

平成30年度介護報酬改定関係Q & A (抜粋版)

資料1

このQ & Aは、厚生労働省から示された基準・解釈通知、口頭説明、電話照会による回答、その他の情報を集めて取りまとめHPに掲載したものを抜粋したものです。この内容は、今後訂正される可能性があります。

サービス区分	項目	質問	回答
1 訪問看護	報酬	退院時共同指導加算の算定条件	「退院時共同指導」とは「指定訪問看護ステーションの看護師等が病院等の主治医の医師、その他の職員と共同し在宅での療養に必要な指導を行い、その内容を文書により提供することをいう。」とあり、必要な指導は医師の同席を必ずしも求める旨の記載はなく、医師の意見と文書等により指示を受けた場合であっても、主治の医師の意見が伺えた上で、病院等のその他の職員と共同し当該利用者に指導を行っている場合は、必ずしもカンファレンス等に主治医の参加がない場合であっても算定要件に含めて差し支えありません。
2 訪問リハビリテーション	報酬	訪問リハビリテーション 介護予防訪問リハビリテーション	厚生労働大臣が定める基準(H27.3.23厚生労働省告示第95号)の十二の二のイの記載の中で、当該別の医療機関の医師が「適切な研修の修了等」をしていれば・・・とあるが ①適切な研修とはそもそも何を示すか、どこかに掲示があるのか。 ②当該別の医療機関の医師が「適切な研修の修了等」をしていた場合の確認は、聞いて確認するだけでよいのか、研修済みの証明書等のコピーなどが必要なのか。 ③広島県でも応用研修会として「日医かかりつけ医機能研修制度 平成30年度応用研修会」が開かれているが、この研修を受けていた場合には、訪問リハビリテーションの算定は可能なのか。 ① 現在、適切な研修としては、QAの日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」があります。 ② 研修修了者等の場合は研修を修了又は必要な単位を取得している旨を、研修の受講予定者の場合はH33.3.31までに適切な研修単位の取得又は受講を予定している旨を、情報提供を行う事業所への情報提供表などに記載を行っていただくなど書面に残すようにしてください。なお、「適切な研修の修了等」の詳細については、「平成30年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 8)」p1【訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション】を参照してください。 ③ お見込みのとおりとなります。また、別の医療機関の医師が医学管理を行う場合の「適切な研修の終了等」の基準は、1年間(H30.41-H31.3.31)の経過措置が設けられており、この間は「適切な研修の終了等」をしていない医師により行なわれた場合でも、他の算定要件を満たしていれば、20単位の減算を受けたくらうで、訪問リハビリテーション費の算定が可能です。経過措置終了後も、別の医療機関の医師が行う場合には、H33.3.31までに適切な研修単位を取得した医師又は適切な研修の受講を予定している医師により行なわれるものであれば算定は可能です。 ※注:「平成30年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 8)」p1【訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション】が新たに通知されたことにより、「平成30年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1)」p41【訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション】問60については削除されました。
3 訪問リハビリテーション	報酬	訪問リハビリにおける医師の診療(訪問リハ計画診療未実施減算)	医師が利用者宅を訪問して(外来診療の機会や、通所の機会のとときも可)、診療し、計画や指示を行うこととなっているが、開始時、または利用中に医師が訪問して診療した場合、この場合の訪問の診療料は医療保険の基準に従い請求することとなるのか。もしくは、訪問リハビリテーション(介護保険)の単位に含まれるものとして考えるのか。 訪問リハビリテーション事業所である医療機関の医師の診療を受ける際に、リハビリテーション計画を作成するために行った診療については、原則として介護保険の報酬請求に含まれるため、同日に医療保険適用の診療も行った場合には、介護保険と医療保険の二重評価とならないように、各々の時間を別に行われていることを記録し明確にしておく必要があります。 ※「平成30年度介護報酬改定における各サービス毎の改定事項について(P54)」6. 訪問リハビリテーション⑧基本報酬の見直し。参照
4 居宅療養管理	報酬	単一建物居住者の人数	①単一建物居住者の人数の数え方について同一月に同一人が2回利用した場合は2人と数えるのか。 ②例えば〇〇事業所の利用者が単一建物に居住する利用者が実人数で2人おり、同一月に各々が異なった日に、同事業所の医師が各々2回居宅療養管理指導を行った場合の算定はどうなるか。 ①は同一月の利用者の実人数を数えるので1人が複数回利用しても1人と数えます。 ②は同一月の〇〇事業所の利用者の実人数が2人となり、各々の利用者について、医師が行う場合の「単一建物居住者が2人～9人」の単位を利用者1人につき、1月に2回までを限度に算定できます。
5 通所介護	報酬	生活機能向上連携加算	①個別機能訓練加算を算定している場合(100単位)は、理学療法士と連携した月のみ算定できるか、毎月算定できるかを知りたい。 ②連携の記録は理学療法士が在宅ではなく、デイでアセスメントした記録があれば良いのか。 ③生活機能向上連携加算は算定のためには、ケアマネの計画とデイの計画にも、生活機能向上連携加算の文言があるか。もしくは、ケアマネの計画には文言なしで、デイの計画のみ文言があるか。もしくは、ケアマネの計画にも、デイの計画にも文言はいらぬか。 ①当該加算の算定要件が満たさなくなった場合は、他の加算同様に速やかに取下げる必要があります。 ②貴見のとおりです。 ③居宅介護支援計画と通所介護計画は内容の整合性が取れていないといかないため、双方に生活機能向上連携加算を算定する旨の文言を盛り込む等、双方とも同加算の算定を行うことがわかるような明確な位置付けが必要です。

6	通所介護	報酬	生活機能向上連携加算	①通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成することとあるが訪問を行う療法士は常勤の職員でないといけないのか、非常勤でも良いのか ②同一法人の事業所が訪問するのは算定可能であったが、同敷地内にある場合は算定可能か	①訪問を行う療法士等は常勤・非常勤を問いません。 ②同一敷地内にある場合でも算定は可能です。
7	通所介護	報酬	ADL維持等加算	ADL維持等加算の評価対象期間は1月～12月となっています。 当方では、今まで個別機能訓練実施者以外ではバーセルインデックスの測定をしておらず、この4月より全利用者を実施する予定としています。そうした場合、評価対象期間の内1月～3月が、バーセルインデックス未測定となってしまいます。来年度(2019年度)にADL維持等加算の算定はできず、再来年度(2020年度)からの算定ということになるのでしょうか。それとも、4月に測定し、6ヶ月後に再測定することで、来年度の算定が可能になるのでしょうか。	6月以上の利用期間があることから、算定要件を満たせば、来年度での算定は可能です。なお、平成31年4月からの算定を希望される場合には、H30年7月15日までに申出(「ADL維持等加算(申出)の有無の「あり」に○を記載し提出)を行った事業所を評価対象事業所として、平成31年4月からの加算算定の適合事業所、不適合事業所の判定を行った後、対象事業所に各指定権者から通知を行う予定としています。適合事業所となった場合には、平成31年3月15日までに加算の体制届(「体制等状況一覧表」の「ADL維持等加算」の「あり」に○を記載)と添付書類(様式第27号「ADL維持等加算に係る届出書」の5の(1)から(5)までいずれも「該当」であることが条件。注:適合事業所でも体制届の提出がないと加算の算定はされませんので注意してください。)を添付し送付していただくことにより加算が算定となります。 ※介護保険最新情報Vol.648(ADL維持等加算に関する事務処理手順及び様式例について)参照
8	通所介護 通所リハビリテーション	報酬	栄養スクリーニング加算	留意事項通知に示される、イから二に関する確認を行った結果、これらに該当しない利用者でも、確認した内容を介護支援専門員に情報提供した場合は算定可能か イ BMIが18.5未満である者 ロ 1～6か月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」に規定する基本チェックリスト項目が「1」に該当する者 ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 ニ 食事摂取量が不良(75%以下)である者	イから二の確認を行い介護支援専門員に情報提供した場合に、6月に1回を限度に算定されるもので、確認の結果、該当しない場合であっても算定可能です。 なお、算定の対象となる利用者は、複数の事業所で同加算を算定できないため、サービス利用者が利用している各種サービスの栄養状態との関連性、実施時間の実績、栄養改善サービスの提供実績、栄養スクリーニングの実施可能性等を踏まえ、サービス担当者会議で検討し、介護支援専門員が判断・決定することとなります。
9	通所リハビリテーション	報酬	リハビリテーション提供体制加算	①加算の算定条件に「常時当該事業所に配置されている療法士の合計数が、当該事業所の利用者数が25又はその端数を増すごとに1以上あること」とあるが、常時とは、常勤が必ず1名必要か?それとも、非常勤の合計が1あれば良いか教えてほしい。 ②「常時、当該事業所に配置されている療法士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること」とあるが、事業所のサービス提供時間が6.5時間の場合、常時とは6.5時間常時の配置で良いということか?	①常時1以上とは常勤・非常勤を問わず当該事業所の理学療法士等が常時1名以上の配置が求められており、利用者の数が26名から50名までの間は、理学療法士等が常時2名以上となるよう配置されていれば、非常勤職員の交代での配置も可となります。 ②上記①の配置は、個々の利用者がサービス提供を受けている全ての時間帯を対象とします。
10	通所リハビリテーション	報酬	リハビリテーション提供体制加算	常時、配置している理学療法士、作業療法士等の合計数の算出にあたっては、該当者が休暇を取った場合など、その時間分は、減算する必要あるか?	現にサービス提供が行われいる時間帯に配置基準を満たした職員配置を行っていることが要件となりますので、職員が休暇等により業務から離れている時間は加算算定の対象となる配置時間には含まれません。
11	通所リハビリテーション	報酬	リハビリテーションマネジメント加算	リハビリテーション会議の構成員である医師が欠席し、テレビ電話等情報通信機器の活用がない場合に、後日リハビリテーション会議以外の機会を通して、利用者又はその家族に対して、当該計画を説明し、同意を得た場合、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)の算定要件を満たすか。	医師が止むを得ない理由等によりリハビリテーション科会議を欠席した場合は、リハビリテーション会議以外の機会を通して、利用者又はその家族に対して、当該計画を説明し、同意を得た場合、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)の算定要件を満たします。(H30.3.22老老発0332第2号リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書の事務処理手順及び様式例の提示について第2の4の②)
12	介護予防通所リハビリテーション	報酬	リハビリテーションマネジメント加算	ケアマネジメントにより運動器機能向上加算を算定している利用者に対して、この加算の必要性を判断する基準はあるか。また、この加算の算定対象となる者は、事業所の医師が医学的な管理の必要であると認める者や自宅環境の調査を含め生活動作等の改善等の目的で個別リハビリ計画の継続した管理が必要な者と考えるが良いか。	この加算の必要性を判断する基準としては、 ①事業所の医師、理学療法士等その他の職種の者が協働し利用者に説明し同意を得られている場合で ②他の介護予防サービスの従業者にリハビリテーションの観点から必要な情報提供等が望まれる場合で ③自宅環境の調査を含め、継続したリハビリテーションの質の管理が必要となる者等が考えられ、運動器機能向上加算の算定の有無に関わらず、算定要件を満たしていれば算定対象となります。
13	通所リハビリテーション	報酬	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)～(Ⅳ)	①リハビリテーションマネジメント加算Ⅱを算定するには、サービスの利用を開始する前月であっても、利用者の居室を訪問して助言等を行えばサービス利用日の前月でも算定が可能か、可能の場合、請求日はいつになるのか。 ②同加算のⅢ、Ⅳについても同様の扱いとなるか。	①基本サービス費がない場合には加算の請求ができないことが原則ですが、この加算については、利用者又はその家族に説明し同意を得た日の属する月から加算のみを訪問日に請求できます。 ②同加算のⅢ、Ⅳについても同様の扱いとなります。

14	短期入所生活介護 介護老人福祉施設	報酬	看護体制加算 (Ⅲ)・(Ⅳ)	併設型と空床型のショートステイを運営している場合、算定要件の「前年度又は算定日が属する月の前3ヶ月の利用者の総数のうち、要介護度3以上の占める割合が70%以上である。」は、「併設型」と「空床型」のそれぞれで算定要件を確認し、満たした事業所のみ算定可能となるか。	「併設型」と「空床型」はそれぞれ分けて看護体制加算(Ⅲ)・(Ⅳ)の算定を行うため、算定要件を満たしていれば別々に算定が可能です。
15	短期入所生活介護 介護老人福祉施設	報酬	夜勤職員配置加算	夜勤職員配置加算Ⅲを算定するため、「夜勤時間帯を通じて看護職員を配置又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置」していたが、当該加算の算定に必要な有資格者職員が体調不良等で勤務出来なかった場合など、「夜勤時間帯を通じて」当該加算の算定に係る資格者を配置できない場合は、「夜勤職員配置加算Ⅰ」を算定し、有資格者等を配置した日には「夜勤職員配置加算Ⅲ」を算定するような運用は可能となるか？	加算Ⅲ(Ⅳ)について、1月の内で算定要件を満たさない日がある場合、満たした日のみ加算Ⅲ(Ⅳ)の算定が可能です。ただし、当該加算は、同一月に加算Ⅰ(Ⅱ)か加算Ⅲ(Ⅳ)のいずれかしか算定できないため、御質問のように、加算Ⅲ(Ⅳ)の算定ができない日に加算Ⅰ(Ⅱ)を算定することはできません。なお、喀痰吸引等ができる職員を配置できない日がある場合は、当該月は加算Ⅲ(Ⅳ)は算定せず、加算Ⅰ(Ⅱ)のみを算定するという選択も可能です。 ※4月10日付け「広島県番Q&A」の「介護老人福祉施設」の2の回答は、平成30年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.6)(介護保険最新情報vol.675)問4の厚生労働省老健局からの回答を受け上記のとおり修正します。 ※なお、「介護給付費算定に係る体制届に関する届出書(以下「体制届」と表記。))」の記載については、「3 夜勤職員配置加算Ⅲ(Ⅳ)(以下「3」と表記。))」の欄に○があれば「2 夜勤職員配置加算Ⅰ(Ⅱ)(以下「2」と表記。))」の欄への○は不要です。「(体制届)」に「3」に○があれば「2」に○がなくても「2」の算定が可能であり、「2」と「3」の○はいずれか一方のみシステム登録が可能なため「3」に○をした場合には「2」に○はしないようお願いします。)
16	短期入所生活介護 介護老人福祉施設	報酬	夜勤職員配置加算	夜勤職員配置加算Ⅲの算定について、介護老人福祉施設・空床型短期入所生活介護及び一体的に運営する併設型短期入所生活介護事業所の各々が当該加算を算定する場合は、各事業所が登録喀痰吸引等事業者として都道府県に登録する必要があるのか。また、空床型短期入所事業所は、介護老人福祉施設が登録されていれば算定要件を満たしていることとなるか？	夜勤職員配置加算Ⅲの算定に必要な、介護職員等が、たん吸引等の「医療行為」を行えるための要件として ①介護職員等が「認定特定行為業務従事者」として認定されていること。 ②所属する介護職員等にたん吸引等を行わせようとする施設や事業所などが、「登録特定行為事業者」として登録されていること。 等があり、介護職員等は①②の条件を満たした上であれば、医師の指示の下に、看護師等と連携して、たん吸引等を行うことができます。内容の詳細については、広島県のHP「介護職員等によるたんの吸引等の実施について」(医療介護人材課)に説明等が掲載されていますので御確認ください。 <a href="https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/54/kakutan-top.html">https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/54/kakutan-top.html</a>
17	短期入所生活介護 介護老人福祉施設	報酬	夜勤職員配置加算	夜勤職員配置加算Ⅲの算定要件として配置する、「喀痰吸引等の実施ができる介護職員」の資格要件は「認定特定行為業務従事者(経過措置)」でも算定が可能となるか？	夜勤職員配置加算Ⅲの算定に必要な、介護職員等が、たん吸引等の「医療行為」を行えるための要件の一つとして「認定特定行為業務従事者(経過措置)」の方も一定の条件(経過措置の範囲内)で算定可能となります。内容の詳細については、広島県のHP「介護職員等によるたんの吸引等の実施について」(医療介護人材課)に説明等が掲載されていますので御確認ください。 <a href="https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/54/kakutan-top.html">https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/54/kakutan-top.html</a>
18	短期入所生活介護 介護老人福祉施設	報酬	夜勤職員配置加算	同一建物内にユニット型の老人福祉施設と従来型の老人福祉施設が併設されている場合、双方の施設を兼務する常勤職員で喀痰吸引等の実施ができる介護職員が、夜勤でどちらかの施設で勤務した場合、双方の施設において加算が算定できるか。	ユニット型の「介護老人福祉施設(地域密着型介護老人福祉施設も含む。以下同じ)」と従来型の「介護老人福祉施設」が併設されている場合は、各々いずれかの施設で夜勤時間帯を通じ看護職員又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員の配置がされていれば、双方の施設で加算を算定することは可能です。
19	短期入所生活介護 介護老人福祉施設	報酬	生活機能向上連携加算	生活機能向上連携加算の連携先について、算定要件で「医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る。)」となっているが、同一法人内に200床以上となる病院があり、当該病院と連携し加算を算定することは可能か。	病院にあつては、許可病床数が200床未満のものが対象となります。
20	特定施設入居者生活介護	報酬	新設加算	「認知症専門ケア加算」、「退院・退所時連携加算」、「口腔衛生管理体制加算」、「栄養スクリーニング加算」は外部サービス利用型特定施設でも算定は可能か。	「認知症専門ケア加算」、「退院・退所時連携加算」、「口腔衛生管理体制加算」、「栄養スクリーニング加算」は、H30.4月の報酬改正以降の指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(H12.2.10厚生省告示第19号)の「単位数表」の「10 特定施設入居者介護費」の「二 退院・退所時連携加算」、「11 口腔衛生管理体制加算」、「12 栄養スクリーニング加算」に記載のとおり、「10 特定施設入居者介護費」の「1 特定施設入居者生活介護費(1日につき)～」について各々算定基準を満たした場合に算定できるとあるため、「10 特定施設入居者介護費」の「ロ 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費(1日につき 82単位)」への算定はできません。(H29.4月版介護報酬の解釈1単位数表編P110の「10-1 特定施設入居者生活介護費」にも加算の算定構造に関する解説等があります。)
21	特定施設入居者生活介護	報酬	入居継続支援加算	たん吸引等が必要な入居者の割合について、月末時点で入院中又は外泊中の入居者について、計算上どのように取り扱うべきか。	検査入院等の一時的な入院や短期間の外泊であり施設を退去されていない場合には、入居者数にカウントしても差し支えありません。
22	介護老人福祉施設	報酬	配置医師緊急時対応加算	「・・・若しくは配置医師と協力医療機関の医師が連携し・・・」の連携に協力医療機関の医師による対応(診療)も含まれるのか。	含まれません。あくまでも対応は配置医師が行う必要があります。 Q&A(vol.1)問93参照

23	介護老人福祉施設	報酬	配置医師緊急時対応加算	配置医師緊急時対応加算について、具体的な取り決めの記載方法は？届出はどこに？	入所者に対する緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法及び曜日や時間帯ごとの連絡方法や診察を依頼するタイミングなどについて、配置医師と施設の間で、具体的に書面(任意)で取り決めておく必要があり、体制届の提出時に他の必要書類と併せ、指定権者へ写しを提出することになります。
24	介護老人福祉施設	報酬	看取り介護加算Ⅱ	看取り介護加算Ⅱの要件には「(1)配置医師緊急時対応加算の施設基準に該当するものであること。」とある。また、配置医師緊急時対応加算の算定基準(回答の※参照)の「注」には「ただし、看護体制加算(Ⅱ)を算定していない場合は、算定しない」とある。 配置医師緊急時対応加算の算定基準(回答の※参照)には看護体制加算Ⅱのことは書かれていない。 看取り介護加算Ⅱは看護体制加算Ⅱの取得が要件なのか。	看取り介護加算(Ⅱ)の算定基準に配置医師緊急時対応加算の算定要件である「看護体制加算Ⅱ」の記載は直接されてはいるが、※の告示に明記されており、また24時間対応できる体制の確保など施設基準の内容と看護体制加算Ⅱの基準の内容は矛盾していない。看取り介護加算Ⅱの算定要件は看護体制加算Ⅱを算定していることを前提としています。 ※参照→指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準(H12.2.10厚生省告示21号)別表1のフ(配置医師緊急時対応加算の注)及びカ(看取り介護加算の注2)
25	介護老人福祉施設 介護老人保健施設	報酬	認知症専門ケア加算	認知症専門ケア加算について、日常生活自立度?以上は根拠書類はどのようなものですか会議の頻度は？	・日常生活自立度ランクⅢ以上の者 ・医師による診断書・意見書等 ・「定期的に」を示す基準はないが、内容、メンバーを考慮すれば、数か月に1回程度以上と考えます。 ・例えば研修修了者が何らかの研修に参加した際や対象入所者に変化があった場合などの機を捉えて、数か月～半年に1回程度の開催であれば要件を満たします。 ・体制届に添付する確認書には、直近の開催状況2回分の記載欄があり、それぞれ開催日、議題、内容の書類添付してください。 ・会議内容は適切に記録し保管してください。
26	介護老人福祉施設 介護老人保健施設	報酬	栄養マネジメント	栄養マネジメントに関わる届出書の、歯科医師は協力医療機関の歯科医師で可能か？	可能です。
27	介護老人福祉施設 介護老人保健施設	報酬	褥瘡マネジメント加算	「ハイリスク者」の基準について、報酬基準にも、様式4の評価票にも留意事項にも示されておらず、参考書式である様式5の中で「自分でやっていない」、「ありもしくは「はい」が1つ以上該当する場合、褥瘡ケア計画を立案し実施する」と示されているだけである。 様式4を使用するとしても、「複数該当する場合」等独自に基準を設定しても良いか。	「ハイリスク者」のモニタリング等に用いる参考資料として「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(老企第40H12.3.8厚生省老人保健福祉局企画課長通知)」の巻末に示されている別紙様式4と別紙様式5がありますが、これらに示されている内容を網羅されたものであれば、必要に応じ施設独自に追加で項目を加える等して作成したものをを用いていただいても差支えありません。
28	介護老人福祉施設 介護老人保健施設	報酬	褥瘡マネジメント加算	「平成30年度介護報酬改定における各サービス毎の改定事項」は、入所者全員に対する要件として介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業において明らかになったモニタリング指標を用いて、施設入所時に評価するとありまた、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」では、評価を行い褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、褥瘡ケア計画を作成すると記されている件について ①入所者全員が対象とあるが3月以前に入所した利用者が4月に算定要件を満たさずに退所した利用者が居た場合には、全員が算定できなくなるのか。 ②「モニタリング」については記されていないが参考に示されたものはあるか。 ③留意事項に沿って評価を行い「褥瘡ケア計画」の作成を行うと解釈してよいか。	①入所者全員に対して少なくとも3月に1回は、褥瘡の発生に係るリスクの評価を行い、評価結果を厚生労働省に報告を行う等の要件を満たしている場合に、入所者全員を対象に算定されるものであり、4月は算定要件を満たさない入所者が居られたため、入所者全員が算定対象外になりますが、翌月以降に、入所者全員を対象に算定要件を満たした場合には、入所者全員に対し3月に1回を限度に加算の算定が可能となります。 ②「モニタリング」の指標となる資料は、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(老企第40H12.3.8厚生省老人保健福祉局企画課長通知)」の巻末に示されている別紙様式4等がありますが、これらを参考に示されている内容を網羅されたものであれば、施設独自で作成された様式を用いても差支えありません。 ③お見込みのとおりであり、「褥瘡ケア計画」の参考となる資料も、上記の(老企第40H12.3.8厚生省老人保健福祉局企画課長通知)」の巻末に示されている別紙様式5がありますので参考にしてください。

29	介護老人福祉施設 介護老人保健施設	報酬	褥瘡マネジメント 加算	褥瘡マネジメント加算については3月に1回を限度として加算することになっていますが 入所者が入院等でいったん退所し再入所された場合、再入所にあたり再度評価・計画しなおせば過去の算定とは関係なく算定可能でしょうか。次の事例の場合は、①と②のどちらになるでしょうか。 例)4月に加算、5月は加算無、6月に2週間入院→再入所され、評価をやり直した。 ①3月に1回を限度とするため、4月に加算したのであれば6月の再評価分は7月に加算する。(4月→7月→10月→翌年1月) ②6月に再度評価・計画しているため、6月に加算する。以降、6月を起算月として3月に一回加算する。(4月→6月→9月→12月→翌年3月)	「3月に1回を限度」という算定要件より、同施設へ再入所する場合においても「褥瘡マネジメント加算」を算定した翌月、翌々月は算定することができず、事例の場合は①のとおり3ヶ月後に再算定可能となるものと考えます。
30	介護老人福祉施設 介護老人保健施設	報酬	褥瘡マネジメント 加算	算定して次の3ヶ月以内に褥瘡状態に変化があり、変更評価をした月に算定し、周期がずれるのか。 従来 4月算定→7月→10月 (例)4月→7月→8月に評価変更した場合 ①評価を変更しても、従来通りの算定 ②評価を算定した8月に算定→11月→2月と周期がずれる ①②いずれか。	褥瘡の発生と関連あるリスクについての評価の報告については、少なくとも3月に1回行うこととなっており、評価に変更があった場合は、厚生労働省への報告はその都度行っていただいて差支えありませんが、加算の算定については3月に1回を限度としており、評価内容が変更となった場合でも、入所した月とその後3月に1回の算定を限度として行う扱いは変わらないため、御質問の事例については①の取扱いとなります。
31	介護老人福祉施設 介護老人保健施設	報酬	口腔衛生管理 加算	日本歯科衛生士会ホームページに記載されていたが、医療保険において、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月については算定できないかといっているが、算定できないのか。	当該加算は医療保険において歯科訪問診療が算定された月であっても算定できませんが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月においては、訪問歯科衛生指導料が3回以上算定された場合は算定できません。 ※「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(老企第40H12.3.8厚生省老人保健福祉局企画課長通知)参照」
32	介護老人福祉施設 介護老人保健施設	報酬	低栄養リスク 改善加算	新設された低栄養リスク改善加算は、原則として、「新規入所時」又は「再入所時」に行った栄養スクリーニングにより、低栄養状態の高リスク者に該当する者で、低栄養状態の改善等のための栄養管理が必要であるとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象としているが、4月1日時点で既に入所している者に対して上記の算定条件を満たして行った場合は対象となるのか。	低栄養リスク改善加算は、あくまで平成30年4月1日以降に「新規入所」した者が「再入所」した者に限られ、3月以前から入所していたものに関しては、例え他の算定要件を満たしていた場合であっても算定できない扱いになります。
33	介護老人福祉施設 介護老人保健施設	報酬	低栄養リスク 改善加算	「作成した栄養ケア計画は、月1回以上見直すこと。また、当該計画については、特別な管理の対象となる入所者または家族に説明し、その同意を得ること」の一文について、家族への説明と同意のサインは、栄養ケア計画書と同様、概ね3ヶ月おき、またはプラン変更時でよいのか。	お見込みのとおりです。 月1回以上、医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等の職種の者が共同して入所者の栄養管理を行うための会議を行い、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法等を示した計画を作成し、当該計画を変更した場合は、対象となる入所者及びその家族に説明し、その同意が必要ですが、内容が大きく変わらない場合は、計画書の変更は不要であり、その場合には、家族の同意とサインも省略可能です。
34	介護老人福祉施設 介護老人保健施設	報酬	低栄養リスク 改善加算	新規入所・再入所時とは、いつまでの期間をいうのか。 ・入所月からのみ算定可能か。 ・入所して数か月してリスクが変更になった場合は算定可能なのか。	低栄養リスク改善加算は、あくまで平成30年4月1日以降に「新規入所」した者が「再入所」した者に限っており、施設入所時に行った栄養スクリーニングにより低栄養状態の高リスク者に該当する者であって、入所して数か月して高リスクになったような場合は、算定対象としていません。
35	介護老人福祉施設 介護老人保健施設	報酬	低栄養リスク 改善加算	①週5回以上観察したという記録は必要か。(日付とその内容など) 必要であれば、書式例でいえば、どこに記入するのか。 ②管理栄養士不在で、他の職員が食事観察をした場合、その記録(日付・職種・名前など)も必要か。必要であればこれもどこにどのように記入するのか。	①週5回以上観察を行う事は必須ですが、内容に変化がなく、特記事項もない場合には、空きスペースに日付けのみ記録することも可とし、書式例とは別に作成しても差支えありません。 ②管理栄養士不在で、他の職員が食事観察をした場合にも、特記事項等あれば内容について記録しておくことが望ましいですが、特に大きな変化がない場合には、管理栄養士には口頭の報告のみで差支えありません。
36	介護老人福祉施設 介護老人保健施設	報酬	再入所時栄養 連携加算	老健に併設している医療機関から退院後に入院前に入所していた老健に再入所した次のような場合は、当該加算を算定できるか。 ①医療機関と老健の双方の施設に管理栄養士がいて各々が連携している場合。 ②管理栄養士が1人で双方の施設に兼務している場合。	①併設された機関との連携の場合であっても管理栄養士が各々の施設にいて連携している場合は算定の対象となります。 ②双方の施設の管理栄養士が連携していることが求められているため1人の管理栄養士が双方の職務を兼務している場合は算定対象になりません。

37	介護老人保健施設	報酬	基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算	<p>□介護老人保健施設(基本型・在宅強化型)の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出[様式第21号-1]</p> <p>□上記届出の根拠となる書類</p> <p>加算を算定する場合「上記届出の根拠となる書類」を提出するよう記載されているが、指定の書式等があるか。 指定がない場合は事業所の判断で項目ごとに任意に作成してよいのか?</p>	県としての様式は特に決まったものではありませんが、各月毎に算定を満たしている件数等が確認できる一覧表を添付してください。
38	介護老人保健施設	報酬	基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算	<p>①様式2枚目の6介護老人保健施設の基本サービス費に係る届出内容?在宅強化型?退所時指導等の実施の(注25)のところで、「居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報を受けることにより～」とあるが、情報を受けていれば訪問はしなくても良いと解釈してよいのか。また、「最後に記録していること」については、施設に記録があれば、提出は不要か。</p> <p>②リハビリマネジメントの実施(注26)について、具体的にどのような根拠となる書類が必要か。</p> <p>地域に貢献する活動の実施(注27)について、リハビリ関係による地域貢献についての実施状況についてなのか。</p> <p>③充実したリハビリテーションの実施(注28)について、具体的にどのような根拠となる書類が必要か。</p>	<p>①当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問するか、指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けるかいずれかの方法により、当該退所者の居宅における生活が継続する見込みであることを確認していただき、その旨を記録しておいてください。</p> <p>②入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていることが分かる書類を整理しておいてください。</p> <p>③入所者に対し、少なくとも週三回程度のリハビリテーションを実施し記録しておいてください。</p> <p>なお、上記の①から③の記録の有無等については、実地指導を行う際等に随時確認することとしますので提出は不要です。</p>
39	介護老人保健施設	報酬	基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算	<p>リハ専門職員及び支援相談員の配置割合の「前3月間におけるサービス提供に従事する勤務延時間数」の算出にあたっては、該当者が休暇を取った場合など、その時間分は、減算しなければならないか?</p>	<p>前3月間の各職員の実際に勤務した時間の合算とし、休暇を取った場合等のサービス提供に従事しない時間は含まれません。</p>
40	介護老人保健施設	報酬	在宅復帰・在宅療養支援機能加算	<p>1. 様式21号-1の在宅療養の加算の根拠となる書類について</p> <p>①居宅サービス実施状況</p> <p>②リハビリ職員、相談員の書類</p> <p>③注3, 7, 8, 11, 15の考え方</p> <p>2. 今回示された1週間以内の再入所は退所、入所に含めず入所期間とするという考え方は29年度に遡って適用するのか。</p> <p>また、その方々が経管栄養、吸引、介護4.5の場合はどうなるか。</p> <p>3. 注23, 24の意味する内容が不明。</p> <p>4. 注28も今回新たに示された内容ですが、29年度に遡ってなのか。</p> <p>5. この様式21号-1は短期入所療養介護利用者は除くと解釈しているがよいのか。</p>	<p>1. ①算定日が属する月の前3月間に、当該施設(当該施設に併設する病院、診療所、介護老人保健施設及び介護医療院を含む。)において訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護を全て提供している場合は3を記載し点数は5点。いずれか2種類のサービスを提供している場合は2を記載し点数は3点。いずれか1種類のサービスを提供している場合は1を記載し点数は2点。いずれも提供していない場合は0を記載し点数は0点とします。</p> <p>②リハビリ職員、相談員の確認書類は算定日が属する月の前3月間におけるリハビリ職員、相談員の当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数のわかる書類(勤務形態一覧表等)、リハビリ職員、相談員が当該3月間に勤務すべき時間(就業規則で定められた常勤の職員の勤務時間数、前年度の平均入所者数のわかる書類)、前3月間における入所者延数(短期入所療養介護利用者は除きます。)*がわかる書類(勤務形態一覧表等を参考に任意で作成した一覧表で可)を添付してください。</p> <p>③注3, 7, 8, 11, 15について「当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなす」とあるのは、例えば「一週間以内に退院後、一旦居宅に戻ることなく直接施設等に再入所した場合」には入所が継続していたとみなし、新規入所者数には参入しない取扱いとします。</p> <p>2. 算定日が属する月の前6月間及び前3月間とは算定を開始する月の前月を含む前6月間及び前3月間のことをいいます。</p> <p>29年度にまたがる場合は29年度の月の状況も算定要件に含まれます。</p> <p>3. 喀痰吸引の実施割合と経管栄養の実施割合の記載欄には、過去3か月で実施した者の延べ数を記載してください。</p> <p>4. 算定を開始する前6月間及び前3月間が、29年度にまたがる場合は29年度の状況も算定要件に含まれます。</p> <p>5. 様式21号-1は短期入所療養介護利用者は除きます。</p>
41	介護老人保健施設	報酬	在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価	<p>在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価で「充実したリハビリ少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること」とあるが、週3回程度以上のリハビリテーションはすべて個別対応でのリハビリの実施ということか。</p> <p>利用者個別でのリハ計画に基づいた集団対応でのリハビリを含めてもよいのか。</p>	<p>入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っているのであれば、集団対応で行うリハビリテーションを含めることも可能です。</p>
42	介護老人保健施設	報酬	機能訓練	<p>在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価の充実したリハ「週3回以上のリハビリテーションを実施していること」とあるが週3回程度以上とは、1日の中で連続しない複数回のリハビリテーションを実施した場合でも算定要件を満たすのかどうか。</p> <p>例)9:00から作業療法20分、13:00から言語療法20分、16:00から作業療法を20分を同日に行なった場合に週3回を満たすのかどうか。</p>	<p>右記の「週3回程度以上」の回数のカウントについては、原則として1日に複数回行った場合であっても、1回として数える扱いとしています。</p>
43	介護老人保健施設	報酬	所定疾患施設療養費	<p>所定疾患施設療養費(?)の算定要件に『医師が感染症対策に関する研修を受講していること』とあるが、この場合の医師とは常勤に限るのか、施設に勤務している別の非常勤の医師でも可能なのか。</p>	<p>感染症対策の研修を受講した医師が診断を行うのであれば非常勤の医師でも算定可能となります。</p>

44	介護老人保健施設	報酬	所定疾患施設療養費(Ⅱ)	算定要件③の医師が受講していなければいけない研修について具体的な研修名を提示していただきたい。	平成30年4月現在で、確認できる研修では、一般社団法人日本老年医学会のHPIに掲載されている「老健管理医師総合診療研修会」があります。 <a href="https://www.jp-geriat-soc.or.jp/kensyu/hokenshisetsu.html">https://www.jp-geriat-soc.or.jp/kensyu/hokenshisetsu.html</a>
45	介護老人保健施設	報酬	所定疾患施設療養費(Ⅱ)	「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(抄)老企第40号」の「6介護保健施設サービス」の「(32)所定疾患施設療養費(Ⅱ)について」の⑦において、「感染症対策に関する十分な経験を有する医師については、感染症対策に関する研修を受講した者とみなす。」とあるが、具体的にどのような要件を満たす医師であれば研修を受講した者とみなされるのか。	感染症対策に関する研修については、公益社団法人全国老人保健施設協会や医療関係団体等が開催し、修了証が交付される研修を受講していることが必要となります。 研修を受講した者とみなす「感染症対策に関する十分な経験を有する医師」とは、敢えて上記の研修を受ける必要のない程度の適切な技能と経験を有した医師であることが求められており、具体例としては、右記の老企第40号の⑦にも示された、感染症対策に関する研修内容に含まれている、「肺炎、尿路感染症及び带状疱疹に関する標準的な検査・診断・治療等及び抗菌薬等の適正使用、薬剤耐性菌等の業務に適切な対処を行える技能と経験を有する医師」である場合等が考えられます。
46	介護療養型医療施設	報酬	1療養型	新規入院患者に関する基準の基準型と減算型の確認は、どこの項目を見ればわかるか？	療養環境基準減算については「厚生労働大臣が定める施設基準 平成27年3月23日厚生労働省告示第96号」の64号に、夜間勤務条件基準減算については「厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準 平成12年2月10日厚生省告示第29号」の7号のハ、及び「厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法 平成12年2月10日厚生省告示第27号」等を参照してください。(H29.4月版介護報酬の解釈1単位数表編P50からの人員基準欠如による減算、P812の注4、同P814の注1、6にも同様な解説等があります。)
47	介護療養型医療施設	報酬	サービス提供体制強化加算	仮に、現在300床の療養病床(医療療養病床200床、介護療養病床100床)を有している病院が、そのうちの200床(医療療養病床100床と介護療養病床100床)を平成30年10月1日に介護医療院(200床)に転換する場合に、これまで介護療養型医療施設100床に配置した介護職員の総数を対象に「サービス提供体制強化加算(1)イ(介護福祉士の割合が60%以上)」を受けていたが、転換後の介護医療院200床の総数を対象に「サービス提供体制強化加算(1)イ(介護福祉士の割合が60%以上)」を引き続き受けることは可能か。	転換前の「介護療養型療養病床(100床)」と「医療療養病床(うち100床)」を合わせた全介護職員の総数を対象に介護福祉士の割合が「サービス提供体制強化加算(1)イ(介護福祉士の割合が60%以上)」の算定要件である60%以上を満たしている場合には、転換後の最初の10月1日から継続しての算定も可とします。