

する趣旨である。

したがって、その運用に当たっては、真にやむを得ない事情であるか、その都度、各自治体において、適切に判断されたい。

(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。

【規模別報酬関係】

(問43) 実績規模別報酬について、利用者等のニーズに応じて日祝日も実施している事業所が不利となるが、これらの事業所の算定特例は検討されないのか。

(答) 利用者の日祝日にサービスを受けるニーズに適切に対応する観点から、実績規模別の報酬に関する利用者の計算に当たり、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施している事業所については、一週当たりの利用延人員数に6/7を乗じた数を合算したものにより、月当たりの平均利用者数を計算し、当該利用者数に基づき実績規模別の報酬を算定する取扱いとする。

(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45) 事業所規模別に報酬が変更となるが、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。

(問46) 事業所規模別の報酬に関する利用者数の計算に当たり、新規に要介護認定を申請中の者が暫定ケアプランによりサービス提供を受けている場合は含まれるのか。

(答) いわゆる暫定ケアプランによりサービス提供を受けている者は、平均利用延人員数の計算に当たって含めない取扱いとする。

(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、認知症型通所介護の利用者数も含めて計算するのか。

(答) 認知症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。

【個別機能訓練加算関係】

(問49) 個別機能訓練加算について体制ありと届け出た事業所は、全ての利用者の計画を作成し、個別機能訓練を実施しなければならないのか。また、利用者全てが対象の場合は特定の曜日のみ機能訓練指導員を配置して加算をとることが出来ないということになるのか。(現行の機能訓練指導員加算は、特定の曜日のみ機能訓練指導員を配置して加算を算定することができる)。

(答) 個別機能訓練加算は、体制加算ではなく、個別の計画作成等のプロセスを評価するものであることから、利用者の同意が得られない場合には算定できないが、原則として、当該単位の全ての利用者について計画作成してその同意を得るよう努めることが望ましい。また、特定の曜日のみ専従の機能訓練指導員を配置して、個別機能訓練を実施することも可能であり、その場合、当該曜日の利用者のみに加算を算定することとなるが、その場合であっても、当該曜日の利用者全員の計画を作成することが基本となる。なお、利用者の選択に資するよう、特定の曜日にのみ専従の機能訓練指導員を配置している旨について利用者にあらかじめ説明しておくことも必要である。

(問50) 通所介護の看護師が機能訓練指導員を兼務した場合であっても個別の機能訓練実施計画を策定すれば個別機能訓練加算は算定可能か。また、当該職員が、介護予防通所介護の選択的サービスに必要な機能訓練指導員を兼務できるか。

(答) 個別機能訓練加算を算定するには、1日120分以上専従で1名以上の機能訓練指導員の配置が必要となる。通所介護事業所の看護師については、サービス提供時間帯を通じて専従することまでは求めていることから、当該看護師が本来業務に支障のない範囲で、機能訓練指導員を兼務し、要件を満たせば、個別機能訓練加算を算定することは可能であり、また、当該看護師が併せて介護予防通所介護の選択的サービスの算定に必要な機能訓練指導員を兼務することも可能で

ある。

ただし、都道府県等においては、看護師1名で、本来の業務である健康管理や必要に応じて行う利用者の観察、静養といったサービス提供を行いつつ、それぞれの加算の要件を満たすような業務をなし得るのかについて、業務の実態を十分に確認することが必要である。

【若年性認知症ケア加算関係】

(問51) 通所系サービスにおける「若年性認知症ケア加算」について、若年性とは具体的に何歳を想定しているのか。対象者は「40歳以上65歳未満」のみが基本と考えるがよろしいか。64歳で受けた要介護認定の有効期間中は65歳であっても、加算の対象となるのか。

(答) 若年性認知症とは、介護保険法施行令第2条5項に定める初老期における認知症を示すため、その対象は「40歳以上65歳未満」の者となる。若年性認知症ケア加算の対象となるプログラムを受けていた者であっても、65歳になると加算の対象とはならない。ただし、その場合であっても、その者が引き続き若年性認知症ケアのプログラムを希望するのであれば、その提供を妨げるものではないことに留意されたい。

【栄養マネジメント加算関係】

(問52) 栄養マネジメント加算の対象とする「低栄養状態又はそのおそれのある者」の確認は医師の診断等により行う必要があるのか。

(答) 通所介護・通所リハビリテーションの栄養改善サービスの対象者については、サービス担当者会議等における医師の指導の下に、栄養ケア計画策定時に、介護支援専門員、管理栄養士等が低栄養状態のリスクの状況や食生活の状況を確認することによって判断するものである。

【リハビリテーションマネジメント加算関係】

(問53) リハビリテーション実施計画書の様式は示されるのか。

(答) 「リハビリテーション実施計画書」については、新しい様式等について別途通知する予定である。

(問54) リハビリテーションマネジメント加算を算定するに当たっては、理学療法士等の配置は1単位に対して常勤換算方法で0.2以上の人員基準を満たしていれば問題ないか。

(答) リハビリテーションマネジメントについては、体制よりもプロセスを重視する観点から加算を創設したものであり、体制は現行のままでも要件にあるプロセスを適切に踏んでいれば、算定可能である。

(問55) リハビリテーションマネジメント加算について、原則として利用者全員に対して実施することが必要とされているが、実施しない人がいても良いのか。

(答) 利用者の同意が得られない場合には算定できないが、原則として、全ての利用者について計画を作成してその同意を得るよう努めることが望ましい。

(問56) 利用者ごとのリハビリテーション計画を作成したが、集団で実施するリハビリテーションで十分なため、1対1で実施するリハビリテーションを実施しなかった場合、リハビリテーションマネジメント加算は算定することが可能か。

(答) リハビリテーションマネジメント加算の対象としているリハビリテーションは、リハビリテーション実施計画に基づき利用者ごとの1対1のリハビリテーションによることが前提であり、集団リハビリテーションのみでは算定することはできない。なお、1対1のリハビリテーションの提供を必須とするが、加えて集団リハビリテーションの提供を行うことを妨げるものではない。

【基本単位関係】

(問57) 現行で、加算をとらず、訪問介護員等による送迎で通所系サービスを利用する場合があるが、送迎の基本報酬への包括化されることにより取扱いがどのように変わるか。

(答) 送迎に要する費用が包括化されたことから、すでに、送迎については、通所介護費において評価していることとなり、訪問介護員等による送迎を、別途、訪問介護費として算定することはできない。

【療養通所介護関係】

(問58) 療養通所介護の対象者は「難病等を有する重度要介護者」とあるが、「難病等」の「等」にはどのような疾患が含まれるのか。

(答) 療養通所介護は、重度要介護者の中で、医療ニーズも相当程度抱えており、一般の通所介護ではサービス提供を行うことがなかなか難しいと考えられる者を対象とすることを考えており、このような介護ニーズ、医療ニーズともに相当程度抱えている利用者を対象としていることから、医療との連携も含め、サービスの質の確保は特に重要であると考えている。

このため、療養通所介護の指定基準においては、利用者の病状の急変等に迅速に対応するため、緊急時対応医療機関の設置を求めることや、地域の医療関係団体や保健、医療又は福祉の専門家等から構成される「安全・サービス提供管理委員会」の設置を求め、当該事業所より適切にサービス提供が行われているかどうか、またサービスの内容が適切であるかどうか定期的に検討し、サービスの質の確保に常に努めることとしているところである。

療養通所介護の提供に当たっては、こうした指定基準の趣旨の徹底が図られ、地域の医師をはじめとする医療関係者と、他のサービス事業者との一般的な連携（協力医療機関等）以上の緊密な連携が確保されていることも含め、サービスの提供に当たっての安全性や適切な運営が十分に担保されることが重要であると考えており、このため、対象者については、指定基準の趣旨の徹底が図られるまでの間は、重度要介護者であって、難病又はがん末期の状態にある者に限定する取扱いとする。

ただし、従前から療養通所介護と同様のサービスを提供しており、地域における医師をはじめとする医療関係者と、他のサービス事業者との一般的な連携以上の緊密な関係が既に認められる事業所（具体的には、現に試行的事業において療養通所介護と同様の事業を実施している事業所であって、療養通所介護の提供に当たっての都道府県知事の指定を受けた事業所）においては、既にサービスを受けている利用者の方々が継続して当該サービスを利用することができるようにする観点からも、平成18年度から例外的に難病やがん末期に併せ、サービス担当者会議等において、主治医が療養通所介護の利用が不可欠であると判断する者についても対象とする取扱いとする。

短期入所サービス

【緊急短期入所ネットワーク加算関係】

(問59) 連携する事業者は、同一法人の事業者のみでもよいか。

(答) 緊急的な短期入所者に対応するため複数の短期入所事業者が連携して緊急に指定短期入所サービスを受け入れる体制を整備している事業所に対し、連携に係る費用等の加算を認めているところであり、同一法人のみの事業所の連携だけでは加算の対象とはならない。

(問60) 連携する地域の範囲はどの程度か。

(答) 緊急短期入所ネットワーク事業は、緊急的な短期入所者に対応するため複数の短期入所事業者が連携して緊急に指定短期入所サービスを受け入れる体制を整備することを求めており、連携の範囲については、この趣旨や地域の実態等を踏まえ判断願いたい。

(問61) 連携体制の整備について施設間で連携取り交わし書などが必要か。

(答) 緊急的な利用ニーズの調整窓口の明確化や情報の共有、緊急対応に対応するための事例検討などを行う機会を定期的に設ける等の連携体制を構築していただくこととしていることから、連携施設間でその方法等を検討していただくことが必要と思われる。

(問62) 緊急短期入所ネットワークで加算は緊急入所の利用者にものみ算定するのか、それとも利用者全員に算定するのか。

(答) 緊急の利用者が利用した場合その利用者に対し加算を行う。

(問63) 緊急短期入所ネットワークで加算の対象である利用者の「介護者の介護を受けることができない」者とは誰が判断するのか。

(答) 緊急短期入所ネットワーク事業を利用する場合は、利用者の依頼を受けて介護支援専門員等を通じ、短期入所サービスを利用することと

なるが、緊急短期入所ネットワーク加算の対象となる場合は、利用の理由、期間、緊急受入後の対応などの事項を記録しておく必要がある。

(問64)「利用者の心身の状況等を把握していること」とあるが、介護している家族の入院等により緊急受け入れをした際、利用者の心身の状況等を把握していなければ加算が算定されないか。

(答) 加算の算定要件ではないが、サービス提供に当たっては、たとえ緊急な利用であることから事前の把握が困難であっても、できる限り速やかに利用者の心身の状況等を居宅介護支援事業者等から聴取しておく必要がある。

【夜間看護体制加算関係】

(問65)訪問看護ステーションと連携して24時間連絡体制の確保をし、必要に応じて健康上の管理等を行う体制にあれば、実際に管理を必要としない利用者に対しても算定されるのか。

(答) 夜間看護体制加算は、短期入所生活介護事業所において、訪問看護ステーション等と連携して夜間における24時間連絡体制の確保等により、必要に応じて健康上の管理等を行うことを目的とした加算であり、体制が整備されている事業所に入所した利用者全員に加算する。

【在宅中重度者受入加算関係】

(問66)短期入所生活介護費における在宅中重度者受入加算の算定は、訪問看護事業所の看護師が来た日についてのみ算定するのか。

(答) 御指摘のとおりである。

【日帰り利用関係】

(問67)日帰り利用の場合のサービス提供時間の規定は設けないのか。

(答) サービス提供時間については、ケアプランにおいて位置づけられるものであり、規定を設けることは考えていない。

介護保険施設(共通)

【在宅復帰支援機能加算関係】

(問68) 退所後に利用する居宅介護支援事業者への情報提供については、在宅復帰支援機能加算とは別に退所前連携加算が算定できるのか。

(答) 算定可能である。

(問69) 加算の対象となるか否かについて前6月退所者の割合により毎月判定するのか。

(答) 各施設において加算の要件に該当するか否か毎月判断いただくこととなる。その算定の根拠となった資料については、各施設に保管しておき、指導監査時等に確認することとなる。

(問70) 平成17年10月から当該加算の算定要件を満たしている事業所については、平成18年4月から算定は可能か。

(答) 加算の要件に該当すれば、算定可能である。

(問71) 在宅生活が1月以上継続する見込みであることを確認・記録していないケースや、入所者の家族や居宅介護支援事業者との連絡調整を行っていないケースがあれば、全入所者について算定できなくなるのか。

(答) 御質問のようなケースについては、「在宅において介護を受けることとなった数」にカウントできない。

【経口維持加算関係】

(問72) 水飲みテストとはどのようなものか。また、180日までの算定原則を外れる場合とはどのようなときか。

(答) 水飲みテスト等による医師の診断により摂食機能障害を有している者が対象となる。

代表的な水飲みテスト法である窪田の方法（窪田俊夫他：脳血管障害における麻痺性嚥下障害—スクリーニングテストとその臨床応用について、総合リハ，10（2）：271—276，1982）をお示しする。この場合、経口維持加算2は、「プロフィール3—5：異常」に該当する場合、対象となる。

また、180日の算定を外れる場合とは、当該入所者に誤嚥が認められなくなったと医師が判断した場合である。

なお、反復唾液嚥下テストで代替する場合には、30秒以内で3回未満の場合に該当となる。

常温の水30mlを注いだ薬杯を椅座位の状態にある患者の健手に渡し、「この水をいつものように飲んでください」という。水を飲み終わるまでの時間、プロフィール、エピソードを測定、観察する。

「プロフィール」

1. 1回でむせることなく飲むことができる。
2. 2回以上に分けるが、むせることなく飲むことができる。
3. 1回で飲むことができるが、むせることがある。
4. 2回以上に飲むにもかかわらず、むせることがある。
5. むせることがしばしばで、全量飲むことが困難である。

「エピソード」

すすむような飲み方、含むような飲み方、口唇からの水の流出、むせながらも無理に動作を続けようとする傾向、注意深い飲み方など

プロフィール1で5秒以内：	正常範囲
プロフィール1で5秒以上、 プロフィール2：	疑い
プロフィール3—5：	異常

（問73）経口維持計画の内容を「サービス計画書」若しくは「栄養ケア計画書」の中に含めることは可能か。

（答） 当該加算に係る部分が明確に判断できれば差し支えない。

(問74) 経口維持加算の算定のためには、医師の診断書は必要か。医師の所見等でよいか。

(答) 医師の所見でよい。摂食機能障害の状況やそれに対する指示内容は診療録等に記録しておくこと。

(問75) 経口維持加算の「入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂取方法等における適切な配慮」とは具体的にどのようなことか。

(答)

- 1 例えば、一律に刻み食を提供することにより、かえって咳き込みやその結果としての誤嚥が生じてしまうといった事例も見受けられることから、経口による食事摂取を進めるためには、入所者が、食物を口の中で咀嚼することに障害があるのか、咀嚼後の食塊形成や移送に障害があるのか、といった個々の状況を把握し、これに応じた食物形態とすることが重要である。

注) 刻み食は、程度にもよるが、咀嚼に障害があっても食塊形成・移送には問題ないといった方以外には不適切。また、①食物は柔らかいか、②適度な粘度があってバラバラになりにくいか、③口腔や咽頭を通過するときに変形しやすいか、④べたついていないか(粘膜につきにくい)、などの観点を踏まえ、個々の利用者に応じた食物形態とすることが必要。

- 2 また、誤嚥防止の観点のみならず、口から食べる楽しみを尊重し、見た目、香りやにおい、味付け(味覚)、適切な温度、食感などの要素に配慮することも重要であり、複数の食材を混ぜてペースト状にして一律に提供することなどは適切でない。

- 3 摂取方法に関しては、それぞれの障害の状態に応じ、摂食・嚥下を行
いやすい体位等があるため、誤嚥を防止するよう利用者ごとの適切な体位
に配慮するとともに、テーブル、スプーンの形状等の食事環境や、摂取ペ
ースなどにも配慮することが必要である。

介護老人福祉施設

【個別機能訓練加算関係】

(問76) 個別機能訓練加算について、配置としての加算なのか、それと
も実施した対象者のみの加算なのか。

(答) 個別機能訓練加算については、単に体制があるだけでなく、体制を
整えた上で個別に計画を作成するなどプロセスを評価するものである
ことから、入所者の同意が得られない場合には算定できないが、原則
として、全ての入所者について計画作成してその同意を得るよう努め
ることが望ましい。

(問77) 個別機能訓練加算について、機能訓練指導員が不在の日は加算
が算定できないか。

(答) 個別機能訓練を行うに当たっては、機能訓練指導員、看護職員、介
護職員、生活相談員、その他の職種が共同して個別機能訓練計画に従
い訓練を行うこととしており、機能訓練指導員が不在の日でも算定で
きる。

介護老人保健施設

【試行的退所サービス費関係】

(問78) 「試行的退所サービス費」が新設されたが、この場合、施設の定
員の扱いは外泊と同じでよいか。

(答) 外泊の取扱いと同様とする。

(問79)「試行的退所サービス費」について、居宅サービスとは、介護給付の対象となっているもの全てが含まれるのか。また、訪問介護事業所等と契約してとあるが、契約とは、居宅サービス事業所と施設間で費用(利用料金)の設定をして、1日800単位の中から施設が居宅サービス事業者へ支払うこととされているが、その額は介護報酬単位のまま支払うこととするのか。

(答) 介護給付の対象となっている居宅サービス全てが含まれる。また、試行的退所サービスについては、老人保健施設と訪問介護事業所等の契約により在宅サービスを行うことになるが、その費用については事業所間の契約によって定められる。

(問80)在宅期間についてのケアプランは、施設サービス計画と別に作成するのか。

(答) 試行的退所サービスの提供を行うに当たっては、介護老人保健施設の介護支援専門員が、試行的退所サービスに係る居宅サービスの計画を作成することとなる。その内容は、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう配慮した計画を作成することが求められている。

(問81) 試行的退所サービス費を算定しない日に外泊時費用をとびとびに算定することは可能か。

(答) 試行的退所サービスは、退所して居宅において療養を継続する可能性が高い者に対して、自立した日常生活を営むことができるよう配慮した計画を作成し、当該計画期間内に実際に居宅サービスを提供し、在宅復帰を目指すことを目的とした加算であり、外泊時加算とはその趣旨が異なるものであるから、併せて算定することは考えていない。

【認知症ケア加算関係】

(問82) 入所者10人程度のサービスの中身は、食事・排泄・入浴等のケアやアクティビティケアの実施をその単位ごとに実施することとなるのか。

(答) 認知症専門棟の従業者の勤務体制については、継続性を重視したサービス提供に配慮するため、従業者が1人1人の入居者について個性、心身の状況、生活歴などを具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助するためにはいわゆる「馴染みの関係」を作ることが重要であることから10人単位の勤務体制を標準としたところ。

施設における介護サービスは、施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するようその者の心身の状況等を踏まえてその者の療養を適切に行うこととされており、画一的なサービスとならないよう配慮されたい。

(問83) サービスを行う単位ごとの入所者数が10人を標準とするとされているが、10人を超えて何人まで認められるか。また、居室を単位ごとに区分する必要があるか。

(答) 各施設の設備構造や介護の状況等により各県で判断して差し支えない。

【リハビリテーション機能加算関係】

(問84) リハビリテーション機能加算の見直しに関して、旧加算においては50:1以上の理学療法士、作業療法士等の人員配置が必須とされていたが、今回のリハビリテーションマネジメント加算においては、人員基準は特に定められていないのか。

(答) 老人保健施設におけるリハビリテーションマネジメント加算はサービス提供体制そのものを評価した加算ではないため、最低基準である入所者:理学療法士等=100:1以上の人員基準しか規定されていない。

ただし、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1対1のリハビリテーションを週2回実施することが求められているため、相応の体制は必要と考える。

【短期集中リハビリテーション実施加算関係】

(問85) 短期集中リハビリテーション実施加算について、リハビリテーションマネジメントが行われていれば、連日の算定となるのか。または理学療法士、作業療法士等が個別的なリハを実施した日に限り算定となるのか。その際、1人に付き何分以上という時間的な条件があるのか。

(答) 介護老人保健施設における短期集中リハビリテーション実施加算については、個別リハビリテーションを実施した日に限り算定できる。したがってリハビリテーションマネジメントの結果、1対1のリハビリテーションが連日にわたり必要と判断され、実施された場合は、連日の算定が可能である。なお介護老人保健施設における1対1のリハビリテーションは1単位20分以上である。

介護療養型医療施設

(問86) 介護療養型医療施設における療養環境減算については、基準省令(厚生省令第41号)で経過措置が設けられているものの、一定の基準を満たさない施設はその後の経過措置が廃止されることとなっているが、平成18年4月以降で新規に当該施設の申請を行いたい病院が、廃止される経過措置に該当している場合であっても指定を行うことができるのか。また、既に指定を受けた当該施設が、廃止される経過措置に該当している場合であっても、増床の申請をすることはできるのか。

(答) 都道府県におかれては療養環境減算の強化、経過措置の廃止等の趣旨に沿って、適切な指導をお願いしたい。

その他

【加算届出関係】

(問87) 訪問通所サービスにかかる加算等の届出については、毎月15日までに行われれば翌月から算定とのルールを、今年の3月に限り25日までとする特例が設けられたが、特例があってもなお、届出が間に合わないことが懸念されることから、さらなる特例措置等の配慮がなされるべきではないか。

(答)

- 1 今年の3月に限り、訪問通所サービスにかかる加算の届出が25日までになされれば、翌月から算定することができるの特例をさらに延長することについては、
 - ① そもそも、加算等の届出を毎月15日までとしている趣旨が、居宅介護支援事業所や利用者への周知期間のためであり、ある程度の周知期間が必要であること
 - ② 利用者の立場に立てば、当然に、あらかじめ、限度額や利用者負担額への影響も含めたサービス内容についての説明を受ける権利があり、利用者が納得の上でのサービスでなければならないこと等、適切なケアマネジメントという観点から、困難であると考えている。
- 2 ただし、加算にかかるサービスを適切に提供しているにもかかわらず、届出が間に合わず、加算を算定できないということも、適正な事業運営にとって支障を来し、ひいては、利用者に対するサービス提供にも支障を来すことが懸念される。
- 3 そこで、4月1日から加算の対象となるサービス提供が適切になされているにもかかわらず、届出が間に合わないといった場合については、4月中に届出が受理された場合に限り、受理された時点で、ケアプランを見直し、見直し後のプランに対して、利用者の同意が得られれば、4月1日にさかのぼって、加算を算定できることとする扱いとされたい。
- 4 なお、混乱を避けるため、その場合であっても、事業者は、利用者に対し、ケアプランが事後的に変更され、加算がさかのぼって算定される可能性があることを、あらかじめ説明しておくことが望ましい。