

各都道府県介護保険担当課（室）

各保険者介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 老健局老人保健課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

平成21年4月改定関係Q&A（Vol.2）について

計18枚（本紙を除く）

Vol.79

平成21年4月17日

厚生労働省老健局計画課・振興課・老人保健課

【 貴関係機関等に速やかに送信いただきますよう、よろしくお願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線 3949/3971/3937）
FAX：03-3595-4010

平成21年4月改定関係Q & A

(V o l . 2)

※ 本Q & Aは、平成21年4月改定について、これまで質問があった事項を中心にまとめたものです。

【共通事項】

○ 口腔機能向上加算

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

（答）

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

○ 口腔機能維持管理加算

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

（答）

貴見の通り。

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

（答）

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

○ 栄養改善加算

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

（答）

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

○ 栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算

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

(答)

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

○ 経口維持加算

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

(答)

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

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

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

※ 本Q & Aの発出に伴い平成17年10月改定関係Q & A問82は削除する。

【参考】

平成17年10月改定関係Q & A

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

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

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

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

るのか。

(答)

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

※ 本 Q & A の発出に伴い平成 17 年 10 月改定関係 Q & A 問 83 は削除する。

【参考】

平成 17 年 10 月改定関係 Q & A

問 83 経口移行加算について、著しい摂食・嚥下機能障害を有し、誤嚥が認められるものについて、特別な管理が行われた場合には算定できるとのことだが、日数の制限等はないのか。また、どうなると算定できなくなるのか。

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

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

(答)

御指摘のような場合には算定できない。

※ 本Q & Aの発出に伴い平成17年10月改定関係Q & A問84は削除する。

【参考】

平成17年10月改定関係Q & A

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

答 御指摘のような場合には算定できない。

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

（答）

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

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

【参考】

平成17年10月改定関係Q & A【追補版】

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

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

○ 療養食加算

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

（答）

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

【訪問介護】

○ サービス提供責任者の配置基準

（問 1 1）非常勤のサービス提供責任者が、指定訪問介護事業所において勤務する時間以外に、他の事業所で勤務することは差し支えないか。

（答）

差し支えない。

例えば、所定労働時間が40時間と定められている指定訪問介護事業所において、30時間勤務することとされている非常勤の訪問介護員等を、（常勤換算0.75の）サービス提供責任者とする場合、当該30時間については、指定訪問介護事業所の職務に専ら従事する必要があるため、他の事業の職務に従事することはできないが、それ以外の時間について、他の事業（介護保険法における事業に限らない。）の職務に従事することは可能である。

○ 特定事業所加算

（問 1 2）特定事業所加算の人材要件のうちの訪問介護員等要件において、指定訪問介護事業所が障害者自立支援法における指定居宅介護等を併せて行っている場合の取扱いについて

（答）

人材要件のうち訪問介護員等要件における職員の割合の算出にあたっては、介護保険法におけるサービスに従事した時間により算出された常勤換算の結果を用いるものとする。したがって、障害者自立支援法における指定居宅介護等に従事した時間は含めない。

（問 1 3）次のような場合における特定事業所加算の取扱い及び届出に関する留意事項について

- ・ 特定事業所加算（Ⅰ）を算定している事業所が、人材要件のいずれか一方若しくは双方又は重度要介護者等対応要件を満たさなくなった場合
- ・ 特定事業所加算（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定していた場合に、一方の要件を満たさなくなったが、もう一方の要件を満たす場合

（答）

特定事業所加算については、月の15日以前に届出を行った場合には届出日の翌月から、16日以後に届出を行った場合には届出日の翌々月から算定

することとなる。この取扱いについては特定事業所加算（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定していた事業所が（Ⅰ）を算定しようとする場合の取扱いも同様である（届出は変更でよい）。

また、特定事業所加算を算定する事業所は、届出後も常に要件を満たしている必要があり、要件を満たさなくなった場合は、速やかに廃止の届出を行い、要件を満たさないことが明らかとなったその月から加算の算定はできない取扱いとなっている。

ただし、特定事業所加算（Ⅰ）を算定していた事業所であって、例えば重度要介護者等対応要件のみを満たさなくなる場合は、（Ⅰ）の廃止後（Ⅱ）を新規で届け出る必要はなく、（Ⅰ）から（Ⅱ）への変更の届出を行うことで足りるものとし、届出日と関わりなく、（Ⅰ）の算定ができなくなった月から（Ⅱ）の算定を可能であることとする（下図参照）。この場合、居宅介護支援事業者への周知や国保連合会のデータ処理期間の関係もあるため速やかに当該届出を行うこと。この取扱いについては、例えば（Ⅲ）を算定していた事業所が、重度要介護者等対応要件を満たさなくなったが、人材要件のいずれかを満たすことから、（Ⅲ）の算定ができなくなった月から（Ⅱ）を算定しようとする場合も同様とする。

特定事業所加算（Ⅰ）を取得していた事業所において、重度要介護者等要件が変動した場合

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
算定できる加算		(Ⅰ)	(Ⅰ)	(Ⅰ)	(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅱ)	(Ⅰ)	(Ⅰ)	
← 20%以上											
← 20%以上											
← 20%以上											
		← 20%未満				変更 Ⅰ→Ⅱ					
				← 20%以上			変更 Ⅱ→Ⅰ				
				← 20%以上							

} 重度要介護者等割合

- ① 7～9月の実績の平均が20%を下回るケース・・・10月は要件を満たさない。このため10月は（Ⅰ）の算定はできないため、速やかに（Ⅱ）への変更届を行う。
- ② ①の後、8～10月の実績の平均が20%を上回るケース・・・11月は（Ⅰ）の算定要件を満たした状態となるが、（Ⅰ）の算定開始日は届出後となるため、変更届を11月15日までに行えば、12月から（Ⅰ）の算定が可能となる。

○ 緊急時訪問介護加算

（問14）緊急時訪問介護加算の算定時に身体介護に引き続き生活援助を行った場合の報酬の算定について。

(答)

緊急時訪問介護加算は、居宅サービス計画において計画的に訪問することとなっていない身体介護中心型の指定訪問介護を、利用者の要請があつてから24時間以内に提供した場合に算定される加算である。この場合においても、基本単位やその他の加算の取扱いについては、居宅サービス計画に従つて提供される場合と同様である。

【訪問看護】

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

(答)

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

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

(答)

貴見のとおり。

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

(答)

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

【訪問リハビリテーション】

(問18) 一日のうちに連続して40分以上サービスを提供した場合、2回分として算定してもよいか。また、一日のうちに例えば80分以上サービスを提供した場合、週に一日の利用で短期集中リハビリテーション加算を算定できると考えてよいか。

(答)

ケアプラン上、一日のうちに連続して40分以上のサービス提供が、2回分のサービス提供であると位置付けられていれば、2回分のサービス提供として算定して差し支えない。

短期集中リハビリテーションにおいては、一日に40分以上のサービス提供を週に2日行った場合算定できることとしているため、ご質問のような算定は行うことができない。

(問19) 短期集中リハビリテーションの実施にあたって、利用者の状況を勘案し、一日に2回以上に分けて休憩を挟んでリハビリテーションを実施してもリハビリテーションの実施時間の合計が40分以上であれば、短期集中リハビリテーション実施加算を算定できるのか。

(答)

算定可能である。

【通所リハビリテーション】

(問20) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算については、「1週に2日を標準」とあるが、1週2日の実施計画が作成されている場合で、やむを得ない理由がある時は、週1日でも算定可能か。

(答)

集中的なリハビリテーションの提供を目的とした加算であることから、1週に2日実施する計画を作成することが必要である。ただし、当初、週に2日の計画を作成したにも関わらず、①やむを得ない理由によるもの（利用者の体調悪化で週に1日しか実施できない場合等）や、②自然災害・感染症の発生等により、事業所が一時的に休業する等のため、当初予定していたサービスの提供ができなくなった場合であれば、算定が認められる。

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

(答)

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

す事業所の医師が通所リハビリテーション計画の作成に参加し、同一の医師が、理学療法士等に指示を出す必要がある。ただし、算定要件を満たす医師については必ずしも常勤である必要はない。

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

(答)

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

(問23) 退院(所)日又は認定日から3ヶ月を超える期間に個別リハビリテーション実施加算の算定にあたって、個別リハの実施時間についての要件はないのか。

(答)

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

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

(答)

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

(問25) リハビリテーションマネジメント加算を算定しない場合は、個別リハビリテーションを一切実施しないこととして良いか。

(答)

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

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

(答)

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

(問27) 平成21年4月9日発出Q&A問4について、「リハビリテーションの提供に関わる医師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、看護職員又は介護職員等が協働して作成する通所リハビリテーション実施計画において、概ね週1回程度の通所であっても効果的なリハビリテーションの提供が可能であると判断された場合については、月8回以下の利用であっても、個別リハビリテーション実施加算の算定が可能である」とあるが、高次脳機能障害や先天性又は進行性の神経・筋疾患の利用者以外であっても、月1回の利用で個別リハビリテーション実施加算が算定できるということでしょうか。

(答)

平成21年4月9日発出Q&A問4の主旨は、身体所見や各種検査結果等から、多職種協働で作成された通所リハビリテーション実施計画において、週1回程度の通所であっても効果的なリハビリテーションの提供が可能であると判断された場合については、週1回程度の利用があった場合に、個別リハビリテーション実施加算の算定が可能である。

(問28) 通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算と退院(所)日又は認定日から3ヶ月を超える期間に算定する個別リハビリテーション実施加算について、複数事業所でサービスを提供するとき、どのように算定をすることが可能か。

(答)

通所リハビリテーションについては、原則として、一つの事業所でリハビリテーションが提供されることが想定される。ただし、事業所ごとの提供可能なサービスの種類によって、単一の事業所で利用者が必要とするリハビリテーションの全てを提供できない場合、複数の事業所で提供されることも可能である。例えば、脳血管疾患発症後であって、片麻痺と失語を認める利用

者に対し、A 事業所がリハビリテーションを提供することとなったが、A 事業所には言語聴覚士が配置されていないため、失語に対するリハビリテーションは B 事業所で提供されるというケースが考えられる。

その場合、リハビリテーションマネジメント加算と個別リハビリテーション実施加算の算定については、以下のようなパターンが考えられる。

- ① A 事業所で月 8 回以上（13 回以下）、B 事業所で月 8 回以上（13 回以下）利用していた場合
→ それぞれの事業所でリハビリテーションマネジメント加算が算定可能であり、個別リハビリテーションの実施状況に応じて、個別リハビリテーション実施加算が算定可能
- ② A 事業所で月 4 回（概ね週 1 回）、B 事業所で月 4 回（概ね週 1 回）利用していた場合
→ 身体所見や各種検査結果等から、多職種協働で作成された通所リハビリテーション実施計画において、週 1 回程度の通所であっても効果的なリハビリテーションの提供が可能であると判断された場合については、それぞれの事業所で個別リハビリテーション実施加算が算定可能
- ③ A 事業所で月 8 回以上（13 回以下）、B 事業所では月 4 回利用していた場合
→ A 事業所ではリハビリテーションマネジメント加算が算定可能であり、個別リハビリテーションの実施状況に応じて、個別リハビリテーション実施加算の算定も可能であるが、B 事業所では、身体所見や各種検査結果等から、多職種協働で作成された通所リハビリテーション実施計画において、週 1 回程度の通所であっても効果的なリハビリテーションの提供が可能であると判断された場合について個別リハビリテーション実施加算が算定可能

【居宅介護支援】

○ 退院・退所加算の情報提供書の取扱いについて

（問 29）退院・退所加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の標準様式例の情報提供書の取扱いを明確にされたい。また、情報提供については、誰が記入することを想定しているのか。

（答）

退院・退所加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の標準様式例の情報提供書については、介護支援専門員が病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員と面談を行い、適切なケアプランの作成に資するために、利用者に関する必要な情報の提供を得るために示したものである。

したがって、当該情報提供書については、上記の趣旨を踏まえ、介護支援専門員が記入することを前提としているが、当該利用者の必要な情報を把握している病院等の職員が記入することを妨げるものではない。

なお、当該情報提供書は標準様式例であることを再度申し添える。

○ 特定事業所加算

(問30) 特定事業所加算(Ⅰ)を算定している事業所が、算定要件のいずれかを満たさなくなった場合における特定事業所加算の取扱い及び届出に関する留意事項について。

(答)

特定事業所加算については、月の15日以前に届出を行った場合には届出日の翌月から、16日以降に届出を行った場合には届出日の翌々月から算定することとする。この取扱いについては特定事業所加算(Ⅱ)を算定していた事業所が(Ⅰ)を算定しようとする場合の取扱いも同様である(届出は変更でよい)。

また、特定事業所加算を算定する事業所は、届出後も常に要件を満たしている必要があり、要件を満たさなくなった場合は、速やかに廃止の届出を行い、要件を満たさないことが明らかとなった翌月から加算の算定はできない取扱いとなっている。

ただし、特定事業所加算(Ⅰ)を算定していた事業所であって、例えば、要介護3、要介護4又は要介護5の者の割合が50%以上であることの要件を満たさなくなる場合は、(Ⅰ)の廃止後(Ⅱ)を新規で届け出る必要はなく、(Ⅰ)から(Ⅱ)への変更の届出を行うことで足りるものとし、届出日と関係なく、(Ⅰ)の要件を満たせなくなったその月から(Ⅱ)の算定を可能であることとする(下図参照)。この場合、国保連合会のデータ処理期間等の関係もあるため速やかに当該届出を行うこと。

例：特定事業所加算(Ⅰ)を取得していた事業所において、8月中に算定要件が変動した場合

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
		(Ⅰ)	(Ⅰ)	(Ⅰ)→(Ⅱ)	(Ⅱ)	(Ⅱ)	(Ⅱ)	(Ⅱ)	(Ⅱ)	(Ⅱ)	(Ⅱ)

○ 8月の実績において(Ⅰ)の要件を満たせないケース・・・9月は要件を満たさない。このため9月は(Ⅰ)の算定はできないため、速やかに(Ⅱ)への変更届を行う。

【介護老人福祉施設（地域密着型を含む）、短期入所生活介護】

○ 日常生活継続支援加算

（問3 1）要介護4・5の入所者や認知症日常生活自立度Ⅲ以上の入所者の割合については、直近3月それぞれの末日における割合の平均を用いるとされているが、月末時点で入院中又は外泊中の入所者については、計算上どのように取り扱うべきか。

（答）

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

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

（問3 2）介護福祉士の配置の基準とする前年度の平均入所者数について、前年度半ばに介護老人福祉施設を新設した場合若しくは当該施設の定員数を増床・減床した場合においてどのように取り扱うのか。

（答）

留意事項通知第二の1（7）に準じて取り扱われたい。

○ 夜勤職員体制加算

（問3 3）本体施設が指定介護老人福祉施設以外であるショートステイ（短期入所生活介護）について、夜勤職員体制加算の基準を満たすかどうかについての計算方法はどのように行うのか。

（答）

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

○ 看取り介護加算

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

(答)

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

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

○ 短期入所生活介護一般

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

(答)

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

【介護老人保健施設】

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

(答)

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

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

(答)

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

【介護療養型医療施設】

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

(答)

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

【認知症関係】

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

(答)

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

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

(答)

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

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

(答)

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

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

(答)

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

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

(答)

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

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

※ 平成21年3月23日発出のVol.1においてお示しした別紙1について、修正事項がございますので、修正後のものを再度添付させていただきます。(修正は下線部。)

サービス名	基本部分・加算について	集団・個別	リハマネ加算の算定	単位	回数・時間	算定期間	備考
訪問リハビリテーション	基本サービス費	個別	—	1回につき20分以上のリハビリを行った場合 305単位/回	—	実施日	週6回まで算定可 リハビリテーションマネジメント加算が包括化
	短期集中リハビリテーション実施加算	個別	—	退院(所)日又は認定日から起算して 1月以内 340単位/日	1週に概ね2回以上 40分以上/回	実施日	利用者の自己都合(体調悪化)等やむを得ず算定要件が満たせなくなった場合でも算定可
		個別	—	退院(所)日又は認定日から起算して 1月超3月以内 200単位/日	1週に概ね2回以上 20分以上/回	実施日	利用者の自己都合(体調悪化)等やむを得ず算定要件が満たせなくなった場合でも算定可
通所リハビリテーション	リハビリテーションマネジメント加算	個別	—	月に 8回以上 通所リハビリを行った場合 230単位/月	—	月1回算定	<月8回以下であっても算定可能な場合> ・ 利用者の自己都合(体調悪化)等やむを得ず算定要件が満たせなくなった場合、自然災害・感染症の発生等により事業所が一時的に休業等する場合 ・ サービス利用初月であって、個別リハビリテーション・短期集中リハビリテーション・認知症短期集中リハビリテーションを行っている場合 ・ 短期入所療養介護事業所により個別リハビリテーションが提供される場合であって、通所リハビリテーション事業所におけるリハビリテーションの提供回数と短期入所療養介護事業所におけるリハビリテーションの提供回数の合計が月8回以上であり、かつ、事業所間で利用者についての情報が共有されて、一体としてリハビリテーションマネジメントが行われている場合
	短期集中リハビリテーション実施加算	個別	要	退院(所)日又は認定日から起算して 1月以内 280単位/日	1週に概ね2回以上 40分以上/回	実施日	利用者の自己都合(体調悪化)等やむを得ず算定要件が満たせなくなった場合でも算定可
		個別	要	退院(所)日又は認定日から起算して 1月超3月以内 140単位/日	1週に概ね2回以上 20分以上/回	実施日	通所リハビリテーション終了月であって8回未満の利用しかない場合、リハマネ加算は算定できないが、同実施加算は算定可 利用者の自己都合(体調悪化)等やむを得ず算定要件が満たせなくなった場合でも算定可
	個別リハビリテーション加算	個別	要	退院(所)日又は認定日から起算して 3月超 80単位/日	月13回限度	実施日	短時間(1~2時間)の通所リハビリテーション利用者は算定できない <リハビリテーションマネジメント加算を算定しない場合でも算定可能な場合> ・ 通所リハビリテーション終了月であって8回未満の利用しかない場合 ・ 「高次機能障害(失語症を含む)」「先天性又は進行性の神経・筋疾患(医師診療報酬点数表における難病疾患リハビリテーション科に規定する疾患)」については、1月に8回以下の通所であっても効果的なリハビリテーションの提供が可能と判断された場合 ・ 多職種が協働して作成する通所リハビリテーション実施計画において、概ね週1回程度の通所(概ね月4回程度)であっても効果的なリハビリテーションの提供が可能であると判断された場合
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	個別	要	退院(所)日又は 通所開始日 から起算して 3月以内 240単位/日	1週2回限度 20分以上/回	実施日	過去3月間に認知症短期集中リハビリテーション加算を算定していない場合に算定可 利用者の自己都合(体調悪化)等やむを得ず算定要件が満たせなくなった場合でも算定可 通所リハビリテーション終了月であって8回未満の利用しかない場合、リハマネ加算は算定できないが、同実施加算は算定可
短期入所療養介護(老健)	個別リハビリテーション加算	個別	—	240単位/日	20分以上/回	実施日	
短期入所療養介護(病院※、診療所)(特定診療費)	理学療法(Ⅰ) 理学療法(Ⅱ) 作業療法 言語聴覚療法	個別	—	理学療法(Ⅰ):123単位/回	1回20分以上	実施日	理学療法・作業療法・言語聴覚療法それぞれ1日3回まで または、理学療法、作業療法、言語聴覚療法の合計が1日4回まで
				理学療法(Ⅱ):73単位/回			
				作業療法:123単位/回			
				言語聴覚療法:203単位/回			
※療養病床を有する病院に限る	集団コミュニケーション療法	集団	—	50単位/回	1回20分以上 1日3回まで	実施日	
	摂食機能療法	個別	—	208単位/日	1回30分以上 1月4回まで	実施日	
介護老人保健施設	基本サービス費	—	—	—	週2回以上	入所期間	週2回以上の機能訓練を行うこと(集団リハビリテーションのみだけでなく、利用者の心身の状態を適切に備した上で、必要なリハビリテーションを提供すること) ※ リハビリテーションマネジメント加算が包括化
	短期集中リハビリテーション実施加算	個別	—	入所日から起算して 3月以内 240単位/日	1週に概ね3日以上 20分以上/回	実施日	利用者の自己都合(体調悪化)等やむを得ず算定要件が満たせなくなった場合でも算定可
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	個別	—	入所日から起算して 3月以内 240単位/日	1週3日限度 20分以上/回	実施日	過去3月間に認知症短期集中リハビリテーション加算を算定していない場合に算定可 利用者の自己都合(体調悪化)等やむを得ず算定要件が満たせなくなった場合でも算定可
介護療養施設(特定診療費)	理学療法(Ⅰ) 理学療法(Ⅱ) 作業療法 言語聴覚療法	個別	—	理学療法(Ⅰ):123単位/回	1回20分以上	実施日	理学療法・作業療法・言語聴覚療法それぞれ1日3回まで または、理学療法、作業療法、言語聴覚療法の合計が1日4回まで
				理学療法(Ⅱ):73単位/回			
				作業療法:123単位/回			
				言語聴覚療法:203単位/回			
	集団コミュニケーション療法	集団	—	50単位/回	1回20分以上 1日3回まで	実施日	
	摂食機能療法	個別	—	208単位/日	1回30分以上 1月4回まで	実施日	
短期集中リハビリテーション実施加算	個別	—	入院日から起算して 3月以内 240単位/日	1週に概ね3回以上 20分以上/回	実施日	利用者の自己都合(体調悪化)等やむを得ず算定要件が満たせなくなった場合でも算定可	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	個別	—	入院日から起算して 3月以内 240単位/日	1週3日限度 20分以上/回	実施日	過去3月間に当該リハビリを利用したことがない場合に算定可 利用者の自己都合(体調悪化)等やむを得ず算定要件が満たせなくなった場合でも算定可	