

# 公益社団法人全国老人保健施設協会 認知症関連研修等について

公益社団法人全国老人保健施設協会

副会長 三根浩一郎

## 1. 研修事業

### (1)職員基礎研修事業

老健施設の理念を中心に、職員として必須の基礎的知識の修得を目的とし、実務経験 2 年未満の老健施設職員等を対象とした各職種合同の研修会。

- 認知症関連講義：認知症高齢者の理解とケア（60 分）

### (2)実地研修事業

研修の目的：認知症について特徴ある取り組みを行っている老人保健施設で、専門実技を修得する研修会。

- 全国で 9 施設が実施
- 定員数：合計 111 名

### (3)中堅職員研修事業

老健施設における中堅クラスの職員としてのスキルアップを目的に、実務経験 5 年程度の老健施設職員等を対象とした講義形式とグループワーク形式の研修会。

- 認知症関連講義及びグループワーク（180 分）
  - ・ 認知症高齢者の理解とケア
  - ・ BPSD の理解と対応

### (4)医師研修事業

老健施設における医師の役割や医療の実際等について理解を深めることを目的に、老健施設の医師を対象とした研修会。

- 認知症関連講義：老健施設の医師としての認知症高齢者へのアプローチ（60 分）

### (5)認知症ケア研修事業

平成 18 年 4 月に創設された「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」の算定要件となる「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」を老健施設の医師を対象として実施する研修会。

- 今後の認知症施策の方向性について（60 分）
- 認知症の診断と非薬物性治療について（90 分）
- 認知症の理解とケア（90 分）

- 事例研究「認知症短期集中リハビリテーションのアセスメントとプログラム」（140分）

※「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」とは  
精神科医師若しくは神経内科医師以外の医師は、当該リハビリテーション実施加算を算定するにあたり「認知症に対するリハビリテーションに関する研修」において、認知症の概念、認知症の診断及び記憶の訓練、日常生活活動の訓練等の効果的なリハビリテーションのプログラム等についての研修会を修了することが必要となる。

(6)全国大会研修事業【認知症】

毎年1回開催される、全国大会において各種研修会を開催し、老健施設における認知症に関する知識を習得する研修会。

- 認知症高齢者の理解とケア（70分）
- BPSDの理解と対応（70分）
- 老健入所者への認知症リハビリテーション～チームとしての取組～（50分）
- 在宅復帰・在宅療養支援のための具体的取組（50分）

2. 啓発事業

- (1) DVD 「認知症短期集中リハビリテーション 実践ガイド」
- (2) ガイドブック「認知症認知症短期集中リハビリテーションプログラムガイド」
- (3) パンフレット「認知症認知症短期集中リハビリテーション実施加算 要点解説」

3. 調査研究事業（厚生労働省 老人保健健康増進等事業）

平成18年度	認知症短期集中リハビリテーションの実態と効果に関する研究事業
平成19年度	認知症短期集中リハビリテーションの実践と効果に関する検証・研究事業
平成20年度	認知症高齢者の状態像に応じた認知症短期集中リハビリテーションの効果的な実施に関する研究事業
平成21年度	認知症高齢者における維持期のリハビリテーションの効果的かつ適切な提供方法に関する研究事業
平成22年度	認知症短期集中リハビリテーション提供後の継続的な認知リハビリテーションの効果に関する調査研究事業
平成23年度	軽度の認知症予防のためのリハビリテーションの提供方法に関する調査研究事業
平成24年度	通所リハビリテーションにおける認知症短期集中リハビリテーションの有用性に関する調査研究事業

以上

平成 24 年度 職員基礎研修会・中堅職員研修会カリキュラム

定員 150 名

第 1 日目

職員基礎研修会			中堅職員研修会		
時間	研修テーマ	講師	時間	研修テーマ	講師
			9:00	受付	
			9:40	オリエンテーション	
			9:45	開講式	
			9:50	介護保険制度と老人保健施設 ～これからの老健が目指すもの～	常務理事 江澤 和彦
10:00	受付		10:50		
10:50	オリエンテーション			休 憩	
10:55	開講式			休 憩	
11:00	介護老人保健施設の理念と 役割～老健職員のアイデン ティティ確立のために～（介 護保険制度・地域包括ケア含む）	会長 山田 和彦	11:00	リスクマネジメントについて	安全推進部会 部会長 山野 雅弘
12:00			12:00		
	昼食・休憩			昼食・休憩	
13:00	介護・医療のゴール「尊厳の 保障」を目指して！	常務理事 江澤 和彦	13:00	最良のホスピタリティを求めて ～コーチングについて～	コーチング・ジョイ プロフェッショナルコーチ 宮崎 ひろみ
14:00			14:00		
	休 憩			休 憩	
14:10	チームケアについて～めざ せケアのプロフェッショナル～	研修推進部会 部会員 山田 剛	14:10	摂食嚥下障害への現場での対 応～誤嚥性肺炎・窒息をいかに 防ぐか～	常務理事 本間 達也
15:10			15:10	～報酬改定に伴う現場での口 腔機能・経口移行・維持関係加 算等の推進について～	
	休 憩			休 憩	
15:20	楽しみの伝え方 ～笑顔を生むコツ、雰囲気作 り～	落語家 桂 米紫	15:20	リハビリテーション～在宅復帰・在 宅生活を支えるリハビリテーショ ンのあり方～	理事 リハビリテーション部会 部会長 土井 勝幸
16:20			16:20		
	休 憩			休 憩	
16:30	老健での夢を語ろう ～自分の未来を創造しよう～	進行： 研修委員 大河内 二郎	16:30	ケアマネジメント ～老健に求められる多職種 協働～	介護老人保健施設若宮苑 副施設長 安藤 繁
17:30			17:30		

第 2 日目

時間	研修テーマ	講師	時間	研修テーマ	講師
9:00	介護老人保健施設における リハビリテーションの考え 方と実践	理事 リハビリテーション部会 部会長 土井 勝幸	9:00	グループワークの進行役等 の設定  講義及びグループワーク  ①認知症高齢者の理解とケア 症例検討を通して ②BPSD の理解と対応	講師：  ①常務理事、学術委員会 委員長 稲庭 千弥子  ②認知症部会 部会員 高橋 明  ③介護老人保健施設ベルルト 主任 浦 慶子  ④常務理事、研修委員会 委員長 三根 浩一郎
10:00			10:10		
	11:10				
10:10	介護老人保健施設における ケアマネジメント	研修推進部会 部会員 折茂 賢一郎			
11:20	認知症高齢者の理解とケア	常務理事 研修委員会 委員長 三根 浩一郎	12:10		
12:20				昼食・休憩	
	昼食・休憩			昼食・休憩	
13:10	高齢者介護における食事サ ービスのあり方	介護老人保健施設ホスピア 三軒茶屋 管理栄養士 宮澤 裕子	13:00	講義及びグループワーク ③在宅復帰を目指した取り 組み ④チームで取り組むリスク 管理	
14:10					
	休 憩			休 憩	
14:20	介護老人保健施設の在宅復 帰・在宅支援 ～在宅復帰に 向けて～	介護老人保健施設ベルルト 主任 浦 慶子			
15:20			15:30		
15:20	閉講式		15:30	閉講式	

# 平成 24 年度 医師研修会カリキュラム

定員:150 人

## 1 日目

時間	研修テーマ	講師
12:00	受付	
12:50	オリエンテーション	
12:55	開講式	全国老人保健施設協会 会長 木川田 典彌
13:00 13:30	2025 年のあるべき老健の姿	全国老人保健施設協会 副会長 高椋 清
13:30 15:00	老健施設の医師として理解しておくべき老年医学	東京大学医学部附属病院 老年病科 准教授 秋下 雅弘
	休憩	
15:10 16:10	老健施設の医師としての認知症高齢者へのアプローチ	全国老人保健施設協会 副会長 三根 浩一郎
	休憩	
16:20 17:20	多職種協働でのリハビリの指示の出し方	介護老人保健施設グレイスガーデン 施設長 小林 恒三郎
	休憩	
17:30 18:30	高齢者の意思決定プロセスガイドライン	筑波大学大学院 人間総合科学研究科 教授 飯島 節
18:50	意見交換会(全員参加)	

## 2 日目

時間	研修テーマ	講師
9:00 10:00	肺炎・尿路感染症等への施設内での対応 ー所定疾患施設療養費算定を想定してー	筑波大学附属病院 ひたちなか社会連携教育研究センター 内科(呼吸器内科)教授 寺本 信嗣
	休憩	
10:10 12:10	グループワーク テーマ: 1. 在宅復帰率や回転率を高めるにはどうしたらいいか 2. 高齢者の看取りガイドラインを施設でどのように運用するのか 3. 医師がリハビリテーションにどのように関わるか 4. 肺炎・尿路感染症の施設内マネジメントの工夫	進行:日本医科大学法人 顧問 NPO 法人卒後臨床研修評価機構 専務理事 岩崎 榮 補佐: 全国老人保健施設協会 副会長 高椋 清 介護老人保健施設竜間之郷 施設長 大河内 二郎
	昼食休憩	
13:10 15:00	グループワーク 発表と討論(続き)	介護老人保健施設ハートランド・ぐらんぱぐらんま 理事長 平川 博之 介護老人保健施設生愛会ナーシングケアセンター 理事長 本間 達也
15:00	閉講式	

# 介護老人保健施設 平成 24 年度 認知症ケア研修会 ～ 認知症短期集中リハビリテーション研修(医師対象)～ カリキュラム

参加者定員 150 人

時 間	テーマ	講 師
9:00	受付	
9:40	オリエンテーション	全国老人保健施設協会
9:45	開講式	全国老人保健施設協会
9:50 10:50	今後の認知症施策の方向性について	厚生労働省 老健局 認知症・虐待防止対策推進室 認知症対策専門官 堀部 賢太郎
休 憩		
11:00 12:30	認知症の診断と非薬物性治療について	独立行政法人 国立長寿医療研究センター もの忘れ外来部長 櫻井 孝
昼食休憩		
13:30 15:00	認知症の理解とケア	全国老人保健施設協会 副会長 三根 浩一郎
休 憩		
15:10 17:30	事例研究 「認知症短期集中リハビリテーションの アセスメントとプログラム」	座長: 全国老人保健施設協会 副会長 三根浩一郎  演者: ① 老人保健施設恵仁荘 理学療法士 谷川 敦弘  ② 介護老人保健施設べあれんと 作業療法士 宮内 順子  ③ 介護老人保健施設鴻池荘 作業療法士 金澤 江吏子
17:30	閉講式	全国老人保健施設協会

**「第 23 回全国介護老人保健施設大会 美ら沖縄」研修会**  
**【認知症】カリキュラム**

定員 125 名

時 間	内 容	講 師
12:00	受付	
12:50	オリエンテーション	
12:55	開講式	全国老人保健施設協会 副会長
13:00	認知症高齢者の理解とケア	老人保健施設愛と結の街 施設長 黒野 明日嗣
14:10		
休 憩		
14:20	BPSD の理解と対応	介護老人保健施設みあ・かーさ 理事長 高橋 明
15:30		
休 憩		
15:40	老健入所者への認知症リハビリテーション ～チームとしての取り組み～	介護老人保健施設せんだんの丘 リハビリテーション課 課長 作業療法士 小野 咲子
16:30		
休 憩		
16:40	在宅復帰・在宅療養支援のための具体的取り組み	老人保健施設恵仁荘 事務長 理学療法士 谷川 敦弘
17:30		
17:30	【ディスカッション】	上記講師による
18:00	※壇上及びフロア等とのディスカッション	
18:00	閉講式	全国老人保健施設協会



「認知症短期集中リハビリテーション」で使えるプログラムを5種類収録

このDVD1枚で、プログラムの組み立て方や実施方法がわかる!

# 認知症短期集中リハビリテーション

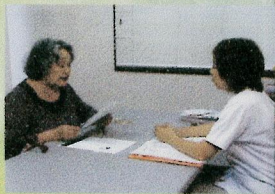
## 実践ガイド



個人回想法



音楽療法



認知機能訓練療法



パソコン回想法



作業療法



運動療法

「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」算定において鍵となる、プログラムの内容と実施方法、実践に当たっての注意事項などを映像でわかりやすく紹介。プログラムの紹介はそれぞれの療法をすでに実践している老健施設関係者や専門家が担当しているので、これから実践を行おうと考えている人、よりレベルアップを図りたいと考えている人に最適。鳥羽教授による講義「認知症について」も収録し、これ1枚で「認知症短期集中リハビリテーション」に関する基礎知識と実践方法が理解できる。

- 【講義】 認知症について(16分)\*1  
 【プログラム】 1) 個人回想法(7分)\*2  
                   パソコン回想法(7分)\*3  
 2) 運動療法(8分)\*4  
 3) 作業療法(8分)\*5  
 4) 認知機能訓練療法(10分)\*6  
 5) 音楽療法(9分)\*7

総収録時間1時間6分

〔撮影にご協力いただいた方と施設〕

- \*1 鳥羽研二：杏林大学医学部高齢医学教授
- \*2 田中克明：杏林大学医学部付属病院もの忘れセンター
- \*3 遠藤英俊：国立長寿医療センター病院高齢者総合診療科包括診療部長
- \*4.5 浜達哉・岡恵美・枝廣美世：介護老人保健施設まほろばの郷(山田思鶴理事長)
- \*6 平井基陽・金澤江吏子：介護老人保健施設鴻池荘
- \*7 金山由美子：音楽療法士

撮影協力：介護老人保健施設かりや

総監修 鳥羽研二(杏林大学医学部高齢医学教授)  
 企画・編集 社団法人全国老人保健施設協会  
 制作・発行 株式会社厚生科学研究所  
 制作協力 日本映像科学研究所

発行 株式会社厚生科学研究所  
 東京都港区北青山3-8-3(〒107-0061)  
 Tel: 03-3400-6070 Fax: 03-3400-6017  
 E-mail: data@kouseikagaku.com  
 URL: <http://www.kouseikagaku.com>  
 定価2,625円(本体2,500円)

コピーガード処理により複製不能	
片面・一層	STEREO
COLOR MREG-2	DOLBY DIGITAL
レンタル禁止	4:3 スタンダード

※このディスクを権利者に無断で、複製(異なるテレビジョン方式を含む)、放送(無線、有線)、レンタルなどに使用することは法律で禁止されています。



# 認知症短期集中 リハビリテーション プログラムガイド



監修 ● 鳥羽研二  
編集 ● 社団法人全国老人保健施設協会



リベルタス・クレオ



要点解説

# 認知症短期集中 リハビリテーション 実施加算

—改定内容の解説と実施の要点—

# 「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」の内容が一部改定されました！

平成18年度介護報酬改定で創設された「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」の算定要件等が、平成21年度改定で一部変更されました。

主たる変更点は、以下の3点です。

- 1 対象者の利用するサービスが、「老人保健施設入所者のみ」から、「老人保健施設の入所者と通所リハビリテーションの利用者」に拡大したこと
- 2 対象となる利用者のMMSEまたはHDS-Rの点数が「おおむね15点～25点に相当する者」から、「おおむね5点～25点に相当する者」に拡大したこと
- 3 算定単位が、60単位から240単位に大幅アップしたこと

今回の改定内容は、老人保健施設にとって好ましいものと言えるでしょう。しかし、私たち老人保健施設はこのことをただ喜ぶのではなく、今回の改定の根拠となったのが、「リハビリテーション専門職が利用者と1対1で、20分間、効果の見込まれるプログラムを実施する」という算定要件を、60単位（600円）という評価で実施してきた全老健会員施設と、さらに、加算算定できない対象者に対しても同様のプログラムを実施した全老健会員施設における実証データであるということを肝に銘じなければなりません。

これら先行施設での実証データが厚生労働省を動かしたことは、私たちの誇りとすべきことです。しかし、一方でこのことは逆もまた真であ

るかもしれません。そもそも、「高い評価を得つづける」には、「十分な効果を提供しつづける」必要があります。評価（点数や単位数）が上がっても、そのサービスをただ漫然と提供するのでは適正な効果を上げることができません。かつて私たちは、診療報酬や介護報酬の評価が上がったことで多くの事業者が参入したものの、そのなかのいくつかの不誠実な事業者の出現によって、その後の報酬改定で大きく評価を下げられたサービスがあったことを経験しています。「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」がそうならない保証はありません。

つまり、「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」の真価は、これから問われるのです。

# 「認知症短期集中リハビリテーション」 の効果

## 「認知症短期集中リハビリテーション」の効果

今回、「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」の単位数が大幅に上がり、より広い範囲の対象者、より多くのサービス利用者に提供できるようになったのは、その効果が実証されたからである。

すなわち、全老健が実施した「認知症短期集中リハビリテーション」の効果に関する調査研究（平成18年より現在も継続。研究班長は鳥羽研二杏林大学医学部教授）において一定以上の成績を得たことが、今回の改定につながったのである。

### 平成19年度研究報告の内容（抜粋）

1. 開始時の状態像等は、対象者（205名）・対照群（65名）の両群間で差はなかった。
2. 臨床的認知症重症度（NMスケール）は、リハビリテーション群で有意に（ $p < 0.0001$ ）改善した。下位項目では、記憶力、関心・意欲、交流、見当識が改善した。
3. 認知機能（HDS-R）は、リハビリテーション群で有意に（ $p = 0.001$ ）改善した。
4. 周辺症状（DBD）は、リハビリテーション群で有意に（ $p = 0.0064$ ）改善した。  
⇒下位項目では、出現頻度の高い「同じ話を繰り返す」、「ものをなくす」、「無関心」、「昼間寝てばかりいる」といった症状と、「暴言」などの陽性症状にも改善がみられた。
5. 意欲（Vitality Index）は、リハビリテーション群で有意に（ $p = 0.0004$ ）改善した。
6. ADLは、リハビリテーション群で有意に（ $p = 0.0009$ ）改善した。

7. 活動は、リハビリテーション群で有意に（ $p = 0.0207$ ）改善した。

そして、報告書では、“「認知症短期集中リハビリテーション」は、きわめて有効であり、臨床的認知症重症度の進行予防、心の健康維持（意欲、活動性）を通じて、ADLの改善が認められる。さらに、周辺症状の改善によって在宅系居所への復帰効果が期待される”と結論づけている。

リハビリテーションの内容については、“学習訓練療法は臨床的認知症重症度の改善にきわめて有効であり（ $p < 0.0001$ ）、活動性の向上（ $p < 0.001$ ）や、ADLの向上、周辺症状の軽減（ $p < 0.01$ ）にも有効であった。言語コミュニケーション療法は周辺症状の軽減にきわめて有効で（ $p < 0.0001$ ）、意欲の向上にも有効であった（ $p < 0.05$ ）。運動療法は周辺症状の軽減（ $p < 0.001$ ）、臨床的認知症重症度の改善（ $p < 0.05$ ）に有効であった。回想法は周辺症状の軽減に有効であった（ $p < 0.001$ ）。音楽療法は活動性の向上に有効であった（ $p < 0.05$ ）”としている。

### プログラムをどう作るか

これについては、すでに全老健が、鳥羽教授監修のもと、DVD（『認知症短期集中リハビリテーション実践ガイド』）を作成しているのを参考にされたい（平成20年に会員施設に無料配布済み。現在は市販されている）。このDVDには、一連の知見に基づいて厳選したプログラム（回想法・運動療法・作業療法・認知機能訓練療法・音楽療法）のプログラムの立て方、実施方法と留意点、評価のポイントなどが映像でわかりやすく解説されている。

# 「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」算定要件の詳細

## 目的は何か？

老健施設入所者の場合：認知症入所者の在宅復帰

通所リハ利用者の場合：生活機能の改善

ここをチェック！ 「軽度」の言葉が外れました→これまでは「軽度の認知症」

ここをチェック！ 「通所リハ利用者も算定可」→これまでは「老人保健施設入所者のみ」

## 対象となる利用者は誰か？

以下のすべての要件を満たす利用者

①老健施設における認知症の入所者・利用者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込めると医師<sup>\*1</sup>が判断した者

※1 精神科医師もしくは神経内科医師また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<sup>\*2</sup>を修了した医師。

※2 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、治療およ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。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」などがこれに該当する。

②MMSE (Mini-Mental State Examination) またはHDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) において、おおむね5～25点に相当する者<sup>\*3</sup>

※3 「相当する者」なので、点数は絶対条件ではなく、上記要件を満たした医師が判断する。

ここをチェック！ 「中等度者等も算定可」：これまでは「15～25点に相当する者」

## 何をするか

記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせた、認知症に対して効果の期待できるプログラム

## どれぐらいの回数を実施するか

老健施設入所者の場合：週3日、実施することを標準とする

通所リハ利用者の場合：週2日、実施することを標準とする

ここをチェック！ 回数の単位は「日」→これまでは「回」

## どこで実施するか？

別に厚生労働大臣が定める施設基準<sup>\*4</sup>に適合する介護老人保健施設

※4 介護老人保健施設における認知症短期集中リハビリテーション実施加算に係る施設基準

- イ リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が適切に配置されていること。
- ロ リハビリテーションを行うに当たり、入所者・利用者数が、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士の数に対して適切なものであること。

### 誰が実施できるか？

医師または医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士または言語聴覚士

### 何をどのようにすれば算定できるか？

以下の要件をすべて満たす場合に、1日につき240単位を加算

**ここをチェック！** 時間や体制の変更なく60単位から240単位に評価が向上

- ①集中的なリハビリテーションを、一人の医師または理学療法士等が、一人の利用者に対して、個別に<sup>※5</sup>、20分以上<sup>※6</sup>、当該リハビリテーションを行った場合

※5 1対1の個別対応であることが必要。

※6 20分に満たない場合は算定できない。

- ②入所日・通所リハ開始日から起算して3か月以内（p7のQ&A参照）

- ③算定限度回数は、入所の場合は1週に3日、通所リハの場合は1週に2日<sup>※7</sup>

※7 「1週に〇日を限度」というのはあくまでも算定の制限であって、算定上限回数を実施すれば十分という意味ではない。対象者の状態を適切にアセスメントし、効果の期待できる方法を必要な回数実施すべきである。

- ④通所リハ利用者の中には、リハビリテーションマネジメント加算を算定していること<sup>※8</sup>

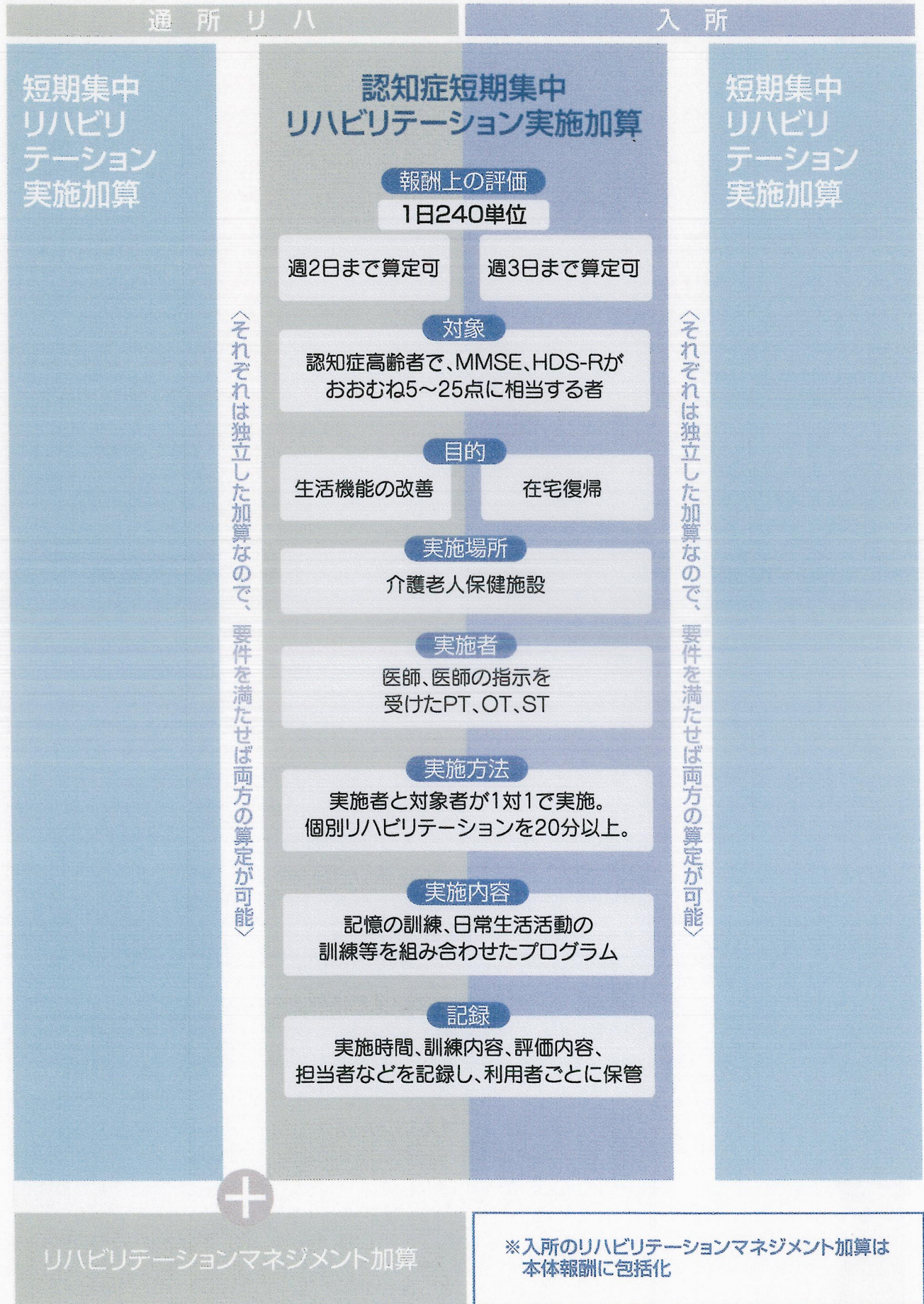
※8 リハビリテーションマネジメント加算は、個別のリハビリテーション計画の策定などの一連のリハビリテーションプロセスを評価するもの。通所リハ利用者の加算算定の条件としてリハビリテーションマネジメント加算があげられていることは、そのプロセス管理、利用者や家族への説明と同意を前提としているととらえるべきである。そして、このことから考えるとわかりやすい目標設定が必要となろう。

なお、今回の改定で、入所サービスでリハビリテーションマネジメント加算がなくなった（本体報酬に包括された）ことに連動して、入所者の算定条件からもリハマネ加算算定が外れたが、このことは個別リハビリテーションの計画策定やそのプロセス管理が不要になったことを意味するものではない。リハマネ加算は消失したのではなく、本体報酬に包括されたのであって、入所者においては従前どおりの対応が必要と考えるべきである。

- ⑤記録（実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等）を利用者ごとに保管<sup>※9</sup>

※9 計画に基づいて実施されたリハビリテーションについて、どのような内容のプログラムを、誰が、どれくらい実施したのかを記録することは、計画の見直しや効果測定に欠かせないものであり、知見の集積という意義もある。また、これらの記録を保管することは、対価を求めるサービスの基本でもある。

「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」の構造・要件



# 「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」 に関するQ&A（「平成21年4月改定関係Q&A」より抜粋。表現を省略・改変した部分あり）

**問55** リハマネ加算は、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か月のケアプランが「2週間のショートステイと週3回の通所リハを2週間」と設定された場合はリハの提供が月8回未満となるが、この場合にあってはリハマネ加算がまったく算定できなくなるのか。

**（答）** リハマネ加算は、月に一定程度（8回）のリハを行い、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、通所リハの利用開始が月途中からであって、個別リハ、短期集中リハまたは認知症短期集中リハ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マネ加算を算定することが可能である。

**問94** 今回リハマネ加算が本体に包括されたが、週2回の個別リハは実施しなくてもよいのか。また、リハ実施計画書の作成は個別リハの対象者である短期集中リハの対象者だけでよいのか。

**（答）** 老人保健施設については、これまで、入所者1人について、少なくとも週2回の機能訓練を行うことが運営基準（通知）上規定されている。また、今回の介護報酬改定に伴い、運営基準の解釈通知も改正し、リハ実施に当たった際の留意点を追加したところであるので、参照されたい。

**\*問21** 認知症短期集中リハ実施加算について、通所リハ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、通所リハ事業所がサービスを提供するに当たっては、通所リハ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の提供に当たっても、通所リハ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、当該リハの必要性が位置づけられるものである。したがって、外部の医師の情報提供のみでは、適切なリハ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計画の作成に参加し、同一の医師が、PT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103** 認知症短期集中リハ実施加算については、「過去3か月の間に、当該リハ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か月入所し、認知症短期集中リハを施行した後、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か月入所し、認知症短期集中リハを施行した後、退所し、B通所リハ事業所の利用を開始した場合のB通所リハ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か月間の認知症短期集中リハを行った後に、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か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か月、通所リハにおいては前回退院（所）日または前回利用開始日から起算して3か月以内に限り算定できる。ただし、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か月の間に、当該リハ加算を算定していない場合に限り算定できる。

**\*問42** 認知症短期集中リハ実施中または終了後3か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きたし、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。

**（答）** 認知症短期集中リハ実施中または終了後3か月に満たない期間に、脳血管疾患等の認知機能低下をきたす中枢神経疾患を発症、その急性期の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較し認知機能が悪化しており、認知症短期集中リハ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か月、通所リハにおいては利用開始日から起算して新たに3か月以内に限り算定できる。

注：\*問21・42はVol.2、それ以外はVol.1より抜粋