

令和3年度介護報酬改定説明会後の質問事項の回答

(注意事項)

- 現時点における本県の考えです。今後、見解に変更が生じる場合もありますのでご留意ください。
- 厚生労働省から異なる見解が出た場合は、厚生労働省の見解を優先することとします。
- 政令市・中核市所管施設及び地域密着型サービス等については、各市町の見解を優先してください。

番号	事業所・施設サービスの種別	項目	質問事項	回答
1	(各サービス)	基本報酬引き上げ(9月までの0.1%上乗せ)	①毎月の介護報酬請求時に必要な手続きを教えてください。 ②利用者負担も発生するのか。 ③10月に再度基本報酬の改定があるか(令和3年10月から報酬が下がるということか)。 ④利用者一人ひとりその都度の算定か。また1ヶ月分の総単位数に上乗せか。	①介護報酬請求時に、令和3年9月30日までの上乗せ分の請求を行う必要があるため留意が必要。 ②利用者負担も発生する。 ③現時点では未定である。 ④利用者ごとに算定する。また、上乗せ分は、1ヶ月分の基本報酬に0.1%を乗じることとなる。
2	(各サービス)	認知症ケア専門加算、認知症加算	①単位/日とあるのは、実施日について3単位か。利用者ごとに3単位なのか。 ②算定要件の「技術的指導に係る会議を定期的な開催」とは、具体的に月1回または、2月に1回でもいいのか。 ③認知症専門ケア加算(1)について、要件を3つとも満たした状態で加算が算定されるのか。 ④認知症研修は、認知症サポーター研修では認められないのか。 ⑤認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上とは何か。利用者の100分の50人とは何か。具体的な要件を知りたい。 ⑥認知症専門ケア加算の算定要件の研修修了者であるが、この研修の概要を示していただきたい。 ⑦認知症ケア加算を取るためのリーダー研修等は、どこで実施しているのか。 ⑧LIFEへの入力について、訪問看護のリハビリは必要ないか。 ⑨LIFEに登録し、パスワードを取得したら、必ず、データ提出をしなければならないか。 ⑩LIFEは特定の加算(排泄・口腔等)の条件となっている情報のみ提出することも可能か(LIFEで求められる全ての情報を提供しなければならないか)。	①1日あたり利用者ごとに3単位の算定となる。 ②「定期的」とあり具体的な頻度まで定まてはいないが、月単位で算定する以上は、最低でも月1回は開催するものとする。 ③お考えのとおり。 ④認められない。 ⑤日常生活自立度とは、認知症や障害のある高齢者が、どれだけ独力で日々の生活を送ることができるのかを基準別にしたもの。Ⅲは、「日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」が該当する。 ⑥集団指導の資料「2. (1)①認知症専門ケア加算等の見直し」を参照。 ⑦県ホームページを参照(ページタイトル「認知症介護研修(基礎、実践、リーダー、指導者)等」)。 ⑧訪問看護もLIFEの活用は可能である。 ⑨LIFE関連の加算を算定するのであれば、定められた期限までに定期的な提出は必要である。 ⑩厚生労働省の意向にもよるが、提出しない情報に関連する加算を算定させなければ問題ないと考える。
3	(各サービス)	認知症介護基礎研修受講の義務づけ	①過去にヘルパー2級課程を修了した職員や初任者研修を修了した職員は、認知症介護基礎研修を受講しなくてもよいのか。 ②有さない資格には何が含まれるのか。 ③事務職員や、清掃員、経営者や役員等、直接処遇職員でない者も受講義務があるのか。 ④無資格者の認知症介護基礎研修は、市町が主体となって開催していただけないのか。それとも民間企業による研修を受けるのか。	①介護職員初任者研修修了者は、国の解釈通知において「当該義務付けの対象とならない者」と位置づけられている。また、ヘルパー2級課程修了者については、介護職員初任者研修の修了要件を満たしているものとみなされるため、義務づけの対象外になると考える。 ②国の解釈通知及び「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A Vol. 3」(令和3年3月26日)を参照のこと(例えば、認知症サポーター等養成講座修了者が無資格者と位置づけられる。) ③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のないものについては、義務づけの対象外である。 ④県ホームページを参照(ページタイトル「認知症介護研修(基礎、実践、リーダー、指導者)等」)。 https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf29/ninkaigokensvu.html
4	(各サービス)	届出手続き(その1)	①加算等の届出について、尼崎市では4月15日までの届出により、4月分の算定が可能となるとの説明であったと理解した。県内の他の市町村でも同様と考えて差し支えないか。 ②特養の体制状況一覧表に口腔衛生管理加算の欄がないが、記入方法はどのようにしたらよいか。	①差し支えない(県所管サービスに限る)。 ②口腔衛生管理加算については、厚生労働大臣が定める基準に適合する介護老人福祉施設において加算を算定できるが、その旨を届け出る必要が無く、基準に適合しておれば加算を算定できる。なお、基準に適合していることについては、客観的に証明できるよう書類等を保存する必要がある。
5	(各サービス)	届出手続き(その2)	「虐待防止事項を運営規程に追加」とあるが、運営規程を追加改正した場合も届出が必要か。	変更届の提出は必要である。
6	(各サービス)	サービス提供体制強化加算	①サービス提供体制強化加算と日常生活継続支援加算は同時算定は可能か。 ②勤続7年以上30%とは、介護福祉士以外の介護職員や看護師や理学療法士も合算してよいか。 ③加算(Ⅰ)の介護福祉士の割合70%は、みなしでもよいのか。 ④介護福祉士や常勤職員、勤続年数に係る要件に、管理者及び生活相談員は含まれるか。 ⑤職員の勤続年数10年以上は、同一法人内、系列法人グループ内の異動も含めてよいのか、前歴も含めてよいのか。 ⑥勤続年数が3年以上、7年以上の者とは、看護師以外の資格を持つ常勤職員でもいいのか。 ⑦勤続10年以上とあるが一度退職して復職して通算で10年以上では算定要件を満たすことにはならないのか。 ⑧要支援の場合の単位数について見当たらない。 ⑨昨年度の段階で、新しい加算要件を満たしていれば、4月以降加算を算定できるという理解でよいのか。 ⑩加算1のサービスの質の向上に資する取組とは、具体的に何をすればよいのか。 ⑪変更前(Ⅰ)から変更後(Ⅱ)への変更をしたいが、添付書類の内容では従業員の体制(勤務実績)について、どの時点の何か月分が必要か。また、根拠書類の提出は求められた際でよいと記されているが、これまでのような前年度実績は必要か。 ⑫(Ⅱ)の添付書類の中には介護福祉士資格者証の写しは記されていないが必要か。	①不可。留意事項通知を参照のこと。 ②サービスを直接提供する職員であれば合算可能。 ③介護福祉士の資格を有する者であり、みなしは不可。 ④「介護職員のうち」と具体的な職種が明記されている場合は含まれない。また、「サービスを直接提供する職員」とある場合は、生活相談員は含まれるが、管理者は含まれない。 ⑤同一法人内であれば、異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる職種(直接処遇を行う職種に限る)における勤続年数を通算することは可能。グループ法人については、理事長等が同じであったとしても通算できない。 ⑥④と同じ。 ⑦雇用関係が継続していないため算定要件を満たしていない(平成21年4月改定関係Q&A(Vol.1)を参照)。 ⑧介護報酬の算定構造等を参照のこと。 ⑨お考えのとおり。 ⑩サービスの質の向上や利用者の尊厳の保持を目的として、事業所として継続的に行う取組を指すものとする。 (例) ・LIFEを活用したPDCAサイクルの構築 ・ICT・テクノロジーの活用 ・高齢者の活躍(居室やフロア等の掃除、食事の配膳・下膳などのほか、経理や労務、広報なども含めた介護業務以外の業務の提供)等による役割分担の明確化 ・ケアに当たり、居室の定員が2以上である場合、原則としてポータルトイレを使用しない方針を立てて取組を行っていること実施には、取組の意義・目的を職員に周知するとともに、適時のフォローアップや職員間の意見交換等により、取組の意義・目的に則ったケアの実現に向けて継続的に取り組むものでなければならない。 ⑪勤務実績については、直近1ヶ月分のみ提出可。ただし、必要に応じて前年度11ヶ月分の提出を求めることもあるので、事業所内で根拠書類は保管しておくこと(あくまでも県所管のサービスについての取扱方針であり、市町所管のサービスについては、市町担当課に問い合わせのこと)。 ⑫必要である。
7	(各サービス)	LIFE関連(その1)	①VISITの登録のための申請を行い、はがきによる通知が届いた。LIFEに移行して後に登録する場合、現時点の番号およびパスワードはそのまま有効であると考えてよいのか。 ②LIFE(CHASE・VISIT)は、義務ではない(各種加算は取組への評価)との認識でよいのか。 ③LIFEでは、具体的にどのような情報を提出しなければならないのか。 ④具体的にLIFEによる厚生労働省からフォードバックを受ける情報が施設のケアサービスに生かせるのが事例などあれば知りたい。 ⑤LIFEの利用を開始する場合、利用者のデータをサーバーへ送信することになると思うが、個人情報利用同意書内の利用目的の項目に追記して、利用者の同意を得なければならないか。 ⑥LIFEへの入力について、訪問看護のリハビリは必要ないのか。 ⑦LIFEに登録し、パスワードを取得したら、必ず、データ提出をしなければならないのか。	①R3.3までにCHASE及びVISITに登録している場合は、IDやパスワードが引き継がれる。 ②お考えのとおり現時点では義務ではない。 ③令和3年3月16日付け老老発0316第4号「科学的介護情報システム(LIFE)関連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」(厚生労働省老健局老人保健課長通知)を参照のこと。 ④厚生労働省HPや県HPIにLIFEの概要資料を掲載しているので参照のこと。 ⑤LIFE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(令和3年度介護報酬改定に関するQ&A Vol. 3)(令和3年3月26日)。 ⑥訪問看護もLIFEの活用は可能である。 ⑦LIFE関連の加算を算定するのであれば、定められた期限までに定期的な提出は必要である。

8	(各サービス)	LIFE関連(その2)	①厚生労働省への報告頻度について知りたい。 ②①について報告した月のみ加算の算定可能か。	①算定可能頻度は加算によって異なるため、報酬告示を確認すること。 ②毎月算定が可能 (参考)【介護保険最新情報Vol.938科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について】 https://www.wam.go.jp/gvoseiShiryou-files/documents/2021/0317104150569/ksvol.938.pdf													
				<table border="1"> <thead> <tr> <th>加算名</th> <th>提出頻度(時期)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>科学的介護推進体制加算</td> <td>少なくとも6月ごと</td> </tr> <tr> <td>ADL維持等加算</td> <td>対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月の翌月の10日まで</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算(Ⅱ)</td> <td rowspan="4">少なくとも3月に1回</td> </tr> <tr> <td>リハビリテーションマネジメント加算(A)口及び(B)口</td> </tr> <tr> <td>褥瘡マネジメント加算</td> </tr> <tr> <td>褥瘡対策指導管理(Ⅱ)</td> </tr> <tr> <td>排せつ支援加算</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	加算名	提出頻度(時期)	科学的介護推進体制加算	少なくとも6月ごと	ADL維持等加算	対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月の翌月の10日まで	個別機能訓練加算(Ⅱ)	少なくとも3月に1回	リハビリテーションマネジメント加算(A)口及び(B)口	褥瘡マネジメント加算	褥瘡対策指導管理(Ⅱ)	排せつ支援加算	
加算名	提出頻度(時期)																
科学的介護推進体制加算	少なくとも6月ごと																
ADL維持等加算	対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月の翌月の10日まで																
個別機能訓練加算(Ⅱ)	少なくとも3月に1回																
リハビリテーションマネジメント加算(A)口及び(B)口																	
褥瘡マネジメント加算																	
褥瘡対策指導管理(Ⅱ)																	
排せつ支援加算																	
9	(各サービス)	LIFE関連(その3)	①LIFEでデータ提出を行うことで加算を受け、データに不備があった場合、返戻等の対応になるのか。 ②LIFEは特定の加算(排泄・口腔等)の条件となっている情報のみ提出することも可能か(LIFEで求められる全ての情報を提供しなければならないのか)。 ③短期入所生活介護においてもライフ導入を推奨されているように見受けられるが、それに関わる加算は無いように見受けられる。それとも特養に準ずるといふ事で同様の算定が可能なのか。 ④厚生労働省への情報提供の中身について、「前回提出時以降の情報」とはいつ時点のものか。	①お考えのとおり。 ②厚生労働省の意向にもよるが、提出しない情報に関連する加算を算定しなければ問題ないと思われる。 ③短期入所についてはLIFEに関連する加算は有していない。 ④情報提出時の直近のデータを提供する。 10月に情報提供するのであれば10月時点のデータ(厚労省確認済) 例1)4月にサービスを利用開始した場合、4月に4月時点のデータを提供、次回は10月に10月時点の情報を提供 例2)4月にサービスを利用開始し、7月に死亡した場合は、4月時点のデータと7月時点のデータを提供 ↓ 間の数ヶ月分(例1の場合、5~9月)のデータは不要、また、突然の死亡等によりやむを得ず獲得できなかったデータについては提供不要													
10	(各サービス)	科学的介護推進体制加算(その1)	①加算を算定する場合は全ての利用者を算定しないといけないのか。 ②年度途中からの算定は可能か。それとも年初(4月)からしか算定できないのか。 ③厚生労働省へ情報提供した月は毎月算定可能か。 ④科学的介護推進体制加算を算定するにあたり、1. 個別機能訓練計画書2. 通所介護計画書3. 栄養アセスメント加算4. 口腔機能向上加算の4つの加算の更新で状態の変化が見られ計画内容に変化がある場合には算定してもよいのか。 ⑤各種計画書の更新月がバラバラで、毎月どれかの計画書の見直しを行う場合には毎月科学的介護推進体制加算の算定が可能か。	基本的な考え方について、科学的介護情報システム(LIFE)関連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 老老発0316第4号)を参照。 ①利用者全員の情報を入力する必要がある。 ②年度途中からの算定も可能である。 ③可能である。 ④⑤国通知にある提出情報を遅滞なく提出しておれば可能である。													
11	(各サービス)	科学的介護推進体制加算(その2)	①短期入所の算定項目に「科学的介護推進体制加算」の設定がないが、4月時点では、LIFEを運用してなくても影響ないと捉えてよいのか。 ②介護予防も適応されるのか。 ③評価の中にADLの評価があるが、この評価はADL維持等加算の評価と同じものであるが、こちらの評価もADL維持等加算の評価と同様に一定の研修を受けた者が評価すべきなのか。	①介護報酬における加算についてはLIFE未登録のために受けることができない加算はない(他の事業等については各事業の担当窓口にご相談すること)。 ②サービスによって異なる(県HPに掲載の「(別添1)LIFEの活用等が要件として含まれる加算一覧(施設・サービス別)」を参照)。 ③現時点において、国通知ではADL維持加算の要件と同様とまで示していない。													
12	(各サービス)	常勤の考え方	育児時短や介護時短ではないが、週30時間勤務している看護師は常勤と判断できるのか。	育児・介護休業法に基づく、育児・介護の短時間勤務制度の利用する場合のみ週30時間勤務の職員は常勤扱いとなる。 それ以外の者は、これまでどおり、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数(32時間を下回る場合は32時間)に達している必要がある。													
13	(各サービス)	押印不要	①代替手段の具体例とどのようなものか。 ②同意書の代替として、口頭での説明とその記録が良いという解釈でもよいのか。 ③署名・捺印を求めない書類は、どの範囲までか(契約書、重説、計画書、提供票、その他)。 ④利用者が契約書等を電子媒体で確認した場合、確認したことをどのような形で記録すればよいのか。 ⑤運営規程や重要事項説明書等の押印欄を削除したことに伴う変更届の提出	①紙面における署名や、電子署名、電子認証サービスを活用いただくことが考えられる。具体的には、「押印についてのQ&A(令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省)」を参考いただきたい。 ②その後のトラブル回避のため、口頭での説明とその記録の保存のみに留めるのは望ましくない。 ③押印については国の様式例を参考の上、省略可能である。 ④押印欄の削除のみであれば届出は不要。 ⑤いずれも届出不要(運営規程には押印欄は従来からなし、重要事項説明書は届出事由に当たらない)。													
14	(各サービス)	国の通知等	国からのQ&Aは、閲覧できるのか。	国からのQ&Aは兵庫県HPやWAMNET、厚労省HPから確認できます。													
15	通所介護	ADL維持等加算	ADL維持等加算について、R3.4から算定する場合はどうするのか	LIFEの利用申請を行い、ADL維持等加算の届出を行った上で、LIFEが利用できるようになり次第R2の実績を入力する必要がある。													
16	通所リハビリテーション(介護予防を含む)訪問リハビリテーション(介護予防を含む)	リハビリテーションマネジメント加算(その1)	①リハビリテーションマネジメント加算Aについては、リハビリ会議に医師の参加は必須か。 ②「同意日の属する月から6月以内と6月超」により単位数がことなるが、「同意日」とは改定後に同意をもらった月からということか。 ③改定前、加算(Ⅰ)を算定している場合も起算日は改定後に同意をもらった月になるのか。「リハビリテーション会議」についても同様か ④リハビリテーションマネジメント加算のリハビリテーション会議は3か月に1度の開催でよいのか。	①リハビリテーション会議の構成員は、「利用者及びその家族を基本とし、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の方であること。リハビリテーション会議には必要に応じて歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士等が参加することが望ましい。」とされている。 ②改定後ではなく、リハビリテーション計画の同意を得た日から起算する。 ④国通知において、「リハビリテーション計画は、指定訪問リハビリテーションにおいてはおおむね3月に1回、指定通所リハビリテーションにおいては、利用者の同意を得てから6月以内はおおむね1月に1回、6月超後はおおむね3月に1回、リハビリテーション会議の開催を通して、進捗状況を確認し、見直しを行うこと。」とされている。 ※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(老認発0316 第3号老老発0316 第2号、令和3年3月16日)参照													
17	通所リハビリテーション(介護予防を含む)訪問リハビリテーション(介護予防を含む)	リハビリテーションマネジメント加算(その2)	①予防のリハマネジメント加算に代わる加算の有無について。 ②介護予防のリハマネジメント加算が廃止になっているが、プランの作成と会議の必要性の有無。	①リハビリテーションマネジメント加算は、基本報酬に組み込まれることとなったため、代替の加算等はない。 ②プランの作成や会議の必要性がなくなったわけではない。													
18	通所リハビリテーション(介護予防を含む)	リハビリテーション会議	ケアマネジャーが開催する担当者会議は、他業種が一堂に会する良い機会なので、リハビリテーション会議を同時に開催しても差し支えないか。	双方の会議に求められる内容が網羅できるのであれば差し支えないと考える。													

19	通所リハビリテーション(介護予防を含む)訪問リハビリテーション(介護予防を含む)	リハビリテーション提供体制加算	今回の介護報酬改定でリハマネジメント加算Ⅰが廃止となるが、現行ではリハビリテーション提供体制加算の算定要件には、リハマネジメント加算Ⅰ～Ⅳを取得していること、とされている。4月以降、リハマネジメント加算を算定しない場合、リハビリテーション提供体制加算、および、リハマネジメント加算の算定を要件としているその他の加算(短期集中個別リハ実施加算etc...)も算定できなくなるのか。	リハビリテーションマネジメント加算が基本報酬に組み込まれ、当該業務が解釈通知に示された(指定基準上反映された)ことから、前提条件であった「リハビリテーションマネジメント加算の算定」は撤廃された。
20	通所リハビリテーション(介護予防を含む)	短期集中リハビリテーション実施加算(その1)	通所リハビリテーションの短期集中リハビリ実施加算はリハマネジメント加算(Ⅰ)が廃止されたが、算定はできるのか。算定要件はどのようになっているのか。	リハビリテーションマネジメント加算が基本報酬に組み込まれ、当該業務が解釈通知に示された(指定基準上反映された)ことから、前提条件であった「リハビリテーションマネジメント加算の算定」は撤廃された。
21	訪問リハビリテーション(介護予防を含む)	短期集中リハビリテーション実施加算(その2)	訪問リハ短期集中リハ加算 現在の取得要件としては「本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえたりハハビリテーションを実施するよう留意する」とある。今回の改定では訪問リハマネジメント加算Ⅰが訪問リハビリテーション費算定に包括され廃止となるが、趣旨を含めると訪問リハビリテーション費を算定できるすべての事業所が退院後3カ月は当該加算を取得できるものと考えてよいのか。	お考えのとおり、退院日から起算して3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に(効力が生じた日(当該利用者が新たに要介護認定を行った場合は短期集中リハビリテーション実施加算を算定できる)。
22	訪問看護(介護予防を含む)	各委員会設置	高齢者虐待予防や感染予防等の委員会設置は、母体と共通でもいいのか。自事業所内で設置するのか。	委員会設置は、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えないとされており、母体と共通でもよい。
23	訪問看護(介護予防を含む)	退院当日の対応	退院当日の訪問看護について、主治医が必要と認めた場合とは、どのような事をさすのか。医師より別途、指示書等に記入が必要か。	必ずしも主治医から指示書等への記入は必要ではないが、確認したことがわかるよう、適切に記録を残すこと。
24	訪問介護	その他	住宅型有料老人ホームへの加算が可能となったことについて、施設としての加算であり、個別での加算ではないという理解でよいか。また、要支援者に対して同様の単位数が獲得できるのか。	ご存じのとおり住宅型有料老人ホームは介護保険事業者ではないため、施設として介護報酬を受けることはできない(受けることができるのは、あくまでも外部の介護保険サービスを利用する入居者個人である)。
25	短期入所生活介護(介護予防を含む)	送迎加算	ショート利用中、病院まで送迎を行った場合、新たに加算算定が出来るが、病院送迎後(受診、入院)自宅戻らずに施設に戻った場合は加算対象になるのか。	自宅に戻った場合のみ加算対象となる。
26	居宅療養管理指導	居宅療養管理指導	居宅療養管理指導の算定要件で 独歩とあるが、足が不自由な利用者でバス、電車が利用できず自宅から病院までタクシーなら利用してなんとか通院できる利用者は対象となるのか。また、医師が継続的な管理が必要と判断した場合でも独歩で通院が可能ならば算定要件から除外されるのか。	家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる場合は、対象とならない。また、医師が継続的な管理が必要と判断した場合でも、独歩で通院が可能ならば対象とならない。
27	短期入所生活介護(介護予防を含む)	緊急受入加算	緊急受入加算について、デイサービスは2021年3月でコロナの特例加算が廃止と記載はあるが、ショートステイは同様に2021年3月に終了するのか、2021年4月以降も継続して算定してよいのか。	介護保険最新情報915において、「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取扱いについて(第12報)」の特例はR3.3分をもって廃止と記載があるため、短期入所についても通所系と同様にR3.3分をもって廃止となる。
28	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	栄養マネジメント強化加算	①定員70名の特養の場合、常勤の管理栄養士と、もう一人給食管理を行っている常勤の栄養士を配置する必要があるという理解でよいか。 ②同一敷地内に併設している従来型特養とユニット型特養において、同時に算定が可能か。 ③特養(広域型)56名と地域密着型特養17名において、現在、常勤管理栄養士を1名配置して栄養マネジメントを行い、常勤栄養士1名が給食管理を行っている(施設は同一敷地内で併設)。管理栄養士は兼務配置であり、配置人員は定数按分すると広域型0.76人、地密型0.23人となる。一報で、加算算定に必要な配置は、(定数を平均利用人数とした場合)広域型56/70=0.8人、地密型17/70=0.24人となるため、両施設で強化加算の算定は不可となる、という考え方でよいか。 また、この場合において、管理栄養士は広域型でのみ栄養マネジメントを強化して行うということで、広域型のみで届出・算定することは可能か。 ④当施設はユニット型68床と従来型28床を併設しており、常勤管理栄養士と常勤栄養士がいるが、算定要件に係る管理栄養士の配置は入所者数96人を70で除するという考え方でよいか。 ⑤管理栄養士配置数に関する要件として、給食管理を行っている場合は70で除すとあるが、調理等の一部給食管理を委託している施設についても、この要件に該当するのか。 ⑥運営基準の人員配置のルールと同じか。また常勤1名以上とあるが、それを除く人員については非常勤や兼務でも可能か。(労務時間などの仕分けをきちんとして)	①以下のとおり。 ・給食管理を行う常勤栄養士が1人いる場合:管理栄養士が1.0人 (常勤換算で70:1) ・給食管理を行う常勤栄養士がいない場合:管理栄養士が1.4人 (常勤換算で50:1) ②それぞれにおいて、管理栄養士の必要数が配置(常勤換算で50:1又は70:1)を満たしておれば、算定は可能。 ③お考えのとおり。 ④お考えのとおり。平成30年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.4)問25を参照のこと。 ⑤常勤栄養士の配置は、当該施設内の従業者のことであるため、調理等を外部委託し、給食管理も委託業者が行う場合は、栄養マネジメントを行う管理栄養士は50:1の配置要件となる。 ⑥基準省令上の人員配置基準は、「栄養士又は管理栄養士が1以上」とあり、栄養マネジメント強化加算の基準は「栄養マネジメントを実施している管理栄養士が常勤換算で50:1(70:1)以上、とあるので、人員配置基準とは異なる。 なお、「常勤換算」であるので、非常勤は可能であるが、兼務についても、人員配置基準の兼務要件等を満たしておれば差し支えない。
29	通所介護	口腔・栄養スクリーニング加算(その1)	口腔・栄養スクリーニング加算の「口腔の健康状態・栄養状態についての確認」とは、どのような内容のものを確認すればよいのでしょうか。	それぞれ次に掲げる確認を行う。 イ 口腔スクリーニング a 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者 b 入れ歯を使っている者 c むせやすい者 ロ 栄養スクリーニング a BMIが18.5未満である者 b 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」(平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知)に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者 c 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 d 食事摂取量が不良(75%以下)である者 ※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(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び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の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月8日老企第40号)参照
30	通所リハビリテーション(介護予防を含む)	口腔・栄養スクリーニング加算(その2)	口腔・栄養スクリーニング加算に関して、他事業所で口腔機能向上加算をとっていた場合に算定可能か。	これら二つの加算については、ケアマネジメントの過程の中で適切に判断されるものと考えられ、通常、口腔・栄養スクリーニング加算と口腔機能向上加算については、同一の事業所で算定されるものと考えられる。
31	通所リハビリテーション(介護予防を含む)	口腔・栄養スクリーニング加算(その2)	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ:20単位/回(6月に1回を限度)についての考え方について	事業所ごとに月に20単位ではなく、利用者一人につき20単位の算定になる。 例)A氏→6月算定、12月算定 B氏→6月算定、12月は算定なし ⇒6月合計40単位、12月合計20単位
32	(介護予防)通所リハビリテーション(介護予防)訪問リハビリテーション	長期利用減算	長期期間利用の適正化(利用開始日から12月超の減算) ①すでに12か月超利用している者については、この4月から減算が適用されるのか。 ②利用途中で区分変更などにより要支援1→要支援2等になった場合、変更月から新たに利用目がカウントされるという理解でよいか。	①起算は4月からになる(減算摘要開始は、最短で令和4年4月から)(国通知(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)を参照) ②医師の指示内容に変更がある場合、新たに利用が開始されたと考える。

33	介護老人福祉施設	口腔衛生管理加算	口腔衛生管理加算は入所全員が対象か。	入所者ごとの算定である。
34	通所介護	入浴介助加算	①当加算は、利用者ごとに(Ⅰ)(Ⅱ)を選択できるのか。それとも事業所内でまとめて(Ⅰ)または(Ⅱ)をとることが可能か加算(Ⅱ)で届出を提出していても、(Ⅰ)しか要件を満たさない利用者も出てくると思われる。 ②サービス付き高齢者向け住宅の入居者も対象になるか。また、大浴場も可能か。 ③「当該居宅の浴室」の「居宅」とは自分の家だけをさすのか(家族の居宅等も可能か)。自分の家に浴室がない利用者に関しては加算することはできないのか。 ④居宅を訪問して浴室の環境等を評価する者は、医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等とあるが、「等」にはどのような者が含まれるのか(看護師や介護福祉士は可能か)。また、通所介護事業所の職員が評価することは可能か。 ⑤加算2の算定要件の中で「医師等…」と書かれているが、看護師や理学療法士でも算定可能か。 ⑥加算2の算定について、浴槽を使用しないシャワー浴の利用者で、今後もシャワー浴のみの予定の場合は算定は可能なか。必ずしも浴槽の利用が必要であるのか。	①上位加算である入浴介助加算(Ⅱ)の届出を行ってれば、利用者ごとに(Ⅰ)か(Ⅱ)を選択して算定することが可能(※他自治体回答参照(厚生労働省に電話確認と記載)) ②対象となる。(参考)「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A Vol.8」(令和3年4月26日)問1 ③④⑤以下の(ア)～(オ)をすべて満たすことにより、当面の目標として通所介護等での入浴の自立を図ることを目的として、同加算を算定することとしても差し支えない(上記(参考)を参照)。 (ア) 通所介護等事業所の浴室において、医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等(利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員を含む。)が利用者の動作を評価する。 (イ) 通所介護等事業所において、自立して入浴することができるよう必要な設備(入浴に関する福祉用具等)を備える。 (ウ) 通所介護等事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の動作を評価した者等との連携の下で、当該利用者の身体の状態や通所介護等事業所の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成する。なお、個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別の入浴計画の作成に代えることができる。 (エ) 個別の入浴計画に基づき、通所介護等事業所において、入浴介助を行う。 (オ) 入浴設備の導入や心身機能の回復等により、通所介護等以外の場面での入浴が想定できるようになっているかどうか、個別の利用者の状況に照らし確認する。 ⑥入浴には、利用者の自立生活を支援するうえで最適と考えられる入浴手法が、部分浴(シャワー浴)等である場合は、これを含むものとする。
35	通所介護	個別機能訓練加算	①加算Ⅰ(イ)及びⅠ(ロ)の併算不可とあるが、日により、イの算定、ロの算定としても可能か。 (支障事例) ・通常営業では口の算定予定であるが、月に1回程度、機能訓練指導員1人の配置となり口の配置基準を満たさない日がある。 ・(ロ)で届け出ているものの、機能訓練指導員が体調不良等の理由で休んだ場合、機能訓練指導員の配置要件がイの条件になってしまう。 ②以下の機能訓練指導員の配置の場合、Ⅰ(ロ)の算定は可能か。 A) 常勤1名の機能訓練指導員のみの配置 B) 非常勤専従1名+常勤専従1名の機能訓練指導員の配置で、 a 常勤専従の機能訓練指導員のみ勤務している日(非常勤の機能訓練指導員が出勤日でない日) b 常勤専従の機能訓練指導員が休みで、非常勤専従の機能訓練指導員のみ出勤している日 C) 機能訓練指導員の配置時間に定めのない者1名+サービス提供時間帯を通して配置(専従2名) D) サービス提供時間が3時間以上4時間未満の事業所において、 a サービス提供時間内は常時、1名配置 b サービス提供時間内に専従1名と(イ)の時間配置定めのない機能訓練指導員を1名配置	①「併算不可」は、同じ日に同じ利用者に対し(Ⅰ)イ及び(Ⅰ)ロの併算定が不可ということであり、日ごとの機能訓練指導員の配置の実績に応じて(Ⅰ)イ又は(Ⅰ)ロを使い分けて算定することは可能。また、この場合の届出は、(Ⅰ)ロとして記載し提出することで、(Ⅰ)イも記載したとみなす取扱いとする。 ②(Ⅰ)ロの算定に当たり、(Ⅰ)イの配置要件に加えて、サービス提供時間を通じて専従の機能訓練指導員を1名以上配置することが求められているため、(Ⅰ)イの配置要件である「専従の機能訓練指導員1名以上(配置時間の定めなし※、運営基準上1以上の配置が求められている機能訓練指導員でも可。)」を配置したうえで、さらにサービス提供時間を通じて専従の機能訓練指導員を1名以上配置する必要があるため、2名以上の配置が求められる。 A) 算定不可 B) a 算定不可 b 算定不可 C) 算定可 D) a 算定不可 b 算定可 ③(Ⅰ)イの機能訓練指導員は配置時間の定めがないため、機能訓練指導員として専従の時間があればよい。 ④「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.3)(令和3年3月26日)」問58にあるとおり管理者との兼務の場合、加算不可となる。ただし、両方の職務を同時並行的に実施されるのではなく、管理業務に支障がない範囲において、管理者として従事する時間と機能訓練指導員として従事する時間を切り分けて従事する場合、加算可。
36	短期入所生活介護(介護予防を含む)	個別機能訓練加算	算定要件に「個別機能訓練加算に係る機能訓練は、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名以上配置して行うものであること。この場合において、例えば1週間のうち特定の曜日だけ理学療法士等を配置している場合は、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。ただし、この場合、理学療法士等が配置される曜日はあらかじめ定められ、利用者や居宅介護支援事業所に周知されている必要がある。」とあるが、 ①理学療法士の休みの日は「毎週〇曜日」等決めていく方がいいのか。 ②不定期の休みでも可能な場合、1か月の勤務が出た際に居宅・利用者へ周知する必要があるのか。 ※上記算定要件には「例えば」との記載があるが、必ずでは無い可能性もある。	①②「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A Vol.3」(令和3年3月26日)問50を参照のこと。
37	訪問介護	サービス利用	病院から病院への移動は可能になったが、病院から買い物介助をすることについて加算にはならないのか。	加算不可
38	訪問介護	初回加算	初回加算について、事前訪問をして1回目の介入前に亡くなったケースがあるが、利用者には、初回加算を請求することは可能か。(実際にありましたので質問をいたします。)	不可能と考える。
39	訪問介護(介護予防を含む)	看取り対応	看取り期の対応について、看取り期と判断される基準を教えてください(亡くなる数週間前か、医師の意見書で末期と記載された時点か)。	医師の判断による。
40	介護保険施設	安全管理体制	安全対策体制加算について、安全対策担当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。 ※ 日本医療安全管理者協力認定のメディカルリスクマネージャーでもよいか。	・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。 ○一般社団法人兵庫県老人福祉事業協会が実施する「安全対策担当者研修」も外部における研修として取り扱う。 ※(参考)介護保険最新情報Vol.948「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.2)(令和3年3月23日)」問39
41	介護保険施設	褥瘡マネジメント加算	褥瘡マネジメント加算について、(Ⅱ)を算定中に褥瘡を起こした場合、その月は(Ⅱ)は算定できないか。	貴見のとおり算定できない。 ※(参考)介護保険最新情報Vol.952「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(令和3年3月26日)」問104
42	介護老人福祉施設	生活機能向上連携加算	医師等の訪問が難しく、ICT機器を活用している場合、加算Ⅰ、Ⅱの取扱いについてはどうすればよいか。	・加算Ⅰをとる場合は、3月に1回 ・加算Ⅱをとる場合は、実際に医師が訪問する必要がある(ICT活用では不可)。 例)4月から7月までICTを活用している場合、4月は加算Ⅰ、5、6月は算定無し(Ⅱも算定不可)次にとれるのは、7月に加算Ⅰになる。

43	介護老人保健施設	各種加算における実施計画書	「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施契約書」はそれぞれの様式を使用してもよいのか。それとも「別紙様式1-1」の一枚にまとめられた様式を使用するのか。	それぞれの様式を使用してもよいが、別紙様式1-1を用いて計画書を作成した場合、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各関係加算等の算定に際し必要とされる様式の作成に代えることができる。 ※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(老認発0316 第3号老老発0316 第2号、令和3年3月16日)参照
44	介護老人保健施設	所定疾患施設療養費	月をまたいだ場合の算定について	例)4月28日から30日の3日間に引き続き、5月1日から4日の4日間に算定した後、5月中に再度算定できるのか。 →算定できない。(国:介護保険最新情報vol.267「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)」の送付について(210)より また、起算月は処置等を行った日が属する月。
45	介護老人保健施設	褥瘡対策指導管理	当施設には、栄養士のみで管理栄養士がいないが、現在算定している褥瘡対策指導管理(6単位/日)について、改定後の褥瘡対策指導管理(I)(6単位/日)(現行と同じ)は算定不可という理解でよいのか。	算定要件に関与する専門職として管理栄養士が明記されたため、算定不可となる。
46	介護老人保健施設	自立支援促進加算	自立支援促進加算の算定をする手順(PDCAサイクル)について詳しく知りたい。	イ 医師が入所者ごとに、自立支援のために特に必要な医学的評価を入所時に行うとともに、少なくとも6月に1回、医学的評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加していること。 ロ イの医学的評価の結果、特に自立支援のために対応が必要であるとされた者毎に、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員、その他の職種の方が共同して自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。 ハ イの医学的評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直していること。 ニ イの医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報その他自立支援促進の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。(CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用) 上記(イ～ニ)の周期等が要件となる。
47	特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム)	入居継続支援加算	入居継続支援加算の要件である、痰の吸引については回数や頻度の規定はないのか。主治医からの指示書等の必要性はあるのか。	そもそも喀痰吸引は、医師の指示の下に行われるため、回数や頻度についても医師の指示に従っていただく必要がある。
48	特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム)	看取り加算	看取り加算IIについて、夜勤看護師を配置してある日と配置していない日がある場合は算定可能か。	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。 ※介護保険最新情報Vol.948「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.2)(令和3年3月23日)」の送付についての間86を参照
49	居宅介護支援	委託連携加算	①委託連携加算に関して、初回に限って算定ということであるが、委託先から新しい委託先に変更になった場合も、新委託先はこの加算が算定できるのか。 ②委託連携加算について、要介護→要支援へと状態が変わり、同じ委託先である場合、初回加算と委託連携加算の取扱いについて如何。	①初回加算は、具体的に次のような場合に算定される。 (ア)新規に認定を受けて居宅サービス計画を作成する場合 (イ)要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合 (ウ)要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合 ②委託連携加算についても新たにケアプラン等作成し、同上(厚生労働省確認済)
50	居宅介護支援	通院時情報連携加算	①通院時情報連携加算について、複数の病院を受診されている場合、ケアマネはすべての病院に同席することが必要か。居宅サービス計画書は半年に1回だが、記録は半年に1回でよいのか。 ②通院時情報連携加算については、往診の医師同席でのプラン変更でも加算は算定できるのか。	①同席が必要。 [参考]パブリックコメント「令和3年度介護報酬改定に伴う関係告示の一部改正等に関して寄せられたご意見について」 https://public-comment.e-gov.go.jp/servlet/PcmFileDownload?seqNo=0000216024 ②往診や訪問診療では算定不可(厚生労働省確認済)。
51	居宅介護支援	サービス利用	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について利用者に説明する旨を重要事項説明書に記載する必要があるのか。	説明の具体例として、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ことが挙げられています。記載例等は「介護保険最新情報 Vol.3 令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(令和3年3月26日)」問111を参照のこと。
52	居宅介護支援	市町関連(その1)	居宅介護支援についての説明会を開催していただきたい。	居宅介護支援の指定権限は市町にあるため、所在する市町に相談してください。
53	小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)	市町関連(その2)	サ高住と小規模多機能型居宅介護が併設されている。サ高住の同一建物減算がなしになると聞いたのですが、今回の改定で減算なしになると決まっているのか。	地域密着型サービスについては各市町の所管になるため、市町に確認をお願いします。
54	小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)	市町関連(その3)	「地域密着型サービス(特に小規模多機能型)」に関しての、種々の通達・情報・解釈等の説明はないのか。近隣市町村は、地域密着サービス(小規模多機能含む)に関して、別途「Q&A」等 数年前から作成周知している。	地域密着型サービスについては各市町の所管になるため、市町に確認をお願いします。
55	小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)	市町関連(その4)	(介護予防)認知症対応型共同生活介護において他サービス事業所では廃止になる口腔衛生管理体制加算を引き続き算定することはできるのか。	地域密着型サービスについては各市町の所管になるため、市町に確認をお願いします。