

平成 30 年度介護報酬改定に関わる Q & A について

1. 介護報酬改定関係

【訪問介護】

問 1 生活機能向上連携加算（Ⅱ）の算定要件とされているリハビリテーションを実施している医療提供施設とは、どのような施設を指すのか。

（回答）

「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院となります。

（根拠法令等）老企第 36 号第 2 の 2（21）

問 2 同一敷地内建物等の定義にある利用者とは、障害福祉サービスの利用者も含むか。

（回答）【追加 平成 30 年 4 月 18 日】

指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問介護費イ、ロ、ハの注 11 において、指定訪問介護を行った場合とされていますので、障害福祉サービスの居宅介護等を提供する利用者は含まないものと考えます。

（根拠法令等）指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問介護費イ、ロ、ハの注 11

【訪問看護】

問 1 訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問について、訪問看護計画及び訪問看護報告書の作成にあたり、訪問看護サービスの利用開始時や利用者の状態の変化等に合わせた定期的な看護職員による訪問が新たに義務付けられましたが、この定期的なとは、時期や期間があるのでしょうか。

（回答）【修正：平成 30 年 4 月 6 日】

訪問看護指示書の有効期間は 6 月以内とされていますので、この「定期的な」とは概ね 3 カ月に 1 回程度となります。

（根拠法令等）「平成 30 年度介護報酬改定 Q & A（Vol.1）（平成 30 年 3 月 22 日）」送付
について問 21 の回答

問2 訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問について、訪問看護計画及び訪問看護報告書の作成にあたり、訪問看護サービスの利用開始時や利用者の状態の変化等に合わせた定期的な看護職員による訪問が新たに義務付けられましたが、これは、理学療法士等の訪問の他、看護職員による訪問が提供されている場合も同様か。

(回答)【追加：平成30年4月6日】

指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行うこととされています。

したがって、看護職員による指定訪問看護が提供されている場合、利用者の状態については、指定訪問看護の提供時に適切に評価していると思いますので、指定訪問看護の提供とは別に看護職員による訪問は不要と考えます。

(根拠法令等) 川崎市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例第72条

問3 老企第36号第2の4(4)⑥の訪問看護(医療保険の訪問看護を含む。)とは、理学療法士等による訪問看護も含まれるのか。

(回答)【追加：平成30年4月6日】

介護保険法(以下「法」という。)第8条第4項において、訪問看護とは保健師、准看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士により行われる療養上の世話又は必要な診療上の補助とされています。

したがって、主治の医師の判断に基づいて交付された指示書の有効期間内に理学療法士等が看護職員に代わり利用者の居宅を訪問し、リハビリテーションを中心とした訪問看護を提供するものは訪問看護に含まれます。

(根拠法令等) 法第8条第4項

問4 訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問について、訪問看護計画及び訪問看護報告書の作成にあたり、訪問看護サービスの利用開始時や利用者の状態の変化等に合わせた定期的な看護職員による訪問が新たに義務付けられましたが、この定期的な看護職員による訪問とは、居宅サービス計画に位置付け提供する必要がありますのでしょうか。それともサービス担当者会議への参加等の訪問でも良いのでしょうか。

(回答)

看護職員による訪問については、必ずしも居宅サービス計画位置づけ訪問看護費の算定を求めるものではありませんが、その場合、訪問日、訪問内容等を記録する必要があります。

なお、サービス担当者会議の参加等による訪問を定期的な訪問に含めることができるか否かについては、このサービス担当者会議の参加等による訪問で利用者の状態の適切な評価を行うことができれば含めることは可能と考えます。

(根拠法令等)「平成30年度介護報酬改定Q&A (Vol.1) (平成30年3月22日)」送付
について問21の回答

問5 「平成30年度介護報酬改定Q&A (Vol.1) (平成30年3月22日)」送付について
問21の回答に必ずしもケアプランに位置づけ訪問看護費の算定まで求めるものではないとされているが、訪問看護費を算定する場合は、ケアプランに位置づける必要はあるか。また、指示書の内容がリハビリテーションを中心としたものである場合でも、ケアプランに位置づけることは可能か。

(回答)【追加：平成30年4月6日】

指定訪問看護は、主治の医師の指示に基づき適切に提供することとされています。

したがって、主治の医師からの指示がリハビリテーションを中心としたものであるが、看護職員による指定訪問看護の提供が必要となるか否かについては、主治の医師に御確認ください。

なお、主治の医師から看護職員による指定訪問看護の提供が必要であるとの指示があった場合には、原則として、川崎市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準等に関する条例第16条第3号から第12号までの規定する一連の業務を行う必要がありますが、変更する内容がサービス回数の増減のみでニーズや目標等の変更がない場合は、軽微な変更として取り扱うことも可能と考えます。

(根拠法令等) 川崎市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準等に関する条例第
16条第16号

問6 訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問について、訪問看護計画及び訪問看護報告書の作成にあたり、訪問看護サービスの利用開始時や利用者の状態の変化等に合わせた定期的な看護職員による訪問が新たに義務付けられ、これに伴い、訪問看護事業所から看護職員による指定訪問看護の回数増加を依頼された。医療措置等が必要ない利用者についても、訪問看護事業所からの依頼によりケアプランを変更し、指定訪問看護の提供回数を増やす必要があるのか。

(回答)【追加：平成30年4月6日】

「平成30年度介護報酬改定Q&A (Vol.1) (平成30年3月22日)」送付について問21の回答に必ずしもケアプランに位置づけ訪問看護費の算定まで求めるものではないとされています。

したがって、利用者のニーズを満たすためにハビリテーションを中心とした指定訪問看護の提供が必要な場合であって、看護職員による指定訪問看護の提供が想定されないものについては、その理由等を主治の医師に説明のうえ、看護職員による指定訪問看護の提供が必要とされるか否か御確認ください。

(根拠法令等)平成30年度介護報酬改定Q&A (Vol.1) (平成30年3月22日)」送付について問21の回答

問7 理学療法士等が訪問看護を利用している利用者については、利用者の状況や実施した看護の情報を看護職員と理学療法士等が共有するとともに、訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、看護職員と理学療法士等が連携して作成することとされています。この共有及び連携について、1人の利用者に複数の事業所が関わっている場合、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成はどのように行えば良いか。

(回答)

1人の利用者に複数の訪問看護事業所が訪問看護を提供する場合、それぞれの訪問看護事業所で作成した計画書等を相互に送付又はカンファレンス等により情報共有する必要があります。また、カンファレンス等により情報共有した場合は、その内容について記録する必要があります。

(根拠法令等)「平成30年度介護報酬改定Q&A (Vol.1) (平成30年3月22日)」送付について問20の回答

問 8 理学療法士等による訪問看護を行う場合、利用者に対し看護職員の代わりにさせる訪問であることを説明し、同意を得るとされていますが、この同意は書面で行い保管する必要があるか。

(回答)

同意の方法は問われておらず、口頭でも構いません。ただし、口頭で同意を得たときは、その旨を記録する必要があります。

(根拠法令等)「平成 30 年度介護報酬改定 Q & A (Vol.1) (平成 30 年 3 月 22 日)」送付
について問 23 の回答

問 9 1 人の利用者に複数の事業所が関わっている場合であって、1 の事業所が理学療法士等による訪問看護のみ提供していた場合、看護職員による訪問看護を提供する事業所が利用者に対し、理学療法士等の訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションであることを説明すればよいか。

(回答)

訪問看護計画書等の作成は、指定訪問看護事業所毎に行うこととされており、この訪問看護計画書等の作成は当該指定訪問看護事業所の看護師等が行うこととされています。

したがって、利用者に対し、理学療法士等の訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションであることを説明するのは、理学療法士等による訪問看護を提供する事業所の看護職員となります。

(根拠法令等)川崎市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例第 65 条及び第 74 条

問 10 指定訪問看護ステーションの出張所等に指定療養通所介護事業所を併設する場合、常勤看護師の 1 名が双方の事業所を兼務することも可能か。

(回答)

条例解釈において、同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所の職務であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとされています。

したがって、指定療養通所介護事業所の常勤看護師は、専ら指定療養通所介護の職務に従事する者とされていますので、指定訪問看護ステーションの職務と同時並行的に行われることに差し支えあるものと考え、兼務は認められません。

(根拠法令等)訪問看護・介護予防訪問看護の基準条例について<用語の意義及び字句の意味> (3) 及び川崎市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例第 60 条の 23

【訪問リハビリテーション】

問1 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合、1回につき20単位を所定単位数から減算することになりましたが、4月以降、減算とならないために別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を行っている利用者に対して、事業所の医師が診療することは可能か

(回答)

別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供を受けそれを踏まえ、訪問リハビリテーション計画を作成し、指定訪問リハビリテーションを実施することは例外とされています。

したがって、指定訪問リハビリテーションの実施に当たっては、原則として事業所の医師による診察が必要となりますが、4月より前に別の医療機関の医師からの情報提供により訪問リハビリテーション計画を作成している利用者については、当該訪問リハビリテーション計画の評価期間等を考慮したうえで、当該評価期間中に事業所の医師による診察を行い、訪問リハビリテーション計画の見直し等を行う必要があるかは、別の医療機関の医師と御相談のうえ検討してください。

(根拠法令等) 老企第36号第2の5(1)①、②

【通所介護】

問1 提供時間が1時間単位に変わることになるが、個別対応として同一単位内で提供時間数の異なる利用者に対して通所介護を提供することは可能か。

(回答)

条例解釈において、利用者ごとに策定した通所介護計画に位置づけられた内容の通所介護が一体的に提供されていると認められる場合は、同一単位で提供時間の異なる利用者に対して通所介護を行うことが可能としています。

したがって、同一単位で提供時間数の異なる利用者に対して通所介護を提供することは可能です。

(根拠法令等) 通所介護・介護予防通所介護の基準条例について<人員に関する基準>(1)

①ロ

問2 1日に複数単位で通所介護を提供する場合、一部について利用時間が重なるがその利用者数の合計が定員を超えていなければ問題ないか。

(回答)

届出した単位ごとの定員を超えていなければ差し支えないものと考えます。

問3 基本報酬について、2時間ごとから1時間ごとの設定へと見直しされたが、例えば、8時間のサービス提供を行っている場合、8時間以上9時間未満の請求は可能か

(回答)

通所介護計画に位置づけられた内容の通所介護を行うための標準的な時間が8時間であれば可能です。

(根拠法令等) 指定居宅サービス介護給付費単位数表の通所介護費イ、ロ及びハ

問4 ADL維持加算の算定要件として、Barthel Indexの点数を報告するとあるが、この報告はどのように行えばよいか。

(回答)

報告は、給付費明細欄の摘要欄に記載することで行います。

(根拠法令等) 老企第36号第2の7(12)②

問5 ADL維持加算の算定要件であるBarthel Indexの測定は、6月に1度でも測定していれば要件を満たすのか。

(回答)

利用開始月と当該月から起算して6月目において、機能訓練指導員がADLを評価しとされています。

(根拠法令等)

問6 延長加算について、これまで8時間のサービス提供の後に2時間の延長サービスを行った場合、1時間は自費、残り1時間は延長加算を算定していましたが、今回の介護報酬の改定により、1時間単位となったことで8時間を超え9時間までは延長にかかわる自費は徴収できないことになるのか。

(回答)【追加：平成30年4月6日】

平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)において、指定居宅サービス介護給付費単位数表の別表6の所要時間7時間以上9時間未満の単位数を算定する利用者に対し、提供時間8時間の後の延長サービスを提供した場合、8時間から9時間までは利用料、9時間から12時間は延長加算とされています。

したがって、今回の改正においても老企第36号の記載は7時間を8時間と改正したのみで、新たにQ&A等が示されていないので、仮にサービス提供時間が8時間で所要時間8時間以上9時間未満の単位数を算定する利用者に対し延長サービスを提供した場合、従来のQ&Aの解釈ですと8時間から9時間までは利用料、9時間から14時間は延長加算とにあると考えます。

(根拠法令等) 平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)

問7 延長加算について、8時間のサービス提供の後に1時間の延長サービスを行った場合、9時間以上10時間未満の延長加算を算定することは可能か。

(回答)【追加：平成30年5月2日】

平成24年介護報酬改定に関するQ&A (vol.1) の回答にごく短時間の延長サービスを算定する算定対象とすることは不適切とされています。

したがって、御質問の場合は延長加算を算定することが適切ではありません。

(根拠法令等) 平成24年介護報酬改定に関するQ&A (vol.1)

【通所リハビリテーション】

問1 リハビリテーションマネジメント加算の算定要件に、医師が理学療法士等に利用者に対するリハビリテーションの目的に加え、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行うとされましたが、この目的や指示はリハビリテーション計画に記載することで足りるのでしょうか。または、指示書等の交付が必要でしょうか。

(回答)

指示を行った医師又は指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は当該指示の日時、内容等を記録に留めることとされています。

したがって、当該指示の日時、内容等を診療録等に記録していれば足りるものと考えます。

(根拠法令等) リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について (平成30年3月22日) 第1の(1)③ロ

問2 リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)の算定要件にV I S I Tを活用してデータ提出するとされているが、このV I S I Tとは何か。

(回答)

「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業(Monitoring and evaluation of therehabilitation services in long-term care)」の略称です。

(根拠法令等) 老企第36号第2の5(8)⑥

問3 VISITで送るデータはどのようなものか。

(回答)

リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について（平成30年3月22日老老発0322第2号）でVISITへのデータ登録に用いる様式が示されています。

（根拠法令等）リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について（平成30年3月22日）別紙様式1～別紙様式5

問4 リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）～（Ⅳ）の算定要件であるリハビリテーション会議について、過去に一定以上の期間、頻度で介護保険又は医療保険のリハビリに係る報酬の請求がある利用者については、開催頻度を当初から3月に1回とすることができるとあるが、この介護保険又は医療保険のリハビリとは、同一施設内で行った場合も同様か。また、回復期病院等の医療保険のリハから通所リハへの切替でも同様か。

(回答)

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回の頻度でよいとされています。

したがって、御質問の件については、上記要件を満たしていれば、算定当初から3月に1回の頻度でよいと考えます。

（根拠法令等）老企第36号第2の8(10)⑧

問5 リハビリテーション加算（Ⅰ）の届出をしているが、平成30年4月以降、加算（Ⅱ）、（Ⅲ）の届出を行う考えである。この届出をした場合、既に加算（Ⅰ）により6か月経過した利用者は、ロ及びハの（1）と（2）どちらを算定すべきか。

（回答）【追加：平成30年4月6日】

平成27年度報酬改定Q&A（Vol.3）に、利用者の同意を得た日の6月間を超えてリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）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（Ⅱ）（2）を取得するとされています。

したがって、既に本加算を取得するに当たって初めてリハビリテーション計画を作成し、同意を得た日の属する月から6月間を超えているときは、ロ及びハの（2）を取得することが適当と考えます。

なお、老企第36号第2の8（10）④のただし書きに該当する場合は、ロ及びハの（1）を取得することは可能です。

（根拠法令等）平成27年度報酬改定Q&A（Vol.3）、老企第36号第2の8（10）④

問6 栄養改善加算について、3月以内で月2回を限度として算定できるとあるが、何時の時点から算定できるのか。また、新年度から算定することは可能か。

（回答）

栄養改善加算は、事業所に管理栄養士を1名以上配置することとしていたものを、事業所又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置することに改めたものです。

したがって、外部との連携により管理栄養士を1名以上配置するとして新たに届出を行った事業所においては、早くとも平成30年4月からの算定となります。

なお、栄養改善加算は全ての利用者を対象としているものではなく、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者は、老企第36号第2の7（15）に示されていますので御確認ください。

（根拠法令等）老企第36号第2の8（16）

問7 リハビリテーション提供体制加算について、「常時、当該事業所に配置されている理学療法士等の合計が」とありますが、この常時とは、提供時間すべてを指すのか。

（回答）【追加：平成30年5月15日】

常時となっていますので、提供時間を通じて配置する必要があると考えます。

（根拠法令等）厚生労働大臣が定める基準（厚労告九十五）第二十四の二号イ

【認知症対応型共同生活介護】

問1 入居者の入退院支援を行った場合、新たに加算が認められたが、これは届出等が必要か。

(回答)【追加：平成30年4月6日】

届出が必要です。

(根拠法令等) 老企第41号(別紙1-3)

問2 初期加算について、30日を超える入院後に再入居した場合、初期加算を算定できるとされているが、この入院中、契約は継続しているときでも再入居したものとして初期加算を算定することはできるか。

(回答)【追加：平成30年4月6日】

算定できます。

(根拠法令等) 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実施上の留意事項について第2の6(8)③

問3 入居者の入退院支援を行った場合、1月に6日を限度として入院時の費用についてを算定できることになったが、この6日について具体的に教えていただきたい。

(回答)【追加：平成30年4月6日】

入院最初の期間が翌月へ連続してまたがる場合は、最大12日まで算定可能となりますが、毎月ごとに6日間算定できるものではありません。

(根拠法令等)「平成30年度介護報酬改定Q&A(Vol.1)(平成30年3月22日)」送付について問112の回答

問4 初期加算と入居者の入退院支援の取組は、同時に取ることができるのか

(回答)【追加：平成30年4月6日】

入居者の入退院支援を行った場合はその日数を除くとなっておりませんので、入居者の入退院支援を行ったものとして介護報酬を請求した日数も含め、30日を超える入院後に再入居した場合は、初期加算を算定することは可能と考えます。

(根拠法令等) 指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の認知症対応型共同生活介護費のイ及びロの注6及びハ

問5 口腔衛生管理体制加算について、平成30年度介護報酬改定・制度説明資料の100ページに算定要件等が記載されていますが、この中にて口腔ケア・マネジメントに係る計画について触れていませんが、口腔ケア・マネジメントに係る計画の作成は不要でしょうか。

(回答)【追加：平成30年4月6日】

口腔衛生管理体制加算は、別に厚生労働大臣が定める基準に適合するとされ、この別に厚生労働大臣が定める基準とは、厚生労働大臣が定める基準（厚労告九十五）第六十八号イ及びロとなります。

つきましては、事業所において口腔ケア・マネジメントに係る計画の作成は必要です。
(根拠法令等) 厚生労働大臣が定める基準（厚労告九十五）第六十八号イ及びロ

問6 基準省令に改正で、身体拘束適正化のための取り組みが示されたが、この取り組みは身体拘束実施の有無にかかわらず必ず実施しなければならないのか。

(回答)【追加：平成30年4月6日】

密着基準条例第118条第7項に身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならないとしています。

したがって、身体拘束等を実施していない場合でも、身体的拘束等の適正化を図るための措置を講ずる必要があります。

(根拠法令等) 密着基準条例第118条第7項

問7 身体拘束適正化のための指針中、利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針を盛り込むこととされていますが、この方針として、入居契約時に重要事項説明書と併せて指針の内容を利用者及びその家族に説明し、同意を得ることを基本方針として差し支えないか。

(回答)【追加：平成30年4月19日】

入居契約時に説明することは必要と思いますが、その説明に加え、入居中であっても入居者又はその家族から指針の閲覧の求めがあった場合には応じる旨を明記することが必要と考えます。

(根拠法令等)

問8 身体拘束ゼロの手引きにやむを得ず身体拘束を行う場合の手続きに関する参考様式として「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」が示されているが、この参考様式にある拘束開始、解除の予定の期間は、例えば1か月を限度とする等の定めはあるのか。

(回答)【追加：平成30年4月19日】

川崎市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例第118条第5項において、身体拘束は利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊

急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならないとしています。

この緊急やむを得ない場合とは、例外的な緊急対応措置であり、同意書があるという理由のみで長期にわたり身体拘束を行い、事業所として身体拘束廃止に向けた取組みを怠ることは基準条例に違反する行為となります。

身体拘束がもたらす弊害として、身体的、精神的、社会的弊害があることは、身体拘束ゼロの手引きで示されており、また、利用者の自立支援の弊害ともなり得るものですので、身体拘束はあくまで一時的に発生する突発事態でのみ許容されるものであるとの認識をもって、解除までの期間は、突発事態を解消するまでの最少期間としてください。

(根拠法令等) 身体拘束ゼロの手引き

【特定施設入居者生活介護】

問1 身体拘束廃止未実施減算について、指定基準解釈通知上、新規採用時には必ず身体拘束等の適正化の研修を実施することが重要であるとされているが、この新規採用時の研修を実施しなかった場合、身体拘束廃止未実施減算となるのか。

(回答) 【追加：平成30年5月2日】

身体的拘束等の適正化を図るための職員教育を徹底させるためには、指定基準解釈通知にある新規採用時の研修は重要と考えますので、当該研修を実施していない場合は、原則として事実が生じた月の翌月から改善が認められた月まで減算する必要があると考えます。

(根拠法令等) 指定基準解釈第3の十の3(5)

【居宅介護支援】

問1 同一建物減算の見直しが行われ、同一敷地内建物等の範囲が拡大されるが、この同一敷地内建物等に居住する利用者をどのように把握すればよいか。

(回答)

改正前の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(厚告一九)別表1注7の同一の建物に20人以上居住する利用者の把握方法と同様となるものと考えます。

なお、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の健康状態や活動等の把握の他、支払い能力にも配慮したうえで、ニーズを充足し得る力量を有するサービス事業者等を利用者に提案する必要があります。同一建物減算が適用される場合とそうでない場合で、利用者が支払う利用料が異なりますので、それらも加味した上で、居宅サービス計画の作成及び給付管理に努めてください。

(根拠法令等) 老企第36号第3の2(15)

問2 指定居宅介護支援事業所の管理者は、介護支援専門員から主任介護支援専門員へと見直しされ、3年間の経過措置が設けられたが、3年が経過する平成33年3月31日までに主任介護支援専門員となっていない場合、指定の効力は失われるのでしょうか。

(回答)

平成33年3月31日より後の指定の効力が終了する指定居宅介護支援事業所における管理者要件を満たさないものに対する取扱いは、現在のところ示されておりませんが、経過措置が設けられた主旨を御理解のうえ、平成33年3月31日までに管理者を主任介護支援専門員に変更してください。

(根拠法令等)「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等の一部を改正する省令」(平成30年厚生労働省令第4号)附則第3条

問3 訪問看護ステーション等における理学療法士等の訪問の見直しが行われ、理学療法士等のみが指定訪問看護を提供している場合でも、看護職員による定期的な訪問を行うこととされたが、この定期的な訪問が追加されたことに伴い、サービス担当者会議を開催する必要があるか。また、その場合、初回加算の算定は可能か

(回答)

利用者の評価を行う看護職員による訪問については、必ずしも居宅サービス計画に位置づけ、訪問看護費の請求まで求めるものではないとされています。

したがって、居宅サービス計画への位置づけがない場合、サービス担当者会議を開催は必要ありません。

なお、上記理由から、初回加算の算定はできません。

(根拠法令等)「平成30年度介護報酬改定Q&A (Vol.1) (平成30年3月22日)」送付
について問21の回答

問4 入院時情報連携加算について、今回の改正で算定要件が見直され、3日以内又は4日以上7日以内に医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合は、入院時情報連携加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定できるとされ、また、別途、様式例も示されたが、仮に、3日目に電話で医療機関の職員に対して必要な情報を提供し、翌日に書面をFAXした場合、算定の担保となる書面は4日目の情報提供となるが、この場合は電話での提供を3日目に行ったことになるので、入院時情報連携加算（Ⅰ）を算定してよいか。

（回答）【追加：平成30年5月2日】

入院時情報連携加算は、老企第36号第3の12（1）において、情報提供を行った日時、場所（医療機関に向いた場合）、内容、提供手段（面談、FAX等）について居宅サービス計画等に記載することとされています。様式例はこの情報提供がより効果的になるよう示されたものですので、この様式の使用を拘束するものではないとされています。

したがって、御質問の件については、本人の入院から3日以内に必要な情報を伝え、その後伝えた情報を書面で提供したものととなりますので、入院時情報連携加算（Ⅰ）を算定することは可能と考えます。

（根拠法令等）厚生労働大臣が定める基準（厚労告95）第八五号、老企第36号第3の12（1）及び居宅介護支援費の退院・退所加算に係る様式例について（平成21年3月13日老振発第0313001号厚生労働省老健局振興課長通知）

問5 訪問回数の多い利用者への対応として、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の生活援助中心型を位置づける場合には、市町村にケアプランを届け出るとされていますが、この生活援助中心型とは、生活援助2等を指し、身体1生活1等該当しないと解してよいか。

（回答）【修正：平成30年5月15日】

居宅サービス計画を届け出ることとされる訪問介護とは、指定居宅サービス介護給付費単位数表の1 訪問介護費の注3に規定する生活援助中心型に限るとされています。

御質問の身体1生活1は、身体介護が中心である指定訪問介護を行った後に引き続き所要時間20分以上の生活援助が中心である指定訪問介護を行った場合となりますので、訪問介護費の注5の規定により、イの所定単位数に生活援助が中心である指定訪問介護の所要時間に応じた所定単位数を加算することになります。

したがって、御質問の身体1生活1は訪問介護費の注3に規定する生活援助が中心である指定訪問介護を提供しておりますので、当該提供回数も含まれるものと解します。

（根拠法令等）老企第22号第2の3（7）⑱

問6 ターミナルケアマネジメント加算について、利用者の居宅を2日以上、訪問するとあるが、この訪問する介護支援専門員は、担当する介護支援専門員に限るのか。

(回答)【追加：平成30年5月2日】

指定居宅介護支援介護給付費単位数表りのターミナルケア加算は、指定居宅介護支援事業所が、死亡日又は死亡日前14日以内に2日以上、利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問しとされています。

したがって、担当する介護支援専門員に限るとの規定はありませんので、担当する介護支援専門員以外にも訪問することは可能と考えますが、この加算は、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等、ケアチームが適切かつ妥当な判断を行うため、利用者の心身又は家族の状況の変化等について把握するための頻回な訪問及び連絡調整を評価したものですので、利用者の心身の変化等について、これまでの関わり、信頼関係からその要因に素早く気づき、最適な提案が可能となる担当介護支援専門員がかかわることが想定されていると考えます。

(根拠法令等) 指定居宅介護支援介護給付費単位数表り

問7 ターミナルケアマネジメント加算の届出の誓約書に、「死亡診断を目的とした医療機関に搬送され」とあるが、これは、在宅訪問診療医が死亡確認した場合は含まれないと解すのか。

(回答)【追加：平成30年5月2日】

在宅訪問診療医が死亡確認した場合も当然に含みます。

なお、「死亡診断を目的とした医療機関に搬送され」とは、在宅で死亡確認がされた場合の他、死亡診断を目的として医療機関へ搬送され、24時間以内に死亡が確認される場合等についてもターミナルケアマネジメント加算を算定することができることを規定したものです。

(根拠法令等) 老企第36号第3の17(4)

【介護老人福祉施設】

問1 配置医師緊急時対応加算について、24時間対応できる体制を確保することとされているが、この体制は電話等でも可能か。

(回答)

配置医師緊急時対応加算は、入所者の看護・介護に当たる者が、配置医師に対し電話等で直接施設への訪問を依頼し、当該配置医師が診療の必要性を認めた場合に、可及的速やかに施設に赴き診療を行った場合に算定できるものとされています。

したがって、電話等により24時間対応できる体制が確保されていれば要件を満たしているものと考えます。

(根拠法令等) 老企第40号第2の5(28)

問2 配置医師緊急時対応加算は看取り加算と同時算定できるか。

(回答)

同時算定は可能と考えます。

なお、配置医師緊急時対応加算は、加算の対象となる時間帯における診療時間のごくわずかな場合においては、配置医師緊急時対応加算は算定しないとされていますので御留意ください。

(根拠法令等) 指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護老人福祉施設のワの注

問3 24時間対応できる体制とは、どこまでの対応か。

(回答)

配置医師と施設の間で、緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診察を依頼するタイミング等に関する取り決めを事前に定め、その他の医師の往診による対応が可能な体制を整えてください。

(根拠法令等) 老企第40号第2の5(28)

問4 外泊時在宅サービス利用の費用について、この在宅サービスとは、同法人による在宅サービスを意味するのか。

(回答)

外泊時在宅サービス利用の費用の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切な居宅サービスを提供することとされています。また、当該居宅サービスは、介護老人福祉施設が他のサービス事業者に委託する場合や、併設事業所がサービス提供することが考えられています。

(根拠法令等) 平成30年度介護報酬改定Q&A(Vol.1)(平成30年3月22日)「送付について問94の回答

問5 口腔衛生管理加算は、医療保険の訪問歯科衛生指導料を算定している場合は算定できないのか。

(回答)

口腔衛生加算は、医療保険において歯科訪問診療が算定された日の属する月であっても算定できるとされていますが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月であっても算定できないとされています。

(根拠法令等) 老企第40号第2の5(26)

問6 低栄養リスク改善加算は、新規入所者又は再入所のみ算定可能となっているが、この再入所には、退院も含まれているか。

(回答)

初期加算については、30日を超える病院又は診療所への入院後に再入所した場合、算定可能としておりますが、低栄養リスク改善加算の再入所の考え方については示されておりませんので、国のQ&Aをお待ちください。

(根拠法令等)

問7 夜勤職員配置加算について、見守り機器の導入により効果的な介護が提供できる場合について新たに評価するとされたが、この見守り機器とは離床センサー等も含まれるのか。

(回答)

「見守り機器」は、利用者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを検知できるセンサー及び当該センサーから得られた情報を外部通信機器により職員に通報できる機器とされています。

この「見守り機器」に関しては個別の指定はありませんが、機器の設置により訪問回数、介助時間及び介護事故の減少等の効果が期待できるものであることが求められ、これらの効果が分析、検証により立証されたうえで、届出していただく必要があります。

(根拠法令等)「平成30年度介護報酬改定Q&A (Vol.1) (平成30年3月22日)」送付について問90の回答

問8 夜勤配置加算の概要に、看護職員を配置していること又は喀痰吸引等の実施ができる職員を配置していること等とあるが、これは、看護職員若しくは喀痰吸引が実施できる職員が夜勤を行った日に算定できるのか。又は常勤換算方法の割合により月単位で算定できるのか。

(回答)【追加：平成30年4月6日】

指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護老人福祉施設サービスのイ及びロ注7の夜勤職員配置加算は、別に厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たすものとして指定都市の市長に届け出た指定介護老人福祉施設が、当該基準に掲げる基準に従い、1日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算することとされています。

したがって、厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準(厚告二八)(以下「夜勤基準」という。)第5号ロ(5)等の基準を満たすものとして届け出た指定介護老人福祉施設は、夜間時間帯を通じて、看護職員又は夜勤基準第1号ハ(二)に掲げる職員を1人以上配置する必要がありますので、配置しないとすることはできません。

(根拠法令等) 回答中に記載

問9 夜勤職員配置加算の概要に、喀痰吸引等の実施ができる職員とあるが、この職員とは認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けている者も含まれるか。

(回答)【追加：平成30年4月6日】

社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）附則第3条第1項に規定する認定特定行為業務従業者は、この喀痰吸引等の実施ができる職員に含まれます。

(根拠法令等) 夜勤基準第1号ハ(二)d

問10 低栄養リスク改善加算について、「医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して入院患者の栄養管理を行うための会議を行い・・・」とありますが、この医師、歯科医師等の参加は必須でしょうか。また、この歯科医師とは、協力歯科医師でもよいのでしょうか。

(回答)

他職種共同で計画を立案するの必要はありますが、歯科医師の関与及び配置は必須ではないとされています。

(根拠法令等)「平成30年度介護報酬改定Q&A (Vol.1) (平成30年3月22日)」送付について問71の回答

問11 低栄養リスク改善加算について、「医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して入院患者の栄養管理を行うための会議を行い・・・」とありますが、この会議とはテレビ電話による参加でもよいのでしょうか。

(回答)

会議とは、関係者が集まって議題について意見を出し相談することとされていますが、低栄養リスク改善加算の算定要件に一堂に会しとの記載はありません。

したがって、テレビ電話等を活用した参加でも問題ないものと考えます。

(根拠法令等) 老企第40号第2の5(22)

問12 褥瘡マネジメント加算について、「介護保険制度における質の評価に関する調査研究事業」で活用された指標を用いるとされていますが、この指標にはどのようなものが示されているのでしょうか。

(回答)

指定地域密着型サービスに要する費用の額算関基準及び介護予防費項について（抄）（平成（抄）（平成18年3月31日老計発第0331005号老振発第0331005号老発第0331018号）の別紙様式4に項目が示されています。

(根拠法令等) 回答中に記載

問 13 平成 30 年度の介護報酬改定では、介護福祉施設サービス費は引き上げと認識しているが、報酬告示を確認したところ、30 床未満のユニット型では、単位数がマイナスとなっている。30 床未満のユニット型はマイナス改定なのか

(回答)

小規模介護福祉施設（定員 30 名の施設）については、通常の介護福祉施設と同様の報酬を算定することとされ、既存の小規模介護福祉施設は、一定の経過措置の後、通常の介護福祉施設の基本報酬に統合することとされています。

したがって、小規模介護福祉施設（定員 30 名の施設）の基本報酬については、マイナスの改定となります。

(根拠法令等) 指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護老人福祉施設サービスのイ及びロ

問 14 特養併設型における夜勤職員の配置基準が緩和され、ユニット型本体施設とユニット型以外の短期入所生活介護が併設している場合（逆も同じ。）、双方の入所者の合計数に応じた夜勤職員の配置へと見直しされましたが、併設本体施設にユニット型本体施設が併設している場合、併設本体施設とユニット型本体施設の入所者数に応じた夜勤職員の数とすることは可能か。

(回答)【追加：平成 30 年 4 月 6 日】

御質問のユニット型本体施設は、併設本体施設でないため、そのような取扱いはできないものと考えます。

(根拠法令等) 夜勤基準第 1 号ロ (二)

問 15 排せつ支援加算について、評価項目にはどのようなものがあるか。

(回答)【追加：平成 30 年 5 月 2 日】

排せつ支援加算の対象者である「排せつに介助を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる認定調査テキスト 2009 年」版の方法を用いて、排尿又は排便の状態が「一部介助」又は「全介助」と評価された者とされています。

また、「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な対応を行った場合には、6 月以内に「全介助」から「一部介助」以上、又は「一部介助」から「見守り等」以上に改善すると見込まれるものとされています。

したがって、評価項目としては、この項目が改善されかを評価、確認することが必要と考えます。

(根拠法令等) 老企第 40 号第 2 の 5 (35)

問 16 排せつ支援加算について、支援計画に基づく支援を継続とあるが、この支援とは、医療的（薬物療養やリハ等）なものが中心の内容となるのか。それとも介護的（排せつパターンに応じた誘導等）なものを中心とした内容となるのか

（回答）【追加：平成 30 年 5 月 2 日】

支援計画は、対象者が排せつに介護を要する原因を多職種協同で分析し、それに基づいて作成することとされています。

したがって、目指すべき状態と現状とのギャップを解消するための支援の方法は、利用者個々が抱える課題によって異なるものと考えます。

（根拠法令等）老企第 40 号第 2 の 5（35）

問 17 排せつ支援加算について、6 月以内の期間に限り算定するとされているが、算定中の評価は、毎月行う必要があるか。

（回答）【追加：平成 30 年 5 月 2 日】

排せつ支援加算は、算定終了の際にその時点の排せつ状態の評価を記録し、医師等が判断した見込みとの差異があればその理由含めて統括し、記録した上で、入所者又はその家族に説明することとされています。

排せつ状態に関する評価は、算定終了の際は必ず行う必要がありますが、算定期間途中については特段の定めはありません。

したがって、算定期間中のモニタリングの時期及び回数は、施設毎に定めることで差し支えないと考えますが、その時期及び回数等を定めた根拠等については、施設として明確に示していただく必要があると考えます。

（根拠法令等）老企第 40 号第 2 の 5（35）

問 18 生活機能向上連携加算について、現在、老人保健施設に所属する理学療法士との個人契約により、当施設の機能訓練指導員等と共同してアセスメント及び評価等を行っている。この場合、当該加算を算定することは可能か。

（回答）【追加：平成 30 年 5 月 2 日】

生活機能向上連携加算は、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とされていますので、老人保健施設との委託契約等による派遣であれば問題ないと思いますが、個人契約とした場合は、施設の理学療法士等としての訪問とはなりませんので、要件は満たさないものと考えます。

（根拠法令等）厚生労働大臣が定める基準（厚労告 95）四十二の三

【介護老人保健施設】

問1 介護保健施設サービス費（I）の介護保健施設サービス費（i）等を算定すべき介護老人保健施設サービスの基準中、算定日が属する月の前三月間における入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合が百分の十以上である場合とありますが、この喀痰吸引が実施された者について、1日の実施回数、実施した日数、緊急に実施した者は含むのでしょうか。

（回答）

喀痰吸引が実施された者の割合は、月の末日における該当者の割合とされています。

したがって、喀痰吸引が実施された者とは月の末日において医師の指示を受け、喀痰吸引を実施した者となります。

なお、1日の実施回数、実施した日数については特段の定めはありません。

（根拠法令等）老企第40号第2の6（3）

問2 平成30年介護報酬改定Q&A問101の回答のまた書きに在宅強化型から基本型を算定する場合に、（I）の算定要件を満たせば当該変更月より（I）を算定できるとされているが、反対に過去に在宅強化型を算定し、その後要件を満たさず基本型となったが改めて在宅強化型の要件を満たすようになった場合も同様か。

（回答）【追加：平成30年4月6日】

老企第40号第2の6（3）において準用するとされている老企第40号第2の3（1）④及び⑤において、月の末日にそれぞれの算定区分にかかわる施設基準を満たさない場合は、満たさなくなった翌々月に変更の届出を行い、当該月から新たな施設基準に応じた所定単位数を算定することとされています。

平成30年介護報酬改定Q&A問101の回答では、厚生労働大臣が定める基準（厚労告95）第九十号イ又はロで定める指標に影響のない範囲であれば毎月の届出は不要であることに加え、ある月に要件を満たさなくなった場合でも翌月に要件を満たせば翌々月の変更は不要であることを明確にしたものです。

したがって、基本型から在宅強化型に変更となる場合は、届出を行い、当該月より在宅強化型を算定することとなります。

（根拠法令等）老企第40号第2の6（2）において準用する老企第40号第2の3（1）②及び③

問3 在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する介護老人保健施設における在宅復帰在宅療養支援評価指標等に「充実したリハ」が明記されている。この「充実したリハ」は少なくとも週3回以上のリハビリテーションを実施していることとあるが、これは手段リハビリテーション等も含めて週3回以上と解してよいか。また、音楽療法等もこのリハビリテーションに含まれるか。

(回答)【追加：平成30年4月6日】

厚生労働大臣が定める施設基準(厚労告九十六)第五十五号イ(2)のリハビリテーションについては、平成30年介護報酬改定Q&A問106の回答において理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別リハビリテーションを20分程度行うこととされています。

したがって、音楽療法も心身の諸機能の維持回復を図る効果があるとは考えますが、平成30年介護報酬改定Q&A問106の回答を見る限り、このリハビリテーションは基準省令において機能訓練指導員とされている理学療法士等が想定されているものと解します。

(根拠法令等)平成30年介護報酬改定Q&A問106の回答

問4 厚生労働大臣が定める施設基準(厚労告九十六)第五十五号イ(2)(四)に、入所者に対し、少なくとも週3回程度のリハビリテーションを実施していることとあるが、この実施にあたり、利用者又はその家族の同意が得られない場合や体調不良等で週3回以上のリハビリテーションが実施できない場合はどのようにすればよいか。

(回答)【追加：平成30年4月18日】

入所申込時の内容及び手続の説明の際に、在宅強化型の施設であること等を説明し、同意を得るよう努めてください。

なお、利用者の体調不良や外泊等により週3回程度のリハビリテーションを実施できない場合は、提供できなかった理由を記録等に残してください。

(根拠法令等)平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.2)問17回答

問5 在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定要件に「地域に貢献する活動」が追加されたが、この「地域に貢献する活動」には、地域の方々が参加できる講演、イベント、情報提供活動等も含まれるか。

(回答)【追加：平成30年4月6日】

老企第40号第2の6(3)において準用するとされている老企第40号第2の3(1)④及び⑤において、「地域に貢献する活動」のうち、活動とは、健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該老人保健施設の入所者等との貢献に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めることとされています。

したがって、地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであれば、御質問の活動も含まれるものと解します。

(根拠法令等)老企第40号第2の6(3)において準用する老企第40号第2の3(1)④及び⑤

【介護療養型医療施設】

問1 排せつ支援加算について、対象者が排せつに介護を要する要因を他職種が共同して分析し、それに基づいた支援計画を別紙様式6の様式を参考に作成するとあるが、この支援計画中、他職種が共同して分析したことがわかるように記載する必要があるのでしょうか。

(回答)【追加：平成30年4月6日】

老企第40号第2の7(32)で準用する第2の5(35)⑤に支援計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるかとされています。

したがって、施設サービス計画を作成する際に召集して行う会議で、排せつに介護を要する要因を分析し、当該会議の要点等に参加者を記載することでも足りるものと考えます。

(根拠法令等) 老企第40号第2の8(34)で準用する第2の5(35)⑤

問2 低栄養リスク改善加算について、入所者の食事の観察を週5回以上行うとあるが、算定対象者の観察する食事は、経腸栄養での摂取の場合も対象となるか。

(回答)【追加：平成30年4月6日】

低栄養リスク改善加算は、原則として、施設入所時に行った栄養スクリーニングにより、低栄養状態の高リスクに該当する者であって、低栄養状態の改善等のための栄養管理が必要であるとして、医師又は歯科医師の指示を受けた者と対象とするとされています。

したがって、経腸栄養法は中リスクに分類されるため、原則として低栄養リスク改善加算の対象にはならないものと考えます。

(根拠法令等) 老企第40号第2の8(22)で準用する5(22)

【介護予防訪問サービス】

問1 生活援助の担い手として、暮らしサポーターを要請することのだが、介護予防訪問サービスでは、自立支援の観点で援助を行うことが多いが、今般の自立生活支援のための見守りの援助について明確化に伴い、この暮らしサポーターでは、自立生活支援のための見守りの援助は提供できないのか。

(回答)

暮らしサポーターは、生活援助特化型の介護予防訪問サービスに従事することを可能としたものですので、自立生活支援のための見守りの援助は提供できません。

(根拠法令等)