### (2) 災害時等の取扱い

通所介護と同様であるので、7(5)を参照されたい。

### (3) 一時間以上二時間未満の通所リハビリテーションにおける理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士（以下8において「理学療

① 「研修」とは、運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。

具体的には、(i)日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーションセラピスト研修、(ii)全国病院理学療法協会の行う運動療法機能訓練技能講習会が該当するものである。

② 一時間以上二時間未満の通所リハビリテーション（③に該当する場合を除く。）については、短期集中リハビリテーション加算の算定は可能であるが、個別リハビリテーション加算の算定はできない。

③ 看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師による一時間以上二時間未満の通所リハビリテーションを算定する場合は、短期集中リハビリテーション実施加算及び個別リハビリテーション実施加算についてはいずれも算定できないこと。

④ 注4における「専従」とは、当該通所リハビリテーション事業所において行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する時間に専らその職務に従事していることで足りるものとする。

(4) 二時間以上三時間未満の通所リハビリテーションを行う場合の取扱い

通所介護と同様であるので、7(2)を参照されたい。

(5) 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扱い  
通所介護と同様であるので、7(3)を参照されたい。

法士等」という。)を専従かつ常勤で二名以上配置している事業所の加算の取り扱いについて

注2における「専従」とは、当該通所リハビリテーション事業所において行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する時間に専らその職務に従事していることで足りるものとする。

(4) 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（延長加算）の取扱い

① 当該加算は、所要時間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通所リハビリテーションを行う場合について、二時間を限度として算定されるものである。

例えば、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や、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する。

- (6) 注7の取扱い  
訪問介護と同様であるので、2(14)を参照されたい。
- (7) 平均利用延人員数の取扱い  
施設基準第五号に定める平均利用延人員数の取扱いについては、通所介護と同様であるので7(4)を参照されたい。なお、一時間以上二時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に四分の一を乗じて得た数を用いるものとする。

- ② 当該加算は通所リハビリテーションと延長サービスを通算した時間が八時間以上の部分について算定されるものであるため、例えば、七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には、通所リハビリテーションと延長サービスの通算時間は九時間であり、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する。
- ③ 延長加算は、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な体制にあり、かつ、実際に延長サービスを行った場合に算定されるものであるが、当該事業所の実情に応じて、適当数の従業者を置いていることが必要である。
- (5) 注4の取扱い  
訪問介護と同様であるので、2(16)を参照されたい。
- (6) 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、施設基準第十号イ(1)に基づき、前年度の一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一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、一時間以上二時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に四分の一を乗じて得た数とし、二時間以上三時間未満の報酬を算定している利用者及び三時間以上四時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に二分の一を乗じて得た数とし、四時間以上六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四分の三を乗じて得た数とする。また、平均利用延

(8) 事業所が介護老人保健施設である場合の取扱いについて

介護老人保健施設である場合であって、医師又は医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士が、利用者の居宅を訪問して、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行い、通所リハビリテーション計画の作成及び見直しを行った場合には、医師は当該通所リハビリテーション計画を診療録に記入する必要がある。

なお、前記の場合、訪問する医師及び理学療法士、作業療法士の当該訪問の時間は、通所リハビリテーション及び介護老人保健施設の人員基準の算定に含めないこととする。

(9) 入浴介助加算の取扱い

人員数に含むこととされた介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者の計算に当たっては、介護予防通所リハビリテーションの利用時間が二時間未満の利用者については、利用者数に四分の一を乗じて得た数とし、二時間以上四時間未満の利用者については、利用者数に二分の一を乗じて得た数とし、利用時間が四時間以上六時間未満の利用者については、利用者数に四分の三を乗じて得た数とする。ただし、介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者については、同時にサービスの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、一月間（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七分の六を乗じた数によるものとする。

③ 前年度の実績が六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二十五%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九十%に予定される一月当たりの営業日数を乗じて得た数とする。

④ 毎年度三月三十一日時点において、事業を実施している事業者であって、四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（三月を除く。）の一月当たりの平均利用延人員数とする。

(7) 利用者の居宅を訪問する場合の取扱いについて

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て、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行い、通所リハビリテーション計画の作成及び見直しを行った場合には、医師は当該通所リハビリテーション計画を診療録に記入する必要がある。

なお、前記の場合、訪問する医師及び理学療法士等の当該訪問の時間は、通所リハビリテーション、病院、診療所及び介護老人保健施設の人員基準の算定に含めないこととする。

(8) 入浴介助加算について

通所介護と同様であるので、7(8)を参照されたい。

10) リハビリテーションマネジメント加算の取扱い

① リハビリテーションマネジメント加算は、一月に八回以上通所している場合に、一月に一回算定するものとする。ただし、指定通所リハビリテーションの利用を開始した月にあつて、個別リハビリテーション、短期集中リハビリテーション又は認知症短期集中リハビリテーションを行っている場合にあつては、八回を下回る場合であっても、算定できるものとする。

② リハビリテーションマネジメントは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

また、個別リハビリテーションは、原則として利用者全員に対して実施するべきものであることから、リハビリテーションマネジメントも原則として利用者全員に対して実施するべきものであること。

③ リハビリテーションマネジメントについては、以下のイからホまでに掲げるとおり、実施すること。

イ 利用開始時にその者に対するリハビリテーションの実施に必要な情報を収集しておき、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他職種の者（以下この項において「関連スタッフ」という。）が暫定的に、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握（以下この項において「アセスメント」という。）とそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働により開始時リハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画原案を作成すること。また、作成したリハビリテーション実施計画原案については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、通所リハビリテーションにおいては、リハビリテーション実施計画原案に相当する内容を通所リハビリテーション計画の中に記載する場合は、その記載をもってリハビリテーション実施計画原案の作成に代えることができるものとする。

ロ リハビリテーション実施計画原案に基づいたリハビリテーションやケアを実施しながら、概ね二週間以内及び概ね三月ごとに関連スタッフがアセスメントとそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働によりリハビリテーションカンファ

通所介護と同様であるので、7(8)を参照されたい。

9) リハビリテーションマネジメント加算について

① リハビリテーションマネジメント加算は、一月に四回以上通所している場合に、一月に一回算定するものとする。ただし、指定通所リハビリテーションの利用を開始した月にあつて、個別リハビリテーション又は認知症短期集中リハビリテーションを行っている場合にあつては、四回を下回る場合であっても、算定できるものとする。

② リハビリテーションマネジメントは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

また、個別リハビリテーションは、原則として利用者全員に対して実施するべきものであることから、リハビリテーションマネジメントも原則として利用者全員に対して実施するべきものであること。

③ リハビリテーションマネジメントについては、以下のイからエまでに掲げるとおり、実施すること。

イ 利用開始時にその者に対するリハビリテーションの実施に必要な情報を収集しておき、医師、理学療法士等、看護職員、介護職員その他職種の者（以下この項において「関連スタッフ」という。）が暫定的に、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握（以下この項において「アセスメント」という。）とそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働により開始時リハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画原案を作成すること。また、作成したリハビリテーション実施計画原案については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、通所リハビリテーションにおいては、リハビリテーション実施計画原案に相当する内容を通所リハビリテーション計画の中に記載する場合は、その記載をもってリハビリテーション実施計画原案の作成に代えることができるものとする。

ロ リハビリテーション実施計画原案に基づいたリハビリテーションやケアを実施しながら、概ね二週間以内及び概ね三月ごとに関連スタッフがアセスメントとそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働によりリハビリテーションカンファ

レンスを行って、リハビリテーション実施計画を作成すること。なお、この場合にあつては、リハビリテーション実施計画を新たに作成する必要はなく、リハビリテーション実施計画原案の変更等をもってリハビリテーション実施計画の作成に代えることができるものとし、変更等がない場合にあつても、リハビリテーション実施計画原案をリハビリテーション実施計画に代えることができるものとする。また、作成したリハビリテーション実施計画については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、短期集中リハビリテーション実施加算及び認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している利用者については、病院等からの退院（所）日から起算して一月以内の期間にも、アセスメントとそれにもとづく評価を行うこと。また、リハビリテーションカンファレンスの結果、必要と判断された場合は、利用者の担当介護支援専門員を通して、他の居宅サービス事業所に対してリハビリテーションに関する情報伝達（日常生活上の留意点、介護の工夫等）や連携を図るとともに、居宅サービス計画の変更の依頼を行うこと。

- ハ 利用を終了する前に、関連スタッフによる終了前リハビリテーションカンファレンスを行うこと。その際、終了後に利用予定の居宅介護支援事業所の介護支援専門員や他の居宅サービス事業所のサービス担当者等の参加を求めること。
- ニ 利用終了時には居宅介護支援事業所の居宅介護支援専門員や利用者の主治の医師に対してリハビリテーションに必要な情報提供を行うこと。
- ホ 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第百十九条において準用する第十九条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が利用者の状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別にリハビリテーションマネジメント加算の算定のために利用者の状態を定期的に記録する必要はないものとする。

レンスを行って、リハビリテーション実施計画を作成すること。なお、この場合にあつては、リハビリテーション実施計画を新たに作成する必要はなく、リハビリテーション実施計画原案の変更等をもってリハビリテーション実施計画の作成に代えることができるものとし、変更等がない場合にあつても、リハビリテーション実施計画原案をリハビリテーション実施計画に代えることができるものとする。また、作成したリハビリテーション実施計画については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、短期集中リハビリテーション実施加算及び認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している利用者については、病院等からの退院（所）日から起算して一月以内の期間にも、アセスメントとそれにもとづく評価を行うこと。また、リハビリテーションカンファレンスの結果、必要と判断された場合は、利用者の担当介護支援専門員を通して、他の居宅サービス事業所に対してリハビリテーションに関する情報伝達（日常生活上の留意点、介護の工夫等）や連携を図るとともに、居宅サービス計画の変更の依頼を行うこと。

- ハ 利用を終了する前に、関連スタッフによる終了前リハビリテーションカンファレンスを行うこと。その際、終了後に利用予定の居宅介護支援事業所の介護支援専門員や他の居宅サービス事業所のサービス担当者等の参加を求めること。
- ニ 利用終了時には居宅介護支援事業所の居宅介護支援専門員や利用者の主治の医師に対してリハビリテーションに必要な情報提供を行うこと。
- ホ 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第百十九条において準用する第十九条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が利用者の状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別にリハビリテーションマネジメント加算の算定のために利用者の状態を定期的に記録する必要はないものとする。

へ 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

④ リハビリテーションマネジメント加算はリハビリテーション実施計画原案を利用者又はその家族に説明し、その同意を得られた日の属する月から算定を開始するものとする。

(11) 短期集中リハビリテーション実施加算の取扱い

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通所リハビリテーションとは、退院（所）日又は認定日から起算して一月以内の期間に行われた場合は一週につき概ね二回以上、一回当たり四十分以上、退院（所）日又は認定日から起算して一月を超え三月以内の期間に行われた場合は一週につき概ね二回以上、一回当たり二十分以上の個別リハビリテーションを行う必要があること。

なお、指定通所リハビリテーションの利用を終了する日の属する月にあつては、一月に八回以上通所していないためにリハビリテーションマネジメント加算を算定できない場合であっても、本加算を算定することができることとする。

(12) 個別リハビリテーション実施加算の取扱い

指定通所リハビリテーションの利用を終了する日の属する月にあつては、一月に八回以上通所していないためにリハビリテーションマネジメント加算を算定できない場合であっても、本加算を算定することができることとする。

また、以下の疾患を有する者であつて、指定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、一月に八回以下の通所であっても効果的なり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も同様とする。

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。

④ リハビリテーションマネジメント加算はリハビリテーション実施計画原案を利用者又はその家族に説明し、その同意を得られた日の属する月から算定を開始するものとする。

(10) 短期集中リハビリテーション実施加算について

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通所リハビリテーションとは、退院（所）日又は認定日から起算して一月以内の期間に行われた場合は一週につき概ね二回以上、一回当たり四十分以上、退院（所）日又は認定日から起算して一月を超え三月以内の期間に行われた場合は一週につき概ね二回以上、一回当たり二十分以上の個別リハビリテーションを行う必要があること。

なお、指定通所リハビリテーションの利用を終了する日の属する月にあつては、一月に四回以上通所していないためにリハビリテーションマネジメント加算を算定できない場合であっても、本加算を算定することができることとする。

(11) 個別リハビリテーション実施加算について

① 当該加算は、利用者に対して個別リハビリテーションを二十分以上実施した場合に算定する。

② 指定通所リハビリテーションの利用を終了する日の属する月にあつては、一月に四回以上通所していないためにリハビリテーションマネジメント加算を算定できない場合であっても、本加算を算定することができることとする。

③ 以下の疾患を有する者であつて、指定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理学療法士等、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、一月に四回以下の通所であっても効果的なり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も同様とする。

- a 高次脳機能障害（失語症を含む。）
- b 先天性又は進行性の神経・筋疾患（医科診療報酬点数表における難病患者リハビリテーション料に規定する疾患）

**13) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算の取扱い**

- ① 認知症短期集中リハビリテーションは、認知症利用者の生活機能の改善を目的として行うものであり、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週二日実施することを標準とする。
- ② 当該リハビリテーション加算は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、生活機能の改善を目的として、リハビリテーションマネジメントにおいて作成したリハビリテーション実施計画に基づき、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（以下この項において「理学療法士等」という。）が記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを実施した場合に算定できるものである。なお、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムは認知症に対して効果の期待できるものであること。
- ③ 当該リハビリテーションに関わる医師は精神科医師又は神経内科医師を除き、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了していること。なお、認知症に対するリハビリテーションに関する研修は、認知症の概念、認知症の診断及び記憶の訓練、日常生活活動の訓練等の効果的なリハビリテーションのプログラム等から構成されており、認知症に対するリハビリテーションを実施するためにふさわしいと認められるものであること。
- ④ 当該リハビリテーションにあつては、一人の医師又は理学療法士等が一人の利用者に対して個別に行った場合にのみ算定する。
- ⑤ 当該加算は、利用者に対して二十分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定するものであり、時間が二十分に満たない場合は、算定を行わないものとする。
- ⑥ 当該リハビリテーションの対象となる利用者はMMS E（Min

- a 高次脳機能障害（失語症を含む。）
- b 先天性又は進行性の神経・筋疾患（医科診療報酬点数表における難病患者リハビリテーション料に規定する疾患）

**12) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について**

- ① 認知症短期集中リハビリテーションは、認知症利用者の生活機能の改善を目的として行うものであり、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週二日実施することを標準とする。
- ② 当該リハビリテーション加算は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、生活機能の改善を目的として、リハビリテーションマネジメントにおいて作成したリハビリテーション実施計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを実施した場合に算定できるものである。なお、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムは認知症に対して効果の期待できるものであること。
- ③ 当該リハビリテーションに関わる医師は精神科医師又は神経内科医師を除き、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了していること。なお、認知症に対するリハビリテーションに関する研修は、認知症の概念、認知症の診断及び記憶の訓練、日常生活活動の訓練等の効果的なリハビリテーションのプログラム等から構成されており、認知症に対するリハビリテーションを実施するためにふさわしいと認められるものであること。
- ④ 当該リハビリテーションにあつては、一人の医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が一人の利用者に対して個別に行った場合にのみ算定する。
- ⑤ 当該加算は、利用者に対して二十分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定するものであり、時間が二十分に満たない場合は、算定を行わないものとする。
- ⑥ 当該リハビリテーションの対象となる利用者はMMS E（Min

i Mental State Examination) 又はHDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) において概ね五点～二十五点に相当する者とする。

- ⑦ 当該リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等)は利用者毎に保管されること。
- ⑧ 注11の短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合であっても、別途当該リハビリテーションを実施した場合は当該リハビリテーション加算を算定することができる。
- ⑨ 当該リハビリテーション加算は、当該利用者が過去三月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できることとする。なお、指定通所リハビリテーションの利用を終了する日の属する月にあつては、一月に八回以上通所していないためにリハビリテーションマネジメント加算を算定できない場合であっても、本加算を算定することができることとする。

14 若年性認知症利用者受入加算の取扱い  
若年性認知症利用者受入加算の取扱いは、通所介護と同様であるので、7(9)を参照されたい。

15 栄養改善加算の取扱い  
栄養改善加算の取扱いは、通所介護と同様であるので7(10)を参照されたい。

16 口腔機能向上加算の取扱い  
口腔機能向上加算の取扱いは、通所介護と同様であるので7(11)を参照されたい。

i Mental State Examination) 又はHDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) において概ね五点～二十五点に相当する者とする。

- ⑦ 当該リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等)は利用者毎に保管されること。
- ⑧ 注8の短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合であっても、別途当該リハビリテーションを実施した場合は当該リハビリテーション加算を算定することができる。
- ⑨ 当該リハビリテーション加算は、当該利用者が過去三月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できることとする。なお、指定通所リハビリテーションの利用を終了する日の属する月にあつては、一月に四回以上通所していないためにリハビリテーションマネジメント加算を算定できない場合であっても、本加算を算定することができることとする。

13 若年性認知症利用者受入加算について  
通所介護と同様であるので、7(9)を参照されたい。

14 栄養改善加算について  
通所介護と同様であるので、7(10)を参照されたい。

15 口腔機能向上加算について  
通所介護と同様であるので、7(11)を参照されたい。

16 重度療養管理加算について

① 重度療養管理加算は、要介護四又は要介護五に該当する者であつて別に厚生労働大臣の定める状態(九十五号告示)にある利用者に対して、計画的な医学的管理を継続的に行い通所リハビリテーションを行った場合に当該加算を算定する。当該加算を算定する場合にあつては、当該医学的管理の内容等を診療録に記録しておくこと。

② 当該加算を算定できる利用者は、次のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者であることとする。なお、請求明細書の摘要欄に該当する状態(九十五号告示第十六号のイからリまで)を記載することとする。なお、複数の状

態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。

ア 九十五号告示第十六号イの「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは、当該月に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をいうものであること。

イ 九十五号告示第十六号ロの「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」については、当該月において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。

ウ 九十五号告示第十六号ハの「中心静脈注射を実施している状態」については、中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者であること。

エ 九十五号告示第十六号ニの「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」については、人工腎臓を各週二日以上実施しているものであり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症をもつものであること。

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

オ 九十五号告示第十六号ホの「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」については、持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧九十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。

カ 九十五号告示第十六号ヘの「膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和二十五年厚生省令第十五号）別表第五号に掲げる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」

(17) 人員基準を満たさない状況で提供された通所リハビリテーション

指定居宅サービス基準第百十一条に定める員数の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員が配置されていない状況で行われた通所リハビリテーションについては、  
所定単位数に百分の七十を乗じて得た単位数を算定するものとする（通所介護費等の算定方法第二号ロ）。ただし、都道府県は、  
従業者に欠員が生じている状態が継続する場合には、事業所に対し定員の見直し又は事業の休止を指導するものとする。指導に従

については、当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できるものであること。

キ 九十五号告示第十六号トの「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」については、経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合に算定できるものであること。

ク 九十五号告示第十六号チの「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、以下の分類で第三度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。

第一度：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。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある

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

ケ 九十五号告示第十六号リの「気管切開が行われている状態」については、気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った場合に算定できるものであること。

(17) 事業所と同一の建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者に通所介護を行う場合の取扱い

通所介護と同様であるので、7(12)を参照されたい。

(18) 定員超過利用に該当する場合の所定単位数の算定について  
通所介護と同様であるので7(13)を参照されたい。

(19) 人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定について

① 当該事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の配置数が人員基準上満たすべき員数を下回っている、いわゆる人員基準欠如に対し、介護給付費の減額を行うこととし、通所介護費等の算定方法において、人員基準欠如の基準及び単位数の算定方法を明らかにしているところであるが、これは、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、人員基準欠如の未然防止を図るよう努めるものとする。

わずに事業を継続する事業所に対しては、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討するものとする。

18) サービス提供体制強化加算の取扱い

- ① 3(6)④から⑥まで並びに4(18)②及び③を参照のこと。
- 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、作業療法士若しくは言語聴覚士、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、一時間以上二時間未満の通所リハビリテーションを算定する場合であって、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師がリハビリテーションを提供する場合にあっては、これらの職員も含むものとする。

9 福祉用具貸与費

(1) 事業所が離島等に所在する場合における交通費の加算の取扱いは、以下のとおりである。

① 交通費の算出方法について

注1から注3までに規定する「通常の事業の実施地域において指定福祉用具貸与を行う場合に要する交通費」の額は、最も経済的な通常の経路及び方法（航空賃等に階級がある場合は、最も安価な階級）による交通費とすることを基本として、実費（空路で運搬又は移動する場合には航空賃、水路で運搬又は移動する場合には船賃、陸路で運搬又は移動する場合には燃料代

② 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の配置数については、

イ 人員基準上必要とされる員数から一割を超えて減少した場合にはその翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算する。

ロ 一割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算される（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）。

③ 都道府県知事は、著しい人員基準欠如が継続する場合には、職員の増員、利用定員等の見直し、事業の休止等を指導すること。当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合をのぞき、指定の取消しを検討するものとする。

20) サービス提供体制強化加算について

① 3(7)④から⑥まで並びに4(20)②及び③を参照のこと。

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、理学療法士等、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、一時間以上二時間未満の通所リハビリテーションを算定する場合であって、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師がリハビリテーションを提供する場合にあっては、これらの職員も含むものとする。

(21) 介護職員処遇改善加算について

訪問介護と同様であるので、2の(21)を参照されたい。

9 福祉用具貸与費

(1) 事業所が離島等に所在する場合における交通費の加算の取扱いは、以下のとおりである。

① 交通費の算出方法について

注1から注3までに規定する「通常の事業の実施地域において指定福祉用具貸与を行う場合に要する交通費」の額は、最も経済的な通常の経路及び方法（航空賃等に階級がある場合は、最も安価な階級）による交通費とすることを基本として、実費（空路で運搬又は移動する場合には航空賃、水路で運搬又は移動する場合には船賃、陸路で運搬又は移動する場合には燃料代