

事 務 連 絡

平成15年5月30日

都道府県介護保険主管部（局）

介護保険主管課（部）

御中

厚生労働省老健局老人保険課

介護報酬に係る Q&A

介護報酬に係る質問のうち、都道府県等から照会の多いものについて、別添の通り Q&A を作成してましたので送付します。

各位におかれましては、内容御了知の上、市町村、事業者等への周知等をお願いいたします。

なお、別添については、社会福祉・医療事業団ホームページ (<http://www.wam.go.jp/ca70/ca70b20.hrml>) においても掲載する予定です。

訪問介護

(1) 「身体介護」及び「生活援助」の区分

Q1 身体介護について、「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)」とされているが、その具体的な内容について

A1 身体介護は原則として1対1で行われるが、特別な事情により1人の訪問介護員等が複数の利用者に対して同時に行う場合は、全体の所要時間を1回の利用者数で除した結果の利用者1人当たりの所要時間に応じた所定単位数をそれぞれの利用者について算定することとする。全体の所要時間に応じた所定単位数をそれぞれの利用者について算定することはできない。例えば、1人の訪問介護員等が3人の利用者に対して食事介助及び自立生活支援のための見守りの援助を30分にわたり同時に行った場合は、利用者1人当たりの所要時間が10分(=30分÷3人)であり、身体介護中心型(所要時間30分未満)の算定要件である「20分程度以上」を満たさないため、それぞれの利用者について算定できない。

なお、「特別な事情」の具体的な内容は特に規定しておらず、利用者個々人の身体状況や生活実態等に応じて判断されたい。

Q2 通院・外出介助および自立生活支援のための見守りの援助の区分について

A2 通院・外出介助および自立生活支援のための見守りの援助は従来どおり身体介護の区分に含まれる。

身体介護および生活援助(旧家事援助)の具体的な取り扱いは「訪問介護に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日老計10号)を参照すること。

Q3 自立生活支援のための見守りの援助の具体的な内容について

A3 身体介護として区分される「自立生活支援のための見守りの援助」とは自立支援、ADL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守りをいう。単なる見守り・声かけは含まない。

例えば、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助に関連する行為であっても、

- ・ 利用者と一緒に手助けしながら調理を行うとともに、安全確認の声かけや疲労の確認をする
- ・ 洗濯物を一緒に干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行う
- ・ 痴呆性の高齢者の方と一緒に冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより生活歴の喚起を促す
- ・ 車イスでの移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるように援助する

という、利用者の日常生活動作能力(ADL)や意欲の向上のために利用者と共に行う自立支援のためのサービス行為は身体介護に区分される。掃除、洗濯、調理をしながら単に見守り・声かけを行う場合は生活援助に区分される。

また、利用者の身体に直接接触しない、見守りや声かけ中心のサービス行為であっても、

- ・ 入浴、更衣等の見守りで、必要に応じた介助、転倒予防のため声かけ、気分の確認などを行う
- ・ ベッドの出入り時など自立を促すための声かけなど、声かけや見守り中心で必要な時だけ介助を行う
- ・ 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

という介助サービスは自立支援、ADL向上の観点から身体介護に区分される。そうした要件に該当しない単なる見守り・声かけは訪問介護として算定できない。

Q4 「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。」とされているが、その具体的な内容について

A4 これは単なる本人の安否確認や健康チェックは訪問介護として算定できないことを規定しており、例えば、訪問介護事業所を併設した高齢者向け集合住宅における訪問介護の利用実態を想定している。

深夜帯等を含め 24 時間対応するいわゆる巡回型の訪問介護のサービス内容については、一般的には、身体介護を中心とした介護として訪問介護費(身体介護中心型)を算定できる。

Q5 通院・外出介助における受診中の待ち時間の取扱いについて

A5 通院・外出介助における単なる待ち時間はサービス提供時間に含まない。院内の付添いのうち具体的な「自立生活支援のための見守りの援助」は身体介護中心型として算定できる。

なお、院内の付添いなど居宅以外において行われる訪問介護については、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場合に限り認められるため、院内の付添い行為だけをもってして単独行為として算定することはできない。

Q6 訪問介護員である整体療術師等が利用者の居宅を訪問してマッサージを行った場合、身体介護中心型を算定できるか。

A6 訪問介護は、「居宅において介護を受ける者の居宅における、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の世話」(法 7 条 6 項・施行規則 5 条)とされており、訪問介護におけるサービス行為ごとの区分や個々のサービス行為の一連の流れについては、「訪問介護に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 日老計 10 号)に規定されている。

ご指摘のマッサージについては、当該サービス行為を行う者の資格に関わらず、身体介護サービスに含まない。

Q7 訪問介護を1日に数時間組み込み、24 時間のうちの残りの時間を利用者とヘルパーの間で「家政婦」として契約し、いわゆる「住み込み」によるサービス提供を行うことはできるか。

A7 例えば、同一の介護者が同一日に 4 時間は「訪問介護員」、20 時間は「家政婦」として家事や介護のサービスを行う場合は、サービス内容が明確に区分できないため、訪問介護を算定できない。

(2) 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場合の取扱い

Q8 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場合の算定方法について

A8 身体介護に引き続き生活援助を行うなど、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場合については、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し、身体介護中心型に生活援助を加算する方式による。身体介護中心型と生活援助中心型に分けて、それぞれ算定することはできない。

例えば、身体介護50分に引き続き生活援助を30分行った場合は、1回の訪問介護の所要時間は $50 + 30 = 80$ 分であるため、所要時間1時間以上1時間30分未満の訪問介護を算定することとなる。そのうち身体介護の所要時間は50分であるため、所要時間30分以上1時間未満の身体介護に生活援助を加算することとなる。生活援助の加算については、「所要時間1時間以上1時間30分未満(訪問介護全体) - 所要時間30分以上1時間未満(身体介護部分)」として $30 \text{分} \times 1$ となる。

なお、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。

(3) 訪問介護の所要時間

Q9 訪問介護の所要時間について

A9 訪問介護の所要時間については、現に要した時間ではなく、訪問介護計画に位置付けられた内容の訪問介護を行うのに要する標準的な時間とされており、利用者の心身の状況等を踏まえつつ設定する。

訪問介護の所要時間は実際に訪問介護サービスを行った時間に限るため、例えば、交通機関の都合その他訪問介護サービスの必要以外の事由によって利用者の居宅に滞在した場合には、その滞在の時間は訪問介護の所要時間に算入しない。なお、身体介護サービスまたは生活援助サービスを提供する際の事前準備等として居宅において行われるサービス準備・記録等(健康チェック、環境整備など)は訪問介護の所要時間に含まれる。

Q10 「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。」とされているが、その具体的な内容について

A10 これは、所要時間 30 分未満の身体介護中心型のサービス提供に要する時間の下限が明確に規定されていないが、例えば、訪問介護事業所を併設した高齢者向け集合住宅における訪問介護の利用実態を踏まえ、単なる本人の安否確認や健康チェック、声かけなどごく短時間のサービス提供は所要時間 30 分未満の身体介護中心型として算定できないことを規定している。

深夜帯等を含め 24 時間対応するいわゆる巡回型の訪問介護のサービス内容については、一般的には、身体介護を中心とした介護として所要時間 30 分未満の身体介護中心型を算定できる。

Q11 「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。」とされているが、その具体的な内容について。

A11 今回の改正は、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ことを目的としており、在宅の要介護者等の生活パターンに合わせて訪問介護を行うものである。よって、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時間以上とすると規定した。

利用者の事情により、短時間の間隔で複数回の訪問を行う場合は、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。

なお、当該規定は通常の「身体介護中心型」や「生活援助中心型」に適用され、「通院等のための乗車又は降車の介助」に適用されない。

(例)

身体介護 50 分を行い、時間間隔 30 分の後に、生活援助 50 分を行う場合は、身体介護中心型(所要時間 30 分以上 1 時間未満)に生活援助(所要時間 30 分×2)を加算する方式により算定する(身体介護 + 生活援助 所要時間 1 時間 30 分以上 2 時間未満)。身体介護中心型(所要時間 30 分以上 1 時間未満)と生活援助中心型(所要時間 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。

Q12 「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。」にいう「概ね」の具体的な内容について

A12 「概ね」の具体的な内容は特に規定しておらず、利用者個々人の身体状況や生活実態等に応じて判断されたい。

Q13 「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。」とされているが、複数の事業者により提供する場合の取扱いについて

A13 当該取扱いは同一事業者によるサービス提供に限られなく、複数の事業者によるサービス提供にも適用される。(なお、複数の事業者の場合、訪問介護費の分配は事業所相互の合議に委ねられる。)

Q14 「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。」とされているが、複数の事業者により提供する場合の取扱いについて

A14 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は、訪問介護員等の交代の有無に関わらず、1回の訪問介護として算定することとしている。

これは複数の事業者からの複数の訪問介護員等が交代して訪問介護を行う場合にも適用される。(なお、複数の事業者の場合、訪問介護費の分配は事業所相互の合議に委ねられる。)

(4) 生活援助中心型の算定

Q15 生活援助中心型を算定するに当たり、「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。」とされているが、その具体的内容について

A15 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第1表の「生活援助中心型の算定理由」欄に を付す（「3. その他」に を付す場合はその事情の内容について簡潔明瞭に記載する）とともに、居宅サービス計画書第2表の「援助目標（長期目標・短期目標）」、「長期目標」及び「短期目標」に付する「期間」、「サービス内容」欄などについても明確に記載する必要がある。

こうした適切なアセスメント等が行われない場合、当該居宅サービス計画に係る生活援助中心型の訪問介護については、不適正な給付として返還を求め得るものである。

居宅サービス計画書の具体的な記載要領については、「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成11年11月12日老企29号）を参照すること。

(5) 2人の訪問介護員等による訪問介護の取扱い

Q16 2人の訪問介護員等による訪問介護の算定方法について

A16 例えば、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やエレベータのない建物の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など、利用者の状況等により、2人の訪問介護員等によるサービス提供が必要となった場合は、2人の訪問介護員等によるサービス提供時間に応じた所定単位数の100分の200に相当する単位数を算定するため、「2人の介護員等の場合」のサービスコードにより請求する。

ただし、上記の場合において、例えば、2人の訪問介護員等が入浴介助を行い、その後、1人の訪問介護員等が生活援助を行う場合は、2人の訪問介護員等によ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小さく、該当するサービスコードが存在しないため、便宜上、それぞれの訪問介護員等のサービス提供時間に応じて訪問介護員等ごとに所定単位数を算定することとする。

(例)

訪問介護員A 身体介護中心型(入浴介助の所要時間)を算定

訪問介護員B 身体介護中心型に生活援助を加算して算定

また、上記の場合において、2人の訪問介護員等のうちの1人が3級訪問介護員であるために減算される場合は、該当するサービスコードが存在しないため、便宜上、それぞれの訪問介護員等のサービス提供時間に応じて訪問介護員等ごとに「身体介護中心型」を算定することとする。

(例)

訪問介護員A 所定単位数を算定

訪問介護員B 所定単位数の100分の90を算定

こうした取扱いは、該当するサービスコードが存在しないための特例的なものであり、それぞれの訪問介護員等のサービス提供時間に応じて訪問介護員等ごとに算定する場合も、2人の訪問介護員等による訪問介護の算定にかかる要件(利用者の状況等)を満たすことが必要である。

(6) 特別地域加算

Q17 特別地域加算を意識的に請求しないことは可能か。

A17 加算の届出を行っている場合において、利用者負担の軽減を図る趣旨であれば、加算を請求しないということにより対応するのではなく、介護給付費の割引率を都道府県に登録することが原則である。

ただし、利用者の居宅が特別地域外に所在するなど特別な事情がある場合には、利用者負担の軽減を図るために、当該利用者について特別地域加算を意識的に請求しないことはできる。

(7) 通院等のための乗車又は降車の介助

Q18 「通院等のための乗車又は降車の介助」を算定する事業所の体制等に係る届出について

A18 「通院等のための乗車又は降車の介助」を算定する事業者は新たに体制等の届出を行う必要がある。また、新たに体制等の届出を行わない事業所が「通院等のための乗車又は降車の介助」と同じ内容のサービスを行う場合は「身体介護中心型」を算定することはできない。

なお、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)を要しかつ手間の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とされているが、これは「通院等のための乗車又は降車の介助」を算定する事業者を前提としていることから、この場合も、新たに体制等の届出を行う必要がある。

Q19 「通院等のための乗車又は降車の介助」を算定するに当たり、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出」において、事業所の指定において求められる「市町村意見書」を添付しなくてもよいか。

A19 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出」において、訪問介護の「施設等の区分」については、事業所の運営規程において定める「指定訪問介護の内容」に従って記載することとされている。

「介護給付費算定に係る体制等に関する届出」において「市町村意見書」の添付は求めているが、届出の内容は事業所の運営規程において定める「指定訪問介護の内容」に合致していなければならない。

Q20 要支援者に対する「通院等のための乗車又は降車の介助」について

A20 「通院等のための乗車又は降車の介助」を算定できる利用者は要介護者に限られる。

ただし、要支援者に付き添い、バス等の公共交通機関を利用して移送中の気分の確認も含めた通院・外出介助を行った場合には、従来どおり、「身体介護中心型」を算定できる。

Q21 往路は家族等が対応し、復路は「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るか。

A21 「通院等のための乗車又は降車の介助」は片道につき算定する。したがって、所定の算定要件を満たす場合は復路について算定できる。

Q22 1日に複数の医療機関を受診する場合に、医療機関から医療機関への移送に伴う介護について「通院等のための乗車又は降車の介助」を算定できるか。

A22 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。したがって、医療機関から医療機関への移送に伴う介護については、「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。

Q23 公共交通機関による通院・外出介助について

A23 要介護者又は要支援者に付き添い、バス等の公共交通機関を利用して移送中の気分の確認も含めた通院・外出介助を行った場合には、従来どおり、「身体介護中心型」を算定できる。なお、タクシーも公共交通機関に含まれる。

Q24 通院等のための乗車・降車の介助の前後に連続して行われる外出に直接関連する身体介護(移動・移乗介助、身体整容・更衣介助、排泄介助等)は別に算定できるのか。

A24 「通院等のための乗車又は降車の介助」の前後に連続して行われる行為のうち、外出に直接関連する身体介護(移動・移乗介助、身体整容・更衣介助、排泄介助等)については、

- ・ 居室内での準備や通院先での院内の移動等の介助など、通院等のための乗降介助の前後に連続して行われる身体介護の所要時間や内容に関わらず、「身体介護中心型」を算定できず、「通院等のための乗車又は降車の介助」を算定することになる。
- ・ ただし、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)を要しかつ手間のかかる、外出に直接関連する身体介護を行う場合に限り、その所要時間(運転時間を控除する)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」の所定単位数を併せて算定することはできない。

(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。

Q25 いわゆる介護タクシーにおける受診中の待ち時間の取扱いについて

A25 「通院等のための乗車又は降車の介助」は通院等のための外出に直接関連する身体介護の一連のサービス行為を包括評価しているため、通院先での受診中の待ち時間については、待ち時間の長さや待ち時間における介護の内容に関わらず、「通院等のための乗車又は降車の介助」を算定することになり、別に「身体介護中心型」を算定できない。

Q26 「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)を要しかつ手間の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。」にいう「前後の所要時間」について

A26 要介護4又は要介護5の利用者に対して「身体介護中心型」を算定するためには、通院等のための乗車・降車の介助を行うことの前または後に連続して行われる手間のかかる、外出に直接関連する身体介護の所要時間は20～30分程度以上を要する。このとき、前後の所要時間を通算できない。

(なお、「身体介護中心型」を算定する場合の算定対象時間は運転時間を控除して前後の所要時間を通算する。)

(例)

例 は乗車前に20分の「外出に直接関連する身体介護」を行っているため、身体介護中心型として算定できる。乗車前及び降車後の所要時間を通算して25分の身体介護として身体介護中心型(所要時間30分未満)を算定する。

例 は乗車前又は降車後に20～30分程度以上の「外出に直接関連する身体介護」を行っていないため、身体介護中心型として算定できず、「通院等のための乗車又は降車の介助」を算定する。

移乗・移動 介助	乗車介助	運転	降車介助	移乗・移動 介助	
20分			5分		身体介護中心型を 算定可
10分			10分		身体介護中心型を 算定不可

Q27 通院等のための乗降介助の前後に連続して行われる外出に直接関連しない身体介護(入浴介助・食事介助等)や生活援助(調理・清掃等)は別に算定できるのか。

A27 「通院等のための乗車又は降車の介助」の前後に連続して行われる行為のうち、外出に直接関連しない身体介護(入浴介助・食事介助等)については、その所要時間が30分～1時間程度以上を要しかつ身体介護が中心である場合に限り、外出に直接関連しない身体介護及び通院・外出介助を通算した所要時間(運転時間を控除する)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。

また、生活援助については、当該生活援助の所要時間が所定の要件を満たす場合に限り、その所要時間に応じた「生活援助中心型」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る。

Q28 通院・外出介助において、利用者の状況等により、2人の訪問介護員等によるサービス提供が必要となった場合の取扱いについて

A28 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は、当該訪問介護員等は「身体介護中心型」を算定するが、このとき、当該車両を運転するもう1人の訪問介護員等は、サービス行為の所要時間や内容に関わらず、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。

ただし、例えば、重度の要介護者であって、体重が重い利用者に重介護を内容とする訪問介護を提供する場合やエレベータのない建物の2階以上の居室から外出させる場合など、利用者の状況等によりやむを得ずに2人の訪問介護員等によるサービス提供が必要となった場合に限り、2人の訪問介護員等によるサービス提供時間に応じた「身体介護中心型」の100分の200に相当する単位数を算定できる。また、上記の場合において、例えば、2人の訪問介護員等が移動介助・乗車介助を行い、その後、1人の訪問介護員等が移送中の介護も含めた介護行為を行う場合は、2人の訪問介護員等によ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小さいため、それぞれの訪問介護員等のサービス提供時間に応じて訪問介護員等ごとに「身体介護中心型」を算定できる。

Q29 別に同乗する訪問介護員等が「通院等のための乗車又は降車の介助」のみを行い、移送中に介護を全く行わない場合の取扱いについて

A29 車両を運転する訪問介護員等とは別に訪問介護員等が同乗する場合であっても、当該同乗する訪問介護員等が「通院等のための乗車又は降車の介助」のみを行い、移送中の気分の確認など移送中に介護を全く行わない場合については、「通院等のための乗車又は降車の介助」と実質的に同じ内容のサービスであるので、「通院等のための乗車又は降車の介助」を算定することとし、「身体介護中心型」は算定できない。

Q30 居宅サービス計画に「通院等のための乗車又は降車の介助」を位置付けるときに、アセスメントが適切に行われていない場合の取扱いについて

A30 「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、居宅サービス計画に位置付ける必要があると規定されており、こうしたアセスメントが行われていない場合、「通院等のための乗車又は降車の介助」は不適正な給付として返還を求め得るものである。

訪問看護

(1) 緊急時訪問看護加算

Q1 緊急時訪問看護加算について、当該月において利用者が一度も計画的な訪問看護を受けていない時点で緊急時訪問を受け、その直後に入院したような場合に、当該緊急時訪問の所要時間に応じた所定単位数の訪問看護費と緊急時訪問看護加算をそれぞれ算定できるか。

A1 緊急時訪問加算について、体制にかかる部分と実際の訪問にかかる部分を別に算定することとした。当該体制は1月を通じて整備される必要がある。

緊急時訪問看護加算は、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に加算されるものであるため、第1回目の訪問が訪問看護計画に位置づけられていない緊急時訪問である場合も加算できる。(当該月に介護保険の給付対象となる訪問看護を行っていない場合に当該加算のみを算定することはできない。)

なお、緊急時訪問を行った場合は、当該訪問の所要時間に応じた訪問看護費を算定することになる。この場合、夜間・早朝・深夜の加算は算定されない。(緊急時訪問看護加算を算定する事業所においても、当初から計画されていた夜間・早朝、深夜の訪問については当該加算を算定できる。)

Q2 緊急時訪問看護加算における24時間連絡体制の具体的な内容について

A2 当該訪問看護ステーション以外の施設又は従事者を經由するような連絡体制に係る連絡相談体制及び訪問看護ステーション以外の者が所有する電話を連絡先とすることは認められない。

Q3 緊急時訪問看護加算について、訪問看護を行う医療機関において、当該医療機関の管理者である医師が緊急時に対応する場合に当該加算を算定できるか。

A3 緊急時訪問看護加算に係る連絡相談を担当する者は、原則として、当該訪問看護ステーションの保健師、看護師とし、勤務体制等を明確にすることとされているが、病院又は診療所の場合に限り、医師が対応してもよい。

(2) 特別管理加算

Q4 特別管理加算の対象者のうち「ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態」とされているが、流動食を経鼻的に注入している者について算定できるか。

A4 算定できる。

Q5 複数の事業所から訪問看護を利用する場合の特別管理加算について、「その配分は事業所相互の合議に委ねられる」とされているが、その具体的な内容について

A5 特別管理加算については、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できるが、複数の訪問看護事業所が関わっている場合は、1か所の事業所が加算を請求した後に、事業所間で協議して、各事業所の特別管理に係る業務の比重に応じて当該請求に係る収入を按分することになる。

Q6 特別管理加算を算定するためには、緊急時訪問看護加算を算定することが要件であるか。

A6 特別管理加算の算定について、緊急時訪問看護加算の算定は要件ではないが、特別管理加算の対象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その他必要な体制を整備していることがのぞましい。

Q7 理学療法士等による訪問看護のみを利用する利用者について特別管理加算は算定できるか。

A7 特別管理加算については、別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者に対して、当該状態に係る計画的な管理を行った場合に算定するとされており、訪問看護ステーションの理学療法士等によるリハビリテーションを中心とした訪問看護のみを利用する利用者については、そうした計画的な管理が行われているとは想定されないため、一般的には、当該加算は算定できない。

(3) ターミナルケア加算

Q8 介護保険の訪問看護の対象者が、急性増悪等により「特別訪問看護指示書」の交付を受けて医療保険の訪問看護を利用していた期間に死亡した場合の算定方法について

A8 死亡前24時間以内の訪問看護が医療保険の給付対象となる場合は、「ターミナルケア療養費」として医療保険において算定する。

Q9 ターミナルケアを行った日が月の月末であって、利用者の死亡月がその翌月である場合の取扱いについて

A9 ターミナルケアを行った日が月の月末であって、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。ターミナルケア加算のみを当該翌月に請求することはしない。

(4) 特別地域加算

Q10 訪問看護の緊急時訪問看護加算、特別管理加算およびターミナルケア加算の単位数については特別地域加算の算定対象となるか。

A10 算定対象とならない。

(5) その他

Q11 サービス提供時間が1時間30分を超過する場合の費用の算定方法について

A11 1時間30分を超過する部分については、訪問看護ステーションが定めた利用料を徴収できる。

Q12 痴呆対応型共同生活介護の利用者が急性増悪等により訪問看護を利用した場合の取扱いについて

A12 急性増悪等により訪問看護が必要となり、医師の指示書および特別訪問看護指示書の交付を受けて、訪問看護ステーションから訪問看護を行った場合は、指示の日から14日間を上限として、医療保険において訪問看護療養費を算定できる。医療機関においては在宅患者訪問看護・指導料を算定できる。

なお、特定施設入所者生活介護の利用者についても同様の取扱いである。

Q13 老人保健施設や介護療養型医療施設の退所・退院した日においても、特別管理加算の対象となりうる状態の利用者については訪問看護が算定できることになったが、他の医療機関を退院した日についても算定できるか。

A13 算定できる。

Q14 医療保険による訪問診療を算定した日において、介護保険による訪問看護、訪問リハビリテーションを行った場合、医療保険と介護保険についてそれぞれ算定できるか。

A14 医療保険による訪問診療を算定した日において、介護保険による訪問看護、訪問リハビリテーションが別の時間帯に別のサービスとして行われる場合に限りそれぞれ算定できる。

Q15 医療保険適用病床の入院患者が外泊中に介護保険による訪問看護、訪問リハビリテーションを算定できるか。

A15 医療保険適用病床の入院患者が外泊中に受けた訪問通所サービスは介護保険による算定はできないため、ご指摘の場合は算定できない。

Q16 利用者が末期がん患者や神経難病など難病患者等の場合の取扱いについて

A16 利用者が末期がん患者や難病患者等の場合は、訪問看護はすべて医療保険で行い、介護保険の訪問看護費は算定できない。

Q17 2ヶ所以上の訪問看護ステーションを利用する場合の医師の指示書について

A17 2ヶ所以上の訪問看護ステーションからの訪問看護を利用する場合は、医師の指示書が各訪問看護ステーションごとに交付される必要がある。ただし、訪問看護指示料は1人1月1回の算定となる。

訪問リハビリテーション

(1) 通則

Q1 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する場合の取扱いについて

A1 訪問リハビリテーションは、別の医療機関の医師から情報提供を受けて実施することができるが、この場合は、訪問リハビリテーションを利用する患者(患者の病状に特に変化がないものに限る。)に関し、訪問診療を行っている医療機関が、患者の同意を得て、当該患者に対して継続して訪問リハビリテーションを行っている医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供を行った医療機関において、当該診療情報提供の基礎となる診療のあった日から1月以内に行われた場合に算定できるものである。

この場合における訪問リハビリテーション計画は、情報提供を受けた医療機関の医師の診療に基づき作成されるものであることから、当該情報提供を受けた医療機関の医師がPTに訪問リハビリテーションの指示を出すこととなる。

Q2 老人保健施設が行う訪問リハビリテーションの取扱いについて

A2 老人保健施設が行う訪問リハビリテーションは、指示を行う老人保健施設の医師が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できる。

また、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することができるが、この場合は、訪問リハビリテーションを利用する患者(患者の病状に特に変化がないものに限る。)に関し、訪問診療を行っている医療機関が、患者の同意を得て、当該患者に対して継続して訪問リハビリテーションを行っている介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供を行った医療機関において、当該診療情報提供の基礎となる診療のあった日から1月以内に行われた場合に算定できる。

なお、訪問リハビリテーション計画は、老人保健施設の医師の診療に基づき作成される必要があるが、この診療とは、訪問リハビリテーション計画の作成に要する診療行為であり、老人保健施設又は利用者の居宅において行われる。

Q3 「リハビリテーション実施計画書」の作成に係る取扱いについて

A3 訪問リハビリテーションは、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。したがって、指示を行う医師の診療、実施した訪問リハビリテーションの効果・実施方法等についての評価等を踏まえ、医師の医学的判断に基づき適切に作成され、定期的に見直し等が行われるべきものである。

(2) 日常生活活動訓練加算

Q4 日常生活活動訓練加算の算定期間の起算日について

A4 日常生活活動訓練加算は、退院又は退所の日から起算して6月以内の期間にある利用者を対象とし、退院(退所)後早期に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に行われるものであり、入退院を繰り返している場合や同月内に退院又は退所した場合についても、当該退院(退所)の日から起算して6月以内に行われた場合に算定する。

なお、平成15年4月1日以前の退院(退所)の日についても、当該日から起算する。

Q5 日常生活活動訓練加算について、退院(退所)の日から6月以内に算定できるが、

入院(入所)が必要となった疾病等の要件はあるか。

検査入院の場合はどうか。

A5 日常生活活動訓練加算は、退院(退所)後早期に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に行われるものであり、疾病等の要件は規定していない。利用者の生活機能の改善に向けた意向を踏まえつつ、当該訓練を必要とする利用者に適切に行われなければならない。

検査入院による安静等により、新たに日常生活活動訓練を必要とする状態が生じたかどうかの判断は、訪問リハビリテーション事業所の医師の医学的判断による。

居宅療養管理指導

Q1 医師・歯科医師の居宅療養管理指導について、1人の利用者についてそれぞれ月2回まで算定できるとされたが、その具体的な内容について

A1 1人の医師及び1人の歯科医師のみが、1人の利用者について1月に2回居宅療養管理指導を算定できる。複数の医師、複数の歯科医師による算定は原則としてできないが、主治の医師または歯科医師がやむを得ない事情により訪問できない場合については、同一医療機関の医師・歯科医師が代わりに訪問して指導を行った場合も算定できる。

Q2 医師・歯科医師の居宅療養管理指導の算定日について、例えば、ある月に5回訪問診療があり、そのいずれの場合も居宅療養管理指導を行った場合に、月2回居宅療養管理指導を算定しようとする場合の算定日は、事業者の任意で、5回の訪問診療の日のうちのいずれの日から選んでもよいか。

A2 医師・歯科医師の居宅療養管理指導については、1日の訪問診療又は往診につき1回のみ算定できる。当該月の訪問診療または往診が3日以上ある場合は、当該の日のうち、主たる管理指導を行った2回の訪問診療または往診の日とする。

Q3 医師・歯科医師の居宅療養管理指導における居宅介護支援事業者又は居宅サービス事業者等に対する情報提供の取扱いについて

A3 居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者等への情報提供の方法や時期については特に規定しておらず、必ずしも文書で行う必要はないが、介護サービス計画の策定等に必要な情報はできるだけ早急に提供されるべきである。

Q4 歯科衛生士等が行う居宅療養管理指導において、月の途中から給付が医療保険から介護保険へ変更される場合の取扱いについて

A4 月の途中から給付が医療保険から介護保険へ変更される場合、1月当たりの算定回数については、同一医療機関において、両方の保険からの給付を合算した回数で制限回数を考慮する。ご指摘の場合は、月の1回目は医療保険において550点を算定し、2回目以降については介護保険で300単位を算定することとなる。介護保険から医療保険へ変更される場合も同様である。

薬局の薬剤師が行う居宅療養管理指導についても同様の取扱いである。

Q5 複数の事業所の歯科衛生士等が居宅療養管理指導を行う場合の算定方法について

A5 歯科衛生士等が行う居宅療養管理指導は、原則として同一の事業所において算定するが、複数の事業所から行う場合は、最初に行った事業所は「初回」、その後に行った事業所は「2回以降」として算定する。

薬局の薬剤師が行う居宅療養管理指導についても同様の取扱いである。

Q6 訪問診療を算定した同一日における薬剤師等の居宅療養管理指導の算定について

A6 医療保険による訪問診療を算定した日において、医療機関の薬剤師・管理栄養士の居宅療養管理指導を算定できない。ただし、医療機関の薬剤師・管理栄養士の居宅療養管理指導を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合についてはこの限りでない。

通所サービス(共通事項)

(1) 通所サービスの所要時間

Q1 6時間以上8時間未満の単位のみを設定している通所介護事業所において、利用者の希望により、4時間以上6時間未満のサービスを提供することはできるか。

A1 4時間以上6時間未満のサービスを受ける利用者が6時間以上8時間未満のサービスの一部を受けるのではなく、4時間以上6時間未満のサービスの中で通所介護計画が適切に作成され、利用者にとって必要なサービスが提供される場合は、提供できる。

Q2 「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。」とされているが、その具体的な内容について

A2 通所サービスの所要時間については、現に要した時間ではなく、通所サービス計画に位置づけられた内容の通所サービスを行うための標準的な時間によることとされている。

こうした趣旨を踏まえ、6～8時間のサービスの通所介護計画を作成していた場合において、当日の途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず5時間でサービス提供を中止した場合に、当初の通所介護計画による所定単位数を算定してもよいとした。(ただし、利用者負担の軽減の観点から、4時間以上6時間未満の所定単位数を算定してもよい。)こうした取扱いは、6～8時間のサービスのプログラムが個々の利用者に応じて作成され、当該プログラムに従って、単位ごとに効果的に実施されている事業所を想定しており、限定的に適用されるものである。

当初の通所介護計画に位置づけられた時間よりも大きく短縮した場合は、当初の通所介護計画を変更し、再作成するべきであり、変更後の所要時間に応じた所定単位数を算定しなければならない。

(例)

利用者が定期健診などのために当日に併設保険医療機関の受診を希望することにより5時間程度のサービスを行った場合には、利用者の当日の希望を踏まえて当初の通所サービス計画を変更し、再作成するべきであり、5時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。

利用者の当日の希望により3時間程度の入浴のみのサービスを行った場合には、利用者の当日の希望を踏まえて当初の通所サービス計画を変更し、再作成するべきであり、3時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。

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1～2時間で中止した場合は、当初の通所サービス計画に位置づけられた時間よりも大きく短縮しているため、当日のキャンセルとして通所サービスは算定できない。

Q3 緊急やむを得ない場合における併設医療機関(他の医療機関を含む)の受診による通所サービスの利用の中止について

A3 併設医療機関等における保険請求が優先され、通所サービスについては変更後の所要時間に応じた所定単位数を算定しなければならない。

(2) 延長加算

Q4 延長加算の所要時間について

A4 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事業所において、実際に延長サービスを行ったときに、当該利用者について算定できる。

通所介護の所要時間と延長サービスの所要時間の通算時間が8時間以上となるときに1時間ごとに加算するとしているが、ごく短時間の延長サービスを算定対象とすることは当該加算の趣旨を踏まえれば不適切である。

Q5 延長加算と延長サービスにかかる利用料の関係について

A5 通常要する時間を超えた場合にかかる利用料については、サービス提供時間が8時間未満において行われる延長サービスやサービス提供時間が10時間以上において行われる延長サービスについて徴収できる。また、サービス提供時間が10時間未満において行われる延長サービスについて新設の延長加算にかえて徴収できる。このとき、当該延長にかかるサービス提供について届出は必要ない。

ただし、同一時間帯について延長加算に加えて利用料を上乗せして徴収することはできない。

(参考) 延長加算の算定および利用料の徴収の可否

例 ・ は8時間を超える部分(2時間分)を算定できる。例 は延長加算にかかる時間帯のうち、8時間を超える部分(1時間分)のみ算定できる。

サービス提供時間	～6	6～7	7～8	8～9	9～10
例	介護報酬			延長加算	
例	介護報酬	利用料	延長加算		
例	介護報酬	延長加算	利用料		

Q6 延長加算に係る延長時間帯における人員配置について

A6 延長サービスにおける日常生活上の世話とは、通常の通所サービスに含まれるものではなく、いわゆる預かりサービスなどを、事業所の実情に応じて適当数の従業者を置いて行うものである。

よって、延長加算の時間帯は人員基準上の提供時間帯に該当しない。複数の単位の利用者を同一の職員が対応することもできる。

Q7 延長加算に係る延長時間帯における食事提供加算・入浴介助加算や個別リハビリテーションの算定について

A7 延長加算の時間帯は人員基準上の提供時間帯に該当しないため、食事提供加算・入浴介助加算や個別リハビリテーションは算定できない。なお、延長加算の時間帯の後に送迎サービスを行った場合は送迎加算は算定できる。

Q8 延長加算に係る届出について

A8 延長加算については、「実際に利用者に対して延長サービスが行うことが可能な場合」に届出できると規定されている。よって、延長サービスに係る従業者の配置状況が分かる書類などを添付する必要はない。

(3) 送迎加算

Q9 近距離であるため、職員が、徒歩により送迎を行った場合に、送迎加算を算定できるか。

A9 送迎加算は送迎車による送迎の実施を評価しているため、従来どおり算定できない。

Q10 事業所職員が迎えに行ったが、利用者の体調不良により当日のキャンセルとなった場合、送迎加算は算定できるか。

A10 当日のキャンセルとして通所介護費は算定できないため、送迎加算についても算定できない。

(4) 併設医療機関の受診の場合の取扱い

Q11 通所サービスと併設医療機関の受診について

A11 通所サービスのサービス提供時間帯における併設医療機関の受診は緊急やむを得ない場合を除いて認められない。また、サービス開始前又は終了後の受診は可能であるが、一律に機械的に通所サービスの前後に組み入れることは適切でなく、当日の利用者の心身の状況、通所サービス計画の見直し等の必要性に応じて行われるべきものである。

Q12 通所サービスの前後に併設医療機関を受診した場合の延長加算について

A12 通所サービスと併設医療機関における受診は別の時間帯に行われる別のサービスであることから、通所サービス前の受診前の時間帯に延長サービスを行った場合も、通所サービス後の受診後の時間帯に延長サービスを行った場合も、当該延長サービスは通所サービスに係る延長サービスとみなされず、当該加算を算定できない。

(参考) 延長加算の算定の可否

例 は通所サービス後の延長サービスに限り算定できる。例 は通所サービス前の延長サービスに限り算定できる。

例	延長加算 ×	診察	通所サービス	延長加算
---	--------	----	--------	------

例	延長加算	通所サービス	診察	延長加算 ×
---	------	--------	----	--------

Q13 通所サービスの前後に併設医療機関を受診した場合の送迎加算について

A13 通所サービスと併設医療機関における受診は別の時間帯に行われる別のサービスであることから、通所サービス前の受診前の時間帯に送迎サービスを行った場合も、通所サービス後の受診後の時間帯に送迎サービスを行った場合も、当該送迎サービスは通所サービスに係る送迎サービスとみなされず、当該加算を算定できない。

なお、延長サービス終了後の送迎加算については算定できる。

(参考) 送迎加算の算定の可否

例 は通所サービス後の送迎サービスに限り算定できる。例 は通所サービス前の送迎サービスに限り算定できる。例 は通所サービスの前後の送迎サービスを算定できる。

例	送迎加算 ×	診察	通所サービス	送迎加算
---	--------	----	--------	------

例	送迎加算	通所サービス	診察	送迎加算 ×
---	------	--------	----	--------

例	送迎加算	通所サービス	延長加算	送迎加算
---	------	--------	------	------

通所介護

(1) 併設事業所

Q1 通所介護の「併設されている」の意義について

A1 「併設されている」とは、特別養護老人ホーム等と同一の建物内に事業所がある場合のほか、同一敷地内、隣接又は近接する敷地(ここでいう「近接」とは併設本体施設の管理者が支障なくその管理業務を兼務できると認められる範囲をいう。)に事業所がある場合を含む。

例えば、併設本体施設と通所介護事業所が別法人である場合には、物理的に同一敷地内にあっても、併設しているとみなされず、単独型の単位数を算定できる。

また、併設本体施設と通所介護事業所が同一法人である場合には、管理者や従事者が独立して配置されていても、あるいは、施設や設備の共用がなくても、併設の要件に合致すれば、併設型の単位数を算定する。

(2) 痴呆専用型通所介護

Q2 痴呆専用型通所介護は、看護職員又は介護職員を1名追加して配置する必要があるが、提供時間帯を通じて専ら通所介護の提供に当たる必要はないか。

A2 厚生労働大臣が定める施設基準において、痴呆専用型通所介護事業所は、人員基準に定める看護職員又は介護職員の員数に加えて、専ら通所介護を行う看護職員又は介護職員を1名以上置いているよう規定されている。

よって、当該看護職員又は介護職員については、専ら通所介護の提供に当たる必要はあるが、提供時間帯を通じて専従する必要はない。

(3) 機能訓練体制加算

Q3 今回、通所介護に係る看護職員の人員基準が改正されたが、通所介護事業所の看護職員が専ら機能訓練指導員の職務に従事して機能訓練体制加算を算定する場合の取扱いについて

A3 機能訓練体制加算は、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名以上配置している場合について算定されるものであるが、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、当該職務に従事する時間は、通所介護事業所の看護職員としての勤務時間に含めない。

例えば、通所介護事業所の看護職員が1名であり、当該看護職員が機能訓練指導員の職務と看護職員としての職務に従事する場合は、以下のように、機能訓練指導員の職務に従事する時間と看護職員として従事する時間が区分されているときは、機能訓練体制加算を算定できる。また、通所介護の看護職員の人員基準も満たしているため、人員基準欠如減算は適用されない。

(例)

看護職員 A	併設施設に従事	通所介護の機能訓練に従事	通所介護に従事	併設施設に従事
--------	---------	--------------	---------	---------

なお、併設施設には他の看護職員は置かれていない。

また、例えば、複数単位の通所介護事業所の看護職員が1名であり、当該看護職員がそれぞれの単位において機能訓練指導員の職務と看護職員としての職務に従事する場合は、以下のように、機能訓練指導員の職務に従事する時間と看護職員として従事する時間が区分されているときは、機能訓練体制加算を算定できる。また、通所介護の看護職員の人員基準も満たしているため、人員基準欠如減算は適用されない。

(例)

看護職員 A	単位 に従事	単位 の機能訓練に従事			単位
			単位 に従事	単位 の機能訓練に従事	単位

通所リハビリテーション

(1) 個別リハビリテーション

Q1 個別リハビリテーションの具体的内容について

A1 個別リハビリテーション加算は、在宅生活の継続を目的として、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に理学療法、作業療法、言語聴覚療法を1人の利用者に対して1人の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が個別に20分以上訓練を行った場合に算定できるものである。したがって、関節可動域訓練、筋力強化訓練、基本動作訓練等の運動療法のみを行う場合は算定対象とならず、リハビリテーション実施計画書に記載されている実用歩行訓練や日常生活活動の向上訓練を組み合わせる必要がある。

Q2 基本動作訓練や実用歩行訓練等の日常生活訓練等として、食事中に食事の個別訓練を行った場合や入浴中に個別訓練を行った場合も、個別リハビリテーション加算の算定対象となるのか。

A2 ご指摘のように食事中に食事の個別訓練を行った場合や入浴中に個別訓練を行った場合が算定対象となるかどうかは、当該リハビリテーションにより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が見込まれるかどうか、個々の事例に応じて判断する必要がある。

なお、仮に個別リハビリテーションを算定できる場合、食事加算、入浴加算も併せて算定できる。また、食材料費も徴収できる。

Q3 個別リハビリテーションの算定対象となる理学療法に物理療法(温熱療法、マッサージ等)は含まれるか。

A3 物理療法(温熱療法、マッサージ等)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を図るための直接的な訓練ではないため、個別リハビリテーションの算定対象とならない。

Q4 個別リハビリテーションに算定対象となる作業療法に農耕や園芸といった作業等は含まれるのか。

A4 個別リハビリテーションの算定対象となる作業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向上を図るための実用歩行訓練・活動向上訓練といった直接的な訓練を行う場合とされていることから、この趣旨に沿って行われる個別的な作業活動に限られる。例えば農耕や園芸といった作業等は算定対象とならない。

Q5 1人の理学療法士等が1人の利用者に対して1日 20分以上実施することが算定要件であるが、複数回にわたる場合の取扱いについて

A5 個別リハビリテーションは1回20分以上を標準とするが、複数回にわたる場合は、理学療法士等は同一の者でなくても算定できる。ただし、理学療法士と作業療法士等職種が異なる場合は、合計が20分を超えても算定できない。

例えば、3人の利用者に対して1対1で10分以上のリハビリテーションを順次に行うプログラム(計30分以上)を2回にわたり実施する場合も、1人の利用者に対して合計で20分以上実施しているために算定できる。

Q6 「医師の指導監督のもと、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行ったものについて算定する」とされているが、その具体的内容について

A6 「医師の指導監督のもと、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行ったものについて算定する」という趣旨は、常に当該個別リハビリテーションの実施に際し医師が立ち会うことを意味するものではないが、必要な場合には必要な診療が行われる体制が確保されてなければならない。

なお、通所リハビリテーションは、当該事業所の医師の指示および通所リハビリテーション計画に基づき行われるものであり、当該事業所以外の主治医の指示により、実施することはできない。個別リハビリテーションの対象者について主治医がいる場合は、当該主治医の意見も踏まえ、通所リハビリテーション事業所の医師が判断する。

Q7 専任の医師が直接訓練を行った場合も算定できるが、その場合の算定要件について

A7 1人の利用者1人に対して個別に 20 分以上実施することを要する。

Q8 1人の利用者に対して個別リハビリテーションを1日に2回以上行った場合はそれぞれ算定できるか。

A8 算定できない。個別リハビリテーションは、その訓練内容にかかわらず、1人の利用者に対して1日に1回を限度として算定できる。

Q9 利用者が当該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の治療等のために入院した病院から退院した退院日から起算して1年以内の場合は130単位を算定できるが、当該起算日の取扱いについて

同じ症状で入退院を繰り返す場合

検査入院の場合

介護老人福祉施設を退所した場合

短期入所サービスを利用した場合

A9 現に個別リハビリテーションの対象となる状態が、どの時点における当該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のための入院によるかの判断は、通所リハビリテーション事業所の医師の医学的判断による。

なお、個別リハビリテーション加算として130単位を算定する場合は、介護給付費請求書摘要欄に、病院、診療所又は介護保険施設から退院(所)した年月日を記載する。また、一般的に、介護給付費請求書に記載する事項の根拠となる事項は、診療録に記載されるものとする。

同じ症状で入退院を繰り返すことにより、新たに個別リハビリテーションを必要とする状態が生じた場合は、入退院ごとに起算するが、機械的に直近の入院からの退院日が算定の基準日となるものではない。なお、現に(新たに)個別リハビリテーションを必要とする状態の原因となる疾患等は、疾患、診療科の限定はない。

検査入院による安静等により、新たに個別リハビリテーションを必要とする状態が生じた場合は、当該検査入院は当該状態の原因となった治療等のための入院に該当する。

一般的に、介護老人福祉施設、痴呆対応型共同生活介護および特定施設入所者生活介護は、個別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の治療を行うことを目的として入所することは想定されないことから、当該施設等からの入退所は状態の原因となった疾患等の治療等のための入退所に該当しない。

一般的に、介護保険施設のショートステイは、個別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の治療等を行うことを目的として入所することは想定されないことから、状態の原因となった疾患等の治療等のための入所に該当しない。

Q10 利用者が当該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の治療等のために入院した病院から退院した退院日から起算して1年以内の場合は 130 単位を算定できるが、当該退院日の確認方法について

A10 退院(所)日の確認は、通所リハビリテーション事業所において、利用者が退院・退所した医療機関や施設に当該利用者の入院・入所履歴を問い合わせ確認するほか、利用者が保有する介護保険被保険者証、老人医療受給者証、健康手帳等により確認できる場合は、これによっても差し支えない。

Q11 個別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書は「別紙様式又はこれに準ずるもの」とされているが、その具体的内容について

A11 リハビリテーション実施計画書に準ずるものの内容は別紙様式の主な項目の内容を網羅している必要がある。

Q12 個別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書について

A12 通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーションを実施する場合、報酬算定上、リハビリテーション実施計画書を作成・説明することが必要となる。なお、個別リハビリテーション実施計画書の内容を含む通所リハビリテーション計画を作成する場合は、当該計画書による一括した説明・交付でも差し支えない。

Q13 個別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画の見直しは、必ず3ヶ月に1回行わなければならないか。

A13 個別リハビリテーションを行う場合は、開始時及びその後3ヶ月に1回以上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、記録する必要がある。

Q14 個別リハビリテーションの実施場所について

A14 屋外歩行訓練などを通所リハビリテーション事業所の敷地外で行うことができる。

Q15 個別リハビリテーションの算定に必要な器械・器具について

A15 個別リハビリテーションを行うために必要な器具・器械は事業所として具備している必要がある。また、具備されている器具・器械の使用については、リハビリテーション実施計画書に基づき、個々の利用者の状態像に応じたリハビリテーションの実施に必要なものを使用する必要がある。

Q16 個別リハビリテーションの算定に必要な器械・器具の共用について

A16 個別リハビリテーションを行うために必要な器械、器具は専用のものを備える必要がある。ただし、通所リハビリテーション事業所が病院、診療所、介護老人保健施設に併設されている場合にあつては、それぞれの施設・事業所におけるサービスの提供に支障がない場合に限り、当該器械・器具の共用は認められる。

Q17 個別リハビリテーションの届出に係る従事者について

A17 個別リハビリテーションについては、厚生労働大臣が定める施設基準(厚生省告示第26号)第2号に適合するものとして都道府県知事に届出を行う必要があり、当該加算の利用者数が、上記届出に係る医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものである場合に限り算定できる。したがって、当該届出に従事者数として計上されている医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士以外のものは個別リハビリテーション加算を算定することはできない。

なお、当日の通所リハビリテーションの単位に勤務予定であった職員が当該単位に従事できなくなった場合における職員配置については、個々の利用者の通所リハビリテーション計画に基づくサービスが適切に提供されるように単位ごとの状況に応じて判断する。

通所リハビリテーションの人員基準に係る経過措置によることとした事業者についても、当該施設基準を満たすものとして届出をした事業者は当該加算を算定できるが、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が全く配置されていない場合は、当該加算に係る施設基準を満たさないために算定できない。

(2) 食事提供加算

Q18 利用者が経管栄養のための濃厚流動食を持ち込んでいる場合に算定できるか。

A18 食事加算は調理者、栄養士等の人件費など食事提供に要する費用を評価した加算であるため、単に自宅から既製の経管栄養のための濃厚流動食を持ち込んだ場合や併設病院から経管栄養のための濃厚流動食を購入した場合は算定できない。

(3) 通所リハビリテーション計画作成等加算

Q19 老人保健施設における通所リハビリテーションの利用予定者に対して、利用開始前に事前に訪問指導する場合は算定できるか。

A19 事前に訪問指導した場合は、実際に通所リハビリテーションを利用した月に限り算定できる。

(4) 人員基準を満たさない場合の取扱い

Q20 通所リハビリテーションにおける理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が人員基準を満たさない場合の減算方法について

A20 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が常勤換算方法で0.2人以上勤務していることを要するものであり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が常勤換算方法で0.2以上勤務していない週に提供された通所リハビリテーションを対象に当該単位について当該週を通じて減算する。

なお、通所リハビリテーションにおける理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の人員配置については、通所リハビリテーションの基本方針に照らし、質の高いリハビリテーションの提供を促進する観点から、原則として、通所リハビリテーションの単位ごと、かつ、営業日ごとに配置することが望ましいものであり、特に、当該単位の提供時間帯を通じて専従する従業者が介護職員のみである場合は、通所リハビリテーションの単位ごと、かつ、営業日ごとに理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を配置するよう努めるべきものである。

Q21 個別リハビリテーションに従事する時間の取扱いについて

A21 個別リハビリテーションは、通所リハビリテーションの単位ごとのサービスを構成する内容として通所リハビリテーション計画に位置づけられたうえで提供されるべきものであり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別リハビリテーションを行った場合には、当該理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の当該リハビリテーションの時間は通所リハビリテーションの人員基準の算定に含める。

短期入所サービス(共通事項)

(1) 送迎加算

Q1 短期入所における送迎の実施について、通所サービスの送迎のための乗合形式のバス等を利用する場合は、送迎加算は算定できるか。

A1 短期入所の送迎加算は、利用者の心身の状況等に応じて個別に送迎を実施することを前提としており、事業者が画一的に時刻やルート等を定めて通所サービスのバス等に乗車させる場合は、算定できない。

ただし、当該事業所の送迎が原則として個別に実施されている場合において、利用者の心身の状況等から問題がなく、たまたま時刻やルートが重なったなどの場合に限り、乗合形式で送迎を行ってもよい。

Q2 短期入所事業所等を退所したその日に他の短期入所事業所に入所する場合の送迎加算の算定について

A2 短期入所の送迎加算については、利用者の心身の状況、家族等の事情等から見て送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、原則として、送迎車により利用者の居宅まで個別に送迎する場合について算定されるものであり、短期入所サービス費の算定の有無に関わらず、事業所間を直接に移動した場合には送迎加算は算定できない。

(2) その他

Q3 短期入所生活介護を宿泊することなく1日だけ利用できるか。

A3 宿泊を伴わない短期入所生活介護は、緊急の場合であって、他の居宅サービスを利用できない場合に限り、例外的に認められる。なお、宿泊を伴わない場合であっても、当該利用者について専用のベッドが確保され、適切にサービスを提供しなければならない。

短期入所療養介護

Q1 短期入所療養介護におけるリハビリテーション機能強化加算の算定に係るリハビリテーション実施計画書の作成について

A1 一般的に、介護老人保健施設における短期入所療養介護は、リハビリテーションを目的として利用することは想定されないため、全ての利用者に対してリハビリテーション実施計画書の作成を要しないが、利用者の生活の質の向上を図る観点から、利用者の状況に応じ、リハビリテーションを必要とする利用者に適切に作成されるべきものである。

痴呆対応型共同生活介護

(1) 夜間ケア加算

Q1 夜間ケア加算の算定方法について

A1 夜間ケア加算は、アセスメントの結果に基づいて、夜間及び深夜の時間帯におけるケアの必要性が痴呆対応型共同生活介護計画に位置づけられている利用者について、実際に痴呆対応型共同生活介護を行った場合に算定するものである。

よって、夜間及び深夜の勤務を行う介護従業者は、利用者の処遇に支障がない場合は、2つの共同生活住居の職務に従事することができることとされているが、夜間ケア加算は、夜勤体制をとっているユニットの利用者の全員について一律に算定するものではない。

なお、当該利用者が翌朝まで熟睡していたため、結果的に具体的な介護行為が行われなかった場合であっても、当該計画に基づいて夜間及び深夜の時間帯において実際に定期的な巡回(見回り)などの対応が行われていれば、夜間ケア加算を算定して差し支えない。

Q2 夜間及び深夜の勤務を行う介護従業者について

A2 夜間ケア加算の算定に当たっては、「夜間及び深夜の時間帯を通じて一以上の介護従事者に夜間及び深夜の勤務を行わせていること」とされており、共同生活住居ごとに夜間及び深夜の勤務の担当者等を明確にする必要がある。

Q3 外部評価の実施について

A3 当該事業所において提供するサービスの質について、過去1年以内に、都道府県の定める基準に基づき、自ら評価を行い、その結果を公開し、かつ、過去1年以内に、各都道府県が選定した評価機関が実施するサービス評価(外部評価)を受け、その結果を公開していることを要するとされている。

外部評価は、自己評価が完了している事業所において実施が可能となるものであり、ユニットを新設又は増設した事業所については、初回の自己評価は新設又は増設の時点から概ね6月以上経過している場合に実施されることに留意する。

Q4 「外部評価は、各都道府県における外部評価の実施体制の状況に応じて、平成16年度までは同年度末までの間に1回受ければ足りるものであり、平成17年度までは過去1年以内に受けていることを要しない。」とされているが、その具体的内容について

A4 平成16年度については、同年度末までの間に少なくとも1回外部評価を受けて、その結果を公開している場合に夜間ケア加算を算定できる。この場合、夜間ケア加算の算定に係る都道府県知事への届出の時点において外部評価が完了していない事業所についても、当該事業所において、平成16年度末までの間に外部評価が完了することが確実に見込まれると都道府県知事が認めた場合には、夜間ケア加算を算定しても差し支えない。

平成17年度については、同年度末までの間に少なくとも1回外部評価を受けて、その結果を公開している場合に夜間ケア加算を算定できる。

平成18年度以降については、過去1年以内(平成17年度中に受けた日が属する月から起算して1年以内)に外部評価を受けて、その結果を公開している場合に限り、夜間ケア加算を算定できる。

Q5 自己評価および外部評価を既の実施している既存の事業所に新たな共同生活住居を増設する場合の夜間ケア加算の取扱いについて

A5 既存ユニット部分については、既に自己評価・外部評価を実施しているため、4月から算定できる。増設ユニット部分については、増設時から概ね6月以上経過した後自己評価・外部評価を行った後に算定できることになる。

Q6 「当該事業所における初回の評価は新設又は増設の時点から概ね6月以上経過している」とされているが、「概ね6月」の具体的内容について

A6 夜間ケア加算は、利用者が安定的に自立した日常生活を営むことができるよう夜間の介護内容や介護体制を確保したグループホームにおける夜間のケアを評価するものとして新設した。加算の算定要件のうち、サービスの質の評価については、事業の開始時から一定期間が経過し、グループホームの運営が安定した時期において実施することが望ましく、概ね6ヶ月とした。

新設又は増設されたユニットにおける当該加算の算定の可否については、こうした趣旨を踏まえ、個々の事例に応じて判断されたい。

(2) 外泊の期間中の取扱い

Q7 痴呆対応型共同生活介護を受けている者の外泊の期間中の居宅サービスの利用について

A7 外泊の期間中に居宅サービスを利用するためには、当該サービスについて、居宅介護支援事業者により作成される居宅サービス計画に位置付ける必要がある。この場合、当該居宅介護支援事業者に対して居宅介護支援費が算定される。当該グループホームの計画作成担当者は作成できない。

なお、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泊の外泊を行う場合は、6日と計算される。

(例)

外泊期間:3月1日～3月8日(8日間)

3月1日 外泊の開始.....痴呆対応型共同生活介護の所定単位数を算定

3月2日～3月7日(6日間).....居宅サービスを算定可

3月8日 入院又は外泊の終了.....痴呆対応型共同生活介護の所定単位数を算定

なお、特定施設入所者生活介護の利用者についても同様の取扱いである。

Q8 痴呆対応型共同生活介護を受けている者の外泊の初日における夜間ケア加算の算定について

A8 夜間ケア加算は、アセスメントの結果に基づいて、夜間及び深夜の時間帯におけるケアの必要性が痴呆対応型共同生活介護計画に位置づけられている利用者について、実際に痴呆対応型共同生活介護を行った場合に算定するものである。

外泊の初日は痴呆対応型共同生活介護費を算定できるものの、当該日の夜間及び深夜の時間帯に当該利用者は外泊先に宿泊しており、当該事業所において実際に痴呆対応型共同生活介護は行われていないため、夜間ケア加算は算定できない。

居宅介護支援

(1) 運営基準違反に係る減算

Q1 運営基準違反に該当する場合の減算の方法について

A1 当該減算は、居宅介護支援の質の向上を図る観点から、居宅介護支援の体制や居宅サービス計画に応じた評価を行うこと目的としており、利用者ごとに適用される。

なお、当該利用者については、4種類以上の居宅サービス計画に係る加算は算定できない。

Q2 運営基準違反に該当する場合の減算に係る月について

A2 運営基準に違反した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。

例えば、平成15年4月に居宅サービス計画を新規に作成したにも関わらず、サービス担当者会議等を行っていない場合は、4月分から「サービス担当者会議等を行った月の前月」分までの居宅介護支援費が減算される。

また、平成15年4月に居宅サービスを新規に作成した後、5月から7月まで居宅サービス計画の実施状況の把握(モニタリング)を行わなかった場合は、7月分から「モニタリングを行った月の前月」分までの居宅介護支援費が減算される。なお、この場合は4月に遡及して減算しない。

(例) モニタリングの実施の有無と運営基準減算の適用

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
新規作成	モニタリング未実施	モニタリング未実施	モニタリング未実施	モニタリング未実施	モニタリング実施	モニタリング未実施	モニタリング未実施	モニタリング未実施
			減算適用	減算適用				減算適用

なお、減算となる月は当該居宅サービス計画に係る月である。よって、例えば、平成15年4月のサービス提供に係る居宅サービス計画の新規作成や変更に関して、平成15年3月中に利用者の居宅の訪問やサービス担当者会議等を行った場合は、平成15年4月のサービス提供に係る居宅サービス計画は減算されない。

Q3 運営基準違反に該当する場合の減算に係る起算月について

A3 平成 15 年 3 月以前の居宅サービス計画についても、居宅サービス計画の新規作成や変更等の月から起算することとし、4 月から起算しない。

また、利用者の更新認定や変更認定の時は、

- ・ 更新認定時にサービス担当者会議の開催等を行わなかった場合は更新認定の有効期間の初月にかかる居宅介護支援費から減算する。
- ・ 変更認定時にサービス担当者会議の開催等を行わなかった場合は原則として変更認定の申請日の属する月にかかる居宅介護支援費から減算する。

Q4 新規認定時の減算に係る起算月について

A4 居宅介護支援事業者は要介護認定申請等に係る援助が義務づけられていることから、認定申請の段階から居宅サービス計画の原案の検討に入るべきであるため、原則として認定申請日の属する月にかかる居宅介護支援費から減算する。

(2) 種類数加算

Q5 4種類以上の居宅サービスに係る居宅介護支援費の加算について

A5 4種類以上の居宅サービスを定めた居宅サービス計画を作成し、それらを記載した給付管理票を国保連合会に提出した場合に算定される。なお、4種類以上の居宅サービスの利用実績のない場合は、当該加算は算定できない。

このとき、併設や同一法人の事業所による居宅サービスも対象となるが、支給限度額管理対象外のサービスや審査による査定において不適正なサービス利用として介護給付費を支払われなかったサービスは対象とならない。

Q6 4種類以上の居宅サービスに係る居宅介護支援費の加算の場合の給付管理票の記載要領について

A6 給付管理票については、従来から、「当初の「サービス利用票」に記載された事業所ごと、サービス種類ごとの給付計画単位数を上回るような場合には、「サービス利用票」等の再作成が必要であり、再作成後の「計画」を記載する。給付管理票の事業所ごとの上限管理に影響がなく、「サービス利用票」の再作成が必要でない場合は、当初の計画を記載する。」という取扱いとされてきた。

今回の改正においては、居宅介護支援の加算について、「4種類以上の居宅サービスを定めた居宅サービス計画を作成し、それらを記載した給付管理票を国保連合会に提出した場合に算定される。なお、4種類以上の居宅サービスの利用実績のない場合は、当該加算は算定できない。」と新たに規定された。よって、利用者の施設入所等により、実際には4種類以上の居宅サービスが利用されなかった場合、給付管理票の事業所ごとの上限管理に影響はないものの、当該加算の算定に影響はあるため、「サービス利用票」等の再作成が必要であり、給付管理票については再作成後の「計画」を記載する。

施設サービス(共通事項)

(1) 退所(院)時指導等加算(退所時等相談援助加算)

Q1 退所(院)時指導等加算(退所時等相談援助加算)は退所して短期入所サービス事業所に入所する場合も算定できるか。

A1 退所時指導等加算(退所時等相談援助加算)は、入所者が施設から退所後に生活する居宅における在宅療養等に円滑に移行できるよう、入所施設が入所者の退所前・退所後に必要な指導・調整を行うものであり、退所後に引き続き短期入所を利用する場合には算定できない。

ただし、例えば居宅に戻った後、緊急の事情等により、短期入所を利用した場合については、この限りでない。

(2) 退所(院)時情報提供加算

Q2 退所(院)時情報提供加算の算定対象となる退所(院)後の主治の医師について

A2 退所(院)後の主治医が併設医療機関や同一法人の医療機関である場合も算定できる。

ただし、退所(院)施設の主治医と退所(院)後の主治医が同一の場合や入所者(入院患者)の入所(院)中の主治医と退所(院)後の主治医が同一の医療機関に所属する場合は算定できない。

なお、退所(院)時情報提供加算は退所(院)後の主治の医師に対して入所者(入院患者)の紹介を行った場合に算定するものであり、歯科医師は含まない。

Q3 退所(院)時情報提供加算において、入所者が退所後に他の社会福祉施設等に入所した場合の「他の社会福祉施設等」の具体的内容について

A3 他の社会福祉施設等とは、病院、診療所及び介護保険施設(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設)を含まず、グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウスを含む。

Q4 退所(院)時情報提供加算において、入所者が退所後に他の社会福祉施設等に入所した場合の「診療状況を示す文書」の様式について

A4 入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者の処遇に必要な情報を提供することが算定要件となっており、診療情報を示す文書の様式としては、退所(院)後の主治医に対する照会に係る別紙様式を準用することは差し支えない。

(3) 退所(院)前連携加算

Q5 退所(院)前連携加算の算定対象となる居宅介護支援事業所について

A5 退所(院)前連携加算は、併設や同一法人の居宅介護支援事業所についても算定できる。

Q6 退所(院)前連携加算にいう連携の具体的内容について。例えば、退所(院)調整を行う事務職員やMSWが居宅介護支援事業所と連携を行った場合は算定できるか。

A6 退所(院)前連携加算は、施設入所者の在宅復帰の促進のため、指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携して退所(院)後の居宅サービスの利用に関する必要な調整を行った場合に算定するものであるが、在宅生活に向けた総合的な調整を想定しており、単なる電話等の連絡対応は算定対象とならない。

こうした観点から、退院前連携加算の算定に当たっては、従来の退所(院)前後訪問指導加算(退所前後訪問相談援助加算)と同様に、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、相互に連携して共同で必要な調整を行うものとしている。

Q7 退所(院)前連携加算において、居宅介護支援事業者に対する情報提供に係る「診療(介護)状況を示す文書」の様式について

A7 入所者の診療(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が算定要件となっており、診療(介護)情報を示す文書の内容としては、居宅介護支援事業所と連携して入所者の退所(院)後の居宅サービスの利用に関する調整に資する情報が記載されていればよく、退所(院)時情報提供加算において示されている別紙様式を準用することは差し支えない。

Q8 入所者(入院患者)が退(所)院して痴呆対応型共同生活介護事業所に入居した場合も算定できるか。

A8 退所(院)前連携加算は、入院患者が「退所(院)し、その居宅において居宅サービスを利用する場合において」算定することとされており、痴呆対応型共同生活介護事業所は利用者の居宅(法7条6項・施行規則4条)に該当しないため、算定できない。

Q9 退所(院)前連携を行い、結果として、退所(院)後に居宅サービスを利用しなかった場合も算定できるか。

A9 退所(院)前連携加算は、「当該入所(院)者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所(院)患者の同意を得て」調整を行うこととされており、入所(院)患者及び家族に対し居宅サービスの利用に関して十分な説明を行うことが重要である。そのうえで、居宅介護支援事業者と連携して退所(院)後の居宅サービス利用の調整を行った結果、入所(院)患者及び家族において最終的に介護保険を利用しないこととなった場合は当該加算を算定しても差し支えない。

Q10 退所(院)時指導加算、退所(院)時情報提供加算又は退所(院)前連携加算について、平成15年4月以降に退所した者について、平成15年3月中に、それぞれの加算に係る指導、情報提供又は連携を行った場合の算定方法について

A10 退所(院)時指導加算、退所(院)時情報提供加算又は退所(院)前連携加算については、入所(院)者の退所(院)日に算定する。したがって、平成15年3月時点での入所者が平成15年4月以降に退所する場合においても、それぞれの算定要件を満たす場合に限り、それぞれ算定できる。

(4) 老人訪問看護指示加算

Q11 入所(院)者の選定する訪問看護ステーションが老人保健施設(介護療養型医療施設)に併設する場合も算定できるか。

A11 退所(院)時に1回を限度として算定できる。

(5) その他

Q12 介護支援専門員を配置していない場合の人員基準欠如減算について

A12 平成 15 年 3 月 31 日に介護支援専門員を置かない施設のうち入所(院)定員が 19 人以下のものについては、平成 18 年 3 月 31 日までの間は介護支援専門員の業務を居宅介護支援事業者に委託することができることとし、委託する施設については、介護支援専門員を置かないことができることとされた。

こうした介護支援専門員の人員配置に係る経過措置が適用される場合、介護支援専門員がいないことによって、人員基準欠如による減算は行われぬ。

Q13 施設入所(入院)者が外泊した場合の居宅サービスの算定について

A13 介護保険施設および医療機関の入所(入院)者が外泊時に利用した居宅サービスについては、外泊時費用の算定の有無にかかわらず、介護保険において算定できない。

特別養護老人ホーム

(1) 人員基準を満たさない場合の取扱い

Q1 特別養護老人ホームにおいて、看護職員と介護職員の総数は必要数を満たしているが、定められた看護職員の数は必要数を満たしていない場合の減算方法について

A1 特別養護老人ホームの人員については、介護職員・看護職員の総員数および看護職員の員数について基準があるが、それぞれの基準を満たさない場合は、「看護・介護職員の人員基準欠如」として、その算定方法により減算する。常勤換算方法による職員数については、1月間(暦月)ごとに算定するため、人員基準欠如減算についても1月間(暦月)ごとに算定する。

なお、サービスコードについては、介護福祉施設サービス費を算定する場合であって介護・看護職員の配置が3:1または3.5:1である場合は、「介護支援専門員が欠員の場合×70%」のサービスコードを準用し、また、小規模生活単位型介護福祉施設サービス費を算定する場合は、「介護・看護職員又は介護支援専門員が欠員の場合×70%」のサービスコードを適用する。

(2) 小規模生活単位型介護福祉施設サービス費

Q2 小規模生活単位型介護福祉施設サービス費を算定する場合の介護・看護職員の員数について

A2 当該施設のユニット部分全体の入所者に対して介護・看護職員3:1の職員配置を満たしていればよく、ユニット毎に介護・看護職員3:1の職員配置を満たす必要はない。

ただし、小規模生活単位型介護老人福祉施設において、日中についてはユニットごとに常時1人以上の介護・看護職員を配置し、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・看護職員を夜勤職員として配置することが望ましいとされていることに留意する。

Q3 一部小規模生活単位型指定介護老人福祉施設における介護福祉施設サービス費の算定方法について

A3 一部小規模生活単位型指定介護老人福祉施設における介護福祉施設サービスの算定にあたって、ユニット部分に入所する者については小規模生活単位型介護福祉施設サービス費を、ユニット部分以外の部分に入所する者については従来の介護福祉施設サービス費を、それぞれ算定する。

施設全体では人員基準を満たすものの、ユニット部分とユニット以外の部分いずれかが人員基準欠如となる場合、当該人員基準欠如となった部分の入所者に限り減算される。

Q4 小規模生活単位型介護老人福祉施設の居住費に係る低所得者対策の取扱いについて

A4 居住費低所得者対策加算の対象者については、標準負担額の減額認定証を参考にするとしており、当該加算の対象者は市町村に減額を申請し、認定証が交付され、介護老人福祉施設に提示しなければならない。

老人保健施設

(1) リハビリテーション機能強化加算

Q1 リハビリテーション機能強化加算の算定方法について

A1 リハビリテーション機能強化加算は、体制に係る加算であるので、入所者全員に算定ができる。

個別リハビリテーションの実施計画書は、理学療法、作業療法、言語聴覚療法その他必要なリハビリテーションを要する入所者に対して作成され、当該計画書に基づくリハビリテーション(個別又は集団)が行われていれば算定要件を満たすこととなる。当該計画書は、在宅生活への復帰を指向する介護老人保健施設においては、一般的に、入所者全員について作成されるものであり、長期入所者についても、当該入所者の生活機能の改善に向けた意向を踏まえつつ、リハビリテーションを適切に実施するべきものである。

Q2 個別リハビリテーションの実施計画書に基づいて行われる実際のリハビリテーションの内容について

A2 リハビリテーションを実際に実施するにあたっては、個別リハビリテーションの実施計画書に基づき、個々の利用者の状態像に応じて実施されていけばよい。

Q3 「常勤の理学療法士又は作業療法士を1人以上配置していること」とされているが、当該常勤の理学療法士等が併設の通所リハビリテーションの職務を兼務することはできるか。例えば、入所定員80名、通所定員40名の施設において2名の常勤理学療法士が配置されている場合、それぞれの理学療法士を常勤換算方法で(入所0.8、通所0.2)として配置した場合、その合計が(施設1.6、通所0.4)であるために施設基準を満たすか。

A3 リハビリテーション機能強化加算の算定要件の一つである「常勤の理学療法士又は作業療法士を1人以上配置していること」は、専ら当該介護老人保健施設の職務に従事することを要していないため、併設事業所の職務に従事することはできる。

Q4 「常勤の理学療法士又は作業療法士を1人以上配置していること」とされているが、当該常勤の理学療法士等が施設の介護支援専門員の職務に従事することはできるか。

A4 当該施設におけるリハビリテーションの実施に支障のない場合に限り、従事できる。このとき、当該介護支援専門員の職務に従事する時間はリハビリテーション機能強化加算の施設基準に係る勤務延時間数に含めることができる。

(2) 痴呆専門棟加算

Q5 痴呆専門棟については「入所定員は、40人を標準とすること。」とされているが、入所定員の上限、下限はあるのか。

A5 痴呆専門棟は、

一般の入所者を処置する施設に併設して、独立した別棟の建物あるいは建物を階数等により区分され、専ら特に問題行動の著しい痴呆性老人を入所させるための施設として、対象者である特に問題行動の著しい痴呆性老人の処遇に必要な施設及び設備を設置すべきこととされ、

痴呆性老人の看護・介護に精通した職員が一貫して対応するため、1つの看護・介護単位として職員配置がなされるべきであることから、

入所者の標準を40床としているものであり、この趣旨を踏まえ、適切な定員数とすることが必要である。

Q6 痴呆専門棟加算に必要なデイルーム(療養室以外の生活の場として設けるものとし、対象者1人当たり2㎡以上とする)は、老人保健施設の談話室、食堂、レクリエーションルームのいずれかと兼用できるか。

A6 痴呆専門棟については、寝たきりの状態にない痴呆性老人である入所者を他の入所者と区別して処遇するものであり、痴呆専門棟に必要なデイルームを談話室、食堂、レクリエーションルームと兼用することは、痴呆専門棟の趣旨を踏まえ、デイルームでの入所者に対する施設サービスの提供に支障を来たすと考えられることから適切でない。

(3) 特定治療

Q7 緊急時施設療養費のうち特定治療として算定できない項目から「湿布処置」が削除されたが、「湿布処置」は特定治療として算定できるか。

A7 特定治療については、特定治療として算定できないリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療が定めており、算定できないものの取扱いは診療報酬点数表の取扱いの例によっている。

今般の改正により、特定治療として算定できないリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療から「湿布処置」は削除されたが、当該処置は診療報酬上「整形外科的処置に掲げる処置」に含まれていることから、従来どおり、特定治療として算定できない。

介護療養型医療施設

(1) 夜勤体制

Q1 夜勤を行う職員の算定方法について

A1 夜勤を行う看護職員の員数の算定においては、人員配置の算定上介護職員としてみなされた看護職員についても看護職員として算定できる。

(2) 外泊時の費用

Q2 外泊時の費用を算定した日の取扱いについて

A2 外泊時の費用を算定した日については、施設サービス費に係る加算・減算項目、特定診療費、基本食事サービス費等は算定できない。

(3) 他科受診時の費用

Q3 他科受診時の費用の算定方法について

他科受診を行った日が4日以内であった場合における他科受診時の費用の算定方法について

他科受診を行った日が4日を超える場合における他科受診時の費用の算定方法について

A3

1月のうち4日以内の他科受診を行った日については、介護療養型医療施設において所定単位数に代えて 444 単位を算定する。他医療機関においては規定された診療報酬の項目に限り、医療保険において算定できる。

1月のうち4日を超える他科受診を行った日については、介護療養型医療施設において所定の施設サービス費を算定し、他医療機関においては従来どおり対診を求めることになる。このとき、1月のうち4日を超える他科受診を行った日のうち、介護療養型医療施設において所定単位数に代えて 444 単位を算定する日(4日)を選定できる。

Q4 他科受診の具体的内容について

入院する場合

歯科を受診する場合

特に高度で専門的な検査・治療を要する場合

透析治療を受ける場合

他医療機関の医師が往診する場合

A4 他科受診時の費用は、当該入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、かつ、眼科等の専門的な診療が必要となった場合であって、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り、算定できる。

入院患者が、他の医療機関を外来受診した場合に限り算定する。入院した場合は含まない。

介護療養型医療施設の入院患者に対し歯科療養を行った場合の給付は従前どおり医療保険から行われるものであり、介護療養型医療施設においては所定の施設サービス費を算定する。

介護療養型医療施設に当該診療に係る診療科があるにも関わらず特に高度で専門的な検査・治療が必要な場合の取扱いについては、個々の事例に応じて判断されたい。

継続して他医療機関において人工腎臓(透析の処置)が必要となる場合は転医もしくは対診の原則に従うことになる。

他医療機関の医師が介護療養型医療施設に赴き診療を行った場合は、介護療養型医療施設においては所定の施設サービス費を算定する。

Q5 他科受診時の費用を算定した日の取扱いについて

A5 他科受診時の費用を算定した日については、基本食事サービス費及び特定診療費に限り別に算定できる。施設サービス費に係る加算・減算項目は算定できない。

(4) その他

Q6 老人性痴呆疾患療養病棟における生活機能回復訓練について

A6 当該病棟に入院する全ての患者に対して、生活機能回復のための訓練および指導を、生活機能回復訓練室等において患者1人当たり1日2時間、週5回行うことが必要である。

特定診療費

(1) 感染対策指導管理

Q1 入院日が月の末日にあたる場合も算定できるか。

A1 感染対策指導管理は1日につき5単位を算定することとした。よって、算定要件を満たしていれば、入院日が月の末日にあたる場合も、当該日に算定できる。

Q2 各病棟の微生物学的検査を外部委託する場合も算定できるか。

A2 当該医療機関内に検査部が設けられている等の施設基準を満たしていれば、感染対策に支障がない場合に限り、各病棟の微生物学的検査を外部委託できる。

(2) 褥瘡対策指導管理

Q3 褥瘡対策指導管理の算定対象となる患者は「障害老人の日常生活の自立度(寝たきり度)」ランクB以上とされているが、現在又は過去に褥瘡の無い患者についても算定できるか。

A3 施設基準を満たし、「障害老人の日常生活の自立度(寝たきり度)」ランクB以上の対象者に対して常時対策を行っていれば、褥瘡の有無にかかわらず算定できる。なお、「障害老人の日常生活の自立度(寝たきり度)」ランクは当該医療機関において判断する。

Q4 褥瘡対策に関する診療計画書の作成を要する患者について

A4 褥瘡対策指導管理は、「障害老人の日常生活の自立度(寝たきり度)」ランクB以上に該当する入院患者に対して褥瘡対策に関する診療計画書を作成し、常時対策を行った場合に、当該患者に限り算定する。「障害老人の日常生活の自立度(寝たきり度)」ランクJ1～A2の患者については当該計画書の作成は要しない。

Q5 褥瘡対策に関する診療計画書の作成について

A5 褥瘡対策に関する診療計画は基本的に1入院につき1枚を作成し、見直しが必要であれば、その都度に計画を修正する必要がある。

Q6 褥瘡対策の具体的内容について

A6 単に施設全体の体制や設備に着目し、特定の対策のみを行えばよいというものではなく、褥瘡対策診療計画書に基づき、個々の患者の褥瘡の状態に応じた治療・看護を総合的に行う必要がある。例えば、個々の患者の褥瘡の状態により、体圧分散式マットレスが必要でない場合は、適時適切に体位変換を行う場合も算定できる。

(3) 重度療養管理

Q7 重度療養管理の算定対象となる状態のうち「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」の具体的内容について

A7 重度療養管理の算定に当たっては、所定の要件を満たす患者に対して、計画的な医学的管理を継続して行うことを要する。当該状態については、当該月において1日あたり8回(夜間を含め約3時間に1回程度)以上の喀痰吸引を実施している日が20日を超える場合を算定要件としているため、当該月の入院日数が20日以下の場合には算定できない。

しかしながら、患者が、退院、転棟又は死亡により重度療養管理の算定要件に係る実施の期間を満たさない場合においては、当該月の前月に重度療養管理に係る状態を満たす患者であった場合に限り、当該月においても同様に取り扱うこととし、1日当たり8回以上実施した日数に限り算定する。他の病院から転院してきた患者についても同様の取扱いとする。

また、短期入所療養介護の利用者については、在宅において長期にわたり連日頻回の喀痰吸引を継続して実施している状態の利用者であって、短期入所の利用期間中に連日1日あたり8回(夜間を含め約3時間に1回程度)以上の喀痰吸引を実施している場合に限り、短期入所療養介護の利用日数が20日以下であっても算定できる。

Q8 重度療養管理の算定対象となる状態のうち「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」の患者に対する算定方法について

A8 重度療養管理については、所定の状態が一定の期間や頻度で継続し、かつ、当該処置を行っている場合に算定される。

1日当たり8回(夜間を含め約3時間に1回程度)以上実施している日が20日を超える場合に当該患者は重度療養管理の算定対象となり、1日当たり8回以上実施した日について算定する。例えば、1日当たり8回(夜間を含め約3時間に1回程度)以上実施している日が月に25日ある場合は、25日(分)について算定する。

Q9 重度療養管理の算定対象となる状態のうち「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」の具体的内容について

A9 重度療養管理の算定に当たっては、所定の要件を満たす患者に対して、計画的な医学的管理を継続して行うことを要する。当該状態については、当該月において1週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を実施していることを算定要件としているため、当該月の入院日数が1週間未満の場合は原則として算定できない。

しかしながら、患者が、退院、転棟又は死亡により重度療養管理の算定要件に係る実施の期間を満たさない場合においては、当該月の前月に重度療養管理に係る状態を満たす患者であった場合に限り、当該月においても同様に取扱うこととし、人工呼吸器を使用した日数に限り算定する。他の病院から転院してきた患者についても同様の取扱いとする。

Q10 重度療養管理の算定対象となる状態のうち「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」については、「持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態」とされているが、ここにいう不整脈は具体的にどのようなものであるか。

A10 当該状態については、持続性心室性頻拍や心室細動などの生命に危険が大きく常時モニター測定による管理が必要とされる場合に該当するものであり、単に不整脈をモニター測定する場合は算定対象とならない。

Q11 重度療養管理の算定対象となる状態のうち「膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表五号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」について、身体障害者手帳の交付を要するか。

A11 原則として当該等級以上の身体障害者手帳の交付を受けていることをもって判断することになるが、身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医師(ぼうこう又は直腸機能障害に係る指定医師に限る。)により同等と認められるとの診断書が交付されている場合は同様に取扱いして差し支えない。

Q12 重度療養管理の算定対象となる状態のうち「膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表五号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」について、重度療養管理を算定する場合も、人工肛門を造設している入院患者のストーマ用装具について、患者から実費を徴収できるか。

A12 重度療養管理に係る特定診療費にストーマ用装具の費用は含まれず、その他利用料として実費を徴収して差し支えない。なお、障害者施策で給付される場合があるので、市町村への相談に便宜を図る等、適切に対応されたい。

(4) 重症皮膚潰瘍管理指導

Q13 重症な皮膚潰瘍を有している者に対して管理指導を行う医師が非常勤である場合は算定できるか。

A13 ふさわしい体制にあるならば、担当医師は常勤である必要はない。

(5) 医学情報提供

Q14 医学情報提供と退院時情報提供加算を複数の医療機関に同時に算定できるか。

A14 医学情報提供は、医療機関が退院する患者の診療に基づき、他の医療機関での入院治療の必要性を認め、患者の同意を得て当該医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定される。

退院時情報提供加算は、入院患者が退院し居宅において療養を継続する場合において、当該入院患者の退院後の主治の医師に対して情報提供を行った場合に算定される。

したがって、医学情報提供と退院時情報提供加算を同時に算定することはない。

(6) リハビリテーション

Q15 リハビリテーションを1月に合計11回以上行った場合は11回目以降のものについて逡減されるが、月途中で医療保険適用病床から介護保険適用病床に転床した場合の取扱いについて

A15 医療保険適用病床と介護保険適用病床を有する病院において、医療保険適用病床から介護保険適用病床に転床した場合、介護保険適用病床で行われる特定診療費のリハビリテーションの理学療法、作業療法、言語聴覚療法の各回数は、医療保険適用病床で行われた理学療法、作業療法及び言語聴覚療法の各単位数と通算する。

したがって、医療保険適用病床の入院中に行われた各個別療法の回数から通算して、介護保険適用病床で行われる11回目以降の各療法については所定単位数の70/100に相当する単位数を算定する。

なお、上記については、介護保険適用病床から医療保険適用病床に転床した場合も同様である。

Q16 リハビリテーションの実施回数は理学療法士等1人につき1日18回を限度とするとされているが、医療保険と介護保険のリハビリテーションに従事する理学療法士等が1日に実施できる患者(利用者)数の限度について

A16 理学療法士等1人当たりの1日のリハビリテーションの実施限度については、医療保険と介護保険における理学療法等の実施回数を通算する。

具体的には、医療保険における理学療法の個別療法をA人、集団療法をB人、介護保険における特定診療費の理学療法をC人、通所リハビリテーションの個別リハビリテーションをD人に対して実施するときは、1日につき、

$$A / 18 + B / 54 + C / 18 + D / 18 \leq 1$$

を満たすことが必要となる。

Q17 理学療法、作業療法または言語聴覚療法の実施計画の様式について

A17 特定診療費における理学療法、作業療法または言語聴覚療法を算定する場合は、実施計画を作成する必要があるが、計画の様式は特に定めていないので、リハビリテーション総合実施計画書等の活用も含め、各医療機関において適宜作成して差し支えない。

Q18 日常生活活動訓練加算(ADL加算)の算定方法について

A18 当該加算は、ADLの自立等を目的とした理学療法()~()、作業療法()~()を行った場合に所定単位数に加算されるものであるため、理学療法、作業療法に係る算定制限が適用される。当該加算のみを単独で算定することはできない。なお、算定期間や病状による制限はない。

また、日常生活活動訓練を行う場合は、実施計画に位置付けることが必要である。当該訓練の実施内容等の記録は、医師の診療、リハビリテーションの指示、リハビリテーションの内容、実施計画の内容の要点等なりハビリテーションの実施に関する一連の事項を診療録に記載する必要がある。

Q19 日常生活活動訓練加算(ADL加算)に係る訓練を行うことができる従事者について

A19 当該加算は、医師・理学療法士・作業療法士によって行われた場合に限り算定できる。

Q20 リハビリテーション計画加算の算定月について

A20 リハビリテーション計画加算については、当該計画は入院初月に作成されるべきものであり、入院した日の属する月から起算した月に当該加算を算定する。なお、算定期間の制限はない。具体的には平成15年4月が入院初月である場合は、4月、6月、9月(以降3か月ごと)が算定月となる。

なお、平成15年4月以前から引き続き入院している者についても、当該医療機関に入院した日の属する月から起算した月に当該加算を算定できる。

また、医療保険における老人リハビリテーション総合計画評価料の最初の算定が入院中以外に行われた患者が入院した場合であって、再度患者の病態等の変化を考慮の上、医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等をもとに算定要件を満たすリハビリテーション総合実施計画の作成及び評価を行った場合は、入院中の患者であるものとして算定する。

Q21 入院患者が入退院を繰り返した場合のリハビリテーション計画加算の算定月について

A21 リハビリテーション計画加算の最初の算定が入院中に行われた患者が退院した場合については引き続き入院中の患者であるものとしてみなすため、入院患者が入退院を繰り返す場合は、最初に入院した日の属する月を入院初月として起算する。

Q22 同一医療機関において医療保険適用病床から介護保険適用病床に転床した場合リハビリテーション計画加算の算定月について

A22 同一医療機関において医療保険適用病床から介護保険適用病床に転床した場合も、当該医療機関に入院した日の属する月を入院初月として起算する。

なお、医療保険適用病床から介護保険適用病床へ転床した場合、当該転床した月において、医療保険のリハビリテーション総合計画評価料を算定している場合には、特定診療費として定められたリハビリテーション計画加算は算定できない。

Q23 短期入所療養介護の利用者に対するリハビリテーション計画加算の算定月について

A23 短期入所療養介護の利用者に対するリハビリテーション計画加算は、リハビリテーションが必要となった原因疾患が発症した日の属する月から起算した月に算定する。ただし、当該加算の最初の算定が入院中に行われた患者が退院した後に短期入所療養介護を利用した場合については引き続き入院中の患者であるものとみなす。

なお、一般的に、リハビリテーション計画による計画的な管理に基づくリハビリテーションを目的として短期入所療養介護を利用することは想定されなく、短期入所療養介護においてリハビリテーションを必要とする利用者については、通院等により主治医による計画的な医学的管理を受けているものと考えられるため、短期入所療養介護において当該加算の算定を起算する「発症の月」とは、主治医が理学療法又は作業療法を最初に実施した月である。

Q24 リハビリテーション総合実施計画書の作成・交付について

A24 リハビリテーション総合実施計画書の本人サイン欄の記載は本人のサインによることが原則である。なお、病状等により本人のサインによることが難しい場合であっても、本人及び家族に対し適切に説明が行われていれば、印鑑の押印に代えて差し支えない。

また、リハビリテーション総合実施計画書は患者に説明・交付することが原則であるが、例えば、痴呆等により患者が理解困難である場合、その家族等に対して内容を説明・交付できる。

Q25 日常動作訓練指導(入院生活リハビリテーション管理指導)加算の算定方法について

A25 日常動作訓練指導加算は理学療法等の個別療法とは別に算定できるものであり、個別療法の実施回数に含まない。ただし、当該加算を算定した日については、理学療法等の個別療法は算定できない。

Q26 日常動作訓練指導(入院生活リハビリテーション管理指導)加算に係る訓練指導を行うことができる従事者について

A26 医師の指示を受けて看護師が実施できる。

Q27 日常動作訓練指導(入院生活リハビリテーション管理指導)加算は「日常動作の訓練及び指導を月2回以上」行うことを算定要件としているが、例えば、理学療法士、作業療法士が各1回ずつ行った場合も算定できるか。

A27 算定できる。

Q28 総合リハビリテーション施設や理学(作業)療法()などの施設基準にいう「専従する常勤理学(作業)療法士」は、例えば、併設の通所リハビリテーション事業所における個別リハビリテーションや訪問リハビリテーションなど他の職務に従事することはできるか。

A28 当該施設基準にいう「専従する常勤理学(作業)療法士」について、「専従」とは当該従業者の当該医療機関における勤務時間を通じて当該サービス以外の職務に従事しないこととされているため、当該理学(作業)療法士は併設の通所リハビリテーション事業所における個別リハビリテーションや訪問リハビリテーションなどの他の職務に従事することはできない。

Q29 理学療法()の施設基準にいう「専従する理学療法の経験を有する従事者」について

A29 「専従する理学療法の経験を有する従事者」とは、看護師、あん摩マッサージ指圧師であって、おおむね1年間以上理学療法の経験を有しているものが対象となるものである。

理学療法士は医師の指導監督のもとに看護師、あん摩マッサージ師等理学療法士以外の従事者とともに、訓練を受けるすべての患者の運動機能訓練の内容等を的確に把握し、訓練の内容の要点の記録を作成するものであるため、理学療法士1人当たりの他の従事者数は、理学療法士が常勤又は週4日以上勤務の場合は理学療法士1人につき2人以内が、それ以外の場合は理学療法士1人につき1人が標準となる。

Q30 理学療法・作業療法の専用の施設について

A30 専用の施設には医療機関の機能訓練室を充ててよい。例えば、当該医療機関の機能訓練室が45平方メートルである場合に、当該機能訓練室を理学療法()の施設基準にいう「45平方メートル以上の専用の施設」とすることはできる。

Q31 言語聴覚療法()に係る専用の療法室の共用について

A31 個別療法と集団療法を同時に行わないのであれば、16平方メートル以上の専用の療法室を1室設置して、個別療法室(8平方メートル以上)と集団療法室(16平方メートル以上)として使用できる。

また、例えば、24平方メートル以上の部屋をカーテンレール等で一時的に間仕切りし、個別療法室(8平方メートル以上)と集団療法室(16平方メートル以上)として使用する場合は、遮音性の確保という観点から適切ではない。

Q32 摂食機能療法を行うことができる従事者について

A32 言語聴覚士、看護師を含む。理学療法士、作業療法士を含まない。

基本食事サービス費

Q1 基本食事サービス費の算定方法について

A1 基本食事サービス費に係る減算は体制に係るものであるため、当該施設の入所（院）者の全員について減算する。ただし、特別食については、当該入所（院）者の疾病治療として、当該疾病の治療にあたる医師の食事せんに基づき行われるため、当該特別食の提供を行った入所者について加算する。

Q2 管理栄養士については、介護保険施設に常勤で配置することとされているが、介護療養型医療施設において当該管理栄養士が居宅療養管理指導を行うことはできるか。

A2 管理栄養士の所属する施設における栄養管理等に支障がない場合に限り、居宅療養管理指導を行うことはできる。

Q3 管理栄養士が月の途中で退職した場合の算定方法について

A3 管理栄養士が月の途中で退職し、栄養士による食事の提供の管理となった場合、当該月は栄養士による食事の提供の管理である 1,920 円を算定する。

Q4 転換型老人保健施設において、介護療養型医療施設と厨房を共用しており、管理栄養士が複数の施設の栄養管理等を行う場合の管理栄養士の配置について

A4 転換型老人保健施設は、特例措置以外の設備基準及び人員・運営基準は当該特例措置を適用しない通常の介護老人保健施設と同様の基準が適用されるため、介護報酬についても通常の介護老人保健施設と同様である。

したがって、ご指摘の事例についても管理栄養士は当該施設毎に常勤配置されていることが必要である。

Q5 入所定員 40 人以下の特別養護老人ホームにおいては栄養士の配置が義務づけられていないが、他の社会福祉施設等の栄養士が兼務して栄養管理を行う場合は「食事の提供が栄養士によって管理されている」とすることはできるか。

A5 できる。また、特別食を提供した場合は当該特別食を提供した入所（院）者について加算できる。

Q6 適時の食事提供は夕食が原則して午後6時以降である場合とされているが、朝食や昼食に係る時間帯の取扱いについて

A6 特に規定しないが、栄養管理の観点からに通常食事を摂取するのにふさわしい時間帯に食事提供が行われる必要がある。当該施設における施設サービスの実態、当該地域における日常の生活サイクル、入所(院)者の希望等を総合的に勘案されたい。

Q7 クックサーブによる食事提供について

A7 クックサーブによる食事提供も適温の食事提供といえる。なお、クックサーブとは、調理業務を第三者に委託して施設外で調理のうえ搬入した食事を速やかに提供する場合をいう。

Q8 やむを得ない事情から厨房を使用できなくなり、応急手段として仕出し弁当等を提供した場合の取扱いについて

A8 やむを得ない事情から食事サービス費の算定はできるが、栄養士によって管理されていない状況にあり、注1の口の基準にも適合しないことから、600円の減算を行う。算定に当たり、暦月内で復旧した場合は届出変更は要しない。

Q9 特別食加算の算定対象として濃厚流動食があるが、薬価収載されているエンシュアキッド等を提供した場合の算定方法について

A9 経管栄養について提供される濃厚流動食が薬価収載されている場合は、基本食事サービス費および特別食加算を算定できない。特別養護老人ホームについては医療保険における手技料および薬剤費を算定できる。(老人保健施設および介護療養型医療施設の施設サービス費は手技料および薬剤費を包括評価しているため、算定できない。)

経管栄養について提供される濃厚流動食が薬価収載されていない場合は、基本食事サービス費および特別食加算を算定できる。

Q10 回復期にある入所(院)者について、医療上の必要性から経管栄養と食事をともに提供する場合の算定方法について

A10 老人保健施設および介護療養型医療施設については基本食事サービス費を算定できる。

特別養護老人ホームについては基本食事サービス費を算定できるとともに、協力医療機関においても手技料および薬剤費を算定できる。

その他

(1) 介護給付費の割引

Q1 訪問介護について、身体介護のみに割引を適用することはできるか。

A1 事業所毎、介護サービスの種類毎に複数の割引率を設定できることとしたため、身体介護のみを割り引くことはできない。

また、時間帯・曜日・暦日により複数の割引率を設定するため、サービスコードごとに割り引くことはできない。

Q2 サービスの提供時間帯による割引率を設定した場合に、割引が適用されるのはその時間帯にサービス提供を開始したときか。

A2 夜間・早朝、深夜加算と同じく、訪問介護のサービス開始時刻が割引の対象となる時間帯にある場合に、当該割引を適用することを原則とする。

ただし、割引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大きいあるいは小さい場合は、事業所ごとに当該割引の適用の有無を決めてよい。例えば、割引率の適用条件を「午後2時から午後4時まで」としている場合に、

サービス開始時刻が午後1時30分、終了時刻が午後3時30分のサービスについては、事業所の判断により、2時間のサービスの全体に割引率を適用してもよい。

サービス開始時刻が午後3時30分、終了時刻が午後5時30分のサービスについては、事業所の判断により、2時間のサービスの全体に割引率を適用しなくてもよい。

(2) 請求方法

Q3 介護給付費請求書の様式について

A3 今回、介護給付費請求省令の附則様式(介護給付費明細書)を改正し、食事費用欄や特定診療費の明細欄などを変更したため、2003年4月以降については改正後の様式により請求する。なお、2003年3月以前の請求については改正前の様式により請求できる。

Q4 サービス提供が月をまたがる場合の支給限度額管理について

A4 サービス提供開始時刻の属する区分(前月)により支給限度額管理を行う。

Q5 要介護認定申請と同時にサービスを利用するために、暫定ケアプランを作成してサービスを利用したが、月末までに認定結果が通知されなかった場合の取扱いについて

A5 認定結果が判明した後、翌々月に暫定ケアプランを確定させた上で請求する。
ただし、翌月の請求日までに認定結果が判明すれば請求できる。