

平成22年度

通所リハビリテーション

集団指導資料

平成23年2月16日(水)

岡山県保健福祉部 長寿社会課

☆岡山県保健福祉部長寿社会課ホームページ（運営：岡山県）

http://www.pref.okayama.jp/soshiki/kakuka.html?sec_sec1=35

集団指導資料については、長寿社会課のホームページからダウンロードが可能。

平成22年度 集団指導（通所リハビリテーション）資料目次

平成23年2月16日（水）13:00～
岡山テルサ（テルサホール）

資料1 介護保険指定事業者に対する指導及び監査について

・ 介護保険事業者に対する指導及び監査の実施方法	1
・ 都道府県・市町村が実施する指導監督の在り方について	3
・ 岡山県長寿社会課のホームページ	4

資料2 事業運営上の留意事項

1 主な関係法令	6
2 実施に当たっての留意事項について	11
3 介護報酬の算定上の留意事項について	21

資料3 通所リハビリテーション関係資料

・ 平成21年4月改定関係Q & Aについて	33
・ 通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーションに係る みなし指定について	51
・ 事業所外で指定通所リハビリテーションを提供する場合の取扱いにつ いて（平成19年7月2日長寿第477号）	57
・ 短期集中リハビリテーション実施加算の取扱いについて	59
（平成20年10月24日事務連絡）	
・ 平成19年4月改定関係Q & Aについて	61
・ 併設医療機関の受診について	62
・ 第1回介護保険研究会の疑義題と回答	63
・ 介護保険施設・事業所における事故等発生時の対応に係る指針	66
・ 医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の 解釈について（平成17年7月26日医政発0726005号）	69
・ 「運営規程」中の「従業員の職種、員数及び職務の内容」を変更した 場合の取扱いについて（平成20年6月30日長寿498号）	72
・ 介護保険制度下での居宅サービス等の対価に係る医療費控除の取扱い について（平成18年12月1日事務連絡）	73
・ その他参考資料	79
・ 質問票	100
・ 県民局通所リハビリテーション事業担当課一覧	101

介護保険事業者に対する指導及び監査の実施方法

1 集団指導

- 原則として、毎年度1回、一定の場所に対象事業者を招集し、講習会方式により指導を行います。
- 来年度（平成23年度）末に実施を予定している集団指導から、全サービスで資料の配付は行わず、事前に長寿社会課ホームページよりダウンロードの上、印刷して持参して頂く方法で行います。（来年度の実施通知で改めてお知らせします）

2 実地指導

- 介護サービス事業者等の所在地において、自己点検シート（岡山県版）により、事業者が自己点検した結果に基づき、ヒアリングを行うことにより実施します。
- 指導内容
介護サービス事業者のサービスの質の確保・向上を図ることを主眼とし、人員、設備、運営及び介護報酬請求について指導します。（必要に応じて過誤調整）
 - ① 事前に提出を求める書類等
 - ・ 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（直近の1ヶ月又は4週間）
 - ・ 緊急やむを得ず身体的拘束等を行っている入所(利用)者（入所・通所系サービスのみ）
 - ② 実地指導日に提出を求める書類等
 - ・ 自己点検シート（人員・設備・運営編）
 - ・ 自己点検シート（介護報酬編）

3 監査

- 監査は、入手した各種情報が人員、設備及び運営基準等の指定基準違反や不正請求等が疑われるとき、その確認及び行政上の措置が必要であると認める場合に、介護保険法第5章の規定に基づき実施します。

各種情報とは、

- ① 通報・苦情・相談等に基づく情報
- ② 国民健康保険団体連合会、地域包括支援センター等へ寄せられる苦情
- ③ 国民健康保険団体連合会・保険者からの通報
- ④ 介護給付費適正化システムの分析により特異傾向を示す事業者情報
- ⑤ 介護サービス情報の公表制度に係る報告の拒否等に関する情報

等の幅広い情報であり、これらの情報から指定基準違反や不正請求が認められる場合には、厳正かつ機動的な対応を行います。

※原則として、無通告（当日に通知）で立ち入り検査を実施するなど、より実効性のある方法で行っています。

4 営利法人の運営する介護サービス事業所に対する指導監査の実施

株式会社コムソンの不正事案を受け、介護サービス事業者による不正事案の再発を防止し、介護事業の適切な運営を確保する観点から「経済財政改革に関する基本方針2007」（平成19年6月19日に閣議決定）においては、「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」を推進することとされ、同プログラムにおいて、介護サービス事業者に対する法令遵守を徹底させるため、「平成20年度から平成24年度までの5年間で営利法人の全ての介護サービス事業所に対し監査を実施」するという方針が示されました。

本県におきましても、この国の方針を踏まえ、この5年間で重点指導期間として営利法人が運営する介護サービス事業所に対する監査を、順次、実施していきます。

○監査実施方法について

任意抽出した営利法人の運営する介護サービス事業所について、監査（書面検査）の実施通知を行います。通知のあった事業所については、自己点検シートを作成し、事業所を所管する県民局に提出してください。

なお、書面検査の結果等により、県が必要と認める場合には、監査（実地検査）を別途実施しています。

※報告徴収に従わず、又は虚偽の報告をしたときは、指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力を停止することがあるので十分留意してください。

5 報酬請求指導の方法

指導担当者が、加算等体制の届出状況並びに介護報酬（基本単位及び各種加算）の請求状況について、関係資料により確認を行いますが、報酬基準に適合しない取扱い等が認められた場合には、加算等の基本的な考え方や報酬基準に定められた算定要件の説明等を行い、適切なサービスの実施となるよう指導するとともに、過去の請求について自己点検の上、不適切な請求となっている部分については過誤調整として返還を指導します。

6 過誤調整の返還指導（※監査における不正請求は、保険者より返還命令）

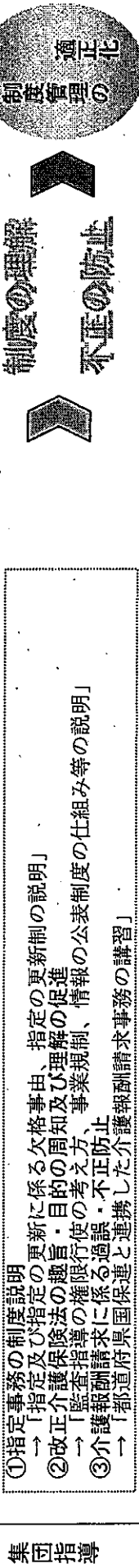
実地指導等において、過誤調整が必要と思われる場合は、原則として次のとおり取り扱います。

- ①介護サービス提供の記録が全くない場合は、サービス提供の挙証責任が果たせていないため返還を指導します。
- ②基準省令及び告示に明記されている基準・加算要件等を満たしていない場合は返還を指導します。
- ③厚生労働省が発出した各種通知類（解釈通知、留意事項通知、Q & A）の内容が遵守されていない場合は是正を指導します。

都道府県・市町村が実施する指導監督の在り方について

指導にあたっての基本的方針

制度管理の適正化のための指導については、都道府県及び市町村で下記の重点事項を踏まえて指導を実施。



- ① 指定事務の制度説明
→ 「指定及び指定の趣旨・目的の周知及び理解の促進」
- ② 改正介護保険法の趣旨・目的の周知及び理解の促進
→ 「監督指導の権限行使の考え方、事業規制、情報の公表制度の仕組み等の説明」
- ③ 介護報酬請求に係る過誤・不正防止
→ 「都道府県国保連と連携した介護報酬請求事務の講習」

実地指導については、施設サービス、居宅サービス等を行う事業者及び施設に対し、原則、都道府県及び市町村が実施。必要に応じて厚生労働省（本省及び地方厚生局）との合同により実施。

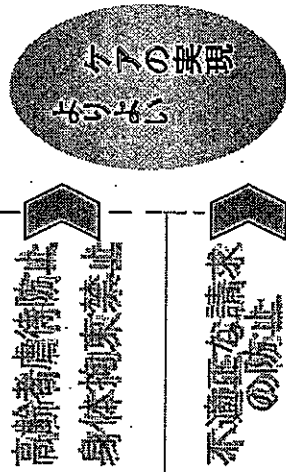
○ 高齢者虐待防止、身体拘束禁止等の観点から、虐待や身体拘束のそれぞれについての理解の促進、防止のため
の取り組みの促進を行うとともに、高齢者虐待防止等に当たっては、個々の利用者毎の個別ケアプラン
に基づいたサービス提供を含む一連のプロセスの重要性について、理解を求めるとともに、生活支援
のためのアセスメントとケアプランの作成等が適切に行われ、個別ケアの推進によって、尊敬のある生活支援の実現
に向けたサービス提供の質の確保・向上が図られるよう運営上の指導を実施する。
※著しい運営基準違反が確認された場合（虐待、身体拘束等）

○ 各種加算等に基づき必要な体制が確保されているか、個別ケアプランに基づきサービス提供が
されているか、他職種との協働は行われているかなど届け出た加算等に基づいた運営が適切に実施されているかを
アライングし、請求の不適正な取扱いについては是正を指導する。
※報酬請求に不正が確認された場合（上記以外の場合）

○ 監査へ変更
→ 監査へ変更
→ 一般行政指導（必要に応じて過誤調整）

指導

第23条 実地指導
第24条 報酬請求指導



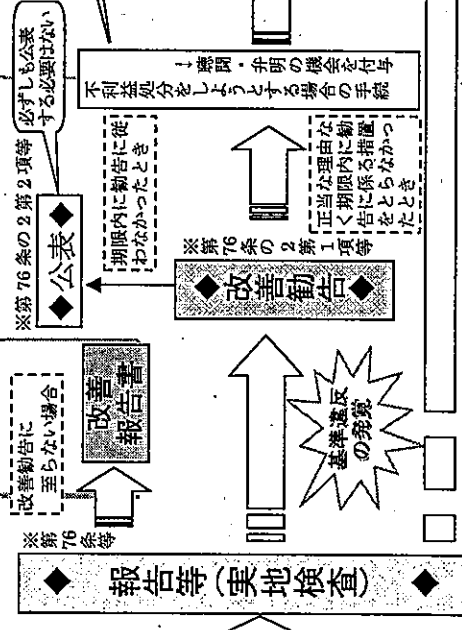
高齢者虐待防止
身体拘束禁止

不正の防止

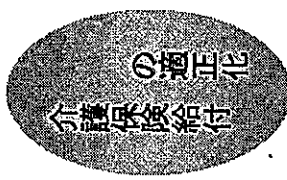
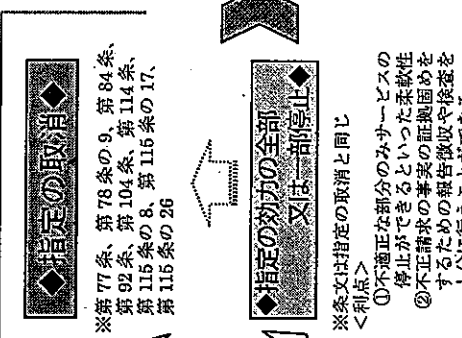
情報

- 通報・苦情・相談等に基づく情報
- 国保連、地域包括支援センター等へ寄せられる苦情
- 国保連・保険者からの通報情報
- 介護給付費適正化システムからの特異傾向を示す事業者
- 介護サービス情報の公表制度に係る報告の拒否等に関する情報

行政指導



行政処分



※第77条、第78条の9、第84条、第92条、第104条、第114条、第115条の8、第116条の17、第115条の26

※条文は指定の取消と同じ
<利点>
① 不適正な部分のみサービス停止ができるという柔軟性
② 不正請求の事実の証拠面を十分に行うことができる。

経済上の措置
(指定基準違反を伴う場合)

過誤調整

返還金(第22条第3項)

返還金十加算金(第22条第3項)

※ 「介護保険施設等の指導監督について」(平成18年10月23日老発第1023001号厚生労働省老健局長通知)



岡山県ホームページ > 暮らし・観光 > 健康・福祉 > 教育・文化 > 社会福祉 > 県政情報

分野で探す | 組織で探す (直通電話番号一覧) | キーワードで探す

ホームページ > 組織で探す > 保健福祉部 > 長寿社会課

長寿社会課

申請・届出の際の必要書類の解説と各種様式のダウンロード

- 「厚生労働大臣が定める有料老人ホームの設置者等が講ずべき措置」の一部改正について 2011年1月24日
- 介護支援専門員証の有効期間の更新について 2011年1月21日
- 消費生活用製品(介護ベッド等)の重大製品
- 平成23年2月の集約指導の実施について
- 岡山県国民健康保険支援方針 2010年12月14日

- 国民の皆様へのお知らせ
 - 介護員養成研修について
 - 平成22年度 ケアマネ試験合格発表
 - 有料老人ホーム(適高齢者専用賃貸住宅)の利用をお考えの皆様へ(一覽表掲載H22.10.1現在)
 - 新たな高齢者医療制度のあり方についての公聴会開催について
 - 「働きながら資格をとる」介護雇用プログラムの実施について
 - 後期高齢者医療制度に関する最新情報はこちら
 - 国の平成21年度補正予算において採られた基金の執行状況等について
 - 審議会等の二覧
 - 高齢者の相談窓口(地域包括支援センター)

医療・介護関係事業者の適切な取り扱いのためのガイドラインのダウンロード(厚生労働省HP)

- 保険医療機関・保険薬局の皆様へのお知らせ
 - 平成22年度集約指導(医科)資料の掲載について
 - 出産育児一時金の医療機関への直接支払制度
 - 特定疾患研究事業等に係るレポート記載要領の逐次更新について(医療機関の方々へ)
 - 平成21年1月から、75歳到達月の高額療養費限度額が半額になります!(医療機関の方々へ)
 - 平成20年度診療報酬改定関係資料について
 - 後期高齢者医療制度の現役並み所得判定について(医療機関の方々へ)

関連情報

- 介護保険事業者の申請の手引き、様式について
- 有料老人ホーム・適高齢者専用賃貸住宅の設置について
- 介護サービス事業者の業務管理体制整備に関する届出について
- 平成22年度岡山県版自己点検シート
- 介護保険施設・事業所における事故等発生時の対応について
- 高齢者の相談窓口(地域包括支援センター)
- 高齢化率・介護保険・国民健康保険など岡山県の概況
- 「介護110番」ホームページ

制度詳細ページ

- 岡山県国民健康保険支援方針
- 第4期岡山県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画
- 岡山県高齢者虐待防止ガイドライン
- 医療・介護関係事業者における個人情報保護の適切な取り扱いのためのガイドライン

関連リンク

- 岡山県介護サービス情報センター

資料2 事業運営上の留意事項

1 主な関係法令

- ・介護保険法（平成9年法律第123号）
- ・介護保険法施行令（平成10年政令第412号）
- ・介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）
- ・指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準
（平成11年厚生省令第37号）
- ・指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に
係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準
（平成18年厚生労働省令第35号）
- ・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準
（平成12年厚生省告示第19号）
- ・指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準
（平成18年厚生労働省告示第127号）
- ・指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について
（平成11年老企第25号）
- ・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療
養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の
算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年老企第36号）
- ・指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留
意事項について
（平成18年老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号）
- ・通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて
（平成12年老企第54号）

※上記の法令・通知等は、次の文献、ホームページ等でもご確認ください。

文献：介護報酬の解釈《平成21年4月版》（発行：社会保険研究所）

HP：厚生労働省 法令等データベースシステム

<http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/>

総務省 法令データ提供システム

<http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxsearch.cgi>

厚生労働省 介護サービス関係Q&A

－「人員・設備及び運営基準」及び「報酬算定基準」等に関するQ&A

http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/index_qa.html

【介護保険に関する情報】

☆WAM.NET（運営：独立行政法人福祉医療機構）

<http://www.wam.go.jp/>

福祉保健医療関連の情報を提供するための、総合的な情報ネットワークシステム。

指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（平成11年9月17日老企第25号）

第2 総論（抜粋）

2 用語の定義

(1) 「常勤換算方法」

当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。この場合の勤務時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該事業所が訪問介護と訪問看護の指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が訪問介護員等と看護師等を兼務する場合、訪問介護員等の勤務時間数には、訪問介護員等としての勤務時間だけを算入することとなるものであること。

(2) 「勤務延時間数」

勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間又は当該事業に係るサービス提供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む。）として明確に位置づけられている時間の合計数とする。なお、従事者1人につき、勤務延時間数に参入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とすること。

(3) 「常勤」

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいうものである。同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間数の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする。例えば、一の事業者によって行われる指定訪問介護事業所と指定居宅介護支援事業所が併設されている場合、指定訪問介護事業所の管理者と指定居宅介護支援事業所の管理者を兼務している者は、その勤務時間の合計が所定の時間に達していれば、常勤要件を満たすこととなる。

(4) 「専ら従事する」「専ら提供に当たる」

原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいうものである。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従業者の当該事業所における勤務時間（指定通所介護及び指定通所リハビリテーションについては、サービスの単位ごとの提供時間）をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。ただし、通所介護及び通所リハビリテーションについては、あらかじめ計画された勤務表に従って、サービス提供時間帯の途中で同一の職種の従業者と交代する場合には、それぞれのサービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをもって足りるものである。

居宅サービス単位数表（訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。）に関する通則事項（平成12年3月1日老企第36号）

第2の1 通則（抜粋）

(1) 算定上における端数処理について

① 単位数算定の際の端数処理

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

(例) . . . (省略) . . .

② 金額換算の際の端数処理

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

(例) . . . (省略) . . .

(2) サービス種類相互の算定関係について

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

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

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

(3) 施設入所日及び退所日等における居宅サービスの算定について

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

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

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

(4) 同一時間帯に複数種類の訪問サービスを利用した場合の取扱いについて

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

(5) 複数の要介護者がいる世帯において同一時間帯に訪問サービスを利用した場合の取扱いについて

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

(6) 訪問サービスの行われる利用者の居宅について

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

指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年3月17日老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号)

指定介護予防サービス単位数表に関する事項 第2の1通則 (抜粋)

(1) 算定上における端数処理について (省略)

(2) サービス種類相互の算定関係について

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

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

(3) 退所日等における介護予防サービスの算定について

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

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

(4) 同一時間帯に複数種類の介護予防訪問サービスを利用した場合の取扱いについて

利用者は同一時間帯にひとつの介護予防訪問サービスを利用することを原則とする。ただし、介護予防訪問介護と介護予防訪問看護、又は介護予防訪問介護と介護予防訪問リハビリテーションを、同一利用者が同一時間帯に利用する場合は、利用者の心身の状況や介護の内容に応じて、同一時間帯に利用することが介護のために必要であると認められる場合に限り、それぞれのサービスについてそれぞれの所定単位数が算定される。

(5) 介護予防訪問サービスの行われる利用者の居宅について

介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーションは、介護保険法(平成9年法律第123号)第8条の2の定義上、要支援者の居宅において行われるものとされており、要支援者の居宅以外で行われるものは算定できない。

第1 基本方針(基準省令第110条)

第2 人員に関する基準(基準省令第111条)

- 医師が不在の日があり、人員基準を満たしていない。
- 医師や理学療法士等について、勤務状況(時間)を確認できる書類がない。
- 理学療法士等が長期間不在である。(休止又は廃止を指導)

(ポイント)

1 介護老人保健施設、病院の場合

①【医師】

- ・専任の常勤医師が1人以上勤務していること。

専任の常勤医師が、休暇や出張等により不在の場合は、代替の専任の医師の配置及び専任の常勤医師との緊急時の連絡体制を整えておくことが必要。
(計画的な医学的管理を行う専任の常勤医師又は代替の医師が通所リハビリテーション事業所か併設医療機関内に勤務していることが必要。)

②【従事者】

(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員)

- ・指定通所リハビリテーションの単位ごとに、その提供を行う時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる者が、利用者の数が10人以下の場合は1人、10人を超える場合は利用者の数を10で除した数以上確保されていること。

例えば、利用者の数が35人の場合は、 $35 \div 10 = 3.5 \rightarrow 4$ 人以上の配置が必要。また、サービス提供時間帯を通じて通所リハビリ以外の職務に従事しないこと。

③【理学療法士等】

(②に掲げる人員のうち、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)

- ・専らリハビリテーションの提供に当たる者が、利用者が100人又はその端数を増すごとに1以上確保されていること。

営業日ごとに、リハビリテーションを提供する時間帯において、理学療法士等を配置すること。

※リハビリテーションを提供する時間帯 ≠ サービス提供時間帯

※リハビリテーションとは、個別リハだけではない。

(平成21年3月23日Q&A・問54) ⇒P38

2 診療所の場合

①【医師】

- イ 利用者の数が同時に10人を超える場合
 - ・専任の常勤医師が1人以上勤務していること。
- ロ 利用者の数が同時に10人以下の場合
 - ・専任の医師が1人勤務していること。
 - ・利用者数は、専任の医師1人に対し1日48人以内であること。

専任の（常勤）医師が不在の場合の取扱いは、介護老人保健施設・病院の場合と同様である。

②【従事者】

（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員）

- ・指定通所リハビリテーションの単位ごとに、その提供を行う時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる者が、利用者の数が10人以下の場合は1人、10人を超える場合は利用者の数を10で除した数以上確保されていること。

③【理学療法士等】

（②に掲げる人員のうち、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、経験を有する看護師）

- ・常勤換算方法で0.1以上確保されること。

例えば、常勤の従業者の勤務時間が週40時間である場合、1週あたり、 $40 \times 0.1 = 4$ 時間の勤務を、サービス提供時間帯に行う必要がある。

注1 指定通所リハビリテーションの単位とは、同時に、一体的に提供される指定通所リハビリテーションをいうものであることから、例えば、次のような場合は、2単位として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要がある。

- ・同時に一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービス提供が一体的に行われているといえない場合。
- ・午前と午後で別の利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合

注2 従事者1人が1日に行うことのできる指定通所リハビリテーションは、2単位までとする。ただし、1時間から2時間までの通所リハビリテーションについては、0.5単位として扱う。

注3 所要時間1時間から2時間の通所リハビリテーションを行う場合であって、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位における理学療法士等として計算することができる。

第3 設備に関する基準(基準省令第112条)

- 専用の部屋の一部が事務室として利用されている。

(ポイント)

1 専用の部屋

指定通所リハビリテーションを行うにふさわしい専用の部屋等であって、3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上のものを有すること。

2 消火設備、器械及び器具

消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定通所リハビリテーションを行うために必要な専用の器械及び器具を備えること。

注1 「専用の部屋」とは、介護保険の通所リハビリテーションのみを行うためのスペースであり、医療保険のリハビリテーション利用者へサービス提供を行うスペースとは明確に区分する必要があること。

ただし、それぞれの利用者について、部屋を区切ってサービス提供を行う場合や、時間帯で利用者を分け、それぞれの利用者を区分してサービス提供を行う場合は、同一の部屋を利用することができる。

第4 運営に関する基準

1 内容及び手続の説明及び同意(基準省令第8条(準用))

- 「重要事項説明書」と「運営規程」の記載(従業員の員数、営業時間、通常の事業の実施地域、サービス提供の内容など)が相違している。

例: 通常の事業の実施地域が、市町村合併により広がったため送迎等対応できない地域があるにもかかわらず、運営規程を変更しないで利用を断っている。

例: 運営規程に記載された従業員の員数が実態と異なっている。

(ポイント)

(※集団指導資料P72参照)

・「運営規程」の内容を基本にして作成し、事業の実態とも整合していること。

※運営規程の内容を変更する場合は、別途、変更届が必要。

・平成20年7月1日以降は、「運営規程」中の「従業員の職種、員数及び職務の内容」のみの変更であっても、変更後10日以内に届出が必要となりました。

なお、従来、「従業員の員数」については、具体的な員数を定めることとしていましたが、事業者の事務負担の軽減を図るため、今後は、その都度変動が見込まれる職種などの場合、具体的な員数ではなく、「〇〇人以上」という形の定め方でも差し支えないこととしました。

(平成20年6月30日長寿第498号通知)

- 「重要事項説明書」に、運営規程の概要、従業員の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制及び手順等の利用申込者がサービス選択するために必要な事項が記載されていない。

- 重要事項の説明を行っていない。

(ポイント)

・「重要事項説明書」は、利用申込者が事業所を選択するために重要な事項を説明するためのものであるため、まずは当該説明書を交付し、重要事項の説明を行うこと。
その後、利用申込者等がサービス提供を希望する場合に同意を文書により得ること。

- 介護予防サービス事業にかかる「重要事項説明書」が作成されていない。
- 利用者が要介護から要支援、又はその逆に変更になった場合に、改めて説明が行われていない。

(ポイント)

・利用者が受けようとするサービスを明確にし、それぞれのサービス内容、利用料等の記載に漏れがないように留意すること。

2 心身の状況等の把握(基準省令第13条(準用))

- サービス提供開始時及び計画変更時等において把握した、利用者の心身の状況について記録されていない。

(ポイント)

・本人や家族との面談、サービス担当者会議等を通じて把握した利用者の心身の状況、病歴等の内容を記録として残すこと。

3 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供(基準省令第16条(準用))

- 居宅サービス計画、通所リハビリテーション計画、実際に実施した通所リハビリテーションの内容が整合していない。

(ポイント)

・居宅サービス計画、通所リハビリテーション計画、提供する通所リハビリテーションの内容は整合する必要がある。
・居宅サービス計画や通所リハビリテーション計画に基づかない通所リハビリテーションについては、介護報酬を算定することはできない。

4 サービスの提供の記録(基準省令第19条(準用))

- サービス提供した際の、提供日、提供時間、提供者の氏名、提供した具体的なサービス内容、利用者の心身の状況その他必要な事項を記録していない。
- サービスの開始時刻・終了時刻が、実際の時間ではなく、通所リハビリテーション計画に位置づけられている標準的な時間となっている。

(ポイント)

・サービス提供日、サービス提供時間(実際の時間)、サービス内容、提供者の氏名、送迎時間、利用者の心身の状況等について記録すること。
・利用者の心身の状況の記載がない、単にサービス内容を記載したもの等記録として不十分なものが見受けられるので、今後のサービス提供に活かすために、利用者の心身の状況について把握したことについても記録すること。

- 実施したサービスの内容を記録していない。

(ポイント)

・サービス提供の記録は、介護報酬の請求の根拠となるため、介護報酬の請求内容を証明できるだけの内容の記録が必要となる。

※サービス提供記録がない場合には、過誤調整を指導する。

5 利用料等の受領(基準省令第96条(準用))

●交付する領収証に保険給付対象額、その他の費用、医療費控除対象額を区分して記載し当該その他の費用の額についてはそれぞれ個別の費用ごとに区分して記載していない。

●医療費控除対象額を対象者以外にも記載している。

●口座引落とし、口座振込みの場合に領収証を発行していない。

(ポイント)

(※集団指導資料P73～78参照)

・領収証に記載する医療費控除の対象額とは、①対象となる医療系サービスが居宅サービス計画又は介護予防居宅サービス計画に位置づけられており、かつ、②医療費控除の対象となる居宅サービス(介護予防サービス)を利用した場合にかかる自己負担額である。

①対象となる医療系サービス

・訪問看護(介護予防)

※医療保険各法の訪問看護療養費の支給に係る訪問看護を含む。

・訪問リハビリテーション(介護予防)

・通所リハビリテーション(介護予防)

・居宅療養管理指導(介護予防)

・短期入所療養介護(介護予防)

②医療費控除の対象となる福祉系サービス

・訪問介護(生活援助中心型を除く)(介護予防)

・訪問入浴介護(介護予防)

・通所介護(介護予防)

・短期入所生活介護(介護予防)

・夜間対応型訪問介護

・認知症対応型通所介護(介護予防)

・小規模多機能居宅介護(介護予防)

※医療系サービスを利用せず福祉系サービスのみを利用している場合は、医療費控除の対象とならない。

「介護保険制度下での居宅サービスの対価にかかる医療費控除の取扱いについて」

(平成18年12月1日事務連絡参照)

6 (介護予防)通所リハビリテーションの具体的取扱方針(基準省令第114条、介護予防基準省令第125条)

●必要性がない事業所外でのサービスを行っている。

(ポイント)

(※集団指導資料P57～58参照)

・通所リハビリテーションは、事業所内でサービス提供することが原則であるが、事業所外でのサービス提供については、①あらかじめ通所リハビリテーション計画に位置づけられており、②効果的な通所リハビリテーションが提供できる場合に算定の対象となること。

(平成19年7月2日長寿第477号通知)

●医師等の従業者が、介護予防支援事業者に対し、サービス提供状況等の報告を1月に1回以上実施していない。(※介護予防のみ)

(ポイント)

・医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画に基づくサービス提供の開始から、少なくとも1月に1回は、利用者の状態、サービス提供状況等について、介護予防支援事業者に報告すること。

●医師等の従業者が、介護予防通所リハビリテーション計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、1回以上、実施状況の把握(モニタリング)を行っていない。

(※介護予防のみ)

(ポイント)

・医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、介護予防通所リハビリテーション計画の実施状況の把握(モニタリング)を行うこと。また、結果については介護予防支援事業者に報告すること。

7 通所リハビリテーション計画の作成(基準省令第115条)

●医師等の従業者が、居宅(介護予防)サービス計画の内容に沿って、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載した通所リハビリテーション計画を作成していない。

●サービス提供前に通所リハビリテーション計画を作成していない。

●通所リハビリテーション計画は作成しているが、提供するサービスの内容について、利用者又はその家族に対し説明が行われておらず、同意(署名又は記名押印)も得られていない。

●通所リハビリテーション計画を利用者に交付していない。

(ポイント)

・医師等の従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所リハビリテーション計画を作成しなければならない。

また、提供するサービスの具体的な内容、所要時間、日程等を明らかにすること。

・通所リハビリテーション計画の作成にあたっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

・作成した通所リハビリテーション計画は利用者に交付しなければならない。

●通所リハビリテーション計画の作成にあたって、居宅(介護予防)サービス計画の交付を受けていない。また、更新・変更された居宅(介護予防)サービス計画の交付を受けていないため、居宅(介護予防)サービス計画に沿った内容となっていない。

●居宅(介護予防)サービス計画に基づかないサービスを位置づけている。

(ポイント)

・通所リハビリテーション計画は、居宅サービス計画の内容に沿ったものでなければならない。そのためには、サービス担当者会議に出席し情報共有することや居宅(介護予防)サービス計画の交付を受け、サービス内容の確認を行うことが重要となる。

・医師等の従業者は、通所リハビリテーション計画の実施状況の把握を行い、利用者の状態の変化等により、サービス内容に変更が生じた場合は、当該状況を居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）へ情報提供し、居宅（介護予防）サービス計画の変更の提案を行うこと。

なお、居宅（介護予防）サービス計画が変更された場合には、必要に応じ通所リハビリテーション計画の変更を行うこと。

8 緊急時等の対応(基準省令第27条(準用))

●緊急時対応マニュアルはあるが、従業者に周知されていない。

(ポイント)

・緊急時対応マニュアル、利用者の主治医や家族の緊急時連絡先については、整備することが目的ではない。緊急時に活用できるよう従業者に周知することが重要。

9 運営規程(基準省令第117条)

●介護予防サービス事業にかかる運営規程が整備されていない。

(ポイント)

・通所リハビリテーションと一体的に行う場合においては、運営規程を一体的に作成することも差し支えないが、必ず介護予防（要支援者）に関する内容を記載すること。

10 勤務体制の確保等(基準省令第101条(準用))

●翌月の勤務予定表が前月末までに作成されていない。

●勤務予定表が事業所ごとに作成されていない。

●勤務予定表に従業者（非常勤を含む。）の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職種、兼務関係などが明記されていない。

(ポイント)

・全ての従業者を記載し、事業所ごと、月ごとに作成すること。

・従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職種（医師、理学療法士等、看護職員、介護職員）、兼務関係などを明確にすること。

●従業者の資質向上のための研修が、計画的に実施されていない。

●研修（内部・外部を含む）の実施記録等が保存されていない。

(ポイント)

・年間計画などを策定し、実施後は資料等を含め、記録を残すこと。

11 定員の遵守(基準省令第102条(準用))

●月平均で利用定員を満たせば、1日ごとには守らなくてもよいと誤解している。

(ポイント)

・平成18年の制度改正により、利用定員超過による減算の取り扱いについては、月単位（月平均）とされた。（災害その他やむを得ない事情がある場合を除く。）

- ・減算の対象とならない場合でも、1日単位で基準を守ることに留意すること。
 - ・市町村から特定高齢者に対する通所型介護予防事業を受託して、これらを一体的にサービス提供する場合には、それらの利用者も含めて定員を守ることに留意すること。
- (平成21年3月23日Q&A・問50) ⇒P36

12 非常災害対策(基準省令第103条(準用))

- 非常災害時の対応方法についての具体的な対応計画が策定されていない。
- 定期的に避難訓練等が実施されていない。

(ポイント)

- ・非常災害に際して必要な具体的計画(消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画)の策定、関係機関への通報及び連絡体制の整備、避難、救出訓練の実施等の対策の万全を期さなければならない。
- ・火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう従業員に周知するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえよう体制を作ること。

13 衛生管理等(基準省令第118条)

- 各種マニュアルは整備しているが、従業員に周知されていない。

(ポイント)

- ・食中毒及び感染症の発生を予防するためのマニュアルを整備し、従業員に周知するなど感染症予防に必要な措置をとること。
特に、インフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、その発生及びまん延を防止するための措置について、別途通知が発出されているので、これに基づき、適切な措置を講じること。
- ・新型インフルエンザなどの感染症が発生した場合には、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保つこと。
- ・入浴施設を安心して利用できるよう、レジオネラ症の発生予防のため、きちんとした衛生管理体制を整えて、従業員に周知し、実行すること。
特に、「貯湯タンク」、「循環ろ過装置」、「気泡発生装置、ジェット噴射装置、打たせ湯、シャワー等」、「露天風呂」について、衛生的な管理を行うこと。

14 掲示(基準省令第32条(準用))

- 事業運営にあたっての重要事項が掲示されていない。運営規程のみを掲示している。
- 苦情に対する措置の概要、利用料などが欠落している。
- 事業所の見やすい場所に掲示されていない。

(ポイント)

- ・掲示すべき内容(項目)は、重要事項説明書と同じです。
- ・受付コーナー、相談室等利用申込者等が見やすいよう工夫して掲示すること。
※掲示が困難な場合には、利用者等誰もが閲覧できるように、ファイル等に入れて、受付コーナー、相談室等に立てかけておくことでも差し支えない。

15 秘密保持等(基準省令第33条(準用))

- 従業者の在職中及び退職後における、利用者及びその家族の個人情報に関する秘密保持について、事業者と従業者間の雇用契約、就業規則、労働条件通知書、誓約書等で取り決めが行われていない。
- サービス担当者会議等において、利用者及びその家族の個人情報を用いることについて、それぞれから文書による同意が得られていない。
- 利用者の家族から使用同意を得る様式になっていない。

(ポイント)

- ・家族の個人情報を使用する可能性もあるため、利用者だけでなく家族についても署名できる様式にしておくこと。

16 苦情処理(基準省令第36条(準用))

- 苦情処理に関する記録様式(処理簿・台帳等)が作成されていない。
- 苦情処理の内容が記録様式に記録されていない。
- 苦情の内容の記録のみで、「その後の経過」、「原因の分析」、「再発防止のための取組み」などが記録されていない。「再発防止のための取組み」が行われていない。

(ポイント)

- ・苦情を受け付けた場合は、苦情の内容等を記録すること。
- ・また、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取り組みを行うこと。

17 事故発生時の対応(基準省令第37条(準用))

- 事故(「ひやりはっ」とを含む。)に関する記録様式(報告・台帳等)が作成されていない。
- 事故(「ひやりはっ」とを含む。)の事例報告が記録様式に記録されていない。
- 事故の内容の記録のみで、「その後の経過」、「原因の分析」、「再発防止のための取組み」などが記録されていない。
- 事業所として「再発防止のための取組み」が行われていない。
- 損害賠償保険に加入していない。又は、賠償金の積み立てを行っていない。
- 県(事業所を所管する県民局)又は市町村等に報告していない。

(ポイント)

(※集団指導資料P66～68参照)

- ・事故の状況等によっては、事業所を所管する県民局へ報告を行うこと。
- ※介護保険施設・事業所における事故等発生時の対応に係る指針(岡山県版)参照

18 会計の区分(基準省令第38条(準用))

- 事業所ごとに経理を区分していない。
- 介護保険事業と他の事業の経理・会計が区分されていない。

(ポイント)

- ・事務的経費等についても按分するなどの方法により、会計を区分すること。

19 記録の整備(基準省令第118条の2)

- 退職した従業者に関する諸記録を従業者の退職後すぐに廃棄している。
- 通所リハビリテーション計画を変更したら、以前の通所リハビリテーション計画を廃棄している。

(ポイント)

- ・利用者に対する通所リハビリテーションの提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から2年間保存すること。

第5 変更の届出等(介護保険法第75条)

- 変更届出書が提出されていない。(運営規程など)

(ポイント)

- ・変更した日から10日以内に提出すること。なお、複数回にわたって変更が発生した場合でも、変更事実の発生日ごとに変更届を作成すること。

(重要)

- ・事業所の移転など重要な変更の場合は、事前に県民局担当課に相談すること。
※利用定員(10人から15人など)や営業日(週5日から週6日など)の変更にあっては、変更後の運営に支障がないか従業者配置を確認する必要があること。

- 休止・廃止の届出が、1月前までに提出されていない。(※平成21年5月改正)
(例：人員基準を満たせなくなったため休止したい、人員基準を満たす見込みが立たないため廃止したいなど。)

(ポイント)

- ・事業所を廃止、又は休止しようとするときは、1月前までに届け出ること。
※現に利用者がある場合には、他の事業所に引き継ぐことが必要。

(重要)

- ・従業者に欠員が生じている状態が1か月以上継続する場合には、事業所に対し定員や営業日・営業時間の見直し又は事業の休止を指導するものとする。
指導に従わずに事業を継続する事業所に対しては、特別な事情がある場合を除き、指定の取消し等を検討するものとする。
※従業者に欠員が生じた場合には、速やかに、事業所を所管する県民局に相談し、指導に従うこと。

1 施設等の区分（介護のみ）（平成21年度改正）

- 届出た施設等の区分（事業所規模）が誤っている。
- 前年度の1月当たりの平均利用延人員（要支援を含む。）の実績計算が誤っている。
- 事業所規模算定区分について、毎年度確認すべきところ、これが行われていない。
- 事業所規模算定区分について、確認した記録を保存していない。

(ポイント)

- ① 事業所規模の算定については、毎年4月から2月までの利用者数について確認し、現在届出ている事業所規模と変わる場合は、県民局へ「体制の変更」を届け出ること。

平成23年度の体制は、平成23年3月15日（必着）までに届け出ること。

平成22年4月に会計検査院の現地検査が行われ、3事業所について施設等の区分が不適切と指摘されたところである。

これを受け、県では平成22年度以降通所リハビリテーション事業所及び通所介護事業所の施設等の区分について、現地指導の重点項目としたところである。

- ② 定員規模別の報酬の基礎となる平均利用延人員の算定の際には、介護予防の利用者数を含み（通所サービスと介護予防サービスを一体的に事業を実施している場合）、特定高齢者、特定施設入居者生活介護の外部サービス利用者数については含まない。

(平均利用延人員数の計算式（3月を除く。))

1時間以上2時間未満の報酬を算定している利用者	×	1/4	=	A	人
2時間以上3時間未満	"	1/2	=	B	人
3時間以上4時間未満	"	1/2	=	C	人
4時間以上6時間未満	"	3/4	=	D	人
6時間以上8時間未満	"	1	=	E	人
<u>(A人+B人+C人+D人+E人) ÷ 11月 = 1月当たりの平均利用延人員数</u>					

※介護予防の利用者については、利用時間が

4時間未満の利用者については、利用者数に1/2を乗じて得た数とし、

4時間以上6時間未満の利用者については、利用者数に3/4を乗じて得た数とする。
ただし、同時にサービス提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えない。

※正月等特別な期間を除いて毎日営業している事業所については、一週当たりの利用延人員数に6/7を乗じた数を合算する取扱いとする。

① 前年度の実績が6月に満たない事業者（新規、再開含む。）又は

② 前年度の実績（前年度の4月から2月まで）が6月以上あり、年度が変わる際（4月1日）に定員を25%以上変更して事業を行う事業者においては、当該年度に係る平均利用延人員数の算出に当たり、便宜上、都道府県知事に届け出た当該事業所の利用定員の90%に予定される1月当たりの営業日数を乗じて得た数とする。

※従って、年度の途中での事業所規模に関する体制の変更は生じない。

事業所規模に係る届出書（通所リハビリテーション）

(別紙3-1-2)

1 平成22年度の実績（平成22年4月から平成23年2月まで）が6月以上有り、かつ、年度が変わる際に事業所の定員を概ね25%以上変更しない事業者

- ・事業所規模による区分については、前年度（3月を除く。）の1月当たりの平均利用延人員数により算定すべき通所リハビリテーション費を区分する。
- ・平均利用延人員数の計算に当たっては、指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業を実施している場合は、当該指定介護予防事業所における前年度の1月当たりの平均利用延人員数を含む。
- ・平均利用延人員数に含むこととされた介護予防通所リハビリテーション事業者の利用者の計算については、介護予防通所リハビリテーションの利用時間が四時間未満の利用者については、利用者数に二分の一を乗じて得た数とし、利用時間が四時間以上六時間未満の利用者については、利用者数に四分の三を乗じて得た数とする。（従来の計算方法からの変更点）
- ただし、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えない。（この場合は、6時間以上8時間未満の欄に記載してください。）

区分	所要時間	平成22年												平成23年	利用延人員計	所要時間毎の乗数	前年度平均利用延人員数	実績月数																		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月																							
通所リハ	1時間以上 2時間未満															月	×1/4																			
	2時間以上 3時間未満														※左欄の実績月数 (1年間事業を行つ ている場合は、3月 を除くため11)を 記入																					
	3時間以上 4時間未満																					(A)														
	4時間以上 6時間未満																								(B)											
	6時間以上 8時間未満																											(B)'								
	4時間未満																														合計					
	4時間以上 6時間未満																																	※毎日営業の場合は、 (B) × 6 / 7		
	6時間以上 8時間未満																																			
8時間以上 6時間未満																																				

各月の利用延人員数を所要サービス時間毎に各欄に記入してください。
各欄に記入後、利用延人員計欄に各月の利用延人員数の合計を記入してください。
前年度平均利用延人員数は、利用延人員計欄の乗数を乗じた数を記入し、合計数(A)を記入してください。
(B)欄は、(A)の数を前年度の実績月数で割った数を記入してください。(3月は除かれます。)
正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施している事業者については、(B)欄に7分の6を乗じた数を記入してください。

2 平成22年度の実績が6月に満たない事業者（新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む）又は
平成22年度の実績（平成22年4月から平成23年2月まで）が6月以上有り、年度が変わる際に事業所の定員を概ね25%以上変更して事業を実施しようとする事業者

運営規程に掲げる定員		×	90%	×	予定される1月当たりの営業日数	=	(C)
					日		(C) × 6 / 7
							(C)'

※毎日営業の場合は、(C) × 6 / 7
正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施している事業者には、(C)欄に(C)に6/7を乗じた数を記入してください。

※ (B) または (C) (毎日営業する場合は (B) または (C)') の数に応じた区分により、介護報酬を算定することとなる。

(B) または (C) (毎日営業する場合は (B) または (C)')	≤ 750	通常規模の事業所
750 < (B) または (C) (毎日営業する場合は (B) または (C)')	≤ 900	大規模の事業所 (I)
900 < (B) または (C) (毎日営業する場合は (B) または (C)')		大規模の事業所 (II)

2 施設基準に掲げる区分の通所リハビリテーション費

- 通所サービス中に医療機関を受診した場合、受診中及び受診後の時間についても報酬を算定している。
- サービス提供時間について、利用者の心身の状況等から当初の通所リハビリテーション計画に位置づけられた時間よりも大きく短縮した場合に、変更後の所要時間に応じた算定区分で所定単位数を算定していない。

(ポイント)

- ・利用者の要介護状態区分に応じて、現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画に位置づけられた内容の指定通所リハビリテーションを行うのに要する標準的な時間でそれぞれ所定単位数を算定する。
 - ・当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、単に、利用者が通常の時間を超えて事業所に残っているだけの場合は、通所リハビリテーションのサービスが提供されているとは認められない。この場合は、当初計画に位置づけられた所要時間に応じた単位数のみ算定される。
 - ・通所リハビリテーションを行うのに要する時間には、送迎に要する時間は含まれない。
- (介護報酬の解釈本青P253 [注1] 所要時間による区分の取扱い参照)

・通所サービス提供中に医療機関等を受診した場合は、サービスを中止した時点で通所サービスは終了したとみなされる。

・利用者の心身の状況等から当初の通所リハビリテーション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、当初の通所リハビリテーション計画を変更し、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。

(介護報酬の解釈本青P1372～1373介護報酬に係るQ&A（平成15年4月版Q2～3参照）)

- サービス提供しなかった場合（キャンセル等）にも当初の計画どおり算定している。

(ポイント)

- ・迎えに行く利用者不在で通所リハビリテーションが行えなかったとき、利用者からの事前の連絡がなかった場合でも、通所リハビリテーション費は算定できない。

3 日割り請求に係る適用（介護予防のみ）

- 介護予防短期入所生活介護を利用した月に、介護予防通所リハビリテーション費を日割りしていない。

(ポイント)

- ・日割り請求にかかる適用 インフォメーション (Vol. 76参照)
区分変更 (要支援Ⅰ・要支援Ⅱ)
区分変更 (要介護→要支援)

区分変更（要支援→要介護）

サービス事業者の変更（同一保険者内のみ）

- ・加算（月額）部分に対する日割り計算は行わない。
- ・日割り請求にかかる適用（平成20年9月サービス提供分から追加）
介護予防特定施設入居者生活介護等を受けている者
介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を利用している者
（介護報酬の解釈本青P1336介護報酬改定等に関するQ&A（平成20年4月21日 問20・21参照））

4 定員超過利用減算

- 月平均で、利用定員を超えているのに、所定単位数が減算されていない。

（ポイント）

- ・月平均で運営規定に定められた利用定員を超えた場合に該当する。
ただし、営業日ごとに利用定員を超えている場合には基準省令違反となり、指導の対象となる。
- ・通所サービスと介護予防サービスを一体的に事業を実施している場合は、通所サービスと介護予防サービスの利用者の合計が、月平均で利用定員を超えた場合は、介護給付及び予防給付の両方が減算対象となる。
- ・月の平均で定員超過があれば、翌月の全利用者について、所定単位数の70/100に相当する単位数を算定する。
（介護報酬の解釈本青P1273 平成18年4月改定関係Q&A（Vol.1問17参照））

5 人員基準欠如減算

（ポイント）

- ・人員欠如の場合の減算については、当該月において人員基準を満たさない場合、翌月の全利用者について、所定単位数の70/100に相当する単位数を算定する。

※人員基準の計算方法については、次頁・平成22年1月25日事務連絡（P25～26）のとおり。

各指定通所リハビリテーション事業所 管理者 殿

岡山県保健福祉部
長寿社会対策課 事業者指導班

通所リハビリテーションにおける人員欠如の場合
の減算について

標記については、人員基準の計算方法について、下記のとおり算定式等をお示ししますので、算定等遺漏なきようお願いいたします。

なお、「3-1」については、平成22年4月から適用することとします。

記

人員に関する基準に定められた各職種について、当該月ごと下記算定式により計算し、1から3のうち1つでも基準を満たさない場合は、翌月1か月間の全利用者分が減算の取扱いとなる。

$$1 \text{ 【医師】 } \frac{\text{サービス提供日に専任の医師が勤務した日}}{\text{サービス提供日}} \geq 1$$

通所リハビリテーションの専任の常勤医師について、労働基準法に基づく就業規則に定められた有給休暇を取得することが可能。ただし、休暇の間について、代替の専任の医師の配置及び専任の常勤医師との緊急時の連絡体制を整えておくことが必要。(計画的な医学的管理を行う専任の常勤医師又は代替の専任の医師が通所リハビリテーション事業所か併設医療機関内に勤務していることが必要)

$$2 \text{ 【従事者】 } \\ \text{(理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員)}$$

営業日のサービス提供時間中における従事者が実際に勤務した
時間の合計

$$\frac{\text{営業日のサービス提供時間中における従事者が実際に勤務した時間の合計}}{\text{各営業日における従事すべき従事者数} \times \text{サービス提供時間の合計}} \geq 1$$

3-1 【理学療法士等（老健、病院の場合）】

（従事者のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）※

営業日のリハビリテーションを提供する時間帯に配置された理学療法士等の延べ人数

≥ 1

各営業日における従事すべき理学療法士等の人数の合計

3-2 【理学療法士等（診療所の場合）】

（従事者のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、経験看護師）※

暦月における理学療法士等の勤務延時間数

≥ 0.1

暦月における常勤の職員が勤務する時間

※ 所要時間1時間から2時間の通所リハビリテーションを行う場合であって、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位における理学療法士等として計算することができる。

【根拠法令】

- ・ 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第111条
（平成11年3月31日厚生省令第37号）
- ・ 指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について
七 通所リハビリテーション 1 人員に関する基準
（平成11年9月17日老企第25号）
- ・ 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
別表指定居宅サービス介護給付費単位数表 7 通所リハビリテーション費 注1
（平成12年2月10日厚生省告示第19号）
- ・ 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
二 厚生労働大臣が定める利用者の数の基準及び医師等の員数の基準並びに通所リハビリテーション費の算定方法
（平成12年告示第27号）

岡山県保健福祉部

長寿社会対策課 事業者指導班

TEL 086(226)7325

FAX 086(224)2215

6 2～3時間の通所リハビリテーション

(ポイント)

・2時間以上3時間未満の通所リハビリテーションのサービスは、心身の状況から、長時間のサービス利用が困難である者、病後等で短時間の利用から始めて長時間利用に結びつけていく必要がある者など、利用者側のやむを得ない事情により長時間のサービス利用が困難な者であること。

(介護報酬の解釈本青P254～255 [注5] 参照)

7 時間延長サービス体制(6～8時間の前後に行う日常生活の世話)

(ポイント)

・通所リハビリテーションと延長サービスを通算した時間が8時間以上の部分について算定される。

8 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

(ポイント)

・中山間地域等に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、通所リハビリテーションを行った場合に、1日につき所定単位数の5%に相当する単位数を加算する。

・同加算を算定する利用者については、別途交通費の支払いを受けることはできない。

9 入浴介助体制

●入浴介助加算について、利用者の事情により入浴を実施しなかった場合であっても、加算を算定している。

(ポイント)

・入浴介助加算は、通所リハビリテーション計画上、入浴の提供が位置づけられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合については、当該加算を算定できない。

なお、全身を対象としたシャワー浴は算定の対象となるが、部分浴や清拭は算定の対象とならない。

10 リハビリテーションマネジメント加算（平成21年度改正）

(ポイント)

- ・ 1月に8回以上通所している場合に算定する。

(平成21年3月23日Q&A・問55、56) ⇒P39

※月8回以下であっても算定可能な場合

- ・ やむを得ない理由によるもの（ケアプラン上は月8回であるが、利用者の体調悪化で8回受けることができない場合等）

- ・ 自然災害・感染症の発生等により、事業所が一時的に休業等するため、当初ケアプラン上予定していたサービスの提供ができなくなった場合。

(平成21年4月9日Q&A・問1) ⇒P43

- ・ サービス利用初月であって、個別リハビリテーション、短期集中リハビリテーション、認知症短期集中リハビリテーションを行っている場合

- ・ 短期入所療養介護事業所により個別リハビリテーションが提供される場合であって、通所リハビリテーション事業所におけるリハビリテーションの提供回数と短期入所療養介護事業所におけるリハビリテーションの提供回数の合計が月8回以上であり、かつ、事業所間で利用者についての情報が共有されて、一体として、リハビリテーションマネジメントが行われている場合

(平成21年4月9日Q&A・問2、問3) ⇒P43～44

※「やむを得ない理由によるもの」とは、利用者の体調悪化に限定しているものではない。利用者側の自己都合によるものであれば算定が認められる。

ただし、振替の日を設定してなるべく月8回以上となるよう留意すること。

- ・ リハビリテーション実施計画原案を利用者又はその家族に説明し、その同意を得られた日の属する月から算定を開始するものとする。

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

(平成21年4月17日Q&A・問25) ⇒P47

11 短期集中リハビリテーション実施加算（平成21年度改正）

- 算定要件である個別リハビリテーションの実施時間が記録されていない。

(ポイント)

- ・ 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は、算定しない。

※通所リハビリテーションの終了月であって8回未満の利用しかない場合、リハマネ加算は算定できないが、当該実施加算は算定可能。

・看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師による1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションを算定する場合は、算定できない。

・退院（所）日又は認定日から起算して、

1月以内の期間 …… 1週につき概ね2回以上、1回当たり40分以上

1月を超え3月以内の期間 …… 1週につき概ね2回以上、1回当たり20分以上の個別リハビリテーションを行う必要があること。

※「退院（所）日」とは、「利用者が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のために入院若しくは入所した病院若しくは診療所若しくは介護保険施設から退院若しくは退所した日」のこと。

また、「認定日」とは、平成20年10月24日事務連絡（P59～60）参照

12 個別リハビリテーション実施加算（平成21年度改正）

●算定要件である個別リハビリテーションの実施時間が記録されていない。

（ポイント）

・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は、算定しない。

※リハマネ加算を算定しない（できない）場合で、当該実施加算が算定可能な場合

・通所リハビリテーションの終了月であって、8回未満の利用しかない場合

・「高次脳機能障害（失語症を含む）」、「先天性又は進行性の神経・筋疾患（医科診療報酬点数表における難病疾患リハビリテーション料に規定する疾患）」については、多職種協働で作成された通所リハビリテーション実施計画において、1月に8回以下の通所であっても効果的なりハビリテーションの提供が可能と判断された場合

・上記以外の疾患について、多職種協働で作成された通所リハビリテーション計画において、週1回程度の通所であっても効果的なりハビリテーションの提供が可能であると判断された場合について、週1回程度の利用があった場合

（平成21年4月9日Q&A・問4） ⇒P44

（平成21年4月17日Q&A・問27） ⇒P48

・1時間以上2時間未満の利用者については、個別リハビリテーション実施加算は算定できない。

（平成21年4月17日Q&A・問22） ⇒P47

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

（平成21年4月17日Q&A・問23） ⇒P47

・1月に13回を限度とする。（各事業所ごと）

（平成21年4月17日Q&A・問28） ⇒P48～49

13 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（平成21年度改正）

(ポイント)

・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は、算定しない。

※通所リハビリテーションの終了月であって8回未満の利用しかない場合、リハマネ加算は算定できないが、当該実施加算は算定可能。

・1週に2日実施する計画を作成することが必要である。ただし、当初、週に2日の計画を作成したにも関わらず、

①やむを得ない理由によるもの（利用者の体調悪化で週に1日しか実施できない場合等）

②自然災害・感染症の発生等により、事業所が一時的に休業する等のため、当初予定していたサービス提供ができなくなった場合であれば、算定が認められる。

（平成21年4月17日Q&A・問20） ⇒P46

・当該リハビリテーションに関わる医師は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を終了した、当該通所リハビリテーション事業所の医師であること。

（平成21年4月17日Q&A・問21） ⇒P46

・認知症に対するリハビリテーションに関わる専門的な研修とは、以下の研修である、

①全国老人保健施設協会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション研修」

②日本慢性期医療協会等が主催する「認知症短期集中リハビリテーション医師研修会」

③都道府県等が実施する「認知症サポート医養成研修」

（平成21年3月23日Q&A・問108） ⇒P41～42

14 若年性認知症利用者受入加算（平成21年度改正）

(ポイント)

・受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。

・若年性認知症利用者とは、初老期における認知症によって要介護者となった者で、65歳の誕生日の前々日までが同加算の算定対象である。

15 栄養改善加算、口腔機能向上加算

(ポイント)

・定員超過又は人員欠如減算の期間は算定できない。

16 運動器機能向上加算（介護予防のみ）

- 利用者に係る長期目標（概ね3月程度）、短期目標（概ね1月程度）が設定されていない。
- 概ね1月間毎のモニタリングが行われていない。

（ポイント）

- ・利用者ごとのニーズを実現するための長期目標及び長期目標を達成するための短期目標を設定すること。長期目標及び短期目標については、介護予防支援事業所において作成された介護予防サービス計画と整合が図れたものとする。
- ・利用者に係る長期目標及び短期目標を踏まえ、当該利用者のごとに、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、1回当たりの実施時間、実施形態等を記載した運動器機能向上計画を作成すること。
- ・利用者の短期目標に応じて、概ね1月間毎に、利用者の当該短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、必要に応じて、運動器機能向上計画の修正を行うこと。
- ・定員超過又は人員欠如減算の期間は算定できない。

17 サービス提供体制強化加算（加算Ⅰ、加算Ⅱ）（平成21年度改正）

- 届出日の属する月の前3月の平均でサービス提供体制強化加算の届出を行い、同加算を算定しているが、直近3月間の職員の割合について、毎月記録していない。

（ポイント）

- ・届出日の属する月の前3月の平均で当該加算の届出を行った場合は、届出を行った月以降においても直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合には、直ちに体制の届出を提出しなければならない。

（重要）

- ・職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く）の平均を用いることとする。ただし、平成21年度の1年間においてはすべての事業所について、平成22年度以降においては前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）についてのみ、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。

資料3 通所リハビリテーション関係資料

(平成21年3月23日)

(問2) 特定事業所加算及びサービス提供体制強化加算における介護福祉士又は介護職員基礎研修課程修了者若しくは一級課程修了者とは、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とされているが、その具体的取扱いについて示されたい。

(答)

要件における介護福祉士等の取扱いについては、登録又は修了証明書の交付まで求めるものではなく、例えば介護福祉士については、平成21年3月31日に介護福祉士国家試験の合格又は養成校の卒業を確認し、翌月以降に登録をした者については、平成21年4月において介護福祉士として含めることができる。また、研修については、全カリキュラムを修了していれば、修了証明書の交付を待たずに研修修了者として含めることが可能である。

なお、この場合において、事業者は当該資格取得等見込み者の、試験合格等の事実を試験センターのホームページ等で受験票と突合する等して確認し、当該職員に対し速やかな登録等を促すとともに、登録又は修了の事実を確認すべきものであること。

○ サービス提供体制強化加算

(問5) 同一法人内であれば、異なるサービスの事業所(施設)における勤続年数や異なる業種(直接処遇職種)における勤続年数も通算できるのか。さらに、事業所間の出向や事業の承継時にも通算できるのか。

また、理事長が同じであるなど同一グループの法人同士である場合にも通算できるのか。

(答)

同一法人であれば、異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる職種(直接処遇を行う職種に限る。)における勤続年数については通算することができる。また、事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であって、当該施設・事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合には、勤続年数を通算することができる。

ただし、グループ法人については、たとえ理事長等が同じであったとしても、通算はできない。

(問6) 産休や病欠している期間は含めないと考えるのか。

(答)

産休や介護休業、育児休業期間中は雇用関係が継続していることから、勤続年数に含めることができる。

(問7) EPAで研修に来ている者も当該加算の対象に含まれるのか。

(答)

人員配置基準においても含めていないことから、当該加算においても対象として含まない。

(問9) 予防通所リハ及び予防通所介護を利用する者において、月途中に要支援度の変更があった場合、サービス提供強化加算の算定はどの様にするべきか。

(答)

月途中に要支援度を変更した場合は、変更前の要支援度に応じた報酬を算定する。

ただし、変更となる前(後)のサービス利用の実績がない場合にあっては、変更となった後(前)の要支援度に応じた報酬を算定する。

(問10) 「届出日の属する月の前三月について、常勤換算方法により算出した平均を用いる」こととされている平成21年度の1年間及び平成22年度以降の前年度の実績が6月に満たない事業所について、体制届出後に、算定要件を下回った場合はどう取扱うか。

(答)

サービス提供体制強化加算に係る体制の届出に当たっては、老企第36号等において以下のように規定されているところであり、これに従った取扱いとされたい。

「事業所の体制について加算等が算定されなくなる状況が生じた場合又は加算等が算定されなくなることが明らかな場合は、速やかにその旨を届出させることとする。なお、この場合は、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から加算等の算定を行わないものとする。」

具体的には、平成21年4月に算定するためには、平成20年12月から平成21年2月までの実績に基づいて3月に届出を行うが、その後平成21年1月から3月までの実績が基準を下回っていた場合は、その事実が発生した日から加算の算定は行わないこととなるため、平成21年4月分の算定はできない取扱いとなる。

(問13) 月の途中において、転居等により中山間地域等かつ通常の実施地域内からそれ以外の地域(又はその逆)に居住地が変わった場合、実際に中山間地域等かつ通常の実施地域外に居住している期間のサービス提供分のみ加算の対象となるのか。あるいは、当該月の全てのサービス提供分が加算の対象となるのか。

(答)

該当期間のサービス提供分のみ加算の対象となる。

※ 介護予防については、転居等により事業所を変更する場合にあっては日割り計算となることから、それに合わせて当該加算の算定を行うものとする。

○ 口腔機能向上加算（通所サービス）

(問14) 口腔機能向上加算を算定できる利用者として、「ハ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者」が挙げられているが、具体例としてはどのような者が対象となるか。

(答)

例えば、認定調査票のいずれの口腔関連項目も「1」に該当する者、基本チェックリストの口腔関連項目の1項目のみが「1」に該当する又はいずれの口腔関連項目も「0」に該当する者であっても、介護予防ケアマネジメント又はケアマネジメントにおける課題分析に当たって、認定調査票の特記事項における記載内容（不足の判断根拠、介助方法の選択理由等）から、口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者については算定できる利用者として差し支えない。

同様に、主治医意見書の摂食・嚥下機能に関する記載内容や特記すべき事項の記載内容等から口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者、視認により口腔内の衛生状態に問題があると判断される者、医師、歯科医師、介護支援専門員、サービス提供事業所等からの情報提供により口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者等についても算定して差し支えない。

なお、口腔機能の課題分析に有用な参考資料（口腔機能チェックシート等）は、「口腔機能向上マニュアル」確定版（平成21年3月）に記載されているので対象者を把握する際の判断の参考にされたい。

(問15) 口腔機能向上サービスの開始又は継続にあたって必要な同意には、利用者又はその家族の自署又は押印は必ずしも必要ではないと考えるが如何。

(答)

口腔機能向上サービスの開始又は継続の際に利用者又はその家族の同意を口頭で確認し、口腔機能改善管理指導計画又は再把握に係る記録等に利用者又はその家族が同意した旨を記載すればよく、利用者又はその家族の自署又は押印は必須ではない。

○ 栄養改善加算（通所サービス）

（問 16）当該加算が算定できる者の要件について、その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者とは具体的内容如何。また、食事摂取量が不良の者（75%以下）とはどういった者を指すのか。

（答）

その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者とは、以下のような場合が考えられる。

- ・ 医師が医学的な判断により低栄養状態にある又はそのおそれがあると認める場合。
- ・ イ～ニの項目に掲げられている基準を満たさない場合であっても、認定調査票の「えん下」、「食事摂取」、「口腔清潔」、「特別な医療について」などの項目や、特記事項、主治医意見書などから、低栄養状態にある又はそのおそれがあると、サービス担当者会議において認められる場合。

なお、低栄養状態のおそれがあると認められる者とは、現状の食生活を続けた場合に、低栄養状態になる可能性が高いと判断される場合を想定している。

また、食事摂取が不良の者とは、以下のような場合が考えられる

- ・ 普段に比較し、食事摂取量が75%以下である場合。
- ・ 1日の食事回数が2回以下であって、1回あたりの食事摂取量が普段より少ない場合。

（問 50）通所系サービス各事業所を経営する者が、市町村から特定高齢者に対する通所型介護予防事業も受託して、これらを一体的にサービス提供することは可能か。また、その場合の利用者の数の考え方如何。

（答）

それぞれのサービス提供に支障がない範囲内で受託することは差し支えないが、その場合には、通所系サービスの利用者について、適切なサービスを提供する観点から、特定高齢者も定員に含めた上で、人員及び設備基準を満たしている必要がある。

また、プログラムについても、特定高齢者にかかるものと要介護者、要支援者にかかるものとの区分が必要であるとともに、経理についても、明確に区分されていることが必要である。

なお、定員規模別の報酬の基礎となる月平均利用人員の算定の際には、（一体的に実施している要支援者は含むこととしているが）特定高齢者については含まない。（月平均利用延人員の扱いについては、障害者自立支援法の基準該当サービスの利用者及び特定施設入居者生活介護の外部サービス利用者についても同様である。）

平成18年4月改定関係Q & A（vol. 1）問42は削除する。

【参考】

平成18年4月改定関係Q&A (Vol. 1)

問42 通所系サービス各事業所を経営する者が、市町村から特定高齢者に対する通所型介護予防事業も受託して、これらを一体的にサービス提供することは可能か。また、その場合の利用者の数の考え方如何。

答 それぞれのサービス提供に支障がない範囲内で受託することは差し支えないが、その場合には、通所系サービスの利用者について、適切なサービスを提供する観点から、特定高齢者も定員に含めた上で、人員及び設備基準を満たしている必要がある。

また、プログラムについても、特定高齢者にかかるものと要介護者、要支援者にかかるものとの区分が必要であるとともに、経理についても、明確に区分されていることが必要である。

なお、定員規模別の報酬の基礎となる月平均利用人員の算定の際には、(一体的に実施している要支援者は含むこととしているが) 特定高齢者については含まない。

(問52) 同一事業所で2単位以上の通所介護を提供する場合、規模別報酬の算定は単位毎か、すべての単位を合算するのか。

(答)

実績規模別の報酬に関する利用者の計算は、すべての単位を合算で行う。
平成18年4月改定関係Q&A (vol. 1) 問44は削除する。

【参考】

平成18年4月改定関係Q&A (Vol. 1)

問44 同一事業所で2単位以上の通所介護を提供する場合、規模別報酬の算定は単位毎か、すべての単位を合算するのか。

答 実績規模別の報酬に関する利用者の計算は、すべての単位を合算で行う。ただし、3時間以上4時間未満の単位を利用した者については1/2を乗じた数、4時間以上6時間未満の単位を利用した者については3/4を乗じた数を合算することとし、また、予防給付の対象(要支援者)の利用者数については、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日毎に合算する取扱いとする。

(問53) 事業所規模別の報酬となっているが、前年度請求実績から、国保連合会が請求チェックしないのか。

(答)

事業所規模別の報酬請求については、国保連合会による事前チェックは実施しないため、監査等の事後チェックで適正な報酬請求を担保することとなる。

平成18年4月改定関係Q&A (vol. 1) 問45は削除する。

【参考】

平成18年4月改定関係Q&A (V o l . 1)

問47 平成17年度における通所介護における平均利用延人員数の計算に当たって、認知症対応型通所介護の利用者数も含めて計算するのか。

答 認知症対応型通所介護の利用者については、平均利用延人員数の計算には含めない取扱いとする。

問48 通所系サービスの1月当たりの延べ利用人員が900人を超えると減算(90%)となるが、これにかかる経過措置はないのか。

答 一定以上の利用人員になると、管理コスト等について規模のメリットを享受し、収支状況が大幅に改善することから定員規模別の報酬設定を行うものであり、特段の経過措置は考えていない。

なお、平成18年度について、平成17年度の実績に基づいて規模を適正に判断することとしているが、これによりがたい場合については、推計値により判断することとしている。

平成18年4月改定関係Q&A (V o l . 6)

問2 機能訓練指導を行わない日についても機能訓練指導員を1名以上配置しなくてはならないのか。

答 通所介護事業は、必要な機能訓練を行うこととしており、機能訓練指導員を1名以上配置する必要がある。

ただし、機能訓練指導員は、提供時間帯を通じて専従する必要はなく、機能訓練指導を行う時間帯において、機能訓練指導のサービス提供に当たる機能訓練指導員を1名以上配置する必要がある。

なお、機能訓練指導員は、当該指定通所介護事業所の他の職務に従事することができることとしているほか、利用者の日常生活やレクリエーション、行事を通じて行う機能訓練については、生活相談員または介護職員の兼務を認めているところである。

【通所リハビリテーション】

(問54) 病院又は老人保健施設における通所リハビリテーションの従業者の員数について、理学療法士等の配置に関する規定が、「専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が百人又はその端数を増すごとに一以上確保されていること」とされたが、これは、通所リハビリテーションの中でも、リハビリテーションを提供する時間帯において、理学療法士等が利用者に対して100:1いれば良いということか。また、利用者の数が100を下回る場合は、1未満で良いのか。

(答)

そのとおりである。ただし、利用者の数が、提供時間帯において100を

下回る場合であっても1以上を置かなければならない。

(問55) リハビリテーションマネジメント加算は、20単位/日から230単位/月と改定され、月に8回以上の利用が要件となっているが、1ヶ月のケアプランが「2週間のショートステイと週3回の通所リハビリテーションを2週間」と設定された場合はリハビリテーションの提供が月8回未満となるが、この場合にあってはリハビリテーションマネジメント加算が全く算定できなくなるのか。

(答)

リハビリテーションマネジメント加算は、月に一定程度(8回)のリハビリテーションを行い、適切にその結果を評価するために設定しており、8回未満の場合は算定できない。

ただし、通所リハビリテーションの利用開始が月途中からであって、個別リハビリテーション、短期集中リハビリテーション又は認知症短期集中リハビリテーションを行っている場合にあっては、月8回を下回る場合であってもリハビリテーションマネジメント加算を算定することが可能である。

(問56) 月8回以上通所リハビリテーションを行っている場合に算定とあるが、週2回以上通所リハビリテーションを行っている場合と解釈してもよいのか。

(答)

あくまで月8回以上である。

(問57) 理学療法士等体制強化加算について、常勤かつ専従2名以上の配置は通常に通所リハの基準に加えて配置が必要か。また、通所リハビリテーションの単位毎の配置が必要となるのか。

(答)

居宅基準上求められる配置数を含めて常勤かつ専従2名以上の配置を必要とするもの。

【認知症関係】

○ 若年性認知症利用者受入加算

(問101) 一度本加算制度の対象者となった場合、65歳以上になっても対象のままか。

(答)

65歳の誕生日の前々日までは対象である。

(問102) 担当者とは何か。定めるにあたって担当者の資格要件はあるか。

(答)

若年性認知症利用者を担当する者のことで、施設や事業所の介護職員の中から定めていただきたい。人数や資格等の要件は問わない。

○ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

(問103) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算については、「過去三月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できる」とされているが、次の例の場合は算定可能か。

- ・例1：A老健にて3ヶ月入所し、認知症短期集中リハビリテーションを施行した後、B老健に入所した場合のB老健における算定の可否。
- ・例2：A老健にて3ヶ月入所し、認知症短期集中リハビリテーションを施行した後、退所し、B通所リハビリテーション事業所の利用を開始した場合のB通所リハビリテーション事業所における算定の可否。

(答)

例1の場合は算定できない。

例2の場合は算定可能であるが、A老健とB通所リハビリテーション事業所が同一法人である場合の扱いについては問104を参照されたい。

(問104) 3月間の認知症短期集中リハビリテーションを行った後に、引き続き同一法人の他のサービスにおいて認知症短期集中リハビリテーションを実施した場合、算定は可能か。

(答)

同一法人の他のサービスにおいて実施した場合は算定できない。

(問105) 3月間の実施期間中に入院等のために中断があり、再び同一事

業所の利用を開始した場合、実施は可能か。

(答)

同一事業所の利用を再開した場合において、介護老人保健施設、介護療養型医療施設においては前回入所（院）した日から起算して3月、通所リハビリテーションにおいては前回退院（所）日又は前回利用開始日から起算して3月以内に限り算定できる。但し、中断前とは異なる事業所で中断前と同じサービスの利用を開始した場合においては、当該利用者が過去3月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できる。

(問106) 一般の短期集中リハビリテーション実施加算は認定日が起算日となっているが、本加算制度の起算日を退院（所）日又は利用開始日とした理由如何。

(答)

認知症、特にアルツハイマー病等の変性疾患においては発症時期が明確ではないことが多く、今回改定において軽度の認知症だけではなく、中等度から重度の認知症も対象に含めたため、起算日を認定日ではなく、利用開始日とした。

(問107) 通所開始日が平成21年4月1日以前の場合の算定対象日如何。

(答)

平成21年4月1日以前の通所を開始した日を起算日とした3ヶ月間のうち、当該4月1日以降に実施した認知症短期集中リハビリテーションが加算対象となる。

例：3月15日から通所を開始した場合、4月1日から6月14日までの間に、本加算制度の要件を満たすリハビリテーションを行った場合に加算対象となる。

(問108) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算の要件である「認知症に対するリハビリテーションに関わる専門的な研修を終了した医師」の研修とは具体的に何か。

(答)

認知症に対するリハビリテーションに関する知識・技術を習得することを目的とし、認知症の診断、治療及び認知症に対するリハビリテーションの効果的な実践方法に関する一貫したプログラムを含む研修である必要がある。例えば、全国老人保健施設協会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション研修」、日本慢性期医療協会、日本リハビリテーション病院・施設協会及び全国老人デイ・ケア連絡協議会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション医師研修会」が該当すると考えている。また、認知症診療に習熟し、かかりつけ医への助言、連携の推進等、地域の認知症医療体制構築を担う医

師の養成を目的として、都道府県等が実施する「認知症サポート医養成研修」
修了者も本加算の要件を満たすものと考えている。

平成21年4月改定関係Q & A (通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算及び個別リハビリテーション実施加算関係) について

(平成21年4月9日)

問1 自然災害・感染症の発生等で事業所が一時的に休業し、当初月8回の通所を予定していた利用者へサービスが提供できなくなった場合も、リハビリテーションマネジメント加算は算定できないのか？

(答)

リハビリテーションマネジメント加算の算定に当たっては、正当な理由があれば、算定要件に適合しない場合でも算定を認めているところ。具体的には、算定要件に適合しない場合であっても、①やむを得ない理由によるもの(ケアプラン上は月8回であるが、利用者の体調悪化で8回受けることができない場合等)、②自然災害・感染症の発生等により、事業所が一時的に休業等するため、当初ケアプラン上予定していたサービスの提供ができなくなった場合であれば、算定が認められる。

問2 通所リハビリテーションのサービスで提供されているリハビリテーションの回数と通所リハビリテーション以外のサービスで提供されているリハビリテーションの回数を合算して、月8回を満たす場合には、リハビリテーションマネジメント加算を算定することは可能か？

(答)

リハビリテーションマネジメント加算の算定に当たっては、一事業所において月8回の通所リハビリテーションサービスの利用を要件としているところ。ただし、短期入所療養介護事業所により個別リハビリテーションが提供される場合であって、通所リハビリテーション事業所におけるリハビリテーションの提供回数と短期入所療養介護事業所におけるリハビリテーションの提供回数の合計が月8回以上であり、かつ、事業所間で利用者についての情報が共有されて、一体としてリハビリテーションマネジメントが行われている場合には、リハビリテーションマネジメント加算の算定が可能である。

問3 短期入所療養介護事業所と通所リハビリテーション事業所がリハビリテーションマネジメントの観点から、利用者についての情報共有をする場合の具体的な取り扱い如何。

(答)

加算を算定する利用者のリハビリテーション実施計画（それぞれの事業所において作成される通所リハビリテーション計画の中のリハビリテーション実施計画に相当する部分又は短期入所療養介護計画の中のリハビリテーションの提供に係る部分でも可）について相互に情報共有を行うものであること、また、それぞれの計画を、可能な限り、双方の事業所が協働して作成することが必要である。ただし、必ずしも文書による情報共有を必要とするものではない。

なお、通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメントにおける定期的なアセスメントとそれに基づく評価については、短期入所療養介護事業所において提供されたリハビリテーションの効果を勘案しつつ、適切に行っていただきたい。

問4 「高次脳機能障害（失語症含む）」、「先天性又は進行性の神経・筋疾患」については、月8回以下の利用であっても、個別リハビリテーション加算を算定できるとされたが、その他、どのような場合に個別リハビリテーション実施加算の算定が可能となるのか。

(答)

指定通所リハビリテーション事業所の医師の診察内容及び運動機能検査の結果を基に、リハビリテーションの提供に関わる医師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、看護職員又は介護職員等が協働して作成する通所リハビリテーション実施計画において、概ね週1回程度の通所であっても効果的なリハビリテーションの提供が可能であると判断された場合については、月8回以下の利用であっても、個別リハビリテーション実施加算の算定が可能である。ただし、この場合であっても、個別リハビリテーション実施加算の算定要件を満たしていただく必要がある。

平成21年4月改定関係Q&A (Vol. 2) について

(平成21年4月17日)

【共通事項】

○ 口腔機能向上加算

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

(答)

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

○ 口腔機能維持管理加算

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

(答)

貴見の通り。

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

(答)

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

○ 栄養改善加算

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

(答)

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

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

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

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

(答)

算定可能である。

【通所リハビリテーション】

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

(答)

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

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

(答)

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

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

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

(答)

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

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

(答)

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

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

(答)

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

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

(答)

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

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

(答)

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

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

(答)

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

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

(答)

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

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

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

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

【居宅介護支援】

○ 退院・退所加算の情報提供書の取扱いについて

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

（答）

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

(答)

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

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

(答)

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

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

(答)

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

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

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

通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーションに係る みなし指定について

平成21年4月から、健康保険法の規定による保険医療機関の指定を受けている病院又は診療所については、通所リハビリテーション事業、介護予防通所リハビリテーション事業の指定があったものとみなされます。(指定申請を行う必要はありません。)

なお、平成21年3月以前から、通所リハビリテーション事業、介護予防通所リハビリテーション事業の指定を受けている病院又は診療所については、現在の指定が継続され、指定の有効期限満了日の翌日にみなし指定に切り替わります。(指定更新申請を行う必要はありません。)

平成21年4月以降に、みなし指定を受けた病院又は診療所が、新たに介護事業者として通所リハビリテーション事業、介護予防通所リハビリテーション事業を開始し、介護給付費を算定(請求)するに当たっては、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を満たすとともに、事前に介護給付費算定に係る体制等に関する届出書及び追加書類を、事業所の所在地を所管する県民局健康福祉部健康福祉課へ提出する必要があります。

※ 提出先については「県民局通所リハビリテーション事業担当課一覧」を参照してください。

みなし指定について（申請の手引き抜粋）

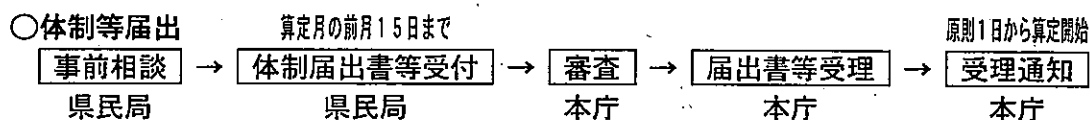
平成21年4月から、健康保険法の規定による保険医療機関の指定を受けている病院又は診療所については、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの指定があったものとみなされます。（指定申請を行う必要はありません。）

みなし指定を不要とする場合は、「指定を不要とする旨の申出書（様式第2号）」を1部提出してください。ただし、指定を不要とする旨の申出をした後に、再度指定を受けようとする場合には、通常の指定申請の手続きが必要となります。

なお、平成21年3月以前から、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの指定を受けている病院又は診療所については、現在の指定が継続され、指定の有効期限満了日の翌日にみなし指定に切り替わります。（指定更新申請を行う必要はありません。）

平成21年4月以降、みなし指定を受けた病院又は診療所が、新たに介護事業者として通所リハビリテーション又は介護予防リハビリテーションを開始し、介護給付費を算定（請求）するに当たっては、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）」等を満たすとともに、事前に介護給付費算定に係る体制等に関する届出書及び追加書類を、事業所の所在地を所管する県民局健康福祉課（事業者班）へ提出する必要があります。

体制等届出の事務の流れは次のとおりです。



（1）届出場所及び提出部数

事業所の所在地を所管する県民局の健康福祉課（事業者班）へ1部提出

（2）届出から算定までの日数

「（3）提出書類」に記載する書類を県民局へ提出してから、概ね2週間の審査期間（注）を要します。当月15日までに届出した場合は翌月1日から、16日以降に届出した場合は翌々月1日から算定を開始することができます。

（注） 審査期間については、事業者の方が書類等の不備を補正している期間は除かれます。

（3）提出書類

○介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（P8～10に掲げられている書類）

○追加書類

- ① 付表7-1、7-2（2単位目以降）
（通所リハビリテーション・介護予防リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項）
- ② 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式1）
- ③ 資格証等の写し
- ④ 経験看護師経歴書（参考様式2・該当の場合のみ）
- ⑤ 事業所の位置図
- ⑥ 事業所の平面図（参考様式3）
- ⑦ 専用施設の写真
- ⑧ 運営規程

写

老振発第 0313002 号
老老発第 0313002 号
平成 21 年 3 月 13 日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局振興課長



老人保健課長



介護保険法施行規則の一部を改正する省令の施行について

平成 21 年 4 月の介護報酬改定を踏まえ、介護保険法施行規則等の一部を改正する省令（平成 21 年厚生労働省令第 30 号。以下「改正省令」という。）が平成 21 年 3 月 13 日に公布され、平成 21 年 4 月 1 日に施行することとされたところである。

その改正の内容は左記のとおりであるので、御了知の上、管内市町村（政令指定都市を含む。）、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。

記

第一 改正の内容

1 居宅療養管理指導に関する事項

（施行規則第 9 条、第 9 条の 2、第 22 条の 8、第 22 条の 9）

- (1) 保健師、看護師又は准看護師については、従前は、歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行うことは認められていたが、居宅要介護者及び居宅要支援者の居宅において実施される療養上の相談及び

支援を行うための保健師、看護師又は准看護師による居宅療養管理指導の必要があることから、居宅療養管理指導を行うことができる者に、医療機関や訪問看護ステーションにおける保健師、看護師又は准看護師を加えたものであること。

なお、介護予防居宅療養管理指導についても同様の改正を行うこと。

- (2) 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第71条第1項の規定に基づいて居宅療養管理指導の指定があったものとみなされた病院又は診療所（以下、「病院等」という。）が保健師、看護師又は准看護師による居宅療養管理指導を行うことができる体制にある場合には、新たな指定等の必要はなく、保健師、看護師又は准看護師による居宅療養管理指導を行うことができること。なお、指定訪問看護ステーション及び指定介護予防訪問看護ステーションが保健師、看護師又は准看護師による居宅療養管理指導を行う場合にあっては、居宅療養管理指導について法第70条の指定居宅サービス事業者の指定が必要となること。

なお、介護予防居宅療養管理指導についても同様の改正を行うこと。

- (3) 訪問看護ステーションにおける居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（以下「居宅療養管理指導等」という。）の指定の申請にあっては、改正省令による改正後の介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「施行規則」という。）第118条又は第140条の6の規定に基づいて行うこととなるが、その際、当該訪問看護ステーションが既に指定訪問看護事業者又は指定介護予防訪問看護事業者として指定を受けている場合においては、当該事業者が施行規則第116条第1項各号又は第140条の6第1項各号の規定に基づき申請書等を提出していることをもって、居宅療養管理指導等の指定申請に係る施行規則第118条第1項各号（第1号から第3号まで、第5号、第7号及び第10号を除く。）又は施行規則第140条の6第1項各号（第1号から第3号まで、第5号、第7号及び第10号を除く。）に規定する事項に係る申請書の記載又は書類の提出に代えることができる。

2 通所リハビリテーションに関すること

（施行規則第127条）

- (1) 法第71条第1項の規定に基づき、病院等が健康保険法第63条第3項第1号の規定により保険医療機関の指定があったときに、その指定の際に当該病院等による行われる居宅サービスに係る法第41条第1項の指定があったものとみなされるサービスに、通所リハビリテーションを加えること。

なお、介護予防サービスにおいても同様の改正を行うこと。

- (2) 法第71条第1項の規定に基づいて通所リハビリテーションの指定があつたものとみなされる病院等については、通所リハビリテーションが実施される病院等の環境にかんがみ、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第1医科診療報酬点数表の脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料に係る施設基準に適合しているものとして届出をしていることを想定している。

なお、介護予防通所リハビリテーションにおいても同様であること。

- (3) 改正省令の施行の際現に通所リハビリテーションに係る法第41条第1項本文の指定を受けている病院等の開設者については、当該指定に係る法第70条の2の指定の更新の際にみなし指定に切り替えることとし、指定の更新の申請を行う必要はないこと。なお、その際、事業所番号の取扱いについては、従前の事業所番号を用いること。

なお、介護予防通所リハビリテーションにおいても同様であること。

3. 短期入所療養介護に関すること

(施行規則第14条、第22条の14、附則第2条)

- (1) 法第8条第10項の規定に基づき、短期入所療養介護を行うことができる施設として、施行規則第14条に介護老人保健施設、介護療養型医療施設、療養病床を有する病院若しくは診療所又は老人性認知症疾患療養病棟（介護療養型医療施設を除く。）が、附則第2条の規定により基準適合診療所が規定されているところであるが、改正省令においては、これらのうち、診療所に関する規定を整理することとしたこと。具体的には、療養病床以外の病床を有する診療所については、指定基準を満たす場合は全て短期入所療養介護を行うことができることとし、また、これに伴い、従来の基準適合診療所の規定を削除したこと。

なお、介護予防サービスにおいても同様の改正を行うこと。

- (2) 短期入所療養介護の指定に関しては、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設については「みなし指定」を規定しており、その他の療養病床を有する病院等については別途申請を要することとしていたところであるが、改正省令により新たに短期入所療養介護を行うことができることとされた診療所については、介護療養型医療施設とは異なり、短期入所療養介護事業所として指定されるためには別途申請を行う必要があること。

なお、介護予防短期入所療養介護についても同様であること。

事 務 連 絡

平成 21 年 3 月 18 日

各都道府県介護保険担当課（室）長 殿

厚生労働省老健局老人保健課企画法令係

指定通所リハビリテーション事業所及び指定介護予防通所リハビリテーション事業所における介護給付費算定に係る体制等に関する届出について

「介護保険法施行規則の一部を改正する省令の施行について」（平成 21 年 3 月 13 日付老振発第 0313002 号・老老発第 0313002 号厚生労働省老健局振興課長・老人保健課長連名通知）により通知したとおり、平成 21 年 4 月の介護報酬改定に伴い、病院又は診療所については、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションのみなし指定を受けることとなりましたが、それによって介護事業者としての指定を受けたものとみなされた病院又は診療所が、実際に介護事業者として通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションを行い、介護給付費を請求するに当たっては、他の介護サービス事業者と同様に、「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、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準、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、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う介護給付費算定に係る体制等に関する届出における留意点について」（平成 12 年 3 月 8 日老企第 41 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）に基づき、介護給付費算定に係る体制等状況一覧表等を事前に各都道府県へ届け出る必要があることを念のため申し添えます。

なお、当該届出がない場合は、請求の手続きを行うことができなくなる旨、関係事業者に周知を図られたく存じます。

各指定通所リハビリテーション事業所 管理者 殿

岡山県保健福祉部 長寿社会対策課長
(公 印 省 略)

事業所外で指定通所リハビリテーションを提供する場合の取扱いについて

事業所外で指定通所リハビリテーションを提供する場合の取扱いについては、従来、平成15年6月17日付け、長寿第434号（以下「事業所外通知」という。）により、別紙参考様式を使用し、提供した具体的サービスの内容等を記録することとしていましたが、事業者の事務負担の軽減を図るため、この度、事業所外通知を廃止することとしたので通知します。

これに伴い、今後は、別紙様式に記録する必要はなくなります。

なお、本通知にかかわらず、事業所外で指定通所リハビリテーションを提供する場合に、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第37号。以下「基準省令」という。）」及び「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（平成11年9月17日老企第25号）」を遵守する必要があることに変更はないので、御留意願います。

おって、事業所外で指定通所リハビリテーションを提供する場合の留意点について、次のとおり、整理したので参考としてください。

記

○事業所外で指定通所リハビリテーションを提供する場合の留意点

- 1 あらかじめ通所リハビリテーション計画上に位置付けられていること。
【基準省令第114条第一号】
- 2 効果的な通所リハビリテーションが実施できること。【基準省令第114条第三号】
- 3 人員に関する基準を遵守すること。【基準省令第111条】
(事業所内と事業所外のそれぞれに基準上の必要人員が配置されていること。特に医師の配置に留意すること。)
- 4 利用定員を遵守すること。【基準省令第119条、第102条】
- 5 提供した具体的なサービスの内容等を記録すること。
【基準省令第118条の2第2項第二号】

※ 介護予防通所リハビリテーションについても、同様に取り扱うこと。

(問1)	午前中はデイサービスセンターにおいて機能訓練等を実施し、午後から花見等戸外での活動等を行う場合は、戸外での活動部分については通所介護のサービスとならないのでしょうか。
(答)	通所介護サービスは、必ずしも事業所内での活動に限定されるものではなく、戸外での活動が、通所介護計画に機能訓練の一環として位置付けられ、かつ、訓練が適切に行われるものであれば、通所介護のサービスの対象として差し支えありません。

(問2)	OTや看護師が同行して、通所者の一部を貸し切りバス等で公園に連れて行き、一日過ごすメニューを実施した場合、通所リハビリの所定単位数を算定してもよいでしょうか。また、この場合バス代を別途徴収してよいでしょうか。
(答)	(問1)の要件を満たすものであれば、時節に合わせ、花見等を通所リハビリのサービスとして位置づけることは可能です。 また、その際のバス代等は利用者の同意の下に、その他利用料として利用者から徴収できます。

(問3)	通所介護事業所の外での入浴(日帰り温泉等)で利用者の入浴を行った場合、入浴介助加算の算定を行うことが可能でしょうか。
(答)	算定できません。 事例のような特別の行事の場合は、介護保険外サービスとしてください。

(問4)	認知症高齢者に対し、買い物や散歩等の外出を日課として行うことは可能でしょうか。
(答)	認知症高齢者において、このような活動は必要に応じ実施すべきであり、通所介護計画に日課として位置づけた上で実施することは差し支えありません。

(問5)	今回の通知により、別添参考様式が廃止されましたが、事業所外で行ったサービスについて、記録する必要はなくなったのでしょうか。
(答)	提供した具体的なサービスの内容等について記録する必要があります。 具体的には、業務日誌、利用者の個人記録等への記録が想定されます。

事 務 連 絡
平成20年10月24日

各指定訪問リハビリテーション事業所
各指定通所リハビリテーション事業所
各指定居宅介護支援事業所 } 管理者 殿

岡山県保健福祉部長寿社会対策課事業者指導班

短期集中リハビリテーション実施加算の取扱いについて

このことについて、別添のとおりQ&Aを作成しましたので、標記加算の算定についてご留意願います。

照 会 先

岡山県保健福祉部
長寿社会対策課事業者指導班
成本、西田、水内
TEL 086-226-7325
FAX 086-224-2215

短期集中リハビリテーション実施加算 Q & A

Q 1 短期集中リハビリテーション実施加算の算定に当たっては、退院（所）日又は認定日から起算することとなっているが、「認定日」とは市町村の認定年月日のことなのか、それとも認定有効期間初日のことなのか。

A 1 「認定日」とは、法第 27 条第 1 項に規定する要介護認定を受けた日であるが、同条第 8 項により、要介護認定はその申請のあった日にさかのぼってその効力を生ずるとされていることから、認定有効期間初日が認定日である。（厚生労働省確認済み）

Q 2 既に認定年月日を起算日として算定している場合は、どのように取扱えばよいのか。

A 2 既に認定年月日を起算日として算定している場合には、起算日を変更する必要はないが、平成 21 年 1 月 1 日以降に新規に算定する場合は、Q 1 のとおり取扱うものとする。

Q 3 「認定日」には、更新・変更認定は含まれないのか。また、要支援から要介護となった場合はどうか。

A 3 法第 28 条、法第 29 条に規定する更新・変更認定は含まれないが、要支援から要介護となった場合は含まれる。

Q 4 「認定日」が認定有効期間初日とすると、市町村の認定年月日以降に短期集中リハビリテーションを開始した場合、1 月以内の期間に行われた場合の単位（180 単位…通所リハ）を算定できる期間が、非常に短くなるのではないか。

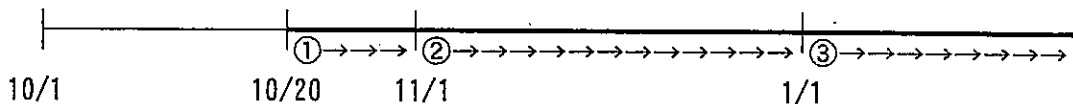
A 4 暫定ケアプランを作成することにより、算定期間は確保される。
（参考例を参照のこと）

（参考例） 認定有効期間初日…10/1 認定年月日…10/20

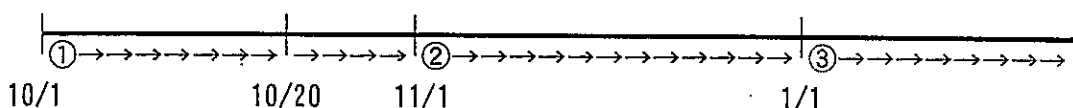
①…加算 1（180 単位） ②…加算 2（130 単位） ③…加算 3（80 単位）

（太線が短期集中リハ実施期間で、矢印が加算の算定期間となる。）

○ 認定年月日以後に短期集中リハを開始した場合



○ 暫定ケアプランを作成し、認定年月日以前から短期集中リハを開始した場合



【(介護予防) 通所リハビリテーションについての介護保険と医療保険との給付調整】

Q1 平成19年4月から、介護保険におけるリハビリテーションに移行した日以降は、同一の疾患等について医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できないとされている。患者の状態によっては、医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへの移行にあたって、移行当初に医療保険におけるリハビリテーションを併用した方が、良い場合もある。そのような場合どのように取り扱えばよいか。

A1 医療保険における疾患別リハビリテーションを実施している期間において、介護保険におけるリハビリテーションに円滑に移行できるようリハビリテーション実施計画を作成し実施するべきであり、原則として、介護保険におけるリハビリテーションに移行した日以降は、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

ただし、患者の状態や、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合などでは、一定期間、医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用して行うことで円滑な移行が期待できることから、必要な場合には、診療録及び診療報酬明細書に「医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日」を記載し、当該終了する日前の1月間に限り、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日に疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。

Q2 平成19年4月から、介護保険におけるリハビリテーションに移行した日以降は、同一の疾患等に係る医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できないこととされており、また、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った月は、医療保険における疾患別リハビリテーション医学管理料は算定できないこととされている。

この介護保険におけるリハビリテーションには、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションが含まれているが、

- ① 通所リハビリテーションにおいて、個別リハビリテーションの実施等を評価する「リハビリテーションマネジメント加算」や「短期集中リハビリテーション実施加算」、
 - ② 介護予防通所リハビリテーションにおいて、利用者の運動器機能向上に係る個別の計画の作成、サービス実施、評価等を評価する「運動器機能向上加算」
- を算定していない場合であっても、同様に扱うのか。

A2 そのとおり。

通所リハビリテーションにおいて、リハビリテーションマネジメント加算や短期集中リハビリテーション実施加算を算定していない場合及び介護予防通所リハビリテーションにおいて、運動器機能向上加算を算定していない場合であっても、介護保険におけるリハビリテーションを受けているもの、同様に扱うものである。

Q3 介護保険における訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション以外の介護サービスを受けている者であれば、疾患別リハビリテーション料又は疾患別リハビリテーション医学管理料を算定できると考えてよいか。

(例) 通所介護の「個別機能訓練加算」、訪問看護ステーションにおいて看護職員に代わり理学療法士又は作業療法士が行う訪問看護等

A3 そのとおり。

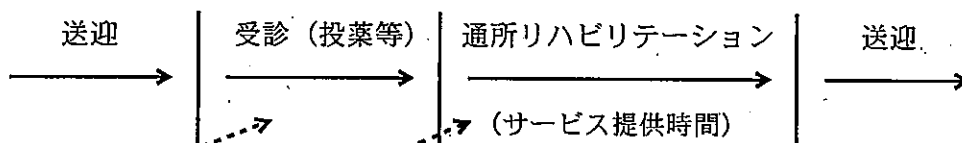
◎併設医療機関の受診について

平成15年5月30日厚生労働省老健局老人保健課事務連絡により「通所リハビリテーション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。」こととなっている。

- ・ 通所サービスと保険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に留意。
- ・ 緊急やむを得ない場合の医療機関の受診により、通所リハビリを中止した場合は、医療保険が優先され、通所リハビリは変更後の所要時間に応じた単位数を算定することになる。
- ・ 緊急やむを得ないという理由で医療機関を受診し、通所リハビリを中止するのであるから、受診後に通所リハビリを再開することは通常考えられない。
- ・ 併設医療機関でない医療機関の受診についても同様である。
- ・ 介護予防通所リハビリテーションについても同様である。

〔通所リハビリテーションの前に受診する場合〕 ※後の場合も同様な取扱い

(介護・医療サービス外) (医療サービス) (介護サービス) (介護サービス)



この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。

- ・ 併設医療機関の受診を、すべての利用者に実施するなど、医学的に受診の必要性のない利用者も含めて、一律に機械的に通所サービスの前後に組み込むことは、適切ではない。
- ・ 同一の疾患等について、医療保険における疾患別リハビリテーションから、通所リハビリテーションに移行した日以降は、医療保険の疾患別リハビリテーション料を算定できない。(平成19年4月1日改定)

第1回介護保険研究会（平成21年度介護報酬改定の具体的な対応について）の疑義題と回答（通所リハビリ部分の抜粋）

岡山県保健福祉部長寿社会対策課事業者指導班

平成21年5月26日

1. 短時間（1～2時間）の通所リハビリを実施する場合について

- ① 通常の「通り入室」とは別に、外来で使用している「リハビリ室」を外来と共用する形で実施することは可能でしょうか。
- ② 「1～2時間の通所リハビリについては送迎しない」とする取り決めは可能でしょうか。

（回答）

- ① 介護保険の通所リハビリテーションのみを行うためのスペースを確保する必要があるが、医療保険のリハビリテーション利用者との併用は認められない。

ただし、それぞれの利用者について、部屋を区切ってサービス提供を行う場合や、時間帯で利用者を分け、それぞれの利用者を区分してサービス提供を行う場合は、同一の部屋を利用することができる。

（基準省令「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」
第112条）

また、通所リハビリの従業者は、サービス提供時間帯を通じて、専ら通所リハビリの提供に当たる必要がある。

（基準省令第111条）

- ② 送迎については、基本単位の中に包括されていることから、送迎を希望される利用者に対して適切に送迎サービスを提供する必要があると考えている。

（平成18年4月改定関係Q&A（Vol.1）問16）

2. 通所リハビリの利用予定が8回未満の場合、リハビリマネジメント加算が算定できないと同時に個別リハビリテーション実施加算も算定できなくなりますが、そのような利用者に対して個別リハビリを実施しているのでしょうか。

また、平成21年4月改定関係Q&A（vol.74）問4の通り、医師の指示があれば当該加算を算定できるのでしょうか。

（回答）

- ① リハビリテーションマネジメント加算の算定の有無にかかわらず、利用者の状態に応じて、個別リハビリテーションも含め、適切にリハビリテーションを行う必要がある。

（平成21年4月17日付けQ&A（Vol.2）問25）

- ② リハビリテーションマネジメント加算は算定できないが、個別リハビリテーション実施加算については、算定要件を満たせば算定可能な場合がある。

（平成21年4月17日付けQ&A（Vol.2）問27）

3. 病院みなし通所リハビリについて

①施設基準について

②同一日における外来通院と通りハ併設の取り扱いについて

③療法士はリハビリを提供する時間だけの勤務でよいのでしょうか。

(例：定員 15 の通りハで、看護・介護が2人常勤でいた場合、リハビリ施行の時だけ療法士が勤務する など)

(回答)

① 人員、設備及び運営に関する基準については、みなし指定以外の場合と同様である。

② 通所リハビリ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リハビリの前後に組み入れることは、適切ではなく、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。

(平成15年5月30日付けQ&A 通所サービス共通事項問11)

(平成20年7月集団指導資料P8・別添)

③ 例示の場合は、リハビリテーションを提供する時間帯に理学療法士等が配置されていれば、人員基準を満たしている。

(平成21年3月23日付けQ&A (Vol. 1) 問54)

4. 平成21年4月改定関係Q&A (vol.1) 問54 (通所リハビリの人員基準) について

リハビリ従事者の人員基準は、利用者100名に対しての1名の基準でありながら、「通所リハビリの中でもリハビリを提供する時間帯」において1以上を置く、とあります。

この「リハビリを提供する時間帯」とは、通所リハビリの全体の時間ではなく、個別リハビリを行う時間と考えられないでしょうか。例えば営業時間のうち、利用者が15人で5時間を個別リハビリにあてた場合、残りを老健の入所者にあてることはできないのでしょうか。

(回答)

「リハビリを提供する時間帯」とは、通所リハビリテーションのうち、リハビリテーションを提供する時間帯を指すため、ご質問のように個別リハビリテーションを行う時間帯のみに限定することは不可と考える。

例示の場合は、リハビリテーションを提供する時間帯以外について、残りの時間を老健の入所者にあてることは可能である。

5. 通所リハビリについて

短期集中リハビリ又は個別リハビリで8回以上/月からと規定されていますが、

①体調不良等で欠席し、実績が8回とならなかった場合、

②祝日などの関係でプラン上8回となっていない場合、

それらの算定はどうなりますか。

(回答)

① ゲアプラン上は月8回以上であるが、体調悪化等やむを得ない理由により実績が8回を下回った場合は、リハビリテーションマネジメント加算の算定が認められることから、短期集中リハビリテーション実施加算又は個別リハビリテーション実施加算についても算定可能である。

しかし、体調不良が長期にわたる場合等、そもそも通所リハビリテーションが利用できない状況の場合は算定できない。

② 祝祭日は事前に認知できるものであり、月8回を下回るプランでは算定できない。

(平成21年4月9日付けQ&A(通所リハ関係)問1)

23. 通所リハビリテーションの人員に関する基準の中で、「利用者数は専従する従業者2名に対し1単位20人以内とし、1日2単位を限度とする」という文面が削除されていますが、具体的には、単位数の考え方はどのように変わったのでしょうか。

①利用者定員40名で運営をしていた事業所は、2単位として勤務表を分けていましたが、同時に一体的に提供される通所リハビリテーションは、1単位として考えたらよいのでしょうか。

②利用者定員20名の事業所の場合、午前10名、午後10名の利用の場合、何単位として扱われるのでしょうか。また午前10名、午後15名の利用はできるのでしょうか。

(回答)

指定通所リハビリテーションの単位とは、同時に、一体的に提供される通所リハビリテーションをいうものであることから、例えば、次のような場合は、2単位として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要があります。

・同時に一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービス提供が一体的に行われているといえない場合

・午前と午後で別の利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合

したがって、

① 同時に一体的に提供されていれば、1単位となる。

② 前段については、午前と午後で別の利用者に対して提供されていれば2単位となり。

後段については、午前10名、午後15名の利用は可能である。

(基準省令の解釈通知「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」七通所リハビリテーション 1人員に関する基準)

介護保険施設・事業所における事故等発生時の対応に係る指針

1 目的

介護保険法に基づく運営基準等において、介護保険事業者(以下「事業者」という。)は、介護サービスの提供による事故発生の防止並びに発生時の対応について、必要な措置が定められている。

しかし、介護保険施設等における介護サービス提供中の重大な事故が後を絶たず、高齢者の生命・身体の安全の確保が最優先の課題となっている状況である。

このため、介護サービスの提供に伴う事故発生の未然防止、発生時の対応及び再発防止への取組等について次のとおり指針を定め、もって、利用者又は入所者等の処遇向上を図ることを目的とする。

2 事故発生の未然防止

(1) 居宅サービス事業者

- ① 利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合の対応方法について、あらかじめ定めておくこと。
- ② 管理者は、従業員に対し、事故発生の防止に関する知識等を周知するとともに、事業所外の研修等を受講させるよう努めること。

(2) 施設サービス事業者

- ① 事故発生の防止のための指針を整備すること。
- ② 事故発生の防止のための委員会及び従業員に対する研修を定期的に行うこと。
(上記、指針、委員会及び研修についての詳細は、基準省令及び解釈通知を参照すること。)

3 事故発生時の対応

(1) 居宅サービス事業者

- ① 事故の態様に応じ、必要な措置を迅速に講じること。
- ② 当該利用者の家族、県(所管県民局健康福祉部)、市町村(所在市町村及び保険者)、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡・報告を行うこと。
- ③ 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。
(記録は2年間保存すること。)

(2) 施設サービス事業者

- ① 事故の態様に応じ、必要な措置を迅速に講じること。
- ② 当該利用者の家族、県(所管県民局健康福祉部)、市町村(所在市町村及び保険者)等に連絡・報告を行うこと。
- ③ 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。
(記録は2年間保存すること。)

4 事故後の対応及び再発防止への取組

(1) 居宅サービス事業者

- ① 賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行わなければならない。
- ② 事故発生の原因を解明し、再発防止のための対策を講じるとともに、全従業員に周知徹底すること。

(2) 施設サービス事業者

- ① 賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行わなければならない。
- ② 事実の報告及びその分析を通じた改善策を職員に対し周知徹底すること。

(上記、報告、分析等についての詳細は、基準省令及び解釈通知を参照すること。)

5 県(所管県民局健康福祉部)への報告

(1) 報告すべき事故の範囲

報告すべき事故の範囲は、原則、以下のとおりとする。

① サービス提供による利用者の事故等

ア. 事故等とは、死亡事故の他、転倒等に伴う骨折や出血、火傷、誤嚥等サービス提供時の事故により、医療機関で治療又は入院したもの及びそれと同等の医療処置を行ったものを原則とする。(事業者側の責任や過失の有無は問わず、利用者の自身に起因するもの及び第三者によるもの(例:自殺、失踪、喧嘩)を含む。)

イ. サービス提供には、送迎等も含むものとする。

② 食中毒、感染症(結核、インフルエンザ他)の集団発生

③ 従業員の法律違反・不祥事等利用者の処遇に影響のあるもの

④ 火災、震災、風水害等の災害により介護サービスの提供に影響する重大な事故等

(2) 報告事項

県(所管県民局健康福祉部)への報告は、別紙様式を標準とする。ただし、市町村で報告様式が定められている場合や、別紙様式の各項目が明記されている書式がある場合には、それによっても差し支えない。

(3) 報告手順

事故等が発生した場合は、速やかに家族等に連絡し、県(所管県民局健康福祉部)及び市町村(所在市町村及び保険者)に報告する。

また、感染症の集団発生が疑われる場合には、速やかに管轄保健所に連絡し、併せて、県(所管県民局健康福祉部)及び所在市町村に報告する。

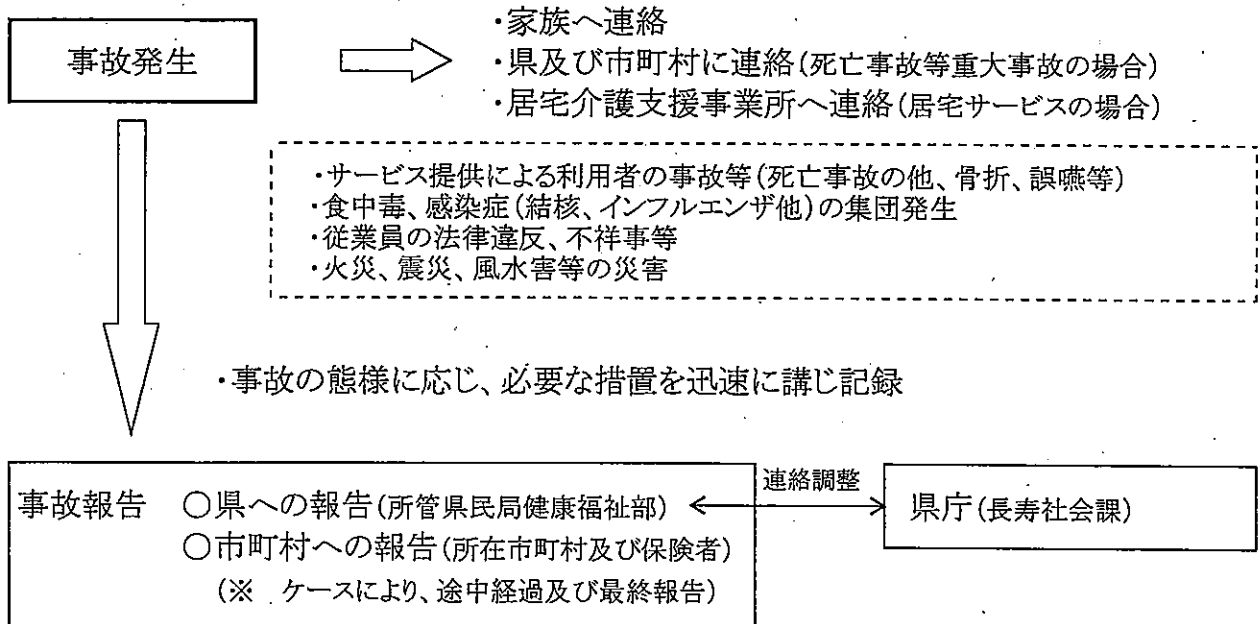
① 第一報

死亡事故等、緊急性の高いものは、電話等により事故等発生連絡を行い、その後、速やかに報告書を提出する。

② 途中経過及び最終報告

事業者は、事故処理が長期化する場合は、適宜、途中経過を報告するとともに、事故処理が完了した時点で、最終報告書を提出する。

※ 参考(事故報告フロー図)



(報告様式)

第1報：平成 年 月 日

第2報：平成 年 月 日

介護保険事業者・事故報告書

第1報（発生後速やかに報告）

事業所	名称		サービス種類	
	所在地		電話番号	
利用者	報告者	職名	氏名	
	氏名		(男女)	被保険者番号
事故の概要	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	要介護度	要支援()・要介護()
	発生日時	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分 頃		
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> その他()		
	事故種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤嚥・異食 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症等() <input type="checkbox"/> その他()		
事故結果	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> その他()			
事故発生時の具体的状況			報告先	報告・説明日時
			医師	/ : :
			管理者	/ : :
			担当CM	/ : :
			家族	/ : :
			県民局	/ : :
			市町村	/ : :
				/ : :

第2報（第1報後2週間以内）

事故後の対応（利用者の状況、家族への対応等）
損害賠償 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 完結 <input type="checkbox"/> 継続） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未交渉
事故の原因
再発防止に関する今後の対応・方針

注1 介護サービス提供中に事故等が発生した場合に、この報告書を県（所管県民局）に提出してください。

注2 第2報提出時に事故対応が未完結の場合は、その時点での進捗状況や完結の見込みなどを、今後の対応・方針欄に記載してください。なお、記入欄が不足する場合は、必要に応じ別に記載してください。

平成17年7月26日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の
解釈について（通知）

医師、歯科医師、看護師等の免許を有さない者による医業（歯科医業を含む。以下同じ。）は、医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条その他の関係法規によって禁止されている。ここにいう「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を、反復継続する意思をもって行うことであると解している。

ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の態様に応じた個別具体的に判断する必要がある。しかし、近年の傷病構造の変化、国民の間の医療に関する知識の向上、医学・医療機器の進歩、医療・介護サービスの提供のあり方の変化などを背景に、高齢者介護や障害者介護の現場等において、医師、看護師等の免許を有さない者が業として行うことを禁止されている「医行為」の範囲が不必要に拡大解釈されているとの声も聞かれるところである。

このため、医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等において判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為ではないと考えられるものを別紙の通り列挙したので、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切か否か判断する際の参考とされたい。

なお、当然のこととして、これらの行為についても、高齢者介護や障害者介護の現場等に置いて安全に行われるべきものであることを申し添える。

- 1 水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること。
- 2 自動血圧測定器により血圧を測定すること
- 3 新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメーターを装置すること
- 4 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む）
- 5 患者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族に伝えている場合に、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により、患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を尊重した医薬品の使用を介助すること。具体的には、皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く。）皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内用薬の内服（舌下錠の使用も含む。）、肛門からの座薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。

- ① 患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
- ② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
- ③ 内用薬については誤嚥の可能性、座薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

注1 以下に掲げる行為も、原則として、医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要がないものと考えられる。

- ① 爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること。
- ② 重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること
- ③ 耳垢を除去すること（耳垢塞栓の除去を除く）
- ④ ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること。（肌に接着したパウチの取り替えを除く。）

⑤、市販のディスポーザブルグルセリン浣腸器（※）を用いて浣腸すること

※ 挿入部の長さが5から6センチメートル程度以内、グルセリン濃度50%、成人用の場合で40グラム程度以下、6歳から12歳未満の小児用の場合で、20グラム程度以下、1歳から6歳未満の幼児用の場合で10グラム程度以下の容量のもの

注2 上記1から5まで及び注1に掲げる行為は、原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要がないと考えられるものであるが、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得る。このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられる。さらに、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師、歯科医師又は看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる必要がある。

また、上記1から3までに掲げる行為によって測定された数値を基に投薬の要否など医学的な判断を行うことは医行為であり、事前に示された数値の範囲外の異常値が測定された場合には、医師、歯科医師又は看護職員に報告するべきものである。

注3 上記1から5まで及び注1に掲げる行為は原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の対象とする必要があるものではないと考えられるものであるが、業として行う場合には、実施者に対して一定の研修や訓練が行われることが望ましいことは当然であり、介護サービス等の場で就労する者の研修の必要性を否定するものではない。

また、介護サービスの事業者等は、事業遂行上、安全にこれらの行為が行われるよう監督することが求められる。

注4 今回の整理はあくまでも医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等の解釈に関するものであり、事故が起きた場合の刑法、民法等の法律の規定による刑事上・民事上の責任は別途判断されるべきものである。

注5 上記1から5まで及び注1に掲げる行為について、看護職員による実施計画が立てられている場合は、具体的な手技や方法をその計画に基づいて行うとともに、その結果について報告、相談することにより密接な連携を図るべきである。

上記5に掲げる医薬品の使用の介助が福祉施設等において行われる場合には、看護職員によって実施されることが望ましく、また、その配置がある場合には、その指導の下で実施されるべきである。

注6 上記4は、切り傷、擦り傷、やけど等に対する応急手当を行うことを否定するものではない。

各介護保険サービス事業所 管理者 殿

岡山県保健福祉部 長寿社会対策課長
(公 印 省 略)

「運営規程」中の「従業員の職種、員数及び職務の内容」を
変更した場合の取扱いについて

「運営規程」中の「従業員の職種、員数及び職務の内容」を変更した場合、介護保険法（平成9年法律第123号）第75条、第82条、第89条、第99条、第111条及び第115条の5並びに介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第131条第1項、第133条第1項、第135条、第137条、第140条及び第140条の19第1項の規定により、変更後10日以内に届出が必要になりますが、本県においては、平成13年3月22日付け、長寿第1776号（以下「定時報告通知」という。）により、毎年度1回、定時に岡山県知事に届出すればよいこととしていたところですが、平成20年7月1日をもって、定時報告通知を廃止することとしたので通知します。

これに伴い、平成20年7月1日以降は、「運営規程」中の「従業員の職種、員数及び職務の内容」のみの変更であっても、変更後10日以内に届出が必要となります。

なお、従来、「従業員の員数」については、具体的な員数を定めることとしていましたが、事業者の事務負担の軽減を図るため、今後は、その都度変動が見込まれる職種などの場合、具体的な員数ではなく、「〇〇人以上」という形の定め方でも差し支えないこととします。この場合でも、各々のサービスの種類毎に定められた人員基準を満たす必要があることは従来どおりです。

また、「運営規程」中の「従業員の職種、員数及び職務の内容」を変更した場合の届出について、次のとおり、整理したので参考としてください。

記

- 「運営規程」中の「従業員の職種、員数及び職務の内容」を変更した場合の届出
 - 1 届出の事項に変更があったときは、10日以内に、事業所の所在地を管轄する県民局に届け出ること。
 - 2 この取扱いは、平成20年7月1日から適用すること。
 - 3 平成20年7月1日から平成20年7月21日までの間に変更した事業所にあつては、平成20年7月31日までに届け出ること。
 - 4 届出する場合の書類（各1部）
 - イ 変更届出書（様式第3号）
 - ロ 付表（各サービス毎の様式を使用）
 - ハ 運営規程（変更後のみ）
- 上記により、定時報告は今年度の報告をもって終了となりますので、申し添えます。

事 務 連 絡
平成18年12月1日

各 都道府県介護保険担当部（局）担当者 様

介護保険制度下での居宅サービス等の対価に係る医療費控除の
取扱いについて

在宅介護サービスの対価に係る医療費控除の取扱いについては、その基本的考え方に
変更ありませんが、新たなサービス類型の創設に伴い、「介護保険制度下での居宅サー
ビスの対価にかかる医療費控除の取扱いについて」（平成12年6月1日老発第509号）
に基づく取扱いについて、平成18年4月サービス分より別添のとおりとしますので、
貴都道府県内（区）市町村（政令市、中核市も含む）、関係団体、関係機関等にその周知
徹底を図るとともに、その運用に遺憾なきよう、よろしく願いいたします。

（参考）

- ・介護保険制度改正に伴う医療費控除の取扱い

厚生労働省老健局総務課
企画法令係
(電話番号)
03 (5253) 1111 (代)
内線 3909
03 (3591) 0954 (直通)

(別添)

介護保険制度下での居宅サービス等の対価に係る医療費控除の取扱いについては、下記のとおりとする。

1 対象者

次の(1)及び(2)のいずれの要件も満たす者

(1) 介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第8条第21項に規定する居宅サービス計画(介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号。以下「規則」という。)第64条第1号ニに規定する指定居宅サービスの利用に係る計画(市町村への届出が受理されているものに限る。))及び第65条の4第1号ハに規定する指定地域密着型サービスの利用に係る計画(市町村への届出が受理されているものに限る。))を含む。以下、「居宅サービス計画」という。)又は法第8条の2第18項に規定する介護予防サービス計画(規則第83条の9第1号ニに規定する指定介護予防サービスの利用に係る計画(市町村への届出が受理されているものに限る。))及び第85条の2第1号ハに規定する指定地域密着型介護予防サービスの利用に係る計画(市町村への届出が受理されているものに限る。))を含む。以下、「介護予防サービス計画」という。)に基づき、居宅サービス、介護予防サービス、地域密着型サービス又は地域密着型介護予防サービス(以下「居宅サービス等」という。)を利用すること。

(2) (1)の居宅サービス計画又は介護予防サービス計画に、次に掲げる居宅サービス又は介護予防サービスのいずれかが位置付けられること。

(居宅サービス)

イ 法第8条第4項に規定する訪問看護

ロ 法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション

ハ 法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導

ニ 法第8条第8項に規定する通所リハビリテーション

ホ 法第8条第10項に規定する短期入所療養介護

(介護予防サービス)

ヘ 法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問看護

ト 法第8条の2第5項に規定する介護予防訪問リハビリテーション

チ 法第8条の2第6項に規定する介護予防居宅療養管理指導

リ 法第8条の2第8項に規定する介護予防通所リハビリテーション

ヌ 法第8条の2第10項に規定する介護予防短期入所療養介護

(注) イ及びヘについては、老人保健法及び医療保険各法の訪問看護療養費の支給に係る訪問看護を含む。

2 対象となる居宅サービス等

1の(2)に掲げる居宅サービス又は介護予防サービスと併せて利用する次に掲げる居宅サービス等

- (1) 法第8条第2項に規定する訪問介護
ただし、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）別表指定居宅サービス介護給付費単位数表1訪問介護費口に掲げる生活援助が中心である場合を除く。
- (2) 法第8条第3項に規定する訪問入浴介護
- (3) 法第8条第7項に規定する通所介護
- (4) 法第8条第9項に規定する短期入所生活介護
- (5) 法第8条第15項に規定する夜間対応型訪問介護
- (6) 法第8条第16項に規定する認知症対応型通所介護
- (7) 法第8条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護
- (8) 法第8条の2第2項に規定する介護予防訪問介護
- (9) 法第8条の2第3項に規定する介護予防訪問入浴介護
- (10) 法第8条の2第7項に規定する介護予防通所介護
- (11) 法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護
- (12) 法第8条の2第15項に規定する介護予防認知症対応型通所介護
- (13) 法第8条の2第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護

(注) 1の(2)のイからヌに掲げる居宅サービス等に係る費用については、1の対象者の要件を満たすか否かに関係なく、利用者の自己負担額全額が医療費控除の対象となる。

3 対象費用の額

2に掲げる居宅サービス等に要する費用（法第41条第4項第1号若しくは第2号、第42条の2第2項第1号若しくは第2号、第53条第2項第1号若しくは第2号又は第54条の2第2項第1号若しくは第2号に規定する「厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額」をいう。）に係る自己負担額（次に掲げる場合の区分に応じ、それぞれ次に定める額）

(1) 指定居宅サービスの場合

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第2条第4号に規定する居宅介護サービス費用基準額から法第41条第4項に規定する居宅介護サービス費の額を控除した額

(2) 指定介護予防サービスの場合

指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第2条第4号に規定する介護予防サービス費用基準額から法第53条第2項に規定する介護予防サービス費の額を控除した額

(3) 基準該当居宅サービス及び基準該当介護予防サービスの場合

それぞれ指定居宅サービス及び指定介護予防サービスの場合に準じて算定した利用者の自己負担額

(4) 指定地域密着型サービスの場合

指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年

厚生労働省令第34号)第2条第4号に規定する地域密着型介護サービス費用基準額から法第42条の2第2項に規定する地域密着型介護サービス費の額を控除した額

(5) 指定地域密着型介護予防サービスの場合

指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第36号)第2条第4号に規定する地域密着型介護予防サービス費用基準額から法第54条の2第2項に規定する地域密着型介護予防サービス費の額を控除した額

4 領収証

法第41条第8項(第42条の2第9項、第53条第7項及び第54条の2第9項において準用する場合を含む。)及び規則第65条(第65条の5、第85条及び第85条の4において準用する場合を含む。)に規定する領収証に、3の対象費用の額を記載する。(別紙様式参照)

(様式例)

居宅サービス等利用料領収証

(平成 年 月分)

利用者氏名				
費用負担者氏名		続柄		
事業所名及び住所等		(住所:) 印		
居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等の名称				
No.	サービス内容/種類	単価	回数 日数	利用者負担額 (保険対象分)
①				円
②				円
③				円
④				円
⑤				円
No.	その他費用 (保険給付対象外のサービス)	単価	回数 日数	利用者負担額
①				円
②				円
③				円
領 収 額				円
うち医療費控除の対象となる金額				円
				領収年月日 平成 年 月 日

(注) 1 本様式例によらない領収証であっても、「居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成した事業者名」及び「医療費控除の対象となる金額」が記載されたものであれば差し支えありません。

なお、利用者自らが居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成し、市町村に届出が受理されている場合においては、「居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等の名称」欄に当該市町村名を記入してください。

2 サービス利用料が区分支給限度基準額又は種類支給限度基準額を超える部分の金額については、「その他費用 (保険給付対象外のサービス)」欄に記載してください。

3 訪問介護事業者にあつては、「うち医療費控除の対象となる金額」欄には、利用者負担額 (保険対象分) のうち生活援助中心型に係る訪問介護以外のサービスに係る利用者負担額 (保険対象分) の合計額を記載してください。

4 この領収証を発行する居宅サービス等事業者が、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所リハビリテーション又は介護予防短期入所療養介護を提供している場合には、これらのサービスに係る利用料についてもあわせて記入してください。

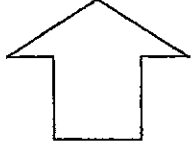
5 医療費控除を受ける場合、この領収証を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

(参考)

介護保険制度改正に伴う医療費控除の取扱い

【従来の取扱い】

医療費控除の取扱い	サービス種別
医療費控除の対象	① 訪問看護
	② 訪問リハビリテーション
	③ 居宅療養管理指導
	④ 通所リハビリテーション
	⑤ 短期入所療養介護
	⑥ 介護老人保健施設
	⑦ 介護療養型医療施設
①～⑤のサービスと併せて利用する場合のみ医療費控除の対象	⑧ 訪問介護(生活探助中心型を除く)
	⑨ 訪問入浴介護
2分の1医療費控除の対象	⑩ 通所介護
	⑪ 短期入所生活介護
医療費控除の対象外	⑫ 介護老人福祉施設
	⑬ 認知症対応型共同生活介護
	⑭ 特定施設入所者生活介護
	⑮ 福祉用具貸与



【改正後の取扱い】

医療費控除の取扱い	サービス種別
医療費控除の対象	① 訪問看護
	② 介護予防訪問看護
	③ 訪問リハビリテーション
	④ 介護予防訪問リハビリテーション
	⑤ 居宅療養管理指導
	⑥ 介護予防居宅療養管理指導
	⑦ 通所リハビリテーション
①～⑤のサービスと併せて利用する場合のみ医療費控除の対象	⑧ 訪問介護(生活探助中心型を除く)
	⑨ 訪問入浴介護
2分の1医療費控除の対象	⑩ 通所介護
	⑪ 認知症対応型通所介護
	⑫ 小規模多機能型居宅介護
	⑬ 介護予防通所介護
	⑭ 介護予防認知症対応型通所介護
	⑮ 介護予防小規模多機能型居宅介護
	⑯ 短期入所生活介護
	⑰ 介護予防短期入所生活介護
	⑱ 介護老人福祉施設
	⑲ 地域密着型介護老人福祉施設
医療費控除の対象外	⑳ 認知症対応型共同生活介護
	㉑ 介護予防認知症対応型共同生活介護
	㉒ 特定施設入所者生活介護
	㉓ 地域密着型特定施設入所者生活介護
介護用具貸与	㉔ 介護予防特定施設入所者生活介護
	㉕ 介護用具貸与

○介護保険法

第八条第八項

この法律において「通所リハビリテーション」とは、居宅要介護者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションをいう。

第八条の二第八項

この法律において「介護予防通所リハビリテーション」とは、居宅要支援者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションをいう。

○介護保険法施行規則

（法第八条第八項の厚生労働省令で定める基準）

第十一条 法第八条第八項の厚生労働省令で定める基準は、病状が安定期にあり、次条に規定する施設において、心身の機能の維持回復及び日常生活上の自立を図るために、診療に基づき実施される計画的な医学的管理の下における理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを要することとする。

（法第八条第八項の厚生労働省令で定める施設）

第十二条 法第八条第八項の厚生労働省令で定める施設は、介護老人保健施設、病院及び診療所とする。

（法第八条の二第二項等の厚生労働省令で定める期間）

第二十二條の二 法第八条の二第二項から第五項まで、第七項から第十項まで及び第十五項の厚生労働省令で定める期間は、居宅要支援者ごとに定める介護予防サービス計画（同条第十八項に規定する介護予防サービス計画をいう。以下同じ。）、第八十三条の九第一号ハの計画、同号ニの計画又は第八十五条の二第一号ハの計画において定めた期間とする。

（法第八条の二第八項の厚生労働省令で定める基準）

第二十二條の十一 法第八条の二第八項の厚生労働省令で定める基準は、病状が安定期にあり、次条に規定する施設において、心身の機能の維持回復及び日常生活上の自立を図るために、診療に基づき実施される計画的な医学的管理の下における理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを要することとする。

（法第八条の二第八項の厚生労働省令で定める施設）

第二十二條の十二 法第八条の二第八項の厚生労働省令で定める施設は、介護老人保健施設、病院及び診療所とする。

高齢者虐待は社会全体の問題です みんなで防ごう 高齢者虐待

監修・鈴木隆雄
前東京都老人総合研究所
副所長



高齢者虐待についての周知や理解は進みつつありますが、残念ながら虐待数は年々増えています。虐待の背景には、高齢者の認知症や自立度の低下、その家族などの介護疲れや生活上の問題など、さまざまな要因があります。高齢者の尊厳を守り、高齢者と家族がともに健やかな暮らしを取り戻すためには、虐待を早期に発見し対応すること、そして地域全体で高齢者と家族を見守り、支援していくことが大切です。

岡山県

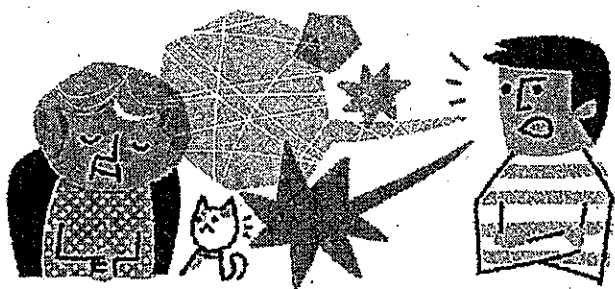
高齢者の虐待は、誰もが直

全国で年間1万件以上もの高齢者虐待が起きています

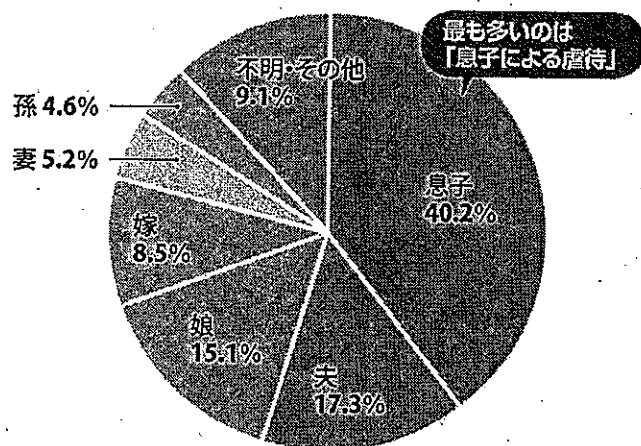
「高齢者虐待防止・養護者支援法」の施行により、これまであまり表面化してこなかった高齢者虐待の実態が、徐々に明らかになってきました。

厚生労働省が平成20年度に全国の市区町村を対象に行った調査では、家族などから虐待を受けたと判断された事例が1万4千件以上にものぼっています。この中には24人の死亡事例も含まれています。

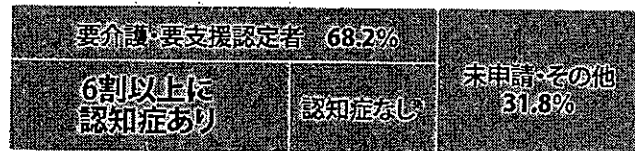
また虐待する側の約4割は「息子」。被虐待者である高齢者の約7割は要介護状態であり、そのうち6割以上に認知症の症状がみられます。介護、特に認知症介護の負担が、虐待と大きくかかわっていると考えられます。



●虐待者と被虐待者の続柄



●被虐待者の要介護認定と認知症の有無



虐待を受けているのは「要介護状態で認知症」の高齢者が多い

※「認知症なし」には、自立して生活できる程度の認知症も含まれます。
 (図表は厚生労働省 平成20年度「高齢者虐待防止法」に基づく対応状況等に関する調査結果より作成)

「虐待者が悪者だから」虐待が起きているわけではない

「虐待するなんて、ひどいやつだ」——私たちはそう思いがちです。けれども、高齢者虐待が起こる背景にはさまざまな要因があります。適切な介護のしかたや認知症への対応がわからないために、つい手をあげてしまう。これまでの家族関係の中でずっと折り合いが悪かったため、介護が苦痛でならない。介護負担に加え失業中で経済的に困っている……。そんなとき私たちは「自分だったら絶対に虐待しない」と言い切れるでしょうか。

高齢者虐待は誰もが直面する可能性のある問題です。だからこそ、皆が自分自身の問題として高齢者虐待が起こらないよう、地域全体で支えあっていくことが大切です。

こんな場合に高齢者虐待が起こりやすい

- 高齢者に認知症がある
- 介護の負担をひとりで抱えている
- 夫婦のみ、高齢者と単身の子どものみなど小規模家庭
- 経済的に困窮している
- 近所づきあいがいい
- 介護者に疾病や障害がある

- 介護保険や福祉サービスの利用
 - 成年後見制度の利用
 - 近隣の人とのつながりなど
- 地域全体で見守り、支えていく必要がある



『するかもしれない問題です』

以下で思い当たることはありませんか？

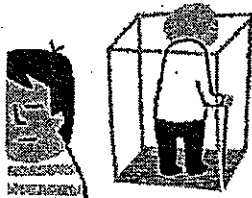
暴力を加える



身体的虐待

- 平手打ちをする、つねる、殴る、蹴る、やけど・打撲させる、無理やり食事を口に入れる
- 外部との接触を意図的・継続的に遮断する
- ベッドに縛りつけたり、意図的に過剰に薬を服用させるなど

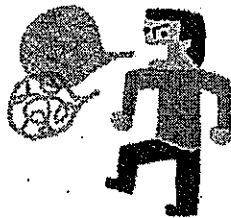
世話をしない



介護・世話の放棄、放任

- 入浴させない、髪が伸び放題、皮膚が汚れている、尿臭がある
- 食事や水分を十分に与えず、低栄養状態や脱水状態にある
- 室内にゴミを放置するなど劣悪な環境で生活させる
- 必要とする介護・医療サービスを制限したり使わせないなど

精神的な苦痛を与える



心理的虐待

- 排泄の失敗を嘲笑したり、それを人前で話すなどして恥ずかしい思いをさせる
- 怒鳴る、ののしる、悪口をいう、侮辱する、子ども扱いする
- 高齢者が話しかけても意図的に無視するなど

性的な行為を強要する



性的虐待

- キスやセックス、性器への接触を強要する
- 排泄の失敗に対して懲罰的に下半身を裸にして放置するなど

金銭や財産を勝手に使う



経済的虐待

- 日常生活に必要な金銭を渡さない、使わせない
- 年金や預貯金を本人の意思・利益に反して使用する
- 本人の自宅などを本人に無断で売却するなど

このほかにも、「セルフ・ネグレクト(自ら自分の生命、健康、生活を損なうまま放置している状態)」の高齢者も多く、他の虐待同様に、周囲の支援が望まれます。

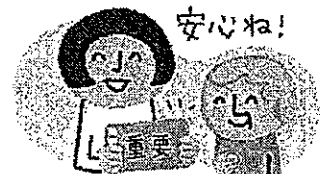
このような行為は虐待にあたります

これらの虐待が重複して行われているケースも多くなっています

成年後見制度の利用を考えてみましょう

経済的虐待を起こさせない、また悪質商法の被害などに遭わないために、成年後見制度の利用を考えてみましょう。成年後見制度とは認知症などにより判断能力が十分でない人の預貯金の管理(財産管理)や日常生活上のさまざまな契約など(身上監護)を、本人に代わって後見人などが支援する制度です。

※詳しくは地域包括支援センターや市区町村の窓口などにご相談ください。



高齢者虐待防止のために

気がかりなことがありましたら、地域包括支援センターへご連絡ください。

ご近所にどんな高齢者はいませんか？	(東京都老人総合研究所作成)	◎印
1 暴力を受けている、怒鳴られる、年金を取られるなどと訴えている		
2 あざや傷があるのに理由を聞いてもはっきりしない		
3 家族が介護でとても疲れていたり、高齢者の悪口を言っている		
4 介護や病気について相談する人がいないようだ		
5 ひとり暮らしや高齢者夫婦世帯で、最近、姿を見かけなくなった		
6 高齢者を訪ねると家族に嫌がられたり、会わせてもらえない		
7 昼間でも雨戸が閉まっている		
8 家の周囲にゴミが放置されたり、異臭がする		
9 郵便受けが新聞や手紙で一杯になっている		
10 家から怒鳴り声や泣き声が聞こえたり、大きな物音がする		
11 暑い日や寒い日、雨の日なのに高齢者が長時間外にいる		
12 高齢者が道路に座り込んだり、徘徊していることがある		
13 介護が必要なのに、サービスを利用しているようすがない		
14 高齢者の服が汚れている、お風呂に入っているようすがない		
15 最近、セールスや営業の車が来ることが多くなった		
16 家族がいるのにいつもコンビニなどでひとり分のお弁当を買っている		

○がついた項目が多いほど、支援の必要性が高い状態です。

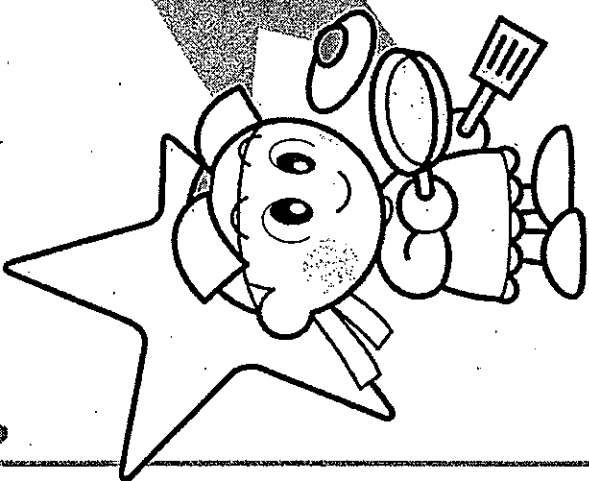
各市町村地域包括支援センターの連絡先

地域包括支援センター	電話番号	地域包括支援センター	電話番号	地域包括支援センター	電話番号		
岡山市	北区中央	086-224-8755	倉敷市	琴浦	086-473-9001	備前市	0869-64-1844
	北区北	086-251-6523		児島中部	086-473-0847	瀬戸内市	0869-26-5948
	中区	086-274-5172		児島西	086-472-0221	赤磐市	086-955-1116
	東区	086-944-1866		赤崎	086-472-2941	真庭市	0867-52-1159
	南区西	086-281-9681		下津井	086-479-8271	美作市	0868-72-0844
	南区南	086-261-7301		郷内	086-485-1874	浅口市	0865-44-7388
倉敷市	倉敷中部	086-430-6703		玉島東	086-523-6235	和気町	0869-92-9778
	倉敷南	086-420-1355		玉島中部	086-523-5322	早島町	086-482-2432
	老松・中洲	086-427-1191		玉島南	086-528-3266	里庄町	0865-64-7232
	大高	086-427-8811		玉島北	086-525-1339	矢掛町	0866-82-1013
	倉敷西	086-466-3156		船穂	086-552-9005	新庄村	0867-56-2001
	帯江・豊洲	086-429-2714		真備	086-698-5999	鏡野町	0868-54-2986
	中庄	086-461-2357	津山市	0868-23-1004	勝央町	0868-38-3028	
	天城・茶屋町	086-428-1661	玉野市	0863-33-6600	奈義町	0868-36-4119	
	庄北	086-461-0085	笠岡市	0865-62-6662	西粟倉村	0868-79-7100	
	倉敷北	086-463-7760	井原市	0866-62-9552	久米南町	0867-28-2090	
	水島	086-446-6511	総社市	0866-92-8244	美咲町	0868-66-1195	
	福田	086-455-5132	高梁市	0866-21-0300	吉備中央町	0866-54-1320	
連島	086-444-3200	新見市	0867-72-6209				

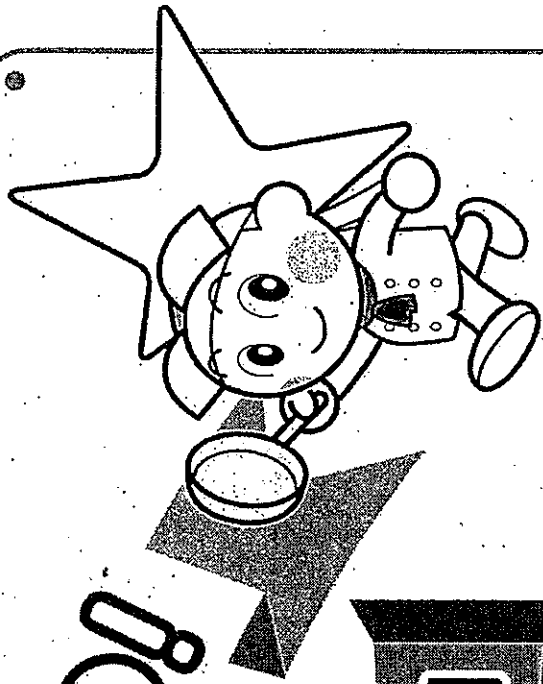
岡山県保健福祉部 長寿社会課

〒700-8570 岡山市北区内山下2-4-6 ☎086-226-7326(直通)

食中毒を防ごう!

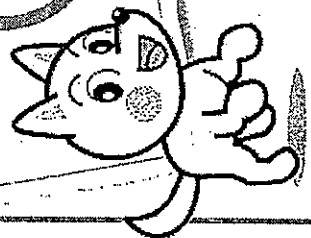


食中毒予防の3原則



菌を付けない

手洗い



菌を増やさない

菌をやっつける

加熱



岡山県マスコット ももっち R100

岡山県・保健所

食中毒予防のポイント

1 食品の購入

- 期限表示（消費期限又は賞味期限）を過ぎていないかどうかを確認して、新鮮な食品を買いましょう。

2 食品の保存

- 食品は常温に放置せず、すぐに冷蔵庫（10℃以下）、冷凍庫（-15℃以下）に入れましょう。
- 肉や魚など、水分が漏れて他の食品を汚染するおそれのある食品は、袋や容器に入れて保存しましょう。
- 冷蔵庫に食品を入れすぎないようにしましょう。

3 下準備

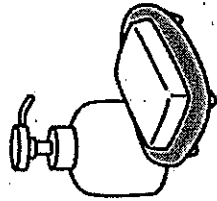
- 手を拭くタオルは清潔なものを用意しましょう。
- 食品を取り扱う前後には必ず手を洗いましょう。
- 調理器具は清潔なものを使用しましょう。
- 野菜や魚を下処理する時は真水でよく洗いましょう。

4 調理

- 下準備で用いたものを片付けて、清潔にしてから始めましょう。
- 卵は料理に使う分だけ、使う直前に割って、すぐに料理しましょう。
- 加熱して調理する食品は、中心部まで十分に加熱しましょう。（75℃以上、1分以上）

5 食事

- 清潔な器具や食器を用意しましょう。
- 手をよく洗ってから盛りつけや配膳をしましょう。
- できあがった食品は長く放置せず、早めに食べましょう。
- 刺身などは冷蔵庫から出したら早めに食べましょう。

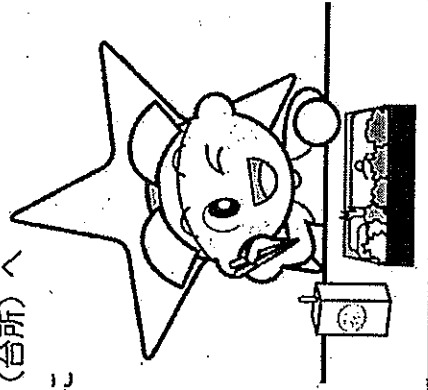


6 残った食品

- 清潔な容器に小分けして冷蔵庫へ保存しましょう。
- 温め直すときは、食品の中心部まで十分に加熱しましょう。
- 残った食品は早めに食べましょう。時間が経ちすぎた食品は、思い切って捨てましょう。

7 その他

- 生の肉や魚を調理したまな板、包丁などは、よく洗った後、熱湯やアルコールで消毒しましょう。
- ペットは厨房（台所）へ入れないようにしましょう。



ノロウイルス食中毒に 気をつけましょう!

ノロウイルスは食中毒の原因となるウイルスの一種で、嘔吐、下痢、腹痛、発熱などの症状を引き起こします。

ノロウイルス食中毒には、ノロウイルスに感染した調理従事者が、食品を汚染したことが原因と推定される事例が多々あります。

また、ノロウイルスは二枚貝の内臓に蓄積されていることもあるので、取り扱いに注意しましょう。

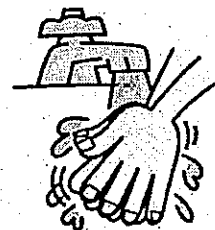
★予防のポイント★

調理者の感染を防ぐ

感染予防には手洗いが重要です!

外から帰ってきた後や食事前の手洗いを日常から徹底しましょう。

また、家庭内での感染も起きやすいので、調理者は家族の健康状態にも注意しましょう。



調理時に注意すること

- 加熱して食べる食品は、中心部までしっかり加熱しましょう。
(中心部85℃以上で1分間以上)
- 食器、調理器具は使用の都度、洗浄・熱湯消毒をしましょう。
- 調理前、用便後の手洗いを徹底しましょう。
- 調理施設等では、下痢や風邪に似た症状のある場合は、食品を直接取り扱う作業に従事しないようにしましょう。
- ノロウイルスに感染しても、症状が現れずに便にウイルスを排泄している場合があります。健康状態にかかわらず手洗いを徹底し、食品に直接触れる場合は使い捨て手袋の着用を心がけましょう。



中心温度85℃以上、
1分間以上

岡山県マスコット ももっち



注意!

ノロウイルスは「アルコール」や「逆性石けん」などでは十分な消毒効果が期待できません!

手指は、石けんをよく泡立ててしっかりもみ洗いし、水で十分にウイルスを洗い流すことが大切です。

食中毒（ノロウイルス）注意報が発令されています！

岡山県は平成22年11月11日に、県内全域に食中毒（ノロウイルス）注意報を発令しました。

施設・事業所において集団食中毒等が疑われる事態が発生した場合は、速やかに食品衛生の窓口、事業所所在の市町村及び事業所所管の県民局の3カ所に連絡をしてください。

1. 食品衛生窓口

保健所名	担当課	所在地	電話番号	管轄区域	
県の保健所	備前	衛生課	岡山市中区古京町 1-1-17	086-272-3947	玉野市 瀬戸内市 吉備中央町 備前市 赤磐市 和気町
	備中	衛生課	倉敷市羽島 1083	086-434-7026	総社市 早島町 笠岡市 井原市 浅口市 里庄町 矢掛町
	備北	備北衛生課	高梁市落合町近似 286-1	0866-21-2837	高梁市 新見市
	真庭	真庭衛生課	真庭市勝山 591	0867-44-2918	真庭市 新庄村
	美作	衛生課	津山市椿高下 114	0868-23-0115	津山市 鏡野町 美咲町 久米南町 美作市 勝央町 奈義町 西粟倉村
市の保健所	岡山市	衛生課	岡山市北区鹿田町 1-1-1 岡山市保健福祉 会館2階	086-803-1257	岡山市
	倉敷市	生活衛生課	倉敷市笹沖 170	086-434-9826	倉敷市

2. 事業所所在の市町村

3. 事業者指導窓口（事業所の所在地を管轄する県民局）

巻末ページの質問窓口と同様

ノロウイルス食中毒の予防のポイント

1. 『清潔』（ウイルスを付けない）

(1) 調理前や用便後は、石けんを用いて十分な流水で手をよく洗いましょう。

ノロウイルスは「アルコール」や「逆性石けん」などでは十分な消毒効果が期待できません。手指は、石けんをよく泡立ててしっかりもみ洗いし、水で十分にウイルスを洗い流すことが大切です。

(2) 食品に直接触れる際にはできるだけ「使い捨て手袋」を着用しましょう。

(3) 下痢やおう吐等の症状がある場合は、食品を直接取り扱う作業に従事しないようにしましょう。

ノロウイルスは下痢等の症状がなくなっても、通常では1週間程度、長いときには1ヶ月程度ウイルスの排泄が続くことがあるので、症状が改善した後も、しばらくの間は直接食品を取り扱う作業をさせないようにすべきです。

(4) 二枚貝などを取り扱う時は、専用の調理器具（まな板、包丁等）を使用するが、取り扱った後は、調理器具を十分に洗浄消毒しましょう。まな板、包丁、へら、食器、ふきん、タオル等は熱湯（85℃以上）で1分以上の加熱が有効です。

また、次亜塩素酸ナトリウム（※）による消毒も有効です。

※塩素系の漂白剤（使用に当たっては「使用上の注意」を確認しましょう。）

(5) 11月頃から2月の間に、乳幼児や高齢者の間でノロウイルスによる急性胃腸炎が流行します。この時期の乳幼児や高齢者の下痢便および吐ぶつには、ノロウイルスが大量に含まれていることがありますので、おむつ等の取扱いには十分注意しましょう。

12日以上前にノロウイルスに汚染されたカーペットを通じて、感染が起きた事例も知られており、時間が経っても、患者の吐ぶつ、ふん便やそれらにより汚染された床や手袋などには、感染力のあるウイルスが残っている可能性があります。このため、これら感染源となるものは必ず処理をしましょう。

床等に飛び散った患者の吐ぶつやふん便を処理するときには、使い捨てのガウン（エプロン）、マスクと手袋を着用し汚物中のウイルスが飛び散らないように、ふん便、吐ぶつをペーパータオル等で静かに拭き取ります。拭き取った後は、次亜塩素酸ナトリウム※（塩素濃度約200ppm）で浸すように床を拭き取り、その後水拭きをします。おむつ等は、速やかに閉じてふん便等を包み込みます。

おむつや拭き取りに使用したペーパータオル等は、ビニール袋に密閉して廃棄します。

2. 『加熱』（ウイルスをやっつける）

(1) 加熱が必要な食品は、中心部まで十分に加熱して食べましょう。

食品の中心温度85℃以上で1分間以上の加熱を行えば、感染性はなくなるとされています。

(2) 特に、子供やお年寄りなどの抵抗力の弱い方は、加熱が必要な食品は中心部まで十分に加熱して食べましょう。

保健福祉施設等における ノロウイルス感染防止チェックリスト

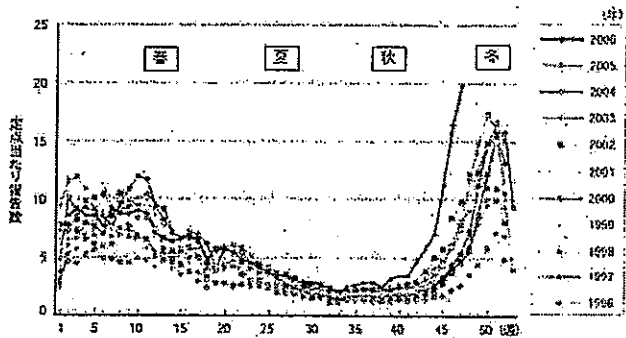
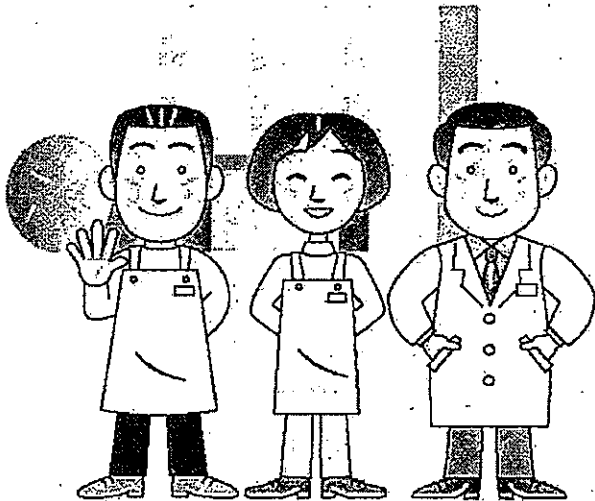
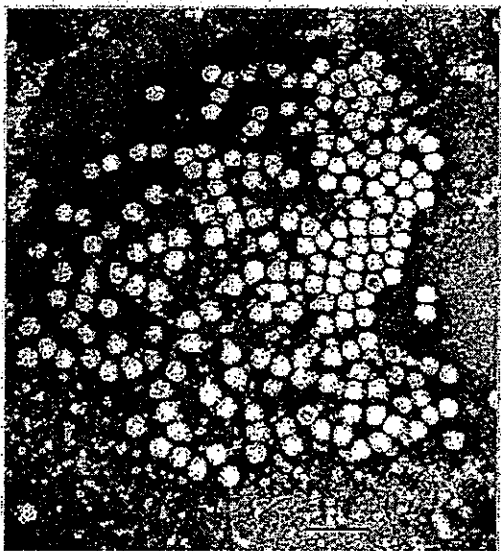


図1. 感染性胃腸炎の年別・週別発生状況(1996年～2006年第47週)



ノロウイルス

感染症予防の原則

感染源対策

病原体(細菌やウイルス等)の存在。
患者や患者の排泄物、面会者、介護者
など。



感染経路対策

感染源から人まで伝播される経路。
患者との接触、くしゃみなどによる飛沫
感染、空気感染などがある。



被感染者対策

予防接種により免疫を獲得する。栄
養やストレスによっても感染しやすさ
は異なる。

トリアージ、標準的予防策、感染経路別対策等が重要

特に冬場に多発 ノロウイルス!!

ノロウイルスによる食中毒や感染症が多発しています。ノロウイルスに感染すると1～2日くらいして嘔吐、下痢、腹痛、発熱などの症状が現れます。とても感染力が強く介護者や施設職員全員の予防対策を徹底する必要があります。また、感染症発生時は、管理者、責任者の方針決定、リーダーシップ、組織をあげての取り組みが重要です。

発生は介護のさまざまな場面で起きています。このチェックリストを用いて自分の業務手順をチェックしてみましょう。

(A1～7は主に従事者の方に、B1～2は主に管理者のほうです)

A-1

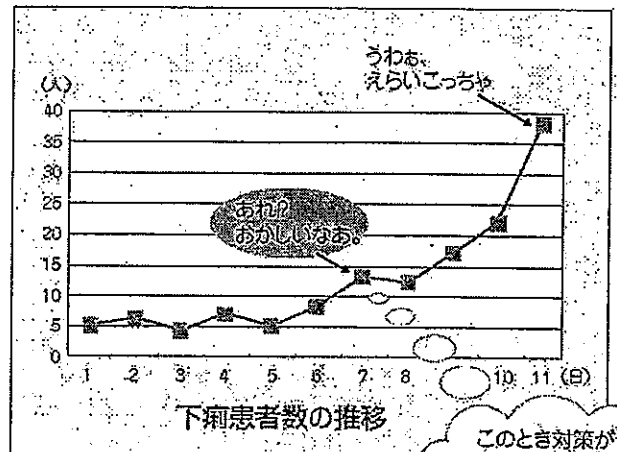
健康観察

実施できたかどうか、○×でチェックしてみてください

No.	項目	○・×
1	毎日、入所者と利用者の健康状態（発熱、下痢、嘔吐、咳など）を観察し、記録していますか	
2	感染症患者の状況を感染症対策責任者、上司等に報告するようにしていますか	
3	家族や面会者の健康状態を把握するようにしていますか。とくに面会者の健康状態を申し出るよう、施設の入り口に掲示していますか	



下痢患者は数人なのに今朝は10人を超えた。そんな場合は上司に報告して、施設全体で患者数を把握し、早く対策をとることが重要じゃ。発熱や下痢などの患者数を毎朝、感染症対策責任者に報告することを決めよう。感染している人（潜伏期にある人）は発病者の数倍はいると考え、対策を職員全員で徹底しよう。



このとき対策がとれなかったんかなあ!

A-2

手洗い

No.	項目	○×
4	常に爪は短く切り、時計・指輪をはずして手洗いしていますか	
5	爪の先や指先、指の間、親指の付け根など洗い残しがないように洗っていますか	
6	一定の手順に添って最低30秒以上かけて丁寧に洗えましたか	
7	手ふきはペーパータオルを使用していますか	
8	手洗い後は手を十分に乾燥させていますか	
9	外出から戻った時、トイレの後、調理や食事の前は、必ず手洗いを行っていますか	
10	排泄物や嘔吐物、体液に触れた後は、必ず手洗いをしていますか	
11	一人ごとに手洗いや消毒を行う「1ケア1手洗い」を実施していますか	

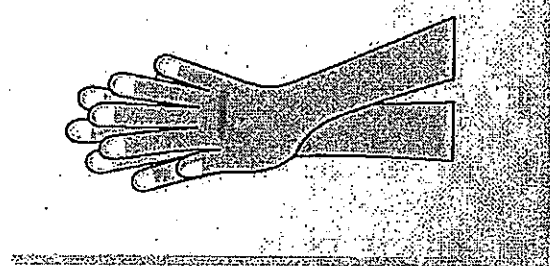
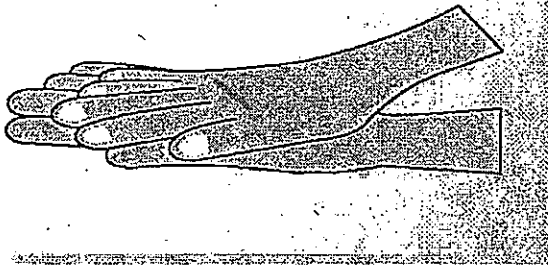


ノロウイルスが流行しているときや施設内に感染症患者がいるときは、「1ケア1手洗い」（1つのケアが済むたびの手洗い）を全員で徹底して行ってください。アルコールを含む擦式消毒剤は、ノロウイルスに対してはほとんど効果はありません。流水による手洗いが基本です。

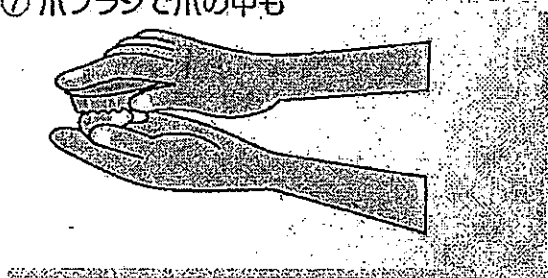
手洗いの順序

感染症対策は「手洗いに始まって、手洗いに終わる」と言われています。基本手順を何度も確認しましょう。最低30秒以上かけて洗いましょう。

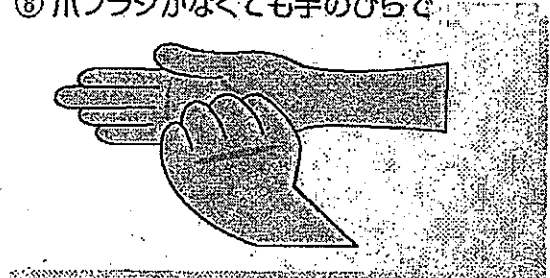
- ① 手を洗うときは、時計や指輪をはずしましょう。
- ② 爪は短く切っておきましょう。
- ③ まずは手を流水で軽く洗いましょう。
- ④ 液体石けん(3ml)で十分に泡立てます。
- ⑤ 手のひらをよくこする
- ⑥ 手の甲もこすります



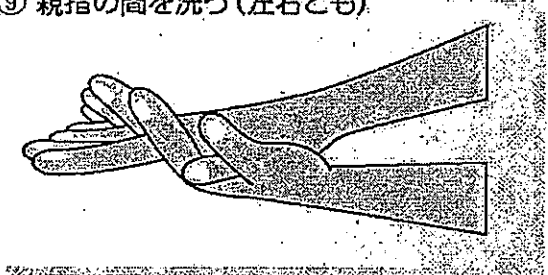
- ⑦ 爪ブラシで爪の中も



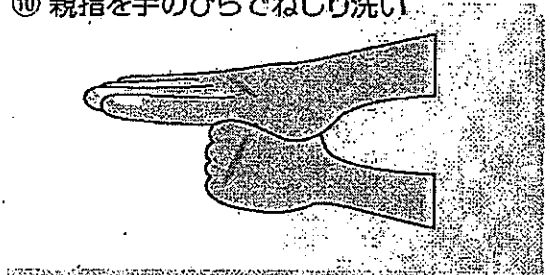
- ⑧ 爪ブラシがなくても手のひらで



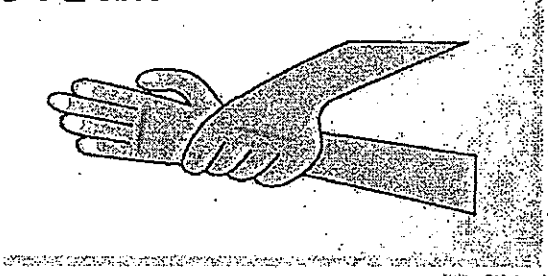
- ⑨ 親指の間を洗う(左右とも)



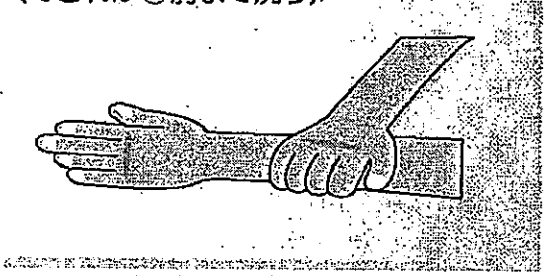
- ⑩ 親指を手のひらでねじり洗い



- ⑪ 手首も洗う



- (できれば⑫肘まで洗う)

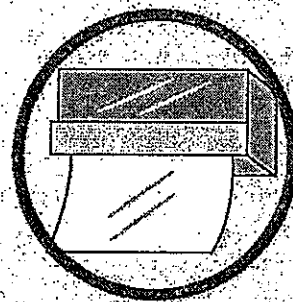
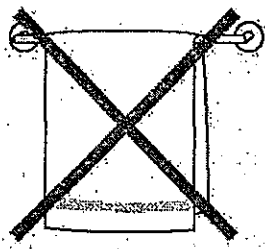


出典：「社会福祉施設等におけるノロウイルス対応標準マニュアル（平成17年8月）」東京福祉保健局

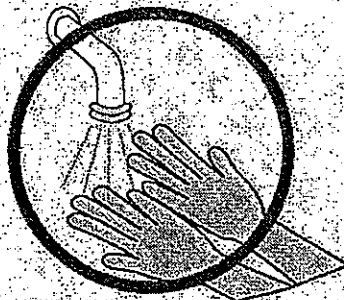
発生しないようにするためには、まず、外からの病原体の持ち込みを防ぐことです。利用者、家族、職員等の健康チェックが大事になります。病原体を施設の中に持ち込ませないよう、健康状況の調査を行い、施設に入る際は手洗い、うがいを徹底しましょう。

発熱や下痢、かぜ症状のある方はお知らせください。





使い捨てのペーパータオルを使用する。共用タオルは危険!



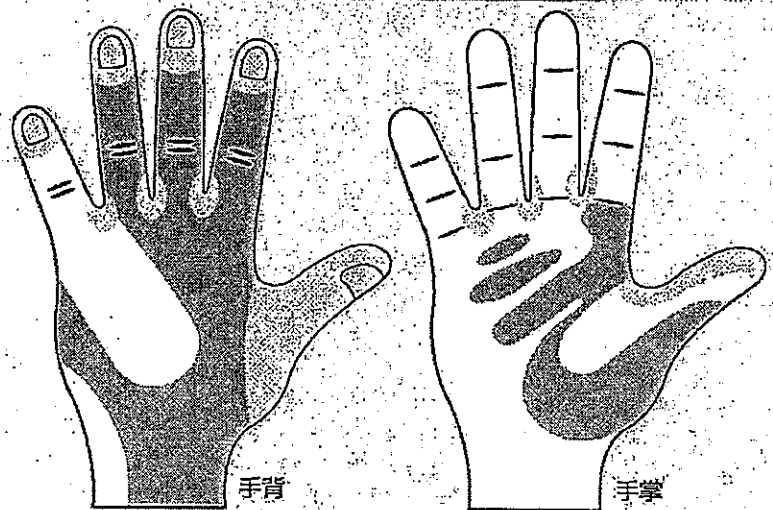
水道栓は洗った手で止めるのではなく、手を拭いたペーパータオルで止める。
水道栓はセンサー式、足踏み式、肘押し式など直接手に触れないものが望ましい。

手は完全に乾燥させましょう。

手洗いミスの発生部位



洗い残しやすいところはイラストのとおりです。
とくに親指のまわり、指先、指の間は要注意です。



● 頻度が高い ■ 頻度がやや高い

出典：日本環境衛生学会監修 病院感染防止マニュアル(2001)

食事介助の前に、職員は必ず手洗いを。
おやつを配るときなども要注意!
排泄介助(おむつ交換を含む)した後に食事介助を行う場合は、
とくに念入りな手洗いが必要です。
通常の介護衣のまま配膳しないでください!
そこから感染を広げる原因にもなりかねません。
配膳する場合は、手洗い、着衣の交換を徹底しましょう。



A-3

日常の介護における留意点 おむつ交換

No.	項目	○×
12	おむつ交換の際、一人毎に手袋を交換していますが ・・・とくに感染症発生時には徹底しましょう	
13	お尻についた便を拭き取る際には使い捨ての布、お尻拭きなどを使っていますか	
14	交換したおむつや布は床に置かず、直接ビニール袋に入れていますが ・・・すぐに処分すれば病原体が飛散や拡散せず感染の拡大防止につながります。	
15	1回のおむつ交換毎に手袋をはずして（内側を外側にする）、手洗いをしていますか	
16	布おむつについた下痢便を落とす場合は、マスクと手袋、エプロンを着用の上、汚物を捨てるシンクで行っていますか	
17	下痢の続く患者は、おむつ交換を最後にしていますか	



便には多くのウイルス、細菌が混入しています。
職員が病原体の媒介者となるのを避けるためには、おむつ交換には特に注意が必要です。
おむつの一斉交換は感染拡大の危険が高くなるので避けましょう。

ポイントII

- ①一人ごとに使い捨ての手袋を着用し、使い捨ての布・お尻拭きなどで汚染物を拭き取ります。
- ②一人ごとにおむつ交換が終わったら手袋をはずして（内側を外側にする）手洗いをします。
- ③下痢などの症状がある患者のおむつ交換は最後にします。 などでず。

手袋をしているため手洗いは必要ないと思いませんか。

中表にして手袋をはずすときに、手袋表面に指が触れて汚染してしまうので必ず手洗いを実施しましょう。

A-4

リネン類の洗濯・消毒

No.	項目	○×
18	汚物のついたリネン、着衣を交換する際は、必ず使い捨ての手袋、マスク、エプロンを着用していますか	
19	汚物のついたリネン、着衣はすぐ専用の袋に入れ、汚物を床等に付着させないようにしていますか	
20	汚物のついたリネン、着衣は汚物を十分に落とし、他の洗濯物と分けて消毒、洗濯を行っていますか	
21	汚物のついたリネン、着衣を扱った後は手洗いをしていますか	

汚物のついたリネン・着衣も、汚染されたおむつと同じように扱ってください。



汚染されたリネン・着衣・・・汚物をざっと落とす→消毒液に浸す→洗濯
リネン類の消毒・・・次亜塩素酸ナトリウム（0.05%～0.1%）に浸漬→洗濯→乾燥
適切に処理できる設備がない場合・・・リネン処理の専門業者に依頼するのもよいでしょう。

A-5

排泄物・嘔吐物の処理

No.	項目	○×
22	トイレや廊下の排泄物、嘔吐物の処理にあたる職員は、使い捨て手袋、マスク、エプロンを着用し、感染しないようにしていますか	
23	次亜塩素酸ナトリウム液に浸した布で拭き取っていますか	
24	使用した布は、直接ビニール袋に入れて処分していますか	
25	処置後手袋をはずし（内側を外側にする）、手洗いを行っていますか	

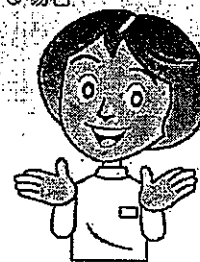
●ノロウイルスの感染経路

Q) ところで博士、ノロウイルスはどのように感染するのですか？

A) ノロウイルスの感染経路はほとんどが経口感染じゃ。ごく微量で感染するからやっかいじゃ。

感染経路は

- ① 食品を取り扱う者や調理従事者が感染し、その者を介して汚染した食品を食べた場合
 - ② ノロウイルスが大量に含まれる患者のふん便や嘔吐物から、家族や介護者の手などを介して他の人に感染した場合
 - ③ 家庭や共同生活施設など接触する機会が多いところで人から人へと感染する場合
 - ④ 汚染されていた貝類を、生あるいは十分に加熱調理しないで食べた場合等
- 多彩な感染経路があるから対策も万全にしたいものじゃ。



A-6

環境整備と施設の消毒

No.	項目	○×
26	毎日トイレの清掃を行っていますか 汚れたときは、迅速に清掃を行うようにしていますか	
27	トイレのドアノブや取っ手など多人数が触れる場所を消毒していますか	
28	使用した雑巾やモップは、こまめに洗淨し乾燥させていますか	
29	浴槽のお湯の交換、清掃は毎日行っていますか	

ポイント!! ノロウイルスはごく少量でも発症するので、排泄物や嘔吐物は迅速かつ確実に処理することが必要です。

●排泄物や嘔吐物が付着した床、衣類、トイレなどを消毒する場合

- ① 感染しないよう、使い捨て手袋、マスク、エプロンを着用し、注意して処理する。
- ② 使い捨ての布を使用し0.1%次亜塩素酸ナトリウムで浸すように拭く。
- ③ 使用した布等は床に置かず、すぐにビニール袋に入れ処分する。（この際、ビニール袋に0.1%次亜塩素酸ナトリウムを染みこむ程度に入れ消毒することが望ましい）
- ④ 処置後手袋をはずして（内側を外側にする）手洗いを行う。

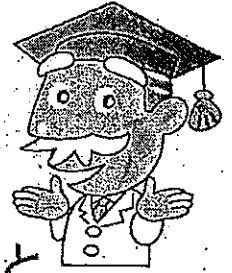
●調理器具、直接手が触れる手すりやトイレのドアノブ等を消毒する場合

濃度0.02%の次亜塩素酸ナトリウム消毒液で清拭しましょう。

※次亜塩素酸ナトリウム消毒液を作りましょう。

- 原液5～6%の代表商品名はハイター、ブリーチ、シアノック、ビューラックスなど
- ・原液 50ml に水を入れて、全量 3Lにする → 0.1% 次亜塩素酸ナトリウム
- ・原液 10ml に水を入れて、全量 3Lにする → 0.02% 次亜塩素酸ナトリウム

次亜塩素酸もなお、金属などを錆びさせるのと衣類を脱色するのが欠点じゃ。使用時には、ゴム手袋等を着用するとよいぞ。



A-7

感染源を持ち出さないこと・持ち込まないこと

No.	項目	○×
30	配膳や食事介助の前に必ず手洗いをしをてをしていますか	
31	予防衣を着用したまま厨房などの清潔区域に入らないようにしていますか	
32	トイレ清掃後や汚物処理後には必ず手洗いをしていますか	



厨房（清潔区域）と療養室やデイケア（不潔区域）を出入りすることは控えましょう。汚染区域と清潔区域を普段から分け、病原体が汚染区域から清潔区域に持ち込まれないよう、手洗い、着衣の交換を徹底するようにしましょう。

下痢などの症状がある場合は、食事介助や配膳等はやめましょう。ノロウイルスの便への排出は症状がなくなっても1～3週間程度は続くと言われていたので、十分な注意が必要です。

●施設内の区域分けができた

区域の入り口には注意事項を記入した掲示を行いましょう。職員、利用者に清潔区域への立入禁止や、清潔区域へ移動する際の注意事項を周知してください。

●発生時の対応は決まっていますか？

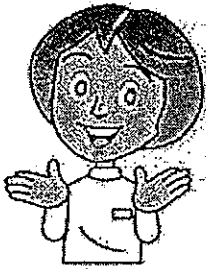
決めておけば、万一の発生に際しても動揺することなく、早めに効果的な対応を取ることができます。施設内の取り組みを指針やマニュアルにまとめ、職員全員に徹底しておきましょう。

B1～2は管理者用

B-1

施設内感染管理体制・発生時の対応（その1）

No.	項目	○×
1	施設における感染症対策の責任者を決めていますか	
2	施設入所者やデイケア等の利用者、職員の健康状態を毎日把握し記録していますか。また、異常があれば感染症対策責任者に報告するようになっていますか	
3	利用者・職員の健康状態が普段と異なるときに、囑託医にただちに連絡・相談できる体制が整っていますか	
4	施設内感染対策マニュアルはありますか	
5	マニュアルは職員研修や会議を通して全員に徹底されていますか	
6	マニュアルに基づいた作業を実施し、チェックリスト等を用いて実施状況を確認していますか	
7	施設内感染防止に係る研修が定期的に（年2回程度）開催されていますか	
8	感染症発生時に患者を紹介できる連携病院がありますか	
9	管轄市町、保健所、警察等の連絡先をまとめていますか	
10	職員が体調不良（下痢、嘔吐、嘔気、発熱等）のときには、休めるよう配慮していますか	



職員を対象とした感染症研修会などを開催しましょう。新規採用時にも必ず感染症に対する教育を実施することが重要です。

また、体調の悪い職員は報告し休める体制を整備しておく必要があります。感染症発生時には職員自身も罹患する可能性もあります。発生時を想定した体制、手順も確認しておきましょう。

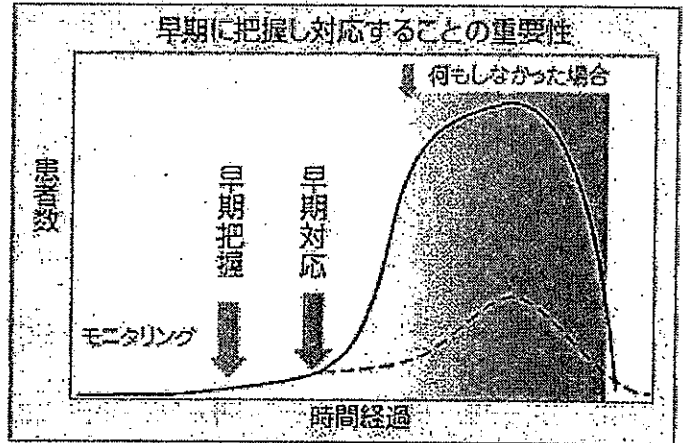
●「モニタリング」していますか？

「モニタリング」とは観察や状況の把握を長期にわたり継続的に行うこと。継続監視活動とも言われます。

毎日、発熱、咳、下痢などの入所者数を把握することで、早期に感染症の発症を察知し、早期に対応することができます。

異常があれば感染症対策責任者、施設長、嘱託医等に報告し対策を取ることで早期把握、早期対応につながります。

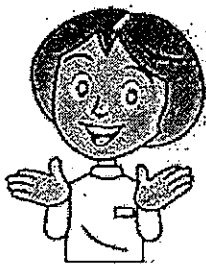
連絡体制も決めておきましょう。



B-2

施設内感染管理体制・発生時の対応 (その2)

No.	項目	○×
11	感染症が発生したときには、利用者と職員の健康状態（症状の有無）を、発生した日時・フロア及び居室毎に集計していますか	
12	患者が受診したときは、診断名・検査・治療内容について把握し、記録していますか	
13	感染症が発生したときには、必要に応じて有症者の隔離を行っていますか	
14	感染症が発生したときには、手洗いや排泄物・嘔吐物の処理をいつもより徹底するよう指示していますか	
15	感染症の拡大や、重篤患者の発生など重大な事例の場合に報告する基準を知っていますか	



感染症が発生したときは、ただちに予防対策を具体的に指示しましょう。事件は現場で起きているのです！マニュアル等に基づき、手洗いや排泄物・嘔吐物の処理手順などを現場で徹底しましょう。嘱託医に医療面の対応など早めに相談しておきましょう。

出勤時や外出後には、手や鼻咽腔に病原体が付着しています。

感染源（病原体）を持ち込まないためにも、手洗いやうがい必須です。施設に入る前に手洗いうがいをし、施設の外部から施設内に病原体を持ち込まない、持ち込ませないことが重要です。

- 外からの持ち込み : 利用者、職員、家族、業者、ボランティア等
- 施設内での感染拡大: 排泄物、嘔吐物等
- おむつ、リネン類(シーツなど)
- 職員の手指、触ったところ(蛇口、取っ手、手すり等)
- 食器、おやつ

カンピロバクター食中毒に 気をつけましょう!

カンピロバクターは食中毒菌の一種で、わずかな菌数でも食中毒を引き起こすことが知られています。

また、保存状態に関わらず、新鮮な生肉ほど見つかる確率が高く、市販の鶏肉・牛レバー等からも見つかっています。

そのため、鶏刺しや牛レバー刺し等の肉や内臓の生食、調理時の加熱不足を原因とする食中毒が多発しています。

さらに、生肉に触れた食品や手指・調理器具を介して、菌に汚染された食品が食中毒の原因となることもあるので注意しましょう。

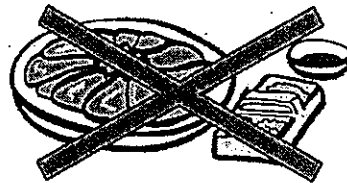
★予防のポイント★

生食を避ける

- 市販の鶏肉・牛レバー等からもカンピロバクターは見つかっています。生食はやめましょう。



特に幼児、高齢者の他、抵抗力の弱い方が発症すると、重症になることがありますので、食べないようにしましょう。



調理時に注意すること

- 中心部までしっかり加熱しましょう。(中心部75℃以上で1分間以上)
- 生肉から別の食品への汚染を広げないため、次のことに注意しましょう。
 - 保存する場合は、フタ付き容器やラップを使用しましょう。
 - 取り扱った後は、十分に手を洗いましょう。
 - 取り扱った調理器具(包丁やまな板等)は、十分に洗浄殺菌しましょう。



中心温度75℃以上、
1分間以上



岡山県マスコット ももち



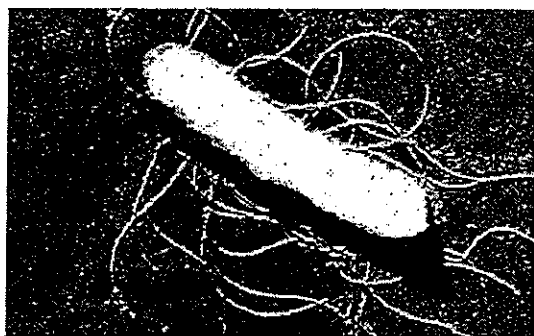
食べるときに注意すること

- 焼肉等では箸を使い分けましょう。(生肉用・食器用)

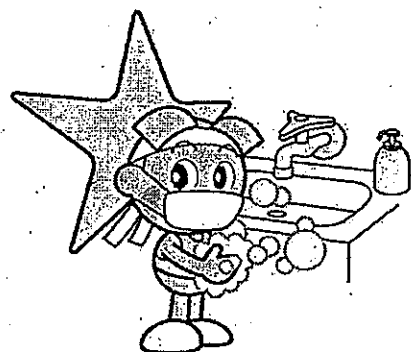
岡山県・保健所

腸管出血性大腸菌(0157等)感染症に 要注意!!

現在、岡山県内では、腸管出血性大腸菌感染症の患者さんが多数発生しています。
次のことに気をつけて、暑い夏を乗り切りましょう。



0157の顕微鏡写真



「岡山県マスコット ももっち」

食中毒と同じ方法で予防できます。

◎調理前、食事前、用便後は手をよく洗いましょう。

◎台所は清潔に保ち、まな板、ふきん等の調理器具は十分に洗浄消毒しましょう。

◎生鮮食品や調理後の食品を保存するときは、冷蔵庫(10℃以下)で保管し、早めに食べましょう。

◎食肉など加熱して食べる食品は、中心部まで火を通すとともに、焼き肉などの際は、生肉を扱うはしと食べるはしを別々にしましょう。

◎また、乳幼児や高齢者等、抵抗力の弱い人は、生肉等は食べたりしないようにしましょう。

気になる症状があるときは、早めに医師の診断を受けましょう。

◎主な初期症状は、「腹痛」、「下痢」などで、更に進むと水様性血便になります。

患者からの二次感染に気をつけましょう。

◎二次感染を防止するため、患者の便に触れた場合は、手をよく洗い消毒しましょう。

◎患者が入浴をする場合は、シャワーのみにするか、最後に入浴するなどしましょう。

◎患児が家庭用ビニールプールで水浴びをする場合、他の幼児とは一緒に入らないようにしましょう。

◎なお、患者が衛生に配慮すれば、二次感染は防止できますので、外出の制限等は必要ありません。

岡山県

「腸管出血性大腸菌」とは

大腸菌の多くは、人や動物の腸内に住んでいて、一般的には病気の原因になることはありません。

しかし、O157に代表される腸管出血性大腸菌は、腹痛や血便などの症状を起こすだけでなく、乳幼児や高齢者では、貧血や尿毒症を併発して、命にかかわることもあります。この菌は、牛などの家畜の腸管にすることがあり、そのふん便がさまざまな経路で食品や水を汚染することが感染の原因につながると考えられていますが、詳しくはまだよくわかっていません。

また、患者さんの便を介して、人から人に感染したり、食品を不衛生に取り扱ったために、食品から食品へ菌が移ってしまい、感染が広がる可能性があります。



電話相談窓口（岡山県内の保健所）

名称	所在地	電話
備前保健所	岡山市中区古京町1-1-17	086-272-3934
岡山市保健所	岡山市北区鹿田町1-1-1	086-803-1262
備前保健所東備支所	和気郡和気町和気487-2	0869-92-5180
備中保健所	倉敷市羽島1083	086-434-7024
倉敷市保健所	倉敷市笹沖170	086-434-9810
備中保健所井笠支所	笠岡市六番町2-5	0865-69-1675
備北保健所	高梁市落合町近似286-1	0866-21-2836
備北保健所新見支所	新見市高尾2400	0867-72-5691
真庭保健所	真庭市勝山591	0867-44-2990
美作保健所	津山市椿高下114	0868-23-0163
美作保健所勝英支所	美作市入田291-2	0868-73-4054

岡山県ホームページ：http://www.pref.okayama.jp/soshiki/kakuka.html?sec_sec1=36

※宛先 (FAX番) は次頁の県民局通所リハビリテーション事業担当課一覧をご覧ください。

質 問 票

平成 年 月 日

事業所名 (医療機関名)							
サービス種別	事業所番号		3	3			
所在地							
電話番号	FAX番号						
担当者名	(氏名)			(職名)			
【質問】							
【回答】							

※ ご質問がある場合は、この質問票により、必ずFAXにてお問い合わせください。

県民局通所リハビリテーション事業担当課一覽

平成23年1月1日現在

県民局名称・担当課	所在地	電話番号 FAX番号	管轄する市町村				
<p>備前県民局 健康福祉部 健康福祉課 事業者第一班</p>	<p>〒703-8278 岡山市中区古京町1-1-17</p>	<p>電話 086-272-3915 FAX 086-272-2660</p>	<p>岡山市、玉野市、備前市、 瀬戸内市、赤磐市、 和気町、吉備中央町</p>				
<p>備中県民局 健康福祉部 健康福祉課 事業者第一班 事業者第二班</p>	<p>〒710-8530 倉敷市羽島1083</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="756 1016 874 1066">第一班</td> <td data-bbox="756 689 874 1016">電話 086-434-7162 FAX 086-427-5304</td> </tr> <tr> <td data-bbox="874 1016 1002 1066">第二班</td> <td data-bbox="874 689 1002 1016">電話 086-434-7054 FAX 086-427-5304</td> </tr> </table>	第一班	電話 086-434-7162 FAX 086-427-5304	第二班	電話 086-434-7054 FAX 086-427-5304	<p>倉敷市、総社市、早島町 ----- 笠岡市、井原市、高梁市、 新見市、浅口市、 里庄町、矢掛町</p>
第一班	電話 086-434-7162 FAX 086-427-5304						
第二班	電話 086-434-7054 FAX 086-427-5304						
<p>美作県民局 健康福祉部 健康福祉課 事業者班</p>	<p>〒708-0051 津山市椿高下114</p>	<p>電話 0868-23-1291 FAX 0868-23-2346</p>	<p>津山市、真庭市、美作市、 新庄村、鏡野町、 勝央町、奈義町、西粟倉村、 久米南町、美咲町</p>				