

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) 訪問看護

(介護予防) 訪問リハビリテーション

(介護予防) 居宅療養管理指導

(介護予防) 通所リハビリテーション

(介護予防) 短期入所療養介護

介護老人保健施設

介護療養型医療施設

平成21年6月30日(火)・午前の部

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)	・・・18
3) 平成21年4月改定関係Q&A (通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算及び個別リハビリテーション実施加算関係)	・・・29
4) 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(平成11年厚生省令第37号)	・・・31
5) 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)	・・・35
6) 指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について(平成11年9月17日老企第25号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)	・・・36
7) 指定通所リハビリテーションにおける理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に係る人員基準及び介護報酬上の取扱いについて(平成15年5月30日老振発第0530001号・老老発第0530001号厚生労働省老健局振興・老人保健課長連名通知)	・・・41
8) 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について(平成12年3月17日老企第44号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)	・・・43
9) 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)	・・・45
10) 付表9 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業所の指定に係る記載事項	・・・50
11) 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)	・・・51

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。

(問3) 特定事業所加算及びサービス提供体制強化加算の要件のうち、計画的な研修の実施に係る要件の留意事項を示されたい。

(答)

訪問介護員等（訪問入浴介護従業者等を含む。以下問3及び問4において同じ。）ごとに研修計画を策定されることとしているが、当該計画の期間については定めていないため、当該訪問介護員等の技能や経験に応じた適切な期間を設定する等、柔軟な計画策定をされたい。

また、計画の策定については、全体像に加えて、訪問介護員等ごとに策定することとされているが、この訪問介護員等ごとの計画については、職責、経験年数、勤続年数、所有資格及び本人の意向等に応じ、職員をグループ分けして作成することも差し支えない。

なお、計画については、すべての訪問介護員等が概ね1年の間に1回以上、なんらかの研修を実施できるよう策定すること。

(問4) 特定事業所加算及びサービス提供体制強化加算の要件のうち、定期的な健康診断の実施に係る要件の留意事項を示されたい。

(答)

本要件においては、労働安全衛生法により定期的に健康診断を実施することが義務づけられた「常時使用する労働者」に該当しない訪問介護員等を含めた、すべての訪問介護員等に対して、1年以内ごとに1回、定期的に医師による健康診断を、事業所の負担により実施することとしている。

また、「常時使用する労働者」に該当しない訪問介護員等に対する健康診断については、労働安全衛生法における取扱いと同様、訪問介護員等が事業者

の実施する健康診断を本人の都合で受診しない場合については、他の医師による健康診断（他の事業所が実施した健康診断を含む。）を受診し、その者が当該健康診断の結果を証明する書面を提出したときは、健康診断の項目を省略できるほか、費用については本人負担としても差し支えない（この取扱いについては、高齢者の医療の確保に関する法律により保険者が行う特定健康診査については、同法第21条により労働安全衛生法における健康診断が優先されることが定められているが、「常時使用する労働者」に該当しない訪問介護員等については、同条の適用はないことから、同様の取扱いとして差し支えない。）。

※本Q & Aの発出に伴い平成18年4月改定関係Q & A（V o I. 6）問1は削除する。

【参考】

平成18年4月改定関係Q & A（V o I. 6）

問1(1) 特定事業所加算の算定要件の一つである訪問介護事業者が実施する健康診断の取扱いはどうなるのか。

(2) 上記の健康診断をパート従業員が自己の希望により自己負担で保健所等において受診した場合や定期的を受診する場合の取扱いはどうなるのか。

答(1) 特定事業所加算の算定要件の一つである健康診断は、訪問介護事業者が実施する健康診断は労働安全衛生法と同等の定期健康診断である。したがって、当該健康診断については、労働安全衛生法により定期的を実施することが義務付けられた「常時使用する労働者」に該当しない訪問介護員等も含めて、訪問介護事業者が少なくとも1年以内ごとに1回、事業主の費用負担により実施した場合に特定事業所加算の対象となる。

(2) なお、従業員が事業者の指定した医師又は歯科医師が行う健康診断を受診することを希望せず、他の医師又は歯科医師の行う健康診断を受診し、その結果を証明する書面を提出した場合は、健康診断を受診したものとして取り扱って差し支えない。この取扱いについても労働安全衛生法と同様である。

○ 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8) 一つの病棟内に介護療養病床とその他の病床(医療療養病床など)が混在する場合の、介護福祉士の割合等の算出方法如何。

(答)

一つの病棟内に介護療養病床と医療療養病床等が混在する場合については、病棟単位で介護福祉士の割合等を算出する。

ただし、例外的に、病室単位で介護療養病床としての指定を受け、医療療養病床及び介護療養病床各々において人員基準を満たしている場合については、介護療養病床として指定を受けている病室に配置された職員のみで介護福祉士の割合等を算出することができることとする。

(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の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13) 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14）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15）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。

【訪問看護】

(問37) 訪問看護事業所の管理者として保健師及び看護師以外の者をあてることができる場合とは、具体的にどのような場合か。

(答)

地域の事情等により、主に理学療法士等により訪問看護が行われ、管理者としてふさわしい保健師、看護師が確保できない等のやむを得ない理由がある場合には、過去の経歴等を勘案して指定訪問看護ステーションの管理者としてふさわしいと都道府県知事に認められた理学療法士等をあてることが考えられる。

(問38) 理学療法士等の訪問については、訪問看護計画において、理学療法士等の訪問が保健師又は看護師による訪問の回数を上回るような設定がなされてもよいのか。

(答)

リハビリテーションのニーズを有する利用者に対し、病院、老人保健施設等が地域に存在しないこと等により訪問リハビリテーションを適切に提供できず、その代替えとしての訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問が過半を占めることもあることから、理学療法士等の訪問が保健師又は看護師による訪問の回数を上回るような設定もあると考える。

(問39) 複数名訪問加算は30分未満と30分以上で区分されているが、訪問時間全体のうち、複数の看護師が必要な時間で分けるのか。例えば、訪問看護(30分以上1時間未満)のうち複数の看護師が必要な時間が30分未満だった場合はどちらを加算するのか。

(答)

1人目の看護師の訪問の時間によらず、2人目の看護師が必要な時間である30分未満を加算する。

(問40) 死亡日前14日以内に2回以上ターミナルケアを行った場合とあるが、1日に2回ターミナルケアを行った場合だけでも算定できるのか。

(答)

算定できる。ただし、ターミナルケアは、看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて、利用者及び家族の意向を把握するとともに、利用者の終末期の身体症状の変化、療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化に応じた看護を提供するものであり、ターミナルケアを1日に2回行っただけということは望ましくない。

【訪問リハビリテーション】

（問４１）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。

（答）

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。

【居宅療養管理指導】

（問４２）看護職員の居宅療養管理指導について、医師の訪問看護指示書が必要か。

（答）

看護職員による居宅療養管理指導の必要性については、要介護認定の際に主治医から提出される「主治医意見書」の「看護職員の訪問による相談・支援」の項目のチェックの有無又は「特記すべき事項」の記載内容等により判断されるのであり、現在の訪問看護のような指示書は必要でない。

（問４３）要介護認定、要介護認定の更新又は要介護状態の区分変更の認定に伴い作成された居宅サービス計画に基づく指定居宅サービスの提供を開始してから２月の間に１回を限度として算定するとなっているが、利用者の状態の変化に伴い居宅サービス計画が変更された場合は該当しないと考えるか。

（答）

そのとおりである。

（問４４）看護職員による居宅療養管理指導において実施する内容は何か。診療の補助行為は実施できるのか。

（答）

看護職員による居宅療養管理指導は、療養上の相談及び支援を行うものであり、診療の補助行為を実施しただけでは、居宅療養管理指導費は算定できない。

（問４５）主治医意見書において「訪問看護」と、「看護職員の訪問による相談・支援」の両方の項にチェックがある場合、どちらのサービスを

優先すべきか。

(答)

訪問看護と看護職員による居宅療養管理指導はどちらか一方のサービスのみ算定できることとなっていることから、このような事例においては、利用者等の意向も踏まえつつ、サービス担当者会議において、どちらのサービスを提供することが利用者にとって適切であるかを検討して選択されるべきである。

【通所リハビリテーション】

(問54) 病院又は老人保健施設における通所リハビリテーションの従業者の員数について、理学療法士等の配置に関する規定が、「専ら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が、利用者が百人又はその端数を増すごとに一以上確保されていること」とされたが、これは、通所リハビリテーションの中でも、リハビリテーションを提供する時間帯において、理学療法士等が利用者に対して100:1いけば良いということか。また、利用者の数が100を下回る場合は、1未満で良いのか。

(答)

そのとおりである。ただし、利用者の数が、提供時間帯において100を下回る場合であっても1以上を置かなければならない。

(問55) リハビリテーションマネジメント加算は、20単位/日から230単位/月と改定され、月に8回以上の利用が要件となっているが、1ヶ月のケアプランが「2週間のショートステイと週3回の通所リハビリテーションを2週間」と設定された場合はリハビリテーションの提供が月8回未満となるが、この場合にあってはリハビリテーションマネジメント加算が全く算定できなくなるのか。

(答)

リハビリテーションマネジメント加算は、月に一定程度(8回)のリハビリテーションを行い、適切にその結果を評価するために設定しており、8回未満の場合は算定できない。

ただし、通所リハビリテーションの利用開始が月途中からであって、個別リハビリテーション、短期集中リハビリテーション又は認知症短期集中リハビリテーションを行っている場合にあっては、月8回を下回る場合であってもリハビリテーションマネジメント加算を算定することが可能である。

(問56) 月8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2回以上通所リハビリテーションを行っている場合と解釈してもよいのか。

(答)

あくまで月8回以上である。

(問57) 理学療法士等体制強化加算について、常勤かつ専従2名以上の配置は通常の通所リハの基準に加えて配置が必要か。また、通所リハビリテーションの単位毎の配置が必要となるのか。

(答)

居宅基準上求められる配置数を含めて常勤かつ専従2名以上の配置を必要とするもの。

○ 夜勤職員配置加算

(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。

【短期入所療養介護】

(問93) 既に短期入所療養介護のみなし指定を受けている介護療養型医療施設が、今回の改定に伴い、療養病床以外の病床分についても短期入所療養介護の指定を受けようとする場合、どのような手続きを経ればよいのか。

(答)

一般病床において短期入所療養介護のサービスを提供する際には、指定の申請を行う必要がある。

【介護老人保健施設】

(問94) 今回リハビリテーションマネジメント加算が本体に包括されたが、週2回の個別リハビリテーションは実施しなくてもよいのか。また、リハビリテーション実施計画書の作成は個別リハビリテーションの対象者である短期集中リハビリテーションの対象者だけで良いのか。

(答)

老人保健施設については、これまで、入所者一人について、少なくとも週2回の機能訓練を行うことが運営基準（通知）上規定されている。

また、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。

(問95) 夜勤職員配置加算の算定は日ごとで考えるのか、それとも1月ごとの平均で考えるのか。1月ごととした場合は、介護療養型医療施設と同様に、該当した月の翌月からの算定でよいのか。

(答)

1月ごとの平均とし、算定の方法は介護療養型医療施設と同様に、要件を満たし、届出が受理された月の翌月からの算定でよい。

(問96) 老人保健施設の短期集中リハビリテーション実施加算を算定後に再度短期集中リハビリテーションを行うことについて、「当該介護保険施設」でなく、別の老人保健施設であれば3月以内でも算定可能なのか。

(答)

短期集中リハビリテーションを実施した老人保健施設と同一法人の老人保健施設では算定できない。(問100の②に該当する場合を除く。)

【介護療養型医療施設】

(問97) リハビリテーションマネジメント加算が包括化されたことから、リハビリテーション実施計画書は作成しなくてもよいのか。

(答)

理学療法、作業療法、言語聴覚療法、摂食機能療法の実施に当たっては、リハビリテーションの提供に関する実施計画を立てる必要がある。

なお、今回の介護報酬改定に伴い、特定診療費の解釈通知を改正し、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。

(問98) 集団コミュニケーション療法について、算定要件に「常勤かつ専従の言語聴覚士」の配置とあるが、この際の言語聴覚士は、他病棟も兼務した言語聴覚士では算定できないのか。

(答)

専ら集団コミュニケーション療法を提供する時間帯に勤務する言語聴覚士を配置すれば足りる。

【介護老人保健施設・介護療養型医療施設】

(問99) 夜勤帯を交代制で導入している場合、夜勤を行う者の頭数で要件に該当するか否かを判断するのではなく、夜勤帯に職員が勤務した延べ時間から夜勤帯の時間を割るという方法で算出するのか。

(答)

そのとおり。

(問100) 入退院や転棟を繰り返している場合の短期集中リハビリテーション実施加算の算定はどうなるのか。

(答)

同一の老人保健施設や介護療養型医療施設に再入所(院)した場合、退所(院)日から3ヶ月経過していなければ再算定できない。ただし、別の施設・医療機関等に入所(院)した場合は、この限りではない。

なお、

- ① 短期集中リハビリテーション実施加算の算定途中で別の医療機関に入院したため、退所(院)となった後に同一の施設に再入所した場合、再入所時には、短期集中リハビリテーション実施加算を算定すべきだった3ヶ月の残りの期間については、短期集中リハビリテーション実施加算を再算定することができる。
- ② 短期集中リハ算定途中又は終了後3ヶ月に満たない期間に4週間以上の入院後に同一の施設に再入所した場合であって、短期集中リハビリテーションの必要性が認められる者に限り、短期集中リハビリテーション実施加算を再度算定することができる。

【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。

○ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

(問103) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算については、「過去三月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できる」とされているが、次の例の場合は算定可能か。

- ・例1：A老健にて3ヶ月入所し、認知症短期集中リハビリテーションを施行した後、B老健に入所した場合のB老健における算定の可否。
- ・例2：A老健にて3ヶ月入所し、認知症短期集中リハビリテーションを施行した後、退所し、B通所リハビリテーション事業所の利用を開始した場合のB通所リハビリテーション事業所における算定の可否。

(答)

例1の場合は算定できない。

例2の場合は算定可能であるが、A老健とB通所リハビリテーション事業所が同一法人である場合の扱いについては問104を参照されたい。

(問104) 3月間の認知症短期集中リハビリテーションを行った後に、引き続き同一法人の他のサービスにおいて認知症短期集中リハビリテーションを実施した場合、算定は可能か。

(答)

同一法人の他のサービスにおいて実施した場合は算定できない。

(問105) 3月間の実施期間中に入院等のために中断があり、再び同一事

業所の利用を開始した場合、実施は可能か。

(答)

同一事業所の利用を再開した場合において、介護老人保健施設、介護療養型医療施設においては前回入所（院）した日から起算して3月、通所リハビリテーションにおいては前回退院（所）日又は前回利用開始日から起算して3月以内に限り算定できる。但し、中断前とは異なる事業所で中断前と同じサービスの利用を開始した場合においては、当該利用者が過去3月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できる。

(問106) 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如何。

(答)

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。

(問107) 通所開始日が平成21年4月1日以前の場合の算定対象日如何。

(答)

平成21年4月1日以前の通所を開始した日を起算日とした3ヶ月間のうち、当該4月1日以降に実施した認知症短期集中リハビリテーションが加算対象となる。

例：3月15日から通所を開始した場合、4月1日から6月14日までの間に、本加算制度の要件を満たすリハビリテーションを行った場合に加算対象となる。

(問108) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算の要件である「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終了した医師」の研修とは具体的に何か。

(答)

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。

※ 各リハビリテーション関係サービスの加算に係る実施時間、内容等については別紙1のとおり整理したところであるので、ご参照されたい。

○ 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112) 例えば、平成18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12年9月5日老発第623号)及び「痴呆介護研修事業の円滑な運営について」(平成12年10月25日老計第43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うこと」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 83 は削除する。

【参考】

平成 17 年 10 月改定関係 Q & A

問 83 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。

【訪問看護】

(問15) ケアプラン上は1時間30分未満の訪問看護の予定であったが、アクシデント等によりサービスの提供時間が1時間30分を超えた場合は、長時間訪問看護加算として300単位を加算してよいか。

(答)

長時間訪問看護加算は、ケアプラン上1時間30分以上の訪問が位置付けられていなければ算定できない。

(問16) 長時間の訪問看護に要する費用については、1時間30分を超える部分については、保険給付や1割負担とは別に、訪問看護ステーションで定めた利用料を徴収できることとなっているが、長時間訪問看護加算を算定する場合は、当該利用料を徴収できないものとするが、どうか。

(答)

貴見のとおり。

(問17) 死亡前14日以内に2回以上ターミナルケアをしていれば、医療機関に入院し24時間以内に死亡した場合にもターミナルケア加算を算定できるということか。

(答)

ターミナルケアを実施中に、医療機関に搬送し、24時間以内に死亡が確認された場合に算定することができるものとする。

【訪問リハビリテーション】

(問18) 一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、一日のうちに例えば80分以上サービスを提供した場合、週に一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。

(答)

ケアプラン上、一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、一日に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こととしているため、ご質問のような算定は行うことができない。

(問19) 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。

(答)

算定可能である。

【通所リハビリテーション】

(問20) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算については、「1週に2日を標準」とあるが、1週2日の実施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。

(答)

集中的なリ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日の計画を作成したにも関わらず、①やむを得ない理由によるもの（利用者の体調悪化で週に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業する等のため、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、算定が認められる。

(問21) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について、通所リハビリテーション事業所の医師が算定要件を満たしておらず、算定要件を満たす外部の医師が情報提供を定期的に行った場合、算定は可能か。

(答)

算定できない。本来、通所リハビリテーション事業所がサービスを提供するに当たっては、通所リハビリテーション計画を作成する必要がある。その作成には、医師の参加が必要である。認知症短期集中リハビリテーションの提供に当たっても、通所リハビリテーション計画を作成する段階から、専門的な知識を有する医師により、計画上、当該リハビリテーションの必要性が位置づけられるものである。従って、外部の医師の情報提供のみでは、適切なリハビリテーションの提供可能とは考えがたいことから、算定要件を満たす事業所の医師が通所リハビリテーション計画の作成に参加し、同一の医師が、理学療法士等に指示を出す必要がある。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。

(問22) 1時間以上2時間未満の利用者が短期集中リハビリテーション実施加算の対象となる場合、1時間以上2時間未満の算定要件である個別リハビリテーションを20分以上実施し、さらに当該加算の算定要件にある時間（20分もしくは40分以上）を実施した場合に算定できるのか。

(答)

1時間以上2時間未満の通所リハビリにおいて短期集中リハビリテーション実施加算を合わせて算定する場合にあっては、短期集中リハの算定要件である個別リハの実施時間に、1-2時間の通所リハの算定要件である個別リハの提供時間が含まれるものとする。ただし、この場合であっても、週に2回以上リハビリテーションを実施する必要がある。なお、1時間以上2時間未満の利用者については、退院（所）日又は認定日から3ヶ月超に個別リハビリテーションを行った場合に算定できる「個別リハビリテーション実施加算」は算定できない。

(問23) 退院(所)日又は認定日から3ヶ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たって、個別リハの実施時間についての要件はないのか。

(答)

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ヶ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。

(問24) 若年性認知症利用者受入加算について、個別の担当者は、担当利用者がサービス提供を受ける日に必ず出勤していなければならないのか。

(答)

個別の担当者は、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行う上で中心的な役割を果たすものであるが、当該利用者へのサービス提供時に必ずしも出勤している必要はない。

(問25) 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良いか。

(答)

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。

(問26) 週2回・月8回利用の利用者に対し、週1回しか20分以上の個別リハを提供できない。この場合、リハビリテーションマネジメント加算も個別リハビリテーション実施加算も算定できないのか。

(答)

リハビリテーションマネジメント加算の算定については、月8回以上の利用を要件としているところであるが、リハビリテーションマネジメント加算のみでの算定を可能としており、必ずしも個別リハビリテーション実施加算との併算定を求めるものでもない。従って、ご質問の利用形態については、リハビリテーションマネジメント加算を算定した上で、個別リハビリテーションの提供回数に応じ、個別リハビリテーション実施加算を算定いただけるものである。

(問27) 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。

(答)

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回程度の利用があった場合に、個別リハビリテーション実施加算の算定が可能である。

(問28) 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退院(所)日又は認定日から3ヶ月を超える期間に算定する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ことが可能か。

(答)

通所リハビリテーションについては、原則として、一つの事業所でリハビリテーションが提供されることが想定される。ただし、事業所ごとの提供可能なサービスの種類によって、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されることも可能である。例えば、脳血管疾患発症後であって、片麻痺と失語を認める利用者に対し、A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、A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B事業所で提供されるというケースが考えられる。

その場合、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、以下のようなパターンが考えられる。

- ① A事業所で月8回以上(13回以下)、B事業所で月8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
- ② A事業所で月4回(概ね週1回)、B事業所で月4回(概ね週1回)利用していた場合
→ 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、それぞれの事業所で個別リハビリテーション実施加算が算定可能

③ A事業所で月8回以上（13回以下）、B事業所では月4回利用していた場合

→ A事業所では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の算定も可能であるが、B事業所では、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個別リハビリテーション実施加算が算定可能

【介護老人保健施設】

（問36） 試行的退所サービス費が廃止されたが、試行的に退所し、退所時指導加算を算定する場合に、居宅サービス事業者との契約等により居宅サービスを提供した場合、その分の報酬を算定できるのか。

（答）

試行的退所期間中は、提供した居宅サービスによる報酬の算定は認められていない。

（問37） ターミナルケアを実施途中で、緊急時や家族からの希望等により入所者が他医療機関に転院して死亡した場合は、他医療機関に入院するまでのターミナルケア加算は算定可能か。

（答）

従来型老健については、死亡前に他医療機関に入院した場合であっても、死亡日を含めて30日を上限に、当該施設でターミナルケアを行った日数については算定可能。介護療養型老健については、入所者の居宅又は当該施設で死亡した場合のみ算定可能であり、他医療機関で死亡した場合にあっては退所日以前も含め算定できないもの。

【介護療養型医療施設】

(問38) 他科受診時の費用を算定した日については、どの加算が算定できるのか。

(答)

他科受診時の費用を算定した日については、栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算及び療養食加算は算定できる。

【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42) 認知症短期集中リハビリテーション実施中又は終了後3ヶ月に満たない期間に、脳血管疾患等の認知機能に直接影響を与える疾患を来し、その急性期の治療のために入院となった場合の退院後の取扱い如何。

(答)

認知症短期集中リハビリテーション実施中又は終了後3ヶ月に満たない期間に、脳血管疾患等の認知機能低下を来す中枢神経疾患を発症、その急性期に治療のために入院し、治療終了後も入院の原因となった疾患の発症前と比し認知機能が悪化しており、認知症短期集中リハビリテーションの必要性が認められる場合に限り、入院前に利用していたサービス、事業所に関わらず、介護老人保健施設、介護療養型医療施設においては入所(院)した日から起算して新たに3月、通所リハビリテーションにおいては利用開始日から起算して新たに3月以内に限り算定できる。

(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を対象であり、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。

サービス名	基本部分・加算について	単価・単別	リハマネ加算の算定	単位	回数・時間	算定期間	備考
訪問リハビリテーション	基本サービス費	個別	-	1回につき20分以上のリハビリを行った場合 305単位/回	-	実施日	週6回まで算定可 リハビリテーションマネジメント加算が包括化
	短期集中リハビリテーション実施加算	個別	-	通院(再)日又は算定日から起算して 1月以内 340単位/日	1週に概ね2回以上 40分以上/回	実施日	利用者の自己都合(体調悪化)等やむを得ず算定要件が満たせなくなった場合でも算定可
通所リハビリテーション	リハビリテーションマネジメント加算	個別	-	月に4回以上通所リハビリを行った場合 230単位/月	-	月1回算定	<月8日以下であったり算定口数超過の場合> ・利用者の自己都合(体調悪化)等やむを得ず算定要件が満たせなくなった場合、且ね健康・感染症の発生等により算定要件が一時的に満たせなくなる場合 ・サービス利用前月において、通所リハビリテーション・短期集中リハビリテーション・在宅短期集中リハビリテーションを行っている場合 ・要介護状態等介護要員により通所リハビリテーションが提供される場合であって、通所リハビリテーション実施加算に付するリハビリテーションの提供回数と日入人数等介護要員数におけるリハビリテーションの提供回数の合計が月8回以上であり、かつ、算定前月で利用日についての情報が含まれて、一括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
	短期集中リハビリテーション実施加算	個別	要	通院(再)日又は算定日から起算して 1月以内 280単位/日	1週に概ね2回以上 40分以上/回	実施日	利用者の自己都合(体調悪化)等やむを得ず算定要件が満たせなくなった場合でも算定可
	個別リハビリテーション加算	個別	要	通院(再)日又は算定日から起算して 1月超3月以内 140単位/日	1週に概ね2回以上 20分以上/回	実施日	通所リハビリテーション終了月であって8日未満の利用しかない場合、リハマネ加算は算定できないが、同加算は算定可 利用者の自己都合(体調悪化)等やむを得ず算定要件が満たせなくなった場合でも算定可
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	個別	要	通院(再)日又は算定日から起算して 3月以内 240単位/日	1週3回程度 20分以上/回	実施日	過去3月間に認知症短期集中リハビリテーション加算を算定していない場合に算定可 利用者の自己都合(体調悪化)等やむを得ず算定要件が満たせなくなった場合でも算定可 通所リハビリテーション終了月であって8日未満の利用しかない場合、リハマネ加算は算定できないが、同加算は算定可
短期入所療養介護(看護)	個別リハビリテーション加算	個別	-	240単位/日	20分以上/回	実施日	
	理学療法(Ⅰ) 理学療法(Ⅱ) 作業療法 言語聴覚療法	個別	-	理学療法(Ⅰ):123単位/回 理学療法(Ⅱ):73単位/回 作業療法:123単位/回 言語聴覚療法:203単位/回	1回20分以上	実施日	理学療法・作業療法・言語聴覚療法それぞれ1日3回まで または、理学療法、作業療法、言語聴覚療法の合計が1日4回まで
※ 虚蓋病床を有する病棟に属する	集団コミュニケーション療法	集団	-	60単位/回	1回20分以上 1日3回まで	実施日	
	食事療法	個別	-	208単位/日	1回30分以上 1月4回まで	実施日	
介護老人保健施設	基本サービス費	-	-	-	週2回以上	入所期間	週2回以上の療養期間を行うこと(通所リハビリテーションのみだけでなく、利用者の心身の状況を適切に把握した上で、必要のリハビリテーションを提供すること) ※ リハビリテーションマネジメント加算が包括化
	短期集中リハビリテーション実施加算	個別	-	入所日から起算して 3月以内 240単位/日	1週に概ね3回以上 20分以上/回	実施日	利用者の自己都合(体調悪化)等やむを得ず算定要件が満たせなくなった場合でも算定可
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	個別	-	入所日から起算して 3月以内 240単位/日	1週3回程度 20分以上/回	実施日	過去3月間に認知症短期集中リハビリテーション加算を算定していない場合に算定可 利用者の自己都合(体調悪化)等やむを得ず算定要件が満たせなくなった場合でも算定可
介護療養施設(特定診療)	理学療法(Ⅰ) 理学療法(Ⅱ) 作業療法 言語聴覚療法	個別	-	理学療法(Ⅰ):123単位/回 理学療法(Ⅱ):73単位/回 作業療法:123単位/回 言語聴覚療法:203単位/回	1回20分以上	実施日	理学療法・作業療法・言語聴覚療法それぞれ1日3回まで または、理学療法、作業療法、言語聴覚療法の合計が1日4回まで
	集団コミュニケーション療法	集団	-	60単位/日	1回20分以上 1日3回まで	実施日	
	食事療法	個別	-	208単位/日	1回30分以上 1月4回まで	実施日	
	短期集中リハビリテーション実施加算	個別	-	入所日から起算して 3月以内 240単位/日	1週に概ね3回以上 20分以上/回	実施日	利用者の自己都合(体調悪化)等やむを得ず算定要件が満たせなくなった場合でも算定可
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	個別	-	入所日から起算して 3月以内 240単位/日	1週3回程度 20分以上/回	実施日	過去3月間に認知症短期集中リハビリテーション加算を算定していない場合に算定可 利用者の自己都合(体調悪化)等やむを得ず算定要件が満たせなくなった場合でも算定可

平成21年4月改定関係Q&A（通所リハビリテーションにおけるリ
ハビリテーションマネジメント加算及び個別リハビリテーション実施
加算関係）

問1 自然災害・感染症の発生等で事業所が一時的に休業し、当初月8回の通所を予定していた利用者へサービスが提供できなくなった場合も、リハビリテーションマネジメント加算は算定できないのか？

（答）

リハビリテーションマネジメント加算の算定に当たっては、正当な理由があれば、算定要件に適合しない場合でも算定を認めているところ。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もの（ケアプラン上は月8回であるが、利用者の体調悪化で8回受けることができない場合等）、②自然災害・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。

問2 通所リハビリテーションのサービスで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のサービスで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8回を満たす場合には、リハビリテーションマネジメント加算を算定することは可能か？

（答）

リハビリテーションマネジメント加算の算定に当たっては、一事業所において月8回の通所リハビリテーションサービスの利用を要件としているところ。ただし、短期入所療養介護事業所により個別リハビリテーションが提供される場合であって、通所リハビリテーション事業所におけるリハビリテーションの提供回数と短期入所療養介護事業所におけるリハビリテーションの提供回数の合計が月8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。

問3 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り扱い如何。

(答)

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りハビリテーションの効果を勘案しつつ、適切に行っていただきたい。

問4 「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8回以下の利用であっても、個別リハビリテーション加算を算定できるとされたが、その他、どのような場合に個別リハビリテーション実施加算の算定が可能となるのか。

(答)

指定通所リハビリテーション事業所の医師の診察内容及び運動機能検査の結果を基に、リハビリテーションの提供に関わる医師、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。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していただく必要がある。

改 正 案	現 行
<p>第二章 訪問介護</p> <p>第一節 基本方針</p> <p>第四条 （略）</p> <p>第二節 人員に関する基準</p> <p>（訪問介護員等の員数）</p> <p>第五条 指定訪問介護の事業を行う者（以下「指定訪問介護事業者」という。）が当該事業を行う事業所（以下「指定訪問介護事業所」という。）ごとに置くべき訪問介護員等（指定訪問介護の提供に当たる介護福祉士又は法第八条第二項に規定する政令で定める者をいう。以下この節から第四節までにおいて同じ。）の員数は、常勤換算方法で、二・五以上とする。</p> <p>2 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護事業所ごとに、常勤の訪問介護員等であつて専ら指定訪問介護の職務に従事するものうち事業の規模に応じて一人以上の者をサービス提供責任者としなければならぬ。ただし、当該者の員数については、事業の規模に応じて常勤換算方法によることができる。</p> <p>3 （略）</p> <p>第六条（第八十三条）（略）</p> <p>第六章 居宅療養管理指導</p> <p>第一節 基本方針</p> <p>（基本方針）</p> <p>第八十四条 指定居宅サービスに該当する居宅療養管理指導（以下「居宅療養管理指導」という。）の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、</p>	<p>第二章 訪問介護</p> <p>第一節 基本方針</p> <p>第四条 （略）</p> <p>第二節 人員に関する基準</p> <p>（訪問介護員等の員数）</p> <p>第五条 指定訪問介護の事業を行う者（以下「指定訪問介護事業者」という。）が当該事業を行う事業所（以下「指定訪問介護事業所」という。）ごとに置くべき訪問介護員等（指定訪問介護の提供に当たる介護福祉士又は法第八条第二項に規定する政令で定める者をいう。以下この節から第四節までにおいて同じ。）の員数は、常勤換算方法で、二・五以上とする。</p> <p>2 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護事業所ごとに、常勤の訪問介護員等であつて専ら指定訪問介護の職務に従事するものうち事業の規模に応じて一人以上の者をサービス提供責任者としなければならぬ。</p> <p>3 （略）</p> <p>第六条（第八十三条）（略）</p> <p>第六章 居宅療養管理指導</p> <p>第一節 基本方針</p> <p>（基本方針）</p> <p>第八十四条 指定居宅サービスに該当する居宅療養管理指導（以下「居宅療養管理指導」という。）の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、</p>

<p>医師、歯科医師、薬剤師、看護職員（歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び准看護師を除いた保健師、看護師又は准看護師をいう。以下この章において同じ。）、歯科衛生士（歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び准看護師を含む。以下この章において同じ。）、又は管理栄養士が、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るものでなければならぬ。</p> <p>第二節 人員に関する基準</p> <p>（従業者の員数）</p> <p>第八十五条 指定居宅療養管理指導の事業を行う者（以下「指定居宅療養管理指導事業者」という。）が当該事業を行う事業所（以下「指定居宅療養管理指導事業所」という。）ごとに置くべき従業者（以下この章において「居宅療養管理指導従業者」という。）の員数は、次に掲げる指定居宅療養管理指導事業所の種類の区分に応じ、次に定めるとおりとする。</p> <p>一 病院又は診療所である指定居宅療養管理指導事業所</p> <p>イ 医師又は歯科医師</p> <p>ロ 薬剤師、看護職員、歯科衛生士又は管理栄養士 その提供する指定居宅療養管理指導の内容に応じた適当数</p> <p>二 （略）</p> <p>三 指定訪問看護ステーション等（指定訪問看護ステーション及び指定介護予防訪問看護ステーション（指定介護予防サービス等基礎第六十三条第一項にいう指定介護予防訪問看護ステーションをいう。）をいう。以下この章において同じ。）である指定居宅療養管理指導事業所 看護職員</p> <p>（略）</p> <p>2</p> <p>第三節 設備に関する基準</p>

<p>医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士（歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び准看護師を含む。以下この章において同じ。）、又は管理栄養士が、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るものでなければならぬ。</p> <p>第二節 人員に関する基準</p> <p>（従業者の員数）</p> <p>第八十五条 指定居宅療養管理指導の事業を行う者（以下「指定居宅療養管理指導事業者」という。）が当該事業を行う事業所（以下「指定居宅療養管理指導事業所」という。）ごとに置くべき従業者（以下この章において「居宅療養管理指導従業者」という。）の員数は、次に掲げる指定居宅療養管理指導事業所の種類の区分に応じ、次に定めるとおりとする。</p> <p>一 病院又は診療所である指定居宅療養管理指導事業所</p> <p>イ 医師又は歯科医師</p> <p>ロ 薬剤師、歯科衛生士又は管理栄養士 その提供する指定居宅療養管理指導の内容に応じた適当数</p> <p>二 （略）</p> <p>2</p> <p>第三節 設備に関する基準</p>
--

(設備及び備品等)

第八十六条 指定居宅療養管理指導事業所は、病院、診療所、薬局又は指定訪問看護ステーション等であつて、指定居宅療養管理指導の事業の運営に必要な広さを有しているほか、指定居宅療養管理指導の提供に必要な設備及び備品等を備えているものでなければならない。

2 (略)

第八十七条・第八十八条 (略)

(指定居宅療養管理指導の具体的取扱い方針)

第八十九条 医師又は歯科医師の行う指定居宅療養管理指導の方針は、次に掲げるところによるものとする。

一―七 (略)

2 (略)

3 看護職員の行う指定居宅療養管理指導の方針は、次に掲げるところによるものとする。

一 指定居宅療養管理指導の提供に当たっては、居宅介護支援事業者等に対する居宅サービス計画の作成等に必要な情報提供並びに利用者に対する療養上の相談及び支援を行うこと。

二 指定居宅療養管理指導の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は助言を行うこと。

三 それぞれの利用者について、提供した指定居宅療養管理指導の内容について、適やかに記録を作成するとともに、医師又は居宅介護支援事業者等に報告すること。

第九十条 第九十一条 (略)

第七節 通所介護

第九十二条 第九十三条 (略)

第五節 指定療養通所介護の事業の基本方針、人員並びに設備及び運営に関する基準

第二百五条の二 第二百五条の五 (略)

(設備及び備品等)

第八十六条 指定居宅療養管理指導事業所は、病院、診療所又は薬局であつて、指定居宅療養管理指導の事業の運営に必要な広さを有しているほか、指定居宅療養管理指導の提供に必要な設備及び備品等を備えているものでなければならない。

2 (略)

第八十七条・第八十八条 (略)

(指定居宅療養管理指導の具体的取扱い方針)

第八十九条 医師又は歯科医師の行う指定居宅療養管理指導の方針は、次に掲げるところによるものとする。

一―七 (略)

2 (略)

3 看護職員の行う指定居宅療養管理指導の方針は、次に掲げるところによるものとする。

一 指定居宅療養管理指導の提供に当たっては、居宅介護支援事業者等に対する居宅サービス計画の作成等に必要な情報提供並びに利用者に対する療養上の相談及び支援を行うこと。

二 指定居宅療養管理指導の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は助言を行うこと。

三 それぞれの利用者について、提供した指定居宅療養管理指導の内容について、適やかに記録を作成するとともに、医師又は居宅介護支援事業者等に報告すること。

第九十条 第九十一条 (略)

第七節 通所介護

第九十二条 第九十三条 (略)

第五節 指定療養通所介護の事業の基本方針、人員並びに設備及び運営に関する基準

第二百五条の二 第二百五条の五 (略)

第三款 設備に関する基準

(利用定員)

第二百五条の六 指定療養通所介護事業所は、その利用定員(当該指定療養通所介護事業所において同時に指定療養通所介護の提供を受けることのできる利用者の数の上限をいう。以下この節において同じ。)を八人以下とする。

第二百五条の七 指定療養通所介護事業所は、指定療養通所介護を行うのにふさわしい専用の部屋を有するほか、消化設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定療養通所介護の提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。

2 前項に掲げる専用の部屋の面積は、六・四平方メートルに利用定員を乗じた面積以上とする。

3 (略)

第二百五条 第九十九条 (略)

第八章 通所リハビリテーション

第一百条 (略)

第二節 人員に関する基準

(従業者の員数)

第一百一十一条 指定通所リハビリテーションの事業を行う者(以下「指定通所リハビリテーション事業者」という。)が当該事業を行う事業所(以下「指定通所リハビリテーション事業所」という。)(ことに置くべき指定通所リハビリテーションの提供に当たる従業者(以下「通所リハビリテーション従業者」という。))の員数は、次のとおりとする。

一 (略)

二 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師若しくは准看護師(以下この章において「看護職員」という。)(若しくは介護職員 次に掲げる基準を満たすために必要と認められる数

イ 指定通所リハビリテーションの単位ごとに、利用者(当該

第三款 設備に関する基準

(利用定員)

第二百五条の六 指定療養通所介護事業所は、その利用定員(当該指定療養通所介護事業所において同時に指定療養通所介護の提供を受けることのできる利用者の数の上限をいう。以下この節において同じ。)を五人以下とする。

第二百五条の七 指定療養通所介護事業所は、指定療養通所介護を行うのにふさわしい専用の部屋を有するほか、消化設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定療養通所介護の提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。

2 前項に掲げる専用の部屋の面積は、八平方メートルに利用定員を乗じた面積以上とする。

3 (略)

第二百五条 第九十九条 (略)

第八章 通所リハビリテーション

第一百条 (略)

第二節 人員に関する基準

(従業者の員数)

第一百一十一条 指定通所リハビリテーションの事業を行う者(以下「指定通所リハビリテーション事業者」という。)が当該事業を行う事業所(以下「指定通所リハビリテーション事業所」という。)(ことに置くべき指定通所リハビリテーションの提供に当たる従業者(以下「通所リハビリテーション従業者」という。))の員数は、次のとおりとする。

一 (略)

二 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師若しくは准看護師(以下この章において「看護職員」という。)(若しくは介護職員 次に掲げる基準を満たすために必要と認められる数

イ 指定通所リハビリテーションの単位(その提供が同時に二

指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者(指定介護予防サービス等基準第百十七条第一項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業者をいう。以下同じ。)の指定を受け、かつ、指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーション(指定介護予防サービス等基準第百十六条に規定する指定介護予防通所リハビリテーションをいう。以下同じ。)の事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合であつては、当該事業所における指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションの利用者、以下この節及び次節において「この条において」提供時間」という。)を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員が、利用者の数を十で除した数以上確保されていること。

ロ イに掲げる人員のうち専ら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が、利用者が百人又はその端数を増すことに一以上確保されていること。
2 指定通所リハビリテーション事業所が診療所である場合は、前項第二号の規定にかかわらず、次のとおりとすることができる。

一 指定通所リハビリテーションの単位ごとに、利用者の数が十人以下の場合、提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、利用者の数を十で除した数以上確保されていること。

十人以下の利用者(当該指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者(指定介護予防サービス等基準第百十七条第一項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業者をいう。以下同じ。)の指定を受け、かつ、指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーション(指定介護予防サービス等基準第百十六条に規定する指定介護予防通所リハビリテーションをいう。以下同じ。)の事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合であつては、当該事業所における指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションの利用者、以下この節及び次節において「この条において」提供を行う時間帯(以下この条において「提供時間」という。)を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員が二以上確保されること。

ロ イに掲げる人員のうち専ら当該指定通所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が、常勤換算方法で、〇・二以上確保されること。
2 指定通所リハビリテーション事業所が診療所であつて、指定通所リハビリテーションの提供が同時に十人以下の利用者に対して一体的に行われるものを単位とする場合にあつては、前項第二号の規定にかかわらず、次のとおりとすることができる。

一 指定通所リハビリテーションの単位ごとに、提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員が、利用者の数を十で除した数以上確保されていること。

言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員が一以上確保されていること。又は、利用者の数が十人を超える場合は、提供時間を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員が、利用者の数を十で除した数以上確保されていること。

- 二 (略)
- 三・四 (略)
- 3・4 (略)
- 第百二十二条 第百四十条の三十一
- 第十章 短期入所療養介護
- 第百四十一条

第二節 人員に関する基準
(従業者の員数)

第百四十二条 指定短期入所療養介護の事業を行う者(以下「指定短期入所療養介護事業者」という。)が当該事業を行う事業所(以下「指定短期入所療養介護事業所」という。)ごとに置くべき指定短期入所療養介護の提供に当たる従業者(以下「短期入所療養介護従業者」という。)の員数は、次のとおりとする。

一 一三 (略)
四 診療所(前二号に該当するものを除く。)である指定短期入所療養介護事業所にあつては、当該指定短期入所療養介護を提供する病室に置くべき看護職員又は介護職員の合計は、常勤換算方法で、利用者及び入院患者の数が三又はその端数を増すことに一以上であること。かつ、夜間における緊急連絡体制を整備することとし、看護師若しくは准看護師又は介護職員を一人以上配置して置くこと。

- 2 (略)
- 第三節 設備に関する基準
- (設備に関する基準)
- 第百四十三条 指定短期入所療養介護事業所の設備に関する基準は

介護職員が一以上確保されること。

- 二 (略)
- 三・四 (略)
- 3・4 (略)
- 第百二十二条 第百四十条の三十一
- 第十章 短期入所療養介護
- 第百四十一条

第二節 人員に関する基準
(従業者の員数)

第百四十二条 指定短期入所療養介護の事業を行う者(以下「指定短期入所療養介護事業者」という。)が当該事業を行う事業所(以下「指定短期入所療養介護事業所」という。)ごとに置くべき指定短期入所療養介護の提供に当たる従業者(以下「短期入所療養介護従業者」という。)の員数は、次のとおりとする。

一 一三 (略)
2 (略)
第三節 設備に関する基準
(設備に関する基準)

- 第百四十三条 指定短期入所療養介護事業所の設備に関する基準は、次のとおりとする。
- 一・二 (略)

次のとおりとする。

一・二 (略)

三 療養病床を有する病院又は診療所(指定介護療養型医療施設であるものを除く。)である指定短期入所療養介護事業所にあつては、医療法に規定する療養病床を有する病院又は診療所として必要とされる設備を有することとする。

四 診療所(療養病床を有するものを除く。)である指定短期入所療養介護事業所にあつては次に掲げる要件に適合すること。
イ 指定短期入所療養介護を提供する病室の床面積は、利用者一人につき六・四平方メートルとすること。
ロ 食堂及び浴室を有すること。
ハ 機能訓練を行うための場所を有すること。

2 前項第三号及び第四号に該当する指定短期入所療養介護事業所にあつては、前項に定めるもののほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を有するものとする。

3 (略)

第四節 運営に関する基準

(対象者)

第四百四十四条 指定短期入所療養介護事業者は、利用者の心身の状況若しくは病状により、若しくはその家族の疾病、冠婚葬祭、出張等の理由により、又は利用者の家族的及び精神的な負担の軽減等を図るために、一時的に入所して看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療等を受ける必要がある者を対象に、介護老人保健施設の療養室、病院の療養病床に係る病室、診療所の指定短期入所療養介護を提供する病室又は病院の老人性認知症疾患療養病棟(介護保険法施行令(平成十年政令第百四十二号。以下「令」という。))第四条第二項に規定する病床により構成される病棟をいう。以下同じ。)において指定短期入所療養介護を提供するものとする。

第四百四十五条(略)

三 療養病床を有する病院又は診療所である指定短期入所療養介護事業所にあつては、医療法に規定する療養病床を有する病院又は診療所として必要とされる設備を有することとする。

2 前項第三号に該当する指定短期入所療養介護事業所にあつては、前項に定めるもののほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を有するものとする。

3 (略)

第四節 運営に関する基準

(対象者)

第四百四十四条 指定短期入所療養介護事業者は、利用者の心身の状況若しくは病状により、若しくはその家族の疾病、冠婚葬祭、出張等の理由により、又は利用者の家族的及び精神的な負担の軽減等を図るために、一時的に入所して看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療等を受ける必要がある者を対象に、介護老人保健施設の療養室、病院若しくは診療所の療養病床に係る病室又は病院の老人性認知症疾患療養病棟(介護保険法施行令(平成十年政令第百四十二号。以下「令」という。))第四条第二項に規定する病床により構成される病棟をいう。以下同じ。)において指定短期入所療養介護を提供するものとする。

第四百四十五条(略)

第四百四十六条 指定短期入所療養介護事業者は、次に掲げる利用者(定員の遵守)

(定員の遵守)

第五百四十四条 指定短期入所療養介護事業者は、次に掲げる利用者数以上の利用者に対して同時に指定短期入所療養介護を行つてはならない。ただし、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

一・二 (略)

三 診療所(前号に掲げるものを除く。)である指定短期入所療養介護事業所にあつては、指定短期入所療養介護を提供する病室及び病室の定員を超えることとなる利用者数

第五百四十五条(略)

附則

第一章(略)

第五章 附則

数以上の利用者に対して同時に指定短期入所療養介護を行つてはならない。ただし、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

一・二 (略)

第五百四十六条(略)

附則

第一章(略)

第五百四十四条 施行規則第二条の規定により読み替えて適用される施行規則第十四条に規定する厚生労働大臣が定める基準に適合している診療所である指定短期入所療養介護事業所にあつては、当該指定短期入所療養介護事業所における指定短期入所療養介護を提供すべき病室に置くべき看護師若しくは准看護師又は介護職員の見積の合計は、常勤換算方法で、入院患者の数が三又はその端数を増すことにより以上とする。

2 前項の指定短期入所療養介護事業所の設備に関する基準は、次のとおりとする。

一 指定短期入所療養介護を提供すべき病床の床面積は、利用者一人につき六・四平方メートル以上とすること。

二 食堂及び浴室を有すること。

三 機能訓練を行うための場所を有すること。

3 当分の間、第四百四十二条第一項中「」の員数は、「」であるのは「」の員数は、附則第五条第一項の規定あるいは」と、同条第二項中「の入院患者」とあるのは「又は附則第五条第一項の入院患者」と、第四百四十三条中「基準は」とあるのは「基準は、附則第五条第二項の規定あるいは」と、第四百四十四条中「療養室」とあるのは、「療養室、施行規則第二条により読み替えて適用される施行規則第十四条に規定する厚生労働大臣が定める基準に

適合している診療所（以下「基調適合診療所」という。）に係る病室」と、第百五十四条第二号中「療養病室を有する病院」とあるのは「基調適合診療所、療養病室を有する病院」と、「療養病室又は」とあるのは「基調適合診療所、療養病室又は」と、「病床数」とあるのは「病床数（基調適合診療所にあつては、指定短期入所療養介護を提供すべき病室に係る病床数）」と、「病室」とあるのは「病室（基調適合診療所にあつては、指定短期入所療養介護を提供すべき病室）」とする。

○ 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（平成十一年厚生省令第四十号）

（傍線の部分は改正部分）

改	正	案	現	行
		<p>第二章 人員に関する基準</p> <p>（従業者の員数）</p> <p>第二条 介護保険法（平成九年法律第百二十三号、以下「法」という。）第九十七条第二項の規定による介護老人保健施設に置くべき医師、看護師、介護支援専門員及び介護その他の業務に従事する従業者の員数は、次のとおりとする。</p> <p>一～三（略）</p> <p>四 支援相談員 一以上（入所者の数が百を超える場合にあつては、常勤の支援相談員一名に加え、常勤換算方法で、百を超える部分を百で除して得た数以上。）</p> <p>五 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 常勤換算方法で入所者の数を百で除して得た数以上</p> <p>六～八（略）</p> <p>2～7（略）</p>	<p>第二章 人員に関する基準</p> <p>（従業者の員数）</p> <p>第二条 介護保険法（平成九年法律第百二十三号、以下「法」という。）第九十七条第二項の規定による介護老人保健施設に置くべき医師、看護師、介護支援専門員及び介護その他の業務に従事する従業者の員数は、次のとおりとする。</p> <p>一～三（略）</p> <p>四 支援相談員 入所者の数が百又はその端数を増す」とに「以上」</p> <p>五 理学療法士又は作業療法士 常勤換算方法で入所者の数を百で除して得た数以上</p> <p>六～八（略）</p> <p>2～7（略）</p>	

○ 指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（平成 11 年 9 月 17 日老企第 25 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

改 正 前	改 正 後
<p><u>所の名称、所在地及び電話番号を記載すること。</u></p> <p>② 「外来・入退院年月日」の欄には、<u>利用開始及び終了年月日を記載すること。</u></p> <p>(3)～(8) (略)</p> <p>四 訪問リハビリテーション</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 運営に関する基準</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) 訪問リハビリテーション計画の作成（居宅基準第八十一条）</p> <p>①～④ (略)</p> <p>(4)・(5) (略)</p> <p>五 居宅療養管理指導</p> <p>1 人員に関する基準（居宅基準第八十五条）</p>	<p>(2)～(7) (略)</p> <p>四 訪問リハビリテーション</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 運営に関する基準</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) 訪問リハビリテーション計画の作成（居宅基準第八十一条）</p> <p>①～④ (略)</p> <p>⑤ <u>平成二十一年の介護報酬改定においてリハビリマネジメント加算が本体報酬に包括化された趣旨を踏まえ、リハビリテーションの実施は以下手順を踏まえて行われることが望ましい。</u></p> <p>イ <u>医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が多職種協同によりリハビリテーションに関する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）とそれに基づく評価を行って訪問リハビリテーション計画の作成を行うこと。</u></p> <p>ロ <u>必要に応じ、介護支援専門員を通して、他の居宅サービス事業所のサービス担当者に対してリハビリテーションに関する情報伝達（日常生活上の留意点、介護の工夫等）や連携を図るとともに、居宅サービス計画の変更の依頼を行うこと。</u></p> <p>ハ <u>利用者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すとともに、その内容を利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。</u></p> <p>ニ <u>利用を終了する前に、関連スタッフによる終了前リハビリテーションカンファレンスを行うこと。その際、終了後に利用予定の居宅介護支援事業所の居宅介護支援専門員や他の居宅サービス事業所のサービス担当者等の参加を求めること。</u></p> <p>ホ <u>利用終了時には、サービス担当者会議等を通じて、居宅介護支援事業所の介護支援専門員や利用者の主治の医師に対してリハビリテーションに必要な情報提供を行うこと。</u></p> <p>(4)・(5) (略)</p> <p>五 居宅療養管理指導</p> <p>1 人員に関する基準（居宅基準第八十五条）</p>

はすでに五人とみなされていることから、これを上限としなければならぬ。

(4) (略)

七 通所リハビリテーション

1 人員に関する基準

(1) 指定通所リハビリテーション事業所

① 略

② 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員（以下「従事者」という。）（第二号）

イ 利用者数は、専従する従事者二人に対し一単位二〇人以内とし、一日二単位を限度とすること。

ロ 専従する従事者のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、常勤換算方法で、〇・二人以上確保されていること。

はすでに八人とみなされていることから、これを上限としなければならぬ。

(4) (略)

七 通所リハビリテーション

1 人員に関する基準

(1) 指定通所リハビリテーション事業所

① 略

② 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員（以下「従事者」という。）（第二号）

イ 指定通所リハビリテーションの単位とは、同時に、一体的に提供される指定通所リハビリテーションをいうものであることから、例えば、次のような場合は、二単位として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要がある。

a 指定通所リハビリテーションが同時に一定の距離を置いた二つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているといえない場合

b 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合

ロ 六時間以上八時間未満の通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行う場合にあっては、事業所の実情に応じて、適当数の従業者を配置するものとする。

ハ 提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる従業者を確保するとは、指定通所リハビリテーションの単位ごとに理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員について、提供時間帯に当該職種の従業者が常に居宅基準上求められる数以上確保されるよう必要な配置を行うよう定めたものである（例えば、提供時間帯を通じて専従する従業者が二人必要である場合、提供時間帯の二分の一ずつの時間専従する従業者の場合は、その員数としては四人が必要となる。）。

また、専ら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が、利用者が百人又はその端数を増すごとに一以上確保するとは、指定通所リハビリテーションのうち、リハビリテーションを提供する時間帯に、当該職種の従事者が常に確保されるよう必要な配置を行うよう定めたものであり、所要

(2) 指定通所リハビリテーション事業所が診療所であって、指定通所リハビリテーションの提供が同時に一〇人以下の利用者に対して一体的に行われるものを単位とする場合（居宅基準第百十一条第二項）

① 医師（第一号）

イ 専任の医師が一人勤務していること。

ロ 利用者数は、専任の医師一人に対し一日四〇人以内であること。

② 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護

時間一時間から二時間の通所リハビリテーションを行う場合であって、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位におけるリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算することができる。

ニ なお、ここでいう利用者の数又は利用定員は、単位ごとの指定通所リハビリテーションについての利用者の数又は利用定員をいうものであり、利用者の数は実人員、利用定員は、あらかじめ定めた利用者の数の上限をいうものである。従って、例えば、一日のうちの午前の提供時間帯に利用者一〇人に対して指定通所リハビリテーションを提供し、午後の提供時間帯に別の利用者一〇人に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合であって、それぞれの指定通所リハビリテーションの定員が一〇人である場合には、当該事業所の利用定員は一〇人、必要となる従業者の員数は午前午後それぞれ一人ということとなり、人員算定上午前の利用者の数と午後の利用者の数が合算されるものではない。

ホ 同一事業所で複数の単位の指定通所リハビリテーションを同時に行う場合には、同時に行われる単位の数の常勤の従業者が必要となるものである（居宅基準第百十一条第一項・第二項関係）。

ヘ 従事者一人が一日に行うことのできる指定通所リハビリテーションは二単位までとすること。ただし、一時間から二時間までの通所リハビリテーションについては〇・五単位として扱う。

(2) 指定通所リハビリテーション事業所が診療所である場合

① 医師（第一号）

イ 利用者の数が同時に一〇人を超える場合にあっては、(1)①を準用すること

ロ 利用者の数が同時に一〇人以下の場合にあっては、次に掲げる要件に適合していること

a 専任の医師が一人勤務していること。

b 利用者数は、専任の医師一人に対し一日四八人以内であること。

② 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護

師若しくは介護職員（以下「従事者」という。）（第二号）

イ 利用者数は、専従する従事者一人に対し一単位一〇人以内とし、一日二単位を限度とする。

ロ 専従する従事者のうち理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は経験を有する看護師が、常勤換算方法で、〇・一人以上確保されていること。

師若しくは介護職員（以下「従事者」という。）（第二号）

イ 指定通所リハビリテーションの単位とは、同時に、一体的に提供される指定通所リハビリテーションをいうものであることから、例えば、次のような場合は、二単位として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従事者を確保する必要がある。

a 指定通所リハビリテーションが同時に一定の距離を置いた二つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているといえない場合

b 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合

ロ 六時間以上八時間未満の通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行う場合にあっては、事業所の実情に応じて、適当数の従事者を配置するものとする。

ハ 提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる従事者を確保するとは、指定通所介護の単位ごとに理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員について、提供時間帯に当該職種の従事者が常に居宅基準上求められる数以上確保されるよう必要な配置を行うよう定めたものである（例えば、提供時間帯を通じて専従する従事者が二人必要である場合、提供時間帯の二分の一ずつの時間専従する従事者の場合は、その員数としては四人が必要となる。）。

また、専従する従事者のうち理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は経験を有する看護師が、常勤換算方法で、〇・一人以上確保されていることとし、所要時間一時間から二時間の通所リハビリテーションを行う場合であって、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位におけるリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算することができる。

ニ なお、ここでいう利用者の数又は利用定員は、単位ごとの指定通所リハビリテーションについての利用者の数又は利用定員をいうものであり、利用者の数は実人員、利用定員は、あらかじめ定めた利用者の数の上限をいうものである。従って、例えば、一日のうちの午前の提供時間帯に利用者一〇人に対して指定通所リハビリテーションを提供し、午後の提供時間帯に別の利用者一

△ 経験を有する看護師とは、診療報酬の算定方法に定める重度認知症患者デイケア、精神科デイケア、作業療法（老人作業療法を含む。）、理学療法（老人理学療法を含む。）に係る施設基準の届出を行った保険医療機関等又は「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」（平成十二年厚生省告示第十九号）に定める通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定通所リハビリテーション事業所、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防の効果的な支援の方法に関する基準」（平成十八年厚生労働省告示第三十五号）に定める介護予防通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定介護予防通所リハビリテーション事業所、「厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数」（平成十二年厚生省告示第三十号）に定める理学療法、作業療法に係る施設基準の届出を行った介護保険施設において、それらに一年以上従事した者であること。

2 (略)

3 準用
(略)

① 居宅基準第十三条中「心身の状況」とあるのは「心身の状況、病歴」と読み替えられることに留意されたいこと。

② 準用される居宅基準第六十五条は、指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、これまでどおり健康手帳の医療に関するページに、

〇人に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合であって、それぞれの指定通所リハビリテーションの定員が一〇人である場合には、当該事業所の利用定員は一〇人、必要となる従業者の員数は午前午後それぞれ一人ということとなり、人員算定上午前の利用者の数と午後の利用者の数が合算されるものではない。

ホ 同一事業所で複数の単位の指定通所リハビリテーションを同時に行う場合には、同時に行われる単位の数の常勤の従業者が必要となるものである（居宅基準百十一条第一項・第二項関係）。

ヘ 従事者一人が一日に行うことのできる指定通所リハビリテーションは二単位までとすること。ただし、一時間から二時間までの通所リハビリテーションについては〇・五単位として扱う。

ト 経験を有する看護師とは、診療報酬の算定方法に定める重度認知症患者デイケア、精神科デイケア、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料に係る施設基準の届出を行った保険医療機関等又は「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」（平成十二年厚生省告示第十九号）に定める通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定通所リハビリテーション事業所、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防の効果的な支援の方法に関する基準」（平成十八年厚生労働省告示第三十五号）に定める介護予防通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定介護予防通所リハビリテーション事業所、「厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数」（平成十二年厚生省告示第三十号）に定める理学療法、作業療法に係る施設基準の届出を行った介護保険施設において、それらに一年以上従事した者であること。

2 (略)

3 準用
(略)

① 居宅基準第十三条中「心身の状況」とあるのは「心身の状況、病歴」と読み替えられることに留意されたいこと。

- 指定通所リハビリテーションにおける理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に係る人員基準及び介護報酬上の取扱いについて（平成15年5月30日老振発第0530001号・老老発第0530001号 厚生労働省老健局振興・老人保健課長連名通知）

改正前	改正後
<p>1 指定通所リハビリテーションにおける理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に係る人員基準上の取扱い</p> <p>基準省令第百十一条第一項第二号の規定により、指定通所リハビリテーションの単位ごとに、<u>その提供を行う時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供にあたる従事者が二人以上確保され、このうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が常勤換算方法で〇・二人以上確保されていることを要するものであること。</u></p> <p>なお、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士については、指定通所リハビリテーションの基本方針(基準省令第百十条)に照らし、原則として、通所リハビリテーションの単位ごと、かつ営業日ごとに適切に配置することが望ましいものであること。</p> <p>2 指定通所リハビリテーションにおける理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に係る介護報酬上の取扱い</p> <p>理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が常勤換算方法で〇・二人以上勤務していない週に提供された指定通所リハビリテーショ</p>	<p>指定通所リハビリテーションにおける理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に係る人員基準上の取扱い</p> <p>基準省令第百十一条第一項第二号の規定により、指定通所リハビリテーションの単位ごとに、<u>利用者の数が十人までは、その提供を行う時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供にあたる従事者が一人以上、利用者の数が十人を超える場合は、利用者の数を十で除した数以上確保されていることとし、これらのうち、専ら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は、利用者が百人、又はその端数を増すごとに一以上確保されていることを要するものであること。</u></p> <p>なお、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士については、指定通所リハビリテーションの基本方針(基準省令第百十条)に照らし、原則として、通所リハビリテーションの単位ごと、かつ営業日ごとに適切に配置することが望ましいものであること。</p>

ンについては、当該単位について当該週を通じて所定単位数に一〇〇分の七〇を乗じて得た単位数を算定するものであること。

○ 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について（平成12年3月17日老企第44号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

改 正 前	改 正 後
<p>第一～第三 (略)</p> <p>第四 運営に関する基準</p> <p>1～14 (略)</p> <p>15 機能訓練</p> <p>基準省令第十七条は、介護老人保健施設の入所者に対する機能訓練については、医師、理学療法士若しくは作業療法士又は言語聴覚士（理学療法士又は作業療法士に加えて配置されている場合に限る。）の指導のもとに計画的に行うべきことを定めたものであり、特に、訓練の目標を設定し、定期的に評価を行うことにより、効果的な機能訓練が行えるようにすること。</p> <p>なお、機能訓練は入所者一人について、少なくとも週二回程度行うこと。</p> <p>16 (略)</p> <p>17 食事の提供（基準省令第十九条）</p> <p>(1) 食事の提供について</p>	<p>第一～第三 (略)</p> <p>第四 運営に関する基準</p> <p>1～14 (略)</p> <p>15 機能訓練</p> <p>基準省令第十七条は、介護老人保健施設の入所者に対する機能訓練については、医師、理学療法士若しくは作業療法士又は言語聴覚士（理学療法士又は作業療法士に加えて配置されている場合に限る。）の指導のもとに計画的に行うべきことを定めたものであり、特に、訓練の目標を設定し、定期的に評価を行うことにより、効果的な機能訓練が行えるようにすること。</p> <p>なお、機能訓練は入所者一人について、少なくとも週二回程度行うこととする。</p> <p><u>また、その実施は以下の手順により行うこととする。</u></p> <p><u>イ 医師、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て、入所者ごとのリハビリテーション実施計画を作成すること。リハビリテーション実施計画の作成に当たっては、施設サービス計画との整合性を図るものとする。なお、リハビリテーション実施計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもってリハビリテーション実施計画の作成に代えることができるものとする。</u></p> <p><u>ロ 入所者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーションを行うとともに、入所者の状態を定期的に記録すること。</u></p> <p><u>ハ 入所者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと。</u></p> <p><u>ニ リハビリテーションを行う医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、看護職員、介護職員その他の職種の者に対し、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すること。</u></p> <p>16 (略)</p> <p>17 食事の提供（基準省令第十九条）</p> <p>(1) 食事の提供について</p>

入所者の栄養状態、身体の状態並びに病状及び嗜好を定期的に把握し、それに基づき計画的な食事の提供を行うこと。(略)

(2)～(7) (略)

18～33 (略)

第五・第六 (略)

個々の入所者の栄養状態に応じて、摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養管理を行うように努めるとともに、入所者の栄養状態、身体の状態並びに病状及び嗜好を定期的に把握し、それに基づき計画的な食事の提供を行うこと。(略)

(2)～(7) (略)

18～33 (略)

第五・第六 (略)

○ 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、<u>関連職種と共同して、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 ²)	() 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 -

(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 ¹⁾ (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 ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)
	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 ²⁾		[]	[]	[]	[]
食生活状況等	食事摂取量 ・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 (療養食の指示、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) ³⁾					
①嚥下 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・判断	問題点 ³⁾	□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、忌欲、嗜好など)				
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

付表9 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市										
	連絡先	電話番号					FAX 番号					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文						第	条第	項第	号			
事業所種別	①介護老人保健施設				(該当に○を記入)							
	②指定介護療養型医療施設											
	③療養病床を有する病院・診療所											
	④診療所											
	⑤老人性認知症疾患療養病棟を有する病院											
指定申請を行う病棟部分の入院患者または利用者の定員										人		
指定申請を行う病棟部分の入院患者の数(上記④⑤に該当の場合記入)										人		
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)										
	氏名											
	生年月日	住所										
指定申請を行う病棟部分の従業者の職種・員数(④⑤の場合記入)			担当医師	看護職員	介護職員	作業療法士	精神保健福祉士等	一看護単位あたりの病床数				
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常勤(人)												
非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)												
基準上の必要人数(人)												
適合の可否												
指定申請を行う病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載項目(④⑤の場合記入)						基準上の必要数値			適合の可否			
④	利用者1人あたり床面積				㎡		㎡以上					
	⑤	病室1病室の病床数				床		床以上				
		入院患者1人あたり床面積				㎡		㎡以上				
	老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積				㎡		㎡以上					
	廊下片廊下の幅				m		m以上					
	廊下中廊下の幅				m		m以上					
	生活機能回復訓練室面積				㎡		㎡以上					
デイルームと面会室の合計面積				㎡		㎡以上						
主な 揭示事項	利用料		法定代理受領分(一割負担分)									
			法定代理受領分以外									
	その他の費用											
	通常の送迎の実施地域											
添付書類			別添のとおり									

- 備考
- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別棟に記載した書類を添付してください。
 - 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 「指定申請に係る施設部分の入院患者又は入所者の定員」欄は、当該施設のうち、短期入所療養介護に供する部分の定員について記載すること。
 - 介護老人保健施設、介護療養型医療施設が行うものについては、法第72条第1項の規定により、指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
 - 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

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名未満の場合にあっては、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。