

介護保険報酬等の改正についての質問と回答（まとめ版）

*本文中の「解釈通知」は、介護保険グループホームページに掲載しています。なお、平成18年3月14日付17生福第3185号「介護報酬算定・指定基準の解釈通知に規定する内容等の送付について」で送付した解釈通知（案）は一部変更されました。

【1】訪問介護

通院介助関係

- 1 通院介助の算定において、アセスメントやサービス担当者会議において院内介助の必要性が明確にできれば、算定できるか。（認知症による徘徊がない場合でも、他の周辺症状のため見守りが必要と判断した場合等）

可能です。

- 2 要介護5の場合の通院介助について。家族が自家用車を運転し通院する場合で、見守り等の介助に訪問介護員を同乗させた場合、算定は可能か。（車中の見守りが必要、身体が大きく2人がかりでないと介助できない）

必要性がある場合には、算定は可能です。

生活援助関係

- 3 生活援助の「1時間以上 291単位」は、何時間までか。また、上限がある場合、それを超えた時間に対して、実費加算は可能か。

上限はなく、したがって実費負担は不可です。

- 4 生活援助に1時間以上の報酬体系がないのはどれだけの時間サービスをして1時間までで足切りと考えてよいか？

1時間以上は同じ報酬単位ということです。

- 5 生活援助を1時間でやめて、少し休憩してからまた1時間行うといった報酬請求は可能か？

認められません。

- 6 「生活援助の『1時間以上』に上限はなく、したがって実費徴収は不可」とあるが、別契約を受け、家政婦的サービスを提供することは可能か。

プラン上必要なサービス提供時間の他に、利用者の希望により介護保険以外のサービスを提供することは可能ですが、その場合、介護保険によるサービスと明確に区分

した上で、料金に不合理な差額を生じないようにすること等が必要です。その他詳細は運営基準を確認下さい。

- 7 「生活援助4」2時間希望の利用者に、介護保険1.5時間+有償サービス0.5時間併用で2時間の援助を提供することができるか。

従来の「生活援助4」は、平成18年4月以降は「生活援助3」となります。

設問の場合、プラン上どのような位置づけになっているでしょうか。4月以降生活援助の時間区分は、30分以上1時間未満と1時間以上の2つとなり、1時間以上の上限はありません。

- 8 要介護1（独居）の場合、（午前 生活2）の後、2時間あけて（午後 生活3）の利用は可能か。

プラン上必要なサービスとして位置づけられていることが必要で、その場合限度額の範囲内で利用可能です。

特定事業所加算関係

- 9 特定事業所加算について。

- ・体制要件の 研修とは1ヶ月に1度くらいでも良いか。

回数についての定めはありませんが、年間計画を策定する必要があります。詳しくは解釈通知を確認下さい。

- ・体制要件の にあるヘルパーの健康診断とはどれくらいで実施すればよいか。

少なくとも1年以内毎に1回以上の実施が必要で、詳細は労働安全衛生法を確認下さい。

- 10 特定事業者加算について加算は利用者すべてに加算されるものか？

そのとおりです。

- 11 特定事業所加算の算定要件である「5年以上の経験を有する介護福祉士」について、資格取得と5年の起算点との前後関係について縛りはあるか？

ありません。解釈通知を確認下さい。

- 12 特定事業所加算について。重度化対応要件について「算定日が属する前3月間における利用者の総数」とあるが、介護予防訪問介護の利用者は含まれるのか。

介護予防の利用者も含まれます。

介護予防関係

- 13 事業所の判断で、長時間利用の範囲を設定してもよいか。(例：2時間まで等)

できません。

- 14 介護予防訪問介護で、身体介護・生活援助が一本化されるということは分類しないということか。例えば日用品の買い出しにヘルパーが同行した場合、身体介護として扱ってきたが、今後は介護予防訪問介護費となるのか。

そのとおりです。

- 15 介護予防訪問介護として、新たに運営規定が必要か。

そのとおりです。

- 16 介護予防訪問介護事業所を複数利用した場合、算定はどうか。同じく介護予防通所介護の場合はどうか。

介護予防訪問介護においては、介護予防ケアマネジメントにおいて設定された利用者の目標の達成を図る観点から、一つの事業所において一月を通じてサービスが提供されることを想定しており、同一月に複数の事業所を利用することは想定されていません。(介護予防通所介護の場合も同様です。)

その他

- 17 利用者に、同居していない親族である訪問介護員を派遣することは可能か。

制度上は可能ですが、十分に考慮することが必要です。

- 18 今後、サービス提供責任者は現場でのヘルパー業務に従事できなくなると聞いたが本当か。(これまでは、ヘルパーに休みがでた場合、その代替えでヘルパー業務に従事することが多々あった。)

今までと変わりません。サービス提供責任者の責務が明確化されました。

- 19 いつ発作が起こるかわからず、1人でおけない利用者の場合で、現在のサービス提供は次のとおりだが、

午前 身体2生活2 10:00~12:00

午後 身体3生活1 14:40~16:30

夜 身体3生活1 20:00~22:00

これ以外に、午前と午後の間、午後と夜の間、有償サービスをいれてサービスを提供することは可能か。

プラン上必要なサービス提供時間の他に、利用者の希望により介護保険以外のサー

ビスを提供することは可能ですが、その場合、介護保険によるサービスと明確に区分した上で、料金に不合理な差額を生じないようにすること等が必要です。その他詳細は運営基準を確認下さい。

- 20 通院等乗降介助で要介護4・5で乗車又は降車のための介助が20～30分程度以上かかるときは身体介護中心の算定ができるが、要介護1・2・3についてはどうか。
算定できません。

【2】訪問入浴介護

- 1 介護予防入浴介護854単位とあるが、部分浴、清拭も同単位か。
70/100です。

【3】訪問看護

- 1 利用者の自立支援のためにリハビリ目的で訪問看護費7のみを位置づけることはできなくなるのか。
平成18年4月改訂関係Q&A(Vol.1)問3を参照下さい。

- 2 「看護師の訪問看護の回数以上にPT,OT,STがリハビリテーションを行うことは適切ではない」とあるが、理学療法士等の訪問看護のみである場合、算定できるのか。
可能です。詳細は平成18年4月改訂関係Q&A(Vol.1)問3を確認下さい。

- 3 「訪問看護計画において、理学療法士等の訪問が看護職による訪問の回数を上回るとは適切でない」とあるが、これは利用者毎にみるのか、事業所としてみるのか。
~~事業所全体でとらえます。~~

上記回答については、厚生労働省に確認した上で記載していましたが、再度確認したところ、「訪問看護計画において～」とは各個人ごとであるとの回答があったため、修正しました。(H19.8.13修正)

- 4 訪問リハビリテーションはリハビリマネジメント加算や、短期集中リハビリテーション加算など新設されているが、訪問看護7も同じようなサービスだが、加算がないのはなぜか？

理学療法士等による訪問看護は、看護業務の一環として行われるためです。詳細は解釈通知及び国のQ&Aを確認下さい。

- 5 訪問看護ステーションの人員配置基準に言語聴覚士を追加するとあるが、必置なのか。

言語聴覚士の資格は、訪看ステーションの看護師が今からとることができるのか。

言語聴覚士の配置は必置ではありません。言語聴覚士の資格取得については各自において確認下さい。

6 特別管理加算・緊急時訪問看護加算は現行のままでよいのか。

緊急時訪問看護加算については、一部変更があります。詳細は解釈通知を確認下さい。

7 緊急時訪問看護加算について、算定要件の見直しをわかりやすく解釈してほしい。

解釈通知を確認下さい。

8 緊急時訪問看護加算算定者で、特別な管理が必要な状態のものについて夜間帯の計画以外の訪問を行った場合に、早朝、夜間、深夜加算が算定できるとあるが、特別な管理が必要な状態とは、特別管理加算算定が条件なのか？

そのとおりです。詳細は解釈通知を確認下さい。

9 認知症対応型共同生活介護の医療連携体制加算について、訪問看護ステーション等の報酬はどのようになるのか？目安はあるか？

報酬についてはグループホームとの契約により決められるものであり、一律の基準はありません。

10 資料（全国介護保健担当課長ブロック会議（H18.2 実施））P.11 6 短期入所サービス（3）短期入所生活介護で在宅中重度加算創設の4～6行目に「なじみの訪問看護婦が～」とあるが、ショートステイ中に訪問看護を利用できるということか。その場合、サービス提供した訪問看護ステーションはどう算定したらいいか。

報酬は、ショート事業所と訪問看護事業所との契約によります。詳細は解釈通知を確認下さい。

11 通院が困難な利用者について、「ケアマネジメントの結果、訪問看護の提供が必要と判断～」とあるが、判断基準はあるのか。

現在のところ、明確な基準はありませんが、個々のケアマネジメントにおいて適切に判断してください

12 末期の悪性腫瘍の患者の取扱いについて。末期がんの患者はベッド等を介護保険で、訪問看護は医療保険で、ということか。

イメージとしては、そのとおりです。

13 短時間訪問について、具体的にはどんな場合が想定されるのか。特別管理加算・緊急時訪問看護加算ととっていない人でもいいのか。

短時間訪問では、夜間の痰の吸引や体位交換、定時に行う医療処置等が想定されます。また、設問にある加算をとっていない人も算定の対象となります。

14 「緊急時訪問看護加算を算定している者は、早朝・夜間・深夜の訪問看護に係る加算は算定できない」とあるが、新設された20分未満の基本単位285単位/回のコード表には単独での285単位の算定項目がなく、夜間・早朝の場合356単位、深夜の場合428単位とあるが、20分未満で訪問看護を行った場合は、基本単位に加算をして算定してもよいか。

20分未満は、早朝、夜間、深夜のみ算定可能であり、コード表にはあらかじめ早朝・夜間・深夜加算がされた単位が掲載されています。

15 20分未満の訪問の場合、計画にそったものでなければならぬと解釈してよいか？

そのとおりです。

計画外の臨時訪問で20分未満の場合は30分未満の請求としてよいか？

そのとおりです。

16 介護予防給付での訪問看護運営に関して、通常の運営規定・契約書・重要説明事項での書類利用でよいか。あらためて作成する必要があるか。

訪問介護と介護予防訪問介護は別のサービスですので、それぞれに作成する必要があります。

【4】訪問リハビリ

1 短期集中リハビリテーション実施加算について、退院（所）日に加え「認定日」が加えられたが、新規申請の日を意味するのか、区分変更等により要介護度が変更された日も含むのか。

認定日は新規認定日をいいます。要介護から要支援、または要支援から要介護に変更となった場合の取扱いについては、現在厚労省で検討中です。

【5】居宅療養管理費

1 「指定居宅介護支援事業者等に～情報提供を行った場合～」とあるが、「指定居宅介護支援事業者等」とはケアマネジャーをさすのか。

ケアマネジャー等をさします。

また、情報提供の方法は、ファクシミリでも可能か。

可能です。詳細は解釈通知を確認下さい。

2 どのような内容を情報提供してもらえるのか。往診等の内容を毎回報告してもらおうということか。

往診の状況を毎回報告してもらえるということではなく、内容等について解釈通知を確認下さい。

3 1回毎についての情報、提供がされるということか。担当者会議などでの情報提供がされればよいということか。どの程度をいうのか。

担当者会議での情報提供が基本で、算定は月2回までです。詳細については解釈通知を確認下さい。

4 居宅介護支援センター等への情報提供は毎月行わないと減算になるのか。

居宅療養管理指導費は一月に2回を限度として算定できますが、情報提供等を行わなかった場合は1回につき100単位減算となります。

【6】通所介護

基本報酬の算定関係

1 平成17年度の平均利用延べ人員が300人以下の場合、平成18年4月からは小規模事業所該当でよいのか。

設問の場合、小規模事業所に該当します。詳細については解釈通知を確認下さい。

2 前年度の利用延べ人数を12ヶ月で割って1ヶ月あたり300人以内であれば「小規模」でよいのか。それとも1ヶ月でも300人を越える場合には「大規模」になるのか。

前年度4月から2月までの実績を11月で除した年度平均の数で区分されます。その数が300人以内であれば「小規模」に該当します。詳細は解釈通知を確認下さい。

3 900名の平均人員の計算には、介護給付対象者のみか、予防給付対象者も含むのか。

一体的運営であれば、含みます。詳細は解釈通知を確認下さい。

4 900人以上の場合、90/100の算定とあるが、基本単位のみ適用で、加算分は通常単位で請求できるとしてよいのか。

はい。

18年度以降900人以下の平均であった場合は、通常の請求ができるのか。

19年度は通常規模に該当します。

5 平成17年2月のオープンで、年間を通しての月平均の利用者は300人を超えていないが、平成17年10月からは300人を超えている。この場合の利用料はどう設定

したらよいか。

前年度の実績（平成17年4月から平成18年2月）で算定下さい。

6 前年度の月平均利用者は、どのように算出するのでしょうか？

・平成18年度＝平成17年度利用者延人数（要支援含む）÷12

平成17年4月から平成18年2月までの利用延人数÷11

・平成19年度＝平成18年度利用者延人数（介護予防・地域密着含む）÷12

平成18年4月から平成19年2月までの利用延人数÷11

利用者延人数には一体的に運営している介護予防は含みますが、地域密着型サービスとなった認知症対応型通所介護は含みません。

7 通所介護の介護給付について、単独型・併設型の枠組みはないということか。

単独・併設ではなく規模別の報酬区分となります。

8 4月からの改正のイメージは以下のとおりでよいか。

・単独型・併設型 一元化し小規模型・通常規模型の新設

一元化し通所介護費

・通所介護費（一般型）・認知症専用通所介護費（認知症型） 一元化し通所介護費

認知症専用型通所介護費は、認知症専用型通所介護費事業として別になります。

介護予防関係

9 介護予防通所介護の報酬は1ヶ月単位の定額とあるが、利用回数に制限はあるのか。

何回利用でも報酬は定額でよいのか。

利用回数に制限はなく、定額です。

10 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受けている場合、利用定員の考え方は、定員を超えなければどのような割合でもよいか。

通所介護と介護予防通所介護が一体的に運営される場合、定員を超えなければその割合は不問です。

11 介護予防通所と通所介護で看護職員は兼務可能か。事業毎に1名以上必要か。

兼務可能です。

12 機能訓練指導員の配置基準について。

指定通所介護

指定介護予防通所介護

併設型指定認知症対応型通所介護

介護予防認知症対応型通所介護（併設型）

、 、 、 それぞれにおいて、機能訓練指導員は他の職務（看護職員）と兼務してもよいとされているが、 と 、 と の兼務についてはどうか。

兼務可能。ただし、2時間以上の従事がないと個別機能訓練加算が算定できない場合等あるので、留意が必要です。

また、 ~ 全ての業務についての配置基準を教えてください。

単位毎に専らサービスを提供する指導員を1以上確保すること。

13 介護予防通所介護と介護予防通所リハを、同一月に利用することは可能か。

基本的にはいずれか一方が選択され、両者が同時に提供されることは想定されていません。

14 介護予防通所介護について。

一般型30名、認知型10名の定員で通所介護を行っているが、介護予防の受け入れ人数に制限はあるか。また、利用回数の制限はあるか。

それぞれの定員の範囲内であれば受け入れは可能で、利用回数の制限はありません。

15 通所介護と介護予防通所介護における生活相談員と看護師の配置基準について。

同一の場所で一体的に運営される場合、通所介護と介護予防通所介護の兼務可能です。

（生活相談員はサービス提供時間帯を通じて専ら従事する必要があるため、看護職を兼ねることは一般的に不可能です。）

16 介護給付から予防給付に変更となり、利用回数が減少あるいは対象外となった利用者に、利用定員内で、介護保険外の独自の料金体系でサービスを提供することは可能か。

（宅老所的なもの、または生きがいデイてきなもの）

受け入れは可能ですが、同じサービス内容の場合は、介護保険による料金と不当な差額が生じないようにする必要があります。

17 介護予防通所介護計画作成にあたり、作成の内容の基準や書類様式は示されるのか。

介護予防事業に関する各研究班マニュアルを参照下さい。

（厚生労働省およびワムネットのホームページに掲載されています。）

18 介護予防事業について。契約書や重要事項説明書が必要なのか。 必要です。

内容について基準やモデルはあるのか。 **ありません。**

19 要支援者のサービス利用について。

- ・ 現在複数のデイサービスを利用している対象者について、月毎の利用単位となり同一月に複数の事業所を利用することはできなくなるのか。 **できません。**
- ・ 月ごとに事業所を変えることは可能か。

介護予防マネジメントにおいて設定された目標の達成を図る観点から、サービスの提供は一つの事業所で一月を通じて行われるとされています。同様に、サービス提供の結果を一定期間後に評価することも考慮すると、その間においては同一の事業所によりサービス提供されることが適切です。

- ・ 利用料の徴収については、その月第1回目の利用日に徴収してよいか。
よい。契約によります。
- ・ 健康上の利用等で1回のみ利用の場合についても同額でよいか。 **よい。**
- ・ 通所介護及び介護予防通所介護を当面同一事業所内で提供するが、予防介護利用者の利用時間について制限はないのか。
ありません。
- ・ サービス提供について職員の兼務は可能か。

一体的な運営であれば可能です。そうでない場合、サービス提供時間帯を通じて従事する者以外の兼務は可能です。

20 予防通所介護事業についての運営規程・契約書・重要事項説明書は、通所介護事業と一体で作成してよいか。(例:「指定通所介護及び指定予防通所介護～」と併記する)

別に作成する必要があります。

21 介護予防サービスプランにおいて、週2回の通所介護利用が計画されていた場合、利用者の希望で利用日を増やした場合、自由料金を設定して受け入れることはできるか。

受け入れは可能ですが、同じサービス内容の場合は、介護保険による料金と不当な差額が生じないようにする必要があります。

22 現在の要支援者は更新認定がくるまで「経過的要介護」に変わるのか。 **はい。**
利用者に渡す利用料金等の表現ではどちらをつかうことがいいのか。

経過的要介護です。

23 介護予防サービスは月単位の報酬となったが、月に1回でも毎日でも報酬額は同じと考えてよいか?

そうです。回数や時間については、適切なアセスメントにより作成された介護予防

サービス計画を踏まえ、事業者と利用者の契約により設定されます。

- 24 介護予防訪問介護費は利用頻度により（ ）～（ ）まで報酬体系が分かれるが、週1回程度とか週2回程度の「程度」の解釈を明らかにしてもらいたい。

解釈通知及び「介護予防サービスの実施上の留意事項について（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（平成18年10月18日実施）」を確認下さい。

- 25 介護予防サービス事業を開始するにあたって定款の変更は必要か？

原則必要となります。＊介護給付サービスの実施が記載されていれば定款を変更しなくとも問題ない場合もあります。詳しくは法人所轄庁に御確認ください。

- 26 介護予防通所介護で複数の事業所を利用した場合の請求はどうなるか。

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において設定された利用者の目標の達成を図る観点から、一つの事業所において一月を通じてサービスが提供されることを想定しており、同一月に複数の事業所を利用することは想定されていません。

- 27 介護予防事業について。業務日誌やケース記録などは別にするのか。分けて記載すれば同じ紙面でもよいか。予防通所から介護通所に変更となった場合、同一のケース記録ファイルにとじていいか。

日誌等については分けて記載すれば、同じ紙面でも差し支えありません。また、ケース記録も同一のファイルで管理することで差し支えありませんが、いつから介護なのか、予防なのか等の区別を明確にすることが必要です。

- 28 介護予防通所介護等の月額報酬によるサービスの場合、月途中からのサービスの開始または終了の場合の算定は、例えば月末の31日からのサービス開始や、1日でのサービス終了の場合であっても、月額で算定するのか。

そのとおりです。ただし、月末の31日からのサービス開始については利用者等との十分な検討が必要です。

- 29 定員25名の通所介護を実施しているが、予防通所介護を現在の設備、人員で同一のサービス時間内で運営できると解釈してよいか。

よい。

各種加算関係

(個別機能訓練加算)

30 B型、E型2単位のデイサービスで、今後一体的に介護予防を行い、又、介護給付に機能訓練加算をつける場合の機能訓練指導員(看護師兼務)は1人で兼務可能か。

同時時間帯での兼務は不可、時間を別にしての兼務は可能です。

31 機能訓練指導員の人員基準について、現行「1日120分以上、1名以上配置」で機能訓練加算が算定できると解釈してよいか。(H18.3.9付けFAXをうけ)

そのとおりです。

32 個別機能訓練加算について、個別の計画を作成していれば、サービスの提供は集団的に行ってもよいか。

よい。

サービスの提供時間にかかる基準はあるのか。

120分以上もっぱら機能訓練指導員として配置されている必要があります。詳細は解釈通知を確認下さい。

33 2人の常勤の看護師が機能訓練指導員として従事している場合で、1人が休みのため1人で機能訓練指導を担当した場合、加算は算定できるか。また、看護職員の人員基準は満たしているか。

120分以上機能訓練指導員として専ら従事すれば算定可能です。また、看護職員としても必要な時間従事できるのであれば可能です。

34 機能訓練加算について。あくまでも個別対応で行わなければならないのか。集団での体操やゲーム・制作等は対象になるか。

利用者毎に個別の計画作成が行われていることが必要で、サービスの提供についてはその計画に基づき、集団的に行われることも可能です。

35 個別機能訓練加算について。個別の機能訓練実施計画を作成し、これに基づきサービス提供を行っているが、ケアプランでその必要性がないと判断された場合は、加算が算定できないのか。

通所介護サービスでは、入浴や食事、日常生活の世話等、並びに機能訓練を行うこととされていますので、体制が整備されている事業所を利用する場合には、本人が同意をしない場合等を除いては、加算が算定されることとなります。

36 「通常+介護予防+認知症対応型」の通所介護を行う場合、機能訓練指導員の配置は、各2時間の合計6時間の配置が必要になるのか？

個別機能訓練加算を算定する場合には、通所介護と認知症対応型通所介護は各120分以上、介護予防通所介護については特に時間の定めはありません。また、通所介護と介護予防通所介護は一体的に運営することが可能ですが、それらと認知症対応型通所介護を一体的に運営することはできません。

(選択的サービス(運動器機能向上、口腔機能向上、栄養改善)加算)

37 予防通所介護の選択的サービスについて。運動器機能向上加算は看護職員が実施することでも算定できるか。

運動器機能向上サービスを提供している間、専ら機能訓練指導員として従事することで可能です。

38 運動器機能向上加算について、運動器機能向上に従事する看護職員等の配置は、特別養護老人ホームで機能訓練指導員として従事する看護師との兼務は可能か。

兼務は可能です。ただし、運動器機能向上に従事する時間帯は特養本体での職員の常勤換算からは控除する必要があります。

「経験のある介護職員」は、具体的にどのような経験が必要となるのか。

特に規定はありませんが、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が想定されています。

39 運動器の機能向上加算について。パワーリハビリのような運動機器を導入が必要なのか。それとも体力測定程度の器械でよいのか。

必ずしもパワーリハビリのような運動機器を導入する必要はありません。

40 通所介護と介護予防通所介護の運動器の機能訓練は、個別の計画に基づき、同一の場所で同一の時間に実施してよいか。

通所介護と一体的に運営されている介護予防通所介護であれば可能です。

41 運動器機能向上サービスを実施する場合、専ら機能訓練指導員の職務に従事する者として介護予防運動指導員でも可能か。

不可。介護予防運動指導員は運動器機能向上加算算定のための必須職種として規定されていません。

42 介護予防事業について。

- ・ 運動機能、口腔ケアサービスを行う場合、看護師または准看護師がサービス提供時

間内に1名配置されていればよいか。 よい。

- ・ 各サービスについて、設備基準はあるか。

加算算定のために上乗せで必要となる設備はありません。

- ・ 「運動器の機能向上」について。個別のメニューはケアプランに添った内容で事業所が作成するのか。基本的な共通するメニューが示されるのか。

個別計画はサービス事業所が作成します。解釈通知及び運動器の機能向上マニュアル（前出の介護予防事業に関する各研究班マニュアル）を確認・参照下さい。

- 43 口腔機能向上加算の算定にあたり、看護職の配置を予定しているが、兼務可能か。機能訓練指導員・看護職・口腔機能向上加算で配置すべき人員は何か。

兼務は可能です。詳細は解釈通知を参照下さい。

- 44 介護給付の口腔機能向上加算と栄養マネジメント加算について。1回の利用毎に100単位で月2回までという200単位の請求ができるということでしょうか。 はい。

原則3ヶ月とは何か。 3ヶ月毎に評価を行い、継続や終了を検討します。

- 45 口腔機能向上加算について。歯科衛生士等とあるが、他にはどのような職種で対応できるのか。看護師では可能か。

歯科衛生士の他に、言語聴覚士、看護職員が可能です。

- 46 介護給付における口腔機能向上加算について。

- ・ 1回100単位で月2回3ヶ月しか算定できないのか。

原則はそのとおりです。3ヶ月毎の評価の結果、継続の必要性が認められるものについては、引き続き算定が可能です。

- ・ 毎回実施した場合でも月2回となると、職員が歯磨き指導などした場合に加算となるのか。歯磨きについての計画・実施・評価を行う必要があるのか。

加算算定の対象者やサービス提供の手順等については、解釈通知を確認下さい。

- 47 口腔機能向上加算について。利用開始時の把握とはどの程度のものか（例：主治医の判断など）

アセスメントの内容等については、口腔機能の向上マニュアル（前出の介護予防事業に関する各研究班マニュアル）を参照下さい。なお、主治医の意見等についてはサービス担当者会議等で確認下さい。

- 48 口腔機能向上加算について。歯科衛生士を委託した場合算定できるか。

常勤または非常勤として、事業所との雇用契約が必要です。委託は不可。

49 口腔機能向上加算について。「口腔機能の機能低下している者またはおそれのある者」とあるが、その判断は何を根拠に誰が判断するのか。また、居宅サービス計画に位置づけなくとも、利用者の同意があればサービス事業所が実施することは可能か。

加算サービスについても、居宅サービスへの位置づけが必要です。ケアマネがアセスメントの結果や主治医意見書、健診の結果、基本チェックリスト、本人の希望等からプランの原案を作成し、サービス担当者会議等で医師の意見をふまえつつ、サービス位置づけます。

50 管理栄養士の配置基準について。同一建物内にある特別養護老人ホームの管理栄養士が、通所介護・介護予防通所介護・認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護の各事業所の兼務は認められるか。

兼務は可能ですが、適切な栄養ケアマネジメントやサービスの提供が実際に行えることが必要です。

51 栄養改善加算は、低栄養状態等の利用者のみ、口腔機能向上加算は、口腔機能が低下している利用者のみ加算されるものか？

そのとおりです。

52 栄養改善サービスの加算について。管理栄養士の常勤配置が必要か。給食外部委託業者の管理栄養士を連携を図り、計画作成、指導してもらい、看護職員、介護職員が実施した場合算定できるか。

平成18年4月改定関係Q&A (Vol.1) 問32を参照下さい。

53 栄養マネジメント加算について。

- ・ 管理栄養士の配置が1名以上とあるが、併設施設で常勤専従1名の配置がある場合、兼務辞令で足りるか。また、特養やショートでの栄養ケアマネジメント体制に影響はないか。

平成18年4月改定訂関係Q&A (Vol.1) 問31を参照下さい。

- ・ 計画の作成、記録等の指定の書式はあるか。

栄養改善マニュアル(介護予防事業に関する各研究班マニュアル)等を参照下さい。

54 予防通所系サービスの「選択的サービス」の中で、「栄養改善」及び「口腔機能向上」のサービスに必要な人員配置で、管理栄養士や言語聴覚士等の配置は、どのような勤務形態もしくは勤務時間であればよいか。

常勤・非常勤いずれでも可能ですが、実際にサービス提供が行える配置が必要です。

- 55 要介護者が複数の通所介護事業所を利用している場合に、同一の選択サービス（例：栄養改善）をそれぞれの事業所で加算することは可能か。

指導の一貫性を確保するためにも、選択サービスを提供する事業所はケアマネジメントにより一つの事業所とすべきです。平成18年4月改定関係Q & A (vol.4)の問1を御確認ください

（アクティビティ実施加算）

- 56 介護予防のアクティビティ実施加算について。運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上のいずれかを選択実施した場合は、アクティビティ加算はできないことでしょうか。

選択サービスに係る加算の届出を行っている場合には、アクティビティ加算は算定できません。

- 57 介護予防サービスの選択的サービスを行った場合、アクティビティ加算は算定できないとあるが、「運動器の機能向上」を実施している人が体調が思わしくないためにアクティビティを行いたい場合の切り替えはできるか。

選択サービスに係る加算の届出を行っている場合には、アクティビティ加算は算定できないので、御質問のような切り替えはできません。

- 58 アクティビティ実施加算を算定するにあたって、「アクティビティ」の定義について、「共通的服务」との違いは？

共通的服务とは日常生活上の支援、生活行為を向上させる支援サービスをいい、アクティビティは集団的に行われるレクリエーション、創作活動等の機能訓練をいいます。

- 59 介護予防通所介護のアクティビティ加算について。

- ・ 内容・場所・時間が既存の通所介護と同じ場合、算定できるか。

アクティビティは、集団的に行われるレクリエーション、創作活動等の機能訓練です。

- ・ アクティビティ加算を算定するのにどのような書類が必要か。

加算の届け出に関して、手続きはありません。選択サービスの加算の届け出がある事業所においては、アクティビティの加算は算定できません。

（その他の加算）

60 若年性認知症ケア加算について。若年性認知症とは何歳からが対象か。

40才以上。

61 若年性認知症ケア加算について。一般の利用者と区分してサービスを提供するとあるが、機能訓練室兼食堂の一部を区切って仕切ればよいか。また、それに対する職員の配置用の基準等はあるか。

「サービス提供を一般の利用者と区分し行うこと」で足り、構造的に仕切る必要はありません。職員の配置基準については、解釈通知を確認下さい。

62 事業所評価加算の選択的サービスは、「運動器機能向上 + (栄養改善又は口腔機能向上)」という解釈でよいか？

3つのサービスのうちのいずれかということです。

63 介護予防通所系サービスの事業所評価加算はいつから算定できるのか？

平成19年4月からとなります。

評価期間は原則として1月1日から12月31日までで、評価対象期間の翌年度の算定となります。(ただし、届け出た初年においては、当該届け出をした日から同年12月31日までに期間となります。)

手続等の詳細については介護制度改革 INFORMATIONvol.128 を御覧ください。

その他

64 送迎実施区域外の交通費は請求できるか。

はい。

65 送迎加算を基本単価に包括するとなったが、送迎加算の報酬算定基礎としてこれまで備えていた送迎日誌は不要となるのか？

送迎の記録として、必要です。

66 4月から送迎料金が利用料が包括されることについて、次の場合、返金や減額となるのか。

- ・ 家族送迎の場合(家族の希望による) なりません。
- ・ 介護タクシーを利用の場合(送迎の範囲内ではあるが、家族の希望による)

介護保険(訪問介護)サービスの利用は原則不可。

67 送迎が基本単価に包括され、必要のない利用者以外の送迎は事業所で行うことが基本であるが、家族の意向で福祉タクシーを利用したい場合、受け入れは可能か。

- ・ 家族が見守りで送迎したい場合 **受け入れ可能です。**
- ・ これまでは事業所の人員等の関係で利用者の希望する曜日・時間に送迎できない場合、了解を得て断っていたが、福祉タクシーを利用してでも希望の曜日に通所したいと申し出があった場合。

受け入れは可能ですが、通所の送迎に介護保険（訪問介護）サービスの利用は原則できません。

- 68 併設通所介護（一般型15名）認知症併設型通所介護（10名）の2単位で運営しているが、4月からは認知症型の介護費は、認知症対応型通所介護費で算定するのか。

認知症対応型通所介護費（ ）で算定します。

また、補助事業で整備した場合、一般型・認知症型を一本化し通常規模型として運営することは可能か。

できません。補助金の目的外利用となります。

- 69 認知症専用単独型通所介護を行っているが、4月以降は自動的に地域密着型認知症対応型通所介護に移行となるのか。 **そのとおりです。**

- 70 一般型と認知症型を併設している場合、通所介護費は「併設型」の区分となるのか？
規模別の区分のみとなります。

- 71 認知症対応型通所介護（施設併設）の人員基準について。利用定員12名に対して、介護又は看護職員2以上の配置とあるが、改正前の利用定員10名以下の場合、介護又は看護職員1以上の基準は改正後も有効か。（実利用者1名の場合でも、介護又は看護職員を2以上配置しなければならないのか。）

今までの認知症専用型の場合は、10人以下の定員の場合の1名にもう1名追加して合計2名でしたので、特に変更はないと考えます。（報酬上の1名を人員基準に入れたものです。）なお、認知症対応型通所介護の人員基準上、利用定員10人以下の場合の規程はありません。

- 72 認知症対応型通所介護並びに介護予防認知症対応型通所介護について、指定申請の届出先が市町村になるが、届出の様式も変わるのか。

様式変更となりますが、詳細につきましては各市町村にお問い合わせ下さい。

- 73 経過的要介護者について。現在要介護1の利用者は4月1日以降各認定期限まで全て経過的要介護でよいか。 **いいえ、「要介護1」です。**

要支援者についても同様の考え方でよいか。 「経過的要介護」です。

74 療養通所介護について。難病等の方へのサービス提供とあるが、従来の通所介護では難病等の方へのサービス提供はできなくなるのか。従来の通所介護事業所が基準を満たしているときは指定を受けるのか。

そうではありません。常時看護師による観察を必要とする医療ニーズを併せ持つ場合を想定しており、病名により区分するものではありません。人員の基準等異なりますので、施設基準を確認下さい。

75 要介護者なのか、要支援者なのか認定の結果がギリギリまで出ない利用者をどのように受け入れていけばいいのか。ケアマネ・包括からのプランによる指示で、サービスを提供していけばいいのか。

平成18年4月改訂関係Q&A(Vol.2)問52を御参照下さい。

76 減算規定が月平均とされたことについて。前月に一度でも定員超過、または人員欠如がある場合でも同じ扱いとなるのか。例えば15人定員の通所介護で1日だけ介護員が不在であった場合、定員は月平均で15人以内の場合でも減算となるのか。また看護師の場合はどうか。

人員欠如は減算対象の職員が月のうち1日でも不在であれば直ちに減算というものではありませんが、人員基準を満たしていない状態でのサービス提供ですから、そのような状態が恒常的に続くようであれば指導等の対象となる場合があります。

なお、減算の取り扱いは平成18年4月改定関係Q&A(vol.5)問1及び福島県版Q&Aその13を御確認ください。

【7】通所リハビリ

各種加算関係

(選択的サービス(運動器機能向上、口腔機能向上、栄養改善)加算)

1 介護予防通所リハビリの運動機能向上加算について

- ・ 月1回でも実施すれば加算できるのか。回数の上限・下限はあるのか。

月額加算のため月1回の実施でも算定可能です。また回数の制限はありません。

- ・ PT以外に看護職員が実施しても加算できるか。また、准看護師でも可能か。

可能です。

2 口腔機能向上加算について。

- ・ 指導計画表及び評価の書式モデルはあるのか。

口腔機能の向上マニュアル(前出の介護予防事業に関する各研究班マニュアル)を参照下さい。

- ・ 3ヶ月後の評価でサービスがまだ必要と判断するのは医師・歯科医師か。
サービス担当者会議等で判断します。解釈通知を確認下さい。
 - ・ 継続加算は最長どれくらいの期間まで算定できるのか。
特に定めはありません。サービス担当者会議等を通じて認められる場合に、引き続き算定することができます。
- 3 口腔機能向上加算について
- ・ 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置の意味は、常勤を意味するのか。非常勤勤務が可能とすれば、配置基準は、現行法どおり、20人以下1単位で0.2以上の確保でいいのか。
常勤・非常勤は不問です。
 - ・ 月1回でも実施すれば加算できるのか。回数の上限・下限はあるのか。
月額加算のため月1回の実施でも算定可能です。また回数の制限はありません
 - ・ 看護職員を配置する事が基準になっているが、准看護師でも良いか。また、専従常勤でなければならないか。
看護職員には准看護師も含まれます。また、非常勤及び兼務でも可能です。
- 4 口腔機能加算について。
- ・ 指導計画表及び評価の書式モデルはあるか。
口腔機能の向上マニュアル（介護予防事業に関する各研究班マニュアル）等を参照下さい。
 - ・ 3ヶ月後に評価してサービスがまだ必要だと判断するのは、医師・歯科医師か。
サービス担当者会議等を通じて判断します。
- 5 口腔機能向上加算の算定には、歯科衛生士は必置か。看護職員だけではだめか。
言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員1名以上の配置とされており、歯科衛生士は必置ではありません。
- 6 本人や家族から依頼があり口腔機能向上を目的としたケアを提供した場合、加算の算定は原則月2回までとあるが、算定する利用日を事前に確定しない場合、事前に全利用予定日に口腔機能向上加算を提供票上に算定し実際にケアを提供した日を実績で報告してもよいか、その都度差し替えを依頼するのか、実績報告のみでいいのか。
まず、サービスの提供は本人等からの依頼のみで実施するものではなく、プラン上に位置づけられている必要があります。また、サービス提供については、サービス担当者会議等においてその回数や日程等も検討・調整され、計画に位置づけられるもの

と考えます。なお、利用者の状況やサービス事業者による二次アセスメントの結果、実施日に変更になることはあり得ますので、その場合には所定の連絡等が必要です。2回以上の加算サービスが計画される場合には、2回目までに加算を算定することとして差し支えありません。

- 7 栄養マネジメントを行う場合「管理栄養士1名以上配置」とあるが、療養棟または老健施設と兼務でいいか。 **よい。**

(リハビリテーション関係加算)

- 8 リハビリテーションマネジメント加算について

- ・ リハビリテーションマネジメント加算20単位の「定期的に評価」とは、個別リハビリテーションについて3か月に1回程度か、毎月なのか。

2週間以内及び概ね3ヶ月ごとに評価を行うこととされています。詳細は解釈通知を御確認下さい。

- ・ 居宅サービス事業所の従業者に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達とあるが、どの程度の頻度で提供するのか。毎月か。数か月単位か。

リハビリテーションカンファレンスの結果、必要時に情報提供を行います。解釈通知を御確認下さい。

- 9 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加算を算定する場合、(定員20名の場合)現行通りハの「PT,OT又はSTが常勤換算0.2以上の人員基準」でいいか。

標記加算を算定するに当たって上乗せで必要となる人員はありません。

- 10 リハビリテーションマネジメント加算について。基準としてケアマネを通して他事業所に情報の伝達を行うとあるが、情報の伝達を行った日のみ加算されるのか。または、リハ実施計画書を作成している利用者であれば定期的、時々情報の伝達があれば、毎回でなくても加算できるのか。

定期的、時々ではなく「必要と判断された」場合に伝達します。加算は伝達の日のみということではありません。

- 11 リハビリテーションマネジメント加算について。

- ・ OTの退職により、平成18年4月のみ常勤換算で0.2以下となるが算定できるか。

不可です。

- ・ 常勤のPT,OTが勤務しない日があった場合、算定できるか。(医師は提供時間を通じて別フロアの診療所と兼務している。)

PT,OT が不在の日でも、計画に沿ってサービスが提供されているのであれば、算定可能です。

- ・ サービスにあたるのはOT,PT 以外でもいいか。

可能です。ただし、算定期間（月）中には必ずOTやPTらによる個別リハの提供が必要です。

- 12 リハビリテーションマネジメント加算と短期集中リハ加算 1, 2, 3 が設定されているが、退院（所）又は認定日から 3 ヶ月超えれば何年経過しても加算 3 で計画を立ててよいか。それとも短期集中ということはある程度在宅での生活が可能になれば、短期間で終了させる内容のものか。従来個別リハ 1, 2 を利用している人の取扱いはどうしたらいいか。

リハビリテーションマネジメントにおいて必要と判断できれば算定可能ですが、基本的には短期間で終了するものと考えます。従来リハビリテーション加算はなくなり、リハビリテーションマネジメント加算、短期集中リハビリテーション加算となります。

- 13 リハビリテーションマネジメント加算について。個別リハを実施しない場合でも計画書などをしっかり作るなど他の要件を満たしていれば、算定可能か。

不可。集団的リハビリのみでは加算の対象とはなりません。

また、事業所として全員に算定してもよいか。要件を満たしていれば可能です。

- 14 リハビリテーションマネジメント加算について。

- ・ 老人保健施設と通所リハビリでの回数、時間はどうか。

老人保健施設の場合は週 2 回各 20 分以上、通所リハでは特に規定はありません。

- ・ 「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～情報伝達や連携～」とあるが、必要時のみでよいか、または定期的に行う必要があるのか。

必要時に行います。

- ・ 「事務処理手順及び様式例の提示について」のフローチャートで、サービスの提供前と終了時に「診療情報提供書」と「ケアマネジメント連絡用紙」のやりとりが必要とあるが、これは毎回実施する必要があるのか。

ここでいう毎回とは例えば週 2 回のサービス提供の都度行うということではなく、サービスの利用開始時に必要な情報を収集し、終了後は必要な情報を提供するということです。施設においては入退院（所）通所においてはサービス利用の前後を想定しています。

- 15 リハビリテーションマネジメント加算について。20 分未満の短期集中リハを実施し

た場合、マネジメント加算のみ算定できるか（実施計画があることを前提として）

短期集中リハは起算日より3ヶ月以内の場合は概ね週2回以上各40分以上、3ヶ月超の期間は20分以上のリハビリの提供が必要で、設問の場合20分未満ですから短期集中リハには該当せずその加算は算定できません。なお、短期集中リハ加算は、リハビリテーションマネジメント加算の算定を前提としていますので、20分未満の個別リハの提供においては短期集中リハ加算は算定できませんが、リハビリテーションマネジメント加算は算定可能です。

16 リハビリテーションマネジメント加算の実施計画書、定期的な状況記録書、機能の定期的評価表等の書式・様式を示してほしい。

介護制度改革インフォメーション Vol.81 を参照下さい（介護保険グループ HP に掲載しています）。

17 短期集中リハビリテーション実施加算について。重度の利用者や難病の利用者に対して、継続的な個別リハを実施する必要性がある場合は、「3ヶ月超 80単位」という形で継続して個別リハを行うことが可能か。または「短期集中」ということで実施不可か。

短期集中とは3ヶ月以内をさしますが、「3ヶ月超 80単位」とは、その短期集中リハを行う時期をさし、退院・退所日または認定日から起算して3月を超えて行われる場合をいいます。

18 短期集中リハビリテーション実施加算について3ヶ月を超えても算定可能か。

退所日又は認定日から3ヶ月を超える期間に行われた場合80単位算定可能です。

19 短期集中リハビリテーション実施加算について。老人保健施設における短期集中リハ加算は1単位20分以上連日加算可能となっているが、通所リハ単体の施設の場合、退院後3ヶ月を超えた利用者に、個別リハとして1日何分実施すれば加算できるか、また加算できる日数の限度はあるか。

1日20分以上（3ヶ月以内は1日40分以上）詳細は 解釈通知を確認下さい。

20 現在PTが行っているリハビリは1日20分以上18回までとなっているが、「短期集中リハビリテーション加算」も同様でいいか。

退院（所）日または認定日から起算して1ヶ月以内及び1ヶ月超3ヶ月以内に行われる場合は40分以上、3ヶ月を超える期間については20分以上のリハビリが必要で
す。詳細は解釈通知等を確認下さい。

21 短期集中リハビリテーション実施加算について。

「概ね1週間に2日以上実施する」とあるが、週1回の利用の方に短期集中リハは実施できないのか。

3月以内の短期集中リハ加算の算定にあたっては、週に1日しか実施できない週があったとしても、平均で週2日以上行う必要があります。

なお、詳細は平成18年4月制度改定Q&A(vol.3)問9を御確認ください。

22 短期集中リハビリテーション実施加算について。週1回の利用者は概ね週2回のサービス提供が必要な「3ヶ月以内」の算定はできないが、「3ヶ月超80単位」は算定できるか。

算定可能です。3ヶ月超の期間であって、算定要件に適合すれば算定可能です。平成18年4月改定関係Q&A(Vol.3)問10を御確認ください。

23 短期集中リハビリ加算について。

- ・ 起算日より3ヶ月以内、週1回の利用であっても、40分以上のリハビリを実施すれば算定可能か。

算定できません。

- ・ 週3回の短期集中リハビリを、A事業所2回、B事業所1回で利用した場合には、A事業所のみ算定でき、B事業所は算定できないのか。

要件を満たして実施している事業所においては算定可能です。なお、適切なケアマネジメントを経てサービスの利用が計画されるため、複数の事業所を利用して短期集中リハが計画されることは想定しにくいのですが、その場合には同じ対象者に同時期・同サービスが提供されることとなるので、リハビリテーションマネジメントの一連の流れにおいて、リハ事業所間及びケアマネとの間で十分な連携を図り、効果的なりハを提供していく必要があります。

- ・ 週1回の利用でも20分以上のリハビリを実施した場合には、退院等から3ヶ月以内の期間でも、「3ヶ月超80単位」を算定してよいか。

算定できません。

24 短期集中リハについて。起算日が認定日または退院(所)日とされているが、検査入院や1泊入院の場合でも、退院日が起算日となるのか。

退院日が起算日となるのは、退院時の状況で短期集中リハの必要性があり、「リハを必要とする状態の原因となった疾患等の治療のための入院(所)からの退院(所)」である場合です。単に退院をとらえて起算日とするものではありません。

(その他の加算)

25 若年性認知症ケア加算について。対象者は誰か。

40歳以上65才未満の認知症の方が対象です。

26 若年性認知症ケアの具体的な内容は何か。

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が必要です。

27 若年生認知症ケア加算について。「若年性認知症利用者のみにより構成される単位～」となっているが、現在通所リハ1単位20名の場合、若年生認知症ケア加算を算定するには、現在の1単位の中での取扱いが可能か、別に職員を配置し別単位(2単位)にしなければならないのか。

現在の1単位の中で取扱い可能です。解釈を参照下さい。

介護予防関係

28 介護予防通所リハの実施に要する時間について、介護予防通所リハの実施に要する「時間」は、どの程度か。昼食の必要はあるか。

時間の規定はありません。昼食については、事業所において判断下さい。

29 現在、老健施設において定員10名、従事者2名で通所リハを運営している。

- ・ 新たに定員5名程度で介護予防通所リハを実施する場合、従事者の追加は必要か。

通所リハと介護予防通所リハが一体的に運営される場合(1単位のみで定員合計15名の場合) 増員の必要はありません。単位をふやす場合は増員が必要です。

- ・ 通所リハの定員を増員する場合の手続きは何か。

運営規定等の変更が必要となるため「変更届」の提出が必要です。

* 定員を増やす場合は、通所リハスペースの基準面積も増えることに注意。

30 他の介護予防通所リハビリテーション事業所において費用を算定している場合については、別の介護予防通所リハビリテーション費は算定しないとあるが、複数の事業所を利用する場合にはどちらの事業所において算定するのか。その基準はあるのか。

介護予防通所リハビリにおいては、介護予防ケアマネジメントにおいて設定された利用者の目標の達成を図る観点から、一つの事業所において一月を通じてサービスが提供されることを想定しており、同一月に複数の事業所を利用することは想定されていません。

31 通所リハと介護予防通所リハの一体的運営について。

通所リハの人員・設備基準を満たしていればその中で通所リハと介護予防通所リハ

を同じ時間帯に実施できるか。 **可能です。**

が可能な場合、通所りハ定員14名であれば、通所りハ10名、予防通所りハ4名としてよいか。 **よい。14名の範囲内であればどのような割り振りでも可能。**

32 介護予防通所りハを週1回月4回程度参加予定であったが、月に1回しか参加できなかった場合、運動器機能向上加算は算定できるか。 **可能。**

33 3月まで通所りハを利用していた方が、4月から要支援となった場合、新たに介護予防通所りハピリの契約締結が必要か。 **そのとおりです。**

また、居宅介護支援事業でも介護予防となった方との契約はその都度必要か。

介護予防支援事業に関する契約は、地域包括支援センターと行うこととなります。

その他

34 家族の都合で、事業者が送迎しない場合はどうなるか。

利用者等の希望がなく送迎しない場合、特に減算等ありません。

35 通所りハピリ（介護予防も含む）の送迎日誌は今後も必要か。 **必要です。**

【8】短期入所生活介護

1 夜間看護体制加算の要件について。

「常勤の看護師～」の看護師とは資格要件と解釈し、准看護師は含まれないということによいか。

よい。准看護師は含まれません。ただし平成20年3月末まで准看護師でも加算可能とする経過措置が設けられています。

「常勤の看護師を1名以上配置」とは、365日毎日看護師を配置するということが、1名の配置で労働基準法上の公休を与えた残りの勤務日で要件は認められるのか。

事業所における常勤の従事者が勤務すべき時間数(通常の勤務体制)によります。

24時間連絡体制を確保する場合で、「看護職員」とあるが、これは特養本体の看護職員が健康上の管理を行うことも認められるか。あるいは短期入所生活介護に配置された1名以上の看護師が行わなければならないのか。

特養本体の看護職員がショート兼務の場合可能です。

2 在宅中重度者受け入れ加算について。訪問看護事業所が短期入所サービスとして健康上の管理等を行わせた場合に算定できるとあるが、どういうことか。

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、短期入所サ

ービスを利用する場合に、短期入所事業者がその利用者が利用していた訪問看護事業者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おこなった場合のことです。詳細は解釈通知を御確認下さい。

3 以下は、体制加算か、実績加算か。

- ・ 機能訓練加算 ショートの場合は体制加算（本体施設の場合は体制＋実施）
- ・ 身体拘束廃止未実施減算 施設全体への減算
- ・ 在宅復帰支援機能加算 過去の実績に基づく全体への加算
- ・ 在宅・入所相互利用加算 利用者への実績加算

4 緊急短期入所ネットワーク加算について、他の短期入所生活介護事業所との連携は、同一敷地内の同一法人が運営する短期入所生活介護事業所でもよいか？

かまいません。ただし、同一法人のみの事業所との連携の場合は、加算の対象とはなりません。

また、「短期入所療養介護」は対象外か？

対象に含みます。

5 緊急短期入所ネットワーク加算は、介護者の介護を受けることのできない利用者のみ算定するのか？利用者全員に算定するのか？

介護者の介護を受けることのできない利用者が対象となります。

6 在宅中重度加算について、訪問看護サービスの利用者しか対象にならないのか？

そのとおりです。

また、看護師の24時間務体制が必要か？

在宅中重度受入加算の場合は、24時間体制は要件とはなっていません。夜間看護体制加算の場合は、24時間の連絡体制がとればよく、必ずしも勤務を必要とはしません。解釈通知を御確認下さい。

7 短期入所と介護予防短期入所を行う場合、契約書・重要事項説明は別々に作成しておく必要があるか。

はい。別に作成する必要があります。

8 夜間看護体制加算について。

- ・ 夜間帯の看護職員が常時配置でなく、月に数回の配置としており、緊急の場合看護職員に連絡を取り指示により対応する体制をとっているが、この場合、加算対象となるか。夜間帯に常時看護職員がいる体制が必要なのか。

夜間帯に常時看護職員を配置する必要はありません。

- ・ 夜間帯に（全く）看護職員の配置がなくとも、24時間連絡体制がとれていれば、加算対象となるか。 **はい。**
- ・ 夜間看護職員を勤務させることが必要か。 **必ずしも必要とはしません。**
- ・ 介護福祉施設兼務の看護職員が夜間においても連絡でき、緊急時出勤する体制は要件に該当するか。 **該当します。**
- ・ 医療機関との連携とあるが、夜間嘱託医の指示に従って健康上の管理を行う体制は該当するか。 **該当します。**

9 緊急短期入所ネットワーク加算について。

- ・ 「複数の短期入所事業所が連携し、調整窓口の明確化、24時間相談可能な体制を確保する」とあるが、二つの事業所でも該当するか。
100床以上確保できれば該当します。ただし、同一法人のみの事業所の連携では不可。
- ・ また受付窓口をそれぞれの事業所とし事業所間で調整を行い、24時間電話相談対応可能（夜間においても連絡でき必要な場合には事業所から緊急の呼び出しに応じて出勤する体制）とした場合は該当するか。 **該当します。**

10 ユニット型の場合、夜間2ユニットに1人の介護職員を配置した場合は、97/100の算定か？ **減算には該当しません。**

11 10の場合、「人員、設備（施設）及び運営に関する基準」改正案の中で、「2ユニットごとに1人以上の配置」とあるのは、あくまで基準であり、算定とは関係ないのか？
夜勤体制の基準であり、減算の対象となります。

【9】短期入所療養介護

1 緊急短期入所ネットワーク加算について

- ・ 「他の指定短期入所療養介護事業所等と連携し、」とあるが、連携する地域の範囲はどこまでか。
特に規定はありません。一般論としては送迎できる範囲等が想定できます。
- ・ 上記の地域のすべての短期入所事業等と連携をしなければならないのか。
そうではありません。
- ・ 「体制を整備する」とは、具体的にどのようにするのか。
解釈通知を確認下さい。
- ・ 窓口の設置、受け入れ状況把握、24時間緊急連絡体制の確保などについて施設間で連携取り交わし書などが必要か。

施設間での連携方法をどのようにするかを明確にする必要があり、円滑な運営のためには必要と思われます。

- ・ 同一法人が運営する3つの特養の短期入所生活介護で、連携して、夜勤者に緊急相談、調整等の窓口の体制を確保すれば、加算の要件は満たすのか。

利用定員等を合計して100以上確保することが必要です。

- ・ その場合の加算は、月の全てのショート利用者延べ日数×50単位でよいか。

利用した人にもみ算定します。

- 2 老健短期のリハビリ機能強化加算に係る人員体制は、本体のリハビリテーションマネジメント加算の人員基準（入所者：PT等＝100：1）でよいか。引き続き50：1を要するのか。

50：1を必要とします。（厚生労働大臣が定める基準）

- 3 リハビリテーション機能強化加算について。

- ・ 「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。」とあるが、月に2～3回短期入所を利用する場合、その都度説明が必要か。

そのとおりです。

- ・ ケアプランの作成は3泊以上ということで作成しているが、1泊や2泊の場合でもリハビリ計画を立案し、それぞれについて説明するのか。

加算を算定するのであれば、リハビリテーション実施計画は必ず作成します。利用泊数によって変わるものではありません。

【10】福祉用具貸与

- 1 要支援者・要介護1の場合、電動四輪車（セニアカー等）は貸与できるか。

原則貸与の対象外ですが例外があります。詳細は解釈通知を確認下さい。

- 2 利用者が介護保険以外でのレンタルを希望した場合、介護保険レンタル料金より低い料金でレンタルしてもよいか。

同じものの場合、介護保険による料金と不当な差額が生じないようにする必要があります。

- 3 要支援1，2，要介護1で例外的に認められる判断基準は何か。それについての必要書類と提出場所はどうなるか。

解釈通知を確認下さい。

- 4 私物の車いすを持つ要介護1の利用者に、付属品のクッションのみを座位の安定（長

時間座位を保持するため)、褥瘡予防のために貸与しているが、4月からは非該当か。

平成18年3月31日に貸与を受けていた場合は、経過措置として平成18年9月末まで貸与を受けることができます。それ以降については原則貸与の対象外ですが、例外があります。詳細は解釈通知を確認下さい。

5 要支援者に腰痛軽減のためマットレスのみを貸与しているが(本体私物)、4月からは非該当か。

設問4の回答に同じ。

6 要介護1(左脳梗塞にて右下肢重度麻痺)の利用者に、安心・安楽な起居動作ができるよう、特殊寝台と特殊寝台付属品を貸与しているが、4月以降貸与を継続できるか。

平成18年3月31日に貸与を受けていた場合は、経過措置として平成18年9月末まで貸与を受けることができます。それ以降については原則貸与の対象外ですが、例外があります。詳細は解釈通知を確認下さい。

7 要介護1(膠原病・右膝関節炎にて歩行困難)の利用者に、介護型車いすを貸与し、室内移動、月1度の通院、家族との外出(買い物、旅行)に利用しているが、4月以降貸与を継続できるか。

平成18年3月31日に貸与を受けていた場合は、経過措置として平成18年9月末まで貸与を受けることができます。それ以降については原則貸与の対象外ですが、例外があります。詳細は解釈通知を確認下さい。

8 要支援者(両膝関節・両股関節の障害により身障3級、ほとんど自力歩行できず、杖歩行も転倒の危険性がある)の利用者に車いすを貸与しているが、貸与が継続できるか。

平成18年3月31日に貸与を受けていた場合は、経過措置として平成18年9月末まで貸与を受けることができます。それ以降については原則貸与の対象外ですが、例外があります。詳細は解釈通知を確認下さい。

9 要介護1の利用者にベッド等を貸与していた場合、9月までの利用に関して主治医等からの意見の聴取は必要か。また、10月から例外的に利用する場合も、主治医等からの意見の聴取が必要となるか。

平成18年9月までの利用についてあらためて主治医の意見を得る必要はありません。10月以降の例外的な利用については品目により主治医からの情報が必要となります。詳細は解釈通知を確認下さい。

10 経過措置の6ヶ月間継続レンタルについて。4月以降の認定で要支援1,2となった

場合も9月末日まで継続レンタル可能か。

平成18年3月31日にレンタルを受けていた場合には、9月までのレンタル継続が可能です。

11 介護予防福祉用具購入の品目は、これまでの福祉用具と変更となるのか。また、支給申請の様式は変更になるのか。同様に住宅改修はどうか。

品目は変わりません。申請の様式は市町村に確認下さい。住宅改修の取扱いについても変わりません。

12 要支援者への福祉用具貸与における契約書は、対応したものが必要になるのか。

そのとおりです。

13 特殊寝台レンタルの対象者は「日常的に起きあがり困難」とされているが、ベッド柵があることにより起きあがれる場合は、レンタル可能か。

平成18年3月31日に貸与を受けていた場合は、経過措置として平成18年9月まで貸与を受けることができます。それ以降については原則貸与の対象外ですが、例外があります。詳細は解釈通知を確認下さい。

14 膝の屈曲制限があるため立ち上がりが困難で、ある程度のベッドの高さ調節が必要である場合、特殊寝台のレンタルは可能か。

平成18年3月31日に貸与を受けていた場合は、経過措置として平成18年9月まで貸与を受けることができます。それ以降については原則貸与の対象外ですが、例外があります。詳細は解釈通知を確認下さい。

15 ベッド柵や移動バーがあることで移乗ができる場合、特殊寝台はレンタルの対象になるか。(市販ベッドでは柵や移動バーが設置できないため)

平成18年3月31日に貸与を受けていた場合は、経過措置として平成18年9月まで貸与を受けることができます。それ以降については原則貸与の対象外ですが、例外があります。詳細は解釈通知を確認下さい。

16 6ヶ月の経過措置とあるが、期間がのびることはあるか。

現時点では、期間延長の予定はありません。

17 要介護1の利用者が、特殊寝台及び特殊寝台付属品を利用する事由として、心疾患や呼吸器疾患のために背上げ機能を必要とする場合、認められるか。

軽度者(要支援1・2、要介護1)への特殊寝台等の貸与は対象外ですが、例外規

定がありますので解釈通知を確認下さい。なお、設問の場合、認定調査にて日常的に起き上がりまたは寝返りが困難でない場合には対象外です。

(追記)

平成19年4月より軽度者に対する福祉用具貸与の例外規定の見直しがされ、取り扱いが一部変更となっています。詳細は改正後の解釈通知を御覧ください。

18 現在貸与を受けている福祉用具が、今後貸与の対象外となる場合、ケアマネとしては自費購入やレンタルを勧めるべきか。

認定の結果、貸与の対象外となった福祉用具について、自立支援に効果を上げる観点から定められたものであり、基本的には自費購入・レンタルを勧めるべきではありません。本人・家族が自費購入等をあくまでも希望する場合には、本人・家族の責任によるものでやむを得ないと考えます。

19 要支援・要介護1の者に、貸与の対象外となっている品目を、保険者の判断で貸与することは可能か。

できません。平成18年4月改訂関係Q&A(Vol.2)問44を参照下さい。

20 10月以降、例外的な利用については品目により主治医からの情報が必要とあるが、これは主治医からの意見があれば貸与可能ということか。

例外的な対象者の判断を行うにあたって、該当する基本調査項目がない場合(車いす及び車いす付属品、移動用リフト)には、主治医から得た情報及び福祉用具専門相談員を含めた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判断することとなります。

21 現在要介護2で特殊寝台をレンタル利用している利用者が、認定更新により要介護1となった場合、経過措置期間はあるか。

9月末までの経過措置期間があります。詳細は解釈通知を参照下さい。

22 要介護1及び要支援者に貸与対象外品目をレンタルする場合、「軽度者の状態像について適切な助言が可能な者」とあるが、これは家族でもいいのか、それとも専門的な知識を有する者(例:PT,OT,Nr等)をさすのか。

後者を想定しています。軽度者に対して、対象外品目をレンタルすることとなるので、専門的な立場で助言できる方(特に職種は定められていません)にサービス担当者会議に参加してもらう必要があります。

23 福祉用具貸与を利用している場合は少なくとも6ヶ月に1回、レンタルが妥当かどうか

かを検証することとされているが、平成18年4月より前から引き続きレンタルを利用している場合は、どこから6ヶ月としたらいいか。

この場合には、4月1日を起算日としてください。

【11】特定施設入居者生活介護

1 夜間看護体制加算の要件について、「常勤」の看護師とは夜間時間だけの常勤が必要なのか？

そうではありません。夜間におけるオンコール体制が整備されている等の場合算定することが可能です。詳細は解釈通知を確認下さい。

2 介護型以外の特定施設の入居契約書・重要説明事項等の雛形はあるか。

特にありません。

【12】認知症対応型共同生活介護

1 運営推進会議はいつまでに設置しなければならないのか。届け出は必要か。

申請時まで既に設置されているか、確実な設置が見込まれていることが必要で、指定申請時の添付書類となっています。

2 指定認知症対応型共同生活介護事業者の研修について

・ 具体的に受講すべき研修は何か。

全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料（平成18年3月13日開催）のP.104を参照下さい。（資料はワムネットに収載されています。）

・ 理事長、代表取締役以外で、事業所所長でも可能か。

基本的には法人代表者が想定されていますが、個別の事例については指定権者である市町村にご相談下さい。

・ 18年4月1日に受講済みであることが必要か。

既存事業所の場合平成21年3月31日まで、平成18年度開設の事業所の場合平成19年3月31日までの経過措置があります。

全国介護保険担当課長ブロック会議資料（事業者説明会での配付資料）のP.908及び全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料（平成18年3月13日開催）のP.106を参照下さい。

3 短期利用共同生活介護について。定員の枠内で1名を限度とあるが、例えば9人（1ユニット）の部屋を一つ空けて、8名長期入居者で、1名分がショート利用で運営してもいいか。

可能です。

4 医療連携体制加算について。

- ・ 同一法人の他事業所の看護師が兼務する場合、週（1日）何時間以上の勤務が必要か。また、常勤換算でどの程度確保すればよいか。

特に規定はありません。

- ・ 訪問看護と契約の場合、健康管理の頻度はどれくらい必要か。また、その場合の費用負担はどうか。

契約で定めます。

- ・ 医療機関との契約でも可能か。 可能です。
- ・ 特養併設で、特養の看護師が兼務をした場合、算定は可能か。

可能ですが、兼務に従事した部分は特養施設の看護職員の常勤換算からは除外する必要があります。

- ・ 特養の看護師資格をもった者が、特養では（看護師業務でなく）ケアマネをしながら、グループホームの看護師を兼務した場合、算定は可能か。（ブロック会議）P924 問 96 で、「他の施設に勤務する看護師を活用する場合は・・・」となっているが、内容はケアマネ業務なので兼務はできないのか。） 可能です。

5 グループホームの入居者は訪問入浴を利用できるか。

利用者が介護保険適用で入浴サービスを利用することはできませんが、グループホーム側の費用負担でサービスを利用させることは可能です。

【13】居宅介護支援

基本報酬関係

1 居宅介護支援費の算定について。

- ・ 取扱い件数の算定方法は。

解釈通知を確認下さい。

- ・ 非常勤や兼務のケアマネの取扱件数はどうか。

常勤換算をして下さい。詳細は解釈通知を確認下さい。

- ・ 35件を上回らないとは、35以下か、未満か。

35件以下です。

- ・ 居宅介護支援費 は、介護予防支援業務を受託しない場合、39件まで担当できるということでしょうか。 よい。

- ・ 同様に（ ）で算定する場合、9月までは39件を超えて経過的要介護者を担当することができるということでしょうか。

よい。なお、既存事業所への経過措置は平成19年3月まで延長されました。

- ・ ケアプランを1件単価で委託する場合、常勤換算はどう考えたらいいか。

時間に換算する必要があるので、対応できる雇用契約が必要となります。

- 2 居宅支援費の取り扱い件数と報酬の関係の解釈は？たとえば居宅支援費 の場合、要介護度3，4，5が50件の場合 50×780 単位となるのか？

そのとおりです。

- 3 居宅介護支援費が取扱件数により（ ）～（ ）まで報酬体系が分かれることになったが、取扱件数とはケアマネ個人ごとか、事業所単位のケアマネ人数で頭割りして計算してよいか？

事業所のケアマネを常勤換算数して算定します。解釈通知を確認下さい。

- 4 取扱件数が40件以上になると（ ）の報酬体系となるが、40件を超過した部分のみ（ ）で算定すればよいか、全利用者を（ ）で算定することになるか？

全利用者を（ ）で算定します。

- 5 現在50件の利用者を取り扱っているが、4月からは一律新しい報酬体系となるか、経過措置等はないか？

既存事業所のみ6ヶ月間の経過措置があります。詳細は解釈通知を確認下さい。なお、既存事業所への経過措置は平成19年3月まで延長されました。

- 6 居宅介護支援費について。

居宅介護支援費の取扱いの詳細については、解釈通知及び平成18年4月改訂関係 Q & A (Vol.2) を確認下さい。

《居宅介護支援費の算定について》

事業所全体のプラン数（月末給付管理を行ったもの）

常勤換算による事業所のケアマネ数で計算した件数により、居宅介護支援費（ ）～（ ）を算定します。

予防給付プランは1/2を乗じた件数でカウントしますが、既存の事業所においては、平成18年9月末まで経過的要介護及び予防給付プランは算定件数より除かれます。（なお、既存事業所への経過措置は平成19年3月まで延長されました。）

[例] 常勤ケアマネの勤務時間が週40時間の事務所の場合

常勤（3人）Aケアマネ40件、Bケアマネ46件、Cケアマネ35件

非常勤ケアマネ（1人）20件 週24時間勤務

常勤換算によるケアマネ数は、 $3 + 24 / 40 = 3.6$ 人

事務所全体のプラン数 141 件 $\div 3.6$ 人 = $39.166\dots$

注：経過的要介護と予防給付のプランなしとした場合です。

よって、この場合の居宅介護支援費は（ ）となります。

- ・ 4月1日までに35件にしなければならないのか。 **いいえ。**
- ・ 4月1日までに40件とし、居宅介護支援費（ ）として請求すべきか。 **いいえ。**
- ・ 経過的要介護居宅介護支援費（ ）についてよくわからない。
現行要支援の4月以降の残りの認定期間を「経過的要介護」といい、その間の居宅介護支援費の算定に適用します。
- ・ みなし期間は予防プランを制限なく受けることができるのか。
既存事業所においては、6ヶ月間の経過措置期間中はそのとおりです。（なお、既存事業所への経過措置は平成19年3月まで延長されました。）
- ・ 週40時間勤務の場合、30時間や20時間勤務の非常勤職員の担当ケアプラン数はどうなるか。また、デイサービスの相談員も兼務する場合どうなるか。
解釈通知及び平成18年4月改訂関係Q&A（Vol.2）問30～33を確認下さい。
- ・ 担当件数の算定について。居宅事業所全体の担当件数（予防給付、経過的要介護を除く）をケアマネの数で除した数が40件未満であれば、居宅介護支援費（ ）でよいか。例えば4名のケアマネの内、3名は40～50件担当し、1名は10名ということでもよいか。
既存事業所の場合、9月末までの経過措置期間の取扱いはそのとおりです。10月以降の取扱いは変わりますので、解釈通知等を確認下さい。ただし、一部のケアマネに取扱件数が著しく偏ることはのぞましくありません。（なお、既存事業所への経過措置は平成19年3月まで延長されました。）

7 デイサービスの管理者（月～金まで2時間）を兼務している場合、ケアプランは何件まで担当できるか。

兼務時間を除いて常勤換算して下さい。ケアマネひとりの標準担当件数は35件です。居宅介護支援費は、事業所全体のケアプラン数をケアマネの常勤換算数で除して算定する仕組みです。

8 4人のケアマネが常勤の場合、居宅介護支援費はケアマネ毎に算定するのか、事業所全体で算定するのか。

例：Aケアマネ 35件担当、Bケアマネ 35件担当、Cケアマネ 45件担当、Dケアマネ 25件担当（*経過的要介護、予防給付プランなしの場合）

事業所全体で算定します。設問の場合、以下のとおりです。

$(35件 + 35件 + 45件 + 25件) \div 4人 = 35件$ 居宅介護支援費（ ）

9 担当件数が40件未満とあるのは、39件まで可ということか。

39件ではなく40件未満です。事業所全体のプラン数を常勤換算のケアマネ数で

除して算定するため、必ずしも整数とは限りません。

- 10 居宅介護支援事業所の取扱件数の算定にあたって、管理者と兼務している場合は管理業務に要する時間を控除して常勤換算を算定する必要があるか？（常勤の管理者兼介護支援専門員の場合に常勤換算方法で1とは算定できないのか？）

平成18年4月改訂関係Q&A (Vol.2) 問30を参照下さい。

- 11 居宅介護支援費算定における常勤換算について。

- ・ 居宅介護支援事業所の管理者の他に、併設されているデイサービスの管理者と栄養マネジメント加算のための管理栄養士として1日2時間従事する場合に、これらの時間をケアマネの常勤換算に含めることは可能か。

居宅介護支援費を算定する際の常勤換算には居宅介護支援事業所のケアマネとして従事する時間を算定するものですから、他の事業所で従事している時間は除かれます。設問の場合の2時間はケアマネの常勤換算に含めることはできません。

- ・ 他事業所の管理者を兼務しているような場合、管理者としての業務時間を明確に区分しなければならないか。

他事業所での管理者としての時間は常勤換算に含めるべきではありません。控除すべき時間数については事業所の規模等によっても異なるので、一律に何時間と規定することはできません。実態に応じて個別に事業所で判断して時間を区分してください。

加算関係

（特定事業所加算）

- 12 特定事業者加算の500単位はすべての件数に加算されるのか？

そのとおりです。

- 13 特定事業所加算について。

- ・ 「経験を有する主任介護支援専門員」の但し書きで、「当分の間、主任介護支援専門員と同等と認める研修課程」とあるが、平成18年度中に主任介護支援専門員研修課程を受講終了することでクリアできるか。 はい。

- ・ 「常勤専従の介護支援専門員」には、管理者を含めてカウントしてよいか。

管理者（主任介護支援専門員）の他に、常勤専従の介護支援専門員3名以上の配置が必要となります。

- ・ 介護支援専門員の管理者が担当できる件数は、常勤1名分としてよいか。

平成18年4月改訂関係Q&A (Vol.2) 問31を確認下さい。

14 特定事業所加算について。

- ・ 算定要件を満たしている事実を誰が認めるのか。要件を満たす月と、満たさない月が考えられるが、いつ、誰が認めるのか。

要件を満たした翌月に加算の届け出を行い、加算要件を満たす記録を作成し、2年間保存します。要件を満たさなくなったら直ちに届け出ます（介護給付費算定に係る体制等に関する届出書）。

- ・ 主任介護支援専門員の経過措置要件にある「一定の研修」とは何をさすか。
ケアマネジメントリーダー養成研修をいいます。
- ・ 「利用者のうち、中重度の割合が～60%以上」とあるが、この60%は一つの事業所が持つケアプラン数の60%ということか。
そのとおりです。

15 特定事業所加算について。

- ・ 特定事業所加算をとっていることを書類上明記して、新規受け入れを調整できるか。
平成18年4月改訂関係Q&A (Vol.2) 問36を参照下さい。
- ・ 一月35件を上回った場合、その月は加算は算定できないのか。その後すぐ修正すれば継続可能なのか。（地域包括支援センターより紹介を受けた場合など）
事業所単位で平均して35件以下であることが要件ですが、地域包括支援センターからの支援が困難な事例を紹介された場合は枠外として取り扱います。詳細は解釈通知を確認下さい。
- ・ 常勤専従のケアマネ3人以上配置とあるが、ケアマネである管理者は専従となるか。
常勤かつ専従の介護支援専門員3名の他に、管理者たる主任介護支援専門員の合計4名の配置が必要です。詳細は解釈通知を確認下さい。
- ・ 利用者の入退院等により毎月の作成するプラン数は違ってくるが、たまたま35名を超えるプラン作成が1ヶ月あった場合、特定事業所加算はどうなるか。
事業所単位で平均して35件以下であることが算定要件の一つです。

（初回加算）

16 初回加算について。

- ・ 初回加算の算定にあたっては、計画書や会議録、支援経過等に病院・施設等と居宅サービス事業所との連携を記録することで根拠となるか。連携の方法（手段）は、具体的にどういうことか。
支援経過・方法等について病院等から情報提供を受けることが想定されます。
- ・ 退院・退所時に居宅支援事業所へプラン作成依頼があったのではなく、一度自宅に退院したが、何らかの事情で病院の医療相談室と電話等での連携をしたときは算定できるか。

不可。「退院、退所にあたって～」とされています。解釈通知を確認下さい。

- ・ 介護予防プランを作成した場合の初期加算は以前に要支援で担当していた場合でも算定できるのか。それともまったく新規のみが対象か。

新規に介護予防サービス計画を作成することとなり、算定可能です。

- 17 初回加算（１）について。サービスの利用を中止し給付管理を行わない期間のあった利用者が、６ヶ月後にサービス利用を再開し給付管理も再開された場合、初回加算を算定できるか。

算定できません。初めて給付管理を行い報酬請求を行う月を「新規」として適用しますので、空白の期間があっても以前に給付管理の実績がある場合には該当しません。（ただし、要支援から要介護、要介護から要支援、要介護状態区分が２区分以上変更された場合を除きます。）平成１８年４月改訂関係Ｑ＆Ａ（Vol.２）を参照下さい。

- 18 初回加算（ ）を算定する場合は、初回加算（ ）の要件を満たした上で、３０日以上の退院・退所に当たって、病院・施設と連携を図って居宅サービス計画を策定することとなるが、この場合の連携とは、具体的にどのようなものか。

入院・入所中に、ケアマネが病院・施設を訪問し、利用申込者に関する入院・入所中の状況や退院・退所後の留意事項等について、医師や施設の担当者（ケアマネ、生活相談員等）から情報提供を受ける（情報提供書等文書の收受又は提供を受けた情報を支援経過等へ記録することが必要）とともに、利用者と面接して心身の状況等及び居宅サービスの利用に当たっての希望や目標を把握することが必要です。

また、それらをふまえて作成した居宅サービス計画の原案についても、医師や担当者から意見を求めるものとします。

減算関係

（特定事業所集中減算）

- 19 特定事業者集中減算の集中９０％の解釈について、例えば、Ｓ訪問介護事業者÷プランニングされているすべての訪問介護事業者の数と解釈してよいか？

一番多く紹介されている訪問介護事業所（法人）を利用しているプラン数
÷訪問介護が位置づけられたプラン数

詳細は解釈通知を確認下さい。

- 20 特定事業者集中減算はその集中しているサービスを使っている人のみ減算なのか？それともそれ以外の人も減算がおよぶのか？

全体が減算となります。

- 21 特定事業者集中減算について、「正当な理由なく」の「正当な理由」の解釈について。
解釈通知、県の取扱通知及び特定事業集中減算Q & A（介護保険グループのホームページへ掲載）を御確認下さい。
- 22 特定事業者集中減算について、「特定の事業所の割合が90%以上」の「割合」とは回数か時間か？
計画の件数です。解釈通知を確認下さい。
- 23 特定事業所集中減算について。
- ・ 利用者の希望でデイサービス事業所を選択しているが、地区に入浴付きデイサービスが1ヶ所しかなく、他事業所の選択が困難な場合、正当な理由となるか。
正当な理由の範囲については県の取扱通知及び特定事業集中減算Q & A（介護保険グループのホームページへ掲載）を御確認下さい。
 - ・ 算定要件の詳細が不明。8人の利用者の内、訪問介護利用が4件あり全てが同じサービス事業所であった場合は同一事業所が占める割合は100%となるのか。
そのとおりです。
また、その場合、8件全てが減算の対象となるのか。 そのとおりです。
 - ・ 1人の対象者が複数の訪問介護事業者や通所介護事業者を利用している場合のカウントはどうなるか。
各々の事業所のプラン数に各々1件と計上されます。
 - ・ 併設の通所介護を利用することを希望して、当居宅介護支援事業所に相談に訪れ支援を担当することになった利用者が殆どである。利用者が希望している以上、減算を理由に他の事業所を紹介するわけにもいかないが、この場合も減算対象となるか。
単に併設であるからという理由では正当な理由とは認められません。詳細は県の取扱通知（介護保険グループのホームページへ掲載）を御確認下さい。
- 24 特定事業所集中減算について。
- ・ 9割というのは、介護度別に設定されている限度額の90%ということか。
限度額ではなく、計画の件数です。詳細は解釈通知を確認下さい。
 - ・ 「プラン数が一定数以下」というのは、35件以下か、40件未満か。
20件以下。
 - ・ 対象となるサービスは訪問介護の他に何か。
訪問介護・通所介護・福祉用具貸与の3サービスです。全国介護保健担当課長ブロック会議資料及び解釈通知を確認下さい。
 - ・ 福祉用具貸与利用者の90%が同一の事業所が利用している場合、貸与を受けていない利用者も減算となるのか。

そのとおりです。

- ・ 福祉用具貸与の価格が安いという理由で、特定の事業所に集中する場合も減算となるのか。

正当な理由になると思われませんが、その場合は価格が安いことを具体的に確認できる書類等を確認することになります。

25 特定事業所集中減算について。

- ・ 3つのサービスが重複して減算となった場合には、それぞれ減算となるのか。その場合、居宅介護支援費 で、要介護1・2の請求は0単位となるのか。

対象サービスのうち一つ以上該当した場合に減算となるということで、複数該当した場合でも、減算は200単位です。

26 特定事業所集中減算について。A町、B町と違う所在地にある通所介護事業所の場合でも、法人が同じ場合は対象となるのか。

同一法人格を有する法人単位で判断下さい。

27 特定事業所集中減算については、下記に留意願います。

- ・ 介護予防サービス計画は含みません。
- ・ 通所介護サービスには、認知症対応型通所介護は含みません。
- ・ 訪問介護サービスには、通院等乗降介助も含みます。
- ・ 実績で算定します。例えば居宅サービス計画に訪問介護サービスが位置づけられても、利用者の都合等で実績がなかった場合は、算定対象には含めません。
- ・ 1人の利用者に同一サービスを複数事業所位置づけた場合（月の途中でサービス事業所を変更した場合も含む）、法人毎に1件ずつ計上します。例えば2ヶ所の訪問介護事業所を位置づけた場合、事業所の法人が別であれば法人毎に1件ずつカウントし、同じ法人の場合はその法人に1件としてカウントします。
- ・ 「同一法人」とは、居宅介護支援事業所と同じ法人ということではなく、サービス事業所同士が同じ法人ということです。
- ・ 減算は、減算適用期間のすべての居宅介護支援が対象になります。

(例) 判定期間中に作成された居宅サービス計画 350件

うち訪問介護サービスが位置づけられた居宅サービス計画(A) 120件

(A)の事業所の内訳

a事業所(法人)80件、 b事業所(法人)25件

c事業所(法人)10件、 d事業所(法人)5件

とした場合、

訪問介護に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数

訪問介護サービスを位置づけた計画数

ですから、

80件 + 25件 (法人の合計) / 120件 = 87.5%となります。

* 通所介護サービス、福祉用具貸与サービスについても同様に算定します。

(その他減算)

28 担当者会議未実施の場合の減算の詳細は。

運営基準減算となります。詳細は解釈通知を参照下さい。

29 モニタリングの減算について。「モニタリングの結果を記録していない状態が1ヶ月以上継続している場合」とは、実施・記録が3ヶ月毎で、記録が抜けた状態が1ヶ月以上継続という解釈でよいか。

モニタリング及びその記録とも1ヶ月に1回行うということです。

その他

30 介護予防支援について、介護支援専門員1人当たり8人限度では介護支援専門員が少なすぎて全ての利用者の予防給付プランが作成できないのでは？

予防給付のケアマネジメントは基本的には地域包括支援センターが担当し、一部居宅介護支援事業所に委託できるとされています。

31 介護予防支援について。

- ・ 介護予防マネジメントに関して、利用者と居宅介護支援事業所の契約はどうなるのか。

介護予防支援事業所と利用者の契約となります。

- ・ 担当していた利用者が「要支援から要介護」となった場合、居宅サービス計画作成依頼届けは再提出となるが、契約も再度必要となるか。 そうなります。

- ・ 介護予防サービスは、地域密着型と同様に生活圏域での利用になるのか。

そうでなくともよい。

- ・ 月単位算定となるサービスの場合、週1回の計画において、月の利用が1回でも4回でも利用者の1割負担は同じか。 そうです。

32 サービス担当者会議について。欠席者への対応は従前通り照会にて意見をもとめてよいか。全員出席しないと減算か。

原則としてサービス担当者会議は開催する必要があります。ただし、やむを得ない理由がある場合は、担当者に対する照会等も可能です。全国介護保健担当課長ブロック

会議資料 P.341 を確認下さい。

33 生活保護によるプラン作成も 1 件として計上するのか。

1 件として取扱件数に計上します。

34 介護予防支援を受託しない場合の取扱件数は、経過的要介護者を含めて 4 月からの制限人数で実施となるのか。

経過措置があります。(なお、既存事業所への経過措置は平成 19 年 3 月まで延長されました。)

35 取扱件数が 40 件未満の場合、介護予防プランの 8 名は 40 件に含まれるのか。

経過措置があります。(なお、既存事業所への経過措置は平成 19 年 3 月まで延長されました。)

36 小規模多機能型居宅介護事業所の利用について。利用者が月の途中で移動した場合、居宅介護支援事業所のケアプラン料は算定できるか。通常の居宅介護事業所変更と考えてよいか。

平成 18 年 4 月改定関係 Q&A (Vol.2) 問 38 を確認下さい。

37 重要事項説明書に記載すべき料金はどこまでか。減算も記載すべきか。また雛形はあるか。介護予防支援業務は受託しない方針だが、受託しないと断言しない場合、介護予防支援費も記載する必要があるか。

減算については 1 割負担がないので記載は不要です。ひな型はありません。また、介護予防支援費については介護予防支援事業所(地域包括支援センター)でしか算定できません。

38 更新時のプラン作成時担当者会議が必須となるが、週間計画の一部変更、(サービスの曜日変更等)やショートステイ利用事業所の追加などの際も全事業所そろっての担当者会議を実施しなければならないのか。変更や追加の事業所以外は照会でもいいか。

要介護認定の新規・更新・変更の場合には、原則としてサービス担当者会議を開催することとなっていますが、やむを得ない場合には、担当者への照会等により意見を求めることができるとされています。やむを得ない場合とは、サービス担当者の事由による場合や、居宅サービス計画の変更であって、利用者の状態に大きな変化がなく軽微な変更の場合等が想定されます。介護制度改革インフォメーション Vol.94 を参照下さい。

39 ケアマネを登録することにより、担当している利用者也登録することになるのか。

いいえ。

40 苦情の受付担当者と解決責任者を事業所管理者が兼務しているが、別にする必要はあるか。また、別の担当者とした場合には、どのような役職者であればよいか。

兼務可能です。

41 要支援、要介護1の福祉用具の例外となる範囲の判断について「要介護認定データを活用して客観的に判断」とあるが、調査員が自分でなければ認定データはわからないので、その場合の理由付けは他に何が適当か。

認定調査内容の情報を入手することが必要です。

42 モニタリングの記録について。支援経過への記載でいいか、それともモニタリング用紙を別に作成し毎月記録すべきか。

特に規定はありません。ただし、毎月同じ様式に記録することが望まれます。

【14】介護老人福祉施設

1 重度化対応加算は、看護師の24時間勤務体制が必要か？

必ずしも必要ではなく、オンコール体制が整備されていること等が必要です。詳細は解釈通知を確認下さい。

2 重度化対応加算について。看取りのための個室は、静養室でもよいか。また、準ユニットケア加算にある個室的しつらえに該当する居室でもよいか。

どちらも可能です。

3 重度化対応加算は、利用者全員に算定できるのか？また、見取りのための個室とは、定員の中の1室でもよいのか？

利用者全員に算定でき、また定員の中の1室で差し支えありません。

4 重度化対応加算について。

- ・ 看取りに関する指針について、ひな型はあるか。内容の基準はあるか。

ひな型はありません。内容については、解釈通知に「もりこむべき項目」がしめされていますので、確認下さい。

- ・ 看取りに関する職員研修の具体的な内容は何か。

規定はありません。

- ・ 「常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者」は、他職種との兼務（例え

ば機能訓練指導員、介護支援専門員等)していてもよいか。

よい。ただし、個別機能訓練加算を算定する場合の機能訓練指導員は常勤専従とされているため看護の責任者との兼務は不可となります。

- ・ 「常勤の看護師」とは正看護師か。

そのとおりです。「看護師」とはいわゆる「正看護師」のことで、「准看護師」は含みません。

- ・ その場合、正看1名配置すれば看護責任者ではなくとも加算要件にあうか。

該当します。

- ・ 短期入所生活介護夜間看護体制加算も、同じ要件か。 同じです。
- ・ 空床利用の2人部屋を1室として使用した場合、算定可能か。 可能です。
- ・ 看護職員の夜勤は必要ないか。携帯電話所持等でよいか。 よい。
- ・ 看護師の配置と24時間連絡体制の確保は、宅直体制でもいいか。 よい。
- ・ 医療機関との連携は、夜間嘱託医の指示に従い健康上の管理を行うことでよいか。

よい。

- 5 重度化対応加算について。「看取りのための個室」とは、部屋を固定する必要があるのか。個室であればいいのか。多床室(2人部屋)を看取りのために1名で利用した場合の個室を確保したことになるか。

部屋を固定する必要はなく、個室であれば差し支えありません。また、後段の取扱いも差し支えありません。

- 6 看取り介護加算について。

- ・ 死亡前30日とは、死亡日は含まれないということか。

含みます。

- ・ 月初日の死亡の場合、加算は算定できないのか。

死亡日以前30日を上限として、死亡月に算定します。

- ・ 医師が終末期にあると判断した入所者の、判断の根拠はカルテ、診断書等に加えて、医師の診察の記録を記した個人のケース記録も含めていいか。

差し支えありません。

- ・ 「本人または家族の同意を得ながら・・・」とは、記録として残っていればいいのか、それとも同意書を必要とするのか。

退所後でも施設に入所していた日数で算定できる場合があること、施設に入所していない月についても自己負担が発生すること等を説明の上、文書にて同意を得ておくことが必要です。

- 7 看取りに関する指針について、全利用者から同意を得る必要はあるのか？

原則同意が必要ですが、本人が十分に判断できる状態にない場合等については解釈通知を確認下さい。

8 看取り加算は、重度化対応加算を算定していない施設は、対象とならないのか？

そのとおりです。

9 身体拘束取組未実施減算については、もちろん施設の全利用者が減算の対象となると思うが、その減算期間についてはどのような扱いになるのか？

事実の生じた月の翌月から改善が認められた月までの間、減算となります。解釈通知を確認下さい。

10 個別機能訓練加算について。

- ・ 「特定の曜日だけ配置している場合はその曜日のサービス対象者のみが加算対象となる」とあるが、理学療法士業務委託による月1回の指導でもよいか。

事業所との雇用契約が必要です。委託不可。なお、「特定の曜日だけ～」の記載は解釈通知の正式版では削除されています。

- ・ 機能訓練指導員の職務に従事する看護職員が、通常の勤務時間終了後に看護業務を行うことは可能か。(例：夜間における入所者の急変に対応する業務)

兼務自体は可能ですが、この場合には専従の機能訓練指導員ではなくなるため、加算の対象とはなりませんので、御注意下さい。

11 個別機能訓練加算について。算定開始日は、個別に計画が作成され、実施された日からか、同意を得た日からか。

同意を得た上で、訓練を実施した日から算定します。

12 特養入所者で栄養ケアプランを作成し、有効期間(3ヶ月)中に入退院した場合、退院時に新たな栄養ケアプランを作成する必要があるか。

栄養状態に変化がなければ不要です。

13 外泊時加算について。入所者の入院または外泊の期間中にそのまま退所した場合、退所した日の外泊時の費用は算定できるとあるが、当該入院または外泊の日数に制限はあるか。また、入院又は外泊を開始した同月にそのまま退所した場合、どうなるか。

(例：3月1日に入院し、31日にそのまま退所した場合)

3月2日～7日の6日間の外泊時加算を算定し、当該月は限度日数の6日分の加算を算定したため、31日の退所日の算定はできない。

3月2日～6日の5日間の外泊時加算を算定し、31日の退所日の加算を算定する。

3月2日～7日の6日間の外泊時加算を算定し、31日の退所日の加算も算定する。
のパターンです。

14 在宅入所相互利用加算について。

- ・ 「複数の利用者が同一の個室を計画的に利用する」というのは、定員数の範囲内においてということか。ショートの間床利用とは別になるのか。

定員数の範囲内においてということで、空床利用とは別です。

- ・ 在宅入所相互利用加算と在宅復帰支援機能加算は連動できるか。

両方の算定が可能です。

15 経口維持加算 について。誤嚥等によるリスクの管理体制が適切に整備されていることとは、具体的にどういうことか。

解釈通知を確認下さい。

16 緊急短期ネットワーク加算について。

- ・ 複数の短期入所事業者が連携して調整窓口の明確化や24時間相談可能な体制の確保を行った場合、「明確化」や「確保した」という根拠を示すことができれば、全ての利用者に対して請求できるのか。

緊急の利用者に算定します。

- ・ 居宅介護支援事業所の利用表・提供表にあらかじめ示されているのか。そうでない場合、サービス事業所間の連携による利用をケアマネジャーに報告するのは誰(どこ)になるのか。

ケアマネジャーから、利用の申込があると考えます。

17 準ユニット加算について。「共同生活室を設けていること」とあるが、共同生活室とはどのようなものか。

現時点では「利用者が交流し協働で日常生活を営むための場所」とする厚生労働大臣が定める施設基準第25号(全国介護保険担当課長ブロック会議資料P.757)の規定のみです。

18 準ユニットケア加算について。ユニット毎に利用できる共同生活室を設けることとされているが、全てのユニット(9ユニット)に談話室を設け、食事は3ユニット毎合同としている場合、算定できるか。

共同生活室は「利用者が交流し、共同で日常生活を営むための場所」とされており、設問の場合、算定可能です。

【15】介護老人保健施設関係

加算関係

(リハビリテーション関係加算)

1 リハビリテーションマネジメント加算について。

- ・ 算定に必要な条件、サービス内容等は何か。

解釈通知等を参照下さい。

- ・ リハビリテーション実施計画原案及び2週間以内、3ヶ月毎のそれぞれのリハビリテーション実施計画はそれぞれについて文書により同意を得るのか。口頭による説明で同意を得たことを記録しておけばよいか。また、3ヶ月毎に同意を得る必要があるか。

同意書によることが望ましく、計画毎に同意を得る必要があります。

- ・ サービス提供の時間に基準はあるか。

個別リハビリを原則として、週2回、各20分以上実施の場合に算定可能です。

- ・ 加算の算定は実施した日のみか。

体制が整備されていれば、実施した日以外も算定可能です。

- ・ 本体のリハビリテーション機能強化加算がなくなり、ショートには機能強化加算が残るがリハビリの必要人数は何人か。老健施設における最低基準の入所者：PT等＝100:1でよいか。ショートに対する人員はどうか。

平成18年4月改訂関係 Q&A (Vol.1) 問84を参照下さい。ショートのリハビリテーション機能強化加算の体制は変更ありません。

2 リハビリテーション機能強化加算がリハビリテーションマネジメント加算に変更となることに伴い、利用者との同意は必要か。

必要です。解釈通知を確認下さい。

3 リハビリテーションマネジメント加算と短期集中リハビリテーション実施加算を算定するための人員の基準は何か。これまでは常勤のPTまたはOTを1人以上となっていたが、100床 1人ということで、50床 0.5人でよいか。

リハ機能強化加算はなくなるのでその要件は不問となり、また、50床 0.5人は加算によらず施設運営に最低限必要な人員です。リハマネ加算及び短期集中リハマネ加算のための人員基準は特に明記されていません。

4 介護老人保健施設のリハビリ人員(PT,OT,ST等)は改正前のリハビリテーション機能強化加算の要件では「常勤換算方法で入所者の数を50で除した数以上配置」とあるが、改正後のリハビリテーションマネジメント加算の要件では「リハビリを担当するPT,OT又はSTが適切に配置されていること」とあり判然としないが、改正前と同様と考えてよ

いか。

設問の下線部について、リハマネ加算の要件にはありません。

また、通りハのリハ担当は、予防サービスも含めて常勤換算 0.2 以上でよいか。

通りハと介護予防通りハが一体的に行われる場合は、含めてよい。

- 5 リハビリテーションマネジメント加算について。これまでのリハビリテーション機能強化加算から移行する場合、4月中に実施計画書を作成し同意を得られれば、4月1日に遡及して算定できるか。

平成18年4月改訂関係 Q&A (Vol.3) 問2, 問4 を参照下さい。

- 6 短期集中リハビリテーション実施加算について。

年に何度か入退所を繰り返すケースは、その都度再入所日より算定可能か。

直近の退所より3ヶ月経過していることが必要です。

- 7 短期集中リハビリテーション実施加算について。1日60単位を所定単位数に加算するとあるが、リハビリテーションマネジメント加算25単位と併せて算定可能か。

リハビリテーションマネジメント加算を算定していない場合には、短期集中リハビリテーション実施加算は算定できません。解釈通知を確認下さい。

- 8 短期集中リハビリテーション実施加算の具体的な内容は何か。

解釈通知を確認下さい。

- 9 短期集中リハ加算について。入所3ヶ月以内の認知症の利用者に対して1回20分以上週3回のリハビリを実施したが、医師の要件を満たさないために認知症短期集中リハ加算が算定できない場合、短期集中リハは算定できるか。

認知症の利用者であっても、要件を満たしていれば短期集中リハ算定は可能です。

ただし、サービスの提供は事前に十分に計画されるべきものであり、実績に後付で算定するものではありません。なお、平成18年4月改訂関係 Q&A (Vol.3) 問13 を参照下さい。

- 10 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について。

- 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置基準の具体的な数値はあるか。

施設基準の人員配置のとおり。1対1で個別に20分以上行った場合に算定。

- 上記3職種のいずれかが、常勤換算で50:1なら良いのか。

特に基準はありません。50:1は短期入所療養介護費におけるリハビリテーション機能強化加算。

- ・ 軽度の認知症であると医師が判断とは、どの程度の者をいうのか。認知症の変動はどう見るのか、認知症としての鑑別診断の根拠は必要か。

解釈通知を確認下さい。

11 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について。

- ・ 加算対象となるサービスの、具体的な例を知りたい。

解釈通知等を参照下さい。

- ・ 「在宅復帰に向けた生活機能の回復を目的とする」とあるが、生活機能の改善が見込まれる場合でも、様々な理由で在宅復帰が困難な場合には、算定の対象とはならないのか。

軽度認知症入所者の在宅復帰を目的として行うものであり、これを目的としないものは対象にはなりません。

12 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について。「軽度の認知症であると医師が診断した者であって」とあるが、この場合の医師は非常勤医師でも認められるか。

精神科医師もしくは神経内科医師また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であれば、可能です。

(認知症ケア加算)

13 認知症ケア加算について。

- ・ 入所者10人程度の単位は、その中身として食事・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になるのか。

継続性を重視したサービス提供に配慮するため、いわゆる「なじみの関係」を作ることが重要であることから、10人単位の勤務体制が標準とされたところです。介護サービスは施設サービス計画に基づき、入所者の状況に応じて提供されることが必要であり、画一的なサービスとならないことが大切です。

- ・ 単位ごとに固定した職員の配置とは、具体的にどのような体制か。50床の専門棟の場合、10:1の固定職員の配置で、日勤は5人以上ということか。夜勤の職員体制をどのように考えるのか。

日勤については5人以上の配置が必要です。夜勤については20:1の職員配置とされており、できるだけ3人とされることが望まれます。

14 旧認知症専門棟加算(76単位)の個別ケアの要件とは、人員基準なのか、個別ケアプランのアセスメントなのか。

旧加算は施設基準のみ(定員40人標準、1割以上の個室、1人2㎡以上のダイルーム、30㎡以上の家族介護教室)。改正後はこの施設基準に加えて人員基準(日中10:1、

夜間深夜 20:1 を 標準とする) * 1 単位 10 名を標準とし、単位毎に職員を固定。詳細は解釈通知を確認下さい。

15 認知症ケア加算について。

- ・ 人員基準が日中 10:1, 深夜夜間 20:1 とあるが、4 4 床の場合、どうなるか。
人員配置は標準とされているため、日中は 4 ~ 5 名、夜間深夜は 2 ~ 3 名程度と考えますが、できるだけ日中 5 名、夜間深夜 3 名としていただきたい。
- ・ 個別ケアの要件追加とあるが、具体的には何か。
解釈通知を確認下さい。

16 認知症ケア加算について。対象者の自立度判定基準のランクは か、 か。

自立度判定基準によるランク、または 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です。詳細は解釈通知を確認下さい。

17 認知症専門棟における介護職員の配置について、「夜間及び深夜は 20 人に 1 人以上の看護職又は介護職員の配置」とあるが、一般等との兼務は可能か。また、46 人の定員の場合、夜間深夜の職員は何人必要か。

あくまでも専門棟のため、一般棟との兼務は好ましくありません。また、46 人の場合、夜間深夜はできるだけ 3 人以上の職員配置とすることが望まれます。

18 認知症ケア加算について。

- ・ 入所者 10 人程度の単位は、その中身として食事・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になるのか。
継続性を重視したサービス提供に配慮するため、いわゆる「なじみの関係」を作ることが重要であることから、10 人単位の勤務体制が標準とされたところです。介護サービスは施設サービス計画に基づき、入所者の状況に応じて提供されることが必要であり、画一的なサービスとならないことが大切です。
- ・ 10 人程度の単位として、明確に区分して固定職員を配置することになるのか。
固定職員の配置でなく、「なじみの関係」が保たれる職員配置で差し支えありません。

19 認知症専門棟加算の要件について。個別ケアの要件追加とあるが、その具体的な内容は何か。夜勤人数も含めた人員配置はどうなるか。

日中は利用者 10 人に 1 人以上の介護職員または看護職員、夜間及び深夜は利用者 20 人に 1 人以上の看護職員または介護職員の配置が必要です。

(その他の加算)

20 在宅復帰支援機能加算について。算定月前6か月の在宅復帰率5割とあるが、算定日以降に、入退所者が変動した場合、加算を中止することになるのか。

はい。月単位の算定です。

21 在宅復帰支援機能加算について。一定割合以上の在宅復帰を実現している施設について加算を創設するとあるが、体制加算なのか。また、一定の割合等はどれくらいか。

解釈通知を確認下さい。

22 経口維持加算()においては、「著しい摂食機能障害に該当するかどうかの判断は造影撮影または内視鏡検査により判断」とあるが、検査料金は施設負担か。また、著しい摂食障害がみられる利用者であっても心身機能や認知症の程度により、検査できない場合はどう判断するのか。

検査料金は、医療機関での算定可能です。(医療保険対象)

「造影検査または内視鏡検査により誤嚥が認められること」が算定の要件となっていますので、検査ができない場合には算定できません。詳細は解釈通知を確認下さい。

その他

24 試行的退所800単位について

- ・ 試行的退所は、居宅サービスを提供することになるが、その内容や具体的な基準はあるか。

解釈通知を確認下さい。

- ・ 試行的退所の場合、その都度、入退所等の契約書等は取り交わすのか。

退所は試行的であり、それに係る入退所の契約は不要です。

25 試行的退所サービスについて。800単位の範囲内で訪問看護事業所等と契約して在宅サービス提供を行うとあるが、6日間(最長)の期間に車いす等の福祉用具貸与を行いたい場合には、施設で貸し出すのかどうか。

事業所等の契約だけでなく、施設の従事者によるサービス提供も可能です。福祉用具貸与の方法は施設の判断によります。解釈通知を確認下さい。

26 在宅復帰支援機能加算について。

- ・ 入所者の家族との連絡調整を行っていることの内容について(退所についての相談のみでいいのか。電話での連絡調整でいいのか。面会記録などが必要か。)

解釈通知を参照下さい。

- ・ 単身者はどのように扱うのか。
介護支援専門員等と連絡調整します。
- ・ 在宅復帰支援機能加算はいつから算定可能か。
厚生労働大臣が定める基準（全国介護保険担当課長ブロック会議資料 P.734）及び解釈通知を参照下さい。

27 説明会配付資料中、介護保健施設における介護支援専門人 1 以上となっているが、これは入所者 100:1 ではないということか。

1 人は必置（入所者 100 またはその端数を増す毎に 1 人を標準）です。
（例：入所者 100 人まではケアマネ 1 人、101～200 人まではケアマネ 2 人）

28 利用料金の変更に関して、利用料の変更同意書のみでよいか、新たな契約は必要か。
いずれでも可。

【16】介護療養型医療施設

- 1 現在の理学療法（ ）は、今後理学療法（ ）になるのか、（ ）になるのか
理学療法（ ）になります。全国介護保健担当課長ブロック会議資料（P.811 特定診療料に係る施設基準）を参照下さい。
- 2 「看護師の員数の看護職員の必要数に対する割合（正看比率）が 2 割未満の場合、各類型も の所定単位数に 100 分の 90 を乗じて算定する」は、変更がないか。
解釈通知（老企第 40 号 P.63）
病院療養病床介護療養施設サービス費の（ ）又は、認知症疾患型介護療養施設サービス費の（ ）（ ）もしくは（ ）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ます。
- 3 経口移行加算について。家族の同意を得て栄養管理を開始した日から算定可能とあるが、経口摂取訓練した日だけ算定できるのか、経口摂取に向けての間接的えん下訓練でも算定可能か。
家族の同意を得て栄養管理を行っている期間、算定可能です。（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修了した日まで、原則として家族の同意の日から 180 日以内）
- 4 状態の変化や治療などのため一般病棟へ入院し、再入所した場合でも。経口移行加算、経口維持加算、短期集中リハビリテーション加算はその都度（再入所ごと）に、算定できますか。

状態からみて必要であれば可能です。

- 5 リハビリテーションマネジメント加算と短期集中リハビリテーション加算の算定は、リハビリテーション実施計画書にサインをもらった日からか、リハビリテーションが実施された日からか。

リハビリテーションマネジメント加算は同意を得た日から。短期集中リハビリテーション加算は実施の日のみ算定します。

- 6 理学療法について。

- ・ これまでの理学療法（ ）～（ ） が廃止となり、新しく理学療法（ ）～（ ）ができるということか。 そのとおりです。
- ・ 算定基準はどうなっているか。

全国介護保険担当課長ブロック会議資料(事業者説明会での配付資料) 解釈通知(介護制度改革インフォメーション Vol.83)を確認下さい。

- 7 利用料金の変更に伴い、施設サービス費用額の見直し部分の重要事項説明書を変更するのみでよいのか。

その他変更がなければそのとおりで差し支えありません。

- 8 感染症管理体制等の強化や、協力歯科医療機関等を運営規程に追加し、変更届け出を提出するのか。その場合いつまでに提出するのか。

不要です。

- 9 協力歯科医療機関を定め、医療機関名も運営規程に記入追加するのか。または「歯科の治療または受診したい入所者の方は当施設にご相談下さい」の追加記入でよいのか。

不要です。

【17】地域密着型サービス

- 1 小規模多機能型居宅介護の「泊まり」機能の泊数の制限について。

特に規定はありません。

- 2 小規模多機能型居宅介護の指定を受けると今までの訪問介護や通所介護の指定の取り扱いはどうなるか？（事務的な問題）

事業所が併設で職員の兼務がない場合は実施可能ですが、同じ事業所（場所）で3つの事業を実施することは設備を共有することとなり認められません。

3 認知症対応型通所介護の管理者要件である「別に厚生労働大臣が定める研修」は何か。

認知症介護実践研修 + 認知症対応型サービス事業管理者研修をいいます。全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料（平成18年3月13日開催）のP.104を参照下さい。（資料はワムネットに掲載されています。）

【18】その他

1 ケアマネを1名増員するが、届け出はどうするのか。

変更後10日以内に変更届を提出下さい。