

# 『介護報酬早見表』 2015年4月版

(2015年4月28日 第1版第1刷)

## 追 補

2015年9月1日 医学通信社

### 厚生労働省の追加通知・Q&A等

- [通知]「老老発 0428 第1号」(平成27年4月28日)
- [通知]「老高発 0522 第1号, 老振発 0522 第1号, 老老発 0522 第1号」(平成27年5月22日)
- 「介護保険最新情報」Vol.469 (平成27年4月28日)
- 「介護保険最新情報」Vol.471 (平成27年4月30日)
- 「介護保険最新情報」Vol.475 (平成27年5月22日)
- 「介護保険最新情報」Vol.478 (平成27年5月29日)
- 「介護保険最新情報」Vol.481 (平成27年6月1日)
- [通知]「老老発 0721 第1号, 老振発 0721 第1号, 老老発 0721 第1号」(平成27年7月21日)
- 官報による正誤 (平成27年7月15日, 7月17日, 7月22日, 7月23日)
- 「介護保険最新情報」Vol.493 (平成27年7月31日)

#### ◆p.46 右段 23 行目を修正 (平27 老高0522・1等)

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、(中略)、多職種協働による訪問リハビリテーション計画の作成 (Plan)、(以下略)

#### ◆p.46 右段下から 8 行目を修正 (平27 老高0522・1等)

3 大臣基準告示第13号(※告示95-13, p.408)イ(1)の基準において、指定通所介護等を実施した者の占める割合及び基準第13号口において、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については、(以下略)

#### ◆p.63 右段 13 行目～14 行目を修正 (平27 老高0522・1等)

2 平均利用延人員数の計算に当たっては、3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、(以下略)

#### ◆p.74 左段 28 行目を修正 (7/15官報)

9 別に厚生労働大臣が定める基準(中略)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、利用者の急性増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。

#### ◆p.74 右段 1 行目を修正 (7/15官報)

10 注9の加算を算定し、当該加算を算定するために作成したリハビリテーション実施計画で定めた(以下略)

#### ◆p.78 右段下から 25 行目を修正 (平27 老高0522・1等)

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

#### ◆p.87 左段下から 22 行目を修正 (平27 老高0522・1等)

指定短期入所生活介護費は、厚生労働大臣が定める施設基準(平成27年厚生労働省告示第96号。以下「施設基準」という)第10号(※告示96-10, p.422)に規定する基準に従い、以下の通り、算定すること。

#### ◆p.88 左段 2 行目～3 行目を修正 (平27 老高0522・1等)

イ 指定介護老人福祉施設〔地域密着型介護老人福祉施設を含む。以下(3)並びに(6)、(8)及び(10)において同じ〕(以下略)

#### ◆p.124 右段 21 行目～27 行目を修正 (平27 老老0428・1)

ホ 施設基準第14号ニ(2)ニbの「経管栄養」の実施とは、経鼻経管又は胃ろう若しくは腸ろうによる栄養の実施を指す。ただし、過去1年間に経管栄養が実施されていた者〔入院期間が1年以上である入院患者にあっては、当該入院期間中(入院時を含む)に経管栄養が実施されていた者〕であって、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されている者については、経管栄養が実施されている者として取り扱うものとする。〔喀痰吸引〕の実施とは、過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者〔入院期間が1年以上である入院患者にあっては、当該入院期間中(入院時を含む)に喀痰吸引が実施されていた者〕であって、口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されている者(平成26年度以前においては、口腔機能維持管理加算又は口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者)については、喀痰吸引が実施されている者として取り扱うものとする。〔インスリン注射〕の実施においては、自ら実施する者は除くものであること。

#### ◆p.124 右段下から 4 行目を修正 (平27 老老0428・1)

a 可能な限りその入院患者等の居宅における生活への復帰を目指し、日常生活動作を維持改善するリハビリテーションを、作業療法士を中心とする多職種共同によって、医師の指示に基づき、療養生活の中で随時行うこと。

#### ◆p.125 左段 15 行目を修正 (平27 老高0522・1等)

a 地域との連携については、基準省令第34条において、(以下略)

#### ◆p.125 右段下から 8 行目を修正 (平27 老高0522・1等)

2の(11)〔編注:「短期入所生活介護費」に関する通知の「認知症行動・心理症状緊急対応加算(注8)」、p.90)を準用する。

#### ◆p.126 左段下から 21 行目を修正 (平27 老高0522・1等)

2の(12)〔編注:「短期入所生活介護費」に関する通知の「若年性認知症利用者受入加算について(注9)」、p.90)を準用する。

#### ◆p.164 左段 23 行目を修正 (平27 老高0522・1等)

2 (前略)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・・・(以下略)

#### ◆p.170 「2」介護保健施設サービスの算定構造の末尾に挿入 (平27 老老0721・1等)

※ PT・OT・STによる人員配置減算を適用する場合には、短期集中リハビリテーション実施加算、認知症短期集中リハビリテーション実施加算を適用しない。

#### ◆p.179 左段下から 23 行目を修正 (平27 老高0522・1等)

2の(12)〔編注:「短期入所生活介護費」に関する通知の「若年性認知症利用者受入加算について(注9)」、p.90)を準用する。

◆p. 214 左段下から 8 行目を修正 (平 27 老高 0522・1 等)

2 の⑫〔編注：「短期入所生活介護費」に関する通知の「若年性認知症利用者受入加算について(注9)」、p.90)を準用する。

◆p. 310 左段 13 行目～23 行目を修正 (平 27 老高 0522・1 等)

1 介護予防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医師の指示の下、実施すること。

介護予防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、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(リハビリテーションの指示等)を受けて、介護予防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 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、介護予防訪問リハビリテーション事業所は当該情報提供を行った医師に対して介護予防訪問リハビリテーション計画について医師による情報提供を行う。

◆p. 323 左段下から 23 行目、p. 328 右段 17 行目を修正 (平 27 老高 0522・1 等)

2 いずれかの選択的サービスを週 1 回以上実施すること。

◆p. 337 「9」「イ」介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護費の算定構造の末尾から削除 (平 27 老介 0721・1 等)

※ ~~P・T・O・T・S・T~~による人員配置減算を適用する場合には、リハビリテーション機能強化加算は算定しない。

◆p. 343 右段 22 行目、p. 363 左段下から 13 行目を修正 (平 27 老高 0522・1 等)

8 の⑧〔編注：「介護予防短期入所生活介護費」に関する通知の「認知症行動・心理症状緊急対応加算について(注5)」、p.334)を準用する。

◆p. 343 右段下から 24 行目、p. 363 左段下から 9 行目を修正 (平 27 老高 0522・1 等)

8 の⑨〔編注：「介護予防短期入所生活介護費」に関する通知の「若年性認知症利用者受入加算について(注6)」、p.334)を準用する。

◆p. 343 右段下から 20 行目、p. 363 左段下から 5 行目を修正 (平 27 老高 0522・1 等)

8 の⑩〔編注：「介護予防短期入所生活介護費」に関する通知の「療養食加算」、p.334)を準用する。

◆p. 343 右段下から 15 行目、p. 363 右段 2 行目を修正 (平 27 老高 0522・1 等)

1 3(7)〔編注：「介護予防訪問入浴介護費」に関する通知の「サービス提供体制強化加算の取扱い」、p.302)4 から 6 まで並びに 4 ②〔編注：「介護予防訪問看護費」に関する通知の「サービス提供体制強化加算の取扱い」、p.308)2 及び 3 を参照のこと。(以下略)

◆p. 391 左段 3 行目を修正 (7/22 官報)

介護保険法(平成 9 年法律第 123 号)第 58 条第 2 項の規定に基づき、指定介護予防支援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 129 号)(以下略)

◆p. 507, 「別紙 13—3」を修正 (平 27 老介 0721・1 等)

4 介護療養型医療施設(療養機能強化型)に係る届出内容

② 医療処置の実施状況

②	前 3 月間の喀痰吸引を実施した入院患者等の総数(注 2・3)
③	前 3 月間の経管栄養を実施した入院患者等の総数(注 2・4)
④	前 3 月間のインスリン注射を実施した入院患者等の総数(注 2・5)

③ ターミナルケアの実施状況

③	①に占める②の割合(注 6)
---	----------------

注 2：②、③及び④のうち複数に該当する者については、各々該当する数字の欄の人数に含めること。

注 3：過去 1 年間に喀痰吸引が実施されていた者〔入院期間が 1 年以上である入院患者にあっては、当該入院期間中(入院時を含む)に喀痰吸引が実施されていた者〕であって、口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されているものを含む。

注 4：過去 1 年間に経管栄養が実施されていた者〔入院期間が 1 年以上である入院患者にあっては、当該入院期間中(入院時を含む)に経管栄養が実施されていた者〕であって、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されているものを含む。

注 5：自ら実施する者は除く。

注 6：診療所の場合は、①に占める②の割合と、19 を当該診療所の介護保険適用病床数で除した数との積を記入すること。

◆p. 510, 「別紙 20」を修正 (平 27 老介 0721・1 等)

サービスの種類

「訪問型サービス(独自/定額)」

「通所型サービス(独自/定額)」を削除

「その他サービス(配食/定率)」

「その他サービス(見守り/定率)」

「その他サービス(その他/定率)」を追加

◆p. 638, 別紙 3 を修正 (平 27 老高 0522・1 等)

⑦ ~~食事中や食後に濁った声になる~~

◆p. 648, 別紙様式 2 中「活動」の「ADL」欄を修正 (平 27 老高 0522・1 等)

平地歩行 15 自立 10 部分介助 5 車いす使用 0  
その他

◆p. 751 左段下から 12 行目～11 行目を修正 (Vol. 478)

(前略)……「ス 公費分本人負担」を差し引いた残りの額を記載すること。

公費の給付率が 100/100 で、事業給付対象単位数と公費対象単位数が等しく、利用者負担額(公費の本人負担額を除く)が発生しない場合は、「キ 給付単位数」に「ケ 単位数単価」を乗じた結果(小数点以下切り捨て)から、「コ 事業費請求額」と「ス 公費分本人負担」を差し引いた残りの額を記載すること。  
計算式：公費請求額……(後略)

◆p. 757 表 10 の「②外部利用型上限管理対象単位数」「③外部利用型外給付単位数」の「保険分」をそれぞれ修正 (Vol. 478)

②外部利用型 上限管理対 象単位数	特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)において外部サービス利用型のサービスを実施した場合は、 <u>給付費用細欄のサービス単位数のうち、外部利用型上限管理対象の単位数</u> の合計を記載すること。 特定施設入居者生活介護……(後略)
③外部利用型 外給付単 位 数	特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)において外部サービス利用型のサービスを実施した場合は、 <u>給付費用細欄のサービス単位数のうち、外部利用型上限管理対象外</u> の単位数の合計を記載すること。 特定施設入居者生活介護……(後略)

◆p. 760 別表 1 の左段「サテライト事業所からの……」を修正 (Vol. 478)

サテライト事業所からの……(中略)、介護予防通所介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護……(後略)

◆p. 762 別表 1 の左から 2 段目、上から 3 欄目「療養型(介護予防)短期入所療養介護費……」(下から 5 行目)を修正 (Vol. 478)

療養型(介護予防)短期入所療養介護費……(中略)……又はユニット型診療所型(介護予防)短期入所療養介護費(Ⅱ)(Ⅲ)(Ⅳ)(Ⅴ)を算定する場合

◆p. 779 右段 29 行目の次に以下の QA を追加。(Vol. 471)

Q サービス提供体制強化加算の新区分の取得に当たって、職員の割合については、これまでと同様に、1 年以上の運営実績がある場合、常勤換算方法により算出した前年度の平均(3 月分を除く)をもって、運営実績が 6 月に満たない事業所(新たに事業を開始した事業所又は事業を再開した事業所)の場合は、4 月日以降に、前 3 月分の実績をもって取得可能となるということではないか。

A 貴見のとおり。

なお、これまでと同様に、運営実績が 6 月に満たない場合の届出にあっては、届出を行った月以降においても、毎月所定の割合を維



持しなければならず、その割合については毎月記録する必要がある。

Q サービス提供体制強化加算(I)イとサービス提供体制強化加算(I)ロは同時に取得することは可能か。不可である場合は、サービス提供体制強化加算(I)イを取得していた事業所が、**実地指導等**によって、介護福祉士の割合が60%を下回っていたことが判明した場合は、**全額返還**となるのか。

A サービス提供体制強化加算(I)イとサービス提供体制強化加算(I)ロを同時に取得することはできない。

また、**実地指導等**によって、サービス提供体制強化加算(I)イの算定要件を満たさないことが判明した場合、都道府県知事等は、支給された加算の一部又は全部を返還させることが可能となっている。

なお、サービス提供体制強化加算(I)イの算定要件を満たしていないが、サービス提供体制強化加算(I)ロの算定要件を満たしている場合には、後者の加算を取得するための届出が可能であり、サービス提供体制強化加算(I)イの返還等と併せて、後者の加算を取得するための届出を行うことが可能である。

Q 特定施設入居者生活介護の事業所においては、**人員配置が手厚い**場合の介護サービス利用料を入居者から徴収する事が可能とされているが、サービス提供体制強化加算を取得した場合でも、引き続き利用料を徴収する事は可能か。

A 人員配置が手厚い場合の介護サービス利用料（上乗せ介護サービス費用）については、介護職員・看護職員の人数が量的に基準を上回っている部分について、利用者に対して、別途の費用負担を求めるとしているものである。一方で、サービス体制強化加算は、介護職員における介護福祉士の割合など質的に高いサービス提供体制を整えている特定施設を評価するものであるため、両者は異なる趣旨によるものである。

従って、上乗せ介護サービス利用料を利用者から受領しつつ、サービス提供体制強化加算の算定を受けることは可能である。

◆p. 779 右段下から 27 行目以下の次の QA を削除。(Vol. 471)

Q 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。

A 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。

◆p. 780 右段 21 行目以下の次の QA を修正。(Vol. 471)

Q 介護職員処遇改善加算の届出は毎年度必要か。平成 27 年度に**処遇改善加算**を取得しており、平成 28 年度にも**処遇改善加算**を取得する場合、再度届け出る必要があるのか。

A 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度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。

◆p. 780 右段下から 11 行目以下の次の QA を削除。(Vol. 471)

Q 事業悪化等により、賃金水準を引き下げることは可能か。

A 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。

◆p. 781 右段 11 行目以下の次の QA を修正。(Vol. 471)

Q 平成 27 年度から新たに介護サービス事業所・施設を開設する場合も**処遇改善加算の取得**は可能か。

A 新規事業所・施設についても、加算の取得は可能である。この場合において、介護職員処遇改善計画書には、**処遇改善加算を取得していない場合の賃金水準からの賃金改善額や、賃金改善を行う方法等について**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。

◆p. 782 左段 4 行目の次に以下の QA を追加。(Vol. 471)

【介護職員処遇改善加算（趣旨・仕組みについて）】

Q 職員 1 人当たり月額 1 万 2 千円相当の上乗せが行われることとなり、介護職員処遇改善加算(I)が新設されたが、介護職員処遇改善加算(I)と介護職員処遇改善加算(II)を同時に取得することによって上乗せ分が得られるのか、それとも新設の介護職員処遇改善加算(I)のみを取得すると上乗せ分も得られるのか。

A 新設の介護職員処遇改善加算（以下「処遇改善加算」という）(I)に設定されているサービスごとの加算率を 1 月当たりの総単位数に乗じることにより、月額 2 万 7 千円相当の加算が得られる仕組みとなっており、これまでに 1 万 5 千円相当の加算が得られる区分を取得していた事業所・施設は、処遇改善加算(I)のみを取得することにより、月額 1 万 2 千円相当の上乗せ分が得られる。

なお、処遇改善加算(I)～(IV)については、いずれかの区分で取得した場合、当該区分以外の処遇改善加算は取得できないことに留意すること。

Q 新設の介護職員処遇改善加算の(I)と(II)の算定要件について、具体的な違いをご教授いただきたい。

A キャリアパス要件については、  
① 職位、職責、職務内容等に応じた任用等の要件と賃金体系を定めること等（キャリアパス要件 I）

② 資質向上のための具体的な計画を策定し、研修の実施又は研修の機会を確保していること等（キャリアパス要件 II）  
があり、処遇改善加算(II)については、キャリアパス要件 I かキャリアパス要件 II のいずれかの要件を満たせば取得可能であるのに対して、処遇改善加算(I)については、その両方の要件を満たせば取得可能となる。

また、職場環境等要件については、実施した処遇改善（賃金改善を除く）の内容を全ての介護職員に周知している必要があり、処遇改善加算(II)については、平成 20 年 10 月から実施した取組が対象であるのに対して、処遇改善加算(I)については、平成 27 年 4 月から実施した取組が対象となる。

なお、処遇改善加算(I)の職場環境等要件について、平成 27 年 9 月末までに届出を行う場合には、実施予定である処遇改善（賃金改善を除く）の内容を全ての介護職員に周知していることをもって、要件を満たしたものとしている。

Q 事業者が加算の算定額に相当する介護職員の賃金改善を実施する際、賃金改善の基準点はいつなのか。

A 賃金改善は、加算を取得していない場合の賃金水準と、加算を取得し実施される賃金水準の改善見込額との差分を用いて算定されるものであり、比較対象となる加算を取得していない場合の賃金水準とは、以下のとおりである。

なお、加算を取得する月の属する年度の前年度に勤務実績のない介護職員については、その職員と同職であって、勤続年数等が同等の職員の賃金水準と比較する。

○平成 26 年度以前に加算を取得していた介護サービス事業者等の介護職員の場合、次のいずれかの賃金水準

・加算を取得する直前の時期の賃金水準〔介護職員処遇改善交付金（以下「交付金」という）を取得していた場合は、交付金による賃金改善の部分を除く〕

・加算を取得する月の属する年度の前年度の賃金水準（加算の取得による賃金改善の部分を除く）

○平成26年度以前に加算を取得していない介護サービス事業者等の介護職員の場合

加算を取得する月の属する年度の前年度の賃金水準

Q 職場環境等要件（旧定量的要件）で求められる「賃金改善以外の処遇改善への取組」とは、具体的にどのようなものか。

また、処遇改善加算(I)を取得するに当たって、平成27年4月以前から継続して実施している処遇改善の内容を強化・充実した場合は、算定要件を満たしたものと取り扱ってよいのか。

更に、過去に実施した賃金改善以外の処遇改善の取組と、平成27年4月以降に実施した賃金改善以外の取組は、届出書の中でどのように判別するのか。

A 職場環境等要件を満たすための具体的な事例は、平成27年3月31日に発出された老発0331第34号の別紙様式2の(3)を参照されたい。

また、処遇改善加算(I)を取得するに当たって平成27年4月から実施した賃金改善以外の処遇改善の取組内容を記載する際に、別紙様式2の(3)の項目について、平成20年10月から実施した当該取組内容と重複することは差し支えないが、別の取組であることが分かるように記載すること。

例えば、平成20年10月から実施した取組内容として、介護職員の腰痛対策を含む負担軽減のための介護ロボットを導入し、平成27年4月から実施した取組内容として、同様の目的でリフト等の介護機器を導入した場合、別紙様式2の(3)においては、同様に「介護職員の腰痛対策を含む負担軽減のための介護ロボットやリフト等の介護機器等導入」にチェックすることになるが、それぞれが別の取組であり、平成27年4月から実施した新しい取組内容であることから、その他の欄にその旨が分かるように記載すること等が考えられる。

Q 一時金で処遇改善を行う場合、「一時金支給日まで在籍している者のみに支給する（支給日前に退職した者には全く支払われない）」という取扱いが可能か。

A 処遇改善加算の算定要件は、賃金改善に要する額が処遇改善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。

ただし、この場合を含め、事業者は、賃金改善の対象者、支払いの時期、要件、賃金改善額等について、計画書等に明記し、職員に周知すること。

また、介護職員から加算に係る賃金改善に関する照会があった場合は、当該職員についての賃金改善の内容について書面を用いるなど分かりやすく説明すること。

Q 介護予防訪問介護と介護予防通所介護については、処遇改善加算の対象サービスとなっているが、総合事業へ移行した場合、処遇改善加算の取扱いはどのようにするのか。

A 介護予防・日常生活支援総合事業に移行した場合には、保険給付としての同加算は取得できない取扱いとなる。

Q 処遇改善加算の算定要件である「処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善」に関して、下記の取組に要した費用を賃金改善として計上して差し支えないか。

- ① 法人で受講を認めた研修に関する参加費や教材費等について、あらかじめ介護職員の賃金に上乗せして支給すること。
- ② 研修に関する交通費について、あらかじめ介護職員に賃金に上乗せして支給すること。
- ③ 介護職員の健康診断費用や、外部から講師を招いて研修を実施する際の費用を法人が肩代わりし、当該費用を介護職員の賃金改善とすること。

A 処遇改善加算を取得した介護サービス事業者等は、処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施と併せて、キャリアパス要件や職場環境等要件を満たす必要があるが、当該取組に要する費用については、算定要件における賃金改善の実施に要する費用に含まれない。

当該取組に要する費用以外であって、処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を行うための具体的な方法については、労使で適切に話し合った上で決定すること。

Q 平成26年度以前に処遇改善加算を取得していた介護サービス事業者等の介護職員の賃金改善の基準点の1つに「加算を取得する直前の時期の賃金水準（交付金を取得していた場合は、交付金による賃金改善の部分を除く）」とあるが、直前の時期とは、具体的にいつまでを指すのか。交付金を受けていた事業所については、交付金が取得可能となる前の平成21年9月以前の賃金水準を基準点とすることはできるか。

る賃金改善の部分を除く）」とあるが、直前の時期とは、具体的にいつまでを指すのか。交付金を受けていた事業所については、交付金が取得可能となる前の平成21年9月以前の賃金水準を基準点とすることはできるか。

A 平成26年度以前に従来の処遇改善加算を取得していた介護サービス事業者等で、交付金を受けていた事業所の介護職員の賃金改善に当たっての「直前の時期の賃金水準」とは、平成24年度介護報酬改定Q&A (vol.1) (平成24年3月16日) 処遇改善加算の問223における取扱いと同様に、平成23年度の賃金水準（交付金を取得していた場合は、交付金による賃金改善の部分を除く）をいう。

したがって、平成24年度介護報酬改定における取扱いと同様に、交付金が取得可能となる前の平成21年9月以前の賃金水準を賃金改善の基準点とすることはできない。

Q 平成26年度以前に従来の処遇改善加算を取得した際、職場環境等要件（旧定量的要件）について、2つ以上の取組を実施した旨を申請していた場合、今般、新しい処遇改善加算を取得するに当たって、平成27年4月から実施した処遇改善（賃金改善を除く）の内容を全ての介護職員に対して、新たに周知する必要があるのか。

A 職場環境等要件（旧定量的要件）について、2つ以上の取組を実施した旨を過去に申請していたとしても、あくまでも従来の処遇改善加算を取得するに当たっての申請内容であることから、今般、新しい処遇改善加算を取得するに当たっては、平成27年4月から実施した処遇改善（賃金改善を除く）の内容を全ての介護職員に対して、新たに周知する必要がある。

なお、その取組内容を記載する際に、別紙様式2の(3)の項目の上で、平成20年10月から実施した当該取組内容と重複することは差し支えないが、別の取組であることが分かるように記載すること。

Q 職場環境等要件について、「資質の向上」、「労働環境・処遇の改善」、「その他」といったカテゴリー別に例示が挙げられているが、処遇改善加算を取得するに当たっては、各カテゴリーにおいて1つ以上の取組を実施する必要があるのか。

A あくまでも例示を分類したものであり、例示全体を参考とし、選択したキャリアパスに関する要件と明らかに重複する事項でないものを1つ以上実施すること。

Q 平成27年度に処遇改善加算を取得するに当たって、賃金改善に係る比較時点として、平成26年度の賃金水準と比較する場合であって、平成26年度中に定期昇給が行われた場合、前年度となる平成26年度の賃金水準については、定期昇給前の賃金水準となるのか、定期昇給後の賃金水準となるのか、又は年度平均の賃金水準になるのか。

A 前年度の賃金水準とは、前年度に介護職員に支給した賃金総額や、前年度の介護職員一人当たりの賃金月額である。

Q 今般、処遇改善加算を新しく取得するに当たって、処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善分について、以下の内容を充てることを労使で合意した場合、算定要件にある当該賃金改善分とすることは差し支えないか。

- ① 過去に自主的に実施した賃金改善分
- ② 通常の定期昇給等によって実施された賃金改善分

A 賃金改善は、加算を取得していない場合の賃金水準と、加算を取得し実施される賃金水準の改善見込額との差分を用いて算定されるものであり、比較対象となる加算を取得していない場合の賃金水準とは、平成26年度以前に加算を取得していた介護サービス事業者等の介護職員の場合、次のいずれかの賃金水準としている。

- ・加算を取得する直前の時期の賃金水準（交付金を取得していた場合は、交付金による賃金改善の部分を除く）
- ・加算を取得する月の属する年度の前年度の賃金水準（加算の取得による賃金改善の部分を除く）

したがって、比較対象となる加算を取得していない場合の賃金水準と比較して、賃金改善が行われていることが算定要件として必要なものであり、賃金改善の方法の一つとして、当該賃金改善分に、過去に自主的に実施した賃金改善分や、定期昇給等による賃金改善分を含むことはできる。

Q 平成27年度以降に処遇改善加算を取得するに当たって、賃金改善の見込額を算定するために必要な「加算を取得していない場合の賃金の総額」の時点については、どのような取扱いとなるのか。

A 賃金改善に係る比較時点に関して、加算を取得していない場合の賃金水準とは、平成26年度以前に処遇改善加算を取得していた場合、以下のいずれかの賃金水準となる。



- ・処遇改善加算を取得する直前の時期の賃金水準（交付金を取得していた場合は、交付金による賃金改善の部分を除く）
- ・処遇改善加算を取得する月の属する年度の前年度の賃金水準（加算の取得による賃金改善の部分を除く）

平成 26 年度以前に処遇改善加算を取得していない場合は、処遇改善加算を取得する月の属する年度の前年度の賃金水準となる。

また、事務の簡素化の観点から、平成 27 年 3 月 31 日に発出された老発 0331 第 34 号の 2(3)①ロのただし書きによる簡素な計算方法により処遇改善加算(I)を取得する場合の「加算を取得していない場合の賃金の総額」は、処遇改善加算(I)を初めて取得する月の属する年度の前年度の賃金の総額であって、従来の処遇改善加算(I)を取得し実施された賃金の総額となる。

このため、例えば、従来の処遇改善加算(I)を取得していた場合であって、平成 27 年度に処遇改善加算(I)を初めて取得し、上記のような簡素な計算方法によって、平成 28 年度も引き続き処遇改善加算(I)を取得するに当たっての「加算を取得していない場合の賃金の総額」の時点は、平成 26 年度の賃金の総額となる。

**Q 介護職員が派遣労働者の場合であっても、処遇改善加算の対象となるのか。**

**A** 介護職員であれば派遣労働者であっても、処遇改善加算の対象とすることは可能であり、賃金改善を行う方法等について派遣元と相談した上で、介護職員処遇改善計画書や介護職員処遇改善実績報告書について、対象とする派遣労働者を含めて作成すること。

◆p. 782 右段 1 行目の次に以下の QA を追加。(Vol. 471)

**【介護職員処遇改善加算（申請期日・申請手続き）】**

**Q** 従来の処遇改善加算(I)~(Ⅲ)については、改正後には処遇改善加算(Ⅱ)~(Ⅳ)となるが、既存の届出内容に変更点がない場合であっても、介護給付費算定に係る介護給付費算定等体制届出書の提出は必須か。

**A** 介護給付費算定に係る体制状況一覧については、その内容に変更がある場合は届出が必要になるが、各自自治体の判断において対応が可能であれば、届出書は不要として差し支えない。

**Q** 処遇改善加算(I)の算定要件に、「平成 27 年 4 月から(2)の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること」とあり、処遇改善加算(I)は平成 27 年 4 月から算定できないのか。

**A** 処遇改善加算(I)の職場環境等要件について、平成 27 年 9 月末までに届出を行う場合には、実施予定である処遇改善（賃金改善を除く）の内容を全ての介護職員に周知していることをもって、要件を満たしたものとしている。

**Q** これまでに処遇改善加算を取得していない事業所・施設も含め、平成 27 年 4 月から処遇改善加算を取得するに当たって、介護職員処遇改善計画書や介護給付費算定に係る体制状況一覧の必要な書類の提出期限はいつ頃までなのか。

**A** 平成 27 年 4 月から処遇改善加算を取得しようとする介護サービス事業者等は、4 月 15 日までに介護職員処遇改善計画書の案や介護給付費算定に係る体制等に関する届出を都道府県知事等に提出し、4 月末までに確定した介護職員処遇改善計画書及び計画書添付書類を提出する必要がある。

**Q** 処遇改善加算に係る届出において、平成 26 年度まで処遇改善加算を取得していた事業所については、一部添付書類（就業規則等）の省略を行ってよいか。

**A** 前年度に処遇改善加算を算定している場合であって、既に提出された計画書添付書類に関する事項に変更がない場合は、各自自治体の判断により、その提出を省略して差し支えない。

**【介護職員処遇改善加算（特別な事情に係る届出書）】**

**Q** 基本給は改善しているが、賞与を引き下げること、あらかじめ設定した賃金改善実施期間の介護職員の賃金が引き下げられた場合の取扱いはどうなるのか。その際には、どのような資料の提出が必要となるのか。

**A** 処遇改善加算を用いて賃金改善を行うために一部の賃金項目を引き上げた場合であっても、事業の継続を図るために、賃金改善実施期間の賃金が引き下げられた場合については、特別事情届出書を届け出る必要がある。

なお、介護職員の賃金水準を引き下げた後、その要因である特別な状況が改善した場合には、可能な限り速やかに介護職員の賃金水

準を引下げ前の水準に戻す必要がある。

また、その際の特別事情届出書は、以下の内容が把握可能となっている必要がある。

- ・処遇改善加算を取得している介護サービス事業所等の法人の収支（介護事業による収支に限る）について、サービス利用者数の大幅な減少等により経営が悪化し、一定期間にわたって収支が赤字である、資金繰りに支障が生じる等の状況にあることを示す内容
- ・介護職員の賃金水準の引下げの内容
- ・当該法人の経営及び介護職員の賃金水準の改善の見込み
- ・介護職員の賃金水準を引き下げることについて、適切に労使の合意を得ていること等の必要な手続きを行った旨

**Q** 賃金改善実施期間の賃金が引き下げられた場合であっても、加算の算定額以上の賃金改善が実施されていれば、特別事情届出書は提出しなくてもよいのか。

**A** 処遇改善加算は、平成 27 年 3 月 31 日に発出された老発 0331 第 34 号の 2(2)②の賃金改善に係る比較時点の考え方や、2(3)①ロのただし書きによる簡素な計算方法の比較時点の考え方にに基づき、各事業所・施設が選択した「処遇改善加算を取得していない場合の賃金水準」と比較し、処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施を求めるものであり、当該賃金改善が実施されない場合は、特別事情届出書の提出が必要である。

**Q** 一部の職員の賃金水準を引き下げたが、一部の職員の賃金水準を引き上げた結果、事業所・施設の介護職員全体の賃金水準は低下していない場合、特別事情届出書の提出はしなくてよいか。

**A** 一部の職員の賃金水準を引き下げた場合であっても、事業所・施設の介護職員全体の賃金水準が低下していない場合は、特別事情届出書を提出する必要はない。

ただし、事業者は一部の職員の賃金水準を引き下げた合理的な理由について労働者にしっかりと説明した上で、適切に労使合意を得ること。

**Q** 法人の業績不振に伴い業績連動型の賞与や手当が減額された結果、賃金改善実施期間の賃金が引き下げられた場合、特別事情届出書の提出は必要なのか。

**A** 事業の継続を図るために特別事情届出書を提出した場合を除き、賃金水準を低下させてはならないため、業績連動型の賞与や手当が減額された結果、賃金改善実施期間の賃金が引き下げられた場合、特別事情届出書の提出が必要である。

**Q** 事業の継続が可能にもかかわらず経営の効率化を図るといった理由や、介護報酬改定の影響のみを理由として、特別事情届出書を届け出ることが可能か。

**A** 特別事情届出書による取扱いについては、事業の継続を図るために認められた例外的な取扱いであることから、事業の継続が可能にもかかわらず経営の効率化を図るといった理由で、介護職員の賃金水準を引き下げることとはできない。

また、特別事情届出書による取扱いの可否については、介護報酬改定のみをもって一律に判断されるものではなく、法人の経営が悪化していること等の以下の内容が適切に把握可能となっている必要がある。

- ・処遇改善加算を取得している介護サービス事業所等の法人の収支（介護事業による収支に限る）について、サービス利用者数の大幅な減少等により経営が悪化し、一定期間にわたって収支が赤字である、資金繰りに支障が生じる等の状況にあることを示す内容
- ・介護職員の賃金水準の引下げの内容
- ・当該法人の経営及び介護職員の賃金水準の改善の見込み
- ・介護職員の賃金水準を引き下げることについて、適切に労使の合意を得ていること等の必要な手続きを行った旨

**Q** 新しい処遇改善加算を取得するに当たってあらかじめ特別事情届出書を提出し、事業の継続を図るために、介護職員の賃金水準（加算による賃金改善分を除く）を引き下げた上で賃金改善を行う予定であっても、当該加算の取得は可能なのか。

**A** 特別事情届出書を届け出ることにより、事業の継続を図るために、介護職員の賃金水準（加算による賃金改善分を除く）を引き下げた上で賃金改善を行うことが可能であるが、介護職員の賃金水準を引き下げた後、その要因である特別な状況が改善した場合には、可能な限り速やかに介護職員の賃金水準を引下げ前の水準に戻す必要があることから、本取扱いについては、あくまでも一時的な対応といった位置付けのものである。

したがって、新しい処遇改善加算を取得するに当たってあらかじめ特別事情届出書を提出するものではなく、特別な事情により介護

職員処遇改善計画に規定した賃金改善を実施することが困難と判明した、又はその蓋然性が高いと見込まれた時点で、当該届出書を提出すること。

Q 特別事情届出書を提出し、介護職員の賃金水準（加算による賃金改善分を除く）を引き下げた上で賃金改善を行う場合、賃金水準の引下げに当たっての比較時点はいつになるのか。

A 平成27年3月31日に発出された老発0331第34号の2(2)②の賃金改善に係る比較時点の考え方や、2(3)①口のただし書きによる簡素な計算方法の比較時点の考え方にに基づき、各事業所・施設が選択した「処遇改善加算を取得していない場合の賃金水準」と比較すること。

◆p. 810 右段下から 24 行目以下の次の QA を修正。(Vol. 475)

Q 留意事項通知における「前3月間において、当該事業所が提供する訪問看護を2回以上利用した者又は当該事業所で当該加算を2回以上算定した者であっても、1として数えること」とは、例えば、3～5月にかけて継続して利用している利用者Aは1人、3月に利用が終了した利用者Bも1人と数えることで良いか。

A (略)

◆p. 812 右段下から 20 行目～p. 813 左段 11 行目の以下の QA を削除。(Vol. 471)

Q 短期集中リハビリテーション実施加算の算定にあたっては、退院(所)日又は認定日から直近のリハビリテーションを評価する報酬区分を算定した上で、継続的に各報酬区分を算定しなければ、算定は認められないか。例えば、次のような報酬算定は認められないか。

(例) 退院(所)日又は認定日から起算して1カ月以内…算定せず  
(同上) 1カ月超3カ月以内…算定

A 退院・退所直後の改善可能性の高い期間において、集中的なリハビリテーションを利用することが利用者にとって望ましいものと考えられるが、継続的な算定が行われていなくても、各報酬区分の算定要件に適合すれば算定することができる。

Q 短期集中リハビリテーション実施加算の算定要件として、「通院(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1週につき概ね2回以上、1回当たり40分以上、退院(所)日又は認定日から起算して1月を超え3月以内の期間に行われた場合は1週につき概ね2回以上1回当たり20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」とあるが、連続して40分以上の個別リハビリテーションを実施する必要があるのか。また具体的な方法は。

A 当該加算の算定要件としての個別リハビリテーションの実施については、必ずしも連続した20分又は40分以上の実施が必要ではない。また、個別リハビリテーションの実施が、複数職種によって、合計20分又は40分以上実施することであっても差し支えない。

Q (訪問リハビリテーション) 短期集中リハビリテーションの実施にあたって、利用者の状況を勘案し、一日に2回以上に分けて休憩を挟んでリハビリテーションを実施してもリハビリテーションの実施時間の合計が40分以上であれば、短期集中リハビリテーション実施加算を算定できるのか。

A 算定可能である。

◆p. 813 左段 22 行目の次に以下の QA を追加。(Vol. 471)

【リハビリテーションマネジメント加算(訪問・通所リハビリ共通)】

Q サービス提供を実施する事業者が異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用者がおり、それぞれの事業所がリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)を取得している場合、リハビリテーション会議を通じてリハビリテーション計画を作成する必要があるが、当該リハビリテーション会議を合同で開催することは可能か。

A 居宅サービス計画に事業者の異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用が位置づけられている場合であって、それぞれの事業者が主体となって、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、リ

ハビリテーション計画を作成等するのであれば、リハビリテーション会議を合同で会議を実施しても差し支えない。

Q 「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」に示されたリハビリテーション計画書の様式について、所定の様式を活用しないとリハビリテーションマネジメント加算や社会参加支援加算等を算定することができないのか。

A 様式は標準例をお示ししたものであり、同様の項目が記載されたものであれば、各事業所で活用されているもので差し支えない。

Q リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の算定要件に、「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、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること」があるが、その他の指定居宅サービスを利用していない場合や福祉用具貸与のみを利用している場合はどのような取扱いとなるのか。

A リハビリテーション以外にその他の指定居宅サービスを利用していない場合は、該当する他のサービスが存在しないため情報伝達の必要性は生じない。また、福祉用具貸与のみを利用している場合であっても、本算定要件を満たす必要がある。

Q リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の算定要件にあるリハビリテーション会議の開催頻度を満たすことができなかった場合、当該加算は取得できないのか。

A リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の取得に当たっては、算定要件となっているリハビリテーション会議の開催回数を満たす必要がある。

なお、リハビリテーション会議は開催したものの、構成員のうち欠席者がいた場合には、当該会議終了後、速やかに欠席者と情報共有すること。

Q リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の算定要件にある「医師が利用者またはその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること」について、当該医師はリハビリテーション計画を作成した医師か、計画的な医学的管理を行っている医師のどちらなのか。

A リハビリテーション計画を作成した医師である。

Q リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)とリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)については、同時に取得することはできないが、月によって加算の算定要件の可否で加算を選択することは可能か。

A リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)とリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)については、同時に取得することはできないものの、いずれかの加算を選択し算定することは可能である。ただし、リハビリテーションマネジメント加算については、リハビリテーションの質の向上を図るため、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うものであることから、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)が算定できる通所リハビリテーション計画を作成した場合は、継続的にリハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)を、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)が算定できる通所リハビリテーション計画を作成した場合は、継続的にリハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)を、それぞれ取得することが望ましい。

◆p. 813 左段 24 行目以下の次の QA を削除。(Vol. 471)

Q リハビリテーションマネジメント加算が本体加算に包括化されたが、定期的な評価や計画表作成は現在と同頻度必要か。

A 定期的評価等については従来通り行う必要がある。なお、今回の介護報酬改定に伴い、運営基準の解釈通知も改正し、リハビリテーション実施に当たっての留意点を追加したところであるので、参照されたい。

◆p. 813 右段 15 行目の次に以下の QA を追加。(Vol. 493)

Q 同一利用者に対して、複数の事業者が別々に通所リハビリテーションを提供している場合、各々の事業者が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していれば、リハビリテーションマネジメント加算を各々算定できるか。



A 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理学療法、作業療法、言語聴覚療法のすべてを提供できない場合、複数の事業所で提供することが考えられる。例えば、脳血管疾患発症後であって、失語症を認める利用者に対し、1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、例えば、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(Ⅱ)であれば、リハビリテーション会議を通じて、提供可能なサービスが異なる複数の事業所を利用することを話し合った上で、通所リハビリテーション計画を作成し、その内容について利用者の同意を得る等、必要な算定要件を各々の事業者が満たしていれば、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(Ⅱ)の算定は可能である。

◆p. 813 右段 16 行目～34 行目の以下の QA を削除。(Vol. 471)

【40 分以上のサービス提供にかかる報酬算定】

Q (訪問リハビリテーション) 1日のうちに連続して 40 分以上サービスを提供した場合、2 回分として算定してもよいか。また、1日のうちに例えば 80 分以上サービスを提供した場合、週に 1 日の利用で短期集中リハビリテーション加算を算定できると考えてよいか。

A ケアプラン上、1日のうちに連続して 40 分以上のサービス提供が、2 回分のサービス提供であると位置付けられていれば、2 回分のサービス提供として算定して差し支えない。短期集中リハビリテーションにおいては、1日に 40 分以上のサービス提供を週に 2 日行った場合算定できるとしているため、ご質問のような算定は行うことができない。

【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】

Q 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。

A 1 回のみ算定できる。

◆p. 813 右段下から 13 行目の次に以下の QA を追加。(Vol. 471)

【社会参加支援加算 (訪問・通所リハビリ共通)】

Q 社会参加支援加算で通所リハビリテーションから通所介護、訪問リハビリテーションから通所リハビリテーション等に移行後、一定期間後元のサービスに戻った場合、再び算定対象とすることができるのか。

A 社会参加支援加算については、通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して 14 日以降 44 日以内に通所リハビリテーション従業者が通所リハビリテーション終了者に対して、居宅訪問等により、社会参加に資する取組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することとしている。なお、3 月以上経過した場合で、リハビリテーションが必要であると医師が判断した時は、新規利用者としてすることができる。

◆p. 814 左段 27 行目の次に以下の QA を追加。(Vol. 493, 481)

Q 社会参加支援加算の算定では、訪問・通所リハビリテーションの提供が終了し、その終了日から起算して 14 日以降 44 日以内に、社会参加等が 3 カ月以上続く見込みであることを確認する必要がある。その際、事前に電話等で詳細に状況を確認した時点で、社会参加等が 3 カ月以上続く見込みであったが、その後、実際に居宅を訪問した際には、リハビリテーションを利用していた者の体調が急激に悪化しており、社会参加等が 3 カ月以上続く見込みではなくなっていた場合、どのような取扱いになるのか。

A 事前の確認で社会参加等が 3 カ月続く見込みであったとしても、実際の訪問の時点で当該者の体調が急激に悪化しており、社会参加等が 3 カ月以上続く見込みを確認できなかった場合、社会参加等が 3 カ月以上続く見込みを確認できないものとして扱うこと。

【訪問・通所リハビリテーション共通】

Q リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(Ⅱ)については、当該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

て同意を得た日の属する月から取得することとされているが、通所リハビリテーションの提供がない場合でも、当該月に当該計画の説明と同意のみを得れば取得できるのか。

A 取得できる。

リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(Ⅱ)は、「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」から取得することとしているため、通所リハビリテーションの提供がなくても、通所リハビリテーションの提供開始月の前月に同意を得た場合は、当該月より取得が可能である。なお、リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ(Ⅰ)については、通所リハビリテーションの利用開始月以降に、当該加算におけるリハビリテーションマネジメントが実施されるものであるため、通所リハビリテーションの提供と合わせて取得されるものである。

◆p. 814 左段 29 行目以下の次の QA を削除。(Vol. 471)

【別の医療機関からの情報提供に基づく実施】

Q 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。

A 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。

◆p. 814 右段下から 18 行目の次に以下の QA を追加。(Vol. 471)

Q 地域ケア会議とリハビリテーション会議が同時期に開催される場合であって、地域ケア会議の検討内容の 1 つが、通所リハビリテーションの利用者に関する今後のリハビリテーションの提供内容についての事項で、当該会議の出席者が当該利用者のリハビリテーション会議の構成員と同様であり、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有した場合、リハビリテーション会議を開催したものとと考えてよいのか。

A 貴見のとおりである。

◆p. 818 右段 19 行目の次に以下の QA を追加。(Vol. 493)

Q 通所介護の延長加算は、利用者が当該通所介護事業所の設備を利用して宿泊する場合は算定不可とされているが、通所介護として行う、歯科衛生士による口腔機能向上サービスが延長時間帯に必要となる場合も加算の対象とならないのか。

A 延長加算については、当該通所介護事業所の設備を利用して宿泊する場合は算定できないことが原則であるが、あらかじめ通所介護計画に位置付けられたサービスであり、かつ、通常のサービス提供時間帯のみでは提供することができず、延長時間帯において提供することが不可欠な場合〔食事提供に伴い、通所介護計画に定められた口腔機能向上サービスを通常の時間帯内に終えることができない場合(※)〕には、実際に延長サービスを行った範囲内で算定して差し支えないこととする。

(※) 指定通所介護事業所において、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれがある利用者に対して、夕食後に言語聴覚士、歯科衛生士等が口腔機能向上サービスを実施する場合であって、夕食の時間との関係からサービス提供時間内に当該口腔機能向上サービスを終了することが困難で延長サービスとなる場合には、算定することができる。

◆p. 819 右段下から 2 行目の次に以下の QA を追加。(Vol. 471)

Q サテライト事業所において加算を算定するにあたり、認知症加算又は中重度者ケア体制加算の算定要件の一つである専従の認知症介護実践者研修等修了者又は看護職員は、通所介護を行う時間帯を通じて本体事業所に 1 名以上配置されていればよいか。

A 認知症加算・中重度者ケア体制加算は、認知症高齢者や重度要介護者に在宅生活の継続に資するサービスを提供している事業所を評価する加算であることから、通所介護を行う時間帯を通じてサテライト事業所に1名以上の配置がなければ、加算を算定することはできない。

◆p. 820 左段 26 行目の次に以下の QA を追加。(Vol. 471)

Q 加算算定の要件に、通所介護を行う時間帯を通じて、専従で看護職員を配置していることとあるが、全ての営業日に看護職員を配置できない場合に、配置があった日のみ当該加算の算定対象となるか。

A 貴見のとおり。

◆p. 822 左段下から 23 行目の次に以下の QA を追加。(Vol. 471)

Q ある利用者が通所介護と短期入所生活介護を利用している場合、それぞれの事業所が個別機能訓練加算を算定するには、居宅訪問は別々に行う必要があるか。

A 通所介護と短期入所生活介護を組み合わせて利用している者に対し、同一の機能訓練指導員等が個別機能訓練計画を作成しており、一方の事業所で行った居宅訪問の結果に基づき一体的に個別機能訓練計画を作成する場合は、居宅訪問を別々に行う必要はない。

◆p. 822 右段下から 16 行目の次に以下の QA を追加。(Vol. 471)

Q 職員の配置に関する加配要件については、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保していることに加え、これと別に認知症介護実践者研修等の修了者を1名以上配置する必要があるか。

A 指定基準で配置すべき従業者、又は、常勤換算方法で2以上確保する介護職員又は看護職員のうち、通所介護を行う時間帯を通じて、専従の認知症実践者研修等の修了者を少なくとも1名以上配置すればよい。

◆p. 823 右段下から 23 行目以下の次の QA を修正。(Vol. 471, Vol. 475)

Q 通所サービス事業所と同一建物に居住する利用者が、次に該当する場合は、基本サービス費を日割りして算定することとなるが、送迎に係る減算はどのように算定するのか。

- (1) 月途中で要支援から要介護（又は要介護から要支援）に変更した場合
- (2) 月途中で同一建物から転居し、事業所を変更した場合
- (3) 月途中で要支援状態区分が変更した場合

A (1)及び(2)は、要支援状態区分に応じた送迎に係る減算の単位数を基本サービス費から減算する。

(3)は、変更前の要支援状態区分に応じた送迎に係る単位数を減算する。ただし、(1)及び(2)において、減算によりマイナスが生じる場合は、基本サービス費に各種加算減算を加えた1月当たりの各サービス種類の総単位数がゼロとなるまで減算する。

(例) 要支援2の利用者が、介護予防通所介護を1回利用した後、

- (1) 月の5日目に要介護1に変更した場合
- (2) 月の5日目に転居した場合

1 日	2 日	3 日	4 日	5 日
-----			-----	
通所利用			(1)要介護1に区分変更 (2)契約解除・転居	

$$111 \times 5 - (\text{要支援2の同一建物減算 } 752 \text{ 単位}) = \Delta 197 \text{ 単位} \Rightarrow 0 \text{ 単位とする。}$$

◆p. 827 右段下から 6 行目の次に以下の QA を追加。(Vol. 471)

Q 指定通所介護事業所等の設備を利用した夜間及び深夜の指定通所介護等以外のサービス（宿泊サービス）を連続して利用する場合に、初日と最終日を除き、行き帰りの送迎を実施しないことになるが、送迎減算（47単位×2）と同一建物減算（94単位）のどちらが適用されるのか。

A 同一建物減算（94単位）については、事業所と同一建物に居住する者又は事業所と同一建物から事業所に通う者について適用するものであるため、当該事案は送迎減算（47単位×2）が適用される。

なお、初日と最終日についても片道の送迎を実施していないことから、送迎減算（47単位）が適用される。

◆p. 834 左段 1 行目以下の次の QA を修正。(Vol. 471)

Q 平成19年4月から、医療保険から介護保険におけるリハビリテーションに移行した日以降は、同一の疾患等に係る医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できないこととされており、また、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った月は、医療保険における疾患別リハビリテーション医学管理料は算定できないこととされている。この介護保険におけるリハビリテーションには、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションが含まれているが、

- ①通所リハビリテーションにおいて、「リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ」、「リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ」や「短期集中個別リハビリテーション実施加算」、
- ②介護予防通所リハビリテーションにおいて、利用者の運動器機能向上に係る個別の計画の作成、サービス実施、評価等を評価する「運動器機能向上加算」を算定していない場合であっても、同様に扱うのか。

A 貴見のとおり。

通所リハビリテーションにおいて、リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱや短期集中個別リハビリテーション実施加算を算定していない場合及び介護予防通所リハビリテーションにおいて、運動器機能向上加算を算定していない場合であっても、介護保険におけるリハビリテーションを受けているものであり、同様に扱うものである。

◆p. 836 左段 4 行目～p. 837 右段 4 行目において、以下の QA を削除。(Vol. 471)

Q リハビリテーションマネジメント加算について、原則として利用者全員に対して実施することが必要とされているが、実施しない人がいても良いのか。

A 利用者の同意が得られない場合には算定できないが、原則として、全ての利用者について計画を作成してその同意を得るよう努めることが望ましい。

Q 利用者ごとのリハビリテーション計画を作成したが、集団で実施するリハビリテーションで十分なため、1対1で実施するリハビリテーションを実施しなかった場合、リハビリテーションマネジメント加算は算定することが可能か。

A リハビリテーションマネジメント加算の対象としているリハビリテーションは、リハビリテーション実施計画に基づき利用者ごとの1対1のリハビリテーションによることが前提であり、集団リハビリテーションのみでは算定することはできない。なお、1対1のリハビリテーションの提供を必須とするが、加えて集団リハビリテーションの提供を行うことを妨げるものではない。

Q 「リハビリテーション実施計画書原案」は「リハビリテーション実施計画書」と同一の様式で作成してよいのか。

A 「リハビリテーション実施計画書原案」と「リハビリテーション実施計画書」は同一の様式を使用することができる。当該計画書については、「リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(老老発 0327001号)にてお示しした様式を参照されたい。なお、介護給付費明細書の摘要欄には起算日の記載が必要となる。

Q リハビリテーションマネジメント加算については利用者全員に算定する必要があるか。

A 当該加算は、原則全員に算定すべきものであるが、事業所の職員体制が整わない等の理由により、利用者全員に対して算定要件を満たすサービスを提供できない場合にあっては、加算の算定要件を満たすサービスを提供した利用者のみについて加算を算定することもできる。ただし、その場合にあっては、利用者全員に対してリハビリテーションマネジメントを実施できる体制を整えるよう、体制の強化に努める必要がある。

Q 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。

A 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。

Q 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。

A リハビリテーションマネジメント加算を算定する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。

Q 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。

A 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。

Q 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。

A 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。

Q 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。

A 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も、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。

Q 短期入所療養介護事業所と通所リハビリテーション事業所がリハビリテーションマネジメントの観点から、利用者についての情報共有をする場合の具体的な取扱い。

A 加算を算定する利用者のリハビリテーション実施計画（それぞれの事業所において作成される通所リハビリテーション計画の中のリハビリテーション実施計画に相当する部分又は短期入所療養介護計画の中のリハビリテーションの提供に係る部分でも可）について相互に情報共有を行うものであること、また、それぞれの計画を、可能な限り、双方の事業所が協働して作成することが必要である。ただし、必ずしも文書による情報共有を必要とするものではない。

なお、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における定期的なアセスメントとそれに基づく評価については、短期入所療養介護事業所において提供されたリハビリテーションの効果を検討しつつ、適切に行っていただきたい。

Q リハビリテーションマネジメント加算を算定しない場合は、個別リハビリテーションを一切実施しないこととしてよいのか。

A リハビリテーションマネジメント加算の算定の有無にかかわらず、利用者の状態に応じて、個別リハビリテーションも含め、適切にリハビリテーションを行う必要がある。

◆p. 836 左段下から24行目～右段下から6行目において、以下のQAを修正。(Vol. 471)

Q リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ又はリハビリテーションマネジメント加算Ⅱは、多職種協働にて行うリハビリテーションのプロセスを評価する加算とされているが、PT、OT等のリハビリテーション関係職種以外の者（介護職員等）が直接リハビリテーションを行ってもよいのか。

A 通所リハビリテーション計画の作成や利用者の心身の状況の把握等については、多職種協働で行われる必要があるものの、診療の補助行為としての（医行為に該当する）リハビリテーションの実施は、PT、OT等のリハビリテーション関係職種が行わなければならない。

Q 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Ⅰの算定要件を満たすのか。

A 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Ⅰ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。

Q 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Ⅰは算定できないのか。

A リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ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。

Q 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Ⅰは算定できないのか。

A 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Ⅰを算定できる。

◆p. 837 右段4行目の次に以下のQAを追加。(Vol. 481)

Q リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(1)を取得中、取得開始から6月間を経過する前に、リハビリテーションマネジメント加算Ⅰに変更して取得してもよいのか。

A リハビリテーションマネジメント加算Ⅰに変更して取得しても差し支え無い。

Q リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(1)を取得中にリハビリテーションマネジメント加算Ⅰに変更して取得した場合であっても、その後、利用者の状態に応じてリハビリテーションマネジメント加算Ⅱを再度取得する必要性が生じた際には、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(1)から取得することができるのか。

A リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(1)からリハビリテーションマネジメント加算Ⅰに変更して取得後、利用者の同意を得た日の属する月から6月間を超えてリハビリテーションマネジメント加算Ⅱを再度取得する場合は、原則としてリハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(2)を取得することとなる。

ただし、リハビリテーション会議を開催し、利用者の急性増悪等により、当該会議を月に1回以上開催し、利用者の状態の変化に応じ、当該計画を見直ししていく必要性が高いことを利用者若しくは家族並びに構成員が合意した場合、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(1)を再度6月間取得することができる。その際には、改めて居宅を訪問し、利用者の状態や生活環境についての情報収集(Survey)すること。

Q リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(1)を取得中で、取得開始から6月間を超えていない場合であっても、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(2)に変更して取得することは可能か。

例えば、月1回のリハビリテーション会議の開催によりリハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(1)を取得し2月間が経過した時点で、月1回のリハビリテーション会議の開催が不要と通所リハビリテーション計画を作成した医師が判断した場合、3月日から3

月に1回のリハビリテーション会議の開催によるリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(2)に変更して取得することはできないのか。

A リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多職種が協働し通所リハビリテーション計画の作成を通じたりハビリテーションの支援方針やその方法の共有、利用者又はその家族に対する生活の予後や通所リハビリテーション計画等についての医師による説明、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による居宅での生活の指導を行うことで、心身機能活動、参加にバランスよくアプローチするリハビリテーションを管理することを評価するものである。

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)については、利用者の状態が不安定となりやすい時期において、集中的に一定期間(6月間)に渡ってリハビリテーションの管理を行うことを評価するものである。

したがって、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)を6月間取得した後に、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(2)を取得すること。

◆p. 837 右段 7 行目～p. 838 左段 29 行目において、以下の QA を修正。(Vol. 471)

Q 短期集中個別リハビリテーション実施加算の算定に当たって、①本人の自己都合、②体調不良等のやむを得ない理由により、定められた実施回数、時間等の算定要件に適合しなかった場合はどのように取り扱うか。

A 短期集中個別リハビリテーション実施加算の算定に当たっては、正当な理由なく、算定要件に適合しない場合には、算定は認められない。

したがって、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もの(利用者の体調悪化等)、②総合的なアセスメントの結果、必ずしも当該目安を超えていない場合であっても、それが適切なマネジメントに基づくもので、利用者の同意を得ているもの(一時的な意欲減退に伴う回数調整等)であれば、リハビリテーションを行った実施日の算定は認められる。なお、その場合は通所リハビリテーション計画の備考欄等に、当該理由等を記載する必要がある。

Q 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)については、「1週に2日を標準」とあるが、1週2日の計画が作成されている場合で、やむを得ない理由がある時は、週1日でも算定可能か。

A 集中的なりハビリテーションの提供を目的とした加算であることから、1週に2日実施する計画を作成することが必要である。ただし、当初、週に2日の計画は作成したにも関わらず、①やむを得ない理由によるもの(利用者の体調変化で週1日しか実施できない場合等)や、②自然災害・感染症の発生等により、事業所が一時的に休養するため、当初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、算定できる。

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

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

◆p. 837 右段 23 行目～右段最下行の以下の QA を削除。(Vol. 471)

Q 短期集中リハビリテーション実施加算の算定にあたっては、退院(所)日又は認定日から直近のリハビリテーションを評価する報酬区分を算定した上で、継続的に各報酬区分を算定しなければ、算定は認められないか。例えば、次のような報酬算定は認められないか。

(例) 退院(所)日又は認定日から起算して1カ月以内…算定せず(同上) 1カ月超3カ月以内…算定

A 退院・退所直後の改善可能性の高い期間において、集中的なりハビリテーションを利用することが利用者にとって望ましいものと考えますが、継続的な算定が行われていなくても、各報酬区分の算定要件に適合すれば算定することができる。

Q 短期集中リハビリテーション実施加算の算定要件として、「通院(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40分以上、退院(所)日又は認定日から起算して1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20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」とあるが、連続して40分以上の個別リハビリテーションを実施する必要があるのか。また具体的な方法は。

A 当該加算の算定要件としての個別リハビリテーションの実施については、必ずしも連続した20分又は40分以上の実施が必要ではない。また、個別リハビリテーションの実施が、複数職種によって、合計20分又は40分以上実施することであっても差し支えない。

Q 通所リハビリテーションの短期集中リハビリテーション実施加算の「退院(所)日」について、短期入所生活介護(療養介護)からの退院(所)も含むのか。

A 短期入所からの退院(所)は含まない。

◆p. 839 左段下から24行目以下の次のQAを削除。(Vol. 471)

Q 一般の短期集中リハビリテーション実施加算は認定日が起算日となっているが、本加算制度の起算日を退院(所)日又は利用開始日とした理由は。

A 認知症、特にアルツハイマー病等の変性疾患においては発症時期が明確ではないことが多く、今回改定において軽度の認知症だけではなく、中等度から重度の認知症も対象に含めたため、起算日を認定日ではなく、利用開始日とした。

◆p. 839 左段下から8行目以下の次のQAを修正。(Vol. 471)

Q 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)の要件である「認知症に対するリハビリテーションに関わる専門的な研修を修了した医師」の研修とは具体的に何か。

A 認知症に対するリハビリテーションに関する知識・技術を習得することを目的とし、認知症の診断、治療及び認知症に対するリハビリテーションの効果的な実践方法に関する一貫したプログラムを含む研修である必要がある。

例えば、全国老人保健施設協会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション研修」、日本慢性期医療協会、日本リハビリテーション病院・施設協会及び全国老人デイ・ケア連絡協議会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション医師研修会」が該当すると考えている。また、認知症診療に習熟し、かかりつけ医への助言、連携の推進等、地域の認知症医療体制構築を担う医師の養成を目的として、都道府県等が実施する「認知症サポート医養成研修」修了者も本加算の要件を満たすものと考えている。

◆p. 840 左段下から16行目の次に以下のQAを追加。(Vol. 471, 481, 493)

Q 短期集中個別リハビリテーション実施加算と認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)・(Ⅱ)を3ヶ月実施した後に、利用者の同意を得て、生活行為の内容の向上を目標としたリハビリテーションが必要であると判断された場合、生活行為向上リハビリテーション加算の口に移行することができるのか。

A 可能である。ただし、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、6月以内の期間に限り、減算されることを説明した上で、通所リハビリテーション計画の同意を得るよう配慮すること。

Q 生活行為向上リハビリテーション実施加算の取得に当たっては、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となっているが、そのための時間については、通所リハビリテーションの提供時間に含めるということで良いか。

A 通所リハビリテーションで向上した生活行為について、利用者が日常の生活で継続できるようになるためには、実際生活の場面での適応能力の評価をすることが重要である。したがって、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、その結果を利用者とその家族に伝達するための時間については、通所リハビリテーションの提供時間に含めて差支えない。

**Q** 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(I)若しくは(II)を3月間取得した後に、生活行為向上リハビリテーション実施加算を3月間実施した場合であって、その後、同一の利用者に対して、通所リハビリテーションの提供を行う場合、減算期間は何月になるのか。

**A** 減算については、生活行為向上リハビリテーション実施加算を取得した月数と同月分の期間だけ実施されるものであり、本問の事例であれば3月間となる。

**Q** 生活行為向上リハビリテーション実施加算を取得し、その後、同一の利用者に対して、通所リハビリテーションの提供を行い、減算が実施されている期間中であつたが、当該利用者の病状が悪化し入院することとなった場合であつて、病院を退院後に再度同一事業所において、通所リハビリテーションを利用することとなった場合、減算はどのように取り扱われるのか。

また、減算期間が終了する前に、生活行為向上リハビリテーション実施加算を再度取得することはできるのか。

**A** 生活行為向上リハビリテーション実施加算は、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間のリハビリテーションの実施内容をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的にリハビリテーションを提供することを評価したものである。

当該加算に係る減算については、6月間のリハビリテーションの実施内容を当該実施計画にあらかじめ定めたものの、その後、同一利用者に対して、通所リハビリテーションを利用することとなった場合、当該加算を取得した月数と同月分の期間だけ実施されるものである。例えば、5月間取得した場合は、5月分の期間だけ減算される。

したがって、当該利用者の病状が悪化し入院することとなった場合は、あくまでも減算が中断されたものであり、病院を退院後に再度同一事業所において、通所リハビリテーションを利用することとなれば、必要な期間の減算が再開されることとなる。

【例】

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	
状況	通所リハ							入院	通所リハ					
	生活行為向上リハ加算(I)								生活行為向上リハ加算(II)					
減算適用月							●			●	●	●	●	

また、生活行為向上リハビリテーション実施加算と、それに関連する減算については、一体的に運用がされているものであることから、当該加算は減算の終了後に再取得が可能となる。

◆p. 840 左段下から7行目～右段下から9行目までの以下のQAを削除。(Vol. 471)

**Q** 退院(所)日又は認定日から3カ月を超える期間に個別リハビリテーション実施加算の算定にあつて、個別リハの実施時間についての要件はないのか。

**A** 従前の短期集中リハビリテーション実施加算〔退院(所)日又は認定日から起算して3月を超える期間に行われた場合〕と同様であるため、20分以上の個別リハの実施が必要である。

**Q** 平成21年4月9日発出Q&A問4について、「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、概ね週1回程度の通所であっても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8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」とあるが、高次脳機能障害や先天性又は進行性の神経・筋疾患の利用者以外であっても、月1回の利用で個別リハビリテーション実施加算が算定できるということでしょうか。

**A** 平成21年4月9日発出Q&A問4の主旨は、身体所見や各種検査

結果等から、多職種協働で作成された通所リハビリテーション実施計画において、週1回程度の通所であっても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、週1回程度の利用があつた場合に、個別リハビリテーション実施加算の算定が可能である。

**Q** 「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。

**A** 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。

**Q** 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。

**A** 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つて、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。

◆p. 850 右段下から7行目の次に以下のQAを追加。(Vol. 471)

【医療連携強化加算】

**Q** 看護職員による定期的な巡視は、看護職員が不在となる夜間や休日(土日など)には行われなくても差し支えないか。

**A** おおむね1日3回以上の頻度で看護職員による定期的な巡視を行っていない日については、当該加算は算定できない。

**Q** 協力医療機関との間で取り決めは、利用者ごとに行う必要があるか。それとも総括して一般的な対応方法を取り決めておけばよいのか。

**A** 利用者ごとに取り決めを行う必要はない。

**Q** 短期入所生活介護の利用者には、施設の配置医師が医療的な処置を行うものと考えますが、医療連携強化加算においては、利用者の主治医や協力医療機関に優先的に連絡を取ることが求められているのか。

**A** 必要な医療の提供については利用者ごとに適切に判断され、実施されるべきものである。なお、当該加算は、急変のリスクの高い利用者に対して緊急時に必要な医療がより確実に提供される体制を評価するものであることから、急変等の場合には当然に配置医師が第一に対応するとともに、必要に応じて主治の医師や協力医療機関との連携を図るべきものである。

**Q** 医療連携強化加算の算定要件の「緊急やむを得ない場合の対応」や「急変時の医療提供」とは、事業所による医療提供を意味するのか。それとも、急変時の主治の医師への連絡、協力医療機関との連携、協力医療機関への搬送等を意味するものか。

**A** 協力医療機関との間で取り決めておくべき「緊急やむを得ない場合の対応」とは、利用者の急変等の場合において当該医療機関へ搬送すべき状態及びその搬送方法、当該医療機関からの往診の実施の有無等を指す。「急変時の医療提供」とは、短期入所生活介護事業所の配置医師による医療を含め、主治の医師との連携や協力医療機関への搬送等を意味するものである。

Q 既に協力医療機関を定めている場合であっても、搬送方法を含めた急変が生じた場合の対応について改めて事業所と協力医療機関で書面による合意を得る必要があるか。

A 緊急やむを得ない場合の対応について、協力医療機関との間で、搬送方法を含めた急変が生じた場合の対応について文書により既に取り決めがなされている場合には、必ずしも再度取り決めを行う必要はない。

◆p. 868 右段下から 23 行目の次に以下の QA を追加。(Vol. 471)

Q 訪問看護の場合、ケアプランに位置付けようとする時点で主治医と利用者との間で既に事業所が選択されていることが多く、これにより紹介率が 80% を超えることについては正当な理由に該当すると考えてよいか。

A 特定事業所集中減算の正当な理由の範囲は「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年 3 月 1 日厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（以下、「留意事項通知」という）に示しているところであり、正当な理由の範囲として、サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者に集中していると認められる場合（※）等が含まれている。

（※）利用者から質が高いことを理由に当該サービスを利用したい旨の理由書の提出を受けている場合であって、地域ケア会議等に当該利用者の居宅サービス計画を提出し、支援内容についての意見・助言を受けている場合等を想定している。なお、利用者から提出を受ける理由書は、当該利用者にとってサービスの質が高いことが確認できるものとし、その様式は任意のものとして差し支えない。

Q 今般の改正で訪問看護のみなし指定のあるサービスが対象となっているが、正当な理由としてサービス事業所が少数であることをもって判断する場合に、みなし事業所は通常の実施地域内の事業所としてカウントするのかお聞きしたい。

A みなし指定の事業所について、介護給付費の請求がないなど介護保険事業の実態を踏まえ、カウントから外して差し支えない。

（注）介護給付費の請求事業所の確認については、国民健康保険団体連合会から都道府県や保険者に提供される適正化情報の「事業所別サービス状況一覧表」が活用可能である。

Q 留意事項通知の第三の 10 の(4)の⑤の(例)について、意見・助言を受けている事例が 1 件でもあれば正当な理由として集中減算の適用除外となるか。（下記事例の場合に①・②のどちらになるか）

(例) 居宅サービス計画数：102 件

A 訪問介護事業所への位置付け：82 件（意見・助言を受けている事例が 1 件あり）

①助言を受けているため正当な理由ありとして A 事業所に関する減算不要。

$82 \div 102 \times 100 = 80.3\% \dots$  正当な理由として減算なし

②助言を受けている 1 件分について除外。

$81 \div 101 \times 100 = 80.1\% \dots$  減算あり

A 居宅サービス計画に位置づけるサービスについては、個々の利用者の状況等に応じて個別具体的に判断されるものであることから、②で取り扱うこととする。

Q 居宅介護支援事業者が作成し、都道府県知事に提出する書類について、判定期間における居宅サービス計画の総数等を記載するように定められているが、サービスの限定が外れることに伴い、事業所の事務量の負担が増大することを踏まえ、訪問介護サービス等のそれぞれの紹介率最高法人の名称、住所、事業所名及び代表者名等について、80% を超えたサービスのみ記載する等、都道府県の判断で適宜省略させても差し支えないか。

A 各サービスの利用状況を適切に把握することが必要であることから、従前のとおり取扱うこととする。

Q 正当な理由の例示のうち、「サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者に集中していると認められる場合」の例示などについて、「地域ケア会議等」とあるが、「等」には具体的に何を含むのか。

A 名称の如何にかかわらず地域包括支援センターが実施する事例検

討会等を想定している。

Q 居宅介護支援事業所の実施地域が複数自治体にまたがり、そのうちの 1 自治体（A 自治体とする）には地域密着型サービス事業所が 1 事業所しかなく、A 自治体は、他の自治体の地域密着型サービス事業所と契約していない状況である。この場合、A 自治体の利用者は A 自治体の地域密着型サービスしか利用できないが、正当な理由の範囲としてどのように判断したらよいか。

A ご指摘のケースについては、A 自治体の利用者は、A 自治体の地域密着型サービスの事業所しか利用できないことから、サービス事業所が少数である場合として正当な理由とみなして差し支えない。

Q 医療の「機能強化型訪問看護療養費」の要件の一つとして「指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、例えば、特に医療的な管理が必要な利用者 1 割程度について、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成していること」とあり、この趣旨は、ステーション内で医療介護の連携・調整の推進がされることについての評価である。「機能強化型訪問看護療養費」を算定している訪問看護ステーション等の場合は特定事業所集中減算の正当な理由として考えてよいか。

また、「機能強化型訪問看護療養費」を算定していない医療機関に併設された居宅介護支援事業所について、同事業所を運営する法人内に訪問看護事業所があり、連携の観点から医療（主治医）・居宅介護支援・訪問看護を同法人内で利用することが利用者にとってはメリットとなると考える。こうした偏りは正当な理由として認められるか。

A 特定事業所集中減算の正当な理由の範囲は留意事項通知に示しているところであり、正当な理由の範囲として例えば、サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者に集中していると認められる場合等が含まれている。具体的には、利用者から質が高いことを理由に当該サービスを利用したい旨の理由書の提出を受けている場合であって、地域ケア会議等に当該利用者の居宅サービス計画を提出し、支援内容についての意見・助言を受けている場合などが考えられる。

機能強化型訪問看護ステーションについては、「指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画が必要な利用者のうち、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画を作成されている者が一定程度以上であること」とされており、その割合は 1 割程度とされているため、基本的には正当な理由なく高い集中度で判定する特定事業所集中減算の趣旨とは異なるものと考えている。

Q 留意事項通知の第三の 10 の(4)の①の「通常の事業の実施地域」について、例えば、町内の一部（市町村合併前の旧町）などのエリアに変更することは可能か？

A 指定居宅介護支援事業者は、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」（平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 38 号）第 18 条において運営規程に通常の事業の実施地域について定めることになっており、これに基づき適切に対応いただきたい。

Q 訪問介護の特定事業所加算は、サービス提供の責任体制やヘルパーの活動環境・雇用環境の整備、介護福祉士の配置など質の高いサービス提供体制が整った事業所について評価を行うものであるから、特定事業所加算を算定している訪問介護事業所の場合については、特定事業所集中減算の正当な理由として考えてよいか。

A 特定事業所集中減算の正当な理由の範囲は留意事項通知に示しているところであり、正当な理由の範囲として例えば、サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者に集中していると認められる場合等が含まれている。具体的には、利用者から質が高いことを理由に当該サービスを利用したい旨の理由書の提出を受けている場合であって、地域ケア会議等に当該利用者の居宅サービス計画を提出し、支援内容についての意見・助言を受けている場合などが考えられる。

Q 今般の改定により特定事業所集中減算の対象サービスの範囲について限定が外れたが、1 つのサービスにおいて正当な理由がなく 80% を超えた場合は全利用者について半年間減算と考えるとよいか。

A ご指摘のケースについて、当該サービスについて正当な理由がなく 80% を超えた場合は、従前のとおり減算適用期間のすべての居宅介護支援費について減算の適用となる。

◆p. 898 右段 18 行目～右段下から 6 行目までの QA と



Q 一部ユニット型施設・事業所が、ユニット型部分とユニット型以外の部分それぞれ別施設・事業所として指定されることとなった場合について、

- ①常勤職員による専従が要件となっている加算
- ②入所者数に基づいた必要職員数が要件となっている加算の算定について、それぞれどのように考えればよいか。

A (①について)

従来、「一部ユニット型」として指定を受けていた施設が、指定更新により、ユニット型施設とユニット型以外の施設とで別の指定を受けている場合を含め、同一建物内にユニット型及びユニット型以外の介護老人福祉施設（又は地域密着型介護老人福祉施設）が併設されている場合については、「個別機能訓練加算」や「常勤医師配置加算」など常勤職員の専従が要件となっている加算について、双方の施設を兼務する常勤職員の配置をもって双方の施設で当該加算を算定することは認められないものとしてきたところである。

しかしながら、個別機能訓練加算については、「専ら機能訓練指導員の職務に従事する」ことが理学療法士等に求められているものであり、一体的な運営が行われていると認められる当該併設施設において、双方の入所者に対する機能訓練が適切に実施されている場合で、常勤の理学療法士等が、双方の施設において、専ら機能訓練指導員としての職務に従事しているのであれば、今後、当該加算の算定要件を双方の施設で満たすものとして取り扱うこととする。

(②について)

入所者数に基づいた必要職員数を算定要件としている加算である「看護体制加算」と「夜勤職員配置加算」については、双方の入所者の合計数に基づいて職員数を算定するものである。

この点、夜勤職員配置加算については、「平成21年4月改定関係Q&A (Vol.1)」（平成21年3月23日）では、「一部ユニット型については、ユニット部分及び多床室部分それぞれで要件を満たす必要がある」としているところであるが、指定更新の際に別指定を受けることとなった旧・一部ユニット型施設を含め、同一建物内にユニット型及びユニット型以外の施設（介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設）が併設されている場合については、双方の入所者及びユニット数の合計数に基づいて職員数を算出するものとして差し支えないこととする。なお、この際、ユニット型施設と従来型施設のそれぞれについて、1日平均夜勤職員数を算出するものとし、それらを足し合わせたものが、施設全体として、1以上上回っている場合に夜勤職員配置加算が算定できることとする。ただし、ユニット型施設と従来型施設の入所者のそれぞれの基本サービス費について加算が算定されることとなるため、双方の施設における夜勤職員の加配の状況が極端に偏りのあるものとならないよう配置されたい。

※短期入所生活介護事業所についても同様の取扱いとする。

※平成23年Q&A「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等の一部を改正する省令の施行に伴う指定、介護報酬等の取扱いについて（疑義解釈）」（平成23年9月30日）問6について、上記回答に係る部分については適用を受けないものとする。

◆p.911 左段12行目以下の次のQAを削除。(Vol.469)

Q 一人の者について、喀痰吸引と経管栄養の両方を実施している場合、要件に適合する者は1人と数えるのか、2人と数えるのか。

A 1人と数える。

◆p.911 左段最下行の次に以下のQAを追加。(Vol.469, 475)

Q 「療養機能強化型」の算定要件のうち、「算定日の属する月の前三月間における入院患者等のうち、喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合」とあるが、これらの処置について実施回数自体に関する規定があるか。（一日当たり何回以上実施している者等）

A 喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射の実施の頻度は、医学的な必要性に基づき判断されるべきものであり、本要件は実施の有無を見ているもので、1日当たりの吸引の回数や月当たりの実施日数についての要件を設けていない。

Q 同一の者について、「重篤な身体疾患を有する者」の基準及び「身体合併症を有する認知症高齢者」の基準のいずれにも当てはまる場合は、いずれか一方にのみ含めるものとしているが、同一の者について、「喀痰吸引」と「経管栄養」の両方を実施している場合、要件に適合する者は1人と数えるのか、2人と数えるのか。

A 前者の要件は、当該施設の重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の受け入れ人数を評価しているものであり、重篤な身体疾患を有する者の基準及び身体合併症を有する認知症高齢者の基準のいずれにも当てはまる患者であっても、施設として実際に受け入れた患者の人数については1人と数える。

一方、後者の要件は、当該施設で行われる処置の実施を評価しているものであり、同一の患者であっても、喀痰吸引と経管栄養の両方を実施していれば、2つの処置を実施しているため、喀痰吸引と経管栄養を実施しているそれぞれの人数に含め、この場合には2人と数える。

Q 「生活機能を維持改善するリハビリテーション」とは、どのようなものか。

A 療養機能強化型介護療養型施設における生活機能を維持改善するリハビリテーションとは、機能訓練室の内外を問わず、また時間にこだわらず、療養生活において排泄や食事動作等の自立に向けて随時行われるものである。

Q 「生活機能を維持改善するリハビリテーション」の考え方として、「作業療法士を中心とする多職種の間によって、医師の指示に基づき、療養生活の中で随時行うこと」が挙げられているが、当該施設に作業療法士が配置されていない場合には、要件を満たさないことになるのか。

A 生活機能の維持改善に当たっては特に作業療法士の関与が重要であり、作業療法士を中心とすべきという理念を示しているところである。当該理念を踏まえ、生活機能を維持改善するリハビリテーションを実施していることが要件として求められており、実際の作業療法士の配置を要件としているものではない。

Q ターミナルケアに係る計画の様式及び内容はどのようなものが望ましいか。

A ターミナルケアに係る計画の様式及び内容については、患者及びその家族等の意向を十分に反映できるよう、各施設で工夫することが望ましい。なお、当該計画は診療録や施設サービス計画に記載しても差し支えない。ただし、記載がターミナルケアに係る計画であることが明確になるようにすること。

◆p.950 左段9行目以下の次のQAを修正。(Vol.475)

Q 留意事項通知における「前三月間において、当該事業所が提供する看護サービスを2回以上利用した者又は当該事業所で当該加算を2回以上算定した者であっても、1として数えること」とは、**3**例え、3～5月にかけて継続して利用している利用者Aは1人、**3**月に利用が終了した利用者Bも1人と数えることで良いか。

A 貴見のとおりである。具体的には**問23**（編注：訪問看護費の「看護体制強化加算について」の**1つめ**のQA, p.810）の表を参照のこと。

◆p. 61 右段 24 行目 (「注 8」の最終行)

「[(I)と(II)はいずれか一方のみ算定]」を削除。  
個別機能訓練加算(I)と(II)は併算定が可能です。

◆p. 143 左段下から 11 行目を訂正

～主任介護支援専門員を 2名以上配置していること。

◆p. 177 左段 14 行目を訂正

～占める割合が 100 分の 60 以上であること。

◆p. 189 左段 4 行目を訂正

～されたかくたん者の占める割合が～

——以上、お詫びし訂正いたします。

# 介護報酬サービス コード表 2015



■ A4判 約 600 頁  
■ 800 円 (+税)

★ 2015 年 4 月の介護報酬改定に準拠。  
すべての介護サービスの、①サービスコード、②サービス内容略称、③算定項目、④合計単位数、⑤算定単位を、「経過措置」(2015 年 8 月、2016 年 4 月) も含めて完全収録!!

★ A4 判の見やすい版面、詳細な目次、オリジナル編集のわかりやすい 2 階層インデックスによって、探したい項目を素早く検索できます!!

212 介護報酬サービスコード (介護報酬サービス)

II 地域密着型介護予防サービスコード

介護予防活動(地域密着型)サービスコード表

サービスコード	サービス名称	算定単位	算定単位数	算定単位の算定方法
111-001	介護予防活動(地域密着型)サービス	15分	15分	15分
111-002	介護予防活動(地域密着型)サービス	30分	30分	30分
111-003	介護予防活動(地域密着型)サービス	45分	45分	45分
111-004	介護予防活動(地域密着型)サービス	60分	60分	60分
111-005	介護予防活動(地域密着型)サービス	75分	75分	75分
111-006	介護予防活動(地域密着型)サービス	90分	90分	90分
111-007	介護予防活動(地域密着型)サービス	105分	105分	105分
111-008	介護予防活動(地域密着型)サービス	120分	120分	120分
111-009	介護予防活動(地域密着型)サービス	135分	135分	135分
111-010	介護予防活動(地域密着型)サービス	150分	150分	150分
111-011	介護予防活動(地域密着型)サービス	165分	165分	165分
111-012	介護予防活動(地域密着型)サービス	180分	180分	180分
111-013	介護予防活動(地域密着型)サービス	195分	195分	195分
111-014	介護予防活動(地域密着型)サービス	210分	210分	210分
111-015	介護予防活動(地域密着型)サービス	225分	225分	225分
111-016	介護予防活動(地域密着型)サービス	240分	240分	240分
111-017	介護予防活動(地域密着型)サービス	255分	255分	255分
111-018	介護予防活動(地域密着型)サービス	270分	270分	270分
111-019	介護予防活動(地域密着型)サービス	285分	285分	285分
111-020	介護予防活動(地域密着型)サービス	300分	300分	300分
111-021	介護予防活動(地域密着型)サービス	315分	315分	315分
111-022	介護予防活動(地域密着型)サービス	330分	330分	330分
111-023	介護予防活動(地域密着型)サービス	345分	345分	345分
111-024	介護予防活動(地域密着型)サービス	360分	360分	360分
111-025	介護予防活動(地域密着型)サービス	375分	375分	375分
111-026	介護予防活動(地域密着型)サービス	390分	390分	390分
111-027	介護予防活動(地域密着型)サービス	405分	405分	405分
111-028	介護予防活動(地域密着型)サービス	420分	420分	420分
111-029	介護予防活動(地域密着型)サービス	435分	435分	435分
111-030	介護予防活動(地域密着型)サービス	450分	450分	450分
111-031	介護予防活動(地域密着型)サービス	465分	465分	465分
111-032	介護予防活動(地域密着型)サービス	480分	480分	480分
111-033	介護予防活動(地域密着型)サービス	495分	495分	495分
111-034	介護予防活動(地域密着型)サービス	510分	510分	510分
111-035	介護予防活動(地域密着型)サービス	525分	525分	525分
111-036	介護予防活動(地域密着型)サービス	540分	540分	540分
111-037	介護予防活動(地域密着型)サービス	555分	555分	555分
111-038	介護予防活動(地域密着型)サービス	570分	570分	570分
111-039	介護予防活動(地域密着型)サービス	585分	585分	585分
111-040	介護予防活動(地域密着型)サービス	600分	600分	600分
111-041	介護予防活動(地域密着型)サービス	615分	615分	615分
111-042	介護予防活動(地域密着型)サービス	630分	630分	630分
111-043	介護予防活動(地域密着型)サービス	645分	645分	645分
111-044	介護予防活動(地域密着型)サービス	660分	660分	660分
111-045	介護予防活動(地域密着型)サービス	675分	675分	675分
111-046	介護予防活動(地域密着型)サービス	690分	690分	690分
111-047	介護予防活動(地域密着型)サービス	705分	705分	705分
111-048	介護予防活動(地域密着型)サービス	720分	720分	720分
111-049	介護予防活動(地域密着型)サービス	735分	735分	735分
111-050	介護予防活動(地域密着型)サービス	750分	750分	750分
111-051	介護予防活動(地域密着型)サービス	765分	765分	765分
111-052	介護予防活動(地域密着型)サービス	780分	780分	780分
111-053	介護予防活動(地域密着型)サービス	795分	795分	795分
111-054	介護予防活動(地域密着型)サービス	810分	810分	810分
111-055	介護予防活動(地域密着型)サービス	825分	825分	825分
111-056	介護予防活動(地域密着型)サービス	840分	840分	840分
111-057	介護予防活動(地域密着型)サービス	855分	855分	855分
111-058	介護予防活動(地域密着型)サービス	870分	870分	870分
111-059	介護予防活動(地域密着型)サービス	885分	885分	885分
111-060	介護予防活動(地域密着型)サービス	900分	900分	900分
111-061	介護予防活動(地域密着型)サービス	915分	915分	915分
111-062	介護予防活動(地域密着型)サービス	930分	930分	930分
111-063	介護予防活動(地域密着型)サービス	945分	945分	945分
111-064	介護予防活動(地域密着型)サービス	960分	960分	960分
111-065	介護予防活動(地域密着型)サービス	975分	975分	975分
111-066	介護予防活動(地域密着型)サービス	990分	990分	990分
111-067	介護予防活動(地域密着型)サービス	1005分	1005分	1005分
111-068	介護予防活動(地域密着型)サービス	1020分	1020分	1020分
111-069	介護予防活動(地域密着型)サービス	1035分	1035分	1035分
111-070	介護予防活動(地域密着型)サービス	1050分	1050分	1050分
111-071	介護予防活動(地域密着型)サービス	1065分	1065分	1065分
111-072	介護予防活動(地域密着型)サービス	1080分	1080分	1080分
111-073	介護予防活動(地域密着型)サービス	1095分	1095分	1095分
111-074	介護予防活動(地域密着型)サービス	1110分	1110分	1110分
111-075	介護予防活動(地域密着型)サービス	1125分	1125分	1125分
111-076	介護予防活動(地域密着型)サービス	1140分	1140分	1140分
111-077	介護予防活動(地域密着型)サービス	1155分	1155分	1155分
111-078	介護予防活動(地域密着型)サービス	1170分	1170分	1170分
111-079	介護予防活動(地域密着型)サービス	1185分	1185分	1185分
111-080	介護予防活動(地域密着型)サービス	1200分	1200分	1200分
111-081	介護予防活動(地域密着型)サービス	1215分	1215分	1215分
111-082	介護予防活動(地域密着型)サービス	1230分	1230分	1230分
111-083	介護予防活動(地域密着型)サービス	1245分	1245分	1245分
111-084	介護予防活動(地域密着型)サービス	1260分	1260分	1260分
111-085	介護予防活動(地域密着型)サービス	1275分	1275分	1275分
111-086	介護予防活動(地域密着型)サービス	1290分	1290分	1290分
111-087	介護予防活動(地域密着型)サービス	1305分	1305分	1305分
111-088	介護予防活動(地域密着型)サービス	1320分	1320分	1320分
111-089	介護予防活動(地域密着型)サービス	1335分	1335分	1335分
111-090	介護予防活動(地域密着型)サービス	1350分	1350分	1350分
111-091	介護予防活動(地域密着型)サービス	1365分	1365分	1365分
111-092	介護予防活動(地域密着型)サービス	1380分	1380分	1380分
111-093	介護予防活動(地域密着型)サービス	1395分	1395分	1395分
111-094	介護予防活動(地域密着型)サービス	1410分	1410分	1410分
111-095	介護予防活動(地域密着型)サービス	1425分	1425分	1425分
111-096	介護予防活動(地域密着型)サービス	1440分	1440分	1440分
111-097	介護予防活動(地域密着型)サービス	1455分	1455分	1455分
111-098	介護予防活動(地域密着型)サービス	1470分	1470分	1470分
111-099	介護予防活動(地域密着型)サービス	1485分	1485分	1485分
111-100	介護予防活動(地域密着型)サービス	1500分	1500分	1500分

※ A4 判に最大限の大きさで見やすく収載。目次・検索機能もアップさせた、実務にそのまま使えるコード表!!

【ご注文方法】① HP・ハガキ・FAX・電話等でご注文下さい。②振込用紙同封で書籍をお送りします(料金後払い)。③または書店にてご注文下さい。

101-0051 東京都千代田区神田神保町 2-6 十歩ビル  
tel.03-3512-0251 fax.03-3512-0250  
ホームページ <https://www.igakutushin.co.jp>





