

平成18年度 介護サービス事業者集団指導 資料1
(介護報酬等関係)

平成19年2月15日(木)・16日(金)

栃木県保健福祉部

平成18年度介護サービス事業者集団指導 資料1(介護報酬等関係)

—目次—

1) 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年老企第36号)	..... 1
2) 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(短期入所サービス 及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要す 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年老企第40号)	..... 33
3) 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年老計発第03170016号・老振発第0317001号・老老発第0317001号)	..... 71
4) 平成18年4月報酬改定関係Q&A集	..... 96
5) 平成18年4月報酬改定等関係本県通知集	..... 186
6) 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年老老発第0907002号)	..... 215
7) 居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント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18年老老発第0331009号)	..... 225
8) 口腔機能向上加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について (平成18年老老発第0331008号)	..... 238
9) 個別機能訓練計画書(参考様式)	..... 250
10) 医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強 化について(平成18年老老発第1225003号・保医発第1225001号)	..... 251

11)介護予防サービスの実施上の留意事項について (H18.10.18 厚生労働省会議資料)	..... 267
12)通所介護費及び通所リハビリテーション費の事業所規模区分の取扱いに ついて(H19.1.31 高齢対策課事務連絡)	..... 271
13)福祉用具貸与費及び介護予防福祉用具貸与費の取扱い等について (平成18年8月14日厚生労働省振興課事務連絡)	..... 278
14)介護予防支援業務の指定居宅介護支援事業所への委託に係る経過措置 期間の延長等について(H18.7.19 厚生労働省振興課事務連絡)	..... 287
15)平成18年4月介護保険施設の運営基準の改正について(感染症対策等)	..... 290
16)「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」等の一部改正について (平成18年老計発第1013001号・老振発第1013001号・老老発第1013001号)	..... 297
17)社会福祉施設における感染症予防対策について	..... 306
18)介護サービス事業所における事故等の報告について	..... 308
19)高齢者の開眼片足立ち時間の測定に関する留意事項について (平成18年9月29日厚生労働省老人保健課事務連絡)	..... 309
20)介護輸送に係る法的取扱いについて(平成18年9月国交省・厚労省事務連絡)	..... 313
21)都道府県・市町村が実施する指導監督の在り方について	..... 315
22)療養病床の再編成に関するスケジュール等について	..... 317
23)指定地域密着型サービス指定・運営基準に規定される研修について	..... 320
24)介護給付費請求事務の留意事項について(国保連合会)	..... 322

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年老企第36号)

第一 届出手続の運用

1 届出の受理

(1) 届出書類の受取り

指定事業者側から統一的な届出様式及び添付書類により、サービス種類ごとの1件書類の提出を受けること(ただし、同一の敷地内において複数種類のサービス事業を行うときは一括提出も可とする。)

(2) 要件審査

届出書類を基に、要件の審査を行い、補正が必要な場合は適宜補正を求めること。この要件審査に要する期間は原則として2週間以内を標準とし、遅くとも概ね1月以内とすること(相手方の補正に要する時間は除く。)

(3) 届出の受理

要件を満たしている場合は受理し、要件を充足せず補正にも応じない場合は、不受理として1件書類を返戻すること。

(4) 国保連合会等への通知

届出を受理した場合は、その旨を届出者及び国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という。)に通知すること。

(5) 届出に係る加算等の算定の開始時期

届出に係る加算等(算定される単位数が増えるものに限る。以下同じ。)については、適正な支給限度額管理のため、利用者や居宅介護支援事業者に対する周知期間を確保する観点から、届出が毎月15日以前になされた場合には翌月から、16日以降になされた場合には翌々月から、算定を開始するものとする。

ただし、平成18年4月から算定を開始する加算等の届出については、上記にかかわらず、同年3月25日以前になされていなければならないものとする。

2 届出事項の公開

届出事項については都道府県において閲覧に供するほか、事業者においても利用料に係る情報として事業所内で掲示することになること。

3 届出事項に係る事後調査の実施

届出事項については、その内容が適正であるかどうか、適宜事後的な調査を行うこと。

4 事後調査等で届出時点で要件に合致していないことが判明した場合の届出の取扱い

① 事後調査等により、届出時点において要件に合致していないことが判明し、所要の指導の上なお改善がみられない場合は、当該届出の受理の取消しを行うこと。この場合、取消しによって当該届出はなかったことになるため、加算については、当該加算全体が無効となるものであること。当該届出に関してそれまで受領していた介護給付費は不当利得になるので返還措置を講ずることは当然であるが、不正・不当な届出をした指定事業者に対しては、厳正な指導を行い、不正・不当な届出が繰り返し行われるなど悪質な場合には、指定の取消しをもって対処すること。

② また、改善がみられた場合においても、要件に合致するに至るまでは当該加算等は算定しないことはもちろん、要件に合致していないことが判明した時点までに当該加算等が算定されていた場合は、不当利得になるので返還措置を講ずること。

5 加算等が算定されなくなる場合の届出の取扱い

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。また、

この場合において、届出を行わず、当該算定について請求を行った場合は、不正請求となり、支払われた介護給付費は不当利得となるので返還措置を講ずることになることは当然であるが、悪質な場合には指定の取消しをもって対処すること。

6 利用者に対する利用者負担金の過払い分の返還

4又は5により不当利得金を市町村へ返還することとなった事業所においては、市町村への返還と同時に、返還の対象となった介護給付費に係る利用者が支払った利用者負担金の過払い分を、それぞれの利用者に返還金に係る計算書を付して返還すること。その場合、返還に当たっては利用者等から受領書を受け取り、施設において保存しておくこと。

第二 居宅サービス単位数表(訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。)に関する事項

1 通則

(1) 算定上における端数処理について

① 単位数算定の際の端数処理

単位数の算定については、基本となる単位数に加減算の計算(何らかの割合を乗ずる計算に限る。)を行う度に、小数点以下の端数処理(四捨五入)を行っていくこととする。つまり、絶えず整数値に割合を乗じていく計算になる。

(例) 訪問介護(身体介護中心30分以上1時間未満で402単位)

・3級ヘルパーの場合70%減算

$$402 \times 0.70 = 281.4 \rightarrow 281 \text{ 単位}$$

・3級ヘルパーで夜間早朝の場合

$$281 \times 1.25 = 351 \rightarrow 351 \text{ 単位}$$

※ $402 \times 0.70 \times 1.25 = 351.75$ として四捨五入するのではない。

② 金額換算の際の端数処理

算定された単位数から金額に換算する際に生ずる1円未満(小数点以下)の端数については「切り捨て」とする。

(例) 上記①の事例で、このサービスを月に5回提供した場合(地域区分は特別区)

$$453 \text{ 単位} \times 5 \text{ 回} = 2,265 \text{ 単位}$$

$$2,265 \text{ 単位} \times 10.72 \text{ 円/単位} = 24,280.8 \text{ 円} \rightarrow 24,280 \text{ 円}$$

なお、サービスコードについては、加算等を加えた一体型の合成コードとして作成しており、その合成単位数は、既に端数処理をした単位数(整数値)である。

(2) サービス種類相互の算定関係について

特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護若しくは地域密着型特定施設入居者生活介護を受けている者については、その他の指定居宅サービス又は指定地域密着型サービスに係る介護給付費(居宅療養管理指導費を除く。)は算定しないものであること。

ただし、特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護の提供に必要な場合に、当該事業者の費用負担により、その利用者に対してその他の居宅サービス又は地域密着型サービスを利用させることは差し支えないものであること。また、短期入所生活介護又は短期入所療養介護を受けている者については、訪問介護費、訪問入浴介護費、訪問看護費、訪問リハビリテーション費、通所介護費及び通所リハビリテーション費並びに夜間対応型訪問介護費、認知症対応型通所介護費及び小規模多機能型居宅介護費は算定しないものであること。

また、同一時間帯に通所サービスと訪問サービスを利用した場合は、訪問サービスの所定単位数は算定できない。たとえば、利用者が通所サービスを受けている時間帯に本人不在の居宅を訪問して掃除等を行うことについては、訪問介護の生活援助として行う場合は、本人の安否確認・健康チェック等も合わせて行うべきものであることから、訪問介護(生活援助が中心の場合)の所定単位数は算定できない。

なお、福祉用具貸与費については、短期入所生活介護又は短期入所療養介護を受けている者についても算定が可能であること。

(3) 施設入所日及び退所日等における居宅サービスの算定について

介護老人保健施設及び介護療養型医療施設の退所（退院）日又は短期入所療養介護のサービス終了日（退所・退院日）については、訪問看護費、訪問リハビリテーション費、居宅療養管理指導費及び通所リハビリテーション費は算定できない。訪問介護等の福祉系サービスは別に算定できるが、施設サービスや短期入所サービスでも、機能訓練やリハビリテーションを行えることから、退所（退院日）に通所介護サービスを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。

また、入所（入院）当日であっても当該入所（入院）前に利用する訪問通所サービスは別に算定できる。ただし、入所（入院）前に通所介護又は通所リハビリテーションを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。

また、施設入所（入院）者が外泊又は介護保健施設サービス費の試行的退所を算定した場合には、外泊時又は試行的退所を算定時に居宅サービスは算定できない。

(4) 同一時間帯に複数種類の訪問サービスを利用した場合の取扱いについて

利用者は同一時間帯にひとつの訪問サービスを利用することを原則とする。ただし、訪問介護と訪問看護、又は訪問介護と訪問リハビリテーションを、同一利用者が同一時間帯に利用する場合は、利用者の心身の状況や介護の内容に応じて、同一時間帯に利用することが介護のために必要であると認められる場合に限り、それぞれのサービスについてそれぞれの所定単位数が算定される。例えば、家庭の浴槽で全身入浴の介助をする場合に、適切なアセスメント（利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することをいう。以下同じ。）を通じて、利用者の心身の状況や介護の内容から同一時間帯に訪問看護を利用することが必要であると判断され、30分以上1時間未満の訪問介護（身体介護中心の場合）と訪問看護（指定訪問看護ステーションの場合）を同一時間帯に利用した場合、訪問介護については402単位、訪問看護については830単位がそれぞれ算定されることとなる。

(5) 複数の要介護者がいる世帯において同一時間帯に訪問サービスを利用した場合の取扱いについてそれぞれに標準的な所要時間を見込んで居宅サービス計画上に位置づける。例えば、要介護高齢者夫婦のみの世帯に100分間訪問し、夫に50分の訪問介護（身体介護中心の場合）、妻に50分の訪問介護（身体介護中心の場合）を提供した場合、夫、妻それぞれ402単位ずつ算定される。ただし、生活援助については、要介護者間で適宜所要時間を振り分けることとする。

(6) 訪問サービスの行われる利用者の居宅について

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーションは、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条の定義上、要介護者の居宅において行われるものとされており、要介護者の居宅以外で行われるものは算定できない。例えば、訪問介護の通院・外出介助については、利用者の居宅から乗降場までの移動、バス等の公共交通機関への乗降、移送中の気分の確認、（場合により）院内の移動等の介助などは要介護者の居宅以外で行われるが、これは居宅において行われる目的地（病院等）に行くための準備を含む一連のサービス行為とみなし得るためである。居宅以外において行われるバス等の公共交通機関への乗降、院内の移動等の介助などのサービス行為だけをもってして訪問介護として算定することはできない。

2 訪問介護費

(1) 「身体介護」及び「生活援助」の意義について

注2の「身体介護」とは、利用者の身体に直接接触して行う介助並びにこれを行うために必要な準備及び後始末並びに利用者の日常生活を営むのに必要な機能の向上等のための介助及び専門的な援助であり、1人の利用者に対して訪問介護員等が1対1で行うものをいう（特別な事情により複数の利用者に対して行う場合は、1回の身体介護の所要時間を1回の利用者の人数で除した結果の利用者1人当たりの所要時間が(4)にいう要件を満たすこと）。その具体例としては、例えば、「食事介助」の場合には、食事摂取のための介助のみならず、

そのための一連の行為(例：声かけ・説明→訪問介護員等自身の手洗等→利用者の手拭き、エプロンがけ等の準備→食事姿勢の確保→配膳→おかずをきざむ、つぶす等→摂食介助→食後安楽な姿勢に戻す→気分の確認→食べこぼしの処理→エプロン・タオルなどの後始末・下膳など)が該当するものであり、具体的な運用にあたっては、利用者の自立支援に資する観点からサービスの実態を踏まえた取扱いとすること。(具体的な取扱いは「訪問介護おけるサービス行為ごとの区分等について」(平成12年3月17日計10号)を参照すること。)

また、「利用者の日常生活を営むのに必要な機能の向上等のための介助及び専門的な援助」とは、利用者の日常生活動作能力などの向上のために利用者の日常生活動作を見守りながら行う手助けや介助に合わせて行う専門的な相談助言を言うこと。

注3の「生活援助」とは、身体介護以外の訪問介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助とされたが、次のような行為は生活援助の内容に含まれないものであるので留意すること。(具体的な取扱いは「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」(平成12年11月16日老振76号)を参照すること。)

- ① 商品の販売や農作業等生業の援助的な行為
- ② 直接本人の援助に該当しない行為
 - ・主として家族の利便に供する行為又は家族が行うことが適当であると判断される行為
- ③ 日常生活の援助に該当しない行為
 - ・訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される行為
 - ・日常的に行われる家事の範囲を超える行為

(2) 訪問介護の区分

訪問介護の区分については、身体介護が中心である場合(以下「身体介護中心型」という。)、生活援助が中心である場合(以下「生活援助中心型」という。)の2区分とされたが、これらの型の適用に当たっては、1回の訪問介護において「身体介護」と「生活援助」が混在するような場合について、全体としていずれかの型の単位数を算定するのではなく、「身体介護」に該当する行為がどの程度含まれるかを基準に、30分を1単位として、「身体介護」と「生活援助」を組み合わせることで算定することとする(3)に詳述)。この場合、身体介護のサービス行為の一連の流れを細かく区分しないよう留意すること。例えば、「食事介助」のサービス行為の一連の流れに配下膳が含まれている場合に、当該配下膳の行為だけをもってして「生活援助」の一つの単独行為として取り扱わない。

いずれの型の単位数を算定するかを判断する際は、まず、身体介護に要する一般的な時間や内容からみて、身体介護を構成する個々の行為を

- ① 比較的手間のかからない体位変換、移動介助、移乗介助、起床介助(寝床から起こす介助)、就寝介助(寝床に寝かす介助)等の「動作介護」
- ② ある程度手間のかかる排泄介助、部分清拭、部分浴介助、整容介助、更衣介助等の「身の回り介護」
- ③ さらに長い時間で手間のかかる食事介助、全身清拭、全身浴介助等の「生活介護」

に大きく分類することとし、その上で、次の考え方を基本に、訪問介護事業者は、居宅サービス計画作成時点において、利用者が選択した居宅介護支援事業者と十分連携を図りながら、利用者の心身の状況、意向等を踏まえ、適切な型が適用されるよう留意するとともに、訪問介護計画の作成の際に、利用者又はその家族等への説明を十分に行い、その同意の上、いずれの型かを確定するものであること。

- ① 身体介護中心型の所定単位数が算定される場合
 - ・専ら身体介護を行う場合
 - ・主として「生活介護」や「身の回り介護」を行うとともに、これに関連して若干の生活援助を行う場合

(例) 簡単な調理の後(5分程度)、食事介助を行う(50分程度)場合(所要時間30分以上1時間未満の身体介護中心型)。

- ② 生活援助中心型の所定単位数が算定される場合
 - ・専ら生活援助を行う場合

- ・生活援助に伴い若干の「動作介護」を行う場合

(例) 利用者の居室から居間までの移動介助を行った後(5分程度)、居室の掃除(50分程度)を行う場合(所要時間30分以上1時間未満の生活援助中心型)。

なお、訪問介護の内容が単なる本人の安否確認や健康チェックであり、それに伴い若干の身体介護又は生活援助を行う場合には、訪問介護費は算定できない。

(3) 1回の訪問介護において身体介護及び生活援助が混在する場合の取扱い

従来、身体介護及び家事援助がそれぞれ同程度行われる場合(以下「複合型」という。)については、1回の訪問介護につき、身体介護と家事援助のいずれが中心とも言いがたい場合も存在することから、利用者と事業者の間での混乱を避けるために設けられ、「身体介護中心型」、「家事援助中心型」の2区分のいずれかへの区分が困難な場合に適用されてきた。しかし、利用者の自立支援に資する観点から適切にサービスが行われていないという指摘がある。

こうした現状を踏まえ、今回の見直しにおいては、「複合型」を廃止することとし、1回の訪問において身体介護及び生活援助が混在する訪問介護を行う必要がある場合は、居宅サービス計画や訪問介護計画の作成に当たって、適切なアセスメントにより、あらかじめ具体的なサービス内容を「身体介護」と「生活援助」に区分してそれに要する標準的な時間で位置付けることとし、30分を1単位として、「身体介護」と「生活援助」を組み合わせで算定することとする。なお、身体介護に生活援助を加算する方式となるが、実際のサービスの提供は身体介護の後に引き続き生活援助を行う場合に限らない。1回の訪問介護の全体時間のうち身体介護に要する時間を合計して判断するため、例えば、生活援助の後に引き続き身体介護を行ってもよい。

(例) 寝たきりの利用者の体位変換を行いながら、ベッドを整え、体を支えながら水差して水分補給を行い、安楽な姿勢をとってもらった後、居室の掃除を行う場合(所要時間1時間以上1時間30分未満)。

[従来の取扱い] 複合型1時間以上1時間30分未満を算定

[見直し後の取扱い] 「身体介護」に該当する行為がどの程度含まれるかを基準に以下のいずれかの組み合わせを算定

- ・身体介護中心型30分未満(231単位) + 生活援助加算30分(83単位) × 2
 - ・身体介護中心型30分以上1時間未満(402単位) + 生活援助加算30分(83単位) × 1
- (この場合、身体介護中心型(30分未満又は30分以上1時間未満)と生活援助中心型(30分以上1時間未満)に分けて、それぞれ算定することはできない。)

(4) 訪問介護の所要時間

訪問介護の所要時間ごとの単位については、所要時間30分未満の身体介護中心型などの単位数を引き上げたが、1日に複数回の短時間の訪問をすることにより、在宅介護のサービス提供体制を強化するために設定したものであり、在宅の要介護者の生活パターンに合わせて訪問介護を行うものである。したがって、単に1回の長時間の訪問介護を複数回に区分して行うことは適切でなく、訪問介護を1日に複数回算定する場合にあっては、算定する時間の間隔は概ね2時間以上とする。

また、所要時間30分未満の身体介護中心型を算定する場合の所要時間は20分程度以上とする。所要時間とは、実際に訪問介護を行った時間をいうものであり、訪問介護のための準備や利用者の移動に要した時間等は含まない。

1日において1人の利用者に対して行われる訪問介護が複数回にわたる場合であっても、それぞれの所要時間が所定の要件を満たさない場合には算定対象とならない。ただし、複数回にわたる訪問介護が一連のサービス行為とみなすことが可能な場合に限り、それぞれの訪問介護の所要時間を合計して1回の訪問介護として算定できる。例えば、午前中に訪問介護員等が診察券を窓口へ提出し(所要時間30分未満)、昼に通院介助を行い、午後薬を受け取りに行く(所要時間30分未満)とした場合には、それぞれの所要時間は30分未満であるため、生活援助(所要時間30分以上1時間未満)として算定できないが、一連のサービス行為(通院介助)とみなして合計して1回の訪問介護(身体介護中心型に引き続き生活援助を行う場

合)として算定できる。

なお、一人の利用者に対して複数の訪問介護員等が交代して訪問介護を行った場合も、1回の訪問介護としてその合計の所要時間に応じた所定単位数を算定する。訪問介護員等ごとに複数回の訪問介護として算定できない。

(5) 「生活援助中心型」の単位を算定する場合

注3において「生活援助中心型」の単位を算定することができる場合として、「利用者が1人暮らしであるか又は家族等が障害、疾病等のため、利用者や家族等が家事を行うことが困難な場合」とされたが、これは、障害、疾病のほか、障害、疾病がない場合であっても、同様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合をいうものであること。

なお、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付ける場合には、居宅サービス計画書に生活援助中心型の算定理由その他やむを得ない事情の内容について記載するとともに、生活全般の解決すべき課題に対応して、その解決に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明確に記載する必要がある。

(6) 「通院等のための乗車又は降車の介助」の単位を算定する場合

① 指定訪問介護事業者が注4の「通院等のための乗車又は降車の介助」にいう介助を行う場合には、当該所定単位数を算定することとし、「身体介護中心型」の所定単位数は算定できない。当該所定単位数を算定するに当たっては、道路運送法（昭和26年法律第183号）等他の法令等に抵触しないよう留意すること。なお、移送行為そのものすなわち運転時間中は当該所定単位数の算定対象ではなく、移送に係る経費（運賃）は、引き続き、評価しない。

② 注4において「通院等のための乗車又は降車の介助」の単位を算定することができる場合、片道につき所定単位数を算定する。よって、乗車と降車のそれぞれについて区分して算定することはできない。

③ 複数の要介護者に「通院等のための乗車又は降車の介助」を行った場合であって、乗降時に1人の利用者に対して1対1で行う場合には、それぞれ算定できる。なお、効率的なサービス提供の観点から移送時間を極小化すること。

④ 利用目的について、「通院等のため」とは、「身体介護中心型」としての通院・外出介助と同じものである。

⑤ サービス行為について、「自らの運転する車両への乗車又は降車の介助」、「乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助」及び「通院先若しくは外出先での受診等の手続き、移動等の介助」とは、それぞれ具体的に介助する行為を要することとする。例えば、利用者の日常生活動作能力などの向上のために、移動時、転倒しないように側について歩き、介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る場合は算定対象となるが、乗降時に車両内から見守るのみでは算定対象とならない。

また、「自らの運転する車両への乗車又は降車の介助」に加えて、「乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助」を行うか、又は、「通院先若しくは外出先での受診等の手続き、移動等の介助」を行う場合に算定対象となるものであり、これらの移動等の介助又は受診等の手続きを行わない場合には算定対象とならない。

⑥ 「通院等のための乗車又は降車の介助」は、「自らの運転する車両への乗車又は降車の介助」、「乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助」及び「通院先若しくは外出先での受診等の手続き、移動等の介助」を一連のサービス行為として含むものであり、それぞれの行為によって細かく区分し、「通院等のための乗車又は降車の介助」又は「身体介護中心型」として算定できない。例えば、通院等に伴いこれに関連して行われる、居室内での「声かけ・説明」・「目的地（病院等）に行くための準備」や通院先での「院内の移動等の介助」は、「通院等のための乗車又は降車の介助」に含まれるものであり、別に「身体介護中心型」として算定できない。

なお、一人の利用者に対して複数の訪問介護員等が交代して「通院等のための乗車又は降車の介助」を行った場合も、1回の「通院等のための乗車又は降車の介助」として算定し、訪問介護員等ごとに細かく区分して算定できない。

⑦ 「通院等のための乗車又は降車の介助」の単位を算定するに当たっては、適切なアセスメ

ントを通じて、生活全般の解決すべき課題に対応した様々なサービス内容の1つとして、総合的な援助の一環としてあらかじめ居宅サービス計画に位置付けられている必要があり、居宅サービス計画において、

ア 通院等に必要であることその他車両への乗降が必要な理由

イ 利用者の心身の状況から乗降時の介助行為を要すると判断した旨

ウ 総合的な援助の一環として、解決すべき課題に応じた他の援助と均衡していることを明確に記載する必要がある。

(7) 「通院等のための乗車又は降車の介助」と「身体介護中心型」の区分

要介護4又は要介護5の利用者に対して、通院等のための乗車

・降車の介助を行うことの前後に連続して相当の所要時間(20～30分程度以上)を要しかつ手間にかかる身体介護を行う場合には、その所要時間に応じた「身体介護中心型」の所定単位数を算定できる。この場合には、「通院等のための乗車又は降車の介助」の所定単位数は算定できない。

(例) (乗車の介助の前に連続して)寝たきりの利用者の更衣介助や排泄介助をした後、ベッドから車いすへ移乗介助し、車いすを押して自動車へ移動介助する場合。

(8) 「通院等のための乗車又は降車の介助」と通所サービス・短期入所サービスの「送迎」の区分

通所サービス又は短期入所サービスにおいて利用者の居宅と当該事業所との間の送迎を行う場合は、当該利用者の心身の状況により当該事業所の送迎車を利用することができないなど特別な事情のない限り、通所サービス又は短期入所サービスの送迎加算を算定することとし、「通院等のための乗車又は降車の介助」は算定できない。

(9) 訪問介護計画上3級ヘルパーの派遣が予定されている場合に3級ヘルパー以外の訪問介護員等により訪問介護が行われた場合の取扱い

訪問介護計画上、3級ヘルパーが派遣されることとされている場合に、事業所の事情により3級ヘルパー以外の訪問介護員等が派遣される場合については、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定すること。

(10) 2人の訪問介護員等による訪問介護の取扱い等

① 2人の訪問介護員等による訪問介護

2人の訪問介護員等による訪問介護について、所定単位数の100分の200に相当する単位数が算定される場合のうち、厚生労働大臣が定める者等(平成12年厚生省告示第23号。以下「23号告示」という。)第2号イの場合としては、体重が重い利用者に入浴介助等の重介護を内容とする訪問介護を提供する場合等が該当し、同号ハの場合としては、例えば、エレベーターのない建物の2階以上の居室から歩行困難な利用者を外出させる場合等が該当するものであること。したがって、単に安全確保のために深夜の時間帯に2人の訪問介護員等によるサービス提供を行った場合は、利用者側の希望により利用者や家族の同意を得て行った場合を除き、所定単位数の100分の200に相当する単位数は算定されない。

なお、通院・外出介助において、1人の訪問介護員等が車両に同乗して気分の確認など移送中の介護も含めた介護行為を行う場合には、当該車両を運転するもう1人の訪問介護員等は別に「通院等のための乗車又は降車の介助」を算定することはできない。

② 訪問介護員等のうち1人が3級ヘルパーである場合の取扱い

派遣された2人の訪問介護員等のうちの1人がいわゆる3級ヘルパーで、1人がそれ以外の者である場合については3級ヘルパーについては所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を、それ以外のヘルパーについては所定単位数を、それぞれ別に算定すること(したがって、結果として、所定単位数に100分の170を乗じて得た単位数が算定されるものであること。)

(11) 早朝・夜間、深夜の訪問介護の取扱い

居宅サービス計画上又は訪問介護計画上、訪問介護のサービス開始時刻が加算の対象となる時間帯にある場合に、当該加算を算定するものとする。なお、利用時間が長時間にわたる場合に、加算の対象となる時間帯におけるサービス提供時間が全体のサービス提供時間

に占める割合がごくわずかな場合においては、当該加算は算定できない。

(12) 特別地域訪問介護加算の取扱い

注10の「その一部として使用される事務所」とは、待機や道具の保管着、替え等を行う出張所等(以下「サテライト事業所」という。)を指し、例えば、本体の事業所が離島等以外に所在し、サテライト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訪問介護員等による訪問介護は加算の対象とならず、サテライト事業所を業務の本拠とする訪問介護員等による訪問介護は加算の対象となるものであること。

サテライト事業所のみが離島等に所在する場合には、当該サテライト事業所を本拠とする訪問介護員等を明確にするとともに、当該サテライト事業所からの提供した具体的なサービスの内容等の記録を別に行い、管理すること。

(13) 特定事業所加算

特定事業所加算の各算定要件については、次に定めるところによる。

① 体制要件

厚生労働大臣が定める基準(平成12年厚生省告示第25号。以下「25号告示」という。)第一号イ(1)の「個別の訪問介護員等に係る研修計画」については、当該事業所におけるサービス従事者の資質向上のための研修内容の全体像と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、訪問介護員等について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等について、少なくとも年度が始まる3月前まで(平成18年度にあっては、同年3月25日まで)に次年度の計画を定めなければならない。なお、年度の途中で加算取得の届出をする場合にあっては、当該届出を行うまでに当該計画を策定することで差し支えない。

同号イ(2)(一)の「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達又は当該指定訪問介護事業所における訪問介護員等の技術指導を目的とした会議」とは、サービス提供責任者が主宰し、登録ヘルパーも含めて、当該事業所においてサービス提供に当たる訪問介護員等のすべてが参加するものでなければならない。なお、実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、サービス提供責任者ごとにいくつかのグループ別に分かれて開催することで差し支えない。会議の開催状況については、その概要を記録しなければならない。なお、「定期的」とは、少なくともおおむね1月に1回以上開催されている必要がある。

同号イ(2)(二)の「当該利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項」とは、少なくとも、次に掲げる事項について、その変化の動向を含め、記載しなければならない。

- ・利用者のADLや意欲の状況
- ・利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望
- ・家族を含む環境
- ・前回のサービス提供時の状況
- ・その他サービス提供に当たって必要な事項

同号イ(2)(二)の「文書等の確実な方法」とは、直接面接しながら文書を手交する方法のほか、FAX、メール等によることも可能である。

また、同号イ(2)(二)の訪問介護員等から適宜受けるサービス提供終了後の報告内容について、サービス提供責任者は、文書にて記録を保存しなければならない。

同号イ(3)の健康診断等については、労働安全衛生法により定期に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、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なければならない。平成18年度については、当該健康診断等が当該年度中に実施されることが計画されていることをもって足りるものとする。また、年度途中から新規に事業を開始する場合においても、同様の取扱いとする。

② 人材要件

第一号イ(4)の介護福祉士の割合については、常勤換算方法により算定すること。

第一号イ(6)の「5年以上の実務経験」は、介護に関する業務に従事した期間をいうものであり、必ずしも介護福祉士資格を有する期間でなくとも差し支えない。

③ 重度対応要件

第一号イ(7)については、届出を行った月以降においても、毎月ごとに直近3月間の「利用実人員」の総数に占める要介護4又は要介護5の者の数の割合が20%以上を継続的に維持しなければならない。なお、その割合については、毎月ごとに記録するものとし、20%を下回った場合については、直ちに第一の5の届出を提出しなければならない。

3 訪問入浴介護費

(1) 看護、介護職員の取扱い

訪問入浴介護については、人員の算定上、看護職員を介護職員として数えることができるものであること。例えば、派遣する3人の職員のうち2人が看護職員であっても差し支えないこと。

(2) 利用者の身体の状況等に支障を生ずるおそれがないと認められる場合の取扱い

注2の場合に、訪問入浴介護の提供に当たる3人の職員のうち、看護職員が含まれている場合であっても所定単位数に100分の95を乗じて得た単位数が算定されることには変わりがないものであること。

(3) 利用者の心身の状況により入浴を見合わせた場合の取扱い

実際に入浴を行った場合に算定の対象となり、入浴を見合わせた場合には算定できない。ただし、利用者の希望により清拭、部分浴を実施した場合には、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定できる。

4 訪問看護費

(1) 「通院が困難な利用者」について

訪問看護費は「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、通院の可否にかかわらず、療養生活を送る上での居宅での支援が不可欠な者に対して、ケアマネジメントの結果、訪問看護の提供が必要と判断された場合は訪問看護費を算定できるものである。「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通院サービスを優先すべきということである。

(2) 訪問看護指示の有効期間について

訪問看護費は、訪問看護ステーションにあっては、主治の医師の判断に基づいて交付（2か所以上の訪問看護ステーションからの訪問看護の場合は各訪問看護ステーションごとに交付）された指示書の有効期間内に訪問看護を行った場合に算定する。なお、当該訪問看護に係る指示料は、介護老人保健施設からの退所時若しくは介護療養型医療施設からの退院時に係るものを除き、医療保険に請求すべきものであること。

なお、医療機関にあっては、指示を行う医師の診療の日から1月以内に行われた場合に算定する。別の医療機関の医師から診療情報提供を受けて、訪問看護を実施した場合には、診療情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から1月以内に行われた場合に算定する。

(3) 20分未満の訪問の算定について

20分未満の訪問は、日中等の訪問における十分な観察、必要な助言・指導が行われることを前提として行われるものであり、したがって、訪問看護計画上月を通じて20分未満の訪問のみが設定されることは適切ではなく、日中における訪問と併せて設定されること。

(4) 理学療法士等の訪問について

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下この項において「理学療法士等」という。）による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、保健師又は看護師の代わりに訪問させるという位置付けのものであり、したがって、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ることは適切ではない。

なお、言語聴覚士による訪問において提供されるものは、あくまで看護業務の一部であることから、言語聴覚士の業務のうち保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）の規定に関わらず業とすることができるとされている診療の補助行為（言語聴覚士法（平成9年法

律第132号) 第42条第1項)に限る。

(5) 末期の悪性腫瘍の患者等の取扱いについて

末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾病等(23号告示第3号を参照のこと。)の患者については、医療保険の給付の対象となるものであり、訪問看護費は算定しない。

(6) 2人の看護師等が同時に訪問看護を行う場合について

2人の看護師等が同時に訪問看護を行う場合においても、1人の看護師等が訪問看護を行った場合の所定単位数を算定するものとする。

(7) 居宅サービス計画上准看護師の訪問が予定されている場合に准看護師以外の看護師等により訪問看護が行われた場合の取扱い

居宅サービス計画上、准看護師が訪問することとされている場合に、事業所の事情により准看護師以外の看護師等が訪問する場合については、所定単位数に100分の90を乗じて得た単位数を算定すること。また、居宅サービス計画上、准看護師以外の看護師等が訪問することとされている場合に、准看護師が訪問する場合については、准看護師が訪問する場合の単位数(所定単位数の100分の90)を算定すること。

(8) 早朝・夜間、深夜の訪問看護の取扱い

訪問介護と同様であるので、2(11)を参照されたい。なお、20分未満の訪問の場合についても、同様の取扱いとする。

(9) 特別地域訪問看護加算の取扱い

訪問介護と同様であるので、2(12)を参照されたい。

なお、当該加算は所定単位数の15%加算としているが、この場合の所定単位数には緊急時訪問看護加算、特別管理加算及びターミナルケア加算を含まないこと。

(10) 緊急時訪問看護加算

① 緊急時訪問看護加算については、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある事業所において、当該事業所の看護師等が指定訪問看護を受けようとする者に対して、当該体制にある旨及び計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を行った場合には当該加算の他に所定単位数を算定する旨を説明し、その同意を得た場合に、1月につき加算する。

② 緊急時訪問看護加算については、当該月の第1回目の介護保険の給付対象となる訪問看護を行った日の所定単位数に加算するものとする。

③ 当該月において計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を行った場合については、当該緊急時訪問の所要時間に応じた所定単位数(准看護師による緊急時訪問の場合は所定単位数の100分の90)を算定する。この場合、居宅サービス計画の変更を要する。

なお、当該緊急時訪問を行った場合には、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算は算定できない。ただし、特別管理加算を算定する状態の者に対する1月以内の2回目以降の緊急時訪問については、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算を算定する。

④ 緊急時訪問看護加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。このため、緊急時訪問看護加算に係る指定訪問看護を受けようとする利用者に説明するに当たっては、当該利用者に対して、他の訪問看護ステーションから緊急時訪問看護加算に係る指定訪問看護を受けていないか確認すること。

⑤ 訪問看護を担当する医療機関にあっては、緊急時訪問看護加算の届出は利用者や居宅介護支援事業所が訪問看護事業所を選定する上で必要な情報として届け出させること。なお、訪問看護ステーションにおける緊急時訪問看護加算の算定に当たっては、第一一(5)によらず、届出を受理した日から算定するものとする。

(11) 特別管理加算

① 特別管理加算については、利用者や居宅介護支援事業所が訪問看護事業所を選定する上で必要な情報として届け出させること。

② 特別管理加算は、当該月の第1回目の介護保険の給付対象となる訪問看護を行った日の所定単位数に加算するものとする。なお、当該加算を介護保険で請求した場合は医療保険では重症者管理加算を請求しないこと(緊急時訪問看護加算と医療保険の24時間連絡体制加算と

の関係についても同様とする。)

- ③ 特別管理加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。なお、2か所以上の事業所から訪問看護を利用する場合については、その分配は事業所相互の合議に委ねられる。
- (12) ターミナルケア加算
- ① ターミナルケア加算については、在宅で死亡した利用者の死亡月に加算することとされているが、ターミナルケアを行った日が月の末日の場合であって、利用者の死亡月がその翌月である場合には、ターミナルケアを行った日の属する月に算定することとする。
- ② ターミナルケア加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。
- ③ ターミナルケアの提供においては、次に掲げる事項を訪問看護記録書に記録しなければならない。
- ア 終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録
 - イ 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及びこれに対するケアの経過についての記録
 - ウ 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し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録
- ④ 訪問看護においてターミナルケアを実施中に、死亡診断を目的として医療機関へ搬送し、24時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルケア加算を算定することができるものとする。
- (13) 主治の医師の特別な指示があった場合の取扱い
- 利用者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別指示(指定訪問看護ステーションにおいては特別指示書の交付)があった場合は、交付の日から14日間を限度として医療保険の給付対象となるものであり、訪問看護費は算定しない。なお、医療機関の訪問看護の利用者について、急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要があつて、医療保険の給付対象となる場合には、頻回の訪問看護が必要な理由、その期間等については、診療録に記載しなければならない。
- (14) 介護老人保健施設及び介護療養型医療施設を退所・退院した日の訪問看護の取扱い
- 介護老人保健施設及び指定介護療養型医療施設を退所・退院した日については、第二の1の(3)に関わらず、厚生労働大臣が定める状態(23号告示第4号を参照のこと。)にある利用者に関し、訪問看護費を算定できることとする。
- なお、短期入所療養介護のサービス終了日(退所・退院日)においても同様である。

5 訪問リハビリテーション費

(1) 算定の基準について

- ① 訪問リハビリテーションは、指示を行う医師の診療の日(介護老人保健施設の医師においては、入所者の退所時あるいはその直近に行った診療の日)から1月以内に行われた場合に算定する。別の医療機関の医師から情報提供を受けて、訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から1月以内に行われた場合に算定する。
- ② 訪問リハビリテーションは、利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して20分以上指導を行った場合に算定する。
- ③ 事業所が介護老人保健施設である場合にあつて、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、利用者の居宅を訪問して訪問リハビリテーションを行った場合には、訪問する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の当該訪問の時間は、介護老人保健施設の人員基準の算定に含めないこととする。なお、介護老人保健施設による訪問リハビリテーションの実施にあたっては、介護老人保健施設において、施設サービスに支障のないよう留意する。
- (2) 「通院が困難な利用者」について
- 訪問リハビリテーション費は「通院が困難な利用者」に対して給付することとされている

が、通院によるリハビリテーションのみでは、家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋状況の確認を含めた訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合は訪問リハビリテーション費を算定できるものである。「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通院サービスを優先すべきということである。

(3) リハビリテーションマネジメント加算

- ① リハビリテーションマネジメントは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② リハビリテーションマネジメントについては、以下のイからホまでに掲げるとおり、実施すること。

イ 利用開始時にその者に対するリハビリテーションの実施に必要な情報を収集しておく、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（以下この項において「関連スタッフ」という。）が多職種協働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（以下この項において「アセスメント」という。）とそれに基づく評価を行ってリハビリテーション実施計画を作成すること。また、作成したリハビリテーション実施計画については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

ロ 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。

ハ 各利用者について、概ね3月ごとに、リハビリテーションに関するアセスメントとそれに基づく評価を行い、リハビリテーション実施計画の見直しを行って、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。なお、短期集中リハビリテーション実施加算を算定している利用者については、病院等からの退院（所）日又は認定日から起算して1月以内の期間にも、アセスメントとそれにもとづく評価を行うこと。

ニ 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。

ホ 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。

- ③ リハビリテーションマネジメント加算は、リハビリテーション実施計画原案を利用者又はその家族に説明し、その同意を得られた日から算定を開始するものとする。

(4) 集中的な訪問リハビリテーションについて

集中的な訪問リハビリテーションとは、1週につき概ね2回以上実施する場合をいう。

(5) 記録の整備について

- ① 医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点を診療録に記入する。

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、リハビリテーション実施計画書の内容を利用者に説明し、記録するとともに、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点及び指導に要した時間を記録にとどめておく。なお、当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすることとする。

- ② リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は利用者ごとに保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること。

6 居宅療養管理指導費

(1) 医師・歯科医師の居宅療養管理指導について

- ① 算定内容

主治の医師及び歯科医師の行う居宅療養管理指導については、計画的かつ継続的な医学的

管理又は歯科医学的管理に基づき、指定居宅介護支援事業者（指定居宅介護支援事業所に属し、利用者に居宅介護支援を行う介護支援専門員。以下この項において「ケアマネジャー」という。）等に対する介護サービス計画（以下この項において「ケアプラン」という。）の策定等に必要な情報提供並びに利用者若しくはその家族等に対する介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に算定する。

なお、当該医師が当該月に医療保険において、「在宅時医学総合管理料」を当該利用者について算定した場合には、当該医師に限り居宅療養管理指導費(Ⅱ)を算定する。

② 「情報提供」及び「指導又は助言」の方法

ア ケアマネジャー等に対する情報提供の方法

ケアプランの策定等に必要な情報提供は、サービス担当者会議への参加により行うことを基本とする（必ずしも文書等による必要はない。）。

当該会議への参加が困難な場合やサービス担当者会議が開催されない場合等においては、下記の「情報提供すべき事項」（薬局薬剤師に情報提供する場合は、診療状況を示す文書等の内容も含む。）について、原則として、文書等（メール、FAX等でも可）により、ケアマネジャー等に対して情報提供を行うことで足りるものとする。

なお、サービス担当者会議等への参加により情報提供を行った場合については、その情報提供の要点を記載すること。当該記載については、医療保険の診療録に記載することは差し支えないが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

また、文書等により情報提供を行った場合については、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

（情報提供すべき事項）

- (a) 基本情報（医療機関名、住所、連絡先、医師・歯科医師氏名、利用者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先等）
- (b) 利用者の病状、経過等
- (c) 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等
- (d) 利用者の日常生活上の留意事項

※ 上記に係る情報提供については、医科診療報酬点数表における診療情報提供料に定める様式を活用して行うこともできることとする。

イ 利用者・家族等に対する指導又は助言の方法

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等に関する指導又は助言は、文書等の交付により行うよう努めること。

なお、口頭により指導又は助言を行った場合については、その要点を記録すること。当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

また、文書等により指導又は助言を行った場合については、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

③ 減算の取扱いについて

居宅療養管理指導（Ⅰ）を算定する場合において、ケアマネジャー等に対する情報提供を行わない場合については、所定単位数から減算されることとなる。

④ 算定回数について

主治の医師及び歯科医師が、1人の利用者について、それぞれ月2回まで算定することができる。

⑤ 算定日について

算定日は、当該月の訪問診療又は往診を行った日とする。また、請求明細書の摘要欄には、訪問診療若しくは往診の日又は当該サービス担当者会議に参加した場合においては、参加日若しくは参加が困難な場合においては、文書等を交付した日を記入することとする。

(2) 薬剤師が行う居宅療養管理指導について

① 薬局薬剤師が行う居宅療養管理指導については、医師又は歯科医師の指示に基づき、薬剤

師が薬学的管理指導計画を策定し、また、医療機関の薬剤師が行う場合にあつては、医師又は歯科医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問して、薬歴管理、服薬指導、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行い、提供した居宅療養管理指導の内容について、利用者又はその家族等に対して積極的に文書等にて提供するよう努め、速やかに記録（薬局薬剤師にあつては、薬剤服用歴の記録、医療機関の薬剤師にあつては、薬剤管理指導記録）を作成するとともに、医師又は歯科医師に報告することとする。また、必要に応じて、指定居宅介護支援事業者等に対して情報提供するよう努めることとする。薬局薬剤師にあつては当該居宅療養管理指導の指示を行った医師又は歯科医師に対し訪問結果について必要な情報提供を文書で行うこととする。また、提供した文書等の写しがある場合は、記録に添付する等により保存することとする。

なお、請求明細書の摘要欄に訪問日を記入することとする。

- ② 薬局薬剤師の策定する「薬学的管理指導計画」は処方医から提供された医師・歯科医師の居宅療養管理指導における情報提供等に基づき、又は必要に応じ処方医と相談しながら、利用者の心身の特性及び処方薬剤を踏まえ策定されるものであり、薬剤の管理方法、処方薬剤の副作用、相互作用等を確認した上、実施すべき指導の内容、利用者宅への訪問回数、訪問間隔等を記載する。

策定した薬学的管理指導計画書は、薬剤服用歴の記録に添付する等により保存する。

原則として、利用者の居宅を訪問する前に策定する。

訪問後、必要に応じ新たに得られた利用者の情報を踏まえ計画の見直しを行う。少なくとも1月に1回は見直しを行うほか、処方薬剤の変更があつた場合にも適宜見直しを行うこと。

- ③ 居宅療養管理指導費を月2回以上算定する場合（がん末期患者に対するものを除く。）にあつては、算定する日の間隔は6日以上とする。がん末期患者については、週2回かつ月8回に限り算定できる。
- ④ 居宅療養管理指導を行った場合には、薬局薬剤師にあつては、薬剤服用歴の記録に、少なくとも以下のア～ツについて記載しなければならない。

ア 利用者の氏名、生年月日、性別、介護保険の被保険者証の番号、住所、必要に応じて緊急時の連絡先等の利用者についての記録

イ 処方した医療機関名及び処方医氏名、処方日、処方内容等の処方についての記録

ウ 調剤日、処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録

エ 利用者の体質、アレルギー歴、副作用等の利用者についての情報の記録

オ 利用者又はその家族等からの相談事項の要点

カ 服薬状況

キ 利用者の服薬中の体調の変化

ク 併用薬（一般用医薬品を含む。）の情報

ケ 合併症の情報

コ 他科受診の有無

サ 副作用が疑われる症状の有無

シ 飲食物（現に利用者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。）の摂取状況等

ス 指導した薬剤師の氏名

セ 訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名

ソ 処方医から提供された情報の要点

タ 訪問に際して実施した薬学的管理の内容（薬剤の保管状況、服薬状況、投薬後の併用薬剤、投薬後の併診、副作用、重複作用、相互作用の確認等）

チ 訪問に際して行った指導の要点

ツ 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点

- ⑤ 居宅療養管理指導を行った場合には、医療機関の薬剤師にあつては薬剤管理指導記録に、少なくとも以下のア～カについて記載しなければならない。

ア 利用者の氏名、生年月日、性別、住所、診療録の番号

- イ 利用者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴
 - ウ 薬学的管理の内容（医薬品の保管状況、服薬状況、重複投薬、配合禁忌等を含む。）
 - エ 利用者への指導及び利用者からの相談の要点
 - オ 訪問指導等の実施日、訪問指導を行った薬剤師の氏名
 - カ その他の事項
- ⑥ 居宅療養管理指導を算定している利用者に投薬された医薬品について、医療機関又は薬局の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに当該利用者の主治医に対し、当該情報を文書により提供するものとする。
- ア 医薬品緊急安全性情報
 - イ 医薬品等安全性情報
- ⑦ 現に他の医療機関又は薬局の薬剤師が居宅療養管理指導を行っている場合は、居宅療養管理指導費は、算定しない。
- ⑧ 居宅において疼痛緩和のために厚生労働大臣が別に定める特別な薬剤（以下「麻薬」という。）は、「麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第2条第1項に規定する麻薬」のうち、使用薬剤の購入価格（薬価基準）（平成14年厚生労働省告示第87号）に記載されている医薬品であり、以降、改定がなされた際には、改定後の最新の薬価基準に記載されているものを意味する。
- ⑨ 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている利用者に対して、麻薬の服用及び保管取扱い上の注意事項等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行った場合に算定する。なお、薬局薬剤師にあつては、処方せん発行医に対して必要な情報提供を行うことが必要である。
- ⑩ 麻薬管理指導加算を算定する場合にあつては、薬局薬剤師にあつては薬剤服用歴の記録に④の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
- ア 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和の状況、麻薬の継続又は増量投与による副作用の有無などの確認等）
 - イ 訪問に際して行った患者又は家族への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、保管管理の指導等）
 - ウ 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用の状況、服薬指導の内容等に関する事項を含む。）の要点
 - エ 利用者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴の記録に添付することで差し支えない。）
- ⑪ 麻薬管理指導加算を算定する場合にあつては、医療機関の薬剤師にあつては薬剤管理指導記録に⑤の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
- ア 麻薬に係る薬学的管理の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、疼痛緩和の状況等）
 - イ 麻薬に係る利用者又は家族への指導・相談事項（麻薬に係る服薬指導、保管管理の指導等）
 - ウ 利用者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項
 - エ その他の麻薬に係る事項
- ⑫ 医師又は歯科医師は、薬剤師への指示事項及び実施後の薬剤師からの報告による留意事項を記載する。なお、当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすることとする。
- また、薬局薬剤師による訪問結果についての必要な情報提供についての文書は、診療録に添付する等により保存することとする。
- (3) 管理栄養士の居宅療養管理指導について
- ① 管理栄養士の行う居宅療養管理指導については、居宅で療養を行っており、通院による療養が困難な利用者について、医師が当該利用者に厚生労働大臣が別に定める特別食を提供する必要性を認めた場合又は当該利用者が低栄養状態にあると医師が判断した場合であつて、当該医師の指示に基づき、管理栄養士が利用者の居宅を訪問し、栄養ケア計画を作成し当該

計画を患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該栄養ケア計画に従った栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談又は助言を30分以上行った場合に算定する。

なお、請求明細書の摘要欄に訪問日を記入することとする。

- ② 管理栄養士は常勤である必要はなく、要件に適合した指導が行われていれば算定できる。
 - ③ 当該居宅療養管理指導に係る指示を行った医師は、訪問診療の結果等に基づき指示した内容の要点を記載し、共同で作成した栄養ケア計画を添付する等により保存する。また、栄養ケア計画に基づき、実際に居宅療養管理指導を行う管理栄養士に対して指示等を行い、指示等の内容の要点を記載する。さらに、栄養ケア計画の見直しに当たっては、管理栄養士の報告を受け、医師の訪問診療の結果等に基づき、指示した内容の要点を記載し、共同で作成した栄養ケア計画を添付する等により保存する。なお、当該記載及び添付については、医療保険の診療録に記載及び添付することとしてもよいが、記載については、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別することとする。
 - ④ 管理栄養士の行う居宅療養管理指導については、以下のアからクまでに掲げるプロセスを経ながら実施すること。
 - ア 利用者の低栄養状態のリスクを、把握すること（以下「栄養スクリーニング」という。）。
 - イ 栄養スクリーニングを踏まえ、利用者の解決すべき課題を把握すること（以下「栄養アセスメント」という。）。
 - ウ 栄養アセスメントを踏まえ、管理栄養士は、医師、歯科医師、看護師、薬剤師その他の職種の人と共同して、利用者ごとに摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮された栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法等）、栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容、利用者又は家族が主体的に取り組むことができる具体的な内容及び相談の実施方法等）、解決すべき事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。また、作成した栄養ケア計画については、居宅療養管理指導の対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
 - エ 栄養ケア計画に基づき、利用者に栄養管理に係る必要な情報提供及び栄養食事相談又は助言を実施するとともに、栄養ケア計画に実施上の問題（栄養補給方法の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。
 - オ 他のサービス等において食生活に関する配慮等が必要な場合には、当該利用者に係る居宅療養管理指導の指示を行った医師を通じ、介護支援専門員に対して情報提供を行うこと。
 - カ 利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、栄養状態のモニタリングを行い、当該居宅療養管理指導に係る指示を行った医師に対する報告を行うこと。なお、低栄養状態のモニタリングにおいては、体重を測定するなど、BMIや体重減少率等から利用者の栄養状態の把握を行うこと。
 - キ 利用者について、概ね3月を目途として、低栄養状態のリスクについて、栄養スクリーニングを実施し、医師の指示のもとに関連職種と共同して当該計画の見直しを行うこと。
 - ク 管理栄養士は、利用者ごとに栄養ケアの提供内容の要点を記録する。なお、交付した栄養ケア計画は栄養ケア提供記録に添付する等により保存すること。
 - ⑤ 心臓疾患等の患者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食並びに高度肥満症（肥満度が+40%以上又はBMIが30以上）の患者に対する治療食を含む。なお、高血圧の患者に対する減塩食（食塩相当量の総量が7.0グラム以下のものに限る。）及び嚥下困難者（そのために摂食不良となった者も含む。）のための流動食は、短期入所生活介護費、短期入所療養介護費、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護療養サービス及び地域密着型介護福祉施設サービスの療養食加算の場合と異なり、居宅療養管理指導の対象となる特別食に含まれる。
- (4) 歯科衛生士等の居宅療養管理指導について

- ① 歯科衛生士等の行う居宅療養管理指導については、訪問歯科診療を行った利用者又はその家族等に対して、当該訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、当該医療機関に勤務（常勤又は非常勤）する歯科衛生士等が、利用者の居宅を訪問して、利用者又はその家族の同意及び訪問診療の結果等に基づき作成した管理指導計画を利用者又はその家族等に対して交付するとともに、当該管理指導計画に従った療養上必要な実地指導を1人の利用者に対して歯科衛生士等が1対1で20分以上行った場合について算定し、実地指導が単なる日常的な口腔清掃等であるなど療養上必要な指導に該当しないと判断される場合は算定できない。

なお、請求明細書の摘要欄に当該居宅療養管理指導に係る指示を行った歯科医師が訪問診療を行った日と歯科衛生士等の訪問日を記入することとする。

- ② 歯科衛生士等の行う居宅療養管理指導は、指示を行った歯科医師の訪問診療の日から起算して3月以内に行われた場合に算定する。
- ③ 歯科衛生士等が居宅療養管理指導を行った時間とは、実際に指導を行った時間をいうものであり、指導のための準備や利用者の移動に要した時間等は含まない。
- ④ 歯科衛生士等の行う居宅療養管理指導については、医療機関に勤務する歯科衛生士等が、当該医療機関の歯科医師からの直接の指示並びに管理指導計画に係る助言等（以下「指示等」という。）を受け、居宅に訪問して実施した場合に算定する。なお、終了後は、指示等を行った歯科医師に直接報告するものとする。
- ⑤ 歯科衛生士等は実地指導に係る記録を作成し、交付した管理指導計画を当該記録に添付する等により保存するとともに、指導の対象となった利用者ごとに利用者氏名、訪問先、訪問日、指導の開始及び終了時刻、指導の要点、解決すべき課題の改善等に関する要点、歯科医師からの指示等、歯科医師の訪問診療に同行した場合には当該歯科医師の診療開始及び終了時刻及び担当者の署名を明記し、指示等を行った歯科医師に報告する。
- ⑥ 歯科衛生士等の行う居宅療養管理指導については、以下のアからカまでに掲げるプロセスを経ながら実施すること。

ア 利用者の口腔機能（口腔衛生、摂食・嚥下機能等）のリスクを、把握すること（以下「口腔機能スクリーニング」という。）。

イ 口腔機能スクリーニングを踏まえ、利用者の解決すべき課題を把握すること（以下「口腔機能アセスメント」という。）。

ウ 口腔機能アセスメントを踏まえ、歯科医師、歯科衛生士その他の職種の者が共同して、利用者ごとに口腔衛生に関する事項（口腔内の清掃、有床義歯の清掃等）、摂食・嚥下機能に関する事項（摂食・嚥下機能の維持・向上に必要な実地指導、歯科保健のための食生活指導等）、解決すべき課題に対し関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載し、利用者の疾病の状況及び療養上必要な実地指導内容や訪問頻度等の具体的な計画を含めた管理指導計画を作成すること。また、作成した管理指導計画については、居宅療養管理指導の対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

エ 管理指導計画に基づき、利用者に療養上必要な実地指導を実施するとともに、管理指導計画に実施上の問題（口腔清掃方法の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。

オ 利用者の口腔機能に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、口腔機能のモニタリングを行い、当該居宅療養管理指導に係る指示を行った歯科医師に対する報告を行うこと。なお、口腔機能のモニタリングにおいては、口腔衛生の評価、反復唾液嚥下テスト等から利用者の口腔機能の把握を行うこと。

カ 利用者について、概ね3月を目途として、口腔機能のリスクについて、口腔機能スクリーニングを実施し、当該居宅療養管理指導に係る指示を行った歯科医師に報告し、歯科医師による指示に基づき、必要に応じて管理指導計画の見直しを行うこと。

なお、管理指導計画の見直しに当たっては、歯科医師その他の職種と共同して行うこと。

- ⑦ 当該居宅療養管理指導に係る指示を行った歯科医師は、訪問診療の結果等に基づき指示した内容の要点を記載し、共同で作成した管理指導計画を添付する等により保存する。また、

管理指導計画に基づき、実際に実地指導を行う歯科衛生士等に対して指示等を行い、指示等の内容の要点を記載する。さらに、管理指導計画の見直しに当たっては、歯科衛生士等の報告を受け、歯科医師の訪問診療の結果等に基づき、指示した内容（療養上必要な実地指導の継続の必要性等）の要点を記載し、共同で作成した管理指導計画を添付する等により保存する。なお、当該記載及び添付については、医療保険の診療録に記載及び添付することとしてもよいが、記載については、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別することとする。

⑧ 利用者の口腔機能の状態によっては、医療における対応が必要である場合も想定されることから、その疑いがある場合は、利用者又は家族等の同意を得て、指示を行った歯科医師、歯科医師を通じた指定居宅介護支援事業者等への情報提供等の適切な措置を講じることとする。

(5) その他

居宅療養管理指導に要した交通費は実費を利用者から徴収してもよいものとする。

7 通所介護費

(1) 所要時間による区分の取扱い

所要時間による区分については、現に要した時間ではなく、通所介護計画に位置づけられた内容の通所介護を行うための標準的な時間によることとされたところであり、単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、通所介護のサービスが提供されているとは認められないものであること。したがって、この場合は当初計画に位置づけられた所要時間に応じた所定単位数が算定されるものであること（このような家族等の出迎え等までの間の「預かり」サービスについては、利用者から別途利用料を徴収して差し支えない）。また、ここでいう通所介護を行うのに要する時間には、送迎に要する時間は含まれないものであること。

これに対して、通所介護計画上、6時間以上8時間未満の通所介護を行っていたが、当日の利用者の心身の状況から、5時間の通所介護を行った場合には、6時間以上8時間未満の通所介護の単位数を算定できる。

なお、同一の日の異なる時間帯に2以上の単位（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。以下「指定居宅サービス基準」という。）第93条に規定する指定通所介護の単位をいう。以下同じ。）を行う事業所においては、利用者が同一の日に複数の指定通所介護の単位を利用する場合には、それぞれの通所介護の単位について所定単位数が算定されること。

(2) 2時間以上3時間未満の通所介護を行う場合の取扱い

2時間以上3時間未満の通所介護の単位数を算定できる利用者は、心身の状況から、長時間のサービス利用が困難である者、病後等で短時間の利用から始めて長時間利用に結びつけていく必要がある者など、利用者側のやむを得ない事情により長時間のサービス利用が困難な者（23号告示第9号）であること。なお、2時間以上3時間未満の通所介護であっても、通所介護の本来の目的に照らし、単に入浴サービスのみといった利用は適当ではなく、利用者の日常生活動作能力などの向上のため、日常生活を通じた機能訓練等が実施されるべきものであること。

(3) 6時間以上8時間未満の通所介護の前後に連続して延長サービスを行った場合の加算の取扱い

延長加算は、所要時間6時間以上8時間未満の通所介護の前後に連続して日常生活上の世話をを行う場合について、2時間を限度として算定されるものであり、例えば、定されるものであり、例えば、

① 8時間の通所介護の後に連続して2時間の延長サービスを行った場合

② 8時間の通所介護の前に連続して1時間、後に連続して1時間、合計2時間の延長サービスを行った場合には、2時間分の延長サービスとして100単位が算定される。

また、当該加算は通所介護と延長サービスを通算した時間が8時間以上の部分について算定されるものであるため、例えば、

- ③ 7時間の通所介護の後に連続して2時間の延長サービスを行った場合には、通所介護と延長サービスの通算時間は9時間であり、1時間分(=9時間-8時間)の延長サービスとして50単位が算定される。

なお、延長加算は、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な体制にあり、かつ、実際に延長サービスを行った場合に算定されるものであるが、当該事業所の実情に応じて、適当数の従業者を置いていること。

(4) 事業所規模による区分の取扱い

- ① 事業所規模による区分については、施設基準第1号イ(1)に基づき、前年度(毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。以下この項において同じ。)の1月当たりの平均利用延人員数により算定すべき通所介護費を区分しているところであるが、当該平均利用延人員数の計算に当たっては、同号の規定により、当該指定通所介護事業所に係る指定通所介護事業者が指定介護予防通所介護事業者の指定を併せて受け一体的に事業を実施している場合は、当該指定介護予防通所介護事業所における前年度の1月当たりの平均利用延人員数を含むこととされているところである。したがって、仮に指定通所介護事業者が指定介護予防通所介護事業者の指定を併せて受けている場合であっても、事業が一体的に実施されず、実態として両事業が分離されて実施されている場合には、当該平均利用延人員数には当該指定介護予防通所介護事業所の平均利用延人員数は含めない取扱いとする。
- ② 平均利用延人員数の計算に当たっては、3時間以上4時間未満の報酬を算定している利用者(2時間以上3時間未満の報酬を算定している利用者を含む。)については、利用者数に2分の1を乗じて得た数とし、4時間以上6時間未満の報酬を算定している利用者については利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。また、平均利用延人員数に含むこととされた介護予防通所介護事業所の利用者の計算については、単純に延人員を加えるのではなく、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていくこととする。
- ③ 前年度の実績が6月に満たない事業者(新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む)又は前年度から定員を概ね25%以上変更して事業を実施しようとする事業者においては、当該年度に係る平均利用延人員数については、便宜上、都道府県知事に届け出た当該事業所の利用定員の90%に予定される1月当たりの営業日数を乗じて得た数とする。
- ④ 毎年度3月31日時点において、事業を実施している事業者であって、4月以降も引き続き事業を実施するものの当該年度の通所介護費の算定に当たっては、前年度の平均利用延人員数は、前年度において通所介護費を算定している月(3月を除く。)の1月当たりの平均利用延人員数とする。
- ⑤ なお、注4において定める平均利用延人員数の計算についても、上記①から④と同様の取扱いとする。

(5) 個別機能訓練加算の取扱い

- ① 個別機能訓練加算は、理学療法士等が個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った機能訓練(以下「個別機能訓練」という。)について算定する。
- ② 個別機能訓練加算に係る機能訓練は、1日120分以上、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置して行うものであること。この場合において、例えば、1週間のうち特定の曜日だけ理学療法士等を配置している場合は、その曜日におけるサービスのみが当該加算の算定対象となる。ただし、この場合、理学療法士等が配置される曜日はあらかじめ定められ、利用者や居宅介護支援事業者に周知されている必要がある。なお、通所介護事業所の看護職員が加算に係る機能訓練指導員の職務に従事する場合には、当該職務の時間は、通所介護事業所における看護職員としての人員基準の算定に含めない。
- ③ 個別機能訓練を行うに当たっては、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとにその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を行う。
- ④ 個別機能訓練を行う場合は、開始時及びその3月後に1回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録する。

⑤ 個別機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるようにすること。

(6) 入浴介助加算の取扱い

通所介護入浴介助加算は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合について算定されるものである(23号告示第10号)が、この合の「観察」とは、自立生活支援のための見守りの援助のことであり、利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、力利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のため声かけ、気分の確認などを行うことにより、結果として、身体に接接触する介助を行わなかった場合についても、加算の対象となるものであること。

また、通所介護計画上、入浴の提供が位置付けられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合については、加算を算定できない。

(7) 若年性認知症ケア加算の取扱い

- ① 若年性認知症の利用者に対するサービスを提供するに当たっては、一般の利用者とは区分し行うこと。なお、このことは、人員配置上、若年性認知症の利用者に対するサービス提供は別単位として取り扱うという趣旨ではなく、当該利用者の特性やニーズを踏まえ、一般の利用者とはサービス内容やサービス提供の場を別にするという趣旨であるので留意すること。
- ② 若年性認知症の利用者に対するサービス内容は、授産作業的なアクティビティ、スポーツ、創作的活動等の若年者としてのニーズを踏まえたプログラムとすること。
- ③ 事業を実施する事業者は、若年性認知症の利用者の家族に対して相談支援を行うとともに、若年性認知症に対する情報収集と情報提供に努めること。なお、地域に家族会がある場合など、必要に応じ家族会との情報交換や市町村等を通じた家族会に対する情報提供にも配慮されたいこと。

(8) 栄養マネジメント加算の取扱い

- ① 栄養マネジメント加算の算定に係る栄養改善サービスの提供は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 管理栄養士を1名以上配置して行うものであること。
- ③ 栄養マネジメント加算を算定できる利用者は、BMIが標準を大きく下回る者、体重の減少が認められる者、栄養面や食生活上に問題のある者など低栄養状態にある者又はそのおそれがある者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者とする。
- ④ 栄養改善サービスの提供は、以下のイからニまでに掲げる手順を経てなされる。
 - イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。
 - ロ 利用開始時に、管理栄養士が中心となって、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、栄養状態に関する解決すべき課題の把握（以下「栄養アセスメント」という。）を行い、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、解決すべき栄養管理上の課題等に対し取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。作成した栄養ケア計画については、栄養改善サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
 - ハ 栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等が利用者ごとに栄養改善サービスを提供すること。その際、栄養ケア計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。
 - ニ 利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、概ね3月ごとに体重を測定する等により栄養状態の評価を行い、その結果を当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師に対して情報提供すること。
- ⑤ 概ね3月ごとの評価の結果、次のイからハまでのいずれかに該当する者であって、継続的に管理栄養士等がサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できるとサービス担当者会議等を通じて認められるものについては、引き続き算定することが可能であること。
 - イ BMIが概ね18.5未満の者又はサービス提供期間中に、概ね3%以上の体重減少が認められる者

- ロ 健康診査等の結果が活用できる場合については、血清アルブミン値3.5g/dl以下である者、活用できない場合については、管理栄養士による情報収集の結果、家庭等における食事摂取に係る問題が解決していないと認められる者
 - ハ 経腸栄養法又は静脈栄養法を行っている者であって、経口摂取への移行の可能性がある者など、引き続き管理栄養士による栄養管理が必要と認められる者
- (9) 口腔機能向上加算の取扱い
 - ① 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供には、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
 - ② 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置して行うものであること。
 - ③ 口腔機能向上加算を算定できる利用者は、口腔衛生上の問題を有する者、摂食・嚥下機能に問題を有する者など、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者とする。なお、利用者の口腔の状態によっては、医療における対応が必要である場合も想定されることから、その疑いがある場合は、ケアマネジャーを通して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じることとし、その場合については、加算は算定できないこととする。
 - ④ 口腔機能向上サービスの提供は、以下のイからニまでに掲げる手順を経てなされる。
 - イ 利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握すること。
 - ロ 利用開始時に、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が中心となって、利用者ごとの口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行い、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成すること。作成した口腔機能改善管理指導計画については、口腔機能向上サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
 - ハ 口腔機能改善管理指導計画に基づき、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員等が利用者ごとに口腔機能向上サービスを提供すること。その際、口腔機能改善管理指導計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。
 - ニ 利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、概ね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果を当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供すること。
 - ⑤ 概ね3か月ごとの評価の結果、次のイ、ロのいずれかに該当する者であって、継続的に言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員等がサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上の効果が期待できるとサービス担当者会議等を通じて認められるものについては、引き続き算定することが可能であること。
 - イ 反復唾液嚥下テストが3回未満など、嚥下が困難と認められる状態の者
 - ロ 上肢機能に障害があるなど利用者本人による口腔清掃が困難であり、かつ、利用者を日常的に介護している家族、訪問介護員等に対する指導も不十分であることなどから、口腔衛生上の問題を有する者
- (10) 人員基準を満たさない状況で提供された通所介護指定居宅サービス基準第93条に定める員数の看護職員及び介護職員が配置されていない状況で行われた通所介護については、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定するものとする(厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法(平成12年厚生省告示第27号。以下「職員配置等基準」という。)第1号ハ)。ただし、都道府県は、従業者に欠員が生じている状態が継続する場合には、事業所に対し定員の見直し又は事業の休止を指導するものとする。指導に従わずに事業を継続する事業所に対しては、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討するものとする。
- (11) 療養通所介護費について
 - ① 利用者について
 - 療養通所介護の利用者は、在宅において生活しており、当該サービスを提供するに当たり常時看護師による観察を必要とする難病等を有する重度者又はがん末期の利用者を想定し

ている。

② サービス提供時間について

療養通所介護においては、利用者が当該療養通所介護を利用することとなっている日において、まず当該事業所の看護職員が利用者の居宅において状態を観察し、通所できる状態であることを確認するとともに、事業所から居宅に戻ったときにも状態の安定等を確認することが重要である。従って、利用者の居宅に迎えに行った時から、居宅に送り届けたのち利用者の状態の安定等を確認するまでをも含めて一連のサービスとするものであり、これらの時間をあわせてサービス提供時間とする。

③ サービス提供について

療養通所介護の提供に当たっては、利用者の状態に即した適切な計画を作成するとともに、利用者の在宅生活を支援する観点から、多職種協働により、主治の医師による医療保険のサービスや訪問看護サービス等の様々なサービスが提供されている中で、主治の医師や訪問看護事業者等と密接な連携を図りつつ、計画的なサービス提供を行うこと。

8 通所リハビリテーション費

(1) 所要時間による区分の取扱い

通所介護と同様であるので、7(1)を参照されたい。

(2) 2時間以上3時間未満の通所リハビリテーションを行う場合の取扱い

通所介護と同様であるので、(2)を参照されたい。

(3) 6時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行った場合の加算の取扱い

通所介護と同様であるので、7(3)を参照されたい。

(4) 平均利用延人員数の取扱い

注3の施設基準第3号に定める平均利用延人員数の取扱いについては、通所介護と同様であるので7(4)を参照されたい。

(5) 事業所が介護老人保健施設である場合の取扱いについて

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

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

(6) 入浴介助加算の取扱い

通所介護と同様であるので7(6)を参照されたい。

(7) リハビリテーションマネジメント加算の取扱い

① リハビリテーションマネジメントは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

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

② リハビリテーションマネジメントについては、以下のイからニまでに掲げるとおり、実施すること。

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

こと。

ロ リハビリテーション実施計画原案に基づいたリハビリテーションやケアを実施しながら、概ね2週間以内及び概ね3月ごとに関連スタッフがアセスメントとそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働によりリハビリテーションカンファレンスを行って、リハビリテーション実施計画を作成すること。また、作成したリハビリテーション実施計画については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、短期集中リハビリテーション実施加算を算定している利用者については、病院等からの退院(所)日から起算して1月以内の期間にも、アセスメントとそれにもとづく評価を行うこと。また、リハビリテーションカンファレンスの結果、必要と判断された場合は、利用者の担当介護支援専門員を通して、他の居宅サービス事業所に対してリハビリテーションに関する情報伝達(日常生活上の留意点、介護の工夫等)や連携を図るとともに、居宅サービス計画の変更の依頼を行うこと。

ハ 利用を終了する前に、関連スタッフによる終了前リハビリテーションカンファレンスを行うこと。その際、終了後に利用予定の居宅介護支援事業所の介護支援専門員や他の居宅サービス事業所のサービス担当者等の参加を求めること。

ニ 利用終了時には居宅介護支援事業所の居宅介護支援専門員や利用者の主治の医師に対してリハビリテーションに必要な情報提供を行うこと。

③ リハビリテーションマネジメント加算はリハビリテーション実施計画原案を利用者又はその家族に説明し、その同意を得られた日から算定を開始するものとする。

(8) 集中的な指定通所リハビリテーションの取扱い

短期集中リハビリテーション実施加算における集中的な通所リハビリテーションとは、月以内について、3 概ね1週間に2日以上実施するとともに、個別のリハビリテーションを1日に40分以上行うことを指すものであること。なお、3月を超える場合であっても、1日に20分以上の個別リハビリテーションを行う必要があること。

(9) 若年性認知症ケア加算の取扱い

若年性認知症ケア加算の取扱いは、通所介護と同様であるので7(7)を参照されたい。

(10) 栄養マネジメント加算の取扱い

栄養マネジメント加算の取扱いは、通所介護と同様であるので7(8)を参照されたい。

(11) 口腔機能向上加算の取扱い

口腔機能向上加算の取扱いは、通所介護と同様であるので7(9)を参照されたい。

(12) 人員基準を満たさない状況で提供された通所リハビリテーション指定居宅サービス基準第111条に定める員数の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員が配置されていない状況で行われた通所リハビリテーションについては、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定するものとする(職員配置等基準第2号ロ)。ただし、都道府県は、従業者に欠員が生じている状態が継続する場合には、事業所に対し定員の見直し又は事業の休止を指導するものとする。指導に従わずに事業を継続する事業所に対しては、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討するものとする。

9 福祉用具貸与費

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

① 交通費の算出方法について

注1に規定する「通常の業務の実施地域において指定福祉用具貸与を行う場合に要する交通費」の額は、最も経済的な通常の経路及び方法(航空賃等に階級がある場合は、最も安価な階級)による交通費とすることを基本として、実費(空路で運搬又は移動する場合には航空賃、水路で運搬又は移動する場合には船賃、陸路で運搬又は移動する場合には燃料代及び有料道路代(運送業者を利用して運搬した場合はその利用料))を基礎とし、複数の福祉用具を同一利用者に貸与して同時に運搬若しくは移動を行う場合又は一度に複数の利用者に係る福祉用具貸与のための運搬又は移動を行う場合における交通費の実費を勘案して、合理的に算出するものとする。

② 交通費の価格体系の設定等について

事業者は、交通費の額及び算出方法について、あらかじめ利用者の居住する地域に応じた価格体系を設定し、運営規程に記載しておくものとする。なお、事業者は、運営規程に記載した交通費の額及びその算出方法を指定福祉用具貸与の提供に当たって利用者に説明するとともに、当該利用者に係る運搬又は移動に要した経路の費用を証明できる書類（領収書等）を保管し、利用者に対する指定福祉用具貸与の提供に関する記録として保存するものとする。

③ 複数の福祉用具を同一利用者に対して同時に貸与した場合の加算限度について

複数の福祉用具を同一利用者に対して同時に貸与した場合には、保険給付対象となる福祉用具の貸与に要する費用の合計額の100分の100に相当する額を限度として加算できるものとする。この場合において、交通費の額が当該100分の100に相当する額に満たないときは、当該交通費を合理的な方法により按分して、それぞれの福祉用具に係る加算額を明確にするものとする。

(2) 要介護1の者に係る指定福祉用具貸与費

① 算定の可否の判断基準

要介護1の者（以下(2)において軽度者という。）に係る指定福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」及び「移動用リフト」（以下「対象外種目」という。）に対しては、原則として算定できない。しかしながら第23号告示第19号のイで定める状態像に該当する者については、軽度者であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について指定福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については、次のとおりとする。

ア 原則として次の表の定めるところにより、「要介護認定等基準時間の推計の方法」（平成11年厚生省告示第91号）別表第1の調査票のうち基本調査の直近の結果（以下単に基本調査の結果という。）を用い、その要否を判断するものとする。

イ ただし、アの（二）「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」及びオの（三）「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査結果がないため、主治の医師から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能なが参加するサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより指定支援事業者が判断することとなる。なお、この判断の見直しについては、居宅サービス計画に記載された必要な理由を見直す頻度（少なくとも6月に1回）で行うこととする。

② 基本調査結果による判断の方法

指定福祉用具貸与事業者は、軽度者に対して、対象外種目に係る指定福祉用具貸与費を算定する場合には、①の表に従い、「厚生労働大臣が定める者」のイへの該当性を判断するための基本調査の結果の確認については、次に定める方法による。なお、当該確認に用いた文書等については、サービス記録と併せて保存しなければならない。

ア 当該軽度者の担当である指定居宅介護支援事業者から当該軽度者の「要介護認定等基準時間の推計の方法」別表第1の認定調査票について必要な部分（実施日時、調査対象者等の時点の確認及び本人確認ができる部分並びに基本調査の回答で当該軽度者の状態像の確認が必要な部分）の写し（以下「調査票の写し」という。）の内容が確認できる文書を入手することによること。

イ 当該軽度者に担当の指定居宅介護支援事業者がない場合にあつては、当該軽度者の調査票の写しを本人に情報開示させ、それを入手すること。

③ 経過措置について

介護保険法等の一部を改正する法律（平成17年法律第77号）第3条の施行の日（以下「施行日」という。）前に対象外種目に係る指定福祉用具貸与を受けていたもの（以下経過措置対象者という。）については、軽度者で第23号告示第19号のイで定める状態像の者でなくとも、施行日から起算して6月を超えない期間において、対象外種目に係る指定福祉用具貸与を受けることができることとされている。

この場合、経過措置対象者は、平成18年4月1日から同年9月30日までの間に施行日前の認定の有効期間又は契約期間が終了した場合であっても、認定や契約の更新がなされた場合は、引き続き、施行日から起算して6月を超えない期間までは、対象外種目に係る指定福祉用具貸与を受けることが可能である。

第三 居宅介護支援費に関する事項

1 月の途中で、利用者が死亡し、又は施設に入所した場合等

死亡、入所等の時点で居宅介護支援を行っており、かつ、当該月分の指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第38号。以下「指定居宅介護支援等基準」という。)第14条第1項に規定する文書(給付管理票)を市町村(審査支払を国保連合会に委託している場合は、国保連合会)に届け出ている事業者について、居宅介護支援費を算定する。

2 月の途中で、事業者の変更がある場合

利用者に対して月末時点で居宅介護支援を行い給付管理票を国保連合会に提出する事業者について居宅介護支援費を算定する趣旨であるため、月の途中で事業者の変更があった場合には、変更後の事業者についてのみ居宅介護支援費を算定するものとする(ただし、月の途中で他の市町村に転出する場合を除く。)

3 月の途中で要介護度に変更があった場合

要介護1又は要介護2と、要介護3から要介護5までは居宅介護サービス計画費の単位数が異なることから、要介護度が要介護1又は要介護2から、要介護3から要介護5までに変更となった場合の取扱いは、月末における要介護度区分に応じた報酬を請求するものとする。

4 月の途中で、他の市町村に転出する場合

利用者が月の途中で他の市町村に転出する場合には、転出の前後のそれぞれの支給限度額は、それぞれの市町村で別々に管理することになることから、転入日の前日までの給付管理票と転入日以降の給付管理票も別々に作成すること。この場合、それぞれの給付管理票を同一の居宅介護支援事業者が作成した場合であっても、それぞれについて居宅介護支援費が算定されるものとする。

5 サービス利用票を作成した月において利用実績のない場合

サービス利用票の作成が行われなかった月及びサービス利用票を作成した月においても利用実績のない月については、給付管理票を作成できないため、居宅介護支援費は請求できない。

6 居宅介護支援の業務が適切に行われない場合

注2の「別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合」については、25号告示第17号に規定することとしたところであるが、より体的には次のいずれかに該当する場合に減算される。

これは適正なサービスの提供を確保するためのものであり、運営基準に係る規定を遵守するよう努めるものとする。都道府県知事は、当該規定を遵守しない事業所に対しては、遵守するよう指導すること。当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討するものとする。

(1) 居宅サービス計画の新規作成及びその変更に当たっては、次の場合に減算されるものであること。

- ① 当該事業所の介護支援専門員が、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない場合には、当該居宅サービス計画に係る月(以下「当該月」という。)から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
- ② 当該事業所の介護支援専門員が、サービス担当者会議の開催等を行っていない場合(やむを得ない事情がある場合を除く。以下同じ。)には、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
- ③ 当該事業所の介護支援専門員が、居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付していない場合には、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

(2) 次に掲げる場合においては、当該事業所の介護支援専門員が、サービス担当者会議等を

行っていないときには、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

- ① 居宅サービス計画を新規に作成した場合
 - ② 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合
 - ③ 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合
- (3) 居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、次の場合に減算されるものであること。
- ① 当該事業所の介護支援専門員が1月に利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない場合には、特段の事情のない限り、その月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
 - ② 当該事業所の介護支援専門員がモニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続する場合には、特段の事情のない限り、その月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

7 基本単位の取扱いについて

(1) 平成18年4月から平成19年3月末までの取扱い

① 既存事業者

基本単位の居宅介護支援費（Ⅰ）、居宅介護支援費（Ⅱ）、居宅介護支援費（Ⅲ）を区分するための取扱件数の算定方法は、当該指定居宅介護支援事業所全体の利用者（月末に給付管理を行っている者をいい、指定介護予防支援事業者から委託を受けた指定介護予防支援に係る利用者の数は含まない。）の総数から経過的要介護者を除く利用者の数を当該事業所の常勤換算方法により算定した介護支援専門員の員数で除して得た数により該当する区分を適用する。適用する区分のそれぞれの単位数を利用者数（指定介護予防支援事業者から委託を受けた指定介護予防支援に係る利用者の数及び経過的要介護者の員数を除く。）に乗じて得た単位を算定する。

また、経過的要介護者については、経過的要介護者の員数に月額単位数を乗じて算定する。

② 平成18年4月以降指定を受けた事業者

基本単位の居宅介護支援費（Ⅰ）、居宅介護支援費（Ⅱ）、居宅介護支援費（Ⅲ）を区分するための取扱件数の算定方法は、当該指定居宅介護支援事業所全体の利用者（月末に給付管理を行っている者をいい、経過的要介護者を含む。）の総数に指定介護予防支援事業者から委託を受けた指定介護予防支援に係る利用者（指定居宅介護支援等基準第13条第25号に規定する厚生労働大臣が定める基準に該当する地域に住所を有する利用者を除く。）の数の2分の1を乗じた数を加えた数を当該事業所の常勤換算方法により算定した介護支援専門員の員数で除して得た数により該当する区分を適用する。適用する区分のそれぞれの単位数を利用者数（指定介護予防支援事業者から委託を受けた指定介護予防支援に係る利用者の数及び経過的要介護者の員数を除く。）に乗じて得た単位を算定する。

また、経過的要介護者については、経過的要介護者の員数に月額単位数を乗じて算定する。

(2) 平成19年4月からの取扱い

基本単位の居宅介護支援費（Ⅰ）、居宅介護支援費（Ⅱ）、居宅介護支援費（Ⅲ）を区分するための取扱件数の算定方法は、当該指定居宅介護支援事業所全体の利用者（月末に給付管理を行っている者をいい、経過的要介護者を含む。）の総数に指定介護予防支援事業者から委託を受けた指定介護予防支援に係る利用者（指定居宅介護支援等基準第13条第25号に規定する厚生労働大臣が定める基準に該当する地域に住所を有する利用者を除く。）の数の2分の1を乗じた数を加えた数を当該事業所の常勤換算方法により算定した介護支援専門員の員数で除して得た数により該当する区分を適用する。適用する区分のそれぞれの単位数を利用者数（指定介護予防支援事業者から委託を受けた指定介護予防支援に係る利用者の数及び経過的要介護者の員数を除く。）に乗じて得た単位を算定する。

また、経過的要介護者については、経過的要介護者の員数に月額単位数を乗じて算定す

る。

8 初回加算

(1) 介護給付の初回加算（Ⅰ）の算定における初回加算の算定について、具体的には次のような場合に算定される。

- ① 新規に認定を受けて居宅サービス計画を作成する場合
- ② 要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合
- ③ 要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合

(2) 初回加算（Ⅱ）の算定における加算の算定に当たっては、初回加算（Ⅰ）の要件を満たしている場合であって、30日を超える入院・入所期間を経た後の退院・退所の当たって、病院・施設と居宅サービス計画を策定した場合に算定する。ただし、同一利用者について前回算定から6月間以上を経過していることが必要である。なお、介護老人福祉施設における在宅・入所者相互利用加算及び介護老人保健施設における試行的退所サービス費が算定されている利用者の場合には「退院又は退所」に該当せず、本加算を適用せず、初回加算（Ⅰ）を算定する。

9 特定事業所集中減算の取扱いについて

(1) 判定期間と減算適用期間

居宅介護支援事業所は、毎年度2回、次の判定期間における当該事業所において作成された居宅サービス計画を対象とし、減算の要件に該当した場合は、次に掲げるところに従い、当該事業所が実施する減算適用期間の居宅介護支援のすべてについて減算を適用する。

- ① 判定期間が前期（3月1日から8月末日）の場合は、減算適用期間を10月1日から3月31日までとする。ただし、平成18年度については、前期の期間を4月1日から8月末日とする。
- ② 判定期間が後期（9月1日から2月末日）の場合は、減算適用期間を4月1日から9月30日までとする。

(2) 判定方法

各事業所ごとに、当該事業所において判定期間に作成された居宅サービス計画のうち、訪問介護、通所介護又は福祉用具貸与が位置づけられた居宅サービス計画の数をそれぞれ算出し、訪問介護、通所介護又は福祉用具貸与それぞれについて、最もその紹介件数の多い法人（以下「紹介率最高法人」という。）を位置付けた居宅サービス計画の数の占める割合を計算し、訪問介護サービス、通所介護又は福祉用具貸与のいずれかについて90%を超えた場合に減算する。

(具体的な計算式)

事業所ごとに、次の計算式により計算し、①、②又は③のいずれかの値が90%を超えた場合に減算

- ① 訪問介護に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数÷訪問介護を位置付けた計画数
- ② 通所介護に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数÷通所介護を位置付けた計画数
- ③ 福祉用具貸与に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数÷福祉用具貸与を位置付けた計画数

(3) 算定手続

判定期間が前期の場合については9月15日までに、判定期間が後期の場合については3月15日までに、すべての居宅介護支援事業者は、次に掲げる事項を記載した書類を作成し、算定の結果90%を超えた場合については当該書類を都道府県知事に提出しなければならない。なお、90%を超えなかった場合についても、当該書類は、各事業所において2年間保存しなければならない。

- ① 判定期間における居宅サービス計画の総数
- ② 訪問介護、通所介護又は福祉用具貸与のそれぞれが位置づけられた居宅サービス計画数
- ③ 訪問介護、通所介護又は福祉用具貸与のそれぞれの紹介率最高法人が位置づけられた居宅サービス計画数並びに紹介率最高法人の名称、住所、事業所名及び代表者名

- ④ (2) の算定方法で計算した割合
- ⑤ (2) の算定方法で計算した割合が90%を超えている場合であって正当な理由がある場合においては、その正当な理由

(4) 正当な理由の範囲

(3) で判定した割合が90%以上あった場合には、90%を超えるに至ったことについて正当な理由がある場合においては、当該理由を都道府県知事に提出すること。なお、都道府県知事が当該理由を不相当と判断した場合は特定事業所集中減算を適用するものとして取り扱う。正当な理由として考えられる理由を例示すれば次のようなものであるが、実際の判断に当たっては、地域的な事情等も含め諸般の事情を総合的に勘案し正当な理由に該当するかどうかを都道府県知事において適正に判断されたい。

- ① 居宅介護支援事業者の通常の事業の実施地域に訪問介護サービス等が各サービスごとでみた場合に5事業所未満である場合などサービス事業所が少数である場合
(例) 訪問介護事業所として4事業所、通所介護事業所として10事業所が所在する地域の場合
紹介率最高法人である訪問介護事業者に対して、減算は適用されないが、紹介率最高法人である通所介護事業者に対して、減算は適用される。
- ② 特別地域居宅介護支援加算を受けている事業者である場合
- ③ 判定期間の1月当たりの平均居宅サービス計画件数が20件以下であるなど事業所が小規模である場合
- ④ サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者に集中していると認められる場合
- ⑤ その他正当な理由と都道府県知事が認めた場合

10 特定事業所加算の取扱いについて

(1) 趣旨

特定事業所加算制度は、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域全体のケアマネジメントの質の向上に資することを目的とするものである。

(2) 基本的取扱方針

この特定事業所加算制度の対象となる事業所については、・公正中立性を確保し、サービス提供主体からも実質的に独立した事業所であること

・経験及び能力を有する主任介護支援専門員による管理監督体制の下、常勤かつ専従の介護支援専門員が配置され、どのような支援困難ケースでも適切に処理できる体制が整備されている、いわばモデル的な居宅介護支援事業所であることが必要となるものである。

本制度については、こうした基本的な取扱方針を十分に踏まえ、中重度者や支援困難ケースを中心とした質の高いケアマネジメントを行うという特定事業所の趣旨に合致した適切な運用を図られるよう留意されたい。

(3) 厚生労働大臣の定める基準の具体的運用方針

第25号告示第19号に規定する各要件の取扱いについては、次に定めるところによること。

① イ関係

ただし書に規定する「3年以上の実務経験」とは、常勤専従による介護支援専門員としての実務経験であること。また、「主任介護支援専門員の研修課程と同等と認められるもの」とは、ケアマネジメントリーダー養成研修（「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」（平成14年4月24日老発04240号）3（3））であること。

「当分の間」とは、平成18年度中であって、ただし書の適用対象者については、必ず平成18年度中に主任介護支援専門員研修課程を修了しなければならないこと。

② ロ関係

常勤かつ専従の介護支援専門員3名とは別に、管理者を置く必要があること。したがって、特定事業所には、少なくとも管理者たる主任介護支援専門員及び常勤かつ専従の

介護支援専門員 3名の合計 4名が必要となること。なお、管理者たる主任介護支援専門員が、当該事業所における居宅介護支援業務に従事することは差し支えないこと。

③ ハ関係

「利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議」は、次の要件を満たすものでなければならないこと。

ア 議題については、管理者たる主任介護支援専門員がその責務により決定するべきであり、少なくとも次のような議事を含めること。

- (a) 現に抱える処遇困難ケースについての具体的な処遇方針
- (b) 過去に取り扱ったケースについての問題点及びその改善方策
- (c) 地域における事業者や活用できる社会資源の状況
- (d) 保健医療及び福祉に関する諸制度
- (e) ケアマネジメントに関する技術
- (f) 利用者からの苦情があった場合は、その内容及び改善方針
- (g) その他必要な事項

イ 議事については、記録を作成し、2年間保存しなければならないこと。

ウ 「定期的」とは、おおむね週1回以上であること。

④ ニ関係

24時間連絡可能な体制とは、常時、担当者が携帯電話等により連絡を取ることができ、必要に応じて相談に応じることが可能な体制をとる必要があることを言うものであり、当該事業所の介護支援専門員が輪番制による対応等も可能であること。

⑤ ホ関係

要介護3、要介護4又は要介護5までの者の割合が60%以上という条件については、届出日の前3月のみではなく、常に、直近3月間で満たしている必要があること。ただし、中重度の利用者が急遽入院した場合など当該事業所にとって正当な理由があると認められる場合については、一時的にこの割合を満たさない場合があっても差し支えないこと。

なお、特定事業所加算を算定する事業所については、積極的に支援困難ケースに取り組むべきこととされているものであり、こうした割合を満たすのみではなく、それ以外のケースについても、常に積極的に支援困難ケースを受け入れるべきものであり、原則として、簡易なケースについては、取り扱うべきものではないこと。

また、トの要件のうち、「地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合」に該当するケースについては、例外的にホの60%要件の枠外として取り扱うことが可能であること（すなわち、当該ケースについては、要介護3、要介護4又は要介護5の者の割合の計算の対象外として取り扱うことが可能）

⑥ ヘ関係

「計画的に研修を実施していること」については、当該事業所における介護支援専門員の資質向上のための研修体系と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、介護支援専門員について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等について、毎年度少なくとも年度が始まる3月前までに次年度の計画を定めなければならない。また、管理者である主任介護支援専門員は、研修目標の達成状況について、適宜、確認し、必要に応じて改善措置を講じなければならないこと。なお、年度の途中で加算取得の届出をする場合にあつては、当該届出を行うまでに当該計画を策定すればよいこと。

⑦ ト関係

特定事業所加算算定事業所については、自ら積極的に支援困難ケースを受け入れるものでなければならないが、また、そのため、常に地域包括支援センターとの連携を図らなければならないこと。

⑧ リ関係

特定事業所加算の趣旨を踏まえ、単に減算の適用になっていないのみならず、特定事

業所加算の趣旨を踏まえた、中立公正を確保し、実質的にサービス提供事業者からの独立性を確保した事業所である必要があること。

⑨ ヌ関係

取り扱う利用者数については、原則として事業所単位で平均して介護支援専門員1名当たり35名以下であれば差し支えないこととするが、ただし、不当に特定の者に偏るなど、適切なケアマネジメントに支障がでないよう配慮しなければならないこと。

また、指定居宅介護支援等基準第13条第25号に規定する厚生労働大臣が定める基準に該当する地域に住所を有する利用者に対する指定介護予防支援の委託を受けた場合については、「介護予防支援に係る業務の委託を受けていないこと」との要件の対象外として取り扱うことが可能であること。

なお、トの要件のうち、「地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合」に該当するケースについては、業務の支障がない範囲内で、例外的にヌの介護支援専門員1人当たり利用者数が35名以内である要件の枠外として取り扱うことが可能であること。

⑩ その他

特定事業所加算取得事業所については、介護保険法に基づく情報公表を行うほか、積極的に特定事業所加算取得事業所である旨を表示するなど利用者に対する情報提供を行うこと。また、利用者に対し、特定事業所加算取得事業所である旨及びその内容が理解できるよう説明を行うこと。

(4) 手続

本制度については、平成18年4月以降の事実関係をもって判断するものであるため、最も早い申請受理は7月以降となることに留意されたいこと。

なお、本加算を取得した特定事業所については、毎月末までに、基準の遵守状況に関する所定の記録を作成し、2年間保存するとともに、都道府県知事等から求めがあった場合については、提出しなければならない。

表

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果
ア 車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に歩行が困難な者 (二) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	基本調査 2-5 「3. できない」 -
イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に起きあがり困難な者 (二) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査 2-2 「3. できない」 基本調査 2-1 「3. できない」
ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査 2-1 「3. できない」
エ 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 (一) 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 (二) 移動において全介助を必要としない者	基本調査 6-3 「1. 普通」以外又は 基本調査 6-4 「1. 介護者の指示が通じる」以外又は 基本調査 6-5 (ア～カ) のいずれか 「2. できない」又は 基本調査 7 (ア～テ) のいずれか 「1. ない」以外 基本調査 2-7 「4. 全介助」以外
オ 移動用リフト(つり具の部分を除く。)	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に立ち上がりが困難な者 (二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	基本調査 3-1 「3. できない」 基本調査 2-6 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 -

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(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等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年老企第40号)

第一 届出手続の運用

1 届出の受理

- (1) 届出書類の受取り、要件審査、届出の受理及び国保連合会等への通知

「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(訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分)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。以下「訪問通所サービス通知」という。)第一の1の(1)から(4)までを準用する。

- (2) 届出に係る加算等の算定の開始時期

届出に係る加算等については、届出が受理された日が属する月の翌月(届出が受理された日が月の初日である場合は当該月)から算定を開始するものとする。

2 届出事項の公開等

訪問通所サービス通知の第一の2から6までを準用する。

第二 居宅サービス単位数表(短期入所生活介護費から特定施設入居者生活介護費に係る部分に限る。)及び施設サービス単位数表

1 通則

- (1) 算定上における端数処理について

訪問通所サービス通知の第二の1の(1)を準用する。

- (2) 入所等の日数の数え方について

① 短期入所、入所又は入院の日数については、原則として、入所等した日及び退所等した日の両方を含むものとする。

② ただし、同一敷地内における短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、特定施設又は介護保険施設(以下②及び③において「介護保険施設等」という。)の間で、又は隣接若しくは近接する敷地における介護保険施設等であって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているもの間で、利用者等が一の介護保険施設等から退所等をしたその日に他の介護保険施設等に入所等する場合については、入所等の日は含み、退所等の日は含まれない。したがって、例えば、短期入所生活介護の利用者がそのまま指定介護老人福祉施設に入所したような場合は、入所に切り替えた日については短期入所生活介護費は算定しない。

③ なお、介護保険施設等を退所等したその日に当該介護保険施設等と同一敷地内にある病院若しくは診療所の病床であって医療保険の診療報酬が適用されるもの(以下「医療保険適用病床」という。)又は当該介護保険施設等と隣接若しくは近接する敷地における病院若しくは診療所の医療保険適用病床であって当該介護保険施設等との間で相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているもの(以下③において「同一敷地内等の医療保険適用病床」という。)に入院する場合(同一医療機関内の転棟の場合を含む。)は、介護保険施設等においては退所等の日は算定されず、また、同一敷地内等の医療保険適用病床を退院したその日に介護保険施設等に入所等する場合(同一医療機関内の転棟の場合を含む。)は、介護保険施設等においては入所等の日は算定されない。

④ 厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法(平成12年厚生省告示第27号。以下「職員配置等基準」という。)の適用に関する平均利用者数等の算定においては、入所等した日を含み、退所等した日は含まないものとする。

- (3) 定員超過利用に該当する場合の所定単位数の算定について

- ① 短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス及び介護療養施設サービスについては、当該事業所又は施設の利用者等の定員を上回る利用者等を入所等させているいわゆる定員超過利用に対し、介護給付費の減額を行うこととし、職員配置等基準において、定員超過利用の基準及び単位数の算定方法を明らかにしているところであるが、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、定員超過利用の未然防止を図るよう努めるものとする。
 - ② この場合の利用者等の数は、1月間(暦月)の利用者等の数の平均を用いる。この場合、1月間の利用者等の数の平均は、当該月の全利用者等の延数を当該月の日数で除して得た数とする。この平均利用者数等の算定に当たっては、小数点以下を切り上げるものとする。
 - ③ 利用者等の数が、職員配置等基準に規定する定員超過利用の基準に該当することとなった事業所又は施設については、その翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について、所定単位数が職員配置等基準に規定する算定方法に従って減算され、定員超過利用が解消されるに至った月の翌月から通常の所定単位数が算定される。
 - ④ 都道府県知事は、定員超過利用が行われている事業所又は施設に対しては、その解消を行うよう指導すること。当該指導に従わず、定員超過利用が2月以上継続する場合には、特別な事情がある場合を除き、指定又は許可の取消しを検討するものとする。
 - ⑤ 災害、虐待の受入れ等やむを得ない理由による定員超過利用については、当該定員超過利用が開始した月(災害等が生じた時期が月末であって、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合は翌月も含む。)の翌月から所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行うものとする。
- (4) 常勤換算方法による職員数の算定方法について
- 暦月ごとの職員の勤務延時間数を、当該事業所又は施設において常勤の職員が勤務すべき時間で除することによって算定するものとし、小数点第2位以下を切り捨てるものとする。なお、やむを得ない事情により、配置されていた職員数が一時的に1割の範囲内で減少した場合は、1月を超えない期間内に職員が補充されれば、職員数が減少しなかったものとみなすこととする。
- (5) 人員基準欠如に該当する場合等の所定単位数の算定について
- ① 短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス及び介護療養施設サービスについては、当該事業所又は施設の看護師等の配置数が、人員基準上満たすべき員数を下回っているいわゆる人員基準欠如に対し、介護給付費の減額を行うこととし、職員配置等基準において、人員基準欠如の基準及び単位数の算定方法を明らかにしているところであるが、これは、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、人員基準欠如の未然防止を図るよう努めるものとする。
 - ② 人員基準上満たすべき看護師等の員数を算定する際の利用者数等は、当該年度の前年度(毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。以下同じ。)の平均を用いる(ただし、新規開設又は再開の場合は推定数による。)。この場合、利用者数等の平均は、前年度の全利用者等の延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この平均利用者数等の算定に当たっては、小数点第2位以下を切り上げるものとする。
 - ③ 看護・介護職員の人員基準欠如については、イ人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合には、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が職員配置等基準に規定する算定方法に従って減算され、ロ1割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が職員配置等基準に規定する算定方法に従って減算される(ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。)
 - ④ 看護・介護職員以外の人員基準欠如については、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が職員配置等基準に規定す

る算定方法に従って減算される(ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っていない場合を除く。)

- ⑤ 看護・介護職員については、最も低い所定単位数を算定するために必要な員数を満たさない場合にはじめて人員基準欠如となるものであり、最も低い所定単位数を基にして減算を行うものであること(したがって、例えば看護6：1、介護4：1の職員配置に応じた所定単位数を算定していた指定介護療養型医療施設において、看護6：1、介護4：1を満たさなくなったが看護6：1、介護5：1は満たすという状態になった場合は、看護6：1、介護4：1の所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数ではなく、看護6：1、介護5：1の所定単位数を算定するものであり、看護6：1、介護6：1を下回ってはじめて人員基準欠如となるものであること)。なお、届け出ている看護・介護職員の職員配置を満たせなくなった場合には、事業者又は施設は該当することとなった職員配置を速やかに都道府県知事に届け出なければならないこと。また、より低い所定単位数の適用については、③の例によるものとする。

ただし、ユニット型短期入所療養介護事業所(一部ユニット型指定短期入所療養介護事業所のユニット部分を含む。)又はユニット型指定介護療養型医療施設(一部ユニット型指定介護療養型医療施設のユニット部分を含む。)については、看護6：1、介護4：1を下回る職員配置は認められていないため、看護6：1、介護5：1、看護6：1、介護6：1の職員配置に応じた所定単位数を定めておらず、職員配置が看護6：1、介護4：1を満たさない場合は人員基準欠如となるものであり、看護6：1、介護4：1の所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定する。

- ⑥ 都道府県知事は、著しい人員基準欠如が継続する場合には、職員の増員、利用定員等の見直し、事業の休止等を指導すること。当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合を除き、指定又は許可の取消しを検討するものとする。

(6) 夜勤体制による減算について

- ① 短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス及び介護療養施設サービスについては、夜勤を行う職員の員数が基準を満たさない場合の所定単位数の減算に係る規定(厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準(平成12年厚生省告示第29号。以下「夜勤職員基準」という。))を置いているところであるが、これらの規定は、夜間の安全の確保及び利用者等のニーズに対応し、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、夜勤を行う看護職員又は介護職員の員数不足の未然防止を図るよう努めるものとする。

- ② 夜勤を行う職員の員数が基準を満たさない場合の減算については、ある月(暦月)において以下のいずれかの事態が発生した場合に、その翌月において利用者等の全員について、所定単位数が減算されることとする。

イ 夜勤時間帯(午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間を行い、原則として事業所又は施設ごとに設定するものとする)において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が2日以上連続して発生した場合

ロ 夜勤時間帯において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が4日以上発生した場合

- ③ 夜勤を行う職員の員数の算定における利用者等の数については、(5)②を準用すること。この場合において「小数点第2位以下」とあるのは「小数点以下」と読み替えるものとする。

- ④ 都道府県知事は、夜勤を行う職員の不足状態が続く場合には、夜勤を行う職員の確保を指導し、当該指導に従わない場合は、指定の取消しを検討すること。

(7) 新設、増床又は減床の場合の利用者数等について

人員基準欠如及び夜勤を行う職員の員数の算定に関しては、

- イ 新設又は増床分のベッドに関して、前年度において1年未満の実績しかない場合(前年度の実績が全くない場合を含む。)の利用者数等は、新設又は増床の時点から6月未満の間は、便宜上、ベッド数の90%を利用者数等とし、新設又は増床の時点から6月以

上1年未満の間は、直近の6月における全利用者等の延数を6月間の日数で除して得た数とし、新設又は増床の時点から1年以上経過している場合は、直近1年間における全利用者等の延数を1月間の日数で除して得た数とする。

ロ 減床の場合には、減床後の実績が3月以上あるときは、減床後の延利用者数を延日数で除して得た数とする。

ただし、病院又は診療所の医師の人員基準欠如の運用における利用者数等については、医療法の取扱いの例によるものであり、医事担当部局と十分連携を図るものとする。

また、短期入所生活介護及び特定施設入居者生活介護については、イ又はロにより難しい合理的な理由がある場合には、他の適切な方法により利用者数を推定するものとする。

(8) 短期入所的な施設サービスの利用について

短期入所サービスについては、その運営に関する基準において「サービス内容及びその利用期間等について利用申込者の同意を得なければならない」とされており、あらかじめ利用期間（退所日）を定めて入所するものである。よって、あらかじめ退所日を決めて入所する場合（ただし、施設の介護支援専門員と在宅の居宅介護支援事業者が密接な連携を行い、可能な限り対象者が在宅生活を継続できることを主眼として実施される介護福祉施設サービス費及び地域密着型介護福祉施設サービス費の在宅・入所相互利用加算対象者を除く。）、そのサービスは短期入所サービスであり、このようなサービス利用を「施設入所」とみなすことは、短期入所サービスを含む居宅サービスの支給限度基準額を設けた趣旨を没却するため、認められない。

2 短期入所生活介護費

(1) 一部ユニット型指定短期入所生活介護事業所において所定単位数を算定するための施設基準等について一部ユニット型指定短期入所生活介護事業所が短期入所生活介護費の所定単位数を算定するためには、介護職員又は看護職員の員数が、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分以外の部分のそれぞれについて所定の員数（3：1の職員配置）を置いていることが必要である。また、一部ユニット型指定短期入所生活介護事業所がユニット型短期入所生活介護費の所定単位数を算定するためには、介護職員又は看護職員の員数が、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分のそれぞれについて所定の員数（3：1の職員配置）を置いていることが必要である（厚生労働大臣が定める施設基準（平成12年厚生省告示第26号。以下「施設基準」という。）第4号）。

なお、夜勤を行う職員の員数については、当該事業所全体で所定の員数を置いていれば足りるものである（夜勤職員基準第1号）。

(2) 指定短期入所生活介護費を算定するための基準について

指定短期入所生活介護費は、施設基準第5号に規定する基準に従い、以下の通り、算定すること。

イ 施設基準第5号イに規定する指定短期入所生活介護費短期入所生活介護が、ユニットに属さない居室（定員が1人のものに限る。）（「従来型個室」という。）の利用者に対して行われるものであること。

ロ 施設基準第5号ロに規定する指定短期入所生活介護費短期入所生活介護が、ユニットに属さない居室（定員が2人以上のものに限る。）（「多床室」という。）の利用者に対して行われるものであること。

ハ 施設基準第5号ハに規定する指定短期入所生活介護費短期入所生活介護が、ユニットに属する居室（ユニットに属さない居室を改修した居室であって、居室を隔てる壁について、天井との間に一定の隙間が生じているものを除く。）（「ユニット型個室」という。）の利用者に対して行われるものであること。

ニ 施設基準第5号ニに規定する指定短期入所生活介護費短期入所生活介護が、ユニットに属する居室（ユニットに属さない居室を改修した居室であって、居室を隔てる壁について、天井との間に一定の隙間が生じているものに限る。）（「ユニット型準個室」という。）の利用者に対して行われるものであること。

(3) やむを得ない措置による定員の超過

利用者数が利用定員を超える場合は、原則として定員超過利用による減算の対象となり、所定単位数の100分の70 を乗じて得た単位数を算定することとなるが、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第10条の4第1項第3号の規定による市町村が行った措置(又は同法第11条第1項第2号の規定による市町村が行った措置(特別養護老人ホームの空床利用の場合のみ))によりやむを得ず利用定員を超える場合又は緊急短期入所ネットワーク加算を算定する場合は、利用定員に100分の105を乗じて得た数(利用定員が40人を超える場合にあつては、利用定員に2を加えて得た数)までは減算が行われないものであること(職員配置等基準第3号イ)。なお、この取扱いは、あくまでも一時的かつ特例的なものであることから、速やかに定員超過利用を解消する必要があること。

(4) 併設事業所について

① 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。以下「居宅サービス基準」という。)第121条第4項に規定する併設事業所については、併設型短期入所生活介護費が算定される施設基準第4号ロ(1)が、ここでいう併設事業所とは、特別養護老人ホーム等と同一敷地内又は隣接する敷地において、サービスの提供、夜勤を行う職員の配置等が特別養護老人ホーム等と一体的に行われている短期入所生活介護事業所を指すものであること。

② 併設事業所における所定単位数の算定(職員の配置数の算定)並びに人員基準欠如・夜勤を行う職員数による所定単位数の減算については、本体施設と一体的に行うものであること。より具体的には、

イ 指定介護老人福祉施設の併設事業所の場合は、指定介護老人福祉施設の入所者数と短期入所生活介護の利用者数を合算した上で、職員の配置数の算定及び夜勤を行う介護職員又は看護職員の配置数を算定すること。したがって、例えば、前年度の平均入所者数人の指定介護老人福祉施設に70 前年度の平均利用者数20人の短期入所生活介護事業所が併設されている場合は、併設型短期入所生活介護費(Ⅰ)(3:1の人員配置に対応するもの)を算定するために必要な介護職員又は看護職員は合計で30 人であり、必要な夜勤を行う職員数は4人であること。

なお、本体施設が一部ユニット型指定介護老人福祉施設であつて、併設事業所がユニット型指定短期入所生活介護事業所である場合は、本体施設のユニット部分と一体的な取扱いが行われるものである。また、本体施設が一部ユニット型指定介護老人福祉施設であつて、併設事業所が指定短期入所生活介護事業所であつてユニット型指定短期入所生活介護事業所でない場合は、本体施設のユニット部分以外の部分と一体的な取扱いが行われるものである。

ロ 指定介護老人福祉施設以外の施設の併設事業所の場合は、職員の配置数の算定に係る「端数の切り上げ」を一体的に行うこととなるが、夜勤を行う職員の配置数については、それぞれについて必要となる数の合計数となること。

③ 併設事業所における看護職員配置については、指定介護老人福祉施設として必要な看護職員数の算定根拠となる「入所者数」には、短期入所生活介護の利用者数は含めない。すなわち、必要な看護職員数の算定については、指定介護老人福祉施設と、併設する短期入所生活介護事業所のそれぞれについて、区別して行うものとする。例えば、指定介護老人福祉施設の入所者数が50人、併設する短期入所生活介護の利用者が10 人である場合、当該指定介護老人福祉施設に配置すべき看護職員数は、入所者50人以下の場合の基準が適用され、常勤換算で2人以上となり、当該短期入所生活介護事業所については、看護職員の配置は義務ではない。なお、併設の指定短期入所生活介護事業所の定員が20人以上の場合には、短期入所生活介護事業所において看護職員を1名以上常勤で配置しなければならないことに留意する。

(5) 特別養護老人ホームの空床利用について

① 所定単位数の算定(配置すべき職員数の算定)並びに定員超過利用、人員基準欠如及び夜勤を行う職員数による所定単位数の減算は、常に本体施設である特別養護老人ホームと一

体的に行われるものであること。

- ② 注6により、施設基準及び夜勤職員基準を満たす旨の届出は、本体施設である特別養護老人ホームについて行われていれば、短期入所生活介護については行う必要がないこと。
- (6) 一部ユニット型指定短期入所生活介護事業所における介護職員及び看護職員の人員基準欠如等について一部ユニット型指定短期入所生活介護事業所の短期入所生活介護費に係る介護職員又は看護職員の人員基準欠如による所定単位数の減算は、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分以外の部分のどちらか一方で所定の員数（3：1の職員配置）を置いていない場合に行われるものである。ユニット型短期入所生活介護費に係る介護職員又は看護職員の人員基準欠如による所定単位数の減算は、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分のどちらか一方で所定の員数（3：1の職員配置）を置いていない場合に行われるものであること（職員配置等基準第3号ロからホまで）。

また、一部ユニット型指定短期入所生活介護事業所の短期入所生活介護又はユニット型短期入所生活介護に係る夜勤体制による減算は、当該施設のユニット部分又はユニット部分以外の部分について所定の員数を置いていない場合について施設利用者全員に対し、行われるものであること。具体的にはユニット部分について夜勤体制による要件を満たさずユニット以外の部分について夜勤体制の要件を満たす場合であっても施設利用者全員に対し夜勤体制の減算が行われることとなる。

(例) 指定短期入所生活介護事業所を併設する指定介護老人福祉施設（短期入所生活介護利用者10人、介護老人福祉施設入所者50人、介護・看護職員20人）がユニット型指定短期入所生活介護事業所（利用者10人）を併設する一部ユニット型指定介護老人福祉施設（ユニット部分の入所者20人、ユニット部分以外の部分の入所者30人）に転換した場合において、一部ユニット型介護老人福祉施設のユニット部分の入所者20人とユニット型指定短期入所生活介護事業所の利用者10人を合算した入所者30人に対し、2：1の職員配置で介護・看護職員を15人配置し（ユニット型介護老人福祉施設サービス費、ユニット型短期入所生活介護費をそれぞれ算定）、転換前の介護・看護職員数を維持するために、一部ユニット型指定介護老人福祉施設のユニット部分以外の部分の入所者30人に対し介護・看護職員を5人しか配置しないとすると、3：1の職員配置を満たさないため、介護福祉施設サービス費（3：1の職員配置）に100分の70を乗じて得た単位数を算定する。

- (7) ユニットにおける職員に係る減算について
5の(6)を準用する。
- (8) 機能訓練指導員の加算について

注3の機能訓練指導員に係る加算については、専ら当該業務に従事する常勤の機能訓練指導員が配置されることがその要件であることから、併設の通所介護事業所の機能訓練指導員を兼務している者については、たとえ常勤の職員であったとしても加算の算定要件は満たさないことに留意すること。ただし、利用者数（指定介護老人福祉施設に併設される短期入所生活介護事業所又は空床利用型の短期入所生活介護事業所においてはその本体施設の入所者数を含む。）が100人を超える場合であって、別に専ら当該業務に従事する常勤の機能訓練指導員が配置されているときは、その他の機能訓練指導員については、「常勤換算方法で利用者の数を100で除した数以上」という基準を満たす限りにおいて、併設の通所介護事業所の機能訓練指導員を兼務して差し支えないこと。例えば、入所者数100人の指定介護老人福祉施設に併設される利用者数20人の短期入所生活介護事業所において、2人の常勤の機能訓練指導員がいて、そのうちの1人が指定介護老人福祉施設及び指定短期入所生活介護事業所の常勤専従の機能訓練指導員である場合であっては、もう1人の機能訓練指導員は、勤務時間の5分の1だけ指定介護老人福祉施設及び短期入所生活介護事業所の機能訓練指導員の業務に従事し、その他の時間は併設の通所介護事業所の機能訓練指導員の業務に従事するときは、通所介護、短期入所生活介護及び介護福祉施設サービスの機能訓練指導員に係る加算の全てが算定可能となる。

- (9) 栄養管理体制加算

- ① 管理栄養士又は栄養士（以下「管理栄養士等」という。）については、当該施設に配置されていること（労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律（昭和60年法律第88号）の規定による労働者派遣事業により派遣された派遣労働者を含む。）。なお、調理業務の委託先のみ管理栄養士等が配置されている場合は、当該加算を算定できないこと。
- ② 特別養護老人ホームに併設される併設型指定短期入所生活介護事業所において、本体施設に配置されている管理栄養士等が、併せて併設事業所における栄養管理を行う場合にあつては、管理栄養士等が配置されている本体施設及びその併設事業所のいずれにおいても算定できること。
- ③ 管理栄養士等は、利用者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供を行うこと。

(10) 療養食加算

- ① 療養食の加算については、利用者の病状等に応じて、主治の医師より利用者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事せんに基づき、厚生労働大臣が定める者等（平成12年厚生省告示第23号。以下「23号告示」という。）に示された療養食が提供された場合に算定すること。なお、当該加算を行う場合は、療養食の献立表が作成されている必要があること。
- ② 加算の対象となる療養食は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づいて提供される利用者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食（糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食（流動食は除く。）、貧血食、膵臓病食、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食をいうものであること。
- ③ 上記の療養食の摂取の方法については、経口又は経管の別を問わないこと。
- ④ 減塩食療法等について
心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取り扱うことができるものであるが、高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は、加算の対象とはならないこと。
また、腎臓病食に準じて取り扱うことができる心臓疾患等の減塩食については、総量7.0g以下の減塩食をいうこと。
- ⑤ 肝臓病食について
肝臓病食とは、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食（胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む。）等をいうこと。
- ⑥ 胃潰瘍食について
十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取り扱って差し支えないこと。手術前後に与える高カロリー食は加算の対象としないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は、療養食の加算が認められること。また、クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者等に対する低残さ食については、療養食として取り扱って差し支えないこと。
- ⑦ 貧血食の対象者となる入所者等について
療養食として提供される貧血食の対象となる入所者等は、血中ヘモグロビン濃度が10g/dl以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する者であること。
- ⑧ 高度肥満症に対する食事療法について
高度肥満症（肥満度が+70%以上又はBMI（Body Mass Index）が35以上）に対して食事療法を行う場合は、高脂血症食に準じて取り扱うことができること。
- ⑨ 特別な場合の検査食について
特別な場合の検査食とは、潜血食をいう他、大腸X線検査・大腸内視鏡検査のために特に残さの少ない調理済食品を使用した場合は、「特別な場合の検査食」として取り扱って差し支えないこと。
- ⑩ 高脂血症食の対象となる入所者等について
療養食として提供される高脂血症食の対象となる入所者等は、空腹時定常状態における血清総コレステロール値が220mg/dl以上である者又は血清中性脂肪値が150mg/dl以

上である者であること。

(11) 緊急短期入所ネットワーク加算

① 緊急短期入所ネットワーク加算

緊急短期入所ネットワーク加算は、他の指定短期入所生活介護事業所及び指定短期入所療養介護事業所と連携し、緊急に指定短期入所サービスを受け入れる体制を整備している事業所に緊急の利用者が利用した場合その利用者に対し加算する。

ア 連携体制の単位は、以下の利用定員等を合計して100以上を確保すること。

a 指定短期入所生活介護事業所の利用定員、特別養護老人ホーム等に併設される指定短期入所生活介護事業所の利用定員

b 指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設の入所(入院)者に利用されていない居室(病床)を利用して指定短期入所生活介護又は指定短期入所療養介護の事業を行っている場合は、前年度の1日平均の空床及び短期入所生活介護又は短期入所療養介護の利用者数

イ 連携体制を形成した事業所間において緊急的な利用ニーズの調整を行うための窓口を明確化していること。

ウ 緊急的な利用ニーズの調整を行うための窓口を設けている施設は、24時間相談可能な体制を確保していること(夜間帯においては、手続の方法や制度の紹介等を行う体制を確保していることとする。)

エ 緊急短期入所ネットワーク加算を利用した者に関する利用の理由、期間、緊急受入れ後の対応などの事項を記録しておくこと。

オ 連携体制の確保の観点から、連携施設間で情報の共有、緊急対応に関する事例検討などを行う機会を定期的に設けること。

② 緊急短期入所ネットワーク加算の対象期間

緊急短期入所ネットワーク加算の加算対象期間は、原則として7日以内とし、その間に緊急受入れ後に適切な介護を受けられるための方策について、担当する指定居宅介護支援事業者と密接な連携を行い、相談すること。ただし、7日以内に適切な方策が立てられない場合は、その状況を記録した上で加算を引き続き行うことを認める。

(12) 在宅中重度加算

① 夜間看護体制加算

5の(8)イ及びハを準用する。

② 在宅中重度者受入加算

ア この加算は、その居宅において訪問看護の提供を受けていた利用者が、指定短期入所生活介護を利用する場合であって、指定短期入所生活介護事業者が、当該利用者の利用していた訪問看護事業所から派遣された看護職員により当該利用者の健康上の管理等を行わせた場合に対象となる。この場合の健康上の管理等に関する医師の指示は、指定短期入所生活介護事業所の配置医師が行うものとする。

イ 在宅中重度者受入加算を算定するに当たっては、あらかじめ居宅サービス計画に位置づけた上で行うこととなるが、特に初めてこのサービスを行う場合においては、サービス担当者会議を開催するなどサービス内容や連携体制等についてよく打合せを行った上で実施することが望ましい。

ウ 指定短期入所生活介護事業所は、当該利用者に関する必要な情報を主治医、訪問看護事業所、サービス担当者会議、居宅介護支援事業所等を通じてあらかじめ入手し適切なサービスを行うよう努めなければならない。

エ 指定短期入所生活介護事業所は、在宅中重度受入加算に係る業務について訪問看護事業所と委託契約を締結し、利用者の健康上の管理等の実施に必要な費用を訪問看護事業所に支払うこととする。

オ 健康上の管理等の実施上必要となる衛生材料、医薬品等の費用は短期入所生活介護事業所が負担するものとする。なお、医薬品等が、医療保険の算定対象となる場合は、適正な診療報酬を請求すること。「特別養護老人ホーム等における療養の給付(医療)

の取扱について」(平成14年3月11日保医発0331002号を参照)

3 短期入所療養介護費

(1) 介護老人保健施設における短期入所療養介護

① 介護老人保健施設短期入所療養介護費を算定するための基準について

この場合の短期入所療養介護は、介護老人保健施設の空きベッドを利用して行われるものであることから、所定単位数の算定(職員の配置数の算定)、定員超過利用・人員基準欠如(介護支援専門員に係るものを除く)・夜勤体制による所定単位数の減算及び認知症ケア加算については、介護老人保健施設の本体部分と常に一体的な取扱いが行われるものであること。したがって、認知症ケア加算については、6の(10)を、また、緊急時施設療養費については、6の(22)を準用すること。また、注8により、施設基準及び夜勤職員の基準を満たす旨の届出並びに認知症ケア加算の届出については、本体施設である介護老人保健施設について行われていれば、短期入所療養介護については行う必要がないこと。

ただし、特定介護老人保健施設短期入所療養介護費を算定した場合は、認知症ケア加算について算定できない。

② 介護老人保健施設である一部ユニット型指定短期入所療養介護事業所において所定単位数を算定するための施設基準等について

一部ユニット型指定短期入所療養介護事業所が短期入所療養介護費の所定単位数を算定するためには、看護職員又は介護職員の数が、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分以外の部分のそれぞれについて所定の員数(3:1の職員配置)を置いていることが必要である。また、一部ユニット型指定短期入所療養介護事業所がユニット型短期入所療養介護費の所定単位数を算定するためには、看護職員又は介護職員の員数が、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分のそれぞれについて所定の員数(3:1の職員配置)を置いていることが必要である(施設基準第8号)。

③ 介護老人保健施設である一部ユニット型指定短期入所療養介護事業所における看護職員及び介護職員の人員基準欠如等について

一部ユニット型指定短期入所療養介護事業所の短期入所療養介護費に係る看護職員又は介護職員の人員基準欠如による所定単位数の減算は、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分以外の部分のどちらか一方で所定の員数(3:1の職員配置)を置いていない場合に行われるものである。ユニット型短期入所療養介護費に係る看護職員又は介護職員の人員基準欠如による所定単位数の減算は、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分のどちらか一方で所定の員数(3:1の職員配置)を置いていない場合に行われるものであること(職員配置等基準第4号イ)。

また、夜勤体制による減算は、当該施設のユニット部分又はユニット部分以外について所定の員数を置いていない場合について施設利用者全員に対し行われるものであること。具体的にはユニット部分について夜勤体制による要件を満たさずユニット以外の部分について夜勤体制の要件を満たす場合であっても施設利用者全員に対し減算が行われることとなる。(夜勤職員基準第2号)

(2) リハビリテーション機能強化加算について

① 介護老人保健施設における短期入所療養介護においてリハビリテーション機能強化加算を算定する場合は、実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上のために、利用者の状態像に応じ、利用者に必要な理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を適時適切に提供できる体制が整備されていること。

② 理学療法又は作業療法については、実用歩行訓練・活動向上訓練・運動療法等を組み合わせ利用者の状態像に応じて行うことが必要であり、言語聴覚療法については、失語症、構音障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障害を持つ利用者に対して言語機能又は聴覚機能に係る活動向上訓練を行うことが必要である。

当該訓練により向上させた諸活動の能力については、常に看護師等により日常生活での実行状況に生かされるよう働きかけが行われることが必要である。

③ 理学療法、作業療法又は言語聴覚療法は、利用者の実用的な在宅生活における諸活動の自立性の向上のため、訓練の専用施設外においても訓練を行うことができる。

なお、言語聴覚療法を行う場合は、車椅子・歩行器・杖等を使用する患者が容易に入り可能であり、遮音等に配慮された部屋等を確保することが望ましい。

④ 理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を行うに当たっては、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同してリハビリテーション実施計画を作成し、これに基づいて行った個別リハビリテーションの効果、実施方法等について評価等を行う。

⑤ 医師等リハビリテーション従事者は、理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を行う場合は、開始時に利用者に対してリハビリテーション実施計画の内容を説明し、記録する。

⑥ リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は患者毎に保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること。

(3) 病院又は診療所における短期入所療養介護

① 療養病床（医療法等の一部を改正する法律（平成12年法律141号）附則第2条第3項第5号に規定する経過的旧療養型病床群を含む。以下同じ。）を有する病院若しくは診療所、老人性認知症疾患療養病棟を有する病院における短期入所療養介護

イ 指定介護療養型医療施設の病床であって、介護療養施設サービスが行われるもの（以下「介護保険適用病床」という。）における短期入所療養介護については、所定単位数の算定（職員の配置数の算定）並びに定員超過利用、夜勤体制及び療養環境による所定単位数の減算及び加算については、本体施設と常に一体的な取扱いが行われるものであり、7の(1)、(3)から(7)まで、(9)及び(10)を準用すること。この場合、7の(9)の準用に際しては「医師及び介護支援専門員」とあるのは、「医師」と読み替えるものとする。

ロ 医療保険適用病床における短期入所療養介護についても、夜勤体制による加算及び減算並びに療養環境による減算については、介護保険適用病床における短期入所療養介護の場合と同様に行うものとする。また、適用すべき所定単位数（人員配置）については、人員配置の算定上、配置されている看護職員を適宜介護職員とみなすことにより、最も有利な所定単位数を適用することとする。例えば、60床の病棟で、看護職員が12人、介護職員が13人配置されていて、診療報酬上、看護職員5：1（12人以上）、介護職員5：1（12人以上）の点数を算定している場合については、看護職員のうち2人を介護職員とみなすことにより、短期入所療養介護については看護職員6：1（10人以上）、介護職員4：1（15人以上）に応じた所定単15位数が適用されるものであること。なお、7の(1)、(3)から(7)まで、(9)及び(10)は、医療保険適用病床の短期入所療養介護についても準用する。この場合、7の(9)の準用に際しては「医師及び介護支援専門員」とあるのは、「医師」と読み替えるものとする。

ハ 医師は、短期入所療養介護に係る医療行為を行った場合には、その旨を診療録に記載すること。当該診療録については、医療保険における診療録と分ける必要はないが、短期入所療養介護に係る記載部分に下線を引くか枠で囲む等により明確に分けられるようにすること。また、診療録の備考の欄に、介護保険の保険者の番号、利用者の被保険者証の番号、要介護状態区分及び要介護認定の有効期限を記載すること。なお、これらの取扱いについては、介護保険の訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導及び通所リハビリテーションについても同様であること。なお、当該医療機関において、当該利用者に対して基本的に短期入所療養介護以外の医療を行わない場合の診療録の記載については介護療養施設サービスの場合と同様とし、7(2)を準用するものとする。

ニ 病院である短期入所療養介護事業所の人員基準欠如による所定単位数の減算の基準は、職員配置基準第4号ロ(2)において規定しているところであるが、具体的な取扱い

は以下のとおりであること。

- a 看護職員又は介護職員の員数が居宅サービス基準に定める員数を満たさない場合は、他の職種の配置数とは関係なく、病院療養病床短期入所療養介護費の(Ⅲ)、ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費若しくは特定病院療養病床短期入所療養介護費又は認知症疾患型短期入所療養介護費にあつては、当該事業所の区分に応じ、認知症疾患型短期入所療養介護費の(Ⅰ)、(Ⅳ)若しくは(Ⅴ)若しくは特定認知症疾患型短期入所療養介護費若しくはユニット型認知症疾患型短期入所療養介護費の(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)の所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数が算定される。
 - b 短期入所療養介護を行う病棟において、看護・介護職員の員数については居宅サービス基準に定める員数を満たすが、看護師の員数の看護職員の必要数に対する割合(以下「正看比率」という。)が2割未満である場合は、病院療養病床短期入所療養介護費の(Ⅲ)、ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費若しくは特定病院療養病床短期入所療養介護費又は認知症疾患型短期入所療養介護費にあつては、当該事業所の区分に応じ、認知症疾患型短期入所療養介護費の(Ⅰ)、(Ⅳ)若しくは(Ⅴ)若しくは特定認知症疾患型短期入所療養介護費若しくはユニット型認知症疾患型短期入所療養介護費の(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)に100分の90を乗じて得た単位数が算定される。
 - c 厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法の規定に基づき厚生労働大臣が定める地域(平成12年厚生省告示第28号各号に掲げる地域(以下次のd及び7の(8)において「僻地」という。)に所在する病院であつて、短期入所療養介護を行う病棟における看護・介護職員の員数については居宅サービス基準に定める員数を満たし、正看比率も2割以上であるが医師の員数が居宅サービス基準に定める員数の6割未満であるもの(医師の確保に関する計画を都道府県知事に届け出たものに限る。))においては、各類型の短期入所療養介護費又は特定病院療養病床短期入所療養介護費若しくは特定認知症疾患型短期入所療養介護費のうち、看護・介護職員の配置に応じた所定単位数から12単位を控除して得た単位数が算定される。
 - d 僻地に所在する病院であつて医師の確保に関する計画を都道府県知事に届け出していない病院又は僻地以外に所在する病院であつて、短期入所療養介護を行う病棟における看護・介護職員の員数については居宅サービス基準に定める員数を満たしている(正看比率は問わない)が、医師の員数が居宅サービス基準に定める員数の6割未満であるものにおいては、病院療養病床短期入所療養介護費の(Ⅲ)、ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費若しくは特定病院療養病床短期入所療養介護費又は認知症疾患型短期入所療養介護費にあつては、当該事業所の区分に応じ、認知症疾患型短期入所療養介護費の(Ⅰ)、(Ⅳ)若しくは(Ⅴ)若しくは特定認知症疾患型短期入所療養介護費若しくはユニット型認知症疾患型短期入所療養介護費の(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)の所定単位数に100分の90を乗じて得た単位数が算定される。
 - e なお、医師の配置について、人員基準欠如による所定単位数の減算が適用される場合は、医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)第49条の規定が適用される病院に係る減算は適用されない。
- ホ 特定診療費については、別途通知するところによるものとする。
- ヘ 施設基準及び夜勤職員基準を満たす旨の届出並びに夜間勤務等看護(Ⅰ)から(Ⅲ)までを算定するための届出については、本体施設である介護療養型医療施設について行われていれば、短期入所療養介護については行う必要がないこと。
- ② 病院又は診療所である一部ユニット型指定短期入所療養介護事業所において所定単位数を算定するための施設基準等について
- 病院又は診療所である一部ユニット型指定短期入所療養介護事業所が短期入所療養介護費の所定単位数を算定するためには、看護職員又は介護職員の員数が、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分以外の部分のそれぞれについて所定の員数(看護6:1、

介護４：１の職員配置)を置いていることが必要である。また、病院又は診療所である一部ユニット型指定短期入所療養介護事業所がユニット型短期入所療養介護費の所定単位数を算定するためには、看護職員又は介護職員の員数が、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分のそれぞれについて所定の員数(看護６：１、介護４：１の職員配置)を置いていることが必要である(施設基準第８号)。

なお、夜勤を行う職員の員数については、当該事業所全体で所定の員数を置いていれば足りるものである(夜勤職員基準第２号)。

③ 病院又は診療所である一部ユニット型指定短期入所療養介護事業所における看護職員及び介護職員の人員基準欠如等について

病院又は診療所である一部ユニット型指定短期入所療養介護事業所の短期入所療養介護費に係る看護職員又は介護職員の人員基準欠如による所定単位数の減算は、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分以外の部分のどちらか一方で所定の員数(看護６：１、介護４：１の職員配置)を置いていない場合に行われるものである。ユニット型短期入所療養介護費に係る看護職員又は介護職員の人員基準欠如による所定単位数の減算は、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分のどちらか一方で所定の員数(看護６：１、介護４：１の職員配置)を置いていない場合に行われるものであること(職員配置等基準第４号ロ)。

なお、病院若しくは診療所である一部ユニット型指定短期入所生活介護事業所の短期入所生活介護又はユニット型短期入所生活介護に係る夜勤体制による減算は、当該事業所全体で所定の員数を置いていない場合に限り、行われるものであること。(夜勤職員基準第２号)

④ 基準適合診療所における短期入所療養介護

イ 基準適合診療所短期入所療養介護費については、医療保険における全ての費用を含むものであること。

ロ ７の(２)及び(６)は基準適合診療所短期入所療養介護費について準用すること。

ハ 基準適合診療所短期入所療養介護費については、特定診療費は算定できないことに留意すること。

(４) 指定短期入所療養介護費を算定するための基準について

イ 指定短期入所療養介護費は、施設基準第１３号に規定する基準に従い、以下の通り、算定すること。

ａ 施設基準第１３号イに規定する指定短期入所療養介護費短期入所療養介護が、ユニットに属さない療養室又は病室(以下「療養室等」という。)(定員が１人のものに限る。)(「従来型個室」という。)の利用者に対して行われるものであること。

ｂ 施設基準第１３号ロに規定する指定短期入所療養介護費短期入所療養介護が、ユニットに属さない療養室等(定員が２人以上のものに限る。)(「多床室」という。)の利用者に対して行われるものであること。

ｃ 施設基準第１３号ハに規定する指定短期入所療養介護費短期入所生活介護が、ユニットに属する療養室等(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。以下「介護老人保健施設基準」という。)第４１条第２項第１号イ(３)(ｉ)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。以下「指定介護療養型医療施設基準」という。)第３９条第２項第１号イ(３)(ｉ)、第４０条第２項第１号イ(３)(ｉ)若しくは第４１条第２項第１号イ(３)(ｉ)(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令(平成１７年厚生労働省令第１３９号。以下「指定居宅サービス基準改正省令」という。)附則第４条第１項又は第６条第１項の規定により読み替えて適用する場合を含む。)を満たすものに限る。)(「ユニット型個室」という。)の利用者に対して行われるものであること。

ｄ 施設基準第１３号ニに規定する指定短期入所療養介護費短期入所療養介護が、ユニットに属する療養室等(介護老人保健施設基準第４１条第２項第１号イ(３)(ｉ)又は指定介

護療養型医療施設基準第39条第2項第1号イ(3)(ii)、第40条第2項第1号イ(3)(ii)若しくは第41条第2項第1号イ(3)(ii)を満たすものに限るものとし、介護老人保健施設基準第41条第2項第1号イ(3)(i)又は指定介護療養型医療施設基準第39条第2項第1号イ(3)(i)、第40条第2項第1号イ(3)(i)若しくは第41条第2項第1号イ(3)(i)(指定居宅サービス基準改正省令附則第4条第1項又は第6条第1項の規定により読み替えて適用する場合を含む。)を満たすものを除く。)の利用者に対して行われるものであること。

- ロ ユニットに属する療養室等であつて、各類型の短期入所療養介護費の注1による届出がなされているものについては、ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費、ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費、ユニット型診療所療養病床短期入所療養介護費又はユニット型認知症疾患型短期入所療養介護費を算定するものとする。
- (5) 特定介護老人保険施設短期入所療養介護費、特定病院療養病床短期入所療養介護費、特定病院療養病床短期入所療養介護費、特定診療所療養病床短期入所療養介護費、特定認知症対応型短期入所療養介護費、特定基準適合診療所短期入所療養介護費について利用対象者は、在宅において生活しており、当該サービスを提供するに当たり常時看護職員による観察を必要とする難病等を有する重度者又はがん末期の利用者を想定している。
- (6) ユニットにおける職員に係る減算について
5の(6)を準用する。
- (7) 栄養管理体制加算
① 管理栄養士等の配置については、2の(9)①を準用すること。
② 介護老人保健施設、療養病床を有する病院又は診療所の本体施設に配置されている管理栄養士等が、併せて指定短期入所療養介護事業所における栄養管理を行う場合にあっては、管理栄養士等が配置されている本体施設及びその指定短期入所療養介護事業所のいずれにおいても算定できること。
③ 管理栄養士等の行う食事の提供については、2の(9)③を準用すること。
- (8) 療養食加算
2の(10)を準用する。
- (9) 緊急短期入所ネットワーク加算
2の(11)を準用する。

4 特定施設入居者生活介護費

(1) その他の居宅サービスの利用について

特定施設入居者生活介護を受けている者の入居中の居宅サービスの利用については、特定施設入居者生活介護費を算定した月において、その他の居宅サービスに係る介護給付費(居宅療養管理指導費を除く。)は算定しないものであること(外泊の期間中を除く。)。ただし、特定施設入居者生活介護の提供に必要がある場合に、当該事業者の費用負担により、その利用者に対してその他の居宅サービスを利用させることは差し支えないものであること。例えば、入居している月の当初は特定施設入居者生活介護を算定し、引き続き入居しているにも関わらず、月の途中から特定施設入居者生活介護に代えて居宅サービスを算定するようなサービス利用は、居宅サービスの支給限度基準額を設けた趣旨を没却するため、認められない。

なお、入居者の外泊の期間中は特定施設入居者生活介護は算定できない。

また、当該事業者が、入居者に対して提供すべき介護サービス(特定施設入居者生活介護の一環として行われるもの)の業務の一部を、当該特定施設の従業者により行わず、外部事業者に委託している場合(例えば、機能訓練を外部の理学療法士等に委託している場合等。)には、当該事業者が外部事業者に対して委託した業務の委託費を支払うことにより、その利用者に対して当該サービスを利用させることができる。この場合には、当該事業者は業務の管理及び指揮命令を行えることが必要である。

(2) 個別機能訓練加算について

- ① 個別機能訓練加算は、理学療法士等が個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った機能訓練（以下「個別機能訓練」という。）について算定する。
 - ② 個別機能訓練加算に係る機能訓練は、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置して行うものであること。
 - ③ 個別機能訓練を行うに当たっては、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者毎にその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を行う。
 - ④ 個別機能訓練を行う場合は、開始時及びその3月ごとに1回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録する。
 - ⑤ 個別機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該特定施設の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるようにすること。
- (3) 夜間看護体制加算について
注3の夜間看護体制加算の取扱いについては、以下のとおりとすること。
「24時間連絡体制」とは、特定施設内で勤務することを要するものではなく、夜間においても施設から連絡でき、必要な場合には特定施設からの緊急の呼出に応じて出勤する体制をいうものである。具体的には、
- ① 特定施設において、管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、夜間における連絡・対応体制（オンコール体制）に関する取り決め（指針やマニュアル等）の整備がなされていること。
 - ② 管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、看護職員不在時の介護職員による利用者の観察項目の標準化（どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか）がなされていること。
 - ③ 特定施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対して、②の取り決めが周知されていること。
 - ④ 特定施設の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合には、電話やFAX等により利用者の状態に関する引継を行うとともに、オンコール体制終了時にも同様の引継を行うこと。
といった体制を整備することを想定している。
- (4) 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費について
- ① 報酬の算定及び支払方法について
外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費は、基本サービス部分（当該外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護事業者が自ら行う特定施設サービス計画の作成、利用者の安否の確認、利用者の生活相談等に相当する部分）及び各サービス部分（当該事業者が委託する指定居宅サービス事業者（以下「受託居宅サービス事業者」という。）が提供する居宅サービス部分）からなり、イ及びロの単位数を合算したものに特定施設入居者生活介護の一単位の単価を乗じて得た額が一括して外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護事業者を支払われる。
介護職員が居宅サービス基準に定める員数を満たさない場合の介護報酬の減算は、イの基本サービス部分についてのみ適用されることとなる。
なお、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護事業者においては、居宅サービス基準上、看護職員の配置は義務付けられていない。
イ 基本サービス部分は1日につき84単位とする。
ロ 各サービス部分については、特定施設サービス計画に基づき受託居宅サービス事業者が各利用者に提供したサービスの実績に応じて算定される。また、各サービス部分の対象サービス及び単位数については、厚生労働大臣が定める外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費及び外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護費に係るサービスの種類及び当該サービスの単位数並びに限度単位数（平成18年厚生労働省告示第

165号) の定めるところにより、当該告示で定める単位数を上限として算定する。なお、当該告示に定める各サービスの報酬に係る算定方法については、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11年厚生省告示第19号)に定める各サービスの報酬に係る算定方法と同趣旨となるが、次の点については取扱が大きく異なるので、留意されたい。

ア 訪問介護について

- ・訪問介護に係る報酬額については、15分ごとの算定となっていること。
- ・介護福祉士、介護職員基礎研修課程修了者、1級課程修了者又は2級課程修了者によるサービス提供に限り、算定すること。

イ 訪問看護

- ・保健師、看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士によるサービス提供に限り算定すること。

② 受託居宅サービス事業者への委託料について

外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護事業者が受託居宅サービス事業者に支払う委託料は、個々の委託契約に基づくものである。

5 介護福祉施設サービス

(1) 所定単位数を算定するための施設基準について

介護福祉施設サービス費の所定単位数を算定するためには、介護職員及び看護職員の員数が所定の員数以上配置されることのほか、介護支援専門員について、人員基準欠如の状態にないことが必要あること(施設基準第27号)。

(2) 一部ユニット型指定介護老人福祉施設において所定単位数を算定するための施設基準等について一部ユニット型指定介護老人福祉施設が介護福祉施設サービス費の所定単位数を算定するためには、介護職員又は看護職員の員数が当該施設全体と当該施設のユニット部分以外の部分のそれぞれについて所定の員数(3:1の職員配置)を置いていることが必要である。また、一部ユニット型指定介護老人福祉施設がユニット型介護福祉施設サービス費の所定単位数を算定するためには、介護職員又は看護職員の員数が、当該施設全体と当該施設のユニット部分のそれぞれについて所定の員数を置いていることが必要であること(施設基準第27号)。

また、夜勤を行う職員の員数については、当該施設のユニット部分及びユニット部分以外の部分のそれぞれについて所定の員数を置いていることが必要であること。(夜勤職員基準第5号)。

また、施設基準第27号にいう入所定員は当該施設全体の入所定員をいうものであり、ユニット部分とユニット部分以外の部分に区分した取扱いが行われるものではない。

(3) 介護福祉施設サービス費を算定するための基準について

介護福祉施設サービス費は、施設基準第28号に規定する基準に従い、以下の通り、算定すること。

イ 施設基準第28号イに規定する介護福祉施設サービス費介護

福祉施設サービスが、ユニットに属さない居室(定員が1人のものに限る。)(「従来型個室」という。)の入所者に対して行われるものであること。

ロ 施設基準第28号ロに規定する介護福祉施設サービス費介護

福祉施設サービスが、ユニットに属さない居室(定員が2人以上のものに限る。)(「多床室」という。)の入所者に対して行われるものであること。

ハ 施設基準第28号ハに規定する介護福祉施設サービス費介護

福祉施設サービスが、ユニットに属する居室(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12年厚生省令第39号。以下「指定介護老人福祉施設基準」という。)第40条第1項第1号イ(3)(i)(指定居宅サービス基準改正省令附則第3条の規定により読み替えて適用する場合を含む。)を満たすものに限る。)(「ユニット型個室」という。)の入居者に対して行われるものであること。

ニ 施設基準第28号ニに規定する介護福祉施設サービス費介護

福祉施設サービスが、ユニットに属する居室（指定介護老人福祉施設基準第40条第1項第1号イ(3)(ii)を満たすものに限るものとし、同(i)（指定居宅サービス基準改正省令附則第3条の規定により読み替えて適用する場合を含む。）を満たすものを除く。）（「ユニット型準個室」という。）の入居者に対して行われるものであること。

(4) やむを得ない措置等による定員の超過

原則として入所者数(空床利用型の短期入所生活介護の利用者数を含む。)が入所定員を超える場合は、定員超過利用による減算の対象となり、所定単位数の分を乗じて得た単位10070数を算定することとなるが、①及び②の場合においては、入所定員に100分の105を乗じて得た数(入所定員が40人を超える場合にあっては、利用定員に2を加えて得た数)まで、③の場合にあっては、入所定員に100分の105を乗じて得た数までは減算が行われないものであること(職員配置等基準第11号イ)。なお、この取扱いは、あくまでも一時的かつ特例的なものであることから、速やかに定員超過利用を解消する必要があること。

① 老人福祉法第11条第1項第2号の規定による市町村が行った措置による入所(同法第10条の4第1項第3号の規定による市町村が行った措置により当該指定介護老人福祉施設において空床利用型の短期入所生活介護の利用が行われる場合を含む。)によりやむを得ず入所定員を超える場合

② 当該施設の入所者であったものが、指定介護老人福祉施設基準第19条の規定による入院をしていた場合に、当初の予定より早期に施設への再入所が可能となったときであって、その時点で当該施設が満床だった場合(当初の再入所予定日までの間に限る。)

③ 近い将来、指定介護老人福祉施設本体に入所することが見込まれる者がその家族が急遽入院したことにより在宅における生活を継続することが困難となった場合など、その事情を勘案して施設に入所することが適当と認められる者が、指定介護老人福祉施設（当該施設が満床である場合に限る。）に入所し、併設される指定短期入所生活介護事業所の空床を利用して指定介護福祉施設サービスを受けることにより、介護老人福祉施設の入所定員を超過する場合

(5) 一部ユニット型指定介護老人福祉施設における介護職員又は看護職員の人員基準欠如等一部ユニット型指定介護老人福祉施設の介護福祉施設サービス費に係る介護職員又は看護職員の人員基準欠如による所定単位数の減算は、当該施設全体と当該施設のユニット部分以外の部分のどちらか一方で所定の員数（3：1の職員配置）を置いていない場合に行われるものである。また、ユニット型介護福祉施設サービス費に係る介護職員又は看護職員の人員基準欠如による所定単位数の減算は、当該施設全体と当該施設のユニット部分のどちらか一方で所定の員数（3：1の職員配置）を置いていない場合に行われるものであること（職員配置等基準第11号ロ及びハ）。

なお、一部ユニット型指定介護老人福祉施設の介護福祉施設サービス費又はユニット型介護福祉施設サービス費に係る看護職員の人員基準欠如による減算による減算は、当該施設全体で所定の員数を置いていない場合に限り、行われるものであること。

(例) 指定介護老人福祉施設（入所者90人、介護・看護職員30人）が一部ユニット型介護老人福祉施設（ユニット部分の入所者30人、ユニット部分以外の部分の入所者60人）に転換した場合において、一部ユニット型指定介護老人福祉施設のユニット部分の入所者30人に対し、2：1の職員配置で介護・看護職員を15人配置し（ユニット型介護老人福祉施設サービス費を算定）、転換前の介護・看護職員数を維持するために、一部ユニット型指定介護老人福祉施設のユニット部分以外の部分の入所者60人に対し介護・看護職員を15人しか配置しないとすると、3：1の職員配置を満たさないため、介護福祉施設サービス費について減算を行う。

また、夜間体制による減算は、当該施設のユニット部分又はユニット部分以外の部分について所定の員数を置いていない場合について、入所者全員に対し行われるものであること。具体的には、ユニット部分について夜勤体制の要件を満たさず、ユニット部分以外の部分について夜勤体制の要件を満たさず場合であっても、入所者全員に対し夜勤体制の減算が行

われることとなる（夜勤職員基準第5号）。

(6) ユニットにおける職員に係る減算について

ユニットにおける職員の員数が、ユニットにおける職員の基準に満たない場合の減算については、ある月（歴月）において基準に満たない状況が発生した場合に、その翌々月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数が減算されることとする。（ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。）

(7) 身体拘束廃止未実施減算について

身体拘束廃止未実施減算については、施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく、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第11条第5項の記録（同条第4項に規定する身体拘束等を行う場合の記録）を行っていない場合に、入所者全員について所定単位数から減算することとなる。具体的には、記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算することとする。

(8) 重度化対応加算について

注5の重度化対応加算は、施設基準第30号において準用する第24号において定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た場合に算定されるが、その取扱いについては、以下のとおりとすること。

イ 「24時間連絡体制」とは、施設内で勤務することを要するものではなく、夜間においても施設から連絡でき、必要な場合には施設からの緊急の呼出に応じて出勤する体制をいうものである。

具体的には、

- ① 管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、夜間における連絡・対応体制（オンコール体制）に関する取り決め（指針やマニュアル等）の整備がなされていること。
- ② 管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、看護職員不在時の介護職員による入所者の観察項目の標準化（どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか）がなされていること。
- ③ 施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対して、②の取り決めが周知されていること。
- ④ 施設の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合には、電話やFAX等により入所者の状態に関する引継を行うとともに、オンコール体制終了時にも同様の引継を行うこと。

といった体制を整備することを想定している。

ロ 管理者を中心として、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等による協議の上、「看取りに関する指針」が定められていることが必要であり、同指針に盛り込むべき項目としては、例えば、当該施設の看取りに関する考え方、終末期の経過（時期、プロセス毎）の考え方、施設において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢、医師や医療機関との連携体制、本人及び家族との話し合いや同意、意思確認の方法、職員の具体的対応等が考えられる。

ハ 重度化対応加算を算定している介護老人福祉施設においては、常時継続的に医学的な管理が必要と医師が認めた者の受入まで求めるものではないが、軽度の医療ニーズがある者（例えば胃ろうの者等）の受入を正当な理由なく断らないことが必要である。

(9) 準ユニットケア加算について

注6の準ユニットケア加算は、施設基準第31号において準用する第25号において定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た場合に算定されるが、その取扱いについては、以下のとおりとすること。なお、施設の一部のみで準ユニットケア加算の要件を満たす場合、当該要件を満たす部分に入所する者についてのみ準ユニットケア加算を算定して差し支えない。

イ 「プライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえ」とは、可動でないもので隔てるこ

とまでを要するものではないが、視線が遮断されることを前提とする。建具による仕切りは認めるが、家具やカーテンによる仕切りでは不可とする。また、天井から隙間が空いていることは認める。

ロ 1人当たりの面積基準については、4人部屋に中廊下を設けて居室を仕切るなど様々な工夫が考えられることから、仕切られた空間についての1人当たり面積基準は設けず、多床室全体として1人当たりの面積基準を満たしていれば足りることとする。

(10) 個別機能訓練加算について

4の(2)を準用する。

(11) 精神科を担当する医師に係る加算について

① 注9に規定する「認知症（法第8条第16項に規定する認知症をいう。以下同じ。）である入所者」とは、次のいずれかに該当する者とする。

イ 医師が認知症と診断した者

ロ なお、旧措置入所者にあつては、前記イにかかわらず、従来の「老人福祉法による特別養護老人ホームにおける痴呆性老人等介護加算制度について」（平成6年9月30日老計第131号）における認知症老人介護加算の対象者に該当している場合は、医師の診断は必要としない。

② 精神科を担当する医師に係る加算を算定しようとする施設は、常に、認知症である入所者の数を的確に把握する必要があること。

③ 注9において「精神科を担当する医師」とあるのは、精神科を標ぼうしている医療機関において精神科を担当している医師を指すものであることが原則であるが、過去に相当期間、精神科を担当する医師であった場合や精神保健指定医の指定を受けているなど、その専門性が担保されていると判断できる場合は算定できる。

④ 精神科を担当する医師について、注8による常勤の医師に係る加算が算定されている場合は、注9の規定にかかわらず、精神科を担当する医師に係る加算は算定されないものであること。

⑤ 健康管理を担当する指定介護老人福祉施設の配置医師（嘱託医）が1名であり、当該医師が精神科を担当する医師も兼ねる場合は、配置医師として勤務する回数のうち月4回（1回あたりの勤務時間3～4時間程度）までは加算の算定の基礎としないものであること。（例えば、月6回配置医師として勤務している精神科を担当する医師の場合：6回－4回＝2回となるので、当該費用を算定できることになる。）

⑥ 入所者に対し療養指導を行った記録等を残しておくこと。

(12) 障害者生活支援員に係る加算について

① 注10の「視覚障害者等」については、23号告示第29号において「視覚、聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者又は重度の知的障害者」としたところであるが、より具体的には以下の者が該当するものであること。

イ 視覚障害者

身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定により交付を受けた身体障害者手帳（以下「身体障害者手帳」という。）の障害の程度が1級又は2級若しくは、これに準ずる視覚障害の状態にあり、日常生活におけるコミュニケーションや移動等に支障があると認められる視覚障害を有する者

ロ 聴覚障害者

身体障害者手帳の障害の程度が2級又はこれに準ずる聴覚障害の状態にあり、日常生活におけるコミュニケーションに支障があると認められる聴覚障害を有する者

ハ 言語機能障害者

身体障害者手帳の障害の程度が3級又はこれに準ずる言語機能障害等の状態にあり、日常生活におけるコミュニケーションに支障があると認められる言語機能障害を有する者

ニ 知的障害者

「療育手帳制度について」（昭和48年9月27日付厚生省発児第156号各都道府県知事・

各指定都市市長あて厚生事務次官通知)第五の2の規定により交付を受けた療育手帳の障害の程度が「療育手帳制度の実施について」(昭和48年9月27日児発第725号各都道府県知事・各指定都市市長あて厚生省児童家庭局長通知)(以下「局長通知」という。)の第三に規定するA(重度)の障害を有する者又は知的障害者福祉法(昭和35年法律第37号)第12条の規定に基づき各都道府県・指定都市が設置する知的障害者更生相談所において障害の程度が、局長通知の第三に規定する重度の障害を有する者

- ② 注10の「入所者の数が15人以上」という障害者生活支援員に係る加算の算定要件は、視覚障害者、聴覚障害者、言語機能障害者及び知的障害者の合計数が15人以上であれば満たされるものであること。この場合の障害者生活支援員の配置については、それぞれの障害に対応できる専門性を有する者が配置されていることが望ましいが、例えば、視覚障害に対応できる常勤専従の障害者生活支援員に加えて、聴覚障害、言語機能障害及び知的障害に対応できる非常勤職員の配置又は他の職種が兼務することにより、適切な生活の支援を行うことができれば、当該加算の要件を満たすものとする。
- ③ 知的障害を有する者に対する障害者生活支援員の要件(23号告示第30号ハ)としては、知的障害者福祉法に規定する知的障害者福祉社の資格を有する者のほか、同法第19条第1項に規定する知的障害者援護施設における指導員、看護師等で入所者の処遇実務経験5年以上の者とする。
- (13) 入所者が入院し、又は外泊したときの費用の算定について
- ① 注11により入院又は外泊時の費用の算定について、入院又は外泊の期間は初日及び最終日は含まないので、連続して7泊の入院又は外泊を行う場合は、6日と計算されること。
- (例)
- 入院又は外泊期間：3月1日～3月8日(8日間)
- 3月1日入院又は外泊の開始……所定単位数を算定
- 3月2日～3月7日(6日間)……1日につき単位320を算定可
- 3月8日入院又は外泊の終了……所定単位数を算定
- ② 入所者の入院又は外泊の期間中にそのまま退所した場合は、退所した日の外泊時の費用は算定できる。また、入所者の外泊の期間中にそのまま併設医療機関に入院した場合には、入院日以降については外泊時の費用は算定できない。
- ③ 入所者の入院又は外泊の期間中で、かつ、入院又は外泊時の費用の算定期間中であっては、当該入所者が使用していたベッドを他のサービスに利用することなく空けておくことが原則であるが、当該入所者の同意があれば、そのベッドを短期入所生活介護に活用することは可能であること。ただし、この場合に、入院又は外泊時の費用は算定できないこと。
- ④ 入院又は外泊時の取扱い
- イ 入院又は外泊時の費用の算定にあたって、1回の入院又は外泊で月をまたがる場合は、最大で連続13泊(12日分)まで入院又は外泊時の費用の算定が可能であること。
- (例) 月をまたがる入院の場合
- 入院期間：1月25日～3月8日
- 1月25日入院……所定単位数を算定
- 1月26日～1月31日(6日間)……1日につき320単位を算定可
- 2月1日～2月6日(6日間)……1日につき320単位を算定可
- 2月7日～3月7日……費用算定不可
- 3月8日退院……所定単位数を算定
- ロ 「外泊」には、入所者の親戚の家における宿泊、子供又はその家族と旅行に行く場合の宿泊等も含むものであること。
- ハ 外泊の期間中は、当該入所者については、居宅介護サービス費は算定されないものであること。
- ニ 「入院」の場合、必要に応じて、入退院の手続きや家族等への連絡調整、情報提供などの業務にあたること。
- (14) 初期加算について

- ① 入所者については、指定介護老人福祉施設へ入所した当初には施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とすることから、入所日から30日間に限って、1日につき30単位を加算すること。
- ② 「入所日から30日間」中に外泊を行った場合、当該外泊を行っている間は、初期加算を算定できないこと。
- ③ 当該施設における過去の入所及び短期入所生活介護との関係初期加算は、当該入所者が過去3月間(ただし、「自立度判定基準」によるランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去一月間とする。)の間に、当該指定介護老人福祉施設に入所したことがない場合に限り算定できることとする。
- なお、当該指定介護老人福祉施設の併設又は空床利用の短期入所生活介護(単独型の場合であっても1の(2)の②に該当する場合を含む。)を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該施設に入所した場合(短期入所から退所した翌日に当該施設に入所した場合を含む。)については、初期加算は入所直前の短期入所生活介護の利用日数を30日から除して得た日数に限り算定するものとする。
- ④ 30日を超える病院又は診療所への入院後に再入所した場合は、③にかかわらず、初期加算が算定されるものであること。
- (15) 退所時等相談援助加算について
- ① 退所前後訪問相談援助加算
- イ 退所前の訪問相談援助については、入所期間が1月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って、入所者が退所後生活する居宅を訪問して退所後の居宅サービス等について相談援助を行った場合に、入所中1回に限り加算を行うものであるが、入所後早期に退所に向けた訪問相談援助の必要があると認められる場合については、2回の訪問相談援助について加算が行われるものであること。この場合にあつては、1回目の訪問相談援助は退所を念頭においた施設サービス計画の策定に当たって行われるものであり、2回目の訪問相談援助は退所後在宅又は社会福祉施設等における生活に向けた最終調整を目的として行われるものであること。
- ロ 退所前訪問相談援助加算は退所日に算定し、退所後訪問相談援助加算は訪問日に算定するものであること。
- ハ 退所前後訪問相談援助加算は、次の場合には、算定できないものであること。
- a 退所して病院又は診療所へ入院する場合
- b 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
- c 死亡退所の場合
- ニ 退所前後訪問相談援助は、介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師が協力して行うこと。
- ホ 退所前後訪問相談援助は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。
- ヘ 退所前後訪問相談援助を行った場合は、相談援助を行った日及び相談援助の内容の要点に関する記録を行うこと。
- ② 退所時相談援助加算
- イ 退所時相談援助の内容は、次のようなものであること。
- a 食事、入浴、健康管理等在宅又は社会福祉施設等における生活に関する相談援助
- b 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談援助
- c 家屋の改善に関する相談援助
- d 退所する者の介助方法に関する相談援助
- ロ ①のハからヘまでは、退所時相談援助加算について準用する
- ハ 入所者に係る居宅サービスに必要な情報提供については、老人福祉法第20条の7の2に規定する老人介護支援センターに替え、法第115条の39第1項に規定する地域包括支援センターに対して行った場合についても、算定できるものとする。
- ③ 退所前連携加算

イ 退所前連携加算については、入所期間が1月を超える入所者の退所に先立って、指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、退所後の居宅における居宅サービスの利用上必要な調整を行った場合に、入所者1人につき1回に限り退所日に加算を行うものであること。

ロ 退所前連携を行った場合は、連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を行うこと。

ハ ①のハ及びニは、退所前連携加算について準用する。

ニ 在宅・入所相互利用加算の対象となる入所者について退所前連携加算を算定する場合には、最初に在宅期間に移るときにのみ算定できるものとする。

(16) 従来型個室に入所していた者の取扱いについて

注12に規定する措置については、介護福祉施設サービスを受ける者であって、平成17年9月30日以前に従来型個室に入所し、平成17年10月1日以後に当該従来型個室を退所するまでの間、継続して当該従来型個室へ入所しており、併せて、当該期間中に、特別な居室の提供を受けた事に伴う特別な室料を払っていないものが対象となること。ただし、当該者が、当該従来型個室を一旦退所した後、再度、当該従来型個室に入所して介護福祉施設サービスを受ける場合にあっては、注12に規定する措置の対象とはならないこと。

(17) 栄養管理体制加算

① 栄養士又は常勤の管理栄養士（以下(17)において「常勤の管理栄養士等」という。）については、当該施設に配置されていること（労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律（昭和60年法律第88号）の規定による労働者派遣事業により派遣された派遣労働者を含む。）。なお、調理業務の委託先のみ管理栄養士等が配置されている場合は、当該加算を算定できないこと。

② 常勤の管理栄養士が、同一敷地内の複数の介護保険施設の栄養管理等を行う場合に、当該管理栄養士が所属する指定介護老人福祉施設のみ算定できること。

③ 常勤の管理栄養士等は、入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供を行うため、次のイ及びロに掲げる書類の作成を行うこと。ただし、(18)に定める栄養マネジメント加算を算定する場合にあっては、次のイ及びロに掲げる書類（食事せん及び献立表を除く。）の作成を行う必要はないこと。

イ 食事の提供に当たっては、検食簿、喫食調査結果、食事せん、献立表、入所者の入退所簿及び食料品消費日計等の食事関係書類を作成し、その内容につき、記載が行われなければならないこと。

ロ 入所者年齢構成表及び給与栄養目標量に関する帳票を必要に応じて(少なくとも6月に1回)作成していること。

(18) 栄養マネジメント加算

① 栄養ケア・マネジメントは、入所者毎に行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

また、栄養ケア・マネジメントは、低栄養状態のリスクにかかわらず、原則として入所者全員に対して実施するべきものであること。

② 常勤の管理栄養士を1名以上配置して行うものであること。

③ 栄養ケア・マネジメントについては、以下のイからへまでに掲げるとおり、実施すること。

イ 入所者毎の低栄養状態のリスクを、施設入所時に把握すること（以下「栄養スクリーニング」という。）。ロ 栄養スクリーニングを踏まえ、入所者毎の解決すべき課題を把握すること（以下「栄養アセスメント」という。）。ハ 栄養アセスメントを踏まえ、施設長の管理のもと、医師、管理栄養士、看護職員、介護支援専門員その他の職種の方が共同して、入所者毎に、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法等）、栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、解決すべき事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を

作成すること。また、作成した栄養ケア計画については、栄養ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

ニ 栄養ケア計画に基づき、入所者毎に栄養ケア・マネジメントを実施するとともに、栄養ケア計画に実施上の問題（栄養補給方法の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。

ホ 入所者毎の栄養状態に応じて、定期的に、入所者の生活機能の状況を検討し、栄養状態のモニタリングを行うこと。その際、栄養スクリーニング時に把握した入所者毎の低栄養状態のリスクのレベルに応じ、それぞれのモニタリング間隔を設定し、入所者毎の栄養ケア計画に記載すること。当該モニタリング間隔の設定に当たっては、低栄養状態のリスクの高い者及び栄養補給方法の変更の必要性がある者（経管栄養法から経口栄養法への変更等）については、概ね2週間毎、低栄養状態のリスクが低い者については、概ね3月毎に行うこと。なお、低栄養状態のリスクが低い者も含め、少なくとも月1回、体重を測定するなど、入所者の栄養状態の把握を行うこと。

ヘ 入所者毎に、概ね3月を目途として、低栄養状態のリスクについて、栄養スクリーニングを実施し、栄養ケア計画の見直しを行うこと。

④ 栄養ケア計画を作成し、入所者又はその家族に説明し、その同意を得られた日から栄養マネジメント加算は算定を開始するものとする。なお、既入所者については、平成17年10月分に限り、平成17年10月中に同意がとれていれば、平成17年10月1日に遡り算定できること。

(19) 経口移行加算

① 経口移行加算のうち経管栄養から経口栄養に移行しようとする者に係るものについては、次に掲げるイからハまでの通り、実施するものとする。

イ 現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象とすること。医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成すること（ただし、栄養マネジメント加算を算定している入所者にあつては、栄養ケア計画と一体のものとして作成すること。）。

また、当該計画については、栄養管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

ロ 当該計画に基づき、栄養管理を実施すること。経口移行加算の算定期間は、経口からの食事の摂取が可能となり経管による食事の摂取を終了した日までの期間とするが、その期間は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ものとし、それを超えた場合においては、原則として当該加算は算定しないこと。

ハ 経口による食事の摂取を進めるための栄養管理が、入所者又はその家族の同意を得られた日から起算して、180日を超えて実施される場合でも、経口による食事の摂取が一部可能なものであつて、医師の指示に基づき、継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理が必要とされる場合にあつては、引き続き当該加算を算定できるものとする。ただし、この場合において、医師の指示は概ね2週間毎に受けるものとする。

② 経管栄養法から経口栄養法への移行は、場合によっては、誤嚥性肺炎の危険も生じうることから、次のイからニまでについて確認した上で実施すること。

イ 全身状態が安定していること（血圧、呼吸、体温が安定しており、現疾患の病態が安定していること。）。

ロ 刺激しなくても覚醒を保っていられること。

ハ 嚥下反射が見られること（唾液嚥下や口腔、咽頭への刺激による喉頭挙上が認められること。）。

ニ 咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと。

③ 経口移行加算を180日間にわたり算定した後、経口摂取に移行できなかった場合に、期間

を空けて再度経口摂取に移行するための栄養管理を実施した場合は、当該加算は算定できないものとする。

(20) 経口維持加算

① 経口維持加算のうち、著しい摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる者に係るものについて

イ 経口維持加算のうち、経管栄養は行われていないが、著しい摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる者(経口維持加算(Ⅰ))及び摂食機能障害を有し誤嚥が認められる者(経口維持加算(Ⅱ))に係るものについては、次に掲げるaからdまでの通り、実施するものとする。

a 経口維持加算(Ⅰ)については、現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影(医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。以下同じ。)又は内視鏡検査(医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコーピー」をいう。以下同じ。)により誤嚥が認められることから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師の指示を受けたものを対象とすること。

経口維持加算(Ⅱ)については、現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害を有し、水飲みテスト等により誤嚥が認められることから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師の指示を受けたものを対象とすること。

b 医師、管理栄養士、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理の方法等を示した経口維持計画を作成すること(ただし、栄養マネジメント加算を算定している入所者にあつては、栄養ケア計画と一体のものとして作成すること。)。また、当該計画については、栄養管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

c 当該経口維持計画に基づき、栄養管理を実施すること。「特別な栄養管理」とは、入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂食方法等における適切な配慮のことをいう。経口維持加算(Ⅰ)及び経口維持加算(Ⅱ)の算定期間は、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、当該入所者に誤嚥が認められなくなったと医師が判断した日までの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得られた日から起算して180日以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として当該加算は算定しないこと。

d 入所者又はその家族の同意を得られた日から起算して180日を超えた場合でも、引き続き、

(a) 経口維持加算(Ⅰ)の対象者については、造影撮影又は内視鏡検査により、引き続き、誤嚥が認められ、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が必要であるものとして医師の指示がなされ、また、当該特別な栄養管理を継続することについての入所者の同意が得られた場合

(b) 経口維持加算(Ⅱ)の対象者にあつては、水飲みテスト等により引き続き、誤嚥が認められ、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師の指示がなされ、また、当該特別な栄養管理を継続することについての入所者の同意が得られた場合

にあつては、引き続き当該加算を算定できるものとする。

ただし、(a)又は(b)における医師の指示は、概ね2週間毎に受けるものとする。

ロ 23号告示第20号に規定する管理体制とは、食事の中止、十分な排痰、医師への報告等が迅速に行われる体制とすること。

(21) 療養食加算

2の(10)を準用する。

(22) 看取り介護加算

① 看取り介護加算は、医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した入所者について、本人及び家族とともに、医師、看護師、介護職員等が共同して、随時本人又はその家族に対して十分な説明を行い、合意をしながら、その人らしさを尊重した看取りができるよう支援することを主眼として設けたものである。

② 看取り介護加算は、23号告示第33号に定める基準に適合する看取り介護を受けた入所者が死亡した場合に、死亡日を含めて30日を上限として、施設において行った看取り介護を評価するものである。

死亡前に在宅へ戻ったり、医療機関へ転院したりした後、在宅や転院先で死亡した場合でも算定可能であるが、その際には、施設において看取り介護を直接行っていない退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。（したがって、退所した日の翌日から死亡日までの期間が30日以上あった場合には、看取り介護加算を算定することはできない。）

③ 施設を退所等した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であるが、看取り介護加算は死亡月にまとめて算定することから、入所者側にとっては、施設に入所していない月についても自己負担を請求されることになるため、入所者が退所等する際、退所等の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ておくことが必要である。

④ 施設は、施設退所等の後も、継続して入所者の家族指導や医療機関に対する情報提供等を行うことが必要であり、入所者の家族、入院先の医療機関等との継続的な関わりの中で、入所者の死亡を確認することが可能である。

なお、情報の共有を円滑に行う観点から、施設が入院する医療機関等に入所者の状態を尋ねたときに、当該医療機関等が施設に対して本人の状態を伝えることについて、施設退所等の際、本人又は家族に対して説明をし、文書にて同意を得ておくことが必要である。

⑤ 入所者が入退院をし、又は外泊した場合であって、当該入院又は外泊期間が死亡日以前30日の範囲内であれば、当該入院又は外泊期間を除いた期間について、看取り介護加算の算定が可能である。

⑥ 入院若しくは外泊又は退所の当日について看取り介護加算を算定できるかどうかは、当該日に所定単位数を算定するかどうかによる。

⑦ 本人が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族に連絡しても来てもらえないような場合も、医師、看護師、介護職員等が随時（少なくとも週1回以上）、入所者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っていると認められる場合には、看取り介護加算の算定は可能である。

この場合には、適切な看取り介護が行われていることが担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、本人の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず来てもらえなかった旨を記載しておくことが必要である。

なお、家族が入所者の看取りについてともに考えることは極めて重要であり、施設としては、1度連絡を取って来てくれなかったとしても、定期的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながら介護を進めていくことが重要である。

(23) 在宅復帰支援機能加算

① 「入所者の家族との連絡調整」とは、入所者が在宅へ退所するに当たり、当該入所者及びその家族に対して次に掲げる支援を行うこと。

退所後の居宅サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行うこと。また必要に応じ、当該入所者の同意を得て退所後の居住地を管轄する市町村及び地域包括支援センター又は老人介護支援センターに対して当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報を提供すること。

② 本人家族に対する相談援助の内容は次のようなものであること。

イ 食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助

ロ 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓

練等に関する相談助言

ハ 家屋の改善に関する相談援助

ニ 退所する者の介助方法に関する相談援助

③ 在宅復帰支援機能加算の算定を行った場合は、その算定根拠等の関係書類を整備しておくこと。

(24) 在宅・入所相互利用加算

① 在宅・入所相互利用（ホームシェアリング）加算は、可能な限り対象者が在宅生活を継続できるようにすることを主眼として設けたものであり、施設の介護支援専門員は、入所期間終了に当たって、運動機能及び日常生活動作能力その他の当該対象者の心身の状況についての情報を在宅の介護支援専門員に提供しながら、在宅の介護支援専門員とともに、在宅での生活継続を支援する観点から介護に関する目標及び方針を定めることが必要である。

② 具体的には、

イ 在宅・入所相互利用を開始するに当たり、在宅期間と入所期間（入所期間については3月を限度とする）について、文書による同意を得ることが必要である。

ロ 在宅期間と入所期間を通じて一貫した方針の下に介護を進める観点から、施設の介護支援専門員、施設の介護職員等、在宅の介護支援専門員、在宅期間に対象者が利用する居宅サービス事業者等による支援チームをつくること。

ハ 当該支援チームは、必要に応じ随時（利用者が施設に入所する前及び施設から退所して在宅に戻る前においては必須とし、概ね1月に1回）カンファレンスを開くこと。

ニ ハのカンファレンスにおいては、それまでの在宅期間又は入所期間における対象者の心身の状況を報告し、目標及び方針に照らした介護の評価を行うとともに、次期の在宅期間又は入所期間における介護の目標及び方針をまとめ、記録すること。

ホ 施設の介護支援専門員及び在宅の介護支援専門員の機能及び役割分担については、支援チームの中で協議して適切な形態を定めること。

③ 在宅・入所相互利用加算は、②に適合する介護を行っている場合に、対象者の入所期間1日につき30単位を加算するものである。

④ 在宅・入所相互利用加算は、同一の個室を複数人で交互に利用するものであるが、この場合の「個室」とは、ユニット型個室、ユニット型準個室、従来型個室又は準ユニットケア加算を算定している個室的なしつらえを有している居室のいずれでもよいものとする。なお、平成18年3月31日までに多床室を活用して在宅・入所相互利用加算の加算対象となりうる事業を試行的に行っている施設において、同年4月1日以降も多床室を利用して在宅・入所相互利用を行う場合については、当該加算を算定すること。

6 介護保健施設サービス

(1) 所定単位数を算定するための施設基準について

介護保健施設サービス費の所定単位数を算定するためには、看護職員及び介護職員の員数が所定の員数以上配置されることのほか、医師、理学療法士、作業療法士及び介護支援専門員について、人員基準欠如の状態にないことが必要であること（施設基準第33号）。

(2) 一部ユニット型介護老人保健施設において所定単位数を算定するための施設基準等について

一部ユニット型介護老人保健施設が介護保健施設サービス費の所定単位数を算定するためには、看護職員又は介護職員の員数が、当該施設全体と当該施設のユニット部分以外の部分のそれぞれについて所定の員数（3：1の職員配置）を置いていることが必要であること。

また、一部ユニット型介護老人保健施設がユニット型介護保健施設サービス費の所定単位数を算定するためには、看護職員又は介護職員の員数が、当該施設全体と当該施設のユニット部分のそれぞれについて所定の員数を置いていることが必要であること（施設基準第33号）。

また、施設基準第33号にいう入所定員は当該施設全体の入所定員をいうものであり、ユニット部分とユニット部分以外の部分に区分した取扱いが行われるものではないこと。

(3) 一部ユニット型介護老人保健施設における看護職員及び介護職員の人員基準欠如等について

て

一部ユニット型介護老人保健施設に係る看護職員又は介護職員の人員基準欠如による所定単位数の減算は、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分以外の部分のどちらか一方で所定の員数（3：1の職員配置）を置いていない場合に行われるものであること。ユニット型介護老人保健施設に係る看護職員又は介護職員の人員基準欠如による所定単位数の減算は、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分のどちらか一方で所定の員数（3：1の職員配置）を置いていない場合に行われるものであること（職員配置等基準第12号ロ及びハ）。

また、夜勤体制による減算は当該施設のユニット部分又はユニット部分以外について所定の員数を置いていない場合について、施設利用者全員に対し行われるものであること。具体的には、ユニット部分について夜勤体制の要件を満たさず、ユニット以外の部分について夜勤の要件を満たさず場合であっても施設利用者全員に対し減算が行われることとなる。（夜勤職員基準第6号）

(4) 介護保健施設サービス費を算定するための基準について

① 介護保健施設サービス費は、施設基準第34号に規定する基準に従い、以下の通り、算定すること。

イ 施設基準第34号イに規定する介護保健施設サービス費介護保健施設サービスが、ユニットに属さない居室（定員が1人のものに限る。）（「従来型個室」という。）の入所者に対して行われるものであること。

ロ 施設基準第34号ロに規定する介護保健施設サービス費介護保健施設サービスが、ユニットに属さない居室（定員が2人以上のものに限る。）（「多床室」という。）の入所者に対して行われるものであること。

ハ 施設基準第34号ハに規定する介護保健施設サービス費介護保健施設サービスが、ユニットに属する居室（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12年厚生省令第40号。以下「介護老人保健施設基準」という。）第41条第2項第1号イ(3)(i)（指定居宅サービス基準改正省令附則第4条第1項の規定により読み替えて適用する場合を含む。）を満たすものに限る。）（「ユニット型個室」という。）の入居者に対して行われるものであること。

ニ 施設基準第34号ニに規定する介護保健施設サービス費介護保健施設サービスが、ユニットに属する居室（介護老人保健施設基準第41条第2項第1号イ(3)(ii)を満たすものに限るものとし、同(i)（指定居宅サービス基準改正省令附則第4条第1項の規定により読み替えて適用する場合を含む。）を満たすものを除く。）（「ユニット型準個室」という。）の入居者に対して行われるものであること。

② ユニットに属する療養室であって、介護保健施設サービス費の注1による届出がなされているものについては、ユニット型介護保健施設サービス費を算定するものとする。

③ 分館型介護老人保健施設については、介護保健施設サービス費又はユニット型介護保健施設サービス費を算定するものとする。

(5) ユニットにおける職員に係る減算について

5の(6)を準用する。

(6) 身体拘束廃止未実施減算について

5の(7)を準用する。

(7) リハビリテーションマネジメント加算

① リハビリテーションマネジメントは、入所者毎に行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。また、個別リハビリテーションは、原則として入所者全員に対して実施すべきものであることから、リハビリテーションマネジメントも原則として入所者全員に対して実施すべきものであること。

② リハビリテーションマネジメントについては、以下のイからニまでに掲げるとおり、実施すること。

イ 入所時にその者に対するリハビリテーションの実施に必要な情報を収集しておき、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員、薬剤師、支援相談員、

栄養士、介護支援専門員その他職種の者（以下「関連スタッフ」という。）が暫定的に、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）とそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働により開始時リハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画原案を作成すること。また、作成したリハビリテーション実施計画原案については、入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

ロ リハビリテーション実施計画原案に基づいたリハビリテーションやケアを実施しながら、概ね2週間以内に、その後概ね3月毎に関連スタッフがアセスメントとそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働によりリハビリテーションカンファレンスを行って、リハビリテーション実施計画を作成すること。

また、作成したリハビリテーション実施計画については、入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

ハ 退所の前に、関連スタッフによる退所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、退所後に利用予定の居宅介護支援事業所の介護支援専門員や居宅サービス事業所のサービス担当者等の参加を求めること。

ニ 退所時には居宅介護支援事業所の介護支援専門員や入所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。

③ リハビリテーションマネジメント加算はリハビリテーション実施計画原案を入所者又はその家族に説明し、その同意を得られた日から算定を開始するものとする。

(8) 短期集中リハビリテーション実施加算について

① 短期集中リハビリテーション実施加算における集中的なリハビリテーションとは、1週につき概ね3日以上実施する場合をいう。

② 当該加算は、当該入所者が過去3月間の間に、当該介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できることとする。

(9) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について

① 認知症短期集中リハビリテーションは、軽度の認知症入所者の在宅復帰を目的として行うものであり、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週3回、実施することを標準とする。

② 当該リハビリテーション加算は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の入所者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、在宅復帰に向けた生活機能の改善を目的として、リハビリテーションマネジメントにおいて作成したリハビリテーション実施計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを実施した場合に算定できるものである。なお、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムは認知症に対して効果の期待できるものであること。

③ 当該リハビリテーションに関わる医師は精神科医師又は神経内科医を除き、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了していること。なお、認知症に対するリハビリテーションに関する研修は、認知症の概念、認知症の診断、及び記憶の訓練、日常生活活動の訓練等の効果的なリハビリテーションのプログラム等から構成されており、認知症に対するリハビリテーションを実施するためにふさわしいと認められるものであること。

④ 当該リハビリテーションにあつては、一人の医師又は理学療法士等が一人の利用者に対して行った場合にのみ算定する。

⑤ 当該リハビリテーション加算は、利用者に対して個別に20分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定するものであり、時間が20分に満たない場合は、介護保健施設サービス費に含まれる。

⑥ 当該リハビリテーションの対象となる入所者はMMSE (MiniMental State Examination) 又はHDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) において概ね15点～ 25点に相当する者とする。

- ⑦ 当該リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等）は利用者毎に保管されること。
- ⑧ 注5の短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合であっても、別途当該リハビリテーションを実施した場合は当該リハビリテーション加算を算定することができる。
- (10) 認知症ケア加算について
- ① 注7において「日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者」とあるのは、「自立度判定基準」によるランクⅢ、Ⅳ又はMに該当し、認知症専門棟において認知症に対応した処遇を受けることが適当であると医師が認めた者をいうものであること。
- ② 認知症専門棟の従業者の勤務体制を定めるに当たっては、継続性を重視したサービスの提供に配慮しなければならない。これは、従業者が1人1人の入居者について個性、心身の状況、生活歴などを具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助するためにはいわゆる「馴染みの関係」が求められる。以上のことから認知症専門棟における介護職員等の配置については、次の配置を行うことを標準とする。
- イ 日中については利用者10人に対し常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。
- ロ 夜間及び深夜については、20人に1人以上の看護職員又は介護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。
- ③ ユニット型介護老人保健施設サービス費を算定している場合は、認知症ケア加算は算定しない。
- (11) 入所者が外泊したときの費用の算定について
- 5の(13)(④のニを除く。)を準用する。この場合において、「入院又は外泊」とあるのは、「外泊」と読み替えるものとする。
- (12) 入所者が試行的退所したときの費用の算定について
- ① 試行的退所サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状態に照らし、退所して居宅において生活ができるかどうかについて医師、薬剤師(配置されている場合に限る。)、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、退所して、その居宅において療養を継続する可能性があるかどうか検討すること。
- ② 当該入所者又は家族に対し、この加算の趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。
- ③ 試行的退所サービスによる居宅サービスの提供に当たっては、介護老人保健施設の介護支援専門員が、試行的退所サービスに係る居宅サービスの計画を作成するとともに、従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行い、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に配慮した計画を作成すること。
- ④ 家族等に対し次の指導を事前に行うことが望ましいこと。
- イ 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
- ロ 当該入所者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導
- ハ 家屋の改善の指導
- ニ 当該入所者の介助方法の指導
- ⑤ 試行的退所サービス費の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切な居宅サービスを提供することとし、居宅サービスの提供を行わない場合はこの加算は対象とならないこと。
- ⑥ 加算の算定期間は、1月につき6日以内とする。また、算定方法は、5の(13)の①及び②を準用する。1回の試行的退所サービス費が月をまたがる場合であっても、連続して算定できるのは6日以内とする。
- ⑦ 利用者の試行的退所期間中は、当該利用者の同意があれば、そのベットを短期入所療養

介護に活用することは可能であること。この場合において試行的退所加算を併せて算定することは可能であること。

⑧ 試行的退所期間が終了してもその居宅に退所できない場合においては、介護老人保健施設で療養を続けることとなるが、居宅において療養が続けられない理由等を分析した上でその問題解決に向けたリハビリ等を行うため、施設サービス計画の変更を行うとともに適切な支援を行うこと。

(13) 初期加算について

① 当該施設における過去の入所及び短期入所療養介護との関係初期加算は、当該入所者が過去3月間(ただし、「自立度判定基準」によるランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1月間とする。)の間に、当該介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できることとする。

なお、当該介護老人保健施設の短期入所療養介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該施設に入所した場合については、初期加算は入所直前の短期入所療養介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定するものとする。

② 5の(14)の①及び②は、この場合に準用する。

(14) 退所時指導等加算について

① 退所前後訪問指導加算

イ 退所前の訪問指導については、入所期間が1月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って、入所者が退所後生活する居宅を訪問して退所後の療養上の指導を行った場合に、入所中一回に限り加算を行うものであるが、入所後早期に退所に向けた訪問指導の必要があると認められる場合については、2回の訪問指導について加算が行われるものであること。この場合にあつては、1回目の訪問指導は退所を念頭においた施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定に当たって行われるものであり、2回目の訪問指導は在宅療養に向けた最終調整を目的として行われるものであること。

ロ 退所前訪問指導加算は退所日に算定し、退所後訪問指導加算は訪問日に算定すること。

ハ 退所前後訪問指導加算は、次の場合には算定できないものであること。

- a 退所して病院又は診療所へ入院する場合
- b 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
- c 死亡退所の場合

ニ 退所前後訪問指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

ホ 退所前後訪問指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。

ヘ 退所前後訪問指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。

② 退所時指導加算

イ 退所時指導の内容は、次のようなものであること。

- a 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
- b 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導
- c 家屋の改善の指導
- d 退所する者の介助方法の指導

ロ ①のハからヘまでは、退所時指導加算について準用する。

③ 退所時情報提供加算

イ 退所後の主治の医師に対して入所者を紹介するに当たっては、事前に主治の医師と調整し、別紙様式2の文書に必要な事項を記載の上、入所者又は主治の医師に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付すること。また、当該文書に入所者の諸検査の結果、日常生活動作能力、心理状態などの心身機能の状態、薬歴、退所後の治療計画等を示す書類を添付すること。

ロ ①のハを準用する。

- ④ 退所前連携加算
- イ 5の(15)の③イ及びロを準用する。
 - ロ ①のハ及びニを準用する。
- ⑤ 老人訪問看護指示加算
- イ 介護老人保健施設から交付される訪問看護指示書(様式は別途通知するところによるものとする。)に指示期間の記載がない場合は、その指示期間は1月であるものとみなすこと。
 - ロ 訪問看護指示書は、診療に基づき速やかに作成・交付すること。
 - ハ 訪問看護指示書は、特に退所する者の求めに応じて、退所する者又はその家族等を介して指定訪問看護ステーションに交付しても差し支えないこと。
 - ニ 交付した訪問看護指示書の写しを診療録等に添付すること。
 - ホ 訪問看護の指示を行った介護老人保健施設は、指定訪問看護ステーションからの指定訪問看護の対象者についての相談等に懇切丁寧に応じること。
- (15) 従来型個室に入所していた者の取扱いについて
- 5の(16)を準用する。
- (16) 栄養管理体制加算
- 5の(17)を準用する。
- (17) 栄養マネジメント加算
- 5の(18)を準用する。
- (18) 経口移行加算
- 5の(19)を準用する。
- (19) 経口維持加算
- 5の(20)を準用する。
- (20) 療養食加算
- 2の(10)を準用する。
- (21) 在宅復帰支援機能加算
- 5の(23)を準用する。
- (22) 緊急時施設療養費に関する事項
- 入所者の病状が著しく変化し、入院による治療が必要とされる場合には、速やかに協力病院等の病院へ入院させることが必要であるが、こうした場合であっても、介護老人保健施設において緊急その他やむを得ない事情により施設療養を行うときがあるので、緊急時施設療養費は、このような場合に行われる施設療養を評価するために設けられていること。
- ① 緊急時治療管理
- イ 緊急時治療管理は、入所者の病状が重篤になり、救命救急医療が必要となる入所者に対し、応急的な治療管理として投薬、注射、検査、処置等が行われた場合に、1日につき500単位を算定すること。
 - ロ 緊急時治療管理は、1回に連続する3日を限度とし、月1回に限り算定するものであるもので、例えば、1月に1日を3回算定することは認められないものであること。
 - ハ また、緊急時治療管理と特定治療とは同時に算定することはできないこと。
 - ニ 緊急時治療管理の対象となる入所者は、次のとおりであること。
 - a 意識障害又は昏睡
 - b 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
 - c 急性心不全(心筋梗塞を含む。)
 - d ショック
 - e 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
 - f その他薬物中毒等で重篤なもの
- ② 特定治療
- イ 特定治療は、介護老人保健施設においてやむを得ない事情により行われるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療について、老人医科診療報酬点数表により算定

する点数に10円を乗じた額を算定すること。

ロ 算定できないものは、23号告示第37号に示されていること。

ハ ロの具体的取扱いは、健康保険法(大正11年法律第70号)の診療報酬点数表の取扱いの例によること。

7 介護療養施設サービス

(1) 療養型介護療養施設サービス費、診療所型介護療養施設サービス費、認知症疾患型介護療養施設サービス費の対象となるサービスの範囲

① 療養型介護療養施設サービス費、診療所型介護療養施設サービス費については、医療保険の診療報酬点数表における入院基本料(入院診療計画、院内感染対策、褥瘡対策に係る費用分を除く。)、夜間勤務等看護加算及び療養病棟療養環境加算並びにおむつ代を含むものであること。

② 認知症疾患型介護療養施設サービス費については、医療保険の診療報酬点数表における老人性認知症疾患療養病棟入院料(入院診療計画、院内感染対策、褥瘡対策に係る費用分を除く。)及びおむつ代を含むものであること。

(2) 診療録への記載

指定介護療養型医療施設の入院患者に係る診療録について、医療保険の診療録の様式を用いる場合にあつては、「保険者番号」の欄には介護保険者の番号を、「被保険者証・被保険者手帳」の「記号・番号」の欄には介護保険の被保険者証の番号を、「有効期限」の欄には要介護認定の有効期限を、「被保険者氏名」の欄には要介護状態区分をそれぞれ記載し、「資格取得」、「事業所」及び「保険者」の欄は空白とし、「備考欄」に医療保険に係る保険者番号等の情報を記載すること。緊急時等で医療保険に請求する医療行為等を行った場合には、当該医療行為等に係る記載部分に下線を引くか枠で囲む等により明確に分けられるようにすること。なお、指定介護療養型医療施設の入院患者の診療録については、医療保険適用病床の患者と見分けられるようにすること。

(3) 所定単位数の算定単位について

指定介護療養型医療施設においては、各類型の介護療養施設サービス費のうち、介護保険適用病床の看護職員等の配置によって1種類を選定し届け出ることとする。病棟によって、複数の届出を行うことはできない。なお、1病棟において介護保険適用病床と医療保険適用病床が混在する場合には、当該病棟すべてが介護保険適用病床とみなして、必要な人員を確保していることが必要である。ただし、療養病床(医療法等の一部を改正する法律(平成12年法律第141号)附則第2条第3項第5号に規定する経過的旧療養型病床群を含む。)、老人性認知症疾患療養病棟が混在している場合には、それぞれの類型毎に1種類を選定して届け出ること。

(4) 「病棟」について

① 病棟の概念は、病院である医療機関の各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとする。なお、高層建築等の場合であつて、複数階(原則として2つの階)を1病棟として認めることは差し支えないが、3つ以上の階を1病棟とすることは、④の要件を満たしている場合に限り、特例として認められるものであること。

② 1病棟当たりの病床数については、効率的な看護管理、夜間における適正な看護の確保、当該病棟に係る建物等の構造の観点から、総合的に判断した上で決定されるものであり、原則として60床以下を標準とする。

③ ②の病床数の標準を上回っている場合については、2以上の病棟に分割した場合には、片方について1病棟として成り立たない、建物構造上の事情で標準を満たすことが困難である、近く建物の改築がなされることが確実である等、やむを得ない理由がある場合に限り、認められるものであること。

④ 複数階で1病棟を構成する場合についても上記②及び③と同様であるが、いわゆるサブナース・ステーションの設置や看護職員の配置を工夫すること。

(5) 100床未満の病院の人員基準欠如等による減算の特例について

- ① 医療法(昭和23年法律第205号)上の許可病床数(感染症病床を除く。)が100床未満の病院においては、やむを得ない事情により配置されていた職員数が1割の範囲内で減少した場合の人員基準欠如による所定単位数の減算については、当分の間、次のとおり取り扱うものとする。
- イ 看護・介護職員の人員基準欠如については、
- a 人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合には、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が職員配置等基準に規定する算定方法に従って減算され、
- b 1割の範囲内で減少した場合には、その3月後から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が職員配置等基準に規定する算定方法に従って減算される(ただし、翌々月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。)
- ロ 看護・介護職員以外の人員基準欠如については、その3月後から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が職員配置等基準に規定する算定方法に従って減算される(ただし、翌々月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。)
- ② 医療法上の許可病床数(感染症病床を除く。)が100床未満の病院において、届け出ている看護職員・介護職員の職員配置を満たせなくなった場合のより低い所定単位数の適用(人員基準欠如の場合を除く。)については、①の例によるものとする。
- (6) 看護職員の数の算定について
- 看護職員の数は、病棟において実際に入院患者の看護に当たっている看護職員の数であり、その算定にあたっては、看護部長等(専ら、病院全体の看護管理に従事する者をいう。)、当該医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等の看護職員の数は算入しない。ただし、病棟勤務と外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、集中治療室勤務、褥瘡対策に係る専任の看護師等を兼務する場合は、勤務計画表による病棟勤務の時間を比例計算のうえ、看護職員の数に算入することができる。
- なお、兼務者の時間割比例計算による算入は、兼務者の病棟勤務延時間数を所定労働時間で除して得た数をもって看護職員の人員とすること。
- (7) 夜勤体制による減算及び加算の特例について
- 療養型介護療養施設サービス費については、所定単位数及び夜間勤務等看護(Ⅰ)から(Ⅲ)までを算定するための基準を夜勤職員基準において定めている(第7号イにおいて準用する第2号ロ(1))ところであるが、その取扱いについては、以下のとおりとすること。
- ① 夜勤を行う職員の勤務体制については、施設単位ではなく、病棟単位で職員数を届け出ること。
- ② 夜勤を行う職員の数は、1日平均夜勤職員数とする。1日平均夜勤職員数は、暦月ごとに夜勤時間帯(午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間をいう。)における延夜勤時間数を、当該月の日数に16を乗じて得た数で除することによって算定し、小数点第3位以下は切り捨てるものとする。
- ③ 月平均夜勤時間数は、各病棟ごとに届出前1月又は4週間の夜勤時間帯における看護職員及び介護職員の延夜勤時間数を夜勤時間帯に従事した実人員で除して得た数とし、当該月当たりの平均夜勤時間数の直近1月又は直近4週間の実績の平均値によって判断する。なお、届出直後においては、当該病棟の直近3月間又は12週間の実績の平均値が要件を満たしていれば差し支えない。
- ④ 専ら夜間勤務時間帯に従事する者(以下「夜勤専従者」という。)については、それぞれの夜勤時間数は基準の概ね2倍以内であること。月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員及び延夜勤時間数には、夜勤専従者及び月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は除く。ただし、1日平均夜勤職員数の算定においては、全ての夜勤従事者の夜勤時間数が含まれる。
- ⑤ 1日平均夜勤職員数又は月平均夜勤時間数が以下のいずれかに該当する月においては、

入院患者の全員について、所定単位数が減算される。夜間勤務等看護加算を算定している病院において、届け出ていた夜勤を行う職員数を満たせなくなった場合も同様に扱うものとする。

- イ 前月において1日平均夜勤時間数が、夜勤職員基準により確保されるべき員数から1割を超えて不足していたこと。
- ロ 1日平均夜勤職員数が、夜勤職員基準により確保されるべき員数から1割の範囲内で不足している状況が過去3月間(暦月)継続していたこと。
- ハ 前月において月平均夜勤時間数が、夜勤職員基準上の基準時間を1割以上上回っていたこと。
- ニ 月平均夜勤時間数の過去3月間(暦月)の平均が、夜勤職員基準上の基準時間を超えていたこと。

- ⑥ 夜勤体制による減算が適用された場合は夜勤体制による加算は算定しないものとする。
- ⑦ 当該施設のユニット部分又はユニット部分以外について所定の員数を置いていない場合について施設利用者全員に対して行われるものであること。具体的には、ユニット部分について夜勤体制による要件を満たさずユニット以外の部分について夜勤体制の要件を満たす場合であっても施設利用者全員に対し減算が行われること。

(8) 人員基準欠如による所定単位数の減算について

病院である指定介護療養型医療施設の人員基準欠如による所定単位数の減算の基準は、職員配置基準第13号イ(2)において規定しているところであるが、具体的な取扱いは以下のとおりであること。

- ① 指定介護療養施設サービスを行う病棟における看護職員又は介護職員の員数が、指定介護療養型医療施設基準に定める員数を満たさない場合は、他の職種の配置数とは関係なく、
 - イ 療養型介護療養施設サービス費、診療所型介護療養施設サービス費又は認知症疾患型介護療養施設サービス費については、病院療養病床介護療養施設サービス費の(Ⅲ)又は認知症疾患型介護療養施設サービス費の(Ⅰ)、(Ⅳ)若しくは(Ⅴ)の所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数が算定される。
 - ロ ユニット型療養型介護療養施設サービス費、ユニット型診療所型介護療養施設サービス費又はユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費については、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数が算定される。
- ② 介護支援専門員の員数が、指定介護療養型医療施設基準に定める員数を満たさない場合は、他の職種の配置数とは関係なく、各類型の介護療養施設サービス費のうち、看護・介護職員の配置に応じた所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数が算定される。
- ③ 介護支援専門員及び指定介護療養施設サービスを行う病棟における看護・介護職員の員数については指定介護療養型医療施設基準に定める員数を満たすが、看護師の員数の看護職員の必要数に対する割合(以下「正看比率」という。)が2割未満である場合は、
 - イ 療養型介護療養施設サービス費、診療所型介護療養施設サービス費又は認知症疾患型介護療養施設サービス費については、病院療養病床介護療養施設サービス費の(Ⅲ)又は認知症疾患型介護療養施設サービス費の(Ⅰ)、(Ⅳ)若しくは(Ⅴ)の所定単位数に100分の90を乗じて得た単位数が算定される。
 - ロ ユニット型療養型介護療養施設サービス費、ユニット型診療所型介護療養施設サービス費又はユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費については、所定単位数に100分の90を乗じて得た単位数が算定される。
- ④ 僻地に所在する病院であって、介護支援専門員及び指定介護療養施設サービスを行う病棟における看護・介護職員の員数については指定介護療養型医療施設基準に定める員数を満たし、正看比率も2割以上であるが、医師の員数が指定介護療養型医療施設基準に定める員数の6割未満であるもの(医師の確保に関する計画を都道府県知事に届け出たものに限る。)においては、各類型の介護療養施設サービス費のうち、看護・介護職員の配置に応じた所定単位数から12単位を控除して得た単位数が算定される。
- ⑤ 僻地に所在する病院であって医師の確保に関する計画を都道府県知事に届け出していない

病院又は僻地以外に所在する病院であって、介護支援専門員及び指定介護療養施設サービスを行う病棟における看護・介護職員の員数については指定介護療養型医療施設基準に定める員数を満たしているが、医師の員数が指定介護療養型医療施設基準に定める員数の6割未満であるもの(正看比率は問わない)においては、病院療養病床介護療養施設サービス費の(Ⅲ)又は認知症疾患型介護療養施設サービス費の(Ⅰ)、(Ⅳ)若しくは(Ⅴ)の所定単位数に100分の90を乗じて得た単位数が算定される。

⑥ なお、医師の配置について、人員基準欠如による所定単位数の減算が適用される場合は、医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)第49条の規定が適用される病院に係る減算は適用されない。

(9) 所定単位数を算定するための施設基準について

療養型介護療養施設サービス費、診療所型介護療養施設サービス費又は認知症疾患型介護療養施設サービス費のそれぞれ所定単位数を算定するためには、看護職員及び介護職員の員数が所定の員数以上配置されることのほか、次に掲げる基準を満たす必要があること。

① 療養型介護療養施設サービス費(施設基準第39号において準用する施設基準第8号ニ)

イ 看護職員の最少必要数の2割以上が看護師であること。

ロ 医師及び介護支援専門員の員数が、いわゆる人員基準欠如になっていないこと。

ハ 療養病棟の病室が、次の基準を満たすこと。

a ユニット型でない場合

(a) 一の病室の病床数が4床以下であること。

(b) 入院患者1人当たりの病室の床面積が6.4平方メートル以上であること。

(c) 隣接する廊下の幅が内法による測定で1.8メートル(両側に居室がある廊下については、2.7メートル)以上であること。

b ユニット型の場合

(a) 一の病院の定員は、1人とすること。ただし、入院患者への指定介護療養施設サービスの提供上必要と認められる場合は、2人とすることができること。

(b) 病室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けること。

ただし、一のユニットの入院患者の定員は、概ね10人以下としなければならないこと。

(c) 一の病室の床面積等は、次のいずれかを満たすこと。

(i) 13.2㎡以上を標準とすること、ただし、(a)ただし書きの場合にあっては、21.3平方メートル以上を標準とすること。

(ii) ユニットに属さない病室を改修したものについては、10.65平方メートル以上とすること。ただし、(a)ただし書きの場合にあっては、21.3平方メートル以上を標準とすること。これらの場合には、入院患者同士の視線の遮断の確保を前提とした上で、病室を隔てる壁について、天井との間に一定の隙間が生じていても差し支えないこと。

(d) ブザー又はこれに代わる設備を設けること。

ニ 機能訓練室が内法による測定で40平方メートル以上の床面積を有すること。

ホ 入院患者1人につき1平方メートル以上の広さを有する食堂、及び浴室を有すること(ユニット型個室及びユニット型準個室を除く。)

② 診療所型介護療養施設サービス費(施設基準第39号において準用する施設基準第8号ト)

イ 療養病室が、次の基準を満たすこと。

a ユニット型でない場合

(a) 一の病室の病床数が4床以下であること。

(b) 入院患者1人当たりの病室の床面積が6.4平方メートル以上であること。

(c) 隣接する廊下の幅が内法による測定で1.8メートル(両側に居室がある廊下については、2.7メートル)以上であること。

b ユニット型の場合

- (a) 一の病院の定員は、1人とすること。ただし、入院患者への指定介護療養施設サービスの提供上必要と認められる場合は、2人とすることができること。
- (b) 病室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けること。ただし、一のユニットの入院患者の定員は、概ね10人以下としなければならないこと。
- (c) 一の病室の床面積等は、次のいずれかを満たすこと。
 - (i) 13.2㎡以上を標準とすること、ただし、(a)ただし書きの場合にあつては、21.3平方メートル以上を標準とすること。
 - (ii) ユニットに属さない病室を改修したものについては、10.65平方メートル以上とすること。ただし、(a)ただし書きの場合にあつては、21.3平方メートル以上を標準とすること。これらの場合には、入院患者同士の視線の遮断の確保を前提とした上で、病室を隔てる壁について、天井との間に一定の隙間が生じていても差し支えないこと。
- (d) ブザー又はこれに代わる設備を設けること。
- ロ 入院患者1人につき、1平方メートル以上の広さを有する食堂、及び浴室を有すること（ユニット型個室、ユニット型準個室を除く。）。
- ③ 認知症疾患型介護療養施設サービス費（施設基準第39号において準用する施設基準第8号チ）
 - イ 看護職員の最少必要数の2割以上が看護師であること。
 - ロ 医師及び介護支援専門員の員数が、いわゆる人員基準欠如になっていないこと。
- (10) 一部ユニット型指定介護療養型医療施設において所定単位数を算定するための施設基準等について

一部ユニット型指定介護療養型医療施設が各類型の介護療養施設サービス費の所定単位数を算定するためには、看護職員又は介護職員の員数が、当該施設全体と当該施設のユニット部分以外の部分のそれぞれについて所定の員数（看護6：1、介護4：1の職員配置）を置いていることが必要である。また、一部ユニット型指定介護療養型医療施設が各類型のユニット型介護療養施設サービス費を算定するためには、看護職員又は介護職員の員数が、当該施設全体と当該施設のユニット部分のそれぞれについて所定の員数（看護6：1、介護4：1の職員配置）を置いていることが必要である（施設基準第39号）。
- (11) 一部ユニット型指定介護療養型医療施設における看護職員及び介護職員の人員基準欠如等について一部ユニット型指定介護療養型医療施設の各類型の介護療養施設サービス費に係る看護職員又は介護職員の人員基準欠如による所定単位数の減算は、当該施設全体と当該施設のユニット部分以外の部分のどちらか一方で所定の員数（看護6：1、介護4：1の職員配置）を置いていない場合に行われるものである。ユニット型指定介護療養型医療施設に係る看護職員又は介護職員の人員基準欠如による所定単位数の減算は、当該施設全体と当該施設のユニット部分のどちらか一方で所定の員数（看護6：1、介護4：1の職員配置）を置いていない場合に行われるものであること（職員配置等基準第13号イ及びロ）。
- (12) 介護療養施設サービス費を算定するための基準について
 - ① 介護療養施設サービス費は、施設基準第22号に規定する基準に従い、以下の通り、算定すること。
 - イ 施設基準第43号イに規定する介護療養施設サービス費介護療養施設サービスが、ユニットに属さない居室（定員が1人のものに限る。）（「従来型個室」という。）の入院患者に対して行われるものであること。
 - ロ 施設基準第43号ロに規定する介護療養施設サービス費介護療養施設サービスが、ユニットに属さない居室（定員が2人以上のものに限る。）（「多床室」という。）の入院患者に対して行われるものであること。
 - ハ 施設基準第43号ハに規定する介護療養施設サービス費介護療養施設サービスが、ユニットに属する居室（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12年厚生省令第41号。以下「指定介護療養型医療施設基準」という。）第39条第2項第1

号イ(3)(i)、第40条第2項第1号イ(3)(i)又は第41条第2項第1号イ(3)(i)（指定居宅サービス基準改正省令附則第6条第1項の規定により読み替えて適用する場合を含む。）を満たすものに限る。）（「ユニット型個室」という。）の入院患者に対して行われるものであること。

ニ 施設基準第43号ニに規定する介護療養施設サービス費介護療養施設サービスが、ユニットに属する居室（指定介護療養型医療施設基準第39条第2項第1号イ(3)(ii)、第40条第2項第1号イ(3)(ii)又は第41条第2項第1号イ(3)(ii)を満たすものに限るものとし、指定介護療養型医療施設基準介護老人保健施設基準第39条第2項第1号イ(3)(i)、第40条第2項第1号イ(3)(i)又は第41条第2項第1号イ(3)(i)（指定居宅サービス基準改正省令附則第4条第1項の規定により読み替えて適用する場合を含む。）を満たすものを除く。）（「ユニット型準個室」という。）の入居者に対して行われるものであること。

② ユニットに属する病室であって、各類型の介護療養施設サービス費の注1による届出がなされているものについては、ユニット型介護療養施設サービス費を算定するものとする

(13) ユニットにおける職員に係る減算について

5の(6)を準用する。

(14) 身体拘束廃止未実施減算について

5の(7)を準用する。

(15) 療養環境減算の適用について

① 病院療養病床療養環境減算(I)の基準

病院療養病床療養環境減算(I)は、指定介護療養型医療施設基準附則第7条に規定する病床転換による旧療養型病床群又は医療法施行規則の一部を改正する省令（平成13年厚生労働省令第8号。以下「平成13年医療法施行規則等改正省令」という。）附則第41条の規定の適用を受ける療養病床に係る病室であって、隣接する廊下の幅が内法による測定で1.8メートル（両側に居室がある廊下については、2.7メートル）未満である場合に適用されること（ただし、病院療養病床療養環境減算(II)又は(III)の適用を受ける場合を除く。）。（施設基準第41号において準用する施設基準第11号イ）

② 病院療養病床療養環境減算(II)の基準

病院療養病床療養環境減算(II)は、次のいずれかに該当する場合に適用されること（ただし、病院療養病床療養環境減算(III)の適用を受ける場合を除く。）。（施設基準第41号において準用する施設基準第11号ロ）

イ 指定介護療養型医療施設基準附則第7条に規定する病床転換による旧療養型病床群に係る病室であって、1の病室の病床数が四床を超えているか、又は入院患者1人当たりの病室の床面積が6.4平方メートルに満たないこと。

ロ 機能訓練室が、内法による測定で40平方メートル以上の床面積を有しないこと。

ハ 食堂及び浴室を有するが、食堂が内法による測定で入院患者1人当たり1平方メートル未満であり、しかし、具体的な療養環境の改善に関する計画を提出していること。

ニ 医師、看護職員又は介護職員の員数が、指定介護療養型医療施設基準に定める員数に満たないこと。

③ 病院療養病床療養環境減算(III)の基準

病院療養病床療養環境減算(III)は、次のいずれかに該当する場合に適用されること（施設基準第41号において準用する施設基準第11号ハ）。

イ 食堂又は浴室を有していないこと。

ロ 食堂及び浴室を有するが、食堂が内法による測定で入院患者1人当たり1平方メートル未満であり、具体的な療養環境の改善に関する計画を提出していないこと。

④ 診療所療養病床療養環境減算(I)の基準

診療所療養病床療養環境減算(I)は、次のいずれかに該当する場合に適用されること（ただし、診療所療養病床療養環境減算(II)の適用を受ける場合を除く。）。（施設基準第

42号において準用する施設基準第12号イ)

- イ 指定介護療養型医療施設基準附則第12条に規定する病床転換による診療所旧療養型病床群に係る病室にあっては、1の病室の病床数が四床を超えているか、又は入院患者1人当たりの病室の床面積が6.4平方メートルに満たないか、又は隣接する廊下の幅が内法による測定で1.8メートル（両側に居室がある廊下については、2.7メートル）未満であること。平成13年医療法施行規則等改正省令附則第41条の規定の適用を受ける療養病床に係る病室にあっては、隣接する廊下の幅が内法による測定で1.8メートル（両側に居室がある廊下については、2.7メートル）未満であること。
- ロ 食堂及び浴室を有するが、食堂が内法による測定で入院患者1人当たり1平方メートル未満であり、しかし、具体的な療養環境の改善に関する計画を提出していること。
- ハ 看護職員又は介護職員の員数が、指定介護療養型医療施設基準に定める員数に満たないこと。

⑤ 診療所療養病床療養環境減算(Ⅱ)の基準

診療所療養病床療養環境減算(Ⅱ)は、次のいずれかに該当する場合に適用されること(施設基準第42号において準用する施設基準第12号ロ)。

イ 食堂又は浴室を有していないこと。

ロ 食堂及び浴室を有するが、食堂が内法による測定で入院患者1人当たり1平方メートル未満であり、具体的な療養環境の改善に関する計画を提出していないこと。

⑥ 特別の療養環境の提供により特別の料金を徴収している場合特別の療養環境の提供により特別の料金を徴収している場合(ユニット型個室・2人室、ユニット型準個室・2人室、ユニット型個室・ユニット型準個室以外の個室、2人室を除く。)にあっては、当該病室に入院している患者について、病院療養病床療養環境減算(Ⅲ)又は診療所療養病床療養環境減算(Ⅱ)を適用するものとする。

⑦ 病棟ごとの適用の原則

療養環境減算については、各病棟を単位として評価を行うものであり、設備基準を満たす病棟とそうでない病棟とがある場合には、同一施設であっても異なる療養環境減算の適用を受けることとなること。

(16) 入院患者が外泊したときの費用の算定について
6の(11)を準用する。

(17) 従来型個室に入所していた者の取扱いについて
5の(16)を準用する。

(18) 栄養管理体制加算
5の(17)を準用する。

(19) 栄養マネジメント加算
5の(18)を準用する。

(20) 経口移行加算
5の(19)を準用する。

(21) 経口維持加算
5の(20)を準用する。

(22) 療養食加算
2の(10)を準用する。

(23) 入院患者が他医療機関へ受診したときの費用の算定について

① 介護療養型医療施設に入院中の患者が、当該入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、当該介護療養型医療施設以外での診療の必要が生じた場合は、他医療機関へ転医又は対診を求めることを原則とする。

② 介護療養施設サービス費を算定している患者について、当該介護療養施設サービス費に含まれる診療を他医療機関で行った場合には、当該他医療機関は当該費用を算定できない。

③ ②にかかわらず、介護療養施設サービス費を算定する患者に対し眼科等の専門的な診療が必要となった場合(当該介護療養型医療施設に当該診療に係る診療科がない場合に限

る。)であって、当該患者に対し当該診療が行われた場合(当該診療に係る専門的な診療科を標榜する他医療機関(特別の関係にあるものを除く。)において、別途定める診療行為が行われた場合に限る。)は、当該他医療機関において診療が行われた日に係る介護療養施設サービス費は、1月に4日を限度として所定単位数に代えて1日につき444単位を算定するものとする。

当該所定単位数を算定した日においては、特定診療費に限り別途算定できる。

④ 他医療機関において③の規定により費用を算定することのできる診療が行われた場合には、当該患者が入院している介護療養型医療施設において、当該他医療機関に対し、当該診療に必要な情報(当該介護療養型施設での介護療養施設サービス費及び必要な診療科を含む。)を文書により提供する(これらに要する費用は患者の入院している介護療養型医療施設が負担する)とともに、診療録にその写しを添付する。

⑤ ③にいう「特別の関係」とは、次に掲げる関係をいう。

ア 当該医療機関と当該他の医療機関の関係が以下のいずれかに該当する場合に、当該医療機関と当該他の医療機関は特別の関係にあると認められる。

(イ) 当該医療機関の開設者が、当該他の医療機関の開設者と同一の場合

(ロ) 当該医療機関の代表者が、当該他の医療機関の代表者と同一の場合

(ハ) 当該医療機関の代表者が、当該他の医療機関の代表者の親族等の場合

(ニ) 当該医療機関の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の医療機関の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合

(ホ) (イ)から(ニ)にまでに掲げる場合に準ずる場合(人事、資金等の関係を通じて、当該医療機関が、当該他の医療機関の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限る。)

イ 「医療機関」とは、病院又は診療所をいう。

ウ 「親族等」とは、親族関係を有する者及び以下に掲げる者をいう。

(イ) 事実上婚姻関係と同様の事情にある者

(ロ) 使用人及び使用人以外の者で当該役員等から受ける金銭その他の財産によって生計を維持しているもの

(ハ) (イ)又は(ロ)に掲げる者の親族でこれらの者と生計を一にしているもの

(24) 初期加算について

6の(13)を準用する。

(25) 退院時指導等加算について

6の(14)(⑤のイの訪問看護指示書の様式に係る部分を除く。)を準用する。

(26) 在宅復帰支援機能加算

5の(23)を準用する。

(27) 特定診療費について

別途通知するところによるものとする。

**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年老計発第03170016号・老振発第0317001号・老老発第0317001号)**

第一 届出手続の運用

1 届出の受理

(1) 届出書類の受取り

指定事業者側から統一的な届出様式及び添付書類により、サービス種類ごとの1件書類の提出を受けること(ただし、同一の敷地内において複数種類のサービス事業を行うときは一括提出も可とする。)

(2) 要件審査

届出書類を基に、要件の審査を行い、補正が必要な場合は適宜補正を求めること。この要件審査に要する期間は原則として2週間以内を標準とし、遅くとも概ね1月以内とすること(相手方の補正に要する時間は除く。)

(3) 届出の受理

要件を満たしている場合は受理し、要件を充足せず補正にも応じない場合は、不受理として1件書類を返戻すること。

(4) 国保連合会等への通知

届出を受理した場合は、その旨を届出者及び国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という。)に通知すること。

(5) 届出に係る加算等の算定の開始時期

届出に係る加算等(算定される単位数が増えるものに限る。以下同じ。)については、適正な支給限度額管理のため、利用者や介護予防支援事業者に対する周知期間を確保する観点から、届出が毎月15日以前になされた場合には翌月から、16日以降になされた場合には翌々月から、算定を開始するものとする。

また、介護予防短期入所サービスについては、届出に係る加算等については、届出が受理された日が属する月の翌月(届出が受理された日が月の初日である場合は当該月)から算定を開始するものとする。

ただし、平成18年4月から算定を開始する加算等の届出については、上記にかかわらず、介護予防訪問通所サービス及び介護予防居宅療養管理指導に係るもの及び介護予防支援に係るものについては、同年3月25日以前に、介護予防短期入所サービスに係るものについては、同年3月末までになされれば足りるものとする。

介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーションについては、月額定額報酬とされたことから、月途中からのサービス開始、月途中でのサービス終了の場合であっても、原則として、それぞれ計画上に位置づけられた単位数を算定することとし、日割り計算は行わない。

ただし、月途中に①要介護から要支援に変更となった場合、②要支援から要介護に変更となった場合、③同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合については、日割り計算による。また、月途中で要支援度に変更となった場合についても、日割り計算により、それぞれの単価を算定するものとする。なお、要支援2であった者が、介護予防訪問介護費(Ⅲ)を算定していた場合であって、月途中に、要支援1に変更となった場合については、認定日以降は介護予防訪問介護費(Ⅱ)を算定することとする。

2 届出事項の公開

届出事項については都道府県において閲覧に供するほか、事業者においても利用料に係る情報として事業所内で掲示することになること。

3 届出事項に係る事後調査の実施

届出事項については、その内容が適正であるかどうか、適宜事後的な調査を行うこと。

4 事後調査等で届出時点で要件に合致していないことが判明した場合の届出の取扱い

- ① 事後調査等により、届出時点において要件に合致してないことが判明し、所要の指導の上なお改善がみられない場合は、当該届出の受理の取消しを行うこと。この場合、取消しによって当該届出はなかったことになるため、加算については、当該加算全体が無効となるものであること。当該届出に関してそれまで受領していた介護給付費は不当利得になるので返還措置を講ずることは当然であるが、不正・不当な届出をした指定事業者に対しては、厳正な指導を行い、不正・不当な届出が繰り返し行われるなど悪質な場合には、指定の取消しをもって対処すること。
- ② また、改善がみられた場合においても、要件に合致するに至るまでは当該加算等は算定しないことはもちろん、要件に合致していないことが判明した時点までに当該加算等が算定されていた場合は、不当利得になるので返還措置を講ずること。

5 加算等が算定されなくなる場合の届出の取扱い

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のが明らかな場合は、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。また、この場合において、届出を行わず、当該算定について請求を行った場合は、不正請求となり、支払われた介護給付費は不当利得となるので返還措置を講ずることになることは当然であるが、悪質な場合には指定の取消しをもって対処すること。

6 利用者に対する利用者負担金の過払い分の返還

4又は5により不当利得点を市町村へ返還することとなった事業所においては、市町村への返還と同時に、返還の対象となった介護給付費に係る利用者が支払った利用者負担金の過払い分を、それぞれの利用者に返還金に係る計算書を付して返還すること。その場合、返還に当たっては利用者等から受領書を受け取り、施設において保存しておくこと。

第二 指定介護予防サービス単位数表に関する事項

1 通則

(1) 算定上における端数処理について

単位数の算定については、基本となる単位数に加減算の計算(何らかの割合を乗ずる計算に限る。)を行う度に、小数点以下の端数処理(四捨五入)を行っていくこととする。つまり、絶えず整数値に割合を乗じていく計算になる。

なお、サービスコードについては、加算等を加えた一体型の合成コードとして作成しており、その合成単位数は、既に端数処理をした単位数(整数値)である。

(2) サービス種類相互の算定関係について

介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護費を受けている者については、その他の指定介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスに係る介護給付費(介護予防居宅療養管理指導費を除く。)は算定しないものであること。ただし、指定介護予防特定施設入居者生活介護の提供に必要な場合に、当該事業者の費用負担により、その利用者に対してその他の介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用させることは差し支えないものであること。また、介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている者については、介護予防訪問介護費、介護予防訪問入浴介護費、介護予防訪問看護費、介護予防訪問リハビリテーション費、介護予防通所介護費及び介護予防通所リハビリテーション費並びに介護予防認知症対応型通所介護費及び介護予防小規模多機能型居宅介護費は算定しないものであること。

なお、介護予防福祉用具貸与費については、介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている者についても算定が可能であること。

(3) 退所日等における介護予防サービスの算定について

介護予防短期入所療養介護のサービス終了日(退所・退院日)については、介護予防訪問看護費、介護予防訪問リハビリテーション費、介護予防居宅療養管理指導費及び介護予防通所リハビリテーション費は算定できない。介護予防訪問介護等の福祉系サービスは別に算定できるが、介護予防短期入所サービスでも、機能訓練やリハビリテーションを行えることから、退所(退院日)に介護予防通所サービスを機械的に組み込むといった介護予防サービス計画は適正でない。

また、入所(入院)当日であっても当該入所(入院)前に利用する介護予防訪問通所サービス

は別に算定できる。ただし、入所（入院）前に介護予防通所介護又は介護予防通所リハビリテーションを機械的に組み込むといった介護予防サービス計画は適正ではない。

- (4) 同一時間帯に複数種類の介護予防訪問サービスを利用した場合の取扱いについて
利用者は同一時間帯にひとつの介護予防訪問サービスを利用することを原則とする。ただし、介護予防訪問介護と介護予防訪問看護、又は介護予防訪問介護と介護予防訪問リハビリテーションを、同一利用者が同一時間帯に利用する場合は、利用者の心身の状況や介護の内容に応じて、同一時間帯に利用することが介護のために必要であると認められる場合に限り、それぞれのサービスについてそれぞれの所定単位数が算定される。
- (5) 介護予防訪問サービスの行われる利用者の居宅について
介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーションは、介護保険法(平成9年法律第123号)第8条の2の定義上、要支援者の居宅において行われるものとされており、要支援者の居宅以外で行われるものは算定できない。

2 介護予防訪問介護費

- (1) 介護予防訪問介護の意義について
注1の「介護予防訪問介護」については、「身体介護中心型」及び「生活援助中心型」の区分を一本化することとする。なお、対象となるサービスの範囲については、訪問介護と同じ取扱いとする。
- (2) 介護予防訪問介護費の支給区分
介護予防訪問介護費については、訪問介護に要する標準的な時間に応じた評価を廃止し、月あたりの定額払いによることとする。注1に掲げる各支給区分（介護予防訪問介護費（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）をいう。以下同じ。）の算定に関する取扱いは次に定めるところによる。
 - ・あらかじめ、指定介護予防支援事業者による適切なアセスメントにより作成された介護予防サービス計画において、サービス担当者会議等によって得られた専門的見地からの意見等を勘案して、標準的に想定される1週当たりのサービス提供頻度に基づき、各区分を位置付けること。
 - ・その際、1回当たりのサービス提供時間については、介護予防サービス計画において設定された目標等を勘案し、必要な程度の量を介護予防訪問介護事業者が作成する介護予防訪問介護計画に位置付けること。なお、サービス提供の時間や回数については、利用者の状態の変化、目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更されるべきものであって、当初の介護予防訪問介護計画における設定に必ずしも拘束されるべきものではなく、柔軟な対応を行うべきであること。
 - ・こうしたサービス提供の程度の変更に際しては、介護予防サービス計画との関係を十分に考慮し、指定介護予防支援事業者と十分な連携を取ること。したがって、適切なサービス提供等により結果的に、利用者の状態が改善する等、当初の支給区分において想定されたよりも、少ないサービス提供になること、又はその逆に、当初の支給区分において想定された以上に多くのサービス提供になることがあり得るが、その場合であっても「月単位定額報酬」の性格上、月の途中での支給区分の変更は不要である。
なお、この場合にあっては、翌月の支給区分については、利用者の新たな状態に応じた区分による介護予防サービス計画及び介護予防訪問介護計画が定められることとなる。
- (3) 3級ヘルパーである訪問介護員等が関与したサービスの取扱い
介護予防訪問介護計画上3級ヘルパーの派遣が予定されている場合には、所定単位数に100分の80を乗じて得た単位数を算定する。なお、利用者ごとにもて、月に1人でも3級ヘルパーが関与した場合については、当該月の報酬全体について、100分の80を乗じて得た単位数を算定する。
- (4) その他の取扱い
上記以外の基本的な取扱いについては、訪問介護の取扱方針に従うこととする。
なお、通院等乗降介助については、算定されない。

3 介護予防訪問入浴介護費

- (1) 看護、介護職員の取扱い

介護予防訪問入浴介護については、人員の算定上、看護職員を介護職員として数えることができるものであること。例えば、派遣する2人の職員のうち2人が看護職員であっても差し支えないこと。

- (2) 利用者の身体の状況等に支障を生ずるおそれがないと認められる場合の取扱い
注2の場合に、介護予防訪問入浴介護の提供に当たる2人の職員のうち、看護職員が含まれている場合であっても所定単位数に100分の95を乗じて得た単位数が算定されることには変わりがないものであること。
- (3) 利用者の心身の状況により入浴を見合わせた場合の取扱い
実際に入浴を行った場合に算定の対象となり、入浴を見合わせた場合には算定できない。ただし、利用者の希望により清拭、部分浴を実施した場合には、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定できる。

4 介護予防訪問看護費

- (1) 「通院が困難な利用者」について
介護予防訪問看護費は「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、通院の可否にかかわらず、療養生活を送る上での居宅での支援が不可欠な者に対して、介護予防ケアマネジメントの結果、介護予防訪問看護の提供が必要と判断された場合は介護予防訪問看護費を算定できるものである。「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通院サービスを優先すべきということである。
- (2) 介護予防訪問看護指示の有効期間について
介護予防訪問看護費は、介護予防訪問看護ステーションにあっては、主治の医師の判断に基づいて交付（2か所以上の介護予防訪問看護ステーションからの介護予防訪問看護の場合は各介護予防訪問看護ステーションごとに交付）された指示書の有効期間内に介護予防訪問看護を行った場合に算定する。なお、当該介護予防訪問看護に係る指示料は、介護老人保健施設からの退所時若しくは介護療養型医療施設からの退院時に係るものを除き、医療保険に請求すべきものであること。
なお、医療機関にあっては、指示を行う医師の診療の日から1月以内に行われた場合に算定する。別の医療機関の医師から診療情報提供を受けて、介護予防訪問看護を実施した場合には、診療情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から1月以内に行われた場合に算定する。
- (3) 20分未満の訪問の算定について
20分未満の訪問は、日中等の訪問における十分な観察、必要な助言・指導が行われることを前提として行われるものであり、したがって、介護予防訪問看護計画上也1月を通じて20分未満の訪問のみが設定されることは適切ではなく、日中における訪問と併せて設定されること。
- (4) 理学療法士等の訪問について
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下この項において「理学療法士等」という。）による介護予防訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、保健師又は看護師の代わりに訪問させるという位置付けのものであり、したがって、介護予防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ることは適切ではない。
なお、言語聴覚士による訪問において提供されるものは、あくまで看護業務の一部であることから、言語聴覚士の業務のうち保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）の規定に関わらず業とすることができることとされている診療の補助行為（言語聴覚士法（平成9年法律第132号）第42条第1項）に限る。
- (5) 末期の悪性腫瘍の患者等の取扱いについて
末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾病等（厚生労働大臣が定める者等（平成12年厚生省告示第23号。以下「23号告示」という。）第3号を参照のこと。）の患者については、医療保険の給付の対象となるものであり、介護予防訪問看護費は算定しない。
- (6) 2人の看護師等が同時に介護予防訪問看護を行う場合について
2人の看護師等が同時に介護予防訪問看護を行う場合においても、1人の看護師等が介護予防

訪問看護を行った場合の所定単位数を算定するものとする。

- (7) 介護予防サービス計画に准看護師の訪問が予定されている場合に准看護師以外の看護師等により介護予防訪問看護が行われた場合の取扱い

介護予防サービス計画に、准看護師が訪問することとされている場合に、事業所の事情により准看護師以外の看護師等が訪問する場合については、所定単位数に100分の90を乗じて得た単位数を算定すること。また、介護予防サービス計画に、准看護師以外の看護師等が訪問することとされている場合に、准看護師が訪問する場合については、准看護師が訪問する場合の単位数（所定単位数の100分の90）を算定すること。

- (8) 早朝・夜間、深夜の介護予防訪問看護の取扱い

介護予防サービス計画上又は介護予防訪問看護計画に、介護予防訪問看護のサービス開始時刻が加算の対象となる時間帯にある場合に、当該加算を算定するものとする。なお、利用時間が長時間にわたる場合に、加算の対象となる時間帯におけるサービス提供時間が全体のサービス提供時間に占める割合がごくわずかな場合においては、当該加算は算定できない。なお、20分未満の訪問の場合についても、同様の取扱いとする。

- (9) 特別地域介護予防訪問看護加算の取扱い

注3の「その一部として使用される事務所」とは、待機や道具の保管、着替え等を行う出張所等（以下「サテライト事業所」という。）を指し、例えば、本体の事業所が離島等以外に所在し、サテライト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看護職員による介護予防訪問看護は加算の対象とならず、サテライト事業所を業務の本拠とする看護職員による介護予防訪問看護は加算の対象となるものであること。

サテライト事業所のみが離島等に所在する場合には、当該サテライト事業所を本拠とする看護職員を明確にするとともに、当該サテライト事業所からの提供した具体的なサービスの内容等の記録を別に行い、管理すること。

なお、当該加算は所定単位数の15%加算としているが、この場合の所定単位数には緊急時介護予防訪問看護加算及び特別管理加算を含まないこと。

- (10) 緊急時介護予防訪問看護加算

① 緊急時介護予防訪問看護加算については、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある事業所において、当該事業所の看護師等が指定介護予防訪問看護を受けようとする者に対して、当該体制にある旨及び計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を行った場合には当該加算の他に所定単位数を算定する旨を説明し、その同意を得た場合に、1月につき加算する。

② 緊急時介護予防訪問看護加算については、当該月の第1回目の介護保険の給付対象となる訪問看護を行った日の所定単位数に加算するものとする。

③ 当該月において計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を行った場合については、当該緊急時訪問の所要時間に応じた所定単位数（准看護師による緊急時訪問の場合は所定単位数の100分の90）を算定する。この場合、介護予防サービス計画の変更を要する。なお、当該緊急時訪問を行った場合には、早朝・夜間、深夜の介護予防訪問看護に係る加算は算定できない。ただし、特別管理加算を算定する状態の者に対する1月以内の2回目以降の緊急時訪問については、早朝・夜間、深夜の介護予防訪問看護に係る加算を算定する。

④ 緊急時介護予防訪問看護加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。このため、緊急時介護予防訪問看護加算に係る指定介護予防訪問看護を受けようとする利用者に説明するに当たっては、当該利用者に対して、他の介護予防訪問看護ステーションから緊急時介護予防訪問看護加算に係る指定介護予防訪問看護を受けていないか確認すること。

⑤ 介護予防訪問看護を担当する医療機関にあっては、緊急時介護予防訪問看護加算の届出は利用者や介護予防支援事業所が介護予防訪問看護事業所を選定する上で必要な情報として届け出させること。なお、介護予防訪問看護ステーションにおける緊急時介護予防訪問看護加算の算定に当たっては、第一―1―(5)によらず、届出を受理した日から算定するものとする。

- (11) 特別管理加算

① 特別管理加算については、利用者や介護予防支援事業所が介護予防訪問看護事業所を選定す

る上で必要な情報として届け出させること。

② 特別管理加算は、当該月の第1回目の介護保険の給付対象となる訪問看護を行った日の所定単位数に加算するものとする。なお、当該加算を介護保険で請求した場合は医療保険では重症者管理加算を請求しないこと（緊急時介護予防訪問看護加算と医療保険の24時間連絡体制加算との関係についても同様とする。）

③ 特別管理加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。なお、2か所以上の事業所から介護予防訪問看護を利用する場合については、その分配は事業所相互の合議に委ねられる。

(12) 主治の医師の特別な指示があった場合の取扱い

利用者が急性増悪等により一時的に頻回の介護予防訪問看護を行う必要がある旨の特別指示（指定介護予防訪問看護ステーションにおいては特別指示書の交付）があった場合は、交付の日から14日間を限度として医療保険の給付対象となるものであり、介護予防訪問看護費は算定しない。なお、医療機関の介護予防訪問看護の利用者について、急性増悪等により一時的に頻回の介護予防訪問看護を行う必要があつて、医療保険の給付対象となる場合には、頻回の介護予防訪問看護が必要な理由、その期間等については、診療録に記載しなければならない。

(13) 介護予防短期入所療養介護のサービス終了日（退所・退院日）の訪問看護の取扱い

介護予防短期入所療養介護のサービス終了日（退所・退院日）については、第二の1の(3)に関わらず、厚生労働大臣が定める状態（23号告示第4号を参照のこと。）にある利用者に関し、介護予防訪問看護費を算定できることとする。

5 介護予防訪問リハビリテーション費

(1) 算定の基準について

① 介護予防訪問リハビリテーションは、指示を行う医師の診療の日（介護老人保健施設の医師においては、入所者の退所時あるいはその直近に行った診療の日）から1月以内に行われた場合に算定する。別の医療機関の医師から情報提供を受けて、介護予防訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から1月以内に行われた場合に算定する。

② 介護予防訪問リハビリテーションは、利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して20分以上指導を行った場合に算定する。

③ 事業所が介護老人保健施設である場合にあって、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、利用者の居宅を訪問して介護予防訪問リハビリテーションを行った場合には、訪問する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の当該訪問の時間は、介護老人保健施設の人員基準の算定に含めないこととする。なお、介護老人保健施設による介護予防訪問リハビリテーションの実施にあたっては、介護老人保健施設において、施設サービスに支障のないよう留意する。

(2) 「通院が困難な利用者」について

介護予防訪問リハビリテーション費は「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、通院によるリハビリテーションのみでは、家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋状況の確認を含めた介護予防訪問リハビリテーションの提供など、介護予防ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合は介護予防訪問リハビリテーション費を算定できるものである。「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通院サービスを優先すべきということである。

(3) リハビリテーションマネジメント加算

① リハビリテーションマネジメントは、利用者毎に行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

② リハビリテーションマネジメントについては、以下のイからホまでに掲げるとおり、実施すること。

イ 利用開始時にその者に対するリハビリテーションの実施に必要な情報を収集しておき、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者（以下この項において「関連スタッフ」という。）が多職種協働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（以下この項において「アセスメント」という。）とそれに基づく評価を行ってリハビリテーション実施計画を作成すること。また、作成したリハビリテーション実施計画については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

ロ 必要に応じ、介護予防支援事業所を通して、他の介護予防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、介護予防サービス計画の変更の依頼を行うこと。

ハ 各利用者について、概ね3月毎に、リハビリテーションに関するアセスメントとそれに基づく評価を行い、リハビリテーション実施計画の見直しを行って、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。なお、短期集中リハビリテーション実施加算を算定している利用者については、病院等からの退院（所）日又は認定日から起算して1月以内の期間にも、アセスメントとそれにもとづく評価を行うこと。

ニ 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介護予防支援事業者や他の介護予防サービス事業所のサービス担当者の参加を求めること。

ホ 利用終了時には、サービス担当者会議等を通じて、介護予防支援事業所の担当職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。

③ リハビリテーションマネジメント加算は、リハビリテーション実施計画原案を利用者又はその家族に説明し、その同意を得られた日から算定を開始するものとする。

(4) 集中的な訪問リハビリテーションについて

集中的な訪問リハビリテーションとは、1週につき概ね2回以上実施する場合をいう。

(5) 記録の整備について

① 医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点を診療録に記入する。

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、リハビリテーション実施計画書の内容を利用者に説明し、記録するとともに、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点及び指導に要した時間を記録にとどめておく。なお、当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすることとする。

② リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は利用者毎に保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること。

6 介護予防居宅療養管理指導

(1) 医師・歯科医師の介護予防居宅療養管理指導について

① 算定内容

主治の医師及び歯科医師の行う介護予防居宅療養管理指導については、計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づき、介護予防支援事業者等に対する介護予防サービス計画の策定等に必要な情報提供並びに利用者若しくはその家族等に対する介護予防サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に算定する。

なお、当該医師が当該月に医療保険において、「在宅時医学総合管理料」を当該利用者について算定した場合には、当該医師に限り介護予防居宅療養管理指導費(Ⅱ)を算定する。

② 「情報提供」及び「指導又は助言」の方法

ア 介護予防支援事業者等に対する情報提供の方法

介護予防支援事業者の策定等に必要な情報提供は、サービス担当者会議への参加により行うことを基本とする（必ずしも文書等による必要はない。）。

当該会議への参加が困難な場合やサービス担当者会議が開催されない場合等においては、下記の「情報提供すべき事項」（薬局薬剤師に情報提供する場合は、診療状況を示す文書等の内容も含む。）について、文書等（メール、FAX等でも可）により、介護予防支援事業者等に対して情報提供を行うことで足りるものとする。

なお、サービス担当者会議等への参加により情報提供を行った場合については、その情報提供の要点を記載すること。当該記載については、医療保険の診療録に記載することは差し支えないが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

また、文書等により情報提供を行った場合については、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

(情報提供すべき事項)

- (a) 基本情報（医療機関名、住所、連絡先、医師・歯科医師氏名、利用者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先等）
- (b) 利用者の病状、経過等
- (c) 介護予防サービスを利用する上での留意点、介護方法等
- (d) 利用者の日常生活上の留意事項

※ 上記に係る情報提供については、医科診療報酬点数表における診療情報提供料に定める様式を活用して行うこともできることとする。

イ 利用者・家族等に対する指導又は助言の方法

介護予防サービスを利用する上での留意点、介護方法等に関する指導又は助言は、文書等の交付により行うよう努めること。

なお、口頭により指導又は助言を行った場合については、その要点を記録すること。当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

また、文書等により指導又は助言を行った場合については、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

ウ 減算の取扱いについて

介護予防居宅療養管理指導費（I）を算定する場合において、介護予防支援事業者等に対する情報提供を行わない場合については、所定単位数から減算されることとなる。

エ 算定回数について

主治の医師及び歯科医師が、1人の利用者について、それぞれ月2回まで算定することができる。

オ 算定日について

算定日は、当該月の訪問診療又は往診を行った日とする。また、請求明細書の摘要欄には、訪問診療若しくは往診の日又は当該サービス担当者会議に参加した場合においては、参加日若しくは参加が困難な場合においては、文書等を交付した日を記入することとする。

(2) 薬剤師が行う介護予防居宅療養管理指導について

- ① 薬局薬剤師が行う介護予防居宅療養管理指導については、医師又は歯科医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、また、医療機関の薬剤師が行う場合にあっては、医師又は歯科医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問して、薬歴管理、服薬指導、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行い、提供した介護予防居宅療養管理指導の内容について、利用者又はその家族等に対して積極的に文書等にて提供するよう努め、速やかに記録（薬局薬剤師にあっては、薬剤服用歴の記録、医療機関の薬剤師にあっては、薬剤管理指導記録）を作成するとともに、医師又は歯科医師に報告することとする。また、必要に応じて、指定介護予防支援事業者等に対して情報提供するよう努めることとする。薬局薬剤師にあっては当該介護予防居宅療養管理指導の指示を行った医師又は歯科医師に対し訪問結果について必要な情報提供を文書で行うこととする。また、提供した文書等の写しがある場合は、記録に添付する等により保存することとする。

なお、請求明細書の摘要欄に訪問日を記入することとする。

- ② 薬局薬剤師の策定する「薬学的管理指導計画」は処方医から提供された医師・歯科医師の介護予防居宅療養管理指導における情報提供等に基づき、又は必要に応じ処方医と相談しながら、利用者の心身の特性及び処方薬剤を踏まえ策定されるものであり、薬剤の管理方法、処方薬剤の副作用、相互作用等を確認した上、実施すべき指導の内容、利用者宅への訪問回数、訪問間隔等を記載する。

策定した薬学的管理指導計画書は、薬剤服用歴の記録に添付する等により保存する。

原則として、利用者の居宅を訪問する前に策定する。

訪問後、必要に応じ新たに得られた利用者の情報を踏まえ計画の見直しを行う。少なくとも

- 1月に1回は見直しを行うほか、処方薬剤の変更があった場合にも適宜見直しを行うこと。
- ③ 介護予防居宅療養管理指導費を月2回以上算定する場合（がん末期患者に対するものを除く。）にあつては、算定する日の間隔は6日以上とする。がん末期患者については、週2回かつ月8回に限り算定できる。
- ④ 介護予防居宅療養管理指導を行った場合には、薬局薬剤師にあつては、薬剤服用歴の記録に、少なくとも以下のア～ツについて記載しなければならない。
- ア 利用者の氏名、生年月日、性別、介護保険の被保険者証の番号、住所、必要に応じて緊急時の連絡先等の利用者についての記録
 - イ 処方した医療機関名及び処方医氏名、処方日、処方内容等の処方についての記録
 - ウ 調剤日、処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録
 - エ 利用者の体質、アレルギー歴、副作用等の利用者についての情報の記録
 - オ 利用者又はその家族等からの相談事項の要点
 - カ 服薬状況
 - キ 利用者の服薬中の体調の変化
 - ク 併用薬（一般用医薬品を含む。）の情報
 - ケ 合併症の情報
 - コ 他科受診の有無
 - サ 副作用が疑われる症状の有無
 - シ 飲食物（現に利用者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。）の摂取状況等
 - ス 指導した薬剤師の氏名
 - セ 訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名
 - ソ 処方医から提供された情報の要点
 - タ 訪問に際して実施した薬学的管理の内容（薬剤の保管状況、服薬状況、投薬後の併用薬剤、投薬後の併診、副作用、重複作用、相互作用の確認等）
 - チ 訪問に際して行った指導の要点
 - ツ 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点
- ⑤ 介護予防居宅療養管理指導を行った場合には、医療機関の薬剤師にあつては薬剤管理指導記録に、少なくとも以下のイ～ヘについて記載しなければならない。
- ア 利用者の氏名、生年月日、性別、住所、診療録の番号
 - イ 利用者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴
 - ウ 薬学的管理の内容（医薬品の保管状況、服薬状況、重複投薬、配合禁忌等を含む。）
 - エ 利用者への指導及び利用者からの相談の要点
 - オ 訪問指導等の実施日、訪問指導を行った薬剤師の氏名
 - カ その他の事項
- ⑥ 介護予防居宅療養管理指導を算定している利用者に投薬された医薬品について、医療機関又は薬局の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに当該利用者の主治医に対し、当該情報を文書により提供するものとする。
- ア 医薬品緊急安全性情報
 - イ 医薬品等安全性情報
- ⑦ 現に他の医療機関又は薬局の薬剤師が介護予防居宅療養管理指導を行っている場合は、介護予防居宅療養管理指導費は、算定しない。
- ⑧ 居宅において疼痛緩和のために厚生労働大臣が別に定める特別な薬剤（以下「麻薬」という。）は、「麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第2条第1項に規定する麻薬」のうち、使用薬剤の購入価格（薬価基準）（平成14年厚生労働省告示第87号）に記載されている医薬品であり、以降、改定がなされた際には、改定後の最新の薬価基準に記載されているものを意味する。
- ⑨ 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている利用者に対して、麻薬の服用及び保管取扱い上の注意事項等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確

認を行った場合に算定する。なお、薬局薬剤師にあつては、処方せん発行医に対して必要な情報提供を行うことが必要である。

- ⑩ 麻薬管理指導加算を算定する場合にあつては、薬局薬剤師にあつては薬剤服用歴の記録に④の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
 - ア 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理の内容(麻薬の保管管理状況、服薬状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和の状況、麻薬の継続又は増量投与による副作用の有無などの確認等)
 - イ 訪問に際して行った患者又は家族への指導の要点(麻薬に係る服薬指導、保管管理の指導等)
 - ウ 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報(麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用の状況、服薬指導の内容等に関する事項を含む。)の要点
 - エ 利用者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項(都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴の記録に添付することで差し支えない。)
 - ⑪ 麻薬管理指導加算を算定する場合にあつては、医療機関の薬剤師にあつては薬剤管理指導記録に⑤の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
 - ア 麻薬に係る薬学的管理の内容(麻薬の保管管理状況、服薬状況、疼痛緩和の状況等)
 - イ 麻薬に係る利用者又は家族への指導・相談事項(麻薬に係る服薬指導、保管管理の指導等)
 - ウ 利用者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項
 - エ その他の麻薬に係る事項
 - ⑫ 医師又は歯科医師は、薬剤師への指示事項及び実施後の薬剤師からの報告による留意事項を記載する。なお、当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすることとする。また、薬局薬剤師による訪問結果についての必要な情報提供についての文書は、診療録に添付する等により保存することとする。
- (3) 管理栄養士の介護予防居宅療養管理指導について
- ① 管理栄養士の行う介護予防居宅療養管理指導については、居宅で療養を行っており、通院による療養が困難な利用者について、医師が当該利用者に厚生労働大臣が別に定める特別食を提供する必要性を認めた場合又は当該利用者が低栄養状態にあると医師が判断した場合であつて、当該医師の指示に基づき、管理栄養士が利用者の居宅を訪問し、栄養ケア計画を作成し当該計画を患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該栄養ケア計画に従った栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談又は助言を30分以上行った場合に算定する。

なお、請求明細書の摘要欄に訪問日を記入することとする。
 - ② 管理栄養士は常勤である必要はなく、要件に適合した指導が行われていれば算定できる。
 - ③ 当該介護予防居宅療養管理指導に係る指示を行った医師は、訪問診療の結果等に基づき指示した内容の要点を記載し、共同で作成した栄養ケア計画を添付する等により保存する。また、栄養ケア計画に基づき、実際に介護予防居宅療養管理指導を行う管理栄養士に対して指示等を行い、指示等の内容の要点を記載する。さらに、栄養ケア計画の見直しに当たっては、管理栄養士の報告をうけ、医師の訪問診療の結果等に基づき、指示した内容の要点を記載し、共同で作成した栄養ケア計画を添付する等により保存する。なお、当該記載及び添付については、医療保険の診療録に記載及び添付することとしてもよいが、記載については、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別することとする。
 - ④ 管理栄養士の行う介護予防居宅療養管理指導については、以下のアからクまでに掲げるプロセスを経ながら実施すること。
 - ア 利用者の低栄養状態のリスクを、把握すること(以下「栄養スクリーニング」という。)
 - イ 栄養スクリーニングを踏まえ、利用者の解決すべき課題を把握すること(以下「栄養アセスメント」という。)
 - ウ 栄養アセスメントを踏まえ、管理栄養士は、医師、歯科医師、看護師、薬剤師その他の職種の人と共同して、利用者ごとに摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮された栄養補給に関する事項(栄養補給量、補給方法等)、栄養食事相談に関する事項(食事に関する内容、利用

者又は家族が主体的に取り組むことができる具体的な内容及び相談の実施方法等)、解決すべき事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。また、作成した栄養ケア計画については、介護予防居宅療養管理指導の対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

エ 栄養ケア計画に基づき、利用者に栄養管理に係る必要な情報提供及び栄養食事相談又は助言を実施するとともに、栄養ケア計画に実施上の問題(栄養補給方法の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)があれば直ちに当該計画を修正すること。

オ 他のサービス等において食生活に関する配慮等が必要な場合には、当該利用者に係る介護予防居宅療養管理指導の指示を行った医師を通じ、介護支援専門員に対して情報提供を行うこと。

カ 利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、栄養状態のモニタリングを行い、当該介護予防居宅療養管理指導に係る指示を行った医師に対する報告を行うこと。なお、低栄養状態のモニタリングにおいては、体重を測定するなど、BMIや体重減少率等から利用者の栄養状態の把握を行うこと。

キ 利用者について、概ね3月を目途として、低栄養状態のリスクについて、栄養スクリーニングを実施し、医師の指示のもとに関連職種と共同して当該計画の見直しを行うこと。

ク 管理栄養士は、利用者ごとに栄養ケアの提供内容の要点を記録する。なお、交付した栄養ケア計画は栄養ケア提供記録に添付する等により保存すること。

- ⑤ 心臓疾患等の患者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食並びに高度肥満症(肥満度が+40%以上又はBMIが30以上)の患者に対する治療食を含む。なお、高血圧の患者に対する減塩食(食塩相当量の総量が7.0グラム以下のものに限る。)及び嚥下困難者(そのために摂食不良となった者も含む。)のための流動食は、介護予防短期入所生活介護費及び介護予防短期入所療養介護費の療養食加算の場合と異なり、介護予防居宅療養管理指導の対象となる特別食に含まれる。

(4) 歯科衛生士等の介護予防居宅療養管理指導について

- ① 歯科衛生士等の行う介護予防居宅療養管理指導については、訪問診療を行った利用者又はその家族等に対して、当該訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、当該医療機関に勤務(常勤又は非常勤)する歯科衛生士等が、利用者の居宅を訪問して、利用者又はその家族の同意及び訪問診療の結果等に基づき作成した管理指導計画を利用者又はその家族等に対して交付するとともに、当該管理指導計画に従った療養上必要な実地指導を1人の利用者に対して歯科衛生士等が1対1で20分以上行った場合について算定し、実地指導が単なる日常的な口腔清掃等であるなど療養上必要な指導に該当しないと判断される場合は算定できない。

なお、請求明細書の摘要欄に当該介護予防居宅療養管理指導に係る指示を行った歯科医師が訪問診療を行った日と歯科衛生士等の訪問日を記入することとする。

- ② 歯科衛生士等の行う介護予防居宅療養管理指導は、指示を行った歯科医師の訪問診療の日から起算して3月以内に行われた場合に算定する。
- ③ 歯科衛生士等が介護予防居宅療養管理指導を行った時間とは、実際に指導を行った時間をいうものであり、指導のための準備や利用者の移動に要した時間等は含まない。
- ④ 歯科衛生士等の行う介護予防居宅療養管理指導については、医療機関に勤務する歯科衛生士等が、当該医療機関の歯科医師からの直接の指示並びに管理指導計画に係る助言等(以下「指示等」という。)を受け、居宅に訪問して実施した場合に算定する。なお、終了後は、指示等を行った歯科医師に直接報告するものとする。
- ⑤ 歯科衛生士等は実地指導に係る記録を作成し、交付した管理指導計画を当該記録に添付する等により保存するとともに、指導の対象となった利用者ごとに利用者氏名、訪問先、訪問日、指導の開始及び終了時刻、指導の要点、解決すべき課題の改善等に関する要点、歯科医師からの指示等、歯科医師の訪問診療に同行した場合には当該歯科医師の診療開始及び終了時刻及び担当者の署名を明記し、指示等を行った歯科医師に報告する。

- ⑥ 歯科衛生士等の行う介護予防居宅療養管理指導については、以下のアからカまでに掲げるプロセスを経ながら実施すること。
- ア 利用者の口腔機能（口腔衛生、摂食・嚥下機能等）のリスクを、把握すること（以下「口腔機能スクリーニング」という。）。
 - イ 口腔機能スクリーニングを踏まえ、利用者の解決すべき課題を把握すること（以下「口腔機能アセスメント」という。）。
 - ウ 口腔機能アセスメントを踏まえ、歯科医師、歯科衛生士その他の職種の者が共同して、利用者ごとに口腔衛生に関する事項（口腔内の清掃、有床義歯の清掃等）、摂食・嚥下機能に関する事項（摂食・嚥下機能の維持・向上に必要な実地指導、歯科保健のための食生活指導等）、解決すべき課題に対し関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載し、利用者の疾病の状況及び療養上必要な実地指導内容や訪問頻度等の具体的な計画を含めた管理指導計画を作成すること。また、作成した管理指導計画については、介護予防居宅療養管理指導の対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
 - エ 管理指導計画に基づき、利用者に療養上必要な実地指導を実施するとともに、管理指導計画に実施上の問題（口腔清掃方法の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。
 - オ 利用者の口腔機能に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、口腔機能のモニタリングを行い、当該介護予防居宅療養管理指導に係る指示を行った歯科医師に対する報告を行うこと。なお、口腔機能のモニタリングにおいては、口腔衛生の評価、反復唾液嚥下テスト等から利用者の口腔機能の把握を行うこと。
 - カ 利用者について、概ね3月を目途として、口腔機能のリスクについて、口腔機能スクリーニングを実施し、当該介護予防居宅療養管理指導に係る指示を行った歯科医師に報告し、歯科医師による指示に基づき、必要に応じて管理指導計画の見直しを行うこと。なお、管理指導計画の見直しに当たっては、歯科医師その他の職種と共同して行うこと。
- ⑦ 当該介護予防居宅療養管理指導に係る指示を行った歯科医師は、訪問診療の結果等に基づき指示した内容の要点を記載し、共同で作成した管理指導計画を添付する等により保存する。また、管理指導計画に基づき、実際に実地指導を行う歯科衛生士等に対して指示等を行い、指示等の内容の要点を記載する。さらに、管理指導計画の見直しに当たっては、歯科衛生士等の報告をうけ、歯科医師の訪問診療の結果等に基づき、指示した内容（療養上必要な実地指導の継続の必要性等）の要点を記載し、共同で作成した管理指導計画を添付する等により保存する。なお、当該記載及び添付については、医療保険の診療録に記載及び添付することとしてもよいが、記載については、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別することとする。
- ⑧ 利用者の口腔機能の状態によっては、医療における対応が必要である場合も想定されることから、その疑いがある場合は、利用者又は家族等の同意を得て、指示を行った歯科医師、歯科医師を通じた介護予防支援事業者等への情報提供等の適切な措置を講じることとする。

(5) その他

介護予防居宅療養管理指導に要した交通費は実費を利用者から徴収してもよいものとする。

7 介護予防通所介護費・介護予防通所リハビリテーション費

(1) 運動器機能向上加算の取扱いについて

- ① 運動器機能向上サービスを提供する目的は、介護予防サービス計画において設定された利用者の目標のための支援であって、提供されるサービスそのものはあくまで手段であることに留意すること。
- ② 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師（以下「理学療法士等」という。）を1名以上配置して行うものであること。
- ③ 運動器機能向上サービスについては、以下のアからカまでに掲げるとおり、実施すること。
 - ア 利用者ごとに看護職員等の医療従事者による運動器機能向上サービスの実施に当たってのリスク評価、体力測定等を実施し、サービスの提供に際して考慮すべきリスク、利用者のニーズ及び運動器の機能の状況を、利用開始時に把握すること。
 - イ 理学療法士等が、暫定的に、利用者ごとのニーズを実現するための概ね3月程度で達成可

能な目標（以下「長期目標」という。）及び長期目標を達成するための概ね1月程度で達成可能な目標（以下「短期目標」という。）を設定すること。長期目標及び短期目標については、介護予防支援事業者において作成された当該利用者に係る介護予防サービス計画と整合が図れたものとする。

ウ 利用者に係る長期目標及び短期目標を踏まえ、理学療法士等、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、当該利用者ごとに、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、1回当たりの実施時間、実施形態等を記載した運動器機能向上計画を作成すること。その際、実施期間については、運動の種類によって異なるものの、概ね3月間程度とすること。また、作成した運動器機能向上計画については、運動器機能向上サービスの提供による効果、リスク、緊急時の対応等と併せて、当該運動器機能向上計画の対象となる利用者に分かりやすい形で説明し、その同意を得ること。

エ 運動器機能向上計画に基づき、利用者毎に運動器機能向上サービスを提供すること。その際、提供する運動器機能向上サービスについては、国内外の文献等において介護予防の観点からの有効性が確認されている等の適切なものとする。また、運動器機能向上計画に実施上の問題点（運動の種類の変更の必要性、実施頻度の変更の必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。

オ 利用者の短期目標に応じて、概ね1月間毎に、利用者の当該短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、必要に応じて、運動器機能向上計画の修正を行うこと。

カ 運動器機能向上計画に定める実施期間終了後に、利用者毎に、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について、事後アセスメントを実施し、その結果を当該利用者に係る介護予防支援事業者に報告すること。介護予防支援事業者による当該報告も踏まえた介護予防ケアマネジメントの結果、運動器機能向上サービスの継続が必要であるとの判断がなされる場合については、上記アからカまでの流れにより、継続的に運動器機能向上サービスを提供する。

(2) 栄養改善加算の取扱いについて

通所介護・介護予防通所リハビリテーションにおける栄養マネジメント加算と基本的に同様である。

(3) 口腔機能向上加算の取扱いについて

通所介護・介護予防通所リハビリテーションにおける口腔機能向上加算と基本的に同様である。

(4) 事業所評価加算の取扱いについて

事業所評価加算の別に厚生労働大臣が定める基準は以下のとおりとする。

$$\text{要支度度の維持者数} + 1 \text{ ランク改善者数} \times 5 + 2 \text{ ランク改善者数} \times 10$$

> 2

評価対象期間内に運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを3月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数

(5) その他の取扱い

上記以外の基本的な取扱いについては、通所介護・通所リハビリテーションの取扱方針に従うこととする。

8 介護予防短期入所生活介護費

(1) 一部ユニット型指定介護予防短期入所生活介護事業所において所定単位数を算定するための施設基準等について

一部ユニット型指定介護予防短期入所生活介護事業所が介護予防短期入所生活介護費の所定単位数を算定するためには、介護職員又は看護職員の員数が、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分以外の部分のそれぞれについて所定の員数（3：1の職員配置）を置いていることが必要である。また、一部ユニット型指定介護予防短期入所生活介護事業所がユニット型介護予防短期入所生活介護費の所定単位数を算定するためには、介護職員又は看護職員の員数が、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分のそれぞれについて所定の員数（3：1の職員配置）を置いていることが必要である（厚生労働大臣が定める施設基準（平成12年厚生省告示第26号。以下「施設基準」という。）第46号）。

なお、夜勤を行う職員の員数については、当該事業所全体で所定の員数を置いていけば足りるものである（夜勤職員基準第8号）。

(2) 指定介護予防短期入所生活介護費を算定するための基準について

指定介護予防短期入所生活介護費は、施設基準第47号に規定する基準に従い、以下の通り、算定すること。

イ 施設基準第46号において準用する第4号イに規定する指定介護予防短期入所生活介護費
介護予防短期入所生活介護が、ユニットに属さない居室（定員が1人のものに限る。）（「従来型個室」という。）の利用者に対して行われるものであること。

ロ 施設基準第46号ロに規定する指定介護予防短期入所生活介護費
介護予防短期入所生活介護が、ユニットに属さない居室（定員が2人以上のものに限る。）（「多床室」という。）の利用者に対して行われるものであること。

ハ 施設基準第46号において準用する第4号ハに規定する指定介護予防短期入所生活介護費
介護予防短期入所生活介護が、ユニットに属する居室（ユニットに属さない居室を改修した居室であって、居室を隔てる壁について、天井との間に一定の隙間が生じているものを除く。）（「ユニット型個室」という。）の利用者に対して行われるものであること。

ニ 施設基準第46号において準用する第4号ニに規定する指定介護予防短期入所生活介護費
介護予防短期入所生活介護が、ユニットに属する居室（ユニットに属さない居室を改修した居室であって、居室を隔てる壁について、天井との間に一定の隙間が生じているものに限る。）（「ユニット型準個室」という。）の利用者に対して行われるものであること。

(3) やむを得ない措置による定員の超過

利用者数が利用定員を超える場合は、原則として定員超過利用による減算の対象となり、所定単位数の100分の70を乗じて得た単位数を算定することとなるが、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第10条の4第1項第3号の規定による市町村が行った措置（又は同法第11条第1項第2号の規定による市町村が行った措置（特別養護老人ホームの空床利用の場合のみ））によりやむを得ず利用定員を超える場合は、利用定員に100分の105を乗じて得た数（利用定員が40人を超える場合にあっては、利用定員に2を加えて得た数）までは減算が行われないものであること（職員配置等基準第16号イ）。なお、この取扱いは、あくまでも一時的かつ特例的なものであることから、速やかに定員超過利用を解消する必要があること。

(4) 併設事業所について

① 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ための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号。以下「介護予防サービス基準」という。）第132条第4項に規定する併設事業所については、併設型介護予防短期入所生活介護費が算定される（施設基準第46号）が、ここでいう併設事業所とは、特別養護老人ホーム等と同一敷地内又は隣接する敷地において、サービスの提供、夜勤を行う職員の配置等が特別養護老人ホーム等と一体的に行われている介護予防短期入所生活介護事業所を指すものであること。

② 併設事業所における所定単位数の算定（職員の配置数の算定）並びに人員基準欠如・夜勤を行う職員数による所定単位数の減算については、本体施設と一体的に行うものであること。より具体的には、

イ 指定介護老人福祉施設の併設事業所の場合は、指定介護老人福祉施設の入所者数と介護予防短期入所生活介護の利用者数を合算した上で、職員の配置数の算定及び夜勤を行う介護職員又は看護職員の配置数を算定すること。指定介護予防短期入所生活介護事業者が指定短期入所生活介護事業者の指定の区分を明確化して指定を受けている場合は、それぞれの施設の利用者数を合算して算定する。

併せて指定を受けている場合にあっては、介護予防短期入所生活事業及び指定短期入所生活介護事業の利用者数を算定する。

例えば、前年度の平均入所者数70人の指定介護老人福祉施設に前年度の平均利用者数20人の介護予防短期入所生活介護事業所（短期入所生活介護事業を併せて指定されている場合）が併設されている場合は、併設型介護予防短期入所生活介護費（I）（3：1の人員配置に対

応するもの)を算定するために必要な介護職員又は看護職員は合計で30人であり、必要な夜勤を行う職員の数は4人であること。

なお、本体施設が一部ユニット型指定介護老人福祉施設であって、併設事業所がユニット型指定介護予防短期入所生活介護事業所である場合は、本体施設のユニット部分と一体的な取扱いが行われるものである。また、本体施設が一部ユニット型指定介護老人福祉施設であって、併設事業所が指定介護予防短期入所生活介護事業所であってユニット型指定介護予防短期入所生活介護事業所でない場合は、本体施設のユニット部分以外の部分と一体的な取扱いが行われるものである。

ロ 指定介護老人福祉施設以外の施設の併設事業所の場合は、職員の配置数の算定に係る「端数の切り上げ」を一体的に行うこととなるが、夜勤を行う職員の配置数については、それぞれについて必要となる数の合計数となること。

③ 併設事業所における看護職員配置については、指定介護老人福祉施設として必要な看護職員の数の算定根拠となる「入所者数」には、介護予防短期入所生活介護（短期入所生活介護事業を併せて指定されている場合を含む。以下この項において同じ。）の利用者数は含めない。すなわち、必要な看護職員数の算定については、指定介護老人福祉施設と、併設する介護予防短期入所生活介護事業所のそれぞれについて、区別して行うものとする。例えば、指定介護老人福祉施設の入所者数が50人、併設する介護予防短期入所生活介護の利用者が10人である場合、当該指定介護老人福祉施設に配置すべき看護職員の数、入所者50人以下の場合の基準が適用され、常勤換算で2人以上となり、当該介護予防短期入所生活介護事業所については、看護職員の配置は義務ではない。なお、併設の指定介護予防短期入所生活介護事業所の定員が20人以上の場合には、介護予防短期入所生活介護事業所において看護職員を1名以上常勤で配置しなければならないことに留意する。

(5) 特別養護老人ホームの空床利用について

① 所定単位数の算定(配置すべき職員数の算定)並びに定員超過利用、人員基準欠如及び夜勤を行う職員数による所定単位数の減算は、常に本体施設である特別養護老人ホームと一体的に行われるものであること。

② 注6により、施設基準及び夜勤職員基準を満たす旨の届出は、本体施設である特別養護老人ホームについて行われていれば、介護予防短期入所生活介護については行う必要がないこと。

(6) 一部ユニット型指定介護予防短期入所生活介護事業所における介護職員及び看護職員の人員基準欠如等について

一部ユニット型指定介護予防短期入所生活介護事業所の介護予防短期入所生活介護費に係る介護職員又は看護職員の人員基準欠如による所定単位数の減算は、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分以外の部分のどちらか一方で所定の員数（3：1の職員配置）を置いていない場合に行われるものである。ユニット型介護予防短期入所生活介護費に係る介護職員又は看護職員の人員基準欠如による所定単位数の減算は、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分のどちらか一方で所定の員数（3：1の職員配置）を置いていない場合に行われるものであること（職員配置等基準第16号ロからホまで）。

また、一部ユニット型指定介護予防短期入所生活介護事業所の短期入所生活介護又はユニット型介護予防短期入所生活介護に係る夜勤体制による減算は、当該施設のユニット部分又はユニット部分以外の部分について所定の員数を置いていない場合について施設利用者全員に対し、行われるものであること。具体的にはユニット部分について夜勤体制による要件を満たさずユニット以外の部分について夜勤体制の要件を満たさず場合であっても施設利用者全員に対し夜勤体制の減算が行われることとなる。

(例) 指定介護予防短期入所生活介護事業所を併設する指定介護老人福祉施設（介護予防短期入所生活介護利用者10人、介護老人福祉施設入所者50人、介護・看護職員20人）がユニット型指定介護予防短期入所生活介護事業所（利用者10人）を併設する一部ユニット型指定介護老人福祉施設（ユニット部分の入所者20人、ユニット部分以外の部分の入所者30人）に転換した場合において、一部ユニット型指定介護老人福祉施設のユニット部分の入所者20人とユニット型指定介護予防短期入所生活介護事業所の利用者10人を合算した入所者30人に対し、2：1の職員配置で介護・看護

職員を15人配置し（ユニット型介護老人福祉施設サービス費、ユニット型介護予防短期入所生活介護費をそれぞれ算定）、転換前の介護・看護職員数を維持するために、一部ユニット型指定介護老人福祉施設のユニット部分以外の部分の入所者30人に対し介護・看護職員を5人しか配置しないとすると、3：1の職員配置を満たさないため、介護福祉施設サービス費（3：1の職員配置）に100分の70を乗じて得た単位数を算定する。

(7) ユニットにおける職員に係る減算について

ユニットにおける職員の員数が、ユニットにおける職員の基準に満たない場合の減算については、ある月（暦月）において基準に満たない状況が発生した場合に、その翌々月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数が減算されることとする。（ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。）

(8) 機能訓練指導員の加算について

注3の機能訓練指導員に係る加算については、専ら当該業務に従事する常勤の機能訓練指導員が配置されることがその要件であることから、併設の介護予防通所介護事業所の機能訓練指導員を兼務している者については、たとえ常勤の職員であったとしても加算の算定要件は満たさないことに留意すること。ただし、利用者数（指定介護老人福祉施設に併設される介護予防短期入所生活介護事業所又は空床利用型の介護予防短期入所生活介護事業所においてはその本体施設の入所者数を含む。）が100人を超える場合であって、別に専ら当該業務に従事する常勤の機能訓練指導員が配置されているときは、その他の機能訓練指導員については、「常勤換算方法で利用者の数を100で除した数以上」という基準を満たす限りにおいて、併設の介護予防通所介護事業所の機能訓練指導員を兼務して差し支えないこと。例えば、入所者数100人の指定介護老人福祉施設に併設される利用者数20人の介護予防短期入所生活介護事業所において、2人の常勤の機能訓練指導員がいて、そのうちの1人が指定介護老人福祉施設及び指定介護予防短期入所生活介護事業所の常勤専従の機能訓練指導員である場合であっては、もう1人の機能訓練指導員は、勤務時間の5分の1だけ指定介護老人福祉施設及び介護予防短期入所生活介護事業所の機能訓練指導員の業務に従事し、その他の時間は併設の介護予防通所介護事業所の機能訓練指導員の業務に従事するときは、介護予防通所介護、介護予防短期入所生活介護及び介護福祉施設サービスの機能訓練指導員に係る加算の全てが算定可能となる。

(9) 栄養管理体制加算

① 管理栄養士又は栄養士（以下「管理栄養士等」という。）については、当該施設に配置されていること（労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律（昭和60年法律第88号）の規定による労働者派遣事業により派遣された派遣労働者を含む。）。なお、調理業務の委託先のみ管理栄養士等が配置されている場合は、当該加算を算定できないこと。

② 特別養護老人ホームに併設される併設型指定介護予防短期入所生活介護事業所において、本体施設に配置されている管理栄養士等が、併せて併設事業所における栄養管理を行う場合にあっては、管理栄養士等が配置されている本体施設及びその併設事業所のいずれにおいても算定できること。

③ 管理栄養士等は、利用者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供を行うこと。

(10) 療養食加算

① 療養食の加算については、利用者の病状等に応じて、主治の医師より利用者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事せんに基づき、23号告示に示された療養食が提供された場合に算定すること。なお、当該加算を行う場合は、療養食の献立表が作成されている必要があること。

② 加算の対象となる療養食は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づいて提供される利用者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食（糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食（流動食は除く。）、貧血食、膵臓病食、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食をいうものであること。

③ 上記の療養食の摂取の方法については、経口又は経管の別を問わないこと。

④ 減塩食療法等について

心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取り扱うことができるものであるが、高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は、加算の対象とはならないこと。

また、腎臓病食に準じて取り扱うことができる心臓疾患等の減塩食については、総量7.0g以下の減塩食をいうこと。

⑤ 肝臓病食について

肝臓病食とは、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食(胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む。)等をいうこと。

⑥ 胃潰瘍食について

十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取り扱って差し支えないこと。手術前後に与える高カロリー食は加算の対象としないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は、療養食の加算が認められること。また、クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者等に対する低残さ食については、療養食として取り扱って差し支えないこと。

⑦ 貧血食の対象者となる入所者等について

療養食として提供される貧血食の対象となる入所者等は、血中ヘモグロビン濃度が10g/dl以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する者であること。

⑧ 高度肥満症に対する食事療法について

高度肥満症(肥満度が+70%以上又はBMI (Body Mass Index) が35以上)に対して食事療法を行う場合は、高脂血症食に準じて取り扱うことができること。

⑨ 特別な場合の検査食について

特別な場合の検査食とは、潜血食をいう他、大腸X線検査・大腸内視鏡検査のために特に残さの少ない調理済食品を使用した場合は、「特別な場合の検査食」として取り扱って差し支えないこと。

⑩ 高脂血症食の対象となる入所者等について

療養食として提供される高脂血症食の対象となる入所者等は、空腹時定常状態における血清総コレステロール値が220mg/dl以上である者又は血清中性脂肪値が150mg/dl以上である者であること。

9 介護予防短期入所療養介護費

(1) 介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護

① 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費を算定するための基準について

この場合の介護予防短期入所療養介護は、介護老人保健施設の空きベッドを利用して行われるものであることから、所定単位数の算定(職員の配置数の算定)、定員超過利用・人員基準欠如(介護支援専門員に係るものを除く。)・夜勤体制による所定単位数の減算及び認知症ケア加算については、介護老人保健施設の本体部分と常に一体的な取扱いが行われるものであること。したがって、緊急時施設療養費については、23号通知の6の(15)を準用すること。また、注6により、施設基準及び夜勤職員の基準を満たす旨の届出については、本体施設である介護老人保健施設について行われていれば、介護予防短期入所療養介護については行う必要がないこと。

② 介護老人保健施設である一部ユニット型指定介護予防短期入所療養介護事業所において所定単位数を算定するための施設基準等について

一部ユニット型指定介護予防短期入所療養介護事業所が介護予防短期入所療養介護費の所定単位数を算定するためには、看護職員又は介護職員の数が、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分以外の部分のそれぞれについて所定の員数(3:1の職員配置)を置いていることが必要である。また、一部ユニット型指定介護予防短期入所療養介護事業所がユニット型介護予防短期入所療養介護費の所定単位数を算定するためには、看護職員又は介護職員の員数が、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分のそれぞれについて所定の員数(3:1の職員配置)を置いていることが必要である(施設基準第50号)。

③ 介護老人保健施設である一部ユニット型指定介護予防短期入所療養介護事業所における看

護職員及び介護職員の人員基準欠如等について

一部ユニット型指定介護予防短期入所療養介護事業所の介護予防短期入所療養介護費に係る看護職員又は介護職員の人員基準欠如による所定単位数の減算は、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分以外の部分のどちらか一方で所定の員数（3：1の職員配置）を置いていない場合に行われるものである。ユニット型介護予防短期入所療養介護費に係る看護職員又は介護職員の人員基準欠如による所定単位数の減算は、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分のどちらか一方で所定の員数（3：1の職員配置）を置いていない場合に行われるものであること（職員配置等基準第17号イ）。

また、夜勤体制による減算は、当該施設のユニット部分又はユニット部分以外について所定の員数を置いていない場合について施設利用者全員に対し行われるものであること。具体的にはユニット部分について夜勤体制による要件を満たさずユニット以外の部分について夜勤体制の要件を満たす場合であっても施設利用者全員に対し減算が行われることとなる。（夜勤職員基準第9号）

(2) リハビリテーション機能強化加算について

- ① リハビリテーション機能強化加算を算定する介護老人保健施設は、実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上のために、利用者の状態像に応じ、利用者に必要な理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を適時適切に提供できる体制が整備されていること。
- ② 理学療法又は作業療法については、実用歩行訓練・活動向上訓練・運動療法等を組み合わせ利用者の状態像に応じて行うことが必要であり、言語聴覚療法については、失語症、構音障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障害を持つ利用者に対して言語機能又は聴覚機能に係る活動向上訓練を行うことが必要である。

当該訓練により向上させた諸活動の能力については、常に看護師等により日常生活での実行状況に生かされるよう働きかけが行われることが必要である。

- ③ 理学療法、作業療法又は言語聴覚療法は、利用者の実用的な在宅生活における諸活動の自立性の向上のため、訓練の専用施設外においても訓練を行うことができる。

なお、言語聴覚療法を行う場合は、車椅子・歩行器・杖等を使用する患者が容易に出入り可能であり、遮音等に配慮された部屋等を確保することが望ましい。

- ④ 理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を行うに当たっては、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同してリハビリテーション実施計画を作成し、これに基づいて行った個別リハビリテーションの効果、実施方法等について評価等を行う。
- ⑤ 医師等リハビリテーション従事者は、理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を行う場合は、開始時に利用者に対してリハビリテーション実施計画の内容を説明し、記録する。
- ⑥ リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は患者毎に保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること。

(3) 病院又は診療所における介護予防短期入所療養介護

- ① 療養病床（医療法等の一部を改正する法律（平成12年法律141号）附則第2条第3項第5号に規定する経過的旧療養型病床群を含む。以下同じ。）を有する病院若しくは診療所、老人性認知症疾患療養病棟を有する病院における介護予防短期入所療養介護

イ 指定介護療養型医療施設の病床であって、介護療養施設サービスが行われるもの（以下「介護保険適用病床」という。）における介護予防短期入所療養介護については、所定単位数の算定（職員の配置数の算定）並びに定員超過利用、夜勤体制及び療養環境による所定単位数の減算及び加算については、本体施設と常に一体的な取扱いが行われるものであり、40号通知の7の(1)、(3)から(7)まで、(9)及び(10)を準用すること。この場合、40号通知の7の(9)の準用に際しては「医師及び介護支援専門員」とあるのは、「医師」と読み替えるものとする。

ロ 医療保険適用病床における介護予防短期入所療養介護についても、夜勤体制による加算及び減算並びに療養環境による減算については、介護保険適用病床における介護予防短期入所療養介護の場合と同様に行うものとする。また、適用すべき所定単位数（人員配置）については、人員配置の算定上、配置されている看護職員を適宜介護職員とみなすことにより、最も

有利な所定単位数を適用することとする。例えば、60床の病棟で、看護職員が12人、介護職員が13人配置されていて、診療報酬上、看護職員5：1(12人以上)、介護職員5：1(12人以上)の点数を算定している場合については、看護職員のうち2人を介護職員とみなすことにより、介護予防短期入所療養介護については看護職員6：1(10人以上)、介護職員4：1(15人以上)に応じた所定単位数が適用されるものであること。なお、40号通知の7の(1)、(3)から(7)まで、(9)及び(10)は、医療保険適用病床の介護予防短期入所療養介護についても準用する。この場合、40号通知の7の(9)の準用に際しては「医師及び介護支援専門員」とあるのは、「医師」と読み替えるものとする。

- ハ 医師は、介護予防短期入所療養介護に係る医療行為を行った場合には、その旨を診療録に記載すること。当該診療録については、医療保険における診療録と分ける必要はないが、介護予防短期入所療養介護に係る記載部分に下線を引くか枠で囲む等により明確に分けられるようにすること。また、診療録の備考の欄に、介護保険の保険者の番号、利用者の被保険者証の番号、要支援状態区分及び要支援認定の有効期限を記載すること。なお、これらの取扱いについては、介護保険の介護予防訪問看護、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及び介護予防通所リハビリテーションについても同様であること。なお、当該医療機関において、当該利用者に対して基本的に介護予防短期入所療養介護以外の医療を行わない場合の診療録の記載については介護療養施設サービスの場合と同様とし、40号通知の7の(2)を準用するものとする。
- ニ 病院である介護予防短期入所療養介護事業所の人員基準欠如による所定単位数の減算の基準は、職員配置基準第17号ロ(2)において規定しているところであるが、具体的な取扱いには以下のとおりであること。
- a 看護職員又は介護職員の員数が介護予防サービス基準に定める員数を満たさない場合は、他の職種の配置数とは関係なく、病院療養病床介護予防短期入所療養介護費の(Ⅲ)若しくはユニット型病院療養病床介護予防短期入所療養介護費又は認知症患者型介護予防短期入所療養介護費の(Ⅰ)、(Ⅳ)若しくは(Ⅴ)若しくはユニット型認知症患者型介護予防短期入所療養介護費の(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)の所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数が算定される。
- b 介護予防短期入所療養介護を行う病棟において、看護・介護職員の員数については介護予防サービス基準に定める員数を満たすが、看護師の員数の看護職員の必要数に対する割合(以下「正看比率」という。)が2割未満である場合は、病院療養病床介護予防短期入所療養介護費の(Ⅲ)若しくはユニット型病院療養病床介護予防短期入所療養介護費又は認知症患者型介護予防短期入所療養介護費の(Ⅰ)、(Ⅳ)若しくは(Ⅴ)若しくはユニット型認知症患者型介護予防短期入所療養介護費の(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)の所定単位数に100分の90を乗じて得た単位数が算定される。
- c 厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法の規定に基づき厚生労働大臣が定める地域(平成12年厚生省告示第28号)各号に掲げる地域(以下次のd及び7の(8)において「僻地」という。)に所在する病院であって、介護予防短期入所療養介護を行う病棟における看護・介護職員の員数については介護予防サービス基準に定める員数を満たし、正看比率も2割以上であるが、医師の員数が介護予防サービス基準に定める員数の6割未満であるもの(医師の確保に関する計画を都道府県知事に届け出たものに限る。)においては、各類型の介護予防短期入所療養介護費のうち、看護・介護職員の配置に応じた所定単位数から12単位を控除して得た単位数が算定される。
- d 僻地に所在する病院であって医師の確保に関する計画を都道府県知事に届け出ている病院又は僻地以外に所在する病院であって、介護予防短期入所療養介護を行う病棟における看護・介護職員の員数については介護予防サービス基準に定める員数を満たしている(正看比率は問わない)が、医師の員数が介護予防サービス基準に定める員数の6割未満であるものにおいては、病院療養病床介護予防短期入所療養介護費の(Ⅲ)若しくはユニット型病院療養病床介護予防短期入所療養介護費又は認知症患者型介護予防短期入所療養介

護費の（Ⅰ）、（Ⅳ）若しくは（Ⅴ）若しくはユニット型認知症疾患型介護予防短期入所療養介護費の（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）の所定単位数に100分の90を乗じて得た単位数が算定される。

- e なお、医師の配置について、人員基準欠如による所定単位数の減算が適用される場合は、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第49条の規定が適用される病院に係る減算は適用されない。
- ホ 特定診療費については、別途通知するところによるものとする。
- へ 施設基準及び夜勤職員基準を満たす旨の届出並びに夜間勤務等看護（Ⅰ）から（Ⅲ）までを算定するための届出については、本体施設である介護療養型医療施設について行われていれば、介護予防短期入所療養介護については行う必要がないこと。
- ② 病院又は診療所である一部ユニット型指定介護予防短期入所療養介護事業所において所定単位数を算定するための施設基準等について病院又は診療所である一部ユニット型指定介護予防短期入所療養介護事業所が介護予防短期入所療養介護費の所定単位数を算定するためには、看護職員又は介護職員の員数が、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分以外の部分のそれぞれについて所定の員数（看護6：1、介護4：1の職員配置）を置いていることが必要である。また、病院又は診療所である一部ユニット型指定介護予防短期入所療養介護事業所がユニット型介護予防短期入所療養介護費の所定単位数を算定するためには、看護職員又は介護職員の員数が、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分のそれぞれについて所定の員数（看護6：1、介護4：1の職員配置）を置いていることが必要である（施設基準第50号）。なお、夜勤を行う職員の員数については、当該事業所全体で所定の員数を置いていれば足りるものである（夜勤職員基準第9号）。
- ③ 病院又は診療所である一部ユニット型指定介護予防短期入所療養介護事業所における看護職員及び介護職員の人員基準欠如等について
病院又は診療所である一部ユニット型指定介護予防短期入所療養介護事業所の介護予防短期入所療養介護費に係る看護職員又は介護職員の人員基準欠如による所定単位数の減算は、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分以外の部分のどちらか一方で所定の員数（看護6：1、介護4：1の職員配置）を置いていない場合に行われるものである。ユニット型介護予防短期入所療養介護費に係る看護職員又は介護職員の人員基準欠如による所定単位数の減算は、当該事業所全体と当該事業所のユニット部分のどちらか一方で所定の員数（看護6：1、介護4：1の職員配置）を置いていない場合に行われるものであること（職員配置等基準第17号ロ）。
なお、病院若しくは診療所である一部ユニット型指定介護予防短期入所生活介護事業所の介護予防短期入所生活介護又はユニット型介護予防短期入所生活介護に係る夜勤体制による減算は、当該事業所全体で所定の員数を置いていない場合に限り、行われるものであること。（夜勤職員基準第9号）
- ④ 基準適合診療所における介護予防短期入所療養介護
イ 基準適合診療所介護予防短期入所療養介護費については、医療保険における全ての費用を含むものであること。
ロ 40号通知の7の(2)及び(6)は基準適合診療所介護予防短期入所療養介護費について準用すること。
ハ 基準適合診療所介護予防短期入所療養介護費については、特定診療費は算定できないことに留意すること。
- (4) 指定介護予防短期入所療養介護費を算定するための基準について
イ 指定介護予防短期入所療養介護費は、施設基準第50号に規定する基準に従い、以下の通り、算定すること。
a 施設基準第50号において準用する第8号イに規定する指定介護予防短期入所療養介護費介護予防短期入所療養介護が、ユニットに属さない療養室又は病室（以下「療養室等」という。）（定員が1人のものに限る。）（「従来型個室」という。）の利用者に対して行われるものであること。
b 施設基準第50号において準用する第8号ロに規定する指定介護予防短期入所療養介護費介護予防短期入所療養介護が、ユニットに属さない療養室等（定員が2人以上のものに限

る。) (「多床室」という。)の利用者に対して行われるものであること。

c 施設基準第50号において準用する第8号ハに規定する指定介護予防短期入所療養介護費
介護予防短期入所生活介護が、ユニットに属する療養室等(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。以下「介護老人保健施設基準」
という。)第41条第2項第1号イ(3)(i)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。以下「指定介護療養型医療施設基準」という。)
第39条第2項第1号イ(3)(i)、第40条第2項第1号イ(3)(i)若しくは第41条第2項第1号
イ(3)(i)(指定介護予防サービス基準附則第4条第1項又は第6条第1項の規定により読
み替えて適用する場合を含む。)を満たすものに限る。)(「ユニット型個室」という。)
の利用者に対して行われるものであること。

d 施設基準第50号において準用する第8号ニに規定する指定介護予防短期入所療養介護費
介護予防短期入所療養介護が、ユニットに属する療養室等(介護老人保健施設基準第41条第
2項第1号イ(3)(ii)又は指定介護療養型医療施設基準第39条第2項第1号イ(3)(ii)、第40
条第2項第1号イ(3)(ii)若しくは第41条第2項第1号イ(3)(ii)を満たすものに限るもの
とし、介護老人保健施設基準第41条第2項第1号イ(3)(i)又は指定介護療養型医療施設基
準第39条第2項第1号イ(3)(i)、第40条第2項第1号イ(3)(i)若しくは第41条第2項第1
号イ(3)(i)(指定介護予防サービス基準附則第4条第1項又は第6条第1項の規定により
読み替えて適用する場合を含む。)を満たすものを除く。)の利用者に対して行われるもの
であること。

ロ ユニットに属する療養室等であつて、各類型の介護予防短期入所療養介護費の注1による届
出がなされているものについては、ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費、
ユニット型病院療養病床介護予防短期入所療養介護費、ユニット型診療所療養病床介護予防短
期入所療養介護費又はユニット型認知症疾患型介護予防短期入所療養介護費を算定するもの
とすること。

(5) ユニットにおける職員に係る減算について
8の(7)を準用する。

(6) 栄養管理体制加算

① 管理栄養士等の配置については、8(9)①を準用すること。

② 介護老人保健施設、療養病床を有する病院又は診療所の本体施設に配置されている管理栄養
士等が、併せて指定介護予防短期入所療養介護事業所における栄養管理を行う場合にあっては、
管理栄養士等が配置されている本体施設及びその指定介護予防短期入所療養介護事業所のい
ずれにおいても算定できること。

③ 管理栄養士等の行う食事の提供については、8(9)③を準用すること。

(7) 療養食加算

8(10)を準用する。

10 介護予防特定施設入居者生活介護費

(1) その他の介護予防サービスの利用について

介護予防特定施設入居者生活介護を受けている者の入居中の介護予防サービスの利用につい
ては、介護予防特定施設入居者生活介護費を算定した月において、その他の介護予防サービスに
係る介護給付費(介護予防居宅療養管理指導費を除く。)は算定しないものであること(外泊の期
間中を除く。)。ただし、介護予防特定施設入居者生活介護の提供に必要な場合に、当該事
業者の費用負担により、その利用者に対してその他の介護予防サービスを利用させることは差し
支えないものであること。例えば、入居している月の当初は介護予防特定施設入居者生活介護を
算定し、引き続き入居しているにも関わらず、月の途中から介護予防特定施設入居者生活介護に
代えて介護予防サービスを算定するようなサービス利用は、介護予防サービスの支給限度基準額
を設けた趣旨を没却するため、認められない。なお、入居者の外泊の期間中は介護予防特定施設
入居者生活介護は算定できない。

また、当該事業者が、入居者に対して提供すべき介護予防サービス(介護予防特定施設入居者
生活介護の一環として行われるもの)の業務の一部を、当該介護予防特定施設の従業者により行

わず、外部事業者に委託している場合（例えば、機能訓練を外部の理学療法士等に委託している場合等。）には、当該事業者が外部事業者に対して委託した業務の委託費を支払うことにより、その利用者に対して当該サービスを利用させることができる。この場合には、当該事業者は業務の管理及び指揮命令を行えることが必要である。

(2) 個別機能訓練加算について

- ① 個別機能訓練加算は、理学療法士等が個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った機能訓練（以下「個別機能訓練」という。）について算定する。
- ② 個別機能訓練加算に係る機能訓練は、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置して行うものであること。
- ③ 個別機能訓練を行うに当たっては、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者毎にその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を行う。
- ④ 個別機能訓練を行う場合は、開始時及びその3月ごとに1回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録する。
- ⑤ 個別機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該特定施設の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるようにすること。

(3) 外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護費

① 報酬の算定及び支払方法について

外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護費は、基本サービス部分（当該外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護事業者が自ら行う介護予防特定施設サービス計画の作成、利用者の安否の確認、利用者の生活相談等に相当する部分）及び各サービス部分（当該事業者が委託する指定介護予防サービス事業者（以下「受託介護予防サービス事業者」という。）が提供する介護予防サービス部分）から成り、イ及びロの単位数を合算したものに介護予防特定施設入居者生活介護の一単位の単価を乗じて得た額が一括して外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護事業者を支払われる。

介護職員が介護予防サービス基準に定める員数を満たさない場合の介護報酬の減算は、イの基本サービス部分についてのみ適用されることとなる。

なお、外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護事業者においては、介護予防サービス基準上、看護職員の配置は義務付けられていない。

イ 基本サービス部分は1日につき63単位とする。

ロ 各サービス部分については、介護予防特定施設サービス計画に基づき受託介護予防サービス事業者が各利用者に提供したサービスの実績に応じて算定される。また、各サービス部分の対象サービス及び単位数については、厚生労働大臣が定める外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費及び外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護費に係るサービスの種類及び当該サービスの単位数並びに限度単位数（平成18年厚生労働省告示第165号）の定めるところにより、当該告示で定める単位数を上限として算定する。なお、当該告示に定める各サービスの報酬に係る算定方法については、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11年厚生省告示第19号）に定める各サービスの報酬に係る算定方法と同趣旨となるが、次の点については取扱が大きく異なるので、留意されたい。

ア 訪問介護について

介護福祉士、介護職員基礎研修課程修了者、1級課程修了者又は2級課程修了者によるサービス提供に限り、算定すること。

イ 訪問看護

保健師、看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士によるサービス提供に限り算定すること。

② 受託居宅サービス事業者への委託料について

外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護事業者が受託介護予防サービス事業者を支払う委託料は、個々の委託契約に基づくものである。

11 介護予防福祉用具貸与費

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

① 交通費の算出方法について

注1に規定する「通常の業務の実施地域において指定福祉用具貸与を行う場合に要する交通費」の額は、最も経済的な通常の経路及び方法(航空賃等に階級がある場合は、最も安価な階級)による交通費とすることを基本として、実費(空路で運搬又は移動する場合には航空賃、水路で運搬又は移動する場合には船賃、陸路で運搬又は移動する場合には燃料代及び有料道路代(運送業者を利用して運搬した場合はその利用料))を基礎とし、複数の福祉用具を同一利用者に貸与して同時に運搬若しくは移動を行う場合又は一度に複数の利用者に係る福祉用具貸与のための運搬又は移動を行う場合における交通費の実費を勘案して、合理的に算出するものとする。

② 交通費の価格体系の設定等について

事業者は、交通費の額及び算出方法について、あらかじめ利用者の居住する地域に応じた価格体系を設定し、運営規程に記載しておくものとする。

なお、事業者は、運営規程に記載した交通費の額及びその算出方法を指定介護予防福祉用具貸与の提供に当たって利用者に説明するとともに、当該利用者に係る運搬又は移動に要した経路の費用を証明できる書類(領収書等)を保管し、利用者に対する指定介護予防福祉用具貸与の提供に関する記録として保存するものとする。

③ 複数の福祉用具を同一利用者に対して同時に貸与した場合の加算限度について

複数の福祉用具を同一利用者に対して同時に貸与した場合には、保険給付対象となる福祉用具の貸与に要する費用の合計額の100分の100に相当する額を限度として加算できるものとする。

この場合において、交通費の額が当該100分の100に相当する額に満たないときは、当該交通費を合理的な方法により按分して、それぞれの福祉用具に係る加算額を明確にするものとする。

(2) 要支援1又は要支援2に係る指定介護予防福祉用具貸与費

① 算定の可否の判断基準

要支援1又は要支援2の者(以下(2)において軽度者という。)に係る指定介護予防福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」及び「移動用リフト」(以下「対象外種目」という。)に対しては、原則として算定できない。

しかしながら第23号告示第19号のイで定める状態像に該当する者については、軽度者であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について指定介護予防福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については、次のとおりとする。

・原則として次の表の定めるところにより、「要介護認定等基準時間の推計の方法」(平成11年厚生省告示第91号)別表第1の調査票のうち基本調査の直近の結果(以下単に基本調査の結果という。)を用い、その要否を判断するものとする。

・ただし、アの(ニ)「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」及びオの(三)「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査結果がないため、主治の医師から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能者が参加するサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより指定介護予防支援事業者が判断することとなる。なお、この判断の見直しについては、介護予防サービス計画に記載された必要な理由を見直す頻度(すくなくとも6月に1回)で行うこととする。

② 基本調査結果による判断の方法

指定福祉用具貸与事業者は、軽度者に対して、対象外種目に係る指定福祉用具貸与費を算定する場合には、①の表に従い、「厚生労働大臣が定める者」のイへの該当性を判断するための基本調査の結果の確認については、次に定める方法による。なお、当該確認に用いた文書等については、サービス記録と併せて保存しなければならない。

・当該軽度者の担当である指定介護予防支援事業者から当該軽度者の「要介護認定等基準時

間の推計の方法」別表第1の認定調査票について必要な部分（実施日時、調査対象者等の時点の確認及び本人確認ができる部分並びに基本調査の回答で当該軽度者の状態像の確認が必要な部分）の写し（以下「調査票の写し」という。）の内容が確認できる文書を入手することによること。

・当該軽度者に担当の介護予防支援事業者がない場合にあっては、当該軽度者の調査票の写しを本人に情報開示させ、それを入手すること。

③ 経過措置について

介護保険法等の一部を改正する法律（平成17年法律第77号）第3条の施行の日（以下「施行日」という。）前に対象外種目に係る指定福祉用具貸与を受けていたもの（以下経過措置対象者という。）については、軽度者で「厚生労働大臣が定める者等」（平成12年厚生省告示第23号）第19号のイで定める状態像の者でなくとも、施行日から起算して6月を超えない期間において、対象外種目に係る指定介護予防福祉用具貸与を受けることができることとされている。

この場合、経過措置対象者は、平成18年4月1日から同年9月日までの間に施行日前の認定の有効期間又は契約期間が終了した場合であっても、認定や契約の更新がなされた場合は、引き続き、施行日から起算して6月を超えない期間までは、対象外種目に係る指定介護予防福祉用具貸与を受けることが可能である。

12 介護予防支援

初回加算

予防給付における初回加算の算定に当たっては、新規に介護予防サービス計画を作成する場合に算定されることとなっている。

表 ～略～

表

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果
ア 車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に歩行が困難な者 (二) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	基本調査2-5「3. できない」 —
イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に起きあがり困難な者 (二) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査2-2「3. できない」 基本調査2-1「3. できない」
ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査2-1「3. できない」
エ 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 (一) 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 (二) 移動において全介助を必要としない者	基本調査6-3「1. 調査対象者が意志を他者に伝達できる」以外又は 基本調査6-4「1. 介護者の指示が通じる」以外又は 基本調査6-5(ア～カ)のいずれか「2. できない」又は 基本調査7(ア～テ)のいずれか「1. ない」以外 基本調査2-7「4. 全介助」以外
オ 移動用リフト(つり具の部分を除く。)	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に立ち上がりが困難な者 (二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	基本調査3-1「3. できない」 基本調査2-6「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 —

平成18年4月報酬改定関係Q&A集

この資料は、平成18年4月の報酬改定に関して厚生労働省が発出したQ&Aの全て（Vol.1からVol.7）をサービス別に編集したものです。介護予防サービスについては該当する介護サービスの箇所に記載してあります。また、複数のサービスに係る設問は、関係する全てのサービスに収録したため、同じ設問が重複して掲載されています。

なお、各Q&Aの発出日付は次のとおりです。

- Vol.1 平成18年 3月22日
- Vol.2 平成18年 3月27日
- Vol.3 平成18年 4月21日
- Vol.4 平成18年 5月 2日
- Vol.5 平成18年 6月30日
- Vol.6 平成18年 7月 3日
- Vol.7 平成18年 8月14日

01 共通事項

《Q&AVol.6 から》

【指定の更新】

(問3) 基準該当サービス事業者についても指定の更新を行う必要はあるのか。

(答) 基準該当サービスについては、指定居宅サービス事業者の要件の一部を満たしていない事業者のうち、一定水準を満たすサービス提供を行う事業者について市町村がそのサービスを保険給付の対象とすることとしているサービスであるので、そもそも指定という概念も存在しないことから指定の更新も不要である。

(問4) 平成14年3月31日以前に指定を受けた事業者の指定更新の経過措置、政令附則第7条の解釈について、以下の考えで良いか？

平成13年2月1日指定の場合

平成19年4月1日から平成20年3月31日までの間において

応当する日…平成20年2月1日

1年を経過する日…平成21年1月31日

と解釈し、平成21年1月31日までに更新を受けることになるのか。

(答) 上記の考え方でよい。経過措置を定めたものであり、以下の参考のとおり順次更新手続が行われるよう配慮されたい。

なお、平成18年2月のブロック会議資料943頁のQ&A問10において「平成14年3月31日以前に指定を受けた事業者については、平成20年3月31日までの指定の有効期間とし、それまで更新を行う」という異なった解釈を示していたが、下記参考のとおり修正した上で対応願いたい。

(参考1) 指定を受けた事業者の指定更新の取扱いについて

① 平成12年4月1日～平成13年3月31日までに指定を受けた場合

最初の更新における指定有効期間は指定を受けた日から8年間

※平成12年4月1日以前に指定を受けた事業者については平成12年4月1日より指定を受けたものとみなす。

② 平成13年4月1日～平成14年3月31日までに指定を受けた場合

最初の更新における指定有効期間は指定を受けた日から7年間

③ 平成14年4月1日～平成18年3月31日までに指定を受けた場合

最初の更新における指定有効期間は指定を受けた日から6年間

※ (①～③)までの事例が経過措置である。なお、2回目以降の更新は6年ごとに受けることになる)

④ 平成18年4月1日以降に指定を受けた場合

最初の更新における指定有効期間は指定を受けた日から6年間

【指定事務】

(問5) 平成15年に指定取消を受けた居宅サービス事業者が平成18年4月に再度申請を行う場合に過去の指定取消の事由により指定を拒否することはできるのか。

(答) 法附則第8条により、改正法施行前の行為に基づく処分は、施行日後の事業者の指定、指定更新及び指定取消等の事由に含めないものとしている。よって、今回の再申請の内容をもって判断することになる。

02 訪問介護

《Q&AVol.2から》

【介護予防訪問介護】

(問1) 介護予防訪問介護や介護予防通所介護については、月単位の定額制とされているが、複数の事業所を利用することはできないのか。

(答) 月当たりの定額制が導入される介護予防訪問介護や介護予防通所介護などについては、複数の事業所を利用することはできず、1つの事業所を選択する必要がある。

(問2) 月単位定額報酬である介護予防訪問介護について、引越等により月途中で事業者を変更した場合の報酬の取扱いはどうなるのか。

(答) 日割りで計算した報酬を支払う。

(問3) 介護予防訪問介護の利用回数や1回当たりのサービス提供時間についての標準や指針については示されないのか。

(答) 介護予防訪問介護の利用回数や1回当たりのサービス提供時間については、介護予防サービス計画において設定された目標等を勘案し、必要な程度の量を介護予防訪問介護事業者が作成する介護予防訪問介護計画に位置付けられる。実際の利用回数やサービス提供時間については、利用者の状態の変化、目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更されるべきものであり、当初の介護予防訪問介護計画などに必ずしも拘束されるものではない。

また、過小サービスになっていないか等サービス内容の適切性については、介護予防支援事業者が点検することとされている。

(問4) 事業所として一律に要支援1は週1回、要支援2は週2回といった形での取扱いを行うこととしてよいか。

(答) 具体的な利用回数については、サービス提供事業者が、利用者の状況や提供すべきサービス内容等に応じて適切に判断し、決定されるものである。

したがって、機械的に要支援1は週1回、要支援2は週2回といった形での取扱いを行うことは不適當である。

(問5) 介護予防訪問介護について、当初、週2回程度の(Ⅱ)型を算定していたものの、月途中で状況が変化して週1回程度のサービス提供となった場合の取扱いはどのようにすればよいか。

(答) 状況変化に応じて、提供回数を適宜、変更することとなる。なお、その際、報酬区分については、定額報酬の性格上、月途中で変更する必要はない。

なお、状況の変化が著しい場合については、翌月から、支給区分を変更することもありうる。

(問6) 介護予防訪問介護については、定額報酬であるので、利用者から平均的な利用時間を倍以上超えたサービス提供を求められた場合、これに応じなければサービス提供拒否として基準違反になるのか。

(答) 介護予防訪問介護の報酬については、月当たりの定額制とされているが、これは、利用者の求めがあれば無定量にサービスを提供する必要があるという趣旨ではなく、介護予防サービス計画や介護予防訪問介護計画に照らし、設定された目標の達成のために介護予防給付として必要な程度の水準のサービスを提供することで足りるものである。

なお、この必要な水準は、平均的な利用時間によって判断すべきものではなく、あくまでも、利用者の状態及び必要とされるサービス内容に応じ、サービス担当者会議等の所要のプロセスを経て、予防給付としての必要性の観点から判断すべきものであることに留意する必要がある。

(問7) 介護予防訪問介護のサービス提供責任者の配置基準については、どのように取り扱えばよいか。

(答) 介護予防訪問介護のサービス提供責任者についても、訪問介護と同じ配置基準(訪問介護員等10人ごと又は月間延べ実サービス提供時間450時間ごとに1人)とされている。

更に、指定介護予防訪問介護と指定訪問介護の指定を併せて受け、各事業が一体的に運営されている場合については、他の人員基準と同様に、要支援者分と要介護者分を合算して算定したサービス提供責任者を配置すればよい旨の取扱いが適用される。

(問8) 介護予防訪問介護は、家族がいる場合や地域の支え合いサービスがあれば、まったく支給できないのか。

(答) 訪問介護については、現行制度においても、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助については、「利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるもの」と位置付けられているところである。

介護予防訪問介護については、更に、自立支援の観点から、本人ができる行為は本人が行い、利用者の家族、地域住民による支え合いや他の福祉サービスの活用などを重視しているところである。したがって、家族がいる場合や地域の支え合いサービスがあるからといって、一律に支給できないわけではないが、こうした観点を踏まえ、個別具体的な状況をみながら、適切なケアマネジメントを経て、慎重に判断されることになる。

【訪問介護】

(問27) 訪問介護のうち生活援助中心型の1時間以上の報酬額が定額となっているが、具体的な内容如何。

(答) 生活援助中心型については、訪問介護計画などで決められた時間が、1時間以上であったとしても、さらに加算されることはなく、定額の報酬が支払われることになる。ただし、これは必要なサービス量の上限を付したわけではなく、ケアプランや訪問介護計画に基づく必要な量のサービスを提供することが必要であるのは、従前どおりである。

(問28) 訪問介護における特定事業所加算の算定要件については、毎月満たしていなければならないのか。また、要件に該当しないことが判明した場合の取扱いはどのようなになるのか。

(答) 基本的には、加算取得の届出後についても、常に要件を満たしている必要がある。要件に該当しないことが判明すれば、その時点で廃止届出を出し、翌月分から算定しない取扱いとする。

(問29) 訪問介護の特定事業所加算を取得すれば、利用者の自己負担も増加することになるが、加算を取得した上で、負担軽減のため、特定の利用者に対して加算を行わないという取扱いをすることは可能か。

- (答) 加算を取得した上で、利用者間に加算の適否の差を付けることは、利用者間の不合理な負担の差を是認することにつながりかねないと考えられるので認められない。
したがって、加算を取得するか、あるいは利用者の負担を考慮して取得しないかのどちらかを、あらかじめ各事業者が十分検討の上、選択する必要がある。

《Q&AVol.3 から》

4. 介護予防サービス

①定額報酬

(問 17) 介護予防通所介護、介護予防訪問介護等の定額制のサービスを利用している者から、介護予防ケアマネジメント、介護予防通所介護計画等に基づくサービスとは別に、あくまで利用者の個人的な選好によるサービスの提供が当該事業者に対して求められた場合、当該サービスについては、定額報酬の対象外ということによいか。

(答) 介護保険の給付の対象となるのは、適切な介護予防ケアマネジメント、介護予防通所介護計画等に基づくサービスであり、これとは別にあくまで本人の選好により当該事業者に対して求められたサービスについては、介護保険による定額払いの対象とはならないものである。

②日割りの算定方法

(問 18) 介護予防通所介護を受ける者が同一市町村内において引越す場合や、介護予防サービスを受ける者が新たに要介護認定を受け居宅介護サービスを受ける場合等により、複数の事業者からサービスを受ける場合、定額制の各介護報酬を日割りにて算定することとなるが、日割りの算定方法如何。

(答) 日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間(※)に応じた日数による日割りとする。(用意された日額のサービスコードの単位数に、サービス算定対象日数を乗じて単位数を算定する。)

(※) 契約日から契約解除日までの期間

詳しくは、「介護制度改革インフォメーション Vol.76 の月額包括報酬の日割り請求にかかる適用〈対象事由と起算日〉」を参照されたい。

《Q&AVol.6 から》

【訪問介護】

(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り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に受診する場合の取り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に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、従業者が事業者の指定した医師又は歯科医師が行な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。

03 訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導

《Q&AVol.1 から》

訪問看護

【20分未満の訪問の算定関係】

(問1) 訪問看護の20分未満の訪問の創設で想定している看護行為は具体的にどのようなものか。

(答) 20分未満の訪問看護については、日中において、利用者の心身の状態の観察と把握を十分に行うとともに、それに基づく療養指導等が提供されていることを前提にしており、早朝・夜間、深夜といった時間帯に、効率的に医療的措置を行うことが必要な場合に、20分未満の訪問の単位を算定することとしている。具体的には、定時の気管内吸引、導尿や経管栄養等の医療処置の実施等を想定している。

(問2) 「所要時間20分未満」の訪問看護について、どのような利用者が対象となるのか。また、夜間・早朝、深夜であれば、回数に応じてその都度算定が認められるのか。

(答) 所要時間20分未満の訪問看護は、訪問看護本来の趣旨を踏まえつつ、ケアマネジメントにおいて必要と認められた利用者に対して夜間若しくは早朝又は深夜の時間帯に提供されるものであり、居宅サービス計画に基づいて提供された回数に応じて

算定する。

【理学療法士等による訪問看護関係】

(問3) 訪問看護について、「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数を上回るような設定がなされることは適当ではない」との解釈が示されたが、これは、理学療法士等の訪問回数が、当該事業所が行う訪問全体の回数半数を超える利用者については、報酬を算定できないという趣旨か。

(答) 訪問看護に期待されるものは、第一義的には看護師又は保健師によって提供されるものである。一方、退院・退所後等に必要となるリハビリテーションのニーズについては、医療機関等による訪問リハビリテーションにおいて提供されることを期待しており、このため、今回の報酬改定においては、より効率的・効果的なリハビリテーションを実施する観点からリハビリテーションマネジメントを導入し、退院・退所後等の短期集中的なリハビリテーションの実施を推進するための加算を設定したところである。

したがって、各自治体におかれては、この趣旨に則り、必要に応じて、各事業所に対し、看護師を新規に確保するなどのサービス提供体制の見直し等について指導方願したい。なお、介護報酬の算定との関係では、こうした見直し等の期間を考慮した一定期間(例えば6月間程度など)を設けるなど、ただちに報酬を算定できない取扱いとすることによって利用者の生活に支障を来すことのないよう配慮されたい。

また、仮に半数を超える場合であっても、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場合や、月の途中で入院等によりサービスの提供が中止となり、結果的に理学療法士等による訪問が上回る場合など、適切なケアマネジメントを踏まえた上で、利用者個々の状況を勘案して、一定期間経過後であってもなお、やむを得ないと認められる場合については、各自治体の判断により、算定できる取扱いとして差し支えない。

【緊急時訪問看護加算関係】

(問4) 訪問看護の緊急時訪問看護加算の算定要件について、特別管理加算を算定する状態の者が算定されており、特別管理加算の算定は個別の契約が必要なので、その契約が成立しない場合は緊急時訪問看護加算も算定できないのか。

(答) 緊急時訪問看護加算は、利用者又はその家族等に対して24時間連絡体制にあって、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合、利用者の同意を得て算定するものであり、特別管理加算の算定の有無はその算定要件ではない。

【ターミナルケア加算関係】

(問5) 「在宅以外で24時間以内に死亡した場合」との要件については、在宅で訪問看護を実施中に病院に入院するなど、居場所を移動し、その後、24時間以内に死亡した場合を示しているのか。また、移動後24時間を超えて死亡した場合は、加算は算定できないのか。

(答) 利用者本人や家族が在宅における最期を希望している場合であっても、往診による死亡診断が困難な場合等については、訪問看護においてターミナルケアを実施後、死亡診断を目的として医療機関へ搬送し、24時間以内に死亡が確認される場合があり、このようなケースについては、在宅死亡の場合と同様に評価することとしている。
なお、利用者に対して在宅でターミナルケアを実施後、24時間を超えて死亡した場合は、移動の有無にかかわらず、ターミナルケア加算は算定することはできない。

訪問リハビリテーション

【短期集中リハビリテーション実施加算関係】

(問6) 短期集中リハビリテーション実施加算について、退院(所)後に認定がなされた場合の起算点はどちらか。逆の場合はどうか。

(答) 退院後に認定が行われた場合、認定が起算点となり、逆の場合は、退院(所)日が起算点である。

居宅療養管理指導

【医師・歯科医師の居宅療養管理指導関係】

(問7) 医師・歯科医師の居宅療養管理指導について、

①月に2回往診等を行っていても、月に2回、居宅介護支援事業所のケアマネへの情報提供を行わなければ算定できないのか。

②また、居宅介護支援事業所のケアマネへの情報提供をしなければならないということは、利用者が認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護を利用している利用者の場合やセルフケアプランや住宅改修、特定福祉用具購入のみの利用者の場合は算定できないのか。

(答) ①について

往診等により、利用者の状況等について医学的観点から見た情報をケアマネ等に対して情報提供しなければならない。この場合において、医学的観点から、利用者の状態に変化がなければ、変化がないことを情報提供することや、利用者や家族に対して往診時に行った指導・助言の内容について情報提供すること等でも足りることとする。

②について

医師・歯科医師の居宅療養管理指導は、居宅介護支援事業所のケアマネや、当該ケ

アマネを介せずにサービスを利用している場合には、直接、サービス事業者に対する情報提供を行うことでも算定可能であり、したがって、御指摘のようなケースについても、サービス事業者に対して情報提供を行うことで算定は可能である。なお、そのような場合の具体的な情報提供の方法としては、医師・歯科医師により直接にサービス事業者へ情報提供を行う方法や、利用者本人を介して行う場合等が考えられる。

なお、①・②ともに、利用者の同意を得て行うものに限定されているので、このサービスを行う場合は、利用者に対して十分な説明が必要である。

(問8) 薬局薬剤師が行う居宅療養管理指導における医師・歯科医師からの指示は、医師・歯科医師による居宅療養管理指導の情報提供でもよいのか。

(答) 医師・歯科医師による居宅療養管理指導の情報提供でも構わない。この場合の情報提供は、医師・歯科医師と薬局薬剤師がサービス担当者会議に参加し、医師・歯科医師から薬局薬剤師が行う居宅療養管理指導の必要性を提案する方法や、サービス担当者会議に参加が困難な場合や開催されない場合には、文書(メールやFAXでも可)により薬局薬剤師に対して情報提供を行う方法が考えられる。

《Q&AVol.3から》

1. リハビリテーション関係

【全サービス関係】

①総則

(問1) 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、整理して示されたい。

(答) 別紙1のとおり整理したところである。

②リハビリテーションマネジメント加算

(問2) 改正後の老企第36号通知において、リハビリテーションマネジメント加算については、「その同意を得られた日から算定を開始する」と定められているが、平成18年4月分の取扱い如何。

(答) 平成18年4月分についてのみ、リハビリテーションマネジメントを実施しており、かつ、同月中に利用者の同意を得られた場合にあっては、平成18年4月1日以降で実施を開始した日に遡り算定できることとする。

(問3) 「リハビリテーション実施計画書原案」は「リハビリテーション実施計画書」と同一の様式で作成してよいのか。

(答) 「リハビリテーション実施計画書原案」と「リハビリテーション実施計画書」は

同一の様式を使用することができる。当該計画書については、「リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（老老発第 0327001 号）にてお示しした様式を参照されたい。

なお、介護給付費明細書の摘要欄には起算日の記載が必要となる。

（問 4）今般の改定前に用いていた「リハビリテーション実施計画書」の様式を使用してよいのか。

（答） 従来の個別リハビリテーションと、今回のリハビリテーションマネジメントの計画内容に変更がなければ、平成 18 年 4 月分については、従来のリハビリテーション実施計画書の様式の使用も可能である。

（問 5） 老健施設及び療養型施設における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、①本人の自己都合、②体調不良等のやむを得ない理由により、実施回数、時間等の算定要件に適合しなかった場合はどのように取り扱うか。

（答） 老健施設及び療養型施設における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、正当な理由なく、算定要件に適合しない場合には、算定は認められない。

したがって、算定要件に適合しない場合であっても、①やむを得ない理由によるもの（利用者の体調悪化等）、②総合的なアセスメントの結果、必ずしも当該目安を超えていない場合であっても、それが適切なマネジメントに基づくもので、利用者の同意を得ているもの（一時的な意欲減退に伴う回数調整等）であればリハビリテーションマネジメント実施期間中の算定は認められる。

なお、その場合はリハビリテーション実施計画書の備考欄等に、当該理由等を記載する必要がある。

（問 6） リハビリテーションマネジメント加算は、多職種協働にて行うリハビリテーションのプロセスを評価する加算とされているが、PT、OT等のリハビリテーション関係職種以外の者（介護職員）が直接リハビリテーションを行ってもよいのか。

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

（問 7） リハビリテーションマネジメント加算については利用者又は入所（院）者全員に算定する必要があるか。

（答） 当該加算は、原則全員に加算すべきものであるが、事業所又は施設の職員体制が

整わない等の理由により、利用者又は入所（院）者全員に対して個別リハビリの実施回数、時間等の算定要件を満たすサービスを提供できない場合にあっては、加算の算定要件を満たすサービスを提供した利用者又は入所（院）者のみについて加算を算定することもできる。

ただし、その場合にあっては、利用者又は入所（院）者全員に対してリハビリテーションマネジメントを実施できる体制を整えるよう、体制の強化に努める必要がある。

③短期集中リハビリテーション実施加算関係

(問8) 各リハビリテーション関係サービスの短期集中リハビリテーション実施加算の起算日となる「退院（所）日又は認定日」、「入所の日」が施行日（平成18年4月1日）前であった場合の算定の取扱い如何。

(答) 施行日（平成18年4月1日）前の「退院（所）日又は認定日」又は「入所の日」から起算して、利用者の該当する期間に応じて、18年4月1日以降、短期集中リハビリテーション実施加算の算定を行うこととする。

(例) 通所リハビリテーションの場合

平成18年3月15日に退院した利用者に対して、4月5日から短期集中リハビリテーションを実施した場合

4月5日～4月14日のうちの実施日

…短期集中リハビリテーション実施加算（1月以内）180単位算定

4月15日～6月14日のうちの実施日

…短期集中リハビリテーション実施加算（1月超3月以内）130単位算定

6月15日以降の実施日

…短期集中リハビリテーション実施加算（3月超）80単位算定

(問9) 短期集中リハビリテーション実施加算の算定に当たって、①本人の自己都合、②体調不良等のやむを得ない理由により、定められた実施回数、時間等の算定要件に適合しなかった場合はどのように取り扱うか。(問5と同旨)

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

したがって、算定要件に適合しない場合であっても、①やむを得ない理由によるもの（利用者の体調悪化等）、②総合的なアセスメントの結果、必ずしも当該目安を超えていない場合であっても、それが適切なマネジメントに基づくもので、利用者の同意を得ているもの（一時的な意欲減退に伴う回数調整等）であれば算定要件に適合するかたちでリハビリテーションを行った実施日の算定は認められる。

なお、その場合はリハビリテーション実施計画書の備考欄等に、当該理由等を記載

する必要がある。

04 通所介護

《Q&AVol.1 から》

通所介護・通所リハビリテーション

(1) 介護予防通所介護

【サービスの提供方法等関係】

(問9) 介護予防通所系サービスの提供に当たり、利用者を午前と午後に分けてサービス提供を行うことは可能か。

(答) 御指摘のとおりである。介護予防通所系サービスに係る介護報酬は包括化されていることから、事業者が、個々の利用者の希望、心身の状態等を踏まえ、利用者に対してわかりやすく説明し、その同意が得られれば、提供回数、提供時間について自由に設定を行うことが可能である。

(問10) 午前と午後に分けてサービス提供を行った場合に、例えば午前中にサービス提供を受けた利用者について、午後は引き続き同一の事業所にいても構わないか。その場合には、当該利用者を定員に含める必要があるのか。また、当該利用者が事業所に引き続きいられることについて負担を求めることは可能か。

(答) 同一の事業所にいても構わないが、単にいるだけの利用者については、介護保険サービスを受けているわけではないので、サービス提供に支障のないよう配慮しなければならない。具体的には、サービスを実施する機能訓練室以外の場所（休憩室、ロビー等）に居ていただくことが考えられるが、機能訓練室内であっても面積に余裕のある場合（単にいるだけの方を含めても1人当たり3㎡以上が確保されている場合）であれば、サービス提供に支障のないような形で居ていただくことも考えられる。

いずれにしても、介護保険サービス外とはいえ、単にいるだけであることから、別途負担を求めることは不適切であると考えている。

(問11) 介護予防通所系サービスを受けるに当たって、利用回数、利用時間の限度や標準利用回数は定められるのか。

(答) 地域包括支援センターが利用者の心身の状況、その置かれている環境、希望等を勘案して行う介護予防ケアマネジメントを踏まえ、事業者と利用者の契約により、適

切な利用回数、利用時間の設定が行われるものと考えており、国において一律に上限や標準利用回数を定めることは考えていない。

なお、現行の利用実態や介護予防に関する研究班マニュアル等を踏まえると、要支援1については週1回程度、要支援2については週2回程度の利用が想定されることも、一つの参考となるのではないかと考える。

(問12) 介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションを、それぞれ週1回ずつ利用する等同時に利用することは可能か。

(答) 地域包括支援センターが、利用者のニーズを踏まえ、適切にマネジメントを行って、計画に位置づけることから、基本的には、介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションのいずれか一方が選択されることとなり、両者が同時に提供されることは想定していない。

(問13) ある指定介護予防通所介護事業所において指定介護予防通所介護を受けている間は、それ以外の指定介護予防通所介護事業所が指定介護予防通所介護を行った場合に、介護予防通所介護費を算定しないとあるが、その趣旨如何。

(答) 介護予防通所介護においては、介護予防ケアマネジメントで設定された利用者の目標の達成を図る観点から、一の事業所において、一月を通じ、利用回数、提供時間、内容など、個々の利用者の状態や希望に応じた介護予防サービスを提供することを想定しており、介護報酬についてもこうした観点から包括化したところである。

(問14) 予防給付の通所系サービスと介護給付の通所系サービスの提供に当たっては、物理的（空間的・時間的）にグループを分けて行う必要があるのか。

(答) 通所系サービスは、ケアマネジメントにおいて、利用者一人一人の心身の状況やニーズ等を勘案して作成されるケアプランに基づき、いずれにしても個別的なサービス提供が念頭に置かれているものであり、したがって、予防給付の通所系サービスと介護給付の通所系サービスの指定を併せて受ける場合についても個別のニーズ等を考慮する必要がある。

具体的には、指定基準上、サービスが一体的に提供されている場合には、指定基準上のサービス提供単位を分ける必要はないこととしているところであるが、両者のサービス内容を明確化する観点から、サービス提供に当たっては、非効率とならない範囲で一定の区分を設ける必要があると考えており、具体的には、以下のとおりの取扱いとする。

- ① 日常生活上の支援（世話）等の共通サービス（入浴サービスを含む。）については、サービス提供に当たり、物理的に分ける必要はないこととする。
- ② 選択的サービス（介護給付の通所系サービスについては、各加算に係るサービス）

については、要支援者と要介護者でサービス内容がそもそも異なり、サービスの提供は、時間やグループを区分して行うことが効果的・効率的と考えられることから、原則として、物理的に区分してサービスを提供することとする。ただし、例えば、口腔機能向上のための口・舌の体操など、内容的に同様のサービスであって、かつ、当該体操の指導を要支援者・要介護者に同時かつ一体的に行うこととしても、特段の支障がないものについては、必ずしも物理的に区分する必要はないものとする。

- ③ なお、介護予防通所介護におけるアクティビティについては、要支援者に対する場合と要介護者に対する場合とで必ずしも内容を明確に区分することが困難であることから、必ず物理的に区分して提供しなければならないこととする。

(問15) これまで急なキャンセルの場合又は連絡がない不在の場合はキャンセル料を徴収することができたが、月単位の介護報酬となった後もキャンセル料を徴収することは可能か。また、キャンセルがあった場合においても、報酬は定額どおりの算定が行われるのか。

(答) キャンセルがあった場合においても、介護報酬上は定額どおりの算定がなされることを踏まえると、キャンセル料を設定することは想定しがたい。

【基本単位関係】

(問16) 送迎・入浴が単位数に包括されているが、送迎や入浴を行わない場合についても減算はないのか。

(答) 送迎・入浴については、基本単位の中に算定されていることから、事業所においては、引き続き希望される利用者に対して適切に送迎・入浴サービスを提供する必要があると考えている。ただし、利用者の希望がなく送迎・入浴サービスを提供しなかったからといって減算することは考えていない。

(問17) 介護予防通所介護・通所リハビリテーションの定員超過・人員欠如の減算については、歴月を通じて人員欠如の場合のみを減算とするのか。

(答) 介護予防通所介護・通所リハビリテーションについては、月単位の包括報酬としていることから、従来の一単位での減算が困難であるため、前月の平均で定員超過・人員欠如があれば、次の月の全利用者について所定単位数を70%を算定する取扱いとしたところである。なお、この取扱いについては、居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションについても同様としたので留意されたい。

【アクティビティ実施加算関係】

(問18) 計画のための様式は示されるのか。また、アクティビティ実施加算を算定するための最低回数や最低時間などは示されるのか。

(答) 様式や最低回数・時間等を特に示す予定はない。従来と同様の計画(通所介護計画等)に基づくサービス提供が適切になされれば、加算の対象とすることとしている。

(問19) 加算算定のための人員配置は必要ないのか。

(答) 特に基準を超える人員を配置してサービス実施する必要はなく、従来通りの人員体制で、計画に基づくサービス提供が適切になされれば、加算の対象となる。

(問20) 運動器の機能向上加算・栄養改善加算・口腔機能向上加算の届出をしている事業所において、利用者がそれらの選択的サービスを希望しなかった場合は基本単位のみ介護報酬となるのか。それともアクティビティ実施加算を算定することができるのか。

(答) アクティビティ実施加算は、3つの選択的サービスの加算の届出をしていない事業所のみが算定することができる。したがって、3つの選択的サービスを実施することとしている事業所において、利用者がそれらの選択的サービスを希望しなかった場合であっても、アクティビティ実施加算は算定できない。

(問21) 事業所外で行われるものもアクティビティ加算の対象とできるのか。

(答) 現行の指定基準の解釈通知に沿って、適切にサービスが提供されている場合には加算の対象となる。

【選択的サービス関係 ①総論】

(問22) 選択的サービスについては、月一回利用でも加算対象となるのか。また、月4回の通所利用の中で1回のみ提供した場合には加算対象となるのか。

(答) 利用者が月何回利用しているのかにかかわらず、算定要件を満たしている場合には加算の対象となる。

(問23) 選択的サービスを算定するのに必要な職員は兼務することは可能か。

(答) 選択的サービスの算定に際して必要となる職員は、毎日配置する必要はなく、一連のサービス提供に当たり必要な時間配置していれば足りるものであって、当該時間以外については、他の職務と兼務することも可能である。

(問24) 各加算に関する計画書はそれぞれ必要か。既存の介護予防通所介護・通所リハビリテーションサービス計画書の中に入れてもよいか。また、サービス計画書の参考様式等は作成しないのか。

(答) 各加算の計画書の様式は特に問わず、介護予防通所介護・通所リハビリテーションサービス計画書と一体的に作成する場合でも、当該加算に係る部分が明確に判断で

できれば差し支えない。なお、計画書の参考様式については特に示すことは考えていないので、厚生労働省のホームページに掲載している「介護予防に関する事業の実施に向けた具体内容について」（介護予防マニュアル）や「栄養マネジメント加算及び経口移行加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について（平成17年9月7日老老発第0907002号）も参考に各事業所で工夫して、適切なサービス提供が図られるよう、必要な計画の作成を行われたい。

【選択的サービス関係 ②運動器機能向上加算】

（問25）介護予防通所介護における運動器機能向上加算の人員配置は、人員基準に定める看護職員以外に利用時間を通じて1名以上の配置が必要か。また、1名の看護職員で、運動器機能向上加算、口腔機能向上加算の両方の加算を算定してもかまわないか。

（答） 運動器機能向上加算を算定するための前提となる人員配置は、PT、OT、ST、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師のいずれかである。看護職員については、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、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にとって支障がない範囲内で、運動器機能向上サービス、口腔機能向上サービスの提供を行うことができる。ただし、都道府県等においては、看護職員1名で、基本サービスのほか、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どうかについて、業務の実態を十分に確認することが必要である。

（問26）運動器の機能向上について、個別の計画を作成していることを前提に、サービスは集団的に提供してもよいか。

（答） 個別にサービス提供することが必要であり、集団的な提供のみでは算定できない。なお、加算の算定に当たっては、個別の提供を必須とするが、加えて集団的なサービス提供を行うことを妨げるものではない。

（問27）運動器の機能向上加算は1月間に何回か。また、1日当たりの実施時間に目安はあるのか。

利用者の運動器の機能把握を行うため、利用者の自己負担により医師の診断書等の提出を求めることは認められるのか。

（答） 利用回数、時間の目安を示すことは予定していないが、適宜、介護予防マニュアルを参照して実施されたい。

また、運動器の機能については、地域包括支援センターのケアマネジメントにおいて把握されるものと考えている。

（問28）介護予防通所介護における運動器機能向上加算の「経験のある介護職員」とは何

か。

(答) 特に定める予定はないが、これまで機能訓練等において事業実施に携わった経験があり、安全かつ適切に運動器機能向上サービスが提供できると認められる介護職員を想定している。

【選択的サービス関係 ③栄養改善加算】

(問30) 管理栄養士を配置することが算定要件になっているが、常勤・非常勤の別を問わないのか。

(答) 管理栄養士の配置については、常勤に限るものではなく、非常勤でも構わないが、非常勤の場合には、利用者の状況の把握・評価、計画の作成、多職種協働によるサービスの提供等の業務が遂行できるような勤務体制が必要である。(なお、居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションにおける栄養マネジメント加算についても同様の取扱いである。)

(問31) 管理栄養士が、併設されている介護保険施設の管理栄養士を兼ねることは可能か。

(答) 介護保険施設及び介護予防通所介護・通所リハビリテーションのいずれのサービス提供にも支障がない場合には、介護保険施設の管理栄養士と介護予防通所介護・通所リハビリテーションの管理栄養士とを兼務することは可能である。(なお、居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションにおける栄養マネジメント加算についても同様の取扱いである。)

(問32) 管理栄養士は給食管理業務を委託している業者の管理栄養士でも認められるのか。労働者派遣法により派遣された管理栄養士ではどうか。

(答) 当該加算に係る栄養管理の業務は、介護予防通所介護・通所リハビリテーション事業者に雇用された管理栄養士(労働者派遣法に基づく紹介予定派遣により派遣された管理栄養士を含む。)が行うものであり、御指摘の給食管理業務を委託している業者の管理栄養士では認められない。なお、食事の提供の観点から給食管理業務を委託している業者の管理栄養士の協力を得ることは差し支えない。(居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションにおける栄養マネジメント加算についても同様の取扱いである。)

(問33) 管理栄養士ではなく、栄養士でも適切な個別メニューを作成することができれば認められるのか。

(答) 適切なサービス提供の観点から、加算の算定には、管理栄養士を配置し、当該者を中心に、多職種協働により行うことが必要である。(なお、居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションにおける栄養マネジメント加算についても同様の取扱い

である。)

(問34) 栄養改善サービスについて、今回の報酬改定では3月毎に継続の確認を行うこととなっているが、「栄養改善マニュアル」においては、6月を1クールとしている。どのように実施したらよいのか。

(答) 低栄養状態の改善に向けた取組は、食生活を改善しその効果を得るためには一定の期間が必要であることから、栄養改善マニュアルにおいては6月を1クールとして示されている。報酬の算定に当たっては、3月目にその継続の有無を確認するものであり、対象者の栄養状態の改善や食生活上の問題点が無理なく改善できる計画を策定のうえ、3月毎に低栄養状態のスクリーニングを行い、その結果を地域包括支援センターに報告し、当該地域包括支援センターにおいて、低栄養状態の改善に向けた取組が継続して必要と判断された場合には継続して支援されたい。

【選択的サービス関係 ④口腔機能向上加算】

(問35) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が介護予防通所介護（通所介護）の口腔機能向上サービスを提供するに当たっては、医師又は歯科医師の指示は不要なのか。（各資格者は、診療の補助行為を行う場合には医師又は歯科医師の指示の下に業務を行うこととされている。）

(答) 介護予防通所介護（通所介護）で提供する口腔機能向上サービスについては、ケアマネジメントにおける主治の医師又は主治の歯科医師からの意見も踏まえつつ、口腔清掃の指導や実施、摂食・嚥下機能の訓練の指導や実施を適切に実施する必要がある。

(問36) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の行う業務について、委託した場合についても加算を算定することは可能か。また、労働者派遣法に基づく派遣された職員ではどうか。

(答) 口腔機能向上サービスを適切に実施する観点から、介護予防通所介護・通所リハビリテーション事業者に雇用された言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員（労働者派遣法に基づく紹介予定派遣により派遣されたこれらの職種の人を含む。）が行うものであり、御指摘のこれらの職種の人の業務を委託することは認められない。（なお、居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションにおける口腔機能向上加算についても同様の取扱いである。）

【事業所評価加算関係】

(問37) 事業所の利用者の要支援状態の維持・改善が図られたことに対する評価であると認識するが、利用者の側に立てば、自己負担額が増加することになり、利用者に対す

る説明に苦慮することとなると考えるが見解如何。

(答) 事業所評価加算を算定できる事業所は、介護予防の観点からの目標達成度の高い事業所であることから利用者負担も高くなることについて、介護予防サービス計画作成時から利用者に十分に説明し、理解を求めることが重要であると考えている。

(問38) 要支援状態が「維持」の者についても「介護予防サービス計画に照らし、当該介護予防サービス事業者によるサービスの提供が終了したと認める者に限る」として評価対象者に加わっているが、要支援状態区分に変更がなかった者は、サービスの提供は終了しないのではないか。

(答) 介護予防サービス計画には生活機能の向上の観点からの目標が定められ、当該目標を達成するために各種サービスが提供されるものであるから、当該目標が達成されれば、それは「サービスの提供が終了した」と認められる。したがって、その者がサービスから離脱した場合であっても、新たな目標を設定して引き続きサービス提供を受ける場合であっても、評価対象者には加えられるものである。

(2) 通所介護

【定員関係】

(問39) 通所サービスと介護予防通所サービスについて、それぞれの定員を定めるのか、それとも全体の定員の枠内で、介護と予防が適時振り分けられれば良いものか。その場合、定員超過の減算はどちらを対象に、どのように見るべきか。

(答) 通所サービスと介護予防通所サービスを一体的に行う事業所の定員については、介護給付の対象となる利用者(要介護者)と予防給付の対象となる利用者(要支援者)との合算で、利用定員を定めることとしている。例えば、定員20人という場合、要介護者と要支援者とを合わせて20という意味であり、利用日によって、要介護者が10人、要支援者が10人であっても、要介護者が15人、要支援者が5人であっても、差し支えないが、合計が20人を超えた場合には、介護給付及び予防給付の両方が減算の対象となる。

(問40) 小規模、通常規模通所介護費を算定している事業所については、月平均の利用者数で定員超過した場合となっているが、今回の改正で月平均の利用者数とされた趣旨は。

(答) 介護予防通所サービスについては、月額定額報酬とされたことから減算についても月単位で行うことが必要となったため、定員超過の判断も月単位(月平均)とすることとしている。

また、多くの事業所は、介護と予防の両サービスを一体的に提供し、それぞれの定員を定めていないと想定されることから、介護給付についても予防給付にあわせて、

月単位の取扱いとしたところである。

(問41) 通所介護における定員遵守規定に、「ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合はこの限りではない」との規定が加えられた趣旨如何。

(答) 従前より、災害等やむを得ない事情がある場合には、その都度、定員遵守規定にかかわらず、定員超過しても減算の対象にしない旨の通知を発出し、弾力的な運用を認めてきたところであるが、これを入所系サービスと同様、そのような不測の事態に備え、あらかじめ、規定する趣旨である。

したがって、その運用に当たっては、真にやむを得ない事情であるか、その都度、各自自治体において、適切に判断されたい。

(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。

【規模別報酬関係】

(問43) 実績規模別報酬について、利用者等のニーズに応じて日祝日にも実施している事業所が不利となるが、これらの事業所の算定特例は検討されないのか。

(答) 利用者の日祝日にサービスを受けるニーズに適切に対応する観点から、実績規模別の報酬に関する利用者の計算に当たり、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施している事業所については、一週当たりの利用延人員数に6/7を乗じた数を合算したものにより、月当たりの平均利用者数を計算し、当該利用者数に基づき実績規模別の報酬を算定する取扱いとする。

(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。

（問46）事業所規模別の報酬に関する利用者数の計算に当たり、新規に要介護認定を申請中の者が暫定ケアプランによりサービス提供を受けている場合は含まれるのか。

（答） いわゆる暫定ケアプランによりサービス提供を受けている者は、平均利用延人員数の計算に当たって含めない取扱いとする。

（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、認知症型通所介護の利用者数も含めて計算するのか。

（答） 認知症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。

【個別機能訓練加算関係】

（問49）個別機能訓練加算について体制ありと届け出た事業所は、全ての利用者の計画を作成し、個別機能訓練を実施しなければならないのか。また、利用者全てが対象の場合は特定の曜日のみ機能訓練指導員を配置して加算をとることが出来ないということになるのか。（現行の機能訓練指導員加算は、特定の曜日のみ機能訓練指導員を配置して加算を算定することができる）。

（答） 個別機能訓練加算は、体制加算ではなく、個別の計画作成等のプロセスを評価するものであることから、利用者の同意が得られない場合には算定できないが、原則と

して、当該単位の全ての利用者について計画作成してその同意を得るよう努めることが望ましい。また、特定の曜日のみ専従の機能訓練指導員を配置して、個別機能訓練を実施することも可能であり、その場合、当該曜日の利用者のみに加算を算定することとなるが、その場合であっても、当該曜日の利用者全員の計画を作成することが基本となる。なお、利用者の選択に資するよう、特定の曜日にのみ専従の機能訓練指導員を配置している旨について利用者にあらかじめ説明しておくことも必要である。

(問50) 通所介護の看護師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師については、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ないことから、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。

【若年性認知症ケア加算関係】

(問51) 通所系サービスにおける「若年性認知症ケア加算」について、若年性とは具体的に何歳を想定しているのか。対象者は「40歳以上65歳未満」のみが基本と考えるがよろしいか。64歳で受けた要介護認定の有効期間中は65歳であっても、加算の対象となるのか。

(答) 若年性認知症とは、介護保険法施行令第2条5項に定める初老期における認知症を示すため、その対象は「40歳以上65歳未満」の者となる。若年性認知症ケア加算の対象となるプログラムを受けていた者であっても、65歳になると加算の対象とはならない。ただし、その場合であっても、その者が引き続き若年性認知症ケアのプログラムを希望するのであれば、その提供を妨げるものではないことに留意されたい。

【栄養マネジメント加算関係】

(問52) 栄養マネジメント加算の対象とする「低栄養状態又はそのおそれのある者」の確認は医師の診断等により行う必要があるのか。

(答) 通所介護・通所リハビリテーションの栄養改善サービスの対象者については、サ

サービス担当者会議等における医師の指導の下に、栄養ケア計画策定時に、介護支援専門員、管理栄養士等が低栄養状態のリスクの状況や食生活の状況を確認することによって判断するものである。

【基本単位関係】

(問57) 現行で、加算をとらず、訪問介護員等による送迎で通所系サービスを利用する場合があるが、送迎の基本報酬への包括化されることにより取扱いがどのように変わるか。

(答) 送迎に要する費用が包括化されたことから、すでに、送迎については、通所介護費において評価していることとなり、訪問介護員等による送迎を、別途、訪問介護費として算定することはできない。

【療養通所介護関係】

(問58) 療養通所介護の対象者は「難病等を有する重度要介護者」とあるが、「難病等」の「等」にはどのような疾患が含まれるのか。

(答) 療養通所介護は、重度要介護者の中で、医療ニーズも相当程度抱えており、一般の通所介護ではサービス提供を行うことがなかなか難しいと考えられる者を対象とすることを考えており、このような介護ニーズ、医療ニーズともに相当程度抱えている利用者を対象としていることから、医療との連携も含め、サービスの質の確保は特に重要であると考えている。

このため、療養通所介護の指定基準においては、利用者の病状の急変等に迅速に対応するため、緊急時対応医療機関の設置を求めるとことや、地域の医療関係団体や保健、医療又は福祉の専門家等から構成される「安全・サービス提供管理委員会」の設置を求め、当該事業所より適切にサービス提供が行われているかどうか、またサービスの内容が適切であるかどうか定期的に検討し、サービスの質の確保に常に努めることとしているところである。

療養通所介護の提供に当たっては、こうした指定基準の趣旨の徹底が図られ、地域の医師をはじめとする医療関係者と、他のサービス事業者との一般的な連携（協力医療機関等）以上の緊密な連携が確保されていることも含め、サービスの提供に当たっての安全性や適切な運営が十分に担保されることが重要であると考えており、このため、対象者については、指定基準の趣旨の徹底が図られるまでの間は、重度要介護者であって、難病又はがん末期の状態にある者に限定する取扱いとする。

ただし、従前から療養通所介護と同様のサービスを提供しており、地域における医師をはじめとする医療関係者と、他のサービス事業者との一般的な連携以上の緊密な関係が既に認められる事業所（具体的には、現に試行的事業において療養通所介護と同様の事業を実施している事業所であって、療養通所介護の提供に当たって

の都道府県知事の指定を受けた事業所)においては、既にサービスを受けている利用者の方々が継続して当該サービスを利用することができるようにする観点からも、平成18年度から例外的に難病やがん末期に併せ、サービス担当者会議等において、主治医が療養通所介護の利用が不可欠であると判断する者についても対象とする取扱いとする。

《Q&AVol.3 から》

2. 個別機能訓練加算

(問 15) 個別機能訓練加算に係る算定方法、内容等について示されたい。

(答) 当該個別機能訓練加算は、従来機能訓練指導員を配置することを評価していた体制加算を、機能訓練指導員の配置と共に、個別に計画を立て、機能訓練を行うことを評価することとしたものであり、通所介護サービスにおいては実施日、(介護予防)特定施設入居者生活介護サービス及び介護老人福祉施設サービスにおいては入所期間のうち機能訓練実施期間中において当該加算を算定することが可能である。

なお、具体的なサービスの流れとしては、「多職種が協同して、利用者毎にアセスメントを行い、目標設定、計画の作成をした上で、機能訓練指導員が必要に応じた個別機能訓練の提供を行い、その結果を評価すること」が想定される。また、行われる機能訓練の内容は、各利用者の心身状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を予防するのに必要な訓練を計画されたい。

4. 介護予防サービス

①定額報酬

(問 17) 介護予防通所介護、介護予防訪問介護等の定額制のサービスを利用している者から、介護予防ケアマネジメント、介護予防通所介護計画等に基づくサービスとは別に、あくまで利用者の個人的な選好によるサービスの提供が当該事業者に対して求められた場合、当該サービスについては、定額報酬の対象外ということによいか。

(答) 介護保険の給付の対象となるのは、適切な介護予防ケアマネジメント、介護予防通所介護計画等に基づくサービスであり、これとは別にあくまで本人の選好により当該事業者に対して求められたサービスについては、介護保険による定額払いの対象とはならないものである。

②日割りの算定方法

(問 18) 介護予防通所介護を受ける者が同一市町村内において引越しする場合や、介護予防サービスを受ける者が新たに要介護認定を受け居宅介護サービスを受ける場合等により、複数の事業者からサービスを受ける場合、定額制の各介護報酬を日割りに

で算定することとなるが、日割りの算定方法如何。

(答) 日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間(※)に応じた日数による日割りとする。(用意された日額のサービスコードの単位数に、サービス算定対象日数を乗じて単位数を算定する。)

(※) 契約日から契約解除日までの期間

詳しくは、「介護制度改革インフォメーション Vol.76 の月額包括報酬の日割り請求にかかる適用<対象事由と起算日>」を参照されたい。

③選択的メニュー

(問 19) 介護予防通所介護において、利用者本人の希望により、3つの選択的メニューの加算又はアクティビティ加算を希望しない場合には、基本部分だけの利用が可能であるか。

(答) 可能である。

《Q&AVol.4 から》

通所介護

(問 1) それぞれ別の通所介護・通所リハビリテーション事業所に通所している場合、それぞれの事業所で同時に栄養マネジメント加算又は口腔機能向上加算を算定することはできるか。

(答) 御指摘の件については、ケアマネジメントの過程で適切に判断されるものと認識しているが、①算定要件として、それぞれの加算に係る実施内容等を勘案の上、1事業所における請求回数に限度を設けていること、②2事業所において算定した場合の利用負担等も勘案すべきことから、それぞれの事業所で栄養マネジメント加算又は口腔機能向上加算を算定することは基本的には想定されない。

(問 2) 通所サービスにおいて栄養マネジメントかさんを算定している者に対して管理栄養士による居宅療養管理指導を行うことは可能か。

(答) 両者が同時に提供されることは基本的には想定されない。

《Q&AVol.5から》

(問 1) 平成18年4月改定関係Q&A (vol.1) 問17において示された通所介護における看護職員についての具体的な人員欠如の計算方法如何。

(答) 通所介護における看護職員については、月平均で1名以上のを配置するものとしているところであるが、この場合の減算の考え方は、「指定居宅サービス費の額の算

定基準（短期入所サービス等に係る部分）等の制定に伴う実施上の留意事項」（平 11 年老企第 40 号）に定められた介護保険施設等における人員欠如減算と同様、人員基準上必要とされる員数から 1 割を超えて減少した場合には、翌月分を減算することとする。なお、この措置は 4 月 1 日に遡って適用することとする。

（算定式）（単位ごと）

サービス提供日に配置された延べ人数

≥ 0.9

サービス提供日

《Q&A Vol.6 から》

【通所介護】

（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の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。

《Q&AVol.7 から》

（問 1）いつの時期までに提供されたサービスが、翌年度の事業所評価加算の評価対象となるのか。

（答） 1 事業所評価加算の評価対象となる利用者は、

- ① 評価の対象となる事業所にて、選択的サービスに係る加算を連続して 3 月以上算定しており
- ② 選択的サービスに係る加算より後の月に要支援認定の更新又は変更認定を受けている者

であることから、選択的サービスの提供を受けた者の全てが評価対象受給者となるものではない。

- 2 評価の対象となる期間は、各年1月1日から12月31日までであるが、各年12月31日までに、国保連合会において評価対象受給者を確定する必要があることから、
- ① 9月までに選択的サービスの提供を受け、10月末日までに更新・変更認定が行われた者までが、翌年度の事業所評価加算の評価対象受給者であり、
 - ② 11月以降に更新・変更認定が行われた者は翌々年度の事業所評価加算の評価対象受給者となる。
- 3 なお、選択的サービスに係る加算や受給者台帳情報は、国保連合会が一定期間のうちに把握できたものに限られるため、例えば、評価対象期間を過ぎて請求されてきた場合等は評価対象とならない。

(問2) 事業所評価加算の評価対象受給者については、選択的サービスを3月以上利用することが要件とされているが、連続する3月が必要か。また、3月の間に選択的サービスの種類に変更があった場合はどうか。

(答) 選択的サービスの標準的なサービス提供期間は概ね3月であることから、評価対象受給者については選択的サービスを3月以上連続して受給する者を対象とすることとしている。

また、選択的サービスの標準的なサービス提供期間は概ね3月であることから、通常3月は同一の選択的サービスが提供されるものと考えているが、連続する3月の中で選択的サービスが同一でない場合についても、国保連合会においては、評価対象受給者として計算することとしている。

(問3) 評価対象事業所の要件として「評価対象期間における当該指定介護予防通所介護事業所の利用実人員数が10名以上であること。」とされているが、10名以上の者が連続する3月以上の選択的サービスを利用する必要があるのか。

(答) 単に利用実人員数が10名以上であればよく、必ずしもこれらの者全員が連続する3月以上の選択的サービスを利用している必要はない。

(問4) 4月にA事業所、5月にB事業所、6月にC事業所から選択的サービスの提供があった場合は評価対象となるのか。

(答) 事業所評価加算は事業所の提供する効果的なサービスを評価する観点から行うものであることから、同一事業所が提供する選択的サービスについて評価するものであり、御質問のケースについては、評価対象とならない。

(問5) 地域包括支援センター(介護予防支援事業所)においては、「サービス提供終了確認情報登録対象者一覧表」の対象者(要支援状態区分に変更がなかった者)について、「その目標に照らし、特段の支障がないと認められるものであれば、「サービス

の提供が終了した」ものと確認する取扱いをして差し支えない」こととされているが、その趣旨如何。

(答) 地域包括支援センター（介護予防支援事業所）の事務負担の軽減という観点や、更新・変更認定の改善者については、地域包括支援センター（介護予防支援事業所）における確認を行わないこととの均衡等を考慮し、サービスが終了したものと認められない者については、限定的とすることとした。

なお、「特段の支障」がある場合とは、例えば、加算の申請があった事業者が地域包括支援センター（介護予防支援事業所）への報告を行っておらず、当該事業者のサービスの実施状況が確認できない場合などが考えられる。

(問6) 都道府県が、事業所評価加算の算定の可否を事業所に通知する際、どのような方法で通知すればよいか。

(答) ホームページへの掲載や事業所への文書の郵送等による方法等が考えられるが、どのような方法で行うかは都道府県の判断による。

なお、利用者が事業所を選択するに当たっては、地域包括支援センターが当該事業所が事業所評価加算の算定事業所である旨を説明することとなるが、その事業所の選択やケアプラン作成等に支障が生じることのないよう、事業所評価加算の対象事業所情報については、地域包括支援センター（介護予防支援事業所）、住民等にも十分に周知いただきたい。

05 通所リハビリテーション

《Q&AVol.1 から》

通所リハビリテーション

(1) 介護予防通所リハビリテーション

【サービスの提供方法等関係】

(問9) 介護予防通所系サービスの提供に当たり、利用者を午前と午後に分けてサービス提供を行うことは可能か。

(答) 御指摘のとおりである。介護予防通所系サービスに係る介護報酬は包括化されていることから、事業者が、個々の利用者の希望、心身の状態等を踏まえ、利用者に対してわかりやすく説明し、その同意が得られれば、提供回数、提供時間について自由に設定を行うことが可能である。

(問10) 午前と午後に分けてサービス提供を行った場合に、例えば午前中にサービス提供を受けた利用者について、午後は引き続き同一の事業所にいても構わないか。その場合には、当該利用者を定員に含める必要があるのか。また、当該利用者が事業所に引き続きいられることについて負担を求めることは可能か。

(答) 同一の事業所にいても構わないが、単ににいるだけの利用者については、介護保険サービスを受けているわけではないので、サービス提供に支障のないよう配慮しなければならない。具体的には、サービスを実施する機能訓練室以外の場所（休憩室、ロビー等）に居ていただくことが考えられるが、機能訓練室内であっても面積に余裕のある場合（単ににいるだけの方を含めても1人当たり3㎡以上が確保されている場合）であれば、サービス提供に支障のないような形で居ていただくことも考えられる。

いずれにしても、介護保険サービス外とはいえ、単ににいるだけであることから、別途負担を求めることは不適切であると考えている。

(問11) 介護予防通所系サービスを受けるに当たって、利用回数、利用時間の限度や標準利用回数は定められるのか。

(答) 地域包括支援センターが利用者の心身の状況、その置かれている環境、希望等を勘案して行う介護予防ケアマネジメントを踏まえ、事業者と利用者の契約により、適切な利用回数、利用時間の設定が行われるものと考えており、国において一律に上限や標準利用回数を定めることは考えていない。

なお、現行の利用実態や介護予防に関する研究班マニュアル等を踏まえると、要支援1については週1回程度、要支援2については週2回程度の利用が想定されることも、一つの参考となるのではないかと考える。

(問12) 介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションを、それぞれ週1回ずつ利用する等同時に利用することは可能か。

(答) 地域包括支援センターが、利用者のニーズを踏まえ、適切にマネジメントを行って、計画に位置づけることから、基本的には、介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションのいずれか一方が選択されることとなり、両者が同時に提供されることは想定していない。

(問13) ある指定介護予防通所介護事業所において指定介護予防通所介護を受けている間は、それ以外の指定介護予防通所介護事業所が指定介護予防通所介護を行った場合に、介護予防通所介護費を算定しないとあるが、その趣旨如何。

(答) 介護予防通所介護においては、介護予防ケアマネジメントで設定された利用者の目標の達成を図る観点から、一の事業所において、一月を通じ、利用回数、提供時間、

内容など、個々の利用者の状態や希望に応じた介護予防サービスを提供することを想定しており、介護報酬についてもこうした観点から包括化したところである。

(問14) 予防給付の通所系サービスと介護給付の通所系サービスの提供に当たっては、物理的（空間的・時間的）にグループを分けて行う必要があるのか。

(答) 通所系サービスは、ケアマネジメントにおいて、利用者一人一人の心身の状況やニーズ等を勘案して作成されるケアプランに基づき、いずれにしても個別的なサービス提供が念頭に置かれているものであり、したがって、予防給付の通所系サービスと介護給付の通所系サービスの指定を併せて受ける場合についても個別のニーズ等を考慮する必要がある。

具体的には、指定基準上、サービスが一体的に提供されている場合には、指定基準上のサービス提供単位を分ける必要はないこととしているところであるが、両者のサービス内容を明確化する観点から、サービス提供に当たっては、非効率とならない範囲で一定の区分を設ける必要があると考えており、具体的には、以下のとおりの取扱いとする。

- ① 日常生活上の支援（世話）等の共通サービス（入浴サービスを含む。）については、サービス提供に当たり、物理的に分ける必要はないこととする。
- ② 選択的サービス（介護給付の通所系サービスについては、各加算に係るサービス）については、要支援者と要介護者でサービス内容がそもそも異なり、サービスの提供は、時間やグループを区分して行うことが効果的・効率的と考えられることから、原則として、物理的に区分してサービスを提供することとする。ただし、例えば、口腔機能向上のための口・舌の体操など、内容的に同様のサービスであって、かつ、当該体操の指導を要支援者・要介護者に同時かつ一体的に行うこととしても、特段の支障がないものについては、必ずしも物理的に区分する必要はないものとする。
- ③ なお、介護予防通所介護におけるアクティビティについては、要支援者に対する場合と要介護者に対する場合とで必ずしも内容を明確に区分することが困難であることから、必ず物理的に区分して提供しなければならないこととする。

(問15) これまで急なキャンセルの場合又は連絡がない不在の場合はキャンセル料を徴収することができたが、月単位の介護報酬となった後もキャンセル料を徴収することは可能か。また、キャンセルがあった場合においても、報酬は定額どおりの算定が行われるのか。

(答) キャンセルがあった場合においても、介護報酬上は定額どおりの算定がなされることを踏まえると、キャンセル料を設定することは想定しがたい。

【基本単位関係】

(問16) 送迎・入浴が単位数に包括されているが、送迎や入浴を行わない場合についても減算はないのか。

(答) 送迎・入浴については、基本単位の中に算定されていることから、事業所においては、引き続き希望される利用者に対して適切に送迎・入浴サービスを提供する必要があると考えている。ただし、利用者の希望がなく送迎・入浴サービスを提供しなかったからといって減算することは考えていない。

(問17) 介護予防通所介護・通所リハビリテーションの定員超過・人員欠如の減算については、歴月を通じて人員欠如の場合のみを減算とするのか。

(答) 介護予防通所介護・通所リハビリテーションについては、月単位の包括報酬としていることから、従来の一単位での減算が困難であるため、前月の平均で定員超過・人員欠如があれば、次の月の全利用者について所定単位数を70%を算定する取扱いとしたところである。なお、この取扱いについては、居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションについても同様としたので留意されたい。

【選択的サービス関係 ①総論】

(問22) 選択的サービスについては、月一回利用でも加算対象となるのか。また、月4回の通所利用の中で1回のみ提供した場合には加算対象となるのか。

(答) 利用者が月何回利用しているのかにかかわらず、算定要件を満たしている場合には加算の対象となる。

(問23) 選択的サービスを算定するのに必要な職員は兼務することは可能か。

(答) 選択的サービスの算定に際して必要となる職員は、毎日配置する必要はなく、一連のサービス提供に当たり必要な時間配置していれば足りるものであって、当該時間以外については、他の職務と兼務することも可能である。

(問24) 各加算に関する計画書はそれぞれ必要か。既存の介護予防通所介護・通所リハビリテーションサービス計画書の中に入れてもよいか。また、サービス計画書の参考様式等は作成しないのか。

(答) 各加算の計画書の様式は特に問わず、介護予防通所介護・通所リハビリテーションサービス計画書と一体的に作成する場合でも、当該加算に係る部分が明確に判断できれば差し支えない。なお、計画書の参考様式については特に示すことは考えていないので、厚生労働省のホームページに掲載している「介護予防に関する事業の実施に向けた具体内容について」（介護予防マニュアル）や「栄養マネジメント加算及び経口移行加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について（平成17年9月7日

老老発第0907002号)も参考に各事業所で工夫して、適切なサービス提供が図られるよう、必要な計画の作成を行われたい。

【選択的サービス関係 ②運動器機能向上加算】

(問26) 運動器の機能向上について、個別の計画を作成していることを前提に、サービスは集団的に提供してもよいか。

(答) 個別にサービス提供することが必要であり、集団的な提供のみでは算定できない。なお、加算の算定に当たっては、個別の提供を必須とするが、加えて集団的なサービス提供を行うことを妨げるものではない。

(問27) 運動器の機能向上加算は1月間に何回か。また、1日当たりの実施時間に目安はあるのか。

利用者の運動器の機能把握を行うため、利用者の自己負担により医師の診断書等の提出を求めることは認められるのか。

(答) 利用回数、時間の目安を示すことは予定していないが、適宜、介護予防マニュアルを参照して実施されたい。

また、運動器の機能については、地域包括支援センターのケアマネジメントにおいて把握されるものと考えている。

(問29) 介護予防通所リハビリテーションにおける運動器機能向上加算を算定するための人員の配置は、PT、OT、STではなく、看護職員ではいけないのか。

(答) 介護予防通所リハビリテーションにおいては、リハビリテーションとしての運動器機能向上サービスを提供することとしており、より効果的なリハビリテーションを提供する観点から、リハビリの専門職種であるPT、OT又はSTの配置を算定要件上求めているところであり、看護職員のみでの配置では算定することはできない。なお、サービス提供に当たっては、医師又は医師の指示を受けたこれらの3職種若しくは看護職員が実施することは可能である。

【選択的サービス関係 ③栄養改善加算】

(問30) 管理栄養士を配置することが算定要件になっているが、常勤・非常勤の別を問わないのか。

(答) 管理栄養士の配置については、常勤に限るものではなく、非常勤でも構わないが、非常勤の場合には、利用者の状況の把握・評価、計画の作成、多職種協働によるサービスの提供等の業務が遂行できるような勤務体制が必要である。(なお、居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションにおける栄養マネジメント加算についても同様の取扱いである。)

(問31) 管理栄養士が、併設されている介護保険施設の管理栄養士を兼ねることは可能か。

(答) 介護保険施設及び介護予防通所介護・通所リハビリテーションのいずれのサービス提供にも支障がない場合には、介護保険施設の管理栄養士と介護予防通所介護・通所リハビリテーションの管理栄養士とを兼務することは可能である。(なお、居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションにおける栄養マネジメント加算についても同様の取扱いである。)

(問32) 管理栄養士は給食管理業務を委託している業者の管理栄養士でも認められるのか。労働者派遣法により派遣された管理栄養士ではどうか。

(答) 当該加算に係る栄養管理の業務は、介護予防通所介護・通所リハビリテーション事業者に雇用された管理栄養士(労働者派遣法に基づく紹介予定派遣により派遣された管理栄養士を含む。)が行うものであり、御指摘の給食管理業務を委託している業者の管理栄養士では認められない。なお、食事の提供の観点から給食管理業務を委託している業者の管理栄養士の協力を得ることは差し支えない。(居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションにおける栄養マネジメント加算についても同様の取扱いである。)

(問33) 管理栄養士ではなく、栄養士でも適切な個別メニューを作成することができれば認められるのか。

(答) 適切なサービス提供の観点から、加算の算定には、管理栄養士を配置し、当該者を中心に、多職種協働により行うことが必要である。(なお、居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションにおける栄養マネジメント加算についても同様の取扱いである。)

(問34) 栄養改善サービスについて、今回の報酬改定では3月毎に継続の確認を行うこととなっているが、「栄養改善マニュアル」においては、6月を1クールとしている。どのように実施したらよいのか。

(答) 低栄養状態の改善に向けた取組は、食生活を改善しその効果を得るためには一定の期間が必要であることから、栄養改善マニュアルにおいては6月を1クールとして示されている。報酬の算定に当たっては、3月目にその継続の有無を確認するものであり、対象者の栄養状態の改善や食生活上の問題点が無理なく改善できる計画を策定のうえ、3月毎に低栄養状態のスクリーニングを行い、その結果を地域包括支援センターに報告し、当該地域包括支援センターにおいて、低栄養状態の改善に向けた取組が継続して必要と判断された場合には継続して支援されたい。

【選択的サービス関係 ④口腔機能向上加算】

(問36) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の行う業務について、委託した場合についても加算を算定することは可能か。また、労働者派遣法に基づく派遣された職員ではどうか。

(答) 口腔機能向上サービスを適切に実施する観点から、介護予防通所介護・通所リハビリテーション事業者に雇用された言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員(労働者派遣法に基づく紹介予定派遣により派遣されたこれらの職種 of 者を含む。)が行うものであり、御指摘のこれらの職種 of 者の業務を委託することは認められない。(なお、居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションにおける口腔機能向上加算についても同様の取扱いである。)

【事業所評価加算関係】

(問37) 事業所の利用者の要支援状態の維持・改善が図られたことに対する評価であると認識するが、利用者の側に立てば、自己負担額が増加することになり、利用者に対する説明に苦慮することとなると考えるが見解如何。

(答) 事業所評価加算を算定できる事業所は、介護予防の観点からの目標達成度の高い事業所であることから利用者負担も高くなることについて、介護予防サービス計画作成時から利用者に十分に説明し、理解を求めることが重要であると考えている。

(問38) 要支援状態が「維持」の者についても「介護予防サービス計画に照らし、当該介護予防サービス事業者によるサービスの提供が終了したと認める者に限る」として評価対象者に加わっているが、要支援状態区分に変更がなかった者は、サービスの提供は終了しないのではないか。

(答) 介護予防サービス計画には生活機能の向上の観点からの目標が定められ、当該目標を達成するために各種サービスが提供されるものであるから、当該目標が達成されれば、それは「サービスの提供が終了した」と認められる。したがって、その者がサービスから離脱した場合であっても、新たな目標を設定して引き続きサービス提供を受ける場合であっても、評価対象者には加えられるものである。

(2)通所リハビリテーション

【定員関係】

(問39) 通所サービスと介護予防通所サービスについて、それぞれの定員を定めるのか、それとも全体の定員の枠内で、介護と予防が適時振り分けられれば良いものか。その場合、定員超過の減算はどちらを対象に、どのように見るべきか。

(答) 通所サービスと介護予防通所サービスを一体的に行う事業所の定員については、介護給付の対象となる利用者(要介護者)と予防給付の対象となる利用者(要支援者)

との合算で、利用定員を定めることとしている。例えば、定員20人という場合、要介護者と要支援者とを合わせて20という意味であり、利用日によって、要介護者が10人、要支援者が10人であっても、要介護者が15人、要支援者が5人であっても、差し支えないが、合計が20人を超えた場合には、介護給付及び予防給付の両方が減算の対象となる。

(問40) 小規模、通常規模通所介護費を算定している事業所については、月平均の利用者数で定員超過した場合となっているが、今回の改正で月平均の利用者数とされた趣旨は。

(答) 介護予防通所サービスについては、月額の設定報酬とされたことから減算についても月単位で行うことが必要となったため、定員超過の判断も月単位（月平均）とすることとしている。

また、多くの事業所は、介護と予防の両サービスを一体的に提供し、それぞれの定員を定めていないと想定されることから、介護給付についても予防給付にあわせて、月単位の取扱いとしたところである。

(問41) 通所介護における定員遵守規定に、「ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合はこの限りではない」との規定が加えられた趣旨如何。

(答) 従前より、災害等やむを得ない事情がある場合には、その都度、定員遵守規定にかかわらず、定員超過しても減算の対象にしない旨の通知を発出し、弾力的な運用を認めてきたところであるが、これを入所系サービスと同様、そのような不測の事態に備え、あらかじめ、規定する趣旨である。

したがって、その運用に当たっては、真にやむを得ない事情であるか、その都度、各自自治体において、適切に判断されたい。

(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。

【規模別報酬関係】

(問43) 実績規模別報酬について、利用者等のニーズに応じて日祝日にも実施している事業所が不利となるが、これらの事業所の算定特例は検討されないのか。

(答) 利用者の日祝日にサービスを受けるニーズに適切に対応する観点から、実績規模別の報酬に関する利用者の計算に当たり、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施している事業所については、一週当たりの利用延人員数に6/7を乗じた数を合算したものにより、月当たりの平均利用者数を計算し、当該利用者数に基づき実績規模別の報酬を算定する取扱いとする。

(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。

(問46) 事業所規模別の報酬に関する利用者数の計算に当たり、新規に要介護認定を申請中の者が暫定ケアプランによりサービス提供を受けている場合は含まれるのか。

(答) いわゆる暫定ケアプランによりサービス提供を受けている者は、平均利用延人員数の計算に当たって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。

【若年性認知症ケア加算関係】

(問51) 通所系サービスにおける「若年性認知症ケア加算」について、若年性とは具体的に何歳を想定しているのか。対象者は「40歳以上65歳未満」のみが基本と考えるがよろしいか。64歳で受けた要介護認定の有効期間中は65歳であっても、加算の対象となるのか。

(答) 若年性認知症とは、介護保険法施行令第2条5項に定める初老期における認知症を示すため、その対象は「40歳以上65歳未満」の者となる。若年性認知症ケア加算の対象となるプログラムを受けていた者であっても、65歳になると加算の対象とはならない。ただし、その場合であっても、その者が引き続き若年性認知症ケアのプログラムを希望するのであれば、その提供を妨げるものではないことに留意されたい。

【栄養マネジメント加算関係】

(問52) 栄養マネジメント加算の対象とする「低栄養状態又はそのおそれのある者」の確認は医師の診断等により行う必要があるのか。

(答) 通所介護・通所リハビリテーションの栄養改善サービスの対象者については、サービス担当者会議等における医師の指導の下に、栄養ケア計画策定時に、介護支援専門員、管理栄養士等が低栄養状態のリスクの状況や食生活の状況を確認することによって判断するものである。

【リハビリテーションマネジメント加算関係】

(問53) リハビリテーション実施計画書の様式は示されるのか。

(答) 「リハビリテーション実施計画書」については、新しい様式等について別途通知する予定である。

(問54) リハビリテーションマネジメント加算を算定するに当たっては、理学療法士等の配置は1単位に対して常勤換算方法で0.2以上の人員基準を満たしていれば問題ないか。

(答) リハビリテーションマネジメントについては、体制よりもプロセスを重視する観点から加算を創設したものであり、体制は現行のままでも要件にあるプロセスを適切に踏んでいれば、算定可能である。

(問55) リハビリテーションマネジメント加算について、原則として利用者全員に対して実施することが必要とされているが、実施しない人がいても良いのか。

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

(問56) 利用者ごとのリハビリテーション計画を作成したが、集団で実施するリハビリテーションで十分なため、1対1で実施するリハビリテーションを実施しなかった場合、リハビリテーションマネジメント加算は算定することが可能か。

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

【基本単位関係】

(問57) 現行で、加算をとらず、訪問介護員等による送迎で通所系サービスを利用する場合があるが、送迎の基本報酬への包括化されることにより取扱いがどのように変わるか。

(答) 送迎に要する費用が包括化されたことから、すでに、送迎については、通所介護費において評価していることとなり、訪問介護員等による送迎を、別途、訪問介護費として算定することはできない。

《Q&AVol.3から》

1. リハビリテーション関係

【全サービス関係】

①総則

(問1) 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、整理して示されたい。

(答) 別紙1のとおり整理したところである。

②リハビリテーションマネジメント加算

(問2) 改正後の老企第36号通知において、リハビリテーションマネジメント加算については、「その同意を得られた日から算定を開始する」と定められているが、平成18年4月分の取扱い如何。

(答) 平成18年4月分についてのみ、リハビリテーションマネジメントを実施しており、かつ、同月中に利用者の同意を得られた場合にあっては、平成18年4月1日以降で実施を開始した日に遡り算定できることとする。

(問3) 「リハビリテーション実施計画書原案」は「リハビリテーション実施計画書」と同一の様式で作成してよいのか。

(答) 「リハビリテーション実施計画書原案」と「リハビリテーション実施計画書」は同一の様式を使用することができる。当該計画書については、「リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(老老発第 0327001 号)にてお示しした様式を参照されたい。

なお、介護給付費明細書の摘要欄には起算日の記載が必要となる。

(問 4) 今般の改定前に用いていた「リハビリテーション実施計画書」の様式を使用してよいのか。

(答) 従来の個別リハビリテーションと、今回のリハビリテーションマネジメントの計画内容に変更がなければ、平成 18 年 4 月分については、従来のリハビリテーション実施計画書の様式の使用も可能である。

(問 5) 老健施設及び療養型施設における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、①本人の自己都合、②体調不良等のやむを得ない理由により、実施回数、時間等の算定要件に適合しなかった場合はどのように取り扱うか。

(答) 老健施設及び療養型施設における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、正当な理由なく、算定要件に適合しない場合には、算定は認められない。

したがって、算定要件に適合しない場合であっても、①やむを得ない理由によるもの(利用者の体調悪化等)、②総合的なアセスメントの結果、必ずしも当該目安を超えていない場合であっても、それが適切なマネジメントに基づくもので、利用者の同意を得ているもの(一時的な意欲減退に伴う回数調整等)であればリハビリテーションマネジメント実施期間中の算定は認められる。

なお、その場合はリハビリテーション実施計画書の備考欄等に、当該理由等を記載する必要がある。

(問 6) リハビリテーションマネジメント加算は、多職種協働にて行うリハビリテーションのプロセスを評価する加算とされているが、PT、OT等のリハビリテーション関係職種以外の者(介護職員)が直接リハビリテーションを行ってもよいのか。

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

(問 7) リハビリテーションマネジメント加算については利用者又は入所(院)者全員に算定する必要があるか。

(答) 当該加算は、原則全員に加算すべきものであるが、事業所又は施設の職員体制が整わない等の理由により、利用者又は入所(院)者全員に対して個別リハビリの実施回数、時間等の算定要件を満たすサービスを提供できない場合にあっては、加算の算定要件を満たすサービスを提供した利用者又は入所(院)者のみについて加算を算定することもできる。

ただし、その場合にあっては、利用者又は入所(院)者全員に対してリハビリテーションマネジメントを実施できる体制を整えるよう、体制の強化に努める必要がある。

③短期集中リハビリテーション実施加算関係

(問8) 各リハビリテーション関係サービスの短期集中リハビリテーション実施加算の起算日となる「退院(所)日又は認定日」、「入所の日」が施行日(平成18年4月1日)前であった場合の算定の取扱い如何。

(答) 施行日(平成18年4月1日)前の「退院(所)日又は認定日」又は「入所の日」から起算して、利用者の該当する期間に応じて、18年4月1日以降、短期集中リハビリテーション実施加算の算定を行うこととする。

(例) 通所リハビリテーションの場合

平成18年3月15日に退院した利用者に対して、4月5日から短期集中リハビリテーションを実施した場合

4月5日～4月14日のうちの実施日

…短期集中リハビリテーション実施加算(1月以内) 180単位算定

4月15日～6月14日のうちの実施日

…短期集中リハビリテーション実施加算(1月超3月以内) 130単位算定

6月15日以降の実施日

…短期集中リハビリテーション実施加算(3月超) 80単位算定

(問9) 短期集中リハビリテーション実施加算の算定に当たって、①本人の自己都合、②体調不良等のやむを得ない理由により、定められた実施回数、時間等の算定要件に適合しなかった場合はどのように取り扱うか。(問5と同旨)

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

したがって、算定要件に適合しない場合であっても、①やむを得ない理由によるもの(利用者の体調悪化等)、②総合的なアセスメントの結果、必ずしも当該目安を超えていない場合であっても、それが適切なマネジメントに基づくもので、利用者の同意を得ているもの(一時的な意欲減退に伴う回数調整等)であれば算定要件に適合するかたちでリハビリテーションを行った実施日の算定は認められる。

なお、その場合はリハビリテーション実施計画書の備考欄等に、当該理由等を記載する必要がある。

【通所リハビリテーション事業所関係】

短期集中リハビリテーション実施加算関係

(問 10) 短期集中リハビリテーション実施加算の算定に当たっては、退院（所）日又は認定日から直近のリハビリテーションを評価する報酬区分を算定した上で、継続的に各報酬区分を算定しなければ、算定は認められないか。例えば、次のような報酬算定は認められないか。

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

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

(問 11) 短期集中リハビリテーション実施加算の算定要件として、「3月以内について、概ね1週間に2日以上実施するとともに、個別のリハビリテーションを1日40分以上行うこと」とあるが、連続して40分以上の個別リハビリテーションを実施する必要があるのか。また具体的な実施方法如何。

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

4. 介護予防サービス

①定額報酬

(問 17) 介護予防通所介護、介護予防訪問介護等の定額制のサービスを利用している者から、介護予防ケアマネジメント、介護予防通所介護計画等に基づくサービスとは別に、あくまで利用者の個人的な選好によるサービスの提供が当該事業者に対して求められた場合、当該サービスについては、定額報酬の対象外ということによいか。

(答) 介護保険の給付の対象となるのは、適切な介護予防ケアマネジメント、介護予防通所介護計画等に基づくサービスであり、これとは別にあくまで本人の選好により当該事業者に対して求められたサービスについては、介護保険による定額払いの対象とはならないものである。

②日割りの算定方法

(問 18) 介護予防通所介護を受ける者が同一市町村内において引越しする場合や、介護予防サービスを受ける者が新たに要介護認定を受け居宅介護サービスを受ける場合等により、複数の事業者からサービスを受ける場合、定額制の各介護報酬を日割りにて算定することとなるが、日割りの算定方法如何。

(答) 日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間(※)に応じた日数による日割りとする。(用意された日額のサービスコードの単位数に、サービス算定対象日数を乗じて単位数を算定する。)

(※) 契約日から契約解除日までの期間

詳しくは、「介護制度改革インフォメーション Vol.76 の月額包括報酬の日割り請求にかかる適用<対象事由と起算日>」を参照されたい。

③選択的メニュー

(問 19) 介護予防通所介護において、利用者本人の希望により、3つの選択的メニューの加算又はアクティビティ加算を希望しない場合には、基本部分だけの利用が可能であるか。

(答) 可能である。

《Q&AVol.4から》

通所リハビリテーション

(問 1) それぞれ別の通所介護・通所リハビリテーション事業所に通所している場合、それぞれの事業所で同時に栄養マネジメント加算又は口腔機能向上加算を算定することはできるか。

(答) 御指摘の件については、ケアマネジメントの過程で適切に判断されるものと認識しているが、①算定要件として、それぞれの加算に係る実施内容等を勘案の上、1事業所における請求回数に限度を設けていること、②2事業所において算定した場合の利用負担等も勘案すべきことから、それぞれの事業所で栄養マネジメント加算又は口腔機能向上加算を算定することは基本的には想定されない。

(問 2) 通所サービスにおいて栄養マネジメントかさんを算定している者に対して管理栄養士による居宅療養管理指導を行うことは可能か。

(答) 両者が同時に提供されることは基本的には想定されない。

(問 3) 通所リハビリテーションの短期集中リハビリテーション実施加算の「退院(所)日」について、短期入所生活介護(療養介護)からの退院(所)も含むのか。

(答) 短期入所からの退院(所)は含まない。

《Q&AVol.7 から》

(問1) いつの時期までに提供されたサービスが、翌年度の事業所評価加算の評価対象となるのか。

(答) 1 事業所評価加算の評価対象となる利用者は、

① 評価の対象となる事業所にて、選択的サービスに係る加算を連続して3月以上算定しており

② 選択的サービスに係る加算より後の月に要支援認定の更新又は変更認定を受けている者

であることから、選択的サービスの提供を受けた者の全てが評価対象受給者となるものではない。

2 評価の対象となる期間は、各年1月1日から12月31日までであるが、各年12月31日までに、国保連合会において評価対象受給者を確定する必要があることから、

① 9月までに選択的サービスの提供を受け、10月末日までに更新・変更認定が行われた者までが、翌年度の事業所評価加算の評価対象受給者であり、

② 11月以降に更新・変更認定が行われた者は翌々年度の事業所評価加算の評価対象受給者となる。

3 なお、選択的サービスに係る加算や受給者台帳情報は、国保連合会が一定期間のうちに把握できたものに限られるため、例えば、評価対象期間を過ぎて請求されてきた場合等は評価対象とならない。

(問2) 事業所評価加算の評価対象受給者については、選択的サービスを3月以上利用することが要件とされているが、連続する3月が必要か。また、3月の間に選択的サービスの種類に変更があった場合はどうか。

(答) 選択的サービスの標準的なサービス提供期間は概ね3月であることから、評価対象受給者については選択的サービスを3月以上連続して受給する者を対象とすることとしている。

また、選択的サービスの標準的なサービス提供期間は概ね3月であることから、通常3月は同一の選択的サービスが提供されるものと考えているが、連続する3月の中で選択的サービスが同一でない場合についても、国保連合会においては、評価対象受給者として計算することとしている。

(問3) 評価対象事業所の要件として「評価対象期間における当該指定介護予防通所介護

事業所の利用実人員数が10名以上であること。」とされているが、10名以上の者が連続する3月以上の選択的サービスを利用する必要があるのか。

(答) 単に利用実人員数が10名以上であればよく、必ずしもこれらの者全員が連続する3月以上の選択的サービスを利用している必要はない。

(問4) 4月にA事業所、5月にB事業所、6月にC事業所から選択的サービスの提供があった場合は評価対象となるのか。

(答) 事業所評価加算は事業所の提供する効果的なサービスを評価する観点から行うものであることから、同一事業所が提供する選択的サービスについて評価するものであり、御質問のケースについては、評価対象とならない。

(問5) 地域包括支援センター（介護予防支援事業所）においては、「サービス提供終了確認情報登録対象者一覧表」の対象者（要支援状態区分に変更がなかった者）について、「その目標に照らし、特段の支障がないと認められるものであれば、「サービスの提供が終了した」ものと確認する取扱いをして差し支えない」とされているが、その趣旨如何。

(答) 地域包括支援センター（介護予防支援事業所）の事務負担の軽減という観点や、更新・変更認定の改善者については、地域包括支援センター（介護予防支援事業所）における確認を行わないこととの均衡等を考慮し、サービスが終了したものと認められない者については、限定的とすることとした。

なお、「特段の支障」がある場合とは、例えば、加算の申請があった事業者が地域包括支援センター（介護予防支援事業所）への報告を行っておらず、当該事業者のサービスの実施状況が確認できない場合などが考えられる。

(問6) 都道府県が、事業所評価加算の算定の可否を事業所に通知する際、どのような方法で通知すればよいか。

(答) ホームページへの掲載や事業所への文書の郵送等による方法等が考えられるが、どのような方法で行うかは都道府県の判断による。

なお、利用者が事業所を選択するに当たっては、地域包括支援センターが当該事業所が事業所評価加算の算定事業所である旨を説明することとなるが、その事業所の選択やケアプラン作成等に支障が生じることのないよう、事業所評価加算の対象事業所情報については、地域包括支援センター（介護予防支援事業所）、住民等にも十分に周知いただきたい。

06 短期入所生活介護

《Q&A Vol.1 から》

短期入所サービス

【緊急短期入所ネットワーク加算関係】

(問59) 連携する事業者は、同一法人の事業者のみでもよいか。

(答) 緊急的な短期入所者に対応するため複数の短期入所事業者が連携して緊急に指定短期入所サービスを受け入れる体制を整備している事業所に対し、連携に係る費用等の加算を認めているところであり、同一法人のみの事業所の連携だけでは加算の対象とはならない。

(問60) 連携する地域の範囲はどの程度か。

(答) 緊急短期入所ネットワーク事業は、緊急的な短期入所者に対応するため複数の短期入所事業者が連携して緊急に指定短期入所サービスを受け入れる体制を整備することを求めており、連携の範囲については、この趣旨や地域の実態等を踏まえ判断願いたい。

(問61) 連携体制の整備について施設間で連携取り交わし書などが必要か。

(答) 緊急的な利用ニーズの調整窓口の明確化や情報の共有、緊急対応に対応するための事例検討などを行う機会を定期的に設ける等の連携体制を構築していただくこととしていることから、連携施設間でその方法等を検討していただくことが必要と思われる。

(問62) 緊急短期入所ネットワークで加算は緊急入所の利用者にものみ算定するのか、それとも利用者全員に算定するのか。

(答) 緊急の利用者が利用した場合その利用者に対し加算を行う。

(問63) 緊急短期入所ネットワークで加算の対象である利用者の「介護者の介護を受けることができない」者とは誰が判断するのか。

(答) 緊急短期入所ネットワーク事業を利用する場合は、利用者の依頼を受けて介護支援専門員等を通じ、短期入所サービスを利用することとなるが、緊急短期入所ネットワーク加算の対象となる場合は、利用の理由、期間、緊急受入後の対応などの事項を記録しておく必要がある。

(問64) 「利用者の心身の状況等を把握していること」とあるが、介護している家族の入院等により緊急受け入れをした際、利用者の心身の状況等を把握していなければ加算が算定されないか。

(答) 加算の算定要件ではないが、サービス提供に当たっては、たとえ緊急な利用であることから事前の把握が困難であっても、できる限り速やかに利用者の心身の状況等を居宅介護支援事業者等から聴取しておく必要がある。

【夜間看護体制加算関係】

(問65) 訪問看護ステーションと連携して24時間連絡体制の確保をし、必要に応じて健康上の管理等を行う体制があれば、実際に管理を必要としない利用者に対しても算定されるのか。

(答) 夜間看護体制加算は、短期入所生活介護事業所において、訪問看護ステーション等と連携して夜間における24時間連絡体制の確保等により、必要に応じて健康上の管理等を行うことを目的とした加算であり、体制が整備されている事業所に入所した利用者全員に加算する。

【在宅中重度者受入加算関係】

(問66) 短期入所生活介護費における在宅中重度者受入加算の算定は、訪問看護事業所の看護師が来た日についてのみ算定するのか。

(答) 御指摘のとおりである。

【日帰り利用関係】

(問67) 日帰り利用の場合のサービス提供時間の規定は設けないのか。

(答) サービス提供時間については、ケアプランにおいて位置づけられるものであり、規定を設けることは考えていない。

《Q&AVol.3 から》

3. 夜間看護体制加算

(問 16) 短期入所生活介護及び特定施設入居者生活介護における夜間看護体制加算の算定要件として、「常勤の看護師を1名以上配置」とあるが、「平成19年3月31日までの間は看護職員でも可」という経過措置は適用されないのか。

(答) 当該加算の看護師の人員配置要件については、介護老人福祉施設（地域密着型含む）の重度化対応加算における要件と同様に取り扱い差し支えない。

*厚生労働大臣が定める施設基準（平成12年厚生省告示第26号）

二十四 指定地域密着型介護老人福祉施設における重度化対応加算に係る施設基

準

- イ 常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること。
ただし、常勤の看護師については、平成19年3月31日までの間は、常勤の看護職員で配置することで足りることとする。

07 短期入所療養介護

《Q&AVol.1 から》

短期入所サービス

【緊急短期入所ネットワーク加算関係】

(問59) 連携する事業者は、同一法人の事業者のみでもよいか。

(答) 緊急的な短期入所者に対応するため複数の短期入所事業者が連携して緊急に指定短期入所サービスを受け入れる体制を整備している事業所に対し、連携に係る費用等の加算を認めているところであり、同一法人のみの事業所の連携だけでは加算の対象とはならない。

(問60) 連携する地域の範囲はどの程度か。

(答) 緊急短期入所ネットワーク事業は、緊急的な短期入所者に対応するため複数の短期入所事業者が連携して緊急に指定短期入所サービスを受け入れる体制を整備することを求めており、連携の範囲については、この趣旨や地域の実態等を踏まえ判断願いたい。

(問61) 連携体制の整備について施設間で連携取り交わし書などが必要か。

(答) 緊急的な利用ニーズの調整窓口の明確化や情報の共有、緊急対応に対応するための事例検討などを行う機会を定期的に設ける等の連携体制を構築していただくこととしていることから、連携施設間でその方法等を検討していただくことが必要と思われる。

(問62) 緊急短期入所ネットワークで加算は緊急入所の利用者にも算定するのか、それとも利用者全員に算定するのか。

(答) 緊急の利用者が利用した場合その利用者に対し加算を行う。

(問63) 緊急短期入所ネットワークで加算の対象である利用者の「介護者の介護を受ける

ことができない」者とは誰が判断するのか。

(答) 緊急短期入所ネットワーク事業を利用する場合は、利用者の依頼を受けて介護支援専門員等を通じ、短期入所サービスを利用することとなるが、緊急短期入所ネットワーク加算の対象となる場合は、利用の理由、期間、緊急受入後の対応などの事項を記録しておく必要がある。

(問64) 「利用者の心身の状況等を把握していること」とあるが、介護している家族の入院等により緊急受け入れをした際、利用者の心身の状況等を把握していなければ加算が算定されないか。

(答) 加算の算定要件ではないが、サービス提供に当たっては、たとえ緊急な利用であることから事前の把握が困難であっても、できる限り速やかに利用者の心身の状況等を居宅介護支援事業者等から聴取しておく必要がある。

【日帰り利用関係】

(問67) 日帰り利用の場合のサービス提供時間の規定は設けないのか。

(答) サービス提供時間については、ケアプランにおいて位置づけられるものであり、規定を設けることは考えていない。

08 特定施設入居者生活介護

《Q&AVol.2から》

【特定施設入居者生活介護】

(問39) 同一建物の階ごと、又は同一敷地の棟ごとに、一方を介護専用型特定施設、他方を介護専用型特定施設以外の特定施設（混合型特定施設）とすることは可能か。

(答) 特定施設入居者生活介護の指定は、特定施設毎に行われるものであり、有料老人ホームであれば、別個の有料老人ホームとして届出がなされているものについて、それぞれ別の特定施設としての指定を行うことになる。

ただし、有料老人ホームの入居契約において、要介護状態になれば、別の階又は別の棟に転居することがうたわれていたり、スタッフ等が客観的にみて明確に区別することができないなど、一体的に運営されていると解されるものは、老人福祉法の届出において同一の有料老人ホームとして取り扱うことが適当である。

(問40) 介護専用型特定施設であるかどうかの判断基準はどのようなものか。

(答) 介護専用型特定施設は、入居者が要介護者、その配偶者その他厚生労働省令で定める者に限られるものとされている。

厚生労働省令においては、①要介護状態だった入居者で施行日以降状態が改善した者、②入居者である要介護者（①の者を含む）の3親等以内の親族、③特別の事情により入居者である要介護者と同居させることが必要であると都道府県知事等が認める者を定めている。

(問41) 既に特定施設入所者生活介護の指定を受けている事業者は、どのように介護専用型と介護専用型以外に分けることになるのか。なお、その際に、再指定又は届出は必要となるのか。

(答) 既存の指定特定施設については、現に入居者が介護専用型特定施設の入居者の要件を満たしており、かつ、当該要件が、指定特定施設の入居要件となっていることが明確にされているものを介護専用型特定施設とすることとなる。

介護専用型特定施設か介護専用型以外の特定施設かの区分について、改めて指定を受けたり届け出たりする必要はない。

(参考) 今回の三位一体改革に伴い、介護専用型特定施設か介護専用型以外の特定施設（混合型特定施設）かにかかわらず、住所地特例を適用することとしている。

(問42) 介護専用型特定施設の入居者のうち、要介護者の配偶者等で要支援に該当する者は、当該特定施設から介護サービスの提供を受けることができるのか。

(答) 介護専用型特定施設については、介護予防特定施設入居者生活介護の指定対象ではないため、介護専用型特定施設に入居する要支援者の介護保険サービス利用については、一般の介護予防サービスを利用することになる。

(問43) 外部サービス利用型特定施設において、利用者と受託居宅サービス事業者の契約関係はどのようになるか。

(答) 外部サービス利用型特定施設の場合、利用者は外部サービス利用型特定施設入居者生活介護事業者と介護サービスの提供に係る契約を締結することになり、利用者と受託居宅サービス事業者との間に契約関係はない。

外部サービス利用型特定施設の事業者は、受託居宅サービス事業者との間で文書に委託契約を締結することとし、特定施設サービスに基づき、受託居宅サービス事業者のサービスを手配することとなるが、適切なサービス提供の確保の観点から、業務に関して受託居宅サービス事業者に必要な指揮命令をすることとしている。

《Q&AVol.3 から》

2. 個別機能訓練加算

(問 15) 個別機能訓練加算に係る算定方法、内容等について示されたい。

(答) 当該個別機能訓練加算は、従来機能訓練指導員を配置することを評価していた体制加算を、機能訓練指導員の配置と共に、個別に計画を立て、機能訓練を行うことを評価することとしたものであり、通所介護サービスにおいては実施日、(介護予防)特定施設入居者生活介護サービス及び介護老人福祉施設サービスにおいては入所期間のうち機能訓練実施期間中において当該加算を算定することが可能である。

なお、具体的なサービスの流れとしては、「多職種が協同して、利用者毎にアセスメントを行い、目標設定、計画の作成をした上で、機能訓練指導員が必要に応じた個別機能訓練の提供を行い、その結果を評価すること」が想定される。また、行われる機能訓練の内容は、各利用者の心身状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を予防するのに必要な訓練を計画されたい。

3. 夜間看護体制加算

(問 16) 短期入所生活介護及び特定施設入居者生活介護における夜間看護体制加算の算定要件として、「常勤の看護師を 1 名以上配置」とあるが、「平成 19 年 3 月 31 日までの間は看護職員でも可」という経過措置は適用されないのか。

(答) 当該加算の看護師の人員配置要件については、介護老人福祉施設（地域密着型含む）の重度化対応加算における要件と同様に取り扱って差し支えない。

＊厚生労働大臣が定める施設基準（平成 12 年厚生省告示第 26 号）

二十四 指定地域密着型介護老人福祉施設における重度化対応加算に係る施設基準

イ 常勤の看護師を 1 名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること。

ただし、常勤の看護師については、平成 19 年 3 月 31 日までの間は、常勤の看護職員で配置することで足りることとする。

09 福祉用具貸与・特定福祉用具販売

《Q&AVol.2から》

【福祉用具貸与】

(問44) 福祉用具貸与費の算定については、認定調査の直近の結果を用い、その可否を判

断することとされているが、認定調査結果にかかわらず、サービス担当者会議等の結果を踏まえ、ケアマネ（地域包括支援センター）及び保険者が必要と認めた場合には、支給することは可能か。

（答） 福祉用具貸与費の算定における状態像については、介護給付費分科会において、要介護認定の認定調査における基本調査の結果を活用して客観的に判定することが求められており、認められない。

なお、車いす、移動用リフトの一部（段差解消機）では、該当する基本調査結果がないため、サービス担当者会議等の結果で判断する場合がある。

（問45）利用者が、あきらかに直近の認定調査時点から状態が悪化しているような場合には、ケアマネ（地域包括支援センター）及び保険者が必要と認めた場合には、支給することは可能か。

（答） 一般的には、直近の認定調査結果が実態と乖離していることはあり得ないが、仮に、直近の認定調査時点から著しく状態が悪化しており、長期的に固定化することが見込まれる場合は、要介護度自体にも影響があることが想定されることから、要介護度の区分変更申請が必要と思われる。

（問46）従来、福祉用具貸与事業の人員基準の福祉用具専門相談員として「ヘルパー2級課程以上の修了者」が認められていたが、制度改正後も認められるのか。

また、福祉用具販売の福祉用具専門相談員としても認められるのか。

（答） 従来と同様に認められ、福祉用具販売としても同様である。

また、介護職員基礎研修課程を修了した者も同様のである。

【福祉用具販売】

（問47）施行日以降、指定を受けていない事業者で利用者が特定福祉用具を購入した場合であっても、当分の間、保険者の判断で福祉用具購入費を支給することは可能か。

（答） 認められない。

特定福祉用具販売は、今回の制度改正により、福祉用具専門相談員が関与する「サービス」として位置づけられたものであり、その「サービスの質」が担保されない「購入」に対して福祉用具購入費を支給することは認められない。

（問48）居宅サービス計画が作成されていない場合、福祉用具専門相談員は「特定福祉用具販売の提供が必要な理由等がわかる書類」を確認することとされているが、これらの書類はどのようなものか。

（答） 「特定福祉用具販売の提供が必要な理由等がわかる書類」とは、利用者が福祉用具購入費の申請の際に保険者へ提出する必要がある理由等を、福祉用具専門相談員がそ

のサービス提供の必要性も含めて確認するための書類であり、様式及び作成者は任意である。

10 居宅介護支援

《Q&AVol.2から》

★参考【介護予防支援】

(問9) 利用者が要介護者から要支援者に変更となった事例について、従前、ケアプランを作成していた居宅介護支援事業所が、地域包括支援センターから委託を受けて、新規に介護予防サービス計画を作成する場合、初回加算は算定できるのか。

(答) 初回加算については、介護予防サービス計画を新たに作成するに当たり、新たなアセスメント等を要することを評価したものであり、お尋ねの事例については、算定可能である。

なお、この考え方については、居宅介護支援費に係る初回加算についても、共通である。

(問10) 介護予防支援業務を委託している居宅介護支援事業所が変更となった場合についても、初回加算を算定することができるのか。また、転居等により介護予防支援事業所が変更となった場合はどうか。

(答) 前者のケースについては、委託された居宅介護支援事業所は変更になっても、当該介護予防支援事業所としては初めて当該利用者を担当するわけではないので、初回加算を算定することができない。

また、後者のように、転居等により介護予防支援事業所が変更となった場合については、介護予防支援事業所としては初めて当該利用者を担当するわけなので、初回加算を算定することが可能である。

(問11) 初回加算を算定要件である「新規」には、契約は継続しているが給付管理を初めて行う利用者を含むと解してよいか。

(答) 「新規」とは、初めて給付管理を行い、報酬請求を行う月について適用するものである。したがって、従前より、契約関係は存在していた利用者についても、初めて報酬請求に至った月において、初回加算を算定することが可能である。

なお、この考え方については、居宅介護支援費に係る初回加算についても、共通である。

(問12) 契約期間が終了したものの、その翌日に、再度、契約がされた場合については、再度の契約時のに初回加算は算定できるのか。

(答) 初回加算については、実質的に、介護予防支援事業所が、初めて、利用者に対する対応を行う際に、その手間等を評価するという趣旨であるので、契約が実質的に継続するようなケースについては、算定することはできない。

なお、この取扱方針は、形式的な空白期間を置いたとしても同様である。

(問13) 介護予防支援の担当件数の標準は示されるのか。

(答) 介護予防支援の人員基準上「必要な数」とされており、特に具体的な担当職員1人当たりの担当件数は示していない(介護予防支援基準第2条)が、業務に支障のない人員を配置することが必要である。

※ なお、介護予防支援の人員基準は、地域包括支援センターの設置基準で定められた3職種の人員基準とは別に定められているものであり、3職種との兼務は可能であるが、介護予防支援の業務に支障のない人員を配置することが求められる。

(問14) 介護予防支援業務の担当職員については、非常勤として、他の指定事業所の業務と兼任することは可能か。

(答) 介護予防支援業務の担当職員については、必ずしも常勤である必要はなく、業務に支障のない範囲で、他の事業所の業務と兼務することも可能である。

(問15) 介護予防支援業務を実施する地域包括支援センター設置法人と同一法人が、居宅介護支援事業所を複数経営している場合、当該居宅介護支援事業所のケアマネジャーが介護予防支援業務を実施する場合、8件の制限がかかるのか。

(答) お尋ねのケースについては、当該ケアマネジャーがどのような立場で介護予防支援業務を実施するのかによって取扱いが異なる。具体的には次のとおり。

① 居宅介護支援事業所のケアマネジャーとしてではなく、介護予防支援事業所の非常勤の担当職員として介護予防支援事業所において業務を実施する場合

・居宅介護支援事業所として業務を実施するわけではないので、8件の上限は適用されない。

② 居宅介護支援事業所のケアマネジャーとして居宅介護支援事業所において業務を実施する場合

・あくまでも、当該居宅介護支援事業所が、介護予防支援事業所から委託を受けて介護予防支援業務を実施することとなるため、8件の上限が適用される。

※ なお、次の問及び全国介護保険担当課長ブロック会議資料(平成18年2月)「地域包括支援センター・介護予防支援関係Q&A(追補)」参照

(問16) 介護予防支援業務の委託件数の上限の算定については、常勤・非常勤の別にかかわらず、介護支援専門員1人当たり8件なのか。

(答) 委託件数の上限の算定に当たっては、常勤換算した介護支援専門員の人数に8を乗じた数として取り扱う。

(問17) 介護予防支援の委託件数の上限の算定する場合、給付の算定に結びつかなかったケースについても算定するのか。

(答) 上限の計算の際、件数を算定するのは、介護予防サービスを利用し、給付管理票を作成したケースについてである。したがって、お尋ねのケースについては件数を算定する必要はない。

(問18) 介護予防支援事業所の管理者と他の事業所の管理者は兼務可能か。

(答) 介護予防支援事業所の管理者は、原則として専任でなければならない。

ただし、当該介護予防支援事業所の介護予防支援業務、当該指定介護予防支援事業者である地域包括支援センターの業務に限って、介護予防支援事業所の管理に支障がない場合には、兼務可能である（介護予防支援基準第3条参照）。

したがって、他の事業所の管理者との兼務をすることはできない。

(問19) 地域包括支援センターの人員基準を満たす担当職員が介護予防サービス計画を作成した場合、必ず保健師がチェックしなければならないのか。

(答) 介護予防支援業務の実施に当たっては、給付管理業務のような事務的な部分を除き、人員基準を満たす担当職員が対応しなければならない。

その業務の実施に当たっては、指定介護予防支援事業者である地域包括支援センターにおいて組織（チーム）として対応することを原則とするが、必ずしも、保健師によるチェックなどを要するものではない。

(問20) 介護予防サービス計画の作成を居宅介護支援事業所に委託した場合の同意は、保健師が行わなければならないか。

(答) 必ずしも保健師が行う必要はなく、担当職員によるもので差し支えないが、組織（チーム）としての対応、意思決定は必要である。

(問21) 介護予防支援業務を実施する担当職員を配置するスペースが不足しているため、地域包括支援センターとは別の場所に執務室を確保し、業務を実施することは可能か。

(答) 地域包括支援センターの業務については、指定介護予防支援に関する業務を含め、

専門職がチームにより一体的に実施することが求められることから、執務スペースについても一体であることが望ましい。

ただし、職員配置の都合上、不可能な場合については、当面、分離することもやむを得ないが、その場合についても、

- ① 相互に連絡・調整を密に行い、地域包括支援センターとしての業務の組織的・一体的な実施に支障がないものであること
- ② 可能な限り速やかに、一体的に実施できる執務スペースを確保することが必要である。

※ なお、介護予防支援の担当職員の執務スペースを、例えば、居宅介護支援事業所内に置いて、居宅介護支援業務と混然一体で実施することは認められない。

(問22) 介護予防サービス計画において、介護予防訪問介護等の具体的な回数やサービス提供日、サービス提供時間を設定する場合、介護予防プランの様式のどの部分に記載すればよいのか。

(答) 介護予防訪問介護等定額制のサービスについては、介護予防サービス計画においては、目標や方針、支援要素などを、利用者の意向も踏まえ決定することとしており、具体的な介護予防サービスの提供方法や提供日等については、当該介護予防サービス計画を踏まえ、利用者とサービス提供事業者の協議等により決定されることとされている。

(問23) 介護予防訪問介護等定額制サービスのサービス提供日時の調整業務等は、誰が行うこととなるのか。

(答) 従前はケアマネジャーが行っていたところであるが、介護予防サービスにおける介護予防訪問介護等の定額報酬であるサービスの場合は、必ずしも、介護予防支援事業者が行う必要はなく、サービス提供事業者が利用者との話し合いで行うこととして差し支えない。

※ 介護予防サービスについても、出来高払いのサービスの取扱いについては、従前どおりである。

(問24) 介護予防支援の様式のうち、7表・8表の取扱いはどのようにすればよいのか。

(答) 7表・8表については、介護予防サービスにおいては、目標や方針、支援要素などを介護予防支援事業者が決定することとしている。サービスの具体的な提供方法や提供日等については、当該介護予防支援事業者が作成した介護予防サービス計画を踏まえ、サービス提供事業者と利用者の協議により決定されることとされている。

これらを踏まえ、7表・8表については、現行のものを、適宜、介護予防支援事業者の判断により、業務に支障のない範囲内で簡素化して利用することとして差し支えない。

(問25) 介護予防支援業務を指定居宅介護支援事業所に委託する場合の委託業務の範囲や委託期間は、介護予防支援事業者と指定居宅介護支援事業者の間の契約で、自由に決定することができるのか。また、その際の委託料については、なんらかのガイドラインが示されるのか。

(答) 委託した場合であっても、最終的な責任を本来の業務実施主体である介護予防支援事業者が負うという前提で、基本的には、委託の範囲は、介護予防支援事業者と指定居宅介護支援事業者の間の契約で決定されるものである。

その際の委託料についても、両者の契約によるべきものであり、ガイドライン等を示す予定はない。

(問26) インフォーマルサービスのみの介護予防サービス計画について、介護予防支援費を算定することは可能か。

(答) 介護予防給付の利用実績のない場合は、給付管理票を作成できないため、介護予防支援費を算定することはできない。

【居宅介護支援】

(問30) 居宅介護支援費の算定区分の判定のための取扱件数については、事業所の所属するケアマネジャー1人当たりの平均で計算するという取扱いでよいのか。

(答) 基本的には、事業所に所属するケアマネジャー1人（常勤換算）当たりの平均で計算することとし、事業所の組織内の適正な役割分担により、事業内のケアマネジャーごとに多少の取扱件数の差異が発生し、結果的に一部ケアマネジャーが当該事業所の算定区分に係る件数を超える件数を取り扱うことが発生することも差し支えない。ただし、一部のケアマネジャーに取扱件数が著しく偏るなど、居宅介護支援の質の確保の観点で支障があるような場合については、是正する必要がある。

(問31) ケアマネジャー1人当たりというのは、常勤換算によるものか。その場合、管理者がケアマネジャーであれば1人として計算できるのか。

(答) 取扱件数や介護予防支援業務受託上限の計算に当たっての「ケアマネジャー1人当たり」の取扱については、常勤換算による。

なお、管理者がケアマネジャーである場合、管理者がケアマネジメント業務を兼ねている場合については、管理者を常勤換算1のケアマネジャーとして取り扱って差し支えない。ただし、管理者としての業務に専念しており、ケアマネジメント業務にまったく従事していない場合については、当該管理者については、ケアマネジャーの人数として算定することはできない。

(問32) 報酬の支給区分の基準となる取扱件数は、実際に報酬請求を行った件数という意味か。

(答) 取扱件数の算定は、実際にサービスが利用され、給付管理を行い、報酬請求を行った件数をいう。したがって、単に契約をしているだけのケースについては、取扱件数にカウントしない。

(問33) 居宅介護支援の基本単位の取扱いについて、例えば、介護支援専門員1人当たりの取扱件数について、要介護1・2=20件、要介護3・4・5=15件、経過的要介護=10件、介護予防支援業務の受託件数=4件である居宅介護支援事業者（18年4月1日時点で既に指定を受けている既存の事業者）を想定した場合、

- (1) 18年9月末日までの経過措置期間
- (2) 経過措置期間終了後の18年10月以降の取扱いを具体的に示されたい。

(答) このケースの場合、

- (1) 18年9月末日までの経過措置期間中における既存事業者（18年4月1日時点で既に指定を受けている既存の事業者）の場合

居宅介護支援費の支給区分（Ⅰ～Ⅲ）の判断に際し、「経過的要介護」と「介護予防支援の受託件数」については、取扱件数の算定から除外することとしている。したがって、本ケースの場合については、取扱件数は35件（20件+15件）であるから、居宅介護支援費（Ⅰ）が適用になる。

この場合の報酬は、

$$10,000円 \times 20件 = 20万円$$

$$13,000円 \times 15件 = 19.5万円$$

$$8,500円 \times 10件 = 8.5万円$$

$$(\text{受託単価}) \times 4件 = \text{受託価格}$$

の総和ということになる。

- (2) 経過措置期間終了後の18年10月以降の場合取扱件数は、

$$20件 + 15件 + 10件 + (4件 \times 1/2) = 47件$$

したがって、居宅介護支援費（Ⅱ）が適用となる。

この場合の報酬は、

$$6,000円 \times 20件 = 12万円$$

$$7,800円 \times 15件 = 11.7万円$$

$$8,500円 \times 10件 = 8.5万円$$

$$(\text{受託単価}) \times 4件 = \text{受託価格}$$

の総和ということになる。

※ 説明の簡略化の観点から、加算・減算については、考慮していない。

※ 取扱件数が所定件数を超えた場合の逡減制の対象は、要介護1～5のすべての

ケースについてであり、所定件数を超えた件数のみが通減されるわけではないことに注意されたい（なお、経過的要介護については、通減報酬はない）。したがって、例えば、取扱件数が40件を超過した場合、40件を超過した数のみが居宅介護支援費（Ⅱ）となるわけではなく、すべての要介護1～5に係る報酬について居宅介護支援費（Ⅱ）が適用されることになる。

（問34） 特定事業所集中減算の算定に当たって、対象となる「特定事業所」の範囲は、同一法人単位で判断するのか、あるいは、系列法人まで含めるのか。

（答） 同一法人格を有する法人単位で判断されたい。

（問35） 居宅介護支援事業費の特定事業所加算を取得した事業所は、毎月、「所定の記録」を策定しなければならないこととされているが、その様式は示されるのか。

（答） 別添①の標準様式に従い、毎月、作成し、2年間保存しなければならない。

（問36） 取扱件数が40件を超過することを理由に一律に、サービス提供を拒否すれば、基準違反になるのか。

（答） 指定居宅介護支援事業者は、正当な理由なくサービス提供を拒否できないこととされている。ただし、現行制度上も、例えば、当該事業所の現員からは利用申し込みに応じきれない場合などについては、「正当な理由」に該当するものとされている。

したがって、40件を超えることを理由に拒否するケースについて、一概に適否を判断するのではなく、従前どおり、個別ケースの状況に応じて、判断すべきである。なお、いずれにせよ、自らサービスを提供できない場合については、利用者に対して事情を丁寧に説明した上で、別の事業所を紹介するなど利用者に支障がないよう配慮することが必要である。

（問37） 月の途中で要支援状態区分から要介護状態区分に変更となり、事業所が変更となった場合の取り扱いはどのように行うのか。

（答） 月の途中で要支援状態区分から要介護状態区分に変更となり事業所が変更となった場合には、介護支援業務を行う主体が地域包括支援センターたる介護予防支援事業者から居宅介護支援事業者に移るため、担当する事業者が変更となるが、この場合には、月末に担当した事業所（小規模多機能型居宅介護事業所及び介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を除く。）が給付管理票を作成し、提出することとし、居宅介護支援費を併せて請求するものとする。

また、逆の場合は、月末に担当した地域包括支援センターたる介護予防支援事業者が給付管理票を作成、提出し、介護予防支援費を請求するものとする。

(問38) 居宅介護支援事業所の介護支援専門員を利用している者が小規模多機能型居宅介護の利用を開始した場合、介護支援専門員は当該小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員に変更されることとなり、国保連合会への「給付管理票」の作成と提出については、当該小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が行うこととなるが、月の途中で変更が行われた場合の小規模多機能型居宅介護の利用開始前又は利用終了後の居宅介護サービス利用に係る国保連合会への「給付管理票」の作成と提出はどこが行うのか。

(答) 利用者が月を通じて小規模多機能型居宅介護（又は介護予防小規模多機能型居宅介護。以下略）を受けている場合には、小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員がケアプラン作成を行うこととなる。

この場合の給付管理は、他の居宅介護サービスを含めて「給付管理票」の作成と提出を行い、当該月について居宅介護支援費（又は介護予防支援費。以下略）は算定されないこととなる。（別添②のケース1）

月の途中で小規模多機能型居宅介護の利用を開始又は終了した場合は、居宅介護支援費の算定は可能であるため、小規模多機能型居宅介護の利用開始前又は利用終了後の居宅介護支援事業所の介護支援専門員が小規模多機能型居宅介護を含めてその利用者に係る「給付管理票」の作成と提出を行い、居宅介護支援費の請求を行うこととなる。（別添②のケース2、3、5）

なお、同月内で複数の居宅介護支援事業所が担当する場合には、月末時点（又は最後）の居宅介護支援事業所の介護支援専門員が「給付管理票」の作成と提出を行い、居宅介護費を提出することとなる。（別添②のケース4）

【住宅改修】

(問49) 事前申請制度が定着する当分の間、事前に申請がなかった住宅改修についても、「やむを得ない場合」として事後申請による住宅改修費の支給を認めても良いか。

(答) 3月の課長会議資料P178のとおり、「やむを得ない事情がある場合」とは「入院又は入所者が退院又は退所後に住宅での生活を行うため、あらかじめ住宅改修に着手する必要がある場合等、住宅改修を行おうとするときに申請を行うことが制度上困難な場合」を想定しているが、当分の間、経過的に保険者の判断で運用することは差し支えない。

(問50) 住宅改修が必要な理由書の様式が示されたが、市町村独自で様式を定めることは可能か。

(答) 3月の課長会議で示した様式は標準例としてお示したものであり、それに加えて市町村が独自に定めることは可能である。

(問51) 介護予防住宅改修費の理由書を作成する者は「介護支援専門員その他要支援者からの住宅改修についての相談に関する専門的知識及び経験を有する者」とされており、従来は、作業療法士、福祉住環境コーディネーター検定試験二級以上その他これに準ずる資格等を有する者とされていたが、地域包括支援センターの担当職員が作成することは可能か。

(答) 可能である。

【その他】

(問52) 要介護・要支援認定の新規申請、区分変更申請など、認定申請後に要介護度（要支援度）が確定するまでの間のいわゆる暫定ケアプランについては、どこが作成し、また、その際には、介護給付と予防給付のどちらを位置付ければよいのか。

(答) いわゆる暫定ケアプランについては、基本的にはこれまでと同様とすることが考えられる。したがって、要介護認定又は要支援認定を申請した認定前の被保険者は、市町村に届出の上で、居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者に暫定ケアプランを作成してもらい、又は自ら作成し、当該暫定ケアプランに基づきサービスを利用することが考えられる。

その際、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）は、依頼のあった被保険者が明らかに要支援者（要介護者）であると思われるときには、介護予防支援事業者（居宅介護支援事業者）に作成を依頼するよう当該被保険者に介護予防支援事業者を推薦することが考えられる。また、仮に居宅介護支援事業者において暫定ケアプランを作成した被保険者が、認定の結果、要支援者となった場合については、当該事業者の作成した暫定ケアプランについては、当該被保険者が自ら作成したものとみなし、当該被保険者に対して給付がなされないことがないようにすることが望ましい。

なお、いずれの暫定ケアプランにおいても、仮に認定の結果が異なった場合でも利用者に給付がなされるよう介護予防サービス事業者及び居宅サービス事業者の両方の指定を受けている事業者をケアプラン上は位置付けることが考えられる。

(問53) 実際の居住地が住所地から遠隔にある要支援者の介護予防支援は居住地と住所地のどちらの市町村の介護予防支援事業者が行うのか。また、その場合の費用負担はどのような取扱いとすればよいのか。

(答) 介護予防支援については、住所地の市町村において指定された介護予防支援事業者において行うことが原則となるが、御指摘のケースの場合のように、実際の居住地が遠隔にある要支援者の介護予防支援については、

① 当該住所地の市町村が、当該居住地の市町村の指定した介護予防支援事業者との

契約により、当該介護予防支援事業者において当該要支援者の介護予防支援を行う方法

- ② 当該住所地の介護予防支援事業者が、居宅介護支援事業所への委託を活用し、要支援者の居住地の居宅介護支援事業所に介護予防支援業務を委託する方法などが考えられる。

なお、①の方法による場合の費用負担については、両者の契約により行われるものであるが、住所地の市町村により当該介護予防支援に要した費用を負担することが考えられる。

《Q&AVol.3 から》

★参考 5. 介護予防支援

(問 20) 介護予防改革インフォメーション Vol.80「平成 18 年 4 月改定関係 Q&A (Vol.2) について」の問 53 において、遠隔地の介護予防支援における費用負担の取扱いが示されているが、①の方法による費用負担の財源について、どのようなものが考えられるか。

(答) 住所地の市町村が居住地において行われた介護予防支援を基準該当介護予防支援と認め、特例介護予防サービス計画費（介護保険法第 59 条）を支給するという方法が考えられる。

11 介護老人福祉施設

《Q&AVol.1 から》

介護保険施設(共通)

【在宅復帰支援機能加算関係】

(問68) 退所後に利用する居宅介護支援事業者への情報提供については、在宅復帰支援機能加算とは別に退所前連携加算が算定できるのか。

(答) 算定可能である。

(問69) 加算の対象となるか否かについて前6月退所者の割合により毎月判定するのか。

(答) 各施設において加算の要件に該当するか否か毎月判断いただくこととなる。その算定の根拠となった資料については、各施設に保管しておき、指導監査時等に確認することとなる。

(問70) 平成17年10月から当該加算の算定要件を満たしている事業所については、平成18年4月から算定は可能か。

(答) 加算の要件に該当すれば、算定可能である。

(問71) 在宅生活が1月以上継続する見込みであることを確認・記録していないケースや、入所者の家族や居宅介護支援事業者との連絡調整を行っていないケースがあれば、全入所者について算定できなくなるのか。

(答) 御質問のようなケースについては、「在宅において介護を受けることとなった数」にカウントできない。

【経口維持加算関係】

(問72) 水飲みテストとはどのようなものか。また、180日までの算定原則を外れる場合はどのようなときか。

(答) 水飲みテスト等による医師の診断により摂食機能障害を有している者が対象となる。

代表的な水飲みテスト法である窪田の方法(窪田俊夫他:脳血管障害における麻痺性嚥下障害—スクリーニングテストとその臨床応用について.総合リハ,10(2):271-276,1982)をお示しする。この場合、経口維持加算2は、「プロフィール3-5:異常」に該当する場合、対象となる。

また、180日の算定を外れる場合とは、当該入所者に誤嚥が認められなくなったと

医師が判断した場合である。

なお、反復唾液嚥下テストで代替する場合にあっては、30秒以内に3回未満の場合に対象となる。

常温の水30mlを注いだ薬杯を椅座位の状態にある患者の健手に渡し、「この水をいつものように飲んでください」という。水を飲み終わるまでの時間、プロフィール、エピソードを測定、観察する。
「プロフィール」
1. 1回でむせることなく飲むことができる。
2. 2回以上に分けるが、むせることなく飲むことができる。
3. 1回で飲むことができるが、むせることがある。
4. 2回以上に飲むにもかかわらず、むせることがある。
5. むせることがしばしばで、全量飲むことが困難である。
「エピソード」
すすむような飲み方、含むような飲み方、口唇からの水の流出、むせながらも無理に動作を続けようとする傾向、注意深い飲み方など
プロフィール1で5秒以内：
正常範囲
プロフィール1で5秒以上、プロフィール2：
疑い
プロフィール3-5：
異常

(問73) 経口維持計画の内容を「サービス計画書」若しくは「栄養ケア計画書」の中を含めることは可能か。

(答) 当該加算に係る部分が明確に判断できれば差し支えない。

(問74) 経口維持加算の算定のためには、医師の診断書は必要か。医師の所見等でよいか。

(答) 医師の所見でよい。摂食機能障害の状況やそれに対する指示内容は診療録等に記録しておくこと。

(問75) 経口維持加算の「入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂取方法等における適切な配慮」とは具体的にどのようなことか。

(答)

1 例えば、一律に刻み食を提供することにより、かえって咳き込みやその結果としての誤嚥が生じてしまうといった事例も見受けられることから、経口による食事摂取

を進めるためには、入所者が、食物を口の中で咀嚼することに障害があるのか、咀嚼後の食塊形成や移送に障害があるのか、といった個々の状況を把握し、これに応じた食物形態とすることが重要である。

注) 刻み食は、程度にもよるが、咀嚼に障害があっても食塊形成・移送には問題ないといった方以外には不適切。また、①食物は柔らかいか、②適度な粘度があってバラバラになりにくいのか、③口腔や咽頭を通過するときに変形しやすいか、④べたついていないか(粘膜につきにくい)、などの観点を踏まえ、個々の利用者に応じた食物形態とすることが必要。

2 また、誤嚥防止の観点のみならず、口から食べる楽しみを尊重し、見た目、香りやにおい、味付け(味覚)、適切な温度、食感などの要素に配慮することも重要であり、複数の食材を混ぜてペースト状にして一律に提供することなどは適切でない。

3 摂取方法に関しては、それぞれの障害の状態に応じ、摂食・嚥下を行いやすい体位等があるため、誤嚥を防止するよう利用者ごとの適切な体位に配慮するとともに、テーブル、スプーンの形状等の食事環境や、摂取ペースなどにも配慮することが必要である。

介護老人福祉施設

【個別機能訓練加算関係】

(問76) 個別機能訓練加算について、配置としての加算なのか、それとも実施した対象者のみの加算なのか。

(答) 個別機能訓練加算については、単に体制があるだけでなく、体制を整えた上で個別に計画を作成するなどプロセスを評価するものであることから、入所者の同意が得られない場合には算定できないが、原則として、全ての入所者について計画作成してその同意を得るよう努めることが望ましい。

(問77) 個別機能訓練加算について、機能訓練指導員が不在の日は加算が算定できないか。

(答) 個別機能訓練を行うに当たっては、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員、その他の職種が共同して個別機能訓練計画に従い訓練を行うこととしており、機能訓練指導員が不在の日でも算定できる。

《Q&AVol.3 から》

2. 個別機能訓練加算

(問 15) 個別機能訓練加算に係る算定方法、内容等について示されたい。

(答) 当該個別機能訓練加算は、従来機能訓練指導員を配置することを評価していた体制加算を、機能訓練指導員の配置と共に、個別に計画を立て、機能訓練を行うこと

を評価することとしたものであり、通所介護サービスにおいては実施日、(介護予防)特定施設入居者生活介護サービス及び介護老人福祉施設サービスにおいては入所期間のうち機能訓練実施期間中において当該加算を算定することが可能である。

なお、具体的なサービスの流れとしては、「多職種が協同して、利用者毎にアセスメントを行い、目標設定、計画の作成をした上で、機能訓練指導員が必要に応じた個別機能訓練の提供を行い、その結果を評価すること」が想定される。また、行われる機能訓練の内容は、各利用者の心身状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を予防するのに必要な訓練を計画されたい。

(答) 個別機能訓練を行うに当たっては、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員、その他の職種が共同して個別機能訓練計画に従い訓練を行うこととしており、機能訓練指導員が不在の日でも算定できる。

《Q&AVol.5 から》

(問3) 在宅復帰支援機能加算を算定するにあたり退所者の総数に死亡により退所した者も含めるのか。また、算定対象となる者について、「在宅において介護を受けることとなった者」とあるが、特定施設やグループホームに復帰した者も当該加算の対象となるのか。

(答) 在宅復帰支援機能加算における退所者の総数には死亡により退所した者を含む。また、特定施設やグループホームに復帰した者も当該加算の対象となる。

12 介護老人保健施設

《Q&AVol.1 から》

介護保険施設(共通)

【在宅復帰支援機能加算関係】

(問68) 退所後に利用する居宅介護支援事業者への情報提供については、在宅復帰支援機能加算とは別に退所前連携加算が算定できるのか。

(答) 算定可能である。

(問69) 加算の対象となるか否かについて前6月退所者の割合により毎月判定するのか。

(答) 各施設において加算の要件に該当するか否か毎月判断いただくこととなる。その算定の根拠となった資料については、各施設に保管しておき、指導監査時等に確認す

ることとなる。

(問70) 平成17年10月から当該加算の算定要件を満たしている事業所については、平成18年4月から算定は可能か。

(答) 加算の要件に該当すれば、算定可能である。

(問71) 在宅生活が1月以上継続する見込みであることを確認・記録していないケースや、入所者の家族や居宅介護支援事業者との連絡調整を行っていないケースがあれば、全入所者について算定できなくなるのか。

(答) 御質問のようなケースについては、「在宅において介護を受けることとなった数」にカウントできない。

【経口維持加算関係】

(問72) 水飲みテストとはどのようなものか。また、180日までの算定原則を外れる場合はどのようなときか。

(答) 水飲みテスト等による医師の診断により摂食機能障害を有している者が対象となる。

代表的な水飲みテスト法である窪田の方法（窪田俊夫他：脳血管障害における麻痺性嚥下障害—スクリーニングテストとその臨床応用について．総合リハ，10(2)：271-276，1982）をお示しする。この場合、経口維持加算2は、「プロフィール3-5：異常」に該当する場合、対象となる。

また、180日の算定を外れる場合とは、当該入所者に誤嚥が認められなくなったと医師が判断した場合である。

なお、反復唾液嚥下テストで代替する場合にあっては、30秒以内に3回未満の場合に対象となる。

常温の水30mlを注いだ薬杯を椅座位の状態にある患者の健手に渡し、「この水をいつものように飲んでください」という。水を飲み終わるまでの時間、プロフィール、エピソードを測定、観察する。

「プロフィール」

1. 1回でむせることなく飲むことができる。
2. 2回以上に分けるが、むせることなく飲むことができる。
3. 1回で飲むことができるが、むせることがある。
4. 2回以上に飲むにもかかわらず、むせることがある。
5. むせることがしばしばで、全量飲むことが困難である。

「エピソード」

すするような飲み方、含むような飲み方、口唇からの水の流出、むせながらも無理に動作を続けようとする傾向、注意深い飲み方など

プロフィール1で5秒以内：
 正常範囲

プロフィール1で5秒以上、プロフィール2：
 疑い

プロフィール3-5：
 異常

(問73) 経口維持計画の内容を「サービス計画書」若しくは「栄養ケア計画書」の中を含めることは可能か。

(答) 当該加算に係る部分が明確に判断できれば差し支えない。

(問74) 経口維持加算の算定のためには、医師の診断書は必要か。医師の所見等でよいか。

(答) 医師の所見でよい。摂食機能障害の状況やそれに対する指示内容は診療録等に記録しておくこと。

(問75) 経口維持加算の「入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂取方法等における適切な配慮」とは具体的にどのようなことか。

(答)

1 例えば、一律に刻み食を提供することにより、かえって咳き込みやその結果としての誤嚥が生じてしまうといった事例も見受けられることから、経口による食事摂取を進めるためには、入所者が、食物を口の中で咀嚼することに障害があるのか、咀嚼後の食塊形成や移送に障害があるのか、といった個々の状況を把握し、これに応じた食物形態とすることが重要である。

注) 刻み食は、程度にもよるが、咀嚼に障害があっても食塊形成・移送には問題ないといった方以外には不適切。また、①食物は柔らかいか、②適度な粘度があつてバラバラになりにくい、③口腔や咽頭を通過するときに変形しやすいか、④べたついていないか(粘膜につきにくい)、などの観点を踏まえ、個々の利用者に応じた食物形態とすることが必要。

2 また、誤嚥防止の観点のみならず、口から食べる楽しみを尊重し、見た目、香りやにおい、味付け(味覚)、適切な温度、食感などの要素に配慮することも重要であり、複数の食材を混ぜてペースト状にして一律に提供することなどは適切でない。

3 摂取方法に関しては、それぞれの障害の状態に応じ、摂食・嚥下を行いやすい体位等があるため、誤嚥を防止するよう利用者ごとの適切な体位に配慮するとともに、テーブル、スプーンの形状等の食事環境や、摂取ペースなどにも配慮することが必要である。

介護老人保健施設

【試行的退所サービス費関係】

(問78) 「試行的退所サービス費」が新設されたが、この場合、施設の定員の扱いは外泊と同じでよいか。

(答) 外泊の取扱いと同様とする。

(問79) 「試行的退所サービス費」について、居宅サービスとは、介護給付の対象となっているもの全てが含まれるのか。また、訪問介護事業所等と契約してとあるが、契約とは、居宅サービス事業所と施設間で費用(利用料金)の設定をして、1日800単位の中から施設が居宅サービス事業者へ支払うこととされているが、その額は介護報酬単位のまま支払うこととするのか。

(答) 介護給付の対象となっている居宅サービス全てが含まれる。また、試行的退所サービスについては、老人保健施設と訪問介護事業所等の契約により在宅サービスを行うことになるが、その費用については事業所間の契約によって定められる。

(問80) 在宅期間についてのケアプランは、施設サービス計画と別に作成するのか。

(答) 試行的退所サービスの提供を行うに当たっては、介護老人保健施設の介護支援専門員が、試行的退所サービスに係る居宅サービスの計画を作成することとなる。その内容は、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配慮した計画を作成することが求められている。

(問81) 試行的退所サービス費を算定しない日に外泊時費用をとびとびに算定することは可能か。

(答) 試行的退所サービスは、退所して居宅において療養を継続する可能性が高い者に対して、自立した日常生活を営むことができるよう配慮した計画を作成し、当該計画期間内に実際に居宅サービスを提供し、在宅復帰を目指すことを目的とした加算であり、外泊時加算とはその趣旨が異なるものであるから、併せて算定することは考えていない。

【認知症ケア加算関係】

(問82) 入所者10人程度のサービスの中身は、食事・排泄・入浴等のケアやアクティビティケアの実施をその単位ごとに実施することとなるのか。

(答) 認知症専門棟の従業者の勤務体制については、継続性を重視したサービス提供に配慮するため、従業者が1人1人の入居者について個性、心身の状況、生活歴などを具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助するためにはいわゆる「馴染みの関係」を作ることが重要であることから10人単位の勤務体制を標準としたところ。

施設における介護サービスは、施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するようその者の心身の状況等を踏まえてその者の療養を適切に行うこととされており、画一的なサービスとならないよう配慮されたい。

(問83) サービスを行う単位ごとの入所者数が10人を標準とするとされているが、10人を超えて何人まで認められるか。また、居室を単位ごとに区分する必要はあるか。

(答) 各施設の設備構造や介護の状況等により各県で判断して差し支えない。

【リハビリテーション機能加算関係】

(問 84) リハビリテーション機能加算の見直しに関して、旧加算においては 50 : 1 以上の理学療法士、作業療法士等の人員配置が必須とされていたが、今回のリハビリテーションマネジメント加算においては、人員基準は特に定められていないのか。

(答) 老人保健施設におけるリハビリテーションマネジメント加算はサービス提供体制そのものを評価した加算ではないため、最低基準である入所者 : 理学療法士等 = 100 : 1 以上の人員基準しか規定されていない。

ただし、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1対1のリハビリテーションを週2回実施することが求められているため、相応の体制は必要と考える。

【短期集中リハビリテーション実施加算関係】

(問85) 短期集中リハビリテーション実施加算について、リハビリテーションマネジメントが行われていれば、連日の算定となるのか。または理学療法士、作業療法士等が個別なリハを実施した日に限り算定となるのか。その際、1人に付き何分以上という

時間的な条件があるのか。

- (答) 介護老人保健施設における短期集中リハビリテーション実施加算については、個別リハビリテーションを実施した日に限り算定できる。したがってリハビリテーションマネジメントの結果、1対1のリハビリテーションが連日にわたり必要と判断され、実施された場合は、連日の算定が可能である。なお介護老人保健施設における1対1のリハビリテーションは1単位20分以上である。

《Q&AVol.3から》

1. リハビリテーション関係

【全サービス関係】

①総則

- (問1) 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、整理して示されたい。

(答) 別紙1のとおり整理したところである。

②リハビリテーションマネジメント加算

- (問2) 改正後の老企第36号通知において、リハビリテーションマネジメント加算については、「その同意を得られた日から算定を開始する」と定められているが、平成18年4月分の取扱い如何。

(答) 平成18年4月分についてのみ、リハビリテーションマネジメントを実施しており、かつ、同月中に利用者の同意を得られた場合にあっては、平成18年4月1日以降で実施を開始した日に遡り算定できることとする。

- (問3) 「リハビリテーション実施計画書原案」は「リハビリテーション実施計画書」と同一の様式で作成してよいのか。

(答) 「リハビリテーション実施計画書原案」と「リハビリテーション実施計画書」は同一の様式を使用することができる。当該計画書については、「リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(老老発第0327001号)にてお示しした様式を参照されたい。

なお、介護給付費明細書の摘要欄には起算日の記載が必要となる。

- (問4) 今般の改定前に用いていた「リハビリテーション実施計画書」の様式を使用してよいのか。

(答) 従来の個別リハビリテーションと、今回のリハビリテーションマネジメントの計画内容に変更がなければ、平成18年4月分については、従来のリハビリテーション

実施計画書の様式の使用も可能である。

(問5) 老健施設及び療養型施設における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、①本人の自己都合、②体調不良等のやむを得ない理由により、実施回数、時間等の算定要件に適合しなかった場合はどのように取り扱うか。

(答) 老健施設及び療養型施設における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、正当な理由なく、算定要件に適合しない場合には、算定は認められない。

したがって、算定要件に適合しない場合であっても、①やむを得ない理由によるもの(利用者の体調悪化等)、②総合的なアセスメントの結果、必ずしも当該目安を超えていない場合であっても、それが適切なマネジメントに基づくもので、利用者の同意を得ているもの(一時的な意欲減退に伴う回数調整等)であればリハビリテーションマネジメント実施期間中の算定は認められる。

なお、その場合はリハビリテーション実施計画書の備考欄等に、当該理由等を記載する必要がある。

(問6) リハビリテーションマネジメント加算は、多職種協働にて行うリハビリテーションのプロセスを評価する加算とされているが、PT、OT等のリハビリテーション関係職種以外の者(介護職員)が直接リハビリテーションを行ってもよいか。

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

(問7) リハビリテーションマネジメント加算については利用者又は入所(院)者全員に算定する必要があるか。

(答) 当該加算は、原則全員に加算すべきものであるが、事業所又は施設の職員体制が整わない等の理由により、利用者又は入所(院)者全員に対して個別リハビリの実施回数、時間等の算定要件を満たすサービスを提供できない場合にあっては、加算の算定要件を満たすサービスを提供した利用者又は入所(院)者のみについて加算を算定することもできる。

ただし、その場合にあっては、利用者又は入所(院)者全員に対してリハビリテーションマネジメントを実施できる体制を整えるよう、体制の強化に努める必要がある。

③短期集中リハビリテーション実施加算関係

(問 8) 各リハビリテーション関係サービスの短期集中リハビリテーション実施加算の起算日となる「退院(所)日又は認定日」、「入所の日」が施行日(平成18年4月1日)前であった場合の算定の取扱い如何。

(答) 施行日(平成18年4月1日)前の「退院(所)日又は認定日」又は「入所の日」から起算して、利用者の該当する期間に応じて、18年4月1日以降、短期集中リハビリテーション実施加算の算定を行うこととする。

(例) 通所リハビリテーションの場合

平成18年3月15日に退院した利用者に対して、4月5日から短期集中リハビリテーションを実施した場合

4月5日～4月14日のうちの実施日

…短期集中リハビリテーション実施加算(1月以内) 180単位算定

4月15日～6月14日のうちの実施日

…短期集中リハビリテーション実施加算(1月超3月以内) 130単位算定

6月15日以降の実施日

…短期集中リハビリテーション実施加算(3月超) 80単位算定

(問 9) 短期集中リハビリテーション実施加算の算定に当たって、①本人の自己都合、②体調不良等のやむを得ない理由により、定められた実施回数、時間等の算定要件に適合しなかった場合はどのように取り扱うか。(問5と同旨)

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

したがって、算定要件に適合しない場合であっても、①やむを得ない理由によるもの(利用者の体調悪化等)、②総合的なアセスメントの結果、必ずしも当該目安を超えていない場合であっても、それが適切なマネジメントに基づくもので、利用者の同意を得ているもの(一時的な意欲減退に伴う回数調整等)であれば算定要件に適合するかたちでリハビリテーションを行った実施日の算定は認められる。

なお、その場合はリハビリテーション実施計画書の備考欄等に、当該理由等を記載する必要がある。

【介護老人保健施設関係】

①短期集中リハビリテーション実施加算関係

(問 12) 短期集中リハビリテーション実施加算については、「過去3か月の間に、当該介護老人保健施設に入所した事がない場合算定できる」とされているが、次の例の場合は算定可能か。(例:A老健に6か月入所した後、B老健に入所した場合のB老健における算定の可否。)

(答) 当該規定は、医療機関への入退所等により同一の老健施設に再入所した者について再度の加算の算定を制限するものであり、新たに別の老健施設に入所した場合にあっては、算定はできる。

ただし、新たに入所した別の老健施設において、当該加算を算定する場合は、リハビリテーションマネジメントにおいて、利用者の状態等の変化によって、新たに短期集中リハビリテーションの必要性があることが位置づけられている場合に限る。

②認知症短期集中リハビリテーション実施加算関係

(問 13) 「短期集中リハビリテーション実施加算」と「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」は同日に重複して加算することは可能か。

(答) 別単位として、それぞれのリハビリテーションが行われているものであれば算定できる。

(問 14) 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修了した医師」の研修とは具体的に何か。

(答) 認知症に係る早期診断に関する技術・知識を習得することを目的として行われる、全国老人保健施設協会が主催する「認知症ケア研修会」や、都道府県が実施する「認知症サポート医養成研修」が該当すると考えている。

《Q&AVol.4から》

施設サービス費関係

(問 4) 老健施設の短期入所療養介護を利用していた者が連続して当該老健施設に入所した場合について、短期集中リハビリテーション実施加算の起算日はいつか。

(答) 短期入所の後、リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等に変更等が無く、施設入所に移行した場合にあっては、当該加算の起算日は直前の短期入所療養介護の入所日からとなる。(初期加算の算定に準じて取り扱われたい。)

(問 5) 50人の認知症専門棟がある介護老人保健施設における認知症ケア加算を算定するための夜勤職員の配置は何人必要か。

(答) 夜勤職員の配置については、認知症専門棟かさんについて「20人に1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること」が必要であり、質問の場合には、3人の夜勤職員の配置が必要となる。

(例) 一般棟+認知症専門棟50人の老健施設の夜勤職員の配置

○一般棟部分に2人

(ただし、短期入所療養介護の利用者数と介護老人保健施設の入所者数の合

計数が40以下であって、常時、緊急時の連絡体制を整備している場合は1人以上)

○ 認知症専門棟部分に3人

(問6) 理学療法等において、入院日から起算して4月を超えた期間において、1月に合計して11回以上行った場合の減算の方法如何。

(答) 以下の方法により算定いただきたい。

(例) 平成18年3月20日に入院した場合

同年7月20日以降が入院日から起算して4月を超えた期間(以下「対象期間」という。)に該当する。当該対象期間において実施されるリハビリテーションであって、同年7月1日から起算して同月中に行われる合計11回目以降のものに当該減算が適用されることになる。

《Q&AVol.5 から》

(問3) 在宅復帰支援機能加算を算定するにあたり退所者の総数に死亡により退所した者も含めるのか。また、算定対象となる者について、「在宅において介護を受けることとなった者」とあるが、特定施設やグループホームに復帰した者も当該加算の対象となるのか。

(答) 在宅復帰支援機能加算における退所者の総数には死亡により退所した者を含む。また、特定施設やグループホームに復帰した者も当該加算の対象となる。

(問4) 介護老人保健施設におけるリハビリテーションマネジメント加算及び介護療養型医療施設の特設診療費におけるリハビリテーションマネジメントは、「個別リハビリテーション(1週に概ね2回以上、20分以上/日)の実施を要件(集団リハビリテーションのみの実施は不可)」(平成18年4月改定関係Q&A(vol.3)問1)とされているが、その具体的実施方法如何。

(答) 介護老人保健施設におけるリハビリテーションマネジメント加算及び介護療養型医療施設の特設診療費におけるリハビリテーションマネジメントの算定要件とされている「概ね1週につき2回以上の個別リハビリテーションの実施」とは、入所者ごとのリハビリテーション実施計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が入所者と1対1で概ね週2回以上行うこととされている(平成18年4月改定関係Q&A(vol.1)問84等)。

その場合の個別リハビリテーションの提供方法としては、週2回以上のうちの1回については、20分間以上にわたり1対1の個別リハビリテーションを実施することを必須とし、それ以外の回については、リハビリテーション実施計画上、入所

者にとって有効である場合については、概ね10名以下を1か所に集めて、それぞれの者に対して個別的なリハビリテーションを行いつつ、全体として20分以上のリハビリテーションを実施することも認められるものとする。

なお、介護老人保健施設における短期集中リハビリテーション実施加算及び介護療養型医療施設における短期集中リハビリテーションの要件とされている「1週につき概ね3日以上のリハビリテーションの実施」とは、上記リハビリ専門職種による入所者との1対1の個別リハビリテーションを3日以上実施するものである。

13 介護療養型医療施設

《Q&AVol.1 から》

介護保険施設(共通)

【在宅復帰支援機能加算関係】

(問68) 退所後に利用する居宅介護支援事業者への情報提供については、在宅復帰支援機能加算とは別に退所前連携加算が算定できるのか。

(答) 算定可能である。

(問69) 加算の対象となるか否かについて前6月退所者の割合により毎月判定するのか。

(答) 各施設において加算の要件に該当するか否か毎月判断いただくこととなる。その算定の根拠となった資料については、各施設に保管しておき、指導監査時等に確認することとなる。

(問70) 平成17年10月から当該加算の算定要件を満たしている事業所については、平成18年4月から算定は可能か。

(答) 加算の要件に該当すれば、算定可能である。

(問71) 在宅生活が1月以上継続する見込みであることを確認・記録していないケースや、入所者の家族や居宅介護支援事業者との連絡調整を行っていないケースがあれば、全入所者について算定できなくなるのか。

(答) 御質問のようなケースについては、「在宅において介護を受けることとなった数」にカウントできない。

【経口維持加算関係】

(問72) 水飲みテストとはどのようなものか。また、180日までの算定原則を外れる場合はどのようなときか。

(答) 水飲みテスト等による医師の診断により摂食機能障害を有している者が対象となる。

代表的な水飲みテスト法である窪田の方法(窪田俊夫他:脳血管障害における麻痺性嚥下障害—スクリーニングテストとその臨床応用について.総合リハ,10(2):271-276,1982)をお示しする。この場合、経口維持加算2は、「プロフィール3-5:異常」に該当する場合、対象となる。

また、180日の算定を外れる場合とは、当該入所者に誤嚥が認められなくなったと医師が判断した場合である。

なお、反復唾液嚥下テストで代替する場合にあっては、30秒以内に3回未満の場合に対象となる。

常温の水30mlを注いだ薬杯を椅座位の状態にある患者の健手に渡し、「この水をいつものように飲んでください」という。水を飲み終わるまでの時間、プロフィール、エピソードを測定、観察する。

「プロフィール」

1. 1回でむせることなく飲むことができる。
2. 2回以上に分けるが、むせることなく飲むことができる。
3. 1回で飲むことができるが、むせることがある。
4. 2回以上に飲むにもかかわらず、むせることがある。
5. むせることがしばしばで、全量飲むことが困難である。

「エピソード」

すすむような飲み方、含むような飲み方、口唇からの水の流出、むせながらも無理に動作を続けようとする傾向、注意深い飲み方など

プロフィール1で5秒以内:
正常範囲

プロフィール1で5秒以上、プロフィール2:
疑い

プロフィール3-5:
異常

(問73) 経口維持計画の内容を「サービス計画書」若しくは「栄養ケア計画書」の中にもめることは可能か。

(答) 当該加算に係る部分が明確に判断できれば差し支えない。

(問74) 経口維持加算の算定のためには、医師の診断書は必要か。医師の所見等でよいか。

(答) 医師の所見でよい。摂食機能障害の状況やそれに対する指示内容は診療録等に記録しておくこと。

(問75) 経口維持加算の「入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂取方法等における適切な配慮」とは具体的にどのようなことか。

(答) 1 例えば、一律に刻み食を提供することにより、かえって咳き込みやその結果としての誤嚥が生じてしまうといった事例も見受けられることから、経口による食事摂取を進めるためには、入所者が、食物を口の中で咀嚼することに障害があるのか、咀嚼後の食塊形成や移送に障害があるのか、といった個々の状況を把握し、これに応じた食物形態とすることが重要である。

注) 刻み食は、程度にもよるが、咀嚼に障害があっても食塊形成・移送には問題ないといった方以外には不適切。また、①食物は柔らかいか、②適度な粘度があってバラバラになりにくいのか、③口腔や咽頭を通過するときに変形しやすいか、④べたついていないか(粘膜につきにくいのか)、などの観点を踏まえ、個々の利用者に応じた食物形態とすることが必要。

2 また、誤嚥防止の観点のみならず、口から食べる楽しみを尊重し、見た目、香りやにおい、味付け(味覚)、適切な温度、食感などの要素に配慮することも重要であり、複数の食材を混ぜてペースト状にして一律に提供することなどは適切でない。

3 摂取方法に関しては、それぞれの障害の状態に応じ、摂食・嚥下を行いやすい体位等があるため、誤嚥を防止するよう利用者ごとの適切な体位に配慮するとともに、テーブル、スプーンの形状等の食事環境や、摂取ペースなどにも配慮することが必要である。

介護療養型医療施設

(問86) 介護療養型医療施設における療養環境減算については、基準省令(厚生省令第41号)で経過措置が設けられているものの、一定の基準を満たさない施設はその後の経過措置が廃止されることとなっているが、平成18年4月以降で新規に当該施設の申請を行いたい病院が、廃止される経過措置に該当している場合であっても指定を行うことができるのか。また、既に指定を受けた当該施設が、廃止される経過措置に該当している場合であっても、増床の申請をすることはできるのか。

(答) 都道府県におかれては療養環境減算の強化、経過措置の廃止等の趣旨に沿って、適切な指導をお願いしたい。

《Q&AVol.3から》

1. リハビリテーション関係

【全サービス関係】

①総則

(問1) 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、整理して示されたい。

(答) 別紙1のとおり整理したところである。

②リハビリテーションマネジメント加算

(問2) 改正後の老企第36号通知において、リハビリテーションマネジメント加算については、「その同意を得られた日から算定を開始する」と定められているが、平成18年4月分の取扱い如何。

(答) 平成18年4月分についてのみ、リハビリテーションマネジメントを実施しており、かつ、同月中に利用者の同意を得られた場合にあっては、平成18年4月1日以降で実施を開始した日に遡り算定できることとする。

(問3) 「リハビリテーション実施計画書原案」は「リハビリテーション実施計画書」と同一の様式で作成してよいのか。

(答) 「リハビリテーション実施計画書原案」と「リハビリテーション実施計画書」は同一の様式を使用することができる。当該計画書については、「リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(老老発第0327001号)にてお示しした様式を参照されたい。

なお、介護給付費明細書の摘要欄には起算日の記載が必要となる。

(問4) 今般の改定前に用いていた「リハビリテーション実施計画書」の様式を使用してよいのか。

(答) 従来の個別リハビリテーションと、今回のリハビリテーションマネジメントの計画内容に変更がなければ、平成18年4月分については、従来のリハビリテーション実施計画書の様式の使用も可能である。

(問5) 老健施設及び療養型施設における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、①本人の自己都合、②体調不良等のやむを得ない理由により、実施回数、時間等の算定要件に適合しなかった場合はどのように取り扱うか。

(答) 老健施設及び療養型施設における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、正当な理由なく、算定要件に適合しない場合には、算定は認められな

い。

したがって、算定要件に適合しない場合であっても、①やむを得ない理由によるもの（利用者の体調悪化等）、②総合的なアセスメントの結果、必ずしも当該目安を超えていない場合であっても、それが適切なマネジメントに基づくもので、利用者の同意を得ているもの（一時的な意欲減退に伴う回数調整等）であればリハビリテーションマネジメント実施期間中の算定は認められる。

なお、その場合はリハビリテーション実施計画書の備考欄等に、当該理由等を記載する必要がある。

（問6）リハビリテーションマネジメント加算は、多職種協働にて行うリハビリテーションのプロセスを評価する加算とされているが、PT、OT等のリハビリテーション関係職種以外の者（介護職員）が直接リハビリテーションを行ってもよいか。

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

（問7）リハビリテーションマネジメント加算については利用者又は入所（院）者全員に算定する必要があるか。

（答） 当該加算は、原則全員に加算すべきものであるが、事業所又は施設の職員体制が整わない等の理由により、利用者又は入所（院）者全員に対して個別リハビリの実施回数、時間等の算定要件を満たすサービスを提供できない場合にあっては、加算の算定要件を満たすサービスを提供した利用者又は入所（院）者のみについて加算を算定することもできる。

ただし、その場合にあっては、利用者又は入所（院）者全員に対してリハビリテーションマネジメントを実施できる体制を整えるよう、体制の強化に努める必要がある。

③短期集中リハビリテーション実施加算関係

（問8）各リハビリテーション関係サービスの短期集中リハビリテーション実施加算の起算日となる「退院（所）日又は認定日」、「入所の日」が施行日（平成18年4月1日）前であった場合の算定の取扱い如何。

（答） 施行日（平成18年4月1日）前の「退院（所）日又は認定日」又は「入所の日」から起算して、利用者の該当する期間に応じて、18年4月1日以降、短期集中リハビリテーション実施加算の算定を行うこととする。

（例）通所リハビリテーションの場合

平成18年3月15日に退院した利用者に対して、4月5日から短期集中リハビリテーションを実施した場合

4月5日～4月14日のうちの実施日

…短期集中リハビリテーション実施加算（1月以内）180単位算定

4月15日～6月14日のうちの実施日

…短期集中リハビリテーション実施加算（1月超3月以内）130単位算定

6月15日以降の実施日

…短期集中リハビリテーション実施加算（3月超）80単位算定

（問9）短期集中リハビリテーション実施加算の算定に当たって、①本人の自己都合、②体調不良等のやむを得ない理由により、定められた実施回数、時間等の算定要件に適合しなかった場合はどのように取り扱うか。（問5と同旨）

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

したがって、算定要件に適合しない場合であっても、①やむを得ない理由によるもの（利用者の体調悪化等）、②総合的なアセスメントの結果、必ずしも当該目安を超えていない場合であっても、それが適切なマネジメントに基づくもので、利用者の同意を得ているもの（一時的な意欲減退に伴う回数調整等）であれば算定要件に適合するかたちでリハビリテーションを行った実施日の算定は認められる。

なお、その場合はリハビリテーション実施計画書の備考欄等に、当該理由等を記載する必要がある。

《Q&AVol.4から》

施設サービス費関係

（問4）老健施設の短期入所療養介護を利用していた者が連続して当該老健施設に入所した場合について、短期集中リハビリテーション実施加算の起算日はいつか。

（答）短期入所の後、リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等に変更等が無く、施設入所に移行した場合にあつては、当該加算の起算日は直前の短期入所療養介護の入所日からとなる。（初期加算の算定に準じて取り扱われたい。）

（問6）理学療法等において、入院日から起算して4月を超えた期間において、1月に合計して11回以上行った場合の減算の方法如何。

（答）以下の方法により算定いただきたい。

（例）平成18年3月20日に入院した場合

同年7月20日以降が入院日から起算して4月を超えた期間（以下「対象期間」

という。)に該当する。当該対象期間において実施されるリハビリテーションであって、同年7月1日から起算して同月中に行われる合計11回目以降のものに当該減算が適用されることになる。

《Q&AVol.5から》

(問2) 介護療養型医療施設における短期集中リハビリテーション実施加算の算定に当たり、同一医療機関内で医療保険適用病床(一般病床・療養病床)から介護療養病床へ転床した場合の起算日はいつか。

(答) 介護療養病床への転床日が起算日となる。

(問3) 在宅復帰支援機能加算を算定するにあたり退所者の総数に死亡により退所した者も含めるのか。また、算定対象となる者について、「在宅において介護を受けることとなった者」とあるが、特定施設やグループホームに復帰した者も当該加算の対象となるのか。

(答) 在宅復帰支援機能加算における退所者の総数には死亡により退所した者を含む。また、特定施設やグループホームに復帰した者も当該加算の対象となる。

(問4) 介護老人保健施設におけるリハビリテーションマネジメント加算及び介護療養型医療施設の特定診療費におけるリハビリテーションマネジメントは、「個別リハビリテーション(1週に概ね2回以上、20分以上/日)の実施を要件(集団リハビリテーションのみの実施は不可)」(平成18年4月改定関係Q&A(vol.3)問1)とされているが、その具体的実施方法如何。

(答) 介護老人保健施設におけるリハビリテーションマネジメント加算及び介護療養型医療施設の特定診療費におけるリハビリテーションマネジメントの算定要件とされている「概ね1週につき2回以上の個別リハビリテーションの実施」とは、入所者ごとのリハビリテーション実施計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が入所者と1対1で概ね週2回以上行うこととされている(平成18年4月改定関係Q&A(vol.1)問84等)。

その場合の個別リハビリテーションの提供方法としては、週2回以上のうちの1回については、20分間以上にわたり1対1の個別リハビリテーションを実施することを必須とし、それ以外の回については、リハビリテーション実施計画書上、入所者にとって有効である場合については、概ね10名以下を1か所に集めて、それぞれの者に対して個別的なリハビリテーションを行いつつ、全体として20分以上のリハビリテーションを実施することも認められるものとする。

なお、介護老人保健施設における短期集中リハビリテーション実施加算及び介護

療養型医療施設における短期集中リハビリテーションの要件とされている「1週につき概ね3日以上のリハビリテーションの実施」とは、上記リハビリ専門職種による入所者との1対1の個別リハビリテーションを3日以上実施するものである。

居宅介護支援における特定事業所加算に係る基準の遵守状況に関する記録（保存用）〔継続〕

平成 年 月サービス提供分

区 分	1 新規	2 継続	3 廃止
-----	------	------	------

1 管理者の状況（イ関係）

主任介護支援専門員研修	1 修了 2 未修了 〔修了年月日：平成 年 月 日〕 〔研修機関名： 〕
-------------	---

（未修了の場合）

ケアマネジメントリーダー養成研修	1 修了 2 未修了	実務経験	年 月
主任介護支援専門員研修受講予定	有（平成 年 月予定） ・ 無		

※ 「実務経験」は、介護支援専門員としての実務経験を記載すること。

2 介護支援専門員の状況（ロ関係）

介護支援 専門員数	人	内 訳	常 勤	専従 兼務	人 人	非常勤	専従 兼務	人 人
--------------	---	--------	-----	----------	--------	-----	----------	--------

※ 介護支援専門員の名簿（介護支援専門員の登録番号を記載したもの）を添付すること。

3 利用者の状況（ホ、リ関係）

＜報告月の状況＞

利用者数 (A)	人	介護支援専門員数(B) (常勤換算)	人	1人あたり 利用者数 (A)÷(B)	人
介護予防支援の受託の有無		有 ・ 無			

＜前3ヶ月の利用者数＞

	利用者数 (合計)	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	経過的 要介護	要介護3～ 5の割合
前 月	人	人	人	人	人	人	人	%
2か月前	人	人	人	人	人	人	人	%
3か月前	人	人	人	人	人	人	人	%
前3ヶ月の平均割合								%

※ 地域包括支援センターから支援困難な利用者として紹介を受けた利用者の人数については、内数として（ ）書きで付記すること。

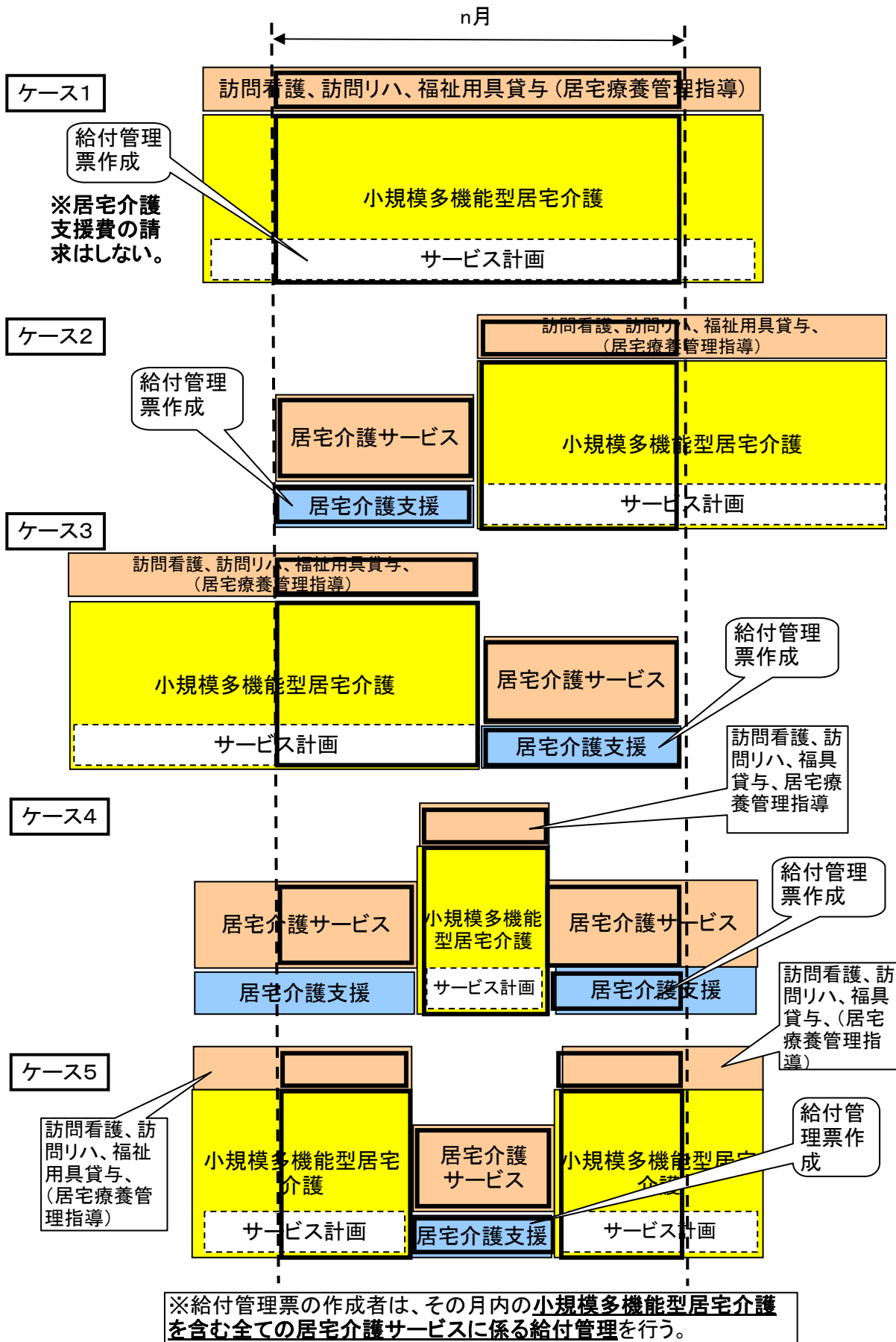
4 その他（ハ、ニ、ヘ、ト、チ関係）

<p>① 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を概ね週1回以上開催している。 ※ 「有」の場合には、開催記録を添付すること。</p>	<p>有 ・ 無 （開催年月日）</p>
<p>② 24時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保している。</p>	<p>有 ・ 無 （具体的な方法：）</p>
<p>③ 計画に基づき研修を実施した。 ※ 「有」の場合には、研修の実施計画及び実施状況を示した書面を添付すること。</p>	<p>有 ・ 無</p>
<p>④ 地域包括支援センター等との連携について ア （地域包括支援センターから支援困難な利用者の紹介があった場合）当該利用者に居宅介護支援の提供を開始した。 イ 地域包括支援センターから支援困難な利用者の紹介があった場合には、引き受けられる体制を整えている。 ウ （地域包括支援センター等が開催する事例検討会等がある場合）当該事例検討会等に参加した。</p>	<p>有 ・ 無 （開始件数： 件） 有 ・ 無 （具体的な体制：） 有 ・ 無 （参加年月日：）</p>
<p>⑤ 減算の適用について ア 運営基準減算が適用されている。 イ 特定事業所集中減算が適用されている。 ・ 訪問介護において、紹介率が最も高い法人 法人名： 占有率： % ・ 通所介護において、紹介率が最も高い法人 法人名： 占有率： % ・ 福祉用具貸与において、紹介率が最も高い法人 法人名： 占有率： % ※ その他サービスにつき、紹介率が90%を超えるものの有無</p>	<p>有 ・ 無 有 ・ 無 ※有無にかかわらず、左記を記載すること。 有 ・ 無 （サービス名及び占有率：）</p>

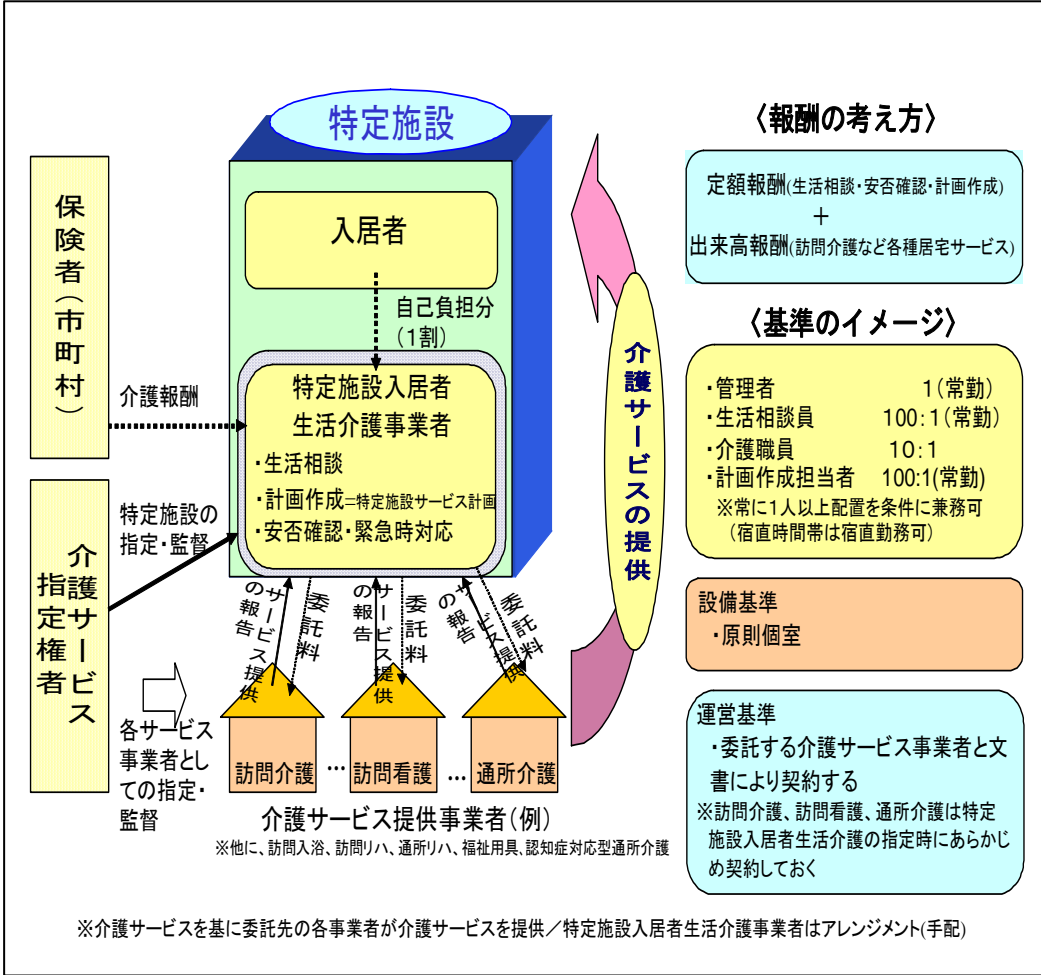
※ 占有率 = $\frac{\text{当該サービスのうち、最も紹介率が高い法人が位置付けられた計画数}}{\text{当該サービスを位置付けた計画数}}$

Q&A vol.2
問38関係

1月未満の小規模多機能型居宅介護利用の
場合の居宅介護支援費の取扱い



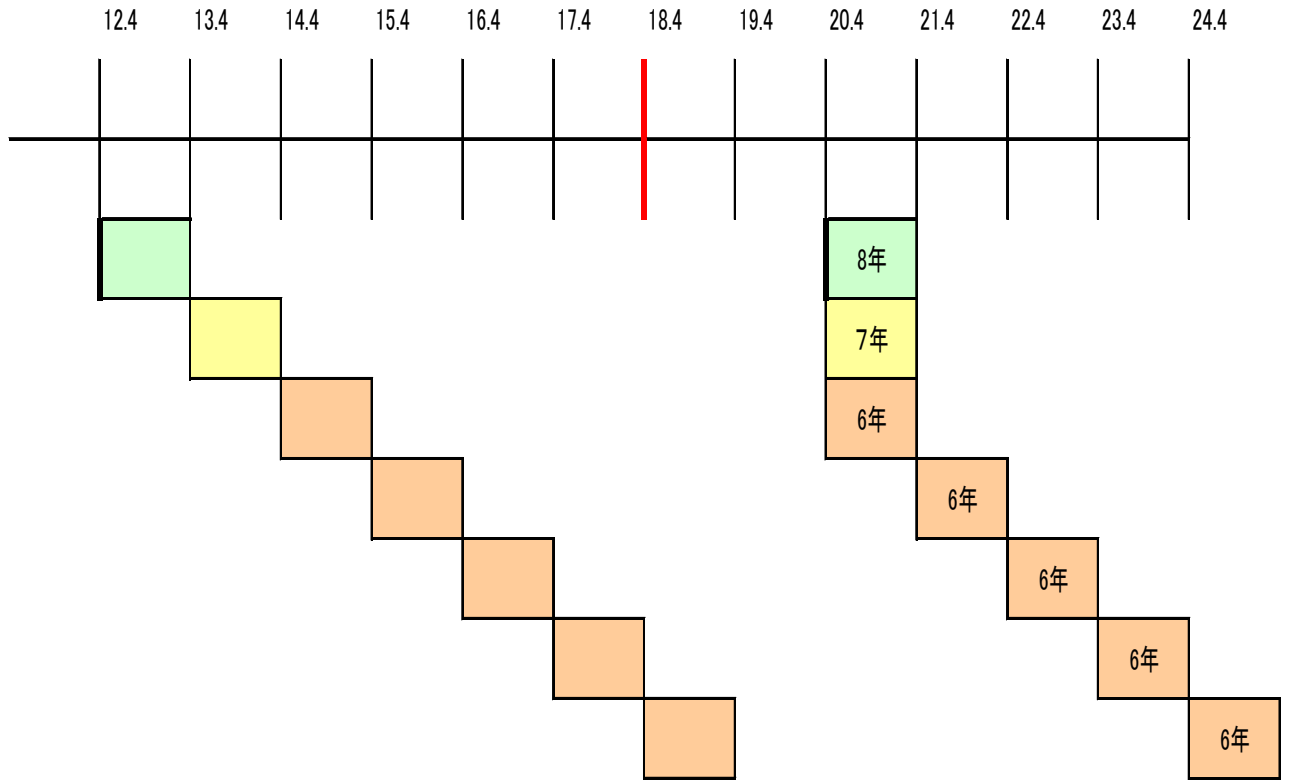
Q&A vol.2 問43関係



リハビリテーション等に係る算定内容の取扱いについて

サービス名	基本部分・加算について	個別リハビリテーションの必要性	回数・時間	算定期間	備考
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)	リハビリテーションマネジメント加算	要	— 〔リハビリテーションの回数・時間については、 リハビリテーションマネジメントの結果に 応じて設定すること〕	実施日	
	短期集中リハビリテーション実施加算	要	1週に概ね2回以上 20分以上/日	実施日	退院・退所日又は認定日から3月以内
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	要	— 〔リハビリテーションの回数・時間については、 リハビリテーションマネジメントの結果に 応じて設定すること〕	実施日 (個別リハビリテーションを実施 していない日においても算定可)	個別リハビリテーション の実施を要件とする (集団リハビリテーション のみ実施は不可)
	短期集中リハビリテーション実施加算	要	3月以内：1週に概ね2回以上 40分以上/日 3月超：20分以上/日	実施日	リハビリテーションマネジメント の実施を要件とする 退院・退所日又は認定日から 3月以内・3月超も算定可
介護老人保健施設サービス	リハビリテーションマネジメント加算	要	— 〔リハビリテーションの回数・時間については、 リハビリテーションマネジメントの結果に 応じて設定すること〕	入所期間中 (リハビリテーション マネジメント実施期間中)	個別リハビリテーション (1週に概ね2回以上 20分以上/日) の実施を要件とする (集団リハビリテーション のみ実施は不可)
	短期集中リハビリテーション実施加算	要	1週に概ね3日以上 20分以上/日	実施日	リハビリテーションマネジメント の実施を要件とする 入所日から3月以内
	認知症短期集中リハビリテーション加算	要	20分以上/日	実施日	算定は1週に3回を限度とする 入所日から3月以内
介護療養施設サービス (特定診療費)	理学療法・作業療法・言語聴覚療法・ 摂食機能療法	要	20分以上/日	実施日	
	リハビリテーションマネジメント加算	要	— 〔リハビリテーションの回数・時間については、 リハビリテーションマネジメントの結果に 応じて設定すること〕	入所期間中 (リハビリテーション マネジメント実施期間中)	個別リハビリテーション (1週に概ね2回以上 20分以上/日) の実施を要件とする (集団リハビリテーション のみ実施は不可)
	短期集中リハビリテーション実施加算	要	1週に概ね3日以上 20分以上	実施日	リハビリテーションマネジメント の実施を要件とする 入所日から3月以内

事業者の指定更新に関する経過措置のイメージ



12年4月1日から14年3月31日……19年4月1日から20年3月31日までに応答する日から1年

14年4月1日以降……指定を受けた日から6年

※たとえば12年4月1日に指定を受けた事業者の更新期限は、20年3月31日までとなる。

(参考条文)

介護保険法施行令附則

(指定又は許可の有効期間の経過措置)

第七条 平成十七年改正法附則第十条又は附則第三条若しくは第五条の規定により新法第四十一条第一項本文、第四十二条の二第一項本文、介護保険法(以下「法」という。)第四十六条第一項、第四十八条第一項第一号若しくは第三号若しくは新法第五十四条の二第一項本文の指定又は法第九十四条第一項の許可を受けたものとみなされた者の当該指定又は許可に係る施行日後の最初の更新については、新法第七十条の二第一項(新法第七十八条の十一、第一百五十五条の十、第一百五十五条の十九及び第一百五十五条の二十八において準用する場合を含む。)、第七十九条の二第一項、第八十六条の二第一項、第九十四条の二第一項及び第一百七条の二第一項中「六年ごと」とあるのは、「介護保険法等の一部を改正する法律(平成十七年法律第七十七号)第三条の規定による改正前の介護保険法第四十一条第一項本文、第四十六条第一項若しくは第四十八条第一項第一号若しくは第三号の指定又は第九十四条第一項の許可を受けた日から六年(平成十四年四月一日以前に当該指定又は許可を受けた者については、平成十九年四月一日から平成二十年三月三十一日までの間において、当該指定又は許可を受けた日に応当する日から一年)を経過する日までとする。

平成18年4月報酬改定等関係本県通知集

この資料は、平成18年4月報酬改定に関する注意事項等について、本県が発出した通知を収録したものです。

- ① 居宅介護支援の初回加算について(H18.5.22 事務連絡)
- ② 個人情報の適正管理の徹底について(H18.6.27 高対第 270 号)
- ③ 通所介護費に係る人員欠如減算の取扱いについて(H18.7.4 事務連絡)
- ④ 高齢者に対する虐待防止の徹底について(H18.8.17 高対第 380 号)
- ⑤ 居宅介護支援費に関する特定事業所集中減算の取扱いについて(H18.9.7 高対第 442 号)
- ⑥ 感染症予防対策の徹底について(H18.9.15 高対第 457 号)
- ⑦ 事業所評価加算に関する届出等について(H18.9.29 高対第 482 号)
- ⑧ 指定介護老人福祉施設における重度化対応加算について(H18.12.21 高対第 671 号)

指定居宅介護支援事業所 御中

栃木県保健福祉部高齢対策課介護保険班

居宅介護支援の初回加算について

居宅介護支援の初回加算については、「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年老企第36号）第三 居宅介護支援費に関する事項において、次のとおり示されたところです。

8. 初回加算

介護給付の初回加算（I）の算定における初回加算の算定について、具体的には次のような場合に算定される。

- ① 新規に認定を受けて居宅サービス計画を作成する場合
- ② 要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合
- ③ 要介護状態区分が2段階以上に変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合

また、平成18年3月27日付け平成18年4月改定関係Q&A (Vol.2)問10で介護予防支援の考え方が示されました。

問10 介護予防支援業務を委託している居宅介護支援事業所が変更となった場合についても、初回加算を算定できるのか。また、転居等により介護予防支援事業所が変更となった場合はどうか。

(答) 前者のケースについては、委託された居宅介護支援事業所は変更になっても、当該介護予防支援事業所としては初めて当該利用者を担当するわけではないので、初回加算を算定することはできない。

また、後者のように、転居等により介護予防支援事業所が変更となった場合については、介護予防支援事業所としては初めて当該利用者を担当するわけなので、初回加算を算定することが可能である。

上記Q&Aが示されたことに伴い、居宅介護支援事業所の取り扱いについて疑義が生じたことから厚生労働省老健局老人保健課に確認したところ、転居等(やむを得ない理由)により居宅介護支援事業所が変更になった場合も介護予防支援事業者が変更になった場合と同様に、初回加算は算定可能との回答がありました。

したがって、居宅介護支援事業所として初めて当該利用者を担当する場合は、介護給付の初回加算（I）が算定可能となります。

〔 高齢対策課介護保険班 〕
TEL 028-623-3149、3153

高対第 270 号
平成 18 年 6 月 27 日

指定居宅サービス事業所
指定居宅介護支援事業所
介護保険施設

} 開設法人の代表者 様

栃木県保健福祉部高齢対策課長
(公 印 省 略)

個人情報の適正管理の徹底について（通知）

日頃から、高齢者福祉の推進に御協力をいただき感謝申し上げます。

介護保険法に規定する居宅サービス事業者等が行う個人情報の適正な取り扱いについては、「個人情報の保護に関する基本方針等について」(平成 16 年 9 月 7 日付け厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長、社会・援護局障害保健福祉部企画課長及び老健局総務課長通知)等に基づき、適正に管理されていることと存じます。

今般、駐車中の車両からケアプランが盗難に遭うという事件が本県内に於いて発生しました。各法人におかれましては、管下職員に対し、訪問調査等の際の記録の適正管理について再度徹底を図られるようお願いいたします。

また、ファイル交換ソフトを経由して大量の情報が流失する等の事故も多発しており、各事業所等で管理している電子情報についても適正管理を徹底するよう併せてお願いいたします。

〔 高齢対策課介護保険班 〕
TEL 028-623-3149、3153

事務連絡
平成18年7月4日

指定通所介護事業所の管理者様

栃木県保健福祉部高齢対策課介護保険班

通所介護費に係る人員欠如減算の取扱いについて

このことについては、従来一日単位での減算を行っていましたが、介護予防通所介護が月単位の定額報酬とされたことから減算が一月単位となり、これに合わせ、居宅サービスの通所介護も同様に一月単位で減算を行うこととされました。

このたび、別紙のとおり、厚生労働省老健局老人保健課から、通所介護における看護職員についての具体的な人員欠如の計算方法についてQ&Aが発出されたので、これにより適切に介護報酬の請求事務を行ってください。

また、介護職員については次の計算式により月単位で計算し、基準を満たさない場合は翌月分を3割減算することとなりますのでご注意ください。

【介護職員の計算方法】

- 指定通所介護の単位ごとの利用者数が15人まで
当該月の介護職員の延べ勤務時間数/当該月のサービス提供延べ時間数 ≥ 1
- 利用者数が16人から20人まで
上記計算式で求めた数が2以上
- それ以上、利用者の数が5人又はその端数を増すごとに1を加えた数以上

なお、この措置は平成18年4月1日に遡って適用されますが、過誤調整等が必要な場合の具体的事務手続きについては、栃木県国民健康保険団体連合会（TEL028-643-5400）にお問い合わせください。

高齢対策課介護保険班

Tel 028-623-3149

Fax 028-623-3925

別紙

《平成18年4月改定関係Q&A vol.1 (H18.3.22)から》

(問17) 介護予防通所介護・通所リハビリテーションの定員超過・人員欠如の減算については、歴月を通じて人員欠如の場合のみを減算とするのか。

(答) 介護予防通所介護・通所リハビリテーションについては、月単位の包括報酬とされていることから、従来の一単位での減算が困難であるため、前月の平均で定員超過・人員欠如があれば、次の月の全利用者について所定単位数を70%を算定する取扱いとしたところである。なお、この取扱いについては、居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションについても同様としたので留意されたい。

《平成18年4月改定関係Q&A vol.5 (H18.6.30)から》

(問1) 平成18年4月改定関係Q&A (vol.1) 問17において示された通所介護における看護職員についての具体的な人員欠如の計算方法如何。

(答) 通所介護における看護職員については、月平均で1名以上のを配置するものとしているところであるが、この場合の減算の考え方は、「指定居宅サービス費の額の算定基準(短期入所サービス等に係る部分)等の制定に伴う実施上の留意事項」(平11年老企第40号)に定められた介護保険施設等における人員欠如減算と同様、人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合には、翌月分を減算することとする。なお、この措置は4月1日に遡って適用することとする。

(算定式)(単位ごと)

サービス提供日に配置された延べ人数

≥ 0.9

サービス提供日

高対第380号
平成18年8月17日

指定居宅サービス事業所
指定居宅介護支援事業所
介護保険施設
軽費老人ホーム（宇都宮市所管を除く）
養護老人ホーム（宇都宮市所管を除く）
有料老人ホーム（宇都宮市所管を除く）

開設法人の代表者 様

栃木県保健福祉部高齢対策課長
(公 印 省 略)

高齢者に対する虐待防止の徹底について（通知）

日頃、高齢者福祉の推進に御協力をいただき感謝申し上げます。

今般、東京都内の特別養護老人ホームにおいて、施設職員が入所者に対し性的な虐待発言をするという事件が発生しました。

高齢者への虐待は深刻な問題であり、本年4月から施行された「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（以下「高齢者虐待防止法」という。）において、介護保険施設等（居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所を含む。）での高齢者虐待の防止等が規定されたところであり、施設の設置者等にも、施設従事者等の研修の実施、苦情処理の体制整備等、高齢者虐待の防止等のための措置を講ずることが義務づけられました。

各法人におかれましては、管下職員に対し、高齢者に対する虐待とその防止について周知徹底するとともに、必要な対策を早急に講じるようお願いいたします。

なお、高齢者虐待防止法の詳細については、厚生労働省HP「高齢者虐待防止関連情報」(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/boushi/060424/index.html>)を参照してください。

高齢対策課 介護保険班 TEL028-623-3149 生きがづくり担当 TEL028-623-3049
--

各居宅介護支援事業所 管理者 様

栃木県保健福祉部高齢対策課長
(公 印 省 略)

居宅介護支援費に関する特定事業所集中減算の取扱いについて

日頃より高齢者施策の推進に、御協力をいただき感謝申し上げます。

さて、今回の介護保険制度改正に伴い、居宅介護支援の特定事業所集中減算が新たに設けられました。

その内容は、「正当な理由なく、当該指定居宅介護支援事業所において前6月間に作成した指定訪問介護、指定通所介護又は福祉用具貸与の提供総数のうち、同一の訪問介護サービス等に係る事業者によって提供されたものの占める割合が100分の90を超えている」場合、当該事業所が実施する減算適用期間の居宅介護支援のすべてについて、月200単位を所定単位数から減算するという大変厳しいものとなっています。

すべての居宅介護支援事業者は、毎年度2回(9月15日及び3月15日までに)3つのサービスの紹介率最高法人の名称等について記載した書類を作成し、90%を超えた場合はその書類を下記により県に提出願います。

なお、90%を超えている場合であって、正当な理由がある場合においては、その正当な理由も併せて提出することになりますが、正当な理由の範囲については、都道府県が地域的な事情等も含め諸般の事情を総合的に勘案して適正に判断することとされており、各事業者において理由を記載した場合であっても、知事が不相当と判断し、特定事業所集中減算を適用することがあります。

なお、算定に当たっては、同一法人格を有する法人単位で判断します。

厚生労働省の例示に基づき、本県の地域的な事情等を踏まえ、以下の例は「正当な理由」に該当すると考えます。

1 サービス事業所が少数である場合

- ① 訪問介護及び福祉用具貸与 居宅介護支援事業者の所在市町を事業の実施地域とする事業所が各サービスごとに5事業所未満である場合
- ② 通所介護 居宅介護支援事業者の通常の事業の実施地域に所在する事業所が5事業所未満である場合

2 特別地域居宅介護支援加算を受けている居宅介護支援事業所

※栃木県における特別地域

- ① 佐野市(旧野上村・旧飛駒村・旧氷室村)、鹿沼市(旧加蘇村・旧西大芦村・旧板荷村・旧栗野町・旧永野村・旧粕尾村)、日光市(旧日光町・旧小来川村・旧足尾町・旧栗山村・旧藤原町・旧三依村)、矢板市(旧泉村)、大田原市(旧須賀川村・旧両郷村)、那須塩原市(旧高林村・旧塩原町)、茂木町(旧逆川村)、塩谷町(旧玉生村)、那須町(旧伊王野村・旧芦野町)、那珂川町(旧大内村・旧大山田村)
(山村振興法第7条第1項により指定された振興山村(旧市町村単位))
- ② 鹿沼市深程の区域
(厚生労働大臣が定める特例居宅介護サービス費等の支給に係る離島その他の地域の基準第号の規定に基づき厚生労働大臣が定める地域)

3 判定期間の1月当たりの平均居宅サービス計画件数が20件以下である居宅介護支援事業所

4 その他正当な理由として知事が認めた場合

※ 具体例

- ① 訪問介護 特定事業所加算(I)を算定している など
- ② 通所介護 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による個別機能訓練が提供されている など

③ 福祉用具 他社と同一品目、同程度のサービスにもかかわらず著しく低廉な価格で提供している など
 なお、単に利用者の希望による等の理由は認めらず、客観的評価ができるよう具体的に記述すること。

記

1 対象 指定訪問介護、指定通所介護又は福祉用具貸与の提供総数のうち、同一の訪問介護サービス等に係る事業者（法人）によって提供されたものの占める割合が 100 分の 90 を超えている指定居宅介護支援事業所

2 提出期限

- ① 判定期間前期 3月1日から8月末日まで 9月15日
 (平成18年度は4月1日から8月末日まで 9月20日(水)必着)
- ② 判定期間後期 9月1日から2月末日まで 3月15日

3 提出先

提出先(所管)	事業所が所在する市町
県西健康福祉センター 〒322-0068 鹿沼市今宮町 1664-1 TEL0289-64-3125	鹿沼市、日光市、西方町
県東健康福祉センター 〒321-4305 真岡市荒町 2-15-10 TEL0285-82-3321	真岡市、二宮町、益子町、茂木町、市貝町、芳賀町
県南健康福祉センター 〒323-0811 小山市犬塚 3-1-1 TEL0285-22-0302	栃木市、小山市、下野市、上三川町、壬生町、野木町、大平町、藤岡町、岩舟町、都賀町
県北健康福祉センター 〒324-8585 大田原市住吉町 2-14-9 TEL0287-22-2257	大田原市、矢板市、那須塩原市、さくら市、那須烏山市、上河内町、河内町、塩谷町、高根沢町、那須町、那珂川町
安足健康福祉センター 〒326-0032 足利市真砂町 1-1 TEL0284-81-5900	足利市、佐野市
栃木県保健福祉部高齢対策課介護保険班 〒320-8501 宇都宮市埜田 1-1-20 TEL028-623-3149・3153	宇都宮市

4 提出書類 別添様式(要件を具備していれば任意様式でも可)

5 その他 同一の訪問介護サービス等に係る事業者(法人)によって提供されたものの占める割合が 100 分の 90 を超えなかった場合も、別添様式 1 を作成し 2 年間保存すること。

高齢対策課介護保険班
TEL028-623-3149・3153

居宅介護支援における特定事業所集中減算報告書 (提出用 兼 保存用)

平成 年 月 日

栃木県知事 様

法人名
住所・電話番号
代表者氏名

印

事業所番号	0	9									
事業所名											
事業所住所・電話番号											
事業所管理者名											
判定期間	平成	年度	(前期 ・ 後期)	前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
				後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月	
①居宅サービス計画の総数											
訪 問 介 護	②訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数										A
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数										B
	紹介率最高法人の名称										
	住所										
	代表者名										
	事業所名1										
	事業所名2										
④割合 (B÷A×100)										単位：%	
⑤90%を超えている場合の理由											
通 所 介 護	②通所介護を位置付けた居宅サービス計画数										C
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数										D
	紹介率最高法人の名称										
	住所										
	代表者名										
	事業所名1										
	事業所名2										
④割合 (D÷C×100)										単位：%	
⑤90%を超えている場合の理由											
福 祉 用 具 貸 与	②福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数										E
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数										F
	紹介率最高法人の名称										
	住所										
	代表者名										
	事業所名1										
	事業所名2										
④割合 (F÷E×100)										単位：%	
⑤90%を超えている場合の理由											

※1 前期とは、3月1日から8月末日まで(ただし、平成18年度は4月1日から8月末日まで) 後期とは、9月1日から2月末日まで
 ※2 いずれかのサービスの割合が90%を超えているときは、この書類を高齢対策課・各健康福祉センターに提出してください。
 ※3 提出期限(前期は9月15日、後期は3月15日)までに提出してください。(平成18年度は9月20日まで)
 ※4 この書類はすべての居宅介護支援事業所が作成し、2年間保存する必要があります。
 ※6 事業所ごとに作成してください。法人単位ではありません。
 ※7 記載された理由が正当な理由に該当するかどうかは、県が適正に判断します。

栃木県知事 福田 富一 様

記入例

平成 18 年 9 月 15 日

法人名 株式会社塙田ケアサービス
 法人住所 宇都宮市塙田1-1-20
 代表者氏名 塙木 花子
 電話番号 028-623-1212



事業所番号	0	9	7	0	0	0	5	1	5	1
事業所名	ケアプランはなわだ									
事業所住所・電話番号	宇都宮市塙田1-1-20 栃木県合同庁舎2階									
事業所管理者名	塙木 ケンタ									

判定期間 平成18年度 (前期)・後期)		前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計	
		後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月		
訪 問 介 護	①居宅サービス計画の総数			70	69	70	68	70	347	
	②訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数			41	40	39	38	41	199 A	
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数			19	18	17	16	21	91 B	
	紹介率最高法人の名称	株式会社宇都宮								
	住所	宇都宮市塙田1-1-20 栃木県合同庁舎2階								
	代表者名	塙木 太郎								
	事業所名1	訪問介護宇都宮								
	事業所名2	訪問介護宇都宮西								
	④割合 (B÷A×100)									単位：% 45.7%
	⑤90%を超えている場合の理由									
通 所 介 護	②通所介護を位置付けた居宅サービス計画数			20	21	24	22	19	106 C	
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数			12	13	13	11	9	58 D	
	紹介率最高法人の名称	特定非営利活動法人ちいしばっば								
	住所	宇都宮市旭1-1-5								
	代表者名	宇都宮 三郎								
	事業所名1	デイサービスちいしばっば								
	事業所名2									
	④割合 (D÷C×100)									単位：% 54.7%
	⑤90%を超えている場合の理由									
	福 祉 用 具 貸 与	②福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数			11	11	12	12	11	57 E
③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数				10	10	11	11	10	52 F	
紹介率最高法人の名称		株式会社なんでも介護レンタルサービス								
住所		宇都宮市塙田1-1-20								
代表者名		塙木 四郎								
事業所名1		なんでも介護レンタルサービス宇都宮								
事業所名2		なんでも介護レンタルサービス河内								
④割合 (F÷E×100)										単位：% 91.2%
⑤90%を超えている場合の理由		なんでも介護レンタルサービスは利用者への2週間に一度の定期的訪問を実施し、更に貸与価格も他事業所と比較し著しく低価で特殊寝台(付属品を含む)を提供している。具体的な価格比較表等は別添のとおり。								

※1 前期とは、3月1日から8月末日まで(ただし、平成18年度は4月1日から8月末日まで) 後期とは、9月1日から2月末日まで
 ※2 いずれかのサービスの割合が90%を超えているときは、この書類を高齢対策課・各健康福祉センターに提出してください。
 ※3 提出期限(前期は9月15日、後期は3月15日)までに提出してください。(平成18年度は9月20日まで)
 ※4 この書類はすべての居宅介護支援事業所が作成し、2年間保存する必要があります。
 ※6 事業所ごとに作成してください。法人単位ではありません。
 ※7 記載された理由が正当な理由に該当するかどうかは、県が適正に判断します。

介護支援専門員2名、訪問介護の利用者55名、訪問介護事業者(法人)の数5の居宅介護支援事業所の計算例

どの法人に訪問介護サービスを位置付けたか(分子)

訪問介護のケアプラン(分母)

法人→	4月					5月					6月					7月					8月					4月	5月	6月	7月	8月	
	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E						
利用者1	1																									1					
利用者2		1																								1					
利用者3	1						1																		1	1					
利用者4		1						1																	1	1					
利用者5	1							1																	1	1					
利用者6		1							1																1	1					
利用者7	1								1																1	1					
利用者8	1								1																1	1					
利用者9		1								1															1	1					
利用者10	1							1					1												1	1	1				
利用者11			1								1														1	1	1				
利用者12	1								1					1											1	1	1				
利用者13		1								1					1										1	1	1				
利用者14	1								1					1											1	1	1				
利用者15		1								1					1										1	1	1	1	1	1	
利用者16	1	1							1	1				1	1									1	1	1	1	1	1	1	
利用者17					1							1				1								1	1	1	1	1	1	1	
利用者18	1								1					1				1						1	1	1	1	1	1	1	
利用者19		1								1					1				1					1	1	1	1	1	1	1	
利用者20	1	1							1	1				1	1				1	1				1	1	1	1	1	1	1	
利用者21			1								1					1								1	1	1	1	1	1	1	
利用者22	1								1						1									1	1	1	1	1	1	1	
利用者23		1								1					1									1	1	1	1	1	1	1	
利用者24		1								1					1									1	1	1	1	1	1	1	
利用者25	1								1						1									1	1	1	1	1	1	1	
利用者26		1								1					1									1	1	1	1	1	1	1	
利用者27	1								1						1									1	1	1	1	1	1	1	
利用者28		1								1					1									1	1	1	1	1	1	1	
利用者29			1								1					1								1	1	1	1	1	1	1	
利用者30	1								1						1									1	1	1	1	1	1	1	
利用者31				1										1										1	1	1	1	1	1	1	
利用者32		1								1					1									1	1	1	1	1	1	1	
利用者33	1		1						1		1				1		1							1	1	1	1	1	1	1	
利用者34		1								1					1									1	1	1	1	1	1	1	
利用者35		1								1					1									1	1	1	1	1	1	1	
利用者36	1								1						1									1	1	1	1	1	1	1	
利用者37		1								1					1									1	1	1	1	1	1	1	
利用者38	1									1					1									1	1	1	1	1	1	1	
利用者39		1								1					1									1	1	1	1	1	1	1	
利用者40	1								1						1									1	1	1	1	1	1	1	
利用者41			1								1						1							1	1	1	1	1	1	1	
利用者42										1							1							1	1	1	1	1	1	1	
利用者43											1					1								1	1	1	1	1	1	1	
利用者44												1				1								1	1	1	1	1	1	1	
利用者45												1				1								1	1	1	1	1	1	1	
利用者46												1				1								1	1	1	1	1	1	1	
利用者47												1				1								1	1	1	1	1	1	1	
利用者48											1					1								1	1	1	1	1	1	1	
利用者49																1								1	1	1	1	1	1	1	
利用者50																	1							1	1	1	1	1	1	1	
利用者51																	1							1	1	1	1	1	1	1	
利用者52																	1							1	1	1	1	1	1	1	
利用者53																		1						1	1	1	1	1	1	1	
利用者54																			1					1	1	1	1	1	1	1	
利用者55																				1				1	1	1	1	1	1	1	
計	19	18	4	1	2	18	17	4	2	2	17	16	5	2	2	16	17	4	2	2	2	1	17	3	1	3	41	40	39	38	41

同一法人の複数の事業所を利用する場合でも、その法人を位置付けたケアプランの数は1となる。

利用者一人につき、ケアプランの数は、毎月1となる。

一人の利用者が複数の法人からサービスを受ける場合でも、ケアプランの数は1となる。

分母を算出するため、ケアプランの数は必ず数えます。

法人Aに対する紹介率が一番高い(ケアプランの数が一番多い)ことが最初から明らかでない場合、法人B以下は数える必要はありません。

要介護者のみ(経過的要介護者を含み、要支援者は含まない)

計	199			
合計				
A	B	C	D	E
91	85	20	8	11

紹介率最高法人はA 小数点以下1位まで

割合 = $91 \div 199 \times 100 = 45.72864 \approx 45.7$

平成18年8月31日現在

高対第457号
平成18年9月15日

指定介護老人福祉施設
介護老人保健施設
指定介護療養型医療施設
特定施設入居者生活介護事業所
養護老人ホーム
軽費老人ホームA型

管理者様

栃木県保健福祉部高齢対策課長
(公印省略)

感染症予防対策の徹底について（通知）

このことについて、厚生労働省老健局計画課長外から別添のとおり「介護保険施設等におけるB型肝炎、C型肝炎対策の知識と感染者入所取扱いの徹底について」が通知されました。この通知は、入所予定者が感染症や既往であっても一定の場合を除きサービスの提供を断る正当な理由には該当しないことを改めて周知するとともに、こうした者が入所する場合の適切な対応を求めたものです。

また、一昨日からセレウス菌による院内感染の疑いについて各種報道がなされているところですが、県においては、各病院の長あてに別添「自治医科大学附属病院におけるセレウス菌による院内感染の疑いについて」を発出し、当面の対策を呼びかけております。

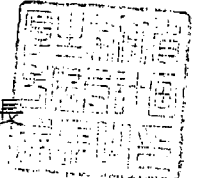
つきましては、貴施設（事業所）におかれましても感染症対策を今一度見直し、その徹底を図るようお願いします。

高齢対策課
介護保険班
TEL 028-623-3149
施設担当
TEL 028-623-3147

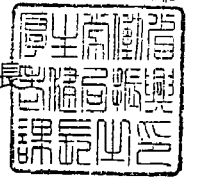
老計発第0912001号
老振発第0912001号
老老発第0912001号
平成18年9月12日

都道府県
各指定都市 民生主管部(局)長 殿
中核市

厚生労働省老健局計画課長



厚生労働省老健局振興課長



厚生労働省老健局老人保健課長



介護保険施設等におけるB型肝炎、C型肝炎対策の知識と
感染者入所取扱いの徹底について

介護保険施設等における感染症対策等については、「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について」(平成12年3月17日老企第43号)、「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)、「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について」(平成12年3月17日老企第45号)、「指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について」(平成18年3月31日老計発第0331004号、老振発第0331004号、老老発第0331017号厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長連名通知)、「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」(平成12年3月17日老発第214号厚生省老人保健福祉局長通知)及び「養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」(平成12年3月30日老発第307号厚生省老人保健福祉局長通知)において、入所予定者が感染症や既往であってもサービス提供を断る正当な理由には該当しないこと、また、こうした者が入所する場合、感染症対策担当者は、介護職員その他の職員に対し、該当感染症に関する知識、対応等について周知する旨(別紙参照)通知したところである。

当該取扱いはB型肝炎、C型肝炎においても同様であるため、管内市町村、関係団体、関係機関等に対して、この旨を改めて周知徹底願いたい。

なお、それぞれの基礎知識や感染予防等については、「肝炎について(一般的なQ&A)」
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou09/index.html> に掲載されているので、併せて周知徹底願いたい。

「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について」
(平成12年3月17日老企第43号)

－ 抜 粹 －

25 衛生管理等

(2) の④

施設は、入所予定者の感染症に関する事項も含めた健康状態を確認することが必要であるが、その結果感染症や既往であっても、一定の場合を除き、サービス提供を断る正当な理由には該当しないものである。こうした者が入所する場合には、感染対策担当者は、介護職員その他の従業者に対し、当該感染症に関する知識、対応等について周知することが必要である。

※ なお、「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」、「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について」、「指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について」、「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」及び「養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」においても、上記「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について」と同様の規定である。

医厚第623号
健増第561号
平成18年9月15日

栃木県内病院の長 各位

栃木県保健福祉部長 田中 一成



自治医科大学附属病院におけるセレウス菌による院内感染の疑い
について

標記の件について、一昨日から各種報道がなされているところですが、当職で把握している事実関係は下記のとおりですので、御了知くださるようお願いいたします。

併せて、院内感染対策のより一層の徹底と冷静な対応をお願いいたします。

記

1 事実関係

1) セレウス菌の感染

自治医科大学附属病院で4月から8月にかけて24名の血液からセレウス菌を検出。うち8名は真の菌血症の可能性があり、うち2名が死亡し1名が失明したが、セレウス菌の感染と死亡などの因果関係は不明である。

2) セレウス菌の感染源及び感染ルート

汚染されたリネン類から血管内カテーテルを介して菌血症が発生した可能性が疑われているが、リネン類の汚染と菌血症との因果関係は正確には解明できていない。

3) 現 状

自治医科大学附属病院では、現在、感染ルートや患者死亡との因果関係を解明するため外部機関に調査を依頼中。

2 当面の対応

今回問題となっているセレウス菌の芽胞は熱に強く、かつアルコール抵抗性であるため、カテーテルの取扱い上の一般的な注意に加え、洗い落とし、拭き取りなどの物理的除去が大変重要です。

現在はセレウス菌の院内感染の可能性が疑われている段階ではありますが、当面の対応として、院内感染のリスクを最小化するため、セレウス菌による感染予防対策を以下のとおり取りまとめましたので十分ご注意ください。

- 1) 血管内留置カテーテルを扱う場合には、流水と石けんで十分に手洗いをする。(最低 10 秒以上かけて揉み洗いをするなど、物理的にしっかり芽胞を洗い落とすことを心がける)
- 2) 血管内留置カテーテルを扱う場合は、必ず手袋をする。
- 3) 血管内留置カテーテルは、必要時に短期間のみ使用する。不要になった場合は速やかに抜去する。(長期に及ぶ場合は、96時間毎に刺し替え、併せて全ライン交換を行う。)
- 4) 血管内留置カテーテルのライン操作が必要な場合には、処置シートを下に敷いて、カテーテル接続部が周囲に触れないように注意する。
- 5) 三方活栓の濫用を控え、操作時の汚染に特に注意する。
- 6) 採血や注射の際には、一般的な皮膚洗浄に先立って、アルコール綿などで2回以上穿刺部位を十分に拭く。(物理的に芽胞を拭き取る)
- 7) 患者の清拭用のタオルは、石けんでよく洗ってから使用する。
- 8) セレウス菌がタオルの中で増殖することを防ぐために、清拭用のタオルを、使用前に加湿したり長時間保温することはしない。

医事厚生課地域医療担当

TEL 028-623-3084

健康増進課疾病対策担当

TEL 028-623-3086

指定介護予防通所介護事業所
指定介護予防通所リハビリテーション事業所

} 管理者様

栃木県保健福祉部高齢対策課長
(公 印 省 略)

事業所評価加算に関する届出等について（通知）

平成18年度介護報酬改定において、介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションにおける事業所評価加算が創設されました。

このたび当該加算の取扱いについて、厚生労働省老健局振興課長等から別添のとおり「事業所評価加算に関する事務処理手順及び様式例について」が示されましたので、平成19年度から同加算の算定を希望する事業所については、当該通知を熟読のうえ、平成18年10月16日（月）までに県に届出を行ってください。（郵送可）

なお、これまでに届出を行った事業所についても、今回必ず再度の届出が必要です。

記

- 1 事業所評価加算（申出）の届出（体制届出）を行うことができる事業所
次の全てを満たすこと。
 - ア 利用者の数が当該事業所の運営規程に定める利用定員を超えていないこと
 - イ 看護職員又は介護職員の員数が「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ための効果的な支援の方法に関する基準（H18厚生労働省令第35号）」を満たしている（人員基準に適合している）こと
 - ウ 運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのいずれか1つ以上を実施するとして知事に届け出ていること

- 2 今年度における届出の日の取扱いの特例
事業所評価加算の評価対象期間については、「知事に届け出た年においては、届出の日から同年十二月までの期間」とされているが、平成18年10月16日までに届出が行われた場合については、当該事業所が上記1の要件の全てを具備した日に遡って届出がなされたものとみなす。

3 届出が必要な書類

- ア 事業所評価加算（申出）届出チェック表（別紙様式 A）
- イ 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙 2・事業所評価加算届出用）
- ウ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙 1-2・事業所評価加算届出用）
- ※ 様式は県庁高齢対策課のホームページからダウンロードできます
（アドレス <http://www.pref.tochigi.jp/kourei/kaigo/kaisei200604/kaisei.html>）

4 届出先

提出先（所管）	事業所が所在する市町
県西健康福祉センター 〒 322-0068 鹿沼市今宮町 1664-1 TEL 0289-64-3125	鹿沼市、日光市、西方町
県東健康福祉センター 〒 321-4305 真岡市荒町 2-15-10 TEL 0285-82-3321	真岡市、二宮町、益子町、茂木町、市貝町、芳賀町
県南健康福祉センター 〒 323-0811 小山市犬塚 3-1-1 TEL 0285-22-0302	栃木市、小山市、下野市、上三川町、壬生町、野木町、大平町、藤岡町、岩舟町、都賀町
県北健康福祉センター 〒 324-8585 大田原市住吉町 2-14-9 TEL 0287-22-2257	大田原市、矢板市、那須塩原市、さくら市、那須烏山市、上河内町、河内町、塩谷町、高根沢町、那須町、那珂川町
安足健康福祉センター 〒 326-0032 足利市真砂町 1-1 TEL 0284-81-5900	足利市、佐野市
栃木県保健福祉部高齢対策課介護保険班 〒 320-8501 宇都宮市埴田 1-1-20 TEL 028-623-3149・3153	宇都宮市

5 事業所に対する加算算定の決定通知

当該加算に関しては、加算（申出）の届出がなされた事業所について、国保連合会における評価資料の作成及び地域包括支援センターによる確認を経て県において対象事業所を決定し、後日算定の可否について通知する（2月上旬頃）予定である。

高齢対策課介護保険班 TEL 028-623-3149

老振発第0911001号
老老発第0911001号
平成18年9月11日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局振興課長

老人保健課長



事業所評価加算に関する事務処理手順及び様式例について

平成18年度介護報酬改定においては、介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーション（以下「介護予防通所サービス」という。）における事業所評価加算を創設したところである。

介護予防通所サービスにおける事業所評価加算の算定については、「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」（平成18年厚生労働省告示第127号）、「厚生労働大臣が定める者等」（平成12年厚生省告示第23号）、「厚生労働大臣が定める基準」（平成12年厚生省告示第25号）及び「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日付老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号通知）において示しているところであるが、各都道府県の国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）において、事業所評価加算の算定の可否を都道府県が判定するための資料作成を行う等の事務処理を行う必要から、今般、事業所評価加算に係る事務処理手順及び様式例を下記の通りお示しするので、御了知の上、管下市町村、関係団体、関係機関にその周知をお願いする。

記

1. 事業所評価加算の概要

事業所評価加算は、選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスをいう。以下同じ。）を行う介護予防通所サービス事業所について、効果的なサービスの提供を評価する観点から、試行的取組として、評価対象となる期間（各年1月1日から12月31日までの期間をいう。）において、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合に、当該評価対象期間の翌年度における介護予防通所サービスの提供につき加算を行うものである。

2. 事業所評価加算の対象事業所の決定に係る事務処理の流れ

事業所評価加算の対象事業所の決定については、「事業所評価加算の対象事業所の決定に関する事務フロー（概要）」（別紙1）及び「事業所評価加算の対象事業所の決定に関するスケジュール（平成18年度実施分）」（別紙2）で示すとおり、介護予防通所サービス事業所による事業所評価加算（申出）の届出を踏まえ、各都道府県の国保連合会、地域包括支援センター（介護予防支援事業所）及び各都道府県において事務処理を行う。

3. 事業所による事業所評価加算（申出）の届出

選択的サービスの加算の届出を行い、介護予防通所サービスを提供している事業所において、翌年度から事業所評価加算の算定を希望する場合には、各事業所が各年10月15日までに各都道府県へ「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」にて「事業所評価加算（申出）」の届出を行う必要がある（届出を行った翌年度以降に再度算定を希望する場合にその旨の届出は不要であり、届出を行った翌年度以降に算定を希望しなくなった場合にはその旨の届出が必要となる。）。

各都道府県は、各年10月15日までに受理した事業所評価加算（申出）の届出を各年11月処理分の事業所異動連絡票情報として国保連合会へ送付する。

4. 国保連合会における事務処理

(1) 評価対象事業所の抽出

以下の要件のいずれにも該当する事業所を抽出する。

- ① 各年10月15日までの届出分の事業所台帳にて、「事業所評価加算（申出）の有無」が「2：あり」であること。
- ② 事業所台帳にて、「運動器機能向上体制の有無」「栄養改善体制の有無」「口腔機能向上体制の有無」のいずれか1つ以上を「2：あり」として届出を行っていること。

(2) 評価対象受給者の抽出

受給者台帳及び(1)の評価対象事業所の給付実績（当該事業者から国保連合会へ請求された現物給付分に限る。）より、以下の要件のいずれにも該当する受給者を抽出する。

- ① (1)の評価対象事業所にて、選択的サービスに係る加算を連続して3月以上算定していること。
- ② 上記算定より後の月に要支援認定の更新又は変更認定を受けた者

なお、②の更新・変更認定については、当該認定が各年10月末日までになされた場合、当年12月末までに評価対象受給者であるか否かが確定することから、翌年度の事業所評価加算に係る評価対象受給者となるが、当該認定が11月以降の場合には、翌々年度の加算に係る評価対象受給者となる。

*「事業所評価加算に係る評価対象受給者及び評価対象期間の考え方（国保連合会における事務処理）」（別紙3）を参照。

(3) サービス提供終了確認情報の授受

- ① (2)の評価対象受給者のうち、要支援状態区分に変更がなかった者について、「サービス提供終了確認情報登録対象者一覧表」(別紙4)を作成し、各年11月中旬に地域包括支援センター(介護予防支援事業所)宛に送付する。
- ② 地域包括支援センター(介護予防支援事業所)から送付される「サービス提供終了確認情報」(別紙5)を各年12月10日までに收受する。

(4)評価基準値の算出等

①評価基準値の算出

事業所評価加算の対象事業所については、次の算定式に適合している必要があり、(1)の評価対象事業所について、事業所番号・介護予防サービスの種類毎に評価基準値を算出する。

なお、評価対象受給者について、事業所の所在地が他都道府県であるものについては、所在地である都道府県の国保連合会へ当該情報の交換を行った上で、評価基準値を算出する。

$$\frac{\text{要支援度の維持者数(A)} + 1 \text{ ランク改善者数(B)} \times 5 + 2 \text{ ランク改善者数(C)} \times 10}{\text{評価対象期間内に運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを3月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数(D)}} > 2$$

A : (3)②のサービス提供終了確認情報におけるサービス提供終了者数

B : (2)の評価対象受給者のうち、要支援状態区分が1ランク改善(要支援2→要支援1又は要支援1→非該当)した人数

C : (2)の評価対象受給者のうち、要支援状態区分が2ランク改善(要支援2→非該当)した人数

D : 評価対象期間内に運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを3月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数

なお、評価対象期間は、各年1月1日から12月31日までとされているが、各年12月31日までに、国保連合会において評価対象受給者を確定する必要があることから、10月末日までに更新・変更認定が行われた者を翌年度の評価対象受給者とし、11月以降に更新・変更認定が行われた者については、翌々年度の評価対象受給者とする。

②算定基準適合一覧表等の送付

①の算出結果により、次のとおり資料を作成し、各年1月上旬に都道府県宛に送付する。

- ・評価基準値が2を超える場合：「事業所評価加算算定基準適合事業所一覧表」(別紙6)の作成
- ・評価基準値が2以下及び評価対象期間における介護予防通所サービス事業所の利用実人員が10人未満の場合：「事業所評価加算算定基準不適合事業所一覧表」(別紙7)の作成

5. 地域包括支援センター（介護予防支援事業所）における事務処理

(1) サービス提供終了の確認

地域包括支援センター（介護予防支援事業所）においては、国保連合会から送付された「サービス提供終了確認情報登録対象者一覧表」（別紙4）の対象者（要支援状態区分に変更がなかった者）について、ケアプランに定める目標に照らし、当該介護予防通所サービス事業者によるサービスの提供が終了したと認められるかどうかの確認を各年11月中旬から12月上旬までに行うこと。なお、地域包括支援センター（介護予防支援事業所）において、その目標に照らし、特段の支障がないと認められるものであれば、「サービスの提供が終了した」と確認する取扱いをして差し支えない。この場合、「サービスの提供が終了した」後に改めて当該サービスを継続して利用する場合も含まれるので、御留意願いたい。

(2) サービス提供終了確認情報の作成・送付

(1)において、サービスの提供が終了したものと確認された者については、「サービス提供終了確認情報」（別紙5）を作成し、各年12月10日までに国保連合会宛に送付すること。

6. 都道府県における事務処理

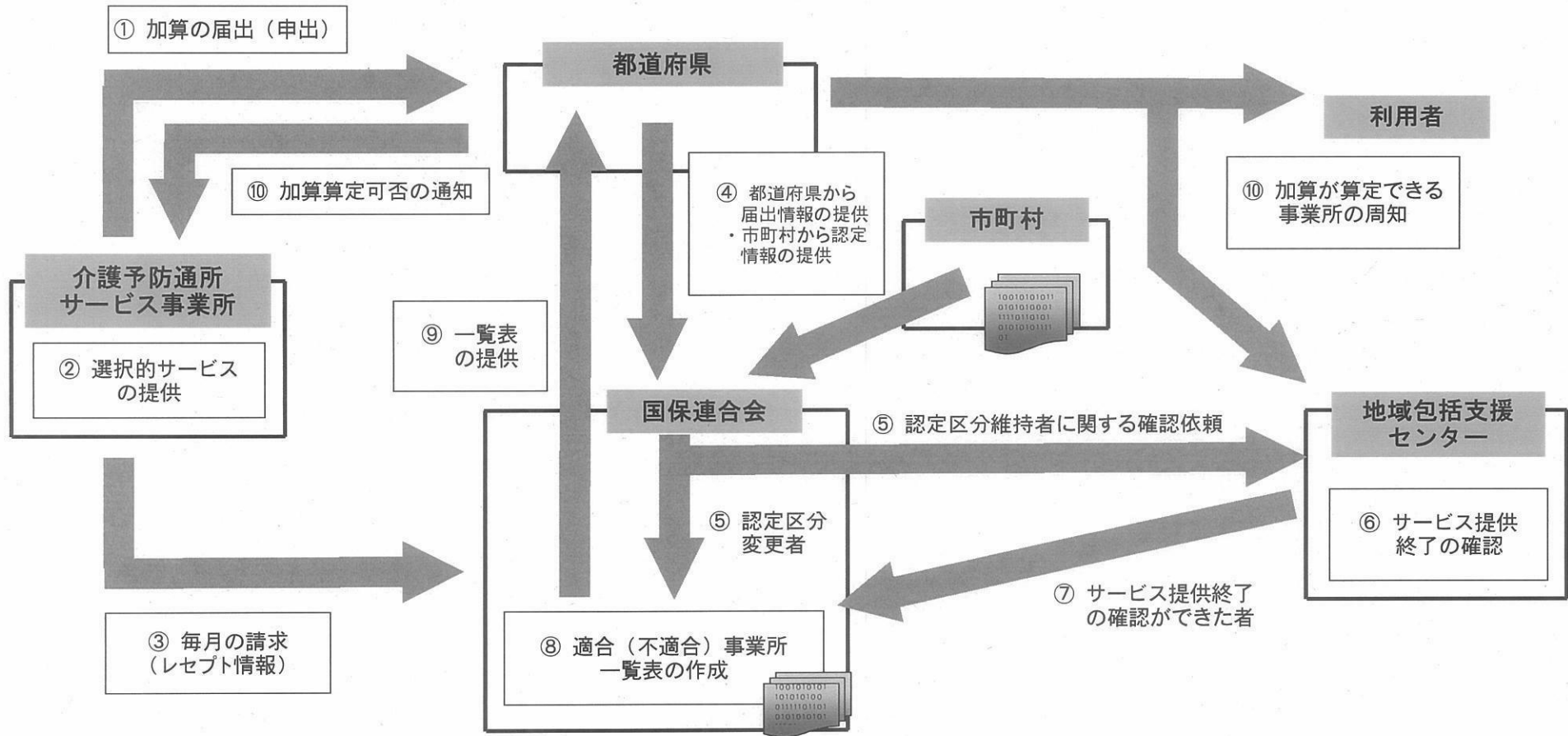
(1) 事業所に対する決定通知

「事業所評価加算算定基準適合事業所一覧表」（別紙6）及び「事業所評価加算算定基準不適合一覧表」（別紙7）を踏まえ、各都道府県において事業所評価加算の対象事業所を決定し、当該加算の算定の可否を各年2月上旬までに事業所に通知する。

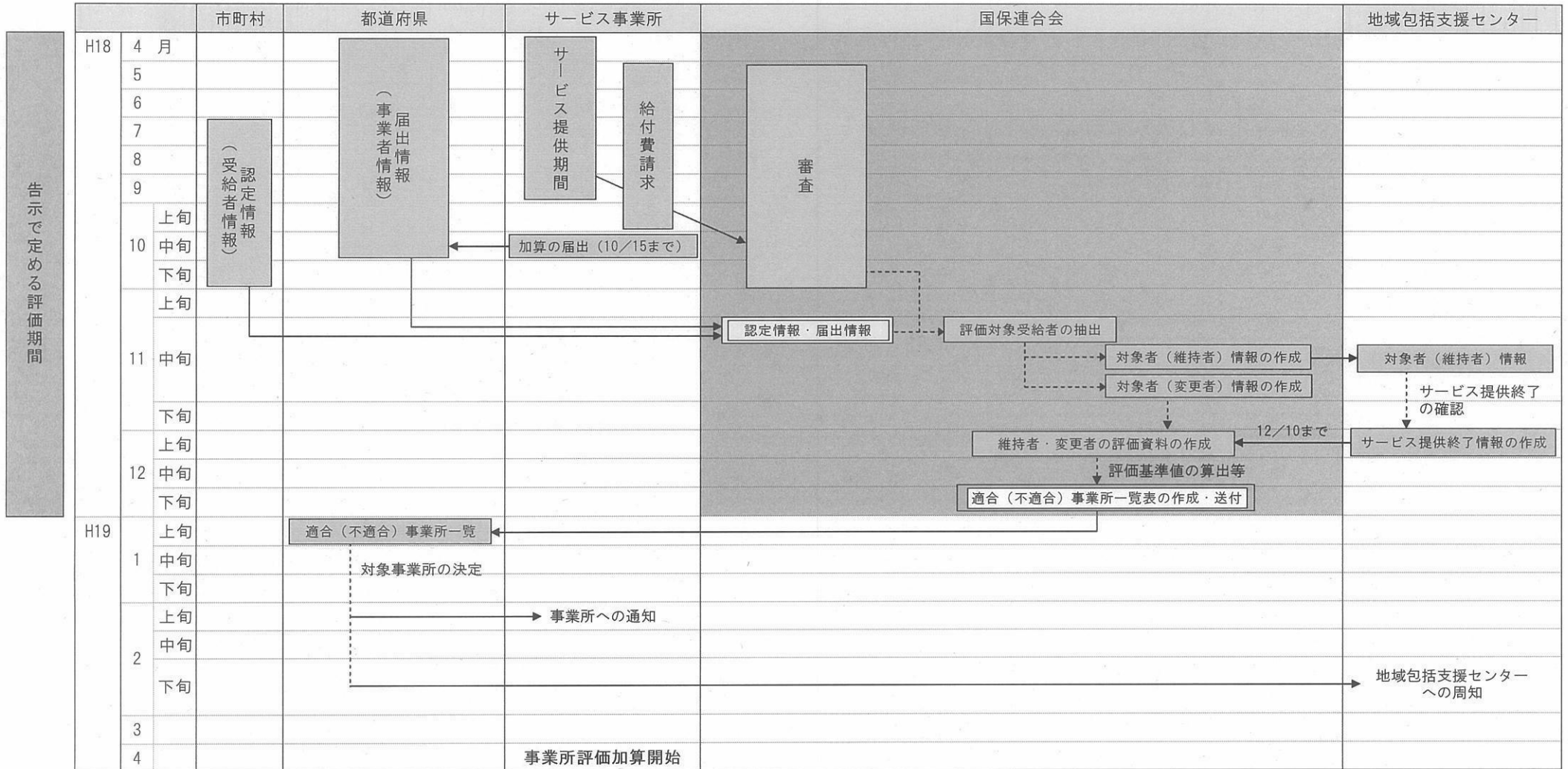
(2) 地域包括支援センター（介護予防支援事業者）、住民等に対する周知

事業所評価加算の対象事業所情報を各年2月下旬を目途に公表し、地域包括支援センター（介護予防支援事業者）、住民等に周知することにより、4月サービスからの利用者の事業所の選択、介護予防支援事業所における給付管理業務、ケアプラン作成等に支障の生ずることがないように対応されたい。

事業所評価加算の対象事業所の決定に関する事務フロー（概要）



事業所評価加算の対象事業所の決定に関するスケジュール（平成18年度実施分）



高対第 671 号
平成 18 年 12 月 21 日

指定介護老人福祉施設の管理者 様

栃木県保健福祉部高齢対策課長

指定介護老人福祉施設における重度化対応加算について

指定介護老人福祉施設における重度化対応加算については、「指定施設サービス等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 21 号）、「厚生労働大臣が定める施設基準」（平成 12 年厚生省告示第 26 号）及び「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（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等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 年老企第 40 号）において別添のように示されたところです。

また平成 18 年 9 月 4 日付け 18 年 4 月改定関係 Q&A (Vol127) 問 2 において以下の考え方が示されました。

（問） 重度化対応加算の看取りのための指針について、新たな入所者は同意を得ることが可能であるが、既に入所している者の中に同意を得られない者がいる場合、同意を得られない入所者が一人でもいれば、同意を得られている入所者からも加算がとれないのか。

（答） 重度化対応加算は一定の体制がとられている場合に、入所者全員について算定するものであるため、同意を得られない期間は算定しないというような個別の対応までを求めているものではなく、同意を得られない入所者がいたとしても全入所者についても算定可能である。

重度化対応加算を算定する施設にあっては入所者全員から同意を取るよう努力されたい。

上記 Q&A 等を受け、「厚生労働大臣が定める施設基準」第 30 号に定める各要件のうち、ハ及びニについて本県の考え方を以下のとおり取りまとめたのでお知らせします。

ハ 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること

（考え方）

- ・ 「同意」は文書で行われていることが必要です。
- ・ 加算の額についてのみ「重要事項説明書」等で同意を得ているだけでは要件を満たしません。
- ・ 新規入所者については、入所時に同意を得ていることが必要です。
- ・ 既に入所している方についても、施設サービス計画の変更等にあわせて本人又は家族等から同意を得ることが必要です。
- ・ ご本人の意思表示能力や家族の状況等により、どうしても同意を得ることができない方が数人いる場合でも、9月4日付け Q&A のとおり加算の算定は可能です。しかし、その方の状況や家族等への働きかけの経過について記録を残しておいてください。
- ・ 平成 19 年 4 月以降については、文書による同意を得られていない場合、過誤調整の対象とします。

ニ 看取りに関する職員研修を行っていること

（考え方）

- ・ 「看取りに関する職員研修」は、少なくとも 1 年に 1 回以上行われていることが必要です。
- ・ 研修については、一部の職員のみにとどまることなく「看取りに関する指針」の内容が全ての職員に周知されていることが必要です。

☆ 研修の開催と加算の算定期限の関係について

①原則

全ての職員が「看取りに関する指針」を理解し実践することが必要であると考え
ため、「看取りに関する研修」を実施した翌月から加算の算定が可能です。（介護
報酬の算定に係る届出書の提出が別途必要です）

②平成 18 年 4 月から加算を算定している施設

加算創設時から算定を行っている施設については、「看取りに関する研修」が平成
18 年 4 月から 6 月までに開催されていることを平成 18 年 4 月から加算の算定を行う
要件としました。

19 年 4 月以降は、施設の研修計画に「看取りに関する研修が」年 1 回以上位置づけ
られ、当該計画に沿って研修が実施されていることが必要です。

【注意；18年度中の過誤調整について】

既に当該加算を算定している施設において、下記の「過誤調整を行うこと」とされる状況にあてはまる場合は自主点検の上、過誤調整を行ってください。

なお、過誤調整を行った場合は、その理由、返還額及び改善状況を県高齢対策課へ報告をして下さい。

施設基準ハ

- (1) 看取りに関する指針を定めていない→過誤調整を行うこと
- (2) 指針は定めているが、入所者及び家族等に対して説明を行っていない→過誤調整を行うこと
- (3) 説明・同意が口頭で行われている→文書による同意を得ること
- (4) 同意が新たな入所者からのみ行われている→既に入所している方へも説明し、同意を得ること
- (5) 説明のため、家族等へ連絡を行っても応答がない等→その経過を記録に残しておくこと

施設基準ニ

- (1) 加算を算定しているが、研修が未実施→研修実施月まで過誤調整を行うこと
- (2) 18年4月から加算を算定しているが、研修は18年7月以降の実施であった→加算算定開始から研修実施月まで過誤調整を行うこと
- (3) 研修の参加が一部の職員に限られている→研修の内容が全ての職員に伝達されるよう努めること

※ 重度化対応加算に係る平成19年3月31日までの経過措置について

当該加算については、「常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めること」が求められます。ただし、平成19年3月31日までの期間は「常勤の看護職員」でよいとされています。【施設基準第30号イ】

現在、准看護師を配置することで加算を算定している施設が平成19年度以降について加算を継続する場合、今年度中に看護師を配置してください。

※ 看取りに関する指針の送付について

現在、重度化対応加算を算定している施設については、お手数ですが今後の参考のため、「看取りに関する指針」を県高齢対策課介護保険班まで送付して下さるようお願いいたします。

高齢対策課介護保険班 TEL 028-623-3153 FAX 028-623-3925
--

別添 関係法令等（抜粋）

◆指定施設サービス等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 21 号】

別表 1 イ注 5

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設については、重度化対応加算として、1 日につき 10 単位を所定単位数に加算する。

◆厚生労働大臣が定める施設基準【平成 12 年厚生省告示第 26 号】

第 30 号

- イ 常勤の看護師を 1 名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること。ただし常勤の看護師については、平成 19 年 3 月 31 日までの間は、常勤の看護職員でたりることとすること。
- ロ 看護職員により、又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、入所者に対して、二十四時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保していること。
- ハ 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。
- ニ 看取りに関する職員研修を行っていること。
- ホ 看取りのための個室を確保していること。

◆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（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等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 年老企第 40 号】

第 2 の 5（8）

注 5 の重度化対応加算は、施設基準第三十号において準用する第二十四号において定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た場合に算定するが、その取扱いについては、以下のとおりとすること。

- イ 「24 時間連絡体制」とは、施設内で勤務することを要すものではなく、夜間においても施設から連絡でき、必要な場合には施設からの緊急の呼出に応じて出勤する体制をいうものである。

具体的には、

- ① 管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、夜間における連絡・対応体制（オンコール体制）に関する取り決め（指針やマニュアル等）の整備がなされていること。

- ②管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、看護職員不在時の介護職員による入所者の観察項目の標準化（どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか）がなされていること。
 - ③施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対して、②の取り決めが周知されていること。
 - ④施設の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合には、電話やFAX等により入所者の状態に関する引継を行うとともに、オンコール体制終了時にも同様の引継を行うこと。
- ロ 管理者を中心として、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等による協議の上、「看取りに関する指針」が定められていることが必要であり、同指針に盛り込むべき項目としては、例えば、当該施設の看取りに関する考え方、終末期の経過（時期、プロセス毎）の考え方、施設において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢、医師や医療機関との連携体制、本人及び家族との話し合いや同意、意思確認の方法、職員の具体的対応等が考えられる。
- ハ 重度化対応加算を算定している介護老人福祉施設においては、常時継続的に医学的な管理が必要と医師が認めた者の受入まで求めるものではないが、軽度の医療ニーズがある者（例えば胃ろうの者等）の受入を正当な理由なく断らないことが必要である。

平成17年9月7日
老老発第0907002号

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局老人保健課長

栄養マネジメント加算及び経口移行加算に関する
事務処理手順例及び様式例の提示について

今般、介護保険法等の一部を改正する法律（平成17年法律第77号）第2条が平成17年10月1日から施行され、居住費・食費が介護保険給付の対象外となったところであるが、それにあわせ、高齢者の低栄養状態等の予防・改善のために、個別の高齢者の栄養状態に着目した栄養ケア・マネジメントの実施を、介護報酬上、栄養マネジメント加算として評価することとしたところである。

栄養マネジメント加算の算定については、別に通知する「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（短期入所サービス、認知症対応型共同生活介護及び特定施設入所者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等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年老企第40号）において示しているところであるが、今般事務処理手順例及び様式例を下記の通りお示しするので、御了知の上、管下市町村、関係団体、関係機関にその周知を図られたい。

当該事務処理手順例及び様式例は、栄養ケア・マネジメントの適切な実施に資するよう一つの参考例としてお示しするに止まるものであり、当該事務処理手順例及び様式例によらない場合であっても、適正に個別の高齢者の栄養状態に着目した栄養ケア・マネジメントが実施できている場合においては、介護報酬上算定して差し支えないものであるのを念のため申し添える。

記

1. 栄養ケア・マネジメントの実務等について

(1) 栄養ケア・マネジメントの体制

ア. 栄養ケア・マネジメントは、ヘルスケアサービスの一環として、個々人に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。

- 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。
- ウ. 施設長は、各施設における栄養ケア・マネジメントに関する手順（栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等）をあらかじめ定める。
- エ. 管理栄養士は、入所者又は入院患者（以下「入所（院）者」という。）に適切な栄養ケアを効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。
- オ. 施設長は、栄養ケア・マネジメント体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。

(2) 栄養ケア・マネジメントの実務

ア. 入所（院）時における栄養スクリーニング

介護支援専門員は、管理栄養士と連携して、入所（院）者の入所（院）後遅くとも1週間以内に、関連職種と共同して低栄養状態のリスクを把握する（以下「栄養スクリーニング」という。）。なお、栄養スクリーニングは、別紙1の様式例を参照の上、作成する。

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。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。

ウ. 栄養ケア計画の作成

- 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。
- ② 管理栄養士は、サービス担当者会議（入所（院）者に対する施設サービスの提供に当たる担当者の会議）に出席し、栄養ケア計画原案を報告し、関連職種との話し合いのもと、栄養ケア計画を完成させる。栄養ケア計画の内容を、施設サービス計画にも適切に反映させる。
- ③ 医師は、栄養ケア計画の実施に当たり、その同意等を確認する。

エ. 入所（院）者及び家族への説明

介護支援専門員は、サービスの提供に際して、施設サービス計画に併せて栄養ケア計画を入所（院）者又は家族に説明し、サービス提供に関する同意を得る。

オ. 栄養ケアの実施

- ① サービスを担当する関連職種は、医師の指導等に基づき栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行う。
- ② 管理栄養士は、食事の提供にあたっては、給食業務の実際の責任者としての役割を担う者（管理栄養士、栄養士、調理師等）に対して、栄養

ケア計画に基づいて個別対応した食事の提供ができるように説明及び指導する。なお、給食業務を委託している場合においては、委託業者の管理栄養士等との連携を図る。

- ③ 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて、栄養食事相談を実施する。
- ④ 管理栄養士は、関連職種と共同して食事摂取状況や食事に関するインシデント・アクシデント事例等の把握を行う。
- ⑤ 管理栄養士は、栄養ケア提供の主な経過を記録する。記録の内容は、栄養補給(食事の摂取量等)の状況や内容の変更、栄養食事相談の実施内容、課題解決に向けた関連職種のケアの状況等について記録する。栄養ケア提供の経過は、別紙4の様式例を参照の上、作成する。

カ. 実施上の問題点の把握

関連職種は、栄養ケア計画の変更が必要となる状況を適宜把握する。栄養ケア計画の変更が必要になる状況が確認された場合には、対応する関連の職種へ報告するとともに計画の変更を行う。

キ. モニタリングの実施

- ① モニタリングは、栄養ケア計画に基づいて、低栄養状態の低リスク者は3か月毎、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性がある者の場合には、2週間毎等適宜行う。ただし、低栄養状態の低リスク者も含め、体重は1か月毎に測定する。
- ② 関連職種は、長期目標の達成度、体重等の栄養状態の改善状況、栄養補給量等をモニタリングし、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、栄養ケア計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙5の様式例を参照の上、作成する。

ク. 再栄養スクリーニングの実施

介護支援専門員は、管理栄養士と連携して、低栄養状態のリスクにかかわらず、栄養スクリーニングを3か月毎に実施する。

ケ. 栄養ケア計画の変更及び退所(院)時の説明等

栄養ケア計画の変更が必要な場合には、管理栄養士は、介護支援専門員に、栄養ケア計画の変更を提案し、サービス担当者会議等において計画の変更を行う。計画の変更については、入所(院)者又は家族へ説明し同意を得る。

また、入所(院)者の退所(院)時には、総合的な評価を行い、その結果を入所(院)者又は家族に説明するとともに、必要に応じて居宅介護支援専門員や関係機関との連携を図る。

2. 経口移行加算について

経口移行にかかる経口移行計画については、別紙3の栄養ケア計画の様式例を準用する。

なお、栄養マネジメント加算を算定している入所(院)者にあつては、栄養ケア計画と一体のものとして作成する。

栄養スクリーニング（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		
			特記事項：		
	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (才)				

(主治医の意見書が入手できた場合には裏面に添付)

低栄養状態のリスクのレベル

	現在の状況	□低リスク	□中リスク	□高リスク
身長 (cm) (測定日)	(cm) (_____ 年 _____ 月 _____ 日)	/	/	/
体重 (kg) (測定日)	(kg) (_____ 年 _____ 月 _____ 日)	/	/	/
BMI		□18.5~29.9	□18.5未満	
体重減少率(%)	(_____)か月に (_____)% (減・増)	□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 (g/dl) (測定日) (検査値がわかる場合に記入)	(g/dl) (_____ 年 _____ 月 _____ 日)	□3.6g/dl以上	□3.0~3.5g/dl	□3.0g/dl未満
食事摂取量		□良好(76~100%)	□不良 (75%以下) (内容: _____)	
栄養補給法		/	/	□経腸栄養法 □静脈栄養法
褥瘡		/	/	□褥瘡

<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。高リスクの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。

栄養アセスメント (様式例)

別紙2

【I】(全員に作成)

氏名	(ふりがな)	男・女	要介護度
	明・大・昭 年 月 日		
実施日	年 月 日	記入者	
身体状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する利用者及び家族の意向			
主観的な健康感・意欲(心身の訴えを含む)			

食事の提供のための必要事項

実施日	年 月 日	記入者
嗜好		
禁忌		
アレルギー		
療養食の指示		
食事摂取行為の自立		
形態		
環境		
特記事項		

多職種による栄養ケアの課題

実施日	年 月 日	記入者
<p>低栄養関連問題</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 1 皮膚 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 2 口腔内の問題</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 義歯の不都合 <input type="checkbox"/> 口臭</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 味覚の低下 <input type="checkbox"/> 口が渇く <input type="checkbox"/> むせ</p> <p><input type="checkbox"/> 3 食欲低下</p> <p><input type="checkbox"/> 4 摂食・嚥下障害</p> <p><input type="checkbox"/> 5 嘔気・嘔吐</p> <p><input type="checkbox"/> 6 下痢(下剤の常用を含む)</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 7 便秘</p> <p><input type="checkbox"/> 8 浮腫</p> <p><input type="checkbox"/> 9 脱水(腋下・口唇の乾燥等)</p> <p><input type="checkbox"/> 10 感染</p> <p><input type="checkbox"/> 11 発熱</p> <p><input type="checkbox"/> 12 経腸栄養</p> <p><input type="checkbox"/> 13 静脈栄養</p> <p><input type="checkbox"/> 14 医薬品の種類と数、投与方法、食品との相互作用</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">[具体的に記載]</p> <p>※ 特記事項</p>		

【Ⅱ】(中リスク、又は高リスクの者に作成)

生活機能・身体機能・身体計測 (*必要に応じて記入)

項目	実施日 年 月 日 記入者	実施日 年 月 日 記入者
生活機能・身体機能		
握力* (kg) (利き腕)		
体 重 (kg)	() %	() %
理想体重* (kg)		
通常体重 (kg)		
体重変化率 (%)	() か月に () % (増加・減少)	() か月に () % (増加・減少)
下腿周囲長* (cm)	() %	() %
上腕周囲長 (cm)	() %	() %
上腕三頭筋皮脂厚(mm)	() %	() %
上腕筋面積 (cm ²)	() %	() %

(%) : JARDの50%パーセントタイル値(中央値)を100%として換算

臨床検査 (検査値がわかる場合に記入)

項目	実施日 年 月 日 記入者	実施日 年 月 日 記入者
血清アルブミン (g/dl)		
ヘモグロビン (mg/dl)		
血糖値 (mg/dl)		
総コレステロール (mg/dl)		
クレアチニン (mg/dl)		
BUN (mg/dl)		

経口摂取量 (①)		実施日 年 月 日 記入者	実施日 年 月 日 記入者
食事	主食 (割)		
	副食 (割)		
	エネルギー (kcal)		
	たんぱく質 (g)		
	水分 (ml)		
栄養補助食品	種類		
	1回の量 (ml(g))		
	頻度 (回)		
	エネルギー (kcal)		
	たんぱく質 (g)		
間食	種類		
	1回の量 (ml(g))		
	頻度 (回)		
	エネルギー (kcal)		
	たんぱく質 (g)		
合計	エネルギー (kcal) ①		
	たんぱく質 (g) ①		
	水分 (ml) ①		

経腸・静脈栄養補給 (②)		実施日 年 月 日 記入者	実施日 年 月 日 記入者
経腸栄養	ルート		
	種類		
	量 (ml)		
	回数		
	速度		
	エネルギー (kcal)		
	たんぱく質 (g)		
	水分 (ml)		
静脈栄養	ルート		
	種類		
	量 (ml)		
	回数		
	速度		
	エネルギー (kcal)		
	たんぱく質 (g)		
	水分 (ml)		
合計	エネルギー (kcal) ②		
	たんぱく質 (g) ②		
	水分 (ml) ②		
総補給量 ① + ②			
エネルギー (kcal)			
たんぱく質 (g)			
水分 (ml)			
栄養補給量の算定			
エネルギー消費量 (kcal)			
必要エネルギー (kcal)			
必要たんぱく質 (g)			
必要水分量 (ml)			
栄養補給法の選択及び移行の可能性			
食事形態に関する評価			
特記事項			
専門職によるアセスメントの結果 (転記)			
総合的評価・判定			

栄養ケア計画 (様式例)

初回・継続

氏名: _____ 殿 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所 _____

計画作成者氏名: _____

所属名及び所在地: _____

担当者氏名: _____

入所(院)日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

初回作成日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

作成(変更)日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

要介護状態区分: 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5 (その他: _____)

利用者及び家族の意向	低栄養状態のリスク (低 ・ 中 ・ 高)	説明と同意日
解決すべき課題 (ニーズ)		年 月 日
長期目標と期間		サイン 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				

222

栄養ケア提供経過記録 (様式例)

氏名: _____ 殿

サービス提供項目	月 日	月 日	月 日	月 日
栄養補給				
栄養食事相談				
関連職による栄養ケア				
食事				

栄養ケアモニタリング (様式例)

氏名: _____

	3か月後の 目標	サービス提供前		週・月日		週・月日		週・月日		週・月日	
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
		記入者		記入者		記入者		記入者		記入者	
		数値	問題 チェック	数値	問題 チェック	数値	問題 チェック	数値	問題 チェック	達成(改善)率	問題 チェック
アウトカム											
生活機能・身体機能			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
主観的健康観(意欲)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
食事に対する満足感			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
栄養リスク											
体重 (kg)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
BMI			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
体重減少率(%/月)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
血清アルブミン(g/dl)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
嚥食状態			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
経腸・静脈栄養法			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
褥瘡			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
栄養補給量											
エネルギー(kcal(%))			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
たんぱく質(g(%))			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
水分(ml(%))			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他の項目											
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
評価											
計画の変更		無・有		無・有		無・有		無・有		無・有	
総合評価											



老老発第0331009号

平成18年3月31日

都道府県
各指定都市介護保険主管部（局）長 殿
中核市

厚生労働省老健局老人保健課長



居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する
事務処理手順例及び様式例の提示について

今般、介護保険法等の一部を改正する法律（平成17年法律第77号）及び平成18年度介護報酬改定の平成18年4月1日からの施行に伴い、通所介護及び通所リハビリテーションにおける栄養マネジメント加算、介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションにおける栄養改善加算、居宅療養管理指導（介護予防サービスとして行われる場合を含む。以下同じ。）における栄養ケア・マネジメント体制を評価することとしたところである。

通所サービスにおける栄養改善、栄養マネジメント及び管理栄養士の居宅療養管理指導の算定については、別に通知する「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、居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援等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年老企第36号）及び「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年老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号）において示しているところであるが、今般、居宅サービス及び介護予防サービスにおける栄養ケア・マネジメントに係る事務処理手順例及び様式例を別表及び別紙の通りお示しするので、御了知の上、管下市町村、関係団体、関係機関にその周知をお願いしたい。

当該事務処理手順例及び様式例は、居宅サービス及び介護予防サービスにおける栄養ケア・マネジメント体制の適切な実施に資するよう一つの参考例としてお示しするものであり、当該事務処理手順例及び様式例によらない場合であっても、適正に個別の高齢者の低栄養状態の改善のための栄養ケア・マネジメント体制が実施されていると認められる場合においては、介護報酬上算定して差し支えないものであるので念のため申し添える。

記

1. 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務等について

(1) 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの提供体制

ア 栄養ケア・マネジメントは、ヘルスケアサービスの一環として、個々人に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。

イ 事業所は、主治医、管理栄養士、看護師及び居宅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。

ウ 事業所における栄養ケア・マネジメントに関する手順（栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等）をあらかじめ定める。

エ 管理栄養士は、利用者に適切な栄養ケアを効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。

オ 事業所は、栄養ケア・マネジメント体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。

(2) 栄養ケア・マネジメントの実務

ア 利用開始時における栄養スクリーニング

管理栄養士は、利用者の利用開始時に、関連職種と共同して、低栄養状態のリスクを把握する（以下「栄養スクリーニング」という。）。なお、栄養スクリーニングは、別紙1の様式例を参照の上、作成する。

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、利用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。

ウ 栄養ケア計画の作成

① 管理栄養士は、上記の栄養アセスメントに基づいて、利用者の 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、慢性的な疾患に対する対応、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、別紙3の様式例を参照の上栄養ケア計画を作成する。

② 管理栄養士は、作成した栄養ケア計画原案については、関連職種と調整を図り、サービス担当者会議に事業所を通じて報告し、栄養ケア計画原案を報告し、関連職種との話し合いのもと、栄養ケア計画を完成させる。栄養ケア計画の内容を、居宅サービス計画に適切に反映させる。

③ 管理栄養士は、利用者の主治医の指示・指導が必要な場合には、利用者の主治医の指示・指導を受けなければならない。

エ 利用者及び家族への説明

管理栄養士は、サービスの提供に際して、栄養ケア計画を利用者又は家族に説明し、サービス提供に関する同意を得る。

オ 栄養ケアの実施

① 管理栄養士と関連職種は、主治医の指示・指導が必要な場合には、その指導等に基づき栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行う。

② 管理栄養士は、通所サービスでの食事の提供にあたっては、給食業務の実際の責任者としての役割を担う者（管理栄養士、栄養士、調理師等）に対して、栄養ケア計画に基づいて個別対応した食事の提供ができるように説明及び指導する。なお、給

食業務を委託している場合においては、委託業者の管理栄養士等との連携を図る。

- ③ 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて、栄養食事相談を実施する。
- ④ 管理栄養士は、関連職種に対して、栄養ケア計画に基づいて説明、指導及び助言を行う。
- ⑤ 管理栄養士は、関連職種と共同して食事摂取状況や食事に関するインシデント・アクシデントの事例等の把握を行う。
- ⑥ 管理栄養士は、栄養ケア提供の主な経過を記録する。記録内容、栄養補給（食事等）の状況や内容の変更、栄養食事相談の実施内容、課題解決に向けた関連職種のケアの状況等について記録する。栄養ケア提供の経過は、別紙4の様式例を参照の上作成する。

カ 実施上の問題点の把握

関連職種は、栄養ケア計画の変更が必要となる状況を適宜把握する。栄養ケア計画の変更が必要になる状況が確認された場合には、管理栄養士は対応する関連の職種へ報告するとともに計画の変更を行う。

キ モニタリングの実施

- ① モニタリングは、栄養ケア計画に基づいて、低栄養状態の低リスク者は3か月毎、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性がある者の場合には、2週間毎等適宜行う。ただし、低栄養状態の低リスク者も含め、体重は1か月毎に測定する。
- ② 関連職種は、長期目標の達成度、体重等の栄養状態の改善状況、栄養補給量等をモニタリングし、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、栄養ケア計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙5の様式例を参照の上、作成する。
- ③ 低栄養状態のリスクの把握やモニタリング結果は、3か月毎に事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員等へ情報を提供する。

ク 再栄養スクリーニングの実施

管理栄養士は関連職種と連携して、低栄養状態のおそれのある者の把握を3か月毎に実施する。

ケ 栄養ケア計画の変更及び終了時の説明等

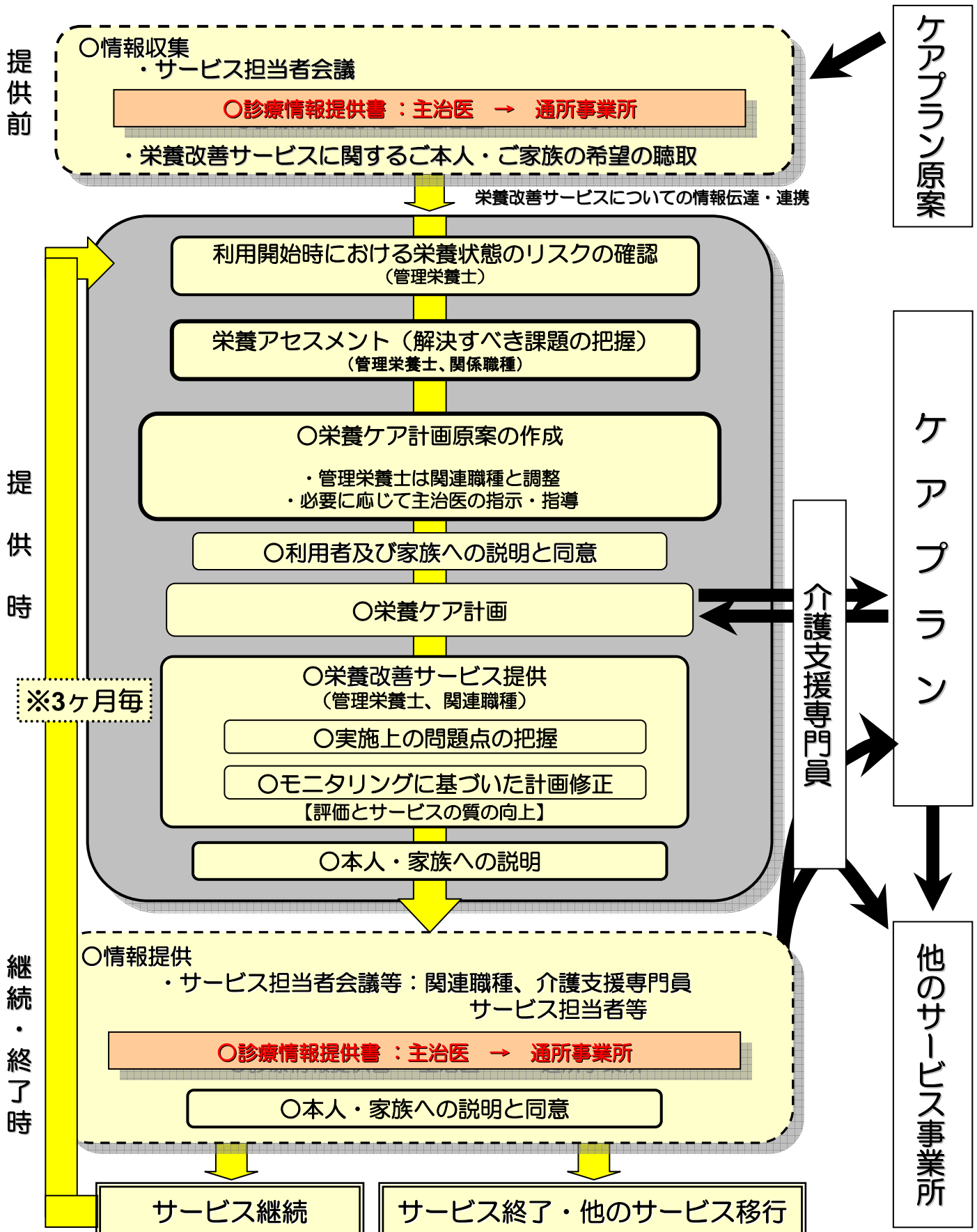
栄養ケア計画の変更が必要な場合には、管理栄養士は、居宅介護支援専門員に、栄養ケア計画の変更を提案し、サービス担当者会議等において計画の変更を行う。計画の変更については、利用者又は家族へ説明し同意を得る。

また、利用者の終了時には、総合的な評価を行い、その結果を利用者又は家族に説明するとともに、必要に応じて居宅介護支援専門員や関係機関との連携を図る。

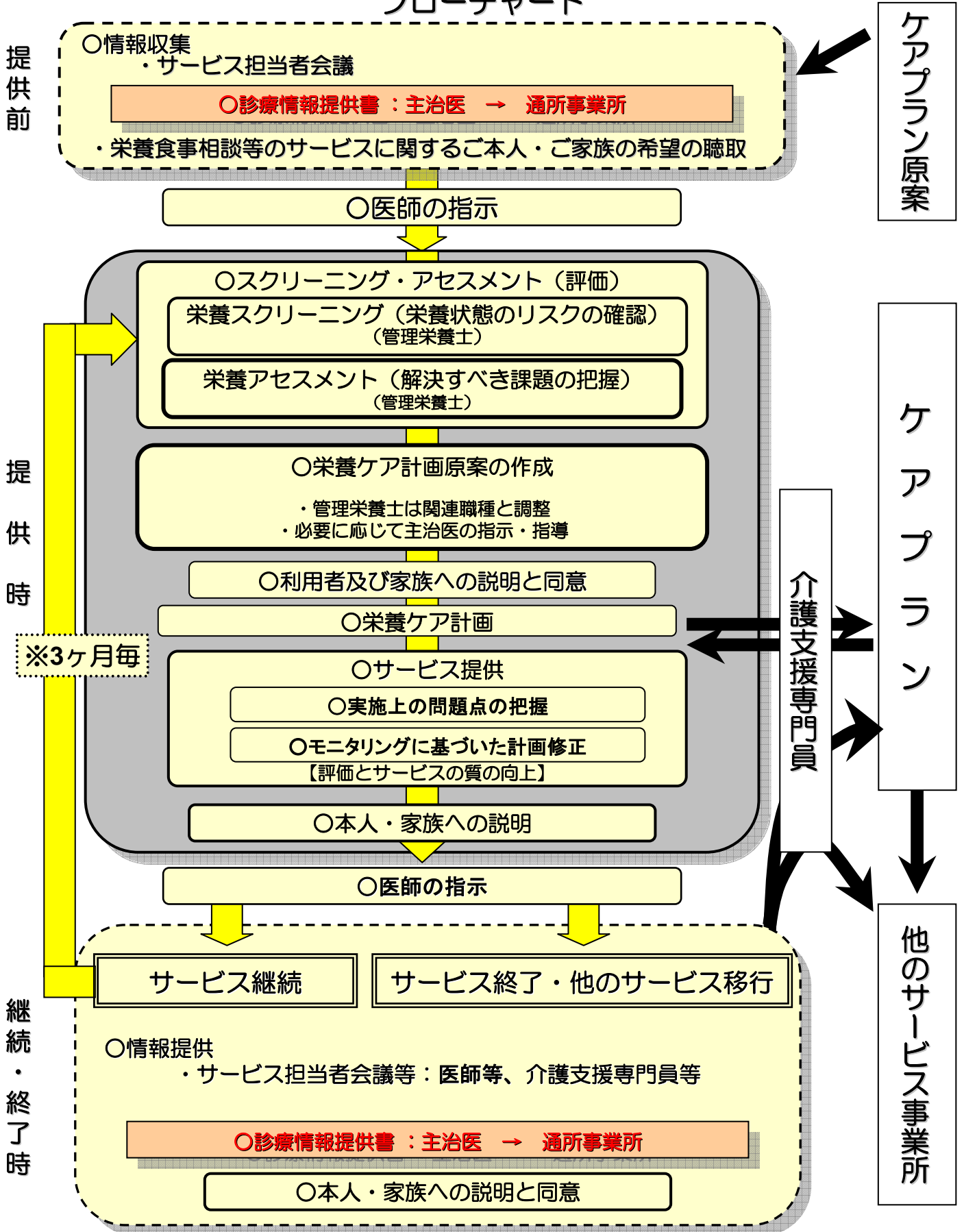
2. 管理栄養士の居宅療養管理指導の実務について

管理栄養士の居宅療養管理指導にかかる栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等については、別紙1～5の様式例を準用する。

栄養ケア・マネジメントのフローチャート（通所版）



管理栄養士の居宅療養管理指導における栄養ケア・マネジメントのフローチャート



栄養スクリーニング（通所・居宅用）（様式例）

記入者氏名 _____ 作成年月日 年 月 日

利用者名	(ふりがな) -----	男 ・ 女	要介護度	
生年月日	明・大・昭 年 月 日(才)			

(主治医の意見書が入手できた場合には裏面に添付)

低栄養状態のリスクレベル

	現在の状況	<input type="checkbox"/> 低リスク	<input type="checkbox"/> 中リスク	<input type="checkbox"/> 高リスク
身長(cm) (測定日)	(cm) (年 月 日)	/	/	/
体重(kg) (測定日)	(kg) (年 月 日)	/	/	/
BMI		<input type="checkbox"/> 18.5~29.9	<input type="checkbox"/> 18.5 未満	
体重減少率(%)	() か月に () %(増・減)	<input type="checkbox"/> 変化なし (減少3%未満)	<input type="checkbox"/> 1 か月に 3~5%未満 <input type="checkbox"/> 3 か月に 3~7.5%未満 <input type="checkbox"/> 6 か月に 3~10%未満	<input type="checkbox"/> 1 か月に 5%以上 <input type="checkbox"/> 3 か月に 7.5%以上 <input type="checkbox"/> 6 か月に 10%以上
血清アルブミン値 (g/dl) (測定日) (検査値がわかる 場合に記入)	(g/dl) (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 3.6g/dl 以上	<input type="checkbox"/> 3.0~3.5g/dl	<input type="checkbox"/> 3.0g/dl 未満
食事摂取量		<input type="checkbox"/> 良好 (76~100%)	<input type="checkbox"/> 不良 (75%以下) 内容:	
栄養補給法		/	/	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法
褥瘡		/	/	<input type="checkbox"/> 褥瘡
栄養面や食生活上 の問題からの低栄養 状態のおそれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 「あり」の場合の理由（複数回答可） <input type="checkbox"/> 疾患（脳梗塞・消化器・呼吸器・腎臓疾患） <input type="checkbox"/> 手術・退院直後の低栄養状態 <input type="checkbox"/> 身体状況（発熱、風邪など） <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下機能の問題 <input type="checkbox"/> ライフイベントによる精神的ストレス <input type="checkbox"/> 生活機能低下（買い物、食事づくり等） <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()			

栄養アセスメント (通所・居宅用) (様式例)

【I】

利用者名	(ふりがな)	男・女	要介護度			
生年月日	明・大・昭 年 月 日		備考			
実施日	年 月 日	記入者				
家族構成とキーパーソン	本人 —	主たる買い物担当者				
		主たる食事準備担当者				
主たる介護者		主たる共食の者				
身体状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する利用者及び家族の意向						
主観的な健康感・意欲(心身の訴えを含む)	1	2	3	4	5	自由記述
	よい	まあよい	ふつう	あまりよくない	よくない	

食事の提供のための必要事項

実施日	年 月 日	記入者	
嗜好			
禁忌			
アレルギー			
療養食の指示			
食事摂取行為の自立			
形態			
環境			
特記事項			

多職種による栄養ケアの課題

実施日	年 月 日	記入者	
低栄養状態関連問題			
<input type="checkbox"/> 1 皮膚()	<input type="checkbox"/> 7 便秘		
<input type="checkbox"/> 2 口腔内の問題	<input type="checkbox"/> 8 浮腫		
<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 義歯の不都合 <input type="checkbox"/> 口臭	<input type="checkbox"/> 9 脱水(腋下・口唇の乾燥等)		
<input type="checkbox"/> 味覚の低下 <input type="checkbox"/> 口が渴く <input type="checkbox"/> むせ	<input type="checkbox"/> 10 感染		
<input type="checkbox"/> 3 食欲低下	<input type="checkbox"/> 11 発熱		
<input type="checkbox"/> 4 摂食・嚥下障害	<input type="checkbox"/> 12 経腸栄養		
<input type="checkbox"/> 5 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 13 静脈栄養		
<input type="checkbox"/> 6 下痢(下剤の常用を含む)	<input type="checkbox"/> 14 医薬品の種類と数、投与方法、食品との相互作用		
※ 特記事項	[具体的に記載]		

【Ⅱ】

生活機能・身体機能・身体計測（*必要に応じて記入）

項目	実施日 年 月 日 記入者	実施日 年 月 日 記入者
生活機能・身体機能		
握力* (kg) (利き腕)		
体 重 (kg)	(%)	(%)
BMI		
通常体重 (kg)		
体重変化率 (%)	(増加・減少)	(増加・減少)
下腿周囲長* (cm)	(%)	(%)
上腕周囲長 (cm)	(%)	(%)
上腕三頭筋皮脂厚(mm)	(%)	(%)
上腕筋面積 (cm ²)	(%)	(%)

(%) : JARDの50パーセンタイル値 (中央値)を100%として換算

臨床検査（検査値がわかる場合に記入）

項目	実施日 年 月 日 記入者	実施日 年 月 日 記入者
血清アルブミン (g/dl)		
ヘモグロビン (g/dl)		
血糖値 (mg/dl)		
総コレステロール (mg/dl)		
クレアチニン (mg/dl)		
BUN (mg/dl)		

経口摂取量 (①) ※		実施日 年 月 日 記入者	実施日 年 月 日 記入者
食事	主食 (割)		
	副食 (割)		
	エネルギー (kcal)		
	たんぱく質 (g)		
	水分 (ml)		
栄養補助食品	種類		
	1回の量 (ml(g))		
	頻度 (回)		
	エネルギー (kcal)		
	たんぱく質 (g)		
間食	種類		
	1回の量 (ml(g))		
	頻度 (回)		
	エネルギー (kcal)		
	たんぱく質 (g)		
合計	エネルギー (kcal) ①		
	たんぱく質 (g) ①		
	水分 (ml) ①		

※摂取量を把握する際には、利用者の負担にならないよう、ごはんなどの主食、主菜、飲料等の状況をおおまかに把握し、それをもとに管理栄養士がエネルギー、たんぱく質、水分補給量をおおよそ推算し記入する。

経腸・静脈栄養補給 (②)		実施日 年 月 日 記入者	実施日 年 月 日 記入者
経腸栄養	ルート		
	種類		
	量 (ml)		
	回数		
	速度		
	エネルギー (kcal)		
	たんぱく質 (g)		
	水分 (ml)		
静脈栄養	ルート		
	種類		
	量 (ml)		
	回数		
	速度		
	エネルギー (kcal)		
	たんぱく質 (g)		
	水分 (ml)		
合計	エネルギー (kcal) ②		
	たんぱく質 (g) ②		
	水分 (ml) ②		
総補給量 ① + ②			
エネルギー (kcal)			
たんぱく質 (g)			
水分 (ml)			
栄養補給量の算定			
エネルギー消費量 (kcal)			
必要エネルギー (kcal)			
必要たんぱく質 (g)			
必要水分量 (ml)			
栄養補給法の選択及び経口移行・維持の可能性			
食事形態に関する評価			
特記事項			

	実施日 年 月 日 記入者	実施日 年 月 日 記入者
家庭等における食事摂取に関する事項	①利用者の知識・技術・意欲の状況	
	②家族・支援者の知識・技術・意欲の状況	
	③日常の食習慣や生活習慣の状況	
	④訪問介護等による食事介助、調理支援などの状況	
	⑤配食サービスや通所サービスでの食事摂取状況	
	⑥活用しているあるいは今後活用できる資源状況	
	⑦食事・食事準備や買い物環境	
専門職によるアセスメントの結果（転記）		
総合的評価・判定（家庭における食事摂取上の問題を含めて）		

栄養ケア計画（通所・居宅）（様式例）

別紙3

初回・紹介・継続

利用者名: _____ 殿 生年月日 年 月 日 住所: _____

計画作成者氏名: _____

所属名及び所在地: _____

担当者氏名（職種） _____ (医師、管理栄養)

初回作成日: 平成 年 月 日

作成(変更)日: 平成 年 月 日

要介護状態区分 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 （その他: _____）

医師の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（要点 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（要点	指示日 / 指示日 /
-------	--	----------------

利用者及び家族の自己実現の課題や意欲、意向		説明と了解日
		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
		続柄

長期目標(ゴール)と期間	
--------------	--

235

短期目標と期間	栄養改善サービス(①栄養補給、食事、②栄養食事相談、③多職種による課題の解決など)	担当者	頻度	期間

特記事項	
------	--

栄養ケア提供経過記録（通所・居宅）（様式例）

別紙4

利用者名: _____ 殿

作成日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

作成者氏名: _____

サービス提供項目	月 日	月 日	月 日	月 日
栄養補給				
栄養食事相談				
多職種による課題の解決				
食事				

氏名 _____

	3か月後の目標	サービス提供前		週・月目		週・月目		週・月目	
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
		記入者		記入者		記入者		記入者	
		数値	問題チェック	数値	問題チェック	数値	問題チェック	数値	問題チェック
アウトカム									
自己実現の課題		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
自己実現の意欲		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
生活機能・身体機能		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
主観的健康観		1・2・3・4・5	<input type="checkbox"/>	1・2・3・4・5	<input type="checkbox"/>	1・2・3・4・5	<input type="checkbox"/>	1・2・3・4・5	<input type="checkbox"/>
食事に対する満足感			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
栄養リスク			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
体 重 (kg)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
B M I			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
体重減少率 (%/月)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
血清アルブミン (g/dl)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
食事摂取状況			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
経腸・静脈栄養法			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
褥瘡			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
栄養補給量									
エネルギー (kcal(%))			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
たんぱく質 (g (%))			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
水分 (ml (%))			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
経口移行・維持			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他の項目									
食事摂取上の問題			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
評価									
計画の修正		無・有		無・有		無・有		無・有	
総合評価									

※摂取量を把握する際には、利用者の負担にならないよう、ごはんなどの主食、主菜、飲料等の状況をおおまかに把握し、それをもとに管理栄養士がエネルギー、たんぱく質、水分補給量をおおよそ推算し記入する。

※ 血清アルブミンについては、検査値が分かる場合に記入。



老老発第0331008号

平成18年3月31日

都道府県
各指定都市介護保険主管部（局）長 殿
中核市

厚生労働省老健局老人保健課長



口腔機能向上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

今般、介護保険法等の一部を改正する法律（平成17年法律第77号）及び平成18年度介護報酬改定の平成18年4月1日からの施行に伴い、通所介護及び通所リハビリテーション並びに居宅療養管理指導（介護予防サービスとして行われる場合を含む。以下同じ。）における要支援及び要介護高齢者の口腔機能の向上のための口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する実地指導（以下「口腔機能向上サービス」という。）を評価することとしたところである。

通所サービスにおける口腔機能向上加算及び歯科衛生士等の居宅療養管理指導の算定については、別に通知する「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、居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援等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年老企第36号）及び「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日付老計発第0317001号、老振発第0317001号・老老発第0317001号通知）において示しているところであるが、今般、口腔機能向上サービスに係る事務処理手順例及び様式例を別紙の通りお示しするので、御了知の上、管下市町村、関係団体、関係機関にその周知をお願いする。

当該事務処理手順例及び様式例は、口腔機能向上サービスの適切な実施に資するよう一つの参考例としてお示しするものであり、当該事務処理手順例及び様式例によらない場合であっても、適正に個別の高齢者の口腔機能の向上のための口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する実地指導が実施されていると認められる場合においては、介護報酬上算定して差し支えないものであるので念のため申し添える。

記

1. 口腔機能向上サービスの実務等について

(1) 通所サービスにおける口腔機能向上サービスの提供体制

- ア 口腔機能向上サービスの提供体制は、ヘルスケアサービスの一環として、個人に最適な実地指導を行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。
- イ 事業所は、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員（以下「サービス担当者」という。）と介護職員、生活相談員その他の職種の者等（以下「関連職種」という。）が共同した口腔機能向上サービスを行う体制を整備する。
- ウ 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービスに関する手順（利用開始時における把握（リスクの確認）、解決すべき課題の把握（アセスメント）、口腔機能改善管理指導計画、モニタリング、評価等）をあらかじめ定める。
- エ サービス担当者は、利用者に適切な実地指導を効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。
- オ 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービス体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。

(2) 口腔機能向上サービスの実務

ア 利用開始時における把握（リスクの確認）の実施

口腔機能向上サービスを行う通所サービスにおける関連職種は、サービス担当者と連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクを把握する。なお、サービス担当者は、関連職種に対し、利用開始時における把握について指導及び助言等を十分に行うこととし、この把握には、別紙1の様式例を参照の上、作成する。

イ 解決すべき課題の把握（アセスメント）の実施

サービス担当者は、利用開始時における口腔衛生等に関するリスクの把握を踏まえ（実施されていない場合は、サービス担当者が実施する。）、利用者毎に口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題を把握する。解決すべき課題の把握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。この際、利用者が要支援者である場合は、別紙2中の（Ⅰ）の様式例に、利用者が要介護者である場合は、別紙2中の（Ⅱ）の様式例に必要事項を記入する。

様式例におけるQOL、食事・衛生等、衛生、機能及びその他の項目については、事業所等の実状にあわせて項目を追加することについては差し支えない。ただし、項目の追加に当たっては、利用者等の過剰な負担とならぬよう十分配慮しなければならない。

ウ 口腔機能改善管理指導計画の作成

- ① サービス担当者は、関連職種が利用開始時に把握した口腔衛生等に関する内容を確認し、利用者の i) 口腔衛生に関して解決すべき課題（口腔内の清掃、有床義歯の清掃等） ii) 摂食・嚥下機能に関して解決すべき課題（摂食・嚥下機能の維持・向上に必要な実地指導、歯科保健のための食生活指導等） iii) 解

決すべき課題に対しサービス担当者に関連職種が共同して取り組むべき課題等について記載した口腔機能改善管理指導計画原案を作成する。なお、この作成には、別紙3の様式例を参照の上、作成する。

- ② サービス担当者は、作成した口腔機能改善管理指導計画原案については、関連職種と調整を図り、口腔機能改善管理指導計画原案の内容を、事業所を通じて居宅サービス計画又は介護予防サービス計画にも適切に反映させる。
- ③ 介護予防通所介護又は通所介護において行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者は、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治医又は主治の歯科医師の指示・指導が必要な場合、サービス担当者は、主治医又は主治の歯科医師の指示・指導を受けなければならない。
- ④ 介護予防通所リハビリテーション又は通所リハビリテーションにおいて行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者は、医師又は歯科医師の指示・指導が必要であり、利用者の主治医又は主治の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。

エ 利用者又はその家族への説明

サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に際して、口腔機能改善管理指導計画原案を利用者又はその家族に説明し、口腔機能向上サービスの提供に関する同意を得る。

医師又は歯科医師は、指示・指導が必要な場合、口腔機能改善管理指導計画の実施に当たり、その計画内容、利用者又はその家族の同意等を確認する。

オ 口腔機能向上サービスの実施

- ① サービス担当者に関連職種は、口腔機能改善管理指導計画に基づいた口腔機能向上サービスの提供を行う。
- ② サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画に基づいて、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する実地指導を実施する。
- ③ サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に当たっては、関連職種に対して、口腔機能改善管理指導計画に基づいて個別又は集団に対応した口腔機能向上サービスの提供ができるように指導及び助言等を行う。
- ④ サービス担当者は、関連職種と共同して口腔機能向上サービスに関するインシデント・アクシデント事例等の把握を行う。
- ⑤ サービス担当者は、口腔機能向上サービス提供の主な経過を記録する。記録の内容は、実施日、指導の要点、解決すべき課題の改善等に関する要点、口腔清掃方法の変更の必要性及び関連職種のケアの状況等について記録する。サービスの経過は、別紙4の様式例を参照の上、作成する。様式例における記録の項目については、事業所等の実状にあわせて項目を追加することについては差し支えない。

カ 実施上の問題点の把握

関連職種は、口腔機能改善管理指導計画に基づき、サービス担当者の指導及び助言等に従い、利用者の目標の達成度、口腔衛生、摂食・嚥下機能の改善状況等を適宜把握する。改善状況に係る記録は、別紙5の様式例を参照の上、作成する。口腔機能改善管理指導計画の変更が必要になる状況が疑われる場合には、サービス担当者へ報告し、サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画の変更を検討する。

キ モニタリングの実施

① サービス担当者は、目標の達成度、口腔衛生、摂食・嚥下機能の改善状況等を適宜モニタリングし、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、口腔機能改善管理指導計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙5の様式例を参照の上、作成する。

② モニタリングは、口腔機能改善管理指導計画に基づき、対象者が要支援者の場合は概ね1か月毎、対象者が要介護者の場合は概ね2週間毎適宜行う。

ク 再把握の実施（利用終了時における把握の実施）

サービス担当者は、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクにかかる把握を3か月毎に実施し、事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等へ情報を提供する。なお、この把握には、別紙1、別紙2、別紙5の様式例を参照の上、作成する。

介護支援専門員又は介護予防支援事業者等は、情報提供を受け、サービス担当者と連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクにかかわらず、把握を3か月毎に実施する。

ケ 口腔機能向上サービスの継続及び終了時の説明等

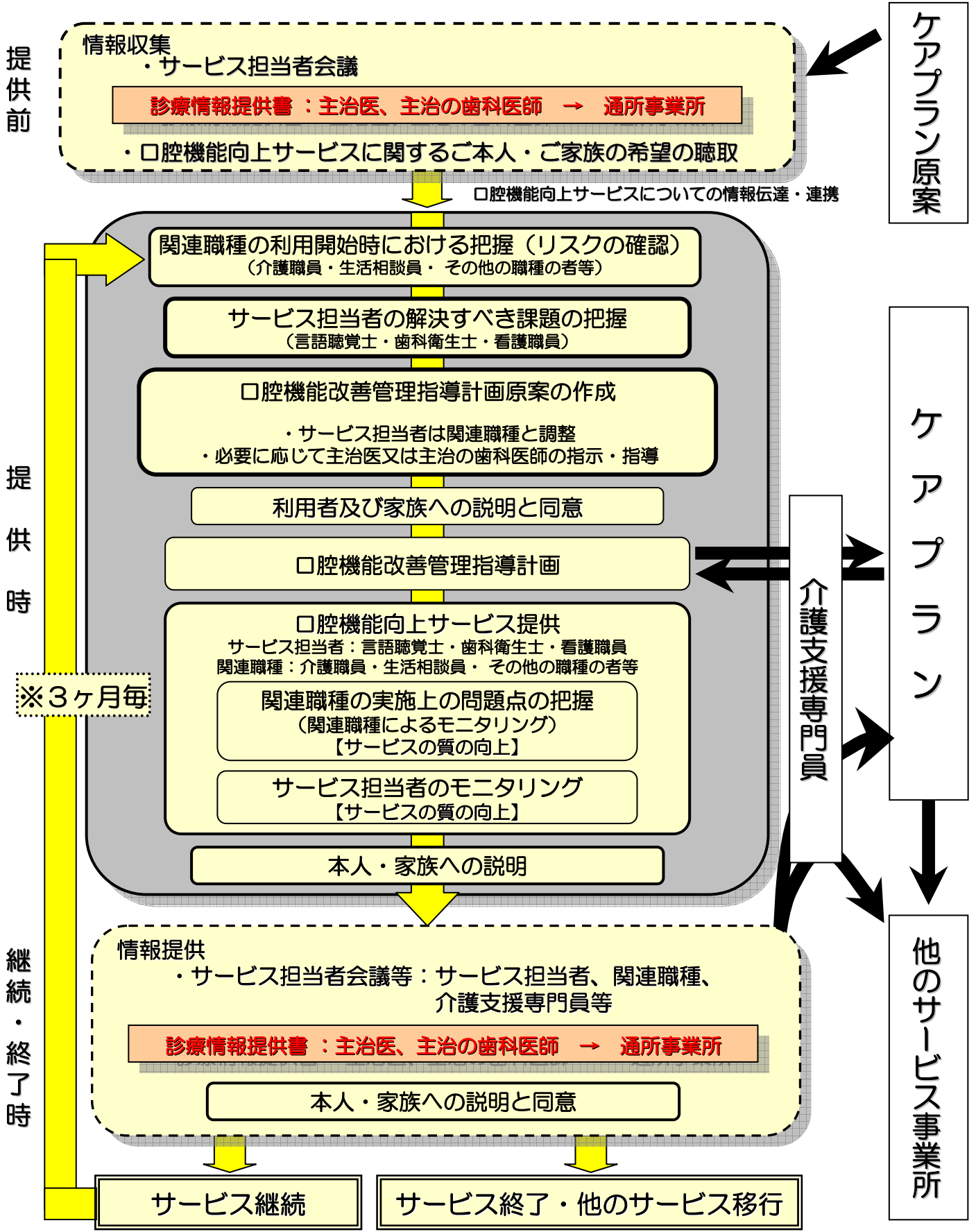
サービス担当者は、総合的な評価を行い、口腔機能向上サービスの継続又は終了の場合には、その結果を利用者又はその家族に説明するとともに、利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等に継続又は終了の情報を提供し、サービスを継続又は終了する。サービスの継続又は終了については、利用者又はその家族へ説明し同意を得る。

総合的な評価の結果が改善等により終了する場合は、関連職種や居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所との連携を図り、総合的な評価の結果において医療が必要な場合は、必要に応じて主治医又は主治の歯科医師、介護支援専門員若しくは介護予防支援事業者並びに関係機関（その他の居宅サービス事業所等）との連携を図る。

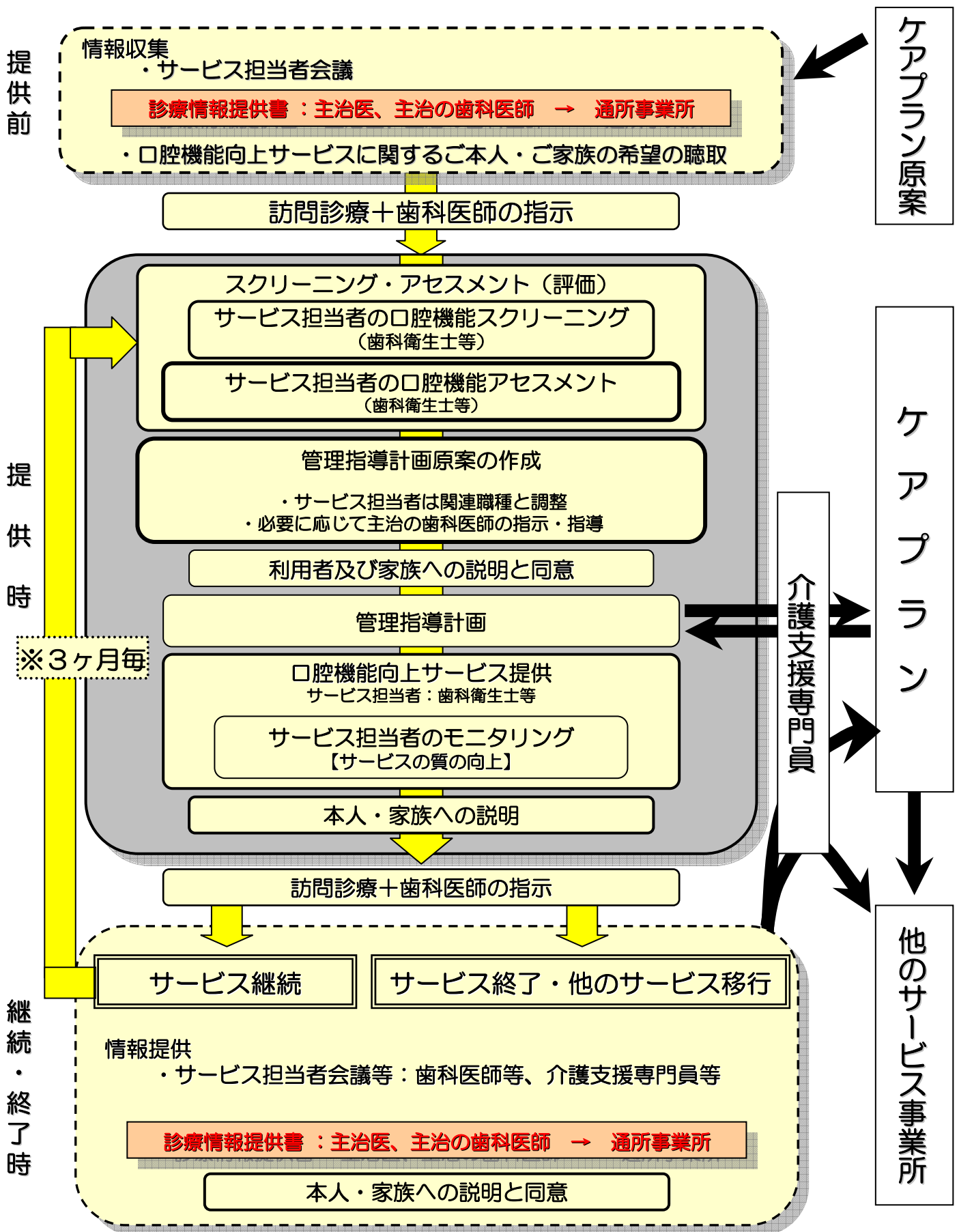
2. 歯科衛生士等の居宅療養管理指導の実務等について

居宅療養管理指導にかかる口腔機能スクリーニング、口腔機能アセスメント、管理指導計画、モニタリング、評価等については、別紙の1～5の様式例を準用する。

口腔機能向上サービスのフローチャート



歯科衛生士等の居宅療養管理指導のフローチャート



記入者:

実施年月日: 年 月 日

氏名	(ふりがな)	男・女	要介護認定等	
	明・大・昭 年 月 日		<input type="checkbox"/> 非該当 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

(主治医の意見書が入手できた場合は添付する)

		質問項目	評価項目		転記	事前	事後
基本チェックリスト	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1 はい	2 いいえ			
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1 はい	2 いいえ			
	15	口の渇きが気になりますか	1 はい	2 いいえ			
理学的検査		視診による口腔内の衛生状態	1 良好	2 不良			
		反復唾液嚥下テスト (RSST)	1 3回以上	2 3回未満			

※「転記」の欄には、サービス等実施前の基本チェックリスト、生活機能評価の結果を転記する。

QOL	1	食事が楽しみですか	1 とても楽しみ 4 楽しくない	2 楽しみ 5 全く楽しくない	3 ぶつう		
	2	食事をおいしく食べていますか	1 とてもおいしい 4 あまりおいしくない	2 おいしい	3 ぶつう 5 おいしくない		
	3	しっかりと食事が摂れていますか	1 よく摂れている 4 あまり摂れていない	2 摂れている	3 ぶつう 5 摂れていない		
	4	お口の健康状態はどうですか	1 よい 4 あまりよくない	2 まあよい	3 ぶつう 5 よくない		
食事・衛生	1	食事への意欲はありますか	1 ある	2 あまりない	3 ない		
	2	食事中や食後のむせ	1 ある	2 あまりない	3 ない		
	3	食事中の食べこぼし	1 こぼさない	2 多少はこぼす	3 多量にこぼす		
	4	食事中や食後のタン(痰)のからみ	1 ない	2 時々ある	3 いつもからむ		
	5	食事の量(残食量)	1 なし	2 少量(1/2未満)	3 多量(1/2以上)		
	6	口臭	1 ない	2 弱い	3 強い		
	7	舌、歯、入れ歯などの汚れ	1 ある	2 多少ある	3 ない		
その他	1	今回のサービスなどで好ましい変化が認められたもの	1 食欲 4 その他()	2 会話	3 笑顔		
	2	生活意識の変化	1 前進 ()	2 変化なし	3 後退		

実施のための利用者の情報

歯科診療の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 1週間に1~2回程度の治療(う蝕、歯周病、義歯作成などによる治療が中心) <input type="checkbox"/> 1~数ヶ月に1回程度のメンテナンス等(定期健診なども含む)
口腔機能にかかる主治医・主治の歯科医師の連絡先	診療所・病院名: 電話番号:
特記事項・その他 (利用者に関する食事のペース、一口の量、手の運動機能、食事の姿勢、食具等の情報等)	

記入者： _____ 職種（ 言語聴覚士・ 歯科衛生士・ 看護職員）
 実施年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

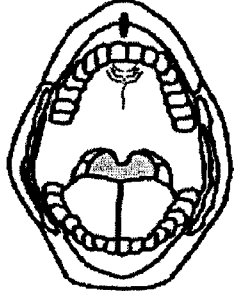
【I】

氏名	(ふりがな)	男・女	病名・障害名
	明・大・昭 年 月 日		
口の中の状態や訴えに関する利用者及び家族の希望			

	質問項目	評価項目			事前	事後
理学的検査	視診による口腔内の衛生状態	1 良好	2 不良			
	反復唾液嚥下テスト(RSST)	1 3回以上	2 3回未満			

衛生	1	食物残渣	1 なし・少量	2 中程度	3 多量		
	2	舌苔	1 なし・少量	2 中程度	3 多量		
	3	義歯あるいは歯の汚れ	1 なし・少量	2 中程度	3 多量		
	4	口腔衛生習慣(声かけの必要性)	1 必要がない	2 必要あり	3 不可		
機能	1	反復唾液嚥下テスト(RSST)の積算時間	1回目()秒 2回目()秒 3回目()秒			1() 1() 2() 2() 3() 3()	
	2	オーラルディアドコキネシス	パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒	※パ、タ、カをそれぞれ10秒間に言える回数の測定し、1秒間あたりに換算		パ() パ() タ() タ() カ() カ()	
	3	頬の膨らまし(空ぶくぶくうがい)	1 左右十分可能	2 やや十分	3 不十分		
その他	1	今回のサービス等の満足度	1 満足 4 やや不満	2 やや満足 5 不満	3 どちらでもない		

実施のための利用者の情報

義歯の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯	□腔内状況 
清掃用具や食事環境の状況		
主治の歯科医師又は連携する歯科医師等からの指示		
特記事項		

解決すべき課題の把握・口腔機能アセスメント（様式例）

別紙2-Ⅱ

記入者：_____ 職種（ 言語聴覚士・ 歯科衛生士・ 看護職員）
 実施年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

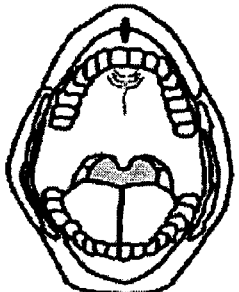
【Ⅱ】

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	病名・障害名
	明・大・昭 年 月 日		
□の中の状態や訴えに関する利用者及び家族の希望			

	質問項目	評価項目			事前	事後
理学的検査	視診による口腔内の衛生状態	1 良好	2 不良			
	反復唾液嚥下テスト(RSST)	1 3回以上	2 3回未満			

衛生	1	食物残渣	1 なし・少量	2 中程度	3 多量		
	2	舌苔	1 なし・少量	2 中程度	3 多量		
	3	義歯あるいは歯の汚れ	1 なし・少量	2 中程度	3 多量		
	4	口腔衛生習慣(声かけの必要性)	1 必要がない	2 必要あり	3 不可		
	5	口腔清掃の自立状況 (支援の必要性)	1 必要がない	2 一部必要	3 必要		
	6	ここ1ヶ月の発熱回数	() 回/月	※37.8度以上の発熱回数を記入			
機能	1	反復唾液嚥下テスト(RSST)の積算時間	1回目()秒 2回目()秒 3回目()秒			1() 1() 2() 2() 3() 3()	
	2	オーラルディアドコキネシス	パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒	※パ、タ、カをそれぞれ10秒間に言える回数の測定し、1秒間あたりに換算		パ() パ() タ() タ() カ() カ()	
	3	頬の膨らまし(空ぶくぶくうがい)	1 左右十分可能	2 やや十分	3 不十分		
その他	1	今回のサービス等の満足度	1 満足 4 やや不満	2 やや満足 5 不満	3 どちらでもない		

実施のための利用者の情報

義歯の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯	□腔内状況 
清掃用具や食事環境の状況		
主治の歯科医師又は連携する歯科医師等からの指示		
特記事項		

() さんの口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画（例）

わたしのゴール

--

ゴールに向かう 身近な目標	目標達成のための具体的計画（頻度等も含む。）	実施期間 評価予定

実行や支援にあたって、注意することなど

--

利用者同意サイン		続柄	
----------	--	----	--

計画作成者： _____ 職種（ 言語聴覚士・ 歯科衛生士・ 看護職員）
 初回作成日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
 作成(変更)日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※①サービス担当者が実施する計画、②関連職員が実施する計画、③利用者又はその家族等が実施する計画とそれ
 に係る具体的な指導、助言等の文書等を添付する。

口腔機能向上サービス・居宅療養管理指導の提供経過記録(実地指導に係る記録)(例)

氏名	(ふりがな).....	男・女	
訪問先			

実施日	月 日	月 日	月 日	月 日
開始・終了時刻	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
指導の要点				
解決すべき課題の改善等に関する要点				
口腔清掃方法変更の必要性				
関連職種とのケアの状況				
担当者の署名				

※居宅療養管理指導においては、訪問先、訪問日、指導の開始及び終了時刻、歯科医師からの指示等、歯科医師の訪問診療に同行した場合には当該歯科医師の診療開始及び終了時刻等についても記録する。

口腔機能向上サービス・居宅療養管理指導のモニタリング（例）

氏名	(ふりがな)	男・女	
----	--------	-----	--

	質問項目	評価項目	サービス提供前		週・月日		週・月日		週・月日		週・月日	
			月日		月日		月日		月日		月日	
			評価	スコア	評価	スコア	評価	スコア	評価	スコア	評価	スコア
食事・衛生	1	食事への意欲はありますか 1 ある 2 あまりない 3 ない		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	2	食事中や食後のむせ 1 ある 2 あまりない 3 ない		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	3	食事中の食べこぼし 1 こぼさない 2 多少はこぼす 3 多量にこぼす		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	4	食事中や食後のタン(痰)のからみ 1 ない 2 時々ある 3 いつもからむ		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	5	食事の量 1 なし 2 少量 3 多量		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	6	口臭 1 ない 2 弱い 3 強い		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	7	舌、歯、入れ歯などの汚れ 1 ある 2 あまりない 3 ない		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
衛生	1	入れ歯あるいは歯の汚れ 1 なし 2 少しある 3 ある		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	2	食べかすの残留 1 なし 2 少しある 3 ある		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	3	舌の汚れ 1 なし 2 少しある 3 ある		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	4	口や入れ歯の清掃への声かけ 1 必要がない 2 必要あり 3 不可		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
機能	1	食物残渣 1 なし・少量 2 中程度 3 多量		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	2	舌苔 1 なし・少量 2 中程度 3 多量		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	3	残歯あるいは歯の汚れ 1 なし・少量 2 中程度 3 多量		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	4	口腔衛生習慣 1 必要がない 2 必要あり 3 不可		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	5	口腔清掃の自立状況 1 必要がない 2 一部必要 3 必要		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	6	ここ1ヶ月の発熱回数 ()回/月		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
機能	1	回復液体嚥下テストの積算時間 1 〇回()秒 2 〇回()秒 3 〇回()秒	1 ()秒 2 ()秒 3 ()秒	<input type="checkbox"/>	1 ()秒 2 ()秒 3 ()秒	<input type="checkbox"/>	1 ()秒 2 ()秒 3 ()秒	<input type="checkbox"/>	1 ()秒 2 ()秒 3 ()秒	<input type="checkbox"/>	1 ()秒 2 ()秒 3 ()秒	
	2	オーラルディアドコキネシス パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒	パ()回 タ()回 カ()回	<input type="checkbox"/>	パ()回 タ()回 カ()回	<input type="checkbox"/>	パ()回 タ()回 カ()回	<input type="checkbox"/>	パ()回 タ()回 カ()回	<input type="checkbox"/>	パ()回 タ()回 カ()回	
	3	頬の膨らまし 1 五分十分可能 2 やや十分 3 不十分		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
評価												
計画の変更の必要性			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
総合評価												

個別機能訓練計画書

作成日 平成 年 月 日

1. 基本情報

フリガナ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定有効期間
氏名	様		歳		

2. 身体機能等の把握

■健康状態(原因疾患、発症・受傷日等) ■合併疾患とコントロール状況 ①高血圧 ②糖尿病 ③高脂血症 ④心筋梗塞 ⑤狭心症 ⑥白内障 ⑦骨粗鬆症 ⑧その他 [] ■その他の留意事項	■身体機能 1. 運動機能 : ① 麻痺など : 四肢麻痺 片麻痺 対麻痺 運動失調 顔面神経麻痺 その他() ② 筋力低下 : 頸部 体幹 肩 肘 手首 手指 股 膝 足首 足指 2. 感覚機能 : ① 感覚障害 : 軽度 重度 脱失 しびれ 過敏 ② 視力 : 視野狭窄 半盲 視力低下 複視 ③ 聴力 : 難聴 耳鳴り ④ 口腔機能 : 流涎 むせ 口臭 3. 高次脳機能 : ① 言語障害 : 失語症 構音障害 ② 失行 ③ 失認 ④ 注意障害 4. 拘縮 : 頸部 体幹 肩 肘 手首 手指 股 膝 足首 足指 5. 疼痛 : 眼 頸部 背中 腰 肩 肘 手首 手指 股 膝 足首 足指 6. その他 : ① 褥瘡 (部位) ② 浮腫み (部位) ③ その他 ()
---	---

3. 機能訓練に対する希望等

■本人(家族等)の希望
■生活目標・長期目標等

4. 個別機能訓練計画

計画期間(概ね3ヶ月)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	計画作成担当者	担当チーム	PT・OT・ST:	医師:	看護師:	栄養士:	生活相談員:	ケアマネ:
-------------	---------------------	---------	-------	-----------	-----	------	------	--------	-------

	現在の評価					短期目標の設定 (課題に対するアプローチ)	目標達成のための機能訓練内容				訓練時の留意点	3ヶ月後の評価 (評価日:平成 年 月 日)
	歩	立	歩	歩	歩		OT・PT・ST等による個別の機能訓練		集団的機能訓練			
							回数・時間等	回数・時間等	回数・時間等	回数・時間等		
日常生活動作	トイレへの移動											【見直し・継続】
	階段昇降											
	屋内移動											
	屋外移動											
	食事(嚥下含む)											
	排泄(昼)											
	排泄(夜)											
起居動作	整容										【見直し・継続】	
	更衣											
	入浴											
	コミュニケーション											
	余暇活動											
起居動作	寝返り										【見直し・継続】	
	起き上がり											
	座位											
	立ち上がり											
	立位											

250

説明者	説明・同意・交付日	平成 年 月 日	利用者(家族)同意サイン	署名・捺印	印	続柄
-----	-----------	----------	--------------	-------	---	----

老老発第 1225003 号
保医発第 1225001 号
平成 18 年 12 月 25 日

地方社会保険事務局長
都道府県民政主管部（局）長
老人医療主管部（局）長
介護保険主管部（局）長

} 殿

厚生労働省老健局老人保健課長

保険局医療課長

医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について

本年 4 月の診療報酬・介護報酬改定におけるリハビリテーションの見直しについては、急性期から回復期までのリハビリテーションは医療保険で対応し、維持期のリハビリテーションは介護保険が中心となって対応するとの考え方の下に行ったものであり、この考え方に沿って、医療保険のリハビリテーションについては、発症後早期のリハビリテーションを重点評価するとともに、疾患別に算定日数の上限を設けたところである。

当該算定日数の適用に当たっては、厚生労働大臣が定める疾患又は症状を有し、医療保険のリハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される者については、算定日数上限の経過後であっても、医師の判断によりリハビリテーションの継続を可能とする取扱いとしているところであるが、こうした取扱いについて医療現場等に必ずしも正確に伝わっていないとの指摘がある。

このため、今般のリハビリテーションの見直しの趣旨、内容、医療保

険と介護保険のリハビリテーションの連携の強化等について改めてお示しするので、御了知の上、管内市町村、関係団体、関係機関に周知方願いたい。

記

1 見直しの趣旨等

- (1) リハビリテーションは、患者の身体機能の向上のみを目的とするものではなく、患者の日常生活の活動性を高め、もって自立を促すことを目的とするものであり、漫然と実施するのではなく、期間及び到達目標を定め、計画的に実施すべきものであること。
- (2) 脳卒中や骨折に代表される急激に生活機能が低下するものは、発症後から治療開始までに要する時間及び早期から提供される適切なリハビリテーションの有無が生活機能の低下の程度に大きく影響することを踏まえ、発症後早期からの重点的なリハビリテーションの実施に配慮すること。
- (3) 医療保険においては、急性期及び回復期の状態に対応し、主として身体機能の早期改善を目指したリハビリテーションを行い、他方、介護保険においては、維持期の状態に対応し、主として身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指したリハビリテーションを行うものであること。
- (4) 急性期及び回復期のリハビリテーションの終了については、個々の患者の状態に応じて医学的に判断するとともに、医師により維持期のリハビリテーションに移行することが適当と判断された場合には、医療機関と居宅介護支援事業者との連携の確保、介護保険サービスの紹介等、医療保険と介護保険の連携を強化することにより、維持期のリハビリテーションに計画的かつ速やかに移行できるよう配慮すること。
併せて、患者に対し十分説明を行うとともに、家庭での実地指導等とも併せ、患者が日常生活に円滑に移行できるよう配慮すること。
- (5) リハビリテーションの実施に当たっては、有意義な生活や人生の実現に向けた患者の視点からの目標を定め、訓練室中心のプログラムのみではなく、日常生活の活動向上訓練や、福祉用具の選択・使用方法

の指導等、実生活に即したプログラムの実施が重要であること。

また、リハビリテーションの実施に当たっては、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が、実施するリハビリテーションの目的、内容、身体機能への影響等を利用者に十分説明すること。

2 医療保険におけるリハビリテーションに係る平成18年度診療報酬改定の内容

(1) リハビリテーション料において重点評価した項目

- ・ 患者一人一日当たりの算定単位数の上限を緩和したこと
- ・ 一月に一定単位数以上行った場合の点数の逡減制を廃止したこと
- ・ 集団療法に係る評価は廃止し、個別療法のみに係る評価体系へ転換したこと
- ・ 機能訓練室の面積要件を緩和したこと
- ・ 退院後早期の訪問リハビリテーションを充実したこと

(2) リハビリテーション料の疾患別体系への見直しと算定日数上限の取扱い

- ・ 医療保険における急性期及び回復期のリハビリテーション料について、専門家の意見を聴きつつ、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、呼吸器リハビリテーション料及び心大血管疾患リハビリテーション料の4つの疾患別体系に見直すとともに、疾患別に算定日数の上限を設けたこと。

ただし、一定の疾患及び症状（以下「適用除外疾患」という。）を有し、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される者について、算定日数上限を適用しないこととしたこと。

- ・ 上記以外の者については、算定日数上限が設定されていない難病患者リハビリテーション料又は障害児（者）リハビリテーション料によるサービスのほか、介護保険における維持期のリハビリテーションへの円滑な移行を行う等、適切なサービスの提供を行うこと。

3 医療保険のリハビリテーション実施に当たっての医療機関における留意事項

(1) サービス開始時のリハビリテーションの意義等の説明

リハビリテーションの開始に当たり、リハビリテーション実施計画を説明する際に、急性期、回復期及び維持期のリハビリテーションの意義及び内容の違いについて十分説明を行うとともに、身体機能が改善し、維持期になった場合については介護保険のリハビリテーションに移行することの説明を行うこと。

(2) 介護保険サービスの利用支援

平素より、地域の介護保険サービス事業者等の福祉サービス資源について把握を行うこと。

医療保険におけるリハビリテーションの終了後速やかに介護保険におけるリハビリテーションを受けることが重要であることから、早期の段階から、患者が要介護認定又は要支援認定（以下「要介護認定等」という。）を受けているかどうかを確認し、当該患者の意向等を踏まえ、要介護認定等の申請の手续や居宅介護支援事業者への連絡等について計画的な支援を行うこと。

また、医療保険におけるリハビリテーションの終了後速やかに介護保険におけるリハビリテーションを受けるためには、医療保険におけるリハビリテーション期間中から居宅介護支援事業者との調整が必要となるものであり、特に要介護認定等を受けていない者については、要介護認定等の申請から認定されるまでに約30日を要することに留意しつつ、利用者への支援を行うこと。

(3) 算定日数上限と適用除外疾患

適用除外疾患を正確に把握すること。

リハビリテーション料の算定日数上限に到達した後であっても、適用除外疾患を有し、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される者であれば、医療保険によるリハビリテーションの継続は可能であり、算定日数上限をもって医療保険によるリハビリテーションの実施を機械的に打ち切ることとは適切でないこと。

なお、リハビリテーションの継続により状態の改善が期待できるか否かについては、ADLの改善にも十分に配慮し定期的に客観的な評価を行った上で医師が適切に判断すること。

また、リハビリテーションを行った後、急性増悪等により心身の状態が著しく悪化した場合には、再度該当するリハビリテーション料の算定が可能であること。

(4) 医療保険のリハビリテーション終了時の説明・指導

ア 入院患者が医療保険のリハビリテーションを終了する際の説明・指導

入院患者が急性期及び回復期のリハビリテーションを終了し、退院するに当たっては、入院患者の状態や意向等を踏まえ、退院後の調整に努めること。

特に維持期のリハビリテーションとの継続性に配慮し、在宅に復帰する者に対して、居宅介護支援事業者との調整等について支援を行うこと。

また、改めて急性期、回復期及び維持期のリハビリテーションの意義及び内容の違いについて十分説明を行い、介護保険における維持期のリハビリテーションは、医療保険における急性期及び回復期のリハビリテーションと同様に、医師の指示の下、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の専門職が提供するものであること、及び、主にして身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指したリハビリテーションを行うものであることの説明を行うものであること。

また、地域包括支援センターへの相談も可能であることの情報提供を行うこと。

イ 診療報酬における評価

入院患者が居宅に戻る場合には、退院前に、診療報酬上評価されている地域連携退院時共同指導や、退院前在宅療養指導、退院時リハビリテーション指導などを行い、退院後の療養生活を支援するよう努めること。この場合において、地域の医療機関への紹介を適切に行うこと。

ウ 外来患者が医療保険のリハビリテーションを終了する際の説明・指導

アと同様に、急性期、回復期及び維持期のリハビリテーションの意義及び内容の違いについて説明を行うとともに、3(2)にあるような平素からの活動をもとに、当該患者が速やかに介護保険におけるリハビリテーションを受けられるよう、居宅介護支援事業者との調整等を行うこと。

エ 介護報酬における評価

入院患者が、医療保険のリハビリテーション終了後、介護保険の居宅サービスを利用することとなる場合には、居宅介護支援事業所は初回加算(Ⅱ)(退院又は退所に当たっての加算)を算定することができること。

(5) 当該医療機関における維持期リハビリテーションの実施

今般の制度見直しにより維持期のリハビリテーションについては、介護保険によるサービスとなったが、従来、維持期のリハビリテーションを医療保険で行っていた医療機関等においては、急性期から維持期までの一貫したリハビリテーションを当該医療機関において実施できるよう、当該医療機関において介護保険のリハビリテーションを実施することについて検討されたいこと。

なお、保険医療機関については、介護保険における指定訪問リハビリテーション事業所等の指定があったとみなされており、当該指定に係る申請は不要であること。

4 介護保険におけるリハビリテーション

(1) 介護保険において提供される維持期のリハビリテーション

ア 介護保険において提供される維持期のリハビリテーションについては、身体的な機能の大幅な改善が見込まれない者等について、日常生活を送る上で必要となる機能の維持及び向上を主たる目的として行うものであること。

イ 介護保険において提供されるリハビリテーションは、

- 1) 介護老人保健施設及び介護療養型医療施設において提供される施設サービスのリハビリテーションと
- 2) 通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の居宅サービスのリハビリテーション

により構成されている。居宅サービスのリハビリテーションについては、通所によるリハビリテーションが基本であるが、

- 1) 通所によるリハビリテーションを受けることができない場合
- 2) 通所によるリハビリテーションのみでは家屋内におけるADLの自立が困難である場合における家屋状況の確認を含めた介護予防訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合

については、訪問によるリハビリテーションが提供されること。

ウ 介護保険におけるリハビリテーションについても、医療保険におけるリハビリテーションと同様に、医師の指示のもと、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の専門職が提供するものであること。

エ 介護保険におけるリハビリテーションについても、短期集中リハビリテーション等においては個別リハビリテーションが実施されるものであること。

- (2) 介護保険において提供されるリハビリテーションに関する留意事項
- ア 医療保険における急性期及び回復期のリハビリテーションを終了した者が要介護認定等により非該当となった場合も、当該者の心身の状態によっては、介護保険における地域支援事業の介護予防事業の対象者として、運動器の機能向上プログラム等の心身の状態の維持・改善に資するサービスを受けることができること。
 - イ 介護保険において提供される維持期のリハビリテーションを受ける要介護者等が、急性増悪等により心身の状態が著しく悪化した場合には、医療機関を受診し、医療保険において提供される急性期のリハビリテーションを受けることができること。

5 介護保険におけるリハビリテーションに係る平成18年度介護報酬改定の内容

- (1) 介護保険におけるリハビリテーションの見直しの基本的な考え方
医療保険による回復期のリハビリテーション終了後、引き続き速やかに維持期のリハビリテーションに移行できる体制の整備を図ったものであること。
- (2) 通所リハビリテーション等における加算
- ア 介護サービスを担う多職種が協働して、利用者毎の課題の把握、改善に係る目標の設定、計画の作成等の一連のプロセスを継続的に実施することを評価した「リハビリテーションマネジメント加算」を創設したこと
 - イ 医療機関からの退院又は介護保険施設からの退所後一定の期間において、短期集中的にリハビリテーションを行うことを評価した「短期集中リハビリテーション実施加算」を創設したこと
- (3) 居宅介護支援における加算
居宅介護支援事業所については、新規に居宅サービス計画を作成した場合であって、医療機関からの退院又は介護保険施設からの退所に当たって、病院・施設等と居宅サービス事業者との連携を図りつつ、居宅サービス計画を策定した場合の加算（初回加算（Ⅱ））を創設したこと。

6 介護保険におけるリハビリテーション実施に当たっての留意事項

(1) リハビリテーション実施機関における留意事項

リハビリテーションの開始に当たり、急性期、回復期及び維持期のリハビリテーションの意義及び内容の違いについて説明を行うとともに、介護保険におけるリハビリテーションについては、生活機能の維持・向上を目指したリハビリテーションを行うことの説明を行うこと。

質の高いサービスを提供する観点から、リハビリテーションマネジメントや短期集中リハビリテーションの実施に努めるとともに、通所リハビリテーションについては、利用者の希望等を勘案して、短時間のサービスを提供できるよう努めること。

また、個別リハビリテーションについては、リハビリテーションマネジメント加算や短期集中リハビリテーション実施加算の算定に当たっては個別リハビリテーションが行われることとなるが、利用者の心身の状況等を勘案して個別リハビリテーションを行うことが必要と認められる場合には、個別リハビリテーションが提供されるよう、利用者の状態の維持・改善に向けた最善の取組を図るよう努めること。

(2) 居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者における留意事項

平素より、地域の医療サービスも含めたりハビリテーションの提供体制を把握すること。

居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者は、要介護者等が急性期及び回復期のリハビリテーションを受けている間からも、要介護者等から依頼があった場合には、あらかじめ、維持期におけるリハビリテーション等を含めた居宅サービス計画の作成等を行い、居宅における生活に円滑に移行できるようにすること。

居宅サービス計画等については、利用者の主治の医師等の意見を求めて作成することとなるが、利用者の希望等を踏まえ、急性期及び回復期のリハビリテーションを行った医療機関において維持期のリハビリテーションを実施することとするなど、急性期及び回復期のリハビリテーションとの継続性にも配慮が必要であること。

(3) 地域包括支援センターにおける留意事項

平素より、地域の医療サービスも含めたりハビリテーションの提供体制を把握することに努め、高齢者からのリハビリテーションに関する相談に応じ、必要に応じて、関係機関において必要なリハビリテーションが受けられるよう入所や利用に係る連絡調整を行うこと。

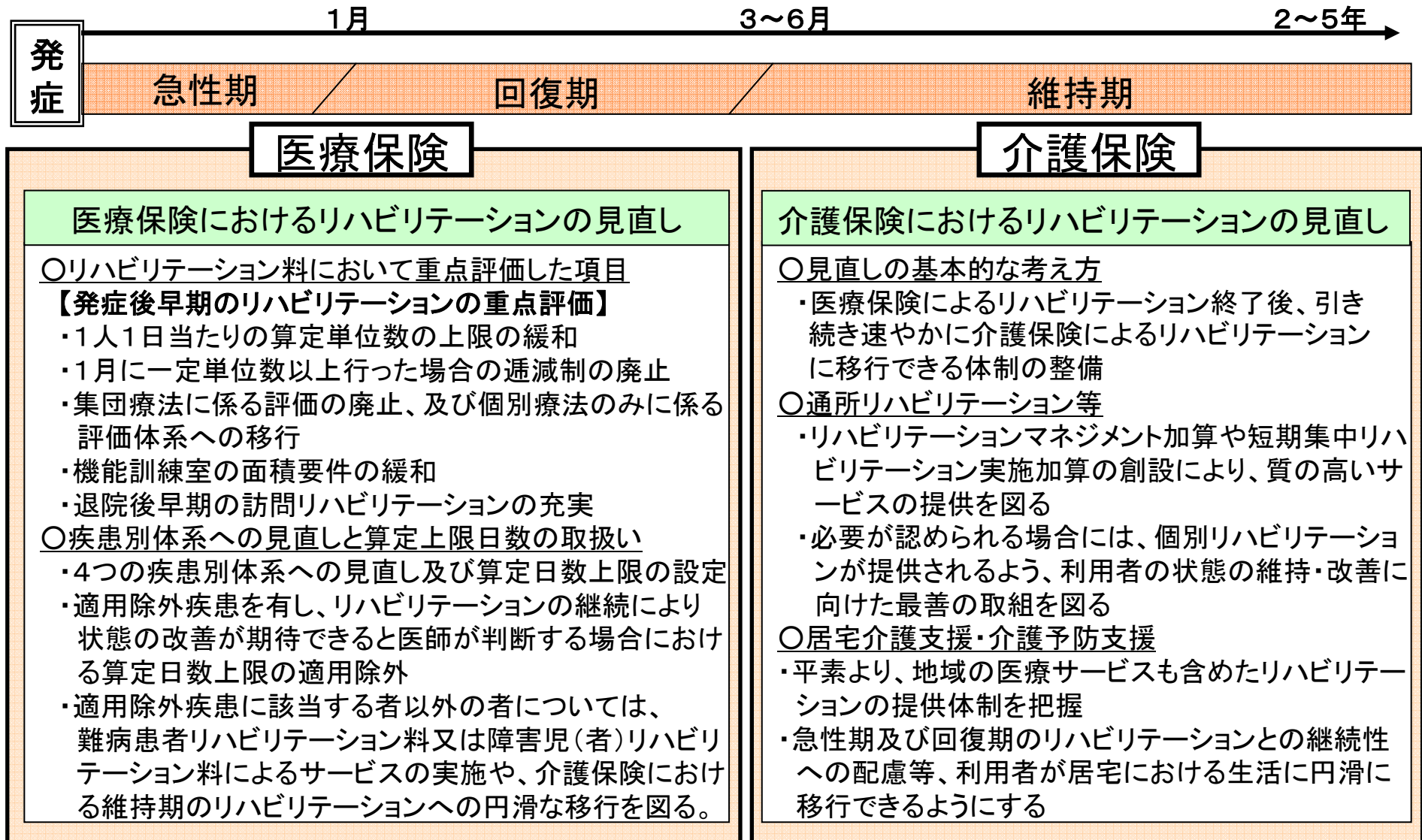
(4) 都道府県及び市町村における留意事項

都道府県及び市町村は、都道府県介護保険事業支援計画や市町村介護保険事業計画に基づき、リハビリテーションに係る利用者のニーズも踏まえつつ、計画的にサービスの確保を進めること。

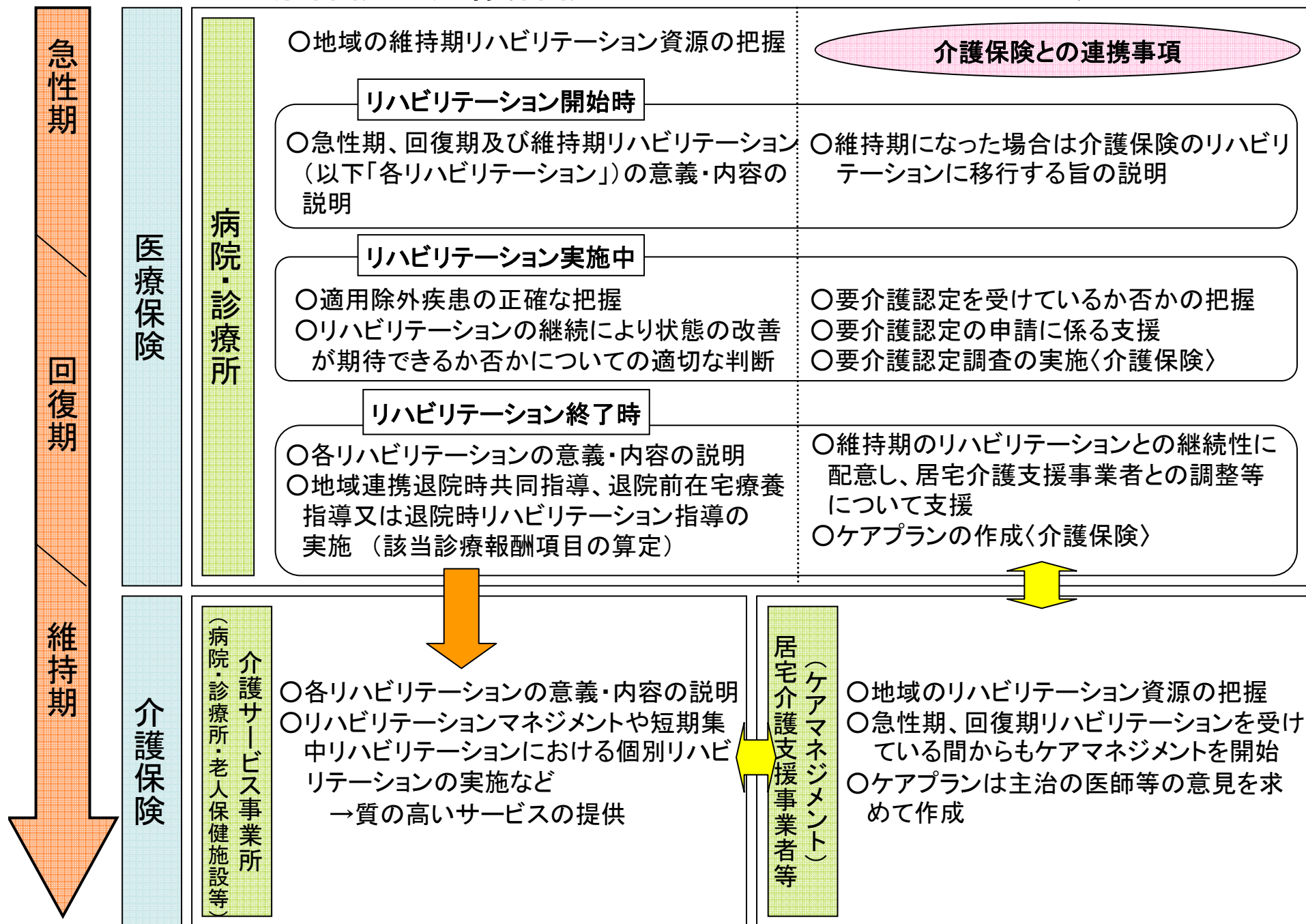
また、都道府県は、医療機関や介護サービス事業者が、域内の医療サービスや福祉サービスを把握できるよう、WAM NET の情報や事業所一覧等により、域内の医療機関や介護サービス事業者の情報を提供すること。

急性期から維持期までのリハビリテーション

- ①医療保険では、急性期の状態に対応し、主として身体機能の早期改善を目指したリハビリを行う。
 ②介護保険では、維持期の状態に対応し、主として身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指したリハビリを行う。



医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携



リハビリテーションの疾患別体系への見直し

	脳血管疾患等リハビリテーション	運動器リハビリテーション	呼吸器リハビリテーション	心大血管疾患リハビリテーション
対象疾患	脳血管疾患 脳外傷 脳腫瘍 神経筋疾患 脊髄損傷 高次脳機能障害 等	上・下肢の複合損傷 上・下肢の外傷・骨折の手術後 四肢の切断・義肢 熱傷瘢痕による関節拘縮 等	肺炎・無気肺 開胸手術後 肺梗塞 慢性閉塞性肺疾患 であって重症後分類Ⅱ以上の状態の患者 等	急性心筋梗塞 狭心症 開心術後 慢性心不全で左心駆出率40%以下 冠動脈バイパス術後 大血管術後 等
リハビリテーション料(Ⅰ)	250点	180点	180点	250点
リハビリテーション料(Ⅱ)	100点	80点	80点	100点
算定日数の上限	180日	150日	90日	150日

注 点数は1単位(20分)当たりのもの

*リハビリテーション料(Ⅱ)は、一定の施設基準を満たす場合に算定できる。

*リハビリテーション料(Ⅰ)は、さらに医師又はリハビリテーション従事者の配置が手厚い場合に算定できる。

算定日数上限規定の対象から除外される疾患

- ・失語症、失認及び失行症
- ・高次脳機能障害
- ・重度の頸髄損傷
- ・頭部外傷又は多部位外傷
- ・回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- ・ベーチェット病
- ・多発性硬化症
- ・重症筋無力症
- ・全身性エリテマトーデス
- ・スモン
- ・筋萎縮性側索硬化症
- ・強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎
- ・結節性動脈周囲炎
- ・ビュルガー病
- ・脊髄小脳変性症
- ・悪性関節リウマチ
- ・パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病)
- ・アミロイドーシス
- ・後縦靭帯骨化症
- ・ハンチントン病
- ・モヤモヤ病(ウィリス動脈輪閉塞症)
- ・ウェゲナー肉芽腫症
- ・多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)
- ・広範脊柱管狭窄症
- ・特発性大腿骨頭壊死症
- ・混合性結合組織病
- ・プリオン病
- ・ギラン・バレー症候群
- ・黄色靭帯骨化症
- ・シェーグレン症候群
- ・成人発症スチル病
- ・関節リウマチ
- ・亜急性硬化性全脳炎・脳性麻痺
- ・胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害
- ・顎・口腔の先天異常
- ・先天性の体幹四肢の奇形又は変形
- ・先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症
- ・先天性又は進行性の神経筋疾患
- ・神経障害による麻痺及び後遺症(脳卒中後遺症を含む)
- ・言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害

地域連携退院時共同指導料・退院前在宅療養指導管理料

地域連携退院時共同指導料2

- ・在宅療養支援診療所と連携する場合 500点
- ・その他の場合 300点

入院中の保険医療機関の医師、看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を、地域において退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供することを評価。

退院前在宅療養指導管理料

- ・120点

入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行うことを評価。

退院時リハビリテーション指導料

- ・300点

患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の居宅における基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行うことを評価。

リハビリテーションマネジメント加算及び短期集中リハビリテーション実施加算

	訪問リハビリ テーション	通所リハビリ テーション	介護老人保健 施設	介護療養型 医療施設	
リハビリテーション マネジメント加算 (1日につき)	20単位	20単位	25単位	25単位	
短期集中リハビリ テーション実施加算 (1日につき)	330単位	180単位	60単位	60単位	※1
	200単位	130単位	60単位	60単位	※2
		80単位			※3

※1 退所・退院日又は新たに要介護認定を受けた日から1月以下

※2 退所・退院日又は新たに要介護認定を受けた日から1月超3月以下

※3 退所・退院日又は新たに要介護認定を受けた日から3月超

リハビリテーションマネジメント加算

多職種が協働して、利用者毎の課題の把握、改善に係る目標の設定、計画の作成等の一連のプロセスを継続的に実施することを評価する。

短期集中リハビリテーション実施加算

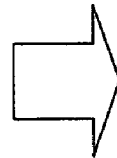
退院・退所後又は初めて要介護認定を受けた後に、早期に在宅における日常生活活動の自立性を向上させるため、短期集中的にリハビリテーションを実施した場合に加算する。

居宅介護支援費における初回加算の創設

初回加算の創設

初回（新規に居宅サービス計画を策定した場合及び要介護状態区分の2段階以上の変更認定を受けた場合）の居宅介護支援費に加算する。また、退院・退所時には、より高い額を加算する。

初回加算（新規）



初回加算（Ⅰ）＜初回時＞
250単位／月

初回加算（Ⅱ）＜退院・退所時＞
600単位／月

※算定要件

初回加算Ⅰ：①新規に居宅サービス計画を策定した場合
②要介護状態区分が2段階以上変更となった場合

初回加算Ⅱ：初回加算Ⅰの要件を満たしている場合であって、30日を超える入院・入所期間を経た後の退院・退所に当たって、病院・施設等と居宅サービス事業者との連携を図りつつ、居宅サービス計画を策定した場合。ただし、同一の利用者について前回の算定から6月間以上を経過していること。

介護予防サービスの実施上の留意事項について

(厚労省主催第2回地域包括支援センター・介護予防に関する意見交換会資料 (H18.10.18) から)

1 趣旨

- 本年4月に施行された改正介護保険法により、新たな介護予防サービスが導入されたが、この介護予防サービスにおいては、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）による新たな目標志向型のケアマネジメント、介護予防訪問介護、介護事防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションに対する定額制介護報酬など新たな手法によるサービス提供が導入されたところである。
- こうした新たな手法によるサービス提供の実施に際し、特に留意すべき点について次のとおり取りまとめたので、管下の介護予防サービス事業者、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）に対し、周知を図るとともに、適正な運用の徹底を願いたい。

2 介護予防訪問介護に関する留意点

(1) サービスの提供方法

- 介護予防サービスの提供に当たっては、目標を設定し、サービス担当者会議等を適切に開催することにより介護予防サービス事業者と目標を共有した上で、利用者ができる行為は可能な限り本人が行うよう配慮しなければならないこととされているが、こうした点を踏まえ、月単位の定額制サービスが導入された介護予防訪問介護については、主に次の点で、従前の訪問介護サービスと取扱いが異なること。
 - ① 介護予防サービス計画（介護予防ケアプラン）においては、目標や方針、サービス類型の区分のみを定めることとし、従前のように提供回数や時間、サービス提供スケジュールなどを詳細に定めることは求められないこと。したがって、介護予防訪問介護の場合、介護予防訪問介護（Ⅰ）～（Ⅲ）のうちいずれの区分を適用するかを決定し、サービス提供に当たっての配慮事項等を介護予防サービス事業者に伝達するものであること。
 - ② 具体的なサービス提供方法や回数は介護予防サービス事業者が利用者の状況や目標の達成度を踏まえて、柔軟に決定するべきものであること。したがって、利用者の状態の改善や利用者の自立が進み、訪問介護員が実施していた家事を本人自らが行うようになれば、結果的に当初の想定よりもサービス提供の回数や時間が少なくなること

が想定されるが、この場合については、サービス提供量が減ったとしても適切なサービス提供による効果であると評価できること。

- ③ しかしながら、利用者の状況や目標の達成度を踏まえない一律のサービスカット、利用者の状態がなんら変化していないにもかかわらず、一方的にサービス提供の回数や時間を減らす「過少サービス」や、例えば、第1週から4週まで週1回一律時間のサービスを提供し第5週は一律にサービス提供をしないといった、利用者め状況を踏まえない「画一的なサービス」を提供すること等は、いずれも不適正なサービス提供であり、是正指導の対象となるものであること。
 - ④ 定額報酬については、平均的なサービス提供時間等を基に報酬水準を算定したものであるが、個別の利用者に対するサービス提供時間については、平均にとらわれて画一にすべきものではないこと。したがって、個別の利用者についてみた場合、結果的にサービス提供時間が平均よりも多い場合や少ない場合がありうるが、いずれにせよ、個別の利用者の状況等に応じた必要なサービス量を提供することが求められるものであること。
- なお、以上のように、サービス提供について、従前の介護給付との相違はあるものの、介護予防訪問介護サービスについても、適正なケアマネジメントの結果、必要と判断される家事援助的なサービスは認められるものであり、例えば、利用者が、可能な限り、自ら家事等（掃除、買い物、調理等）を行うことができるよう配慮するとともに、利用者の家族、地域の住民による自主的な取組等による支援、他の福祉サービスの利用の可能性について考慮した上で、個別のケアマネジメントによる判断を経てその必要性が認められれば、介護予防訪問介護サービスが提供されるものであること。

3 介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションに関する留意点

(1) サービスの提供方法

- 介護予防サービスの提供に当たっては、日標を設定し、サービス担当者会議等を適切に開催することにより介護予防サービス事業者と目標を共有した上で、利用者ができる行為は可能な限り本人が行うよう配慮しなければならないこととされているが、こうした点を踏まえ、月単位の定額制サービスが導入された介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションについては、主に次の点で、従前の通所介護・通所リハビリテーションと取扱いが異なること。
- ① 介護予防サービス計画（介護予防ケアプラン）においては、目標や方針のみを定めることとし、従前のように提供回数や時間、サービス提供スケジュールなどを詳細に定めることはせず、サービス提供に当たっての配慮事項等を介護予防サービス事業者に伝達するものであること。

- ② 具体的なサービス提供方法や回数は介護予防サービス事業者が利用者の状況や目標の達成度を踏まえて、柔軟に決定されるべきものであること。
- ③ したがって、利用者の状況や目標の達成度を踏まえない一律のサービスカット、利用者の状態がなんら変化していないにもかかわらず、一方的にサービス提供の回数や時間を減らす「過少サービス」や、例えば、第1週から4週まで週1回一律時間のサービスを提供し第5週は一律にサービス提供をしないといった、利用者の状況を踏まえない「画一的なサービス」を提供すること等は、いずれも不適正なサービス提供であり、是正指導の対象となるものであること。
- ④ 定額報酬については、平均的なサービス提供回数・時間等を基に報酬水準を算定したものであるが、個別の利用者に対するサービス提供回数・時間については、平均にとらわれて画一にすべきものではないこと。したがって、個別の利用者についてみた場合、結果的にサービス提供回数・時間が平均よりも多い場合や少ない場合がありうるが、いずれにせよ、個別の利用者の状況等に応じた必要なサービス量を提供することが求められるものであること。

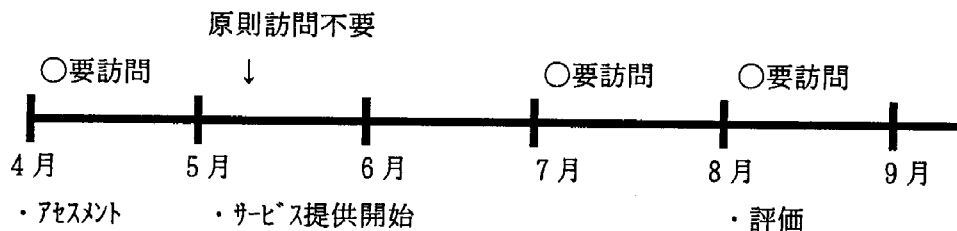
4 介護予防支援事業所によるチェックの徹底

- 介護予防サービス提供の状況については、介護予防支援事業者（地域包括支援センター）が確認しなければならず、利用者の状態等を踏まえない過少サービスや画一サービス等の不適正なサービスが行われている場合には、これを迅速に把握し、早急に介護予防サービス事業者と調整のうえ、適正なサービス提供がなされるよう措置を講じなければならないこと。なお、介護予防支援事業者（地域包括支援センター）は、ケアマネジメント担当機関として、少なくとも次の機会を活用するなどにより、介護予防サービス事業者によるサービス提供が適正になされているのかを常に把握しなければならないこと。
 - ① 介護予防サービス事業者によるサービス提供状況や利用者の状態等に関する月に1度の報告（介護予防支援等の運営基準（平成18年厚生労働省令第37号。以下「支援基準」という。）第30条第12号）
 - ② 利用者及びその家族、介護予防サービス事業者等と継続的に行われるモニタリングの際の情報（支援基準第30条第15号）
 - ③ 事後の評価の際に得られる情報（支援基準第30条第14号）
- また、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）が是正のための調整を講じても改善が図られない場合にあつては、保険者や指定事業者に対する指導監督権限を有する都道府県等と連携し、保険者や都道府県等において更なる改善措置を図ることが求められること。

5 介護予防支援における利用者の居宅の訪問について

- 介護予防支援の際、利用者の居宅の訪問については、原則としてアセスメント時及びサービス評価期間終了月並びにその間の3ヶ月に1回は少なくとも実施する必要がある旨を定めたところである（第1回会議資料参照）
- この点に関し、アセスメント時に利用者の居宅を訪問し、その翌月からサービス提供を開始する場合については、アセスメント時に利用者の居宅を訪問すれば、その翌月（サービス提供開始月）の訪問は不要である（すなわら、アセスメント月とその翌月の2ヶ月連続した訪問が必要なわけではない）。
- 本年9月8日付けで支援基準が一部改正されたところであるが、この改正は、従前よりお示ししてきたこうした点を明確化するものであり、利用者の居宅訪問に関する方針を変更するものではない。

【参考例】



各通所介護事業所 }
各通所リハビリテーション事業所 } 管理者様

栃木県保健福祉部高齢対策課

通所介護費及び通所リハビリテーション費の事業所規模区分の取扱いについて

日頃より高齢者施策の推進に、御協力をいただき感謝申し上げます。

さて、平成18年4月の介護保険制度改正に伴い、通所介護及び通所リハビリテーション事業者（介護予防を含む）は、毎年3月に事業所規模の算定確認を行う必要があります。

つきましては、下記により事業所の規模を確認し、変更等が生じる場合は必要書類を提出願います。

記

1 対象となる事業所

4月1日以降も引き続き事業を実施する通所介護事業所及び通所リハビリテーション事業所

2 事業所規模の確認方法

① 前年度（平成19年度の場合は、平成18年4月1日～平成19年2月28日）の1月当たりの平均利用延人数を計算し、事業所規模を確認する。

平均利用延人数の計算については、別紙3により行ってください。

② ①で確認をした事業所規模が、現在県に届け出ている事業所規模と変更がある場合は、必ず期限までに関係書類を県に提出してください。（事業所規模に変更がない場合は、提出不要です。）

3 提出期限

平成19年3月15日（木）必着

4 提出書類

- ・ 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（別紙1-1・別紙1-2）
（施設等の区分の欄、大規模事業所の非該当・該当について記入してください。）
- ・ 1月当たり平均利用延人員数計算書（別添3）

※なお、提出書類については、高齢対策課HPでダウンロードできますので、必要に応じて御利用下さい。

5 提出先

提出先（所管）	事業所が所在する市町
県西健康福祉センター 〒322-0068 鹿沼市今宮町 1664-1 TEL0289-64-3125	鹿沼市、日光市、西方町
県東健康福祉センター 〒321-4305 真岡市荒町 2-15-10 TEL0285-82-3321	真岡市、二宮町、益子町、茂木町、市貝町、芳賀町

県南健康福祉センター 〒323-0811 小山市犬塚 3-1-1 TEL0285-22-0302	栃木市、小山市、下野市、上三川町、壬生町、野木町、 大平町、藤岡町、岩舟町、都賀町
県北健康福祉センター 〒324-8585 大田原市住吉町 2-14-9 TEL0287-22-2257	大田原市、矢板市、那須塩原市、さくら市、那須烏山 市、上河内町、河内町、塩谷町、高根沢町、那須町、 那珂川町
安足健康福祉センター 〒326-0032 足利市真砂町 1-1 TEL0284-81-5900	足利市、佐野市
栃木県保健福祉部高齢対策課介護保険班 〒320-8501 宇都宮市塙田 1-1-20 TEL028-623-3149・3153	宇都宮市、介護老人保健施設の施設みなし通所リハビリ テーション事業所

高齢対策課介護保険班
 TEL028-623-3149・3153

[参考]

介護制度改革インフォメーション vol.78 平成18年4月改定関係 Q&A Vol1

【問43】

実績規模別報酬について、利用者等のニーズに応じて日祝日にも実施している事業所が不利となるが、これらの事業所の算定特例は検討されないのか。

(答)

利用者の日祝日にサービスを受けるニーズに適切に対応する観点から、実績規模別の報酬に関する利用者の計算に当たり、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施している事業所については、一週当たりの利用延人員数に6/7を乗じた数を合算したものにより、月当たりの平均利用者数を計算し、当該利用者数に基づき実績規模別の報酬を算定する取扱いとする。

【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46】

事業所規模別の報酬に関する利用者数の計算に当たり、新規に要介護認定を申請中の者が暫定ケアプランによりサービス提供を受けている場合は含まれるのか。

(答)

いわゆる暫定ケアプランによりサービス提供を受けている者は、平均利用延人員数の計算に当たって含めない取扱いとする。

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									
事業所名称									

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		割引
各サービス共通			地域区分	1 特別区 2 特甲地 3 甲地 4 乙地 5 その他	-
11 訪問介護	1 身体介護 2 生活援助 3 通院等乗降介助		特別地域加算	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり
			特定事業所加算	1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ	
12 訪問入浴介護			特別地域加算	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり
13 訪問看護	1 訪問看護ステーション 2 病院又は診療所		特別地域加算	1 なし 2 あり	/
			緊急時訪問看護加算	1 なし 2 あり	
14 訪問リハビリテーション	1 病院又は診療所 2 介護老人保健施設		特別管理体制	1 対応不可 2 対応可	/
			ターミナルケア体制	1 なし 2 あり	
15 通所介護	3 小規模型事業所 4 通常規模型事業所 5 療養通所介護事業所		職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 看護職員 3 介護職員	1 なし 2 あり
			大規模事業所	1 非該当 2 該当	
			時間延長サービス体制	1 対応不可 2 対応可	
			個別機能訓練体制	1 なし 2 あり	
			入浴介助体制	1 なし 2 あり	
			若年性認知症ケア体制	1 なし 2 あり	
			栄養マネジメント体制	1 なし 2 あり	
			口腔機能向上体制	1 なし 2 あり	
16 通所リハビリテーション	1 通常規模の医療機関 2 小規模診療所 3 介護老人保健施設		職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 医師 3 看護職員 4 介護職員 5 理学療法士 6 作業療法士 7 言語聴覚士	/
			大規模事業所	1 非該当 2 該当	
			時間延長サービス体制	1 対応不可 2 対応可	
			入浴介助体制	1 なし 2 あり	
			若年性認知症ケア体制	1 なし 2 あり	
			栄養マネジメント体制	1 なし 2 あり	
			口腔機能向上体制	1 なし 2 あり	
			特別地域加算	1 なし 2 あり	
17 福祉用具貸与			特別地域加算	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり
21 短期入所生活介護	1 単独型 2 併設型・空床型 3 単独型ユニット型 4 併設型・空床型ユニット型		夜間勤務条件基準	1 基準型 2 減算型	1 なし 2 あり
			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 看護職員 3 介護職員	
			ユニットケア体制	1 対応不可 2 対応可	
			機能訓練指導体制	1 なし 2 あり	
			送迎体制	1 対応不可 2 対応可	
			栄養管理の評価	1 なし 2 栄養士 3 管理栄養士	
			緊急受入体制	1 対応不可 2 対応可	
夜間看護体制	1 対応不可 2 対応可				
22 短期入所療養介護	1 介護老人保健施設 2 ユニット型介護老人保健施設		夜間勤務条件基準	1 基準型 2 減算型	/
			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 医師 3 看護職員 4 介護職員 5 理学療法士 6 作業療法士	
			ユニットケア体制	1 対応不可 2 対応可	
			VR/リハビリ機能強化	1 なし 2 あり	
			送迎体制	1 対応不可 2 対応可	
			栄養管理の評価	1 なし 2 栄養士 3 管理栄養士	
			認知症ケア加算	1 なし 2 あり	
緊急受入体制	1 対応不可 2 対応可				

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・介護予防支援)

事業所番号														
事業所名称														

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				割引
各サービス共通							
61 介護予防訪問介護			地域区分	1 特別区 2 特甲地 3 甲地 4 乙地 5 その他		-	
62 介護予防訪問入浴介護			特別地域加算	1 なし 2 あり		1 なし 2 あり	
63 介護予防訪問看護	1 訪問看護ステーション 2 病院又は診療所		特別地域加算	1 なし 2 あり		1 なし 2 あり	
			緊急時訪問看護加算	1 なし 2 あり			
			特別管理体制	1 対応不可 2 対応可			
64 介護予防訪問リハビリテーション	1 病院又は診療所 2 介護老人保健施設						
65 介護予防通所介護			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 看護職員 3 介護職員		1 なし 2 あり	
			運動器機能向上体制	1 なし 2 あり			
			栄養改善体制	1 なし 2 あり			
			口腔機能向上体制	1 なし 2 あり			
			事業所評価加算〔申出〕の有無	1 なし 2 あり			
66 介護予防通所リハビリテーション			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 医師 3 看護職員 4 介護職員 5 理学療法士 6 作業療法士 7 言語聴覚士			
			運動器機能向上体制	1 なし 2 あり			
			栄養改善体制	1 なし 2 あり			
			口腔機能向上体制	1 なし 2 あり			
			事業所評価加算〔申出〕の有無	1 なし 2 あり			
67 介護予防福祉用具貸与			特別地域加算	1 なし 2 あり			
24 介護予防短期入所生活介護	1 単独型 2 併設型・空床型 3 単独型ユニット型 4 併設型・空床型ユニット型		夜間勤務条件基準	1 基準型 2 減算型		1 なし 2 あり	
			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 看護職員 3 介護職員			
			ユニットケア体制	1 対応不可 2 対応可			
			機能訓練指導体制	1 なし 2 あり			
			送迎体制	1 対応不可 2 対応可			
			栄養管理の評価	1 なし 2 栄養士 3 管理栄養士			
25 介護予防短期入所療養介護	1 介護老人保健施設 2 ユニット型介護老人保健施設		夜間勤務条件基準	1 基準型 2 減算型			
			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 医師 3 看護職員 4 介護職員 5 理学療法士 6 作業療法士			
			ユニットケア体制	1 対応不可 2 対応可			
			リハビリテーション機能強化	1 なし 2 あり			
			送迎体制	1 対応不可 2 対応可			
			栄養管理の評価	1 なし 2 栄養士 3 管理栄養士			

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>

平成 年 月 日

栃木県知事 様

所在地
名称 印

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。

届出者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 県 都市				
	連絡先	電話番号	FAX番号			
	法人の種別	法人所轄庁				
	代表者の職・氏名	職名	氏名			
	代表者の住所	(郵便番号 -) 県 都市				
事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 -) 県 都市				
	事業所名称					
	連絡先	電話番号	FAX番号			
	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 -) 県 都市				
	連絡先	電話番号	FAX番号			
	管理者の氏名					
届出を行う事業所・施設の種類の種類	管理者の住所	(郵便番号 -) 県 都市				
	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)
指定居宅サービス	訪問介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問看護			1新規 2変更 3終了		
	訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
	通所介護			1新規 2変更 3終了		
	療養通所介護			1新規 2変更 3終了		
	通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
	短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
	特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了		
	福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問看護			1新規 2変更 3終了		
介護予防訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了			
介護予防居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了			
介護予防通所介護			1新規 2変更 3終了			
介護予防通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了			
介護予防短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了			
介護予防短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了			
介護予防特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了			
介護予防福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了			
施設	居宅介護支援			1新規 2変更 3終了		
	介護老人福祉施設			1新規 2変更 3終了		
	介護老人保健施設			1新規 2変更 3終了		
特記事項	介護療養型医療施設			1新規 2変更 3終了		
	介護保険事業所番号					
関係書類	医療機関コード等					
	変更前	変更後				

- 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。
 2 「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。
 3 「法人所轄庁」欄、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。
 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 5 「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に「○」を記入してください。
 6 「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」に掲げる項目を記載してください。
 7 「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。
 8 「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。

(別添3) 1月当たり平均利用延人員数計算書

■厚生労働大臣が定める施設基準

- I 通所介護
- ① 小規模型 : 前年度の1月あたりの平均利用延人員数が300人以内
 - ② 通常規模型: " 300人超
 - ③ 大規模減算: " 900人超
- II 通所リハビリテーション
- ① 大規模減算: 前年度の1月あたりの平均利用延人員数が900人超

具体的には次により計算

- ◎次のいずれかに該当するか
- ①平成18年10月1日以降に事業を開始した事業所(再開した事業所を含む)又は定員を25%以上変更して事業を実施した事業所
 - ②平成19年4月1日に新たに事業を開始する予定の事業所(再開予定の事業所を含む)又は定員を25%以上変更する予定の事業所

※ 黄色のセルのみ入力

Yes

端数切り捨て(自動的に計算されます)

$$\text{当該事業所の利用定員} \times 0.9 \times \text{時間係数} \times \text{年間営業日数} \div 12 \text{月} = \text{月平均利用延人員数}$$

当該事業所の運営規程の営業時間が
・3時間以上4時間未満の場合=0.5
・4時間以上6時間未満の場合=0.75
・6時間以上8時間未満の場合=1

H19.4~H20.3までの1年間において運営規程に定める休日を除く日

No

(1) 月曜日から日曜日まで毎日営業している事業所(正月、お盆等の特別な期間は除く)

①月あたり平均利用者数を算出する

区分	係数	第1週	換算数	第2週	換算数	第3週	換算数	第4週	換算数	第5週	換算数
2時間以上3時間未満	× 1/2		0		0		0		0		0
3時間以上4時間未満	× 1/2		0		0		0		0		0
4時間以上6時間未満	× 3/4		0		0		0		0		0
6時間以上8時間未満	× 1		0		0		0		0		0
介護予防サービス利用者			0		0		0		0		0
合計(人)			0		0		0		0		0
週あたり利用延人員(人)			0		0		0		0		0

※1 介護予防利用者数;同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えて算出する。

月当たり平均利用者数 0

② ①から前年度の平均利用延人員数を算出する

区分	H18.4	H18.5	H18.6	H18.7	H18.8	H18.9	H18.10	H18.11	H18.12	H19.1	H19.2	計(人)
合計(人)												0

①の計算によって求めた各月の「月当たり平均利用者数」を入力

月平均利用延人員数 (a) / 月 =

#DIV/0!

月の中途から事業を開始(再開含む)した場合又は25%以上の定員変更を行った場合は当該月を含む

端数切り捨て(自動的に計算されます)

各月における利用延人員数(介護予防の事業を一体的に実施している場合は予防の利用者を含む※1)を入力

週の利用延人員数に6/7を乗ずる

(2) (1)以外の事業所

区分	H18.4	H18.5	H18.6	H18.7	H18.8	H18.9	H18.10	H18.11	H18.12	H19.1	H19.2	計	係数	換算後の人数
2時間以上3時間未満												0	× 1/2	0
3時間以上4時間未満												0	× 1/2	0
4時間以上6時間未満												0	× 3/4	0
6時間以上8時間未満												0	× 1	0
介護予防サービス利用者												0	× 1	0
合計(人)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0

※1 介護予防利用者数;同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えて算出する。

月平均利用延人員数 (a) / 月 =

#DIV/0!

月の中途から事業を開始(再開含む)した場合又は25%以上の定員変更を行った場合は当該月を含む

端数切り捨て(自動的に計算されます)

各月における利用延人員数(介護予防の事業を一体的に実施している場合は予防の利用者を含む※1)を入力

事 務 連 絡

平成18年8月14日

各都道府県介護保険担当課（室）御中

厚生労働省老健局振興課

福祉用具貸与費及び介護予防福祉用具貸与費の取扱い等について

標記については、先般の介護報酬改定により、平成18年4月1日より、要支援者及び要介護1の者（以下「軽度者」という。）について、その状態像からは利用が想定されにくい種目について、一定の条件に該当する者を除き、保険給付の対象としないこととした。その上で、既にサービスを利用している者に対する配慮のため、これらの者に対しては、同年9月30日までの間は、引き続き、保険給付を行うことができる旨の経過措置が講じられているところで

す。

こうした経過措置については、本年9月末をもって終了することから、各都道府県におかれては、下記事項について御了知の上、保険者たる市町村、福祉用具貸与事業者その他の事業者団体、ケアマネジメント機関である介護予防支援事業者（地域包括支援センター）や居宅介護支援事業所及びこれらに所属するケアマネジメント担当者並びにその他の地域の様々な関係機関等が十分に連携しつつ、それぞれの役割に応じた対応を行うことで、制度改正の内容等に関する利用者の十分な理解を得て、支障なく経過措置期間を終了し、新制度への円滑な移行が図れるようお願いいたします。

記

1 制度改正の趣旨

軽度者に対する福祉用具貸与について、利用者の状態像からはその利用が想定しにくい福祉用具貸与が給付されるといった不適切な事例が見受けられたことなどから、「介護保険における福祉用具の選定の判断基準につ

いて」(平成16年6月17日老振発第0617001号)を示し、適正化を図ってきたところであるが、今般の制度改正は、その趣旨を更に徹底し、介護保険における福祉用具がより適切に利用されるようにする観点から行われたものである。

2 制度改正の概要

軽度者に対する福祉用具の貸与については、その状態像からは利用が想定しにくい次の種目については、原則として保険給付の対象としないこととしている。

- ・車いす(付属品含む)
- ・特殊寝台(付属品含む)
- ・床ずれ防止用具
- ・体位変換器
- ・認知症老人徘徊感知機器
- ・移動用リフト

ただし、軽度者についても、その状態像に応じて一定の条件に該当する者については、保険給付の対象とすることとしている。こうした保険給付の対象となる条件への該当性については、【別紙】の区分に応じて、原則として、要介護認定の認定調査における基本調査の結果を活用して客観的に判定することとされている。その際、車いす及び段差解消機については、認定調査結果による以外、「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」及び「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」に該当するか否かについて、主治医の意見を踏まえつつ、サービス担当者会議等を開催するなどの適切なケアマネジメントを通じて、指定介護予防支援事業者又は指定居宅介護支援事業者が判断することができる。

3 留意すべき事項

(1) 保険給付対象となる軽度者の確認

今般の制度改正後においても、例外的に福祉用具貸与が必要である者に該当すると判定された者については保険給付の対象となるので、軽度者であることをもって機械的に保険給付の対象外とすることのないよう、こうした例外に該当するか否かについて確実に確認をするよう留意するとともに、ケアマネジメントを担当する者は、保険給付の対象とならない場合の理由を利用者に対して丁寧に説明すること。

(2) 保険給付対象外のサービス利用

今般の制度改正により保険給付の対象外となった利用者についても、保

險給付の対象外であることを前提に、当該利用者の選択により、引き続き、指定福祉用具貸与事業者との契約により、自ら費用を支払うことによるサービス利用を妨げるものではないこと。

(3) 利用者意思の確認等

経過措置期間の終了に当たっては、福祉用具貸与事業者は、機械的・一律に貸与していた福祉用具を回収するのではなく、利用者に対して、自ら費用を支払うことによるサービス利用の継続の意思の有無を確認することが望ましいこと。

また、福祉用具貸与が終了する場合にあっても、ケアマネジメント担当者は、当該利用者の日常生活支援の観点から、必要に応じて、利用者の希望を踏まえつつ、幅広い観点から代替的な措置について助言するよう努めること。その際、利用者が自ら費用を支払うことによりサービス利用を継続する場合や福祉用具を購入する場合については、不当な価格により購入や貸与を受けることのないよう配慮すること。

(4) 指定福祉用具貸与事業者の指導

①保険給付対象外サービスに係る配慮

指定福祉用具貸与事業者が、保険給付の対象外となった利用者の選択により当該利用者が費用を支払うことによる福祉用具貸与の契約を行う場合、当該契約に基づくサービス提供は、指定福祉用具貸与自体ではないものの、介護保険法に基づく指定事業者であることにかんがみ、サービス内容や価格に関する利用者への説明、衛生管理や安全性の確保等に配慮すること。

②介護保険対象サービスと対象外サービスの価格差

指定福祉用具貸与事業者が、保険給付の対象となる指定福祉用具貸与と保険給付の対象外の福祉用具貸与サービスの双方を行う場合について、サービス内容の相違等によって両者の価格が異なることは、通常問題とはならないこと。

③販売を行う場合の配慮

利用者の希望に応じて、従前、福祉用具貸与の対象とされていた福祉用具をあらためて当該利用者に販売する際には、不当な価格とならないよう配慮するとともに、福祉用具としての衛生面や安全性の確保等に留意するほか、電気用品安全法（昭和36年法律第234号）に基づく経過措置が平成18年3月31日をもって終了していることにかんがみ、PSEマークを付す等同法に基づく必要な措置を講ずること。

別紙

対象外種目	例外に該当する者	要介護認定結果等
<p>ア車いす及び車いす付属品</p>	<p>次のいずれかに該当する者</p> <p>(一) 日常的に歩行が困難な者</p> <p>(二) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者</p>	<div data-bbox="1115 432 1765 483" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>基本調査 2 - 5 歩行「3. できない」</p> </div> <p>何かにつかまったり支えられても歩行が不可能であるため、車いすを使用しなければならぬ場合、あるいは、寝たきりな状況であっても歩行ができない場合、あるいは、歩行可能であるが医療上の必要により歩行制限が行われている場合も含まれる。</p> <div data-bbox="1115 703 1944 842" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>認定調査結果がないため、主治医の意見を踏まえつつ、サービス担当者会議等を開催するなどの適切なケアマネジメントを通じて、指定介護予防支援事業者又は指定居宅介護支援事業者が判断</p> </div>
<p>イ特殊寝台及び特殊寝台付属品</p>	<p>次のいずれかに該当する者</p> <p>(一) 日常的に起き上がりが困難な者</p> <p>(二) 日常的に寝返りが困難な者</p>	<div data-bbox="1115 927 1877 978" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>基本調査 2 - 2 起き上がり「3. できない」</p> </div> <p>介助なしでは一人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできていても最後の部分で介助が必要である場合も含まれる。</p> <div data-bbox="1115 1150 1809 1201" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>基本調査 2 - 1 寝返り「3. できない」</p> </div> <p>介助なしでは一人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。</p>

対象外種目	例外に該当する者	要介護認定結果等
ウ床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	<div data-bbox="1115 359 1803 406" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">基本調査 2 - 1 寝返り「3. できない」</div> <p>介助なしでは一人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。</p>
エ認知症老人徘徊感知機器	<p>次のいずれにも該当する者</p> <p>(-)意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者</p>	<div data-bbox="1115 550 1926 662" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">基本調査 6 - 3 意思の伝達 「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外</div> <p>手段を問わず、常時、だれにでも意思の伝達ができる状況以外をいう。ほぼ確実に意思が伝達できる場合も含まれない。</p> <p>又は</p> <div data-bbox="1115 821 1926 917" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">基本調査 6 - 4 介護者の指示への反応 「1. 介護者の指示が通じる」以外</div> <p>介護者の指示を理解し、それに対して適切に反応する場合以外をいう。</p> <p>又は</p> <div data-bbox="1115 1045 1937 1141" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">基本調査 6 - 5 (ア～カ) 記憶・理解のいずれか 「2. できない」</div> <p>又は</p> <div data-bbox="1115 1189 1937 1268" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">基本調査 7 (ア～テ) 問題行動のいずれか 「1. ない」以外</div>

対象外種目	例外に該当する者	要介護認定結果等
	(二) 移動において全介助を必要としない者	<div data-bbox="1108 359 1937 422" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">基本調査 2 - 7 移動「4. 全介助」以外</div> <p data-bbox="1120 430 1825 462">自分では移動がまったくできない場合以外をいう</p>
オ 移動用リフト（つり具を除く。）	<p data-bbox="593 478 1086 518">次のいずれかに該当する者</p> <p data-bbox="593 534 1086 598">(-) 日常的に立ち上がりが困難な者</p> <p data-bbox="593 758 1086 821">(二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者</p> <p data-bbox="593 893 1086 957">(三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者</p>	<div data-bbox="1108 526 1937 590" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">基本調査 3 - 1 立ち上がり「3. できない」</div> <p data-bbox="1097 598 1948 686">自分ではまったく立ち上がることができない場合をいう。体の一部を介護者が支える、介護者の手で引き上げるなど、介助がないとできない場合も含まれる。</p> <div data-bbox="1108 750 1937 845" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">基本調査 2 - 6 移乗「3. 一部介助」又は「4. 全介助」</div> <div data-bbox="1108 893 1937 1029" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">認定調査結果がないため、主治医の意見を踏まえつつ、サービス担当者会議等を開催するなどの適切なケアマネジメントを通じて、指定介護予防支援事業者又は指定居宅介護支援事業者が判断</div>

福祉用具貸与サービスが変わりました

介護報酬改定により、本年4月から福祉用具貸与サービスの制度が大きく変更されました。

どのような趣旨から制度が変更されたのですか？

- 介護保険制度は、保険料や税金によりみんなで支えられている制度です。したがって、将来にわたり制度の持続可能性を高めるためには、よりサービスの必要性の高い中重度者の方に対する支援を強化・重点化することが必要となっています。
- また、福祉用具貸与サービスは、もともと、「便利だから」利用するというものではなく、身体の状態に応じて必要と判断された方が利用できるサービスです。
- 今回の制度変更は、こうした趣旨を徹底するためのものです。

変更の内容は？

各種目ごとの保険給付一覧表

	軽度者の方	中重度者の方
車いす及び車いす付属品	一定条件に該当する場合、保険給付可能	保険給付可能
特殊寝台及び特殊寝台付属品	一定条件に該当する場合、保険給付可能	保険給付可能
床ずれ防止用具及び体位変換器	一定条件に該当する場合、保険給付可能	保険給付可能
認知症老人徘徊感知機器	一定条件に該当する場合、保険給付可能	保険給付可能
移動用リフト（つり具の部分を除く。）	一定条件に該当する場合、保険給付可能	保険給付可能
手すり	保険給付可能	保険給付可能
スロープ	保険給付可能	保険給付可能
歩行器	保険給付可能	保険給付可能
歩行補助つえ	保険給付可能	保険給付可能

- 制度変更の対象となるのは、福祉用具のうち、車いす、特殊寝台、床ずれ防止用具、体位変換器、認知症老人徘徊感知機器、移動用リフト（つり具の部分を除く）です。
- これらの福祉用具について、軽度者の方（要支援者・要介護1）については、身体の状態に照らして、一定の条件に当てはまる場合を除き、介護保険での保険給付が行われません。
- 一定の条件に当てはまる場合については、引き続き、介護保険での保険給付を受けることが可能です。
(左表太青枠参照)

軽度者の方であっても、身体の状態に照らし一定の条件に当てはまれば、引き続き、保険給付を受けることが可能です。

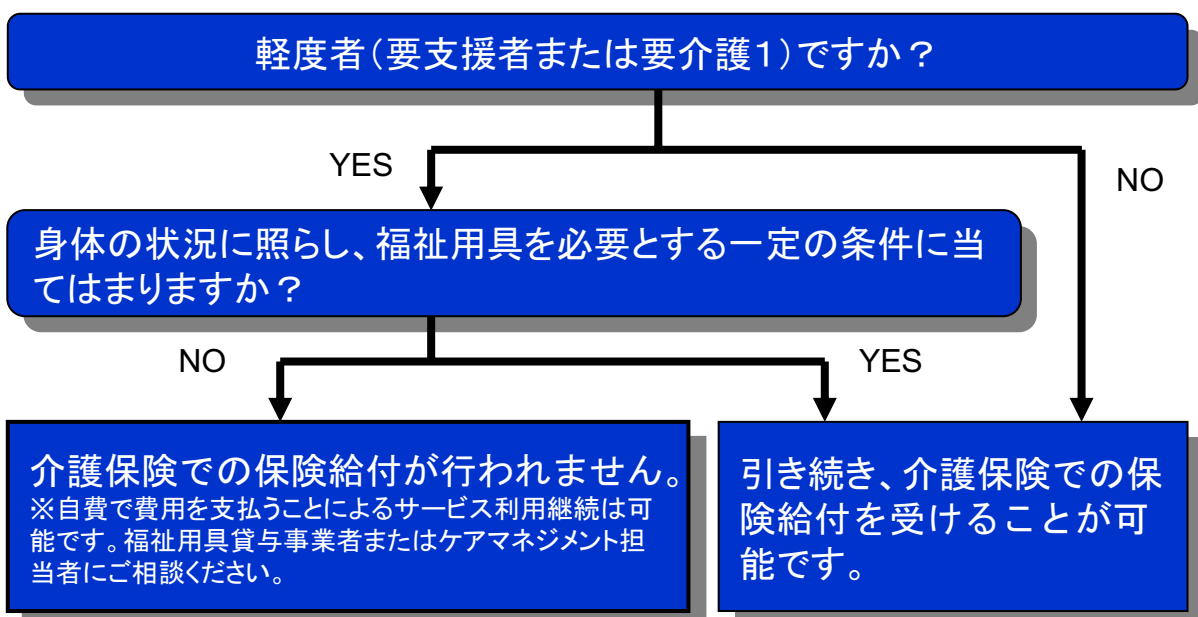
一定の条件とは？

- 引き続き、保険給付の対象となるための条件は、各種目ごとに客観的に定められています。（次頁参照）
- 原則として、要介護認定データを利用して身体の状態などを客観的に判断した結果、一定の条件に当てはまる方は、引き続き、介護保険での保険給付を受けることが可能です。
- また、こうした条件については、福祉用具の各種目ごとに詳細に定められていますので、詳しくはケアマネジメント担当者等にご相談ください。

例えば、「特殊寝台」の場合、

「日常的に起きあがり困難」又は「日常的に寝返りが困難」であると、要介護認定調査の結果によって客観的に判断されます。

新しい制度の流れ



各種目における一定の条件とその判定方法について

種目	一定の条件	判定方法
車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 ○ 日常的に <u>歩行</u> が困難な者 ○ 日常生活範囲における <u>移動の支援</u> が特に必要と認められる者	→認定調査結果で判断 →ケアマネジメントで判断
特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 ○ 日常的に <u>起き上がり</u> が困難な者 ○ 日常的に <u>寝返り</u> が困難な者	認定調査結果で判断
床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に <u>寝返り</u> が困難な者	認定調査結果で判断
認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 ○ <u>意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者</u> ○ <u>移動において全介助を必要としない者</u>	認定調査結果で判断
移動用リフト(つり具の部分を除く。)	次のいずれかに該当する者 ○ 日常的に <u>立ち上がり</u> が困難な者 ○ <u>移乗が一部介助又は全介助を必要とする者</u> ○ 生活環境において <u>段差の解消</u> が必要と認められる者	} 認定調査結果で判断 →ケアマネジメントで判断

すでにサービスを利用している方への経過措置期間についても、9月末に終了します。ご注意ください！

- 平成18年4月以前から、すでに福祉用具貸与サービスを利用していた軽度者の方も、一定の条件に当てはまらなければ、本年9月末をもって、介護保険での保険給付が行われなくなります（経過措置期間の終了）。
- その場合、利用者の方の選択により、10月以降は、自費で費用を支払うことなどによりサービス利用を継続することも可能です。詳しくは、ケアマネジメント担当者等にご相談ください。

■ご不明の点等ありましたら、ケアマネジメント担当者または●●市介護保険担当課〔連絡先(●●-●●●●)〕までお尋ねください。

●●県・●●市

平成18年7月19日

各都道府県介護保険主管課（室）御中

厚生労働省老健局振興課
老人保健課

介護予防支援業務の指定居宅介護支援事業所への委託に係る経過措置期間の延長等について

本年4月に施行された介護保険制度改正においては、ケアマネジメントの質の向上の観点から、予防給付と介護給付に係るケアマネジメント機関についてその役割を分担することとするとともに、指定居宅介護支援事業所への介護予防支援業務の委託件数の上限を設けたところです。その一方、新たな制度の円滑な施行を図る観点から、平成18年9月30日までの間、平成18年3月31日までに指定を受けた指定居宅介護支援事業者（以下「既存事業者」という。）に対する介護予防支援業務の委託件数の上限等に係る経過措置が講じられているところです。

しかしながら、今般、地域包括支援センターの担当職員が新制度に習熟していないことに加え、年度途中における職員の採用や予算措置等が困難な面があることや、各自治体における地域包括支援センターの体制整備の実情等を踏まえ、本年6月28日の社会保障審議会介護給付費分科会において、当該経過措置期間を平成19年3月31日まで6ヶ月間延長するとともに、離島等のへき地（特別地域加算の対象となる地域をいう。以下同じ。）に対する特例措置を講ずるべきとの方針が決定されたところです。

これらを踏まえ、具体的に下記の措置を講ずることとしたので、御了知の上、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺漏のないようお願いいたします。なお、基本的には、新制度への円滑な移行に向けて速やかに体制整備を行っていただくことが肝要であり、今般の経過措置の延長については、そのための必要最小限の特例的な措置として認められたものであるので、こうした趣旨を踏まえ、今般の方針に基づき、平成19年3月末の経過措置期間終了時点を見据えた計画的かつ円滑な地域包括支援センターの実施体制の整備に努められますようお願いいたします。

記

1 既存事業者に対する経過措置期間の延長

- (1) 指定介護予防支援事業者が指定介護予防支援業務を指定居宅介護支援事業者に委託する際の件数は、介護支援専門員1人当たり8件を上限とする規定について、既存事業者については平成18年9月30日までの間適用しないとする経過措置につき、当該経過措置の期間を平成19年3月31日までの6ヶ月間延長することとすること。

(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令(平成18年厚生労働省令第33号)附則第8条及び指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第37号。以下「介護予防支援基準」という。)附則第2項の一部改正)

- (2) 指定居宅介護支援事業所の介護報酬の取扱件数の算定に当たっては、既存事業者については平成18年4月1日から平成18年9月30日までの間、介護予防支援業務に係る受託を受けた場合の件数及び経過的要介護者に係る指定居宅介護支援の件数を含まないこととされているが、当該経過措置の期間を平成19年3月31日までの6ヶ月間延長することとすること。

(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年老企第36号)第三7(1)及び(2)の一部改正)

2 離島等のへき地に対する特例措置について

- (1) 介護予防支援事業者が介護予防支援業務を居宅介護支援事業者に委託する際の件数は、介護支援専門員1人当たり8件を上限とする規定について、離島等のへき地に住所を有する利用者に係る介護予防支援の委託の場合については、適用しないこととすること。

(指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第38号)第13条第25号及び介護予防支援基準第12条第5号の一部改正)

- (2) 指定居宅介護支援事業所の介護報酬の取扱件数の算定に当たっては、離島等のへき地に住所を有する利用者に係る指定介護予防支援業務の受託を受けた場合の件数を含まないこととすること。

(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(平成12年厚生省告示第20号)別表注1(1)の一部改正)

3 要支援者の見込み数及び必要な人員確保の計画の内容及び策定方法について

介護予防支援事業所における人員の確保を確実にする観点から、要支援者に係

る認定更新が概ね一巡する平成19年3月末までの要支援者の見込み数及びその介護予防支援業務に必要な人員確保計画を各市町村において策定し、都道府県を通じて本年9月末までに取りまとめることとしていること。なお、具体的な計画の内容及び策定方法については、追って、早急に通知する予定であること。

(参考) 今後のスケジュール (予定)

- ・ 7月下旬 改正省令・通知等パブリックコメント募集
- ・ 同上 要支援者の見込み数及び必要な人員確保の計画の内容及び策定方法について通知
- ・ 8月下旬 改正省令・通知等公布

平成18年4月 介護保険施設の運営基準の改正について(感染症対策等)

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 (抜粋、平成11年厚生省令第39号)

改正後	改正前
<p>(介護)</p> <p>第13条(略)</p> <p>2～4(略)</p> <p><u>5 指定介護老人福祉施設は、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。</u></p> <p>6～8(略)</p> <p>(衛生管理等)</p> <p>第27条(略)</p> <p><u>2 指定介護老人福祉施設は、当該指定介護老人福祉施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。</u></p> <p>一 <u>当該指定介護老人福祉施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を1月に1回程度、定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。</u></p> <p>二 <u>当該指定介護老人福祉施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。</u></p> <p>三 <u>当該指定介護老人福祉施設において、介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修を定期的実施すること。</u></p> <p>四 <u>前三号に掲げるもののほか、別に厚生労働大臣が定める感染症及び食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行うこと。</u></p>	<p>(介護)</p> <p>第13条(略)</p> <p>2～4(略)</p> <p>5～7(略)</p> <p>(衛生管理等)</p> <p>第27条(略)</p> <p><u>2 指定介護老人福祉施設は、当該指定介護老人福祉施設において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めなければならない。</u></p>

改正後	改正前
<p>(事故発生の防止及び発生時の対応)</p> <p>第35条</p> <p><u>指定介護老人福祉施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。</u></p> <p>一 <u>事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。</u></p> <p>二 <u>事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること。</u></p> <p>三 <u>事故発生の防止ための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。</u></p> <p>2 (略)</p> <p>3～4 (略)</p>	<p>(<u>事故発生時の対応</u>)</p> <p>第35条 (略)</p> <p>2・3 (略)</p>
<p>(勤務体制の確保等)</p> <p>第47条</p> <p>ユニット型指定介護老人福祉施設は、入居者に対し、適切な指定介護福祉施設サービスを提供することができるよう、従業者の勤務の体制を定めておかななければならない。</p> <p>2 <u>前項の従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮する観点から、次の各号に定める職員配置を行わなければならない。</u></p> <p>一 <u>昼間については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。</u></p> <p>二 <u>夜間及び深夜については、2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を夜</u></p>	<p>(勤務体制の確保等)</p> <p>第47条</p> <p>ユニット型指定介護老人福祉施設は、入居者に対し、適切な指定介護福祉施設サービスを提供することができるよう、従業者の勤務体制を定めておかななければならない。</p> <p>2 <u>前項の従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮しなければならない。</u></p>

改正後	改正前
<p><u>間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。</u></p> <p><u>三 ユニットごとに、常時のユニットリーダーを配置すること。</u></p> <p>3～4 (略)</p>	

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について（抜粋、平成12年老企第43号）

第四 運営に関する基準

11 介護（基準省令第13条）

(1)～(4) 略

(5) 「指定介護老人福祉施設は、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。」とは、施設において褥瘡の予防のための体制を整備するとともに、介護職員等が褥瘡に関する基礎的知識を有し、日常的なケアにおいて配慮することにより、褥瘡発生の予防効果を向上させることを想定している。例えば、次のようなことが考えられる。

イ 当該施設における褥瘡のハイリスク者（日常生活自立度が低い入所者等）に対し、褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価をする。

ロ 当該施設において、専任の施設内褥瘡予防対策を担当する者（看護師が望ましい。）を決めていく。

ハ 医師、看護職員、介護職員、栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置する。

ニ 当該施設における褥瘡対策のための指針を整備する。

ホ 介護職員等に対し、褥瘡対策に関する施設内職員継続教育を実施する。

また、施設外の専門家による相談、指導を積極的に活用することが望ましい。

(6)・(7)略

25 衛生管理等

(1) 略

(2) 基準省令第27条第2項に規定する感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように講ずるべき措置については、具体的には次の①から④までの取扱いとすること。

① 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会

当該施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（以下「感染対策委員会」という。）であり、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、栄養士、生活相談員）により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の感染症対策を担当する者（以下「感染対策担当者」という。）を決めておくことが必要である。

なお、感染対策委員会は、運営委員会など施設内の他の委員会と独立して設置・運営することが必要であり、感染対策担当者は看護師であることが望ましい。

また、施設外の感染管理等の専門家を委員として積極的に活用することが望ま

しい。

② 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針

当該施設における「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針」には、平常時の対策及び発生時の対応を規定する。

平常時の対策としては、施設内の衛生管理（環境の整備、排泄物の処理、血液・体液の処理等）、日常のケアにかかる感染対策（標準的な予防策（例えば、血液・体液・分泌液・排泄物（便）などに触れるとき、傷や創傷皮膚に触れるときどのようにするかなどの取り決め）、手洗いの基本、早期発見のための日常の観察項目）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における施設関係課等の関係機関との連携、医療処置、行政への報告等が想定される。また、発生時における施設内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要である。

なお、それぞれの項目の記載内容の例については、「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」（<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp0628-1/index.html>）を参照されたい。

③ 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修

介護職員その他の従業者に対する「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修」の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該施設における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。

職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず感染対策研修を実施することが重要である。また、調理や清掃などの業務を委託する場合には、委託を受けて行う者に対しても、施設の指針が周知されるようにする必要がある。

また、研修の実施内容についても記録することが必要である。

研修の実施は、職員研修施設内での研修で差し支えない。

④ 施設は、入所予定者の感染症に関する事項も含めた健康状態を確認すること
必要であるが、その結果感染症や既往であっても、一定の場合を除き、サービス提供を断る正当な理由には該当しないものである。こうした者が入所する場合には、感染対策担当者は、介護職員その他の従業者に対し、当該感染症に関する知識、対応等について周知することが必要である。

3 1 事故発生の防止及び発生時の対応（基準省令第 35 条）

(1) 事故発生の防止のための指針（第 1 項第一号）

指定介護老人福祉施設が整備する「事故発生防止のための指針」には、次のよう

な項目を盛り込むこととする。

- ① 施設における介護事故の防止に関する基本的考え方
 - ② 介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項
 - ③ 介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針
 - ④ 施設内で発生した介護事故、介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうな場合（ヒヤリ・ハット事例）及び現状を放置しておく介護事故に結びつく可能性が高いもの（以下「介護事故等」という。）の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針
 - ⑤ 介護事故発生時の対応に関する基本方針
 - ⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
 - ⑦ その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針
- (2) 事実の報告及びその分析を通じた改善策の従業者に対する周知徹底（第1項第二号）

指定介護老人福祉施設が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、介護事故等について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して従業者の懲罰を目的としたものではないことが必要である。

具体的には、次のようなことを想定している。

- ① 介護事故等について報告するための様式を整備すること。
 - ② 介護職員その他の従業者は、介護事故等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、①の様式に従い、介護事故等について報告すること。
 - ③ (3)の事故発生の防止のための委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。
 - ④ 事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等をとりまとめ、防止策を検討すること。
 - ⑤ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。
 - ⑤ 防止策を講じた後に、その効果について評価すること。
- (3) 事故発生の防止のための委員会（第1項第三号）

指定介護老人福祉施設における「事故発生の防止のための検討委員会」（以下「事故防止検討委員会」という。）は、介護事故発生の防止及び再発防止のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員）により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の安全対策を担当する者を決めておくことが必要である。

なお、事故防止検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であり、責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。

また、事故防止検討委員会に施設外の安全対策の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。

(4) 事故発生の防止のための従業者に対する研修（第1項第三号）

介護職員その他の従業者に対する事故発生の防止のための研修の内容としては、事故発生防止の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該指定介護老人福祉施設における指針に基づき、安全管理の徹底を行うものとする。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定介護老人福祉施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施することが重要である。

また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、職員研修施設内での研修で差し支えない。

第五 ユニット型指定介護老人福祉施設の基本方針並びに設備及び運営に関する基準

10 勤務体制の確保等

- (1) 基準省令第47条第2項は、基準省令第42条第1項の指定介護老人福祉施設サービスの取扱方針を受けて、従業者の勤務体制を定めるに当たっては、継続性を重視したサービスの提供に配慮しなければならないことを規定したものである。

これは、従業者が、1人1人の入居者について、個性、心身の状況、生活歴などを具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助するためには、いわゆる「馴染みの関係」が求められることによるものである。

- (2) ユニット型指定介護老人福祉施設において配置を義務付けることとしたユニットごとの常勤のユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した従業者（以下「研修受講者」という。）を各施設（一部ユニット型の施設を含む。）に2名以上配置する（ただし、2ユニット以下の施設の場合には、1名でよいこととする。）ほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ（研修受講者でなくても構わない。）従業者を決めてもらうことで足りるものとする。

この場合、研修受講者は、研修で得た知識等をリーダー研修を受講していないユニットの責任者に伝達するなど、当該施設におけるユニットケアの質の向上の中核となることが求められる。

また、平成18年4月1日の時点でリーダー研修を終了した者が2名に満たない施設については、平成19年3月31日までの間に満たせばよいこととする。

なお、今後の研修受講者の状況等を踏まえた上で、配置基準を再検討する予定であるので、この当面の基準にかかわらず、多くの従業者について研修を受講していただくよう配慮をお願いしたい。

- (3) 略

写

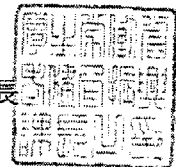
老計発第1013001号
老振発第1013001号
老老発第1013001号
平成18年10月13日

都道府県
各 指定都市 介護保険主管部(局)長 殿
中核市

厚生労働省老健局計 画 課 長



振 興 課 長



老人保健課長



「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」等の一部
改正について

ユニット型施設等において配置が義務付けられているユニットごとの常勤のユニッ
トリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した職員を各施設に
2名以上配置することとしているが、ユニットケアリーダー研修の実施状況等を踏まえ、
別添のとおり通知を一部改正することとしたので、御了知の上、管下市町村、関係団体、
関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。

(別添)

- 1 「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年老企第25号)の一部改正
別紙1のとおり改正する。

- 2 「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について」(平成12年老企第43号)の一部改正
別紙2のとおり改正する。

- 3 「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年老企第44号)の一部改正
別紙3のとおり改正する。

- 4 「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について」(平成12年老企第45号)の一部改正
別紙4のとおり改正する。

- 5 「指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について」(平成18年老計発第0331004号、老振発第0331004号、老老発第0331017号)の一部改正
別紙5のとおり改正する。

○ 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）（抄）

改正後	現 行
<p>第3 介護サービス</p> <p>八 短期入所生活介護</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 ユニット型指定短期入所生活介護の事業</p> <p>(1)～(9) (略)</p> <p>(10) 勤務体制の確保（居宅基準第140条の十一の二）</p> <p>ユニット型指定短期入所生活介護事業所において配置を義務付けることとしたユニットごとの常勤のユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した職員（以下「研修受講者」という。）を各施設（一部ユニット型の施設も含む。）に2名以上配置する（ただし2ユニット以下の施設の場合には、1名でよいこととする）ほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ（研修受講者でなくても構わない。）職員を決めてもらうことで足りるものとする。</p> <p>この場合、研修受講者は、研修で得た知識等をリーダー研修を受講していないユニットの責任者に伝達するなど、当該施設におけるユニットケアの質の向上の中核となることが求められる。</p> <p><u>また、ユニットリーダーについて必要とされる研修受講者の数には、当面は、ユニットリーダー以外の研修受講者であって、研修を受講していないユニットリーダーに対し</u></p>	<p>第3 介護サービス</p> <p>八 短期入所生活介護</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 ユニット型指定短期入所生活介護の事業</p> <p>(1)～(9) (略)</p> <p>(10) 勤務体制の確保（居宅基準第140条の十一の二）</p> <p>ユニット型指定短期入所生活介護事業所において配置を義務付けることとしたユニットごとの常勤のユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した職員（以下「研修受講者」という。）を各施設（一部ユニット型の施設も含む。）に2名以上配置する（ただし2ユニット以下の施設の場合には、1名でよいこととする）ほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ（研修受講者でなくても構わない。）職員を決めてもらうことで足りるものとする。</p> <p>この場合、研修受講者は、研修で得た知識等をリーダー研修を受講していないユニットの責任者に伝達するなど、当該施設におけるユニットケアの質の向上の中核となることが求められる。</p>

1

<p><u>て研修で得た知識等を伝達するとともに、ユニットケアに関して指導及び助言を行うことができる者を含めて差し支えない。</u></p> <p><u>ユニット型指定短期入所生活介護事業所（以下（10）において「ユニット型事業所」という。）とユニット型又は一部ユニット型の指定介護老人福祉施設等（以下（10）において「ユニット型施設」という。）が併設されている場合には、研修受講者をそれぞれに2名以上配置する必要はなく、ユニット型事業所及び併設するユニット型施設（併設するユニット型施設が複数ある場合には、そのうちいずれか1施設に限る。）を一体のものとみなして、合計2名以上の研修受講者が配置されていればよいこととする（ただし、ユニット型事業所及び併設するユニット型施設のユニット数の合計が2ユニット以下のときには、1名でよいこととする。）。</u></p> <p>なお、平成18年4月1日の時点で上記の要件を満たす研修受講者が2名に満たない施設については、平成19年3月31日までの間に満たせばよいこととする。</p> <p>(11) (略)</p>	<p>また、平成18年4月1日の時点でリーダー研修を修了した者が2名に満たない施設については、平成19年3月31日までの間に満たせばよいこととする。</p> <p>(11) (略)</p>
---	--

○ 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について（平成12年3月17日老企第43号、厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（抄）

改正後	現 行
<p>第5 ユニット型指定介護老人福祉施設 1～9 (略) 10 勤務体制の確保等 (1) (略) (2) ユニット型指定介護老人福祉施設において配置を義務付けることとしたユニットごとの常勤のユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した従業者（以下「研修受講者」という。）を各施設（一部ユニット型の施設も含む。）に2名以上配置する（ただし、2ユニット以下の施設の場合には、1名でよいこととする。）ほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ（研修受講者でなくても構わない。）従業者を決めてもらうことで足りるものとする。 この場合、研修受講者は、研修で得た知識等をリーダー研修を受講していないユニットの責任者に伝達するなど、当該施設におけるユニットケアの質の向上の中核となることが求められる。 <u>また、ユニットリーダーについて必要とされる研修受講者の数には、当面は、ユニットリーダー以外の研修受講者であって、研修を受講していないユニットリーダーに対して研修で得た知識等を伝達するとともに、ユニットケアに関して指導及び助言を行うことができる者を含めて差し支えない。</u></p>	<p>第5 ユニット型指定介護老人福祉施設 1～9 (略) 10 勤務体制の確保等 (1) (略) (2) ユニット型指定介護老人福祉施設において配置を義務付けることとしたユニットごとの常勤のユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した従業者（以下「研修受講者」という。）を各施設（一部ユニット型の施設も含む。）に2名以上配置する（ただし、2ユニット以下の施設の場合には、1名でよいこととする。）ほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ（研修受講者でなくても構わない。）従業者を決めてもらうことで足りるものとする。 この場合、研修受講者は、研修で得た知識等をリーダー研修を受講していないユニットの責任者に伝達するなど、当該施設におけるユニットケアの質の向上の中核となることが求められる。</p>

1

<p><u>ユニット型指定介護老人福祉施設（以下（2）において「ユニット型施設」という。）とユニット型又は一部ユニット型の指定短期入所生活介護事業所（以下（2）において「ユニット型事業所」という。）が併設されている場合には、研修受講者をそれぞれに2名以上配置する必要はなく、ユニット型施設及び併設するユニット型事業所を一体のものとし、合計2名以上の研修受講者が配置されていればよいこととする（ただし、ユニット型施設及び併設するユニット型事業所のユニット数の合計が2ユニット以下のときには、1名でよいこととする。）。</u> なお、平成18年4月1日の時点で上記の要件を満たす研修受講者が2名に満たない施設については、平成19年3月31日までの間に満たせばよいこととする。 また、今後の研修受講者の状況等を踏まえた上で、配置基準を再検討する予定であるので、この当面の基準にかかわらず、多くの従業者について研修を受講していただくよう配慮をお願いしたい。</p> <p>(3) (略)</p>	<p>また、平成18年4月1日の時点でリーダー研修を修了した者が2名に満たない施設については、平成19年3月31日までの間に満たせばよいこととする。 なお、今後の研修受講者の状況等を踏まえた上で、配置基準を再検討する予定であるので、この当面の基準にかかわらず、多くの従業者について研修を受講していただくよう配慮をお願いしたい。</p> <p>(3) (略)</p>
---	--

○ 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)(抄)

改正後	現 行
<p>第五 ユニット型介護老人保健施設 1～9 (略) 10 勤務体制の確保等(第48条) (1) (略) (2) ユニット型介護老人保健施設において配置を義務付けることとしたユニットごとの常勤のユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した職員(以下「研修受講者」という。)を各施設(一部ユニット型の施設も含む。)に2名以上配置する(ただし、2ユニット以下の施設の場合には、1名でよいこととする。)ほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ(研修受講者でなくても構わない。)職員を決めてもらうことで足りるものとする。 この場合、研修受講者は、研修で得た知識等をリーダー研修を受講していないユニットの責任者に伝達するなど、当該施設におけるユニットケアの質の向上の中核となることが求められる。 <u>また、ユニットリーダーについて必要とされる研修受講者の数には、当面は、ユニットリーダー以外の研修受講者であって、研修を受講していないユニットリーダーに対して研修で得た知識等を伝達するとともに、ユニットケアに関して指導及び助言を行うことができる者を含めて差し支えない。</u></p>	<p>第五 ユニット型介護老人保健施設 1～9 (略) 10 勤務体制の確保等(第48条) (1) (略) (2) ユニット型介護老人保健施設において配置を義務付けることとしたユニットごとの常勤のユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した職員(以下「研修受講者」という。)を各施設(一部ユニット型の施設も含む。)に2名以上配置する(ただし、2ユニット以下の施設の場合には、1名でよいこととする。)ほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ(研修受講者でなくても構わない。)職員を決めてもらうことで足りるものとする。 この場合、研修受講者は、研修で得た知識等をリーダー研修を受講していないユニットの責任者に伝達するなど、当該施設におけるユニットケアの質の向上の中核となることが求められる。</p>

1

<p><u>ユニット型介護老人保健施設(以下(2)において「ユニット型施設」という。)とユニット型又は一部ユニット型の指定短期入所生活介護事業所(以下(2)において「ユニット型事業所」という。)が併設されている場合には、研修受講者をそれぞれに2名以上配置する必要はなく、ユニット型施設及び併設するユニット型事業所を一体のもののみなして、合計2名以上の研修受講者が配置されていればよいこととする(ただし、ユニット型施設及び併設するユニット型事業所のユニット数の合計が2ユニット以下のときには、1名でよいこととする。)</u> なお、平成18年4月1日の時点で上記の要件を満たす研修受講者が2名に満たない施設については、平成19年3月31日までの間に満たせばよいこととする。 また、今後の研修受講者の状況等を踏まえた上で、配置基準を再検討する予定であるので、この当面の基準にかかわらず、多くの職員について研修を受講していただくよう配慮をお願いしたい。</p> <p>(3) (略)</p>	<p>また、平成18年4月1日の時点でリーダー研修を修了した者が2名に満たない施設については、平成19年3月31日までの間に満たせばよいこととする。 なお、今後の研修受講者の状況等を踏まえた上で、配置基準を再検討する予定であるので、この当面の基準にかかわらず、多くの職員について研修を受講していただくよう配慮をお願いしたい。</p> <p>(3) (略)</p>
--	---

○ 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について(平成12年3月17日老企第45号、厚生省老人保健福祉局企画課長通知)(抄)

改正後	現 行
<p>第5 ユニット型指定介護療養型医療施設 1～9 (略)</p> <p>10 勤務体制の確保等 (第48条)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) ユニット型指定介護療養型医療施設において配置を義務付けることとしたユニットごとの常勤のユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した職員(以下「研修受講者」という。)を各施設(一部ユニット型の施設も含む。)に2名以上配置する(ただし、2ユニット以下の施設の場合には、1名でよいこととする。)ほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ(研修受講者でなくても構わない。)職員を決めてもらうことで足りるものとする。</p> <p>この場合、研修受講者は、研修で得た知識等をリーダー研修を受講していないユニットの責任者に伝達するなど、当該施設におけるユニットケアの質の向上の中核となることが求められる。</p> <p><u>また、ユニットリーダーについて必要とされる研修受講者の数には、当面は、ユニットリーダー以外の研修受講者であって、研修を受講していないユニットリーダーに対して研修で得た知識等を伝達するとともに、ユニットケアに関して指導及び助言を行うことができる者を含めて差し支えない。</u></p>	<p>第5 ユニット型指定介護療養型医療施設 1～9 (略)</p> <p>10 勤務体制の確保等 (第48条)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) ユニット型指定介護療養型医療施設において配置を義務付けることとしたユニットごとの常勤のユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した職員(以下「研修受講者」という。)を各施設(一部ユニット型の施設も含む。)に2名以上配置する(ただし、2ユニット以下の施設の場合には、1名でよいこととする。)ほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ(研修受講者でなくても構わない。)職員を決めてもらうことで足りるものとする。</p> <p>この場合、研修受講者は、研修で得た知識等をリーダー研修を受講していないユニットの責任者に伝達するなど、当該施設におけるユニットケアの質の向上の中核となることが求められる。</p>

1

<p><u>ユニット型指定介護療養型医療施設(以下(2)において「ユニット型施設」という。)とユニット型又は一部ユニット型の指定短期入所生活介護事業所(以下(2)において「ユニット型事業所」という。)が併設されている場合には、研修受講者をそれぞれに2名以上配置する必要はなく、ユニット型施設及び併設するユニット型事業所を一体のものとして、合計2名以上の研修受講者が配置されていればよいこととする(ただし、ユニット型施設及び併設するユニット型事業所のユニット数の合計が2ユニット以下のときには、1名でよいこととする。)</u></p> <p>なお、平成18年4月1日の時点で上記の要件を満たす研修受講者が2名に満たない施設については、平成19年3月31日までの間に満たせばよいこととする。</p> <p>また、今後の研修受講者の状況等を踏まえた上で、配置基準を再検討する予定であるので、この当面の基準にかかわらず、多くの職員について研修を受講していただくよう配慮をお願いしたい。</p> <p>(3) (略)</p>	<p>また、平成18年4月1日の時点でリーダー研修を修了した者が2名に満たない施設については、平成19年3月31日までの間に満たせばよいこととする。</p> <p>なお、今後の研修受講者の状況等を踏まえた上で、配置基準を再検討する予定であるので、この当面の基準にかかわらず、多くの職員について研修を受講していただくよう配慮をお願いしたい。</p> <p>(3) (略)</p>
---	--

- 指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について(平成18年3月31日老計発第0331004号、老振発第0331004号、老老発第0331017号 厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長連名通知) (抄)

改正後	現 行
<p>第3 地域密着型サービス</p> <p>六 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 1～4 (略)</p> <p>5 ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設 (1)～(8) (略)</p> <p>(9) 勤務体制の確保等</p> <p>① (略)</p> <p>② ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設において配置を義務付けることとしたユニットごとの常勤のユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した従業者(以下「研修受講者」という。)を各施設(一部ユニット型の施設も含む。)に2名以上配置する(ただし、2ユニット以下の施設の場合には、1名でよいこととする。)ほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ(研修受講者でなくても構わない。)従業者を決めてもらうことで足りるものとする。</p> <p>この場合、研修受講者は、研修で得た知識等をリーダー研修を受講していないユニットの責任者に伝達するなど、当該施設におけるユニットケアの質の向上の中核となることが求められる。</p> <p>また、<u>ユニットリーダーについて必要とされる研修受講者の数には、当面は、ユニットリーダー以外の研修受講者であって、研修を受講していないユニットリーダー</u></p>	<p>第3 地域密着型サービス</p> <p>六 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 1～4 (略)</p> <p>5 ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設 (1)～(8) (略)</p> <p>(9) 勤務体制の確保等</p> <p>① (略)</p> <p>② ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設において配置を義務付けることとしたユニットごとの常勤のユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した従業者(以下「研修受講者」という。)を各施設(一部ユニット型の施設も含む。)に2名以上配置する(ただし、2ユニット以下の施設の場合には、1名でよいこととする。)ほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ(研修受講者でなくても構わない。)従業者を決めてもらうことで足りるものとする。</p> <p>この場合、研修受講者は、研修で得た知識等をリーダー研修を受講していないユニットの責任者に伝達するなど、当該施設におけるユニットケアの質の向上の中核となることが求められる。</p>

1

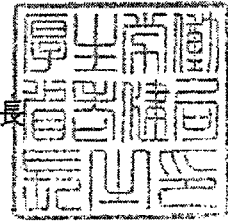
<p><u>に対して研修で得た知識等を伝達するとともに、ユニットケアに関して指導及び助言を行うことができる者を含めて差し支えない。</u></p> <p><u>ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設(以下②において「ユニット型施設」という。)とユニット型又は一部ユニット型の指定短期入所生活介護事業所(以下②において「ユニット型事業所」という。)が併設されている場合には、研修受講者をそれぞれに2名以上配置する必要はなく、ユニット型施設及び併設するユニット型事業所を一体のものとして、合計2名以上の研修受講者が配置されていればよいこととする(ただし、ユニット型施設及び併設するユニット型事業所のユニット数の合計が2ユニット以下のときには、1名でよいこととする。)</u></p> <p>なお、平成18年4月1日の時点で上記の要件を満たす研修受講者が2名に満たない施設については、平成19年3月31日までの間に満たせばよいこととする。</p> <p>また、今後の研修受講者の状況等を踏まえた上で、配置基準を再検討する予定であるので、この当面の基準にかかわらず、多くの従業者について研修を受講していただくよう配慮をお願いしたい。</p> <p>③ (略)</p>	<p>また、平成18年4月1日の時点でリーダー研修を修了した者が2名に満たない施設については、平成19年3月31日までの間に満たせばよいこととする。</p> <p>なお、今後の研修受講者の状況等を踏まえた上で、配置基準を再検討する予定であるので、この当面の基準にかかわらず、多くの従業者について研修を受講していただくよう配慮をお願いしたい。</p> <p>③ (略)</p>
--	---



老発第1013002号
平成18年10月13日

都道府県知事
各 指定都市市長 殿
中核市市長

厚生労働省老健局長



「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」の一部改正について

ユニット型特別養護老人ホームにおいて配置が義務付けられているユニットごとの常勤のユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した職員を各施設に2名以上配置することとしているが、ユニットケアリーダー研修の実施状況等を踏まえ、別添のとおり通知を一部改正することとしたので、御了知の上、管下市町村、関係団体、関係機関等はその周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。

○ 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について（平成12年3月17日老発第214号、厚生省老人保健福祉局長通知）（抄）

改正後	現 行
<p>第5 ユニット型特別養護老人ホーム 1～8 (略) 9 勤務体制の確保等 (1) (略) (2) ユニット型特別養護老人ホームにおいて配置を義務付けることとしたユニットごとの常勤のユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した職員（以下「研修受講者」という。）を各施設（一部ユニット型の施設も含む。）に2名以上配置する（ただし、2ユニット以下の施設の場合には、1名でよいこととする。）ほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ（研修受講者でなくても構わない。）職員を決めてもらうことで足りるものとする。 この場合、研修受講者は、研修で得た知識等をリーダー研修を受講していないユニットの責任者に伝達するなど、当該施設におけるユニットケアの質の向上の中核となることが求められる。 <u>また、ユニットリーダーについて必要とされる研修受講者の数には、当面は、ユニットリーダー以外の研修受講者であって、研修を受講していないユニットリーダーに対して研修で得た知識等を伝達するとともに、ユニットケアに関して指導及び助言を行うことができる者を含めて差し支えない。</u> ユニット型特別養護老人ホーム（以下(2)において「ユ</p>	<p>第5 ユニット型特別養護老人ホーム 1～8 (略) 9 勤務体制の確保等 (1) (略) (2) ユニット型特別養護老人ホームにおいて配置を義務付けることとしたユニットごとの常勤のユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した職員（以下「研修受講者」という。）を各施設（一部ユニット型の施設も含む。）に2名以上配置する（ただし、2ユニット以下の施設の場合には、1名でよいこととする。）ほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ（研修受講者でなくても構わない。）職員を決めてもらうことで足りるものとする。 この場合、研修受講者は、研修で得た知識等をリーダー研修を受講していないユニットの責任者に伝達するなど、当該施設におけるユニットケアの質の向上の中核となることが求められる。</p>

1

<p><u>ニット型施設」という。）とユニット型又は一部ユニット型の指定短期入所生活介護事業所（以下(2)において「ユニット型事業所」という。）が併設されている場合には、研修受講者をそれぞれに2名以上配置する必要はなく、ユニット型施設及び併設するユニット型事業所を一体のものとして、合計2名以上の研修受講者が配置されていればよいこととする（ただし、ユニット型施設及び併設するユニット型事業所のユニット数の合計が2ユニット以下のときには、1名でよいこととする。）。</u> なお、平成18年4月1日の時点で上記の要件を満たす研修受講者が2名に満たない施設については、平成19年3月31日までの間に満たせばよいこととする。 また、今後の研修受講者の状況等を踏まえた上で、配置基準を再検討する予定であるので、この当面の基準にかかわらず、多くの職員について研修を受講していただくよう配慮をお願いしたい。</p> <p>(3) (略)</p>	<p>また、平成18年4月1日の時点でリーダー研修を修了した者が2名に満たない施設については、平成19年3月31日までの間に満たせばよいこととする。 なお、今後の研修受講者の状況等を踏まえた上で、配置基準を再検討する予定であるので、この当面の基準にかかわらず、多くの職員について研修を受講していただくよう配慮をお願いしたい。</p> <p>(3) (略)</p>
--	---

社会福祉施設における感染症予防対策

栃木県

●施設利用者の定期的な健康管理を！

- ・体調の悪い人の状況を定期的に分析することにより、日常的な発生状況を把握しておく、集団感染を早期に発見することができます。
- ・入所者等の施設利用者の健康状態を常に観察・記録し、体調の悪い人がいないかを早期に把握するよう努めましょう。

●「1ケア1手洗い」の実施、徹底！

- ・感染症等を予防するためには、何よりも手洗い・うがいが大切です。入所者等をケアする場合は、1人ごとに手洗いや手指消毒（アルコールを含有した速乾性手指消毒剤等）を徹底しましょう。このとき、使い捨て手袋やマスクを着用することも有効です（10分以内は、85℃以上の熱湯で1分以上の加熱が塩素系漂白剤が有効）。

通常の手洗いの例

施設利用者のケア前後には、①袖を肘より上にあげ、周囲に水がはねないよう水量を調節する ②流水で十分手をぬらす ③石けんで、しっかり泡立てて、爪、指のつけ根や手首まで30秒以上かけて洗う ④流水で十分洗い流す ⑤自分の専用タオルまたは、使い捨てタオルで水気を十分拭き取る ⑥蛇口は常に衛生的に保つよう工夫する（手を拭いたペーパータオルで閉める等）

●排泄物等は必ず衛生的な処理を！

- ・特に、感染症の発生時、排泄物や吐物など（多くの細菌が混入しています。とりわけノロウイルスによる感染症では、ウイルスが多量に含まれるため、注意が必要です。）を処理する場合は、必ず手袋、マスク、エプロンなどを着用し、処理者への感染防止と施設内への感染症まん延防止に留意しましょう。
- ・通常時のおむつ交換時においても、必ず「1ケア1手洗い」を徹底しましょう。
- ・汚染された場所やその周囲は、0.5%の次亜塩素酸ナトリウム液で清拭し、必ず消毒しましょう。
- ・処理後は、十分な手洗いと手指の消毒を行いましょう。

●日頃の職員の健康管理も大切！

- ・一般的に、施設の職員は、当該施設内に病原体を持ち込む可能性が非常に高いことを認識しましょう。
- ・また、入所者等施設利用者間の病原体の媒介者となる危険性も高いことから、常日頃からの職員の健康管理が重要です。定期的な健康診断は必ず受診しましょう。
- ・施設の職員は、体調不良の場合には早期に医療機関を受診するとともに、症状が改善するまで、なるべく就業をしないようにしましょう。

●感染症等患者の多数発生時の対応は早めに！

- ・同一症状を呈する患者が多数発生している場合、そうした患者が重篤となった場合などいつもと違う状況になった場合には、すぐに医療機関及び所管の広域健康福祉センター等に受診または連絡して対応を相談し、指示を仰ぎましょう。対策の遅れが感染を拡大させることがあります。

○栃木県内の感染性胃腸炎〔集団発生〕発生状況〔平成18年度〕

H19.1.30現在

No.	発生 (初発)	報告	対象施設		発症者数			
			福祉施設等分類	管轄 保健所	対象者	職員	その他	計
1	18.11.15	18.11.20	高齢者	安足	55	9	0	64
2	18.11.16	18.11.24	高齢者	県東	15	3	6	24
3	18.11.24	18.11.27	高齢者	県西	25	8	0	33
4	18.11.23	18.11.27	高齢者	県西	14	5	0	19
5	18.11.28	18.11.30	障害者	安足	10	0	0	10
6	18.11.27	18.11.30	高齢者	安足	35	8	0	43
7	18.11.30	18.12.1	高齢者	県北	28	8	0	36
8	18.11.26	18.12.5	高齢者	県北	32	8	0	40
9	18.11.22	18.12.4	高齢者	県北	38	12	0	50
10	18.12.1	18.12.4	障害者	県南	24	4	0	28
11	18.11.26	18.12.7	高齢者	県北	20	6	0	26
12	18.12.5	18.12.8	病院	県西	35	8	0	43
13	18.12.8	18.12.9	高齢者	県南	49	15	0	64
14	18.12.7	18.12.11	障害者	県北	12	3	0	15
15	18.12.5	18.12.12	高齢者	県東	18	6	0	24
16	18.12.8	18.12.13	高齢者	安足	9	4	0	13
17	18.12.8	18.12.18	高齢者	安足	40	2	12	54
18	18.12.11	18.12.19	高齢者	安足	10	3	0	13
19	18.12.10	18.12.19	児童	県北	17	2	0	19
20	18.12.14	18.12.19	高齢者	県東	30	4	0	34
21	18.12.12	18.12.20	小学校	県西	82	3	0	85
22	18.12.7	18.12.19	高齢者	安足	27	6	0	33
23	18.12.17	18.12.25	障害者	県西	43	2	0	45
24	18.12.15	18.12.25	高齢者	県南	23	8	0	31
25	18.12.15	18.12.25	高齢者	県北	6	5	0	11
26	18.12.18	18.12.25	高齢者	県南	17	5	0	22
27	18.12.29	19.1.4	高齢者	県南	20	7	0	27
28	18.12.19	19.1.4	高齢者	県北	30	7	0	37
29	18.12.30	19.1.4	高齢者	県南	16	6	0	22
30	19.1.4	19.1.6	高齢者	県南	15	6	0	21
31	19.1.5	19.1.9	高齢者	県西	18	0	0	18
32	18.12.21	19.1.11	高齢者	県北	20	4	0	24
33	19.1.2	19.1.11	障害者	県南	37	14	1	52
34	18.12.29	19.1.15	病院	県北	29	14	0	43
35	19.1.2	19.1.11	高齢者	県北	15	5	0	20
36	19.1.11	19.1.15	高齢者	安足	12	5	0	17
37	19.1.12	19.1.18	高齢者	安足	19	15	0	34
38	19.1.13	19.1.19	障害者	安足	41	6	0	47
39	19.1.16	19.1.19	病院	県東	12	10	0	22
					998	246	19	1,263

栃木県保健福祉部健康増進課

介護サービス事業所における事故等の報告について

(H18.2.15 栃木県保健福祉部高齢対策課介護保険班)

介護サービス事業所において事故が発生した場合には、保険者である市町に対して、その報告をすることとされています。すべての介護サービス事業者において適切に対応されるよう以下のとおりお示しします。

■制度の説明

介護保険の指定事業者には、介護保険法に基づく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）などにより、サービス事業ごとに「事故発生時の対応」が規定され、“指定〇〇事業者は、利用者に対する指定〇〇の提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。”など、利用者が安心してサービスの提供を受けられるよう、事故発生時の速やかな対応を求めています。

■市町に報告する事故等

職員の法令違反・不祥事の発生などを含めて事故等とし、以下のことが考えられます。

(1) サービスの提供による利用者のけが、または死亡事故の発生

- 注1) 「サービスの提供による」とは、送迎・通院等の間の事故も含む。
また、居宅の通所・入所サービス及び施設サービスにおいては、利用者が事業所内にいる間は、「サービス提供中」に含まれるものとする。
- 注2) けがの程度については、外部の医療機関で受診を要したものを原則とする。ただし、軽度であっても家族等に連絡しておいた方が良いと判断される場合は、市町に対しても報告する。
- 注3) 事業者側の過失の有無は問わない。
(利用者の自己過失によるけがであっても、注2に該当する場合は報告すること)。
- 注4) 利用者が病気等により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生ずる可能性があるときは、市町へ報告する。

(2) 食中毒及び感染症、結核の発生

注) 食中毒等について、サービス提供に関連して発生したと認められる場合は、市町へ報告する。なお、関連する法令に届出義務がある場合には、これに従うこと。

(3) 職員（従業員）の法令違反・不祥事の発生

注) 利用者の処遇に影響のあるものについては、報告する。

(4) 利用者またはその家族等に係る個人情報の漏洩の発生

(5) その他、報告が必要と認められる事故等の発生

■保険者である市町への報告

介護サービス事業者は、事故等が発生した場合、次の双方へ報告をすること。

- (1) 被保険者の属する保険者（市町）
- (2) 事業所が所在する保険者（市町）

※市町において既に事故報告に係る要領等を定めているときは、それに従って報告すること。

事務連絡

平成18年9月29日

各都道府県 介護保険担当課（室） 御中

厚生労働省老健局老人保健課

高齢者の開眼片足立ち時間の測定に関する留意事項について

この度、介護保険の通所リハビリテーションにおける開眼片足立ち時間の測定中に経過的要介護者の大腿骨頸部骨折の事例が発生し、別紙のとおり長寿科学総合研究の主任研究者より「厚生労働省健康危機管理基本指針」に基づく健康危険情報が厚生労働省に報告されたところである。

開眼片足立ち時間の測定については、運動器の機能向上マニュアル（平成17年12月、運動器の機能向上についての研究班）において、介護予防特定高齢者施策及び新予防給付における開眼片足立ち時間の測定に関し、「測定者は対象者の傍らに立ち、安全を確保する。」こととされているところである。

介護給付における開眼片足立ち時間の測定についても同様の対応が徹底されるよう、貴都道府県内市町村及び関係事業者等への周知をお願いします。

担当

厚生労働省 老健局 老人保健課

課長補佐 大澤

課長補佐 須藤

介護技術係長 右田

電話：03-5253-1111 内線 3946

(別紙)

【健康危険情報】

骨脆弱性の高いと考えられる80歳以上の高齢者における開眼片脚起立時間の測定時、大腿骨頸部骨密度の低下による一種の不顕性骨折から荷重により顕性となり大腿骨頸部骨折を来たしふらつき転倒したか、或いは片脚起立時によるけて転倒し大腿骨頸部骨折に至ったか同定できないが、開眼片脚起立から骨折に至った事例が発生した。

片脚起立時の転倒を防ぐため、高齢者や骨粗鬆症化が亢進した人を調査・運動訓練実施する時には、転倒を避けるための十分な工夫（平行棒など）や予防をされたい。

(参考)

運動器の機能向上マニュアル

(平成17年12月、運動器の機能向上についての研究班) (抜粋)

3. サービスの内容 参照<5. 資料>

3.4. 介護予防特定高齢者施策

3.4.4. 事前アセスメント

(2) 体力測定

- － 握力
- － 開眼片足立ち時間
- － 機能的移動能力 (Timed Up & Go Test 等)
- － 歩行能力 (通常歩行速度、最大歩行速度)

3.4.9. 事後アセスメント

(2) 体力測定

- － 握力
- － 開眼片足立ち時間
- － 機能的移動能力 (Timed Up & Go Test 等)
- － 歩行能力 (通常、最大)

3.5. 新予防給付の場合

3.5.2. 事前アセスメント

(3) 体力測定

- － 握力
- － 下肢筋力
- － ファンクショナルリーチ
- － 開眼片足立ち時間
- － 機能的移動能力 (Timed Up & Go Test 等)
- － 歩行能力 (通常、最大)

※ 対象者が体力測定に不安を訴える場合は、無理をしない。

※ 体調に異変があった場合は、速やかに医師等医療従事者に伝える。

3.5.6. 事後アセスメント

(2) 体力測定

- － 握力
- － 下肢筋力
- － ファンクショナルリーチ
- － 開眼片足立ち時間
- － 機能的移動能力 (Timed Up & Go Test 等)
- － 歩行能力 (通常、最大)

5. 資料

<資料6. 身体機能評価マニュアル>

・片脚立ち時間 (開眼) - - - バランス能力

(1) 両手は側方に軽くおろし、片足を床から離し、次のいずれかの状態が発生するまでの時間を測定する。

(1) 支持脚の位置がずれたとき

- － 支持脚以外の体の一部が床に触れたとき
- － 支持脚が右か左かを記録しておく。

(2) 測定者は対象者の傍らに立ち、安全を確保する。

(3) 測定時間は60秒以内とし、2回測定する。

(4) 教示は「目を開けたまま、この状態をできるだけ長く保ってください」に統一する。

介護輸送に係る法的取扱いについて

平成 1 8 年 9 月
国土交通省自動車交通局旅客課
厚生労働省老健局振興課
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課

介護輸送に係る法的取扱いについては、平成16年3月に整理し、運用してきたところであるが、今般、道路運送法等の一部を改正する法律（平成18年法律第40号。以下「改正法」という。）が本年10月1日から施行されることに伴い、新たに以下の通り整理することとした。

1. 訪問介護について

- ① 訪問介護事業者等が行う要介護者等の輸送については、道路運送法（昭和26年法律第183号）第4条又は第43条の事業許可（一般又は特定）によることを原則とする。
- ② NPO法人その他道路運送法施行規則（昭和26年運輸省令第75号）第48条に定める法人等は、一定の手続き、条件の下で、道路運送法第79条に基づく登録を受けることができる。
- ③ 訪問介護員等が自己の車両で要介護者等を有償で運送する場合については、一定の手続き、条件の下で、道路運送法第78条第3号に基づく許可を受けることができる。
- ④ 訪問介護サービス等に連続して移送を行う場合は、道路運送法上の許可又は登録を求めるとし、これらを受けずに運送を行う訪問介護事業所については、介護報酬の対象としないものとする。

なお、障害者（児）福祉サービスに係る自家用自動車を使用した有償旅客運送についても、上記①～④の方針に沿って具体的な取扱いを行うものとする。

2. 施設介護について

施設介護事業者（デイサービス、ショートステイの事業者を含む。）が行う要介護者等の送迎輸送については、自家用輸送であることを明確化するとともに、輸送の安全の確保・向上の観点から、運行管理体制の確保、道路運送法の許可を受けた旅客自動車運送事業者への送迎輸送の外部委託等を促進する。

また、障害者自立支援法の改正により、デイサービス事業の廃止や短期入所事業の送迎加算が廃止されたことに伴う障害福祉サービス事業者等に係る送迎輸送の取扱いについては、引き続き検討することとする。この場合において、当該送迎輸送に対して市町村が従来の送迎加算の範囲内の額（利用者負担分を含む。）を給付する

場合には、当分の間、「自家輸送」として取り扱うこととし、自家用輸送であることを明確化するとともに、輸送の安全の確保・向上の観点から、運行管理体制の確保、道路運送法の許可を受けた旅客自動車運送事業者への送迎輸送の外部委託等を促進する。

3. 周知期間について

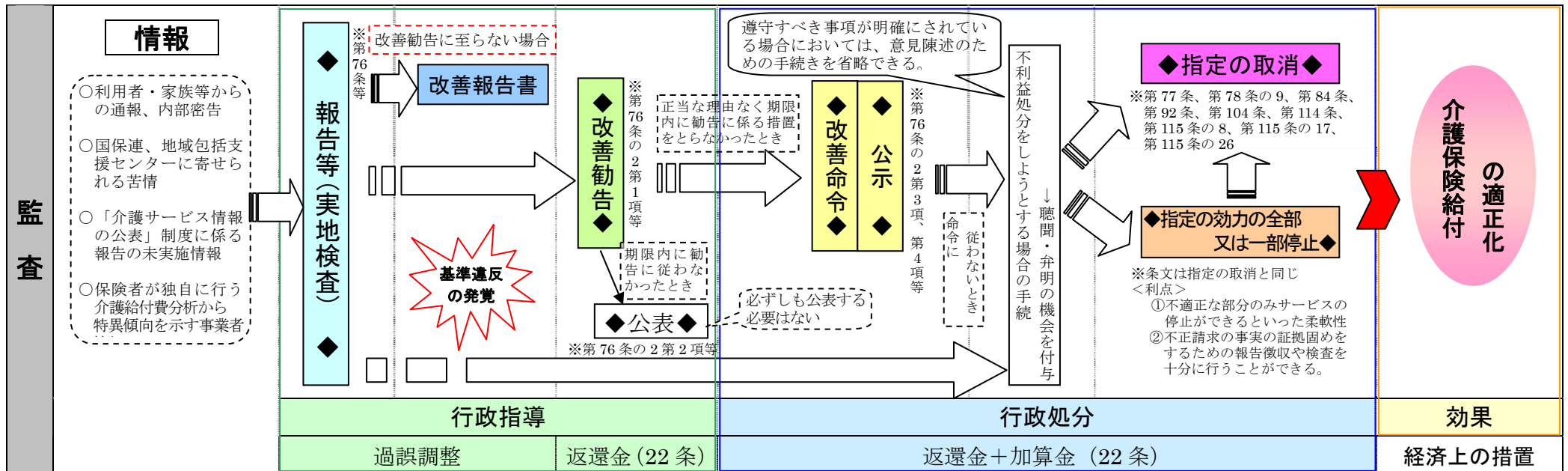
福祉有償運送に係る改正法による改正後の道路運送法（以下「新法」という。）の円滑な運用を確保するための体制整備や、新法第79条の登録制度の仕組み等について各地方公共団体、事業者等の関係者への周知徹底を図るため、国土交通省と厚生労働省は、改正法施行後1年間の周知期間を設け、当該登録制度の運用のための体制整備や広報等を協力して積極的に行うものとする。

当該周知期間においては、各地方公共団体、関係事業者に対する説明会の開催や当該登録制度に関するガイドブック等の地方公共団体の担当者への配布などを通じて、計画的かつ効果的に当該登録制度の理解の深化を促進することとする。

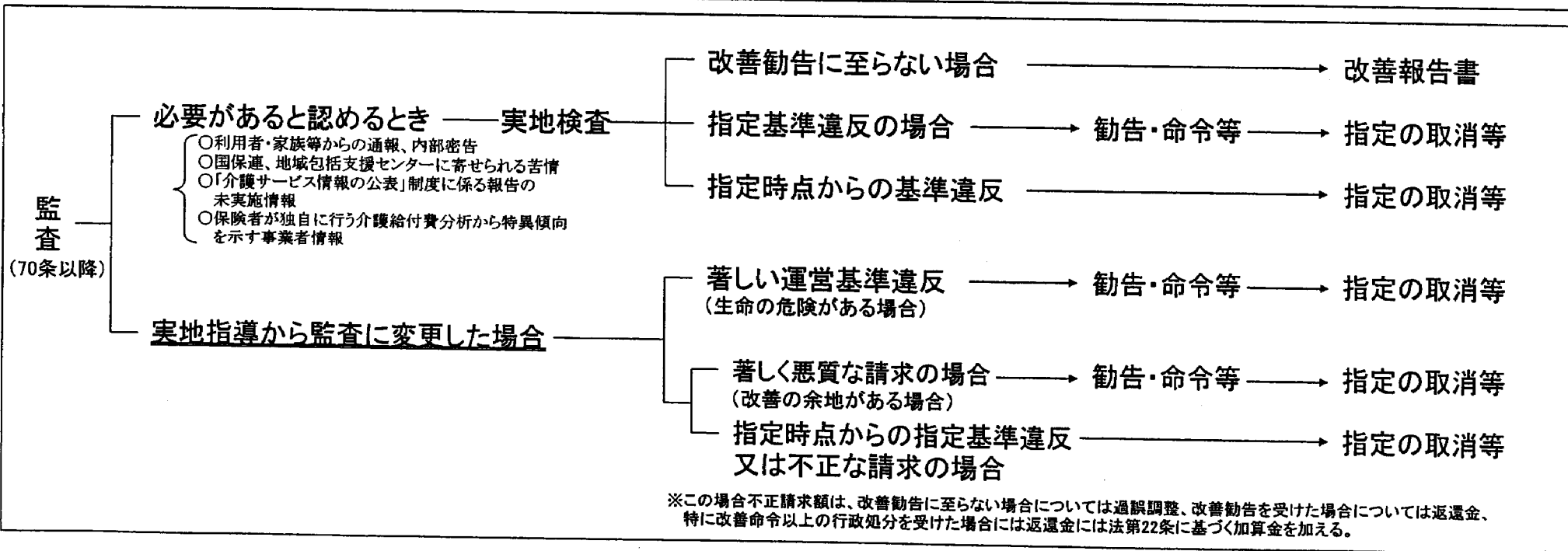
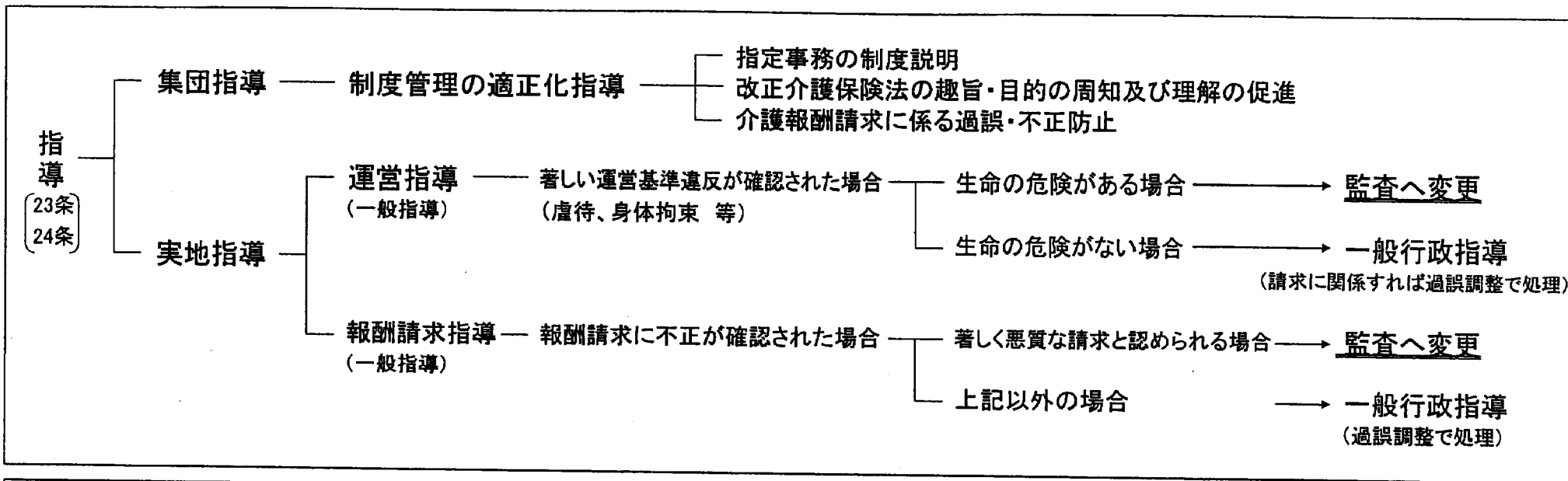
なお、当該周知期間内においては、新法第79条の登録の対象となるNPO等については、登録取得に向けた環境整備及び指導等を実施することとし、その上でやむを得ない理由により登録を受けることができないものについては、これに係る行政処分及び刑事告発は行わないものとするとともに、上記1. ④の取扱いについては、当該NPO等に適用しないものとする。

都道府県・市町村が実施する指導監督の在り方について（案）

		指導にあたっての基本的方針	効果	
指導	集団指導	<p>制度管理の適正化のための指導については、都道府県（老健施設にあっては政令指定都市、中核市等）及び市町村で下記の重点事項を踏まえて指導を実施。</p> <p>①指定事務の制度説明 →「指定及び指定の更新に係る欠格事由、指定の更新制の説明」 ②改正介護保険法の趣旨・目的の周知及び理解の促進 →「監査指導の権限行使の考え方、事業規制、情報の公表制度の仕組み等の説明」 ③介護報酬請求に係る過誤・不正防止 →「都道府県国保連と連携した介護報酬請求事務の講習」</p>	<p>制度の理解</p> <p>不正の防止</p>	<p>制度管理の適正化</p>
	第23条・第24条に基づく運営指導	<p>実地指導については、施設サービス、居宅サービスを行う事業者及び施設に対し、原則、都道府県及び市町村が実施。必要に応じ厚生労働省（本省及び地方厚生局）との合同により実施。</p> <p>○高齢者虐待防止、身体拘束禁止等の観点から、虐待や身体拘束のそれぞれの行為についての理解の促進防止のための取り組みの促進について指導を行うとともに、個別ケアを推進するため個々の利用者について個別のケアプランに基づいたサービス提供の一連のプロセスについてヒアリングを行い、生活支援のためのアセスメントとケアプラン等が適切に行えるよう指導する。 ※著しい運営基準違反が確認された場合 — 生命の危険がある場合 → 監査へ変更（虐待、身体拘束等） — 生命の危険がない場合 → 一般行政指導（必要に応じ過誤調整）</p>	<p>高齢者虐待防止</p> <p>身体拘束禁止</p>	<p>ケアの実現 よりよい</p>
	第23条・第24条に基づく実地指導	<p>○各種加算等について、報酬基準等に基づき体制は確保されているか、個別ケアプランに基づきサービス提供がされているか、他職種との協働は行われているかなど届け出た加算等に基づいた運営が適切に実施されているかをヒアリングし、請求の不適正な取扱いについては是正を指導する。 ※報酬請求に不正が確認された場合 — 著しく悪質な請求と認められる場合 → 監査へ変更 — 上記以外の場合 → 一般行政指導（必要に応じ過誤調整）</p>	<p>不正の防止</p>	



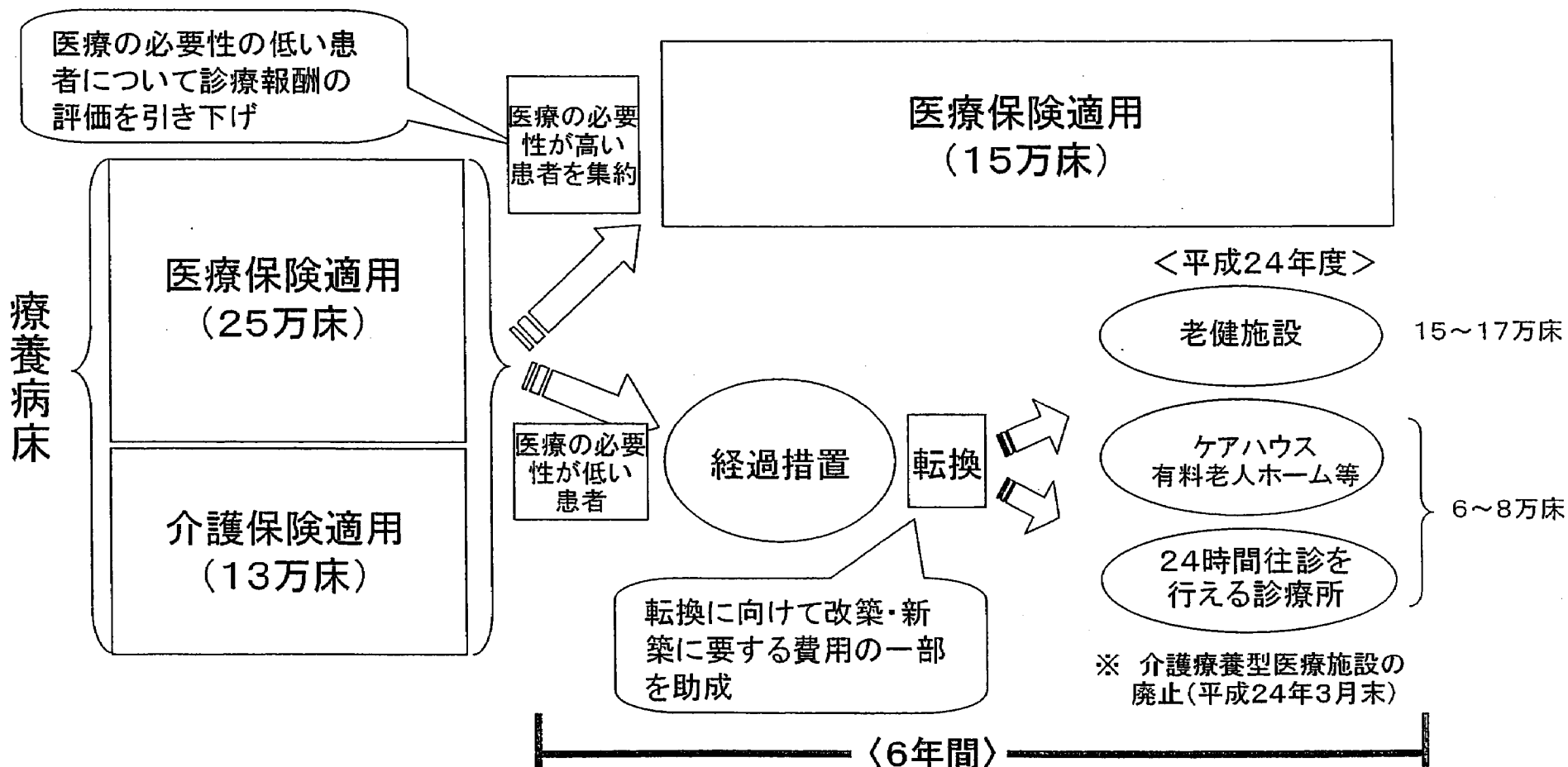
都道府県・市町村が実施する指導及び監査の流れ



医療サービスの必要性を踏まえ療養病床の再編成を行います

再編成は次のような形で進めます。

- ① 療養病床は全部廃止されるのではなく、医療サービスの必要性の高い方を対象とした医療療養病床は存続します。
- ② 介護療養病床の廃止は6年後であり、その間に老健施設等への転換を進めます。
- ③ 療養病床の再編成を踏まえ、地域のサービスニーズに応じたケア体制の整備を計画的に進めます。



再編成を円滑に進めるためきめ細かく対応します①

・医療機関自身がそのまま患者さんの受け皿として老人保健施設などに転換できるように、様々な転換支援措置を講じます。

医療療養病床を対象とした転換支援措置

- ※医療提供体制施設整備交付金（都道府県交付金）のメニュー項目の活用により対応（～平成20年度）
- ※医療療養病床を老人保健施設又は居住系サービス施設に転換するために要する費用を医療保険財源により助成（平成20年度～）

医療療養病床

介護療養病床

病床転換

老人保健施設

ケアハウス

有料老人ホーム等

グループホーム

在宅療養支援拠点

医師・看護職員等の配置等が緩和された経過的類型

注：現行の療養病床のほかに、将来的な老人保健施設や居住系サービス等への転換を念頭に移行促進措置を設ける

療養病床が老健施設に転換する場合の施設基準の緩和

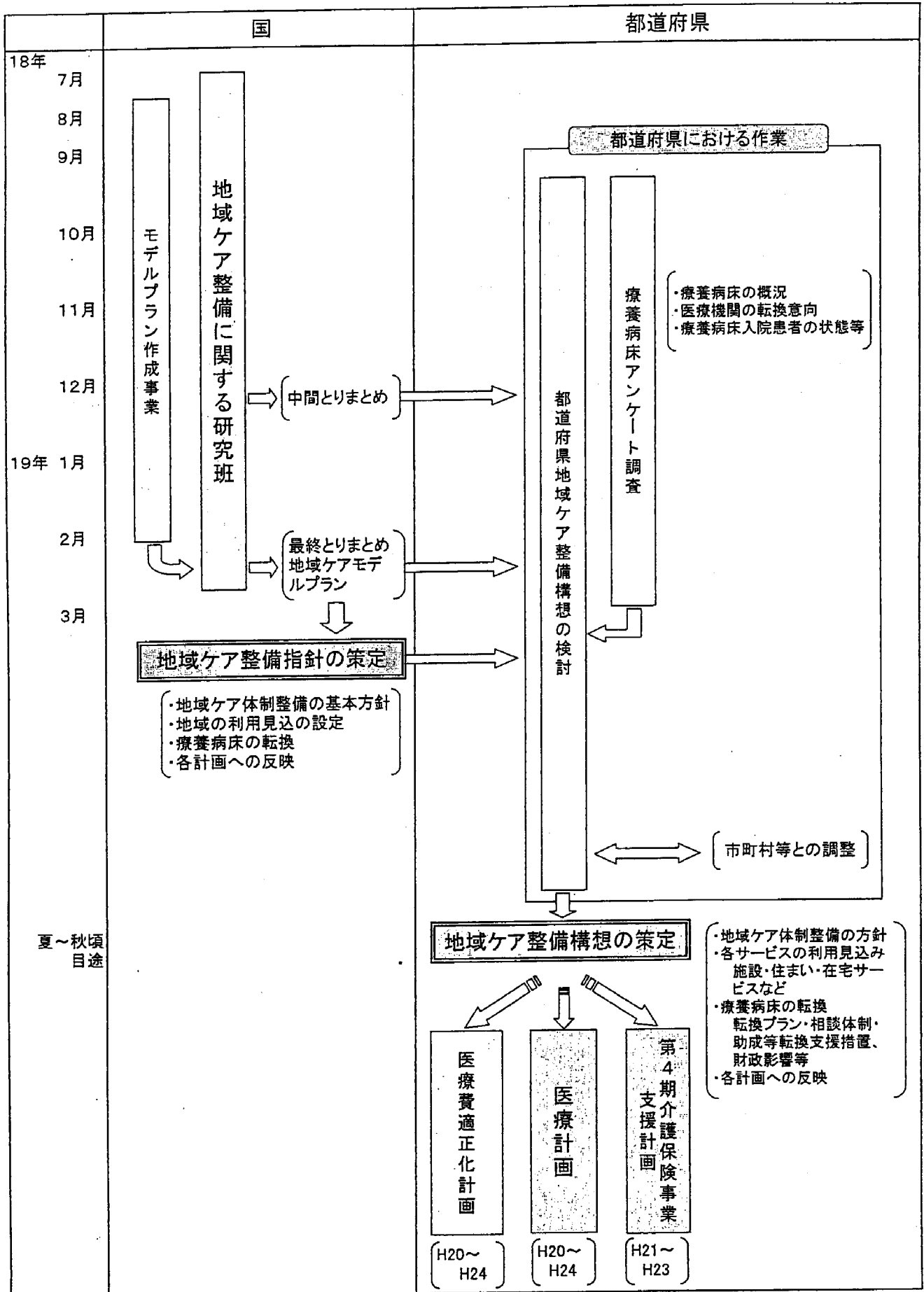
注：既存の建物をそのまま活用して老人保健施設に円滑に転換できるように、6年間は1床当たり面積を6.4m²(老人保健施設は8m²)で可とするなど、経過的に施設基準を緩和

第4期の介護保険事業計画において病床の転換が円滑に行われるよう参酌標準を見直し（健保法改正法の附則で措置）

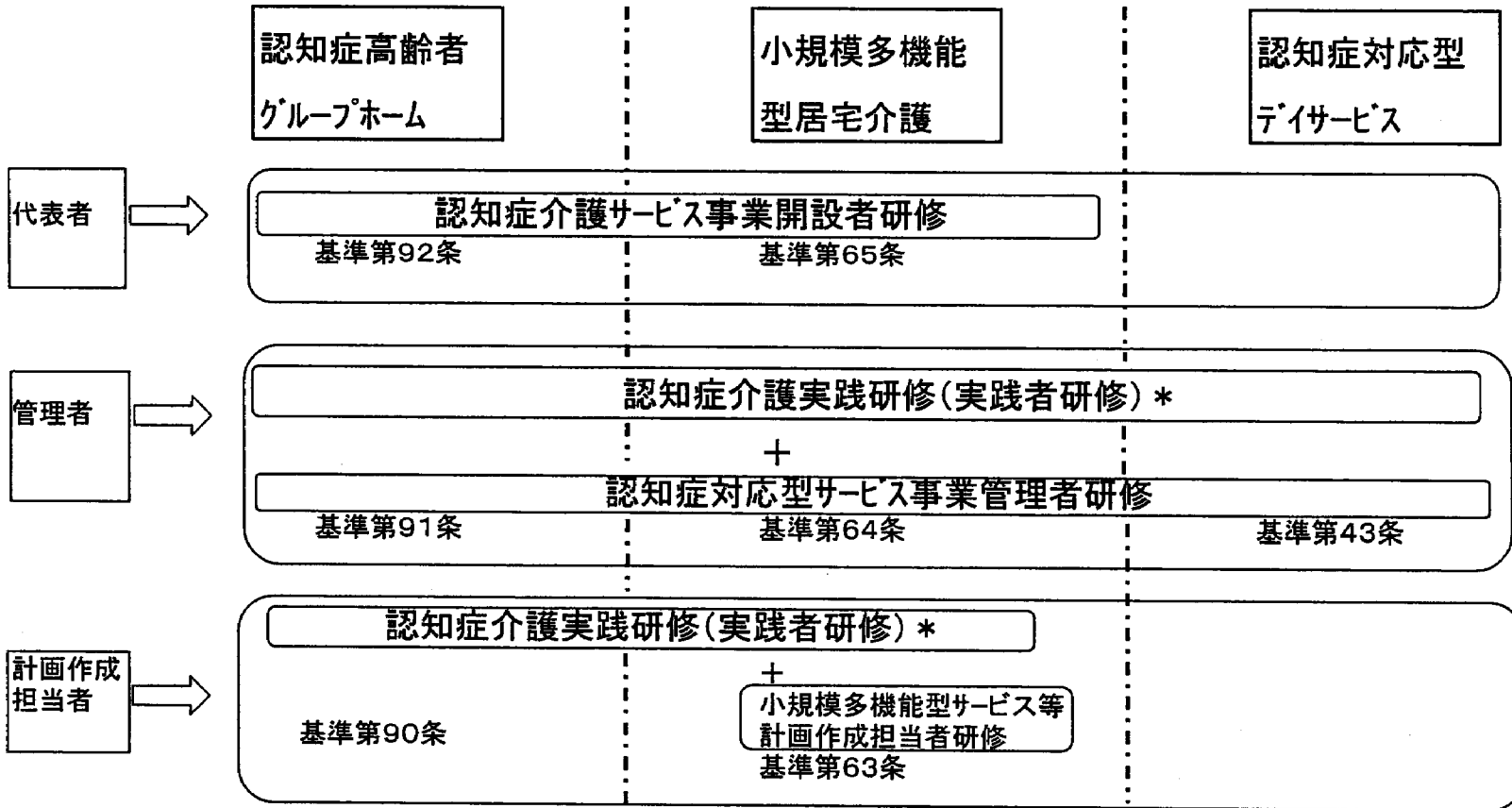
介護療養病床を対象とした転換支援措置

- ※市町村交付金による支援
- 介護療養型医療施設等の機能転換を促進

「地域ケア整備構想(仮称)」策定のスケジュール(案)



指定地域密着型サービス指定・運営基準に規定される研修について



* 研修受講の必須要件

指定地域密着型サービス指定・運営基準に規定される研修について
(経過措置(省令)・免除(解釈通知)について)

[新たに義務づけられる研修の経過措置]

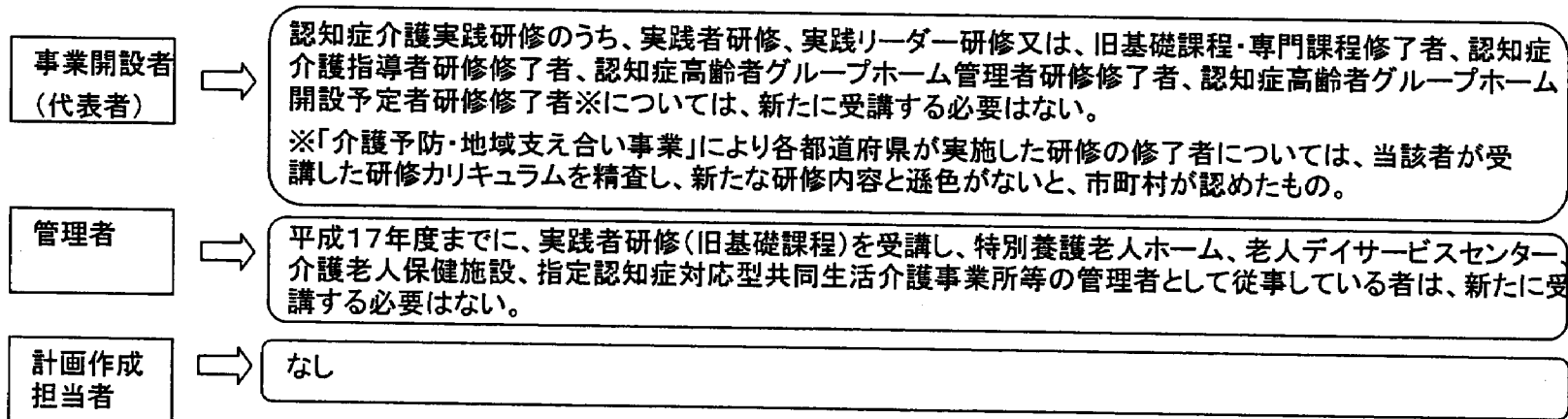
	代表者	管理者	計画作成担当者
認知症対応型共同生活介護	B・C	既に義務付け	既に義務付け
認知症対応型通所介護		A・C	
小規模多機能型居宅介護	C	C	C (介護支援専門員)

*経過措置(上表中のアルファベット)

「A」…現に開設している事業所については、受講義務なし。

「B」…現に開設している事業所については、平成21年3月31日までに受講しなければならない。

「C」…平成18年度中に開設される事業所については、平成19年3月31日までに受講しなければならない。



介護給付費請求事務の留意事項について

栃木県国民健康保険団体連合会（国保連合会）では、市町村（保険者）からの委託を受け、介護保険事業所からの介護給付費請求書、介護給付費明細書等の審査を行い、介護給付費の支払を行なっています。

審査の結果、請求内容に誤り等があった場合には「返戻」となり、介護保険事業所へ「給付管理票・請求明細書返戻（保留）一覧表」を送付し、居宅支援事業所等からの給付管理票の上限単位数を超えた単位数で請求があった場合「介護保険審査増減単位数通知書」を送付します。

この「給付管理票・請求明細書返戻（保留）一覧表」及び「介護保険審査増減単位数通知書」については、内容についての問合せが多く、以下に介護給付費の請求事務に関して特に問合せが多い主な内容及び対応方法について説明します。

1. 介護給付費請求書及び介護給付費明細書、給付管理票の提出期限について

毎月1日から10日までとなり、

○来会する場合・・・10日の17時まで（10日が土日祝祭日の場合にはその前日）

○郵送の場合・・・10日必着（10日が土日祝祭日の場合にはその前日）

○伝送の場合・・・10日の24時まで（土日祝祭日は関係ありません）

となります。これに間に合わない場合には、翌月の1日から10日に提出願います。

2. 「給付管理票・請求明細書返戻（保留）一覧表」について

事由	内 容	備考
C	請求明細書に対する給付管理票と突合不一致のもの	保留

●特に多い問合せ内容

- ①ケアマネに確認したら給付管理票を提出したと言っているが・・・
- ②突合したら単位数が合っているが・・・
- ③保留ってなに？再提出するの？

●解説

- ①給付管理票が「返戻」になっているため、上限審査を行なうことができなかったことを示しています。さらに、「ケアマネは返戻になっていないと言っているが・・・」との問合せがありますが、「給付管理票・請求明細書返戻（保留）一覧表」の送付のタイミング（※）によってまだ居宅支援事業所等に返戻一覧表が届いていない場合があります。
- ②「請求明細書に対する給付管理票と突合不一致のもの」については、「給付管理票が返戻になっているか提出されていないことにより、上限審査を行なうことができないため、介護給付費の支払ができません」と読替えてください。
- ③「保留」については、サービス事業所から提出された介護給付費明細書には誤りはありませんが、居宅支援事業所等からの給付管理票が返戻になっているか提出されていないかによ

て上限審査を行なうことができなかつたため介護給付費の支払ができなかつたことを示しています。介護給付費明細書には誤りが無いため再度提出してもらうことは面倒なので、最初に提出した月から3ヶ月間は国保連合会に介護給付費明細書をストック（保存）しておきますので、その間に正しい給付管理票が提出されれば、ストックしてある介護給付費明細書を基に再度審査し、支払を行ないます。よって、備考欄に「保留」となっている間は再提出の必要はありません。

3. 給付管理票の提出方法「新規」「修正」の違いについて

介護給付費明細書とは違い給付管理票には、提出した給付管理票が決定（国保連合会で受理したこと）した後に、計画単位数を変更する場合などに給付管理票を差し替える処理として「修正」という提出方法があります。この「新規」と「修正」の違いについての問合せが多いため、以下のようにまとめました。

○「新規」で給付管理票を提出する場合

「新規」で給付管理票を提出する場合とは、給付管理票を国保連合会に初期登録するイメージです。よって、以下の場合には「新規」で給付管理票を提出します。

- ・初めて給付管理票を提出する場合
- ・提出した給付管理票に誤り（被保険者番号誤り、存在しない事業所番号の記載、生年月日性別誤りなど）があり国保連合会で受理できず「返戻」となったため、修正して正しい給付管理票を再提出する場合

○「修正」で給付管理票を提出する場合

「修正」で給付管理票を提出する場合とは、提出した給付管理票が決定（受理）された後に、計画単位数に誤りが発見された場合など、提出した給付管理票を正しい給付管理票に差し替える場合に使用します。

○給付管理票が「返戻」とならない場合

- ・支給限度額の範囲内で誤った計画単位数を記載
 - ・ありえる事業所番号（例えば、どちらも訪問介護事業所であるAとBを間違えた）を記載
- 以上の場合には、国保連合会では判断ができないため正しい給付管理票として国保連合会は決定（受理）します。この給付管理票を差し替える場合には、給付管理票の作成区分を「修正」で提出します。

○本来「新規」で給付管理票を提出するのを誤って「修正」で給付管理票を提出した場合

事由	内 容	備考
B	交換識別番号 : 対象となる給付管理票なし	N9

「請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表」にこのような記載があった場合には、本来「新規」で給付管理票を提出するのを誤って「修正」で給付管理票を提出しています。

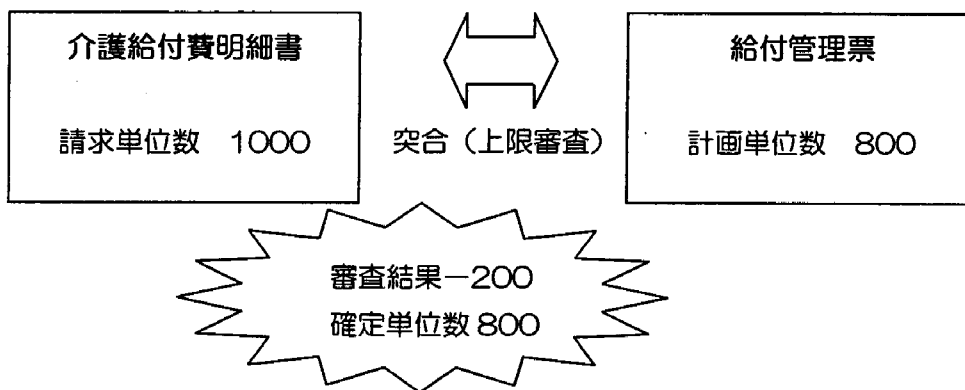
「対象となる給付管理票なし」とは「差し替える給付管理票がありません」と読替え、給

付管理票を「新規」で再提出する必要があります。

4. 「介護保険審査増減単位数通知書」について

増減単位数	事由	内 容
-200	B	給付管理票の実績を超えるもの
		確定単位数 (800) 請求単位数 (1000)

●解説



国保連合会では、給付管理票が正として介護給付費明細書の審査を行ないます。よって、給付管理票に記載されている計画単位数を超えた介護給付費明細書は査定（減点）されます。

○給付管理票が正しい場合

査定されるべきものであるので、特に処理の必要はありません。

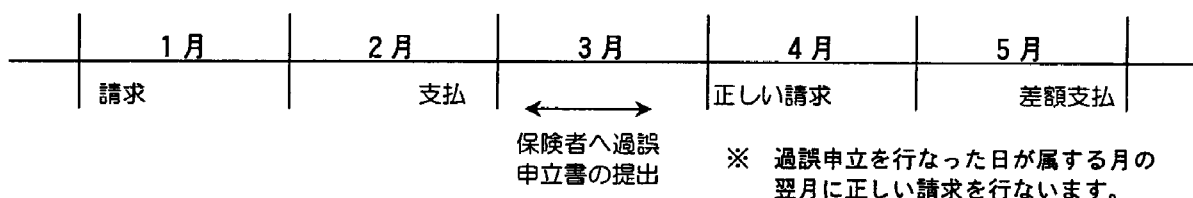
○介護給付費明細書が正しい場合

給付管理票の計画単位数が誤っているため、正しい給付管理票を再提出する必要があります。この場合、800 単位の給付管理票を 1000 単位の給付管理票に差し替えることとなりますので、給付管理票の作成区分は「修正」となります。

また、サービス事業所から提出された 1000 単位の介護給付費明細書は再提出する必要は無く（本来正しい請求であったため）、1000 単位の給付管理票が決定（受理）され次第、査定された 200 単位の支払を行ないます。

5. 「過誤」について

「過誤」とは、『誤って振り込まれた介護給付費を返還する』処理を言います。



5. 電子請求の推進について

(1) 電子請求のお願い

平成12年3月7日厚生省令第20号「介護給付費及び公費負担医療等に関する費用の請求に関する省令」第2条により介護給付費の請求については電子請求（FD、伝送等）にて審査支払機関へ提出することと定められています。

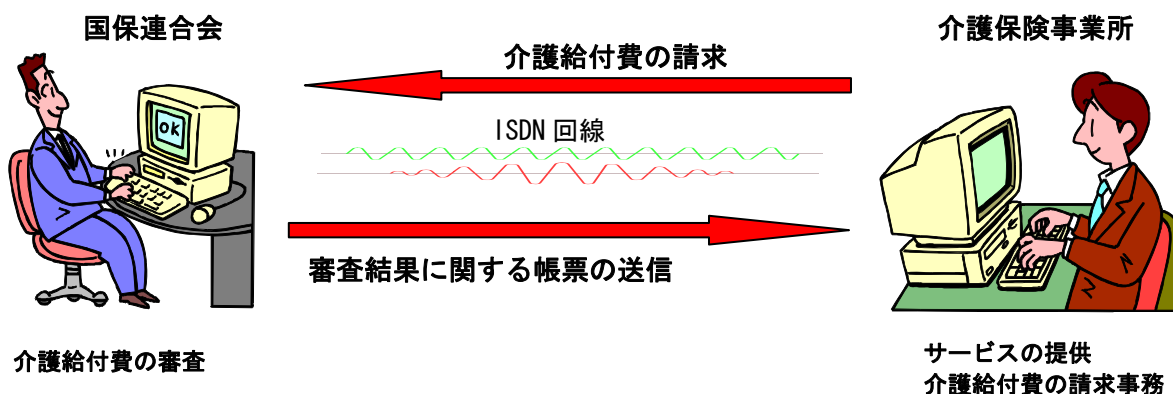
ただし、同省令附則第2条に、1種類のみサービスに係る請求を行なう場合又は、電子請求が特に困難な場合は当面の間、紙での請求が認められています。

(2) 伝送にて請求している事業所へ

国保連合会からの審査結果（返戻一覧表、決定通知書等）を伝送にて受信できることをご存知ですか？ 郵送にて審査結果を受けるより5日～6日早く内容を確認することができます。これを機にぜひ伝送での受信に切り替えてみませんか？

（伝送での受信方法、印刷方法はお使いの伝送ソフトのマニュアルに記載されています。）

※運用イメージ



メリット1

§ 迅速な通知書の送付

伝送による通知書の送信では、封筒詰等の事務処理が発生しないため、郵送による通知よりも5日～6日は早く通知書を確認することができます。そのことにより、返戻等になった明細書の確認、再請求事務を迅速に対応することもできます。

メリット2

§ セキュリティの強化

伝送による通知では、ISDN 回線を使用したユーザ ID、パスワードの認証及び接続先電話番号（事業所の電話番号）のチェックを行なっていますので、誤送信の可能性はありません。

メリット3

§ 通知書の保存

伝送による通知では、パソコンに情報が保存されていますので、通知書を紛失した場合においても再出力が可能となります（万が一、事業所側のパソコンのデータが紛失した場合に備えるため、印刷した帳票の保存を推奨します。）。

伝送による通知に関する届

平成 年 月 日

栃木県国民健康保険団体連合会

理事長 佐藤 栄一 様

開設者 住所

氏 名

印

下記の事業所について、審査結果等に関する通知の受け取りを、伝送により行います。

事業所番号	
事業所名称	(フリガナ)
所在地	(フリガナ)
	〒
電話番号	
FAX番号	
異動年月日	平成 年 月 受け取り分より

※注意

本届出を提出していただく前提条件として、伝送通信ができる環境が整っている必要があります。本届出は、事業所番号ごとに1枚ずつ提出してください。

異動年月日は、伝送による通知に変更する月を記入してください。

(例えば、平成18年4月受け取り分(帳票は平成18年3月審査分)から変更する場合は、平成18年4月と記入してください。)

伝送で受信をするためには、事業所側で「送受信」を行う必要があります。また、伝送による受信を届出た場合は、帳票の送付は行いませんのでご注意ください(伝送のみで通知します)。

(2) 「紙」で請求する際のお願い

「紙」で介護給付費明細書を提出する際には、介護給付費明細書の右上に様式番号をご記入下さいようお願いいたします。国保連合会ホームページには、右上に様式番号が記載された介護給付費明細書の様式が掲載されていますのでご活用ください。

様式第2

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護)

栃木県国民健康保険団体連合会ホームページアドレス
http://www.tochigi-kokuho.jp/

①

②

③

このページに介護給付費明細書のダウンロード画面がありますのでご活用ください。

介護給付費請求書・介護給付費請求明細書様式番号と対応サービス

様式番号	サービス種類	
様式第1	介護給付費請求書	
様式第2	介護	訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与
	地域密着	夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護
様式第2の2	予防	介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所介護・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与
	地域密着	介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護
様式第3	介護	短期入所生活介護
様式第3の2	予防	介護予防短期入所生活介護
様式第4	介護	短期入所療養介護（介護老人保健施設）
様式第4の2	予防	介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設）
様式第5	介護	短期入所療養介護（介護療養型医療施設等）
様式第5の2	予防	介護予防短期入所療養介護（介護療養型医療施設等）
様式第6	地域密着	認知症対応型共同生活介護
様式第6の2	地域密着	介護予防認知症対応型共同生活介護
様式第6の3	介護	特定施設入居者生活介護
	地域密着	地域密着型特定施設入居者生活介護
様式第6の4	予防	介護予防特定施設入居者生活介護
様式第6の5	地域密着	認知症対応型共同生活介護（短期利用型）
様式第6の6	地域密着	介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用型）
様式第7	介護	居宅介護支援
様式第7の2	予防	介護予防支援
様式第8	介護	介護老人福祉施設
	地域密着	地域密着型介護老人福祉施設
様式第9	介護	介護老人保健施設
様式第10	介護	介護療養型医療施設
様式第11	給付管理票	