

**介護老人保健施設及び介護療養型医療施設における
実地指導での指導事例について**

【介護老人保健施設等】

【人員基準等】

《事例① 兼務職員の勤務時間の管理》

介護老人保健施設と併設の通所リハビリテーション事業所の兼務をしている職員について、それぞれの事業所等における勤務時間が明確でない。

ポイント①

介護老人保健施設等と指定通所リハビリテーション事業所等を兼務している職員について、各施設等での勤務時間が明確になるよう勤務表を作成してください。
また、それぞれの事業所等において、人員基準や加算の算定要件を満たしていることを明らかにしておく必要があります。

(解説)

老健と通り八という複数の事業所等を兼務している職員について、各施設等の勤務時間が明確になるよう勤務表を作成し、それぞれの事業所等において、人員基準や加算の算定要件を満たしていることを明らかにしておく必要があります。介護保険制度における人員基準、特に兼務に関しては厳しく確認します。

《事例② ユニット型老健の勤務の管理》

ユニット型介護老人保健施設において、昼間について、2ユニット単位で勤務を管理しているため、ユニットごとに常時1人以上の介護又は看護職員を配置していることが明確でない。

ポイント②

ユニット毎の職員の配置が明確になるよう、ユニットごとに職員の勤務を管理する必要があります。

(解説)

ユニットごとに職員の配置が明確になるよう、ユニットごとに職員の勤務を管理する必要があります。つまり、2ユニットに2人配置するのではなく、ユニットごとに1人の配置とすることが必要です。

【運営基準等】

《事例① 機能訓練(介護老人保健施設)》

入所者1人について、週2回程度のリハビリテーションが実施されていない。

ポイント①

入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同して、入所者ごとのリハビリテーション実施計画を作成し、少なくとも週2回程度リハビリテーションを行う必要があります。

《参考》

週に2回以上のうちの1回については、20分間以上にわたり1対1の個別リハビリテーションを実施することを必須とし、それ以外の回については、リハビリテーション実施計画、入所者にとって有効である場合については、概ね10名以下を1か所に集めて、それぞれの者に対して個別的なリハビリテーションを行いつつ、全体として20分以上のリハビリテーション実施することも認められています。

【介護制度改革INFORMATION vol.114 H18.6.30 平成18年4月改定関係Q&A (vol.5) 問4 参照】

※上記は老健のリハビリテーションマネジメント加算に関するQ&A。平成21年度報酬改定で老健のリハビリテーションマネジメント加算は基本報酬に内包化。

(解説)

老健では入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、職員が共同して入所者ごとのリハビリテーション実施計画を作成し、少なくとも週に2回程度リハビリテーションを行う必要があります。

週に2回以上のうち、1回については、20分間以上にわたり1対1の個別リハビリテーションを実施することを必須とし、それ以外の回については、リハビリテーション実施計画、入所者にとって有効である場合については、概ね10名以下を1か所に集めて、それぞれの者に対して個別的なリハビリテーションを行いつつ、全体として20分以上のリハビリテーションを実施することも認められるという内容になっています。

なお、老健では算定している基本報酬により、週に3回の個別リハビリテーションが要件となる施設もありますので注意してください。

《事例② 施設サービス計画》

褥瘡を発症している入所者の施設サービス計画に褥瘡に関する記載がない。

ポイント②

介護保険施設には、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制整備が求められています。

褥瘡発症者に関して、各職種が共通認識を持ってサービス提供を行えるよう、施設サービス計画(第2表)で解決すべき課題に位置付け、目標、サービス内容等に記載し、各職種が共通認識を持ってサービス提供を行うことが重要です。

(解説)

介護保険施設には、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制整備が求められています。そのため、褥瘡発症者に関して、各職種が共通認識を持ってサービス提供を行えるよう、施設サービス計画で解決すべき課題に位置付け、目標、サービス内容等に記載し、各職種が共通認識を持ってサービス提供を行うことが重要です。つまり、情報共有が大切です。

《事例③ 事故への対応等》

- ア 事故防止検討委員会等において、再発防止策の検討が行われていない。
- イ 事故発生の防止のための研修が年に1回しか開催されていない。
- ウ 感染症の集団発生により保健所に報告は行ったが、県（介護高齢課）へ報告していない。

ポイント③

- ア 事故の集計だけでなく、事故分析を行い、再発防止策の検討が必要です。
- イ 定期的な研修を年に2回以上開催すると共に、新規採用時には必ず事故発生防止の研修を実施することが必要です。
- ウ 同一の感染症又は食中毒の患者が10名以上もしくは全利用者の半数以上発生した場合は、県介護高齢課へ報告が必要です。【参考：社会福祉施設等における事故等及び虐待の防止について（群馬県健康福祉部長 H25.9.13 通知）】

(解説)

事故の集計だけでなく、事故分析を行い、再発防止策の検討を行うこと、そして、定期的な研修を年に2回以上開催するとともに、新規採用時には必ず事故発生防止の研修を実施することが必要です。

また、同一の感染症又は食中毒の患者が10名以上若しくは全利用者の半数以上発生した場合は、県介護高齢課へ報告が必要となります。報告は速やかにしてください。

《事例④ 身体拘束（解除に向けた検討）》

身体拘束適正化検討委員会において、身体拘束の継続についての必要性と身体拘束の解除に向けた個別具体的な検討がなされていない。

ポイント④

身体的拘束をやむを得ず行う場合、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録することに加え、解除に向けた取り組みの検討が重要です。身体的拘束について、継続の必要性や解除に向けた個別具体的な検討を行い、その検討内容を記録してください。

(解説)

身体的拘束をやむを得ず行う場合、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記載することに加え、解除に向けた取組の検討が重要です。身体的拘束について、継続の必要性や解除に向けた個別具体的な検討を行い、どのような検討をしたのか、その検討内容を記録してください。

《事例⑤ 身体的拘束等の適正化（委員会）》

- ア 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催していない。
- イ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の結果について、介護職員その他の従業者に周知を図っていない。
- ウ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の議事録等を作成していない。

ポイント⑤

- ア 身体拘束を行っている入所者の有無にかかわらず、委員会を開催することが必要です。委員会の開催は、3月以上の期間を空けないよう計画的に開催することが重要です。3月以上の期間が空いている場合は減算（身体拘束廃止未実施減算）することとなります。
- イ 委員会のメンバーではない従業者に委員会の結果を周知徹底することが必要です。
- ウ 委員会の開催日時、その内容等の記録が必要です。
また、他の委員会等と一体的に設置・運営した場合には、本委員会の開催が明確になるよう記録してください。

（解説）

身体拘束を行っている入所者の有無にかかわらず、委員会を開催することが必要となります。委員会の開催は、3月以上の期間が空いている場合は、身体拘束廃止未実施減算となります。委員会開催後には、委員会のメンバーではない従業者に委員会の結果を周知徹底することも必要です。委員会の開催日時、その内容等の記録も重要です。記録の際に気をつけることは、別の委員会や研修と一体的に開催した際には、本委員会を開催したことが明確となるよう記録してください。例えば、事故に関する委員会と一体的に開催し、事故の委員会の記録しかない場合は、身体拘束等の適正化のための委員会を開催していることが不明確となってしまいます。

《事例⑥ 身体的拘束等の適正化（指針）》

身体的拘束等の適正化のための指針の項目について、基準省令の解釈通知「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について」（平成12年3月17日老企第44号）第4-10(4)で示す7項目を盛り込んでいない。

ポイント⑥

既存の指針があっても上記通知に基づいて、確認を行い、必要な項目を盛り込むことが必要です。

(解説)

身体的拘束等の適正化のための指針の項目について、基準省令の解釈通知「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について」(平成12年3月17日老企第44号)第4-10(4)で示す7項目を盛り込む必要があります。具体的には、

- ①施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方
- ②身体的拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項
- ③身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針
- ④施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針
- ⑤身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針
- ⑥入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- ⑦その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針

の7項目です。既存の指針の確認を行い、必要な項目を盛り込んでください。

《事例⑦ 身体的拘束等の適正化(研修)》

基準省令の解釈通知「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について」(平成12年3月17日老企第44号)第4-10(5)に基づく適切な研修が行われていない。(定期的な研修(年2回以上)及び新規採用時の研修)

ポイント⑦

適切に研修を行い、身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該介護老人保健施設における指針に基づき、適正化の徹底を行う必要があります。また、研修の実施内容、開催日時、場所、出席者等を記録することが必要です。

(解説)

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該介護老人保健施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育(年2回以上)を開催するとともに、新規採用時には必ず身体的拘束適正化の研修を実施することが重要です。また、研修の実施内容についても記録することが必要です。研修の実施は、施設内での研修で差し支えありません。

【介護給付費】

《事例① 認知症ケア加算》(認知症専門棟)

- ア 介護保健施設サービスを行う単位ごとの入所者数について、10人を標準としていない。
- イ 介護保健施設サービスの単位ごとに固定した介護職員又は看護職員の配置と

なっていない。

ポイント①

ア 認知症専門棟全体を一つの単位としてサービスを行うのではなく、サービスを行う1単位の入所者数は、10人を標準とすることが必要です。

イ 認知症専門棟の従業者の勤務体制を定めるに当たっては、いわゆる「馴染みの関係」が求められ、介護保健施設サービスの単位ごとに固定した介護職員又は看護職員の配置が必要です。

(解説)

認知症専門棟全体を一つの単位としてサービスを行うのではなく、サービスを行う1単位の入所者数は、10人を標準とすることが必要とされ、そして、認知症専門棟の従業者の勤務体制を定めるに当たっては、いわゆる「馴染みの関係」が求められ、介護保健施設サービスの単位ごとに固定した介護職員又は看護職員の配置が必要となりますので、算定している施設は注意してください。

《事例② ターミナルケア加算》

ターミナルケア計画に利用者又は家族が同意する前から加算を算定している。

ポイント②

ターミナルケア計画を作成し、入所者又はその家族等に対して説明し、その同意が得られた日が加算の起算日となります。

(解説)

この加算は老健施設が対象となります。入所者又はその家族等の同意を得て、入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること。また、入所者の状態及び家族等の求めに応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルが行われていることが必要です。説明日時、内容・同意等は必ず記録してください。

《事例③ 入所前後訪問指導加算》

入所予定者が退所後生活する居宅ではなく、入所予定者の親族宅を訪問し、加算を算定している。

ポイント③

入所予定者が退所後生活する居宅を訪問して、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定をすることが必要です。

(解説)

入所予定者が退所後生活する居宅ではなく、入所予定者の親族宅を訪問し、加算を算定しているという事例です。入所予定者が退所後生活する居宅を訪問して、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定をすることが必要です。入所前に居宅を訪問した場合は入所日に算定し、入所後に訪問した場合は訪問日に算定します。

《事例④ 経口移行加算》

- ア 経口移行計画に利用者又は家族が同意する前から加算を算定している。
- イ 経口からの食事の摂取が可能となり、経管による食事の摂取を終了した日を過ぎて、加算を算定している。

ポイント④

- ア 経口移行計画を作成し、入所者又はその家族等に対して説明し、その同意が得られた日が加算の起算日となります。
- イ 経口からの食事が可能となり経管栄養を終了した日までが算定期間です。経管栄養を終了した日を明確にし、加算の算定対象期間について、直接処遇職員と請求事務を担当する職員とで情報を共有することも必要です。

(解説)

経口移行計画を作成し、入所者又はその家族等に対して説明し、その同意が得られた日が加算の起算日となります。そして、経口からの食事が可能となり経管栄養を終了した日までが算定できる期間です。このため、経管栄養を終了した日を明確にし、加算の算定対象期間について、直接処遇職員と請求事務を担当する職員とで情報を共有すること、算定誤りを防ぐための情報共有が必要となります。

《事例⑤ 栄養マネジメント加算》

- ア 栄養ケア計画の同意日の前から算定している。
- イ 多職種共同で栄養ケア計画を作成していることが記録上、不明確である。
- ウ 栄養補給方法の変更があった入所者や褥瘡を発症した入所者の栄養ケア計画が速やかに変更されていない。
- エ 入所者全員に対する栄養スクリーニングと栄養アセスメントが行われていなかったが、栄養ケア計画に同意を得られた者のみ加算を算定している。
- オ 栄養ケア計画について、3月に1度見直しを行い、当該栄養ケア計画の内容について利用者又は家族に説明し同意を得ていない。

ポイント⑤

- ア 栄養ケア計画を作成し、入所者又はその家族に対して説明し、同意を得られた日から算定の開始となります。

イ 栄養ケア計画を作成する場合には、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成したことがわかるよう、記録を整備することが必要です。

ウ 栄養補給方法の変更の必要性がある場合や褥瘡を発症した入所者については、直ちに栄養ケア計画を変更することが必要です。

エ 原則として入所者全員に対して栄養ケア・マネジメントを実施しなければなりません。入所者全員について入所者ごとに栄養スクリーニング、栄養アセスメントを実施し、サービス担当者会議などの一連の手順を経て栄養ケア計画を作成し、同意を得ることが必要です。

オ 栄養ケア計画は概ね3月に1度見直しを行う必要があります。

また栄養ケア計画の作成及び見直しに当たっては、入所者又は家族の同意を得る必要がありますが、計画内容に変更がない場合には、同意の署名は必須ではありません。

(解説)

栄養ケア計画を作成し、入所者又はその家族に対して説明し、同意を得られた日から算定の開始となります。そして、栄養ケア計画の作成においては、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成したことがわかるよう、記録を整備することが必要となります。さらに、栄養補給方法の変更の必要がある場合、例えば経口摂取から経管栄養に変更になる場合などは、直ちに栄養ケア計画を変更することが必要です。原則として入所者全員に対して栄養ケア・マネジメントを実施しなければなりません。入所者全員について入所者ごとに栄養スクリーニング、栄養アセスメントを実施し、サービス担当者会議などの一連の手順を経て栄養ケア計画を作成し、同意を得ることが必要です。つまり、全入所者を対象に施設の職員の方々が協力して取り組まないと算定が開始できない加算となりますので、算定をいったん中断している施設やこれから加算を算定する施設は、特に注意してください。栄養ケア計画は概ね3月に1度見直しを行う必要がありますが、栄養ケア計画の作成及び見直しに当たっては、入所者又は家族の同意を得る必要があります。ただし、計画内容に全く変更がない場合には、全く変更がない計画に同意の署名までは必須ではありません。同意を得たことがわかるように経過記録等に記載することでも構いません。

《事例⑥ 低栄養リスク改善加算》

ア 医師の指示がない入所者に対し加算を算定している。

イ 管理栄養士が対象となる入所者に対し食事の観察を週5日以上行っている記録がない。

ポイント⑥

ア 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が対象です。

イ 管理栄養士が食事の観察を行っている記録が必要です。

食事の観察については、管理栄養士が1日1回、週5日以上実施することが

原則です。病欠等のやむをえない事情により管理栄養士が食事の観察が実施できない場合は、介護職員等の他職種が実施することも差し支えありませんが、観察した結果については、管理栄養士に報告することが必要です。

(平成30年度 報酬改定Q&AVol.1 問81)

(解説)

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が対象です。誰が必要かを判断したかを明確にしてください。また、アンダーラインを引いた、施設入所時ということも重要です。

食事の観察については、管理栄養士が1日1回、週5日以上実施することが原則ですが、やむを得ない事情により管理栄養士が食事の観察を実施できない場合は、介護職員等の他職種が実施することも差し支えありません。その際には、観察結果を管理栄養士に報告することが必要です。引き続き加算を算定する場合は、医師や歯科医師の指示を、おおむね2週間ごとに受けてください。

《事例⑦ 褥瘡マネジメント加算》

ア 入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて施設入所時に評価せず、褥瘡発症者のみ加算を算定している。

イ 褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者に関して褥瘡ケア計画が作成されていない。

ポイント⑦

ア 全入所者に対して褥瘡が発生するリスク評価を行わなければなりません。

また、リスクの評価は、国の所定の様式に定める項目について実施する必要があります。

イ リスク評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者全員に褥瘡ケア計画の作成が必要です。

(解説)

全入所者に対して褥瘡が発生するリスク評価を行います。また、リスク評価は、国の指定の様式に定める項目について実施する必要があります。独自の様式を使用する場合は、所定項目に漏れないようにしてください。

リスク評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者全員に褥瘡ケア計画の作成が必要です。発症している人のみに計画作成すればよいということではありませんので、注意してください。

《事例⑧ 排せつ支援加算》

- ・排せつに介護を要すると評価されていない入所者について加算を算定している。
- ・適切な支援を行うことにより要介護状態の軽減が見込まれることに関して記録

なく算定している。

- ・適切な支援を行うことにより要介護状態の軽減が見込まれていない入所者に算定している。

ポイント⑧

「排せつに介護を要する入所者」であって、「適切な対応を行うことにより要介護状態の軽減が見込まれる」と医師又は医師と連携した看護師が判断した者が加算の対象です。

「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト2009改訂版（平成27年4月改訂）」の方法を用いて、排尿または排便の状態が「一部介助」又は「全介助」と評価される者です。

また、「適切な対応を行うことにより要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、排尿又は排便にかかる状態の評価が不変又は悪化することが見込まれるが、特別な対応を行った場合には、評価が6月以内に「全介助」から「一部介助」以上、又は「一部介助」から「見守り等」以上に改善すると見込まれることをいいます。

(解説)

加算の要件で重要なことは、「排せつに介護を要する入所者」であって、「適切な対応を行うことにより要介護状態の軽減が見込まれる」と医師又は医師と連携した看護師が判断した者が対象であるということです。

以下に言葉の定義を記載していますが、まず、「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト2009改訂版」の方法を用いて、排尿又は排便の状態が「一部介助」又は「全介助」と評価される者です。つまり、一部介助と全介助以外の「自立」と評価される方は対象ではありません。そして、「適切な対応を行うことにより要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、排尿又は排便にかかる状態の評価が不変又は悪化することが見込まれるが、特別な対応を行った場合には、評価が6月以内に「全介助」から「一部介助」以上、又は「一部介助」から「見守り等」以上に改善すると見込まれることをいいます。つまり、改善が見込まれるということがポイントです。例えば、「一部介助」の方に対して、特別な支援を行って「一部介助」を維持するといった結果が見込まれる場合は、算定対象となりません。

《事例⑨ 介護療養型医療施設【介護医療院】の他科受診》

介護療養型医療施設【介護医療院】に入院【入所】中の患者が他医療機関を受診したとき、他科受診時費用を算定したが、同時に算定できないサービス提供体制強化加算等も算定している。

ポイント⑨

入院患者【入所者】が他医療機関を受診したときは、診療が行われた日に係る介護療養施設サービス費【介護医療院サービス費】は、1月に4日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定します。当該所定単位数を算定

した日においては、特定診療費〔特別診療費〕に限り別途算定できます。

また、栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算、療養食加算は算定できますが、その他の加算は算定できません。

(解説)

介護療養型医療施設〔介護医療院〕に入院〔入所〕中の患者が他医療機関を受診したとき、他科受診時費用を算定する場合、同時に算定できない加算がありますので注意してください。特定診療費〔特別診療費〕に限り別途算定できます。また、「栄養マネジメント加算」、「経口移行加算」、「経口維持加算」及び「療養食加算」は算定できます(緑本 p249) が、その他の加算は算定できませんので、注意してください。

【通所リハビリテーション】

【人員基準】

《事例① リハビリスタッフの人員欠如》

通所リハビリテーションの営業日において、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が不在の日があった。

ポイント①

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、リハビリテーションを提供する時間帯に、常に確保されるよう配置する必要があります。

利用者が100又はその端数を増すごとに1以上の配置が必要です。

(解説)

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、リハビリテーションを提供する時間帯に、常に確保されるよう配置する必要があります。利用者が100又はその端数を増すごとに1以上の配置が必要です。なお、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リハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算することができます。

【運営基準等】

《事例① 通所リハビリテーション計画》

通所リハビリテーション事業所が、通所リハビリテーション計画を作成した際、利用回数、曜日、利用時間が居宅サービス計画に沿っていない。

ポイント①

通所リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければなりません。

(解説)

通所リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、居宅サービス計画の内容に沿

って作成する必要があります。なお、通所リハビリテーション計画を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該通所リハビリテーション計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更してください。

【介護給付費】

《事例① 計画外の時間での請求》

指定通所リハビリテーション費は、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計画を行うのに要する標準的な時間で所定単位数を算定しなければならないところ、現に要した時間で算定している。

ポイント①

所要時間による区分については、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ための標準的な時間によることとされています。単に当日のサービス進行状況や家族の迎えの都合で、利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、指定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ものであり、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所定単位数を算定します。

(解説)

所要時間による区分については、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ための標準的な時間によることとされています。単に当日のサービス進行状況や家族の迎えの都合で、利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、指定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ものであり、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指定単位数を算定します。例えば、5時間以上6時間未満の計画であった利用者が、6時間10分事業所に滞在した場合、6時間以上7時間未満の算定はできないということになります。

《事例② 理学療法士等体制強化加算》

常勤専従の理学療法士等を2名以上配置する必要があるところ、非常勤の職員のみが配置されている日があった。

ポイント②

常勤とは、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います。

理学療法士等が老健と通所リハビリテーション事業所の兼務をしている場合には、通所リハビリテーション事業所の非常勤職員となります。

(解説)

常勤とは、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に達していることをいいます。理学療法士等が老健と通所リハビリテーション事業所の兼務をしている場合には、通所リハビリテーション事業所の非常勤職員となります。法人としては常勤で雇用していても、事業所としては非常勤となりますので、注意してください。

《事例③ リハビリテーション提供体制加算》

理学療法士等が老健と通所リハビリテーション事業所を兼務し、通所リハビリテーション事業所での日々の勤務時間帯が明確でない。

ポイント③

常時、通所リハビリテーション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以上であることを勤務表やタイムカード等により記録してください。

(解説)

この加算は平成30年度に新設された加算です。この加算は、常時、通所リハビリテーション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以上であることが要件ですので、勤務表やタイムカード等により記録すること、特に老健と通りハを兼務している職員の場合は、何時から何時まで通所リハビリテーション事業所に勤務していたかが、分かるよう記録することがポイントになります。

《事例④ 重度療養管理加算》

通所リハビリテーションの利用者に対して計画的な医学的管理を行った内容等を診療録等に記録していない。

ポイント④

要介護3、要介護4又は要介護5に該当する者であって、厚生労働大臣の定める状態（利用者等告示）にある利用者に対して、計画的な医学的管理を継続的に行い指定通所リハビリテーションを行った場合に算定する加算です。

算定に当たっては、利用者等告示の状態に該当している利用者に対して行った医学的管理の内容等を診療録等に記録しておくことが必要です。

(解説)

要介護3、4、5に該当する者であって、厚生労働大臣の定める状態、これは、利用者等告示で決まっていますが、この状態にある利用者に対して、計画的な医学的管理を継続的に行い指定通所リハビリテーションを行った場合に算定する加算です。算定に当たっては、利用者等告示の状態に該当している利用者に対して行った医学的

管理の内容を診療録等に記録しておく必要があります。つまり、該当の利用者を受け入れることで算定できる加算ではなく、該当の利用者に対して医学的管理を行っていることがポイントとなります。

《事例⑤ 送迎減算》

通所リハビリテーション事業所が送迎を行わず、家族が往復の送迎をした際に、片道分のみ減算して請求していた。

ポイント⑤

事業所が送迎を行わなかった際には、片道単位での減算となります。
往復共に送迎を行わなかった際には、往復分(2回分)の減算となります。

(解説)

事業所が送迎を行わなかった際には、片道単位での減算となりますので、往復共に送迎を行わなかった際には、2回分の減算となります。送迎の有無の確認は送迎記録で行います。つまり、送迎記録の記載が重要です。利用者名や配車ごとの到着時刻と出発時刻等の記録を残してください。

(参考) 短期入所生活介護事業所での例

利用者に対して送迎を行う場合 (送迎加算)

病院から短期入所生活介護事業所への送迎を行った際に、加算を算定していた。

ポイント

利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、その居宅と指定短期入所生活介護事業所との間の送迎を行う場合は、片道につき184単位の加算が算定できます。

短期入所療養介護事業所も同様です。

(解説)

ポイントのアンダーラインの箇所にあるように、居宅と指定短期入所生活介護事業所との間の送迎を行う場合に算定できる加算なので、注意してください。