

京 医

No.2195

令和3年4月15日

都 報

毎月2回（1日・15日）発行 購読料・年6,000円

4.15
2021
April

KYOTO

府医第205回臨時代議員会

新型コロナウイルス感染症に係る
診療報酬上の臨時的な取り扱いについて
令和3年度介護報酬改定に関するQ&A

目 次

2 府医第 205 回臨時代議員会

8 京都府・医師会 京都検査センターからのお知らせ

10 京都医学会雑誌 68 巻 2 号 原稿募集中

12 学術講演会における「確認問題」

16 医療事故調査制度『相談窓口』のお知らせ

18 勤務医通信

20 北山杉

21 京都医学史研究会 医学史コーナー

22 集いの部屋 ・医師テニス

23 おしらせ

・医師国保 第 33 期組合会議員の補欠選挙について（公示）

・事務局業務分掌について

・医療メディエーター養成研修会「導入・総論・基礎編」開催のご案内（日本医療メディエーター協会 認定研修会）

27 会員消息

29 理事会だより

付 録

■ 保険だより

- 1 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取り扱いについて
- 3 新型コロナウイルス感染症に係る労災診療費等の臨時的な取り扱いについて
- 4 新型コロナウイルス感染症にかかる検査料の点数の取り扱いについて 3月18日から
- 5 薬価改定にともなう薬価基準の一部改正等について 4月1日から
- 6 バベンチオ点滴静注 200mgに係る最適使用推進ガイドラインの策定にともなう留意事項の一部改正について
- 7 「労災保険二次健康診断等給付担当規程」の一部改正について
- 7 身体犯被害者に対する公費負担制度の拡充について
- 8 向精神薬の処方強く希望する患者にご注意

■ 京都市（乙訓2市1町）病院群輪番編成表

■ 介護保険ニュース

- 1 令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 1～4）
- 87 「科学的介護情報システム（LIFE）」の活用等について（続報）

■ 医療安全通信

- 1 医療メディエーター養成研修会「導入・総論・基礎編」開催のご案内
（日本医療メディエーター協会 認定研修会）

府医第 205 回臨時代議員会

新型コロナウイルス感染拡大防止のため、可能な限り書面による議決権行使をもって議案の決議を行うこととし3月13日(土)に開催した。代議員108名のうち98名より書面による議決権行使書の提出があり、当日はWeb会議システムを使用した配信を行い代議員47名の参加を得た。

松井府医会長の挨拶に続き、「令和2年度庶務および事業中間報告」、「令和3年度京都府医師会事業計画」、「令和3年度京都府医師会予算」が報告され、その後地区からの代表質問ならびにその答弁が行われた。

続いて議事に移り、第1号議案「令和3年度京都府医師会費の賦課徴収および減免に関する件」は、事前に議決権行使書による採決が実施され、賛成多数で可決したことが報告された。

日医代議員・予備代議員補欠選挙は、「日本医

師会定款第16条第3項および第4項」ならびに「一般社団法人京都府医師会における日本医師会代議員・日本医師会予備代議員選挙規定」に基づいて行われた。日医代議員であった松井府医会長が、昨年度日医理事に就任したことにとともに、日医代議員補欠選挙を行うとともに、予備代議員であった畑府医理事の日医代議員立候補にとともう、日医予備代議員補欠選挙を実施。締切日に候補者が定数を超えなかったため、「本選挙規定第14条」により投票を行わず、日医代議員に畑府医理事、日医予備代議員に角水府医理事がそれぞれ当選した。

続く協議では、従来の決議の形式ではなく、コロナ禍において社会の医師に対する期待・役割は大きくなっており、これらに対応するため一致団結していくことを決意表明として採択した。

松井府医会長 挨拶

松井府医会長は、冒頭、新型コロナウイルス感染症の状況に触れ、府内の新規感染者数は1月17日に154人とピークに達したが、3月に入り一桁台に減少しているものの、一週間平均で見ると3月5日に5人であった新規感染者は、昨日には13.4人と3倍近く増加傾向に転じていることに懸念を示した。また、変異株の報告もあり、今

後の感染拡大状況を注視するとともに、今は第3波の状況をしっかりと振り返り、第4波を想定し備える時期にあるとの考えを示した。

感染症対策の基本は、「感染者の早期発見と早期隔離」、「積極的疫学調査の実施による感染拡大の制御」、「重症者の治療の確保」であるとし、府医ではドライブスルー方式のPCR検査センターの設置、かかりつけ医による唾液PCR検査の体制整備、鼻腔ぬぐい液による抗原検査の実施など段階的にかかりつけ医が、より安全に、より迅速に感染確認のできる体制整備を進めてきたと説明し、第一線で発熱患者等の診療・検査に尽力いただいているすべての医療従事者に謝意を示した。

また、かかりつけ医が発熱患者等を診療・検査することによって、行政は積極的疫学調査に力を入れることができ、クラスターの拡大を防げるとして、今後もかかりつけ医による発熱患者等の診



松井 府医会長



西村 議長

療・検査は、感染症対策において重要な役割を担うと述べ、会員のさらなる協力を求めた。

次に、年末年始の状況を振り返り、感染者の急増により、12月29日に340人だった待機陽性者は、1月3日には546人にまで増加し、自宅での待機を余儀なくされる状況が続く中、特に患者数の多い京都市と協議の上、12月29日から1月5日までの1週間、府医役員が市から依頼のあった50人以上の待機陽性者に毎日電話による健康観察を行ったと報告。すぐに入院が必要であると判断した陽性者23人について、市内の病院も年末年始で対応困難な状況が続く中で京都府医療コントロールセンターには可能な限りの入院対応をいただいたが、誠に残念ながら、絶対に避けなければならないと思っていた自宅待機のまま死亡された事例が起こったとし、このことを深く受け止め、今後二度と同じことが起こらないよう感染拡大防止策と医療提供体制整備の両面から、府・市とともに根本的な体制の見直しの検討を行っていることを報告した。

また、京都府病院協会、京都私立病院協会とも病床機能を明確化するために協議を行っていることを明らかにし、重症者・中等症・軽症・無症状・感染後の回復期の患者受入れを行う後方支援病院との役割分担・連携強化を行うとした。感染者が急増した場合は、入院は医療を必要とする人を基本とし、軽症・無症状は宿泊療養あるいは自宅療養で健康観察を行うと同時に、宿泊療養者・自宅療養者の重症化に備えるため陽性者外来を設置し、必要に応じて検査を行い速やかに医療へ繋げるように整理を行っているとして、入院体制の整備を条件に、自宅療養者の健康観察は、かかりつけ医に依頼したいとの意向を示した。

続いて、ワクチン接種について、京都では3月

5日に医療従事者への優先接種が開始され、4月には高齢者の住民接種が予定されているとし、6つの市が個別接種をメイン、18の市町村では集団接種をメインとし、2つの市は併用での実施を予定していると説明。それぞれの地域の事情に合わせ行政と協調のもと、接種を希望する府民に円滑かつ安全に接種が行われるよう体制整備を依頼した。また、予防接種の実施について、京都府と京都市府町村会、消防長会、京都府病院協会、京都私立病院協会、京都府薬剤師会、京都府看護協会が協定を結び、それぞれ協力して行うことを確認しているとした。現状は予定通りにワクチンが届いておらず、また入荷の予定はされているものの、接種対象者に対して十分な量にはほど遠い状況であり、ワクチンの入荷状況を見ながら臨機応変な対応が必要であるが、各地域で準備をいただいている中で、混乱のないよう逐次情報共有を行いながら進めたいとして、理解を求めた。

最後に、新型コロナウイルス感染症はこれまで経験したことのない世界的規模の広がりを見せ、未だ終息が見通せない状況であるものの、「平時には気付かなかった医療の大切さ」、「必要な時に必要な医療が受けられるという安心感はないものにも代えがたいものであること」、「必要な医療を守るために我々医療を担当する医師をはじめとする医療人と行政の連絡・連携がいかに重要かということ」、「医師・医療機関が連携することによって必要な人に必要な医療を切れ目なく提供することができるということ」など多くのことを学んだとし、これらの経験を生かして会員の先生方と一緒に一層コロナ対策に力を注ぎ、一日も早い終息を目指すとともに、コロナ後も安心・安全な社会を守り、必要な医療を担うため次年度も活動を行うとして、挨拶を締めくくった。

代 表 質 問

代表質問では、東山、福知山の2地区から代議員が質問に立ち、医療が抱える課題について質疑が行われた。質問内容および執行部の答弁(概要)は次のとおり。

◆安住 有史 代議員 (東山)

「[地域医療構想]、[医師偏在対策]、 [医師の働き方改革]について」

2019年のコロナ流行以前に政府が掲げていた「地域医療構想」、「医師偏在対策」、「医師の働き方改革」という三大施策の現在の状況を、府医が把握している範囲でお聞かせ願いたい。



安住 代議員

また、地域医療構想調整会議では病床機能別に病床数を再編成するというものだったが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による医療逼迫という事態を経験し、病床機能区分や病床数確保に対する考え方も変化していると考えている。今後、会議が再開された際の府医としての取り組み方についてお聞かせ願いたい。

◇小野 府医副会長



小野 府医副会長

小野府医副会長は、冒頭、厚労省は2040年の医療提供体制の構築に向けて、地域医療構想、医師の働き方改革、医師偏在対策を「三位一体」で推進していく方針を示しており、この3つの課題が互いに関連していることは事実であるとした一方で、医師の働き方改革を拙速に強行すれば、医師の献身的な労働によって辛うじて支えられている地域医療の崩壊を招きかねない状況となり、医師偏在対策についても、そもそも偏在を生じた経緯をしっかりと捉えなけ

れば、医師の強制配置や開業規制に道を開くだけの対策となる危険性があるとし、医療提供体制全体の最適化を念頭に、多方面への影響を考慮に入れた検討が不可欠であるとの考えを示した。

次に、医師偏在対策について、厚労省「医療従事者の需給に関する検討会」の下に設けられた「医師需給分科会」を中心に2015年から検討が開始されているとし、医師の需給は、マクロ的には医師の労働時間を週60時間程度に制限するとした場合、2029年頃に均衡する、言い換えるとそれ以後は過剰になるとの推計がなされていると説明。一方で、現実の議論では、地域別・診療科別の偏在、研修医・専攻医のシーリングの影響などミクロの視点も重要であるとの認識を示した。

「医師需給分科会」は本年3月4日までに計37回開催され、すでに4回の中間とりまとめが行われているが、検討開始から5年を経てもなお明確な成果が得られていない現状は、この問題の奥深さを物語っていると述べた。

京都府内においても医師偏在は大きな課題であるとし、府医も参画して昨年3月に制定された「京都府医師確保計画」を概説した。丹後医療圏を医師確保に取り組むべき最重要医療圏と定めた他、南丹、中丹医療圏においても二次医療圏より小さな単位で救急医療等の対策を必要とする「医師少数スポット」が複数あり、それぞれ中核的医療機関と連携して安定的に医師確保を図ると説明。一方、医師数の多い京都・乙訓医療圏においても別の意味で大きな課題があるとし、京都府は全体としては全国の中でも医師数が多いことから、臨床研修医や専門医制度における専攻医の募集定員のシーリングが課せられ、基幹病院における高度急性期医療を維持するための医師確保において大きな制約となりつつあるとした。また、若手医師にとっても、信頼される医師となるためにしっかりと研鑽を積むことができる環境確保は不可欠であり、府医としても「京都府全体で良医を育てる」との理念の下、京都府地域医療支援センター(KMCC)とも連携を図り、医師の育成の段階から地域医療の確保に努め、引続き安定的な医療提

供体制の確保のため注力していくとの意向を示した。

続いて、働き方改革について、2017年から厚労省「医師の働き方改革に関する検討会」が、次いで2019年からは日医常任理事として城守府医顧問も参画して「医師の働き方改革の推進に関する検討会」で検討が進められ、昨年12月に中間とりまとめが公表されたと説明。本年2月には関連する医療法等の改正案の閣議決定がなされ、3年後の2024年4月から、医師の時間外労働の上限規制が開始されるとした。医療機関の性質により、A・B・Cの3つの水準が設けられ、A水準は、労災認定基準を考慮した年960時間、月100時間を上限とする標準的な医療機関の水準。B水準は、地域医療確保の観点から上限を年1860時間とする大学病院や基幹病院などの医療機関の水準。C水準は、臨床研修医や専攻医などを対象に一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師のための水準。これらの3つの水準を軸に、B水準、C水準の指定医療機関の要件やフォローのあり方を今後詰めていく段階であると説明した。

新型コロナウイルス感染症をはじめとする新興感染症の感染拡大や頻発する自然災害への対応、宿日直の許可基準の不統一、府内の病院の多くが依存する大学病院からの派遣医師の労働時間の取り扱いなど、今後さらに明確化していくべき課題が多く残されており、地域医療の確保には拙速な規制は回避する必要があるものの、勤務医の健康にかかわる問題として安易に先延ばしすべきでないことも明らかであるとした。

京都府においても医療審議会の下に「働き方改革検討部会」を設置し、超過勤務の実態把握や各医療機関への支援策等の具体的な方策を検討することとなっており、府医も構成員として参加予定であるとした上で、個別医療機関においても、タイムカードによる労働時間の把握や医師事務作業補助者の活用をはじめとするタスクシェアやタスクシフトなど改善への取組みが少しずつ見えてきており、府医としても着実な進展に向けて対応していく所存であると回答した。

◆井土 昇 代議員（福知山）

【コロナ感染症対策について】

- ①コロナ感染症が発生し、1年が過ぎた。日本では1月現在第3波の感染増が続いており、2度目の緊急事態宣言が発令された。この時点では、医療機関へのコロナ患者受け入れが、多くの私立病院ではできていないことが取り沙汰されている。しかしながら中小病院では病棟数が少なく、ゾーニングができない、陰圧室の設備がない、看護師等の人員確保不能等、数々の解決すべき問題がある。1床につき何百万円出します、ということだけでは解決できない。コロナ対応していただける病院、病床がたくさんあることは、我々開業医にとって有り難いことではあるが、裏を返せば、コロナ対応のベッドが増えれば増えるほど平時の医療が受けられなくなる危険性が高くなる。また、今は緊急事態などではなく、むしろ非常事態であり、平時の規則では医療提供体制を維持することは困難となっている。一時的に人員の配置基準を撤廃して必要な所にフレキシブルに人を移動できるように提案し、崩壊した医療提供体制を再構築すべきではないか。以上の状況を府医はいかにお考えか。今後の方針につき、お教え願いたい。

- ②地域医療構想を厚労省はこれまでどおりのコンセプトで進めていくと言っている。コロナの体験を踏まえ、基本的な考え方も含めて抜本的に見直すべきと思うが、いかがか。



井土 代議員

◇北川 府医副会長

北川府医副会長は、冒頭、地域医療構想を巡る中央情勢に触れ、新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制や地域医療構想のあり方については、厚労



北川 府医副会長

省「医療計画の見直し等に関する検討会」や「地域医療構想に関するワーキンググループ」で協議され、昨年12月に報告書が出されていると説明。報告書には、次期医療計画に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加し、5疾病5事業から6事業になることが記載されることになるとし、新興感染症が事業として位置付けられ、病床や人材の確保などについて取組みが進むのであれば、重要なことであると述べた。

今後の地域医療構想に関する考え方・進め方については、「感染拡大時の短期的な医療需要には、各都道府県の医療計画に基づき機動的に対応することを前提に、地域医療構想については、その基本的な枠組みを維持しつつ、着実に取組みを進めていく」と記載されており、厚労省は基本的な考え方は変えていないが、具体的な工程の設定については、「新型コロナ対応の状況に配慮しつつ、都道府県等とも協議を行い、感染状況を見ながら検討する」という表現に留められていると説明した。

京都府においては平成29年3月に「京都府地域包括ケア構想（地域医療ビジョン）」が、病床の機能分化と連携を進めるための地域医療構想を含め、地域に必要な医療提供体制と地域包括ケアを総合的に確保するという趣旨で策定されており、京都の独自性が発揮されているとした。今後の地域医療のあり方については、新型コロナウイルス感染症がもたらした地域医療・介護・生活への影響を地域の行政・関係者間で十分に検証を行い、また、今後の医療計画の議論の中で、特に国が感染拡大に備えてどのような方法で病床を確保しようとしているか注視し、地域で協議の上、体制を整えていくということが重要であるとの考えを示した。しかしながら、検討の場である調整会議を対面で開催できる状況にはなく、国に対して工程の設定について慎重に検討するよう日医を通じて求めたいとした。

府医では、これまでも地区医の協力を得ながら、「在宅医療に関する調査」や「これからの医療を考えるアンケート」などを実施し、国の分析だけでは判断しえない地域の現場感覚・肌感覚での医療ニーズを調査することで、地域の議論に役立てていただくよう努めてきたとし、今後の地域医療

構想の基本的な考え方に関する議論の材料とするため、コロナ感染症による地域医療への影響についても同様の調査を実施したいと述べ、協力を求めた。どの地域においても在宅医療・かかりつけ医機能の重要性は確実に増していくので、立ち止まることなく、医師会の重要な事業として進めていきたいとの考えを示した。

続いて、新型コロナウイルス感染症について、昨年11月から第3波までの感染者の特徴として、感染源不明者の割合の増加、高齢者感染者数の増加、医療・高齢者施設、保育園等での集団感染の多発などを挙げた。感染拡大時の医療体制への影響については、入院患者が急増し、年末から1月末まで入院患者は250人を超え、病床占有率は80%と高水準が続いたと説明。京都府医療コントロールセンターの尽力により、的確な調整が行われていたが、年末年始においては自宅で入院調整、待機患者が増え重症化する方がおられ、残念な事例が起き、さらには、コロナ疑い患者や発熱患者だけでなく、一般の救急患者の搬送受入れにも大きな影響があったと振り返った。

今後いつ感染再拡大を生じてもおかしくない予断を許さない状況が続いているものの、今はこれまでの経験を基に備える時期にあるとし、早期の拡大兆候を掴むためのモニタリングの実施、コロナ患者の受け入れ病床の増床、病院からの後方搬送先の整備、軽症・無症状を可能な限り宿泊施設や自宅で診られる体制の向上などの対策を挙げた。福知山市では、新型コロナウイルス感染症に対応して、日ごろからの関係性を土台とした病院の役割分担、医師会による病院支援が行われたことに敬意を示した。

また、病院の負担軽減や再感染の早期把握にも繋がる京都府・医師会京都検査センター事業、かかりつけ医のない発熱患者等への診療・検査体制事業の両事業についても地区医・会員の協力を得ながら進めていきたいとの意向を示した。

京都府・医師会京都検査センターの検査実施件数は2,700件を超え、発見陽性者数も200人を超えているとし、また、発熱患者の診療・検査体制について約100医療機関は、自院の患者以外の患者も引き受けていただき、11月からの約4か月間で患者数が2,500人を超えていることに対し、

両事業に協力いただいている会員に謝意を述べた。

医療体制については、国からの支援金、医療法上の緩和措置、診療報酬上の評価、特例的な対応等により環境は整いつつあるものの、マンパワーの確保や病床整備は簡単でないことはご指摘のと

おりであるとした上で、少しでもフレキシブルな対応をするためには、災害対策と同様に地域の状況に応じた事前の話し合いが重要であり、様々な感染対策がなされても、非常事態が生じた場合は、災害医療体制として逼迫した地域を可能な限り支援していきたいと回答した。

2021 年度 京都府医師会費割当表

○賦課割合 A = 100 : B 1 = 18 : B 2 = 4 : C = 0 : D = 4
A 会員以外の会員の会費月額 100 円未満は四捨五入

A 会員	1 名月額	17,500 円	(年額 210,000 円)
B 1 会員	1 名月額	3,200 円	(年額 38,400 円)
B 2 会員	1 名月額	700 円	(年額 8,400 円)
C 会員	1 名月額	0 円	(年額 0 円)
D 会員	1 名月額	700 円	(年額 8,400 円)
高齢者 A 会員	1 名月額	7,000 円	(年額 84,000 円)
高齢者 B 1, B 2, D 会員	1 名月額	0 円	(年額 0 円)

○減免額

A 会員減免①	1 名月額	12,300 円	(年額 147,600 円)
A 会員減免②	1 名月額	7,000 円	(年額 84,000 円)
高齢者 A 会員	1 名月額	0 円	(年額 0 円)

<参考>

会費賦課徴収規定第 8 条第 3 項

医業収入が一定額以下かつ医業所得が一定額以下の A 会員については、その理由を具した申請により、理事会の議を経てこれを減免することができる。

会費賦課徴収規定第 8 条第 4 項

満 80 歳に達した A 会員（高齢者 A 会員）については、その翌月より会費を減免する。

会費賦課徴収規定第 9 条第 1 項

満 80 歳に達した B 1 会員、B 2 会員及び D 会員については、その翌月より会費を免除する。

会費賦課徴収規定第 9 条第 2 項

前条第 4 項の会員のうち、医業収入が一定額未満の者については、その理由を具した申請により、理事会の議を経てこれを免除することができる。

京都府・医師会 京都検査センターからの お知らせ

「京都府・医師会 京都検査センター」(以下、「府医検査センター」という)の3月末現在の状況についてお知らせいたします。検査開始以来の申し込み総数は3,391件、検査実施3,006件(キャンセル・未実施等を除く)となっております。世界

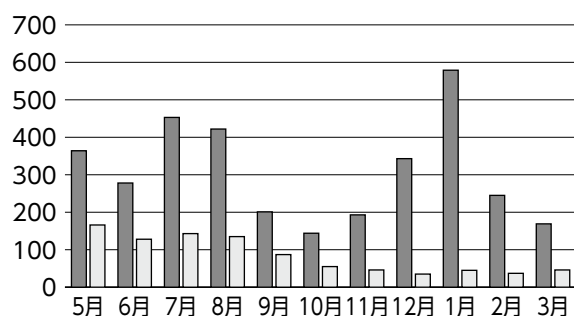
的には感染者累計が1億2,821万人(3.31現在)となり死者は294万人超となっております。日本国内の感染者は47万超、死亡者は9,159人(4.1現在)となっております。

3月の府医検査センターにおける検査の状況は申し込み件数169件、検査実施139件となっております。陽性者は10件で陽性率は7.2%でした。

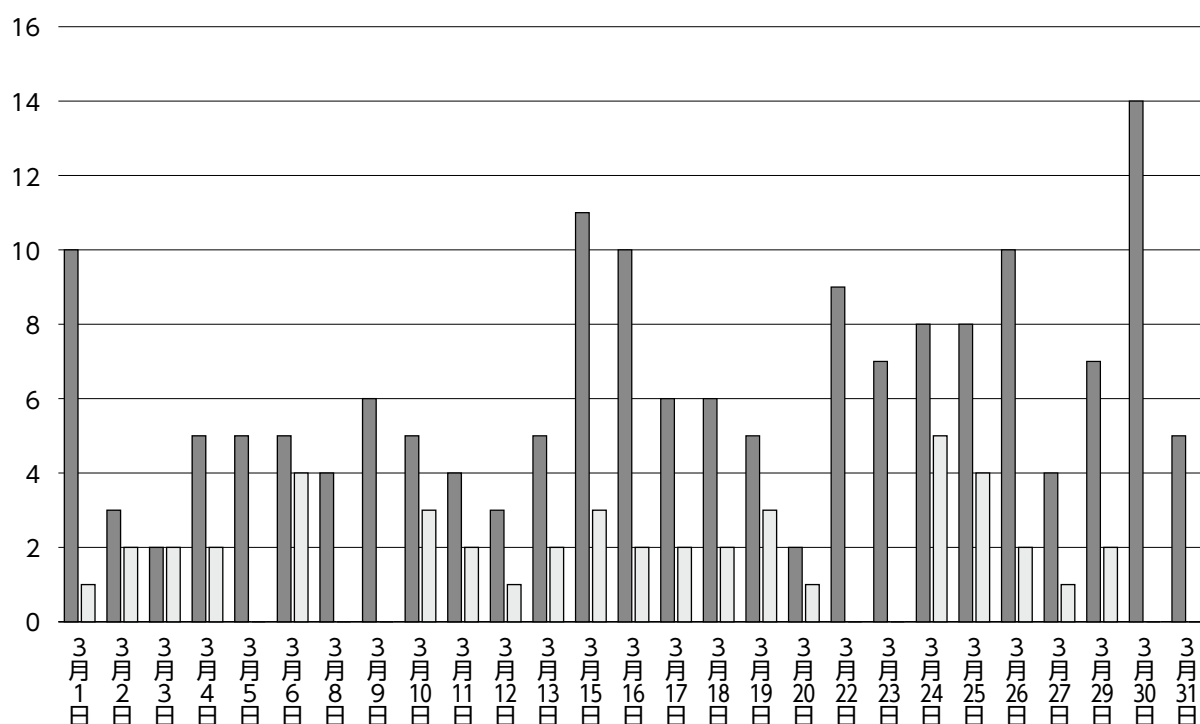
月別推移では減少傾向とも見えますが、日別集計を見ると後半に向けて増加していることが見て取れます。2月末日に緊急事態宣言が解除されてから2週間を経過したところより増加していることが分かります。年代別では50代以降の高齢者が減少しています。また、すべての年代で女性が多い結果となりました。

緊急事態宣言により抑えられた感染者も、その

月別申込数(総数・妊婦)



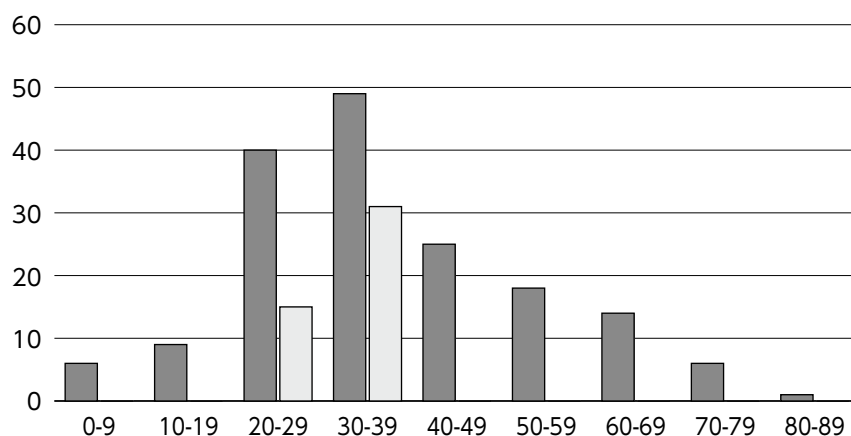
3月の日別申込数(総数・妊婦)



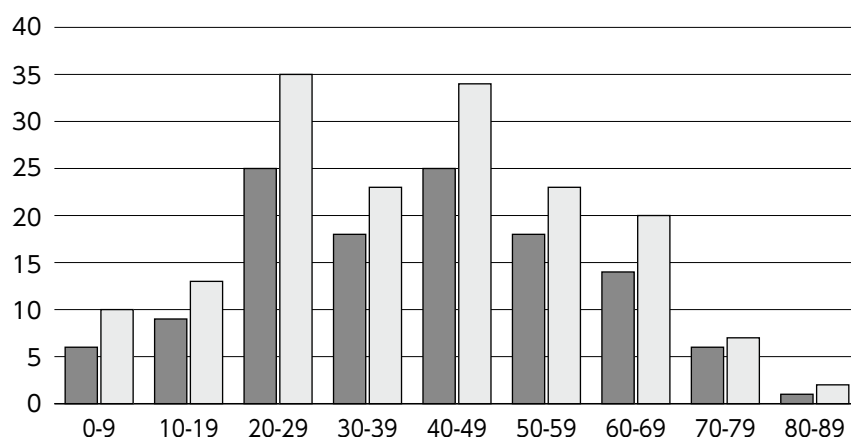
解除により全国的に感染者の増加傾向を示し、4月5日から大阪府等3府県のまん延防止等重点措置発令となりました。府医検査センターでは4月3日の実施分を区切りにドライブスルーによるPCR検査を一旦中止とし、その機能は診療・検

査医療機関への紹介業務のみに一本化しております。今後の感染者数の推移と会員各位のご要望次第ではドライブスルーによるPCR検査の再開も視野に入っておりますが、しばらくの間、状況を見守りたいと思います。

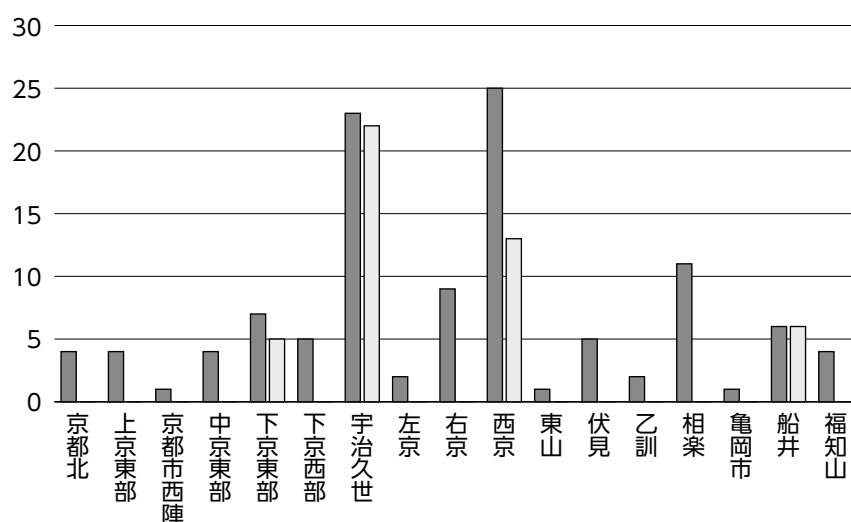
3月の 年代別申込数 (総数・妊婦)



3月の 年代別・男女別申込数 (妊婦を除く)



3月の 地区別申込数 (総数・妊婦)



京都医学会雑誌 68 巻 2 号 原稿募集中

令和 4 年度京都府医師会学術賞の選考対象になります

2021 年 10 月に発行予定の京都医学会雑誌第 68 巻 2 号の原稿を募集しております。掲載論文は「令和 4 年度京都府医師会学術賞」の選考対象になります。

また、研修医・専攻医（卒後 5 年以内）の方は、新人賞の対象となりますので、奮ってご応募ください。掲載された論文のすべてに、投稿奨励賞（図書カード 1 万円分）を差し上げます。

◇締切

令和 3 年（2021 年）5 月 31 日（月）必着

※締切後に投稿された論文は、次号（69 巻 1 号）での受付となります。

◇字数

原著論文・総説＝12,000 字以内（図・表を含む）

症例報告＝6,000 字以内（図・表を含む） 注：図・表は 1 枚 300 字とみなします。

※字数を超えての投稿は原則、受け付けることができませんので、ご注意ください。

◇投稿先

〒604-8585 京都市中京区西ノ京東梅尾町 6 一般社団法人京都府医師会 学術生涯研修課

◇投稿物

①原稿・・・原本 1 部とデータ（USB または CD）

※原稿の末尾には利益相反の有無を必ずご記載ください

②自己申告における COI 報告書

③投稿チェックリスト

注：上記 3 点を必ずご投稿ください。不備がある場合は受付ができない場合があります。

◇投稿・編集規則

本号付録または府医 HP < https://www.kyoto.med.or.jp/medical_dissertation/ > よりダウンロードできる 投稿・編集規則 に則って論文をご執筆ください。

◇利益相反

本号付録または府医 HP < https://www.kyoto.med.or.jp/medical_dissertation/ > よりダウンロードできる別紙様式（京都医学会雑誌：自己申告による COI 報告書）にて申告し、掲載論文の末尾に 利益相反の有無を記載してください。

<記載例>

（利益相反がない場合）本論文に関し、開示すべき利益相反状態はない。

（利益相反がある場合）この研究の○%は×××からの支援により行った。

◇倫理規定

倫理面に最大限配慮し、投稿ください。

◇投稿の際の注意点

論文の種類・・・「総説」または「原著論文」、「症例報告」どれに該当するか明示してください。
研修医・専攻医（卒後5年以内）の方は、その旨を必ず記載してください。

◇令和4年度京都府医師会学術賞

（1）賞の種類

- ①原著論文賞＝総説・原著論文の中から優秀な論文に与えられる賞。
- ②症例報告賞＝1～数例の報告論文が対象。
少数例の症例報告でも優秀な論文を評価するために設けられた賞。
- ③新人賞＝研修医・専攻医（卒後5年以内）が対象。
若手会員の論文発表を評価するために設けられた賞。

（2）賞金総額：100万円（予定）

必ず、投稿・編集規則に則ってご投稿ください（規則に則っていない論文は受け付けることができない場合がありますのでご了承ください）。
また、チェックリストにつきましても、投稿前に必ずチェックの上、原稿に同封してください。

令和3年7月 発 足 分 「一人医師医療法人」の申請受付

令和3年4月26日(月)までに「事前概要書」の提出を

『令和3年7月発足に向けての一人医師医療法人の設立申請書』の受付を下記の要領で行います。

<受付要領>

- ①令和3年7月発足の申請をされる方は、令和3年4月26日(月)までに事前概要書を府医事務局総務課までご提出ください。
- ②事前概要書にもとづいて、京都府医療課によるヒアリング（原則2回）が行われ、その後、本申請書(正本・副本各一部ずつ)を京都府医療課へご提出いただくこととなります。
- ③一人医師医療法人の事前概要書ならびに各申請書式はデータでお渡しします。府医事務局総務課（075-354-6102）までご連絡ください。

とき：2月20日(土) ところ：WEB 配信

「明日からの診療に役立つ Happy Kampo Seminar ～ストレスと漢方」

吉祥寺中医クリニック 院長／日本東方医学会 会長 長瀬 眞彦 氏

設問 1 柴胡の東洋医学的な薬能は？

- 解答 1
- 精神安定作用 (psycho)
 - 抗炎症作用
 - 昇提作用

設問 2 半夏の東洋医学的な薬能は？

- 解答 2
- ・止嘔
 - ・湿の除去（未消化物処理）
 - ・気逆を下ろす

第 327 回 京都整形外科医会学術講演会

とき：2月27日(土) ところ：WEB 配信

「内科医が考えるこれからの骨粗鬆症治療～Lifetime Bone Care」

京都医療センター 臨床研究センター長 八十田 明宏 氏

設問 1 脆弱性の椎体骨折または大腿骨近位部骨折があれば、骨粗鬆症と診断できる。○か×か。

解答 1 ○

設問 2 次の薬剤は骨吸収抑制剤か、骨形成促進剤か。

- ・テリパラチド
- ・デノスマブ
- ・ロモソツマブ

- 解答 2
- ・テリパラチド：骨形成促進剤
 - ・デノスマブ：骨吸収抑制剤
 - ・ロモソツマブ：骨形成促進剤

設問 3 Treat-to-target (T2T) 治療とはどのようなものか。

解答 3 治療の目標 (target) を決めて治療する考え方。

京都消化器医会 定例学術講演会

とき：3月13日(土) ところ：WEB 配信

「困った上腹部症状への対応～ GERD 治療における漢方薬の位置づけ～」

大阪医科大学病院消化器内視鏡センター センター長 竹内 利寿 氏

設問 1 六君子湯は、以下のどの病態に有効と考えられるか？

- ① PPI の効果が不十分な GERD
- ② 機能性ディスペプシア
- ③ うつ状態や不安障害が原因の上腹部愁訴
- ④ 上記のすべて

解答 1 ④

設問 2 半夏瀉心湯は、どのような病態に効果が期待できるか？

- ① PPI の効果が不十分な GERD
- ② 下痢型 IBS
- ③ 抗がん剤投与時の口内炎
- ④ 上記すべて

解答 2 ④

第 328 回 京都整形外科医会

とき：3月27日(土) ところ：WEB 配信

「整形外科領域における神経障害性疼痛を再考する」

浜松医科大学整形外科学講座 教授 松山 幸弘 氏

設問 1 慢性腰痛（慢性疼痛）の治療目標とは？

解答 1 慢性腰痛（慢性疼痛）の治療目標とは、SNRI やプレガバリン、ミロガバリン、場合によってはオピオイドを使用してできる限り痛みを軽減することである。

解説 1 生活の質（QOL）・日常生活動作（ADL）向上が疼痛治療目標として重要である。

Ans：慢性疼痛は、器質的要因よりも非器質的要因がその痛みの構成要素として大きいため、痛みのない状態にすることは難しい。痛みの軽減は慢性疼痛治療の目的と最終目標の一つであるが、第一目標ではない。医療者は、治療による副作用をできるだけ少なくしながら痛みの管理を行い、患者の生活の質（QOL）や日常生活動作（ADL）を向上させることが重要である。

慢性疼痛治療ガイドライン作成ワーキンググループ 編集：慢性疼痛治療ガイドライン，
真興交易（株）医書出版部，東京，pp.24-26，2018

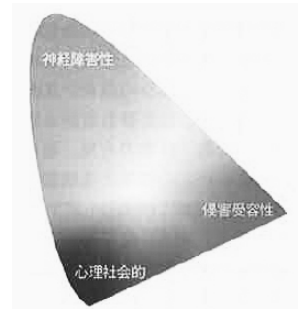
設問 2 慢性疼痛患者の評価に際しての注意点は？

解答 2 慢性疼痛患者の評価に際しての注意点は、要因としては「侵害受容性」「神経障害性」「心理社会的」などがあり、これらはお互いに密接に関連している場合が多いことである。

解説 2 痛みの捉え方 慢性疼痛治療ガイドライン（2018年4月発刊）

Ans：慢性疼痛の要因としては、「侵害受容性」「神経障害性」「心理社会的」などがあり、これらはお互いに密接に関連している場合も多い。慢性疼痛患者を生物心理社会モデルで多面的に評価する目的は、患者の痛みを総合的（全人的に）に理解し、その上で個々の患者に適した治療やケアを選択するためである。

慢性疼痛治療ガイドライン。東京：真興交易（株）医書出版部，2018



設問 3 中枢感作の臨床所見・特徴で正しいものを2つ選べ

- ① 患部以外の部位でも疼痛を生じる。
- ② 痛みの範囲は片側（患側）に限局する。
- ③ 患部以外でも圧痛閾値が上昇している（押したときに痛みをより感じる状態）。
- ④ 繰り返す痛み。

解答 3 ①，④

解説 3 中枢感作の臨床所見・特徴

- ① 患部以外の部位でも疼痛を生じる^{1, 2}
- ② 痛みの範囲が片側（患側）で治まらない^{6, 7}
- ③ 痛みに過敏：患部以外でも圧痛閾値が低下している（押したときに痛みをより感じる状態）³⁻⁷
- ④ 繰り返す痛み⁶

- 1. Clauw, D. J. : Best Pract. Res. Clin. Rheumatol., 2015, 29 (1), 6
- 2. 田中 克宜ほか：日本運動器疼痛学会誌，2017, 9 (1), 34
- 3. Lluch, G. E. et al. : Phys. Ther., 2013, 93 (6), 842
- 4. Nijs, J. et al. : Man. Ther., 2010, 15 (2), 135
- 5. Thakur, M. et al. : Nat. Rev. Rheumatol., 2014, 10 (6), 374
- 6. Nijs, J. et al. : Pain Physician, 2015, 18 (3), E333
- 7. Smart, K. M. et al. : Man. Ther., 2012, 17 (4), 336

第 328 回 京都整形外科医会

とき：3月27日(土) ところ：WEB 配信

「整形外科にお世話になった神経疾患」

京都府立医科大学 副学長／京都府立医科大学附属北部医療センター 病院長 中川 正法 氏

設問 1 下垂手／下垂足をみたときに注意すべき神経疾患は？

解答 1 脳梗塞（特に脳塞栓症）による下垂手／下垂足があることに留意する。
外傷や局所的な圧迫などがなく、不整脈などがある場合には、頭部 MRI 検査の実施または脳神経内科医への紹介などを検討いただく。

設問 2 認知症の診断で最も重要なことは何か？

解答 2 認知症を診断する上で問診が最も重要。

解説 2 アルツハイマー病の場合：「短期記憶の低下」，「病識の欠如」
血管性認知症：「脳卒中の既往」，「病識は多いことが多い」
レビー小体型認知症：「はっきりした幻視」，「過眠傾向」
前頭側頭型認知症：「自分勝手な行動」，「決まり切った行動」

広報誌『Be Well』のバックナンバー紹介

ご好評をいただいております府医発行の府民・市民向け広報誌『Be Well』につきましては現在 95 号まで発行しております。

右記のバックナンバーにつきましては在庫がございますので必要な方は

府医：総務課
(TEL 075-354-6102)

までご連絡ください。

- | | |
|--------------------------------|---------------------|
| 28号▶子どもの発熱 | 77号▶性感染症 STI |
| 38号▶エイズ患者・H I V感染者今のままでは増え続けます | 78号▶コンタクトレンズによる目の障害 |
| 41号▶食育－生涯を通して、健康で豊かな生活を送るために－ | 79号▶肝炎・肝がん |
| 42号▶男性の更年期障害 | 80号▶難聴 |
| 47号▶一酸化炭素中毒 | 81号▶爪のトラブル(巻き爪・爪白癬) |
| 54号▶子宮がん | 82号▶脳卒中 |
| 55号▶ヒブワクチンと小児用肺炎球菌ワクチン | 83号▶大人の便秘症 |
| 60号▶過敏性腸症候群 | 84号▶熱中症 |
| 65号▶感染症罹患時の登園(校)停止基準と登園届 | 85号▶毒虫 |
| 69号▶PM2.5と呼吸器疾患 | 86号▶動脈硬化 |
| 70号▶BRCAについて | 88号▶認知症 |
| 73号▶不妊症 | 89号▶CKD(慢性腎臓病) |
| 75号▶食中毒の予防 | 90号▶急性心筋梗塞 |
| 76号▶RSウイルス感染症, ヒトメタニューモウイルス感染症 | 91号▶消化器がんの予防と検診 |
| | 92号▶知っておきたいたばこの事実 |
| | 93号▶白内障 |
| | 94号▶ロコモ |
| | 95号▶子宮頸がん |

医療事故調査制度『相談窓口』のお知らせ

平成 26 年 6 月の医療法の一部改正により平成 27 年 10 月 1 日から「医療事故調査制度」が施行されています。今回の制度においては①医療事故の判断②院内医療事故調査委員会の実施③支援センターへの報告④遺族への説明等、管理者としての判断・責任が非常に大きくなっています。また、中立性、公平性の担保という観点からも、外部からの支援を受けることが求められています。

各医療機関におかれましては、万が一、対象となる死亡事案が発生した際には、適切な対応をお願いするとともに、京都府医療事故調査等支援団体連絡協議会（窓口：府医）にご相談ください。

府医では、医療機関における『初期対応マニュアル（第 4 版）』『初期対応チェックリスト』を作成していますので、是非、ご活用ください（京都府医療事故調査等支援団体連絡協議会 WEB サイトよりダウンロードできます）。

医療事故調査・支援センター

（一社）日本医療安全調査機構

-
- | | |
|-----------------|---|
| ■ 医療事故 相談専用ダイヤル | 03 - 3434 - 1110 |
| ■ メールアドレス | chuo.anzen@medsafe.or.jp |
| ■ 対応時間 | 24 時間 365 日対応 |
| ■ URL | http://www.medsafe.or.jp/ |

京都府医療事故調査等支援団体連絡協議会

（一社）京都府医師会 医療安全課

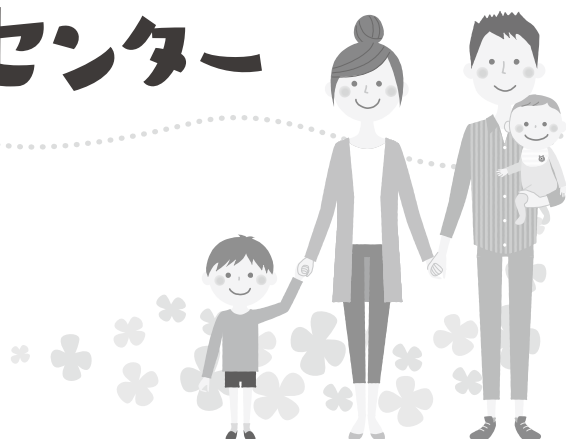
-
- | | |
|-----------|---|
| ■ 専用電話 | 075 - 354 - 6355 |
| ■ 対応日時 | 平日 午前 9 時～午後 6 時 土曜日 午前 9 時～午後 1 時
(※休日・夜間については、医療事故調査・支援センターで対応) |
| ■ メールアドレス | jikocho@kyoto.med.or.jp |
| ■ URL | https://www.kyoto.med.or.jp/ma/ |
| ■ 相談内容 | ①制度概要に関する相談
②事故判断への相談
③院内事故調査への技術的支援
(1)外部委員の派遣
(2)報告書作成支援
(3)解剖・Ai 実施支援 |

京都府医師会 子育てサポートセンター

京都府医師会は、
子育て中の先生方を応援します。



詳細はホームページを
ご覧ください。



救急蘇生訓練人形等の貸出について

府医では、地区医・京都市消防局・京都府各消防本部の協力により、救急蘇生訓練の啓発を推進しております。

下記の救急蘇生訓練人形等について、医療機関内または地域での救急講習会等で会員の皆様にご利用いただきたく存じますので、貸し出しご希望の方は、事前に府医地域医療一課救急係（TEL 075-354-6109）までご連絡くださいますようお願い申し上げます。

・救急蘇生訓練人形（成人用）〔人工呼吸・心マッサージ可〕	3体
・救急蘇生訓練人形（小児用）〔人工呼吸・心マッサージ可〕	2体
・救急蘇生訓練人形（乳児用）〔人工呼吸・心マッサージ可〕	2体
・救急蘇生訓練人形（成人用上半身）〔人工呼吸・心マッサージ可〕	5体
・気道管理トレーナー	1台
・AED（自動体外式除細動器）トレーニングユニット〔訓練用〕	2台

コロナが流行れば…ギターが弾ける

京都山城総合医療センター 外科
中田 雅支

昨年から、「コロナ」で社会がひっくり返っています。

コロナが流行りかけのころ、院外で医療関係者ゆえの体験を2つしました。一つは、4月のテニスの試合の時、「中田さんは医療関係者だったね。近づかないでおこう」と露骨に距離を取られました。もう一つは、クラブの練習会の時、「中田さん、今大変ですね。我々にできることがあれば何でもおっしゃってください」とありがたい激励を受けました。

生活様式も一変しました。私の場合は、宴会等のイベントがことごとくキャンセルになり時間を持て余すようになりました。

ゴールデンウィークのころ、「暇やったらギターでも弾けば」の家内の一言に反応し、納戸の奥からギターを引っ張り出してきました。中学生の時に買ってもらったクラシックギターです。ギターを弾くのは10年以上ぶりぐらいになります。

久々に弾いてみると、暗譜していたはずの曲も、まったく指が動かずショックでしたが、次の日には、音符やコードを見て、指が反応しかけるまでになりました。右指も左指も間違えただけで曲にはなりません、楽譜を見て、指が勝手に動こうとするのは、脊髓反射のようで、ある意味感動もしました。脳梗塞の患者さんがリハビリで運動機能を少しずつ回復させるように、毎日の練習で少しずつ滑らかに指が動くようになってきました。

久々に見るギターは天板のひび割れが絶望的なぐらい進行していました(写真)が、それでも、甘く柔らかい音が響きました。それ以外にも、ペグが固くなって左指では回せなかったり、弦を抑える左指の先端が赤くはれてきたり、古い楽譜は見事なほど茶色に変色していたり、譜面台が見当たらず新たに購入したり…、弦も張り替えたり…、ギターを弾くたびに「新しく懐かしい発見」が新鮮でした。

毎日ギターを弾いていると、天板の割れが気になりだしました。割れがなければもっといい音かもしれない…、見た目も気になる…。

色々調べてみると、手持ちのギターは手工ギターで、現在では、20万円はくだらない代物であること、1970年代の手工ギターは、今では考えられないくらい良い材料を使っていること、表面板の破損は重傷で、修理するにしても10万円超見当の費用がかかること等々がわかりました。

修理は大掛かりで、修理がうまくいく保証はなく、しかも修理中の数週間は手元にギターがなくなる…、いろいろ考え



てギターを買い替える決心をしました。

次はどんなギターを買うかです。

標準サイズで、表面板は杉 (ceder) にするのはすぐ決まりましたが、問題は値段です。最初は安いギターで良いと思っていましたが、その気で調べるといろんなことがわかってきます。「あまり高いギターはだめよ」とくぎを刺されながらも、上には上があって、調べれば調べるほど高価なギターに目がいきます。家計を考えるとあまり高いギターは買いつらく、無理に高いギターを買っても、数週間で飽きてしまうかもしれません。「猫に小判」ということわざが頭をよぎりましたが、結局、コロナ給付金+毎月私のお小遣いから定額ずつ家計に返すレベル (私の一存でコントロールできるレベル) に設定しました。何ヶ月ローンかは内緒ですが、しばらく宴会がないのが幸い、なんとかなるかなとの判断です。

新しいギターを手に入れた日、弾き比べをした後、粘りのある中音が魅力の古いギターは納戸にしまいました。50年ぶりのギター買い替えでした。新しいギターはいい香りがします。この数か月、出勤前と就寝前にギターを弾くのが日課になり、週10回以上の練習回数です。これだけのめり込めるなら、もっと高いのを買ってもよかったかな、との思いもあります。コロナがなければ手にすることがなかった新しいギター。いまは新しい出会いにときめいています。

何事も良いほうに考えれば幸せです。

(京都府立医大卓球部誌原稿改変)

Information

病 院 名 京都山城総合医療センター
住 所 京都府木津川市木津駅前一丁目 27 番地
電話番号 0774-72-0235
ホームページ <http://www.yamashiro-hp.jp/index.html>

京都府ナースセンター 『e-ナースセンター』 のご紹介

京都府ナースセンター (公益社団法人京都府看護協会) では、看護師、准看護師、助産師の無料職業紹介を行っています。看護職の人材をお探しの医療機関におかれましては『e-ナースセンター』のWEBサイトをご確認ください。なお、紹介にあたっては登録が必要ですが、無料で登録・利用できます。

京都府ナースセンター

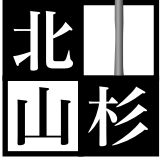
T E L : 075-222-0316

F A X : 075-222-0528

e-ナースセンター URL

<https://www.nurse-center.net/nccs/>





緊急非常事態下でのクラシック鑑賞

～今までにない経験～

あべじゅん婦人科 阿部 純

2度目の緊急非常事態宣言が発出されて2週間経過するが、COVID-19の勢いは未だ衰える傾向なく関西でも高止まりの感染者が報告されている。特に大阪での新型コロナによる死者は東京を上まわるといふ。そんな中、大阪シンフォニーホールで執り行われる演奏会に行くなどのもってのほかというご意見ももっともなことであった。ただ、チケットはすでに2か月前に確保してあり高額でもあったので当日まで行くか行かないか？悩みに悩んだ。開催ホールに2回も電話して1回目はまだ発令していなかったこともあり対応は比較的のんびりしたものだったが、発令後の2回目はさすがにステージから5列目はオーディアンスを入れないなど、かなり嚴重にすると前回にはない緊張感がしのばれた。

当日は雨模様で、しかも昼からまた雨足が強くなり、コロナウイルスのエアロゾルも地表にたたまつきつけられると思い奮勇を奮って2重マスクで出発することにした。むしろ会場内より行きかえりの電車や大阪での通行の方に気を配らなくてはと思った。会場内への入場にはいつもよりさすがに慎重に手順を踏まされた。係の女性からアルコール消毒液の洗礼を受けた後、チケットの半券に署名だけでなく現住所や電話番号の記載も書かされた。その半券を提示しボックスに放り込み一階ホールへ入りクローク取り止めも知った。私の席は2階でステージに向かって左側ボックスLD13に足を運んだ。まだ開演の15時まで1時間弱ありさすがに一階の席はまだまだ少数の占有であった。新型コロナ感染対策が館内放送で繰り返し流されものものしい雰囲気ではあったが、気づいてみたら1階もほぼ9割が聴衆で埋まっていた。大阪フェスティバル50周年の垂れ幕があったが本来は昨年の開催であったがコロナの影響で本日の延期になったことを知った。

出し物はオールワーグナーで前半、後半に別れ、前半は歌劇タンホイザー序曲およびアリアと夕星の歌と楽劇トリスタンとイゾルデ(前奏曲と愛の死)

でいずれもバリトンとメゾソプラノの登壇、後半は指環の中からワルキューレの騎行と神々の黄昏の中からジークフリートの葬送行進曲とブリュンヒルデの自己犠牲をまたしてもバリトンとメゾの激唱であった。指揮は枯れた中にも時に激情がほとばしっていた飯盛泰次郎だった。不織マスクの上に布マスクを重ねさらにフェイスシールドも付けて見下ろしていたが、コロナ禍にあってはバックステージで聴くのが飛沫の方向からいっても正解かとも思った。意外だったのは、各演奏家の前にアクリル板の設置がなく social distance も取られてなかったことだがこれについてはいままでの経験からのデータで飛沫は飛ばないということが実証されたからかなと思った。でも弦楽器はさすがにマスク着用、後ろに位置する管楽器グループはそれに対して当然のことながらマスクなしで思い切って吹いていた。特にトランペット奏者の奮闘を物語るように顔面がどんどん赤くなっていった。ワーグナーの音楽は管楽器がリードして弦が支えている印象であったがどうであろうか？それぞれの演奏が終わった後カーテンコールが3度ほど繰り返されたがメゾの池田香織のリードが優れコンサマのバイオリニストもバリトンのドイツ人も引き立て役に徹していた。

すべての演目が終わりカーテンコールが繰り返され続いたが、ワグネリアン(ワーグナー崇拝者)が多かったせいかいつもより熱を帯びた拍手だったようだ。やはり密を避けて私は早めに会場を後にした。ホワイエで飲食をすることもなく夕食も取らず真っすぐ家路を急いだが京阪で人身事故があり全線がストップしていることを知り愕然とした。修復の見込みなさそうなので急遽、JRに切り替えことなきを得た。感染は気になったが演奏会後約2週間経過しても倦怠感は訪れず検査する気にもならず胸をなでおろした。ただ今後もあまり頻回にこういったイベントへの参加は抑制したほうが良さそうであった。

京都医学史研究会

医学史コーナー

醫の歴史

— 医師と医学 その23 —

○江戸幕末の医療（10）

〈幕末の京都・木屋町通と志士たち〉②

大村益次郎（1824～1869）その1

益次郎の生まれは周防の国・鑄銭司村（現・山口市鑄銭司町、JR山陽新幹線・新山口駅の程近く）である。また三田尻は益次郎が村を出て東西往還の際に利用する船の港町である。

ところで「大村益次郎」の名は死没する4年前に長州藩から拝命したもので、元の名は村田である。鑄銭司村の祖父良安^{りょうあん}、父孝益^{こうえき}と続く漢方医の村医者である。幼名は宗太郎、医業を継ぐにしる医術はすでに漢方から阿蘭陀医学が主流、宗太郎も蘭方医の道をめざすことになる。天保13年¹⁸⁴²、19歳で三田尻の蘭医・梅田幽齋に入門、優秀ではあったが、十代で漢学を習得していないため蘭語医書の解釈に限界が生じ、師の幽齋に豊後日田の儒学者広瀬淡窓^{1782～1856}の咸宜園^{かんぎえん}の入塾を薦められる。宗太郎はさっそく日田に赴き、1年余りの在塾で大いに淡窓の先鋭的思想に触れたと思われる（淡窓は塾生に「農兵採用論」を説いている、この思想は後年大村益次郎が主張した「四民徴兵」に通じるのではないだろうか）。ところで、この塾の入門届けに「周防国三田尻 村田宗太郎 二十歳入門 天保十四年四月七日」と自筆で記入しているという（筆者未見）、それであれば咸宜園入塾までは「宗太郎」を名乗っていたことになり、「良庵」の改名は宗太郎が再び三田尻の幽齋の梅田塾に戻った後のことであろう。鑄銭司村の村医者ではなく、蘭学を究める蘭方医・村田良庵をめざすことにしたのだ。向学心に燃える良庵は、当時の最高蘭学塾である大坂・船場の緒方洪庵の「適々齋塾」¹⁸³⁸（天保9年設立）の入門を幽齋に願い出た。それを幽齋は快く許可し推薦状を持たせて良庵を

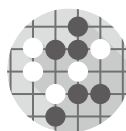
送り出してくれた、時に弘化3年春¹⁸⁴⁶、良庵23歳であった。良庵は熱望した適塾に入門を認められた、そしてまた改名に及ぶ。入門証に「村田良庵改、蔵六」と自署しているというし、入門挨拶時に自ら洪庵に改名したことを告げている。「村田蔵六」の誕生である。「蔵」は土蔵の蔵で、貯蔵する。納める。包み込む、「六」はこれから学ぶ蘭医学の6科目を表わし「蔵六」とは適塾の学問をすべて我に納めるという決意を名に込めたと思われる。ともかく蔵六は飛びっきりの頭脳の持ち主である、春に入塾して秋には最上級のクラスに進級している。講義は生理学と病理学が中心であったが、合間には犬猫の解剖や処刑された人間の腑分けに立ちあい、蘭語の原書も楽に読みこなしている、蔵六はもっともっと高みをめざそうと洪庵に蘭学の本場、長崎行を志願した。そして適塾に入門して半年過ぎた秋の9月に、蔵六は洪庵から塾出身の蘭学者で医院を開業している奥山静叔^{ふわ}への紹介状を頂いて長崎へ遊学したのである。1年半の滞在の後、大坂に戻ったのは嘉永元年春¹⁸⁴⁸であった。蔵六のことである、長崎でも目一杯体験してきた蘭医方の臨床や理論はそのまま適塾に応用された。その翌年、嘉永2年26歳¹⁸⁴⁹にして蔵六は俊才揃いの適塾の塾頭に任命される！……その蔵六が20年後の明治2年¹⁸⁶⁹、暗殺された、それも医師ではなく兵部省兵部大輔・大村益次郎^{ひょうふたいふ}として……（次号は46歳に至る20年間の足跡を探る）

今号よりです・ます調からである調に変更いたしました。

（京都医学史研究会 葉山 美知子）

集いの部屋

倶楽部・サークル



Tennis

医師テニス

第69回 京都府医師会 地区対抗テニス大会のご案内

- と き 令和3年5月30日(日)
午前8時45分～
- と ころ HOS 向島テニスコート
- 参 加 費 3,000 円 (昼食は各自でご用意
お願いします)
- 参加資格 府医会員ならびにそのご家族

参加申し込み

4月30日(金)までに各地区医福祉担当
理事または地区医事務局へお申し込みく
ださい

- ※予備日6月20日(日)になります。
あわせて予備日の参加可否についても、
ご記載ください。
- ※2018年より、HOS 向島テニスコート
の駐車場台数減少により、入庫できず
遅刻される方がみられます。近隣に有
料駐車場があります。当日時間に余裕
を持ってお集まりください。

京都府医師会 会費減免についてのお知らせ

京都府医師会では、傷病、不慮の災害、産前・産後休暇・育児休業、その他特別の事由による、会費減免制度がございます。

詳細については府医・経理課 (075-354-6103) までお問い合わせください。



＝ 医 師 国 保 ＝

公 示 第 370 号
令和3年4月15日

上京東部選挙区組合員 各位

京都府医師国民健康保険組合
理事長 立入 克敏

第33期組合会議員の補欠選挙について（公示）

今般，上京東部選挙区選出 内田秀一議員の辞任にともない，下記により補欠選挙を行います。

記

〔投 票 日〕 令和3年4月30日(金) 午前9時～午後5時

〔投 票 所〕 上京東部医師会事務所

〔開 票 日〕 即日開票

〔定 数〕 1名

〔立候補届出〕 4月20日までに上京東部支部長を経由して，当組合理事長に届出ください（立候補届は支部長より受領してください）。

なお，当該選挙にあたって，立候補者が定数を超えないときは，その選挙区においては投票を行わないこととします。

事務局業務分掌について

令和3年4月1日付で、事務局の業務分掌を一部、変更いたしましたのでお知らせします。変更内容の詳細は以下のとおり。

課名	TEL	FAX	業 務 分 掌
総務課	354-6102	354-6074	代議員会 / 各種会議、式典 / 会員管理 / 選挙関係 / 労務管理 / 文書管理 / 会館管理 / 広報 / 情報システム / 会員福利厚生 / 融資斡旋 / 医師のワークライフバランス / 子育てサポートセンター
経理課	354-6103	354-6074	経理全般
学術生涯研修課	354-6104	354-6074	学術生涯教育 / 京都医学会（京都医学会雑誌） / 専門医制度 / 日医かかりつけ医機能研修 / 勤務医 / 医師臨床研修 / 臨床検査精度管理 / 京都府医療トレーニングセンター / ドクターバンク
医療安全課	354-6505	354-6074	医療安全 / 医事紛争 / 医療事故調査制度 / 医師賠償責任保険等
保険医療課 介護保険課	354-6107	354-6097	保険実務 / 政策 / 基金、国保、労災等審査委員会への対応 / 国保、後期高齢 / 労災、自賠責 / 生保、麻薬、諸法 / 介護保険 / 各種施設基準の取扱い / レセプト等用紙管理
地域医療1課	354-6109	354-6097	在宅医療、地域包括ケア対策（地域ケア委員会） / 認知症対策 / 地域連携パス / 地域医療構想 / 救急医療 / 災害医療 / 共同利用施設 / 地域医療対策（へき地診療所関係含） / 糖尿病対策 / 乳幼児保健
地域医療2課	354-6113	354-6097	特定健診、特定保健指導 / 子宮がん検診 / 乳がん検診 / 消化器がん検診 / 前立腺がん検診 / 肺がん対策 / がん登録 / 脳卒中登録 / 健康づくり対策 / 産業保健 / 精神保健対策 / 環境保全対策
地域医療3課	354-6134	354-6097	感染症対策 / 学校保健 / 母子保健対策 / スポーツ医学 / 心臓検診 / 諸施策（難病、障害者福祉、献血等）
看護専門学校	502-9500	502-9504	看護職員養成（3年課程、2年課程、准看護科、助産学科）
京都市急病診療所	354-6021	354-6024	京都市急病診療所業務全般
京都府医師連盟	354-6034	354-6074	京都府医師連盟業務全般
専門医会室	354-6105	354-6097	各専門会室業務
（有）ケーエムエー	354-6117	354-6497	医師賠償責任保険 / 所得補償保険 / 生保、損保

注：上記業務分掌は主な業務のみ掲載

令和3年度 医療メディエーター養成研修会 「導入・総論・基礎編」開催のご案内 (日本医療メディエーター協会 認定研修会)

府医では会員医療機関における医療安全対策の向上を目指し、毎年、医療安全にかかる様々な講演会・研修会を開催しております。この度、下記の要領で医療メディエーター養成研修会を開催しますので、是非、ご参加ください。

院内医療メディエーター（医療対話仲介者）とは、患者と医療者双方の語りを、いずれにも偏らない位置で、共感的に受け止め、自身の見解や評価・判断を示すことなく、当事者同士の対話の促進を通じて、情報共有を進め、認知齟齬（認知的コンフリクト）の予防、調整を支援する役割を担う人材であり、メディエーター（マインド）を活用することにより、トラブルが訴訟に発展することを抑制する効果が期待できます。

日本医療メディエーター協会認定研修「導入編・総論・基礎編」

と き 令和3年7月17日(土) 午後1時15分～午後5時30分
7月18日(日) 午前9時～午後6時
7月19日(月) 午前9時～午後6時

と ころ 京都府医師会館（JR二条駅東ロータリー南隣）

内 容 コンフリクトマネジメントやメディエーションの理論と技法をロールプレイ形式で学ぶ。

講 師 杉浦 良啓 先生（大滝病院 訪問診療科）
中西 淑美 先生（山形大学医学部総合医学教育センター 准教授）

対 象 府医会員および会員医療機関に所属する医療関係者

定 員 最大 21名

参 加 費 35,000円

申し込み方法 本書「医療安全通信」もしくは府医ホームページに申し込み用紙を掲載しておりますのでFAX（075-354-6074）にて5月26日(水)までにお申し込みください。なお、申し込み多数で定員を超えた場合は1医療機関1名を優先し、受講者を調整いたします。受講の可否は6月下旬を目処に通知します。

修 了 修了者には受講証明書を発行します。希望者は日本医療メディエーター協会（年会費6,000円）へ入会し、認定を受けることが可能です。

本研修会は、診療報酬の入院基本料加算である「患者サポート体制充実加算」の施設基準に規定されている、修了していることが望ましい研修となります。施設基準についての詳細は別途ご確認ください。

※開催にあたっては、消毒を徹底し、小まめな会場換気に努めますが、新型コロナウイルスの流行状況によっては、急遽、開催を取りやめる場合がございます。予めご理解を賜りますようお願い申し上げます。

「京都医報」へのご投稿について

府医では、会員の皆さまから「会員の声」「北山杉」「他山の石」「私の趣味（仮）」「開業医奮闘記」の各種原稿を下記要領にて募集しております。是非ともご投稿ください。

なお、字数は原則として下記のとおりですが、最大でも3000字（医報2ページ分、写真・図表・カット（絵）等を含む）までお願いいたします。原稿の採否は、府医広報委員会の協議により決定します。場合によっては、本文の訂正・加筆、削除、分載等をお願いすることがありますので、あらかじめご了承ください。

また、同じ著者の投稿は原則として1年間に1編とします。

【原稿送付先・お問い合わせ先】

〒604-8585 京都市中京区西ノ京東梅尾町6 京都府医師会総務課「京都医報」係
TEL 075-354-6102 FAX 075-354-6074 e-mail kma26@kyoto.med.or.jp

会員の声 「会員の声」には、医療についての意見、医師会への要望・批判などを1200字程度にまとめてお寄せください。

北山杉 「北山杉」には、紀行文・エッセイなどを1200字程度でお寄せください。

他山の石 これまでに体験した「ヒヤリ・ハット」事例を1200字程度でお寄せください。特別な形式はありませんが、①事例内容 ②発生要因 ③その後の対策等—についてご紹介ください。掲載にあたっては、原則「匿名」とさせていただき、関係者などが特定できない形での掲載となります。

私の趣味 「自転車」「DIY（日曜大工）」「料理」「園芸」「旅行」「映画」「書籍（医学書以外）」「音楽」「演劇鑑賞」「ワイン（酒）」「登山日記」「鉄道」などについてジャンルは問いません。読者に知ってもらいたい、会員の先生方の深い造詣を1200字程度でご披露いただければ幸いです。

開業医奮闘記 日常診療で尽力されている事柄や感じていること、出来事などについてのご投稿をいただくことで、会員の先生方の参考となればと思っております。こちらも1200字程度でお寄せください。

京都府医師会事務局の業務時間について

府医事務局の業務時間は以下のとおりです。

曜 日	業 務 時 間
月 ～ 金	午前9時30分～午後5時30分
土	午前9時30分～午後1時30分 ・第一土曜日は休館日で会館は閉鎖しています。 ・第一土曜日以外の土曜日は会議等の終了時（おおむね午後5時頃）までは、事務局当番がいます。
日 ・ 祝	休館日

※駐車場に限りがありますので、ご来館時にはなるべく公共交通機関をご利用ください。特に、急病診療所の診療時間内である土曜日午後、日曜日・祝日は、多くの患者の来館が見込まれますので、ご協力をよろしくお願いいたします。

※会館駐車場をご利用の際は、駐車券を3階事務局までお持ちください。割引処理をいたしますが、割引後も有料となりますのでご注意ください。

※5月1日(土)から5月5日(水)のゴールデンウィーク期間中は、府医事務局を休務いたしますので、ご了知のほどお願いいたします。

会 員 消 息

(2 / 4, 2 / 25 定例理事会承認分)

入 会

氏 名	会 員 区 分	地 区	医 療 機 関	診 療 科 目
藤宮 龍也	A	西 京	西京区大原野石作町 256-1 特養ホーム西山寮診療所	内・皮・放
田巻 達也	A	西 陣	上京区今小路通御前西入紙屋川町 1039-31 DUOビル1F なか整形外科 京都北野本院	整外・リハ
濱中 正嗣	A	右 京	右京区嵯峨天龍寺中島町 4 はまなかクリニック	内・脳内・リハ
荒井 俊之	B 1	綴 喜	京田辺市田辺中央 6 丁目 1-6 京都田辺中央病院	麻
村上 守	B 1	綴 喜	京田辺市田辺中央 6 丁目 1-6 京都田辺中央病院	脳外
安本 寛章	B 1	綴 喜	京田辺市田辺中央 6 丁目 1-6 京都田辺中央病院	麻
菊地 珠希	B 1	乙 訓	長岡京市開田 2 丁目 14-26 千春会病院	内・消内
井上 匡美	B 2	府 医 大	上京区河原町通広小路上ル梶井町 465 京都府立医科大学附属病院	呼外
四方 翼	C	府 医 大	上京区河原町通広小路上ル梶井町 465 京都府立医科大学附属病院	研修
藤田 凱斗	C	府 医 大	上京区河原町通広小路上ル梶井町 465 京都府立医科大学附属病院	研修
松本源一郎	C	上 東	上京区釜座通丸太町上ル春帯町 355-5 京都第二赤十字病院	研修
白波瀬公香	C	中 西	中京区壬生東高田町 1-2 京都市立病院	研修
橋本沙瑛子	C	府 医 大	上京区河原町通広小路上ル梶井町 465 京都府立医科大学附属病院	研修

異 動

氏 名	会 員 区 分	地 区	医 療 機 関	診 療 科 目
仁尾 義則	A→A	中西→中西	中京区西ノ京北聖町 10-5 京都仁尾ビル 仁尾外科クリニック ※医療機関移転にともなう異動	乳・麻・外
福島 達夫	A→A	亀岡市→亀岡市	亀岡市旅籠町 25 ふくしま内科医院 ※法人化にともなう異動	内・リウ・腎内

異 動

氏 名	会 員 区 分	地 区	医 療 機 関	診療科目
小出 正治	A→A	中西→中西	中京区室町通二条下ル蛸薬師町 282 小出内科医院 ※医療機関移転にともなう異動	内・麻
大熊 正人	A→A	下東→下東	下京区四条烏丸西入函谷鉾町 89 函谷鉾ビル 4 F 大熊医院眼科・糖尿病内科 ※医療機関名称変更にとともなう異動	眼・糖内
重富 博之	B1→A	伏見→左京	左京区田中門前町 103-5 京都パストゥール研究所 1 階 百万遍クリニック	乳・整外・内・放
田村 尚也	B1→A	亀岡市→亀岡市	亀岡市安町野々神 28 田村産婦人科医院	産婦
武田 道子	A→B1	西陣→下西	下京区塩小路通西洞院東入東塩小路町 841-5 武田病院	児
中 康匡	A→B1	西陣→西陣	上京区今小路通御前西入紙屋川町 1039-31 DUO ビル 1 F なか整形外科 京都北野本院	整外・リハ
坂本万里華	B1→B1	中西→中西	中京区西ノ京北聖町 10-5 京都仁尾ビル 仁尾外科クリニック ※医療機関移転にともなう異動	乳・外
富士森良輔	B1→D	下西→下西	—	
大川 和春	B1→D	綴喜→綴喜	—	

※D会員は住所がご自宅となるため、掲載しておりません。

退 会

氏 名	会 員 区 分	地 区	氏 名	会 員 区 分	地 区	氏 名	会 員 区 分	地 区
原田 佳昭	A	西 京	岡田 楯彦	B 1	中 西	酒井 敏行	B 2	府医大
米田 誠一	D	乙 訓	猿橋 敏雄	D	左 京			

訃 報

郡 大裕氏／山科地区：第4班／1月26日ご逝去／83歳
 長谷川正秀氏／乙訓地区：第6班／2月4日ご逝去／88歳
 池崎 稔氏／綴喜地区：京田辺班／2月7日ご逝去／74歳
 辻田 純二氏／右京地区：第5班／2月11日ご逝去／92歳
 角野 宏達氏／西陣地区：仁・翔班／2月20日ご逝去／85歳
 謹んでお悔やみ申し上げます。

第39回 定例理事会（2月4日）

報 告

1. 2月1日現在の会員数
1月1日現在 4,399 名（日医 3,215 名）
2月1日現在 4,394 名（日医 3,214 名）
2. 会員の逝去
3. 第8回地区庶務担当理事連絡協議会の状況
4. 令和3年度京都市予算要望への回答の状況
5. 第2回 PHR ガイドライン策定会議の状況
6. 融資斡旋の状況
7. 令和2年度府内市町村国保運営協議会委員連絡会の状況
8. 第7回京都府糖尿病対策推進事業委員会の状況
9. 京都府生活習慣病検診等管理指導協議会が
ん検診部会胃がん検診ワーキングの状況

議 事

10. 京都府・京都市等外部審議会委員等の推薦
ならびに推薦替えを可決
11. 令和3（2021）年度事業計画を可決
12. 令和3（2021）年度府医予算を可決
13. 医療を取り巻く課題に係る質問の提出を可
決
14. 会員の入会・異動・退会 18 件を可決
15. 常任委員会の開催を可決
16. 委員会・研修会等の中止を可決
17. 第9回地区庶務担当理事連絡協議会の開催
を可決
18. 地区医会長・地区感染症対策担当理事連絡
協議会の開催を可決
19. 第8回京都府糖尿病対策推進事業委員会の
開催を可決
20. 胃がん内視鏡検診セミナーへの派遣講師の
変更を可決
21. 京都市急病診療所小児科後送患者受入れの
委託契約を可決
22. 京都市急病診療所眼科，耳鼻咽喉科後送患
者受入れの覚書締結を可決
23. 京都市急病診療所の診療業務に従事する薬
剤師派遣委託契約を可決
24. 京都市急病診療所職員（薬剤師）の契約更
新を可決
25. 府医学術講演会の開催を可決
26. 日医生涯教育講座の認定を可決
27. 令和3年度新研修医総合オリエンテーショ
ンの開催を可決
28. 看護専門学校専任教員の退職ならびに退職
給付金の支給を可決
29. 看護専門学校授業用大量印刷機のリース契
約を可決
30. 看護専門学校第2回運営会議の開催を可決

第40回 定例理事会（2月25日）

報 告

1. 会員の逝去
2. 中京東部医師会，綴喜医師会および下京東
部医師会と府医との懇談会の状況
3. 2月度総務担当部会の状況
4. 令和3年度京都府への予算要望に対する回
答の状況
5. 子育て医師の会の状況
6. 2月度保険医療担当部会の状況
7. 第4回近医連保険担当理事連絡協議会の状況

8. 第12回社会保険研究委員会の状況
 9. 第4回産業医部会幹事会の状況
 10. 第7回産業医部会正副幹事長会の状況
 11. 第6回産業保健委員会の状況
 12. 第42回産業保健活動推進全国会議の状況
 13. 令和2年度京都府リハビリテーション連絡協議会作業部会の状況
 14. 第1回京都府CDR関係機関連絡調整会議の状況
 15. 第12回救急・災害委員会の状況
 16. 2月度地域医療担当部会の状況
 17. 第14回地域ケア委員会の状況
 18. 第7回乳がん検診委員会・地区担当者連絡会の状況
 19. 地区（京都市内）特定健康診査担当理事連絡協議会の状況
 20. 地区（京都市外）特定健康診査担当理事連絡協議会の状況
 21. 2020年度防災訓練南海トラフ大震災想定訓練の状況
 22. 第6回災害対策小委員会の状況
 23. 第5回がん登録事業委員会の状況
 24. 2月度学術・会員業務・養成担当部会の状況
 25. 第10回学術・生涯教育委員会の状況
 26. アドリブ症例検討会の状況
 27. 第11回医療安全対策委員会の状況
 28. 日医理事会の状況
 29. 第7回近医連常任委員会の状況
- 議 事**
30. 京都府・京都市等外部審議会委員等の推薦ならびに推薦替えを可決
 31. 会員の入会・異動・退会17件を可決
 32. 常任委員会の開催を可決
 33. 府医第205回臨時代議員会の運営を可決
 34. 令和3年度理事会休会および各部会の開催日変更を可決
 35. 府医委員会委員への記念品贈呈を可決
 36. 「京の医・食・住」vol.12の発行を可決
 37. がん実態調査報告書の作成を可決
 38. 令和3年度京都市集団健診中止にともなう個別実施対応への対策費（固定費）の支払いを可決
 39. 令和3年度特定健診・前立腺がん検診・胃がんリスク層別化検診事業の一部業務委託を可決
 40. 令和2年度都道府県災害医療コーディネーター研修の受講者推薦を可決
 41. 第3回学校検尿事業委員会の開催を可決
 42. 第24回京都地域リハビリテーション研究会の後援を可決
 43. スポーツ医学委員会「部活動指導者のアンケート調査」を可決
 44. 令和3年度 連続講座「人生の終い支度」（第1クール）の講師派遣を可決
 45. 第7回胃がん内視鏡検診運営小委員会の開催を可決
 46. 女性のための健康づくり応援キャンペーン「美」自分力発揮の後援を可決
 47. 肺がん検診読影委員の交代を可決
 48. 産業医研修会の開催を可決
 49. 第8回産業医部会正副幹事長会の開催を可決
 50. 令和2年度第2回認知症サポート医連絡会の開催を可決
 51. 令和2年度認知症サポート医フォローアップ研修の開催を可決
 52. 救急告示医療機関の指定申請を可決
 53. 京都市急病診療所運営委員の委嘱替えを可決
 54. 京都市急病診療所小児科後送患者受入れの委託契約を可決
 55. 山脇東洋観臓記念碑建立45周年行事を可決
 56. 府医学術講演会の開催を可決
 57. 日医生涯教育講座の認定を可決
 58. 第16回医事紛争相談室の開催を可決
 59. 第8回近医連常任委員会への出席を可決
 60. 医療を取り巻く課題に係る質問の提出を可決

● 「京都府医師会・会員メーリングリスト」にご登録ください ●

府医では、会員の先生方の迅速な意見交換、情報交換の場として「府医・会員メーリングリスト」（以下、ML）を運用しております。

Gmail と PC アドレスなどを複数ご登録いただくことも可能です。すでにご登録いただいている会員の先生方も、スマホやタブレットなどでご確認いただくために、登録アドレスを見直しませんか。下記登録方法にてお申し込みください。

『京都府医師会・会員メーリングリスト利用規約』

<https://www.kyoto.med.or.jp/doctor/ml-kiyaku.pdf>

『京都府医師会・会員メーリングリスト運用ガイドライン』

<https://www.kyoto.med.or.jp/doctor/ml-unyougaido.pdf>

登録方法 以下の申込先フォーム URL よりご登録をお願いいたします。
アドレスは2つまでご登録いただけます。

(パソコン) <https://ssl.formman.com/form/pc/JpJfpmjNSAt4OKE3/>

(携 帯) <https://ssl.formman.com/form/i/JpJfpmjNSAt4OKE3/>



上記の方法によりご登録できない場合は、FAX でのお申し込みを受け付けます。

必要事項（①地区医師会名 ②医療機関名 ③氏名 ④メールアドレス）をご記入の上、総務課（FAX：075-354-6074）まで送信してください。

※お申し込みいただいた会員の先生方には、府医事務局においてアドレスを登録し、確認メール（件名：「Welcome to kyoto-med mailing list」）にて、順次、直接通知いたします。

～ 5 月度請求書（4 月診療分） 提出 期 限 ～

- ▷基金 10日(月) 午後5時30分まで
- ▷国保 10日(月) 午後5時まで
- ▷労災 10日(月) 午後5時まで

☆提出期限にかかわらず、お早めにご提出ください。

☆保険だより3月15日号に半年分の基金・国保の提出期限を掲載していますので併せてご参照ください。

保険だより

— 必 読 —

新型コロナウイルス感染症に係る 診療報酬上の臨時的な取り扱いについて

新型コロナウイルスの感染が拡大している状況を踏まえ、臨時的な診療報酬の取り扱い（その 38・39 / 3 月 22 日・26 日付）が示されましたので、お知らせします。

その 39 では、施設基準等において 1 年間の実績を求めるものについて、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 26）」の 2（2）の取扱いをした上で、なお、実績を満たさない場合は、令和 3 年 9 月 30 日までの間、

令和元年度の実績を用いて報告しても差し支えないことが示されたほか、令和 2 年度診療報酬改定において令和 3 年 3 月 31 日を経過措置としていたものについて、実績を報告した上で、当該経過措置を令和 3 年 9 月 30 日まで延長する取扱い等が示されています。

5 月度請求書（4 月診療分）

提出期限

- ▷基金 10日(月)
午後 5 時 30 分まで
- ▷国保 10日(月)
午後 5 時まで
- ▷労災 10日(月)
午後 5 時まで

☆提出期限にかかわらず、
お早めにご提出ください。

☆保険だより 3 月 15 日号に半年
分の基金・国保の提出期限を
掲載していますので併せてご参
照ください。

◇臨時的な取扱いその 38

問 1 新型コロナウイルス感染症に係るワクチンについて、市町村等の計画又は要請により、自施設内で接種を行った保険医療機関等又は当該保険医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等について、それぞれ、令和 2 年 8 月 31 日付事務連絡「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 26）」1.（2）①イ「アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等」に該当すると考えてよいか。

（答） よい。

◇臨時的な取扱いその 39

1. 全ての保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱いについて

（1）患者及び利用者の診療実績等に係る要件の取扱いについて

- ① 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号。以下、「基本診療料の施設基準等通知」という。）、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 3 号。以下、「特掲診療料の施設基準等通知」という。）及び「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 4 号。以下、「訪問看護ステーションの届出基準通知」という。）における手術の実績件数等の患者及び利用者の診療実績等に係る要件（以下、「実績要件」という。）のうち、1 年間の実績を求めるものについて、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 26）」（令和 2 年 8 月 31 日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「8 月 31 日事務連絡」という。）2（2）の取扱い【令和 2 年 10 月 1 日号京都医報保険だより参照】をした上で、なお、実績要件を満たさない場合において、令和 3 年 9 月 30 日までの間（新型コロナウイルス感染症の病床を割り当てられている保険医療機関においては、令和 4 年 3 月 31 日までの間）、令和元年（平成 31 年）の実績（年度の実績を求めるものについては令和元年度（平成 31 年度）の実績）を用いても差し支えないものとする。

- ② ①の取扱いを行い、令和元年（平成31年）の実績（年度の実績を求めるものについては令和元年度（平成31年度）の実績）を用いて実績要件を満たすこととする場合においては、保険医療機関等は、実績要件について各月の実績を記録するとともに、別紙様式（保険医療機関及び訪問看護ステーションは様式1-1、保険薬局は様式1-2）を用いて各地方厚生（支）局に報告を行うこと。

なお、8月31日事務連絡2（2）の取扱いにより実績要件を満たすこととする場合については、従前のとおり、当該様式による報告は要さない。

- （2）令和2年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準等の取扱いについて基本診療料の施設基準等通知及び訪問看護ステーションの届出基準通知において設けられている当該施設基準等の要件に係る経過措置については、令和3年9月30日まで延長することとし、別途通知等の改正を行う予定としているが、令和2年度診療報酬改定後の新基準が令和3年4月以降に適用された場合に当該要件を満たせなくなることとなる保険医療機関及び訪問看護ステーションにおいては、様式2を用いて各地方厚生（支）局に報告を行うこと。

〈参考〉 令和3年3月31日を期限とする経過措置が設けられた項目一覧

項目	経過措置
重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（結核、特定（一般病棟）、専門）、看護必要度加算（特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注7を算定している病棟又は病室については、 令和3年3月31日まで の間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
入退院支援加算3	令和2年3月31日時点で、入退院支援加算3の届出を行っている保険医療機関は、同時点で配置されている「入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師」については、 令和3年3月31日まで の間に限り、「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」の施設基準を満たしているものとする。
回復期リハビリテーション病棟入院料1・3	令和2年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3の届出を行っている病棟については、 令和3年3月31日まで の間に限り、「リハビリテーションの効果に係る実績の指数」「管理栄養士の配置」（1に限る）に係る施設基準を満たしているものとする。
地域包括ケア病棟入院料（特定一般入院料の注7も同様）	令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、 令和3年3月31日まで の間に限り、入退院支援部門に係る施設基準を満たしているものとする。
地域包括ケア病棟入院料（特定一般入院料の注7も同様）	令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料1又は3の届出を行っている病棟又は病室については、 令和3年3月31日まで の間に限り、診療実績に係る施設基準を満たしているものとする。
機能強化型訪問看護管理療養費	令和2年3月31日時点で、機能強化型訪問看護管理療養費1、2又は3を届け出ている訪問看護ステーションについては、 令和3年3月31日まで の間に限り、看護職員割合に係る基準を満たすものとみなす。

- （3）（1）②及び（2）の報告時期について

（1）②の取扱いによって1年間の実績に係る要件を満たすこととなる保険医療機関等及び（2）に示す新基準が適用された場合に要件を満たせなくなることとなる保険医療機関等について、報告時期は次のとおりとする。なお、各期限までの報告が間に合わない場合には、事前に各地方厚生（支）局に相談すること。

	4 / 30 報告	6 / 30 報告	9 / 30 報告
令和3年 <u>4月</u> に当該取扱いを行う場合	○	○	○
令和3年 <u>5月</u> に当該取扱いを行う場合	—	○	○
令和3年 <u>6月</u> に当該取扱いを行う場合	—	○	○
令和3年 <u>7月</u> に当該取扱いを行う場合	—	—	○
令和3年 <u>8月</u> に当該取扱いを行う場合	—	—	○

※○は報告が必要なもの

※別紙様式等、詳細は、近畿厚生局ホームページ [https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/] に掲載していますので、ご確認ください。

【ホームページ掲載箇所】

トップページ上部「保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーションのみなさまへ」のバナー→【診療報酬に関する届出・報告】→【コロナ禍における施設基準等の臨時的な取扱いについて】

2. その他の診療報酬の取扱いについて

問 1 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院が必要な患者を受け入れた保険医療機関について、8 月 31 日事務連絡 1. (2) ①ア「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等」に該当すると考えてよいか。

(答) よい。

問 2 「新型コロナウイルス感染症の病床を割り当てられている保険医療機関」とはどのような医療機関か。

(答) 都道府県から新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の受入病床を割り当てられた重点医療機関、協力医療機関その他の医療機関をいう。

令和 3 年度新型コロナウイルス感染症に係る 労災診療費等の臨時的な取扱いについて

健保点数において、特に手厚い感染症対策を要することを勘案し、特に必要な感染症対策を講じた上で診療等を実施した場合の評価として、令和 3 年 4 月診療分から 9 月診療分につき、医科外来等感染症対策実施加算（5 点）等の取扱いが示されているところです（3 月 15 日号保険だより参照）。

労災保険は、労災診療費算定基準に基づき取り扱っており、初診料および再診料については労災保険独自に金額を定めていますが、労災診療費等の臨時的取扱いについては、当該初診料および再診料の金額に、健保点数に準じ 5 点を加算することとされましたのでお知らせします。

なお、労災診療費は従前どおり労災診療費算定基準に定められているものを除き、健保点数表の診療報酬点数に労災診療単価を乗じて算定することとなるため、これまで示された健康保険における新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的取扱いについても、当該取扱いが認められている間、原則準拠して取り扱うことにご留意ください。

新型コロナウイルス感染症にかかる 検査料の点数の取り扱いについて

3 月 18 日から

新型コロナウイルス感染症にかかる臨床検査が保険適用されたこと等にもない、今般、厚生労働省保険局医療課長から下記のとおり取り扱う通知が示され、3 月 18 日から適用となりましたので、お知らせします。

記

■新たに保険適用が認められた検査

測定項目	SARS コロナウイルス抗原キット
販売名	エクルーシス試薬 SARS-CoV-2 Ag
区分	E2 (新方法)
測定方法	電気化学発光免疫測定法 (定量)
主な測定目的	鼻咽頭ぬぐい液又は鼻腔ぬぐい液中の SARS-CoV-2 抗原の測定 (SARS-CoV-2 感染の診断補助)
点数	「D012」感染症免疫学的検査 「25」マイコプラズマ抗原定性 (免疫クロマト法) 150 点の 4 回分 計 600 点
関連する留意事項の改正	※「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和 2 年 3 月 5 日付け保医発 0305 第 1 号) の別添 1 (医科診療報酬点数表に関する事項) の第 2 章 (特掲診療料) を次のように改める。(変更箇所下線部) 第 3 部 検査 第 1 節 検体検査料 第 1 款 検体検査実施料 D012 感染症免疫学的検査 (1) ~ (21) (略) (22) (前略) 上記に加え、COVID-19 の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として化学発光酵素免疫測定法 (定量) <u>又は電気化学発光免疫測定法 (定量)</u> による SARS-CoV-2 抗原検出を実施した場合は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて (一部改正)」(令和 3 年 2 月 25 日健感発 0225 第 1 号) の「第 1 退院に関する基準」に基づいて実施した場合に限り、1 回の検査につき上記のように合算した点数を算定する。なお、検査を実施した日時及びその結果をレセプトの摘要欄に記載すること。

令和 3 年度薬価改定にともなう薬価基準の一部改正等について

4 月 1 日から

3 月 5 日付厚生労働省告示第 62 号および 63 号をもって薬価基準および揭示事項等告示が一部改正され、4 月 1 日から適用とされましたので、その概要を下記のとおりお知らせします。

今回の改正は、毎年薬価改定が初めて実施されたことによるものです。これまで薬価改定は診療報酬改定年度に実施されていましたが、平成 28 年 12 月の「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」（4 大臣合意）により、診療報酬改定がない中間年度においても薬価改定を行うことが合意され、その後、閣議決定された「骨太の方針」でも、具体的な方策を検討することとされていました。

これを受け、中医協では、日医からは、新型コロナウイルス感染症の拡大により医療機関の経営状況が深刻な打撃を受けていること等を考慮して影響が最小限となるよう主張していましたが、最終的には昨年 12 月の 3 大臣合意を踏まえ、全品目の約 7 割（約 1 万 2 千品目）が改定の対象となること等が決定されました。

今回の改定の対象となる各品目等については下記 URL の厚労省ホームページよりご確認ください。

記

▷ 令和 3 年度薬価改定について

① 令和 3 年度薬価改定について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00033.html

② 薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について

（令和 3 年 4 月 1 日適用）

<https://www.mhlw.go.jp/topics/2021/04/tp20210401-01.html>

▷ 揭示事項等告示の一部改正について

アガルシダーゼ アルファ製剤、アガルシダーゼ ベータ製剤、アルグルコシダーゼアルファ製剤、イデュルスルファーゼ製剤、イミグルセラーゼ製剤、エロスルファーゼ アルファ製剤、ガルスルファーゼ製剤、セベリパーゼ アルファ製剤、ベラグルセラーゼ アルファ製剤及びラロニダーゼ製剤について、揭示事項等告示第 10 第 1 号の「療担規則第 20 条第 2 号ト及び療担基準第 20 条第 3 号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬」として定めたものであること。

▷ 関連通知の一部改正について

◎「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和 2 年 3 月 5 日付け保医発 0305 第 1 号）

第 2 部 在宅医療

C200 薬剤

（1）次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。

【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、（中略）遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤、ブロスマブ製剤、アガルシダーゼ アルファ製剤、アガルシダーゼ ベータ製剤、アルグルコシダーゼ アルファ製剤、イデュルスルファーゼ製剤、イミグルセラーゼ製剤、エロスルファーゼ アルファ製剤、ガルスルファーゼ製剤、セベリパーゼ アルファ製剤、ベラグルセラーゼアルファ製剤及びラロニダーゼ製剤

※改正箇所下線部

バベンチオ点滴静注 200mg に係る最適使用推進ガイドライン の策定にともなう留意事項の一部改正について

今般、バベンチオ点滴静注 200mg（アベルマブ（遺伝子組換え）製剤）について、「尿路上皮癌」の最適使用推進ガイドラインが策定されたことにともない、本製剤に係る留意事項が下記のとおり改正されましたので、お知らせします。

記

◎「抗 PD-L1 抗体抗悪性腫瘍剤に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項について」（平成 29 年 11 月 21 日付け保医発 1121 第 12 号）の記の 1

1 バベンチオ点滴静注 200mg

(1) ～ (3) (略)

(4) 根治切除不能な尿路上皮癌における化学療法後の維持療法

本製剤を根治切除不能な尿路上皮癌における化学療法後の維持療法の治療に用いる場合は、次の事項をレセプトの摘要欄に記載すること。

1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）

ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など）

イ 特定機能病院

ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など）

エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算 1 又は外来化学療法加算 2 の施設基準に係る届出を行っている施設

オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設

2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）

ア 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 5 年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2 年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。

イ 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 4 年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2 年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること

※改正箇所下線部

「労災保険二次健康診断等給付担当規程」の 一部改正について

労災保険二次健診については、「[「労災保険二次健診等給付医療機関の指定及び指定取消事務取扱準則」及び「労災保険二次健康診断等給付担当規程」の制定について] (令和 2 年 12 月 25 日最終改正) により取り扱っていますが、今般、「労災保険二次健康診断等給付担当規程」の一部改正について、通知が発出されましたのでお知らせします。

改正の概要は様式の変更です。下記のとおり、4 月 1 日より改正されますのでご注意ください。

記

○様式について

「労災保険二次健康診断等給付担当規程」の別添「特定保健指導の実施基準」の別紙 4 「二次健康診断等の受診結果」について、微量アルブミン尿検査は「定量」により実施することとし、「微量アルブミン尿検査」欄の単位を (mg/l) と表記していたが、異なる単位で記載された検査結果を基に診断されることがあることから、「微量アルブミン尿検査」欄の改正を行ったものである。

診断した値の単位については、健診給付医療機関において、「微量アルブミン尿検査」欄の括弧内に記載させること。

なお、「労災保険二次健康診断等給付担当規程」の別添「特定保健指導の実施基準」の別紙 4 「二次健康診断等の受診結果」については、当面の間、現行の様式を改正後の様式とみなして使用しても差し支えないが、診断した値の単位を記載させること。

○変更後の様式

「微量アルブミン尿検査」欄

微量アルブミン尿検査 ※単位を括弧内に記載してください。	()
---------------------------------	-----

身体犯被害者に対する公費負担制度の拡充について

京都府警察では、殺人未遂や傷害をはじめとする身体犯被害に遭われた方に対して、精神的、経済的負担の軽減を図るため、捜査上、被害を立証するために必要となる初診料と初診時の画像診断、検査、病理診断の費用、診断書料を公費で負担しているところです。

今回、4 月 1 日より制度が拡充され、初診時の処置や投薬（院外処方も含む）等の費用も対象となりましたのでお知らせします。

支給手続きは、通常の保険診療と同様に、原則として、被害者が、一旦、医療機関に医療費（健康保険適用の一部負担金相当額）および診断書料などを支払い、その後、医療機関が発行する領収証を被害者が警察署に提出し、公費の対象となる費用を警察署が被害者に支払うというものです（償還払い。医療費の償還は 1 万円が上限）。

なお、性犯罪被害者に対する公費負担制度については、従来と変更ありませんのでご注意ください。

向精神薬の処方を強く希望する患者にご注意

下記の患者が主に京都市内およびその近辺の複数の医療機関を受診し、向精神薬の処方を要望されています。多量に服用している可能性も考えられることから、各医療機関におかれましては、十分ご注意ください。

向精神薬は、ご承知のとおり、中枢神経系に作用し精神機能に影響を及ぼすことからその誤用や乱用による保健衛生上の危害を防止するため、麻薬および向精神薬取締法に基づき流通が規制されています。

この件に限らず、薬物中毒と思われる患者が受診された場合には、情報収集し、注意喚起いたしますので、府医保険医療課（ダイヤルイン：075-354-6107）までご連絡ください。

記

- ① 平成 6 年 8 月 22 日生まれの 26 歳女性
- ② 南区の生保患者。
- ③ 入眠剤（マイスリー）等の処方を希望している模様。

2021 年 5 月 京都市 (乙訓 2 市 1 町) 病院群輪番編成表

太字の病院は小児科の当番病院です。

日	曜	A ブロック		B ブロック		C ブロック		D ブロック	
1	土	賀 茂		シ ミ ズ		十 条		洛 和 会 音 羽	
②	日	愛寿会同仁	愛寿会同仁	河 端	千 春 会	京都市立	京都市立	むかいじま	大 島
③	月	バプテスト	京都博愛会	洛西シミズ	三菱京都	京都回生	新京都南	愛生会山科	京都久野
④	火	京都からすま	バプテスト	済 生 会	洛西ニュータウン	洛和会丸太町	京都回生	医仁会武田	洛和会音羽
⑤	水	大原記念	大原記念	シ ミ ズ	河 端	相 馬	京都九条	洛和会音羽	洛和会音羽
6	木	民医連あすかい		泉 谷		京 都 武 田		医 仁 会 武 田	
7	金	バプテスト		民 医 連 中 央		が く さ い		蘇 生 会	
8	土	京 都 下 鴨		京 都 桂		十 条		金 井	
⑨	日	洛 陽	バプテスト	千 春 会	京 都 桂	京都市立	堀 川	伏見桃山	むかいじま
10	月	西 陣		太 秦		原 田		医 仁 会 武 田	
11	火	富 田		民 医 連 中 央		武 田		な ぎ 辻	
12	水	室 町		新 河 端		吉 祥 院		洛 和 会 音 羽	
13	木	バプテスト		三 菱 京 都		吉 川		共 和	
14	金	洛 陽		内 田		明 石		医 仁 会 武 田	
15	土	大 原 記 念		向 日 回 生		新 京 都 南		洛 和 会 音 羽	
①⑥	日	室 町	バプテスト	長 岡 京	洛西ニュータウン	京都市立	京都九条	愛生会山科	金 井
17	月	バプテスト		泉 谷		武 田		京 都 久 野	
18	火	京都からすま		西 京 都		京 都 武 田		医 仁 会 武 田	
19	水	京 都 博 愛 会		民 医 連 中 央		京 都 南		洛 和 会 音 羽	
20	木	バプテスト		新 河 端		原 田		共 和	
21	金	愛 寿 会 同 仁		向 日 回 生		吉 祥 院		医 仁 会 武 田	
22	土	バプテスト		京 都 桂		洛和会丸太町		医 仁 会 武 田	
②③	日	富 田	富 田	長 岡 京	三菱京都	京都市立	堀 川	伏見桃山	大 島
24	月	バプテスト		太 秦		が く さ い		蘇 生 会	
25	火	賀 茂		西 京 都		武 田		医 仁 会 武 田	
26	水	民医連あすかい		泉 谷		相 馬		洛 和 会 音 羽	
27	木	京 都 下 鴨		民 医 連 中 央		吉 川		医 仁 会 武 田	
28	金	バプテスト		洛 西 シ ミ ズ		明 石		洛 和 会 音 羽	
29	土	西 陣		太 秦		京 都 市 立		愛 生 会 山 科	
③⑩	日	西 陣	バプテスト	河 端	シ ミ ズ	京都市立	京都回生	な ぎ 辻	むかいじま
31	月	富 田		内 田		が く さ い		医 仁 会 武 田	

病院群輪番協力医療機関一覧 (五十音順)

A ブ ロ ッ ク		B ブ ロ ッ ク		C ブ ロ ッ ク		D ブ ロ ッ ク	
病 院 名	電話番号	病 院 名	電話番号	病 院 名	電話番号	病 院 名	電話番号
愛寿会同仁病院	431-3300	泉 谷 病 院	466-0111	明 石 病 院	313-1453	愛生会山科病院	594-2323
賀 茂 病 院	493-3330	太 秦 病 院	871-7711	が く さ い 病 院	754-7111	医仁会武田総合病院	572-6331
京都大原記念病院	744-3121	内 田 病 院	882-6666	吉 祥 院 病 院	672-1331	大 島 病 院	622-0701
京都からすま病院	491-8559	河 端 病 院	861-1131	京都回生病院	311-5121	金 井 病 院	631-1215
京都下鴨病院	781-1158	京 都 桂 病 院	391-5811	京都九条病院	691-7121	京都久野病院	541-3136
京都博愛会病院	781-1131	京都民医連中央病院	861-2220	京都市立病院	311-5311	共 和 病 院	573-2122
京都民医連あすかい病院	701-6111	済生会京都府病院	955-0111	京都武田病院	312-7001	蘇生会総合病院	621-3101
富 田 病 院	491-3241	シ ミ ズ 病 院	381-5161	京 都 南 病 院	312-7361	な ぎ 辻 病 院	591-1131
西 陣 病 院	461-8800	新 河 端 病 院	954-3136	十条武田リハビリ病院	671-2351	伏見桃山総合病院	621-1111
日本バプテスト病院	781-5191	千 春 会 病 院	954-2175	新京都南病院	322-3344	むかいじま病院	612-3101
室 町 病 院	441-5859	長 岡 京 病 院	955-1151	相 馬 病 院	463-4301	洛和会音羽病院	593-4111
洛 陽 病 院	781-7151	西 京 都 病 院	381-5166	武 田 病 院	361-1351		
		三 菱 京 都 病 院	381-2111	原 田 病 院	551-5668		
		向日回生病院	934-6881	堀 川 病 院	441-8181		
		洛西シミズ病院	331-8778	吉 川 病 院	761-0316		
		洛西ニュータウン病院	332-0123	洛和会丸太町病院	801-0351		

〔留意事項〕

- ①病院群の輪番制度は、あくまでも補完的な施策であることから、最終的なよりどころとしてご利用ください。最寄りあるいは知り合いの病院で処理し得る時は、できるだけ処理していただくこと。困ったときのみ利用してください。
- ②当番病院を利用される場合は、必ず事前に当番病院に電話連絡をし、原則として当番病院の医師の了解を得た上で後送してください。さらにできれば、患者に診療情報提供書を持たせてください。
- ③ **〔太字〕** の病院は小児科専用の当番病院で、全域を対象とします。この他は一般(内科, 外科)の後送病院です。
- ④休日・日曜日の当番日に、1ブロックに2つの病院名もしくは同一病院名が左右に分けて書かれておりますが、左側が昼間(8:00～18:00)で右側は夜間(18:00～翌朝 8:00)の当番病院です。
- ⑤当番病院の診療応需時間(原則として)
- ・休 日 ア. 午前8時～午後6時
イ. 午後6時～翌朝午前8時
 - ・休日以外 午後6時～翌朝午前8時
- なお休日とは、日曜日・祝日・振替休日および年末年始(12月29日～1月3日)をいいます。

〔太字〕 の病院は小児科のみの当番病院です (対象＝全域)。ご注意ください。

京 都 府 医 師 会 長・松井 道宣
京 都 府 病 院 協 会 長・辰巳 哲也
京 都 私 立 病 院 協 会 長・清水鴻一郎

介護保険ニュース

令和 3 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1 ～ 4)

◇厚生労働省老健局令和 3 年 3 月 19 日付事務連絡 (Vol. 1)

【全サービス共通】

○人員配置基準における両立支援

問 1 人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認めるとあるが、「同等の資質を有する」かについてどのように判断するのか。

(答)

- ・介護現場において、仕事と育児や介護との両立が可能となる環境整備を進め、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、以下の取扱いを認める。

<常勤の計算>

- ・育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度を利用する場合に加え、同法による介護の短時間勤務制度や、男女雇用機会均等法による母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合についても、30 時間以上の勤務で、常勤扱いとする。

<常勤換算の計算>

- ・職員が、育児・介護休業法による短時間勤務制度や母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合、週 30 時間以上の勤務で、常勤換算上も 1 と扱う。

※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 2 は削除する。

<同等の資質を有する者の特例>

- ・「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業、育児休業に準ずる休業、母性健康管理措置としての休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認める。

- ・なお、「同等の資質を有する」とは、当該休業を取得した職員の配置により満たしていた、勤続年数や所定の研修の修了など各施設基準や加算の算定要件として定められた資質を満たすことである。

【通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護】

○3%加算及び規模区分の特例（利用延人員数の減少理由）

問2 新型コロナウイルス感染症については、基本報酬への3%加算（以下「3%加算」という。）や事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例（以下「規模区分の特例」という。）の対象となっているが、現に感染症の影響と想定される利用延人員数の減少が一定以上生じている場合にあっては、減少の具体的な理由（例えば、当該事業所の所在する地域に緊急事態宣言が発令されているか、当該事業所が都道府県、保健所を設置する市又は特別区からの休業の要請を受けているか、当該事業所において感染者が発生したか否か等）は問わないのか。

(答) 対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせした感染症又は災害については、利用延人員数の減少が生じた具体的な理由は問わず、当該感染症又は災害の影響と想定される利用延人員数の減少が一定以上生じている場合にあっては、3%加算や規模区分の特例を適用することとして差し支えない。

○3%加算及び規模区分の特例（新型コロナウイルス感染症による休業要請時の取扱い）

問3 各月の利用延人員数及び前年度の1月当たりの平均利用延人員数は、通所介護、地域密着型通所介護及び（介護予防）認知症対応型通所介護については、「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（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年3月1日老企第36号）（以下「留意事項通知」という。）第2の7（4）及び（5）を、通所リハビリテーションについては留意事項通知第2の8（2）及び（8）を準用し算定することとなっているが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、都道府県等からの休業の要請を受けた事業所にあっては、休業要請に従って休業した期間を、留意事項通知の「正月等の特別な期間」として取り扱うことはできるか。

(答)

- ・留意事項通知において「一月間（暦月）、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月における平均利用延人員数については、当該月の平均利用延人員数に七分の六を乗じた数によるものとする。」としているのは、「正月等の特別な期間」においては、ほとんど全ての事業所がサービス提供を行っていないものと解されるためであり、この趣旨を鑑みれば、都道府県等からの休業の要請を受け、これに従って休業した期間や、自主的に休業した期間を「正月等の特別な期間」として取り扱うことはできない。
- ・なお、通所介護、通所リハビリテーションにあっては、留意事項通知による事業所規模区分の算定にあたっては、同様の取扱いとすることとする。

【認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護】

○3%加算及び規模区分の特例（介護予防サービスと一体的に実施している場合）

問4 各月の利用延人員数及び前年度の1月当たりの平均利用延人員数は、認知症対応型通所介護については、留意事項通知第2の7（4）及び（5）を準用し算定することとなっているが、指定認知症対応型通所介護事業者が指定介護予防認知症対応型通所介護事業者の指定をあわせて受けている場合であって両事業を一体的に実施している場合、指定介護予防認知症対応型通所介護事業所における平均利用延人員数を含むのか。

（答） 貴見のとおり。

【通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護】

○3%加算及び規模区分の特例（加算算定延長の可否）

問5 3%加算については、加算算定終了の前月においてもなお、利用延人員数が5%以上減少している場合は、加算算定の延長を希望する理由を添えて、加算算定延長の届出を行うこととなっているが、どのような理由があげられている場合に加算算定延長を認めることとすればよいのか。都道府県・市町村において、届出を行った通所介護事業所等の運営状況を鑑み、判断することとして差し支えないのか。

（答） 通所介護事業所等から、利用延人員数の減少に対応するための経営改善に時間を要すること等の理由が提示された場合においては、加算算定の延長を認めることとして差し支えない。

○3%加算及び規模区分の特例（3%加算の年度内での算定可能回数）

問6 新型コロナウイルス感染症の影響により利用延人員数が減少した場合、3%加算算定の届出は年度内に1度しか行うことができないのか。例えば、令和3年4月に利用延人員数が減少し、令和3年5月に3%加算算定の届出を行い、令和3年6月から3%加算を算定した場合において、令和3年6月に利用延人員数が回復し、令和3年7月をもって3%加算の算定を終了した事業所があったとすると、当該事業所は令和3年度中に再び利用延人員数が減少した場合でも、再度3%加算を算定することはできないのか。

（答）

- ・新型コロナウイルス感染症の影響により利用延人員数が減少した場合にあっては、この感染症に係る影響の現状に鑑み、3%加算の再算定の可否は、柔軟に判断することとして差し支えない。なお、3%加算算定の延長を行った事業所であって、3%加算算定の延長終了の前月にあっても利用延人員数の減少が生じている場合は、3%加算算定延長終了月に再度3%加算算定の届出を行うものとする。このため、1年度内においては最大で12月間^(※)3%加算算定を行うことができる。

（※） 2月：利用延人員数の減少が発生。

3月：3%加算算定の届出を行う。

4月（～6月）：3%加算を算定。（3%加算算定期間：年度内累計3月）

6月：3%加算算定延長の届出を行う。

7月（～9月）：3%加算を延長。（3%加算算定期間：年度内累計6月）

8月（当初の3%加算算定の延長終了月の前月）：利用延人員数の減少がなお継続。

9月（当初の3%加算算定の延長終了月）：3%加算算定（2回目）の届出を行う。

10月（～12月）：3%加算を算定。（3%加算算定期間：年度内累計9月）

12月：3%加算算定延長（2回目）の届出を行う。

1月（～3月）：3%加算を延長。（3%加算算定期間：年度内累計12月）

- ・ただし、新型コロナウイルス感染症以外の感染症や災害（３％加算の対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせしたものに限る。）によって利用延人員数の減少が生じた場合にあっては、基本的に一度３％加算を算定した際とは別の感染症や災害を事由とする場合にのみ、再度３％加算を算定することが可能である。

【通所介護、通所リハビリテーション】

○３％加算及び規模区分の特例（規模区分の特例の年度内での算定可能回数）

問７ 規模区分の特例適用の届出は年度内に１度しか行うことができないのか。例えば、令和３年４月に利用延人員数が減少し、令和３年５月に規模区分の特例適用の届出を行い、令和３年６月から規模区分の特例を適用した場合において、令和３年６月に利用延人員数が回復し、令和３年７月をもって規模区分の特例の適用を終了した事業所があったとすると、当該事業所は令和３年度中に再び利用延人員数が減少した場合でも、再度特例の適用の届出を行うことはできないのか。

(答) 通所介護（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）、通所リハビリテーション事業所（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）については、利用延人員数の減少が生じた場合においては、感染症又は災害（規模区分の特例の対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせしたものに限る。）が別事由であるか否かに関わらず、年度内に何度でも規模区分の特例適用の届出及びその適用を行うことが可能である。また、同一のサービス提供月において、３％加算の算定と規模区分の特例の適用の両方を行うことはできないが、同一年度内に３％加算の算定と規模区分の特例の適用の両方を行うことは可能であり、例えば、以下も可能である。（なお、同時に３％加算の算定要件と規模区分の特例の適用要件のいずれにも該当する場合は、規模区分の特例を適用することとなっていることに留意すること。）

- － 年度当初に３％加算算定を行った事業所について、３％加算算定終了後に規模区分の特例適用の届出及びその適用を行うこと。（一度３％加算を算定したため、年度内は３％加算の申請しか行うことができないということはない。）
- － 年度当初に規模区分の特例適用を行った事業所について、規模区分の特例適用終了後に３％加算算定の届出及びその算定を行うこと。（一度規模区分の特例を適用したため、年度内は規模区分の特例の適用しか行うことができないということはない。）

【通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護】

○３％加算及び規模区分の特例（３％加算や規模区分の特例の終期）

問８ ３％加算や規模区分の特例の対象となる感染症又は災害については、これが発生した場合、対象となる旨が厚生労働省より事務連絡で示されることとなっているが、対象となった後、同感染症又は災害による３％加算や規模区分の特例が終了する場合も事務連絡により示されるのか。

(答)

- ・新型コロナウイルス感染症による３％加算や規模区分の特例にかかる取扱いは、今後の感染状況等を踏まえ、厚生労働省にて終期を検討することとしており、追って事務連絡によりお示しする。
- ・なお、災害等については、これによる影響が継続する期間等は地域によって異なると想定されることから、３％加算や規模区分の特例の終期は、都道府県・市町村にて判断することとして差し支えない。

○ 3 % 加算及び規模区分の特例 (届出様式 (例) の取扱い)

問9 「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(老認発 0316 第 4 号・老老発 0316 第 3 号令和 3 年 3 月 16 日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長, 老人保健課長連名通知。以下「本体通知」という。)において、各事業所における 3 % 加算算定・規模区分の特例の適用に係る届出様式 (例) が示されているが、届出にあたっては必ずこの様式 (例) を使用させなければならないのか。都道府県や市町村において独自の様式を作成することは可能か。

(答)

- ・ 本体通知における届出様式 (例) は、今回の取扱いについて分かりやすくお伝えする観点や事務手続きの簡素化を図る観点からお示ししたものであり、都道府県・市町村におかれては、できる限り届出様式 (例) を活用されたい。
- ・ なお、例えば、届出様式 (例) に加えて通所介護事業所等からなされた届出が適正なものであるか等を判断するために必要な書類等を求めることは差し支えない。

○ 3 % 加算及び規模区分の特例 (届出がなされなかった場合の取扱い)

問10 3 % 加算算定・規模区分の特例の適用に係る届出は、利用延人員数の減少が生じた月の翌月 15 日までに届出を行うこととされているが、同日までに届出がなされなかった場合、加算算定や特例の適用を行うことはできないのか。

(答)

- ・ 貴見のとおり。他の加算と同様、算定要件を満たした月 (利用延人員数の減少が生じた月) の翌月 15 日までに届出を行わなければ、3 % 加算の算定や規模区分の特例の適用はできない。なお、例えば令和 3 年 4 月の利用延人員数の減少に係る届出を行わなかった場合、令和 3 年 6 月にこの減少に係る評価を受けることはできないが、令和 3 年 5 月以降に利用延人員数の減少が生じた場合は、減少が生じた月の翌月 15 日までに届出を行うことにより、令和 3 年 7 月以降において、加算の算定や規模区分の特例の適用を行うことができる。
- ・ なお、令和 3 年 2 月の利用延人員数の減少に係る届出にあつては、令和 3 年 4 月 1 日までに行わせることを想定しているが、この届出については、新型コロナウイルス感染症による利用延人員数の減少に対応するものであることから、都道府県・市町村におかれてはこの趣旨を鑑み、届出の締切について柔軟に対応するようお願いしたい。

○ 3 % 加算及び規模区分の特例 (いわゆる第 12 報を適用した場合の利用延人員数の算定)

問11 「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて (第 12 報)」(令和 2 年 6 月 1 日付厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室ほか事務連絡) (以下「第 12 報」という。) による特例を適用した場合、1 月当たりの平均利用延人員数を算定するにあたっては、第 12 報における取扱いの適用後の報酬区分ではなく、実際に提供したサービス時間の報酬区分に基づき行うのか。

(答) 「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて (第 13 報)」(令和 2 年 6 月 15 日付厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室ほか事務連絡) 問 4 でお示ししているとおりであり、貴見のとおり。

○3%加算及び規模区分の特例(他事業所の利用者を臨時的に受け入れた場合の利用延人員数の算定)

問12 新型コロナウイルス感染症の影響による他の事業所の休業やサービス縮小等に伴って、当該事業所の利用者を臨時的に受け入れた結果、利用者数が増加した事業所もある。このような事業所にあつては、各月の利用延人員数及び前年度1月当たりの平均利用延人員数の算定にあたり、やむを得ない理由により受け入れた利用者について、その利用者を明確に区分した上で、平均利用延人員数に含まないこととしても差し支えないか。

(答)

- ・差し支えない。本体通知においてお示ししているとおり、各月の利用延人員数及び前年度の1月当たりの平均利用延人員数の算定にあつては、通所介護、地域密着型通所介護及び(介護予防)認知症対応型通所介護については、「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(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成12年3月1日老企第36号)(以下「留意事項通知」という。)第2の7(5)を、通所リハビリテーションについては留意事項通知第2の8(2)を準用することとしており、同項中の「災害その他やむを得ない理由」には新型コロナウイルス感染症の影響も含まれるものである。なお、新型コロナウイルス感染症の影響により休業やサービス縮小等を行った事業所の利用者を臨時的に受け入れた後、当該事業所の休業やサービス縮小等が終了してもなお受け入れを行った利用者が3%加算の算定や規模区分の特例を行う事業所を利用し続けている場合、当該利用者については、平均利用延人員数に含めることとする。
- ・また、通所介護、通所リハビリテーションにあつては、留意事項通知による事業所規模区分の算定にあつても、同様の取扱いとすることとする。

○3%加算及び規模区分の特例(利用者又はその家族への説明・同意の取得)

問13 3%加算や規模区分の特例を適用するにあたり、通所介護事業所等において利用者又はその家族への説明や同意の取得を行う必要はあるか。また、利用者又はその家族への説明や同意の取得が必要な場合、利用者又はその家族への説明を行ったことや、利用者又はその家族から同意を受けたことを記録する必要があるか。

(答) 3%加算や規模区分の特例を適用するにあつては、通所介護事業所等が利用者又はその家族への説明や同意の取得を行う必要はない。なお、介護支援専門員が居宅サービス計画の原案の内容(サービス内容、サービス単位/金額等)を利用者又はその家族に説明し同意を得ることは必要である。

○3%加算及び規模区分の特例(適用対象者の考え方)

問14 3%加算や規模区分の特例を適用する場合は、通所介護事業所等を利用する全ての利用者に対し適用する必要があるのか。

(答) 3%加算や規模区分の特例は、感染症や災害の発生を理由として利用延人員数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から設けられたものであり、この趣旨を鑑みれば、当該通所介護事業所等を利用する全ての利用者に対し適用することが適当である。

【通所介護、地域密着型通所介護】**○ 3 % 加算及び規模区分の特例（第一号通所事業の取扱い）**

問15 第一号通所事業には、3 % 加算は設けられていないのか。

(答) 貴見のとおり。なお、通所介護事業所等において、3 % 加算や規模区分の特例の適用対象となるか否かを判定する際の各月の利用延人員数及び前年度の 1 月当たりの平均利用延人員数の算定にあたっては、本体通知Ⅱ（3）にお示ししているとおり、「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（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年 3 月 1 日老企第 36 号）第 2 の 7（4）を準用するものであることから、通所介護事業等と第一号通所介護事業が一体的に実施されている場合にあっては、第一号通所事業の平均利用延人員数を含むものとする。

【介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算】

問16 特定加算の介護職員間の平均の賃金改善額の配分ルールが見直されたとのことであるが、具体的な取扱いはどうになるのか。

(答)

- ・特定加算について、事業所内でのより柔軟な配分を可能とする観点から、平均賃金改善額について、「経験・技能のある介護職員」は、「その他の介護職員」と比較し、「2 倍以上」から「より高くする」ことに見直すものである。
これに伴い、配分ルールの見直しを行う場合は、労使でよく話し合いの上、設定されたい。
- ・なお、「月額 8 万円の改善又は改善後の賃金が年額 440 万円以上」の者は、引き続き設定する必要があることに留意されたい。

問17 事業所内での配分方法を決めるにあたり、「他の介護職員」を設定せず、「経験・技能のある介護職員」と「その他の職種」のみの設定となることは想定されるのか。

(答)

- ・事業所毎に、「経験・技能のある介護職員」のグループを設定することが必要であるが、介護職員の定着が進み、勤続年数が長くなったこと等により、当該事業所で働く介護職員全てが、「経験・技能のある介護職員」であると認められる場合には、「経験・技能のある介護職員」と「その他の職種」のみの設定となることも想定される。
- ・この場合における配分ルールについては、当該事業所における「経験・技能のある介護職員」の平均賃金改善額が、「その他の職種」の平均賃金改善額の 2 倍より高いことが必要である。

※ 2019 年度介護報酬改定に関する Q & A（vol. 2）（令和元年 7 月 23 日）問 14 は削除する。

問18 事業所における配分方法における「ただし、その他の職種の平均賃金額が他の介護職員の賃金改善額を上回らない場合等はこの限りでないこと。」とは、どのような意味か。

(答)

- ・特定加算については、介護職員の処遇改善という趣旨を損なわない程度で、介護職以外の職員も一定程度処遇改善を可能とする柔軟な運用を認めることとしており、この具体的な配分

方法として、他の介護職員の平均賃金改善額については、その他の職種の平均賃金改善額の 2 倍以上となることを求めている。

- ・ただし、その他の職種の平均賃金額が他の介護職員の平均賃金額を上回らない場合においては、柔軟な取扱いを認め、両グループの平均賃金改善額が等しくなる（1：1）までの改善を可能とするものである。

なお、その他の職種全体では他の介護職員の平均賃金額を上回る場合であっても、その他の職種のうち、他の介護職員の平均賃金額を上回らない職種については、当該職種に限り、他の介護職員と平均賃金改善額が等しくなるまでの改善を行うことも可能である。

※ 2019 年度介護報酬改定に関する Q & A（vol. 2）（令和元年 7 月 23 日）問 11 は削除する。

問19 介護給付のサービスと介護予防・日常生活支援総合事業を一体的に運営している場合であっても、月額 8 万円の改善又は年収 440 万円となる者を 2 人設定する必要があるのか。また、その場合の配分ルール（グループ間の平均賃金改善額 1：1：0.5）はどのような取扱いとなるのか。

(答)

- ・事業所において、介護給付のサービスと介護予防・日常生活支援総合事業を一体的に行っており、同一の就業規則等が適用される等労務管理が同一と考えられる場合は、法人単位の取扱いを適用するのではなく、同一事業所とみなし、
 - － 月額 8 万円の改善又は年収 440 万円となる者を 1 人以上設定すること
 - － 配分ルールを適用することにより、特定加算の算定が可能である。
- ・なお、介護給付のサービスと予防給付のサービス（通所リハビリテーションと予防通所リハビリテーションなど）についても同様である。
- ・また、特別養護老人ホーム等と併設されている又は空所利用型である短期入所生活介護、介護老人保健施設等と短期入所療養介護についても、同様に判断することが可能であるととも、これらについては、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設等が特定加算を算定している場合において、短期入所生活介護等においても、同じ加算区分を算定することが可能である。（短期入所生活介護等において特定加算（Ⅰ）を算定する場合は、体制等状況一覧表における「併設本体施設における介護職員等特定処遇改善加算Ⅰの届出状況」（あり／なし）の欄について、「あり」と届け出ること。）

※ 2019 年度介護報酬改定に関する Q & A（vol. 2）（令和元年 7 月 23 日）問 12 は削除する。

問20 職場環境等要件について、届出に係る計画の期間中に実施する処遇改善の内容を全ての職員に周知していることとあるが、毎年度新たな取組を行わなければならないのか。

(答)

- ・介護職員等特定処遇改善加算における職場環境等要件については、「入職促進に向けた取組」、「資質の向上やキャリアアップに向けた支援」、「両立支援・多様な働き方の推進」、「腰痛を含む心身の健康管理」、「生産性向上のための業務改善の推進」及び「やりがい・働きがいの醸成」について、それぞれ 1 つ以上（令和 3 年度は、6 つの区分から 3 つの区分を選択し、

選択した区分でそれぞれ 1 つ以上) の取組を行うことが必要である。

- ・職場環境等要件については、令和 3 年度改定において、計画期間における取組の実施が求められることとされたが、これは毎年度新たな取組を行うことまで求めるものではなく、前年度と同様の取組を当該年度に行うことで、当該要件を満たすことも可能であること。

※ 2019 年度介護報酬改定に関する Q & A (vol. 1) (平成 31 年 4 月 13 日) 問 2 は削除する。

問21 見える化要件について、令和 3 年度は算定要件とされないとあるが、令和 3 年度においては特定加算に基づく取組を公表する必要はないのか。

(答) 当該要件については、処遇改善加算及び特定加算の取得状況や、賃金以外の処遇改善に関する具体的な取組内容に関する公表を想定しているため、令和 3 年度においては要件としては求めず、令和 4 年度からの要件とする予定。

問22 2019 年度介護報酬改定に関する Q & A (vol. 4) (令和 2 年 3 月 30 日) 問 4 において、「これにより難しい合理的な理由がある場合」の例示及び推計方法例が示されているが、勤続年数が長い職員が退職し、勤続年数の短い職員を採用した場合等は、これに該当するのか。またどのように推計するのか。

(答)

- ・賃金改善の見込額と前年度の介護職員の賃金の総額との比較については、改善加算及び特定加算による収入額を上回る賃金改善が行われていることを確認するために行うものであり、勤続年数が長い職員が退職し、職員を新規採用したことにより、前年度の介護職員の賃金の総額が基準額として適切でない場合は、「これにより難しい合理的な理由がある場合」に該当するものである。
- ・このような場合の推計方法について、例えば、前年度の介護職員の賃金の総額は、
 - － 退職者については、その者と同職であって勤務年数等が同等の職員が、前年度在籍していなかったものと仮定した場合における賃金総額を推定する
 - － 新規採用職員については、その者と同職であって勤務年数等が同等の職員が、前年度在籍したものと仮定した場合における賃金総額を推定する
 等が想定される。
- ・具体的には、
 - － 勤続 10 年の者が前年度 10 人働いていたが、前年度末に 5 人退職し
 - － 勤続 1 年目の者を今年度当初に 5 人採用した場合には、
 仮に、勤続年数が同一の者が全て同職であった場合、前年度、
 - － 勤続 10 年の者は 5 人在籍しており、
 - － 勤続 1 年の者は 15 人在籍していたものとして、
 賃金総額を推計することが想定される。

<推計の例>勤続年数が同一の者が全て同職の場合

		勤続 10 年	勤続 5 年	勤続 1 年
前年度	実際の人数	10 人	10 人	10 人
	推計に 当たっての人数	5 人 → 10 人のうち、5 人は在籍 しなかったものと仮定	10 人 → 実際と同様	15 人 → 10 人に加え、5 人在 籍したものと仮定
今年度		5 人	10 人	15 人

問23 処遇改善計画書において「その他の職種（C）には、賃金改善前の賃金が既に年額 440 万円を上回る職員の賃金を含まないこと。」との記載があるが、年額 440 万円を上回る職員は「前年度の一月当たりの常勤換算職員数」についてどのように取り扱うのか。

(答)

- ・2019 年度介護報酬改定に関する Q & A (vol. 1) (平成 31 年 4 月 13 日) 問 13 のとおり、平均賃金額の計算における母集団には、賃金改善を行う職員に加え、賃金改善を行わない職員も含めることとしており、年額 440 万円を上回る職員も、「前年度の一月当たりの常勤換算職員数」に含めることとなる。

問24 処遇改善計画書の作成時においては、特定加算の平均の賃金改善額の配分ルールを満たしており、事業所としても適切な配分を予定していたものの、職員の急な退職等によりやむを得ず、各グループに対して計画書通りの賃金改善を行うことができなくなった結果、配分ルールを満たすことができなかった場合、どのような取扱いとすべきか。

(答)

- ・職員の退職等のやむを得ない事情により、配分ルールを満たすことが困難になった場合は、実績報告にあたり、合理的な理由を求めることとすること。(令和 2 年度実績報告書においては、申出方法は問わないが、令和 3 年度においては、「介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和 3 年 3 月 16 日老発 0316 第 4 号)でお示しした実績報告書(様式 3-1)の「⑥ その他」に記載されたい。)
- ・なお、その場合でも、特定加算による収入額を上回る賃金改善が必要である。

問25 介護福祉士の配置等要件について、喀痰吸引を必要とする利用者の割合についての要件等を満たせないことにより、入居生活継続支援加算や日常生活継続支援加算を算定できない状況が常態化し、3 か月以上継続した場合には、変更の届出を行うこととされているが、喀痰吸引を必要とする利用者の割合以外にどの要件が認められるのか。

(答)

- ・入居継続支援加算及び日常生活継続支援加算における喀痰吸引を必要とする利用者の割合に関する要件に加え、日常生活継続支援加算の新規入所者の要介護度や認知症日常生活自立度に係る要件が含まれるものである。

◇厚生労働省老健局令和 3 年 3 月 23 日付事務連絡 (Vol. 2)

【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 1 リハビリテーションマネジメント加算 (A) 及び (B) の算定要件について、「リハビリテーション計画について、利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること」とあるが、当該説明等は利用者又は家族に対して、電話等による説明でもよいのか。

(答)

・利用者又はその家族に対しては、原則面接により直接説明することが望ましいが、遠方に住む等のやむを得ない理由で直接説明できない場合は、電話等による説明でもよい。

・ただし、利用者に対する同意については、書面等で直接行うこと。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 84 の修正。

問 2 リハビリテーションマネジメント加算 (A) 及び (B) の算定要件について、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問し、その他指定居宅サービス従業者あるいは利用者の家族に対し指導や助言することとなっているが、その訪問頻度はどの程度か。

(答) 訪問頻度については、利用者の状態等に応じて、通所リハビリテーション計画に基づき適時適切に実施すること。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 85 の修正。

問 3 リハビリテーションマネジメント加算 (A) 及び (B) における理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による居宅への訪問時間は人員基準の算定外となるのか。

(答) 訪問時間は、通所リハビリテーション、病院、診療所及び介護老人保健施設、介護医療院の人員基準の算定に含めない。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 86 の修正。

問 4 一事業所が、利用者によってリハビリテーションマネジメント加算 (A) イ又はロ若しくは (B) イ又はロを取得するということは可能か。

(答) 利用者の状態に応じて、一事業所の利用者ごとにリハビリテーションマネジメント加算 (A) イ又はロ若しくは (B) イ又はロを取得することは可能である。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 87 の修正。

問5 サービス提供を実施する事業者が異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用者がおり、それぞれの事業所がリハビリテーションマネジメント加算（A）又は（B）を取得している場合、リハビリテーション会議を通じてリハビリテーション計画を作成する必要があるが、当該リハビリテーション会議を合同で開催することは可能か。

(答) 居宅サービス計画に事業者の異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用が位置づけられている場合であって、それぞれの事業者が主体となって、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、リハビリテーション計画を作成等するのであれば、リハビリテーション会議を合同で会議を実施しても差し支えない

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A（Vol. 2）（平成 27 年 4 月 30 日）問 7 の修正。

問6 「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」に示されたリハビリテーション計画書の様式について、所定の様式を活用しないとリハビリテーションマネジメント加算や移行支援加算等を算定することができないのか。

(答) 様式は標準例をお示ししたものであり、同様の項目が記載されたものであれば、各事業所で活用されているもので差し支えない。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A（Vol. 2）（平成 27 年 4 月 30 日）問 8 の修正。

問7 リハビリテーションマネジメント加算（A）及び（B）の算定要件にあるリハビリテーション会議の開催頻度を満たすことができなかった場合、当該加算は取得できないのか。

(答)

- ・リハビリテーションマネジメント加算（A）及び（B）の取得に当たっては、算定要件となっているリハビリテーション会議の開催回数を満たす必要がある。
- ・なお、リハビリテーション会議は開催したものの、構成員のうち欠席者がいた場合には、当該会議終了後、速やかに欠席者と情報共有すること。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A（Vol. 2）（平成 27 年 4 月 30 日）問 10 の修正。

問8 リハビリテーションマネジメント加算（B）の算定要件にある「医師が利用者またはその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること」について、当該医師はリハビリテーション計画を作成した医師か、計画的な医学的管理を行っている医師のどちらなのか。

(答) リハビリテーション計画を作成した医師である。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A（Vol. 2）（平成 27 年 4 月 30 日）問 11 の修正。

問9 リハビリテーションマネジメント加算(A)とリハビリテーションマネジメント加算(B)については、同時に取得することはできないが、月によって加算の算定要件の可否で加算を選択することは可能か。

(答) リハビリテーションマネジメント加算(A)とリハビリテーションマネジメント加算(B)については、同時に取得することはできないものの、いずれかの加算を選択し算定することは可能である。ただし、リハビリテーションマネジメント加算については、リハビリテーションの質の向上を図るため、SPDCA サイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行うものであることから、リハビリテーションマネジメント加算(B)が算定できる通所リハビリテーション計画を作成した場合は、継続的にリハビリテーションマネジメント加算(B)を、リハビリテーションマネジメント加算(A)が算定できる通所リハビリテーション計画を作成した場合は、継続的にリハビリテーションマネジメント加算(A)を、それぞれ取得することが望ましい。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 2) (平成 27 年 4 月 30 日) 問 12 の修正。

問10 リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)については、当該加算を取得するに当たって、初めて通所リハビリテーション計画を作成して同意を得た日の属する月から取得することとされているが、通所リハビリテーションの提供がない場合でも、当該月に当該計画の説明と同意のみを得れば取得できるのか。

(答)

- ・取得できる。
- ・リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)は、「通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月」から取得することとしているため、通所リハビリテーションの提供がなくても、通所リハビリテーションの提供開始月の前月に同意を得た場合は、当該月より取得が可能である。
- ・なお、訪問リハビリテーションにおいても同様に扱う。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 3) (平成 27 年 6 月 1 日) 問 1 の修正。

問11 同一利用者に対して、複数の事業所が別々に通所リハビリテーションを提供している場合、各々の事業者がリハビリテーションマネジメント加算の算定要件を満たしていれば、リハビリテーションマネジメント加算を各々算定できるか。

(答)

- ・事業所ごとに提供可能なサービスの種類が異なり、単一の事業所で利用者が必要とする理学療法、作業療法、言語聴覚療法のすべてを提供できない場合、複数の事業所で提供することが考えられる。例えば、脳血管疾患発症後であって、失語症を認める利用者に対し、1つの事業所がリハビリテーションを提供することとなったが、この事業所には言語聴覚士が配置されていないため、失語に対するリハビリテーションは別の事業所で提供されるというケースが考えられる。
- ・この場合、例えば、リハビリテーションマネジメント加算(A)であれば、リハビリテーショ

ン会議を通じて、提供可能なサービスが異なる複数の事業所を利用することを話し合った上で、通所リハビリテーション計画を作成し、その内容について利用者の同意を得る等、必要な算定要件を各々の事業者が満たしていれば、リハビリテーションマネジメント加算（A）の算定は可能である。

- ・リハビリテーションマネジメント加算（B）についても同様に取り扱う。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A（Vol. 4）（平成 27 年 7 月 31 日）問 1 の修正。

問12 移行支援加算に係る解釈通知における、「(i) 当該事業所における評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計」は、具体的にはどのように算出するか。

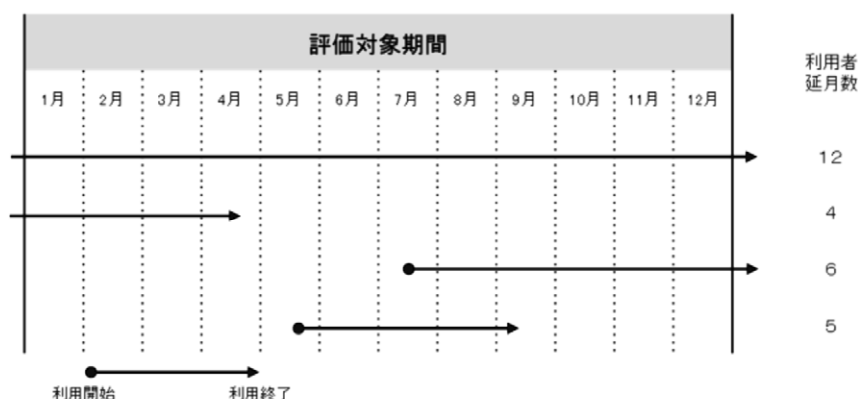
(答)

- ・移行支援加算は、利用者の ADL・IADL が向上し、社会参加に資する取組に移行する等を指標として、質の高いリハビリテーションを提供する事業所を評価するものである。
- ・そのため、「社会参加への移行状況」と「サービスの利用の回転」を勘案することとしている。
- ・このうち、「サービスの利用の回転」の算定方法は下記のとおりである。

$$\frac{12 \text{ 月}}{\text{平均利用月数}} \geq 25\% \quad (\text{通所リハビリテーションは} \geq 27\%)$$

- ・この平均利用月数を算出する際に用いる、「(i) 当該事業所における評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計」とは、評価対象期間に当該事業所を利用した者の、評価対象期間におけるサービス利用の延月数（評価対象期間の利用者延月数）を合計するものである。なお、評価対象期間以外におけるサービスの利用は含まない。

(評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数のイメージ)



※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A（Vol. 6）（平成 28 年 3 月 18 日）の修正。

問13 リハビリテーションマネジメント加算（B）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。

リハビリテーション会議の構成員の参加については、テレビ電話装置等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医師が利用者又はその家族へテレビ電話装置等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（B）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。

※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）問 53 の修正。

問14 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の参加については、テレビ電話装置等を使用しても差し支えないとされているが、テレビ電話装置等の使用について、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。
- ・テレビ電話装置等の使用については、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。

※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）問 54 の修正。

問15 令和 3 年 3 月以前にリハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）を算定している場合、令和 3 年 4 月からリハビリテーションマネジメント加算（A）ロ又は（B）ロの算定の開始が可能か。

(答) リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ及び（B）ロについては、令和 3 年 4 月以降に、リハビリテーション計画書を見直した上で「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）」（「LIFE」）へ情報の提出を行い、リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ又は（B）ロの要件を満たした月から算定が可能である。

問16 訪問・通所リハビリテーションの利用開始時点でリハビリテーションマネジメント加算（A）及び（B）（令和 3 年 3 月以前ではリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）以上）を算定していない場合において、リハビリテーションマネジメント加算（A）及び（B）の算定を新たに開始することは可能か。

(答)

- ・初めてリハビリテーション計画を作成した際に、利用者とその家族に対し説明と同意を得ている場合は可能。
- ・なお、利用者の同意を得た日の属する月から 6 月間を超えてリハビリテーションマネジメント加算（A）又は（B）を取得する場合は、原則としてリハビリテーションマネジメント加算（A）イ（Ⅱ）若しくはロ（Ⅱ）又は（B）イ（Ⅱ）若しくはロ（Ⅱ）を取得することとなる。

○移行支援加算

問17 移行支援加算について、既に訪問（通所）リハビリテーションと通所介護を併用している利用者が、訪問（通所）リハビリテーションを終了し、通所介護はそのまま継続となった場合、「終了した後通所事業を実施した者」として取り扱うことができるか。

(答) 貴見の通りである。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 89 の修正。

問18 移行支援加算は事業所の取り組んだ内容を評価する加算であるが、同一事業所において、当該加算を取得する利用者と取得しない利用者がいることは可能か。

(答) 同一事業所において、加算を取得する利用者と取得しない利用者がいることはできない。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 90 の修正。

問19 利用者が訪問リハビリテーションから通所リハビリテーションへ移行して、通所リハビリテーション利用開始後 2 月で通所介護に移行した場合、訪問リハビリテーションの移行支援加算の算定要件を満たしたことになるか。

(答) 貴見のとおりである。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 92 の修正。

問20 移行支援加算で通所リハビリテーションから通所介護、訪問リハビリテーションから通所リハビリテーション等に移行後、一定期間後元のサービスに戻った場合、再び算定対象とすることができるのか。

(答) 移行支援加算については、通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して 14 日以降 44 日以内に通所リハビリテーション従業者が通所リハビリテーション終了者に対して、指定通所介護等を実施していることを確認し、記録していることとしている。

なお、3 月以上経過した場合で、リハビリテーションが必要であると医師が判断した時は、新規利用者とすることができる。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 2) (平成 27 年 4 月 30 日) 問 13 の修正。

問21 移行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。

※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) 問 57 の修正。

○リハビリテーション計画書

問22 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・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発 0316 第3号，老老発 0316 第2号）の別紙様式2-2-1を用いることとされている。別紙様式2-2-1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のか。

(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2-2-1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。

※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）問50の修正。

問23 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・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発 0316 第3号，老老発 0316 第2号）の別紙様式2-2-1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2-2-1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2-2-1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。また、その場合、保険医療機関側で当該の者を診療し、様式2-2-1に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、情報提供を受けたり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も、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までを参照のこと。

※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) 問 51 の修正。

○算定の基準について

問24 訪問リハビリテーションの算定の基準に係る留意事項に、「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること」があるが、その他の指定居宅サービスを利用していない場合や福祉用具貸与のみを利用している場合はどのような取扱いとなるのか。

(答) リハビリテーション以外にその他の指定居宅サービスを利用していない場合は、該当する他のサービスが存在しないため情報伝達の必要性は生じない。また、福祉用具貸与のみを利用している場合であっても、本基準を満たす必要がある。通所リハビリテーションにおいても同様に扱う。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 2) (平成 27 年 4 月 30 日) 問 9 の修正。

【訪問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25 訪問リハビリテーションでリハビリテーションマネジメント加算 (A) 又は (B) を算定する場合、リハビリテーション会議の実施場所はどこになるのか。

(答) 訪問リハビリテーションの場合は、指示を出した医師と居宅を訪問し、居宅で実施する又は利用者が医療機関を受診した際の診察の場面で実施することが考えられる。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 88 の修正。

○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26 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利用者に対し、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 50 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、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 (応用研修のうち、「応用研修第 1 期」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」及び「応用研修第 2 期」の項目である「かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実際」「在宅リハビリテーション症例」「リ

ハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害」のうち、いずれか 1 単位以上を含むこと。)を取得又は取得を予定していればよい。また、別の医療機関の医師が訪問リハビリテーション事業所等の医師に情報提供をする際に下記を参考とした記載をすることが望ましい。

「適切な研修の修了等をしている。」

※平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 8) (平成 31 年 2 月 5 日) 問 1 の修正。

【通所リハビリテーション】

○人員の配置

問27 医師の勤務時間の取扱いについて、併設の通所リハビリテーション事業所等のリハビリテーション会議に参加している時間や、リハビリテーションマネジメント加算 (A) 又は (B) を取得している場合であって、医師が通所リハビリテーション計画等について本人又は家族に対する説明等に要する時間については、病院、診療所及び介護老人保健施設、介護医療院の医師の人員基準の算定外となるのか。

(答) 人員基準の算定に含めることとする。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 94 の修正。

○リハビリテーション会議

問28 通所リハビリテーションの提供時間中にリハビリテーション会議を開催する場合、当該会議に要する時間は人員基準の算定に含めてよい。

また、リハビリテーション会議を事業所以外の場所で開催する場合も人員基準の算定に含めてよい。

(答)

- ・通所リハビリテーションの提供時間中に事業所内でリハビリテーション会議を開催する場合は、人員基準の算定に含めることができる。
- ・リハビリテーション会議の実施場所が事業所外の場合は、人員基準の算定に含めない。
- ・リハビリテーション提供体制加算に定める理学療法士等の配置についても同様に扱う。
- ・また、利用者のサービス提供時間中にリハビリテーション会議を実施して差し支えない。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 97 の修正。

○生活行為向上リハビリテーション実施加算

問29 短期集中個別リハビリテーション実施加算と認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)・(II) を 3 ケ月実施した後に、利用者の同意を得て、生活行為の内容の向上を目標としたリハビリテーションが必要であると判断された場合、生活行為向上リハビリテーション実施加算に移行することができるのか。

(答) 可能である。ただし、短期集中個別リハビリテーション実施加算と認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)・(II) から生活行為向上リハビリテーション実施加算へ連続し

て移行する場合には、短期集中個別リハビリテーション実施加算と認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）・（Ⅱ）を取得した月数を、6 月より差し引いた月数のみ生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定可能である。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A（Vol. 2）（平成 27 年 4 月 30 日）問 14 の修正。

○医療保険と介護保険の関係

問30 平成 19 年 4 月から、医療保険から介護保険におけるリハビリテーションに移行した日以降は、同一の疾患等に係る医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できないこととされており、また、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った月は、医療保険における疾患別リハビリテーション医学管理料は算定できないこととされている。この介護保険におけるリハビリテーションには、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションが含まれているが、

- ①通所リハビリテーションにおいて、「リハビリテーションマネジメント加算（A）」、「リハビリテーションマネジメント加算（B）」や「短期集中個別リハビリテーション実施加算」、
- ②介護予防通所リハビリテーションにおいて、利用者の運動器機能向上に係る個別の計画の作成、サービス実施、評価等の評価する「運動器機能向上加算」

を算定していない場合であっても、同様に扱うのか。

(答)

・貴見のとおり。

・通所リハビリテーションにおいて、リハビリテーションマネジメント加算(A)、リハビリテーションマネジメント加算（B）や短期集中個別リハビリテーション実施加算を算定していない場合及び介護予防通所リハビリテーションにおいて、運動機能向上加算を算定していない場合であっても、介護保険におけるリハビリテーションを受けているものであり、同様に扱うものである。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A（Vol. 2）（平成 27 年 4 月 30 日）問 15 の修正。

○リハビリテーションマネジメント加算

問31 リハビリテーションマネジメント加算（A）又はリハビリテーションマネジメント加算（B）は、多職種協働にて行うリハビリテーションのプロセスを評価する加算とされているが、PT、OT 等のリハビリテーション関係職種以外の者（介護職員等）が直接リハビリテーションを行っても良いか。

(答) 通所リハビリテーション計画の作成や利用者の心身の状況の把握等については、多職種協働で行われる必要があるものの、診療の補助行為としての（医行為に該当する）リハビリテーションの実施は、PT、OT 等のリハビリテーション関係職種が行わなければならない。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A（Vol. 2）（平成 27 年 4 月 30 日）問 16 の修正。

問32 リハビリテーションマネジメント加算（A）イ（I）又はロ（I）を取得しなくなった場合であっても、その後、利用者の状態に応じてリハビリテーションマネジメント加算（A）を再度取得する必要がある際には、リハビリテーションマネジメント加算（A）イ（I）又はロ（I）から取得することができるのか。

(答)

- ・リハビリテーションマネジメント加算（A）イ（I）又はロ（I）を取得しなくなった場合において、利用者の同意を得た日の属する月から6月間を超えてリハビリテーションマネジメント加算（A）を再度取得する場合は、原則としてリハビリテーションマネジメント加算（A）イ（II）又はロ（II）を取得することとなる。
- ・ただし、リハビリテーション会議を開催し、利用者の急性増悪等により、当該会議を月に1回以上開催し、利用者の状態の変化に応じ、当該計画を見直していく必要性が高いことを利用者若しくは家族並びに構成員が合意した場合、リハビリテーションマネジメント加算（A）イ（I）又はロ（I）を再度6月間取得することができる。その際には、改めて居宅を訪問し、利用者の状態や生活環境についての情報収集（Survey）すること。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 3）（平成27年6月1日）問3の修正。

問33 リハビリテーションマネジメント加算（A）イ（I）又はロ（I）取得中で、取得開始から6月間を超えていない場合であっても、リハビリテーションマネジメント加算（A）イ（II）又はロ（II）に変更して取得することは可能か。

例えば、月1回のリハビリテーション会議の開催によりリハビリテーションマネジメント加算（A）イ（I）又はロ（I）を取得し2月間が経過した時点で、月1回のリハビリテーション会議の開催が不要と通所リハビリテーション計画を作成した医師が判断した場合、3月目から3月に1回のリハビリテーション会議の開催によるリハビリテーションマネジメント加算（A）イ（II）又はロ（II）に変更して取得することはできないのか。

(答)

- ・リハビリテーションマネジメント加算（A）は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多職種が協働し通所リハビリテーション計画の作成を通じたりハビリテーションの支援方針やその方法の共有、利用者又はその家族に対する生活の予後や通所リハビリテーション計画等についての説明、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による居宅での生活の指導を行うことで、心身機能、活動、参加にバランスよくアプローチするリハビリテーションを管理することを評価するものである。
- ・リハビリテーションマネジメント加算（A）イ（I）又はロ（I）については、利用者の状態が不安定となりやすい時期において、集中的に一定期間（6月間）に渡ってリハビリテーションの管理を行うことを評価するものである。したがって、リハビリテーションマネジメント加算（A）イ（I）又はロ（I）を6月間取得した後に、リハビリテーションマネジメント加算（A）イ（II）又はロ（II）を取得すること。
- ・リハビリテーションマネジメント加算（B）についても同様に扱う。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 3）（平成27年6月1日）問4の修正。

○通所リハビリテーションの提供について

問34 新規利用者について通所リハビリテーションの利用開始日前に利用者の居宅を訪問した場合は、通所リハビリテーションの算定基準を満たすのか。

また、新規利用者について、介護予防通所リハビリテーションの利用開始日前に利用者の居宅を訪問した場合は、介護予防通所リハビリテーションの算定基準を満たすのか。

(答) いずれの場合においても、利用初日の 1 月前から利用前日に利用者の居宅を訪問した場合であって、訪問日から利用開始日までの間に利用者の状態と居宅の状況に変化がなければ、算定要件である利用者の居宅への訪問を行ったこととしてよい。

※平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 4) (平成 30 年 5 月 29 日) 問 8 の修正。

○リハビリテーションマネジメント会議

問35 通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算 (A) 及び (B) では、リハビリテーション会議の開催頻度について、リハビリテーション計画の同意を得た日の属する月から起算して 6 月以内の場合にあっては 1 月に 1 回以上の開催が求められているが、「算定開始の月の前月から起算して前 24 月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて 6 月以上ある利用者については、算定当初から 3 月に 1 回の頻度でよいこととする」とされている。

上記の要件に該当している利用者におけるリハビリテーション会議の開催頻度についても、3 月に 1 回として差し支えないか。

(答) 差し支えない。

《参考》

・介護報酬通知 (平 12 老企 36 号) 第 2 の 8 ・(II) ・⑥

⑥ リハビリテーション会議の開催頻度について、指定通所リハビリテーションを実施する指定通所リハビリテーション事業所若しくは指定介護予防通所リハビリテーションを実施する指定介護予防通所リハビリテーション事業所並びに当該事業所の指定を受けている保険医療機関において、算定開始の月の前月から起算して前 24 月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて 6 月以上ある利用者については、算定当初から 3 月に 1 回の頻度でよいこととする。

※平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 2) (平成 30 年 3 月 28 日) 問 1 の修正。

○算定の基準について

問36 「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、通所リハビリテーションは一定の条件のもと事業所の屋外でのサービスを提供できるものであるとされているが、この条件を満たす場合には公共交通機関の利用や買い物等のリハビリテーションサービスの提供も可能か。

(答) 可能。また、事業所の敷地外でサービスを提供する際には、サービス提供場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該事業所に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。

《参考》

「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)

第 7 通所リハビリテーション

3 運営に関する基準

- (1) 指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針及び通所リハビリテーション計画の作成居宅基準第 114 条及び第 115 条に定めるところによるほか、次の点に留意するものとする。

- ⑭ 指定通所リハビリテーションは、事業所内でサービスを提供することが原則であるが、次に掲げる条件を満たす場合においては、事業所の屋外でサービスを提供することができるものであること。

イ あらかじめ通所リハビリテーション計画に位置付けられていること。

ロ 効果的なリハビリテーションのサービスが提供できること。

○生活行為向上リハビリテーション実施加算について

問37 令和 3 年度介護報酬改定において生活行為向上リハビリテーション実施加算は単位数が見直されるとともに同加算に関する減算が廃止されたが、令和 3 年 3 月時点において同加算を算定している利用者については経過措置が設けられているところ。

令和 3 年 3 月時点において同加算を算定し、同年 4 月以降も継続して算定している場合において、令和 3 年 4 月以降に令和 3 年度介護報酬改定により見直された単位数を請求することは可能か。

(答)

- ・ 請求可能。
- ・ 経過措置が適用される場合も、同加算は併せて 6 月間まで算定可能なものであることに留意すること。
- ・ なお、同加算に関する減算は、令和 3 年度介護報酬改定前の単位数において同加算を算定した月数と同月分の期間だけ実施されるものである。

【短期入所療養介護（介護老人保健施設）】

○総合医学管理加算

問38 短期入所療養介護利用中に発熱等の状態変化等により利用を延長することとなった場合であって、当該延長が居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない場合は、治療管理を開始した日以降、当該加算を算定することは可能か。

(答) 算定可能である。

【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、介護医療院】

○安全対策体制加算の算定要件

問39 安全対策体制加算について、安全対策担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていることが要件となっているが、どのような研修を想定しているのか。

(答)

- ・本加算は、安全対策担当者が、施設における安全対策についての専門知識等を外部における研修において身につけ、自施設での事故防止検討委員会等で共有を行い、施設における安全管理体制をより一層高める場合に評価することとしている。
- ・外部の研修としては、介護現場における事故の内容、発生防止の取組、発生時の対応、施設のマネジメント等の内容を含むものであり、関係団体（公益社団法人全国老人福祉施設協議会、公益社団法人全国老人保健施設協会、一般社団法人日本慢性期医療協会等）等が開催する研修を想定している。

○安全対策体制加算の算定

問40 安全対策体制加算は、算定要件を満たす施設がサービス提供を行う場合に、入所者につき入所初日に限り算定できるところ、施設が算定要件を満たすに至った場合に、既に入所している入所者に対して算定することは可能か。

(答) 安全対策体制加算の算定要件を満たしている状態で新たに入所者を受け入れる場合に、入所時に限り算定するものであるため、算定要件を満たした後に新規で受け入れた入所者に対してのみ算定可能である。

【介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院】

○自立支援促進加算の算定要件

問41 入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重することが要件となっているが、仮に入所者の状態から一般浴槽を使用困難な場合は要件を満たすことになるのか。

(答) 本加算については、原則として一般浴槽での入浴を行う必要があるが、感染症等の特段の考慮すべき事由により、関係職種が共同して支援計画を策定する際、やむを得ず、特別浴槽での入浴が必要と判断した場合は、その旨を本人又は家族に説明した上で、実施することが必要である。

【介護老人保健施設・介護医療院】

○リハビリテーションマネジメント計画書情報加算並びに理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算

問42 リハビリテーションマネジメント計画書情報加算並びに理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算について、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号）別紙様式2-2-1及び2-2-2（リハビリテーション計画書）にある「計画作成日」、「担当職種」、「健康状態、経過（原因疾病及び合併疾患・コントロール状態に限る。）」、「日常生活自立度又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」、「心身機能・構造」、「活動（基本動作、活動範囲など）」、

「活動 (ADL)」, 「リハビリテーションの短期目標 (今後 3 ヶ月)」, 「リハビリテーションの長期目標」, 「リハビリテーションの終了目安」, 「社会参加の状況」, 及び「リハビリテーションサービス (目標, 担当職種, 具体的支援内容, 頻度及び時間に限る。)」の各項目に係る情報を全て提出しフィードバックを受けることができる。このフィードバック情報を活用することで, 利用者等の状態やケアの実績の変化等を踏まえたケア計画等の見直し・改善を行った場合は, 別紙様式 1 から 5 までに係るその他の情報を提出していない場合であっても算定可能と考えて差し支えないか。

(答) 差し支えない。

【介護老人保健施設】

○所定疾患施設療養費

問43 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, 带状疱疹及び蜂窩織炎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, 带状疱疹及び蜂窩織炎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。

※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) 問 107 の修正。

○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44 「喀痰吸引が実施された者」について, 介護医療院では, 「過去 1 年間に喀痰吸引が実施されていた者 (入所期間が 1 年以上である入所者にあつては, 当該入所期間中 (入所時を含む。) に喀痰吸引が実施されていた者) であつて, 口腔衛生管理加算を算定されている者又は平成 27 年度から令和 2 年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしている者 (平成 26 年度以前においては, 口腔機能維持管理加算又は口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者及び平成 27 年度から令和 2 年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者) を経管栄養が実施されている者として取り扱うもの」されているが, 介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援等指標で求められる「喀痰吸引が実施された者」についても同様に考えてよいのか。

また, 「経管栄養が実施された者」についても, 介護医療院では, 「過去 1 年間に経管栄養が実施されていた者 (入所期間が 1 年以上である入所者にあつては, 当該入所期間中 (入所時を含む。) に経管栄養が実施されていた者) であつて, 経口維持加算を算定している者又は管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施する者 (令和 2 年度以前においては, 経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されていた者) については, 経管栄養が実施されている者として取り扱うもの」とされており, これも同様に考えてよいのか。

(答)

・いずれも貴見のとおり。

・したがって, 例えば, 「喀痰吸引が実施された者」の割合については, 現に喀痰吸引を実施している者及び過去 1 年間に喀痰吸引が実施されていた者 (入所期間が 1 年以上である入所

者にあっては、当該入所期間中（入所時を含む。）に喀痰吸引が実施されていた者）であって、口腔衛生管理加算を算定されているもの又は平成27年度から令和2年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしているもの（平成26年度以前においては、口腔機能維持管理加算又は口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者及び平成27年度から令和2年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者）の直近3か月間の延入所者数（入所延べ日数）を当該施設の直近3か月間の延入所者数（入所延べ日数）で除した割合となる。

※平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 2）（平成30年3月28日）問2の修正。

◇厚生労働省老健局令和3年3月26日付事務連絡（Vol. 3）

【全サービス共通】

問1 居宅療養管理指導や居宅介護支援などの小規模な事業者では、実質的に従業者が1名だけということがあり得る。このような事業所でも虐待防止委員会の開催や研修を定期的に行なう必要があるのか。

(答)

- ・虐待はあってはならないことであり、高齢者の尊厳を守るため、関係機関との連携を密にして、規模の大小に関わりなく虐待防止委員会及び研修を定期的に行なう実施していただきたい。小規模事業所においては他者・他機関によるチェック機能が得られにくい環境にあることが考えられることから、積極的に外部機関等を活用されたい。
- ・例えば、小規模事業所における虐待防止委員会の開催にあたっては、法人内の複数事業所による合同開催、感染症対策委員会等他委員会との合同開催、関係機関等の協力を得て開催することが考えられる。
- ・研修の定期的実施にあたっては、虐待防止委員会同様法人内の複数事業所や他委員会との合同開催、都道府県や市町村等が実施する研修会への参加、複数の小規模事業所による外部講師を活用した合同開催等が考えられる。

○指定基準の記録の整備の規定について

問2 指定基準の記録の整備の規定における「その完結の日」の解釈が示されたが、指定権者が独自に規定を定めている場合の取扱い如何。

(答)

- ・指定権者においては、原則、今回お示しした解釈に基づいて規定を定めていただきたい。
- ・なお、指定権者が独自に規定を定めている場合は、当該規定に従っていれば、指定基準違反になるものではない。

【全サービス（無資格者がいない訪問系サービス（訪問入浴介護を除く）、福祉用具貸与、居宅介護支援を除く）】

○認知症介護基礎研修の義務づけについて

問 3 養成施設及び福祉系高校で認知症に係る科目を受講したが介護福祉士資格は有していない者は、義務づけの対象外とすることが可能か。

(答) 養成施設については卒業証明書及び履修科目証明書により、事業所及び自治体が認知症に係る科目を受講していることが確認できることを条件として対象外とする。なお、福祉系高校の卒業者については、認知症に係る教育内容が必修となっているため、卒業証明書により単に卒業が証明できれば対象外として差し支えない。

問 4 認知症介護実践者研修の修了者については、義務づけの対象外とすることが可能か。

(答) 認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者研修等の認知症の介護等に係る研修を修了した者については、義務づけの対象外として差し支えない。

問 5 認知症サポーター等養成講座の修了者については、義務づけの対象外とすることが可能か。

(答) 認知症サポーター等養成講座は、認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者を養成するものであるが、一方で、認知症介護基礎研修は認知症介護に携わる者が認知症の人や家族の視点を重視しながら、本人主体の介護を実施する上での、基礎的な知識・技術及び理念を身につけるための研修であり、その目的・内容が異なるため、認知症サポーター等養成講座修了者は、義務付けの対象外とはならない。

問 6 人員配置基準上、従業者の員数として算定される従業者以外の者や、直接介護に携わる可能性がない者についても、義務付けの対象となるのか

(答) 人員配置基準上、従業者の員数として算定される従業者以外の者や、直接介護に携わる可能性がない者については、義務付けの対象外である。一方で、義務付けの趣旨を踏まえ、認知症介護に携わる者が認知症の人や家族の視点を重視しながら、本人主体の介護を実施するためには、人員配置基準上、従業者の員数として算定される従業者以外の者や、直接介護に携わらない者であっても、当該研修を受講することを妨げるものではなく、各施設において積極的に判断いただきたい。

○外国人介護職員への認知症介護基礎研修の義務付けについて

問 7 外国人介護職員についても、受講が義務づけられるのか。

(答) EPA 介護福祉士、在留資格「介護」等の医療・福祉関係の有資格者を除き、従業員の員数として算定される従業者であって直接介護に携わる可能性がある者については、在留資格にかかわらず、義務づけの対象となる。

問 8 外国人技能実習生が認知症介護基礎研修を受講する場合、技能実習計画には記載する必要があるのか。

(答) 認知症介護基礎研修は、法令等に基づき受講が義務づけられるものであることから、技能実習制度運用要領第 4 章第 2 節第 3 (2) を踏まえ、技能実習計画への記載は不要である (令和 6 年 3 月までの間、努力義務として行う場合も同様。)。なお、受講に係る給与や時間管理が通常の技能実習と同様に行為れることや、研修の受講状況について、技能実習指導員が適切に管理することが必要である。

問 9 事業所が外国人技能実習生に認知症介護基礎研修を受講させる場合、入国後講習中や新型コロナウイルス感染症対策のための入国後 14 日間の自宅待機期間中に受講させてもよいか。

(答)

- ・入国後講習中の外国人技能実習生については、入国後講習の期間中は業務に従事させないこととされていることから、認知症介護基礎研修を受講させることはできない。一方、新型コロナウイルス感染症対策のための入国後 14 日間の自宅待機期間中であって入国後講習中ではない外国人技能実習生については、受入企業との間に雇用関係がある場合に限り、認知症介護基礎研修 (オンラインで実施されるものに限る。) を受講させることができる。

- ・なお、実際の研修受講にあたっての取扱い等^(※)については、実施主体である都道府県等により異なる場合があることにご留意いただきたい。

(※) 研修の受講方法 (e ラーニング, Zoom 等による双方向型のオンライン研修, 集合研修), 料金 (補助の有無等), 受講枠など

問10 外国人介護職員が研修内容を理解して受講できるように、多言語化された研修教材は提供されるのか。

(答) 令和 3 年度中に、日本語能力試験の N 4 レベルを基準とした e ラーニング教材の作成を行うとともに、介護分野の在留資格「特定技能」に係る試験を実施している言語 (フィリピン、インドネシア、モンゴル、ネパール、カンボジア、ベトナム、中国、タイ、ミャンマーの言語) を基本として外国人介護職員向けの e ラーニング補助教材を作成することを予定している。

【(介護予防) 訪問看護】

○看護体制強化加算について

問11 看護体制強化加算に係る経過措置について、令和 5 年 4 月 1 日以後に「看護職員の離職等」により基準に適合しなくなった場合の経過措置で、看護職員の採用に関する計画について具体的な様式は定められているのか。

(答) 様式は定めていない。

○理学療法士等による訪問看護について

問12 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 日老企第 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。
- ・なお、看護職員と理学療法士等との連携の具体的な方法については、「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（第 2 版）」（平成 29 年度厚生労働健康増進等事業訪問看護事業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していきたい。

※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) 問 19 は削除する。

問13 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による介護予防訪問看護について、当該事業所においてサービスを継続しているが、要介護認定の状態から要支援認定へ変更となった場合の 12 月の取扱如何。

(答) 法第 19 条第 2 項に規定する要支援認定の効力が生じた日以降で、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による当該サービスを利用開始した日が属する月をもって、利用が開始されたものとする。ただし、要支援の区分が変更された場合（要支援 1 から要支援 2 への変更及び要支援 2 から要支援 1 への変更）はサービスの利用が継続されているものとみなす。

【訪問看護】

※平成 24 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 24 年 3 月 16 日) 問 23、問 24 は削除する。

【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

○移行支援加算について

問14 移行支援加算における評価対象期間において指定訪問リハビリテーションの提供を終了した者には、当該事業所の指定訪問リハビリテーション利用を中断したのちに再開した者も含まれるのか。

(答)

- ・移行支援加算における評価対象期間において指定訪問リハビリテーションの提供を終了した者とは、当該訪問リハビリテーション事業所の利用を終了し、評価対象期間に利用を再開していない者をいう。なお通所リハビリテーションにおいても同様に取り扱う。

- ・なお、終了後に 3 月以上が経過した場合で、リハビリテーションが必要であると医師が判断し当該事業所の利用を再開した時は、新規利用者とみなすことができる。この場合は評価対象期間に再開した場合でも、終了した者として取り扱う。

【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

※平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 6) (平成 30 年 8 月 6 日) 問 1 は削除する。

【訪問リハビリテーション】

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 91, 問 93 は削除する。

※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) 問 55, 問 56, 問 64 は削除する。

【居宅療養管理指導、通所系サービス、看護小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護】

○管理栄養士による居宅療養管理指導、栄養アセスメント加算、栄養改善加算、栄養管理体制加算について

問15 外部との連携について、介護保険施設の場合は「栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を 1 名以上配置しているものに限る。」とあるが、栄養マネジメント強化加算を算定せず、介護保険施設に常勤の管理栄養士が 1 名いる場合は、当該施設の管理栄養士が兼務できるのか。

(答) 入所者の処遇に支障がない場合には、兼務が可能である。ただし、人員基準において常勤の栄養士又は管理栄養士を 1 名以上配置することが求められる施設（例：100 床以上の介護老人保健施設）において、人員基準上置くべき員数である管理栄養士については、兼務することはできない。

【通所系・居住系サービス、施設サービス共通事項】

○科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算、栄養マネジメント強化加算について

問16 要件として定められた情報を「やむを得ない場合を除き、すべて提出すること」とされているが、「やむを得ない場合」とはどのような場合か。

(答)

- ・やむを得ない場合とは、例えば、通所サービスの利用者について、情報を提出すべき月において、当該月の中旬に評価を行う予定であったが、緊急で月初に入院することとなり、当該利用者について情報の提出ができなかった場合や、データを入力したにも関わらず、システムトラブル等により提出ができなかった場合等、利用者単位で情報の提出ができなかった場合がある。

- ・また、提出する情報についても、例えば、全身状態が急速に悪化した入所者について、必須項目である体重等が測定できず、一部の情報しか提出できなかった場合等であっても、事業所・施設の利用者又は入所者全員に当該加算を算定することは可能である。

- ・ただし、情報の提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。

問17 LIFE に提出する情報に、利用者の氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報が含まれるが、情報の提出に当たって、利用者の同意は必要か。

(答) LIFE の利用者登録の際に、氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報を入力いただくが、LIFE のシステムにはその一部を匿名化した情報が送られるため、個人情報を収集するものではない。そのため、加算の算定に係る同意は必要ではあるものの、情報の提出自体については、利用者の同意は必要ない。

問18 加算を算定しようと考えているが、例えば入所者のうち 1 人だけでも加算の算定に係る同意が取れない場合には算定できないのか。

(答) 加算の算定に係る同意が得られない利用者又は入所者がいる場合であっても、当該者を含む原則全ての利用者又は入所者に係る情報を提出すれば、加算の算定に係る同意が得られた利用者又は入所者について算定が可能である。

○ Barthel Index の読み替えについて

問19 科学的介護推進体制加算、ADL 維持等加算（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）、自立支援促進加算、個別機能訓練加算（Ⅱ）、リハビリテーションマネジメント加算（A）若しくは（B）口、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算又は理学療法若しくは作業療法及び言語聴覚療法に係る加算において、Barthel Index (BI) のデータ提出に際して、老人保健健康増進等事業において一定の読み替え精度について検証されている ICF ステージングから読み替えたものを提出してもよい。

(答) BI の提出については、通常、BI を評価する場合に相当する読み替え精度が内容の妥当性を含め客観的に検証された指標について、測定者が、

- － BI に係る研修を受け、
- － BI への読み替え規則を理解し、
- － 読み替え精度等を踏まえ、必要に応じて、読み替えの際に、正確な BI を別途評価する等の対応を行い、提出することが必要である。

【通所系・居住系サービス】

※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）問 30、問 31 は削除する。

※平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A（Vol. 6）（平成 30 年 8 月 6 日）問 2 は削除する。

【通所介護、（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）特定施設入居者生活介護、地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護、（介護予防）小規模多機能型居宅介護、（介護予防）認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護】

○口腔・栄養スクリーニング加算について

問20 令和 2 年 10 月以降に栄養スクリーニング加算を算定した事業所において、令和 3 年 4 月に口腔・栄養スクリーニング加算を算定できるか。

(答) 算定できる。

【通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護】

○3%加算及び規模区分の特例（3%加算の年度内での算定可能回数）

問21 新型コロナウイルス感染症の影響により利用延人員数が減少した場合、3%加算算定の届出は年度内に1度しか行うことができないのか。例えば、令和3年4月に利用延人員数が減少し、令和3年5月に3%加算算定の届出を行い、令和3年6月から3%加算を算定した場合において、令和3年6月に利用延人員数が回復し、令和3年7月をもって3%加算の算定を終了した事業所があったとすると、当該事業所は令和3年度中に再び利用延人員数が減少した場合でも、再度3%加算を算定することはできないのか。

(答) 感染症や災害（3%加算の対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせしたものに限る。）によって利用延人員数の減少が生じた場合にあっては、基本的に一度3%加算を算定した際とは別の感染症や災害を事由とする場合にのみ、再度3%加算を算定することが可能である。

※令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 1）（令和3年3月19日）問6は削除する。

○3%加算及び規模区分の特例（3%加算や規模区分の特例の終期）

問22 3%加算や規模区分の特例の対象となる感染症又は災害については、これが発生した場合、対象となる旨が厚生労働省より事務連絡で示されることとなっているが、対象となった後、同感染症又は災害による3%加算や規模区分の特例が終了する場合も事務連絡により示されるのか。

(答)

- ・新型コロナウイルス感染症による3%加算や規模区分の特例にかかる取扱いは、今後の感染状況等を踏まえ、厚生労働省にて終期を検討することとしており、追って事務連絡によりお示しする。
- ・なお、災害については、これによる影響が継続する期間等は地域によって異なることも想定されることから、特例の終期については、厚生労働省から考え方をお示しする、又は基本的に都道府県・市町村にて判断する等、その在り方については引き続き検討を行った上で、お示ししていくこととする。

※令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 1）（令和3年3月19日）問8は削除する。

○所要時間区分の設定

問23 所要時間区分（6時間以上7時間未満、7時間以上8時間未満等）は、あらかじめ事業所が確定させておかねばならないのか。利用者ごとに所要時間区分を定めることはできないのか。

(答) 各利用者の通所サービスの所要時間は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて作成される通所サービス計画に位置づけられた内容によって個別に決まるものであり、各利用者の所要時間に応じた区分で請求することとなる。運営規程や重要事項説明書に定める事業所におけるサービス提供時間は、これらを踏まえて適正に設定する必要がある。

※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9は削除する。

○サービス提供にあたっての所要時間と所要時間区分の考え方

問24 各所要時間区分の通所サービス費を請求するにあたり、サービス提供時間の最低限の所要時間はあるのか。

(答)

- ・所要時間による区分は現に要した時間ではなく、通所サービス計画に位置づけられた通所サービスを行うための標準的な時間によることとされており、例えば通所介護計画に位置づけられた通所介護の内容が8時間以上9時間未満であり、当該通所介護計画書どおりのサービスが提供されたのであれば、8時間以上9時間未満の通所介護費を請求することになる。
- ・ただし、通所サービスの提供の開始に際しては、予めサービス提供の内容や利用料等の重要事項について、懇切丁寧に説明を行った上で同意を得ることとなっていることから、利用料に応じた、利用者に説明可能なサービス内容となっている必要があることに留意すること。

※平成 24 年度介護報酬改定に関する Q & A (vol. 1) (平成 24 年 3 月 16 日) 問 58 は削除する。

問25 1 人の利用者に対して、7 時間の通所介護に引き続いて 5 時間の通所介護を行った場合は、それぞれの通所介護費を算定できるのか。

(答)

- ・それぞれのプログラムが当該利用者の心身の状況や希望等に応じて作成され、当該プログラムに従って、単位ごとに効果的に実施されている場合は、それぞれの単位について算定できる。なおこの場合にあっても 1 日につき算定することとされている加算項目は、当該利用者についても当該日に 1 回限り算定できる。
- ・単に日中の通所介護の延長として夕方に通所介護を行う場合は、通算時間は 12 時間として、9 時間までの間のサービス提供に係る費用は所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合として算定し 9 時間以降 12 時間までの間のサービス提供に係る費用は、延長加算を算定（または延長サービスに係る利用料として徴収）する。

※平成 24 年度介護報酬改定に関する Q & A (vol. 1) (平成 24 年 3 月 16 日) 問 64 は削除する。

○サービス提供時間を短縮した場合の所要時間区分の考え方

問26 「当日の利用者の心身の状況から、実際の通所サービスの提供が通所サービス計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には通所サービス計画上の単位数を算定して差し支えない。」とされているが、具体的にどのような内容なのか。

(答)

- ・通所サービスの所要時間については、現に要した時間ではなく、通所サービス計画に位置付けられた内容の通所サービスを行うための標準的な時間によることとされている。
- ・こうした趣旨を踏まえ、例えば 8 時間以上 9 時間未満のサービスの通所介護計画を作成していた場合において、当日サービス提供途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず 7 時間 30 分でサービス提供を中止した場合に当初の通所介護計画による所定単位数を算定してもよいとした。（ただし、利用者負担の軽減の観点から、通所介護計画を変更した上で 7 時間以上 8 時間未満の所定単位数を算定してもよい。）

- ・こうした取扱いは、サービスのプログラムが個々の利用者に応じて作成され、当該プログラムに従って、単位ごとに効果的に実施されている事業所において行われることを想定しており、限定的に適用されるものである。当初の通所介護計画に位置付けられた時間よりも大きく短縮した場合は、当初の通所介護計画を変更し、再作成されるべきであり、変更後の所要時間に応じた所定単位数を算定しなければならない。

(例) 通所介護計画上 7 時間以上 8 時間未満の通所介護を行う予定であった利用者について

- ① 利用者が定期検診などのために当日に併設保険医療機関の受診を希望することにより 6 時間程度のサービスを行った場合には、利用者の当日の希望を踏まえて当初の通所サービス計画を変更し、再作成されるべきであり、6 時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。
- ② 利用者の当日の希望により 3 時間程度の入浴のみのサービスを行った場合には、利用者の当日の希望を踏まえて当初の通所サービス計画を変更し、再作成されるべきであり、3 時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。
- ③ 当日サービス提供途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず 2 時間程度でサービス提供を中止した場合、当初の通所介護計画を変更し、再作成されるべきであり、2 時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。
(※所要時間 2 時間以上 3 時間未満の区分は、心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難である利用者に対して算定するものであるが、当日の利用者の心身の状況から、実際の通所サービスの提供が通所サービス計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合は、通所サービス計画を変更の上、同区分での算定を行うこととしても差し支えない。)
- ④ 当日サービス提供途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず 1 時間程度でサービス提供を中止した場合、これに対応する所要時間区分がないため、通所介護費を算定できない。

※平成 24 年度介護報酬改定に関する Q & A (vol. 1) (平成 24 年 3 月 16 日) 問 59 は削除する。

○延長加算

問27 所要時間が 8 時間未満の場合でも、延長加算を算定することはできるか。

(答) 延長加算は、所要時間 8 時間以上 9 時間未満の指定通所介護等を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合等に算定するものであることから、算定できない。

問28 サービス提供時間の終了後から延長加算に係るサービスが始まるまでの間はどのような人員配置が必要となるのか。

(答) 延長加算は、所要時間 8 時間以上 9 時間未満の指定通所介護等を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合等に算定するものであることから、例えば通所介護等のサービス提供時間を 8 時間 30 分とした場合、延長加算は 8 時間以上 9 時間未満に引き続き、9 時間以上から算定可能である。サービス提供時間終了後に日常生活上の世話をする時間帯 (9 時間に到達するまでの 30 分及び 9 時間以降) については、サービス提供時間ではないことから、事業所の実情に応じて適当数の人員を配置していれば差し支えないが、安全体制の確保に留意すること。

※平成 24 年度介護報酬改定に関する Q & A (vol. 1) (平成 24 年 3 月 16 日) 問 60 は削除する。

○延長サービスに係る利用料

問29 延長サービスに係る利用料はどのような場合に徴収できるのか。

(答) 通常要する時間を超えた場合の延長サービスに係る利用料については、サービス提供時間が 9 時間未満である場合において行われる延長サービスやサービス提供時間が 14 時間以上において行われる延長サービスについて徴収できるものである。また、サービス提供時間が 14 時間未満である場合において行われる延長サービスについて、延長加算にかえて徴収することができる。(同一時間帯について延長加算に加えて利用料を上乗せして徴収することはできない。) なお、当該延長加算を算定しない場合においては、延長サービスに係る届出を行う必要はない。

(参考) 延長加算及び延長サービスに係る利用料徴収の例

- ① サービス提供時間が 8 時間であって、6 時間延長サービスを実施する場合
→ 8 時間までの間のサービス提供に係る費用は、所要時間区分が 8 時間以上 9 時間未満の場合として算定し、9 時間以降 14 時間までの間のサービス提供に係る費用は、延長加算を算定する。
- ② サービス提供時間が 8 時間であって、7 時間延長サービスを実施する場合
→ 8 時間までの間のサービス提供に係る費用は、所要時間区分が 8 時間以上 9 時間未満の場合として算定し、9 時間以降 14 時間までの間のサービス提供に係る費用は、延長加算を算定し、14 時間以降 15 時間までの間のサービス提供に係る費用は、延長サービスに係る利用料として徴収する。

※平成 24 年度介護報酬改定に関する Q & A (vol. 1) (平成 24 年 3 月 16 日) 問 62 は削除する。

○送迎減算

問30 訪問介護員等による送迎で通所サービスを利用する場合、介護報酬はどのように算定すればよいか。

(答)

- ・送迎については、通所サービスの介護報酬において評価しており、利用者の心身の状況により通所サービスの事業所の送迎車を利用することができないなど特別な事情のない限り、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。
- ・ただし、利用者が、居宅から病院等の目的地を経由して通所サービスの事業所へ行く場合や、通所サービスの事業所から病院等の目的地を経由して居宅へ帰る場合等、一定の条件の下に、令和 3 年度から訪問介護費を算定することができることとする。
- ・なお、訪問介護員等により送迎が行われる場合、当該利用者が利用している通所サービスの事業所の従業者が当該利用者の居宅と事業所間の送迎を実施していないため、送迎減算が適用されることに留意すること。

※指定基準、介護報酬等に関する Q & A (平成 18 年 2 月) 問 48、平成 18 年 4 月改定関係 Q & A (vol. 1) (平成 18 年 3 月 22 日) 問 57 は削除する。

問31 A事業所の利用者について、B事業所の従業者が当該利用者の居宅とA事業所との間の送迎を行った場合、送迎減算は適用されるのか。

(答) 送迎減算は、送迎を行う利用者が利用している事業所の従業者（問中の事例であれば、A事業所の従業者）が当該利用者の居宅と事業所間の送迎を実施していない場合に適用されるものであることから、適用される。ただし、B事業所の従業者がA事業所と雇用契約を締結している場合は、A事業所の従業者（かつB事業所の従業者）が送迎を実施しているものと解されるため、この限りではない。

問32 A事業所の利用者について、A事業所が送迎に係る業務を委託した事業者により、当該利用者の居宅とA事業所との間の送迎が行われた場合、送迎減算は適用されるのか。

(答) 指定通所介護等事業者は、指定通所介護等事業所ごとに、当該指定通所介護等事業所の従業者によって指定通所介護等を提供しなければならないこととされている。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務についてはこの限りではないことから、各通所介護等事業所の状況に応じ、送迎に係る業務について第三者へ委託等を行うことも可能である。なお、問中の事例について、送迎に係る業務が委託され、受託した事業者により、利用者の居宅と事業所との間の送迎が行われた場合は、送迎減算は適用されない。

【通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護】

○栄養改善加算・口腔機能向上加算について

問33 それぞれ別の通所介護・通所リハビリテーション事業所にしている場合、それぞれの事業所で同時に栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定することはできるのか。

(答) 御指摘の件については、ケアマネジメントの過程で適切に判断されるものと認識しているが、①算定要件として、それぞれの加算に係る実施内容等を勘案の上、1事業所における請求回数に限度を設けていること、②2事業所において算定した場合の利用者負担等も勘案すべきことから、それぞれの事業所で栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定することは基本的には想定されない。

※平成18年4月改定関係Q&A（Vol.4）（平成18年5月2日）問1の修正。

【通所介護、特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設】

○ADL維持等加算（Ⅰ）・（Ⅱ）について

問34 LIFEを用いたBarthel Indexの提出は、合計値でよいのか。

(答) 令和3年度にADL維持等加算を算定する場合に、LIFEを用いて提出するBarthel Indexは合計値でよいが、令和4年度以降にADL維持等加算を算定することを目的として、Barthel Indexを提出する場合は、項目ごとの値を提出する必要がある。

問35 事業所又は施設において、評価対象利用期間が6月を超えとは、どのような意味か。

(答) サービスの利用に当たり、6月以上のサービス提供に係る計画を策定し、支援を行っていた場合において、計画期間の途中で当該サービスを利用していない月があったとしても、当該月を除いて6月以上利用していれば評価対象者に含まれる。

問36 これまで ADL 維持等加算を算定していなかった事業所又は施設が、令和 3 年度又は令和 4 年度に新たに算定をしようとする場合の届出は、どのように行うのか。

(答)

- ・令和 3 年度に加算の算定を開始しようとする場合は、算定を開始しようとする月の前月までに、介護給付費算定に係る体制等状況一覧表の「ADL 維持等加算〔申出〕の有無」について、「2 あり」と届出を行う必要がある。加えて、加算の算定を開始しようとする月の末日までに、LIFE 上で ADL 利得に係る基準を満たすことを確認し、加算の請求届出を行うこと。
- ・令和 4 年度以降に加算の算定を開始しようとする場合は、算定を開始しようとする月の前年同月に、介護給付費算定に係る体制等状況一覧表の「ADL 維持等加算〔申出〕の有無」について、「2 あり」と届出を行う必要がある。加えて、加算の算定を開始しようとする月の末日までに、LIFE 上で ADL 利得に係る基準を満たすことを確認し、加算の請求届出を行うこと。
- ・なお、「ADL 維持等加算〔申出〕の有無」について、「2 あり」と届け出たが、LIFE での確認の結果、ADL 利得に係る基準を満たさなかった場合に、今後、ADL 維持等加算を算定する意思がなければ、「ADL 維持等加算〔申出〕の有無」について、届出を「1 なし」に変更すること。

問37 これまでは、初めて ADL 維持等加算を算定しようとする事業所は、前年度に「ADL 維持等加算〔申出〕の有無」の届出を指定権者に届け出る必要があったが、これに変更はあるのか。

(答) 令和 3 年度については、算定を開始しようとする月の前月までに申出を行うこと。令和 4 年度以降に算定を開始しようとする場合は、当該算定を開始しようとする月の前年同月に届出を行うこと。

問38 これまで ADL 維持等加算の算定事業所は、国保連合会からの審査結果を踏まえて決定されていたが、このフローはどうなるのか。

(答) 各事業者が LIFE を用いて ADL 利得が基準を満たすかどうかを確認するため、従来のような国保連合会からの審査結果は送付されない。

問39 これまでは評価対象利用開始月と、当該月から起算して 6 月目の値で評価していたが、今回の改正で評価対象利用開始月の翌月から起算して 6 月目となったのは、後の月が 1 月ずれたということか。

(答) 貴見のとおり。

問40 令和 2 年度の ADL 値を遡って入力する際に、過去分の ADL 値については評価者がリハビリ担当者や介護職であり、一定の研修を受けていないが問題ないか。

(答) 令和 2 年度分の ADL 値については、適切に評価されていると事業所又は施設が考える値であれば問題ない。令和 3 年度以降の ADL 値は、一定の研修を受けた者が測定するものとする。

問41 同一施設内で予防サービスも行っている。要支援から要介護になった方の評価期間はど
うなるのか。

(答) 要支援から要介護になった方については、要介護になった初月が評価対象利用開始月となる。

問42 指定権者で「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス・
居宅介護支援）」をどのように記載すればよいか。

(答) ADL 維持等加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定しようとする事業所又は施設は、介護給付費算
定に係る体制等状況一覧表の「ADL 維持等加算〔申出〕の有無」を「2 あり」、「ADL 維
持等加算Ⅲ」を「1 なし」とする。

○ADL 維持等加算（Ⅲ）について

問43 令和 4 年度も ADL 維持等加算（Ⅲ）の算定を予定している事業所は、介護給付費算
定に係る体制等状況一覧表の「ADL 維持等加算〔申出〕の有無」が「2 あり」、「ADL 維
持等加算Ⅲ」が「2 あり」という記載することで良いか。

(答) 貴見のとおり。

【通所介護、地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護】

○生活相談員及び介護職員の配置基準

問44 生活相談員及び介護職員の配置基準について、「生活相談員又は介護職員のうち 1 人
以上は、常勤でなければならない」こととなっているが、営業日ごと又は単位ごとに常勤職
員を配置する必要があるのか。

(答) 営業日ごと又は単位ごとに常勤職員を配置する必要はなく、事業所として常勤の生活相談
員又は介護職員を 1 名以上確保していれば足りる。

○看護職員と機能訓練指導員の兼務

問45 通所介護等事業所において配置が義務づけられている看護職員は、機能訓練指導員を兼
ねることができるか。

(答)

① 指定通所介護事業所及び指定地域密着型通所介護事業所（定員が 11 名以上である事業所
に限る）における取扱い

- － 看護職員の配置基準は、指定通所介護（指定地域密着型通所介護）の単位ごとに、専ら
当該指定通所介護（指定地域密着型通所介護）の提供に当たる看護職員が 1 以上確保され
るために必要と認められる数を置くべきと定められている。
- － 機能訓練指導員の配置基準は、指定通所介護事業所（指定地域密着型通所介護事業所）
ごとに 1 以上と定められている。

看護職員、機能訓練指導員とも配置時間に関する規定はないことから、看護職員としての
業務に従事していない時間帯において、機能訓練指導員として勤務することは差し支えない。

② 指定地域密着型通所介護事業所（定員が 10 名以下である事業所に限る）における取扱い

- － 看護職員の配置基準は介護職員と一体のものとして定められており、指定地域密着型通
所介護の単位ごとに、指定地域密着型通所介護を提供している時間帯に、専ら指定地域密

着型通所介護の提供に当たる看護職員又は介護職員が勤務している時間数の合計数を提供単位時間数で除して得た数が 1 以上確保されるために必要と認められる数を置くべきと定められている。

- ー 機能訓練指導員の配置基準は、指定地域密着型通所介護事業所ごとに 1 以上と定められている。

看護職員又は介護職員に係る配置基準を、看護職員により満たしている事業所にあつては、看護職員としての業務に従事していない時間帯において、機能訓練指導員として勤務することは差し支えない。(機能訓練指導員として勤務している時間数は、専ら指定地域密着型通所介護の提供に当たる看護職員としての勤務時間数に含めない。)

③ 認知症対応型通所介護事業所（単独型・併設型事業所に限る。）及び介護予防認知症対応型通所介護事業所（単独型・併設型事業所に限る。）における取扱い

- ー 看護職員の配置基準は介護職員と一体のものとして定められており、以下の a 及び b を満たす必要があるとされている。

a 指定認知症対応型通所介護（指定介護予防認知症対応型通所介護）の単位ごとに、指定認知症対応型通所介護の提供に当たる看護職員又は介護職員を 1 以上配置

b 指定認知症対応型通所介護（指定認知症対応型通所介護）を提供している時間帯に、専ら指定認知症対応型通所介護（指定介護予防認知症対応型通所介護）の提供に当たる看護職員又は介護職員が勤務している時間数の合計数を提供単位時間数で除して得た数が 1 以上確保されるために必要と認められる数を配置

- ー 機能訓練指導員の配置基準は、指定認知症対応型通所介護事業所（指定介護予防認知症対応型通所介護事業所）ごとに 1 以上と定められている。

看護職員又は介護職員に係る配置基準を、看護職員により満たしている事業所にあつては、

- ー a の場合は、看護職員、機能訓練指導員とも配置時間に関する規定はないことから、看護職員としての業務に従事していない時間帯において、機能訓練指導員として勤務することは差し支えない。

- ー b の場合は、看護職員としての業務に従事していない時間帯において、機能訓練指導員として勤務することは差し支えない。(機能訓練指導員として勤務している時間数は、専ら指定認知症対応型通所介護（指定介護予防認知症対応型通所介護）の提供に当たる看護職員としての勤務時間数に含めない。)

なお、①②③いずれの場合においても、都道府県・市町村においては、看護職員としての業務と機能訓練指導員の業務のいずれも行う職員が、本来の業務である利用者の健康管理や観察を行いつつ、機能訓練指導員の業務をなし得るのかについて、事業所ごとにその実態を十分に確認することが必要である。

○管理者と機能訓練指導員の兼務

問46 通所介護等事業所において配置が義務づけられている管理者は、機能訓練指導員を兼ねることができるか。

(答)

- ・管理者の配置基準は、指定通所介護等事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置くこと（ただし、指定通所介護等事業所の管理上支障がない場合は、当該指定通所介護等事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。）となっている。また、機能訓練指導員の配置基準は、指定通所介護等事業所ごとに 1 以上と定められている。

- ・このため、通所介護等事業所において配置が義務づけられている管理者は、指定通所介護等事業所の管理上支障がない場合、管理者としての職務に加えて、機能訓練指導員の職務に従事することが可能である。

【通所介護、地域密着型通所介護】

○（地域密着型）通所介護と第一号通所事業が一体的に行われている場合

問47 （地域密着型）通所介護と第一号通所事業（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）第 93 条第 1 項第 3 号に規定する第一号通所事業をいう。以下同じ。）を一体的に行う事業所にあつては、それぞれの事業ごとに利用定員を定めるのか。それとも両事業の利用者を合算して利用定員を定めるのか。また、利用者の数が利用定員を超える場合（いわゆる定員超過減算）については、どのように取り扱うべきか。

(答) （地域密着型）通所介護と第一号通所事業が一体的に行われている事業所にあつては、（地域密着型）通所介護の利用者と第一号通所事業の利用者との合算により利用定員を定めるものである。従って、例えば利用定員が 20 人の事業所にあつては、通所介護の利用者と第一号通所事業の利用者の合計が 20 人を越えた場合に、通所介護事業と第一号通所事業それぞれについて定員超過減算が適用される。

※平成 18 年 4 月改定関係 Q & A（vol. 1）（平成 18 年 3 月 22 日）問 39 は削除する。

○個別機能訓練加算（Ⅰ）イの人員配置要件

問48 個別機能訓練加算（Ⅰ）イにおいては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を 1 名以上配置することとなっているが、具体的な配置時間の定めはあるのか。

(答) 個別機能訓練加算（Ⅰ）イに係る機能訓練指導員については、具体的な配置時間の定めはないが、当該機能訓練指導員は個別機能訓練計画の策定に主体的に関与するとともに、利用者に対し個別機能訓練を直接実施したり、実施後の効果等を評価したりする必要があることから、計画策定に要する時間、訓練時間、効果を評価する時間等を踏まえて配置すること。なお、当該機能訓練指導員は専従で配置することが必要であるが、常勤・非常勤の別は問わない。

※平成 18 年 4 月改定関係 Q & A（vol. 3）（平成 18 年 4 月 21 日）問 15 について、対象から通所介護及び地域密着型通所介護を除くものとする。

※平成 24 年度介護報酬改定に関する Q & A（vol. 1）（平成 24 年 3 月 16 日）問 67、問 68、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 13、平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A（vol. 1）（平成 27 年 4 月 1 日）問 44 は削除する。

○個別機能訓練加算（Ⅰ）ロの人員配置要件

問49 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロにおいては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を 1 名以上配置することに加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等をサービス提供時間帯を通じて 1 名以上配置することとなっているため、合計で 2 名以上の理学療法士等を配置する必要があるということか。

(答) 貴見のとおり。

○個別機能訓練加算（Ⅰ）イ及びロの人員配置要件

問50 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロにおいては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置することに加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等をサービス提供時間帯を通じて1名以上配置することとなっているが、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名しか確保できない日がある場合、当該日は個別機能訓練加算（Ⅰ）ロに代えて個別機能訓練加算（Ⅰ）イを算定してもよいのか。

(答) 差し支えない。ただし、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置しているのみの場合と、これに加えて専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等をサービス提供時間帯を通じて1名以上配置している場合では、個別機能訓練の実施体制に差が生じるものであることから、営業日ごとの理学療法士等の配置体制について、利用者にあらかじめ説明しておく必要がある。

○個別機能訓練加算（Ⅰ）イ及びロの人員配置要件

問51 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ及びロにおいては、個別機能訓練計画を作成するにあたり、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況の確認等を行うこととなっているが、利用者の居宅を訪問している時間については、人員配置基準上、確保すべき勤務延時間数に含めることとしてもよいのか。

(答)

- ・機能訓練指導員については、個別機能訓練加算（Ⅰ）ロの場合のみ、サービス提供時間帯を通じて専従での配置を求めているが、利用者の居宅を訪問している時間については、個別機能訓練の実施に支障がない範囲においては、配置されているものとみなして差し支えない。（なお、個別機能訓練加算（Ⅰ）イについては、配置時間の定めはない。）
- ・生活相談員については、個別機能訓練加算にかかるものか否かを問わず、「利用者宅を訪問し、在宅での生活の状況を確認した上で、利用者の家族も含めた相談・援助のための時間」は確保すべき勤務延時間数に含めることができることとなっている。
- ・なお、介護職員については、利用者の居宅を訪問している時間については、確保すべき勤務延時間数に含めることができず、看護職員については、利用者の居宅を訪問する看護職員とは別に看護職員が確保されていない場合においては、利用者の居宅を訪問する看護職員は、利用者の居宅を訪問している時間帯を通じて同加算を算定する事業所と密接かつ適切な連携を図る必要がある。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.1）（平成27年4月1日）問48は削除する。

○個別機能訓練加算（Ⅰ）イ及びロの人員配置要件

問52 個別機能訓練加算（Ⅰ）イにおいては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置することとなっている。また個別機能訓練加算（Ⅰ）ロにおいては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置することに加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等をサービス提供時間帯を通じて1名以上配置することとなっているが、これらの理学療法士等は病院、診療所、訪問看護ステーション等との連携により確保することとしてもよいのか。

(答) 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ及びロについては、いずれの場合も、当該加算を算定する事業

所に理学療法士等を配置する必要があることから、事業所以外の機関との連携により確保することは認められない。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 41 は削除する。

○個別機能訓練加算（Ⅰ）ロの人員配置要件

問53 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロにおいては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を 1 名以上配置することに加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等をサービス提供時間帯を通じて 1 名以上配置することとなっているが、個別機能訓練加算（Ⅰ）ロは、この要件に基づき、合計で 2 名以上の理学療法士等を配置している時間帯において個別機能訓練を実施した利用者に対してのみ算定することができるのか。

(答) 貴見のとおり。例えばサービス提供時間が 9 時から 17 時である通所介護等事業所において、

- － 9 時から 12 時：専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を 1 名配置
- － 9 時から 17 時：専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を 1 名配置した場合、9 時から 12 時までに当該理学療法士等から個別機能訓練を受けた利用者に対してのみ、個別機能訓練加算（Ⅰ）ロを算定することができる。(12 時以降 17 時までに当該理学療法士等から個別機能訓練を受けた利用者については、個別機能訓練加算（Ⅰ）イを算定することができる。)

○個別機能訓練加算（Ⅰ）イ又はロと第一号通所事業の運動器機能向上加算との関係

問54 第一号通所事業と一体的に運営される通所介護において、個別機能訓練加算（Ⅰ）イ又はロを算定するために配置された機能訓練指導員が、第一号通所事業の運動器機能向上加算を算定するために配置された機能訓練指導員を兼務できるのか。

(答) 通所介護の個別機能訓練の提供及び第一号通所事業の運動器機能向上サービスの提供、それぞれに支障のない範囲で兼務することが可能である。

※平成 24 年度介護報酬改定に関する Q & A (vol. 1) (平成 24 年 3 月 16 日) 問 69 は削除する。

○機能訓練指導員が専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を兼務した場合の個別機能訓練加算（Ⅰ）イ又はロの算定

問55 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ又はロにおいては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を配置する必要があるが、通所介護事業所（地域密着型通所介護事業所）において配置が義務づけられている機能訓練指導員に加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を配置する必要があるのか。

(答)

- ・機能訓練指導員の配置基準は、指定通所介護事業所（指定地域密着型通所介護事業所）ごとに 1 以上とされている。この基準により配置された機能訓練指導員が「専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等」である場合は、個別機能訓練加算（Ⅰ）イの算定要件や個別機能訓練加算（Ⅰ）ロの算定要件の一つである「専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を 1 名以上配置」を満たすものとして差し支えない。
- ・また、この基準により配置された機能訓練指導員が「専ら機能訓練指導員の職務に従事する

理学療法士等」であって「サービス提供時間帯を通じて」配置されている場合にあっては個別機能訓練加算（Ⅰ）ロの算定要件である「専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等をサービス提供時間帯を通じて 1 名以上配置」を満たすものとして差し支えない。

・このため、具体的には以下①②のとおりとなる。

- ① 機能訓練指導員の配置基準により配置された機能訓練指導員が、「専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等」である場合
 - － 個別機能訓練加算（Ⅰ）イを取得する場合は、機能訓練指導員の配置基準により配置された機能訓練指導員が「専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等」であることから、これに加えて「専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等」を配置することなく、同加算の人員配置に係る要件を満たすことが可能である。
 - － 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロを取得する場合は、機能訓練指導員の配置基準により配置された機能訓練指導員が「専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等」であることから、これに加えて「サービス提供時間帯を通じて専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等」を配置すれば、同加算の人員配置に係る要件を満たすことが可能である。
- ② 機能訓練指導員の配置基準により配置された機能訓練指導員が、「専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等」であって、サービス提供時間帯を通じて配置される場合
 - － 個別機能訓練加算（Ⅰ）イを取得する場合は、機能訓練指導員の配置基準により配置された機能訓練指導員が「専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等」であることから、これに加えて「専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等」を配置することなく、同加算の人員配置に係る要件を満たすことが可能である。
 - － 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロを取得する場合は、機能訓練指導員の配置基準により配置された機能訓練指導員が、「専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等」であって、サービス提供時間帯を通じて配置されていることから、これに加えて「専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等」を配置すれば、同加算の人員配置に係る要件を満たすことが可能である。

○看護職員が専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を兼務した場合の個別機能訓練加算（Ⅰ）イ又はロの算定

問56 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ又はロにおいては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を配置する必要があるが、通所介護（地域密着型通所介護）事業所に配置が義務づけられている看護職員がこれを兼ねることは可能か。

(答)

- ① 指定通所介護事業所及び指定地域密着型通所介護事業所（定員が 11 名以上である事業所に限る）における取扱い

この場合、看護職員の配置基準は、指定通所介護（指定地域密着型通所介護）の単位ごとに、専ら当該指定通所介護（地域密着型通所介護）の提供に当たる看護職員が 1 以上確保されるために必要と認められる数を置くべきと定められており、配置時間に関する規定はないことから、看護職員としての業務に従事していない時間帯において、個別機能訓練加算（Ⅰ）イの算定要件や個別機能訓練加算（Ⅰ）ロの算定要件の一つである「専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等」として勤務することは差し支えない。
- ② 指定地域密着型通所介護事業所（定員が 10 名以下である事業所に限る）における取扱い

この場合、看護職員の配置基準は介護職員と一体のものとして定められており、指定地域

密着型通所介護の単位ごとに、指定地域密着型通所介護を提供している時間帯に、専ら指定地域密着型通所介護の提供に当たる看護職員又は介護職員が勤務している時間数の合計数を提供単位時間数で除して得た数が 1 以上確保されるために必要と認められる数を置くべきとされている。この配置基準を看護職員により満たしている事業所にあっても、看護職員としての業務に従事していない時間帯において、個別機能訓練加算（Ⅰ）イの算定要件や個別機能訓練加算（Ⅰ）ロの算定要件の一つである「専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等」として勤務することは差し支えない。（「専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等」として勤務している時間数は、専ら指定地域密着型通所介護の提供に当たる看護職員としての勤務時間数に含めない。）

なお、①②いずれの場合においても、都道府県・市町村においては、看護職員としての業務と専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等としての業務のいずれも行う職員が、本来の業務である利用者の健康管理や観察を行いつつ、個別機能訓練加算（Ⅰ）イ又はロの要件を満たすような業務をなし得るのかについて、加算算定事業所ごとにその実態を十分に確認することが必要である。

※平成 24 年度介護報酬改定に関する Q & A (vol. 1) (平成 24 年 3 月 16 日) 問 72 は削除する。

○看護職員かつ機能訓練指導員である者が、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を兼務した場合の個別機能訓練加算（Ⅰ）イ又はロの算定

問57 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ又はロにおいては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を配置する必要があるが、通所介護（地域密着型通所介護）事業所に配置が義務づけられている看護職員かつ機能訓練指導員である者がこれを兼ねることは可能か。

(答) 問 45（看護職員と機能訓練指導員の兼務）、問 55（機能訓練指導員が専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を兼務した場合の個別機能訓練加算（Ⅰ）イ又はロの算定）、問 56（看護職員が専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を兼務した場合の個別機能訓練加算（Ⅰ）イ又はロの算定）によれば、以下のとおりの解釈となる。

① 指定通所介護事業所及び指定地域密着型通所介護事業所（定員が 11 名以上である事業所に限る）における取扱い

看護職員としての業務に従事していない時間帯において、配置が義務づけられている機能訓練指導員かつ個別機能訓練加算（Ⅰ）イの算定要件や個別機能訓練加算（Ⅰ）ロの算定要件の一つである「専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等」として勤務することは差し支えない。

② 指定地域密着型通所介護事業所（定員が 10 名以下である事業所に限る）における取扱い

看護職員又は介護職員に係る配置基準を、看護職員により満たしている事業所にあっても、看護職員としての業務に従事していない時間帯において、配置が義務づけられている機能訓練指導員かつ個別機能訓練加算（Ⅰ）イの算定要件や個別機能訓練加算（Ⅰ）ロの算定要件の一つである「専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等」として勤務することは差し支えない。（配置が義務づけられている機能訓練指導員かつ専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等として勤務している時間数は、専ら指定地域密着型通所介護の提供に当たる看護職員としての勤務時間数に含めない。）

○管理者が専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を兼務した場合の個別機能訓練加算
(Ⅰ) イ又はロの算定

問58 個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ又はロにおいては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を配置する必要があるが、指定通所介護 (指定地域密着型通所介護) 事業所に配置が義務づけられている管理者がこれを兼ねることは可能か。

(答)

- ・管理者の配置基準は、指定通所介護等事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置くこと (ただし、指定通所介護等事業所の管理上支障がない場合は、当該指定通所介護等事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。) とされている。
- ・一方で、個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ又はロにおける人員配置基準は、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を配置することを求めるものであることから、指定通所介護等事業所に配置が義務づけられている管理者が、管理者としての職務に加えて、機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を兼ねることにより、同基準を満たすことはできないものである。

○個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ又はロと中重度者ケア体制加算を併算する場合の取扱い

問59 個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ又はロにおいては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を配置する必要があるが、中重度者ケア体制加算を算定する場合に配置が必要となる看護職員がこれを兼ねることは可能か。

(答) 中重度者ケア体制加算を算定するにあたっての人員配置に係る要件は、

- a 通所介護等事業所に配置が必要とされる看護職員又は看護職員の数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で 2 以上確保していること。
- b 指定通所介護等を行う時間帯を通じて、専ら当該通所介護等の提供に当たる看護職員を 1 名以上配置していること。

としており、これに照らせば、a により配置された看護職員にあっては、中重度者ケア体制加算の算定に係る看護職員としての業務に従事していない時間帯において、個別機能訓練加算 (Ⅰ) イの算定要件や個別機能訓練加算 (Ⅰ) ロの算定要件の一つである「専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等」として勤務することは差し支えない。b により配置された看護職員は、「指定通所介護等を行う時間帯を通じて、専ら通所介護等の提供に当たる看護職員」である必要があることから、同一営業日において「専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等」として勤務することはできない。

○宿泊サービスを長期に利用している者に係る個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ又はロの算定

問60 個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ及びロについては、個別機能訓練計画を作成するにあたり、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況の確認等を行うこととなっているが、通所介護等事業所において、長期にわたり、いわゆる「宿泊サービス」を利用している利用者に関しては、どのように対応すればよいか。

(答) 個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ及びロは、利用者ごとに心身の状態や居宅の環境をふまえた個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき機能訓練を行うことで、利用者の生活機能の維持・向上を図り、住み慣れた地域で居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目指すために設けているものである。このため、いわゆる「宿泊サービス」を長期にわたって

利用しており、居宅で生活していない利用者に対して、同加算を算定することは基本的には想定されないが、例えば、今後宿泊サービスの利用を終了し居宅での生活を再開する予定である利用者について、利用者とともに居宅を訪問し、居宅での生活にあたっての意向等を確認した上で、居宅での生活再開に向けた個別機能訓練を実施する等の場合にあっては、同加算の算定も想定されうるものである。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 47 は削除する。

○曜日により個別機能訓練加算 (Ⅰ) イとロの算定が異なる場合

問61 個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ又はロについては、例えば特定の曜日だけ当該加算の人員配置要件を満たしている場合においては、その曜日において理学療法士等から直接訓練の提供を受けた利用者のみが当該加算の算定対象となることとしているが、曜日によって個別機能訓練加算 (Ⅰ) イとロのいずれを算定するかが異なる事業所にあつては、「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、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について」(平成12年3月8日老企第41号)に定める「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 (居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援)」等はどのように記載せればよいか。

(答) 曜日によって個別機能訓練加算 (Ⅰ) イとロのいずれを算定するかが異なる事業所にあつては、「加算Ⅰロ」と記載させることとする。(「加算Ⅰロ」と記載した場合であっても、個別機能訓練加算 (Ⅰ) イの算定に必要な人員配置要件のみを満たしている曜日においては、個別機能訓練加算 (Ⅰ) イを算定することは可能である。)

○個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ又はロを算定するにあつての個別機能訓練計画の作成

問62 令和3年3月サービス提供分までの個別機能訓練加算 (Ⅰ) や個別機能訓練加算 (Ⅱ) を算定している利用者についても、個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ又はロを算定するにあたり、再度、利用者の居宅での生活状況の確認等を行い、多職種協働で個別機能訓練計画を作成する必要があるのか。

(答) 令和3年3月サービス提供分までの個別機能訓練加算 (Ⅰ) や個別機能訓練加算 (Ⅱ) と個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ又はロでは、加算創設の目的が異なることから、令和3年3月サービス提供分までの個別機能訓練加算 (Ⅰ) や個別機能訓練加算 (Ⅱ) を算定していた利用者については、個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ又はロが目的とする「生活機能の維持・向上を図り、住み慣れた地域で居宅において可能な限り自立して暮らし続けること」を達成するため、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老認発0316第3号・老老発0316第2号厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長、老人保健課長連名通知)を参照し、個別機能訓練計画の見直しを行う必要がある。なお、見直しにあたっては、令和3年3月サービス提供分までの個別機能訓練加算 (Ⅰ) や個別機能訓練加算 (Ⅱ) 算定時のモニタリング等により、直近の利用者の居宅での生活状況が把握できている場合は、必ずしも利用者の居宅を訪問する必要はない。

○個別機能訓練加算（Ⅰ）イ及びロの訓練項目①

問63 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ及びロにおいては、個別機能訓練の実施にあたり、利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の訓練項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助することとなっているが、どのくらいの種類の訓練項目を準備しておくことが必要なのか。

(答) 複数の種類の訓練項目を設けることの目的は、機能訓練指導員その他の職員から助言等を受けながら、利用者が主体的に訓練項目を選択することによって、生活意欲が増進され、機能訓練の効果が增大することである。よって、仮に訓練項目の種類が少なくても、目的に沿った効果が期待できるときは、同加算の算定要件を満たすものである。

※平成 24 年度介護報酬改定に関する Q & A (vol. 1) (平成 24 年 3 月 16 日) 問 70 は削除する。

○個別機能訓練加算（Ⅰ）イ及びロの訓練項目②

問64 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ及びロにおいては、個別機能訓練の実施にあたり、利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の訓練項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助することとなっているが、類似する訓練項目を準備した場合でも、複数の種類の訓練項目と認められるのか。

(答) 類似する訓練項目であっても、利用者によって、当該訓練項目を実施することで達成すべき目標が異なる場合もあることから、利用者が主体的に訓練項目を選択することによって、生活意欲が増進され、機能訓練の効果が增大することが見込まれる限り、準備された訓練項目が類似していることをもって、同加算の算定要件を満たさないものとはならない。こうした場合、当該事業所の機能訓練に対する取組み及びサービス提供の実態等を総合的に勘案して判断されるものである。

※平成 24 年度介護報酬改定に関する Q & A (vol. 1) (平成 24 年 3 月 16 日) 問 71 は削除する。

○個別機能訓練加算（Ⅰ）イ及びロの訓練時間

問65 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ及びロに係る個別機能訓練時間については、個別機能訓練計画に定めた訓練項目の実施に必要な 1 回あたりの訓練時間を考慮し適切に設定することとなっているが、具体的な目安はあるのか。

(答) 1 回あたりの訓練時間は、利用者のニーズや心身の状態等を踏まえて設定された個別機能訓練計画の目標等を勘案し、必要な時間数を確保するものである。例えば「自宅でご飯を食べたい」という目標を設定した場合の訓練内容は、配膳等の準備、箸（スプーン、フォーク）使い、下膳等の後始末等の食事に関する一連の行為の全部又は一部を実践的かつ反復的に行う訓練が想定される。これらの訓練内容を踏まえて利用日当日の訓練時間を適正に設定するものであり、訓練の目的・趣旨を損なうような著しく短時間の訓練は好ましくない。なお、訓練時間については、利用者の状態の変化や目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて適宜見直し・変更されるべきものである。

※平成 24 年度介護報酬改定に関する Q & A (vol. 1) (平成 24 年 3 月 16 日) 問 66 は削除する。

【通所リハビリテーション】

○移行支援加算

問66 移行支援加算は、同加算を算定する年度の初日の属する年の前年の 1 月から 12 月（基準に適合しているものとして届け出た年においては、届出の日から同年 12 月までの期間）において一定の実績をもとに算定ができるものとされているところであるが、令和 3 年 4 月から令和 4 年 3 月においては、従前（令和 3 年度介護報酬改定以前）の基準に基づいて算定を行っても差し支えないか。

(答) 令和 3 年 3 月時点ですでに同加算を算定している事業所においては、令和 3 年 4 月から令和 4 年 3 月に限り、令和 2 年 1 月から 12 月の実績については従前（令和 3 年度介護報酬改定以前）の基準に基づいて算定する。

【通所リハビリテーション】

※平成 18 年 4 月改定関係 Q & A (Vol. 1) (平成 18 年 3 月 22 日) 問 18, 問 19, 問 21 は削除する。

※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 14 は削除する。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 103 は削除する。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 2) (平成 27 年 4 月 30 日) 問 22, 問 23 は削除する。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 3) (平成 27 年 6 月 1 日) 問 2 は削除する。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 4) (平成 27 年 7 月 31 日) 問 2, 問 3, 問 4 は削除する。

※平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 2) (平成 30 年 3 月 28 日) 問 1 は削除する。

※平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 3) (平成 30 年 4 月 13 日) 問 3 は削除する。

【(介護予防) 短期入所生活介護, (介護予防) 短期入所療養介護】

○連続利用日数の考え方

問67 連続して 30 日を超えてサービス提供を受けている場合、30 日を超える日以降に受けたサービスについては介護報酬の請求が認められていないが、この連続利用日数を計算するにあたり、例えば A 事業所にて連続 15 日間（介護予防）短期入所介護費を請求した後、同日に B 事業所（A 事業所と同一、隣接若しくは近接する敷地内にはない事業所）の利用を開始し、利用開始日を含めて連続 15 日間（介護予防）短期入所生活介護費を請求した場合、連続利用日数は何日となるのか。

(答) 30 日となる。(介護予防) 短期入所生活介護の利用日数は、原則として利用を開始した日及び利用を終了した日の両方を含むものとされており、連続利用日数の考え方もこれに連動して介護報酬を請求した日数をもとに算定されるものである。このため、A 事業所から B 事業所に利用する事業所を変更した日については、A 事業所・B 事業所とも介護報酬請求を行うことから、利用変更日は 2 日と計算される。なお、上記の事例における B 事業所が A 事業所と同一敷地内にある場合、又は隣接若しくは近接する敷地における介護保険施設等であって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている事業所であった場合は、A 事業所は利用を終了した日の介護報酬請求はできないこととなっていることから、連続利用日数は 29 日となる。

問68 連続して 30 日を超えてサービス提供を受けている場合、30 日を超える日以降に受けたサービスについては介護報酬の請求が認められていないが、例えば A 事業所にて連続 30 日間（介護予防）短期入所生活介護費を請求し、同日に B 事業所（A 事業所と同一、隣接若しくは近接する敷地内にない事業所）の利用を開始した場合、B 事業所は利用開始日から介護報酬を請求することが可能であるか。

(答) A 事業所においてすでに連続して 30 日間（介護予防）短期入所生活介護費を請求していることから、B 事業所は利用開始日においては介護報酬を請求することはできず、当該日のサービス提供に係る費用は利用者の自己負担によることとなり、利用開始日の翌日からは介護報酬を請求することができる。

なお、上記の事例における B 事業所が A 事業所と同一敷地内にある場合、又は隣接若しくは近接する敷地における介護保険施設等であって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている事業所であった場合は、A 事業所は利用を終了した日の介護報酬は請求できないこととなっていることから、B 事業所は利用開始日には介護報酬を請求することができるが、B 事業所の利用開始日をもって連続して 30 日間（介護予防）短期入所生活介護費を算定していることとなることから、利用開始日の翌日は介護報酬を請求することはできず、当該日のサービス提供に係る費用は利用者の自己負担によることとなり、利用開始日の翌々日から再び介護報酬を請求することができる。

○利用者に対して送迎を行う場合

問69 訪問介護員等による送迎で短期入所サービスを利用する場合、介護報酬はどのような算定すればよいか。

(答)

- ・送迎については、短期入所サービスの利用者に対して送迎を行う場合の加算において評価することとしており、利用者の心身の状況により短期入所サービスの事業所の送迎車を利用することができないなど特別な事情のない限り、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。
- ・ただし、利用者が、居宅から病院等の目的地を経由して短期入所サービスの事業所へ行く場合や、短期入所サービスの事業所から病院等の目的地を経由して居宅へ帰る場合等、一定の条件の下に、令和 3 年度から訪問介護費を算定することができることとする。
- ・なお、訪問介護員等により送迎が行われる場合、当該利用者が利用している短期入所サービスの事業所の従業者が、当該利用者の居宅と事業所間の送迎を実施していないため、利用者に対して送迎を行う場合の加算を算定することはできないことに留意すること。

○利用者に対して送迎を行う場合

問70 A 事業所の利用者について、A 事業所が送迎に係る業務を委託した事業者により、当該利用者の居宅と A 事業所との間の送迎が行われた場合、利用者に対して送迎を行う場合の加算は算定できるのか。

(答) 指定短期入所生活介護等事業者は、指定短期入所生活介護等事業所ごとに、当該指定短期入所生活介護事業所の従業者によって指定短期入所生活介護等を提供しなければならないこととされている。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務についてはこの限りではないことから、各指定短期入所生活介護等事業所の状況に応じ、送迎に係る業務について

第三者へ委託等を行うことも可能である。なお、問中の事例について、送迎に係る業務が委託され、受託した事業者により、利用者の居宅と事業所との間の送迎が行われた場合は、利用者に対して送迎を行う場合の加算を算定することができる。

【(介護予防) 短期入所生活介護】

○病院等との密接な連携により看護職員を確保する場合①

問71 病院、診療所又は訪問看護ステーション（併設事業所にあつては、当該併設事業所を併設する特別養護老人ホーム、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は介護予防特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設を含む。）との密接な連携により看護職員を確保する場合について、連携先との間で連携に係る契約を締結する必要があるか。

(答) 看護職員が行う看護業務は、利用者の処遇に直接影響を及ぼす業務であることから、連携を行うにあたっては、予め契約等を締結し適切なサービス提供を担保しておく必要がある。（ただし、併設事業所を併設する特別養護老人ホーム、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は介護予防特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設との連携を行う場合は、この限りではない。

○病院等との密接な連携により看護職員を確保する場合②

問72 病院、診療所又は訪問看護ステーション（併設事業所にあつては、当該併設事業所を併設する特別養護老人ホーム、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は介護予防特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設を含む。以下、病院等という。）との密接な連携により看護職員を確保する場合、病院等の看護職員が必要に応じて指定（介護予防）短期入所生活介護事業所の利用者の健康状態の確認を行うこととされているが、具体的にはどのような場合に利用者の健康状態の確認を行う必要があるのか。

(答) 例えば、当該指定（介護予防）短期入所生活介護事業所を初めて利用する利用者や、担当介護支援専門員等から前回利用時より状態が変化している等の報告があった利用者等にあつては、利用開始時に健康状態の確認を行うことが想定される。また、利用中どのような場合に健康状態の確認を行う必要があるかについては、個別の利用者ごとに異なるものであることから、利用開始時に健康状態の確認を行う際に、指定（介護予防）短期入所生活介護事業所と連携を行う看護職員にあわせて確認しておくことが想定される。

○その他日常生活費

問73 その他日常生活費について、その具体的な範囲は「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」（平成 12 年 3 月 30 日老企第 54 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）別紙（2）①②に示しているが、（介護予防）短期入所生活介護利用中における私物の洗濯に係る費用はこれに該当するのか。

(答) （介護予防）短期入所生活介護利用中における私物の洗濯代は、その他日常生活費には含まれないものである。また、（介護予防）短期入所生活介護については、サービス提供期間が短期間であるものの、介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設である特別養護老人ホームと同様、利用者の日常生活全般にわたり援助を行ってきたところであり、利用者がサービス利用期間中に私物の洗濯を希望する場合は、基本的に事業所サービスとして行われるべきものである。したがって、私物の洗濯代については、利用者がサービス利用期間中

に希望し、個別に外部のクリーニング店に取り次ぐ場合のクリーニング代を除き、費用の徴収はできない。なお、このクリーニング代については、サービスの提供とは関係のない実費として徴収することとする。

【短期入所生活介護】

○長期利用者に対して短期入所生活介護を提供する場合の減算

問74 同一の指定短期入所生活介護事業所から 30 日間連続して短期入所生活介護の提供を受け、その翌日 1 日同事業所を自費で利用し、自費利用終了後再び短期入所生活介護の提供を受けることとなった場合、長期利用者に対して短期入所生活介護を提供する場合の減算はいつから適用されるのか。

(答) 自費利用終了後再び短期入所生活介護の提供を受けることとなった日から減算が適用される。なお、長期利用者に対して短期入所生活介護を提供する場合の減算は、同一の指定短期入所生活介護事業所を連続 30 日を超えて利用している者について、それまでの間のサービス利用に係る費用を介護報酬として請求しているか否かに関わらず、連続 30 日を超える日以降の介護報酬請求において適用するものである。このため、例えば同一の指定短期入所生活介護事業所から 28 日間連続して短期入所生活介護の提供を受け、そのまま 1 日同事業所を自費で利用し、自費利用終了後再び短期入所生活介護の提供を受けることとなった場合は、自費利用終了後再び短期入所生活介護の提供を受けることとなった日の翌日（連続 30 日を超える日）から減算が適用される。

※平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 76 は削除する。

○長期利用者に対して短期入所生活介護を提供する場合

問75 連続して 30 日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所を利用した場合は、長期利用者に対して短期入所生活介護を提供する場合の減算が適用されるが、指定短期入所生活介護事業所と一体的に運営されている指定介護予防短期入所生活介護事業所を利用した後、連続して一体的に運営されている指定短期入所生活介護事業所を利用することとなった場合、指定介護予防短期入所生活介護を利用していた期間は、指定短期入所介護事業所の連続利用日数に含めるのか。

(答) 指定短期入所生活介護事業所と指定介護予防短期入所生活介護事業所が一体的に運営されている場合は、同一事業所を利用しているものとみなし、指定介護予防短期入所生活介護事業所の利用期間を連続利用日数に含めることとする。

○看護体制加算（Ⅲ）イ及びロ、看護体制加算（Ⅳ）イ及びロ

問76 看護体制加算（Ⅲ）及び看護体制加算（Ⅳ）については、中重度者受入要件として、指定短期入所生活介護事業所における算定日が属する年度の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、要介護度状態区分が要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 である者の占める割合が 100 分の 70 以上であることが求められているが、この場合の「利用者の総数」や「要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 である者」を算定するにあたっては、併設事業所や特別養護老人ホームの空床を利用して指定短期入所生活介護を行う場合にあっては、どのように算定すればよいか。

(答) 併設事業所にあつては、併設本体施設の利用者は含めず、併設事業所の利用者のみにて算定する。特別養護老人ホームの空床を利用して指定短期入所生活介護を行う場合にあっては、

特別養護老人ホームの利用者を含めて算定する。

【短期入所生活介護、介護老人福祉施設】

○テクノロジーを活用した場合における夜勤職員の配置基準について

問77 見守り機器等を活用した夜間の人員配置基準や夜勤職員配置加算の 0.6 人の配置要件について、運用イメージ如何。

(答)

- ・見守り機器やインカム等の ICT を活用し、常時見守り支援が可能となることによって、夜間・深夜の時間帯の定時巡視の移動時間の減少や、利用者の急変時等への迅速な対応等が可能となるため、業務が比較的多忙となる夕方や早朝の時間帯に職員を手厚く配置する等のメリハリの利いたシフト体制を組むことができるものと考えている。
- ・なお、介護事業所が設置する「見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会」において、夜勤職員の 1 日の勤務の中で、職員の負担が過度に増えている時間帯がないか確認することとしている点に留意されたい。

問78 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会で確認することとされている利用者のケアの質や職員の負担に関する評価について、どのような指標があるのか。

(答)

- ・利用者のケアの質や職員の負担に関する評価にあたっては、当該委員会において、直接処遇のための時間が増えたかどうかなど、それぞれの事業所の実情に応じた評価指標を用いることが望ましい。
- ・なお、平成 30 年度老人保健健康増進等事業「介護ロボットの評価指標に関する調査研究事業」^(※)において、介護ロボットの導入にあたっての評価指標がまとめられているので参考とされたい。

※参考

- ① 利用者のケアの質に関する評価指標
 - ・認知機能、QOL (WHOQOL 等)、要介護度、ADL (FIM, BI 等) 等
- ② 職員の負担に関する評価指標
 - ・ストレス指標 (SRS-18 等)、モチベーション、介護負担指標等

○夜勤職員配置加算

問79 夜勤職員配置加算における 0.6 人の配置要件について、夜勤職員全員が見守り機器のセンサー情報を常時受信するためにスマートフォンやタブレット端末等を使用することとされているが、0.9 人の配置要件の取扱如何。

(答) 見守り機器の使用にあたっては、当該機器のセンサー情報を受信する機器が必要となるが、0.9 人の配置要件の場合は、機器を特定はせず、スマートフォンやタブレット端末等の携帯可能な機器のほか、パソコン等の常時設置されている機器も使用して差し支えない。また、携帯可能な機器を使用する場合においては、必ずしも夜勤職員全員が使用することまでは要しない。

【(介護予防) 特定施設入居者生活介護, 施設系サービス, (介護予防) 認知症対応型共同生活介護, 地域密着型特定施設入居者生活介護】

○口腔衛生の管理, 口腔衛生管理体制加算について

問80 口腔衛生の管理体制に関する管理計画の立案は, 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による技術的助言及び指導に基づき行われるが, 技術的助言及び指導を行う歯科医師は, 協力歯科医療機関の歯科医師でなければならないのか。

(答) 協力歯科医療機関の歯科医師に関わらず, 当該施設の口腔衛生の管理体制を把握している歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士を想定している。

【特定施設入居者生活介護, 介護老人福祉施設】

問81 介護機器を使用した業務効率化のイメージ如何。

(答)

- ・例えば, 以下の取組が考えられる。
 - － 見守り機器を使用して常時見守りが可能となることによって, ケアが必要な入居者等への直接処遇の時間を増やすことができる。
 - － インカムを使用して職員間の連絡調整に要する時間を効率化させる。
 - － バイタル情報等を介護記録システムに自動連携させることによって, 記録作成業務に要する時間を効率化させる。
 - － 入居者等の移乗支援にあたり, 移乗支援機器を使用することによって, 対応する職員の人数を省人化させる。
- ・また, 「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン (パイロット事業改訂版)」(厚生労働省老健局・令和 2 年 3 月発行) において, 業務改善の取組の考え方や手順等をまとめているので参考とされたい。

○ 入居継続支援加算, 日常生活継続支援加算

問82 入居継続支援加算及び日常生活継続支援加算について, 介護機器を使用する場合の介護福祉士の配置要件の中で, 「介護職員全員」がインカム等を使用することとされているが, 介護福祉士の資格を有する介護職員のみが対象となるのか。

(答) 介護福祉士の資格を有していない介護職員も対象に含まれる。

【(介護予防) 特定施設入居者生活介護, (介護予防) 認知症対応型共同生活介護, 地域密着型特定施設入居者生活介護】

○口腔衛生管理体制加算について

問83 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 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) 問 74 の修正。

問84 口腔衛生管理体制加算の算定に当たって作成することとなっている「口腔衛生管理体制計画」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。

※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) 問 80 の修正。

【特定施設入居者生活介護】

○入居継続支援加算

問85 入居継続支援加算の要件のうち、たんの吸引等を必要とする入居者実績を計測する対象期間が変更となっているが、具体的にはどのような範囲の実績を求めるものとなるのか。

(答)

・これまでは、届出日の属する月の前 3 ヶ月としていたところ、届出業務負担軽減等の観点から、届出日の属する前 4 月から前々月までの 3 ヶ月の実績とし変更しているため、以下の例示のとおりとなる。

・なお、変更があった場合の対象期間も同様の取扱いとする。

＜例＞届出日が 7 月 1 日の場合

- ・変更前：4, 5, 6 月の実績の平均
- ・変更後：3, 4, 5 月の実績の平均

○看取り介護加算 (Ⅱ)

問86 特定施設入居者生活介護における看取り介護加算 (Ⅱ) は、看取り介護加算 (Ⅰ) と併算可能か。

(答) 夜勤又は宿直を行う看護職員が配置されている日には、看取り介護加算 (Ⅱ) を、配置されていない日には、看取り介護加算 (Ⅰ) を算定することができる。

【施設サービス共通】

○人員配置基準の見直し

問87 今回の基準省令改正により、

- ・介護保険施設の従来型とユニット型を併設する場合に、介護・看護職員が兼務すること
- ・広域型特別養護老人ホーム又は介護老人保健施設と小規模多機能型居宅介護事業所を併設する場合に、管理者・介護職員が兼務すること
- ・本体施設が (地域密着型) 特別養護老人ホームである場合に、サテライト型居住施設に生活相談員を置かないこと
- ・地域密着型特別養護老人ホーム (サテライト型を除く) において、栄養士を置かないこと
- ・施設系サービス及び短期入所系サービスにおける個室ユニット型施設を 1 ユニットの定員が 15 人を超えない範囲で整備すること

が可能となったが、運営に当たって留意すべき点は何か。

(答) 今回の基準省令改正に伴い、併設施設の職員の兼務等を認める場合にあっては、以下の点に十分留意いただきたい。

ー 食事、入浴、排せつ等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活

活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じて自立し、尊厳ある日常生活を営むことができるよう、十分な数の職員が確保され、ケアの質が担保されていること

- － 職員の休憩時間の確保や有給休暇の取得など労務管理が適切になされるために十分な数の職員を確保し、シフトを組むことによって、一人の職員に過度な負担がかからないよう配慮されていること

○身体拘束廃止未実施減算

問88 身体拘束廃止未実施減算については、「身体拘束の記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3か月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について減算する」こととされているが、施設から改善計画が提出されない限り、減算の措置を行うことはできないのか。

(答) 改善計画の提出の有無に関わらず、事実が生じた月の翌月から減算の措置を行って差し支えない。当該減算は、施設から改善計画が提出され、事実が生じた月から3か月以降に当該計画に基づく改善が認められた月まで継続する。

○退所前連携加算

問89 介護保険施設サービスにおける退所前連携加算における「退所後の居宅における居宅サービスの利用上必要な調整」とは、具体的にどのような調整が考えられるのか。

(答) 例えば、退所後に福祉用具の利用が必要と見込まれる場合においては、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等と以下の連携を行うことが考えられる。

- － 退所前から福祉用具専門相談員等と利用者の現状の動作能力や退所後に生じる生活課題等を共有し、利用者の状態に適した福祉用具の選定を行う。
- － 退所する利用者が在宅で円滑に福祉用具を利用することができるよう、利用者や家族等に対して、入所中から福祉用具の利用方法等の指導助言を行う。

○運営基準における栄養管理、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90 運営基準における栄養管理、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) 問71の修正。

○経口移行加算について

問91 経口移行加算の算定に当たっては、管理栄養士の配置は必須なのか。

(答) 本加算の算定要件としては管理栄養士の配置は必須ではないが、栄養管理に係る減算に該当する場合は、算定しない。

※平成17年10月改定関係Q&A (平成17年9月7日) 問74の修正。

○経口維持加算について

問92 原則、6 月以内に限るとする算定要件が廃止されたが、6 月を超えた場合の検査やおおむね 1 月ごとの医師又は歯科医師の指示も不要となるか。

(答) 原則、6 月以内に限るとする算定要件の廃止に伴い、6 月を超えた場合の水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等やおおむね 1 月ごとの医師又は歯科医師の指示に係る要件は廃止となったものの、月 1 回以上行うこととされている食事の観察及び会議等において、検査や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を行う必要性について検討し、必要に応じて対応されたい。

問93 経口維持加算の算定に当たっては、管理栄養士や看護師の配置は必須なのか。

(答) 本加算の算定要件としては管理栄養士や看護師の配置は必須ではないが、栄養管理に係る減算に該当する場合は、算定しない。

※介護老人福祉施設等に関する Q & A (平成 18 年 3 月 31 日) 問 3 の修正。

問94 水飲みテストとはどのようなものか。

(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—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。

※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) 問 72 の修正。

○口腔衛生管理加算について

問95 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「口腔衛生管理加算の実施計画」はサービスを提供する利用者毎に作成するのか。

(答) 貴見のとおり。

問96 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) 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 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) 問 76 の修正。

問97 歯科衛生士による口腔衛生等の管理が月 2 回以上実施されている場合に算定できるとされているが、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 回以上口腔衛生等の管理が実施されていない場合には

算定できない。

※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) 問 78 の修正。

問98 口腔衛生管理加算は、歯科衛生士による口腔衛生等の管理が月 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衛生等の管理を行った場合は 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衛生等の管理を行った場合は、1 回分の実施となる。

※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) 問 79 の修正。

【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、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設】

※平成 17 年 10 月改定関係 Q & A (平成 17 年 9 月 7 日) 問 55 から問 73 までは削除する。

※平成 17 年 10 月改定関係 Q & A 【追補版】(平成 17 年 10 月 27 日) 問 17, 問 18, 問 24 は削除する。

【介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設】

○褥瘡マネジメント加算、褥瘡指導対策管理の算定

問99 褥瘡マネジメント加算、褥瘡対策指導管理は、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、管理栄養士、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していることが要件となっているが、医師の事由等により参加できない場合は、当該医師の指示を受けた創傷管理関連の研修を修了した看護師や皮膚・排泄ケア認定看護師が参加することにして差し支えないか。

(答) 差し支えない。

○自立支援促進加算について

問100 加算の算定を開始しようとする場合、すでに施設に入所している入所者について、提出が必要な情報は、当該時点の情報に加え、施設入所時の情報も必須なのか。

(答) 既に施設に入所している入所者については、入所時の介護記録等にて評価が可能であれば、施設入所時の情報を提出していただきたいが、やむを得ず仮に提出ができない場合であっても、加算の算定ができなくなるものではない。

【介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設、看護小規模多機能型居宅介護】

○排せつ支援加算（Ⅰ）について

問101 排せつ状態が自立している入所者又は排せつ状態の改善が期待できない入所者についても算定が可能なのか。

(答) 排せつ支援加算（Ⅰ）は、事業所単位の加算であり、入所者全員について排せつ状態の評価を行い、LIFE を用いて情報の提出を行う等の算定要件を満たしていれば、入所者全員が算定可能である。

○排せつ支援加算(Ⅱ)・(Ⅲ)について

問102 排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)の算定要件について、リハビリパンツや尿失禁パッド等の使用は、おむつの使用に含まれるのか。

(答) 使用目的によっても異なるが、リハビリパンツの中や尿失禁パッドを用いた排せつを前提としている場合は、おむつに該当する。

問103 排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)の算定要件について、終日おむつを使用していた入所者が、夜間のみのおむつ使用となった場合は、排せつ状態の改善と評価して差し支えないか。

(答) おむつの使用がなくなった場合に、排せつ状態の改善と評価するものであり、おむつの使用が終日から夜間のみになったとしても、算定要件を満たすものではない。

○褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)について

問104 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)について、施設入所後に褥瘡が発生し、治癒後に再発がなければ、加算の算定は可能か。

(答) 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)は、施設入所時に褥瘡の発生するリスクがあった入所者について、褥瘡の発生がない場合に算定可能である。施設入所時に褥瘡の発生するリスクがあった入所者について、入所後に褥瘡が発生した場合はその期間褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)を算定できず、褥瘡の治癒後に再発がない場合は褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)を算定できる。

【介護老人保健施設】

○かかりつけ医連携薬剤調整加算

問105 かかりつけ医連携薬剤調整加算については、介護老人保健施設の医師又は常勤の薬剤師が、高齢者の薬物療法に関する内容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、一般社団法人日本病院薬剤師会などの団体が開催する研修において、高齢者の薬物療法に関する内容として、加齢に伴う身体機能・薬物動態の変化、慎重な投与を要する医薬品等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。

・なお、研修を受けた常勤の薬剤師は、入所者やその家族、他職種等から薬剤やその影響等の情報収集を行い、必要な情報を医師に報告するとともに、処方変更の具体的な提案や副作用の発現モニタリング、処方変更後の経過確認、退所に向けた用法整理等の提案等を行うこと。

【(介護予防) 認知症対応型通所介護】

○認知症対応型通所介護と介護予防認知症対応型通所介護が一体的に行われている場合

問106 認知症対応型通所介護と介護予防認知症対応型通所介護を一体的に行う事業所にあつては、それぞれの事業ごとに利用定員を定めるのか。それとも両事業の利用者を合算して利用定員を定めるのか。また、利用者の数が利用定員を超える場合（いわゆる定員超過減算）については、どのように取り扱うべきか。

(答) 認知症対応型通所介護と介護予防認知症対応型通所介護が一体的に行われている事業所にあつては、認知症対応型通所介護の利用者と介護予防認知症対応型通所介護の利用者との合算により利用定員を定めるものである。従って、例えば利用定員が12人の事業所にあつては、認知症対応型通所介護の利用者と介護予防認知症対応型通所介護の利用者の合計が12人を超えた場合に、認知症対応型通所介護事業と介護予防認知症対応型通所介護事業それぞれについて定員超過減算が適用される。

○事業所ごとの利用定員

問107 単独型・併設型指定（介護予防）認知症対応型通所介護について、単位ごとの利用定員は12人以下と定められているが、1事業所が同一時間帯に複数単位にてサービスの提供を行うこと（サービスの提供が同時に一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているといえない状況にあること）は想定されるか。

(答) 想定される。なお、複数単位にてサービス提供を行う場合、従業者については、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要がある。また、設備及び備品等については、事業所ごとに必要な設備及び備品等を備える必要がある。

【(介護予防) 認知症対応型通所介護（いずれも共用型のみ）】

○共用型指定認知症対応型通所介護事業所の利用定員

問108 共用型指定認知症対応型通所介護事業所の利用定員については、

- ・指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所においては、共同生活住居ごとに1日当たり3人以下
- ・指定地域密着型特定施設又は指定地域密着型介護老人福祉施設（ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設を除く。）においては、施設ごとに1日当たり3人以下
- ・ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設においては、ユニットごとに当該ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設の入居者の数と当該共用型指定（介護予防）認知症対応型通所介護の利用者の数の合計が1日当たり12人以下

とされているが、1日の利用延人員数が3人まで（12人まで）ということか。

(答) 利用定員に係る要件として定められる「1日当たり3人以下（12人以下）」とは、同一時間帯に受け入れることが可能である人数を示したものであり、従って、例えば午前のみ（午後のみ）利用する者がいる事業所にあつては、1日の利用延人員数が3人（12人）を超えることも想定される。

※指定基準、介護報酬等に関するQ&A（平成18年2月）問42は削除する。

問109 共用型指定（介護予防）認知症対応型通所介護を行う指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所に複数のユニットがある場合、または共用型指定（介護予防）認知症対応型通所介護を行うユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設に複数のユニットがある場合、利用者をいずれのユニットで受け入れてもよいのか。

(答) 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所又はユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設に複数のユニットがある場合は、共用型指定認知症対応型通所介護事業所の利用者及び指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所又はユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設の入居者の両方に対してケアを行うのに十分な広さを確保できるのであれば、どのユニットで受け入れても差し支えない。

※指定基準、介護報酬等に関するQ&A（平成18年2月）問43は削除する。

【地域密着型介護老人福祉施設】

○サテライト型居住施設における栄養士又は管理栄養士の配置

問110 サテライト型居住施設に配置する栄養士又は管理栄養士について、本体施設の栄養士又は管理栄養士によるサービス提供が、サテライト型居住施設の入居者に対して適切に行われていると認められる場合でも、本体施設以外の他の社会福祉施設等の栄養士又は管理栄養士との連携を図り、適切な栄養管理が行われていなければ、置かなければならないのか。

(答)

- ・指定地域密着型介護老人福祉施設（サテライト型居住施設を含む。）においては、他の社会福祉施設等の栄養士又は管理栄養士との連携を図ることにより、当該指定地域密着型介護老人福祉施設入居者に対する適切な栄養管理が行われている場合、栄養士又は管理栄養士を置かないことができる。
- ・また、サテライト型居住施設においては、本体施設の栄養士又は管理栄養士によるサービス提供が、当該指定地域密着型介護老人福祉施設の入居者に対して適切に行われると認められるときは、本体施設以外の他の社会福祉施設等の栄養士又は管理栄養士との連携は不要であり、置かないことが可能である。

【居宅介護支援】

○契約時の説明について

問111 今回の改定において、ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、利用者に、前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与（以下、訪問介護等という。）の各サービスの利用割合及び前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護等の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合（以下、訪問介護等の割合等）の説明を行うことと定められたが、具体的な説明方法として、どのような方法が考えられるか。

(答)

- ・例えば、以下のように重要事項説明書等に記載し、訪問介護等の割合等を把握できる資料を別紙として作成し、居宅介護支援の提供の開始において示すとともに説明することが考えられる。

- ・なお、「同一事業者によって提供されたものの割合」については、前 6 か月間に作成したケアプランに位置付けられた訪問介護等の各事業所における提供回数のうち（※同一事業所が同一利用者に複数回提供してもカウントは 1）、同一事業所によって提供されたものの割合であるが、その割合の算出に係る小数点以下の端数処理については、切り捨てても差し支えない。

<例>

※重要事項説明書

第●条 当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりである。

※別紙

別紙

- ① 前 6 か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合

訪問介護●%

通所介護●%

地域密着型通所介護●%

福祉用具貸与●%

- ② 前 6 か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

訪問介護	○○事業所 ●%	□□事業所 ●%	△△事業所 ●%
通所介護	△△事業所 ●%	××事業所 ●%	○○事業所 ●%
地域密着型通所介護	□□事業所 ●%	△△事業所 ●%	××事業所 ●%
福祉用具貸与	××事業所 ●%	○○事業所 ●%	□□事業所 ●%

問112 今回の改定により、前 6 月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下「訪問介護等」という。）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合、前 6 月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数のうちに同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合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、令和 3 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)

- ・令和 3 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。
- ・なお、前 6 月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数のうちに同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合について、当該事業所が、令和 3 年

4 月中に新たに契約を結ぶ利用者等において、当該割合の集計や出力の対応が難しい場合においては、5 月以降のモニタリング等の際に説明を行うことで差し支えない。

《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、前六月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下この項において「訪問介護等」という。）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合、前六月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数のうちに同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合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（2）

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を行うに当たっては、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、基準第 1 条の 2 の基本方針に基づき、指定居宅介護支援の提供にあたっては、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、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならないこと等を踏まえ、前 6 月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下この(2)において「訪問介護等」という。）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合、前 6 月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数のうちに同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合（上位 3 位まで）等につき十分説明を行わなければならない。

なお、この内容を利用者又はその家族に説明を行うに当たっては、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

利用者から署名を得なければならない。

また、前 6 月間については、毎年度 2 回、次の期間における当該事業所において作成された
居宅サービス計画を対象とする。

- ① 前期（3 月 1 日から 8 月末日）
- ② 後期（9 月 1 日から 2 月末日）

なお、説明については、指定居宅介護支援の提供の開始に際し行うものとするが、その際に
用いる当該割合等については、直近の①もしくは②の期間のものとする。

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ある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。

○特定事業所加算

問113 特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）及び（A）において新たに要件とされた、「必要に応じて、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービスが包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること」については、必要性を検討した結果、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービスを位置付けたケアプランが事業所の全てのケアプランのうち 1 件もない場合についても算定できるのか。

（答） 算定できる。なお、検討の結果位置付けなかった場合、当該理由を説明できるようにしておくこと。

○特定事業所加算

問114 特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）及び（A）において新たに要件とされた、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービスとは具体的にどのようなサービスを指すのか。

（答） 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について（平成 11 年 7 月 29 日老企第 22 号）3(7)④を参照されたい。

《参考》

- ・通知：第 2 の 3(7)④

居宅サービス計画は、利用者の日常生活全般を支援する観点に立って作成されることが重要である。このため、居宅サービス計画の作成又は変更に当たっては、利用者の希望や課題分析の結果に基づき、介護給付等対象サービス以外の、例えば、市町村保健師等が居宅を訪問して行う指導等の保健サービス、老人介護支援センターにおける相談援助及び市町村が一般施策として行う配食サービス、寝具乾燥サービスや当該地域の住民による見守り、配食、会食などの自発的な活動によるサービス等、更には、こうしたサービスと併せて提供される精神科訪問看

護等の医療サービス、はり師・きゅう師による施術、保健師・看護師・柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師による機能訓練なども含めて居宅サービス計画に位置付けることにより総合的な計画となるよう努めなければならない。

なお、介護支援専門員は、当該日常生活全般を支援する上で、利用者の希望や課題分析の結果を踏まえ、地域で不足していると認められるサービス等については、介護給付等対象サービスであるかどうかを問わず、当該不足していると思われるサービス等が地域において提供されるよう関係機関等に働きかけていくことが望ましい。

○居宅介護支援費（Ⅱ）の要件

問115 情報通信機器の活用について、「情報通信機器」を具体的に示されたい。

(答)

- ・情報通信機器については、「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（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年 3 月 1 日老企第 36 号）第 3 の 7 の「(2)情報通信機器（人工知能関連技術を含む）の活用」において、情報通信機器（人工知能関連技術を含む）については、当該事業所の介護支援専門員が行う指定居宅介護支援等基準第 13 条に掲げる一連の業務等の負担軽減や効率化に資するものとするが、具体的には、例えば、
 - ・当該事業所内外や利用者の情報を共有できるチャット機能のアプリケーションを備えたスマートフォン
 - ・訪問記録を随時記載できる機能（音声入力も可）のソフトウェアを組み込んだタブレット等とする。

この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

としているところ。

- ・具体的には、例えば、以下の目的や機能を有していることを想定しているが、情報通信機器等を活用する場合については、その体制に係る届出書を提出することとしているため、これらの具体例を踏まえ、個々の状況等に応じて個別具体的に判断されるものである。

<例>

- 利用者に係る情報共有を即時、かつ、同時に可能とする機能や関係者との日程調整の機能を有しているもの。
- ケアプラン等の情報をいつでも記録、閲覧できる機能を有しているもの。

○居宅介護支援費（Ⅱ）の要件

問116 情報通信機器（人工知能関連技術を含む）の活用や事務職員の配置にあたっての当該事業所の介護支援専門員が行う基準第 13 条に掲げる一連の業務等について具体例を示されたい。

(答) 基準第 13 条に掲げる一連の業務等については、基準第 13 条で定める介護支援専門員が行う直接的なケアマネジメント業務の他に、例えば、以下のような間接的なケアマネジメント業務も対象とする。

<例>

- 要介護認定調査関連書類関連業務
 - ・書類の受領, 打ち込み, 複写, ファイリングなど
- ケアプラン作成関連業務
 - ・関連書類の打ち込み, 複写, ファイリングなど
- 給付管理関連業務
 - ・関連書類の打ち込み, 複写, ファイリングなど
- 利用者や家族との連絡調整に関する業務
- 事業所との連絡調整, 書類発送等業務
- 保険者との連絡調整, 手続きに関する業務
- 給与計算に関する業務 等

○居宅介護支援費（Ⅱ）の要件

問117 事務職員の配置について、当該事業所の介護支援専門員が行う基準第 13 条に掲げる一連の業務等の負担軽減や効率化に資する職員については、当該事業所内の配置に限らず、同一法人内の配置でも認められるが、認められる場合について具体例を示されたい。

(答) 具体例として、次のような場合に算定できる。これらの具体例を踏まえ、個々の状況等に応じて個別具体的に判断されるものである。

<例>

- ※当該事業所の介護支援専門員が行う基準第 13 条に掲げる一連の業務等の負担軽減や効率化に資することが前提
 - ・法人内に総務部門の部署があり、事務職員を配置
 - ・併設の訪問介護事業所に事務職員を配置 等

○通院時情報連携加算

問118 通院時情報連携加算の「医師等と連携を行うこと」の連携の内容、必要性や方法について、具体的に示されたい。

(答)

- ・通院時に係る情報連携を促す観点から、「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（訪問通所サービス，居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成 12 年 3 月 1 日老企第 36 号) 第 3 の「15 通院時情報連携加算」において、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けることとしている。
- ・なお、連携にあたっては、利用者に同席する旨や、同席が診療の遂行に支障がないかどうかを事前に医療機関に確認しておくこと。

○居宅介護支援費の請求方法について

問119 病院等から退院・退所する者等であって、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について、当該利用者に対してモニタリング等の必要なケアマネジメントを行い、給付管理票の作成など、請求にあたって必要な書類の整備を行っている場合の請求方法について具体的に示されたい。

(答)

- ・当初、ケアプランで予定されていたサービス事業所名、サービス種類名を記載し、給付計画単位数を 0 単位とした給付管理票及び居宅介護支援介護給付費明細書を併せて提出することにより請求する。
- ・また、当該請求方法は新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（第 11 報）（令和 2 年 5 月 25 日事務連絡）の問 5（臨時的取扱いという。以下同じ。）に基づいて請求する場合も同様の取扱いとする。
- ・なお、当該臨時的取扱いについては介護予防支援費も同様の取扱いとする。

○退院・退所加算

問120 カンファレンスに参加した場合は、「利用者又は家族に提供した文書の写しを添付すること」としているが、具体例を示されたい。

(答)

- ・具体例として、次のような文書を想定しているが、これらの具体例を踏まえ、個々の状況等に応じて個別具体的に判断されるものである。
- ・なお、カンファレンスに参加した場合の記録については、居宅介護支援経過（第 5 表）の他にサービス担当者会議の要点（第 4 表）の活用も可能である。

<例>

- ・カンファレンスに係る会議の概要、開催概要、連携記録 等

【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、介護予防訪問看護】

○利用開始した月から 12 月を超えた場合の減算

問121 介護予防訪問・通所リハビリテーション及び介護予防訪問看護からの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問について、当該事業所においてサービスを継続しているが、要介護認定の状態から要支援認定へ変更となった場合の取扱如何。

(答)

- ・法第 19 条第 2 項に規定する要支援認定の効力が生じた日が属する月をもって、利用が開始されたものとする。
- ・ただし、要支援の区分が変更された場合（要支援 1 から要支援 2 への変更及び要支援 2 から要支援 1 への変更）はサービスの利用が継続されているものとみなす。

【介護予防訪問リハビリテーション】

○事業所評価加算

問122 事業所評価加算は、同加算を算定する年度の初日の属する年の前年の 1 月から 12 月 (基準に適合しているものとして届け出た年においては、届出の日から同年 12 月までの期間) において一定の実績をもとに算定ができるものとされているところであるが、令和 3 年 4 月から令和 4 年 3 月においては、従前 (令和 3 年度介護報酬改定以前) の基準に基づいて算定を行っても差し支えないか。

(答) 令和 3 年 4 月から令和 4 年 3 月に限り、令和 2 年 1 月から 12 月の実績については従前 (令和 3 年度介護報酬改定以前) の基準に基づいて算定する。

【介護予防通所リハビリテーション】

※平成 18 年 4 月改定関係 Q & A (Vol. 1) (平成 18 年 3 月 22 日) 問 31 は削除する。

【共生型サービス】

○共生型サービスの指定について

問123 共生型サービスの指定にあたっては、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。

共生型サービス事業所の指定手続の省略・簡素化 (平成 30 年 10 月 1 日～)

- 共生型介護保険サービスの事業所の指定手続にあたっては、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、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 4 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 申請者の登記事項証明書又は条例等	四 申請者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 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所並びに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 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 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）	×
十一 その他指定に関し必要と認める事項	十一 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 4 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 5 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) 自立訓練 (機能訓練)	(第 34 条の 15) 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 設を有する ときは、当該 施設を含む。) 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	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	×
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 申請者の事 項証明書又は 条例等	四 申請者の登 記事項証明書 又は条例等	四 申請者の登 記事項証明書 又は条例等	四 申請者の登 記事項証明書 又は条例等	四 申請者の登 記事項証明書 又は条例等	四 申請者の登 記事項証明書 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	○
—	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, 生年月日及び 住所	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 ずる措置の概 要	九 障害児又は 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 障害児又は 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 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 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 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	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	×
—	—	—	十一 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	十一 指定障害 福祉サービ ス基準第 百六十二条 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	十一 指定障害 福祉サービ ス基準第 百七十一条 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 誓約書	十一 法第二十 一条の五の十 五第三項各号 に該当しない ことを誓約す る書面(以下 略)	十一 誓約書	十二 誓約書	十二 誓約書	十二 誓約書	×
十一 その他指 定に関し必要 と認める事項	十二 その他指 定に関し必要 と認める事項	十二 その他指 定に関し必要 と認める事項	十三 その他指 定に関し必要 と認める事項	十三 その他指 定に関し必要 と認める事項	十三 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 5 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 5 項による省略)

介護保険法施行規則	障害者総合支援法施行規則	省略可否
(第 121 条) 短期入所生活介護	(第 34 条の 11) 短期入所	
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 申請者の登記事項証明書又は条例等	四 申請者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。) 並びに設備の概要	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	○
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, 生年月日及び住所	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 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	十二 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	○
十三 誓約書	十三 誓約書	×
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	×

○サービス提供体制強化加算，介護職員処遇改善加算，介護職員等特定処遇改善加算について

問124 共生型介護保険サービス事業所についても，サービス提供体制強化加算や介護職員処
遇改善加算，介護職員等特定処遇改善加算の算定要件を満たすことができれば，同加算
を算定してよいのか。

(答) 貴見のとおり。

問125 共生型介護保険サービスを提供する障害福祉サービス事業所においては，人員配置基
準上，介護職員の配置は求められていない。このため，共生型介護保険サービス事業所
がサービス提供体制強化加算や介護職員処遇改善加算，介護職員等特定処遇改善加算を
算定するにあたっては，当該障害福祉サービス事業所のホームヘルパーや生活支援員等
の「福祉・介護職員」を介護職員とみなすこととして差し支えないか。

(答) 差し支えない。

【サービス提供体制強化加算】

問126 「10 年以上介護福祉士が 30%」という最上位区分の要件について，勤続年数はどのよ
うに計算するのか。

(答)

- ・サービス提供体制強化加算における，勤続 10 年以上の介護福祉士の割合に係る要件につい
ては，
 - － 介護福祉士の資格を有する者であって，同一法人等での勤続年数が 10 年以上の者の割
合を要件としたものであり，
 - － 介護福祉士の資格を取得してから 10 年以上経過していることを求めるものではないこ
と。
- ・「同一法人等での勤続年数」の考え方について，
 - － 同一法人等^(※)における異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる雇用形態，職種
(直接処遇を行う職種に限る。)における勤続年数
 - － 事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であって，当該施設・事業所の職員に
変更がないなど，事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合の勤続年数
は通算することができる。

(※) 同一法人のほか，法人の代表者等が同一で，採用や人事異動，研修が一体として行われる等，職
員の労務管理を複数法人で一体的に行っている場合も含まれる。

- ・なお、介護職員等特定処遇改善加算において、当該事業所における経験・技能のある介護職員の「勤続年数 10 年の考え方」とは異なることに留意すること。

※平成 21 年 4 月改定関係 Q & A (Voi. 1) (平成 21 年 3 月 23 日) 問 5 は削除する。

【介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算】

問127 職場環境等要件に基づく取組として「介護職員の身体の負担軽減のための介護技術の修得支援、介護ロボットやリフト等の介護機器等導入及び研修等による腰痛対策の実施」が設けられたが、新たに取組みを行うにあたり参考にできるものはあるか。

(答) 介護職員の腰痛予防対策の観点から、「職場における腰痛予防対策指針」(平成 25 年 6 月 18 日付基発 0618 第 3 号「職場における腰痛予防対策の推進について」参考 2 別添)を公表しており参考にされたい。

https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000034et4-att/2r98520000034pjn_1.pdf

◇厚生労働省老健局令和 3 年 3 月 29 日付事務連絡 (Vol. 4)

【訪問介護】

○特定事業所加算 (V)

問 1 特定事業所加算 (V) の勤続年数要件 (勤続年数が 7 年以上の訪問介護員等を 30% 以上とする要件) における具体的な割合はどのように算出するのか。

(答) 勤続年数要件の訪問介護員等の割合については、特定事業所加算 (I)・(II) の訪問介護員等要件 (介護福祉士等の一定の資格を有する訪問介護員等の割合を要件) と同様に、前年度 (3 月を除く 11 ヶ月間。) 又は届出日の属する月の前 3 月の 1 月当たりの実績の平均について、常勤換算方法により算出した数を用いて算出するものとする。

問 2 「訪問介護員等の総数のうち、勤続年数 7 年以上の者の占める割合が 30% 以上」という要件について、勤続年数はどのように計算するのか。

(答)

- ・特定事業所加算 (V) における、勤続年数 7 年以上の訪問介護員等の割合に係る要件については、
 - － 訪問介護員等として従事する者であって、同一法人等での勤続年数が 7 年以上の者の割合を要件としたものであり、
 - － 訪問介護員等として従事してから 7 年以上経過していることを求めるものではないこと (例えば、当該指定訪問介護事業所の訪問介護員等として従事する前に、同一法人等の異なるサービスの施設・事業所の介護職員として従事していた場合に勤続年数を通算して差し支えないものである。)
- ・「同一法人等での勤続年数」の考え方について、
 - － 同一法人等^(※)における異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる雇用形態、職種 (直接処遇を行う職種に限る。) における勤続年数

- ー 事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であって、当該事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合の勤続年数は通算することができる。

(※) 同一法人のほか、法人の代表者等が同一で、採用や人事異動、研修が一体として行われる等、職員の労務管理を複数法人で一体的に行っている場合も含まれる。

問 3 勤続年数には産前産後休業や病気休暇の期間は含めないと考えるのか。

(答) 産前産後休業や病気休暇のほか、育児・介護休業、母性健康管理措置としての休業を取得した期間は雇用関係が継続していることから、勤続年数に含めることができる。

○通院等乗降介助

問 4 1 日に複数の医療機関を受診する場合に、医療機関から医療機関への移送に伴う介護について「通院等のための乗車又は降車の介助」を算定できるか。

(答)

- ・居宅以外において行われるバス等の公共交通機関への乗降、院内の移動等の介助などのサービス行為だけをもってして訪問介護として算定することはできない。したがって、医療機関から医療機関への移送に伴う介護については、「通院等のための乗車又は降車の介助」を算定することはできない。
- ・ただし、居宅が起点又は終点となる場合、その間の医療機関から医療機関への移送に伴う介護については、同一の事業所が移送を行う場合に限り、算定することができる。

※介護報酬に係る Q & A (平成 15 年 5 月 30 日) 問 22 は削除する。

○事業所を分割した場合におけるサービス提供責任者の配置基準の取扱い

問 5 指定訪問介護事業所が分割によって複数の指定訪問介護事業所となり、1 事業所当たりの利用者数が減少する場合、サービス提供責任者の配置基準となる利用者数について、減少した利用者数を用いて差し支えないか。

(答)

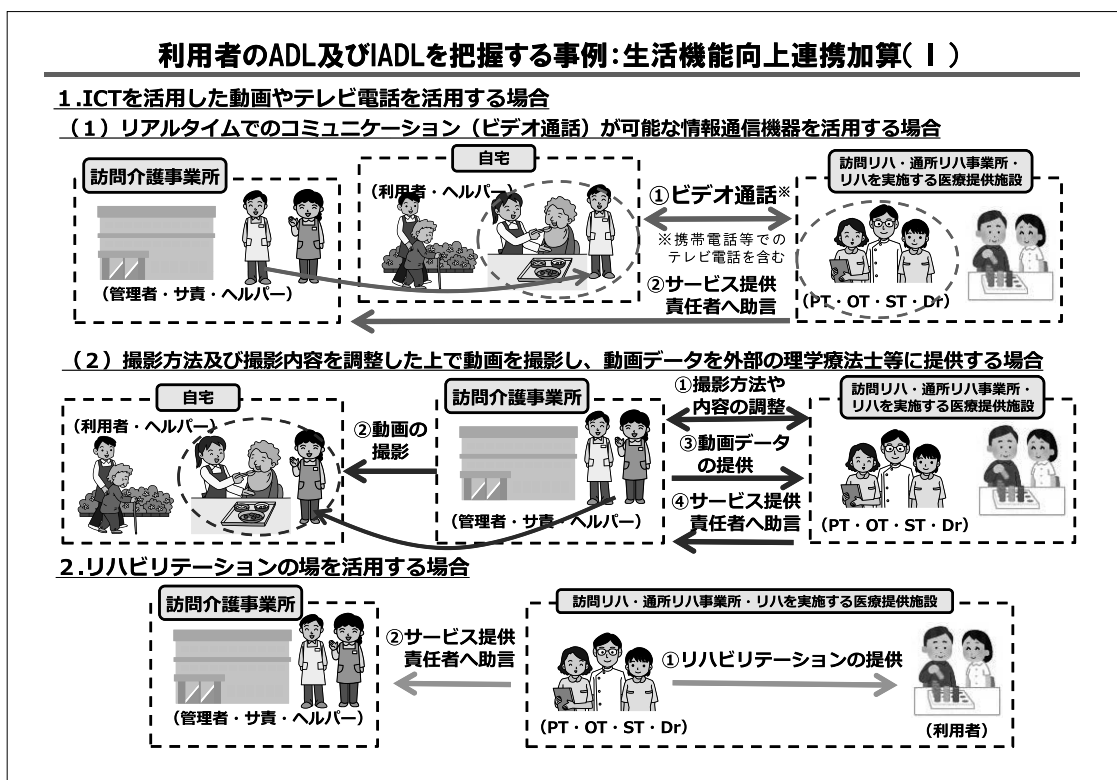
- ・差し支えない。
- ・例えば、前 3 月の平均利用者数が 80 人の指定訪問介護事業所が、分割によって推定利用者数がそれぞれ 30 人と 50 人の指定訪問介護事業所となった場合、新たに事業を開始し、又は再開した事業所においては推定利用者数を用いることを踏まえ、サービス提供責任者の配置基準となる利用者数として、それぞれの推定利用者数を用いることができる。

○生活機能向上連携加算 (I)

問6 生活機能向上連携加算 (I) について、留意事項通知において、理学療法士等が訪問介護事業所のサービス提供責任者へ訪問介護計画の作成に助言をするに当たって「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リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等は、当該利用者の ADL 及び IADL に関する状況について、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リハビリテーションを実施している医療提供施設の場において把握」した上で行うとあるが、具体的にはどのようなものか。

(答)

- ・例えば、訪問介護と通所リハビリテーションを併用する利用者について、訪問介護事業所のサービス提供責任者が訪問介護計画を作成するに当たって、理学療法士等が通所リハビリテーションを提供する中で把握した利用者の ADL 及び IADL に関する状況を、電話、文書、メール等を活用して助言することが挙げられる。
- ・なお、利用者の ADL 及び IADL の状況を把握する方法としては、上記のほか、ICT を活用した動画やテレビ電話装置等を活用する方法もあるが、いずれかの方法で把握すればよい。



○看取り期の利用者に訪問介護を提供する場合の 2 時間ルールの弾力化

問 7 看取り期の利用者に訪問介護を提供する際は、2 時間未満の間隔で訪問介護が行われた場合に、所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数の算定が可能となったが、所要時間を合算するという従来の取扱いを行うことは可能か。

(答)

- ・可能である。つまり、いわゆる 2 時間ルールの弾力化は、看取り期の利用者に対して、頻回かつ柔軟な訪問介護を提供した場合の手間を評価するものであることから、それぞれの所要時間を合算して所定単位数を算定する場合と合算せず算定する場合を比較して、前者の所定単位数が高い場合には所要時間を合算してもよい取扱いとする。
- ・なお、当該弾力化が適用されるのは、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと利用者を診断した時点以降であるが、適用回数や日数についての要件は設けていない。

【訪問入浴介護、介護予防訪問入浴介護】

○初回加算

問 8 初回加算は同じ利用者について同一月内で複数の事業所が算定することは可能か。

(答) 可能である。

問 9 初回加算は、利用者の入院等により前回のサービス利用から間隔が空いた場合、どの程度の期間が空いていれば再算定が可能か。

(答)

- ・初回加算は、初回のサービス提供を行う前に利用者の居宅を訪問し、(介護予防)訪問入浴介護の利用に関する調整を行った場合を評価する加算であり、この場合の初回とは、過去の(介護予防)訪問入浴介護のサービス利用の有無に関わらず、当該(介護予防)訪問入浴介護事業所とサービス提供契約を締結した場合を指す。
- ・ただし、サービス提供契約締結後に利用者が当該住居を引っ越しするなど住宅環境に変化が生じたときに、改めて利用者の居宅を訪問し、(介護予防)訪問入浴介護の利用に関する調整を行った場合は、再度算定することができる。

問10 介護予防訪問入浴介護を利用していた者が、要介護認定の更新等にもない一体的に運営している訪問入浴介護事業所からサービス提供を受ける場合は、改めてサービス提供契約を締結しない場合でも初回加算は算定可能か。

(答)

- ・算定できない(逆の場合である介護予防訪問入浴介護費の算定時においても同様である)。
- ・ただし、サービス提供契約締結後に利用者が当該住居を引っ越しするなど住宅環境に変化が生じたときに、改めて利用者の居宅を訪問し、(介護予防)訪問入浴介護の利用に関する調整を行った場合は、この限りではない。

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護】

○人員配置基準

問11 オペレーターや随時訪問サービスを行う訪問介護員等が、「必ずしも事業所内で勤務する必要はない」とは、具体的にどのような意味か。オンコール（宿直）体制が認められるということか。

(答) 事業所以外の、例えば自宅等で勤務することも可能という意味である。勤務体制（サービス提供時間帯を通じて1以上）については、今回の改定において変更はなく、宿直体制が認められるわけではない。

問12 同一事業所が定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護の指定を併せて受けている場合、各サービスにそれぞれ人員配置する必要があるか。

(答) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護や夜間対応型訪問介護については、地域の実情に応じて、既存の地域資源・地域の人材を活用しながら、サービスの実施を可能とするため、利用者の処遇に支障がない場合は、管理者、オペレーター、面接相談員及び計画作成責任者、定期巡回サービスを行う訪問介護員等、随時訪問サービスを行う訪問介護員等といった同職との兼務が可能であり、それぞれの職種について1人の職員を配置することで人員基準を満たす。

○サービス提供体制強化加算

問13 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と夜間対応型訪問介護事業所を一体的に運営している場合、加算の算定基準となる職員の割合は一体的に算出すべきか、別個に算出すべきか。両方を兼務している職員をどちらか一方に寄せてカウントすることは可能か。

(答)

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と夜間対応型訪問介護事業所を兼務している職員については、勤務実態、利用者数等に基づき按分する方法により当該職員の常勤換算数を定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と夜間対応型訪問介護事業所に割り振った上で、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と夜間対応型訪問介護事業所それぞれについて割合を算出し、加算の算定の可否を判断することが望ましい。ただし、大多数の職員が定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と夜間対応型訪問介護事業所を均等に兼務しているような場合は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と夜間対応型訪問介護事業所で一体的に算出した職員の割合を、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と夜間対応型訪問介護事業所の両方について用いても差し支えない。
- ・また、実態として定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所のみに勤務している職員を定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所のみでカウントすることは差し支えないが、実態として定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と夜間対応型訪問介護事業所を兼務している職員を定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と夜間対応型訪問介護事業所いずれか一方のみにカウントするなど、勤務実態と乖離した処理を行うことは認められない。

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

○人員配置基準

問14 定期巡回・随時対応サービスのオペレーターが兼務可能な範囲はどこまでなのか。

(答)

- ・オペレーターについては、利用者からの通報を受け付けるに当たり支障のない範囲で、当該事業所の定期巡回サービス、随時訪問サービス、訪問看護サービス（オペレーターが保健師、看護師又は准看護師の場合に限る。）に従事できる。
- ・また、一体的に運営する訪問介護事業所、訪問看護事業所（オペレーターが保健師、看護師又は准看護師の場合に限る。）及び夜間対応型訪問介護事業所の職務（利用者に対するサービス提供を含む。）にも従事可能である。
- ・なお、オペレーターが他の職務に従事する場合は、利用者からの通報を適切に受け付ける体制を確保することが必要である。
- ・また、上記の場合、訪問介護事業所、訪問看護事業所及び夜間対応型訪問介護事業所のサービスに従事した時間については、それぞれの事業所における勤務延時間数として算入することが可能である。

※平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol. 1)(平成24年3月16日)問145は削除する。

○報酬の取扱い

問15 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの利用者が1月を通じて入院し、自宅にいないような場合には、サービスを利用できるような状況にないため、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費の算定はできないが、入院している月は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費は一切算定できないのか。それとも、入院中以外の期間について日割り計算により算定するのか。

(答)

- ・利用者が1月を通じて入院し、自宅にいないような場合には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費を算定することはできないが、1月を通じての入院でない場合は、算定することは可能である。
- ・また、この場合、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費の月額報酬は、日割り計算とはならず、月額報酬がそのまま算定可能である。

○初期加算

問16 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の利用者が、一旦契約を解除して、再度、解除日の2週間後に当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を利用する場合、初期加算は再契約の日から30日間算定することは可能か。

(答) 病院等に入院のため、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の契約を解除した場合で、入院の期間が30日以内のときは、再契約後に初期加算を算定することはできない（「指定地域密着型サービスに要する費用の額に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第126号）別表1ハの注）が、そうでない場合は、初期加算を算定することは可能である。

【小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護】

○定員超過利用

問17 過疎地域その他これに類する地域において、地域の実情により当該地域における指定小規模多機能型居宅介護の効率的運営に必要であると市町村が認めた場合は、市町村が認めた日から市町村介護保険事業計画の終期までに限り、登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員を超えてサービス提供を行うことができるが、この場合の「過疎地域その他これに類する地域」とは具体的にどのような地域が該当するのか。また、当該取扱いとは、次期の市町村介護保険事業計画を作成するに当たって、市町村が将来のサービス需要の見込みを踏まえて改めて検討し、新規に代替サービスを整備するよりも既存の事業所を活用した方が効率的であると認めた場合に限り、次期の市町村介護保険事業計画の終期まで延長を可能とするとされているが、将来のサービスの需要の見込みとはどのような場合を想定しているのか。

(答)

- ・具体的にどの地域まで対象範囲にするかについては、地域の実情に応じて各市町村でご判断いただいて差し支えない。
- ・将来のサービスの需要の見込みについては、当該地域における指定小規模多機能型居宅介護のニーズが成熟化し利用者数が減少傾向にある場合や、利用者数は増加しているものの数年後に減少傾向になることが予測されている場合等が想定される。

○短期利用居宅介護費

問18 宿泊室を活用する場合については、登録者の宿泊サービスの利用者と登録者以外の短期利用者の合計が、宿泊サービスの利用定員の範囲内で、空いている宿泊室を利用するものであるが、空いている宿泊室の数を超えて、登録者の宿泊サービス利用と登録者以外の短期利用の希望が重複した場合の対応如何。

(答) 登録者以外の短期利用は、登録者に対するサービスの提供に支障がない場合に認められるものであり、お尋ねのケースであれば、登録者に対する宿泊サービスを優先すべきである。ただし、利用の緊急度に応じて柔軟な対応も可能である。

※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 67 は削除する。

○併設する居宅サービス事業所等との兼務の可否

問19 居宅サービス事業所(居宅介護支援事業所、通所介護事業所等)と併設する場合、小規模多機能型居宅介護事業所の管理者は、当該居宅サービス事業所の管理者と兼務することは可能か。また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の管理者についてはどうか。

(答) 小規模多機能型居宅介護事業所の管理者は、当該事業所の従業者のほか、職員の行き来を認めている 6 施設等(地域密着型介護老人福祉施設、地域密着型特定施設、認知症対応型共同生活介護事業所、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(療養病床を有する診療所であるものに限る。))又は介護医療院)及び同一敷地内の定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所(夜間対応型訪問介護、訪問介護又は訪問看護の事業を一体的に運営している場合は当該事業所)の職務(管理者を含む)についてのみ兼務可能である。

※平成 24 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 24 年 3 月 16 日) 問 161 は削除する。

【認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護】

○サテライト事業所

問20 サテライト事業所を本体事業所と同一の建物に又は同一敷地に別棟で設置することはできるか。

(答) サテライト事業所は、地域の実情に応じて、利用者にとってより身近な地域で認知症対応型共同生活介護のサービス提供が可能になるよう設置すべきものであり、同一の建物又は同一敷地に別棟で設置することは認められない。

問21 A県（市）所在の認知症グループホームを本体事業所として、A県（市）の隣にあるB県（市）にサテライト事業所を設置することは可能か。なお、本体事業所とサテライト事業所は、通常の交通手段を利用して20分以内で移動できる範囲内にある。

(答) お問い合わせのケースの場合、本体事業所と密接な連携を確保しつつ、サテライト事業所の運営を行うのであれば、所在県(市)が異なる場合もサテライト事業所として差し支えない。

○報酬の取扱い

問22 認知症グループホームはユニット数別の報酬設定となっているところ、サテライト事業所がある場合のユニット数とは何を指すか。

(答)

- ・本体事業所とサテライト事業所それぞれのユニット数を指す。
- ・例えば、本体事業所のユニット数が2、サテライト事業所のユニット数が1である場合、本体事業所では認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）（共同生活住居の数が2以上である場合）を算定し、サテライト事業所では認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）（共同生活住居の数が1である場合）を算定する。
- ・なお、地域区分については、本体事業所とサテライト事業所の区分が異なる場合、それぞれの所在地における区分を適用する。

○夜間支援体制加算

問23 3ユニットで2名の夜勤配置に常勤換算で1名を追加配置した場合は対象となるか。

(答) 当該配置は、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第90条第1項ただし書き及び指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第70条第1項ただし書きに規定する、3ユニットの場合であって、各ユニットが同一階に隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造で、安全対策（マニュアルの策定、訓練の実施）をとっていることを要件とする例外措置（この場合、利用者のケアの質の確保や職員の業務負担にも十分に配慮すること。）であり、本加算制度においては通常の配置を超えて夜勤職員を手厚く配置していることを評価しているものであることから、ご質問の配置では加算対象にならない。

○計画作成担当者の配置

問24 計画作成担当者は、他の事業所との兼務は可能か。

(答) 介護支援専門員である計画作成担当者は、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所における他の職務を除き、兼務することはできない（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第 90 条第 5 項、指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第 70 条第 5 項）。

※指定認知症対応型共同生活介護等に関する Q & A（平成 18 年 5 月 2 日）問 16 は削除する。

※指定認知症対応型共同生活介護等に関する Q & A（平成 18 年 5 月 2 日）問 17 は削除する。

○運営推進会議を活用した評価

問25 認知症グループホームの運営推進会議には、地域密着型サービス基準が定める全てのメンバー（利用者、市町村職員、地域住民の代表者（町内会役員、民生委員、老人クラブの代表等））が毎回参加することが必要となるのか。

(答)

- ・毎回の運営推進会議に、全てのメンバーが参加しなければならないという趣旨ではなく、会議の議題に応じて、適切な関係者が参加することで足りるものである。
- ・ただし、運営推進会議のうち、今般の見直しにより導入する「運営推進会議を活用した評価」として実施するものについては、市町村職員又は地域包括支援センター職員、認知症対応型共同生活介護に知見を有し公正・中立な第三者の立場にある者の参加が必須である。

問26 今般、認知症グループホームにおける第三者評価は、外部の者による評価と運営推進会議における評価のいずれかから受けることとされたが、運営推進会議における評価を実施した場合、第三者評価及び運営推進会議の両方を開催したものとして取り扱うのか。

(答)

- ・貴見のとおり。
- ・なお、今回の改定は、運営推進会議の開催頻度について現行のおおむね年間 6 回（2 月に 1 回）以上開催することを変更するものではなく、このうち 1 回以上をサービスの質を評価する回としてよいという意味であること。

問27 「〔指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準〕第 97 条第 8 項等に規定する自己評価・外部評価の実施等について」において、事業所の外部評価の実施回数について、本来 1 年に 1 回以上のところ、2 年に 1 回とすることができる場合の要件の一つとして「過去に外部評価を 5 年間継続して実施している」ことが挙げられているが、運営推進会議における評価を行った場合、外部評価を実施したとみなして継続年数に算入することができるか。

(答) できない。継続年数に算入することができるのは、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第 97 条第 8 項第 1 号に規定する外部の者による評価を行った場合に限られる。

【認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護】

○サテライト事業所

問28 既に認知症グループホームとして指定を受けている事業所が、サテライト事業所に移行することは可能か。

(答)

- ・可能である。この場合、事業所の職員に変更がないなど事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合には、サテライト事業所としての新規指定を指定権者である市町村から受ける必要はなく、変更届及び介護給付費算定に係る体制等状況一覧の変更の届出のみで差し支えない。
- ・なお、介護保険事業所番号の設定については、サービスの種別ごとかつ事業所ごとに行うこととされていることから、別の指定となる認知症グループホームの本体事業所及びサテライト事業所が既に指定を受けている場合には、既存の事業所番号を用いることとし、事業所番号を変更する必要はない。

※（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所についても同様の取扱いとする。

【訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、（介護予防）訪問入浴介護、通所介護、地域密着型通所介護、（介護予防）短期入所生活介護、（介護予防）短期入所療養介護、（介護予防）特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、（介護予防）認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

○認知症専門ケア加算

問29 認知症専門ケア加算の算定要件について、「認知症介護に係る専門的な研修」や「認知症介護の指導に係る専門的な研修」のうち、認知症看護に係る適切な研修とは、どのようなものがあるか。

(答)

- ・現時点では、以下のいずれかの研修である。
 - ① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
 - ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
 - ③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」
- ・ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

【訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、（介護予防）訪問入浴介護、（介護予防）特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護】

○認知症専門ケア加算

問30 認知症高齢者の日常生活自立度の確認方法如何。

(答)

- ・認知症高齢者の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果又は主治医意見書を用

いて、居宅サービス計画又は各サービスの計画に記載することとなる。なお、複数の判定結果がある場合には、最も新しい判定を用いる。

- ・医師の判定が無い場合は、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「2(4) 認定調査員」に規定する「認定調査票」の「認定調査票(基本調査)」7の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いるものとする。

- ・これらについて、介護支援専門員はサービス担当者会議などを通じて、認知症高齢者の日常生活自立度も含めて情報を共有することとなる。

(注) 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(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月1日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)第二1(7)「「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について」、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」の制定及び「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(訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について(平成18年3月17日老計発0317001号、老振発0317001号、老老発0317001号厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知)別紙1第二1(6)「「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について」及び指定地域密着型介護サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年3月31日老計発0331005号、老振発0331005号、老老発0331018号厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知)第二1(12)「「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について」の記載を確認すること。

問31 認知症介護に係る専門的な研修を修了した者を配置するとあるが、「配置」の考え方如何。常勤要件等はあるか。

(答)

- ・専門的な研修を修了した者の配置については、常勤等の条件は無いが、認知症チームケアや認知症介護に関する研修の実施など、本加算制度の要件を満たすためには事業所内での業務を実施する必要があることから、加算対象事業所の職員であることが必要である。
- ・なお、本加算制度の対象となる事業所は、専門的な研修を修了した者の勤務する主たる事業所1か所のみである。

問32 認知症専門ケア加算(Ⅱ)の認知症介護指導者は、研修修了者であれば管理者でもかわらないか。

(答) 認知症介護指導者研修修了者であり、適切に事業所全体の認知症ケアの実施等を行っている場合であれば、その者の職務や資格等については問わない。

問33 認知症介護実践リーダー研修を修了していないが、都道府県等が当該研修修了者と同等の能力を有すると認めた者であって、認知症介護指導者養成研修を修了した者について、認知症専門ケア加算における認知症介護実践リーダー研修修了者としてみなすことはできないか。

(答)

- ・認知症介護指導者養成研修については認知症介護実践研修(認知症介護実践者研修及び認知

症介護実践リーダー研修)の企画・立案に参加し、又は講師として従事することが予定されている者であることがその受講要件にあり、平成 20 年度までに行われたカリキュラムにおいては認知症介護実践リーダー研修の内容が全て含まれていたこと等の経過を踏まえ、認知症介護実践リーダー研修が未受講であっても当該研修を修了したものとみなすこととする。

- ・従って、加算対象となる者が 20 名未満の場合にあっては、平成 20 年度以前の認知症介護指導者養成研修を修了した者(認知症介護実践リーダー研修の未受講者)1 名の配置で認知症専門ケア加算Ⅱを算定できることとなる。

問34 例えば、平成 18 年度より全国社会福祉協議会が認定し、日本介護福祉士会等が実施する「介護福祉士ファーストステップ研修」については、認知症介護実践リーダー研修相当として認められるか。

(答) 本加算制度の対象となる認知症介護実践リーダー研修については、自治体が実施又は指定する研修としており、研修カリキュラム、講師等を審査し、適当と判断された場合には認められる。

問35 認知症介護実践リーダー研修修了者は、「痴呆介護研修事業の実施について」(平成 12 年 9 月 5 日老発第 623 号)及び「痴呆介護研修事業の円滑な運営について」(平成 12 年 10 月 25 日老計第 43 号)において規定する専門課程を修了した者も含むのか。

(答) 含むものとする。

【訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、(介護予防)訪問入浴介護、(介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)短期入所療養介護】

○認知症専門ケア加算

問36 認知症専門ケア加算における「技術的指導に係る会議」と、特定事業所加算やサービス提供体制強化加算における「事業所における従業員の技術指導を目的とした会議」が同時期に開催される場合であって、当該会議の検討内容の 1 つが、認知症ケアの技術的指導についての事項で、当該会議に登録ヘルパーを含めた全ての訪問介護員等や全ての従業員が参加した場合、両会議を開催したものと考えてよいのか。

(答) 貴見のとおりである。

【訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、(介護予防)訪問入浴介護】

○認知症専門ケア加算

問37 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)

- ・認知症専門ケア加算の算定要件である認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合については、届出日が属する月の前 3 月間の利用者数で算定することとし、利用者数は利用実人員数又は利用延人員数を用いる。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。
- ・なお、計算に当たって、
 - － (介護予防)訪問入浴介護の場合は、本加算は要支援者(要介護者)に関しても利用者

数に含めること

- ー 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護（Ⅱ）（包括報酬）の場合は、利用実人員数（当該月に報酬を算定する利用者）を用いる（利用延人員数は用いない）ことに留意すること。

（（介護予防）訪問入浴介護の例）

	認知症高齢者の日常生活自立度	要介護度	利用実績（単位：日）		
			1月	2月	3月
利用者①	なし	要支援2	5	4	5
利用者②	I	要介護3	6	5	7
利用者③	Ⅱ a	要介護3	6	6	7
利用者④	Ⅲ a	要介護4	7	8	8
利用者⑤	Ⅲ a	要介護4	5	5	5
利用者⑥	Ⅲ b	要介護4	8	9	7
利用者⑦	Ⅲ b	要介護3	5	6	6
利用者⑧	Ⅳ	要介護4	8	7	7
利用者⑨	Ⅳ	要介護5	5	4	5
利用者⑩	M	要介護5	6	6	7
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上合計			44	45	45
合計（要支援者を含む）			61	60	64

① 利用実人員数による計算（要支援者を含む）

- ・利用者の総数＝10人（1月）＋10人（2月）＋10人（3月）＝30人
- ・認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ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 $21 \text{ 人} \div 30 \text{ 人} \div 70.0\%$ （小数点第二位以下切り捨て） $\geq 1/2$

② 利用延人員数による計算（要支援者を含む）

- ・利用者の総数＝61人（1月）＋60人（2月）＋64人（3月）＝185人
- ・認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の数
＝44人（1月）＋45人（2月）＋45人（3月）＝134人

したがって、割合は $134 \text{ 人} \div 185 \text{ 人} \div 72.4\%$ （小数点第二位以下切り捨て） $\geq 1/2$

- ・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、月途中で認知症高齢者の日常生活自立度区分が変更になった場合は月末の認知症高齢者の日常生活自立度区分を用いて計算する。

【訪問介護, 定期巡回・随時対応型訪問介護看護, 夜間対応型訪問介護, (介護予防) 訪問入浴介護, (介護予防) 短期入所生活介護, (介護予防) 短期入所療養介護, (介護予防) 認知症対応型共同生活介護, 地域密着型介護老人福祉施設, 施設サービス共通】

○認知症専門ケア加算

問38 認知症専門ケア加算（Ⅱ）を算定するためには、当該加算（Ⅰ）の算定要件の一つである認知症介護実践リーダー研修修了者に加えて、認知症介護指導者養成研修修了者又は認知症看護に係る適切な研修修了者を別に配置する必要があるのか。

- (答) 必要ない。例えば加算の対象者が 20 名未満の場合、
- ・ 認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者
 - ・ 認知症看護に係る適切な研修を修了した者
- のいずれかが 1 名配置されていれば、認知症専門ケア加算（Ⅱ）を算定することができる。

(研修修了者の人員配置例)

		加算対象者数			
		～ 19	20 ～ 29	30 ～ 39	..
必要な研修修了者の配置数	「認知症介護に係る専門的な研修」	1	2	3	..
	認知症介護実践リーダー研修				
	認知症看護に係る適切な研修				
	「認知症介護の指導に係る専門的な研修」	1	1	1	..
	認知症介護指導者養成研修				
	認知症看護に係る適切な研修				

(注) 認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者、又は認知症看護に係る適切な研修を修了した者を 1 名配置する場合、「認知症介護に係る専門的な研修」及び「認知症介護の指導に係る専門的な研修」の修了者をそれぞれ 1 名配置したことになる。

※平成 21 年 4 月改定関係 Q & A (vol. 2) (平成 21 年 4 月 17 日) 問 40 は削除する。

「科学的介護情報システム (LIFE)」の 活用等について (続報)

令和 3 年度からの科学的介護情報システム (LIFE) の活用等については、当紙 4 月 1 日号ならびに府医ホームページ「介護保険情報」のページにてお知らせしているところですが、今般その続報がありましたのでお知らせします。

記

1. 新たに事業所番号を取得する事業所等における LIFE の利用申請について

LIFE の新規利用登録を行うに当たっては、各介護事業者が LIFE において事業所番号を入力することで、事業所台帳情報に登録された住所にはがきが発送され、それに基づき手続きを進めていただくこととしています。

この事業所台帳情報の LIFE への反映は、各都道府県で登録頂いた 3 ヶ月後になるため、新規指定事業所においては LIFE を活用できない等の事象が発生する可能性があります。

つきましては、各都道府県において、

- ・以下の方法により、管内の新規指定事業所等の事業所台帳情報を送付いただくとともに、
- ・事業所に対し、

- ①既存の事業所台帳の住所等が異なる場合は、3 月中に指定権者にその旨申し入れていただくこと
- ②令和 3 年 4 月より加算の算定を予定している場合、5 月 10 日(月)までに LIFE ヘデータを入力いただく必要があることについて、周知をお願いします。

(1) 送付手順

- ①各都道府県において、管内の新規指定や住所移転等を行った事業所の情報について、「(別紙)事業所台帳登録用フォーマット」(略、府医ホームページ「介護保険情報」のページに全体版を掲載)に記入いただく。
- ②記入いただいた情報を以下アドレスまでメールにて提出いただく。
○送付先アドレス：life-newregist@toshiba-sol.co.jp

(2) スケジュール

①令和 3 年 4 月について

令和 3 年 4 月 9 日(金)までに、新規指定や住所移転等を行った事業所の情報^(※1)について、管内市町村指定分もあわせてとりまとめた上で提出頂く。

都道府県からの情報の提出後、4 月 15 日頃に LIFE ヘ事業所情報の登録が完了し、4 月 26 日以降に事業所(4 月 25 日までに利用申請を行った事業所に限る。)に対し、はがきが送付される予定^(※2)。

※1 令和 3 年 4 月は、令和 3 年 1 ～ 4 月分(4 月 1 日開設分まで)の事業所等の情報

※2 はがきは、可能な限り 4 月中に送付予定です。

②令和 3 年 5 月以降について

毎月 10 日までに、管内の新規指定や住所移転等を行った事業所の情報について、管内市町村指定分もあわせてとりまとめた上で提出頂く。

都道府県からの情報の提出後、15 日頃に LIFE ヘ事業所情報の登録が完了し、26 日以降に

事業所（当該月の 25 日までに利用申請を行った事業所に限る。）に対し、はがきが送付される予定。

2. LIFE の機能全般に関するご質問について

各事業所からの LIFE の機能全般に関するご質問は、「LIFE ヘルプデスク」にて受付しますので、下記の E-mail 宛にお問い合わせいただきますようお願いいたします。

なお、新規申請に係るご質問のみ「利用申請ヘルプデスク」にて電話で受け付けることが可能ですが、介護報酬改定の前後は、電話が混み合うことが予想されますので、LIFE の操作マニュアル等の web サイトをご覧いただいた上で、可能な限り E-mail でのお問い合わせにご協力ください。

【LIFE ヘルプデスク 連絡先】

E-mail : life@toshiba-sol.co.jp

【利用申請ヘルプデスク 連絡先】

電話番号：042-340-8819（平日午前 10 時～午後 4 時）

E-mail : life@toshiba-sol.co.jp

※これまでご案内してきております「CHASE ヘルプデスク」のメールアドレスへご連絡頂くことも可能ですが、可能な限り上記連絡先までご連絡いただきますようお願いいたします。

※「利用申請ヘルプデスク」の電話番号について、4 月以降は別番号に変更予定である旨ご連絡していたところですが、変更は行わない予定です。

医療安全通信

令和 3 年度 医療メディエーター養成研修会 「導入・総論・基礎編」開催のご案内 (日本医療メディエーター協会 認定研修会)

府医では会員医療機関における医療安全対策の向上を目指し、毎年、医療安全にかかる様々な講演会・研修会を開催しております。この度、下記の要領で医療メディエーター養成研修会を開催しますので、是非、ご参加ください。

院内医療メディエーター（医療対話仲介者）とは、患者と医療者双方の語りを、いずれにも偏らない位置で、共感的に受け止め、自身の見解や評価・判断を示すことなく、当事者同士の対話の促進を通じて、情報共有を進め、認知齟齬（認知的コンフリクト）の予防、調整を支援する役割を担う人材であり、メディエーター（マインド）を活用することにより、トラブルが訴訟に発展することを抑制する効果が期待できます。

と き 令和 3 年 7 月 17 日(土) 午後 1 時 15 分～午後 5 時 30 分
7 月 18 日(日) 午前 9 時～午後 6 時
7 月 19 日(月) 午前 9 時～午後 6 時

と ころ 京都府医師会館（JR 二条駅東ロータリー南隣）

内 容 コンフリクトマネジメントやメディエーションの理論と技法を
ロールプレイ形式で学ぶ。

講 師 杉浦 良啓 先生（大滝病院 訪問診療科）
中西 淑美 先生（山形大学医学部総合医学教育センター 准教授）

対 象 府医会員および会員医療機関に所属する医療関係者

定 員 最大 21 名

参 加 費 35,000 円（資料代・2, 3 日目の昼食弁当代含む）

※京都府病院協同組合を通じて京都府医師会（有限会社ケーエムエー）の法人病院向け医師賠償責任保険へ加入いただいている病院様には、参加費の補助制度がございます。詳しくは京都府病院協同組合（TEL：075-671-8711）の事務局へお問い合わせください。

申し込み方法 参加申込書（裏面）に記入の上、**5 月 26 日(水) までに FAX（075-354-6074）**にてお申し込みください。申し込み多数で定員を超えた場合は 1 医療機関 1 名を優先し、受講者を調整いたします。受講の可否は 6 月下旬を目処に通知します。

修 了 修了者には受講証明書を発行します。希望者は日本医療メディエーター協会（年会費 6,000 円）へ入会し、認定を受けることが可能です。

本研修会は、診療報酬の入院基本料加算である「患者サポート体制充実加算」の施設基準に規定されている、修了していることが望ましい研修となります。施設基準についての詳細は別途ご確認ください。

※開催にあたっては、消毒を徹底し、小まめな会場換気に努めますが、新型コロナウイルスの流行状況によっては、急遽、開催を取りやめる場合がございます。予めご理解を賜りますようお願い申し上げます。

送付先：府医 医療安全課 FAX：075－354－6074

日本医療メディエーター協会認定研修 参加申込書

受講区分：導入・総論・基礎編

ふりがな 氏 名					
医療機関名					
部 署		職 種			
郵便物送付先	(選択→ ☐ 医療機関 ☐ 自宅 ☐ その他)				
〒	-				
連 絡 先	電話	FAX			
メー ル	@				
年 齢	歳	卒後年数	年	医療安全 経験年数	年
メディエーター協会 導入研修受講の有無		☐ 未受講 ・ ☐ 受講 (平成・令和 年 月)			

申 込 日：令和 3 年 月 日

担 当 者：

担当連絡先：

京都府医師会会員の皆様へ ～ぜひ お問い合わせください～

<中途加入も可能です>

医師賠償責任保険制度(100万円保険)

【医師賠償責任保険・医療施設賠償責任保険】

本保険制度は、日本医師会医師賠償責任保険および特約保険の免責金額である100万円部分の補償ならびに施設に関わる賠償責任をカバーする医療施設賠償責任保険が付帯されたもので、日本医師会医師賠償責任保険制度を補完することを目的として発足いたしました。

加入タイプⅠ

ご加入対象(被保険者)：京都府医師会会員である診療所の開設者個人(A1会員)、医師会会員を理事もしくは管理者として診療所を開設する法人
人格権侵害が補償されます。
(※医療施設賠償責任保険のみ)

加入タイプⅡ

ご加入対象(被保険者)：京都府医師会会員である勤務医師(A2会員)、法人病院の管理者である医師個人

※医療施設賠償責任保険は含みません。

年間保険料

加入タイプⅠ…6,980円・加入タイプⅡ…4,010円ですが、
中途加入の場合は保険料が変わりますので代理店にご連絡ください。

※各タイプの補償内容はパンフレットをご覧ください。

※ご加入者数により、保険料の引き上げ等の変更をさせていただくことがありますので、予めご了承ください。

医師賠償責任保険に個人を被保険者としてご加入の場合、刑事弁護士費用担保特約が付帯されます。

このご案内は、医師賠償責任保険、医療施設賠償責任保険の概要についてご紹介したものです。保険の内容はパンフレットをご覧ください。詳細は契約者である団体の代表者の方にお渡ししてあります保険約款によりませんが、ご不明な点がありましたら代理店または保険会社におたずねください。

【契約者】 一般社団法人 京都府医師会

【取扱代理店】 東京海上日動代理店 有限会社 ケーエムエー（京都府医師会出資会社）
〒604-8585 京都市中京区西ノ京東梅尾町6 京都府医師会館内
TEL 075-354-6117 FAX 075-354-6497

【引受保険会社】 東京海上日動火災保険株式会社 担当課：京都支店営業課
〒600-8570 京都市下京区四条富小路角

2021年3月1日作成 20-TC09948

京都医報 No.2195

発行日 令和3年4月15日

発行所 京都医報社

〒604-8585 京都市中京区西ノ京東梅尾町6

TEL 075-354-6101

E-mail kma26@kyoto.med.or.jp

ホームページ <https://www.kyoto.med.or.jp>

発行人 松井 道宣

編集人 飯田 明男

印刷所 株式会社ティ・プラス



発行所 京都医報社

〒604-8585 京都市中京区西ノ京東栞尾町6 TEL 075-354-6101

発行人 松井道宣 編集人 飯田明男