

事 務 連 絡
平成 30 年 6 月 12 日

各 位

(公社) 全日本病院協会
事 務 局

平成 30 年度介護報酬改定及び介護医療院に関する説明会 質疑応答集について

平素は、本会事業活動につきまして、ご支援とご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、平成 30 年 3 月 1 日（木）に開催いたしました「平成 30 年度介護報酬改定及び介護医療院に関する説明会」にて、皆様より頂戴いたしましたご質問に関して、厚生労働省老健局老人保健課に確認した結果を質疑応答集として取りまとめました。

詳細につきましては、「平成 30 年度介護報酬改定及び介護医療院に関する説明会（H30.3.1）質疑応答集」をご参照ください。

本質疑応答集に関するご質問については、下記の問い合わせ先までお問い合わせください。

【問合せ先】 公益社団法人 全日本病院協会 事務局 久下・向井
〒101-8378 東京都千代田区神田猿樂町 2-8-8 住友不動産猿樂町ビル 7F
TEL : 03-5283-7441 FAX : 03-5283-7444
Email : kuge@ajha.or.jp

平成30年度平成30年度介護報酬改定及び介護医療院に関する説明会 質疑応答集

No	区分	質問内容	回答
1	身体拘束廃止未実施減算	措置を講じていなければ身体拘束者のみ減算になるのか、又は施設全体として身体拘束有無に関わらず入所者すべて減算になるのか	身体拘束廃止未実施減算は、身体的拘束等を行ったことによる減算ではなく、身体的拘束等の適正化に向けた取組みの実施状況についての減算ですので、適正化に向けた取組みが行われていない場合、入所者すべてについて減算となります。
2	認知症専門ケア加算	認知症ケアに関する研修とは具体的にどのような研修か	「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護実践リーダー研修」を指すものです。
3	栄養マネジメント加算の要件緩和（兼務要件）	常勤の管理栄養士1名以上配置に関する要件において同一施設内の介護保険施設（1施設に限る）とあるが、同一敷地内にある医療機関の常勤管理栄養士の兼務は可能か	同一敷地内の介護保険施設1施設（介護療養型医療施設を含む。）との兼務の場合に限る。
4	リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ	利用者が現在リハビリテーションマネジメント加算Ⅱを算定しており、平成30年4月から以降6カ月経過した場合、事業所ではリハビリテーションマネジメント加算Ⅳの算定が出来る場合は、Ⅳ-1から新たに新規加算算定となるのか、既存加算Ⅱ-2のようにⅣ-2で加算算定するのか	老企第36号 8通所リハビリテーション費 (10) ③を参考ください。＜別添資料1＞
5	リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ	一定期間以上の利用がある場合、移行当初よりリハビリ会議の開催が3カ月に1度でよいとのことだが、すでに現行のリハマネⅡに移行し6カ月に満たない利用者は、4月以降3カ月に1度のリハビリ会議でもよいか。また「一定期間の利用」の定義は何か	平成30年4月以降リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ～Ⅳに移行し、算定から6月に満たない利用者においては、移行当初よりリハビリテーション会議は3月に1度の開催として差し支えありません。 「一定期間の利用」とは、老企第36号 8通所リハビリテーション費 (10) ⑧を参考ください。＜別添資料2＞
6	リハビリテーションマネジメント加算Ⅳ	データ提出（VISIT）が算定の要件だが、VISITへ参加募集の案内などが今後出る予定があるのか	老老発0322第2号 第2リハビリテーションマネジメント加算について (5) イを参考ください。＜別添資料3＞

平成30年度平成30年度介護報酬改定及び介護医療院に関する説明会 質疑応答集

No	区分	質問内容	回答
7	褥瘡マネジメント加算	<p>全ての入所者に対してモニタリング指標を用いて評価し、褥瘡ケア計画書を作成した入所者のみ算定なのか、全ての入所者が算定できるのか。また、評価の結果、褥瘡ケア計画書の作成が必要ない場合算定はできるのか</p> <ul style="list-style-type: none"> ・評価を行った月が算定月となるのか。 ・「報告すること」とあるが、どのように報告するのか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・老企第40号平成12年3月8厚生省老人保健福祉局企画課長通知・別紙様式4に示す褥瘡の発生と関連のあるリスクについて評価を行う。評価の結果褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者については褥瘡ケア計画を作成し、対象となる入所者又はその家族に説明し、同意を得た時点で算定が可能である。リスクがないとされた入所者についてはその結果を説明した時点で算定が可能である。 ・評価の結果、リスクがあるとされた入所者については、褥瘡ケア計画を作成し、対象となる入所者またはその家族に説明した月が、リスクがないとされた入所者については、評価結果の説明を行った月が算定月となる。 ・評価結果の報告は、介護給付費請求書等の記載要領に従って、褥瘡マネジメント加算の介護給付費明細書の給付費明細欄の摘要欄に記載することによって行う。
8	夜勤職員配置加算	<p>現行の要件に加えて、夜勤時間帯を通じて、看護職員または喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置している場合、加算単位数が3単位または6単位あがるとなっているが、喀痰吸引等の実施ができる介護職員とは、経過措置対象者でよいか、または、省令別表第1号研修・第2号研修修了者でなければいけないのか</p>	<p>喀痰吸引等ができる介護職員については、厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（平成十二年厚生省告示第二十九号）に記載のある要件を満たすことが条件であり、経過措置対象者についても、認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けている者については、「社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年法律第三十号）附則第三条第一項に規定する認定特定行為業務従事者」に含まれます。</p>
9	配置医師緊急時対応加算	<p>複数名の配置医師を置いていること、とあるが、介護老人福祉施設での勤務日数や勤務時間を設定する必要があるのか</p>	<p>配置基準や加算の要件においては勤務日数や勤務時間についての規定はありませんが、特別養護老人ホームにおける配置医師については「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて（平成18年3月31日保医発0331002）」の別紙様式による届出を行う必要があることから、別紙様式において求められている項目については設定いただく必要があります。＜別添資料4＞</p>

平成30年度平成30年度介護報酬改定及び介護医療院に関する説明会 質疑応答集

No	区分	質問内容	回答
10	生活機能向上連携加算	外部の理学療法士等と介施設職員で共同してアセスメント・計画書作成等を行うとあるが、外部の理学療法士等は、医師の指示のもとアセスメントや計画書作成を行う必要があるのか。医師の指示が必要な場合は、施設の配置医師の指示でよいのか	理学療法士等については、「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師」とされているため、機能訓練指導員等と共同して行うアセスメントや計画書の作成等に関して、医師の指示が必須なものではない。
11	生活機能向上連携加算	算定対象に一定の要件はあるのか。	生活機能向上連携加算の算定要件は、訪問リハビリテーション事業所若しくは通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提携施設（病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師が、当該事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者と共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること。また、機能訓練指導員等が理学療法士等と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回移譲評価し、必要に応じて計画、訓練内容等の見直しを行うこととしている。
12	生活機能向上連携加算	外部の通所リハ事業所とは事業所が別なら良いのか。それとも同一法人内だと事業所が別でもダメなのか。	生活機能向上連携加算は、同一法人の訪問リハビリテーション事業所若しくは通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提携施設と連携する場合も算定できるものと考えられる。ただし、地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の主たる担い手として想定されている200床未満の医療提供施設に原則として限っている趣旨や、リハビリテーション専門職の有効活用、地域との連携の促進の観点から、別法人からの連携の求めがあった場合には、積極的に応じるべきであると考えられる。

平成30年度平成30年度介護報酬改定及び介護医療院に関する説明会 質疑応答集

No	区分	質問内容	回答
13	排せつ支援加算	「要介護認定調査の排尿・排便の項目が改善することを目安とする」となっているが、改善に向けての分析、支援を実施していたが認定調査までに改善が間に合わなかった場合は実施した分析、支援は評価されないのか	<ul style="list-style-type: none"> • 排尿または排便の状態を評価するにあたって、要介護認定調査の際に用いられる項目で評価するものであり、要介護認定とは無関係である。
14	排せつ支援加算	<p>多職種が排泄に係る各種ガイドライン等を参考としとあるが、ガイドラインとは具体的に何か。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 改善が見られなかった場合でも算定は可能なのか。 • 「軽減できる」との判断は、医師や看護師の主観でよいのか。 • 結果として、軽減軽減ができなかった場合はどうなるのか。算定は可能なのか。 	<ul style="list-style-type: none"> • 各種ガイドラインの具体例として、「EBMに基づく尿失禁診療ガイドライン（平成16年泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班）」、「男性下部尿路症状診療ガイドライン（平成25年日本排尿機能学会）」、「女性下部尿路症状診療ガイドライン（平成25年日本排尿機能学会）」、「便失禁診療ガイドライン（平成29年日本大腸肛門病学会）」等が含まれる。 • 要因分析および支援計画作成を行うにあたり、「改善が見込まれる」とする判断の根拠は、ガイドライン等に基づいて明確にすべきである。 • 改善が見られなかった場合も算定は可能であるが、「改善が見込まれる」と判断した根拠に基づき、見込みとの差異について、その理由を含めて総括し、記録した上で入所者又はその家族に説明する必要がある。
15	低栄養リスク改善加算	算定対象患者について具体的にどの様な状態をいうのか	<p>「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（老企第40号平成12年3月8日厚生省老人保健福祉局企画課長通知）を参照されたい。〈別添資料5〉</p>

平成30年度平成30年度介護報酬改定及び介護医療院に関する説明会 質疑応答集

No	区分	質問内容	回答
16	経口維持加算	介護療養型医療施設サービス費において算定できていたが介護医療院の基本報酬の加算内に記載がない。介護医療院では経口維持加算の算定は不可能なのか	介護医療院でも経口維持加算を設定しています。
17	再入所持栄養連携加算	「大きく異なる栄養管理が必要となった場合、介護保険施設の管理栄養士が医療機関での栄養食事指導に同席し…」とあるが指導内容やケア計画の作成における相談は必ず同席が必要となるのか。書面などの情報提供での算定は不可能なのか	本加算の趣旨からすると、栄養に関する指導やカンファレンスに同席した際に、介護保険施設の再入所に向けた栄養ケア計画の相談を何もしないということは想定されない。
18	栄養スクリーニング加算	「介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニング」とは具体的にどの様な内容なのか。また、情報を文書で共有した場合とはどういうことか。	「居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成18年3月31日老老発第0331009号厚生労働省老健局老人保健課長通知）を参照されたい。＜別添資料6＞
19	介護療養型医療施設サービス費	基本報酬にかかる医療処置又は重度者用件について「算定が属する前3月において…」とあるが、患者割合は3ヶ月平均でよいのか。	3ヶ月間の患者割合で大丈夫です
20	移行定着支援加算	満額（1年間）算定するためには、少なくとも2020年4月1日までに介護医療院への転換が必要と思われるが、1年経過後には算定終了の届出は必要か。また、外泊時にも同加算の算定可能か	算定終了の届け出は不要です。届け出から1年間で算定は終了となります。移行定着加算は基本サービス費に対する加算であり、外泊時費用には加算できません
21	移行定着支援加算	転換を行って介護医療院を開設した旨を、地域住民に丁寧に説明するとあるが、具体的にどのような方法があるか	ホームページや掲示等で周知するとともに、質問、相談等に丁寧に応じ、その際には、その説明日時、説明内容等を記録することが考えられます。

平成30年度平成30年度介護報酬改定及び介護医療院に関する説明会 質疑応答集

No	区分	質問内容	回答
22	在宅復帰・在宅療養支援加算	算定要件の地域貢献活動とは具体的に何を指すのか。	<p>「地域に貢献する活動」とは、以下の考え方によるものとする。</p> <p>①地域との連携については、基準省令第35条において、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければならないと定めているところであるが、当該基準においては、自らの創意工夫によって更に地域に貢献する活動を行うこと。</p> <p>②当該活動は、地域住民への介護予防を含む健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該介護老人保健施設の入所者等との交流に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること。</p> <p>③当該基準については、平成30年度に限り、平成31年度中に当該活動を実施する場合を含むものとしているところであるが、各施設において地域の実情に合わせた検討を行い、可能な限り早期から実施することが望ましいものであること。また、既に当該基準に適合する活動を実施している介護老人保健施設においては、更に創意工夫を行うよう努めることが望ましい。</p>
23	所定疾患施設療養費	在宅復帰率等の算定に際し配慮するの配慮とは何か。	<p>当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。</p>
24	外泊時に在宅サービスを利用した時の費用の取扱	外泊時費用を算定している際は、併算定できないの外泊時費用とは何か。	<p>外泊時費用を算定している際は、居宅介護サービス費は算定できない。</p>

平成30年度平成30年度介護報酬改定及び介護医療院に関する説明会 質疑応答集

No	区分	質問内容	回答
25	訪問リハビリテーション	医師の診察が原則とのことであるが、何カ月に1度といった基準はあるのか。	リハビリテーションマネジメント加算を算定する場合にはリハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価する必要があります。 また、別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供を受け、当該情報提供を踏まえて、当該リハビリテーション計画を作成し、指定訪問リハビリテーションを実施した場合には、少なくとも3月に1回は、指定訪問リハビリテーション事業所の医師は、当該情報提供を行った別の医療機関の医師に対して訪問リハビリテーション計画等について情報提供を行います。
26	訪問リハビリテーション	訪問診療料・往診料のどちらかは算定できるのか。また、訪問リハ事業所の医師が主治医ではない場合、患者宅を訪問した場合、訪問診療料は算定できるか。	訪問リハビリテーション計画の作成に必要な診療に対して診療報酬の訪問診療料・往診料は算定できません。
27	通所リハビリテーション事業所の医師の関与	他医療機関の計画的な医学管理を受けていても、事業所の医師の診察は必須となり、二重診療を行わないと減算になるということか。また、3月以前に診察した場合も、4月に全員診察しなければならないのか。	通所リハビリテーションにおいて、事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合の減算はございません。 平成30年3月31日以前に診療を行った記録があれば、平成30年4月に必ず診療を行う必要はありませんが、利用者の状態や居宅の状況に変化がある場合は、診療を行っていただくことが望ましいと考えます。
28	リハビリテーション提供体制加算	指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であることとあるが、「常時」とはどういう状態を示すのか。	平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.3) 問2を参考ください。

平成30年度平成30年度介護報酬改定及び介護医療院に関する説明会 質疑応答集

No	区分	質問内容	回答
29	リハビリテーション提供体制加算	リハ職員の配置基準は事業所の定員数に対してか、その日の利用者数に対してか。	ケアプランにおいて位置付けられた通所リハビリテーションのサービス提供時間帯を通じて、理学療法士等の合計数が利用者の数に対して25：1であれば良い。
30	療養環境減算	I と II の両方に該当する場合、両方減算となるのか。	両方減算対象となります。
31	退所後訪問指導加算	退所した翌月に訪問した場合、当該加算のみ翌月に請求可能か。	退所後訪問日に算定するため翌月に請求可能です。
32	重度認知症疾患療養体制加算	施設基準の「入所者等がすべて認知症のものであり」の「等」とは何を指すのか。	短期入所及び短期療養介護の利用者が含まれます。
33	配置医師緊急時対応加算	看取りを行うのは関連する法人の医師でも良いのか。	質問の趣旨が不明なため回答不可。（配置医師緊急時対応加算について、看取りの規定はありません。）
34	介護医療院	介護療養型医療施設から一般の老人保健施設に転換した場合も介護医療院に転換できるか。その場合名称はどうなるのか。介護老人保健施設〇〇〇、介護医療院〇〇〇と同じ施設に表示するのか	指定介護療養型医療施設から転換した介護老人保健施設から介護医療院への転換については、介護保険法第94条第5項等に基づく介護保険施設等の許可等の拒否（いわゆる「総量規制」）は基本的に生じないです。また名称は介護老人保健施設と介護医療院の双方の名称を利用することができます。
35	介護医療院	自院の一般病棟や地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟から転棟について在宅復帰率のカウント対象となるか	介護医療院は住まいの機能を有するとの考え方から、入院料において、在宅からの受入れに対する評価について、介護医療院を「自宅」と同様の取扱いとすることとしています。

平成30年度平成30年度介護報酬改定及び介護医療院に関する説明会 質疑応答集

No	区分	質問内容	回答
36	介護医療院	レクリエーションルームについて「十分な広さ」との記載があるが、介護療養型医療施設からの転換の場合、個別でのレクリエーションルームの設置が必要か。機能訓練室、食堂、談話室で基準面積を合算した以上のものであれば兼用可能か	入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障を来さない場合には、各々の施設を兼用することは可能です。
37	介護医療院	転換後の加算について、利用者及び家族、地域住民への説明について、解説以外に具体的にはどのような項目を説明することが必要か	介護医療院で提供されるサービスの種類及び内容(医療の内容を除く)、介護医療院の機能や役割について説明が必要になります。
38	介護医療院	医療療養病床の一部を病室単位で介護医療院に転換することは可能か。	介護医療院は療養棟単位とするのが原則とされています。例外的に、療養棟を2棟以下しかもたない介護医療院は、療養室単位で開設許可を受けられます。
39	介護医療院	介護医療院の業務は医療法人の業務としては、本来業務に該当するのか、付帯業務に該当するのか。	介護医療院は医療法人の本来業務に該当します。医療法人は本来業務である介護医療院の業務に支障のない限り付帯業務である医療法第42条各号の業務を行うことができますとされています。
40	介護医療院	類型(Ⅱ)の薬剤師の配置基準300対1に転換型老健と同じように「望ましい」となるのか。	常勤換算法でⅡ型入所者の数を300で除した数を加えて得た数以上を配置する必要がある。
41	介護医療院	大規模改修が行われるまでは6.4㎡が認められるが、その場合、減算等されるのか。	経過措置がありますので、認められますが、大規模改修までは減算(療養環境減算)の対象となります。
42	介護医療院	名称は「〇〇病院 介護医療院」としなければならないのか。	介護医療院の名称の中で従前の病院や診療所の名称を継続して使用したいときは、「介護医療院」という文字を併記等すれば、当該介護医療院の名称中に従前の病院や診療所の名称を継続して使用することができます。

平成30年度平成30年度介護報酬改定及び介護医療院に関する説明会 質疑応答集

No	区分	質問内容	回答
43	介護医療院	診察室、訓練室、レクリエーションルームとの設備は、同一建物内の施設と共用しても良いのか。	病院又は診療所に併設される介護医療院については、それぞれの基準を満たし、かつ、サービス提供に支障がない場合、手術室及び療養室を除き、共用が認められます。
44	介護医療院	同一建物内の病院・医院で検査や処置等の医療行為を行った場合の請求はどのようにするのか。	給付の対象に関しては、医療保険と介護保険の給付調整があり、対象は限られますが、医療機関が診療報酬を請求することができます。
45	介護医療院	病院併設（同一建物内等）の場合の人員配置について、兼任は出来るのか。	例えば、常勤換算法で一定数以上の配置を求められる場合、兼任できる場合がありますが、その場合でも日々の勤務体制を明確にする等の必要があります。
46	介護医療院	療養食加算について、1食を1回と評価することになったが、食費も1食毎となるのか。また、食費の設定は各施設で決めていいのか。	食費については各施設で設定されるものです。
47	介護医療院	身体拘束廃止未実施減算は4月1日から適用となるのか。	身体拘束廃止に向けた基準の遵守は4月1日から行う必要があるが、減算の適用時期については、施行以後、最初の身体拘束廃止に係る委員会を開催するまでの3ヶ月の間に指針等を整備する必要があるため、それ以降の減算になる。
48	介護医療院	同一法人の医療機関の入院・外来等の医療提供を行ってよいか。	可能ですが、医療保険と介護保険の給付調整があり、同一医療機関で診療報酬を算定できる範囲は決まっています。

平成30年度平成30年度介護報酬改定及び介護医療院に関する説明会 質疑応答集

No	区分	質問内容	回答
49	介護医療院	医療療養25対1・介護療養からの転換のみが認められ、医療療養20対1や一般病床からの転換は認められないのか。	介護療養型医療施設や医療療養病床(20:1及び25:1)から介護医療院への転換については、介護保険法第94条第5項等に基づく介護保険施設等の許可等の拒否（いわゆる「総量規制」）は基本的に生じないですが、一般病床からは総量規制が生じます。

< 別添資料1 >

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3月1日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）< 抜粋 >

8. 通所リハビリテーション費

(10) リハビリテーションマネジメント加算について

③リハビリテーションマネジメントについては、以下のイからへまでに掲げるとおり、実施すること。

イ 利用開始時にその者に対するリハビリテーションの実施に必要な情報を収集しておき、医師、理学療法士等、看護職員、介護職員その他職種の者(以下この項において「関連スタッフ」という。)が暫定的に、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握(以下この項において「アセスメント」という。)とそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働により開始時リハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画原案を作成すること。また、作成したリハビリテーション実施計画原案については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、通所リハビリテーションにおいては、リハビリテーション実施計画原案に相当する内容を通所リハビリテーション計画の中に記載する場合は、その記載をもってリハビリテーション実施計画原案の作成に代えることができるものとする。

ロ リハビリテーション実施計画原案に基づいたリハビリテーションやケアを実施しながら、概ね二週間以内及び概ね三月ごとに関連スタッフがアセスメントとそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働によりリハビリテーションカンファレンスを行って、リハビリテーション実施計画を作成すること。なお、この場合にあつては、リハビリテーション実施計画を新たに作成する必要はなく、リハビリテーション実施計画原案の変更等をもってリハビリテーション実施計画の作成に代えることができるものとし、変更等がない場合にあつても、リハビリテーション実施計画原案をリハビリテーション実施計画に代えることができるものとする。また、作成したリハビリテーション実施計画については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、短期集中リハビリテーション実施加算及び認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している利用者については、病院等からの退院(所)日から起算して一月以内の期間にも、アセスメントとそれにもとづく評価を行うこと。また、リハビリテーションカンファレンスの結果、必要と判断された場合は、利用者の担当介護支援専門員を通して、他の居宅サービス事業所に対してリハビリテーションに関する情報伝達(日常生活上の留意点、介護の工夫等)や連携を図るとともに、居宅サービス計画の変更の依頼を行うこと。

ハ 利用を終了する前に、関連スタッフによる終了前リハビリテーションカンファレンスを行うこと。その際、終了後に利用予定の居宅介護支援事業所の介護支援専門員や他の居宅サービス事業所のサービス担当者等の参加を求めること。

ニ 利用終了時には居宅介護支援事業所の居宅介護支援専門員や利用者の主治の医師に対してリハビリテーションに必要な情報提供を行うこと。

ホ 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百十九条において準用する第十九条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が利用者の状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別にリハビリテーションマネジメント加算の算定のために利用者の状態を定期的に記録する必要はないものとする。

ヘ 新規にリハビリテーション実施計画を作成した利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、通所開始日から起算して一月以内に当該利用者の居宅を訪問し、利用者の身体の状況、

< 別添資料1 >

家屋の状況、家屋内における ADL 等の評価等を確認することを趣旨として診察、運動機能検査、作業能力検査等を実施すること。その際、必要に応じて居宅での日常生活動作能力の維持・向上に資するリハビリテーション計画を見直すこと。

< 別添資料2 >

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3月1日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）<抜粋>

8. 通所リハビリテーション費

(10) リハビリテーションマネジメント加算について

- ⑧ リハビリテーション会議の開催頻度について、指定通所リハビリテーションを実施する指定通所リハビリテーション事業所若しくは指定介護予防通所リハビリテーションを実施する指定介護予防通所リハビリテーション事業所並びに当該事業所の指定を受けている保険医療機関において、算定開始の月の前月から起算して前24月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて6月以上ある利用者については、算定当初から3月に1回の頻度でよいこととする。

各都道府県介護保険主管部（局）長あて

厚生労働省老健局老人保健課長通知

リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示
について

第2 リハビリテーションマネジメント加算について

(5) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)の算定に関して

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)を算定する際には、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)の要件に加えて、以下の点に留意すること。

イ VISIT への参加登録

登録専用電子アドレス「reha-visit@mhlw.go.jp」に 必要事項（事業所番号、事業所名、事業所の住所、事業所の電話番号、代表者氏名）を記載の上、メールを送信すること。

< 別添資料4 >

別紙様式

特別養護老人ホーム等の施設の状況及び配置医師等について

施設の種別					
施設 の 状 況	施設 の 名 称				
	所 在 地				
	開設（経営）主体				
	開 設 者 名				
	定 員				
	併設医療機関の有無	有 ・ 無			
	併 設 医 療 機 関 名				
	所 在 地				
	開設（経営）主体				
医 師 の 状 況	開 設 者 名				
	氏 名				
	常 勤 の 有 無				
	配置契約の有無	有 ・ 無	専門の診療科	契約期間：	
	(契約の内容)	一月当たり	日、週	曜日、	時～ 時
				年 月～	年 月
況	所属医療機関名				
	所 在 地				

[記入上の注意]

1 施設の種別欄には、次のいずれか該当するものを記入すること。

養護老人ホーム（定員111名以上）、特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、救護施設（定員111名以上）、知的障害者入所更生施設（定員150名以上）、知的障害者入所授産施設（定員150名以上）、乳児院（定員100名以上）、情緒障害児短期治療施設

2 施設の状況欄は、施設の現状について記入し、「併設医療機関の有無」が有である場合は、「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）の1の（1の2）に該当する医療機関の名称等について記入すること。

3 医師の状況欄は、現在契約している医師の状況について記入すること。

< 別添資料5 >

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（抄）（老企第40号平成12年3月8厚生省老人保健福祉局企画課長通知）<抜粋>

(22) 低栄養リスク改善加算について

低栄養リスク改善加算については、次に掲げる①から④までのとおり、実施するものとする。なお、当該加算における低栄養状態のリスク評価は、「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成17年9月7日老老発第0907002号）に基づき行うこと。

- ① 原則として、施設入所時に行った栄養スクリーニングにより、低栄養状態の高リスク者に該当する者であって、低栄養状態の改善等のための栄養管理が必要であるとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象とすること。ただし、歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治の医師の指導を受けている場合に限る（以下同じ。）。
- ② 月1回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法等を示した計画を作成すること（栄養ケア計画と一体のものとして作成すること。）。また、当該計画については、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、介護福祉施設サービスにおいては、当該計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって当該計画の作成に代えることができるものとする。
- ③ 当該計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週5回以上行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること。低栄養リスク改善加算の算定期間は、低栄養状態の高リスク者に該当しなくなるまでの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得られた月から起算して6月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として当該加算は算定しないこと。
- ④ 低栄養状態の改善等のための栄養管理が、入所者又はその家族の同意を得られた月から起算して、6月を超えて実施される場合でも、低栄養状態リスクの改善が認められない場合であって、医師又は歯科医師の指示に基づき、継続して低栄養状態の改善等のための栄養管理が必要とされる場合にあっては、引き続き当該加算を算定できるものとする。ただし、この場合において、医師又は歯科医師の指示はおおむね2週間ごとに受けるものとする。
- ⑤ 褥瘡を有する場合であって、褥瘡マネジメント加算を算定している場合は、低栄養リスク改善加算は算定できない。

< 別添資料6 >

居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について（平成 18 年 3 月 31 日老老発第 0331009 号厚生労働省老健局老人保健課長通知）< 抜粋 >

今般、平成 30 年度介護報酬改定の平成 30 年 4 月 1 日からの施行に伴い、従前の栄養改善加算及び居宅療養管理指導に加えて、通所介護等の通所サービス及び特定施設入居者生活介護等の居宅サービスにおける栄養スクリーニング加算における栄養ケア・マネジメント体制を評価することとしたところである。

通所サービス等における栄養スクリーニング、栄養改善及び管理栄養士の居宅療養管理指導の算定については、別に通知する「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、居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 12 年老企第 36 号）及び「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）において示しているところであるが、今般、居宅サービス及び介護予防サービスにおける栄養ケア・マネジメントに係る事務処理手順例及び様式例を別表及び別紙の通りお示しするので、御了知の上、管下市町村、関係団体、関係機関にその周知をお願いしたい。

当該事務処理手順例及び様式例は、居宅サービス及び介護予防サービスにおける栄養ケア・マネジメント体制の適切な実施に資するよう一つの参考例としてお示しするものであり、当該事務処理手順例及び様式例によらない場合であっても、適正に個別の高齢者の低栄養状態の改善のための栄養ケア・マネジメント体制が実施されていると認められる場合においては、介護報酬上算定して差し支えないものであるのを念のため申し添える。

記

1 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務等について

(1) 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの提供体制

ア (略)

イ 事業所は、管理栄養士（外部との連携を含む。以下この項において同じ。）と主治の医師、歯科医師、看護師及び居宅介護支援専門員その他の職種（以下「関連職種」という。）が行う体制を整備すること。

ウ～オ (略)

(2) 栄養ケア・マネジメントの実務

ア 利用開始時における栄養スクリーニング

管理栄養士は、利用者の利用開始時に、関連職種と共同して、低栄養状態のリスクを把握する（以下「栄養スクリーニング」という。）。なお、栄養スクリーニングは、別紙 1 又は 2 の様式例を参照の上、結果を記録する。ただし、管理栄養士が配置されていない場合は、介護職員等が別紙 1 の様式例を参照の上、栄養スクリーニングの結果を記録することも差し支えない。なお、事業所における管理栄養士の配置の有無にかかわらず、栄養スクリーニング加算を算定する場合は、記録した情報を介護支援専門員に文書で共有する。

イ 栄養アセスメントの実施

管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、利用者毎に解決すべき課題を把握する（以下「栄養アセスメント」という。）。栄養アセスメントの実施にあたっては、別紙 2 の様式例を参照の上、作成する。

< 別添資料6 >

ウ 栄養ケア計画の作成

① 管理栄養士は、上記の栄養アセスメントに基づいて、利用者の i) 栄養補給（補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給量、慢性的な疾患に対する対応、食事の形態等食事の提供に関する事項等）、ii) 栄養食事相談、iii) 課題解決のための関連職種の分担等について、関連職種と共同して、別紙3の様式例を参照の上栄養ケア計画を作成する。なお、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（平成十一年厚生省令第三十七号）第九十九条若しくは第百十五条又は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（平成十八年厚生労働省令第三十五号）第百九条若しくは第百二十五条において作成することとされている各計画の中に、栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

②・③（略）

エ～カ（略）

キ モニタリングの実施

① モニタリングは、栄養ケア計画に基づいて、低栄養状態の低リスク者は三か月毎、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性がある者の場合には、二週間毎等適宜行う。ただし、低栄養状態の低リスク者も含め、体重は一か月毎に測定する。

② 管理栄養士又は関連職種は、長期目標の達成度、体重等の栄養状態の改善状況、栄養補給量等をモニタリングし、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、栄養ケア計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙2の様式例を参照の上、作成する。

③ 低栄養状態のリスクの把握やモニタリング結果は、三か月毎に事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員等へ情報を提供する。

ク・ケ（略）

2 管理栄養士の居宅療養管理指導の実務について

管理栄養士の居宅療養管理指導にかかる栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等については、別紙2、別紙3の様式例を準用する。ただし、当該指導に必要とされる事項が記載できるものであれば、別の様式を利用して差し支えない。

以上