

日本慢性期医療協会「平成 21 年度介護報酬改定に関する Q & A」

会員の皆様から頂きましたご質問を Q & A 形式に致しましたので、ご参照下さい。

【在宅 通所リハ】

Q：脳血管疾患リハ、運動器疾患リハを算定している病院を通りハの「みなし指定」を行なうとありますが、実際の運営面でどのような内容整備が必要でしょうか。（現在の通りハと同じことが求められるのでしょうか）

A：実際の運用面では、現在の通所リハの基準を満たしていただく事となります。

【在宅 通所リハ】

Q：通所リハビリテーションについて、「脳血管等疾患リハビリテーション又は運動器疾患リハビリテーションを算定している病院・診療所については、介護保険の通所リハビリテーションを行なえるよう「みなし指定」を行なう。」とあるが、その場合の施設基準等は従来の通所リハビリテーションの基準をクリアしなければならないのか。

A：実際にサービスを提供するに当たっては、現在の通所リハの基準を満たしていただく事となります。

【在宅 通所リハ】

Q：当通所リハビリは定員 50 名です。

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師・准看護師・介護職員（以下「PT 等」という。）の配置割合は定められているのでしょうか。

A：通所リハの人員については、下記の通りです。

人員に関する基準

利用者が 10 人までは 1 人とし、10 人を超える場合は、常勤換算方法で 10：1 以上確保されていること。

そのうち、専ら指定通所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、常勤換算方法で、利用者が 100 人又はその端数を増すごとに 1 人以上確保されること。

（診療所の場合）そのうち、専ら指定通所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又は通所リハビリテーション若しくはこれに類するサービスに 1 年以上従事した経験を有する看護師が、常勤換算方法で、0.1 以上確保されていること。

【在宅 通所リハ】

Q：10：1基準の場合、PT等は50名÷10名=5名でいいのでしょうか。

A：上記の計算にあてはめると、「PT等」(PT・OT・ST・看護師・准看護師・介護職員)が5名。その内、PT、OT、STの人数が0.5名となります。

【在宅 訪問リハ】

Q：訪問リハビリテーションについて、1回あたりの算定となったが、1日当たりの1人の利用者の実施回数に上限はあるのか。また、技師の算定回数の上限の設定もあるのか。

A：1回あたり20分以上の指導を一週に6回を限度として算定できる。

【在宅 訪問介護】

Q：緊急時訪問介護加算について

算定要件にケアマネジャーが必要と認めた時とありますが、ケアマネとの連携方法によっては、緊急のサービス導入までに時間がかかる場合もあると考えられます。そこで、円滑にサービス提供をするために、ある程度ケアマネ・サービス提供事業者・利用者・家族と緊急時の取り決めをするなどの方法でも要件に当てはまるのでしょうか？

A：やむを得ない事由により、介護支援専門員と事前の連携が図れない場合に、指定訪問介護事業所により緊急に身体介護中心型の訪問介護が行われた場合であっても、事後に介護支援専門員によって、緊急に身体介護中心型の訪問介護を提供する必要があったと判断された場合には、加算の算定は可能である。

【在宅 訪問看護】

Q：訪問看護 7について、回数の縛りはなくなっていないのでしょうか？

A：「訪問看護計画において、理学療法士等の訪問が保健師又は看護師による訪問の回数を上回るような設定がなされることは適切ではない」という部分はなくなっています。従って、理学療法士等の訪問が訪問看護全体の2分の1以下でなくともよくなりました。

【在宅 訪問看護】

Q：訪問看護 複数名訪問看護加算について

算定要件に“同意を得る”とは契約書などの文書を交わすことなのか？同意を得た旨の記録を残すことなのか？

また、訪問理由に“身体的理由、暴力行為、著しい迷惑行為、それらに準ずると認められる場合”など、理由がやや曖昧ともとれる内容で、この程度の判断で構わないのか？具体的に示されるのでしょうか？

A：ケアプラン表などで同意を得ている証拠が必要。訪問理由は、記述の通りと解釈して下さい。

【在宅 居宅介護支援】

Q：退院・退所加算について

居宅介護支援において退院・退所時加算が新設されましたが、それに連動したような退院・退所側の情報提供についての加算はあるのでしょうか？退院前連携加算は、老健や介護療養にあります。いずれも現行通りで、30日を超える入院。入所者を対象となっています。居宅介護支援では、現行の初回加算（ ）の30日を超える...の部分で医療的な加算と初回受入れとしての加算とすみ分けをただけのように思います。30日以内の入院・入所でも、介護支援専門員は、施設職員との連携等が必要で施設職員への負担もあり、施設側のメリットはないように思います。30日以内の対象となる加算などが考えられているのか？30日以内 30日を超える...の根拠は何か？

30日以内の利用者の退院前連携加算についての議論がなされたのか？

また、情報提供の方法は具体的にどのような方法をとればよいのでしょうか？

A：介護療養型については慢性期の病床であり、30日以内の利用者に係る情報提供については算定できない。

【在宅 居宅療養】

Q：居宅療養管理指導について看護師の指導が評価されました。

算定要件に、通院が困難な在宅の利用者のうち、医師が看護職員による居宅療養管理指導が必要であると判断したものに対して...とあります。また定期的に通院や訪問診療または、訪問看護、訪問リハビリテーション又は施設系サービスを受けている場合は算定できないとなっています。これでは、不定期に来院された利用者限り、医師が判断した場合だけ看護師が居宅療養管理指導で訪問できると理解してしまうのですが？

A：要介護認定の際に主治医から提出される「主治医意見書」の医学的管理の必要性の「居宅療養管理指導」の項にチェックのある利用者又は看護職員の訪問による相談支援の必要があると記載された者のうち、サービス担当者会議において必要性が認められ、利用者又は家族の同意が得られた者を対象とするサービスです。

定期的に医療的居宅サービスを受けている利用者は、受けているサービスである程度、看護師等により何らかの療養管理指導を受けていると思われそうですが、それらのニーズからもれている利用者に対して看護師による居宅療養管理指導は必要と理解します。

【施設 共通】

Q：サービス提供加算（ ）（ ）（ ）にいう「総数」とは基準の員数＝最低必要人員数をいうのか。現実に雇用している人員数をさすのか。

A：特に記載はない

「介護療養型医療施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合」とあるので、必要人員数とは書かれていないので、現実に雇用している人員数をさします。

別に厚生労働大臣が定める基準の内容は以下のとおり。

1 サービス提供体制強化加算（ ）

当該指定介護療養型医療施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。

別の告示で定める利用定員・人員基準に適合していること。

2 サービス提供体制強化加算（ ）

当該指定介護療養型医療施設の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。

別の告示で定める利用定員・人員基準に適合していること。

3 サービス提供体制強化加算（ ）

当該指定介護療養型医療施設の指定介護療養施設サービスを入院患者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。

別の告示で定める利用定員・人員基準に適合していること。

【施設 共通】

Q：栄養管理体制加算について

当該加算は廃止されるのですか。

「栄養管理体制加算の算定実績を踏まえ、基本サービス費に包括した評価に見直す・・・」とある為、栄養士管理体制加算（12単位）は、基本サービス費に包括されます。

【施設 共通】

Q：口腔機能維持加算ですが、歯科医又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士...ということは、必ず歯科医師の関与がなければいけないということでしょうか？

当院が単独で歯科衛生士と契約を結ぶというわけにはいかないということでしょうか？

その場合、歯科医師と当院との間の必要な書類は何がありますか。

歯科医師に対する報酬はどのようになりますか？

A：「歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が」とあるので、必ず歯科医師の関与は必要でしょう。単独で歯科衛生士と契約を結んでも歯科医師の指示が明確になっていないのでだめだと思います。必要な書類としては、従来の協力医療機関契約書などに助言及び指導について明記すればよいのではないのでしょうか。無償か有償かは個々の事情によって異なるので交渉して下さい。

【施設 共通】

Q：口腔機能維持加算を算定するために歯科医師や歯科衛生士より口腔ケアマネジメントに係る助言と計画にはひな型があるのでしょうか。

A：「口腔ケアの技術的助言及び指導」とは、当該施設における入所者の口腔内状態の評価方法、適切な評価ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該施設において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、個々の入所者の口腔ケア計画をいうものではない。

「入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」には、以下の事項を記載すること。

- イ 当該施設において入所者の口腔ケアを推進するための課題
- ロ 当該施設における目標
- ハ 具体的方策
- ニ 留意事項
- ホ 当該施設と歯科医療機関との連携の状況
- ヘ 歯科医師の指示内容の要点（当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る）
- ト その他必要と思われる事項

【施設 共通】

Q：今回新設された介護福祉士の配置 50%以上に係る加算について、4月からの算定をする場合は3月の実績が必要でしょうか。

4月からの配置を予定しておりましたが、3月の1ヶ月間の実績が必要とのことを聞きました。

A：「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の平均を用いることとする。ただし、前年度の実績が六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。）については、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する。なお、介護福祉士については、その月の前月末時点で資格を取得している者としてすること。」とあります。

【施設 共通】

Q：今回の改定で介護職員中の介護福祉士の割合があげられておりますが、当院のように74床中12床が介護療養病床の場合の介護福祉士の割合の算出はどうすればよいでしょうか。当院では病院全体として医療療養を含めた介護職員は16名、内介護福祉士は4名です。この場合、全職員から算出するのでしょうか。それとも介護療養の介護職員数に換算し算出するのでしょうか。

A：介護療養病床の12床に従事している介護職員数が分母となります。

【施設 共通】

Q：専門性のキャリアに着目した評価科目

介護職員の総数は常勤換算人員か実人員によるのか、どちらになるのでしょうか。

パート職員(常勤換算0.5)が1名ととらえる実人より常勤換算人員の方がいいと思うのですが。

A：常勤換算方法に算出した前年度の平均となっています。

【施設 共通】

Q：介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価で、介護療養型施設の場合「3年以上勤続年数のある者が30%以上配置されていること。」とあるが、それは施設単位か。もしくは病棟単位で可能なのか。また、入浴パート等の介護に従事しているもの等も全体数に含めるのか。

A：勤続年数3年以上の要件中のサービスを利用者に直接提供する職員とは、介護療養型の場合、看護職員、介護職員、理学療法士又は作業療法士として勤務する職員をいうので、介護に従事している職員は含まれる。

A：サービス提供体制強化加算 「当該指定介護療養型医療施設の指定介護療養施設サービス入院患者に直接提供する職員の総数のうち、」と書いてあるので、介護療養型を算定している病棟全体である。

別に厚生労働大臣が定める基準の内容は以下のとおり。

1 サービス提供体制強化加算()

当該指定介護療養型医療施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。

別の告示で定める利用定員・人員基準に適合していること。

2 サービス提供体制強化加算()

当該指定介護療養型医療施設の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。

別の告示で定める利用定員・人員基準に適合していること。

3 サービス提供体制強化加算()

当該指定介護療養型医療施設の指定介護療養施設サービス入院患者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。

別の告示で定める利用定員・人員基準に適合していること。

【施設 共通】

Q：地域区分の見直しについて、20年の医療診療報酬改定では特別区、特甲地、甲地、乙地に複数隣接する場合はその点数を算定することが可能となったが、介護保険ではどうか。

A：従来の通りであり、診療報酬に関連しない。

【施設 共通】

Q：勤続年数 3 年以上の要件中の「利用者にサービスを提供する職員」とは看護・介護職員でいいのでしょうか。

A：介護老人福祉施設の場合は、生活相談員、介護職員、看護職員又は機能訓練指導員。介護老人保健施設の場合は、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士。介護療養型医療施設の場合は、看護職員、介護職員、理学療法士又は作業療法士として勤務を行う職員を指すものとするがあります。

【施設 リハ】

Q：例えば、PT が短期集中リハビリテーションで実施し、同期間内も同日に言語聴覚療法実施し、算定することは出来るのか

A：短期集中リハと言語聴覚療法は同時算定できない。

13 短期集中リハビリテーション（1日につき） 240 単位

注 指定介護療養型医療施設において、指定介護療養施設サービス（老人性認知症疾患療養病棟において行われるものを除く。）を受けている入院患者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、その入院した日から起算して3月以内の期間に集中的に理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を行った場合に、所定単位数を算定する。ただし、理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を算定する場合は、算定しない。

【施設 リハ】

Q：現行作成しているリハビリテーション実施計画書は、同様に今後も必要か。

A：リハマネ加算は、廃止された訳ではなく、本体に包括されたので、実施計画書は引き続き必要です。

【施設 リハ】

Q：短期集中リハビリテーションを算定するための条件、例えば3日/週以上の実施が必要等はあるのか。

A：一週につき概ね3日以上実施する場合をいう。

【施設 リハ】

Q：短期集中リハビリテーションを算定する場合、作業療法・言語聴覚療法の体制強化加算（35単位）は算定できないのか。

A：算定可能です。

【施設 リハ】

Q：リハビリテーション全般について、リハビリテーション計画を策定することなく、算定することは可能でしょうか。

A：本体に包括されたので算定はできますが、当然計画がなければリハは実施できないでしょう。

【施設 リハ】

Q：短期集中リハは医師の指示があれば、計画の策定や計画の家族の同意等に関係なく、算定出来るのか。

A：説明と同意は当然必要です。

【施設 リハ】

Q：リハビリの内容は、拘縮予防のROM訓練（維持期のリハビリ）でも対象になるのか。

A：個々の利用者のリハビリの目的にあてはまっていれば、対象となる。

【施設 リハ】

Q：認知症短期集中リハは、認知症型の介護療養型でも算定可能か。又、その施設基準の詳細を知りたい。

A：算定可能です。

【施設 リハ】

Q：リハビリテーションの体制強化加算について、作業療法と言語聴覚療法には従来通り35単位の加算がありますが、理学療法のみ見当たりません。理学療法のみ体制強化加算がなくなったのでしょうか。

A：介護療養型の体制強化加算は、PTのみなくなっています。

【施設 リハ】

Q：理学療法・作業療法・言語聴覚療法にて目的が異なる場合、短期集中リハビリテーションと認知症短期集中リハビリテーションの併用、同日算定はできるのか。

A：「短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合であっても、認知症短期集中リハビリテーションを実施した場合は認知症短期集中リハビリテーションを算定することができる。」

【施設 リハ 】

Q：当院の介護療養病床では、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件は満たしているのですが、短期集中リハビリテーション実施加算を算定するには具体的にどのような実務を行えば良いのでしょうか？

Q：短期集中リハビリテーションは、どういった場合に算定可能なのかについての質問。算定にはどういった形を取ればいいのか。

A：入所の日から起算して3月以内の期間に集中的にリハビリを行った場合に算定できる。ただし、理学療法（ ）（ ） 作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を算定する場合には、算定できない。

【施設 リハ 】

Q：認知症短期集中リハビリテーション加算に関して、HDSRで15点以下の者に対して、週3日を認知症リハとして、週3日を作業療法として取ることは可能なのでしょうか？

A：算定可能です。

【施設 老健 】

Q：リハビリテーションマネジメント加算（介護老人保健施設）について、本体報酬に包括化されるのはなぜですか？

A：調査によると老健の80%がリハマネ加算を算定しているので、現行25単位の80%の20単位分が本体に包括化されました。

【施設 老健 】

Q：老健施設の栄養ケアマネジメント加算について、栄養ケア計画作成時「歯科医師」の関与が加わっていますが、必ず関与することが求められるのでしょうか。

A：歯科医師も入ってよいということであり、必須ではありません。

【施設 老健】

Q：認知症ケア加算の算定は病棟単位か。施設単位か。

A：「当該施設における入院患者の総数のうち、」とあるので、介護療養型を算定している病棟全体である。

別に厚生労働大臣が定める基準の内容は以下のとおり。

1 認知症専門ケア加算（ ）

イ 当該施設における入院患者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（以下「対象者」という。）の占める割合が2分の1以上であること。

ロ 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。

ハ 当該施設において、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催していること。

2 認知症専門ケア加算（ ）

イ 1の基準のいずれにも適合すること。

ロ 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1の基準に加え1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。

ハ 当該施設における介護職員、看護職員毎の認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。

【施設 老健】

Q：認知症加算について、認知症日常生活自立度が 以上とあるが誰の判断ですか？主治医意見書での判断でいいのですか？

A：日常生活自立度の決定は、その判断時の医師によります。医師の判断がない時に限り、「主治医意見書」の記載を用いることとなっています「要介護認定等の実施について」（平成18年3月17日厚労省通知）。ただし、日常生活自立度を決定した以後に医師の診断を受けた場合は、最も新しい診断を用いるとあるので、入所する施設の医師の判断でも良いです。

【施設 老健】

Q：今回の改定より、栄養マネジメント加算、経口移行加算の基準に歯科医師が入っていますが、歯科医師がいない場合は加算がまったく算定できなくなるのでしょうか。それとも歯科医師以外の職種の者がケア計画を作成していればこれまで通り算定可能でしょうか。

A：歯科医師も入ってよいということであり、必須ではありません。

【施設 老健】

Q：当法人で運営されている老健施設は、2階50床（一般）、3階15床（痴呆専門）の計65床です。介護福祉士の50%基準は2・3階の合計で考えるのでしょうか。それとも分けてかんがえるのでしょうか。

上記介護福祉士の基準を入所と通所リハビリ片方しかとれない場合、どちらを取った方が得ですか。（通りハ1日平均34名）

A：施設全体の合計です。

A：入所の方ではないでしょうか。

【施設 老健】

Q：当法人で運営されている老健施設は2階50床（一般）、3階15床（痴呆専門）の計65床です。夜勤職員は、現在2階2名、3階1名です。

この加算を算定する場合、夜勤体制を2階2名 3名に増加、3階1名 1名現状維持するということによろしいでしょうか。

A：施設全体で夜勤職員配置加算の要件を満たしていれば良いので、問題ないです。

（65床÷20＝3.25＝4）

【施設 介護療養 リハ】

Q：短期集中リハビリテーションは理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を算定する場合は算定できないとなっていますが、理学療法や作業療法などの訓練を1日に2回以上行った場合は、それぞれの123単位を算定し、1日1回しか訓練をしなかった日は短期集中リハビリテーションの240単位を算定するという事によいのでしょうか。それとも、短期集中リハビリテーションか理学療法、作業療法等を選択し、訓練回数にかかわらず、どちらか一方しか算定できないということでしょうか。もしくは、以前のリハビリテーションマネジメントのように基準を満たしていれば、訓練している日、していない日にかかわらず、3ヶ月間は毎日算定できるのでしょうか。短期集中リハビリテーションを算定する場合、1日当たり240単位となってしまうため、1日に複数回の訓練を行えば行うほど損をする気がするのですが・・・。

A：ケアプランに計画として入れてそれに従って実施するという事になります。日によって施設の都合で有利な方を算定するという事は主旨に反します。

【施設 介護療養 リハ】

Q：集団コミュニケーション療法の施設基準の詳細を知りたい。

A：厚労省 別紙4 9ページに記載あり

1.1 集団コミュニケーション療法（1回につき）

別に厚生労働大臣が定める施設基準の内容は以下のとおり。

- イ 言語聴覚士が適切に配置されていること。
- ロ 利用者又は入院患者の数が言語聴覚士の数に対し適切なものであること。
- ハ 当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。
- ニ 当該療法を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。

平成21年度介護報酬改定の概要 参照

算定要件

次のいずれにも該当する場合

- 専任の常勤医師を配置していること。
- 常勤かつ専従の言語聴覚士を配置していること。
- 専用かつ8平方メートル以上の集団コミュニケーション療法室を確保していること。（言語聴覚療法を行う個別療法室との共用は可能）
- 必要な器械及び器具が具備されていること。

【施設 介護療養 リハ】

Q：摂食機能療法対応の場合、これを入院より3月以内に短期集中リハビリテーションにて算定しても4回/月の限度は変わらないのか。

A：短期集中リハビリテーションで算定する場合は、上限は特に書いていない。

【施設 介護療養 リハ 】

Q：集団コミュニケーション療法と各療法の併算定の可否について、1日の最大算定数として、集団3回、理学2単位、作業2単位は可能でしょうか。

A：今の時点では、特に記載はありませんが、理学、作業合わせての上限は、4単位/日、集団の上限は、3回/日です。

併算できないとは書いてないが、医療保険の場合は、集団3回が疾患別の1単位とみなされるようになっています。

11 集団コミュニケーション療法（1回につき） 50単位

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護事業所、指定介護療養型医療施設又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護（老人性認知症疾患療養病棟において行われるものを除く。）指定介護療養施設サービス（老人性認知症疾患療養病棟において行われるものを除く。）又は指定介護予防短期入所療養介護（老人性認知症疾患療養病棟において行われるものを除く。）を受けている利用者又は入院患者に対して、集団コミュニケーション療法を行った場合に、所定単位数を算定する。
- 2 集団コミュニケーション療法については、利用者又は入院患者1人につき1日3回に限り算定するものとする。

別に厚生労働大臣が定める施設基準の内容は以下のとおり。

- イ 言語聴覚士が適切に配置されていること。
- ロ 利用者又は入院患者の数が言語聴覚士の数に対し適切なものであること。
- ハ 当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。
- ニ 当該療法を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。

【施設 介護療養】

Q：夜間勤務等看護（ ）について

当院は療養病棟を 4 病棟有しておりますが、当該費用は各病棟単位での算定は可能でしょうか。4 病棟全て基準を満たした上で、全病棟での算定となるのでしょうか。

A：厚労省資料 「平成 21 年度介護報酬改定の概要」P31 参照
病棟単位です。

6 別に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を満たすものとして都道府県知事に届け出た指定介護療養型医療施設については、当該基準に掲げる区分に従い、1 日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

- イ 夜間勤務等看護（ ） 2 3 単位
- ロ 夜間勤務等看護（ ） 1 4 単位
- ハ 夜間勤務等看護（ ） 1 4 単位
- ニ 夜間勤務等看護（ ） 7 単位

別に厚生労働大臣が定める夜勤を行う勤務条件に関する基準の内容は以下のとおり。

1 夜間勤務等看護（ ）

a 療養病棟における夜勤を行う看護職員の数、当該療養病棟における指定短期入所療養介護の利用者の数及び入院患者の数の合計数が 15 又はその端数を増すごとに 1 以上であり、かつ、2 以上であること。

b 療養病棟における夜勤を行う看護職員の 1 人当たりの月平均夜勤時間数が 72 時間以下であること。

2 夜間勤務等看護（ ）

a 療養病棟における夜勤を行う看護職員の数、当該療養病棟における指定短期入所療養介護の利用者の数及び入院患者の数の合計数が 20 又はその端数を増すごとに 1 以上であり、かつ、2 以上であること。

b 療養病棟における夜勤を行う看護職員の 1 人当たりの月平均夜勤時間が 72 時間以下であること。

3 夜間勤務等看護（ ）

a 療養病棟における夜勤を行う看護職員又は介護職員の数、当該療養病棟における指定短期入所療養介護の利用者の数及び入院患者の数の合計数が 15 又はその端数を増すごとに 1 以上であり、かつ、2 以上であること。

b 療養病棟における夜勤を行う看護職員の数、当該療養病棟における夜勤を行う看護職員又は介護職員の 1 人当たりの月平均夜勤時間数が 72 時間以下であること。

c 療養病棟における夜勤を行う看護職員又は介護職員の 1 人当たりの月平均夜勤時間数が 72 時間以下であること。

4 夜間勤務等看護（ ）

a 療養病棟における夜勤を行う看護職員又は介護職員の数、当該療養病棟における指定短期入所療養介護の利用者の数及び入院患者の数の合計数が 20 又はその端数を増すごとに 1 以上であり、かつ、2 以上であること。

b 療養病棟における夜勤を行う看護職員の数、当該療養病棟における夜勤を行う看護職員又は介護職員の 1 人当たりの月平均夜勤時間数が 72 時間以下であること。

c 療養病棟における夜勤を行う看護職員又は介護職員の 1 人当たりの月平均夜勤時間数が 72 時間以下であること。

【施設 介護療養】

Q：本年4月より療養病棟を3病棟以上持つ病院においては、1病棟内での医療と介護の混在ができなくなる。本当にそうか。

A：指定介護療養型医療施設の指定の単位等については、例外的に、療養病棟を二病棟以下しか持たない病院であって、療養病棟（医療保険適用であるものに限る。）の病室のうち、当該病棟の病室数の二分の一を超えない数の病室を定め、当該病室について指定介護療養型医療施設の指定を受けようとするもの療養病棟を二病棟以下しか持たない病院（指定介護療養型医療施設であるものに限る。）であって、当該病院の療養病棟の病室のうち、当該病棟の病室数の二分の一を超えない数の病室を定め、当該病室に入院する者について療養の給付を行うために、指定介護療養型医療施設の指定を除外しようとするもの診療所

のいずれかについては、病室単位で指定を受け、又は除外することができるものとする（及びに係る指定の効力は、平成二十四年三月三十一日までの間に限る。）

とありますので、4月以降は、療養病棟を2病棟以下しか持たない病院もしくは診療所しか医療と介護の混在の例外規定は適用されません。

【施設 介護療養】

Q：重度療養管理について

重度療養管理が廃止されますが、平成18年の改定時の別紙4において平成21年3月末をもって重度療養管理加算を廃止する。ただし、短期入所療養介護の利用者は引き続き算定できるものとする。とありますが、この解釈をどのようにすればよいのでしょうか？

A：短期入所療養介護（ショートステイ）利用者については算定可能です。

【施設 介護療養】

Q：当院の介護療養型医療施設に入院した時点での短期集中リハビリテーション加算であれば、当院に医療療養型医療施設があり、そこからの転棟であっても算定は介護療養型医療施設に転棟した日で計算してもいいのか。

A：現在の通知で、「当該入院患者が過去3ヶ月の間に当該介護療養型医療施設に入院したことが無い場合に限り算定できる」となっているところです。なお、介護療養型医療施設に転床した日から算定可能です。

【施設 介護療養】

Q：当院の介護療養病床では、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件は満たしているのですが、短期集中リハビリテーション実施加算を算定するには具体的にどのような実務を行えば良いのでしょうか？

A：入院日から起算して3月以内に限り、在宅復帰に向けてのPT、OT、ST訓練であればよい。

【施設 介護療養】

Q：介護療養型老人保健施設の夜勤の看護体制の基準 41：1 について

現行の介護療養型医療施設においては、夜勤は 60 床に対し、看護職員 1 名で可となっている。

今回の改定で新規に示された介護老人保健施設の夜勤職員配置加算も特に介護職員の配置について 1 名で可のような算定要件となっている。

以上の 2 点について、介護療養型老人保健施設の 41：1 は合点がいきませんが、他施設より質問等届いていませんか？

A：特段ありません。なお、今回改定で新設された介護老人保健施設の夜勤職員配置加算については、40 以下であれば 20：1 の配置で 1 人を超えて配置、41 人以上であれば 20：1 の配置で 2 人を超えて配置となっています。

【施設 介護療養】

Q：集団コミュニケーション療法の評価は、算定要件に常勤かつ専従の言語聴覚士の配置が入っていますが、この際の言語聴覚士は他病棟も兼務した言語聴覚士では算定されないのでしょうか。

A：現行、医療保険では兼務できるので、問題ないと思います。

【施設 介護療養】

Q：集団コミュニケーション療法室は、別の病棟の階にあってもいいのでしょうか。

A：専用かつ 8 平方メートル以上の集団コミュニケーション療法室を確保していること。（言語聴覚療法を行う個別療法室との共用は可能）とありますので、それを満たしていれば問題ないでしょう。

【施設 介護療養】

Q：短期集中リハビリにおいて、入院時から起算とありますが、入退院や転棟を繰り返している患者様に対する制限はどうなっていますか。

介護病棟から医療病棟へまた介護病棟に戻る。

介護病棟から他の医療機関へ転院し、再度介護病棟に戻る。

A：現在の通知で、「当該入院患者が過去 3 ヶ月間に当該介護療養型医療施設に入院したことが無い場合に限り算定できる。」となっているところです。

【施設 介護療養】

Q：認知症短期集中リハと通常の OT とはどのような違いがあるのでしょうか？

A：入所 3 月以内の入所者に短期間に集中的に行うのが短期集中ですので、通常の作業療法とはそこが大きく違う点です。