

## 資料 2

### 平成 21 年度第 1 回介護サービス事業者集団指導資料 (介護報酬算定上の留意点等について)

(介護予防) 通所介護

(介護予防) 短期入所生活介護

(介護予防) 特定施設入居者生活介護

介護老人福祉施設

平成 21 年 6 月 29 日 (月)・午後の部

栃木県保健福祉部

宇都宮市保健福祉部

— 目 次 —

- 1) 平成21年4月改定関係Q&A (Vol.1) . . . . 1
- 2) 平成21年4月改定関係Q&A (Vol.2) . . . . 20
- 3) 栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示  
について（平成17年9月7日 老老発第0907002号 厚生労働省老健局老人保健課長通  
知） . . . . 27
- 4) 認知症専門ケア加算に係る研修要件の取扱いについて（平成21年5月13日厚生労  
働省老健局計画課 認知症・虐待防止対策推進室事務連絡） . . . . 32

## 平成21年4月改定関係Q & A (Vol.1)

(問2) 特定事業所加算及びサービス提供体制強化加算における介護福祉士又は介護職員基礎研修課程修了者若しくは一級課程修了者とは、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とされているが、その具体的取扱いについて示されたい。

(答)

要件における介護福祉士等の取扱いについては、登録又は修了証明書の交付まで求めるものではなく、例えば介護福祉士については、平成21年3月31日に介護福祉士国家試験の合格又は養成校の卒業を確認し、翌月以降に登録をした者については、平成21年4月において介護福祉士として含めることができる。また、研修については、全カリキュラムを修了していれば、修了証明書の交付を待たずに研修修了者として含めることが可能である。

なお、この場合において、事業者は当該資格取得等見込み者の、試験合格等の事実を試験センターのホームページ等で受験票と突合する等して確認し、当該職員に対し速やかな登録等を促すとともに、登録又は修了の事実を確認すべきものであること。

### ○ サービス提供体制強化加算

(問5) 同一法人内であれば、異なるサービスの事業所(施設)における勤続年数や異なる業種(直接処遇職種)における勤続年数も通算できるのか。さらに、事業所間の出向や事業の承継時にも通算できるのか。また、理事長が同じであるなど同一グループの法人同士である場合にも通算できるのか。

(答)

同一法人であれば、異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる職種(直接処遇を行う職種に限る。)における勤続年数については通算することができる。また、事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であって、当該施設・事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合には、勤続年数を通算することができる。

ただし、グループ法人については、たとえ理事長等が同じであったとしても、通算はできない。

(問6) 産休や病欠している期間は含めないと考えるのか。

(答)

産休や介護休業、育児休業期間中は雇用関係が継続していることから、勤続年数に含めることができる。

(問7) EPAで研修に来ている者も当該加算の対象に含まれるのか。

(答)

人員配置基準においても含めていないことから、当該加算においても対象として含まない。

(問9) 予防通所リハ及び予防通所介護を利用する者において、月途中に要支援度の変更があった場合、サービス提供強化加算の算定はどの様にするべきか。

(答)

月途中に要支援度を変更した場合は、変更前の要支援度に応じた報酬を算定する。

ただし、変更となる前(後)のサービス利用の実績がない場合にあっては、変更となった後(前)の要支援度に応じた報酬を算定する。

(問10) 「届出日の属する月の前三月について、常勤換算方法により算出した平均を用いる」こととされている平成21年度の1年間及び平成22年度以降の前年度の実績が6月に満たない事業所について、体制届出後に、算定要件を下回った場合はどう取扱うか。

(答)

サービス提供体制強化加算に係る体制の届出に当たっては、老企第36号等において以下のように規定されているところであり、これに従った取扱いとされたい。

「事業所の体制について加算等が算定されなくなる状況が生じた場合又は加算等が算定されなくなることが明らかな場合は、速やかにその旨を届出させることとする。なお、この場合は、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から加算等の算定を行わないものとする。」

具体的には、平成21年4月に算定するためには、平成20年12月から平成21年2月までの実績に基づいて3月に届出を行うが、その後平成21年1月から3月までの実績が基準を下回っていた場合は、その事実が発生した日から加算の算定は行わないこととなるため、平成21年4月分の算定はできない取扱いとなる。

#### ○ 特別地域加算等

(問11) 特別地域加算(15%)と中山間地域等に居住するものへのサービス提供加算(5%)、又は、中山間地域等における小規模事業所加算(10%)と中山間地域等に居住するものへのサービス提供加算(5%)を同時に算定することは可能か。

(答)

特別地域加算対象地域又は中山間地域等における小規模事業所加算対象地域にある事業所が通常サービス実施地域を越えて別の中山間地域等に居住する利用者にサービスを提供する場合にあっては、算定可能である。

(問12) 小規模事業所の基準である延訪問回数等には、外部サービス利用型特定施設入居者生活介護基本サービス費の訪問介護等の回数も含めるのか。

(答)

含めない。

(問 1 3) 月の途中において、転居等により中山間地域等かつ通常の実施地域内からそれ以外の地域（又はその逆）に居住地が変わった場合、実際に中山間地域等かつ通常の実施地域外に居住している期間のサービス提供分のみ加算の対象となるのか。あるいは、当該月の全てのサービス提供分が加算の対象となるのか。

(答)

該当期間のサービス提供分のみ加算の対象となる。

※ 介護予防については、転居等により事業所を変更する場合にあっては日割り計算となることから、それに合わせて当該加算の算定を行うものとする。

○ 口腔機能向上加算（通所サービス）

(問 1 4) 口腔機能向上加算を算定できる利用者として、「ハ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者」が挙げられているが、具体例としてはどのような者が対象となるか。

(答)

例えば、認定調査票のいずれの口腔関連項目も「1」に該当する者、基本チェックリストの口腔関連項目の1項目のみが「1」に該当する又はいずれの口腔関連項目も「0」に該当する者であっても、介護予防ケアマネジメント又はケアマネジメントにおける課題分析に当たって、認定調査票の特記事項における記載内容（不足の判断根拠、介助方法の選択理由等）から、口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者については算定できる利用者として差し支えない。

同様に、主治医意見書の摂食・嚥下機能に関する記載内容や特記すべき事項の記載内容等から口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者、視認により口腔内の衛生状態に問題があると判断される者、医師、歯科医師、介護支援専門員、サービス提供事業所等からの情報提供により口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者等についても算定して差し支えない。

なお、口腔機能の課題分析に有用な参考資料（口腔機能チェックシート等）は、「口腔機能向上マニュアル」確定版（平成21年3月）に記載されているので対象者を把握する際の判断の参考にされたい。

(問 1 5) 口腔機能向上サービスの開始又は継続にあたって必要な同意には、利用者又はその家族の自署又は押印は必ずしも必要ではないと考えるが如何。

(答)

口腔機能向上サービスの開始又は継続の際に利用者又はその家族の同意を口頭で確認し、口腔機能改善管理指導計画又は再把握に係る記録等に利用者又はその家族が同意した旨を記載すればよく、利用者又はその家族の自署又は押印は必須ではない。

○ 栄養改善加算（通所サービス）

（問16）当該加算が算定できる者の要件について、その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者とは具体的内容如何。また、食事摂取量が不良の者（75%以下）とはどういった者を指すのか。

（答）

その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者とは、以下のような場合が考えられる。

- ・ 医師が医学的な判断により低栄養状態にある又はそのおそれがあると認める場合。
- ・ イ～ニの項目に掲げられている基準を満たさない場合であっても、認定調査票の「えん下」、「食事摂取」、「口腔清潔」、「特別な医療について」などの項目や、特記事項、主治医意見書などから、低栄養状態にある又はそのおそれがあると、サービス担当者会議において認められる場合。

なお、低栄養状態のおそれがあると認められる者とは、現状の食生活を続けた場合に、低栄養状態になる可能性が高いと判断される場合を想定している。

また、食事摂取が不良の者とは、以下のような場合が考えられる

- ・ 普段に比較し、食事摂取量が75%以下である場合。
- ・ 1日の食事回数が2回以下であって、1回あたりの食事摂取量が普段より少ない場合。

○ 栄養管理体制加算（施設サービス・短期入所サービス）

（問17）管理栄養又は栄養士を配置したことに対する栄養管理体制加算が包括化されたが、どのように考えればいいのか。

（答）

今回の改定では、常勤の管理栄養士又は栄養士により利用者の年齢、心身の状況に応じた適切な栄養量及び内容の食事提供を行う体制への評価を行っていた栄養管理体制加算については基本サービス費への包括化を行ったところである。

これは、当該加算の算定状況等を踏まえ、報酬体系の簡素化等の観点から行ったものであり、包括化を行っても利用者の栄養状態の管理の重要性は変わらないものであることから、各事業所においては、引き続き、これを適切に実施できる体制を維持すること。

○ 療養食加算（施設サービス・短期入所サービス）

(問18) 療養食加算のうち、貧血食の対象となる入所者等について、原因が鉄分の欠乏に由来する者とは。

(答)

対象となる者は、その貧血の原因が鉄分の欠乏に由来すると医師が認める者である。

○ 夜勤職員配置加算（施設サービス・短期入所サービス）

(問19) ユニットや専門棟がある場合の取扱いはどうすべきか。

(答)

施設全体に対しての加算であるが、一部ユニット型については、ユニット部分及び多床部分それぞれで要件を満たす必要があること。なお、この場合にあつては、要件を満たしている部分に対して加算を算定するものであること。専門棟についても同様である。

**【通所介護】**

**(問46) 個別機能訓練加算Ⅱの算定を予定していた利用者について、月の途中で、必要な計画の変更等を行い、同加算Ⅰに変更して差し支えないか。**

(答)

個別機能訓練加算Ⅱの要件を満たす事業所は、当然に同加算Ⅰの要件も満たすものであるが、同一事業所において同加算Ⅱと同加算Ⅰの双方を算定することを想定している場合には、双方の加算を取る旨の体制届出を行っている必要がある。問のケースのように、同加算Ⅱを算定すると予定していた日において、その要件を満たすことはできないが、同加算Ⅰの要件を満たすときは、あらかじめ利用者又はその家族の同意を得て、必要な計画の変更等を行い、同加算Ⅰを算定することは差し支えない。

**(問47) 介護予防通所介護と一体的に運営される通所介護において、個別機能訓練加算Ⅱを算定するために配置された機能訓練指導員が、介護予防通所介護の運動器機能向上加算を算定するために配置された機能訓練指導員を兼務することは差し支えないか。**

(答)

通所介護の個別機能訓練の提供及び介護予防通所介護の運動器機能向上サービスの提供、それぞれに支障のない範囲で可能である。

**(問48) 個別機能訓練加算Ⅱの要件である複数の種類の機能訓練の項目はどのくらい必要か。**

(答)

複数の種類の機能訓練項目を設けることの本質は、機能訓練指導員その他の職員から助言等を受けながら、利用者が主体的に機能訓練の項目を選択することによって、生活意欲が増進され、機能訓練の効果が増大されることである。よって、仮に、項目の種類が少なくても、目的に沿った効果が期待できるときは、加算の要件を満たすものである。



(問49) 個別機能訓練加算Ⅱの要件である複数の種類の機能訓練の項目について、準備された項目が類似している場合、複数の種類の項目と認められるのか。

(答)

類似の機能訓練項目であっても、利用者によって、当該項目を実施することで達成すべき目的や位置付けが異なる場合もあり、また、当該事業所における利用者の状態により準備できる項目が一定程度制限されることもあり得る。

よって、利用者の主体的選択によって利用者の意欲が増進され、機能訓練の効果を増大させることが見込まれる限り、準備されている機能訓練の項目が類似していることをもって要件を満たさないものとはならない。こうした場合、当該通所介護事業所の機能訓練に対する取組み及びサービス提供の実態等を総合的に勘案して判断されるものである。

(問50) 通所系サービス各事業所を経営する者が、市町村から特定高齢者に対する通所型介護予防事業も受託して、これらを一体的にサービス提供することは可能か。また、その場合の利用者の数の考え方如何。

(答)

それぞれのサービス提供に支障がない範囲内で受託することは差し支えないが、その場合には、通所系サービスの利用者について、適切なサービスを提供する観点から、特定高齢者も定員に含めた上で、人員及び設備基準を満たしている必要がある。

また、プログラムについても、特定高齢者にかかるものと要介護者、要支援者にかかるものとの区分が必要であるとともに、経理についても、明確に区分されていることが必要である。

なお、定員規模別の報酬の基礎となる月平均利用人員の算定の際には、(一体的に実施している要支援者は含むこととしているが) 特定高齢者については含まない。(月平均利用延人員の扱いについては、障害者自立支援法の基準該当サービスの利用者及び特定施設入居者生活介護の外部サービス利用者についても同様である。)

平成18年4月改定関係Q&A (vol. 1) 問42は削除する。

【参考】

平成18年4月改定関係Q&A (Vol. 1)

問42 通所系サービス各事業所を経営する者が、市町村から特定高齢者に対する通所型介護予防事業も受託して、これらを一体的にサービス提供することは可能か。また、その場合の利用者の数の考え方如何。

答 それぞれのサービス提供に支障がない範囲内で受託することは差し支えないが、その場合には、通所系サービスの利用者について、適切なサービスを提供する観点から、特定高齢者も定員に含めた上で、人員及び設備基準を満たしている必要がある。

また、プログラムについても、特定高齢者にかかるものと要介護者、要支援者にかかるものとの区分が必要であるとともに、経理についても、明確に区分されていることが必要である。

なお、定員規模別の報酬の基礎となる月平均利用人員の算定の際には、（一体的に実施している要支援者は含むこととしているが）特定高齢者については含まない。

（問51）通所介護の看護職員が機能訓練指導員を兼務した場合であっても個別の機能訓練実施計画を策定すれば個別機能訓練加算は算定可能か。また、当該職員が、介護予防通所介護の選択的サービスに必要な機能訓練指導員を兼務できるか。

（答）

個別機能訓練加算Ⅰを算定するには、1日120分以上専従で1名以上の機能訓練指導員の配置が必要となる。通所介護事業所の看護職員については、サービス提供時間帯を通じて専従することまでは求めていることから、当該看護師が本来業務に支障のない範囲で、機能訓練指導員を兼務し、要件を満たせば、個別機能訓練加算Ⅰを算定することは可能であり、また、当該看護職員が併せて介護予防通所介護の選択的サービスの算定に必要な機能訓練指導員を兼務することも可能である。

ただし、都道府県においては、看護職員を1名で、本来の業務である健康管理や必要に応じて行う利用者の観察、静養といったサービス提供を行いつつ、それぞれの加算の要件を満たすような業務をなし得るのかについて、業務の実態を十分に確認することが必要である。

なお、個別機能訓練加算Ⅱの算定においては、常勤の機能訓練指導員がサービス提供時間帯を通じて専従することが要件であるので、常勤専従の機能訓練指導員である看護職員が看護職員としての業務を行っても、通所介護事業所の看護職員としての人員基準の算定に含めない扱いとなっている。しかし、介護予防通所介護の選択的サービスの算定に必要な機能訓練指導員を兼務することは、双方のサービス提供に支障のない範囲で可能である。

平成18年4月改定関係Q&A（vol.1）問50は削除する。

【参考】

平成18年4月改定関係Q&A（Vol.1）

問50 通所介護の看護職員が機能訓練指導員を兼務した場合であっても個別の機能訓練実施計画を策定すれば個別機能訓練加算は算定可能か。また、当該職員が、介護予防通所介護の選択的サービスに必要な機能訓練指導員を兼務できるか。

答 個別機能訓練加算を算定するには、1日120分以上専従で1名以上の機能訓練指導員の配置が必要となる。通所介護事業所の看護職員については、サービス提供時間帯を通じて専従することまでは求めていることから、当該看護師が本来業務に支障のない範囲で、機能訓練指導員を兼務し、要件を満たせば、個別機能訓練加算を算定することは可能であり、また、当該看護師が併せて介護予防通所介護の選択的サービスの算定に

必要となる機能訓練指導員を兼務することも可能である。

ただし、都道府県等においては、看護師1名で、本来の業務である健康管理や必要に応じて行う利用者の観察、静養といったサービス提供を行いつつ、それぞれの加算の要件を満たすような業務をなし得るのかについて、業務の実態を十分に確認することが必要である。

**(問52) 同一事業所で2単位以上の通所介護を提供する場合、規模別報酬の算定は単位毎か、すべての単位を合算するのか。**

(答)

実績規模別の報酬に関する利用者の計算は、すべての単位を合算で行う。  
平成18年4月改定関係Q & A (vol. 1) 問44は削除する。

【参考】

平成18年4月改定関係Q & A (Vol. 1)

問44 同一事業所で2単位以上の通所介護を提供する場合、規模別報酬の算定は単位毎か、すべての単位を合算するのか。

答 実績規模別の報酬に関する利用者の計算は、すべての単位を合算で行う。ただし、3時間以上4時間未満の単位を利用した者については1/2を乗じた数、4時間以上6時間未満の単位を利用した者については3/4を乗じた数を合算することとし、また、予防給付の対象(要支援者)の利用者数については、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日毎に合算する取扱いとする。

**(問53) 事業所規模別の報酬となっているが、前年度請求実績から、国保連合会が請求チェックしないのか。**

(答)

事業所規模別の報酬請求については、国保連合会による事前チェックは実施しないため、監査等の事後チェックで適正な報酬請求を担保することとなる。

平成18年4月改定関係Q & A (vol. 1) 問45は削除する。

【参考】

平成18年4月改定関係Q & A (Vol. 1)

問45 事業所規模別に報酬が変更となるが、前年度請求実績から、国保連合会が請求チェックしないのか。

答 事業所規模別の報酬請求については、国保連合会による事前チェックは実施しないため、監査等の事後チェックで適正な報酬請求を担保することとなる。

【削除】

- 1 平成18年4月改定関係Q & A (vol. 1) 問47及び問48を削除する。
- 2 平成18年4月改定関係Q & A (vol. 6) 問2を削除する。

**【参考】**

平成18年4月改定関係Q&A (Vol. 1)

問47 平成17年度における通所介護における平均利用延人員数の計算に当たって、認知症対応型通所介護の利用者数も含めて計算するのか。

答 認知症対応型通所介護の利用者については、平均利用延人員数の計算には含めない取扱いとする。

問48 通所系サービスの1月当たりの延べ利用人員が900人を超えると減算(90%)となるが、これにかかる経過措置はないのか。

答 一定以上の利用人員になると、管理コスト等について規模のメリットを享受し、収支状況が大幅に改善することから定員規模別の報酬設定を行うものであり、特段の経過措置は考えていない。

なお、平成18年度について、平成17年度の実績に基づいて規模を適正に判断することとしているが、これによりがたい場合については、推計値により判断することとしている。

平成18年4月改定関係Q&A (Vol. 6)

問2 機能訓練指導を行わない日についても機能訓練指導員を1名以上配置しなくてはならないのか。

答 通所介護事業は、必要な機能訓練を行うこととしており、機能訓練指導員を1名以上配置する必要がある。

ただし、機能訓練指導員は、提供時間帯を通じて専従する必要はなく、機能訓練指導を行う時間帯において、機能訓練指導のサービス提供に当たる機能訓練指導員を1名以上配置する必要がある。

なお、機能訓練指導員は、当該指定通所介護事業所の他の職務に従事することができることとしているほか、利用者の日常生活やレクリエーション、行事を通じて行う機能訓練については、生活相談員または介護職員の兼務を認めているところである。

【介護老人福祉施設（地域密着型を含む）、短期入所生活介護】

○ 日常生活継続支援加算

（問 7 3）入所者に対する介護福祉士の配置割合を算出する際の入所者数や、要介護度や日常生活自立度の割合を算出する際の入所者には、併設のショートステイの利用者を含め計算すべきか。空床利用型のショートステイではどうか。

（答）

当該加算は介護老人福祉施設独自の加算であるため、併設・空床利用型の別を問わず、ショートステイの利用者は含まず、本体施設である介護老人福祉施設の入所者のみに着目して算出すべきである。

（問 7 4）介護福祉士の配置割合を算定する際に、ショートステイを兼務している介護福祉士はどのような取扱いとするか。

（答）

併設型のショートステイと兼務している職員については、勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分するなどの方法により、当該職員の常勤換算数を本体施設とショートステイそれぞれに割り振った上で（例：前年度の入所者数平均が 40 人の本体施設と 10 人のショートステイの間で均等に兼務している場合は常勤換算でそれぞれ 0.8 人と 0.2 人とするなど）、本体施設での勤務に係る部分のみを加算算定のための計算の対象とする。その際、実態として本体施設と併設のショートステイにおける勤務時間が 1：1 程度の割合で兼務している介護福祉士を本体施設のみにおいてカウントするなど、勤務実態と著しく乖離した処理を行うことは認められない。

空床利用型のショートステイについては、ショートステイに係る業務を本体施設における業務と分離して考えることは困難であるため、特に按分を行わず、本体施設に勤務する職員として数えて差し支えない。

（問 7 5）本体施設である介護老人福祉施設において日常生活継続支援加算を算定している場合、併設するショートステイにおいてサービス提供体制強化加算の算定は可能か。空床利用型ショートステイではどうか。

（答）

可能である。具体的には、併設型ショートステイについては、本体施設と兼務する職員について、勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分するなどの方法により当該職員の常勤換算数を本体施設とショートステイそれぞれに割り振った上で、ショートステイに係る職員についてサービス提供体制強化加算の算定基準を満たす場合、空床利用型ショートステイについては、本体施設がサービス提供体制加算の算定要件を満たす場合に、それぞれ同加算を算定することができる。

なお、このような処理をすることにより、空床利用型のショートステイと併設型のショートステイで加算算定の有無や算定する加算の種類が異なる場合も生じうることになる。

さらに、本体施設と異なる加算を算定する場合は、空床利用型ショートステイであっても、本体施設とは別途、体制の届出が必要となるので留意されたい。

(問76) 介護福祉士の配置割合の要件については、入所者は前年度の平均、介護福祉士の人数は直近3月間における平均を用いるとのことであるが、計算方法を具体例でお示しいただきたい。

(答)

平成21年4月から加算を算定しようとする場合の算定方法は以下のとおり。

- ・ 原則として前月である平成21年3月中に届出を行うこととなるため、「届出日が属する月の前3月」は、平成20年12月、平成21年1月、同年2月の3月となる。
- ・ この3月における介護福祉士の常勤換算人数の平均を、当該年度(届出日の属する年度=平成20年度)の前年度である平成19年度の入所者数の平均で除した値が1/6以上であれば加算を算定可能。

$$\frac{\text{H20.12} \sim \text{H21.2 介護福祉士数平均 (※)}}{\text{H19 年度入所者数平均}} \geq \frac{1}{6}$$

(※) H20.12~H21.2 の 介護福祉士数平均

$$= \frac{\text{H20.12 介護福祉士常勤換算数} + \text{H21.1 介護福祉士常勤換算数} + \text{H21.2 介護福祉士常勤換算数}}{3}$$

なお、平成21年4月に届出を行う場合は、届出日の属する年度の前年度は平成20年度となるため、以下の算式となる。

$$\frac{\text{H21.1} \sim \text{H21.3 介護福祉士数平均}}{\text{H20 年度入所者数平均}} \geq \frac{1}{6}$$

#### ○ サービス提供体制強化加算

(問77) 介護老人福祉施設と併設のショートステイを一体的に運営している場合、加算の算定基準となる職員の割合は一体的に算出すべきか、別個に算出すべきか。両方を兼務している職員をどちらか一方に寄せてカウントすることは

可能か。

(答)

本体施設と併設のショートステイを兼務している職員については、勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分するなどの方法により当該職員の常勤換算数を本体施設とショートステイに割り振った上で、本体施設とショートステイそれぞれについて割合を算出し、加算の算定の可否を判断することが望ましい。ただし、大多数の職員が特養と併設ショートステイを均等に兼務しているような場合は、本体施設とショートステイで一体的に算出した職員の割合を、本体施設とショートステイの両方について用いても差し支えない。

また、実態として本体施設のみに勤務している職員を本体施設のみでカウントすることは差し支えないが、実態として本体施設とショートステイを兼務している職員を本体施設かショートステイいずれか一方のみにカウントするなど、勤務実態と乖離した処理を行うことは認められない。

#### ○ 看護体制加算

(問78) 本体施設である介護老人福祉施設と併設のショートステイについて、一体的に加算を算定できるのか。

(答)

本体施設と併設のショートステイそれぞれについて別個に加算算定の可否を判断する。すなわち、看護体制加算(Ⅰ)では本体施設と併設のショートステイでそれぞれ常勤の看護師を1人ずつ配置している場合、看護体制加算(Ⅱ)では本体施設と併設のショートステイでそれぞれ常勤換算で25:1以上、かつ本体施設では最低基準に加え1以上の看護職員を配置している場合に、算定可能となる。

その際、看護体制加算(Ⅱ)については、本体施設と併設のショートステイを兼務している看護職員は、勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分するなどの方法により当該職員の常勤換算数を本体施設とショートステイに割り振った上で、本体施設とショートステイそれぞれについて加算の算定の可否を判断することとなる。

なお、空床利用型ショートステイについては、加算(Ⅰ)、(Ⅱ)とも、本体施設において加算の算定基準を満たしていれば空床利用型ショートステイの利用者についても加算を算定することができる。

(問79) 本体施設と併設のショートステイの両方で看護体制加算(Ⅰ)を算定する場合、ショートステイの看護師は本体施設の業務に従事してはいけないのか。

(答)

本体施設と併設のショートステイの両方で看護体制加算(Ⅰ)を算定する場合、

本体施設とショートステイそれぞれを担当する常勤の看護師が定められていることが必要であるが、ショートステイを担当する常勤看護師が、ショートステイにおける業務に支障のない範囲で本体施設における業務に従事することを妨げるものではない。本体施設を担当する常勤看護師がショートステイの業務に従事する場合も同じ。

(問80) 本体施設と併設のショートステイを通じて常勤看護師が1人しかいないが、その1人が特養とショートステイの両方を均等に兼務している場合、本体施設と併設のショートステイのどちらで看護体制加算(Ⅰ)を算定するかは事業者の選択によるものと解してよいか。

(答)

本体施設と併設のショートステイのどちらで看護体制加算(Ⅰ)を算定するかは事業者の選択として構わないが、算定することとした方の事業所を主として勤務を行うべきである。

(問81) 本体施設50床+併設ショートステイ10床の施設が看護体制加算を算定しようとする場合、本体施設である介護老人福祉施設については31人~50人規模の単位数を算定できるのか。

(答)

定員規模に係る要件は介護老人福祉施設のみで定員に着目して判断するため、お見込みどおり。なお、この取扱いは夜勤職員配置加算についても同様である。

(問82) 利用者数20人~25人のショートステイでは、常勤の看護職員を1人配置すれば看護体制加算(Ⅱ)を算定できると考えてよいか。

(答)

ショートステイとして常勤換算で1人以上配置すればよいので、お見込みどおり。

(問83) 機能訓練指導員が看護師である場合、看護体制加算(Ⅱ)の看護職員配置に含められるか。看護体制加算(Ⅰ)についてはどうか。

(答)

看護体制加算(Ⅱ)については、当該機能訓練指導員が看護職員としての業務に従事している実態があれば、当該業務に係る勤務時間を常勤換算の看護職員数の中に含めることは可能である。

看護体制加算(Ⅰ)については、看護職員としての業務以外の業務に従事する看護師によって同加算を算定することは望ましくない。

#### ○ 夜勤職員配置加算



(問 8 4) ショートステイが併設の場合、本体特養と併設のショートステイで合わせて夜勤職員を 1 人以上加配していれば算定可能か。

(答)

そのとおりである。ただし、本体施設と併設のショートステイのうち一方がユニット型で他方が従来型であるような場合については、それぞれにおいて 1 人以上ずつ夜勤職員を加配していることが必要である。

(問 8 5) 一部ユニット型施設では、ユニット部分と従来型部分それぞれで最低基準+1 人以上の夜勤職員の配置が必要ということか。

(答)

そのとおりである。

(問 8 6) ユニット型施設で夜勤職員配置加算を算定する場合、例えば 6 ユニットの施設では、2 ユニットにつき 2 人=6 人の夜勤職員が必要ということではなく、2 ユニットにつき 1 人+1 人=4 人以上の夜勤職員配置があれば加算を算定可能という理解でよいか。

(答)

そのとおりである。

(問 8 7) 一部ユニット型施設について、施設全体ではなく、ユニット部分と従来型部分それぞれで最低基準+1 人以上の配置が必要としているのはなぜか。

(答)

一部ユニット型施設においては、例えばユニット部分で 1 人の夜勤職員を加配した場合、その職員が従来型部分においても勤務することは通常は困難と考えられることから、ユニット部分と従来型部分それぞれで加配を要することとしたもの。

なお、これに伴い、定員規模に関する要件についても、ユニット部分と従来型部分それぞれの定員規模に着目して適用することとしており、例えばユニット部分の定員が 50 人以下であれば、当該部分については定員 31 人~50 人規模の施設と同じ単位数が適用となる(ただし、施設全体の定員数が 30 人である場合については、定員 30 人又は 51 人以上の施設と同じ単位数が適用される)。

(問 8 8) 一部ユニット型施設のユニット部分又は従来型部分の定員が 30 人であった場合は、当該部分には「定員 31 人~50 人」の単位数と「定員 30 人又は 51 人以上」の単位数のいずれが適用されるのか。

(答)

定員 31 人~50 人規模の施設と同じ単位数が適用される。また、ユニット部分又は従来型部分の定員が 29 人以下である場合についても同様である(ただし、施設

全体の定員数が 30 人である場合については、定員 30 人又は 51 人以上の施設と同じ単位数が適用される)。

(問 89) 夜勤基準を 1 人以上上回らなければならないとは、基準を満たした上で、加配分の 1 人は同じ人間が夜勤の時間帯を通じて勤務しなければならないということか。

(答)

夜勤職員配置加算の基準については、夜勤時間帯（午後 10 時から翌日の午前 5 時までを含む連続した 16 時間）における 1 月の看護・介護職員の延夜勤時間数をその月の日数×16 時間で割った人数（1 日平均夜勤職員数）を元に判断する。このため、何人かが交代で勤務していても、延夜勤時間数が必要な時間数を満たしていれば算定が可能である。

(問 90) 1 日平均夜勤職員数を算出するための延夜勤時間数には、早出・遅出や日勤帯勤務の職員の勤務時間も含まれるのか。

(答)

本加算は、深夜の時間帯のみならず、特に介護量が増加する朝食、夕食及びその前後の時間帯を含む夜勤時間帯全体における手厚い職員配置を評価するものであり、その施設が設定した夜勤時間帯において勤務した時間であれば、早出・遅出及び日勤帯勤務の職員の勤務時間も延夜勤時間数に含めることは可能である。ただし、加算を算定可能とすることを目的として、例えば「22 時から翌日 14 時まで」のような極端な夜勤時間帯の設定を行うべきではなく、夜勤時間帯の設定は、例えば「17 時から翌朝 9 時まで」のような朝食介助・夕食介助の両方を含む設定を基本としつつ、勤務実態等から見て合理的と考えられる設定とすべきである。

ただし、夜勤職員配置の最低基準が 1 人以上とされている入所者が 25 人以下の施設については、いわゆる「1 人夜勤」の負担を緩和する観点から、深夜の時間帯において職員を加配する（夜勤職員を 2 人以上とする）ことにより加算の算定要件を満たすことが望ましい。

(問 91) 延夜勤時間数には純粋な実働時間しか算入できないのか。休憩時間はどのように取り扱えばいいのか。

(答)

通常の休憩時間は、勤務時間に含まれるものとして延夜勤時間数に含めて差し支えない。ただし、大半の時間において仮眠をとっているなど、実態として宿直に近い状態にあるような場合についてまで含めることは認められない。

(問 92) 介護予防短期入所生活介護についてのみ夜勤職員の配置に対する加算を

設けていないのはなぜか。

(答)

夜勤職員の手厚い配置に対する評価は夜勤の負担の過重さに配慮したものであるのに対し、介護予防短期入所生活介護では、利用者に医療ニーズ、認知症による問題行動等がある場合を想定しにくく、相対的に夜勤の負担が過重と認められないため、加算において評価はしないこととした。

【認知症関係】

○ 若年性認知症利用者受入加算

(問101) 一度本加算制度の対象者となった場合、65歳以上になっても対象のままか。

(答)

65歳の誕生日の前々日までは対象である。

(問102) 担当者とは何か。定めるにあたって担当者の資格要件はあるか。

(答)

若年性認知症利用者を担当する者のことで、施設や事業所の介護職員の中から定めていただきたい。人数や資格等の要件は問わない。

○ 認知症行動・心理症状緊急対応加算

(問109) 緊急短期入所ネットワーク加算との併算定は可能か。

(答)

緊急短期入所ネットワーク加算は、地域のショートステイ事業者がネットワークを組み、空床情報の共有を図るための体制整備に対する評価であり、認知症行動・心理症状緊急対応加算は受入れの手間に対する評価であることから併算定は可能である。

(問110) 入所が予定されており、入所予定期間と実際の緊急入所の期間が重なっている場合であっても、本来の入所予定日前に緊急に入所した場合には、7日分算定が可能か。

(答)

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

(問111) 入所予定日当日に、予定していた事業所に認知症行動・心理症状で入所した場合は算定できるか。

(答)

本加算制度は予定外で緊急入所した場合の受入れの手間を評価するものであることから、予定どおりの入所は対象とならない。

○認知症専門ケア加算

(問 1 1 2) 例えば、平成 1 8 年度より全国社会福祉協議会が認定し、日本介護福祉士会等が実施する「介護福祉士ファーストステップ研修」については、認知症介護実践リーダー研修相当として認められるか。

(答)

本加算制度の対象となる認知症介護実践リーダー研修については、自治体の実施又は指定する研修としており、研修カリキュラム、講師等を審査し、適当と判断された場合には認められる。

(問 1 1 3) 認知症専門ケア加算Ⅱの認知症介護指導者は、研修修了者であれば施設長でもかまわないか。

(答)

認知症介護指導者研修修了者であり、適切に事業所又は施設全体の認知症ケアの実施等を行っている場合であれば、その者の職務や資格等については問わない。

(問 1 1 4) 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の割合の算定方法如何。

(答)

届出日の属する月の前 3 月の各月末時点の入所者又は利用者数の平均で算定する。

(問 1 1 5) 認知症介護に係る専門的な研修を修了した者を配置するとあるが、「配置」の考え方如何。常勤要件等はあるか。

(答)

専門的な研修を修了した者の配置については、常勤等の条件は無いが、認知症チームケアや認知症介護に関する研修の実施など、本加算制度の要件を満たすためには施設・事業所内での業務を実施する必要があることから、加算対象施設・事業所の職員であることが必要である。

なお、本加算制度の対象となる施設・事業所は、専門的な研修を修了した者の勤務する主たる事業所 1 か所のみである。

(問 1 1 6) 認知症介護実践リーダー研修修了者は、「痴呆介護研修事業の実施について」(平成 1 2 年 9 月 5 日老発第 6 2 3 号)及び「痴呆介護研修事業の円滑な運営について」(平成 1 2 年 1 0 月 2 5 日老計第 4 3 号)において規定する専門課程を修了した者も含むのか。

(答)

含むものとする。

# 平成21年4月改定関係Q&A (Vol.2)

## 【共通事項】

### ○ 口腔機能向上加算

(問1) 口腔機能向上加算について、歯科医療との重複の有無については、歯科医療機関又は事業所のいずれにおいて判断するのか。

(答)

歯科医療を受診している場合の口腔機能向上加算の取扱いについて、患者又はその家族に説明した上、歯科医療機関が患者又は家族等に提供する管理計画書（歯科疾患管理料を算定した場合）等に基づき、歯科医療を受診した月に係る介護報酬の請求時に、事業所において判断する。

### ○ 口腔機能維持管理加算

(問2) 口腔機能維持管理加算について、「歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行くこと」とあるが、歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料を算定した日と同一日であっても、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導を行っていない異なる時刻であれば、「実施時間以外の時間帯」に該当すると考えてよいか。

(答)

貴見の通り。

(問3) 口腔機能維持管理加算について、月の途中で退所、入院又は外泊した場合や月の途中から入所した場合にはどのように取り扱えばよいのか。

(答)

入院・外泊中の期間は除き、当該月において1日でも当該施設に在所した入所者については、算定することが可能である。

### ○ 栄養改善加算

(問4) 栄養改善サービスに必要な同意には、利用者又はその家族の自署又は押印は必ずしも必要ではないと考えるが如何。

(答)

栄養改善サービスの開始などの際に、利用者又はその家族の同意を口頭で確認した場合には、栄養ケア計画などに係る記録に利用者又はその家族が同意した旨を記載すればよく、利用者又はその家族の自署又は押印は必須ではない。

○ 栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算

(問5) 栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算において、共同して取り組む職種として歯科医師が追加されたが、当該加算の算定にあたって歯科医師の関与や配置は必要か。

(答)

多職種共同で計画を立案する必要があるが、歯科医師の関与及び配置は必須ではなく、必要に応じて行うものである。

○ 経口維持加算

(問6) 経口維持加算について、ビデオレントゲン撮影や内視鏡検査を行った場合、費用は利用者の負担となると考えてよろしいか。

(答)

造影撮影（造影剤使用撮影）の場合、老人性認知症疾患療養病床以外の介護保険施設に入所している者については、当該検査を実施した医療機関がその費用を医療保険で算定可能である。

また、内視鏡検査（喉頭ファイバースコープ）の場合、指定介護老人福祉施設及び介護老人保健施設入所者については、医療保険で算定可能である。

なお、歯科医療については、医学管理等を除いて、医科の場合のような往診、通院についての施設療養と保険診療の調整の措置は採られていないこと。

※ 本Q&Aの発出に伴い平成17年10月改定関係Q&A問82は削除する。

【参考】

平成17年10月改定関係Q&A

問82 経口移行加算について、ビデオレントゲン撮影や内視鏡検査を行った場合、費用は利用者の負担となると考えてよろしいか。

答 造影撮影（造影剤使用撮影）の場合、老人性認知症疾患療養病床以外の介護保険施設に入所している者については、当該検査を実施した医療機関がその費用を医療保険で算定可能である。

また、内視鏡検査（喉頭ファイバースコープ）の場合、指定介護老人福祉施設及び介護老人保健施設入所者については、医療保険で算定可能である。

(問7) 経口維持加算について、著しい摂食・嚥下機能障害を有し、誤嚥が認められるものについて、特別な管理が行われた場合には算定できるとのことだが、日数の制限等はないのか。また、どうなると算定できなくな

るのか。

(答)

1. 著しい摂食機能障害を有する者の算定期間については、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な栄養管理により、当該入所者が必要な栄養は摂取されており、かつ、概ね 1 週間以上にわたり著しい摂食機能障害による誤嚥が認められないと医師が判断した日までの期間とするが、入所者又はその家族の同意を得た日から起算して 180 日以内の期間に限ることとしている。
2. 誤嚥を防止するための特別な栄養管理が、入所者又はその家族の同意を得た日から起算して 180 日を超えた場合でも、造影撮影（造影剤使用撮影）又は内視鏡検査（喉頭ファイバースコピー）を再度実施した上で、医師が特別な栄養管理を引き続き必要と判断し、かつ、引き続き当該栄養管理を実施することについて利用者又はその家族の同意を得た場合にあっては、当該加算を算定できることとする。ただし、この場合において、医師の指示は概ね 1 月間毎に受けるものとする。

※ 本 Q & A の発出に伴い平成 17 年 10 月改定関係 Q & A 問 8 3 は削除する。

【参考】

平成 17 年 10 月改定関係 Q & A

問 8 3 経口移行加算について、著しい摂食・嚥下機能障害を有し、誤嚥が認められるものについて、特別な管理が行われた場合には算定できるとのことだが、日数の制限等はないのか。また、どうなると算定できなくなるのか。

- 答
1. 著しい摂食機能障害を有する者の算定期間については、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な栄養管理により、当該入所者が必要な栄養は摂取されており、かつ、概ね 1 週間以上にわたり著しい摂食機能障害による誤嚥が認められないと医師が判断した日までの期間とするが、入所者又はその家族の同意を得た日から起算して 180 日以内の期間に限ることとしている。
  2. 誤嚥を防止するための特別な栄養管理が、入所者又はその家族の同意を得た日から起算して 180 日を超えた場合でも、造影撮影（造影剤使用撮影）又は内視鏡検査（喉頭ファイバースコピー）を再度実施した上で、医師が特別な栄養管理を引き続き必要と判断し、かつ、引き続き当該栄養管理を実施することについて利用者又はその家族の同意を得た場合にあっては、当該加算を算定できることとする。ただし、この場合において、医師の指示は概ね 1 月間毎に受けるものとする。

(問 8) 経口維持加算 (I) の嚥下機能評価について、造影撮影や内視鏡検査以外での評価（水飲みテストなど）で嚥下機能評価している場合でも可能か。

(答)

御指摘のような場合には算定できない。



※ 本Q&Aの発出に伴い平成17年10月改定関係Q&A問84は削除する。

【参考】

平成17年10月改定関係Q&A

問84 経口移行加算の嚥下機能評価について、造影撮影や内視鏡検査以外での評価（水飲みテストなど）で嚥下機能評価している場合でも可能か。

答 御指摘のような場合には算定できない。

(問9) 経口維持加算(I)の算定にあたってのビデオレントゲン検査や内視鏡検査は、当該施設で機器がないため出来ない場合、利用者が医療機関を受診し、その個人負担分は利用者が負担することになるのか。

(答)

保険医療機関において利用者が受診することになり、医療保険の自己負担分については、利用者負担となる。なお、施設ごとの医療保険の適用の可否については、「問5」を参照されたい。また、併設保険医療機関における保険請求に当たっては、「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成12年保険発第55号・老企発第56号・老健発第80号）を参照されたい。

※ 本Q&Aの発出に伴い平成17年10月改定関係Q&A【追補版】問20は削除する。

【参考】

平成17年10月改定関係Q&A【追補版】

問20 経口移行加算の算定にあたってのビデオレントゲン検査や内視鏡検査は、当該施設で機器がないため出来ない場合、利用者が医療機関を受診し、その個人負担分は利用者が負担することになるのか。

答 保険医療機関において利用者が受診することになり、医療保険の自己負担分については、利用者負担となる。なお、施設ごとの医療保険の適用の可否については、「平成17年10月改定関係Q&A（平成17年9月7日）問82」を参照されたい。また、併設保険医療機関における保険請求に当たっては、「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成12年保険発第55号・老企発第56号・老健発第80号）を参照されたい。

## ○ 療養食加算

(問10) 療養食加算の対象となる脂質異常症の入所者等について、薬物療法や食事療法により、血液検査の数値が改善された場合でも、療養食加算を算定できるか。

(答)

医師が疾病治療の直接手段として脂質異常症食にかかる食事せんの発行の必要性を認めなくなるまで算定できる。

【介護老人福祉施設（地域密着型を含む）、短期入所生活介護】

○ 日常生活継続支援加算

（問31）要介護4・5の入所者や認知症日常生活自立度Ⅲ以上の入所者の割合については、直近3月それぞれの末日における割合の平均を用いるとされているが、月末時点で入院中又は外泊中の入所者については、計算上どのように取り扱うべきか。

（答）

入院・外泊が長期に渡り、その月において1日も当該施設を利用していないような場合を除いて、入院・外泊中の入所者を含めて割合を算出しても差し支えない。ただし、末日において同様に入院・外泊している入所者のうち、要介護4・5の入所者のみを含めて要介護3以下の入所者は除くというような恣意的な取扱いは認められない。

なお、介護福祉士の配置の基準とする前年度の平均入所者数の計算における入院・外泊の取扱いについては、通常の介護職員・看護職員の人員配置（3対1）の基準となる入所者数を計算する際に従来採用している取扱いと同様に計算すればよい。

（問32）介護福祉士の配置の基準とする前年度の平均入所者数について、前年度半ばに介護老人福祉施設を新設した場合若しくは当該施設の定員数を増床・減床した場合においてどのように取り扱うのか。

（答）

留意事項通知第二の1（7）に準じて取り扱われたい。

○ 夜勤職員体制加算

（問33）本体施設が指定介護老人福祉施設以外であるショートステイ（短期入所生活介護）について、夜勤職員体制加算の基準を満たすかどうかについての計算方法はどのように行うのか。

（答）

本体施設が指定介護老人福祉施設以外である場合については、夜勤職員の配置数の算定上も一体的な取扱いがなされていないことから、本体施設とショートステイを兼務している職員について、勤務実態、利用者数、ベッド数等により按分した上で、ショートステイについて加算要件を満たすかどうかを本体施設とは別個に判断することとなる。

○ 看取り介護加算

(問34) 平成21年3月中に入所者から同意を取り、看取り介護を実施していたが、4月に入ってから入所者が亡くなった場合の加算の算定方法はどのようにするのか。

(答)

当該加算は死亡月にまとめて算定するものであるところ、4月以降に死亡した入所者については、3月中の入所期間を含め、死亡日から遡って30日間について、報酬改定後の単位数に基づき計算することとする。このため、4月半ばに施設内又は居宅において死亡した場合、3月中の入所期間について160単位の算定はできず、死亡日につき1280単位、死亡日前日及び前々日につき680単位、残る27日分については3月中の入所期間も含め80単位を算定することとなる。

また、例えば4月1日に施設内において死亡した場合は、死亡日の前日及び前々日は3月中(3月31日及び30日)になるものの、この場合も両日について680単位を算定することは可能であるものとする。すなわち、4月1日について1280単位、3月31日及び3月30日について680単位を算定し、残る27日分につき80単位を算定することとなる。

○ 短期入所生活介護一般

(問35) 短期入所生活介護における看護体制加算・サービス提供体制加算等において、人員配置の状況によっては、当該短期入所生活介護事業所の空床部分と併設部分で加算の算定状況が異なることがありうるが、その場合、どちらを利用するかについては施設が決めてよいのか。

(答)

利用者に対し空床利用部分と併設部分の利用料の違いと体制の違いについて説明した上で、利用者の選択に基づく適切な契約によるべきである。

【認知症関係】

(問39) 「認知症高齢者の日常生活自立度」を基準とした加算について、医師が判定した場合、その情報は必ず文書で提供する必要があるのか。

(答)

医師が判定した場合の情報提供の方法については特に定めず、必ずしも診断書や文書による診療情報提供を義務づけるものではない。

(問40) 加算対象となる者が少ない場合でも、認知症専門ケア加算Ⅱを算定するためには認知症介護実践リーダー研修修了者1名と認知症介護指導者研修修了者1名の合計2名の配置が必要か。

(答)

加算対象となる者が10名未満の場合、認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者研修の両方を修了した者が1名配置されていれば認知症専門ケア加算Ⅱを算定できるものとする。

(問41) グループホームのショートステイ利用者についても認知症専門ケア加算の算定要件に含めることが可能か。

(答)

短期利用共同生活介護及び介護予防短期利用共同生活介護を受ける利用者は当該加算の算定要件に含めず、本加算の対象からも除くものとする。

(問43) 若年性認知症利用者受入加算について、介護予防通所介護や介護予防通所リハビリテーションのように月単位の報酬が設定されている場合、65歳の誕生日の前々日が含まれる月はどのように取り扱うのか。

(答)

本加算は65歳の誕生日の前々日までは対象であり、月単位の報酬が設定されている介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションについては65歳の誕生日の前々日が含まれる月は月単位の加算が算定可能である。

ただし、当該月において65歳の誕生日の前々日までにサービス利用の実績がない場合は算定できない。

○ 栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について（平成17年9月7日 老老発第0907002号 厚生労働省老健局老人保健課長通知）

改 正 前	改 正 後
<p>1 栄養ケア・マネジメントの実務等について</p> <p>(1) 栄養ケア・マネジメントの体制</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 施設長は、医師、管理栄養士、看護師及び介護支援専門員その他の職種が共同して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備する。</p> <p>ウ～オ (略)</p> <p>(2) 栄養ケア・マネジメントの実務</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 栄養アセスメントの実施 管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、入所（院）者毎に解決すべき課題を把握する(以下「栄養アセスメント」という。)。栄養アセスメントの実施にあたっては、別紙2の様式例を参照の上、作成する。<u>この際、栄養スクリーニングに基づき低リスク者と判断された場合は、別紙2中の（I）のみに、中リスク又は、高リスク者と判断された場合は、別紙2中の（I）及び（II）に必要事項を記入する。</u></p> <p>ウ 栄養ケア計画の作成</p> <p>① 管理栄養士は、上記の栄養アセスメントに基づいて、入所（院）者の i) 栄養補給（補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給量、療養食の適用、食事の形態等食事の提供に関する事項等）、ii) 栄養食事相談、iii) 課題解決のための関連職種の分担等について、関連職種と共同して、栄養ケア計画を作成する。なお、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）第12条若しくは第49条若しくは第61条において準用する第12条、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）第14条若しくは第50条若しくは第62条において準用する第14条又は指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第41号）第15条若しくは第50条若しくは第62条において準用する</p>	<p>1 栄養ケア・マネジメントの実務等について</p> <p>(1) 栄養ケア・マネジメントの体制</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 施設長は、医師、管理栄養士、<u>歯科医師</u>、看護師及び介護支援専門員その他の職種が共同して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備すること。</p> <p>ウ～オ (略)</p> <p>(2) 栄養ケア・マネジメントの実務</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 栄養アセスメントの実施 管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、入所（院）者毎に解決すべき課題を把握する(以下「栄養アセスメント」という。)。栄養アセスメントの実施にあたっては、別紙2の様式例を参照の上、作成する。</p> <p>ウ 栄養ケア計画の作成</p> <p>① 管理栄養士は、上記の栄養アセスメントに基づいて、入所（院）者の i) 栄養補給（補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給量、療養食の適用、食事の形態等食事の提供に関する事項等）、ii) 栄養食事相談、iii) 課題解決のための関連職種の分担等について、関連職種と共同して、<u>別紙3の様式例を参照の上</u>、栄養ケア計画を作成する。なお、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）第12条若しくは第49条若しくは第61条において準用する第12条、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）第14条若しくは第50条若しくは第62条において準用する第14条又は指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第41号）第15条若しくは第50条若しくは第62条において準用する第15条において作成することとされて</p>

第15条において作成することとされている各計画の中に、栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

②・③ (略)

エ～ケ (略)

2 (略)

いる各計画の中に、栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

②・③ (略)

エ～ケ (略)

2 (略)

# 栄養スクリーニング（施設）（様式例）

別紙 1

記入者氏名 \_\_\_\_\_ 作成年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏 名	(ふりがな) .....	男 ・ 女	要介護度	
	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (才)		特記事項：	

## 低栄養状態のリスクのレベル

実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
リスク	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高
身長 (cm)	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm
体重 (kg)	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	( _____ ) リスク 低・中・高	( _____ ) リスク 低・中・高	( _____ ) リスク 低・中・高	( _____ ) リスク 低・中・高
体重減少率	か月に _____ % (減・増) リスク 低・中・高	か月に _____ % (減・増) リスク 低・中・高	か月に _____ % (減・増) リスク 低・中・高	か月に _____ % (減・増) リスク 低・中・高
血清アルブミン値 * (検査日)	_____ g/dl ( / ) リスク 低・中・高	_____ g/dl ( / ) リスク 低・中・高	_____ g/dl ( / ) リスク 低・中・高	_____ g/dl ( / ) リスク 低・中・高
食事摂取量	全体 _____ % 主食 _____ % 副食 _____ % (内容: _____ ) リスク 低・中・高	全体 _____ % 主食 _____ % 副食 _____ % (内容: _____ ) リスク 低・中・高	全体 _____ % 主食 _____ % 副食 _____ % (内容: _____ ) リスク 低・中・高	全体 _____ % 主食 _____ % 副食 _____ % (内容: _____ ) リスク 低・中・高
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 リスク 中・高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 リスク 中・高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 リスク 中・高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 リスク 中・高
褥 瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり リスク 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり リスク 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり リスク 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり リスク 高

※検査値がわかる場合に記入

### <低栄養状態のリスクの判断>

上記の全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、入所(入院)者個々の状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3~5%未満 3か月に3~7.5%未満 6か月に3~10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	76~100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥 瘡			褥瘡

栄養アセスメント・モニタリング (施設) (様式例)

利用者名		記入者	
身体状況、栄養・食事に関する意向		家族構成とキーパーソン	本人 ー

(以下は、入所(入院)者個々の状態に応じて作成。)

実施日		年月日(記入者名)	年月日(記入者名)	年月日(記入者名)	年月日(記入者名)
本人の意欲 <sup>1)</sup> (健康感、生活機能、身体機能など)		[ ] ( )	[ ] ( )	[ ] ( )	[ ] ( )
身体計測等	体重 (kg)	(kg)	(kg)	(kg)	(kg)
	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	(kg/m <sup>2</sup> )	(kg/m <sup>2</sup> )	(kg/m <sup>2</sup> )	(kg/m <sup>2</sup> )
	3%以上の体重減少	□無 □有 ( kg/ ヶ月)	□無 □有 ( kg/ ヶ月)	□無 □有 ( kg/ ヶ月)	□無 □有 ( kg/ ヶ月)
	血清アルブミン値 (g/dl)	□無 □有 ( (g/dl))	□無 □有 ( (g/dl))	□無 □有 ( (g/dl))	□無 □有 ( (g/dl))
	その他				
食欲・食事の満足感 <sup>2)</sup>		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
食生活状況等	栄養摂取量 ・主食の摂取量 ・副食の摂取量 ・その他(補助食品、経腸・静脈栄養など)	% % % ( )	% % % ( )	% % % ( )	% % % ( )
	必要栄養量(エネルギー・たんぱく質など)	kcal g	kcal g	kcal g	kcal g
	食事の留意事項の有無 (栄養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど)	□無 □有 ( )	□無 □有 ( )	□無 □有 ( )	□無 □有 ( )
	その他(食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など)				
多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題) <sup>3)</sup>					
①褥瘡 ②口腔及び摂食・嚥下 ③嘔気・嘔吐 ④下痢 ⑤便秘 ⑥浮腫 ⑦脱水 ⑧感染・発熱 ⑨経腸・静脈栄養 ⑩生活機能の低下 ⑪閉じこもり ⑫うつ ⑬認知機能 ⑭医薬品 ⑮その他		□無 □有 [ ]	□無 □有 [ ]	□無 □有 [ ]	□無 □有 [ ]
特記事項					
評価・判定	問題点 <sup>3)</sup>	□無 □有 [ ]	□無 □有 [ ]	□無 □有 [ ]	□無 □有 [ ]
	①食事摂取・栄養補給の状況(補助食品、経腸・静脈栄養など)				
	②身体機能・臨床症状(体重、摂食・嚥下機能、検査データなど)				
	③習慣・周辺環境(食・生活習慣、意欲、購買など)				
④その他					
総合評価		□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない

1) 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない から[ ]へ該当数字を記入し、必要な事項があれば記載する。  
 2) 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない から[ ]へ該当数字を記入し、必要な事項があれば記載する。  
 3) 問題があれば、□有 にチェックし、[ ]へその番号を記入。必要な事項があれば記載する。  
 ※ 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。



# 栄養ケア計画書 (施設) (様式例)

別紙3

氏名：	殿	入所(院)日： 年 月 日
		初回作成日： 年 月 日
作成者：		作成(変更)日： 年 月 日
利用者及び家族の意向		
説明と同意日 年 月 日		
解決すべき課題 (ニーズ)	低栄養状態のリスク ( 低 ・ 中 ・ 高 )	
	サイン	
長期目標と期間	続柄	

短期目標と期間	栄養ケア(①栄養補給、②栄養食事相談、③多職種による栄養ケアなど)	担当者	頻度	期間
特記事項				

### 栄養ケア提供経過記録

月 日	サービス提供項目

平成 21 年 5 月 13 日  
事 務 連 絡

各都道府県・政令指定都市・中核市  
介護保険主管部局 御中

厚生労働省老健局計画課  
認知症・虐待防止対策推進室

### 認知症専門ケア加算に係る研修要件の取り扱いについて

介護保険制度の円滑な推進については、日頃よりご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成 21 年度介護報酬改定において、新たに創設された「認知症専門ケア加算」の算定要件につきましては、加算算定対象者の占める割合、専門的な研修の修了者及び技術的指導等に係る会議の開催等がその要件となっているところであります。

このうち、専門的な研修修了者に係る要件について、複数の自治体より照会があったため、別添のとおり Q & A をお示しいたしますので、ご留意願うとともに管内市町村及び介護保険事業所等への周知についてご配意願います。

なお、認知症介護指導者養成研修の対象者については、『「認知症介護実践者等養成事業の円滑な実施について」の一部改正について』（平成 21 年 3 月 26 日老計発第 0336004 号）により、認知症介護実践リーダー研修を修了した者（旧痴呆介護研修事業における専門課程修了者を含む。）としているところですが、今般の介護報酬改定において、認知症専門ケア加算が創設されたこと及び今年度より認知症介護指導者養成研修カリキュラムの見直しを行ったことに伴って、平成 22 年度以降については、当該研修の受講対象者について、認知症介護実践リーダー研修を修了した者（旧痴呆介護研修事業における専門課程修了者を含む。）に限定する予定でありますので、ご留意願います。

(問) 認知症介護実践リーダー研修を修了していないが、都道府県等が当該研修修了者と同等の能力を有すると認めた者であって、認知症介護指導者養成研修を修了した者について、認知症専門ケア加算における認知症介護実践リーダー研修修了者としてみなすことはできないか。

(答)

認知症介護指導者養成研修については認知症介護実践研修(認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修)の企画・立案に参加し、又は講師として従事することが予定されている者であることがその受講要件にあり、平成20年度までに行われたカリキュラムにおいては認知症介護実践リーダー研修の内容が全て含まれていたこと等の経過を踏まえ、認知症介護実践リーダー研修が未受講であっても当該研修を修了したものとみなすこととする。

従って、平成21年度4月17日発出のQ&A (Vol. 2) 問40の答において示したように加算対象となる者が10名未満の場合にあつては、平成20年度以前の認知症介護指導者養成研修を修了した者(認知症介護実践リーダー研修の未受講者)1名の配置で認知症専門ケア加算Ⅱを算定できることとなる。

なお、平成21年度から行われる認知症介護指導者養成研修については、認知症介護実践リーダー研修の受講修了を前提としたカリキュラムとして見直しが行われたところである。しかしながら、平成21年度については既に募集が開始されていることから、当該研修中に一定のプログラムを補うことにより、認知症介護実践リーダー研修修了者としてみなすこととする。

平成22年度以降については、認知症介護指導者養成研修の受講者を認知症介護実践リーダー研修修了者に限定する予定であるので、留意されたい。

(参考)

介護保険最新情報 Vol. 79 (平成21年4月17日)

(問40) 加算対象となる者が少ない場合でも、認知症専門ケア加算Ⅱを算定するためには認知症介護実践リーダー研修修了者1名と認知症介護指導者養成研修修了者1名の合計2名の配置が必要か。

(答) 加算対象となる者が10名未満の場合、認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者が1名配置されていれば認知症専門ケア加算Ⅱを算定できるものとする。