

### 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.1. 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.1. 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の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うこと」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)

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

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

(答)

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

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

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

(答)

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

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

(答)

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

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

(答)

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

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

(答)

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



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

(答)

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

(問27) 平成21年4月9日発出Q&A問4について、「リハビリテーションの提供に関わる医師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、看護職員又は介護職員等が協働して作成する通所リハビリテーション実施計画において、概ね週1回程度の通所であっても効果的な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）

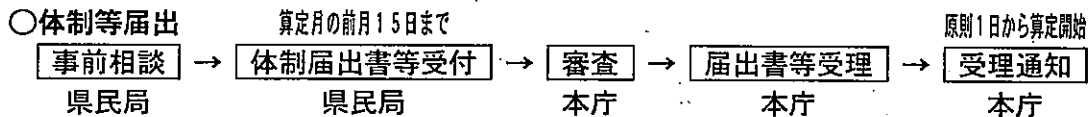
平成21年4月から、健康保険法の規定による保険医療機関の指定を受けている病院又は診療所については、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの指定があったものとみなされます。（指定申請を行う必要はありません。）

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

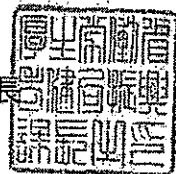
老振発第 0313002 号

老老発第 0313002 号

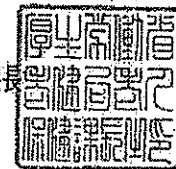
平成 21 年 3 月 13 日

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。

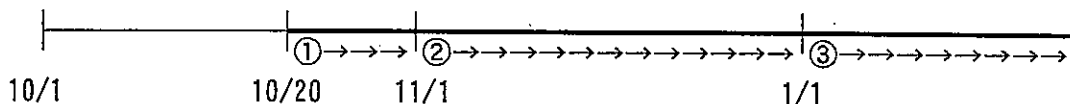
**A 4** 暫定ケアプランを作成することにより、算定期間は確保される。  
（参考例を参照のこと）

（参考例） 認定有効期間初日…10/1 認定年月日…10/20

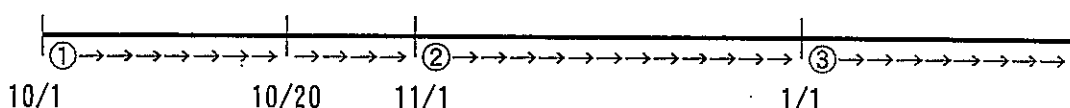
①…加算 1（180 単位） ②…加算 2（130 単位） ③…加算 3（80 単位）

（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。

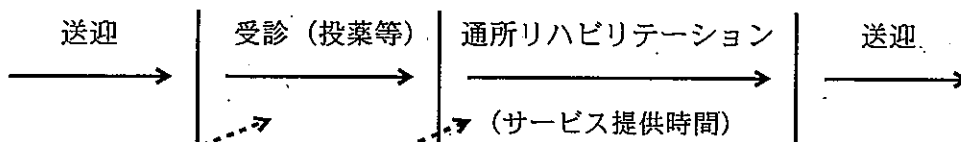
## ◎併設医療機関の受診について

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」を外来と併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り、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。

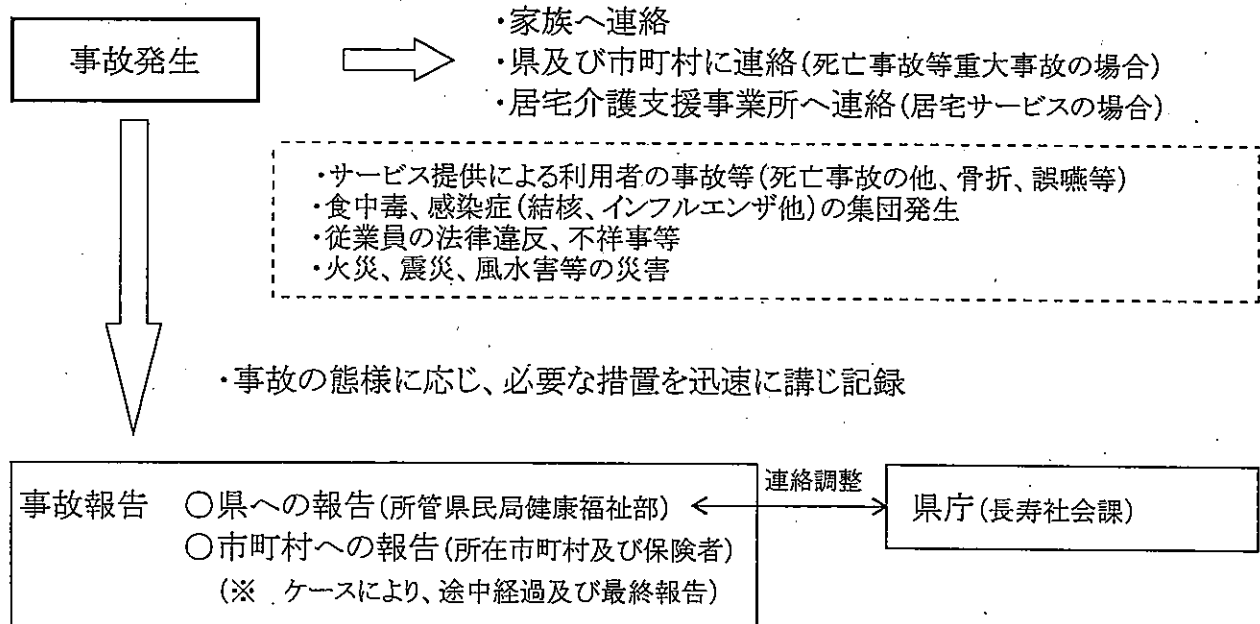
#### ① 第一報

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の連絡を行い、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					<table border="1"> <thead> <tr> <th>報告先</th> <th>報告・説明日時</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医師</td> <td>/ : :</td> </tr> <tr> <td>管理者</td> <td>/ : :</td> </tr> <tr> <td>担当CM</td> <td>/ : :</td> </tr> <tr> <td>家族</td> <td>/ : :</td> </tr> <tr> <td>県民局</td> <td>/ : :</td> </tr> <tr> <td>市町村</td> <td>/ : :</td> </tr> <tr> <td></td> <td>/ : :</td> </tr> </tbody> </table>	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	/ : :		/ : :
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継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。



長寿第 498 号  
平成20年6月30日

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) <div style="text-align: center;">             居宅サービス等利用料領収証             <span style="float: right;">(平成 年 月分)</span> </div>				
利用者氏名				
費用負担者氏名		続柄		
事業所名及び住所等		印		
		(住所: )		
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		領収年月日
うち医療費控除の対象となる金額		円		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。

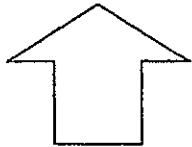
5 医療費控除を受ける場合、この領収証を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

(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(生活援助中心型を除く)
	⑨ 訪問入浴介護
	⑩ 通所介護
2分の1医療費控除の対象	⑪ 短期入所生活介護
	⑫ 介護老人福祉施設
医療費控除の対象外	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
	⑧ 介護予防通所リハビリテーション
	⑨ 短期入所療養介護
	⑩ 介護予防短期入所療養介護
	⑪ 介護老人保健施設
	⑫ 介護療養型医療施設
	⑬ 訪問介護(生活援助中心型を除く)
	⑭ 夜間対応型訪問介護
	⑮ 介護予防訪問介護
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	⑯ 訪問入浴介護
	⑰ 介護予防訪問入浴介護
	⑱ 通所介護
	⑲ 認知症対応型通所介護
	⑳ 小規模多機能型居宅介護
	㉑ 介護予防通所介護
	㉒ 介護予防認知症対応型通所介護
	㉓ 介護予防小規模多機能型居宅介護
	㉔ 短期入所生活介護
	㉕ 介護予防短期入所生活介護
2分の1医療費控除の対象	㉖ 介護老人福祉施設
	㉗ 地域密着型介護老人福祉施設
医療費控除の対象外	㉘ 認知症対応型共同生活介護
	㉙ 介護予防認知症対応型共同生活介護
	㉚ 特定施設入所者生活介護
	㉛ 地域密着型特定施設入所者生活介護
	㉜ 介護予防特定施設入所者生活介護
	㉝ 福祉用具貸与
	㉞ 介護予防福祉用具貸与

## ○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。）、第八十三條の九第一号ハの計画、同号ニの計画又は第八十五條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。