

各届出の方法及び留意点について

目 次

- 1 加算届出の留意事項及び添付書類
- 2 事業所評価加算
- 3 その他

東京都福祉局高齢者施策推進部介護保険課

「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（加算届）」提出に当たっての留意事項【訪問リハビリテーション】

1 新たに加算を取得する場合、施設等の区分を変更する場合などは、以下の留意事項等に沿って「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（加算届）」を提出してください。なお、加算等の届出項目についての個々の単位数や要件・取扱いなどは、下表の「根拠規定等」をご参照願います。

2 加算等の届出と適用時期

新たに加算を取得する場合（又は取得中加算の区分変更をする場合）、**適用月の前月15日までに届出が必要**です。期限を過ぎて提出された場合（書類の不備・不足等で期限までに受理できない場合を含む）で、要件が満たしていることが確認されたものは翌々月からの算定となりますので、十分にご注意ください。加算を取り下げる（又は減算の届出の場合）場合は、その時点で速やかに届出が必要です。

3 加算等の届出の提出先

〒163-0718 新宿区西新宿2-7-1 新宿第一生命ビルディング 18階
公益財団法人 東京都福祉保健財団 事業者支援部介護事業者指定室

4 届出様式

届出様式は東京都福祉局ホームページ「東京都介護サービス情報」に掲載しています。加算取得にあたり必要な届出書類は、下表をご参照願います。
http://www.fukushi.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/index.html

5 根拠規定等

各加算等の届出項目の詳細については、「根拠規定等」欄の「告示」等をご参照願います。

なお、「根拠規定等」欄の「告示」は「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）」を、「老企第36号」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日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）」を示します。

サービス	届出項目	届出が必要な場合	加算取得にあたり必要な届出書類	根拠規定等
訪問リハビリテーション				
		<p>【R6改定・新設】高齢者虐待防止措置実施の有無</p> <p>厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、高齢者虐待防止措置未実施減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。</p> <p>※厚生労働大臣が定める基準を満たす場合は、「基準型」の届出を行うこと。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」（別紙2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス）」（別紙1） 	告示4・注2 老企第36号 第2の5(4)（第2の2(10)）
	特別地域加算	<p>厚生労働大臣が定める地域に所在する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う場合（厚生労働大臣が定める地域）</p> <p>①離島振興対策実施地域（離島振興法）、②奄美群島、③振興山村（山村振興法で指定する地域）、④小笠原諸島、⑤沖縄振興特別措置法に規定する離島、⑥人口密度希薄・交通不便等でサービス確保が著しく困難な地域として厚生労働大臣が定める地域</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」（別紙2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス）」（別紙1-1） 	告示4・注5 老企第36号 第2の5(6)（第2の2(17)） 厚生労働大臣が定める地域（平成24年厚生労働省告示第120号）
	リハビリテーションマネジメント加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」（別紙2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス）」（別紙1-1） <p>※リハビリテーションマネジメント加算額は、LIFE の活用等が要件に含まれる加算です。</p>	告示4・注9 老企第36号 第2の5(10) 厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）十二
		【R6改定・新設】リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明		
		訪問リハビリテーション計画について、指定訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」（別紙2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス）」（別紙1-1） 	告示7・注9 老企第36号 第2の8(10) 厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）二十四の三
		【R6改定・新設】口腔連携強化加算		
		別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果の情報提供を行ったとき	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」（別紙2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス）」（別紙1-1） 「口腔連携強化加算に関する届出書」（別紙11） 	告示4・注11 老企第36号 第2の5(12)（第2の2(23)） 厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）十二
	移行支援加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、リハビリテーションを行い、利用者の社会参加等を支援した場合	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」（別紙2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス）」（別紙1-1） 「訪問リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出書」（別紙20） <p>※要件を満たすことがわかる根拠書類については、各保険者で定める保存期間に基づき、適切に保存してください。</p>	告示4-ハ 老企第36号 第2の5(16) 厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）十三
	サービス提供体制強化加算	訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続年数が3年/7年以上の者が1名以上いる場合	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」（別紙2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス）」（別紙1-1） サービス提供体制強化加算に関する届出書（別紙14-2） 算定の根拠となる書類 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、3年/7年以上の勤続年数が確認できる在職証明書（在職期間と職務内容がわかるもの） 	告示4-ニ 老企第36号第2の5(17)（第2の3(12)⑥⑦） 厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）十四

「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（加算届）」提出に当たっての留意事項【介護予防訪問リハビリテーション】

1 新たに加算を取得する場合、施設等の区分を変更する場合などは、以下の留意事項等に沿って「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（加算届）」を提出をしてください。なお、加算等の届出項目についての個々の単位数や要件・取扱いなどは、下表の「根拠規定等」をご参照ください。

2 加算等の届出と適用時期

新たに加算を取得する場合（又は取得中加算の区分変更をする場合）、**適用月の前月15日までに届出が必要**です。期限を過ぎて提出された場合（書類の不備・不足等で期限までに受理できない場合を含む）で、要件が満たしていることが確認されたものは翌々月からの算定となりますので、十分にご注意ください。加算を取り下げる（又は減算の届出の場合）場合は、その時点で速やかに届出が必要です。

3 加算等の届出の提出先

〒163-0718 新宿区西新宿2-7-1 新宿第一生命ビルディング 18階
公益財団法人 東京都福祉保健財団 事業者支援部介護事業者指定室

4 届出様式

届出様式は東京都福祉局ホームページ「東京都介護サービス情報」に掲載しています。加算取得にあたり必要な届出書類は、下表をご参照ください。
http://www.fukushi.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/index.html

5 根拠規定等

各加算等の届出項目の詳細については、「根拠規定等」欄の「告示」等をご参照ください。
なお、「根拠規定等」欄の「告示」は「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）」を、「老計発第0317001・老振発第0317001・老老発第0317001」は「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年3月17日老計発第0317001、老振発第0317001、老老発第0317001、厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知）」を示します。

サービス	届出項目	届出が必要な場合	加算取得にあたり必要な届出書類	根拠規定等
		介護予防訪問リハビリテーション		
		【R6改定・新設】高齢者虐待防止措置実施の有無		
		厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、高齢者虐待防止措置未実施減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。 ※厚生労働大臣が定める基準を満たす場合は、「基準型」の届出を行うこと。	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」（別紙2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）」（別紙1-2） 	告示3・注2 老計発第0317001・老振発第0317001・老老発第0317001 第2の4(4)
		特別地域加算		
		厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所の看護師等が指定訪問看護を行う場合（厚生労働大臣が定める地域） ①離島振興対策実施地域（離島振興法）、②奄美群島、③振興山村（山村振興法で指定する地域）、④小笠原諸島、⑤沖縄振興特別措置法に規定する離島、⑥人口密度希薄・交通不便等でサービス確保が著しく困難な地域として厚生労働大臣が定める地域	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」（別紙2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）」（別紙1-2） 	告示3・注3 老計発第0317001・老振発第0317001・老老発第0317001 第2の4(6) 厚生労働大臣が定める地域（平成24年厚生労働省告示第120号）
		【R6改定・新設】口腔連携強化加算		
		別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果の情報提供を行ったとき	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」（別紙2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス）」（別紙1-1） 「口腔連携強化加算に関する届出書」（別紙11） 	告示3・注9 老計発第0317001・老振発第0317001・老老発第0317001 第2の4(10)(第2の3(26)) 厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）十二
		サービス提供体制強化加算		
		訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続年数が3年/7年以上の者が1名以上いる場合	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」（別紙2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス）」（別紙1-1） サービス提供体制強化加算に関する届出書（別紙14-2） 算定の根拠となる書類 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、3年/7年以上の勤続年数が確認できる在職証明書（在職期間と職務内容がわかるもの） 	告示3 ハ 老計発第0317001・老振発第0317001・老老発第0317001 第2の4(15)(第2の2(11)⑥⑦) 厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）十四

(別紙2)

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

令和 ** 年 4 月 10日

知事 殿

所在地

東京都新宿区西新宿 2-8-1

名称

株式会社東京都介護サービス情報

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称	カフシキガイシヤウキョウトカイコサービスシヨウホウ 株式会社東京都介護サービス情報				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 163 - 8001) 東京都 新宿 区 西新宿 2-8-1 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	03-5321-1111	FAX番号	03-5321-0000	
	法人の種別	株式会社	法人所轄庁			
代表者の職・氏名	職名	代表取締役			氏名	東京 太郎
	代表者の住所	(郵便番号 -) 東京都 中野 区 ●●● 2-2-2				
事業所・施設 の状況	フリガナ 事業所・施設の名称	デイサービスチヨウ デイサービス都庁				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 163 - ****) 東京都 新宿 区 西新宿 1-1-1				
	連絡先	電話番号	03-5320-△△△△	FAX番号	03-5388-0000	
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号 -) 都				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	管理者の氏名	都庁 松子				
管理者の住所	(郵便番号 150 - ****) 東京都 渋谷 区 ○×3-3-3					
届出を行う事業所・施設の種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)
	訪問介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問リハビリテーション	○	令和元年○月1日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和○年△月1日	その他該当する体制等
	居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問リハビリテーション	○	令和元年○月1日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和○年△月1日	その他該当する体制等
	介護予防居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護予防福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
施設	介護老人福祉施設			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護老人保健施設			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護医療院			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護保険事業所番号		× × × × × × × × × × × ×				
医療機関コード等		× × × × × × × ×				
特記事項	変更前	高齢者虐待防止措置の減算型				変更後
		高齢者虐待防止措置の基準型				
関係書類	別添のとおり					

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
 - 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 - 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 - 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字の横の口を■にしてください。
 - 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。
 - 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
 - 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

(別紙1-1-2)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援)

事業所番号										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提供サービス		施設等の区分	人員配置区分	その他の該当する体制等				LIFEへの登録	割引
各サービス共通				地域区分	<input type="checkbox"/> 1 1級地	<input type="checkbox"/> 6 2級地	<input type="checkbox"/> 7 3級地	<input type="checkbox"/> 2 4級地	
					<input type="checkbox"/> 3 5級地	<input type="checkbox"/> 4 6級地	<input type="checkbox"/> 9 7級地	<input type="checkbox"/> 5 その他	
<input type="checkbox"/> 14	訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 1 病院又は診療所 <input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3 介護医療院		高齢者虐待防止措置実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型			<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり
				特別地域加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり			
				中山間地域等における小規模事業所加算(地域に関する状況)	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当			
				中山間地域等における小規模事業所加算(規模に関する状況)	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当			
				リハビリテーションマネジメント加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算イ	<input type="checkbox"/> 6 加算ロ		
				リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり			
				口腔連携強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり			
				移行支援加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり			
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算I	<input type="checkbox"/> 4 加算II						

(別紙1-2-2)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）

事業所番号										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提供サービス		施設等の区分	人員配置区分	その他の該当する体制等				LIFEへの登録	割引	
各サービス共通				地域区分	<input type="checkbox"/> 1 1級地	<input type="checkbox"/> 6 2級地	<input type="checkbox"/> 7 3級地	<input type="checkbox"/> 2 4級地	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
					<input type="checkbox"/> 3 5級地	<input type="checkbox"/> 4 6級地	<input type="checkbox"/> 9 7級地	<input type="checkbox"/> 5 その他		
<input type="checkbox"/> 64	介護予防訪問 リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 1 病院又は診療所 <input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3 介護医療院		高齢者虐待防止措置実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型				
				特別地域加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり					
				中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当				
				中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当				
				口腔連携強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
				サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算I	<input type="checkbox"/> 4 加算II			

口腔連携強化加算に関する届出書

1 事業所名																															
2 異動区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了																														
3 施設種別	<input type="checkbox"/> 1 訪問介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 (介護予防)訪問看護事業所(訪問看護ステーション) <input type="checkbox"/> 3 (介護予防)訪問リハビリテーション事業所 <input type="checkbox"/> 4 (介護予防)短期入所生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 5 (介護予防)短期入所療養介護事業所 <input type="checkbox"/> 6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所																														
4 歯科医療機関との連携の状況	<p>1. 連携歯科医療機関</p> <table border="1"> <tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr> <tr><td>所在地</td><td></td></tr> <tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table> <p>2. 連携歯科医療機関</p> <table border="1"> <tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr> <tr><td>所在地</td><td></td></tr> <tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table> <p>3. 連携歯科医療機関</p> <table border="1"> <tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr> <tr><td>所在地</td><td></td></tr> <tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table>	歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号		歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号		歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号	
歯科医療機関名																															
所在地																															
歯科医師名																															
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																														
連絡先電話番号																															
歯科医療機関名																															
所在地																															
歯科医師名																															
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																														
連絡先電話番号																															
歯科医療機関名																															
所在地																															
歯科医師名																															
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																														
連絡先電話番号																															

注1 「連携歯科医療機関」とは、利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に対して、口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談できる体制を確保している歯科医療機関である。

注2 「連携歯科医療機関」は1つ以上の記載が必要である。なお、記入欄が不足している場合には、「歯科医療機関との連携の状況」のみを追加記載した様式を別途添付しても差し支えない。

注3 「歯科訪問診療料の算定の実績」とは、歯科診療報酬点数表の区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績であり、直近の算定日を記載すること。

※ 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出してください。

サービス提供体制強化加算に関する届出書
((介護予防) 訪問看護、 (介護予防) 訪問リハビリテーション、療養通所介護)

1 事業所名		
2 異動区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了	
3 施設種別	<input type="checkbox"/> 1 (介護予防) 訪問看護 <input type="checkbox"/> 2 (介護予防) 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 3 療養通所介護	
4 届出項目	(訪問看護、訪問リハビリテーション) <input type="checkbox"/> 1 サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) (療養通所介護) <input type="checkbox"/> 3 サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) <input type="checkbox"/> 4 サービス提供体制強化加算 (Ⅳ) <input type="checkbox"/>	
5 研修等に関する状況 (訪問看護のみ)	① 研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む)を実施又は実施を予定していること。 ② 利用者に関する情報若しくはサービス提供にあたっての留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議を定期的開催すること。 ③ 健康診断等を定期的実施すること。	有・無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>

6 勤続年数の状況

(1) サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)

勤続年数の状況	訪問看護	①に占める②の割合が30%以上		有・無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
		① 看護師等の総数(常勤換算)	人	
		② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数(常勤換算)	人	有・無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	訪問リハ	①に占める②の者が1名以上		
		① サービスを直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の総数	人	
		② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数	人	有・無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
療養通所介護	①に占める②の割合が30%以上		有・無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	
	① サービスを直接提供する職員の総数(常勤換算)	人		
	② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数(常勤換算)	人		

(2) サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)

勤続年数の状況	訪問看護	①に占める②の割合が30%以上		有・無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
		① 看護師等の総数(常勤換算)	人	
		② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数(常勤換算)	人	有・無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	訪問リハ	①に占める②の者が1名以上		
		① サービスを直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の総数	人	
		② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数	人	有・無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
療養通所介護	①に占める②の割合が30%以上		有・無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	
	① サービスを直接提供する職員の総数(常勤換算)	人		
	② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数(常勤換算)	人		

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

訪問リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出書

1 事業所名	
2 異動区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了
3 届出項目	<input type="checkbox"/> 1 移行支援加算

① 終了者数の状況	① 評価対象期間の訪問リハビリテーション終了者数	人	有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	② ①のうち、指定通所介護等を実施した者の数(注1)	人	
	③ ①に占める②の割合	% → 5%超	
② 事業所の利用状況	① 評価対象期間の利用者延月数	月	有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	② 評価対象期間の新規利用者数	人	
	③ 評価対象期間の新規終了者数(注2)	人	
	④ $12 \times (② + ③) \div 2 \div ①$	% → 25%以上	

注1：「指定通所介護等を実施」とは、指定通所介護、指定（介護予防）通所リハビリテーション、指定地域密着型通所介護、指定（介護予防）認知症対応型通所介護、指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、第1号通所事業の利用、その他社会参加に資する取組、及び自宅において役割を持って生活している場合を含み、サービス提供の終了の事由が医療機関への入院、介護保険施設への入所、指定訪問リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護等への移行である場合を含めない。

注2：評価対象期間に当該事業所の提供する指定訪問リハビリテーションの利用を終了した者の数（入院、入所、死亡を含む。）

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。

(別紙1-1-2)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の状況）

事業所番号																	
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提供サービス		施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等				
各サービス共通				地域区分	<input type="checkbox"/> 1 1級地	<input type="checkbox"/> 6 2級地	<input type="checkbox"/> 7 3級地	<input type="checkbox"/> 2 4級地
					<input type="checkbox"/> 3 5級地	<input type="checkbox"/> 4 6級地	<input type="checkbox"/> 9 7級地	<input type="checkbox"/> 5 その他
<input type="checkbox"/> 14	訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 1 病院又は診療所 <input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3 介護医療院		高齢者虐待防止措置実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型		
				特別地域加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり		
				中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当		
				中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当		
				リハビリテーションマネジメント加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算イ	<input type="checkbox"/> 6 加算ロ	
				リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり		
				口腔連携強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり		
				移行支援加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり		

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

(別紙1-2-2)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の状況）

事業所番号																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提供サービス		施設等の区分		人員配置区分		その他の該当する体制等													
各サービス共通						地域区分		<input type="checkbox"/> 1	1級地	<input type="checkbox"/> 6	2級地	<input type="checkbox"/> 7	3級地	<input type="checkbox"/> 2	4級地				
								<input type="checkbox"/> 3	5級地	<input type="checkbox"/> 4	6級地	<input type="checkbox"/> 9	7級地	<input type="checkbox"/> 5	その他				
<input type="checkbox"/> 64	介護予防訪問 リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 1 病院又は診療所 <input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3 介護医療院			特別地域加算				<input type="checkbox"/> 1	なし	<input type="checkbox"/> 2	あり							
					中山間地域等における小規模事業所 加算（地域に関する状況）				<input type="checkbox"/> 1	非該当	<input type="checkbox"/> 2	該当							
					中山間地域等における小規模事業所 加算（規模に関する状況）				<input type="checkbox"/> 1	非該当	<input type="checkbox"/> 2	該当							

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

6 福祉高介第 984 号
令和 6 年 8 月 7 日

各訪問リハビリテーション事業所
代表者・管理者 殿

東京都福祉局高齢者施策推進部長
花本 由紀
(公印省略)

訪問リハビリテーション事業所における出張所の取扱いについて

日頃から、東京都の高齢者福祉施策に御理解と御協力をいただきありがとうございます。
介護保険における訪問リハビリテーションの出張所（以下「サテライト」という。）について、下記のとおり出張所の要件や届出方法について定めたので通知します。

記

1 指定基準及び届出書類

別紙「訪問リハビリテーション事業所の出張所の取扱いについて」及び「訪問リハビリテーション出張所設置Q&A」のとおり

2 問合せ

本通知に関するお問い合わせを含む、事業所運営や介護報酬に関する問合せは、ホームページ上に質問受付フォームを設けておりますので、そちらからお願いいたします。

東京都福祉局 > 高齢者 > 介護保険 > 東京都介護サービス情報

https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei//hoken/kaigo_lib/index.html



東京都福祉局高齢者施策推進部介護保険課介護事業者担当
(電話) 03-5320-4274

「訪問リハビリテーション事業所の出張所の取扱いについて」

1 指定基準

訪問リハビリテーション事業所は、原則としてサービス提供の拠点ごとに指定されているが、例外的に、待機や道具の保管、着替え等を行う出張所であって、次の要件を満たすものについては、一体的なサービス提供の単位として本体事業所の出張所とできる取り扱いとする。

なお、みなし指定（※）の訪問リハビリテーション事業所においても、出張所を設置でき、本取扱いを適用することとする。

（※）健康保険法の保険医療機関に指定された病院及び診療所並びに介護保険法による許可を受けた介護老人保健施設及び介護医療院は、介護保険法の指定居宅サービス事業所とみなされ、訪問リハビリテーション事業を行うことができる。

（1）一体的なサービス提供の単位としての出張所の要件

ア 利用申込みに係る調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われること。

イ 職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理されること。必要な場合に随時、主たる事業所や他の出張所等との相互支援が行える体制（例えば、当該出張所等の従業者が急病等でサービスの提供ができなくなった場合は、主たる事業所から急遽代替要員を派遣できるような体制）にあること。

ウ 苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制にあること。

エ 事業の目的や運営方針、営業日や営業時間、利用料等を定める同一の運営規程が定められていること。

オ 人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われていること。

（2）人員配置

主たる事業所及びその出張所全体で以下の人員を配置していること。

① 専任の常勤医師が一人以上勤務していること

（※）本体である介護老人保健施設、介護医療院、病院又は診療所における常勤医師が、併設されている訪問リハビリテーション事業所の医師と兼務でも差し支えない。

② 指定訪問リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を適当数置いていること

（3）設備基準

出張所の設備基準

ア 事務室

事業の運営に必要な広さを有する専用のもの

イ 訪問リハビリテーション事業の提供に必要な設備及び備品

- ・手指洗浄の場所、手指消毒備品等
- ・個人情報に関する文書等を管理するための鍵付書庫等

(4) 設置場所

東京都内（八王子市内を除く。）

(5) 出張所を設置する場合の留意点

- ア 本体事業所の管理業務にあたる者が、定期的に出張所を訪問し、(1) から (4) の要件を満たすよう管理を徹底すること
- イ 本体事業所の管理業務にあたる者が、出張所従業者と「訪問リハビリテーション計画」の内容について情報を共有し、必要があれば見直しをするなど適切な対応をすること
- ウ 本体事業所の管理業務にあたる者が、出張所従業者からサービス実施状況を報告させ把握するとともに、適切な指導をすること

2 設置の届出及び必要書類

出張所設置後 10 日以内に変更届出及び加算に関する届出を行うこと。

(1) 変更届出書（様式第一号（五））に次の書式を添付すること。

- ア（付表第一号（四））訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所の指定等に係る記載事項
- イ 図面及び写真
- ウ 運営規程（出張所の住所等が記載されたもの。）
- エ 個人情報の管理及び衛生材料等の保管状況届出（任意の書式）
- オ 出張所設置の理由書（任意の書式）
- カ 出張所設置に係る誓約書（別紙様式）

（※）法人により定款及登記の変更が必要な場合があります。（出張所設置 Q & A もご参照ください。）

(2) 加算に関する届出

（別紙 2）介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

（別紙 1-1-2）介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の状況）【居宅サービス】

（別紙 1-2-2）介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の状況）【介護予防サービス】

○ 変更届・加算届の掲載先

【介護老人保健施設・介護医療院での訪問リハビリテーションにおいて令和 6 年 5 月までに指定を受けている場合】

https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/tuutitou/5_houriha.html

東京都福祉局 > 高齢者 > 介護保険 > 東京都介護サービス情報 > 指定後の届出・手続き・通

知等 > 5 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

【上記以外の訪問リハビリテーション】

https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/tuutitou/15_houriha_minashi.html

東京都福祉局 > 高齢者 > 介護保険 > 東京都介護サービス情報 > 指定後の届出・手続き・通知等 > 13 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

3 加算及び加算時期

特別地域加算は、新規届出項目に当たるため、算定開始日は、届出日が15日までの場合は翌月1日からとし、16日以降月末までの場合は翌々月1日からとする。

4 本通知に関する問合せ先

東京都福祉局高齢者施策推進部介護保険課介護事業者担当
電話（直通）03-5320-4274

5 変更届・介護給付費算定に係る体制等に関する届出（加算届）提出先

〒163-0718 東京都新宿区西新宿二丁目7番1号新宿第一生命ビルディング18階
公益財団法人 東京都福祉保健財団 事業者支援部介護事業者指定室
電話 03-3344-8517

◎出張所の設置について

- Q 1 主たる事業所と出張所の通常の事業の実施地域はどう設定したらよいか。
主たる事業所と出張所と、それぞれの所在地を基準にして、別々に設定することができる。
- Q 2 東京都外の出張所設置は認められるか。
出張所は、主たる事業所と一体の事業所として東京都の指定となるため、都外（埼玉県、神奈川県等）及び八王子市内の設置は、認められない。
- Q 3 出張所等の管理者は必要か。
訪問リハビリテーションの基準には管理者の配置要件はないが、出張所は主たる事業所と一体的な運営を行う必要があるため、適切な運営ができるよう管理を行うこと。
- Q 4 出張所の出勤管理はどのように行うのか。
出張所ごとに、出勤簿、タイムカード等により適切に勤務状況等が把握できる体制でなければならない。（出勤簿の場合は、日々の勤務時間も記載すること。）
本体事業所の管理業務にあたる者は、出勤状況の把握及び管理に努め、勤務体制等が一元的に管理されることが必要である。
- Q 5 営業日及び営業時間は、どのように定めるのか。
主たる事業所の営業日、営業時間にかかわらず、出張所ごとに定めることができる。
サービス提供に必要な体制を整えている必要があるため、基本的には保険医療機関等や介護老人保健施設、介護医療院の営業日及び営業時間内にする。
- Q 6 自宅を出張所とする場合の注意点とは。
(1) 自宅併設の場合も、運営に必要な広さの専用の区画を有し、当該区画が明確に特定されている事務室を設ける必要がある。
(2) また、秘密保持への配慮を行い、とりわけ、同居家族等に秘密が漏れないようにすることが必要。会話・通話の内容が丸聞こえになったり、個人情報が含まれた書類などが目に入ることをしないよう、必要に応じて、間仕切りの設置や専用の部屋を設ける等、秘密保持が可能な区画・区分とすること。
(3) 主たる事業所の出張所である旨の表示を行うこと。
- Q 7 出張所の名称について注意点とは。
事業所名称から、主たる事業所の出張所であることが判断できる必要があることから、**主たる事業所名（指定事業所名称）の後に出張所名を付けた**名称とすること。なお、みなし指定の事業所においては、医療機関名や老人保健施設、介護医療院の名称に付帯することとする。

《記載例》

〇〇病院（〇〇介護老人保健施設） 訪問リハビリテーション 第一出張所 or △△支所 or △△分所 or △△営業所 等

（医療機関 or 介護老人保健施設 or 介護医療院の名称） + （訪問リハビリテーション） + （出張所であることが分かる表記）

Q 8 定款及び登記簿の変更は必要か。

既指定の訪問リハビリテーション本体の一部出張所としての指定となるので、原則として定款の変更はないと考える。

ただし、医療法人については、医療法に基づき定款変更が必要とされる。（医療法人の定款変更については、医療法人所管課へ確認すること。）

◎ **出張所の設置の手続きについて**

出張所を設置した場合には、出張所設置に係わる届出（変更届）を、出張所設置後10日以内に届け出ること。

なお、円滑な手続きを進めるためにも、できるだけ早急に届けること。

提出先

〒163-0718

東京都新宿区西新宿二丁目7番1号 新宿第一生命ビルディング18階

（公財）東京都福祉保健財団事業者支援部介護事業者指定室

電話 03-3344-8517

受付時間 9:30～16:30

Q 9 出張所の設置に関する変更届出の記載方法はどのようにするか。

ア 変更届出書の項目別記載方法

- ・介護保険事業所番号、事業所名、所在地 …… 主たる事業所
- ・変更するサービスの種類 …… 訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション
（指定を受けているサービス名を記入）
- ・変更があった事項 …… 「運営規程」に○をつける。
- ・変更の内容
 - （変更前） 出張所なし
 - （変更後） 出張所の設置（複数記入可）
名称 ○○○○ 住所・電話・FAX
職員配置 職種・氏名
その他は付表第一号（四）のとおり
- ・変更年月日 …… 出張所設置日

※ 複数の出張所同時設置の場合

変更届出、運営規程、設置理由書（複数記載）は1部、その他の添付書類は出張所ごとに必要部数を添付すること。

イ 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（以下「勤務表」という。）について

※提出には及びませんが、事業所で毎月作成し保管をお願いいたします。

①主たる事業所分と②出張所分を作成（合計2部）

① 事業所全体の勤務表

事業所全体の配置職員の勤務状況を記載。訪問リハビリテーション本体に加え、出張所に勤務する医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士も合わせて記載する。

（本体・出張所の双方を含んだ勤務一覧により、事業所全体としての人員配置を確認するため必要。）

★出張所勤務がある従業者については、当該出張所での勤務日の勤務時間を丸で囲んで表示し、備考欄には「出張所勤務」と記載。

② 出張所の勤務表

出張所の配置職員の勤務状況を記載する。

★主たる事業所と出張所との両方に勤務がある従業者については、①とは逆に、主たる事業所の勤務時間を丸で囲んで表示し、備考欄に「主たる事業所勤務」と記載。

※ 午前は主たる事業所、午後は出張所勤務等、同日に両方の事業所で勤務がある場合の記載は、①、②ともに、主たる事業所及び出張所の勤務時間の合計を記載

（時間を按分して記入する必要はない。）

ウ 図面及び写真について

・ 図面

出張所の全体図がわかる図面。事業所内に専用のスペースを設ける場合、当該事務スペースを明示すること。そのほかに、同図面中に、個人情報に関する文書等を管理するための鍵付書庫等、手指洗浄場所等を明示すること。

・ 写真

事業所内外のカラー写真。以下の様子が分かるものを添付すること。

出張所正面（自宅の場合は自宅正面）、事業所名称が表示されていることが分かる扉もしくは玄関、事務室内、個人情報に関する文書等を管理するための鍵付書庫等、手指洗浄場所等

エ 運営規程の変更に関係する項目について（運営規程を変更する場合の参考例）

第○条 事業所の名称及び所在地

出張所を追加。事業所名、住所等

第○条 職員の員数及び職務内容

人員増の場合は、その内容を記載すること。

人員の内訳に、出張所部分を追加。

第○条 事業所の通常の事業の実施地域

主たる事業所と実施地域が同一の場合は、変更は不要。

主たる事業所と出張所とで異なる実施地域を設定する場合は、出張所の項目を追加し、当該地域を記載すること。

《記入例》 ○○訪問リハビリテーション

<通常の事業の実施地域> ○○区全域 △△区全域 □□区□□一丁目

○○訪問リハビリテーション ○○出張所

<通常の事業の実施地域> ××区全域 □□区□□四丁目・五丁目・六丁目

第○条 営業日及び営業時間等

主たる事業所と同一の場合は、変更は不要。

主たる事業所と異なる営業日等を設定する場合は、出張所の項目を追加の上、当該営業日、営業時間を記入すること。

オ 個人情報の管理及び衛生材料等の保管状況届出について

※提出には及びませんが、事業所で作成し保管をお願いいたします。

別紙の「(参考) 個人情報の管理及び衛生材料等の保管状況届出」を参考様式とする。

カ 出張所設置の理由書(任意の書式)

別紙の「(参考) 出張所設置の理由書」を参考様式とする。

出張所設置に係る誓約書

別紙様式の「出張所(出張所)設置に係る誓約書」を提出すること。

キ 加算届出書の提出について

加算届出書(介護給付費算定に係る体制等に関する届出書)の該当項目を記載。

① 特別地域加算

報酬 算定基準	別に定める地域*1に所在する指定訪問リハビリテーション事業所又は出張所事業所*2の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定訪問リハビリテーションを行った場合は、「特別地域訪問リハビリテーション加算(特別地域加算)」として、1回につき所定単位数の15%に相当する単位数を所定単位数に加算する。
注	<p>*1 別に定める地域とは、東京都においては、 大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、檜原村、奥多摩町、小笠原村</p> <p>*2 例えば、本体の事業所が離島等以外に所在し、出張所事業所が離島等に所在する場合、 本体事業所を業務の本拠とする理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問リハビリテーションは加算の対象とならず、<u>出張所を業務の本拠とする理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による指定訪問リハビリテーションは加算の対象となる。</u></p>

上記基準等に合致する場合、特別地域加算を算定できる。

出張所設置に係る届出（変更届出）の際、次のように記入すること。

（別紙 1-1-2）介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の状況）【居宅サービス】

（別紙 1-2-2）介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の状況）【介護予防サービス】

⇒「特別地域加算」に「2あり」をチェック

② その他の加算に関する注意事項

- (1) その他の加算の算定に当たっては、主たる事業所と出張所を1事業所として取り扱うこととする。

（主たる事業所と出張所は、一体的なサービス提供の単位としての「事業所」として指定を受けるため。）

- (2) 特別地域加算を算定する場合「所定単位数×15%」と加算するが、この所定単位数には、その他の加算を含まないこと。

Q10 出張所の廃止の際の届出はどのように行うか。

- ・出張所のみを廃止する場合には、主たる事業所名で、変更届出書により届出を行うこと。
- ・変更届出書の変更があった事項欄の記入は、「運営規程」に○をつける。
- ・変更届出書の「変更の内容」の表記は、「変更後の欄」に、次の例のように記載すること。
 - ・「出張所の減」を記入し、廃止出張所名を明記。
 - ・異動日（出張所廃止日）は、変更年月日欄に記載

Q11 出張所に係る地域区分の適用について。

- ・出張所の理学療法士等によるサービス提供による報酬請求は、出張所の所在する地域区分により請求する。（事業所本体の地域区分ではない）
- ・明細書の記載としては、「請求事業所欄」には、事業所番号が付番されている主たる事業所の状況を記載することになるが、給付費明細欄にある「摘要欄」に「ST」（サテライトの略称）と記載し、「請求額集計欄」にある「単位数単価」は、出張所所在地の地域区分単価とする。

◎ その他

Q12 出張所において、医療保険の訪問リハビリテーションの提供はできるか。

関東信越厚生局東京事務所へ確認したところ、出張所においては、医療保険の訪問リハビリテーションの提供は不可とのこと。

- 本Q&Aに関する問い合わせ
東京都福祉局高齢者施策推進部介護保険課介護事業者担当
03-5320-4274
- 変更届及び加算届（介護給付費算定にかかる体制等に関する届出書）提出先
〒163-0718
東京都新宿区西新宿二丁目7番1号 新宿第一生命ビルディング18階
（公財）東京都福祉保健財団事業者支援部介護事業者指定室
電話 03-3344-8517

介護現場における 利用者や家族等からのハラスメント 弁護士による相談

利用者や家族等による職員への 再三の過度な暴言、身体的暴力、無理な要求、著しく不快な性的言動 などにお困りではありませんか？
利用者・家族等からのハラスメントを考慮した契約になっていますか？

上記のようないわゆる「**介護ハラスメント**」でお困りの介護サービス事業者(介護保険施設)の
ために、**弁護士による相談窓口(オンラインまたはメール)**を設置しております。

相談例

利用者からの電話・メールが頻繁になり、口調もエスカレートしています。お願いしても止みません、サービスの一時中止を告げても問題はありませんか？

度々の暴言の上、訪問による話合いの拒否が続くのは、「契約を継続し難いほどの背信行為」に当たりますか？



事業所の不手際もあって要望に応じてきましたが、法的な視点では〇〇までの要求は断ってもよいものでしょうか？

重要事項説明書のハラスメント項目を改訂し、あらためて説明、同意などを行う準備中です。案文の確認や契約更新の際の助言などをお願いします。

✓職員の心身に影響が…… → 利用契約を含め、法的視点から
✓サービスの継続が困難に…… → **トラブルの収束・防止にむけ助言**

管理者向け法律相談 お問合せ・受付窓口

◆本事業は東京都から委託を受けて実施しています

TEL 03-3268-7192

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会

◆相談の対象

◆相談できる方：都内に所在する介護サービス事業所・介護保険施設の管理者等

◆相談員：弁護士

◆相談料：無料 / 秘密厳守

◆相談できる内容 (1)介護サービスの利用者・家族等からのハラスメント（身体的暴力、精神的暴力、強い不快感を受ける性的言動等）への対応に関する具体的な事象。
(2)利用者等からのハラスメントを考慮した重要事項説明書案への助言 など
※契約書・重要事項説明書等のご相談は、具体的な文案等を添えてください。

◆介護サービス事業所であっても、介護保険外サービスや障害福祉サービスに係るハラスメントは対象外となります。

◆相談内容によっては、他機関等を紹介させていただく場合があります。

◆なお、厚生労働省の「管理者向け研修のための手引き」で、下記はハラスメントではないとされています。

1 認知症等の病気または障害の症状として現れた言動（BPSD等） 2 利用料金の滞納 3 苦情の申し立て

◆相談の方法

事務局で受け付け、相談内容を確認ののち弁護士への相談を依頼いたします。

(1) オンラインによる相談

《事前予約制》

★ インターネットサービス「Zoom」が利用できる環境のある方

★ 相談時間：45分以内

※ 相談日時は、相談員(弁護士)と調整のうえ設定いたします。(平日の日中)

* 下記のお問合せ先にご連絡ください。

* 相談を効果的に進めるため、相談内容の詳細は、所定の「相談票」に記入の上、相談日の3営業日前までにご提出ください。相談票のご提出がない場合、オンライン相談をお受けしかねる場合があります。

(2) Eメールによる相談

《随時受付》

* 所定の「相談票」に相談内容を記入の上、Eメールで送信してください。

* 通常、土日祝日・年末年始を除き、数日以内にご回答いたしますが、相談内容によってはご回答までに1週間前後かかることがあります。

【ご注意（オンライン、メール共通）】

※ご相談は原則、1回といたします。

※当窓口における回答は、解決に向けたアドバイスとなります。最終的な意思決定、判断は相談者(事業所)自身でお願いします。相談に対する回答により生じた事象については、責任を負いかねます。

※年間の相談件数には上限があり、多数相談があった場合は受付を終了することがあります。

この事業に関するお問合せ先

◆本事業は東京都から委託を受けて実施しています◆

東社協 介護ハラスメント

検索

[介護現場におけるハラスメント対策事業 | 東京都社会福祉協議会](#)

社会福祉法人東京都社会福祉協議会 福祉部経営支援担当

TEL **03-3268-7192**



★介護職員のための電話相談「介護現場における利用者やご家族等からのハラスメントのお悩み相談」も実施しております。ご相談は、TEL **03-6265-6161** でお聞きしています。

介護現場における **利用者** や **ご家族等** からの

匿名
OK

ハラスメントの お悩み相談

ひとりで悩まず
話してみませんか？

これってハラスメント？

このまま続けていけるか不安

話を聞いてほしい

誰にも相談できない



介護現場における利用者やご家族等からのハラスメント相談窓口

ご相談できる方

東京都や都内区市町村から介護保険事業所として指定を受けている
介護保険サービス事業所・施設に勤務する介護職員等

相談
無料

「介護現場に詳しい相談員が
電話でお悩みをお聞きます。」

電話相談



03-6265-6161

相談受付時間 平日10:00~17:30 (12/29~1/3を除く)

※ご相談は原則として1回60分までを目安としております。

※本相談窓口において、当事者間の調停や関係者への具体的な措置は行えませんが、ご承知おきください。

※ご相談をいただくにあたっての詳細は裏面をご参照ください。



東京都

本事業は、東京都からの
委託を受けて実施しています。

社会福祉法人
東京都社会福祉協議会 東京都福祉人材センター
<https://www.tcsw.tvac.or.jp/jinzai/>



東京都福祉人材センター
キャラクター
フクシロウ



フクシロウ



介護現場におけるハラスメントとは

(厚生労働省「管理者向け研修のための手引き」(令和元年度作成)より)

介護サービスの利用者や家族等^(*)からの、
以下のような行為を「ハラスメント」と総称しています。

(*)「利用者や家族等」の「等」は、家族に準じる同居の知人または近居の親族を意味します。

1. 身体的暴力

〔例〕

- たたく
- 蹴る
- ひっかく
- つねる
- ものを投げつける

2. 精神的暴力

〔例〕

- 大声で怒鳴る
- 威圧的な態度で文句を言う
- 理不尽な要求を繰り返す
- 無視をし続ける

3. セクシュアル ハラスメント

〔例〕

- 必要もなく職員の体をさわる
- 抱きしめる
- 不快感を与える性的な言動をする
- 猥せつな図画を見せる

以下の言動等は、ハラスメントに該当いたしません

- 1 認知症等の病気または障害の症状として現れた言動 (BPSD等)
- 2 利用料金の滞納
- 3 苦情の申し立て

注: BPSDとは認知症の症状として現れた行動症状 (暴力、暴言、徘徊、拒絶、不潔行為等)・心理症状 (抑うつ・不安、幻覚、妄想、睡眠障害等) を指します。

出所:厚生労働省「介護現場におけるハラスメント対策」事例集(令和3年3月)

*プライバシーは厳守します。お聞きした内容を、勤務先や他機関にもらすことはありません。

*ご相談は、原則として1回60分までを目安としております。

*ご相談は、匿名でも利用できます。

*本事業で受け付けるご相談は、介護保険サービス事業所・施設における利用者やご家族等からのハラスメントが対象です。対象に該当しない場合(上司や同僚からのハラスメントや介護保険サービス以外の職員の方)は、下記「福祉のしごとなんでも相談」をご利用ください。

*本事業の対象以外の都内の福祉のしごとの悩みは、東京都福祉人材センターが実施している「福祉のしごとなんでも相談」(☎ 03-5212-5513)や「こころスッキリ相談」(☎ 0120-981-134)でお聞きしています。

*事業所・施設として、利用者や家族等からのハラスメントに関する法律相談をされたい場合は、「介護現場における利用者・ご家族からのハラスメントに関する法律相談窓口」をご利用ください。相談方法はメールです。詳細は下記ホームページよりご確認ください。

<https://www.tcsw.tvac.or.jp/activity/kaigo-harassment.html>