平成30年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）
（平成30年３月23日）

【全サービス共通】

○ 介護保険施設等における歯科医療について

問１　介護保険施設等における歯科医療について、協力歯科医療機関のみが歯科医療を提供することとなるのか。

（答）

介護保険施設等における歯科医療について、歯科医療機関を選択するのは利用者であるので、利用者の意向を確認した上で、歯科医療が提供されるよう対応を行うことが必要である。

【訪問系サービス関係共通事項】

○ 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者 20 人以上にサービスを行う場合の減算（集合住宅減算）

問２　集合住宅減算についてはどのように算定するのか。

（答）

集合住宅減算の対象となるサービスコードの所定単位数の合計に対して減算率を掛けて算定をすること。

なお、区分支給限度基準額を超える場合、区分支給限度基準額の管理に際して、区分支給限度基準額の超過分に同一建物減算を充てることは出来ないものとする。

※　平成 27 年度介護報酬改定に関する Q&A（平成 27 年 4 月 1 日）問 10 参照

【訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護関係共通事項】

○　生活機能向上連携加算について

問３　生活機能向上連携加算（Ⅱ）について、告示上、「訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等の一環として当該利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する等により」とされているが、「一環」とは具体的にはどのようなものか。

（答）

具体的には、訪問リハビリテーションであれば、訪問リハビリテーションで訪問する際に訪問介護事業所のサービス提供責任者が同行することであるが、リハビリテーションを実施している医療提供施設の医師については、訪問診療を行う際等に訪問介護事業所のサービス提供責任者が同行することが考えられる。

【居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導】

○　単一建物居住者　①２回に分けて実施する場合等

問４　以下のような場合は、「単一建物居住者」複数人に対して行う場合の居宅療養管理指導費を算定するのか。

①　利用者の都合等により、単一建物居住者複数人に対して行う場合であっても、２回に分けて居宅療養管理指導を行わなければならない場合

②　同じマンションに、同一月に同じ居宅療養管理指導事業所の別の医師がそれぞれ別の利用者に居宅療養管理指導を行った場合

（答）

いずれの利用者に対しても「単一建物居住者」複数人に対して行う場合の居宅療養管理指導を算定する。

※　平成 30 年 10 月１日以降、平成 24 年 Q&A（vol．１）（平成 24 年３月 16 日）問 50 は削除する。

○　単一建物居住者　②要介護者と要支援者１人ずつへの訪問

問５　同一月に、同一の集合住宅等に居住する２人の利用者に対し、居宅療養管理指導事業所の医師が訪問し、居宅療養管理指導を行う際に、１人が要介護者で、もう１人が要支援者である場合は、単一建物居住者２人以上９人以下に対して行う場合の居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定するのか。

（答）

要介護者は単一建物居住者２人以上９人以下に対して行う場合の居宅療養管理指導費を、要支援者は単一建物居住者２人以上９人以下に対して行う場合の介護予防居宅療養管理指導費を算定する。なお、他の職種についても同様の取扱いとなる。

※　平成 30 年 10 月１日以降、平成 24 年 Q&A（vol．２）（平成 24 年４月 25 日）問５は削除する。

○　介護支援専門員への情報提供　月複数回実施の場合

問６　医師、歯科医師又は薬剤師又による居宅療養管理指導について、介護支援専門員への情報提供が必ず必要になったが、月に複数回の居宅療養管理指導を行う場合であっても、毎回情報提供を行わなければ算定できないのか。

（答）

・毎回行うことが必要である。

・なお、医学的観点から、利用者の状態に変化がなければ、変化がないことを情報提供することや、利用者や家族に対して往診時に行った指導・助言の内容を情報提供

することでよい。

※　平成 30 年 10 月１日以降、平成 24 年 Q&A（vol.１）（平成 24 年３月 16 日）問 54 は削除する。

○ 単一建物居住者　住所と居住場所が異なる場合

問７　住民票の住所と実際の居住場所が異なる場合は、実際の居住場所で「単一建物居住者」の人数を判断してよいか。

（答）

実際の居住場所で判断する。

※　平成 30 年 10 月１日以降、平成 24 年 Q&A（vol.１）（平成 24 年３月 16 日）問 52 は削除する。

○ 単一建物居住者の人数について

問８　居宅療養管理指導において、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」を創設するにあたり、他の訪問系サービスと同様に、通常の事業の実施地域を運営基準に基づく運営規程に定めることを指定（介護予防）居宅療養管理指導事業所に求めることを受けて、運営規程の変更として、当該変更に係る事項について当該指定（介護予防）居宅療養管理指導事業所の所在地を管轄する都道府県知事に届け出なければならないのか。

（答）

運営規程に定める通常の事業の実施地域について、都道府県知事に届け出る必要はないが、一旦運営規程に定めた実施地域を変更する場合は、届け出る必要がある。

＜平成 30 年 10 月１日以降削除するＱＡ＞

平成 21 年 Q&A（vol.１）（平成 21 年３月 23 日）

問 42　看護職員の居宅療養管理指導について、医師の訪問看護指示書は必要か。

平成 21 年 Q&A（vol.１）（平成 21 年３月 23 日）

問 44　看護職員による居宅療養管理指導において実施する内容は何か。診療の補助行為は実施できるのか。

平成 21 年 Q&A（vol.１）（平成 24 年３月 23 日）

問 45　主治医意見書において「訪問看護」と「看護職員の訪問による相談・支援」の

両方の項にチェックがある場合、どちらのサービスを優先すべきか。

【訪問看護・介護予防訪問看護】

○　看護体制強化加算について

問９　看護体制強化加算の要件として、「医療機関と連携のもと、看護職員の出向や研修派遣などの相互人材交流を通じて在宅療養支援能力の向上を支援し、地域の訪問看護人材の確保・育成に寄与する取り組みを実施していることが望ましい。」ことが示されたが、具体的にはどのような取組が含まれるのか。

（答）

当該要件の主旨は、看護体制強化加算の届出事業所においては、地域の訪問看護人材の確保・育成に寄与する取り組みが期待されるものとして示されたものであり、例えば、訪問看護ステーション及び医療機関の訪問看護事業所間において相互の研修や実習等の受入、地域の医療・介護人材育成のための取組等、地域の実情に応じた積極的な取組が含まれるものである。

問 10　留意事項通知における「前６月間において、当該事業所が提供する訪問看護を２回以上利用した者又は当該事業所で当該加算を２回以上算定した者であっても、１として数えること」とは、例えば、１～６月にかけて継続して利用している利用者Ａは１人、１月に利用が終了した利用者Ｂも１人と数えるということで良いか。

（答）

貴見のとおりである。具体的には下表を参照のこと。

例）特別管理加算を算定した実利用者の割合の算出方法

【サービス提供状況】７月に看護体制強化加算を算定

	１月	２月	３月	４月	５月	６月
利用者Ａ	○	○	○	○	○	○
利用者Ｂ	◎（Ⅰ）					
利用者Ｃ			○	（入院等）	（入院等）	◎（Ⅱ）

○指定訪問看護の提供が１回以上あった月

◎特別管理加算を算定した月

【算出方法】

①　前６月間の実利用者の総数　＝　３

②　①のうち特別管理加算（Ⅰ）（Ⅱ）を算定した実利用者数　＝　２

→　①に占める②の割合　＝　２／３　≧　３０％　…算定要件を満たす

※　平成２７年度報酬改定Ｑ＆Ａ（vol．１）（平成 27 年４月１日）問２３は削除する。

問 11　仮に、７月に算定を開始する場合、届出の内容及び期日はどうなるのか。

（答）

・看護体制強化加算の算定にあたっては「算定日が属する月の前６月間」において特別管理加算及び緊急時訪問看護加算を算定した実利用者の割合を算出する必要がある。

・仮に、７月に算定を開始する場合は、６月１５日以前に届出を提出する必要があるため、６月分は見込みとして１月・２月・３月・４月・５月・６月の６月間の割合を算出することとなる。

・なお、６月分を見込みとして届出を提出した後に、加算が算定されなくなる状況が生じた場合には、速やかにその旨を届出すること。

１月	２月	３月	４月	５月	６月	７月
実績で割合を算出する	実績で割合を算出する	実績で割合を算出する	実績で割合を算出する	実績で割合を算出する	１５日以前に届出が必要。届出日以降分は見込みで割合を算出する。	算定月

※　平成２７年度報酬改定Ｑ＆Ａ（vol．１）（平成 27 年４月１日）問２４は削除する。

問 12　平成３０年３月時点で看護体制強化加算を届出しているが、平成３０年４月以降も看護体制強化加算を算定する場合については、実利用者の割合の算出方法が変更になったことから、新たに届出が必要となるのか。

（答）

貴見のとおりである。新たな算出方法で計算したうえで改めて届出する必要がある。なお、３月分を見込みとして届出を提出した後に、新たに加算が算定されなくなる状況が生じた場合には、速やかにその旨を届出すること。

問 13　平成３０年４月から算定する場合には、平成２９年１０月からの実績を用いることになるのか。

（答）

貴見のとおりである。

問 14　１つの訪問看護事業所で看護体制強化加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）を同時に届出することはできないが、例えば、加算（Ⅱ）を届出している事業所が、加算（Ⅰ）を新たに取る場合には、変更届けの提出が必要ということでよいか。

（答）

貴見のとおりである。

○ 複数名訪問加算について

問 15　訪問看護ステーションの理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が看護職員と一緒に利用者宅を訪問しサービスを提供した場合に、基本サービス費はいずれの職種の報酬を算定するのか。この場合、複数名訪問加算を算定することは可能か。

（答）

基本サービス費は、主に訪問看護を提供するいずれかの職種に係る報酬を算定する。また、訪問看護ステーションの理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と看護職員が一緒に訪問看護を行った場合、複数名訪問加算の要件を満たす場合、複数名訪問加算（Ⅰ）の算定が可能である。なお、訪問看護ステーションの理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が主に訪問看護を行っている場合であっても、訪問看護の提供回数ではなく、複数名での訪問看護の提供時間に応じて加算を算定する。

※　平成２４年度報酬改定Ｑ＆Ａ（vol.３）（平成 24 年 4 月 25 日）問２は削除する。

問 16　複数名訪問加算（Ⅱ）の看護補助者については、留意事項通知において「資格は問わないが、秘密保持や安全等の観点から、訪問看護事業所に雇用されている必要がある」と明記されているが、従事者の変更のたびに届けを行う必要があるのか。

（答）

複数名訪問加算（Ⅱ）の看護補助者については、看護師等の指導の下に、看護業務の補助を行う者としており、例えば事務職員等であっても差し支えない。また、当該看護補助者については、指定基準の人員に含まれないことから、従事者の変更届の提出は要しないものであるが、秘密保持や安全等の観点から、事業所において必要な研修等を行うことが重要である。

問 17　看護師等と同時に訪問する者に応じ、複数名訪問加算（Ⅰ）又は複数名訪問加算（Ⅱ）を算定することになるが、同一日及び同一月において併算することができるか。

（答）

それぞれ要件を満たしていれば同一日及び同一月に併算することは可能である。

問 18　看護師等と同時に訪問する者に応じ、複数名訪問加算（Ⅰ）又は複数名訪問加算（Ⅱ）を算定することになるが、算定回数の上限はあるか。

（答）

それぞれ要件を満たしており、ケアプランに位置づけられていれば、算定回数の上限はない。

○ 理学療法士等による訪問看護について

問 19　理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士による訪問看護は、訪問看護事業所のうち訪問看護ステーションのみで行われ、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が連携し作成することが示されたが、具体的にはどのように作成すればよいのか。

（答）

・訪問看護ステーションの理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下、理学療法士等という。）が訪問看護を行っている利用者の訪問看護計画書及び訪問看護報告書については、当該訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等が利用者等の情報を共有した上で、「訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の取扱いについて」（平成 12 年 3 月 30 日　老企 55 号）に示す様式に準じて提供したサービス等の内容を含めて作成することとしており、これにより適切な訪問看護サービスが行われるよう連携を推進する必要がある。ただし、当該様式に準じたうえで、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等で異なる様式により作成することは差し支えないが、この場合であっても他の職種により記載された様式の内容を踏まえ作成する必要がある。

・なお、看護職員と理学療法士等との連携の具体的な方法等については、「訪問看護事業所における看護職員と理学療法士等のより良い連携のための手引き（平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業　訪問看護事業所における看護職員と理学療法士等のより良い連携のあり方に関する調査研究事業（全国訪問看護事業協会））」においても示されており、必要に応じて参考にいただきたい。

問 20　複数の訪問看護事業所から訪問看護を受けている利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては当該複数の訪問看護事業所間において十分な連携を図ったうえで作成することとあるが、どのように連携すればよいのか。

（答）

複数の訪問看護事業所により訪問看護が行われている場合については、それぞれの事業所で作成された計画書等の内容を共有するものとし、具体的には計画書等を相互に送付し共有する若しくはカンファレンス等において情報共有するなどが考えられるが、後者の場合にはその内容について記録に残すことが必要である。

問 21　留意事項通知において、「計画書及び報告書の作成にあたっては、訪問看護サービスの利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ、定期的な看護職員による訪問により利用者の状態の適切な評価を行うこと。」とされたが、看護職員による訪問についてどのように考えればよいか。

（答）

訪問看護サービスの「利用開始時」については、利用者の心身の状態等を評価する観点から、初回の訪問は理学療法士等の所属する訪問看護事業所の看護職員が行うことを原則とする。また、「定期的な看護職員による訪問」については、訪問看護指示書の有効期間が６月以内であることを踏まえ、少なくとも概ね３ヶ月に１回程度は当該事業所の看護職員による訪問により、利用者の状態の適切な評価を行うものとする。なお、当該事業所の看護職員による訪問については、必ずしもケアプランに位置づけ訪問看護費の算定までを求めるものではないが、訪問看護費を算定しない場合には、訪問日、訪問内容等を記録すること。

問 22　平成３０年４月以前より理学療法士等による訪問看護を利用している者であって、かつ看護職員による訪問が概ね３ヶ月間に一度も訪問していない利用者について、利用者の状態の変化等に合わせ、定期的な看護職員による訪問をする必要があるのか。

（答）

理学療法士等による訪問看護はその訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるものであることから、当該事業所の看護職員による訪問による評価がなされていない利用者については、速やかに当該事業所の看護職員の訪問により利用者の状態の適切な評価を要するものとする。

問 23　理学療法士等による訪問看護はその訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に看護職員の代わりに訪問させる訪問ものであること等を説明した上で利用者の同意を得ることとなったが、同意書の様式はあるのか。また、平成３０年４月以前より理学療法士等による訪問看護を利用している者について、同意を得る必要があるのか。

（答）

同意に係る様式等は定めておらず、方法は問わないが、口頭の場合には同意を得た旨を記録等に残す必要がある。また、すでに理学療法士等による訪問看護を利用している者についても、速やかに同意を得る必要がある。

○　ターミナルケア加算について（介護予防訪問看護は含まない）

問 24　ターミナルケアの提供にあたり、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえることが示されているが、当該ガイドライン以外にどのようなものが含まれるのか。

（答）

当該ガイドライン以外の例として、「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン　人工的水分・栄養補給の導入を中心として（日本老年医学会）（平成２３年度老人保健健康増進等事業）」等が挙げられるが、この留意事項通知の趣旨はガイドラインに記載されている内容等を踏まえ利用者本人及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上、ターミナルケアを実施していただくことにあり、留意いただきたい。

問 25　ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療及び介護関係者と十分な連携を図るよう努めることとあるが、具体的にはどのようなことをすれば良いのか。

（答）

ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療及び介護関係者と十分な連携を図ることが必要であり、サービス担当者会議等における情報共有等が想定される。例えば、訪問看護師と居宅介護支援事業者等との連携の具体的な方法等については、「訪問看護の情報共有・情報提供の手引き～質の高い看取りに向けて～」（平成 29 年度　厚生労働省老人保健健康増進等事業　訪問看護における地域連携のあり方に関する調査研究事業（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング））等においても示されており、必要に応じて参考にしていただきたい。

○　訪問看護計画書等

問 26　指定訪問看護ステーションが主治医に提出する訪問看護計画書及び訪問看護報告書については、書面又は電子的な方法により主治医に提出できるものとされたが、電子署名が行われていないメールや SNS を利用した訪問看護計画書等の提出は認められないということか。

（答）

貴見のとおりである。

問 27　訪問看護計画書等については、新たに標準として様式が示されたが、平成３０年４月以前より訪問看護を利用している者についても変更する必要があるのか。

（答）

新たに訪問看護計画書及び訪問看護報告書を作成するまでの間については、従来の様式を用いても差し支えないものとするが、不足している情報については速やかに追記するなどの対応をしていただきたい。

問 28　訪問看護ステーションにおいて、居宅サービス計画上、准看護師が訪問することとされている場合に、事業所の事情により准看護師ではなく理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問する場合については理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士

の場合の所定単位数を算定する場合とあるが具体的にはどのように考えればよいか。

（答）

例えば、居宅サービス計画上、准看護師による 30 分以上１時間未満の訪問看護を計画していたが、事業所の事情により准看護師の代わりに理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が 30 分の訪問看護を行った場合は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合の１回の単位数を算定することになる。

○　定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携した場合

問 29　定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携した場合の報酬を算定する場合、訪問看護で設定されている全ての加算が算定できるのか。

（答）

夜間又は早朝、深夜に訪問看護を行う場合の加算、複数名訪問加算、1 時間 30 分以上の訪問看護を行う場合の加算及び看護体制強化加算は算定できない。

※　平成２４年度報酬改定Ｑ＆Ａ（vol. １）（平成 24 年 3 月 16 日）問２７は削除する。

※　平成１２年度報酬改定Ｑ＆Ａ（vol. ２）（平成 12 年 4 月 28 日）Ⅰ(1) ③７は削除する。

【通所系・居住系サービス】

○ 栄養スクリーニング加算について

問 30　当該利用者が、栄養スクリーニング加算を算定できるサービスを複数利用している場合、栄養スクリーニング加算の算定事業者をどのように判断すればよいか。

（答）

サービス利用者が利用している各種サービスの栄養状態との関連性、実施時間の実績、栄養改善サービスの提供実績、栄養スクリーニングの実施可能性等を踏まえ、サービス担当者会議で検討し、介護支援専門員が判断・決定するものとする。

【通所系サービス】

○ 栄養改善加算について

問 31　対象となる「栄養ケア・ステーション」の範囲はどのようなものか。

（答）

公益社団法人日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養士会栄養ケア・ステーション」に限るものとする。

【通所介護、地域密着型通所介護、短期入所生活介護、特定施設入所者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型通所介護、介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

○　個別機能訓練加算、機能訓練体制加算について

問 32　はり師・きゅう師を機能訓練指導員とする際に求められる要件となる、「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で六月以上機能訓練指導に従事した経験」について、その実務時間・日数や実務内容に規定はあるのか。

（答）

要件にある以上の内容については細かく規定しないが、当然ながら、当該はり師・きゅう師が機能訓練指導員として実際に行う業務の頻度・内容を鑑みて、十分な経験を得たと当該施設の管理者が判断できることは必要となる。

問 33　はり師・きゅう師を機能訓練指導員として雇う際に、実際に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で六月以上機能訓練指導に従事した経験を有することをどのように確認するのか。

（答）

例えば、当該はり師・きゅう師が機能訓練指導に従事した事業所の管理者が書面でそれを証していることを確認すれば、確認として十分である。

【通所介護、地域密着型通所介護、リハビリテーション、認知症対応型通所介護】

○ 栄養改善加算について

問 34　通所サ―ビスにおいて栄養改善加算を算定している者に対して管理栄養士による居宅療養管理指導を行うことは可能か。

（答）

管理栄養士による居宅療養管理指導は通院又は通所が困難な者が対象となるため、栄養改善加算の算定者等、通所サービス利用者に対して当該指導を行うことは想定されない。

※　平成18年度報酬改定Q＆A(vol．２)（平成18年５月２日）通所介護・通所リハビリテーションの問２は削除する。

【通所介護、地域密着型通所介護】

○ 生活機能向上連携加算について

問 35　指定通所介護事業所は、生活機能向上連携加算に係る業務について指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又は医療提供施設と委託契約を締結し、業務に必要な費用を指定訪問リハビリテーション事業所等に支払うことになると考えてよいか。

（答）

貴見のとおりである。なお、委託料についてはそれぞれの合議により適切に設定する必要がある。

問 36　生活機能向上連携加算は、同一法人の指定訪問リハビリテーション事業所若しくは指定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供施設（原則として許可病床数 200 床未満のものに限る。）と連携する場合も算定できるものと考えてよいか。

（答）

・貴見のとおりである。

・なお、連携先について、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（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）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。

○ ADL 維持等加算について

問 37　平成３０年度の ADL 維持等加算の算定の可否を判断する場合、平成２９年１月から１２月が評価対象期間となるが、この時期に、加算を算定しようとする指定通所介護事業所が指定介護予防通所介護事業所と一体的に運営されていた場合、指定居宅サービス基準第 16 条の２イ（１）の「利用者」には、当該指定介護予防通所介護事業所の利用者も含まれるか。

（答）

含まれない。本件加算は、指定通所介護及び指定地域密着型通所介護が対象である。なお、指定居宅サービス基準第 16 条の２イ（３）に「要支援認定」とあるのは、「利用者」に要支援者を含むとの意味ではなく、初回の要支援認定の後、評価対象利用開始月までの間に要介護認定を受ける場合を想定したものである。

問 38　ADL 維持等加算について、評価対象利用期間は指定通所介護事業所又は指定地域密着型通所介護事業所を連続して６月以上利用した期間とされているが、１）この「連

続して利用」とは、毎月１度以上利用していることを指すのか。２）この「連続して６月以上利用」は評価対象期間内である必要があるのか。３）６月より多く連続して利用している場合、当該連続しているすべての月を評価対象利用期間とするのか。

（答）

１）貴見のとおりである。

２）貴見のとおりである。評価対象利用期間は、評価対象期間の一部であることを想定している。つまり、その最初の月から最後の月まで、評価対象期間に含まれている必要がある。

３）連続しているすべての月ではなく、その中に最初の月が最も早い６月の期間を評価対象利用期間とする。例えば、２月から１１月まで連続利用がある場合は、２月から１１月まででではなく、２月から７月までを評価対象利用期間とする。

問 39　ADL 維持等加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）は、算定しようとする月の５時間未満の通所介護の算定回数が５時間以上の通所介護の算定回数以上の利用者でも算定できるのか。

（答）

できる。

【小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護】

○　若年性認知症利用者受入加算について

問 40　若年性認知症利用者受入加算について、小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護のように月単位の報酬が設定されている場合、６５歳の誕生日の前々日が含まれる月はどのように取り扱うのか。

（答）

本加算は６５歳の誕生日の前々日までは対象であり、月単位の報酬が設定されている小規模多機能型居宅介護と看護小規模多機能型居宅介護については６５歳の誕生日の前々日が含まれる月は月単位の加算が算定可能である。

【短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護】

○ 認知症専門ケア加算について

問 41　認知症専門ケア加算の算定要件について、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合が 1/2 以上であることが求められているが、算定方法如何。

（答）

・算定日が属する月の前３月間の利用者数の平均で算定する。

・具体的な計算方法は、次問の看護体制加算（Ⅲ）・（Ⅳ）の要介護３以上の割合の計算と同様に行うが、本加算は要支援者に関しても利用者数に含めることに留意すること。

【短期入所生活介護】

○ 看護体制加算（Ⅲ）・（Ⅳ）について

問 42　看護体制加算（Ⅲ）・（Ⅳ）の算定要件について、前年度又は算定日が属する月の前３月間の利用者の総数のうち、要介護３以上の利用者の占める割合が 70%以上であることが必要であるが、具体的な計算方法如何。

（答）

看護体制加算（Ⅲ）・（Ⅳ）の算定要件である要介護３以上の割合については、利用実人員数又は利用延人員数を用いて算定する。例えば、以下の例の場合の前３月の平均は次のように計算する（前年度の平均計算についても同様に行う）。

	要介護度	利用実績（単位：日）		
		1 月	2 月	3 月
利用者①	要支援 2	7	4	7
利用者②	要介護 1	7	6	8
利用者③	要介護 2	6	6	7
利用者④	要介護 3	12	13	13
利用者⑤	要介護 3	8	8	8
利用者⑥	要介護 3	10	11	12
利用者⑦	要介護 3	8	7	7
利用者⑧	要介護 4	11	13	13
利用者⑨	要介護 4	13	13	14
利用者⑩	要介護 5	8	8	7
要介護 3 以上合計		70	73	74
合計（要支援者を除く）		83	85	89

① 利用実人員数による計算（要支援者を除く）

・利用者の総数＝9 人（1 月）＋9 人（2 月）＋9 人（3 月）＝27 人

・要介護３以上の数＝7 人（1 月）＋7 人（2 月）＋7 人（3 月）＝21 人

したがって、割合は 21 人÷27 人≒77.7%（小数点第二位以下切り捨て）≧70%

② 利用延人員数による計算（要支援者を除く）

・利用者の総数＝83 人（1 月）＋85 人（2 月）＋89 人（3 月）＝257 人

・要介護 3 以上の数＝70 人（1 月）＋73 人（2 月）＋74 人（3 月）＝217 人

したがって、割合は 217 人÷257 人≒84.4%（小数点第二位以下切り捨て）≧70%

上記の例は、利用実人員数、利用延人員数ともに要件を満たす場合であるが、①又は②のいずれかで要件を満たせば加算は算定可能である。

・なお、利用実人員数による計算を行う場合、月途中で要介護状態区分が変更になった場合は月末の要介護状態区分を用いて計算する。

【短期入所療養介護】

○ 一般病床を有する有床診療所が行う短期入所療養介護について

問 43　一般病床を有する有床診療所が提供する短期入所療養介護の施設基準について、機能訓練をする場所については、利用者に必要な機能訓練が提供されることが重要であり、具体的な面積要件はなく、廊下、談話室、待合室や処置室など適度な広さのスペースがあればよいか。また、食堂の有無に関する減算の要件ついては、具体的な面積基準はなく、利用者への食事提供にあたり適度な広さのスペースがあればよいか。

（答）

貴見のとおりである。

【共生型サービス】

○　共生型サービスの指定について

問 44　平成 30 年４月から、共生型サービス事業所の指定が可能となるが、指定の際は、現行の「訪問介護」、「通所介護」、「短期入所生活介護」として指定するのか。それとも、新しいサービス類型として、「共生型訪問介護」、「共生型通所介護」、「共生型短期入所生活介護」として指定が必要となるのか。それとも「みなし指定」されるのか。

（答）

・共生型サービスは、介護保険又は障害福祉のいずれかの居宅サービス（デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイ）の指定を受けている事業所が、もう一方の制度における居宅サービスの指定も受けやすくする、あくまでも「居宅サービスの指定の特例」を設けたものであるため、従前通り「訪問介護」、「通所介護」、「短期入所生活介護」として、事業所の指定申請に基づき自治体が指定する。

・なお、当該指定の申請は、既に障害福祉サービスの指定を受けた事業所が行うこととなるが、いずれの指定申請先も都道府県（＊）であるため、指定手続について可能な限り簡素化を図る観点から、障害福祉サービス事業所の指定申請の際に既に提出した事項については、申請書の記載又は書類の提出を省略できることとしているので、別添を参照されたい。

（＊）定員 18 人以下の指定生活介護事業所等は、（共生型）地域密着型通所介護事業所として指定を受けることとなるが、当該指定申請先は市町村であるため、申請書又は書類の提出は、生活介護事業所等の指定申請の際に既に都道府県に提出した申請書又は書類の写しを提出することにより行わせることができることとしている。

※指定障害福祉サービス事業所が、（「共生型サービスの指定の特例」を受けることなく、通常の）介護保険の居宅サービスの指定の申請を行う場合についても同様の取扱いとする。

問 45　改正後の介護保険法第 72 条の２第１項ただし書に規定されている共生型居宅サービス事業者の特例に係る「別段の申出」とは具体的にどのような場合に行われることを想定しているのか。

（１）例えば、障害福祉制度の生活介護の指定を受けている事業者が、指定申請を行う場合、

①「別段の申出」をしなければ、共生型の通所介護の基準に基づき指定を受けることができる

②「別段の申出」をすれば、通常の通所介護の基準に基づき指定を受ける

ことになるということか。
（２）介護報酬については、
上記①の場合、基本報酬は所定単位数に 93／100 を乗じた単位数
上記②の場合、基本報酬は所定単位数（通常の通所介護と同じ）
ということか。

（答）

【（１）について】

・貴見のとおりである。

・共生型サービスは、介護保険又は障害福祉のいずれかの居宅サービス（デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイ）の指定を受けている事業所が、もう一方の制度における居宅サービスの指定も受けやすくする、「（共生型）居宅サービスの指定の特例」を設けたもの。

・（１）の場合、指定障害福祉事業所が介護保険サービスを行うことになるが、
①指定障害福祉事業所が、介護保険サービスの基準を満たせない場合
②指定障害福祉事業所が、（「（共生型）居宅サービスの指定の特例」を受けることなく）介護保険サービスの基準を満たす場合（※現在も事実上の共生型サービスとして運営可能）
があるため、②の場合に「別段の申出」を必要としているもの。

・なお、「別段の申出」については、以下の事項を記載した申請書を、当該申出に係る事業所の所在地の指定権者に対して行う。
ア　当該申出に係る事業所の名称及び所在地並びに申請者及び事業者の管理者の氏名及び住所
イ　当該申出に係る居宅サービスの種類
ウ　法第 72 条の２第１項等に規定する特例による指定を不要とする旨

【（２）について】

・貴見のとおりである。

≪参考≫

・介護保険法（平成９年法律第 123 号）（抄）
（共生型居宅サービス事業者の特例）
第七十二条の二　訪問介護、通所介護その他厚生労働省令で定める居宅サービスに係る事業所について、児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）第二十一条の五の三第一項の指定（当該事業所により行われる居宅サービスの種類に応じて厚生労働省令で定める種類の同法第六条の二の二第一項に規定する障害児通所支援（以下

「障害児通所支援」という。）に係るものに限る。）又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第百二十三号。以下「障害者総合支援法」という。）第二十九条第一項の指定障害福祉サービス事業者の指定（当該事業所により行われる居宅サービスの種類に応じて厚生労働省令で定める種類の障害者総合支援法第五条第一項に規定する障害福祉サービス（以下「障害福祉サービス」という。）に係るものに限る。）を受けている者から当該事業所に係る第七十条第一項（第七十条の二第四項において準用する場合を含む。）の申請があった場合において、次の各号のいずれにも該当するときにおける第七十条第二項（第七十条の二第四項において準用する場合を含む。以下この項において同じ。）の規定の適用については、第七十条第二項第二号中「第七十四条第一項の」とあるのは「第七十二条の二第一項第一号の指定居宅サービスに従事する従業者に係る」と、「同項」とあるのは「同号」と、同項第三号中「第七十四条第二項」とあるのは「第七十二条の二第一項第二号」とする。ただし、申請者が、厚生労働省令で定めるところにより、別段の申出をしたときは、この限りでない。

一　当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、指定居宅サービスに従事する従業者に係る都道府県の条例で定める基準及び都道府県の条例で定める員数を満たしていること。

二　申請者が、都道府県の条例で定める指定居宅サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な居宅サービス事業の運営をすることができると認められること。

２～５　（略）

問 46　共生型サービス事業所の指定を行う際、指定通知書等に明確に「共生型」と区分する必要があるのか。

（答）

不要である。

問 47　通所介護（都道府県指定）の利用定員は 19 人以上、地域密着型通所介護（市町村指定）の利用定員は 18 人以下とされているが、例えば、障害福祉制度の生活介護の指定を受けた事業所が介護保険（共生型）の通所介護の指定を受ける場合、定員 19 人以上であれば都道府県に指定申請を、定員 18 人以下であれば市町村に指定申請を行うことになるのか。

（答）

・共生型通所介護の定員については、共生型通所介護の指定を受ける指定生活介護事業所等において同時にサービス提供を受けることができる利用者数の上限であり、介護給付の対象となる利用者（要介護者）と障害給付の対象となる利用者（障害者）と

の合算で、利用定員を定めることとなるため、貴見のとおりである。

・なお、障害福祉制度の指定を受けた事業所が介護保険（共生型）の訪問介護又は短期入所生活介護の指定を受ける場合、これらのサービスには市町村指定の地域密着型サービスは存在しないため、事業所規模に関わらず、都道府県に指定申請を行うことになる。

○ 共生型サービスの定員超過減算について

問 48　共生型通所介護（障害福祉制度の生活介護事業所等が、要介護者へ通所介護を行う場合）の場合、定員超過の減算はどちらを対象に、どのように見るべきか。

（答）

・共生型通所介護事業所の定員については、介護給付の対象となる利用者（要介護者）と障害給付の対象となる利用者（障害児者）との合算で、利用定員を定めることとしているため、合計が利用定員を超えた場合には、介護給付及び障害給付の両方が減算の対象となる。

※共生型短期入所生活介護事業所についても同様の取扱いとする。

○ 共生型サービスの人員基準欠如減算について

問 49　共生型通所介護事業所と共生型短期入所生活介護事業所（介護保険の基準を満たしていない障害福祉の事業所）の人員基準欠如減算は、障害福祉の事業所として人員基準上満たすべき員数を下回った場合には、介護給付と障害給付の両方が減算の対象となるものと考えてよいか。

（答）

貴見のとおりである。

別添

共生型サービス事業所の指定手続の省略・簡素化

○　障害福祉と介護保険で相互に共通又は類似する項目については、指定の更新の際に申請書の記載又は書類の提出の省略が可能な事項を基本としつつ、以下のとおり省略又は簡素化できることとする。

（１）訪問介護（介護保険法施行規則第 114 条第２項による省略）

介護保険法施行規則 （第 114 条） 訪問介護	障害者総合支援法施行規則 （第 34 条の７） 居宅介護・重度訪問介護	省略可否
一　事業所（当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するときは、当該事務所を含む。）の名称及び所在地	一　事業所（当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するときは、当該事務所を含む。）の名称及び所在地	×
二　申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	二　申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	×
三　当該申請に係る事業の開始の予定年月日	三　当該申請に係る事業の開始の予定年月日	×
四　申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等	四　申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等	○
五　事業所の平面図	五　事業所の平面図	○
五の二　利用者の推定数	－	－
六　事業所の管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	六　事業所の管理者及びサービス提供責任者（中略）の氏名、生年月日、住所及び経歴	○
七　運営規程	七　運営規程	×

八　利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	八　利用者又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要	○
九　当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態	九　当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態	×
十　当該申請に係る事業に係る資産の状況	十　当該申請に係る事業に係る資産の状況	○
十一　当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス費の請求に関する事項	十一　当該申請に係る事業に係る介護給付費の請求に関する事項	×
十二　法第七十条第二項各号（中略）に該当しないことを誓約する書面（以下略）	十二　法第三十六条第三項各号に該当しないことを誓約する書面（以下略）	×
十三　役員の氏名、生年月日及び住所	十三　役員の氏名、生年月日及び住所	×
十四　その他指定に関し必要と認める事項	十四　その他指定に関し必要と認める事項	×

（２）通所介護（介護保険法施行規則第 119 条第２項による省略・簡素化）

※地域密着型通所介護も同様（介護保険法施行規則第 131 条の３の２第３項による省略・簡素化）

介護保険法施行規則（第 119 条）通所介護	児童福祉法施行規則		障害者総合支援法施行規則			省略可否
	（第 18 条の 27）児童発達支援	（第 18 条の 29）放課後等デイサービス	（第 34 条の９）生活介護	（第 34 条の 14 第４項）自立訓練（機能訓練）	（第 34 条の 14 第５項）自立訓練（生活訓練）	
一　事業所（当該事業所の所在地以外の場所に当該申請に係る事業の一部を行う施	一　事業所（当該事業所の所在地以外の場所に当該事業	一　事業所（当該事業所の所在地以外の場所に当該事業	一　事業所の名称及び所在地	一　事業所の名称及び所在地	一　事業所の名称及び所在地	×

設を有するときは、当該施設を含む。）の名称及び所在地	所の一部として使用される事務所を有するときは、当該事務所を含む。）の名称及び所在地	所の一部として使用される事務所を有するときは、当該事務所を含む。）の名称及び所在地				
二　申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	二　申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	二　申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	二　申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	二　申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	二　申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	×
三　当該申請に係る事業の開始の予定年月日	三　当該申請に係る事業の開始の予定年月日	三　当該申請に係る事業の開始の予定年月日	三　当該申請に係る事業の開始の予定年月日	三　当該申請に係る事業の開始の予定年月日	三　当該申請に係る事業の開始の予定年月日	×
四　申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等	四　申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書	四　申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書	四　申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項	四　申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項	四　申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項	○

	又は条例等	又は条例等	証明書又は条例等	証明書又は条例等	証明書又は条例等	
五　事業所（当該事業所の所在地以外の場所に当該申請に係る事業の一部を行う施設を有するときは、当該施設を含む。）の平面図（各室の用途を明示するものとする。）及び設備の概要	五　事業所の平面図（各室の用途を明示するものとする。）及び設備の概要	五　事業所の平面図（各室の用途を明示するものとする。）及び設備の概要	五　事業所の平面図（各室の用途を明示するものとする。）及び設備の概要	五　事業所の平面図（各室の用途を明示するものとする。）及び設備の概要	五　事業所の平面図（各室の用途を明示するものとする。）及び設備の概要	○
ー	六　利用者の推定数	六　利用者の推定数	六　利用者の推定数	六　利用者の推定数	六　利用者の推定数	×
六　事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	七　事業所の管理者及び児童発達支援管理責任者（中略）の氏名、生年月日、住所及び経歴	七　事業所の管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	七　事業所の管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	七　事業所の管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	七　事業所の管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	○
七　運営規程	八　運営規程	八　運営規程	八　運営規程	八　運営規程	八　運営規程	×
八　利用者からの苦情を処理するために講	九　障害児又はその家族から	九　障害児又はその家族から	九　利用者又はその家族	九　利用者又はその家族	九　利用者又はその家族	○

ずる措置の概要	の苦情を解決するために講ずる措置の概要	の苦情を解決するために講ずる措置の概要	からの苦情を解決するために講ずる措置の概要	からの苦情を解決するために講ずる措置の概要	からの苦情を解決するために講ずる措置の概要	
九　当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態	十　当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態	十　当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態	十　当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態	十　当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態	十　当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態	×
十　当該申請に係る事業に係る資産の状況	十一　当該申請に係る事業に係る資産の状況	十一　当該申請に係る事業に係る資産の状況	十一　当該申請に係る事業に係る資産の状況	十一　当該申請に係る事業に係る資産の状況	十一　当該申請に係る事業に係る資産の状況	○
－	－	－	十二　指定障害福祉サービス基準第九十一条の協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該	十二　指定障害福祉サービス基準第九十一条の協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該	十二　指定障害福祉サービス基準第九十一条の協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該	×

			協力医療機関との契約の内容	協力医療機関との契約の内容	協力医療機関との契約の内容	
十一　当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス費の請求に関する事項	十二　当該申請に係る事業に係る障害児通所給付費の請求に関する事項	十二　当該申請に係る事業に係る障害児通所給付費の請求に関する事項	十三　当該申請に係る事業に係る介護給付費の請求に関する事項	十三　当該申請に係る事業に係る訓練等給付費の請求に関する事項	十三　当該申請に係る事業に係る訓練等給付費の請求に関する事項	×
十二　誓約書	十三　法第二十一条の五の十五第二項各号に該当しないことを誓約する書面（以下略）	十三　誓約書	十四　誓約書	十四　誓約書	十四　誓約書	×
十三　役員の氏名、生年月日及び住所	十四　役員の氏名、生年月日及び住所	十四　役員の氏名、生年月日及び住所	十五　役員の氏名、生年月日及び住所	十五　役員の氏名、生年月日及び住所	十五　役員の氏名、生年月日及び住所	×
十四　その他指定に関し必要と認める事項	十五　その他指定に関し必要と認める事項	十五　その他指定に関し必要と認める事項	十六　その他指定に関し必要と認める事項	十六　その他指定に関し必要と認める事項	十六　その他指定に関し必要と認める事項	×

（３）短期入所生活介護（介護保険法施行規則第 121 条第３項による省略）

※介護予防短期入所生活介護も同様（介護保険法施行規則第 140 条の 10 第３項による省略）

介護保険法施行規則 （第 121 条） 短期入所生活介護	障害者総合支援法施行規則 （第 34 条の 11） 短期入所	省略可否
一　事業所の名称及び所在地	一　事業所の名称及び所在地	×
二　申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	二　申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	×
三　当該申請に係る事業の開始の予定年月日	三　当該申請に係る事業の開始の予定年月日	×
四　申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等	四　申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等	○
五　当該申請に係る事業を指定居宅サービス等基準第百二十一条第二項の規定の適用を受ける特別養護老人ホームにおいて行う場合又は同条第四項に規定する併設事業所（次号において「併設事業所」という。）において行う場合にあっては、その旨	五　事業所の種別（指定障害福祉サービス基準第百十五条第一項に規定する併設事業所（次号及び第七号において「併設事業所」という。）又は同条第二項の規定の適用を受ける施設の別をいう。）	×
六　建物の構造概要及び平面図（当該申請に係る事業を併設事業所において行う場合にあっては、指定居宅サービス等基準第百二十四条第三項に規定する併設本体施設又は指定居宅サービス等基準第百四十条の四第三項に規定するユニット型事業所併設本体施設の平面図を含む。）（各室の用途を明示するものとする。）	六　建物の構造概要及び平面図（当該申請に係る事業を併設事業所において行う場合にあっては、指定障害福祉サービス基準第百十七条第二項に規定する併設本体施設の平面図を含む。）（各室の用途を明示するものとする。）並びに設備の概要	○

並びに設備の概要		
七　当該申請に係る事業を指定居宅サービス等基準第百二十一条第二項の規定の適用を受ける特別養護老人ホームにおいて行うときは当該特別養護老人ホームの入所者の定員、当該特別養護老人ホーム以外の事業所において行うときは当該申請に係る事業の開始時の利用者の推定数	七　当該申請に係る事業を併設事業所において行うときは利用者の推定数、指定障害福祉サービス基準第百十五条第二項の規定の適用を受ける施設において行うときは当該施設の入所定員	×
八　事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	八　事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	○
九　運営規程	九　運営規程	×
十　利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	十　利用者又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要	○
十一　当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態	十一　当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態	×
十二　当該申請に係る事業に係る資産の状況	十二　当該申請に係る事業に係る資産の状況	○
十三　指定居宅サービス等基準第百三十六条（指定居宅サービス等基準第百四十条の十三において準用する場合を含む。）の協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容	十三　指定障害福祉サービス基準第百二十五条において準用する指定障害福祉サービス基準第九十一条の協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容	○
十四　当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス費の請求に関する事項	十四　当該申請に係る事業に係る介護給付費の請求に関する事項	×
十五　誓約書	十五　誓約書	×
十六　役員の氏名、生年月日及び住所	十六　役員の氏名、生年月日及び住所	×
十七　その他指定に関し必要と認める事項	十七　その他指定に関し必要と認める事項	×

【訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション】

○ リハビリテーション計画書

問 50　報酬告示又は予防報酬告示の留意事項通知において、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供に当たっては「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」（平成 30 年３月 22 日老老発 0322 第２号）の別紙様式２－１を用いることとされている。別紙様式２－１は Barthel Index が用いられているが、情報提供をする医師と情報提供を受ける医師との間で合意している場合には、FIM（Functional Independence Measure）を用いて評価してもよいか。

（答）

・医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供に当たっては別紙様式２－１を用いる必要があるが、Barthel Index の代替として FIM を用いる場合に限り変更を認める。

・なお、様式の変更に当たっては、本件のように情報提供をする医師と情報提供を受ける医師との間で事前の合意があることが必要である。

問51　医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供について、「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」（平成 30 年３月 22 日老老発 0322 第２号）の別紙様式２－１をもって、保険医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式２－１に記載された内容について確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、例外として、別紙様式２－１をリハビリテーション計画書と見なしてリハビリテーションの算定を開始してもよいとされている。

（１）　医療保険から介護保険のリハビリテーションへ移行する者が、当該保険医療機関を介護保険のリハビリテーション事業所として利用し続ける場合であっても同様の取扱いをしてよいか。また、その場合、保険医療機関側で当該の者を診療し、様式２－１を記載して情報提供を行った医師と、介護保険のリハビリテーション事業所側で情報提供を受ける医師が同一であれば、情報提供を受けたリハビリテーション事業所の医師の診療を省略して差し支えないか。

（２）　医療保険から介護保険のリハビリテーションへ移行する者が、保険医療機関から情報提供を受ける介護保険のリハビリテーション事業所において、指定訪問リハビリテーションと指定通所リハビリテーションの両方を受ける場合、リハビリテーション会議の開催等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれて

いる環境に関する情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合が取れたものとなっていることが確認できれば、別紙様式２－１による情報提供の内容を訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの共通のリハビリテーション計画とみなして、双方で使用して差し支えないか。

（答）

（１） よい。また、医師が同一の場合であっては、医師の診療について省略して差し支えない。

ただし、その場合には省略した旨を理由とともに記録すること。

（２） 差し支えない。

≪参考≫

・居宅基準第 81 条第５項、基準解釈通知第３の四の３の（３）⑤から⑦を参照のこと。

○ リハビリテーションマネジメント加算

問 52 リハビリテーションの実施に当たり、医師の指示が求められているが、医師がリハビリテーション実施の当日に指示を行わなければならないか。

（答）

・毎回のリハビリテーションは、医師の指示の下、行われるものであり、当該の指示は利用者の状態等を踏まえて適時適切に行われることが必要であるが、必ずしも、リハビリテーションの提供の日の度に、逐一、医師が理学療法士等に指示する形のみを求めるものではない。

・例えば、医師が状態の変動の範囲が予想できると判断した利用者について、適当な期間にわたり、リハビリテーションの指示を事前に出しておき、リハビリテーションを提供した理学療法士等の記録等に基づいて、必要に応じて適宜指示を修正する等の運用でも差し支えない。

【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

○ リハビリテーションマネジメント加算

問 53　リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）及び（Ⅳ）の算定要件では、医師がリハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族へ説明することとされている。

平成 30 年度介護報酬改定において、リハビリテーション会議の構成員である医師の参加については、テレビ電話等情報通信機器を使用しても差し支えないとされているが、リハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族へテレビ電話等情報通信機器を介して説明した場合、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）及び（Ⅳ）の算定要件を満たすか。

（答）

リハビリテーション会議の中でリハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族へ説明する場合に限り満たす。

問 54　リハビリテーションマネジメント加算におけるリハビリテーション会議の構成員である医師の参加については、テレビ電話等情報通信機器を使用しても差し支えないとされているが、テレビ電話等情報通信機器の使用について、基本的には音声通話のみであるが、議事のなかで必要になった時に、リハビリテーション会議を実施している場の動画や画像を送る方法は含まれるか。

（答）

・含まれない。

・テレビ電話等情報通信機器の使用については、リハビリテーション会議の議事を円滑にする観点から、常時、医師とその他の構成員が動画を共有している必要がある。

問 55　リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）について、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業に参加するにはどうしたらよいか。

（答）

「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」（平成 30 年３月 22 日老老発 0322 第２号）の「第２（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」を参照されたい。

○ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）

問 56　自治体が制定する条例において、法令の定めがあるときを除いて、個人情報を処理する電子計算機について、自治体が保有する以外の電子計算機との回線の結合が禁じられている事業者であるが、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収

集等事業に参加できるか。

（答）

・自治体が制定する条例の解釈については、当該条例を制定した主体が判断するものである。

・なお、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業のシステムを活用したデータ提出を要件としたリハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）は「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」（平成12年厚生省告示第19号）という法令に基づいたものである。

○ 社会参加支援加算

問 57　社会参加支援加算における就労について、利用者が障害福祉サービスにおける就労移行支援や就労継続支援（Ａ型、Ｂ型）の利用に至った場合を含めてよいか。

（答）

よい。

○ 保険医療機関において指定訪問リハビリテーションを行う場合の取扱

問 58　保険医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーション（以下、疾患別リハビリテーション）と１時間以上２時間未満の通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションを同時に行う場合、理学療法士等は同日に疾患別リハビリテーション、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを提供することができるのか。

（答）

・次の４つの条件を満たす必要がある。

１　訪問リハビリテーションにおける20分のリハビリテーションに従事した時間を、疾患別リハビリテーションの１単位とみなし、理学療法士等１人あたり１日18単位を標準、１日24単位を上限とし、週108単位以内であること。

２　１時間以上２時間未満の通所リハビリテーションにおける20分の個別リハビリテーションに従事した時間を、疾患別リハビリテーションの１単位とみなし、理学療法士等１人あたり１日 18 単位を標準、１日 24 単位を上限とし、週 108 単位以内であること。

３　疾患別リハビリテーション１単位を訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの20分としてみなし、理学療法士等１人当たり１日合計８時間以内、週36時間以内であること。

４　理学療法士等の疾患別リハビリテーション、通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションに従事する状況が、勤務簿等に記載されていること。

≪参考≫

・「介護サービス関係Ｑ＆Ａ」　1211（平成 24 年３月 16 日発出【64】85）

【訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション】

○ 事業所の医師が診療せずにリハビリテーションを提供した場合の減算

問 59　別の医療機関の医師から計画的な医学的管理を受けている者に対し、指定訪問リハビリテーション事業所等の医師が、自らは診療を行わず、当該別の医療機関の医師から情報提供を受けてリハビリテーションを計画、指示してリハビリテーションを実施する場合において、当該別の医療機関の医師から提供された情報からは、環境因子や社会参加の状況等、リハビリテーションの計画、指示に必要な情報が得られない場合どのように対応すればよいか。

（答）

指定訪問リハビリテーション等を開始する前に、例えば当該指定訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に利用者を訪問させ、その状態についての評価を報告させる等の手段によって、必要な情報を適宜入手した上で医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が共同してリハビリテーションを計画し、事業所の医師の指示に基づいてリハビリテーションを行う必要がある。

問 60　別の医療機関の医師から計画的な医学的管理を受けている者に対し、指定訪問リハビリテーション事業所等の医師が、自らは診療を行わず、当該別の医療機関の医師から情報提供を受けてリハビリテーションを計画、指示してリハビリテーションを実施した場合、当該別の医療機関の医師が適切な研修の修了等をしていれば、基本報酬から 20 単位を減じた上で訪問リハビリテーション料等を算定できることとされている。この「適切な研修の修了等」に、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修の単位を取得した場合は含まれるか。

（答）

含まれる。なお、応用研修のすべての単位を取得している必要はなく、応用研修のうち、「応用研修会」の項目である、「フレイル予防・高齢者総合的機能評価（CGA）・老年症候群」「栄養管理」「リハビリテーション」「摂食嚥下障害」のいずれか１単位以上を取得した上で、事業所の医師に情報提供を行う日が属する月から前 36 月の間に合計６単位以上（前述の単位を含む。）を取得していればよい。

○ 人員基準

問 61　指定訪問リハビリテーションの人員基準において常勤医師の配置が必要であるが、常勤医師が１名の診療所や介護老人保健施設において指定訪問リハビリテーションを実施する場合、当該医師の他にもう一人の常勤医師を雇用する必要があるか。

（答）

必要ない。

問 62　指定訪問リハビリテーション事業所の常勤医師が、理学療法士等が利用者宅を訪問してリハビリテーションを提供している時間や、カンファレンス等の時間に、医療保険における診療を行っても居宅等サービスの運営基準の人員に関する基準を満たしていると考えてよいか。

（答）

よい。

【訪問リハビリテーション】

○ 訪問リハビリテーションの基本報酬

問 63　１日のうちに連続して 40 分以上のサービスを提供した場合、２回分として算定してもよいか。

（答）

・ケアプラン上、複数回のサービス提供を連続して行うことになっていれば、各サービスが 20 分以上である限り、連続していてもケアプラン上の位置づけ通り複数回算定して差し支えない。

・ただし、訪問リハビリテーションは、１週に６回を限度として算定することとなっていることに注意されたい。

【介護予防訪問リハビリテーション】

○ 介護予防訪問リハビリテーションの事業所評価加算

問 64　大臣基準告示 106 の４のホ⑵㈠において、介護予防訪問リハビリテーションの事業所評価加算に係る平成 30 年度の経過措置について、指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問リハビリテーション費の注７に掲げる別に厚生労働省が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出ることが、平成 29 年１月１日から平成 29 年 12 月 31 日までの期間に求められているが、取扱い、如何。

（答）

平成 30 年４月１日以降速やかに、指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問リハビリテーション費の注７に掲げる別に厚生労働省が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出ていることで足りる。

【介護予防通所リハビリテーション】

○　介護予防通所リハビリテーションの事業所評価加算

問 65　平成 30 年介護報酬改定により、介護予防通所リハビリテーションにおける施設等の区分に新たに介護医療院が設けられるが、従前より介護予防通所リハビリテーションを提供している事業所において、施設等の区分を介護医療院へ変更した場合の事業所評価加算に係る実績の取扱い、如何。

（答）

・原則として、従前より介護予防通所リハビリテーションを提供している事業所が、介護医療院へ施設等の区分を変更する場合には、変更前の実績を引き継いで評価する。

・ただし、施設等の区分の変更に伴い事業者のサービス提供の体制等が大きく変わると保険者が判断する場合においてはその限りではない。

【通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション】

○ 設備に関する基準

問 66　「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」（平成 11 年９月 17 日老企第 25 号）において、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けている患者と介護保険の指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションの利用者に対するサービス提供に支障が生じない場合に限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えないとされ、その場合には、医療保険のリハビリテーションの患者数に関わらず、常時、３平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用者数を乗じた面積以上を満たせばよいとされている。

　例えば保険医療機関の 45 平方メートルの訓練室を指定通所リハビリテーションと共用する場合、45 平方メートルを３平方メートルで除した数、すなわち 15 人以下の利用者数に指定通所リハビリテーションを提供できると考えていいか。

（答）

　よい。

【通所リハビリテーション】

○ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

問 67　認知症短期集中リハビリテーション実施加算の要件である「認知症に対するリハビリテーションに関わる専門的な研修を終了した医師」の研修とは具体的に何か。

（答）

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、治療及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である必要がある。

例えば、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」、日本リハビリテーション病院・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会」、全国デイ・ケア協会が主催する「通所リハ認知症研修会」が該当すると考えている。また、認知症診療に習熟し、かかりつけ医への助言、連携の推進等、地域の認知症医療体制構築を担う医師の養成を目的として、都道府県等が実施する「認知症サポート医養成研修」修了者も本加算の要件を満たすものと考えている。

≪参考≫

・平成 27 年度改定関係Ｑ＆Ａ（vol．２）（平成 27 年４月 30 日）問 18 を一部修正した。

【特定施設入居者生活介護】

○　退院・退所時連携加算について

問 68　医療提供施設を退院・退所して、体験利用を行った上で特定施設に入居する際、加算は取得できるか。

（答）

医療提供施設を退院・退所して、体験利用を挟んで特定施設に入居する場合は、当該体験利用日数を 30 日から控除して得た日数に限り算定出来ることとする。

○　退院・退所時加算について

問 69　退院・退所時の医療提供施設と特定施設との連携は、具体的にどのようなものを指すのか。

（答）

医療提供施設と特定施設との退院・退所時の連携については、面談によるほか、文書（FAX も含む。）又は電子メールにより当該利用者に関する必要な情報の提供を受けることとする。

問 70　退院・退所時の連携の記録はどのような事項が必要か。

（答）

退院・退所時の医療提供施設と特定施設との連携の記録については、特に指定しないが、「居宅介護支援費の退院・退所加算に係る様式例の提示について（平成 21 年老振発第 0313001 号(最終改正:平成 24 年老振発第 0330 第 1 号)）」にて示している「退院・退所に係る様式例」を参考にされたい。

【施設サービス共通】

○　栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算、低栄養リスク改善加算について

問 71　栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算、低栄養リスク改善加算の算定にあたって歯科医師の関与や配置は必要か。

（答）

多職種共同で計画を立案する必要があるが、歯科医師の関与及び配置は必須ではなく、必要に応じて行うものである。

※　平成 21 年度報酬改定 Q&A(vol．２)（平成 21 年４月 17 日）共通事項の問５は削除する。

○ 経口維持加算

問 72　水飲みテストとはどのようなものか。また、算定期間が６月以内という原則を超える場合とはどのようなときか。

（答）

・経口維持加算は、入所者の摂食・嚥下機能が医師の診断により適切に評価されていることが必要である。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ー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ー276、1982）をお示しする。

・また、６月を超えた場合であっても、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者であって、医師又は歯科医師の指示に基づき、継続して誤嚥防止のための食事の摂取を進めるための特別な管理が必要とされる場合は、引き続き算定出来る。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１月ごとに受けるものとする。

※　平成 18 年 Q&A（vol．１）（平成 18 年３月 22 日）問 72 及び平成 24 年 Q&A（vol．２）（平成 24 年３月 30 日）問 33 は削除する。

問 73　経口維持加算（Ⅰ）の嚥下機能評価について、造影撮影や内視鏡検査以外での評価（水飲みテストなど）で嚥下機能評価している場合でも可能か。

（答）

現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害を有し、水飲みテスト（「氷砕片飲み込み検査」、「食物テスト（food test)」、「改訂水飲みテスト」等を含む。）、頸部聴診法、造影撮影（医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。）、内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコピー」をいう。）等により

誤嚥が認められる場合に算定出来るものである。

※　平成 21 年 Q&A（vol．２）（平成 21 年４月 17 日）問８は削除する。

○　口腔衛生管理体制加算

問 74　口腔衛生管理体制加算について、月の途中で退所、入院又は外泊した場合や月の途中から入所した場合にはどのように取り扱えばよいのか。

（答）

入院・外泊中の期間は除き、当該月において１日でも当該施設に在所した入所者について算定できる。

※　平成 24 年 Q&A（vol．１）（平成 24 年３月 16 日）問 186 及び問 187 は削除する。

問 75　口腔衛生管理体制加算について、「歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと」とあるが、歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料を算定した日と同一日であっても、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導を行っていない異なる時刻であれば、「実施時間以外の時間帯」に該当すると考えてよいか。

（答）

貴見のとおり。

※　平成 21 年 Q&A（vol．２）（平成 21 年４月 17 日）問２は削除する。

○　口腔衛生管理加算

問 76　口腔衛生管理体制加算及び口腔衛生管理加算における「歯科衛生士」とは、施設職員に限定されるのか。もしくは、協力歯科医療機関等の歯科衛生士でもよいのか。

（答）

両加算ともに、施設と雇用関係にある歯科衛生士（常勤、非常勤を問わない）または協力歯科医療機関等に属する歯科衛生士のいずれであっても算定可能である。ただし、算定にあたっては、協力歯科医療機関等の歯科医師の指示が必要である。

※　平成 24 年 Q&A（vol．２）（平成 24 年３月 30 日）問 32 は削除する。

問 77　口腔衛生管理加算は、一人の歯科衛生士が、同時に複数の入所者に対して口腔ケアを行った場合も算定できるのか。

（答）

利用者ごとに口腔ケアを行うことが必要である。

※　平成 24 年 Q&A（vol. １）（平成 24 年３月 16 日）問 188 は削除する。

問 78　歯科衛生士による口腔ケアが月２回以上実施されている場合に算定できることとされているが、月途中から介護保険施設に入所した者について、入所月は月２回に満たない場合であっても算定できるのか。

（答）

月途中からの入所であっても、月２回以上口腔ケアが実施されていない場合には算定できない。

※　平成 24 年 Q&A（vol. １）（平成 24 年３月 16 日）問 189 は削除する。

問 79　口腔衛生管理加算は、歯科衛生士による口腔ケアが月２回以上実施されている場合に算定できるが、同一日の午前と午後それぞれ口腔ケアを行った場合は２回分の実施とするのか。

（答）

同一日の午前と午後それぞれ口腔ケアを行った場合は、１回分の実施となる。

※　平成 24 年 Q&A（vol. ３）（平成 24 年４月 25 日）問 11 は削除する。

問 80　口腔衛生管理体制加算及び口腔衛生管理加算の算定に当たって作成することとなっている「入所者または入院患者の口腔ケアマネジメントに係る計画」については、施設ごとに計画を作成すればよいのか。

（答）

・施設ごとに計画を作成することとなる。

・なお、口腔衛生管理加算の算定に当たっては、当該計画にあわせて入所者ごとに「口腔衛生管理に関する実施記録」を作成・保管することが必要である。

※　平成 24 年 Q&A（vol. １）（平成 24 年３月 16 日）問 190 は削除する。

○ 低栄養リスク改善加算について

問 81　週５回以上の食事の観察について、管理栄養士は必ず週５回以上実施する必要があるか。

（答）

・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を原則とする。

・病欠等のやむを得ない事情により管理栄養士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ないが、観察した結果については、管理栄養士に報告すること。

○ 療養食加算について

問 82　10 時や 15 時に提供されたおやつは１食に含まれるか。

（答）

・おやつは算定対象に含まれない。

○ 療養食加算について

問 83　濃厚流動食のみの提供の場合は、３食として理解してよいか。

（答）

・１日給与量の指示があれば、２回で提供しても３回としてよい。

【介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院】

○　排せつ支援加算について

問 84　排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成する際に参考にする、失禁に対するガイドラインに、以下のものは含まれるか。

・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）

（答）

いずれも含まれる。

問 85　排せつ支援加算について、「支援計画に基づく支援を継続して実施した場合は、支援を開始した日の属する月から起算して６月以内の期間に限り、１月につき所定単位数を算定する。ただし、同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とされているが、１）「支援を継続して実施」を満たすためには、毎日必ず何らかの支援を行っている必要があるのか。２）支援を開始した日の属する月から起算して６月の期間が経過する前に、支援が終了することも想定されるか。その場合、加算の算定はいつまで可能か。３）「同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とは、入所中１月分しか当該加算を算定できないという意味ではなく、加算が算定できる６月の期間を経過する等によって加算の算定を終了した場合は、支援を継続したり、新たに支援計画を立てたりしても加算を算定することはできないという意味か。

（答）

１）排せつに関して必要な支援が日常的に行われていれば、必ずしも毎日何らかの支援を行っていることを求めるものではない。

２）想定される。例えば、６月の期間の経過より前に当初見込んだ改善を達成し、その後は支援なしでも維持できると判断された場合や、利用者の希望によって支援を中止した場合等で、日常的な支援が行われない月が発生した際には、当該の月以降、加算は算定できない。

３）貴見のとおりである。

【介護老人福祉施設・介護老人保健施設・地域密着型介護老人福祉施設】

○ 褥瘡マネジメント加算について

問 86　褥瘡ケア計画を作成する際に参考にする、褥瘡管理に対するガイドラインに、以下のものは含まれるか。 ・褥瘡 予防・管理ガイドライン（平成 27 年　日本褥瘡学会） ・褥瘡診療ガイドライン（平成 29 年　日本皮膚科学会）

（答）

いずれも含まれる。

【介護老人福祉施設】

○ 身体拘束廃止未実施減算

問 87　新たに基準に追加された体制をとるためには準備が必要であると考えられるが、何時の時点から減算を適用するか。

（答）

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。

○ 夜勤職員配置加算（ロボット）

問 88　最低基準を 0.9 人上回るとは、どのような換算をおこなうのか。

（答）

・月全体の総夜勤時間数の 90%について、夜勤職員の最低基準を１以上上回れば足りるという趣旨の規定である。

・具体的には、1 ヶ月 30 日、夜勤時間帯は一日 16 時間であるとすると、合計 480 時間のうちの 432 時間において最低基準を１以上上回っていれば､夜勤職員配置加算を算定可能とする。なお､90%の計算において生じた小数点 1 位以下の端数は切り捨てる。

問 89　入所者数の 15%以上設置ということだが、見守り機器を設置しているベッドが空床であってもよいのか。

（答）

空床は含めない。

問 90　見守り機器は、どのようなものが該当するのか。

（答）

・個別の指定はなく、留意事項通知で定める機能を有するものが該当する。

例えば､平成 28 年度補正予算「介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業」で実証を行った機器のほか、訪室回数の減少、介助時間の減少、ヒヤリハット・介護事故の減少等の効果が期待できる機器が該当する。

・介護老人福祉施設等は、訪室回数や介助時間の減少等の実証効果を製造業者等に確認するとともに、少なくとも９週間以上見守り機器を活用し、導入機器を安全かつ有効に活用するための委員会において、ヒヤリハット･介護事故が減少していることを確認し、必要な分析・検討等を行った上で、都道府県等に届出を行い、加算を算定すること。

・なお、見守り機器をベッドに設置する際には、入所者のプライバシーに配慮する観点から、入所者又は家族等に必要な説明を行い、同意を得ること。

※９週間については、少なくとも３週間毎にヒヤリハット・介護事故の状況を確認することとする。

○ 配置医師緊急時対応加算

問 91　配置医師緊急時対応加算の趣旨如何。

（答）

配置医師が行う健康管理等の対応については個別の契約により給与や委託費等を支払う形式が基本になっていると思われるが、今回の配置医師緊急時対応加算については、これまで、配置医師が緊急時の対応を行ったような場合について報酬上の上乗せの評価等が存在しなかったことや、施設の現場において緊急時の対応を行った配置医師に対する謝金や交通費の負担についての課題が存在したことから、配置医師が深夜等に緊急時の対応を行う環境を整備し、こうした対応を推進するために、新たな加算を設けることとしたものである。こうした趣旨を踏まえて、加算を活用されたい。

問 92　早朝・夜間又は深夜に診療を行う必要があった理由とは、具体的にはどのようなものか。

（答）

例えば、入所者の体調に急変が生じ、緊急的にその対応を行う必要があったことが考えられる。

問 93　協力医療機関の医師が対応したときでも算定可能か。

（答）

配置医師が対応した場合のみ算定可能である。

○　外泊時在宅サービス利用の費用

問 94　介護老人福祉施設が提供する在宅サービスとはどのようなものか。

（答）

介護老人福祉施設が他のサービス事業所に委託して行う場合や、併設事業所がサービス提供を行う場合等が考えられる。

問 95　連続する外泊で、サービスを提供していない日と提供した日がある場合はどのような算定となるか。

（答）

各日において外泊時の費用又は外泊時在宅サービス利用の費用が算定可能であるが、それぞれの算定上限に従う。

問 96　外泊時費用と外泊サービス利用時の費用を月に６日ずつ１２日間算定することは可能か。

（答）

可能である。

○ 障害者生活支援体制

問 97　50 名以上の場合の具体的な計算はどうなるか。

（答）

例えば、障害者を 60 名受け入れていた場合、60 を 50 で除した 1.2 に１を加えた常勤換算 2.2 名以上障害者生活支援員を配置している必要がある。

○ 基本報酬（旧措置入所者）

問 98　旧措置入所者はどの基本報酬を算定することになるのか。

（答）

それぞれの施設類型と居室に応じた単位数を算定することとなる。たとえば、旧措置入所者介護福祉施設サービス費（Ⅰ）を算定していた者については、介護福祉施設サービス費（Ⅰ）を算定することとなる。

問 99　旧措置入所者の基準費用額はどのような取扱いになるのか。

（答）

旧措置入所者の類型廃止後についても、基準費用額の取扱は従前と変わらない。

○ ユニット型個室的多床室

問 100　居住費の基準費用額はどのような取扱になるのか。

（答）

取扱は従来の準個室のままとなる。

【介護老人保健施設】

○ 介護保健施設サービス費（Ⅰ）及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算について

問 101　平成３０年度介護報酬改定において見直された介護保健施設サービス費（Ⅰ）及び在宅復帰･在宅療養支援機能加算を算定する介護老人保健施設における在宅復帰在宅療養支援等評価指標等の要件については､都道府県への届出を毎月行う必要があるのか。また、算定要件を満たさなくなった場合は、基本施設サービス費及び加算の算定はどのように取り扱うのか。

（答）

･在宅復帰在宅療養支援等評価指標として算出される数が報酬上の評価における区分変更を必要としない範囲での変化等、軽微な変更であれば毎月の届出は不要である。

･例えば、在宅復帰在宅療養支援等評価指標が２４から３６に変化した場合には、区分の変更が生じない範囲での変化となる。一方で、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）を算定している施設について、在宅復帰在宅療養支援等評価指標が４２から３８に変化した場合には、区分の変更が生じる範囲での変化となる。

･ただし、要件を満たさなくなった場合、その翌月は、その要件を満たすものとなるよう必要な対応を行うこととし、それでも満たさない場合には、満たさなくなった翌々月に届出を行い､当該届出を行った月から当該施設に該当する基本施設サービス費及び加算を算定する。なお、満たさなくなった翌月末において、要件を満たした場合には翌々月の届出は不要である。

･また、在宅強化型から基本型の介護保健施設サービス費を算定することとなった場合に、当該施設の取組状況において、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）の算定要件を満たせば、当該変更月より在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）を算定できる。

･なお、算定要件を満たさなくなった場合の取扱いについては、平成 30 年度介護報酬改定前の介護保健施設サービス費（Ⅰ）（ⅰ）又は（ⅲ）（改定前の従来型）については、改定後の介護保健施設サービス費（Ⅰ）（ⅰ）又は（ⅲ）（改定後の基本型）と、改定前の在宅復帰・在宅療養支援機能加算については、改定後の在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）と、改定前の介護保健施設サービス費（Ⅰ）（ⅱ）又は（ⅳ）（改定前の在宅強化型）については、改定後の介護保健施設サービス費（Ⅰ）（ⅱ）又は（ⅳ）（改定後の在宅強化型）とみなして取り扱うこととする。

※　平成 24 年Ｑ＆Ａ（平成 24 年３月 16 日）問 198、問 200、問 203、問 205 及び問 207、平成 24 年Ｑ＆Ａ（平成 24 年３月 30 日）問 36、問 37 及び問 38、平成 21 年Ｑ＆Ａ（平成 21 年４月 17 日）問 36、平成 18 年Ｑ＆Ａ（平成 18 年３月 22 日）問 78 は削除する。

問 102　基本型の基本施設サービス費を算定していたが、要件を満たしたため在宅強化型の基本施設サービス費を算定することとなった場合、入所日は、新たに在宅強化型の介護老人保健施設の基本施設サービス費の算定を開始した日となるのか。

（答）

・入所者の入所中に、介護老人保健施設の基本施設サービス費の種類が変更となった場合であっても、当該入所者の入所日は、基本施設サービス費が変わる前の入所日である。なお、短期集中リハビリテーション実施加算等の起算日についても同様の取扱いとなる。

※　平成 24 年Ｑ＆Ａ（平成 24 年３月 16 日）問 206 の修正。

問 103　介護老人保健施設の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算の要件における「算定日が属する月の前６月間」及び「算定日が属する月の前３月間」とはどの範囲なのか。

（答）

・介護保健施設サービス費（Ⅰ）においては、届出が受理された日が属する月の翌月（届出が受理された日が月の初日である場合は当該月）から算定を開始するものであり、「算定日が属する月の前６月間」又は「算定日が属する月の前３月間」とは、算定を開始する月の前月を含む前６月間又は前３月間のことをいう。

・ただし、算定を開始する月の前月末の状況を届け出ることが困難である場合は、算定を開始する月の前々月末までの状況に基づき前月に届出を行う取扱いとしても差し支えない。

・なお、在宅復帰・在宅療養支援機能加算及び介護療養型老人保健施設の基本施設サービス費についても同様の取扱いである。

（参考）　平成 30 年６月から算定を開始する場合

・算定日が属する月の前６月間…平成 29 年 12 月から平成 30 年５月まで
（算定を開始する月の前月末の状況を届け出ることが困難である場合は、平成 29 年 11 月から平成 30 年４月まで）

・算定日が属する月の前３月間…平成 30 年３月から５月まで

※　平成 24 年Ｑ＆Ａ（平成 24 年３月 16 日）問 199 の修正。

問 104　平成２９年５月１日以降に開設された介護老人保健施設であって、現に在宅復帰・在宅療養支援機能を発揮するため努力をしている施設及び平成３０年４月１日以降に開設される介護老人保健施設について、介護保健施設サービス費（Ⅰ）又は在宅

復帰・在宅療養支援機能加算の算定要件における実績は、どのように取り扱うのか。

（答）

・介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援等指標を丁寧に把握するためには、算定要件における実績を算出するための期間を十分に設け判定することが重要である。

・そのため、平成２９年４月１日以降に開設された介護老人保健施設及び平成３０年４月１日以降に開設される介護老人保健施設のうち、在宅復帰・在宅療養支援機能を発揮するため必要な取り組みを行う施設については、開設日が属する月から１年間に限り、基本型の基本施設サービス費を算定可能とする。また、当該１年間を超えて、引き続き基本型の基本施設サービス費を算定する場合にあっては、改めて体制を届け出る必要がある。

・例えば、平成２９年６月中に開設した介護老人保健施設であって、在宅復帰・在宅療養支援機能を発揮するため必要な取り組みを行っている施設については、基本型の基本施設サービス費の算定要件の適否を問わず、平成３０年５月末まで基本型の基本施設サービス費を算定することが可能。

・ただし、開設後１年間に満たない場合において、算定要件における実績を算出するための期間を満たした上で、在宅強化型の基本施設サービス費又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の算定要件を満たす場合については、届け出の規定に従い、適切な基本施設サービス費等の届出を行うことができる。

○ 介護老人保健施設からの在宅復帰の取扱いについて

問 105　「居宅において介護を受けることになったもの」の取扱いとして、介護老人保健施設の退所後に居宅サービスを利用することは問題ないと考えるが、退所した当日からショートステイや（看護）小規模多機能型居宅介護の宿泊サービスを連日利用する場合などは、「居宅において介護を受けることになったもの」に含まれないという理解でよいか。

（答）

貴見のとおりである。

○ 個別リハビリテーションについて

問 106　「入所者に対し、少なくとも週三回程度のリハビリテーション」とは、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別リハビリテーション 20 分程度を週３回以上行うことでよいか。また、当該個別リハビリテーションを実施するにあたり、短期集中リハビリテーション実施加算、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に当てはまる場合については、これらの加算を算定してよいか。

（答）

いずれについても貴見のとおりである。

○ 所定疾患施設療養費について

問 107　所定疾患施設療養費（Ⅱ）については、介護老人保健施設の医師が、感染症対策に関する内容（肺炎、尿路感染症及び帯状疱疹に関する標準的な検査・診断・治療等及び抗菌薬等の適正使用、薬剤耐性菌）を含む研修を受講していることとされているが、公益社団法人全国老人保健施設協会などの団体が開催する研修において、感染症対策に関する内容として、肺炎、尿路感染症及び帯状疱疹に関する標準的な検査・診断・治療等及び抗菌薬等の適正使用、薬剤耐性菌の内容を含む場合は、加算の算定要件に適合すると考えて差し支えないか。

（答）

差し支えない。

【介護療養型老人保健施設】

○ 介護保健施設サービス費（Ⅱ）及び（Ⅲ）について

問 108　算定日が属する前３月間における「喀痰吸引」又は「経管栄養」を受けた入所者の割合（以下、「処置実施割合」という。）が、１５％以上であることに係る基準を満たすことで介護療養型老人保健施設の療養型の基本施設サービス費を算定する施設について、当該基準を満たさなくなったが、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準による「ランクＭ」に該当する入所者割合（以下、「重度者割合」という。）が２０％以上であることに係る基準を満たす場合には、引き続き介護療養型老人保健施設の療養型の基本施設サービス費を算定できるのか。また、当該割合については、月の末日における当該者の割合による方法（以下「末日方式」という。）又は算定日が属する月の前３月間において、当該基準を満たす入所者の入所延べ日数が全ての入所者等の入所延べ日数に占める割合による方法（以下「延べ日数方式」という。）のいずれの方式で用いることとして差し支えないか。その場合、例えば、処置実施割合については末日方式、処置実施割合については延べ日数方式による算出としてもよいか。また、末日方式と延べ日数方式のどちらを用いるか月ごとに決めることとして良いか。

（答）

・算定できる。

・処置実施割合及び重度者割合の算出にあたっては、末日方式又は延べ日数方式のいずれでも差し支えない。ただし、末日方式の場合、月の途中で、喀痰吸引や経管栄養が不要となった入所者について、月末時点で該当しない場合は、「実施された者」には含まれない。

・また、処置実施割合と重度者割合は必ずしも同一の方法で算出される必要はなく、月ごとに用いる方式を決めても差し支えない。いずれの場合も算定の根拠となる記録を整備しておくこと。

※　平成 24 年Ｑ＆Ａ（平成 24 年３月 16 日）問 218 及び問 219 並びに平成 21 年Ｑ＆Ａ（平成 21 年４月 17 日）問 37 は削除。

【各種の地域密着型サービス】

※　介護老人福祉施設及び地域密着型サービスに関するQ&A（平成18年９月４日介護制度改革information vol.127事務連絡）問18は削除する。

【認知症対応型通所介護】

○ 生活機能向上連携加算について

問 109　指定認知症対応型通所介護事業所は、生活機能向上連携加算に係る業務について指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所若しくは医療提供施設と委託契約を締結し、業務に必要な費用を指定訪問リハビリテーション事業所等に支払うことになると考えてよいか。

（答）

貴見のとおりである。なお、委託料についてはそれぞれの合議により適切に設定する必要がある。

問 110　生活機能向上連携加算は、同一法人の指定訪問リハビリテーション事業所若しくは指定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供施設（原則として許可病床数 200 床未満のものに限る。）と連携する場合も算定できるものと考えてよいか。

（答）

・貴見のとおりである。

・　なお、連携先について、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（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）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。

問 111　今回、認知症対応型通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分について、２時間ごとから１時間ごとに見直されたことにより、時間区分を変更することとしたケースについては、居宅サービス計画の変更（サービス担当者会議を含む）は必要なのか。

（答）

・　介護報酬算定上のサービス提供時間区分が変更になる場合（例えば、サービス提供時間が７時間以上９時間未満が、７時間以上８時間未満）であっても、サービスの内容及び提供時間に変更が無ければ、居宅サービス計画の変更を行う必要はない。

・　一方で、今回の時間区分の変更を契機に、利用者のニーズを踏まえた適切なアセスメントに基づき、これまで提供されてきた介護サービス等の内容をあらためて見直した結果、居宅サービス計画を変更する必要が生じた場合は、通常の変更と同様のプロセスが必要となる。

【認知症対応型共同生活介護】

○ 入院時の費用の算定

問 112　入院時の費用の算定について 、3 ヶ月入院した場合に、次のように、毎月 6 日を限度として加算を認めることは差し支えないか。

（例）4 月 1 日から 6 月 30 日まで 3 ヶ月入院した場合

4 月 1 日　　（入院）
4 月 2 日～　7 日(一日につき 246 単位を算定)
4 月 8 日～30 日
5 月 1 日～　6 日(一日につき 246 単位を算定)
5 月 7 日～31 日
6 月 1 日～　6 日(一日につき 246 単位を算定)
6 月 7 日～29 日
6 月 30 日　　（退院）

（答）

平成 18 年 3 月 31 日老計発第 0331005 号、老振発第 0331005 号、老老発第 0331018 号第２－６－（６）－⑤に示すように入院当初の期間が、最初の月から翌月へ連続して跨る場合は、都合 12 日まで算定可能であるが、事例のような毎月ごとに 6 日間の費用が算定できるものではない。

○ 生活機能向上連携加算について

問 113　指定認知症対応型通所介護事業所は、生活機能向上連携加算に係る業務について指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所若しくは医療提供施設と委託契約を締結し、業務に必要な費用を指定訪問リハビリテーション事業所等に支払うことになると考えてよいか。

（答）

貴見のとおりである。なお、委託料についてはそれぞれの合議により適切に設定する必要がある。

問 114　生活機能向上連携加算は、同一法人の指定訪問リハビリテーション事業所若しくは指定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供施設（原則として許可病床数 200 床未満のものに限る。）と連携する場合も算定できるものと考えてよいか。

（答）

・貴見のとおりである。

・なお、連携先について、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（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）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。

○ 口腔衛生管理体制加算入院時の費用の算定

問 115　口腔衛生管理体制加算について、月の途中で退所、入院又は外泊した場合や月の途中から入所した場合にはどのように取り扱えばよいのか。

（答）

入院・外泊中の期間は除き、当該月において１日でも当該施設に在所した入所者について算定できる。

問 116　口腔衛生管理体制加算について、「歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと」とあるが、歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料を算定した日と同一日であっても、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導を行っていない異なる時刻であれば、「実施時間以外の時間帯」に該当すると考えてよいか。

（答）

貴見のとおりである。

○ 身体拘束廃止未実施減算

問 117　新たに基準に追加された体制をとるためには準備が必要であると考えられるが、何時の時点から減算を適用するか。

（答）

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。

○ 医療連携体制加算

問 118　新設された医療連携体制加算（Ⅱ）・（Ⅲ）の算定要件である前十二月間における利用実績と算定期間の関係性如何。

（答）

算定要件に該当する者の利用実績と算定の可否については以下のとおり。

前年度	４月	５月	６月	７月	８月	９月	10月	11月	12月	１月	２月	３月
利用実績		○	○	○				○	○	○	○	
算定可否	×	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

当該年度	４月	５月	６月	７月	８月	９月	10月	11月	12月	１月	２月	３月
利用実績												
算定可否	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

○　地域へのサービス提供について

問 119　「いわゆる「囲い込み」による閉鎖的なサービス提供が行われないよう、第３条の８の正当な理由がある場合を除き、地域包括ケア推進の観点から地域の要介護者にもサービス提供を行わなければならない」ことされているが、地域の要介護者からの利用申込みがないような場合はどうか。

（答）

・この規定の趣旨は、地域包括ケア推進の観点から地域の要介護者にもサービス提供を行わなければならないことを定めたものであり、地域のケアマネジャーや住民に対して、同一建物の居住者以外の要介護者も利用可能であることを十分に周知した上でも、なお、地域の要介護者からの利用申込みがない場合には、本規定に違反するものではない。

・また、同一建物の居住者以外の要介護者の利用申込みを妨げることは、本規定に違反するものである。

【看護小規模多機能型居宅介護】

○ 訪問体制強化加算について

問 120　訪問体制強化加算は、看護師等（保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士をいう。）が訪問サービス（医療保険による訪問看護を含む）を提供した場合には、当該加算の要件となる訪問回数として計上できないという理解でよいか。

（答）

貴見のとおりである。サービスの提供内容に関わらず、看護師等が訪問した場合については、当該加算の算定要件である訪問サービスの訪問回数として計上できない。

○ サテライト体制未整備減算について

問 121　訪問看護体制減算については、サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所及びその本体事業所である看護小規模多機能型居宅介護事業所それぞれにおいて届出し、該当する場合にそれぞれが算定するものであるが、サテライト体制未整備減算については、サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所及び本体事業所のいずれか一方が訪問看護体制減算を算定している場合に、サテライト体制が減算型であるとして、サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所及び本体事業所の両方においてサテライト体制未整備減算を算定するという理解でよいか。

（答）その通り。

○ 指定に関する基準の緩和について

問 122　法人によらず指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の開設を申請できることとなったのは、有床診療所のみという理解でよいか。

（答）

貴見のとおりである。

問 123　有床診療所が指定看護小規模多機能型居宅介護事業所を行う場合であって、当該事業所の宿泊室として届出を行った有床診療所の病床に入院患者がいない場合については、看護小規模多機能型居宅介護の利用者を宿泊させてもよいという理解でよいか。

（答）

貴見のとおりである。ただし、従来通り、宿泊室については、宿泊専用の個室がない場合であっても、プライバシーが確保されたしつらえになっている必要があり、カーテンでは認められないものである。

問 124　個室以外の宿泊室について、カーテンは利用者のプライバシーが確保されたし

つらえとは考えにくいことから不可とされているが、アコーディオンカーテンではどうか。

（答）

個室以外の宿泊室について、プライバシーが確保されたものとは、パーティションや家具などにより利用者同士の視線の遮断が確保されるようなものである必要がある。アコーディオンカーテンにより仕切られている宿泊室については、パーティションや家具などと同様にプライバシーが確保されたものである場合には、宿泊室として取り扱って差し支えない。

問 125　有床診療所が指定看護小規模多機能型居宅介護事業所を行う場合について、有床診療所の病床が４床で１病室であり、その病室のうち１病床のみを看護小規模多機能型居宅介護事業所の宿泊室として届出した場合、当該事業所の当該宿泊室の定員は１人であることから、当該宿泊室（１病床）については、一人当たり 6.4 ㎡程度以上として差し支えないという理解でよいか。

（答）

貴見のとおりである。ただし、プライバシーの確保については、問 124 のとおりである。

問 126　有床診療所が指定看護小規模多機能型居宅介護事業所を行う場合について、有床診療所の病床を宿泊室として届出できることとなっており、当該病床のうち１病床以上は看護小規模多機能型居宅介護サービス利用者の専用のものとして確保しておくこととされているが、当該サービスの利用者がいない場合であっても、常時、宿泊室の確保が必要となるのか。

（答）

必要である。看護小規模多機能型居宅介護サービスは通い、泊まり、訪問（介護・看護）サービスを柔軟に組み合わせるサービスであり、利用者の泊まりに対応できるよう、利用者専用の病床として１病床以上の確保が必要となる。

問 127　有床診療所が指定看護小規模多機能型居宅介護事業所を行う場合であって、看護小規模多機能型居宅介護サービス利用者が、当該有床診療所に入院することはできるか。

（答）

利用者の状態の変化等により医師の判断により入院することは可能であるが、利用者が看護小規模多機能型居宅介護サービスの宿泊サービスを利用しているのか、有床診療所への入院であるのか混乱しないよう、利用者や家族等に入院に切り替える理由や、利用者の費用負担について十分説明し理解をえること。

○ サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所の創設について

問 128　訪問サービスは、サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所及びその本体事業所である看護小規模多機能型居宅介護事業所の利用者に対し、それぞれの職員によりサービスを行わないといけないか。

（答）

訪問サービスについては、本体事業所である看護小規模多機能型居宅介護事業所及びサテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所の従業員は、相互の利用者に対しサービスを提供することができる。

※　平成 24 年 3 月 16 日　問 159、157、156、における「サテライト事業所」については、「サテライト型看護小規模多機能型居宅介護」と、「小規模多機能型居宅介護」については、「看護小規模多機能型居宅介護」と読み替えるものとする。

○ 訪問看護事業所の指定を受ける場合の取り扱いについて

問 129　サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所の本体事業所である看護小規模多機能型居宅介護事業者が訪問看護事業者の指定を併せてうけ、かつ看護小規模多機能型居宅介護サービスの事業と訪問看護の事業が同一の事業所において一体的に運営されている場合、サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所の看護職員は当該訪問看護事業所のサテライト事業所として、登録者以外に訪問看護を行えるという理解でよいか。

（答）

貴見のとおりである。本体事業所が訪問看護事業者の指定をうけている場合については、サテライト型看護小規模多機能型居宅介護の看護職員 1.0 以上（常勤換算方法）については、当該訪問看護事業所と一体で行うものとして、訪問看護のサテライト事業所として差し支えない。ただし、看護小規模多機能型居宅介護において看護サービスが必要な利用者がいるにも関わらず、看護職員が指定訪問看護のみに従事することは適切でないことに留意すること。

【福祉用具貸与】

○ 福祉用具貸与

問 130　機能や価格帯の異なる複数の商品の提示が困難な場合は、一つの商品の提示で良いか。

（答）

例えば、他に流通している商品が確認できない場合、福祉用具本体の選択により適合する付属品が定まる場合等は、差し支えない。

【居宅介護支援】

○　契約時の説明について

問 131　今回の改正により、利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であること等を説明することを義務づけ、それに違反した場合は報酬が減額されるが、平成 30 年４月以前に指定居宅介護支援事業者と契約を結んでいる利用者に対しては、どのように取り扱うのか。

（答）

平成 30 年４月以前に契約を結んでいる利用者については、次のケアプランの見直し時に説明を行うことが望ましい。

≪参考≫

・第４条第２号

指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が第一条の二に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること等につき説明を行い、理解を得なければならない。

・通知：第２の３（１）

基準第４条は、基本理念としての高齢者自身によるサービス選択を具体化したものである。利用者は指定居宅サービスのみならず、指定居宅介護支援事業者についても自由に選択できることが基本であり、指定居宅介護支援事業者は、利用申込があった場合には、あらかじめ、当該利用申込者又はその家族に対し、当該指定居宅介護支援事業所の運営規程の概要、介護支援専門員の勤務の体制、秘密の保持、事故発生時の対応、苦情処理の体制等の利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項を説明書やパンフレット等の文書を交付して説明を行い、当該指定居宅介護支援事業所から居宅介護支援を受けることにつき同意を得なければならないこととしたものである。なお、当該同意については、利用者及び指定居宅介護支援事業者双方の保護の立場から書面によって確認することが望ましいものである。

また、指定居宅介護支援は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って行われるものであり、居宅サービス計画は基準第１条の２の基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものである。このため、指定居宅介護支援について利用者の主体的な参加が重要であり、居宅サービス計画の作成にあたって利用者から介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能であること等につき十分説明を行わなければならない。なお、こ

の内容を利用申込者又はその家族に説明するに当たっては、理解が得られるよう、文書の交付に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行うとともに、それを理解したことについて必ず利用申込者から署名を得なければならない。

また、利用者が病院又は診療所に入院する場合には、利用者の居宅における日常生活上の能力や利用していた指定居宅サービス等の情報を入院先医療機関と共有することで、医療機関における利用者の退院支援に資するとともに、退院後の円滑な在宅生活への移行を支援することにもつながる。基準第４条第３項は、指定居宅介護支援事業者と入院先医療機関との早期からの連携を促進する観点から、利用者が病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう、利用者又はその家族に対し事前に協力を求める必要があることを規定するものである。なお、より実効性を高めるため、日頃から介護支援専門員の連絡先等を介護保険被保険者証や健康保険被保険者証、お薬手帳等と合わせて保管することを依頼しておくことが望ましい。

○ 主治の医師について

問 132　末期の悪性腫瘍の利用者に関するケアマネジメントプロセスの簡素化における「主治の医師」については、「利用者の最新の心身の状態、受診中の医療機関、投薬内容等を一元的に把握している医師」とされたが、具体的にどのような者を想定しているのか。

（答）

訪問診療を受けている末期の悪性腫瘍の利用者については、診療報酬における在宅時医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料を算定する医療機関の医師を「主治の医師」とすることが考えられる。これらの医師については、居宅介護支援専門員に対し、病状の変化等について適時情報提供を行うこととされていることから、連絡を受けた場合には十分な連携を図ること。また、在宅時医学総合管理料等を算定していない末期の悪性腫瘍の利用者の場合でも、家族等からの聞き取りにより、かかりつけ医として定期的な診療と総合的な医学管理を行っている医師を把握し、当該医師を主治の医師とすることが望ましい。

≪参考≫

・第 13 条第９号

介護支援専門員は、サービス担当者会議（介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者（以下この条において「担当者」という。）を召集して行う会議をいう。以下同じ。）の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担

当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師（以下この条において「主治の医師等」という。）の意見を勘案して必要と認める場合その他のやむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

・通知：第２の３（７）⑨

介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い居宅サービス計画とするため、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、利用者やその家族、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者からなるサービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を当該担当者と共有するとともに、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要である。なお、利用者やその家族の参加が望ましくない場合（家庭内暴力等）には、必ずしも参加を求めるものではないことに留意されたい。また、やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとしているが、この場合にも、緊密に相互の情報交換を行うことにより、利用者の状況等についての情報や居宅サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要がある。なお、ここでいうやむを得ない理由がある場合とは、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を勘案して必要と認める場合のほか、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合、居宅サービス計画の変更であって、利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合等が想定される。

また、末期の悪性腫瘍の利用者について必要と認める場合とは、主治の医師等が日常生活上の障害が１ヶ月以内に出現すると判断した時点以降において、主治の医師等の助言を得た上で、介護支援専門員がサービス担当者に対する照会等により意見を求めることが必要と判断した場合を想定している。なお、ここでいう「主治の医師等」とは、利用者の最新の心身の状態、受診中の医療機関、投薬内容等を一元的に把握している医師であり、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことから、利用者又はその家族等に確認する方法等により、適切に対応すること。また、サービス種類や利用回数の変更等を利用者に状態変化が生じるたびに迅速に行っていくことが求められるため、日常生活上の障害が出現する前に、今後利用が必要と見込まれる指定居宅サービス等の担当者を含めた関係者を招集した上で、予測される状態変化と支援の方向性について関係者間で共有しておくことが望ましい。

なお、当該サービス担当者会議の要点又は当該担当者への照会内容について記録す

るとともに、基準第 29 条の第２項の規定に基づき、当該記録は、２年間保存しなければならない。

○ 主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師への情報提供について

問 133　基準第 13 条第 13 号の２に規定する「利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報」について、解釈通知に記載のある事項のほかにどのようなものが想定されるか。

（答）

・解釈通知に記載のある事項のほか、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師への情報提供が必要な情報については、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要かどうかをもとに介護支援専門員が判断するものとする。

・なお、基準第 13 条第 13 号の２は、日頃の居宅介護支援の業務において介護支援専門員が把握したことを情報提供するものであり、当該規定の追加により利用者に係る情報収集について新たに業務負担を求めるものではない。

≪参考≫

・第 13 条第 13 号の２

介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

・通知：第２の３（７）⑬

指定居宅介護支援においては、利用者の有する解決すべき課題に即した適切なサービスを組み合わせて利用者に提供し続けることが重要である。このために介護支援専門員は、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であり、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。）を行い、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合等必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

なお、利用者の解決すべき課題の変化は、利用者に直接サービスを提供する指定居宅サービス事業者等により把握されることも多いことから、介護支援専門員は、当該指定居宅サービス事業者等のサービス担当者と緊密な連携を図り、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合には、円滑に連絡が行われる体制の整備に努めなければならない。

また、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報は、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師が医療サービスの必要性等を検討するにあたり有効な情報である。このため、指定居宅介護支援の提供に当たり、例えば、

・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
・薬の服用を拒絶している
・使いきらないうちに新たに薬が処方されている
・口臭や口腔内出血がある
・体重の増減が推測される見た目の変化がある
・食事量や食事回数に変化がある
・下痢や便秘が続いている
・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない

等の利用者の心身又は生活状況に係る情報を得た場合は、それらの情報のうち、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要であると介護支援専門員が判断したものについて、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。なお、ここでいう「主治の医師」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。

○ 訪問介護が必要な理由について

問 134　基準第 13 条第 18 号の２に基づき、市町村に居宅サービス計画を提出するにあたっては、訪問介護（生活援助中心型）の必要性について記載することとなっているが、居宅サービス計画とは別に理由書の提出が必要となるのか。

（答）

当該利用者について、家族の支援を受けられない状況や認知症等の症状があることその他の事情により、訪問介護（生活援助中心型）の利用が必要である理由が居宅サービス計画の記載内容から分かる場合には、当該居宅サービス計画のみを提出すれば足り、別途理由書の提出を求めるものではない。

≪参考≫

・第 13 条第 18 号の２

介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（厚生労働大臣が定めるものに限る。以下この号において同じ。）を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならない。

・通知：第２の３（７）⑲

訪問介護（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（平成 12 年厚生省告示第 19 号）別表指定居宅サービス介護給付費単位数表の１　訪問介護費の注３に規定する生活援助が中心である指定訪問介護に限る。以下この⑲において同じ。）の利用回数が統計的に見て通常の居宅サービス計画よりかけ離れている場合には、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当である。このため、基準第 13 条第 18 号の２は、一定回数（基準第 13 条第 18 号の２により厚生労働大臣が定める回数をいう。以下同じ。）以上の訪問介護を居宅サービス計画に位置づける場合にその必要性を当該居宅サービス計画に記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならないことを規定するものである。届出にあたっては、当該月において作成又は変更（⑯における軽微な変更を除く。）した居宅サービス計画のうち一定回数以上の訪問介護を位置づけたものについて、翌月の末日までに市町村に届け出ることとする。なお、ここで言う当該月において作成又は変更した居宅サービス計画とは、当該月において利用者の同意を得て交付をした居宅サービス計画をいう。

なお、基準第 13 条第 18 号の２については、平成 30 年 10 月１日より施行されるため、同年 10 月以降に作成又は変更した居宅サービス計画について届出を行うこと。

○　特定事業所集中減算について

問 135　平成 28 年５月 30 日事務連絡「居宅介護支援における特定事業所集中減算（通所介護・地域密着型通所介護）の取扱いについて」（介護保険最新情報 Vol.553）において、特定事業所集中減算における通所介護及び地域密着型通所介護の紹介率の計算方法が示されているが、平成 30 年度以降もこの取扱いは同様か。

（答）

貴見のとおりである。

○　特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）及び（Ⅲ）について

問 136　特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）及び（Ⅲ）において、他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施することが要件とされ、解釈通知において、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに事例検討会等に係る次年度の計画を定めることとされているが、平成 30 年度はどのように取扱うのか。

（答）

・平成 30 年度については、事例検討会等の概略や開催時期等を記載した簡略的な計画を同年度４月末日までに定めることとし、共同で実施する他事業所等まで記載した

最終的な計画を９月末日までに定めることとする。

・なお、９月末日までに当該計画を策定していない場合には、10 月以降は特定事業所加算を算定できない。

○ 特定事業所加算について

問 137　特定事業所加算（Ⅰ）から（Ⅲ）において新たに要件とされた、他の法人が運営する居宅介護支援事業者と共同での事例検討会、研修会等については、市町村や地域の介護支援専門員の職能団体等と共同して実施した場合も評価の対象か。

（答）

・貴見のとおりである。

・ただし、当該算定要件における「共同」とは、開催者か否かを問わず２法人以上が事例検討会等に参画することを指しており、市町村等と共同して実施する場合であっても、他の法人の居宅介護支援事業者が開催者又は参加者として事例検討会等に参画することが必要である。

○ 特定事業所加算（Ⅳ）について

問 138　特定事業所加算（Ⅳ）については、前々年度の３月から前年度の２月までの間における退院・退所加算及びターミナルケアマネジメント加算の算定実績等を算定要件とし、平成 31 年度より算定可能とされたが、要件となる算定実績について平成 31 年度はどのように取り扱うのか。

（答）

・平成 31 年度に限っては、前々年度の３月において平成 30 年度介護報酬改定が反映されていないため、退院・退所加算及びターミナルケアマネジメント加算それぞれについて、以下の取扱いとする。

【退院・退所加算】

平成 29 年度３月における退院・退所加算の算定回数と平成 30 年度４月から同年度２月までの退院・退所加算の算定に係る病院等との連携回数の合計が 35 回以上である場合に要件を満たすこととする。

【ターミナルケアマネジメント加算】

平成 30 年度の４月から同年度の２月までの算定回数が５回以上である場合に要件を満たすこととする。

・なお、退院・退所加算の算定実績に係る要件については、退院・退所加算の算定回数ではなく、その算定に係る病院等との連携回数の合計により、例えば、特定事業所加算(Ⅳ)を算定する年度の前々年度の３月から前年度の２月までの間において、退院・退所加算(Ⅰ)イを 10 回、退院・退所加算(Ⅱ)ロを 10 回、退院・退所加算(Ⅲ)

を２回算定している場合は、それらの算定に係る病院等との連携回数は合計 36 回であるため、要件を満たすこととなる。

○　入院時情報連携加算について

問 139　先方と口頭でのやりとりがない方法（ＦＡＸやメール、郵送等）により情報提供を行った場合には、送信等を行ったことが確認できれば入院時情報連携加算の算定は可能か。

（答）

入院先の医療機関とのより確実な連携を確保するため、医療機関とは日頃より密なコミュニケーションを図ることが重要であり、ＦＡＸ等による情報提供の場合にも、先方が受け取ったことを確認するとともに、確認したことについて居宅サービス計画等に記録しておかなければならない。

○　退院・退所加算について

問 140　退院・退所加算（Ⅰ）ロ、（Ⅱ）ロ及び（Ⅲ）の算定において評価の対象となるカンファレンスについて、退所施設の従業者として具体的にどのような者の参加が想定されるか。

（答）

退所施設からの参加者としては、当該施設に配置される介護支援専門員や生活相談員、支援相談員等、利用者の心身の状況や置かれている環境等について把握した上で、居宅介護支援事業所の介護支援専門員に必要な情報提供等を行うことができる者を想定している。

○　居宅サービス計画の変更について

問 141　今回、通所介護・地域密着型通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分について、２時間ごとから１時間ごとに見直されたことにより、時間区分を変更することとしたケースについては、居宅サービス計画の変更（サービス担当者会議を含む）は必要なのか。

（答）

・介護報酬算定上のサービス提供時間区分が変更になる場合（例えば、サービス提供時間が７時間以上９時間未満が、７時間以上８時間未満）であっても、サービスの内容及び提供時間に変更が無ければ、居宅サービス計画の変更を行う必要はない。

・一方で、今回の時間区分の変更を契機に、利用者のニーズを踏まえた適切なアセスメントに基づき、これまで提供されてきた介護サービス等の内容をあらためて見直した結果、居宅サービス計画を変更する必要が生じた場合は、通常の変更と同様のプロセスが必要となる。

≪参考≫

・平成 24 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.2）（平成 24 年 3 月 30 日）問 17

【介護職員処遇改善加算】

○　外国人の技能実習制度における介護職種の技能実習生の取扱いについて

問 142　外国人の技能実習制度における介護職種の技能実習生は、介護職員処遇改善加算の対象となるのか。

（答）

介護職種の技能実習生の待遇について、「日本人が従事する場合の報酬の額と同等以上であること」とされていることに鑑み、介護職種の技能実習生が介護業務に従事している場合、ＥＰＡによる介護福祉士候補者と同様に、介護職員処遇改善加算の対象となる。