

令和2年度

鹿屋市指定介護保険サービス事業者

【地域密着型サービス事業所】

集団指導

## 介護保険法

### 第一条（目的）

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

日時：令和2年8月31日（月）13：30～／15：30～

場所：中央公民館 集会室

## 会 次 第

項 目	ページ
鹿屋市高齢福祉課長あいさつ	
I 令和元年度指導総括 及び令和2年度指導方針について	P 1 ~P22
II 令和元年度介護事故報告総括	P23~P30
III 新型コロナウイルス感染症に係る対応について (1) 基本的事項 (2) 通所介護・短期入所における報酬算定について (3) 運営推進会議及び外部評価について (4) 居宅介護支援等の臨時的取扱いについて (5) 介護支援専門員資格の特例措置について (6) 要介護（要支援）認定の取扱いについて	P31~P32 P33~P44 P45~P48 P49~P50 P51~P52 P53~P55
IV その他 (1) ケアマネジメント基本方針について (2) 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更） 届出書の取扱いについて (3) 災害対策について	P56~P61 P62~P64 P65~P66

※ 携帯電話等をお持ちの方は、他の方の迷惑になりませんようにご配慮ください。

# I 令和元年度指導総括及び令和2年度指導方針について

## 1 実地指導・監査状況

### (1) 実地指導・監査実施状況 (令和元年度現在表記)

事業種別	事業所数	平成29年度		平成30年度		令和元年度	
		実施数		実施数		実施数	
		指導	監査	指導	監査	指導	監査
1 認知症対応型通所介護	6			5			
2 地域密着型通所介護	31	9		10		10	
3 小規模多機能型居宅介護	6			3	1	1	2
4 認知症対応型共同生活介護	35	10		6		9	2
5 地域密着型特定施設入居者生活介護	2						
6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2						
7 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	1			1	1		1
8 介護予防支援	1	1					
9 居宅介護支援	35			6	1	1	2
計	119	20	0	31	3	21	7

・監査は、年度をまたぐものを含む

### (2) 指導件数 (令和元年度現在表記)

事業種別	平成29年度		平成30年度		令和元年度	
	是正改善指導件数		是正改善指導件数		是正改善指導件数	
	文書指摘	口頭指導	文書指摘	口頭指導	文書指摘	口頭指導
1 認知症対応型通所介護	18	52	4	31		
2 地域密着型通所介護			10	77	28	51
3 小規模多機能型居宅介護			1	13		
4 認知症対応型共同生活介護	13	92	13	51	14	72
5 地域密着型特定施設入居者生活介護						
6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護						
7 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					4	12
8 介護予防支援	0	12				
9 居宅介護支援			22	49	4	4
計	31	156	50	221	50	139

※文書指摘 基準違反、介護報酬又は利用者負担金の返納等

※口頭指導 基準違反に結びつく恐れがあるため、改善が必要と認められるもの及びサービスの質の向上に努めるべきもの。

## (3) 指導事項状況

表-3-1

実施年度		平成29年度		平成30年度		令和元年度		合計	
是正改善指導事項		文書指摘	口頭指導	文書指摘	口頭指導	文書指摘	口頭指導	文書指摘	口頭指導
基本方針		1		1	1			2	1
人員基準				1	3	3	2	4	5
設備基準									
運営基準	内容及び手続の説明及び同意（契約の締結）	2	38	5	54	11	34	18	126
	提供拒否の禁止								
	サービス提供困難時の対応								
	受給資格等の確認								
	要介護認定の申請に係る援助								
	心身の状況等の把握								
	居宅介護支援事業者・居宅サービス事業者等との連携								
	法定代理受領サービスの提供に関する援助・報告								
	居宅サービス計画に沿ったサービスの提供								
	居宅サービス計画等の変更の援助								
	身分を証する書類の携行								
	サービス提供の記録		2	1	20		1	1	23
	利用料等の受領		1						1
	保険給付の請求のための証明書の交付								
	介護サービスの基本取扱方針	1	6	14	36			15	42
	介護サービスの具体的取扱方針					5	5		
	計画の作成	22	64	14	41	9	61	45	166
	同居家族に対するサービス提供の禁止								
	利用者に関する市町村への通知								
	緊急時等の対応								
	管理者の責務					1		1	
	管理者の責務による管理								
	計画担当介護支援専門員の責務						1		
	運営規程	1				1		2	
	勤務体制の確保等		13	1	14	3	14	4	41
	衛生管理等			3	1		1	3	2
	掲示		6	1	11	1	4	2	21
秘密保持等		1	2	5	1	4	3	10	
広告									
指定居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止									
苦情処理		1			2		2	1	
地域との連携等		4		7		4		15	

表-3-2

実施年度	平成29年度		平成30年度		令和元年度		合計	
	文書指摘	口頭指導	文書指摘	口頭指導	文書指摘	口頭指導	文書指摘	口頭指導
事故発生時の対応	1	1	2	6	2		5	7
会計の区分								
記録の整備		5		3				8
主治医との関係								
定員の遵守								
非常災害対策		1	1	3	1	4	2	8
入退居、入退所		1		1		1		3
健康管理								
介護等								
食事								
機能訓練								
相談及び援助								
社会生活上の便宜の提供等								
利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付								
協力医療機関等								
調査等への協力等								
居住機能を担う併設施設等への入居								
サービス提供の開始等								
利用者の家族との連携等								
入所者の入院期間中の取扱い								
設備及び備品等								
従業者の健康管理								
変更の届出等			1		1		2	
介護給付費の算定及び取扱い	3	12	3	15	9	3	15	30
計	31	156	50	221	50	139	126	510

## (4) 監査実施状況

事業種別	平成30年度				令和元年度			
	監査実施 事業所数	行政上の措置			監査実施 事業所数	行政上の措置		
		行政処分	是正勧告	監査指摘		行政処分	是正勧告	監査指摘
小規模多機能型居宅介護	1				2	1		
認知症対応型共同生活介護					2			
地域密着型介護老人福祉施設	1				1	1		1
居宅介護支援	1				2	2		1
計	3				7	4		2

- ・実施事業所数は、年度をまたぐものを含む
- ・行政上の措置は、実際の措置（処分・勧告等）を行った年度の数
- ・行政上の措置は、同一事業所に対し同時に処分・勧告・指摘を行う場合がある

## 2 監査における処分事由

種 別	処 分 事 由
事案1 指定取消	①人員基準違反 ・基準を下回る介護職員の配置（昼間（3：1）・夜間（併設施設と兼務）） ・管理者の兼務不可事業所との兼務配置 ②運営基準違反：通所介護事業所において通所介護と合同でサービスを提供 ③不正請求 ・人員基準欠如減算に該当 ・加算要件を満たさない看護職員配置加算を請求 ④不正行為：変更届や実地指導事前提出書類で実態と乖離した勤務表を提出
事案2 効力一部 停止6月	①人員基準違反：基準を下回る看護職員の配置 ②運営基準違反：管理業務に支障を来たす管理者の兼務配置 ③不正請求：加算要件を満たさない看護体制加算を請求

## 3 実地指導・監査における主な指摘内容

●：文書指摘 ○：口頭指導

### (1) 人員に関する基準

種 別	指 摘 内 容
密着通所	●管理者は原則常勤専従と基準で定められているが、隣接の住宅型有料老人ホームと兼務している。兼務先においては、夜勤や介護職の業務を行っており、兼務が認められる「管理業務に支障がない場合」とは言えない。また、他の職員についても、大半が住宅型有料老人ホームと兼務しており、基準で定める「生活相談員または介護職員のうち1人以上は常勤」であることを満たしていない。  ○看護職が機能訓練指導員の職務を兼ねているが、辞令において兼務発令がなされていない。

### (2) 運営に関する基準

#### ① 内容及び手続の説明及び同意・秘密保持等

種 別	指 摘 内 容
共通	【個人情報取扱説明・同意】 ●個人情報取扱説明・同意書が適切に徴されていない。 ・利用者の同意書を徴していない ・ <u>家族の同意</u> を徴していない  【重要事項説明書・契約書等】 ○介護サービス料金について、自己負担額が1割を前提に記載されているため、2割・3割負担の利用者にも対応できる記載内容とすること  ○一部利用者について、重要事項説明・同意書等の同意日が利用開始日の後となっていた。これらについては、原則として利用開始日までに徴するとともに、利用者側都合によるやむを得ない理由等がある場合は、支援経過記録に記載すること  ○重要事項説明書・同意書について、報酬改定（処遇改善加算の変更等）の説明・同意が確認できなかった。  ○計画書や同意書類において、利用者名で同意署名を得るべきところを、家族（代筆者）名で同意を得ている。利用者の同意は本人名とし、本人の署名が困難な場合は、代筆者による記入（代筆者署名を併記）とすること。 また、やむを得ない事情で期日内に代筆者（家族）の同意署名を得難い場合は、連絡経過等を支援経過記録に記載すること。

種 別	指 摘 内 容
共通	<p>○契約書について、事業者分保管分が、双方の署名欄が1頁のみとされていた。契約書としての法的効力を有するために、契約書として編冊した同一ものを2部作成し、利用者と事業者の双方で保管すること。</p> <p>○重要事項説明書について、苦情申出先が最新でないことや、報酬・加算の説明等が一部不足していた（加算の名称や内容、2割・3割負担の注記など）ことから、書式の見直しを検討されたい。</p>
GH	<p>○一部利用者について、認知症診断書の発行日が利用開始日の後となっていた。これらについては、原則として利用開始日までに徴するとともに、利用者側都合によるやむを得ない理由等がある場合は、支援経過記録に記録すること</p>

## ② 介護計画の作成

種 別	指 摘 内 容
共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>●個別援助計画が居宅サービス計画に基づいていない。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・計画期間が居宅サービス計画と一致しない</li> <li>・居宅サービス計画に位置づけがないサービスを提供している</li> </ul> </li> <li>●通所介護事業所のサービス提供が開始された後に通所介護計画が作成されていた。サービス提供前までに通所介護計画を作成し、本人又は家族へ説明し同意を得た後、サービス提供を行うこと。</li> <li>●サービス内容に変更（医療ケアの必要性が出てきた）があったにも関わらず、ケアプランの変更を行っていないのを確認する。利用者の状態変化やサービスの変更があった場合、速やかにケアプランの変更を行うこと。</li> </ul> <p>○利用者や家族、ケアマネとのやり取りなど、各利用者の介護記録以外の支援経過について、居宅支援事業所の「支援経過記録」に準じて記録するよう検討されたい。</p> <p>○介護計画の作成においては、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（アセスメントを経て）作成されなければならないものであることから、ケアマネジメントプロセスの流れを理解した上で作成すること。</p> <p>○通所介護計画書の様式において、説明・交付の有無を確認できなかった。プラン様式の交付欄を「～の説明を受け、同意し、交付を受けました」などとするとともに、支援経過記録に、利用者への交付を記録すること。</p> <p>○モニタリングにおいて、短期目標のサービス内容の項目のうち計画作成者が選択した項目のみを評価し、記録していた。目標を達成したか否かにおいてはサービス内容に記載された全ての項目一つずつの評価が必要となる。サービス内容の全ての項目を一つずつ評価し、記録に残すこと。</p> <p>○施設サービス計画の1表に認定日、認定有効期間の明記がなく、作成年月日、長期目標期間の記載間違いが見られた。記載漏れや誤りのないように公文書として確認できるチェック体制を整えること。</p> <p>○施設サービス計画について、原本を1部作成し、署名、捺印を得た上で本人又は家族に対し原本をコピーして交付していた。計画書については、必ず同じものを2部作成した上で署名、捺印を得た後、本人・家族に1部を交付し、1部は事業所にて保管すること。</p>

種 別	指 摘 内 容
GH	<p>【アセスメント】</p> <p>○課題整理総括表のみの作成を行い、アセスメントを行っていなかった。課題整理総括表の意義を理解し、今後、アセスメントを行った後に課題整理総括表を活用されたい。</p> <p>○アセスメントは期間ごとに実施され、利用者が現在おかれている全体の状況を把握されていた。しかし、施設サービス計画2表にその具体的な内容が記載されておらず、複数の利用者のニーズや長期目標、短期目標が同じ内容であった。施設サービス計画は、アセスメントを活用し利用者ごとのニーズに応じて作成すること。</p> <p>○アセスメント様式の種類に関わらず、課題分析標準項目の23項目を充足することが望ましく、必要な情報を的確に収集し、記録すること。</p> <p>【計画作成・変更】</p> <p>●計画作成に関し、「計画未作成（更新時の暫定プランを含む）」「説明・同意・交付無し」などの不備が確認された。また、本件は計画作成担当者の責任のみならず、法人及び管理者による管理体制も問われるものである。基準に基づき、適正な管理体制を整えること。<b>過誤調整</b></p> <p>●区分変更申請を行った際に暫定プランを作成しておらず、認定結果が出た際に遡って本プランを作成している事例を確認した。一連のケアマネジメントプロセスを踏まえ、区分変更申請の必要があると判断した場合、暫定プランを作成し、サービス担当者会議を開催した上で、区分変更申請の手続きを行うこと。<b>過誤調整</b></p> <p>○季節の行事や地域との交流等に伴う外出、ボランティアや家族等のインフォーマルサービスが行われているにも関わらず、施設サービス計画への位置づけがなかった。施設サービス計画に位置付け、サービスの提供を行うこと。</p> <p>○施設サービス計画について1表・2表について説明し同意を得て交付する旨の記載はあるが、3表に関する記載がない。3表に関しても説明、同意、交付を行っていることから、3表の記載も追加すること。</p> <p>○施設サービス計画に認知症のケアに関する内容が薄い。認知症の状態にある利用者の心身の状況に応じ、利用者の精神的な安定、行動障害の減少及び認知症の進行緩和が図られるように介護サービスを提供し又は必要な支援を行うものとあることから、認知症のケアに関するサービス内容を具体的なものにし、施設サービス計画に位置付けること。</p> <p>○医療サービスが、ほぼ入居者全員の施設サービス計画に位置づけられていた。介護保険サービスは個々の利用者の心身の状況やその利用者を取り巻く環境等を踏まえて、必要性があると判断した場合に利用するものである。再度、個々の利用者の再アセスメントを行い医療サービスの過不足がないよう必要性を検討すること。</p> <p>○今後、<u>必要になるであろうと予測される居宅療養管理指導を施設サービス計画に位置付けていた。</u>アセスメント結果やサービス担当者会議を経て検討した後、適切な時期に施設サービス計画へ位置付けを行い、サービス提供すること。</p> <p>○「長期目標」「短期目標」は、利用者本人の目標であり、当該事業所の目標ではないため、本人のニーズを達成するための長期目標、短期目標を設定すること。そして、「サービス内容」と「担当者」は、連動した記載の仕方を工夫すること。（「六訂 居宅サービス計画書作成の手引き」より）</p>



種 別	指 摘 内 容
GH	<p>○施設サービス計画のサービス内容に実際に行っている必要な援助の記載がなかった。サービス内容は「短期目標」の達成に必要であって、最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載すること。当該計画作成時において既に行われているサービスについて、利用者及びその家族によりサービスが行われている場合には担当者欄に本人家族を位置付けること。</p> <p><b>【サービス担当者会議、説明・同意・交付】</b></p> <p>○主治の医師等について施設サービス計画成案の交付を行っていない。主治の医師等についても施設サービス計画を交付し、支援経過記録やサービス担当者会議録に記載すること。</p> <p>○サービス担当者会議の出席が利用者、家族、計画作成担当者のみで開催されていた。会議へ出席の呼びかけを行うこと。また、会議に出席できない場合は照会を依頼すること。</p> <p>○施設サービス計画について、医療連携体制加算や訪問診療等の医療機関に係るサービスの位置づけはあるが、サービス担当者会議への参加依頼やサービス担当者会議の開催に伴う照会等を依頼する記録が確認できなかった。サービス担当者会議への参加依頼や照会等の専門的な見地から意見を求め施設サービス計画の作成を行うこと。</p> <p>○施設サービス計画の1表から3表とその計画の同意書が一式で簿冊に綴じられていなかった。施設サービス計画の1表から3表と同意書は一式で管理し、他の書類も管理しやすいように時系列、項目ごとに整理して綴じる工夫をすること。</p> <p><b>【モニタリング】</b></p> <p>○モニタリング項目において、変化がない項目については記載がないものがみられた。モニタリングは施設サービス計画のサービス内容に沿って項目ごとに全ての評価を実施するように工夫すること。</p> <p>○モニタリングの内容が施設サービス計画の短期目標に沿って行っており、サービス内容の項目ごとに評価がされていない状況がみられた。モニタリングは施設サービス計画のサービス内容に沿って項目ごとに全ての評価を行い、次の施設サービス計画に繋げること。</p> <p><b>【支援経過記録・介護記録】</b></p> <p>○計画作成担当者変更の記録等がなかった。マネジメントの一連の業務を行う必要がないと判断した「軽微な変更」の際には、その経緯を利用者の支援経過記録等（担当計画作成者の変更）を記載すること。</p> <p>○支援経過記録の内容が、ほぼ介護記録であった。本来、支援経過記録は、計画作成担当者がケアプランを作成するために行われる必要なケアマネジメントの内容を記載するものである（計画作成日、アセスメントした日、モニタリングした日、サービス担当者会議を開催した日、本人の状態変化や家族や各担当者とのやりとりの内容等）。改めて、支援経過記録に記載する内容を再認識すること。（「六訂居宅サービス計画書作成の手引き」P23）</p> <p>○日々の介護記録の内容で情報が重複するものがあつた。目的の異なる簿冊間で同じ内容の記載が発生することはやむを得ない部分もあるが、多重化することで利用者の状況が逆に見えにくくなったり、また、職員の記録作業の効率化や短縮化を阻んだりすることに繋がることから、様式を見直し、情報のシンプル化、事務作業の簡素化等を図ること。</p>

種 別	指 摘 内 容
密着通所	<p>【アセスメント】</p> <p>○アセスメントが項目のチェックのみの記載となっていたため、利用者の状況が分かりづらい。通所介護計画を作成するにあたり、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行うこと。</p> <p>○退院時の再アセスメントがなくケアマネジャーの見解で「状態に変化は見られない」として入院前の施設サービス計画の内容をそのまま継続していた。アセスメント様式(ツール)を使用し、状態に変化がないという客観的な判断を行うこと。</p> <p>【計画作成・変更】</p> <p>●居宅サービス計画の更新時に通所介護計画をパソコンのデータ上は作成したが、印刷出力されていない利用者を確認した。通所介護事業所の管理者は通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た上で、計画書を交付すること。</p> <p>○通所介護の屋外サービスについて、居宅サービス計画に位置づけされていない。また、屋外サービスにおける機能訓練の位置づけが通所介護計画に無い。</p> <p>○通所介護計画の作成に当たり、居宅サービス計画のサービス内容を事業所にて要約している状況があり、居宅サービス計画で位置付けたサービス内容の一部が通所介護計画に一部反映されていない状況も確認した。要約する場合は、本来の居宅サービス計画の主旨から反しない範囲とすること。</p> <p>○服薬介助の行為について、居宅サービス計画に位置づけのないサービス内容については本来提供できない。指定地域密着型通所介護は、居宅サービス計画に沿ってサービス提供しなければならないことから、援助内容の必要性があるのであれば担当の介護支援専門員に居宅サービス計画への位置付けを依頼し、通所介護計画に載せ説明・同意を得てサービス提供を行うこと。</p> <p>【モニタリング】</p> <p>○モニタリングを毎月行っているが、指定居宅介護支援事業所に毎月提出する報告書も兼ねており、モニタリング内容が通所介護サービスに沿っていない。サービス内容について全てをモニタリングすること。一方、モニタリングする時期は、利用者の状態が通所介護計画を変更するような大きな状態変化がある場合を除き、必ずしも毎月行わなくても構わないので、事業所内で検討されたい。  <u>※予防プランに係るものは毎月報告が必要</u></p> <p>○通所介護計画のモニタリングについて、評価項目がサービス実施の項目のみで、利用者の達成度や満足度に関する項目がないことから、短期目標の更新や次期計画の作成などに活用・反映できるよう、適切な評価項目を設定すること。</p> <p>【介護記録】</p> <p>○介護記録において、当日の自己都合による早退があった利用者について、介護記録等において理由等の記載が無く、また、業務日誌との記録に整合が無いものが確認された。理由等は確実に記録するとともに、関係書類については整合を図ること。</p> <p>○介護記録に記載はあるが業務日誌に記録が無いなど、介護記録と業務日誌の整合が無い利用者が散見された。また、介護記録に「送り時間」欄があるものの記入されておらず、利用者ごとのサービス終了が確認できなかった。双方とも報酬請求の根拠になるものであり、記録誤り・漏れを防ぐようチェック体制を整えること。</p>

### ③ 取扱方針

種 別	指 摘 内 容
GH	<p>○自己評価及び外部評価の結果の公表について、基準が示す開示方法等による公表がなされていない。基準が定める公表を行うことによるサービスの質の改善を図ること。</p> <p>●認知症対応型共同生活介護事業所は、身体的拘束等の適正化のための指針を整備しなければならないが、指針自体は確認できたものの、その内容が不十分であることから、基準及び解釈通知に示されている項目を盛り込んだ指針を再度整備し直すこと。</p>

### ④ 運営規程・掲示・記録の整備

種 別	指 摘 内 容
共通	<p>●運営規定の概要、介護従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項が掲示されていない。基準に基づき、掲示すること。</p> <p>●苦情の内容等の記録を「2年間保存」と定めているが、鹿屋市の基準条例においては「5年間保存」と定めているので、運営規程を変更するとともに、記録の保存年限に留意すること。</p>

### ⑤ 勤務体制の確保等

種 別	指 摘 内 容
共通	<p><b>【勤務体制】</b></p> <p>○辞令が発令されていない従業者が複数いたことから、「介護職員」「計画作成担当者」等の職種名を明記した辞令の発令を行うこと。</p> <p>○タイムカードについて、手書き修正の訂正印や管理者等の確認印が無いもの、修正テープによるものなど不備が散見されたため、適切に処理すること。</p> <p>○ユニット別勤務表において、兼務者を中心にユニット別に整理されていなかった。専従者を基本に整理し、兼務者は勤務日等を明確にユニット別に位置付け、管理すること。</p> <p><b>【研修】</b></p> <p>●職員の研修について、年度中に全く実施されていない。安全で安心なサービス利用環境の整備やサービスの質の向上を図るためにも、研修計画を立てるなどし、従業者の資質の向上に努めること。</p> <p>●外部研修への参加実績が全くない（少ない）。</p> <p>●内部研修については実施があるものの、回数が少なく、記録が不十分である。</p> <p>○高齢者虐待、身体拘束廃止について理解が不十分である。マニュアルや資料の見直しや追加を行い、事業所全体で理解が深まるよう研修等に取り組むこと。</p>

### ⑥ 衛生管理等

種 別	指 摘 内 容
共通	<p>○浴槽の塩素濃度測定・記録は適切に行われていたが、2回目の測定結果が推奨濃度「0.2～0.4ppm」を下回る「0.1ppm」の記録が月数回確認された。2回目の測定は入浴介助の最後とのことであるが、測定のタイミングを若干前倒するなど、推奨濃度を下回らないように対応すること。</p>

⑦ 苦情処理

種 別	指 摘 内 容
共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>●相談窓口や苦情処理の体制及び手順等、事業所における苦情処理の措置の概要を明らかにし、利用者・家族への説明文書に記載するとともに、事業所に掲示することとされているが、いずれも行われていない。</li> <li>●苦情処理の体制について、事業所のみ相談連絡先の記載であり、市や国保連などの連絡先や、苦情処理の体制・手順の記載が無かった</li> </ul>

⑧ 地域との連携等（運営推進会議）

種 別	指 摘 内 容
共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域との連携について、近隣の保育所との交流は行われているが、基準が求める地域住民やボランティア団体の自発的な活動への協力といった意味での連携については不十分である。運営推進会議や避難訓練等の機会を活用し、情報交換や連携に努めること。</li> <li>○運営推進会議の記録について、作成されているものの公表されていないことから、掲示物に準じて備え置くなどの方法により、公表を行うこと。</li> </ul>

⑨ 事故発生時の対応、事故発生の防止

種 別	指 摘 内 容
共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>●ヒヤリハット記録の中に、市への報告対象であるにも関わらず報告されていない記録が確認された。事故報告対象事例が発生した場合には速やかに市へ報告書を提出すること。</li> </ul>

⑩ 非常災害対策

種 別	指 摘 内 容
共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>●消防訓練について、消防法では年2回の訓練を行うことが定められており、事業所の重要事項説明書においても毎年2回（5月・11月）訓練を実施する旨が規定されていることから、年2回の訓練を計画的に実施するよう改善すること。</li> <li>○防災訓練について記録が不十分であることから、訓練の全体像が分かるよう記録を整備すること。</li> <li>○地域消防団や地域住民に消火・避難への協力をもらえる体制作りに努めること。</li> <li>○防災業者による消防設備の点検が行われていないことから、消火器等を含めた消防設備について専門業者の点検や助言を受けるよう検討すること。</li> </ul>

(3) 変更の届出等

種 別	指 摘 内 容
共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>●管理者の変更に係る変更届が提出されていないため、速やかに変更届の提出を行うこと。</li> </ul>

#### (4) 介護給付費の算定及び取扱い

種 別	指 摘 内 容
共通	○介護職員処遇改善加算について、事業者からの説明の内容や頻度について明確に確認できなかった。本加算従業者への周知・説明が加算要件の一つとなっていることから、周知の時期や方法について示すことができるよう努めること。
密着通所	●利用回数及び入浴加算について過請求があった。 <b>過誤調整</b> ●途中早退者（家族迎え）について過請求があった（送迎減算）。 <b>過誤調整</b>
GH	●初期加算について過請求があった（算定期間中の外泊や入院）。 <b>過誤調整</b> ●「重度化した場合における対応に係る指針」について、それと思われる書式はあったが、名称や内容など医療連携体制加算の算定に基づく指針であるか明確な書式ではなかった。加算要件を具備した指針として書式を再整備すること。 ○医療連携体制加算(I)について、利用者1名の重度化指針同意書面が確認できなかった。所在を確認し適切に保管するとともに、不明の場合は直近において同意を得ること。

#### 【参考】居宅介護支援事業所での指摘内容（※密着にも関連する事項）

種 別	指 摘 内 容
口頭指導	○利用者が利用しているサービス事業所の個別援助計画書が、居宅支援事業所に提出されていない。 ※居宅支援⇄サービス事業所の相互で、計画書・担当者会議録等の交付・提供を適切に行うことで、連携の強化と双方の事務負担軽減を図ってください

#### ◎ 特に留意いただきたい事項

##### (1) ケアプラン（介護計画）の取扱い

- 介護認定や居宅サービス計画に基づかない介護計画によるサービス提供は、介護報酬の返還対象となる場合がある（特に、更新認定時の暫定プランについては要注意）
- 管理者による管理はもとより、介護職等とも共有を図り、作成ミス未然防止を図ること

##### (2) 勤務体制の整備

###### ①兼務について

- i) 兼務において勤務時間合算（重複）が認められない職種は、勤務時間を切り分ける
  - 重複が認められる職種：「管理者」と「介護職」など
  - 重複が認められない職種：「介護職」と「計画作成担当者」など
- (例) GHの「管理者」が「介護職」と「計画作成担当者」と兼務の場合  
⇒介護職と計画作成担当者は勤務時間を切り分ける（例：4時間＋4時間）  
この場合、管理者としては4＋4＝8時間となる
- ※兼務が認められる場合も「管理上・利用者の処遇上支障がない」場合に限られる
- ii) 事業所間・ユニット間の兼務者は、それぞれの勤務表において記載・管理すること
- iii) 事業所内職種間の兼務者においても、iiと同様にそれぞれで管理することが望ましい

※個別の加算要件（人員配置）については、人員基準と合わせて満たす必要があるため、加算ごとに加算が定める人員配置を満たしているか確認すること

同一事業所及び同一敷地内事業所間の兼務及び勤務時間合算の可否

（例：地域密着型通所介護事業所の場合（加算要件を除く））

事業所・施設 種別	職種・兼務の可否等	指 定 地 域 密 着 型 通 所 介 護 事 業 所									
		管理者（※1）		生活相談員（※2）		看護職員（※3）		介護職員（※4）		機能訓練指導員（※5）	
		兼務の可否	勤務時間合算の可否	兼務の可否	勤務時間合算の可否	兼務の可否	勤務時間合算の可否	兼務の可否	勤務時間合算の可否	兼務の可否	勤務時間合算の可否
指定地域密着型通所介護事業所	管理者（※1）	/	/	○	○	○	○	○	○	○	○
	生活相談員（※2）	○	○	/	/	○	×	○	×	○	×
	看護職員（※3）	○	○	○	×	/	/	○	×	○	○
	介護職員（※4）	○	○	○	×	○	×	/	/	○	×
	機能訓練指導員（※5）	○	○	○	×	○	○	○	×	/	/
介護老人福祉施設	管理者（※6）	○	○	○	×	○	○	○	×	○	○
	医師（※7）	○	○	○	×	○	○	○	×	○	○
	生活相談員（※8）	○	○	○	×	○	○	○	×	○	○
	介護職員又は看護職員（※9）	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×
	栄養士（※10）	○	○	○	×	○	○	○	×	○	○
	機能訓練指導員（※11）	○	○	○	×	○	○	○	×	○	○
	支援専門員（※12）	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
指定訪問介護事業所	管理者（※1）	○	○	○	×	○	○	○	×	○	○
	訪問介護員（※13）	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×

※ 常勤換算を行う場合の勤務時間数は、当該事業所の指定にかかる事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該事業所が訪問介護と訪問看護の指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が訪問介護員等と看護師等を兼務する場合、訪問介護員等の勤務時間延べ時間数には、訪問介護員等としての勤務時間だけを算入することとなるものであること。

※1（管理者） 専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、事業所の管理上支障がない場合は、当該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ものとする。（指定地域密着型通所介護事業所・指定訪問介護事業所）

※2（生活相談員） 指定地域密着型通所介護の提供日ごとに、当該指定地域密着型通所介護を提供している時間帯に生活相談員が勤務している時間数の合計数を当該指定地域密着型通所介護を提供している時間帯の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

※3（看護職員） 指定地域密着型通所介護の単位ごとに、専ら当該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

※4（介護職員） 指定地域密着型通所介護の単位ごとに、当該指定地域密着型通所介護を提供している時間帯に介護職員が勤務している時間数の合計数を当該指定地域密着型通所介護を提供している時間帯の時間数で除して得た数が15人までの場合にあっては1以上、15人を超える場合にあっては15人を超える部分の数を5で除して得た数に1を加えた数以上確保されるために必要と認められる数

※5（機能訓練指導員） 1以上

※6（管理者） 施設長1（老人福祉法：特別養護老人ホーム）

※7（医師） 入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数

※8（生活相談員） 入所者の数が100又はその端数を増すごとに1以上とすること（原則として常勤）。

※9（介護職員又は看護職員） 常勤換算方法で、入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上とすること。

※10（栄養士） 1以上

※11（機能訓練指導員） 1以上

※12（支援専門員） その業務に専ら従事する常勤の者1以上、ただし増員に係る非常勤の介護支援専門員については、この限りでない。

※13 訪問介護員の員数は、常勤換算方法で、2.5人以上とする。

## ②介護保険施設の夜勤体制における労働基準法上の取扱い

### 【GH、小規模多機能における夜勤者基準】

介護保険法上：夜間及び深夜の時間帯を通じて1以上

労働基準法上：少なくとも1時間の休憩時間を労働時間の途中に与えなければならない

↓

(特例) 当該介護従業者は、休憩時間を事業所内で過ごしていれば、夜間及び深夜の時間帯を通じて1以上の介護従業者に夜間及び深夜の勤務を行わせているものと取扱う

※法定休憩時間については、確実に付与すること

「認知症高齢者グループホームにおける夜間及び深夜の勤務の取扱いについて(疑義回答)」  
(H15.3.31 老計発 0331002 他) 【介護報酬の解釈 3 Q A 法令編(緑本 H30 版) P495】

認知症高齢者グループホームにおける夜間及び深夜の勤務に係る規定の取扱いは以下のとおりである。

① 認知症高齢者グループホームにおいて夜間及び深夜の勤務に従事する介護従業者には、労働基準法第34条の規定に基づき、少なくとも1時間の休憩時間を労働時間の途中に与えなければならない。

② この場合において、次に掲げる条件が満たされていれば、夜間及び深夜の時間帯を通じて1以上の介護従業者に夜間及び深夜の勤務を行わせているものと取り扱って差し支えない。

「当該介護従業者は、休憩時間を事業所内で過ごすこと。仮に、当該介護従業者が休憩時間中に当該事業所を離れる場合にあつては、あらかじめ、十分な時間的余裕をもって使用者にその意向を伝え、使用者が当該時間帯に必要な交替要員を当該事業所内に確保できるようにすること。」

③ なお、認知症高齢者グループホームにおいては、夜間及び深夜の勤務に従事する介護従業者が労働基準法に則って休憩時間を取得できるようにする必要があるが、労働基準法第89条において、休憩時間については、就業規則に明記しなければならないこととされているため、常時10人以上の労働者を使用する認知症高齢者グループホームにあつては、就業規則において、夜間及び深夜のうち休憩時間とする1時間以上の時間帯をあらかじめ明示的に定めておく必要がある。就業規則において休憩時間を一義的に定め難い場合にあつては、基本となる休憩時間として夜間及び深夜の時間帯のうち休憩時間とする1時間以上の時間帯をあらかじめ明示的に定めるとともに、休憩時間については具体的には各人毎に個別の労働契約等で定める旨の委任規定を就業規則に設ける必要がある、さらに、個別の労働契約等で具体的に定める場合にあつては、書面により明確に定めておく必要がある。なお、常時10人未満の労働者を使用する認知症高齢者グループホームにあつても、労働条件を明確化する観点から、就業規則を作成することが望ましい。

また、当該時間帯は当該介護従業者が就労しないことが保証されている時間帯であるが、仮に入居者の様態の急変等に対応して当該介護従業者が労働した場合には、当該労働に要した時間に相当する時間を当該夜間及び深夜の時間帯の中で別途休憩時間として取得する必要があるため、別途の休憩時間を取得した場合にはその旨を記録しておく旨の取扱いを定めておくことが望ましい。

## ③労働時間（休憩等）について

○法定休憩時間については、確実に付与すること（②は夜勤帯の特例）

○通所系サービスにおいては、人員基準の算定上、休憩時間も勤務延時間数に含めてよいことになっている（緑本 H30 版 P372）が、労働基準法上の休憩時間は原則どおり。

※休憩時間＝労働者が労働から離れることが保障されている（自由である）時間  
（県集団指導資料（共通資料 1-6）も参照のこと）

### (3) 利用料等の受領（「その他日常生活費」等の取扱い）

#### ①利用料の区分（請求書・領収書等は、明細を以下のとおり区分すること）

区 分		明細	内容や額
サービス 利用料	介護サービス費の自己負担分	・基本報酬 ・各種加算等	運営規程に定め、 <u>揭示</u> するとともに、利用者 <u>に説明し同意</u> を得ること
	その他（介護保険外）の費用 ・食事代 ・おむつ代 ・その他日常生活費 など （※基準で認められた費用）	・費目ごとに 明細を明記 （単価×数量）	
サービス提供とは関係のない費用 個人の嗜好または個別の生活上必要に応じて購入するもの		・費目ごとに 明細を明記 （個別領収書等）	利用者に <u>説明し同意</u> を得ることなど、同様の取扱いが適当

#### ②その他（介護保険外）の費用について

- 介護報酬に含まれると解される費用については、徴収不可
- 徴収できる費用は、サービスごとに基準で定められている（次表③）
- うち、「その他日常生活費」については、利用者等の自由な選択により提供されるもの（一律の提供・徴収は不可）（次頁④）

#### ③利用料等の受領に関する根拠（基準関係）

基準項目	根拠（基準の内容）
基本方針 ※介護（の定義）	入浴、 <u>排せつ、食事等の介護</u> その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行う
設備・備品 （介護の提供）	事業所は、 <u>介護の提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない</u> （※上記の「介護の提供」に含まれる経費は、 <u>介護報酬に含まれる</u> ）
衛生管理・ 感染症防止	事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、 <u>衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じなければならない。</u>  事業者は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように <u>必要な措置を講ずるよう努めなければならない。</u>  （※上記の義務に含まれる経費は、 <u>介護報酬に含まれる</u> ）
受領できる利用 料等	事業者は、（介護報酬の利用者負担分のほか）次に掲げる費用の額の <u>支払</u> を利用者から受けることができる。  ・通常の実施地域以外の利用者の送迎に要する経費（通所系） ・通常の実施地域以外の利用者の訪問に要する交通費（定期巡回、小多機） ・食事の提供に要する費用（定期巡回・特定施設を除く、GHは食材料費） ・宿泊に要する費用（小多機） ・おむつ代（定期巡回、密着特養を除く） ・理美容代（GH、密着特養） ・居住に要する経費（密着特養） （※GH、特定施設は、老人福祉法に基づき家賃・敷金等を徴収） ・上記のほか、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者等に負担させることが適当と認められる費用【＝その他日常生活費（次表④）】（定期巡回を除く）



④日常生活費に関する通知関係

通知等	通知等の内容
<p>日常生活費用の取扱いについて (H12. 3. 30 老企第 54 号)</p> <p>介護報酬の解釈 2 指定基準編 (赤本 H30 版) P1112</p>	<p>1 「その他日常生活費」の趣旨 「その他日常生活費」は、利用者等又はその家族等の自由な選択に基づき、事業者又は施設が介護の提供の一環として提供する日常生活上の便宜に係る経費</p> <p>2 「その他日常生活費」の基準 ①保険給付（介護報酬）との重複が無いこと ②費用の内訳が明確である必要があること ③利用者等の自由な選択に基づくもの ④実費相当額の範囲内であること ⑤対象や額は運営規程に定め、揭示（変動経費は「実費」という定め方も可）</p> <p>別紙 サービス種別ごとの「その他日常生活費」の具体的範囲 ① 利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用（全） ② 利用者の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用（GH、特定施設、密着特養を除く）</p>
<p>介護保険施設等における日常生活費等の受領について (H12. 11. 16 老振第 75 号、老健第 122 号)</p> <p>介護報酬の解釈 2 指定基準編 (赤本 H30 版) P1116</p>	<p>1 日常生活費等の受領に係る同意について 介護保険施設等は、運営基準に基づき、日常生活費等に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者等又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用の額について懇切丁寧に説明を行い、利用者等の同意を得なければならないものであるが、当該同意については、利用者等及び介護保険施設等双方の保護の立場から、当該サービス内容及び費用の額を明示した文書に、利用者等の署名を受けることにより行うものとする。 この同意書による確認は、（略）、利用又は入所の申込み時の重要事項説明に際し、日常生活費等に係る具体的なサービスの内容及び費用の額について説明を行い、これらを明示した同意書により包括的に確認する方法が基本となるが、以後当該同意書に記載されていない日常生活費等について別途受領する必要があるときは、その都度、同意書により確認するものとする。 なお、日常生活費等に係るサービスについては、運営基準に基づき、当該サービス内容及び費用の額を運営規程において定めなければならないが、また、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、事業所又は施設の見やすい場所に揭示しなければならないことに留意されたい。</p> <p>2 日常生活費等の範囲等（略）</p> <p>3 日常生活費等とは区分される費用 個人の嗜好または個別の生活上必要に応じて購入するもの</p> <p>4 その他 介護保険施設等が利用者等に対して交付する領収証には、介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）に基づき、日常生活費等及び上記 3 の費用の額を、介護保険の給付に係る利用料の額と区分した上で、それぞれ個別の費用ごとに区分して記載する必要があることに留意されたい。</p>

### ⑤具体例について

種別	徴収の可否等
トイレトペーパー	事業所共用のものについては、利用料としての徴収は不可 利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合で、利用者の同意がある場合は徴収可能
使い捨て手袋（プラスチック手袋）	衛生管理、感染防止のため、事業者が準備しておくべきものであり、利用料としての徴収は不可
おしりふき	お尻ふきを使用しなければケアできない状態の利用者であれば、（排せつ介助に含まれ）事業者負担となり、利用料としての徴収は不可 本人・家族等の希望で個別に使用している場合は徴収可能
失禁シート（防水シート）	事業所で一律に準備しているものについては、利用料としての徴収は不可 利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合で、利用者の同意がある場合は徴収可能
とろみ剤	嚥下困難な高齢者など利用者の特性に応じて食事を提供する場合の費用（刻み食の調理やとろみ剤等にかかる経費）については、介護サービス（食事介助）の一環として提供されるものであり、基本的に事業所負担となる（徴収不可）。「利用者希望による」など個別の疑義については、お問い合わせください。  (参考) 介護報酬の解釈 3 Q A 法令編(緑本 H30 版) P424 : Q22
栄養補助剤 フレーバー	利用者個別に必要な場合（医師等からの指示、プランでの位置づけなどによる）で、利用者の同意がある場合は徴収可能 利用者全員に食事として提供する場合は食費に含まれるものとみなし、利用料としての徴収は不可
尿取りパッド リハビリパンツ	利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合で、利用者の同意がある場合は徴収可能
レクリエーション費	利用者に対して一律（全員）に提供されるものに係る経費については、徴収不可

### ⑥ 事業所での自己点検について

- 使い捨て手袋については、基本的にいかなる場合も徴収不可であり、該当する徴収があった場合は、自己点検の上、利用者に返還すること
- その他（おしりふき等）については、徴収できる場合と徴収できない場合等について自己点検し、今後においては厳正に取り扱うこと
- 徴収できる費用についても、運営規程や重要事項説明書に掲げ、利用者の同意を得る必要があることから、未対応の事業所においては早急に対応すること（※今後においては、利用者同意等の無い費用は徴収不可と取り扱う）。

### (4) 身体拘束廃止未実施減算（GH、特定施設、密着特養）

- 以下については減算対象となるので、再度、自己点検をお願いします。
  - ・やむを得ず身体拘束等を行った際の記録を行っていない
  - ・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催していない
  - ・身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない
  - ・身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施していない

#### 4 法令遵守の徹底～行政処分に至らないために

##### (1) 基本原則の再確認を（介護保険法（目的等）及び基準各サービス基本方針）

法第1条	この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が <u>尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう</u> 、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、 <u>国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。</u>
法第2条 第3項	保険給付は、 <u>被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。</u>
基準 第3条の4	<u>定期巡回・随時対応型訪問介護看護</u> の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が <u>尊厳を保持し、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう</u> 、定期的な巡回又は随時通報によりその者の居宅を訪問し、入浴、排せつ、食事等の介護、日常生活上の緊急時の対応その他の安心してその居宅において生活を送ることができるようにするための援助を行うとともに、その療養生活を支援し、 <u>心身の機能の維持回復を目指すものでなければならない。</u>
基準 第19条	<u>地域密着型通所介護</u> の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう <u>生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るもの</u> でなければならない。
基準 第41条	<u>認知症対応型通所介護</u> の事業は、要介護状態となった場合においても、その <u>認知症である利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るもの</u> でなければならない。
基準 第62条	<u>小規模多機能型居宅介護</u> の事業は、要介護者について、その居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは <u>短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにするもの</u> でなければならない。
基準 第89条	<u>認知症対応型共同生活介護</u> の事業は、要介護者であつて <u>認知症であるもの</u> について、共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。
基準 第109条	<u>地域密着型特定施設入居者生活介護</u> の事業は、施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うことにより、入居者が施設においてその <u>有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするもの</u> でなければならない。

基準 第 130 条	<u>地域密着型介護老人福祉施設</u> は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排せつ、食事等の介護、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 <u>能力に応じ自立した日常生活を営む</u> ことができるようにすることを旨とするものでなければならない。
---------------	---

## (2) 行政指導・行政処分の種類・程度

種別	程度	内容等	実施手法	報酬返還
行政指導	口頭指導	基準等の違反に至る可能性のあるもの 運営・ケアマネジメント・サービスの改善点	実地指導 ・ 監査	過誤調整
	文書指摘	基準等の違反		
	改善勧告	重大な基準違反	監査	返還金
行政処分	改善命令	改善勧告に従わない場合（公表）		返還金 ＋加算金 （4割）
	取消等	指定効力一部停止（新規受入停止）：3月・6月		
		指定効力一部停止（同上＋報酬7割）：3月・6月		
		指定効力全部停止：3月・6月		
指定取り消し				

## (3) 行政処分事由（法第 78 条の 10）

次の各号のいずれかに該当する場合には、指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる。

第 1・2 ・15 号	欠格事由該当
第 4 号	人員基準違反（従業者に関する基準・員数を満たすことができなくなったとき）
第 5 号	運営基準違反（基準に従って適正な運営をすることができなくなったとき）
第 6 号	人格尊重義務違反（法第 81 条第 6 項）
第 8 号	不正請求
第 9 号・ 第 10 号	虚偽の報告・答弁、報告・答弁の拒否
第 11 号 ・第 3 号	不正手段による指定、指定条件違反
第 12 号	保健福祉関係法令違反
第 14 号	その他不正又は著しく不当な行為

○運営基準違反、人員基準違反は原則「改善勧告」（法第 78 条の 9 第 1 項）だが

⇒悪質な場合＝「不正請求」「虚偽報告」等がセット＝処分該当

○「不正請求」「虚偽答弁・報告」「人格尊重義務違反」等は一発処分も

**※故意でなくとも重過失の場合は「不正請求」「人格尊重義務違反」等に該当する場合も**

（例）人員基準欠如減算に該当するにもかかわらず、通常の報酬を請求

⇒人員基準は事業者が遵守しなければならない根本的事項であり、それに違反し、減算を適用せず、通常報酬を過請求することは重過失にあたり、「不正請求」に該当する可能性（最終的には継続性や組織性なども含めて判断）

#### (4) 「人格尊重義務」の遵守

##### 【法第 78 条の 4 第 8 項】

指定地域密着型サービス事業者は、要介護者の人格を尊重するとともに、この法律又はこの法律に基づく命令を遵守し、要介護者のため忠実にその職務を遂行しなければならない。

- 高齢者虐待は、「人格尊重義務違反」と「法令違反」の 2 つの処分事由に該当
  - ・高齢者虐待防止法における高齢者虐待のうち、悪質性（組織性、故意性、継続性など）の高いものは、介護保険法上の処分事由（人格尊重義務違反）に該当
  - ・高齢者虐待防止法に定める措置義務違反（研修や体制整備等の虐待防止措置：同法第 20 条）や通報義務違反（同第 21 条）があった場合は、「法令違反」にも該当
- 高齢者虐待だけではない「人格尊重義務違反」
  - ※居宅介護支援事業所（ケアマネジメント）に対する「人格尊重義務違反」の処分事例

##### 【愛知県（H30.3.15）：指定の全部効力停止 6 ヶ月】

アセスメントの内容が不十分なケースが 33 人中 17 人あり、また、課題分析をしていないにもかかわらず、ほとんどの利用者に自法人の通所介護等を限度額いっぱいまで導入した画一的な居宅サービス計画を作成していた。

（※他に「不正請求」の処分事由あり）

## 5 令和2年度指導方針

### (1) 基本的な考え方

従来の国や県の方針を踏まえながら、サービス利用者主体の提供を目的としたサービスの質の向上を念頭に、前年度の方針や取組の継続及び一層の基準違反行為の未然防止に努める。特に、実地検査（監査）により著しい運営基準違反や不正請求が判明した事案が見受けられることから、適切なサービス提供と介護報酬の適正請求について全指定事業所に対し周知・指導を図ることにより、制度理解の向上と不正事案の再発防止に努める。併せて、コンプライアンス意識高揚及び介護職の離職防止に向けた取組みを進める。

また、介護保険法の基本理念のとおり、利用者の実情に応じ、自己決定による過不足の無いサービスが計画され、実施・評価されているか、一連のケアマネジメントプロセスをチェックし、自立支援・重度化防止に資するサービス体制を目指す。

### (2) 集団指導

集団指導においては、全指定事業所を対象に、

○介護保険法の趣旨・目的の周知及び理解の促進

○介護報酬に係る過誤、不正防止の観点から適正な請求事務指導などを主眼に置いて実施する。

また、介護職員の処遇改善対策として、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算定の積極的な取組等による給与改善や、キャリアパス（昇進・研修体系等）の確立、事業所単位でのOJT等による自発的な資質向上を図るための研修の実施などを働きかける。

さらに、介護支援専門員について、資質向上を図るための体系的な研修等の受講、介護支援専門員証の5年ごとの更新等を確認するなど、資格管理の徹底を働きかける。

計画作成担当者以外の者や資格期限の切れた介護支援専門員等により作成されたケアプランに基づき提供されたサービスについては、介護報酬の請求対象となり得ない。

○有料老人ホーム等併設等事業所の適正運営等

老人福祉法の改正に伴い改正された「鹿児島県有料老人ホーム設置運営指導指針」を踏まえ、入居者保護の観点から、有料老人ホーム等併設等事業所（主に通所介護、訪問介護、居宅介護支援）における不正事案に対し、適正な運営等を働きかける。

### (3) 実地指導

事業所の育成・支援を念頭において、法の大きな柱で政策上の重要な課題である「サービスの質の確保と向上」、「尊厳の保持」及び「適正な介護報酬請求」等を踏まえて、関係書類を基に、実地に指導を行うこととする。

なお、今年度については地域における新型コロナウイルス感染症の発生状況を確認しながら実施する予定である。

## ○重点指導事項

過年度に行った実地指導の結果や、介護保険事業所等の昨今の社会情勢等を考慮し、特に指導の必要があると思われる下記事項を重点指導事項とする。なお、指導の実施に当たっては、事業所に「自己点検シート」を事前に送付し、自己点検を求める。

<p>(1) 人員に関する基準</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人員に関する基準に定める職員の資格及び員数を満たしているか。</li> <li>・有資格者が行うべきサービスが無資格者により行われていないか。</li> <li>・資格期限は有効期間内であるか。</li> </ul>
<p>(2) 勤務体制の確保等</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所ごとに従業者に勤務の体制を定めているか。</li> <li>・原則として、月ごとの勤務表を作成し、日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、兼務関係を明確にしているか。</li> <li>・辞令（雇用契約書・労働条件通知書等の雇用を証する書類）が適切に発令されているか。</li> <li>・従業者の資質向上のために、研修の機会を確保しているか。</li> </ul>
<p>(3) 適切なサービス計画の作成</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各サービス計画（ケアプラン）の作成に当たって、一連のケアマネジメントプロセスが適切に実施できているか。</li> <li>・<u>アセスメント・課題分析→ケアプラン(原案)の作成→サービス担当者会議→利用者への説明、同意取得、ケアプランの交付→サービスの提供→モニタリング・評価</u></li> <li>・特に、有料老人ホーム等高齢者向けの住まいに居住する利用者の場合、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の選択に基づき、特定の種類や事業所に不当に偏っていないか。</li> <li>・ケアプランは同意を得ているか。</li> </ul> <p>※ケアプランはパソコン内で確認できるが、同意を得た書面として確認できない場合は、介護報酬算定はできない。 (鹿児島県の指導方針より)</p>
<p>(4) 非常災害対策</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・非常災害対策計画は、火災、震災に加え水害、土砂災害など地域の実情に応じたものとなっているか。</li> <li>・定期的に避難、救出及びその他必要な訓練を行っているか。</li> </ul>
<p>(5) 衛生管理等</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レジオネラ症防止のための浴槽等の適切な衛生管理や食中毒防止及びインフルエンザ、O-157など感染症の発生・蔓延防止対策等が徹底されているか。</li> </ul>
<p>(6) 虐待防止・身体拘束廃止</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待防止・身体拘束廃止への取り組みがなされているか。</li> <li>・サービスの提供に当たって、入所者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入所者等の行動を制限する行為を行っていないか。</li> </ul> <p>※事業者は、管理者及び各職種の従業者で構成する「身体拘束廃止委員会」等を設置し、施設等全体で身体拘束廃止に積極的に取り組むとともに、改善計画を作成しているか。</p>

<p>(7) 事故発生の防止及び発生時の対応</p>	<p>・介護事故の発生・再発・未然防止のため、 ①事故発生時の対応等の指針を整備 ②事故発生の報告、分析、改善策の職員への周知徹底を図る体制整備 ③事故防止のための委員会、従業者への研修を定期的実施 ④ヒヤリハットの報告・記録・分析体制等の措置が講じられているか。</p>
<p>(8) 介護報酬の算定及び取扱い</p>	<p>・介護報酬算定に関する告示等を適切に理解した上で、算定基準等に従って介護報酬の請求が適正に行われているか。 ・利用者に対して、適切に説明が行われているか。 ※特に、介護報酬の加算・減算規定が設けられている事項に関しては、過誤請求が散見されるので、その基準要件を満たしているかどうか、満たしていない場合に適正に減算請求等が行われているかについて確認する必要がある。</p>
<p>(9) 介護人材の確保及びサービスの質の向上のための対策</p>	<p>・介護職員処遇改善加算等の算定の積極的な取組等による給与改善やキャリアパス（昇進・研修体系等）の確立、事業所単位でのOJT等による自発的な資質向上を図るための研修の実施などを働きかける。また、県の取組（介護職員人材確保等対策事業等）を紹介し、その活用を促す。 ・介護職場の改善（雇用管理改善）。 ・苦情受付・処理の体制が整備されているか。</p>

※実地指導の当日確認できなかった計画書・記録等については、後日提示・提出されても認めない。

### ○「実地指導の標準化・効率化等の運用指針」への対応

厚労省老健局から令和元年5月29日付けで「介護保険施設等に対する実地指導の標準化・効率化等の運用指針について」が発出された。

鹿屋市としても、権限委譲等に伴う指導対象事業所数の増加に対応するため、本指針はもとより、市独自の効率化の観点も含め、事業者と市の双方の負担軽減を図りつつ「より良いケアの実現」「保険給付の適正化」を体現できる実効性の高い指導体制の確立を目指す。

### (4) 実地検査（監査）

実地指導において、著しい運営基準違反が認められる場合、又は、報酬請求指導の際に不正が確認され、著しく悪質な請求と認められる場合に監査へ変更し実施する。

また、通報、苦情及び相談等の情報により、高齢者虐待など著しい運営基準違反や不正請求が認められる場合、又はその疑いがあると認められる場合に実施する。

### (5) 県との連携

平成18年4月から市町村における県指定サービス事業者への立入権限が付与されたことに伴い、市と県の連携を図りながら効果的な指導・監査に努めることとする。

また、市指定サービス事業者についても、実地指導等を合同で実施することができることから、必要に応じて県との連携に努めるものとする。



## II 令和元年度介護事故報告総括

### 令和元年度介護事故報告集計結果及び確認事項等について

#### 1 根拠法令

鹿屋市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に係る基準に関する条例  
(事故発生時の対応)

第 40 条 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、利用者に対する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供により事故が発生した場合は、必要な措置を講ずるとともに、当該事故について、市、当該利用者の家族、当該利用者に係る指定居宅介護支援事業者等に連絡しなければならない。

地域密着型通所介護 (第 59 条の 18)  
認知症対応型通所介護 (第 80 条)  
小規模多機能型居宅介護 (第 108 条)  
認知症対応型共同生活介護 (第 128 条)  
地域密着型特定施設入居者生活介護 (第 149 条)  
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 (第 175 条、第 189 条)

#### 2 項目別集計結果 ※市外の住所地特例にかかる利用者の事故報告も含む

##### (1) 事故件数

##### ①介護度別

※小数点以下四捨五入

	H28	H29	H30	R1	割合 (%)
要支援 1	1	2	2	4	1%
要支援 2	2	6	10	8	3%
要介護 1	35	24	39	28	9%
要介護 2	55	49	66	51	17%
要介護 3	71	68	70	73	24%
要介護 4	97	76	103	86	29%
要介護 5	50	46	71	40	13%
その他	43	33	34	8	3%
合計	354	304	395	298	100%

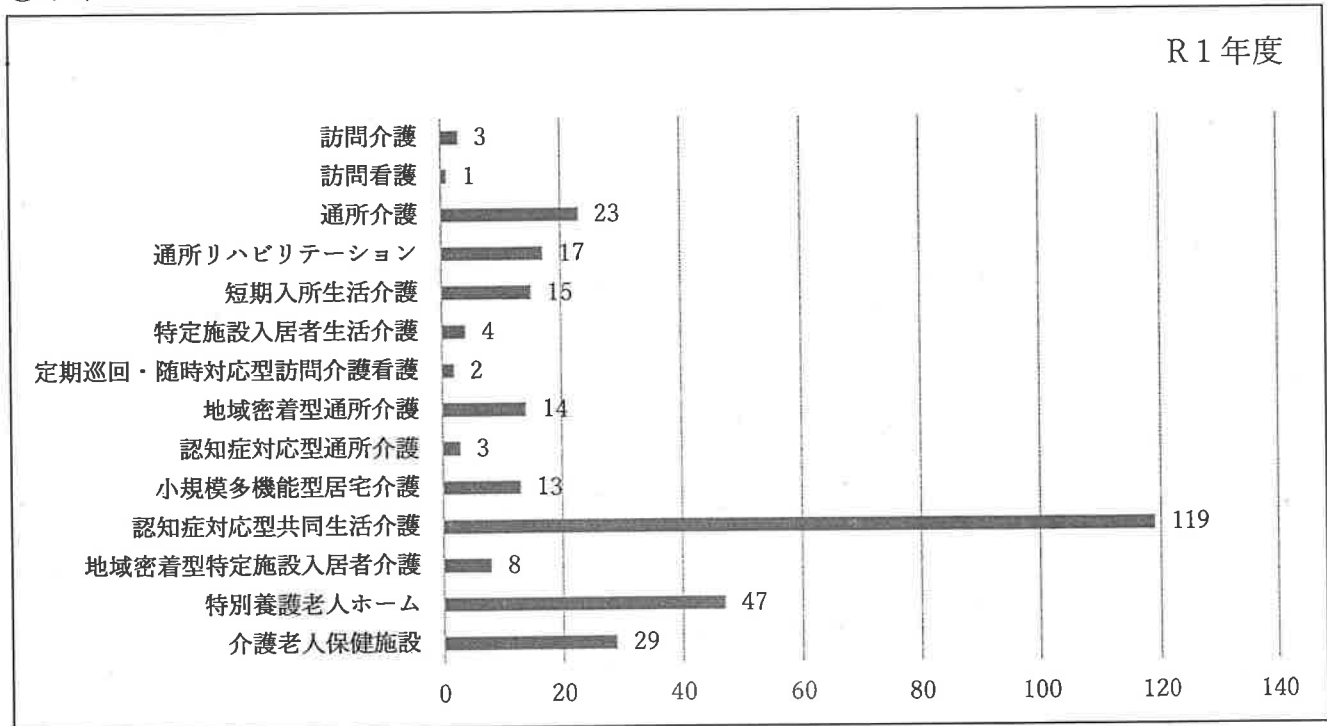
要介護度別事故件数では、要介護 4 が 86 件 (29%) と最も多く、続いて要介護 3 が 73 件 (24%) であった。

##### ②指定地域密着型サービスのみのみ

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
R1	1	2	16	31	42	49	16	157

指定地域密着型サービスのみのみ介護度別事故件数では、(1) - ①介護度別事故件数と同じように要介護 4 が 49 件 (31%) で最も多く、続いて要介護 3 が 43 件 (27%) であった。未記入 2 件あり。

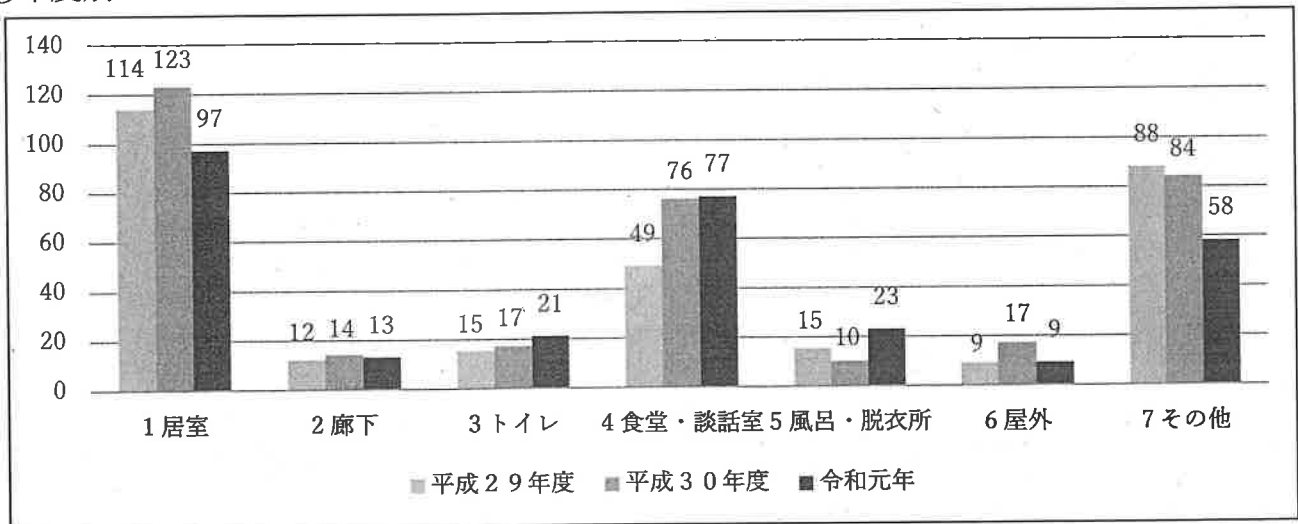
### ③事業所別



事業所別事故発生件数では、認知症対応型共同生活介護が119件、続いて特別養護老人ホームが47件であった。

### (2) 事故発生場所

#### ①年度別



事故発生場所では、居室97件（33%）が最も多く、続いて食堂・談話室77件（26%）であった。居室は職員の目が届きにくい環境にあることも要因の一つと考える。他年度も居室・食堂・談話室が多い。その他については、ホール21件（37%）デイルーム10件（18%）事業所玄関3件（5%）、他自宅やトレーニングルーム、自宅玄関などであった。

②事業所別

	居室	廊下	トイレ	食堂・ 談話室	風呂・ 脱衣所	屋外	その他
訪問介護	2				1		
訪問看護	1						
通所介護		2	2	8	8		3
通所リハビリテーション			1			2	14
短期入所生活介護	9	3		2	1		
特定施設入所者生活介護	4						1
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2						
地域密着型通所介護			2	5	1		6
認知症対応型通所介護				1			2
小規模多機能型居宅介護	1			7	1		4
認知症対応型共同生活介護	40	4	9	37	6	6	17
地域密着型特定施設入居者生活介護	5			1	1		
特別養護老人ホーム	22	2	3	11	3	1	5
介護老人保健施設	11	2	4	5	1		6
合計	97	13	21	77	23	9	58

事業所別事故発生場所では、事業所によって事故発生の多い場所に違いがみられる。

(3) 事故発生要因

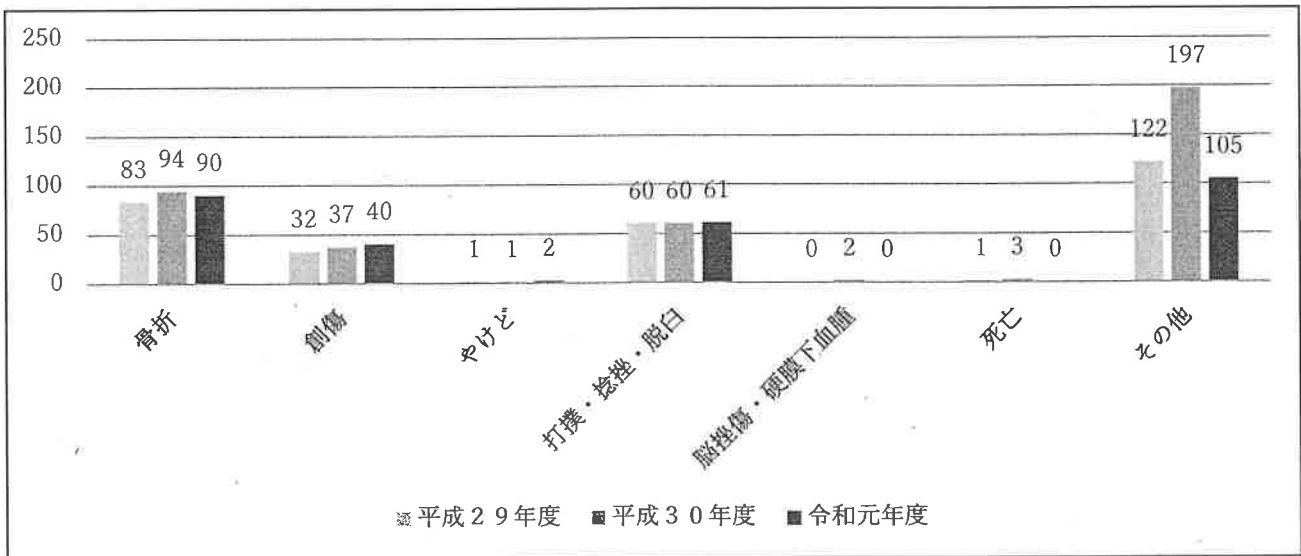
※割合：小数点以下四捨五入

	H28	H29	H30	R1	割合 (%)
転倒・転落	155	153	164	168	56%
感染症・結核	95	59	106	12	4%
外傷	33	26	33	31	10%
誤薬	19	13	41	34	11%
離設	15	6	8	8	3%
誤嚥・誤飲	12	4	8	13	4%
自傷	2	1	0	0	0%
その他	23	42	35	32	11%
合計	354	304	395	298	100%

事故発生要因では、転倒・転落 168 件 (56%) が半数以上を占め最も多かった。転倒については、「トイレに行こうとした」「部屋で顔を洗おうとした」「部屋から出てこようとして足がもつれた」など日常生活動作は自立である利用者が多かった。表より事故発生要因はどの年度も転倒・転落が最も多い。感染症については大幅に減少にある。新型コロナウイルス感染症の全国的な感染拡大により徹底した感染予防の取り組みが減少要因の一つと考える。その他については、送迎時の交通事故や、発生時期不明の怪我や表皮剥離などであった。

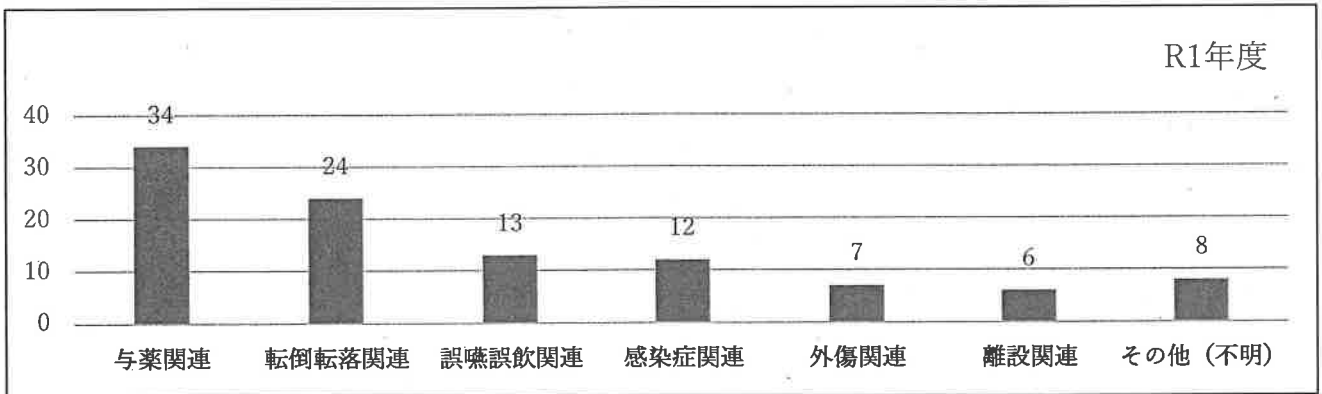
#### (4) 事故の所見

##### ①年度別



事故所見では、骨折が90件（30%）、続いて打撲・捻挫・脱臼が61件（21%）となっている。（3）事故発生要因では転倒・転落が最も多く、骨折へ繋がっているものと考えられる。また、骨折を男女別で見ると、男性18人（20%）女性72人（80%）であった。

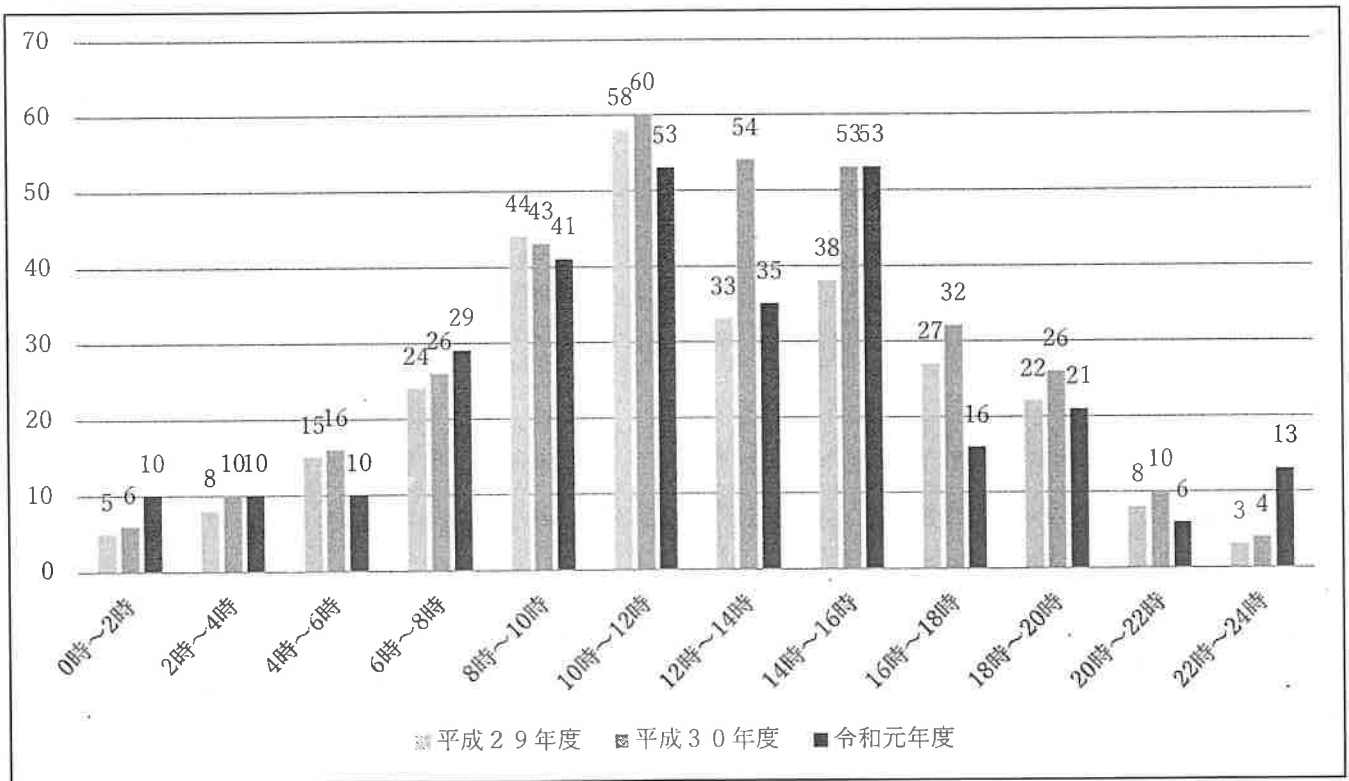
##### ②「その他」の事故の種類内訳



事故所見「その他」は、多くが「医師の診察や指示を受けたが異常なし（様子観察）」であった。事故の種類内訳について、与薬関連が34件（33%）と最も多く、続いて転倒転落関連が24件（23%）であった。与薬関連では、「与薬間違い（様子観察指示）」「与薬忘れ（様子観察指示）」「貼付剤の貼り忘れ」などであった。転倒転落関連では、「転倒するも骨折等なく様子観察」「打ち身」「切り傷」などであった。誤嚥誤飲関連では、「昼食を喉に詰ませチアノーゼ出現（救急要請し処置、その後状態改善）」「飴を喉に詰ませチアノーゼ出現（救急要請したが、到着時には症状改善）」「小スプーンで内服介助中、スプーンを噛み割って飲みこんだ（病院受診し検査するがスプーンは確認できず、様子観察指示）」などであった。感染症関連では、インフルエンザが11件、結核が1件であった。外傷関連では、「机で顔面を打って腫脹」「皮下出血（原因不明）」などであった。離設関連では、「100メートル離れた場所まで歩行。身体面に外傷など異常なし」「離設発見時、脱水傾向にて病院受診し点滴治療にて回復」などであった。

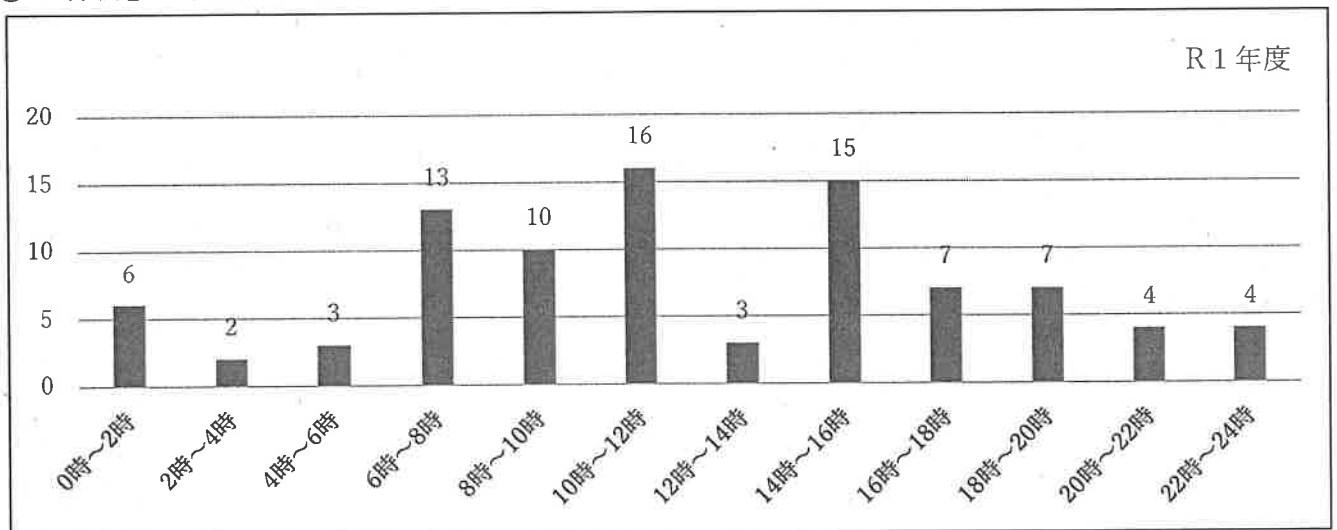
## (5) 発生時間別事故件数

### ① 年度別



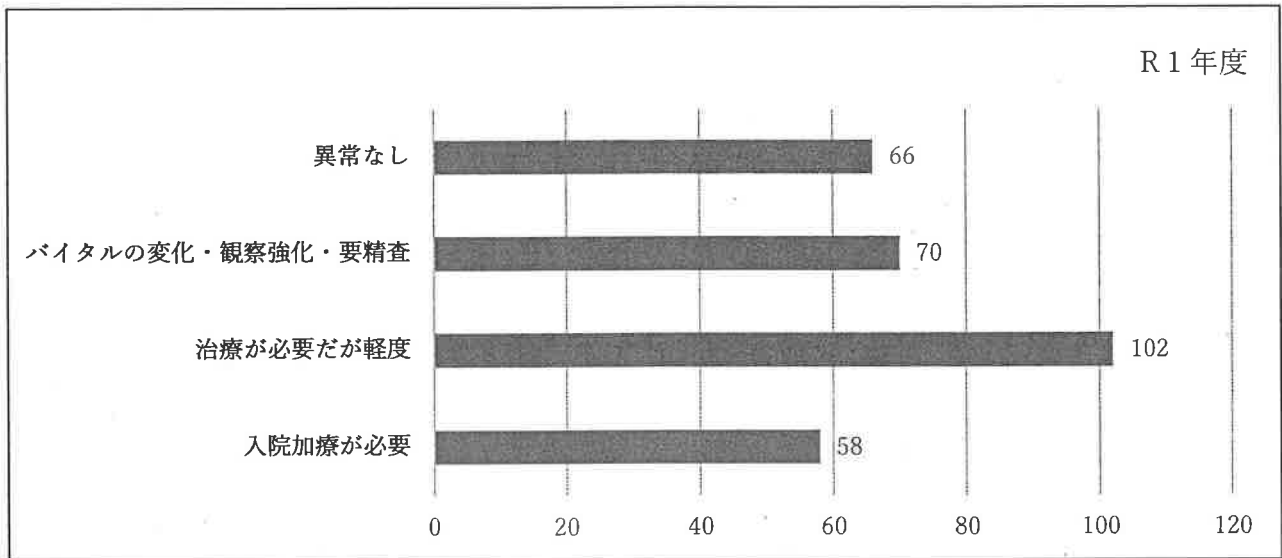
発生時間別事故件数では、10時から12時が53件(18%)、14時から16時が53件(18%)と身体活動の多い時間帯の事故発生が多くなっている。0時～6時での発生事故は、「トイレに行こうとし転倒」、「洗面台で顔を洗おうとし転倒」、「朝方ホールに出て来ようとされ職員と鉢合わせし驚いて転倒」など転倒が多くみられた。

### ② 「骨折」の発生時間



事故所見で最も多い骨折を時間帯別でみると、(5)-①と変わらず身体活動の多い10時から12時、14時から16時の事故発生が多いことに加え、朝の活動がはじまる6時から8時の時間帯に事故発生が多いという違いがみられた。

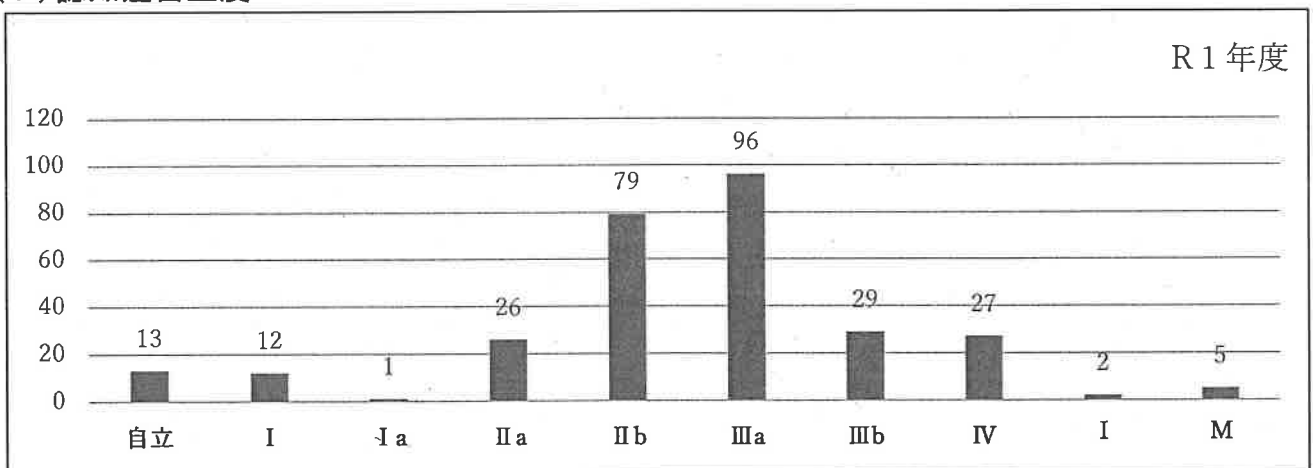
## (6) 怪我等の程度



怪我等の程度としては、【異常なし】【バイタルサインの変化・観察強化・要精査】よりも、治療を要するレベルである【治療が必要だが軽度】【入院加療が必要】が多い状況であった。

【入院加療が必要】の要因・所見としては「転倒・転落による骨折」が多く、【治療が必要だが軽度】では「転倒・転落による創傷」や「介助中の創傷」等が多かった。なお、介助中の創傷の原因としては「トイレ誘導中に転倒」「入浴介助中にシャワーチェアから滑落」「オムツ交換時に転落」「移乗介助時の表皮剥離」等であった。未記入2件あり。

## (7) 認知症自立度



認知症自立度では、IIIaが96件(33%)次いでIIbが79件(27%)の中度認知症利用者の事故発生が多い状況となっている。

(8) 事故報告が無かった鹿屋市内の地域密着型サービス事業所一覧

	事業所数 (対象事業所数)			
	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1(2)	2(2)	2(2)	2(2)
地域密着型通所介護	29(35)	30(34)	21(31)	20(31)
認知症対応型通所介護	6(6)	6(6)	3(6)	4(6)
小規模多機能型居宅介護	2(5)	1(6)	1(6)	0(6)
認知症対応型共同生活介護	8(35)	3(35)	6(34)	5(34)
地域密着型特定施設入居者生活介護	1(2)	1(2)	0(2)	0(2)
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	0(1)	0(1)	0(1)	1(1)
合計	47(86)	43(86)	33(82)	32(82)
割合	55%	50%	40%	39%

3 事故報告に関する再確認事項

(1) 報告を行う基準

- ① 怪我の程度は、医療機関で受診を要したものを原則とする
- ② 事業所側の過失の有無は問わない
- ③ 利用者が病気等により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生じる可能性があるときは報告を要する
- ④ 誤薬が発生した場合も報告を要する ※服薬忘れも含む

(2) 感染症に係る報告

- ① 報告書の提出よりも、現場の対応を最優先する
- ② 第一報は感染者全員分それぞれ、検討報告書はまとめて一部提出する
- ③ 検討報告書提出時には「発症から終息までの見取り図」を添付する

4 介護事故検討報告書に関する留意点

- ① 事故の原因は、「利用者の状態」「介助の方法」「設備環境」「職員の人員配置」について詳しく分析すること
- ② 事故の原因と考えられる事項について、それぞれに対する再発防止策を多職種を交えてあらゆる角度から具体的に検討すること
- ③ 事故を受け、安全で正確なケアの手順等を職員全員が習得できるよう、勉強会の実施や、マニュアル・業務手順書などの見直しを適宜行うこと

## 5 事故報告の意義

- ① 事故の内容や対応の状況を保険者に報告することにより、事業所と利用者やご家族間のトラブルを防止する
- ② 事故に対する適切な対応や再発防止策を事業所内で検討・共有することで、事業所全体の介護サービスの安全と質の向上を図る

### ◎ 鹿屋市からのお願い

項 目	注 意 点
報告書の記入について	<p>未回答（空欄や記入漏れ）、記入間違いが多く見受けられます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護事故報告書（第一報）及び介護事故検討報告書は、できるだけ空欄がないように記入してください。（記入に迷った際は市へ相談してください。）</li> <li>・法人名や事業所名、被保険者番号等の記入間違いがみられます。再度確認をお願いします。</li> </ul>
介護事故検討報告書の提出について	<p>大幅な遅れがないように提出してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本市においては、「事故発生後概ね2週間以内に介護事故検討会を開催し、その内容について介護事故検討報告書を作成し、市に提出すること」としております。（鹿屋市介護保険事業者における事故発生時の報告取扱留意事項 P4）</li> <li>・介護事故報告書（第一報）が提出された後、介護事故検討報告書が提出されないケースも散見されますので、御留意ください。</li> </ul>
運営推進会議での報告について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ヒヤリハットを含めた件数や概要について報告し、協議・共有を図るようお願いいたします。</li> <li>・ヒヤリハットで報告されている内容が介護事故報告の対象となっているものがみられます。事故報告を行う範囲について「鹿屋市介護保険事業者における事故発生時の報告取扱留意事項」を再度御確認ください。</li> </ul>

※介護事故として報告すべき内容か判断に迷った際には、市へ御相談ください。

※介護事故報告書（第一報）については、これまでFAXによる提出としていましたが、メールまたはFAXにより提出してください。（FAXによる誤送信を防ぐ観点から、メールによる提出を推奨します。）



### Ⅲ 新型コロナウイルス感染症に係る対応について

#### (1) 基本的事項

新型コロナウイルス感染症については、各事業所において各種通知等に基づき適切に対応いただいていることと存じます。今後も厚生労働省や鹿児島県、鹿屋市が発出する事務連絡等に注視していただき、引き続き感染予防対策等について徹底いただくようお願いいたします。

- ◆これまで発出された事務連絡等については、厚生労働省ホームページにおいて、項目ごとに整理されておりますので、随時御確認ください。

厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

ひと、くらし、みらいのために

政策について

## 福祉・介護 介護事業所等における新型コロナウイルス感染症への対応等について

- 1. 基本的な事項
- 2. 感染拡大防止に関する事項
- 3. 職員の確保に関する事項
- 4. 衛生用品の確保に関する事項
- 5. 着介護認定に関する事項
- 6. 介護サービス事業所等の人員、施設・設備及び運営基準等の臨時的な取扱いに関する事項
- 7. その他に関する事項

新型コロナウイルス感染症に関する自治体・関係団体向け事務連絡を掲載しています。

1. 基本的な事項

新型コロナウイルス感染症の感染防止対策（咳エチケット、手洗い、アルコール消毒等）、流行地域からの帰国者等の取扱い、新型コロナウイルス感染症が発生した場合の対応等については、次の事務連絡を参照してください。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431\\_00089.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00089.html)

- ◆また、介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いのみをまとめたページもありますので、御参照ください。

## 「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」のまとめ

新型コロナウイルス感染症の患者等への対応等により、一時的に人員基準を満たすことができなくなる場合等が想定されます。この場合について、介護報酬、人員、施設・設備及び運営基準などについては、柔軟な取扱いを可能とします。なお、具体的な取扱いについては、「令和元年度台風第19号に伴う災害における介護施設等の取扱いについて」（令和元年10月15日付厚生労働省健康局総務課認知症施策推進室ほか連名事務連絡）における取扱いの考え方も参考にして頂きますようよろしくお願いいたします。（④）

なお、新型コロナウイルス感染症に伴い学校が休校等になることにより、一時的に人員基準等を満たせなくなる場合、介護報酬の減額を行わない等の柔軟な取扱いが可能です。（③-1）

※ 第14報までをまとめているものです。  
 ※ 「④-B」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A報）」の問Bを表します。

### 1. 訪問サービスに関する事項

- <訪問介護について>
- <訪問入浴介護について>
- <訪問看護について>
- <（介護予防）訪問リハビリテーションについて>
- <福祉用具について>

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000045312/matome.html>

- ◆これまでに鹿屋市が独自で発出した事務連絡等については、各事業所へメールにて配信しているほか、高齢福祉課ホームページにも掲載しておりますので、御確認ください。

The screenshot shows the Kanoya City website with a navigation bar at the top containing icons for various services: Kanoya City logo, Information, Health/Welfare, Child Education, Culture/Sports/Tourism, Industry/Events, and City Information. Below the navigation bar is a breadcrumb trail: ホーム > 健康・福祉 > 福祉 > 高齢者福祉 > 介護保険事業者向け新型コロナウイルス感染症に関するお知らせ. The main content area features a large header for the notice, followed by introductory text and a list of related PDF documents. A sidebar on the right contains a menu for '高齢者福祉' (Elderly Welfare) with items like '介護保険事業者向け新型コロナウイルス感染症に関するお知らせ' and '介護保険サービス'.

<https://www.city.kanoya.lg.jp/kourei/kaigo-corona.html>

**【注意事項】**

- ・介護保険最新情報 Vol. 847

「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）」

問3 第12報における取扱いを適用する際には利用者への事前の同意が必要とされているが、

- ① サービス提供前に同意を得る必要があるのか。
- ② 利用者への同意取得は、当該取扱いによる介護報酬の算定を行う事業所あるいは居宅介護支援事業所のいずれにより行うのか。
- ③ 利用者の同意は書面（署名捺印）により行う必要があるか。

（答）③において、「利用者の同意」の確認方法については「保険者の判断」となっていることから、本市では下記のとおり取扱いとします。

◎ 書面による同意が必要であるが、事前に了解を得ているものについては、書面同意はサービス提供後に得ることでよい。

※すでに当該算定を行っている事業所で、書面による同意を得ていない場合（口頭のみで了解を得ている場合）は、必ず書面による同意を得るようにしてください。

(2) 通所介護・短期入所における報酬算定について

事務連絡  
令和2年6月1日

都道府県  
各 指定都市 介護保険担当主管部（局） 御中  
中核市

厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室  
高齢者支援課  
振興課  
老人保健課

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）

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取扱いについては、「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」（令和2年2月17日付厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室ほか連名事務連絡。以下、「第1報」という。）等でお示ししているところです。

本日、通所系サービス事業所（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及び介護予防認知症対応型通所介護。以下、同じ。）と短期入所系サービス事業所（短期入所生活介護、短期入所療養介護。以下、同じ。）については、介護支援専門員と連携の上、利用者からの事前の同意が得られた場合には、新型コロナウイルス感染症拡大防止への対応を適切に評価する観点から、別紙に従い、介護報酬を算定することを可能としたことから、管内市町村、サービス事業所等に周知を図るようお願いいたします。また今回の取扱いについてわかりやすくお伝えする観点から参考資料を作成いたしましたのであわせてご確認ください。

## I 通所介護費等の請求単位数について

1 通所系サービス事業所が提供するサービスのうち、通所介護、地域密着型通所介護及び認知症対応型通所介護においては、表1の算定方法により算定される回数について、通所リハビリテーションにおいては、表2の算定方法により算定される回数について、提供したサービス時間の区分に対応した報酬区分の2区分上位の報酬区分を算定する取扱いを可能とする。(例：提供したサービス時間の区分に対応した報酬区分が2時間以上3時間未満である場合、4時間以上5時間未満の報酬区分を算定。)

※ 訪問・電話によるサービス提供については、本取扱いの対象外（サービス提供回数に訪問・電話によるサービスは含まない。）とする。

※ 利用者が複数の事業所を利用している場合は、各事業所において、各サービス提供回数を算定基礎として算定を行う。

表1 通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護

群	報酬区分	算定方法
A群	2時間以上3時間未満	サービス提供回数のうち、月に1回まで、2区分上位の報酬区分を算定可能
	3時間以上4時間未満	
	4時間以上5時間未満	
B群	5時間以上6時間未満	サービス提供回数を3で除した数（端数は切上げ）と4回を比較し、少ない方の数について、2区分上位の報酬区分を算定可能 注1：7時間以上8時間未満については延長加算（9時間以上10時間未満）、8時間以上9時間未満については延長加算（10時間以上11時間未満）の報酬区分を算定可能 注2：延長加算を算定している場合、9時間以上10時間未満から11時間以上12時間未満については100単位を、12時間以上13時間未満については50単位を追加可能
	6時間以上7時間未満	
	7時間以上8時間未満	
	8時間以上9時間未満	

表2 通所リハビリテーション

群	報酬区分	算定方法
A群	1時間以上2時間未満	サービス提供回数のうち、月に1回まで、2区分上位の報酬区分を算定可能
	2時間以上3時間未満	
B群	3時間以上4時間未満	サービス提供回数を6で割った数（端数は切上げ）と2回を比較し、少ない方の数について、2区分上位の増報酬区分を算定可能
	4時間以上5時間未満	
	5時間以上6時間未満	
C群	6時間以上7時間未満	サービス提供回数を3で除した数（端数は切上げ）と4回を比較し、少ない方の数について、2区分上位の報酬区分を算定可能 注1：6時間以上7時間未満については延長加算（8時間以上9時間未満）、7時間以上8時間未満については延長加算（9時間以上10時間未満）の報酬区分を算定可能 注2：延長加算を算定している場合、8時間以上9時間未満から11時間以上12時間未満については100単位を、12時間以上13時間未満については50単位を追加可能。
	7時間以上8時間未満	

- 2 なお、通所系サービス事業所が1ヶ月の間に複数の報酬区分を算定する場合には、サービス提供回数が最も多い報酬区分(回数の場合は長い方の報酬区分)について、その算定方法に従って2区分上位の報酬区分を算定すること。その際の算定にあたっては、サービス提供回数全てを算定基礎として算定を行うこと。

(例)

- i 3時間以上4時間未満を7回、7時間以上8時間未満を3回提供する場合  
3時間以上4時間未満の報酬区分について1回、2区分上位の報酬を算定が可能。
- ii 3時間以上4時間未満を3回、7時間以上8時間未満を7回提供する場合  
7時間以上8時間未満の報酬区分について4回(≐ $(3+7) \div 3$ )、2区分上位の報酬を算定が可能。
- iii 3時間以上4時間未満を5回、7時間以上8時間未満を5回提供する場合  
7時間以上8時間未満の報酬区分について4回(≐ $(5+5) \div 3$ )、2区分上位の報酬を算定が可能。

※ サービス提供回数が最も多い報酬区分について、その算定方法で求められる、2区分上位の報酬区分を算定できる回数が、当該サービス提供回数が最も多い報酬区分における実際のサービス提供回数を上回る場合には、当該サービス提供回数が最も多い報酬区分と同じ群の報酬区分であって、実際にサービス提供した報酬区分のうち、より長い報酬区分(サービス提供回数が最も多い報酬区分を除く)から、その差の回数分、2区分上位の報酬区分の算定を行うこと。

- 3 また通所リハビリテーションにおいてリハビリテーション提供体制加算を算定している場合、同加算は本特例により算定する基本報酬区分に応じた算定とする。(例：提供したサービス時間が3時間以上4時間未満の場合、同加算は12単位算定するが、2区分上位の報酬区分に応じた基本報酬を算定した場合、リハビリテーション提供体制加算は5時間以上6時間未満の報酬区分に応じた20単位の算定となる。)

※ 療養通所介護については、居宅サービス計画上の報酬区分が3時間以上6時間未満～6時間以上8時間未満である場合、月1回まで3時間以上6時間未満の報酬区分から6時間以上8時間未満の区分算定が可能である。

## II 短期入所生活介護費等の請求単位数について

- 1 短期入所生活系サービス事業所が提供するサービス日数を3で除した数(端数切上げ)回数分について、緊急短期入所受入加算を算定する取扱いを可能とする。

※ 利用者が複数の事業所を利用している場合は、各事業所において、各サービス提供回数を算定基礎として算定を行う。

- 2 なお、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指定短期入所生活介護等を緊急に行った場合は、通常どおり、指定短期入所生活介護等を行った日から起算して7日間（短期入所生活介護に限り、利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日）を限度とし算定を行うが、その算定以降、継続して短期入所生活介護等を提供する場合は、残り日数を3で除した日数（端数切上げ）と通常どおり算定した日数との合計が短期入所生活介護については14日、短期入所療養介護については7日になるまで、追加で緊急短期入所受入加算を算定する。
- 3 また、認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は、緊急短期入所受入加算を算定することができないため、まず認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定し、同加算を算定できない日数を3で除した日数と、短期入所生活介護については14日、短期入所療養介護については7日と比較して少ない日数につき、緊急短期入所受入加算の算定を可能とする。

### Ⅲ 留意事項

I・IIによる算定を行う場合は、必ず介護支援専門員と連携し、

- ・ 通所介護計画等と居宅サービス計画におけるサービス提供回数等との整合性を図ること
- ・ 当該取扱い等の実施により、区分支給限度基準額の取扱いに変更はないこと
- ・ 当該取扱いにおける請求にあたっては、居宅介護支援事業所が作成する給付管理票及び居宅サービス事業所が作成する介護給付費明細書のそれぞれに反映させる必要があること

に留意すること。

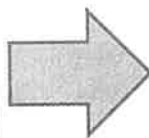
**I. 通所系サービス**

通所系サービス事業所（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及び介護予防認知症対応型通所介護。）が提供するサービスのうち、一定のルールに基づき算出された回数について、提供したサービス時間の区分に対応した報酬区分の2区分上位の報酬区分を算定する取扱いを可能とする。

**例) 通所介護（通常規模型・要介護3）の場合**

○ 報酬区分を、「2時間以上3時間未満」～「4時間以上～5時間未満」のA群、「5時間以上～6時間未満」～「延長時（13時間以上14時間未満）」のB群に2分。

A群	居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
	2時間以上3時間未満	347単位
	3時間以上4時間未満	472単位
	4時間以上5時間未満	495単位



サービス提供回数のうち、月1回まで2区分上位の報酬区分を算定可能。

B群	居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
	5時間以上6時間未満	765単位
	6時間以上7時間未満	784単位
	7時間以上8時間未満	887単位
	8時間以上9時間未満	902単位
	延長加算（9時間以上10時間未満）	952単位
	延長加算（10時間以上11時間未満）	1,002単位
	延長加算（11時間以上12時間未満）	1,052単位
	延長加算（12時間以上13時間未満）	1,102単位
延長加算（13時間以上14時間未満）	1,152単位	



1ヶ月のサービス提供回数を3で除した数（端数切上げ）と4回を比較し、少ない方の数について2区分上位の報酬区分にて算定可能。

※ 利用者が複数の事業所を利用している場合は、各事業所において、各サービス提供回数を算定基礎として算定を行う。

※ 訪問によるサービス提供（居宅で生活している利用者に対して、利用者からの連絡を受ける体制を整えた上で、居宅を訪問し、個別サービス計画の内容を踏まえ、できる限りのサービスを提供した場合）、電話による安否確認（利用者の意向等を確認した上で、健康状態、直近の食事の内容や時間、直近の入浴の有無や時間、当日の外出の有無と外出先、希望するサービスの提供内容や頻度等について、電話により確認した場合）は、本取扱いの対象外とし、サービス提供回数に含まない。

**新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い**

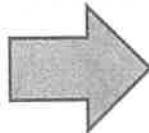
**例) 通所介護の場合（続き）** A群・B群それぞれにおいて、以下の方法に基づき算定。

**A群** サービス提供回数のうち、月1回まで2区分上位の報酬区分にて算定可能。

(例1) 通常規模型・要介護3の場合

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
2時間以上3時間未満	347単位
3時間以上4時間未満	472単位
4時間以上5時間未満	495単位

月1回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
4時間以上5時間未満	495単位
5時間以上6時間未満	765単位
7時間以上8時間未満	784単位

**B群** 1ヶ月のサービス提供回数（算定基礎）を3で除した数（端数切上げ）と4回を比較し、少ない方の数について2区分上位の報酬区分にて算定可能。

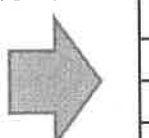
(例2) 通常規模型・要介護3、1ヶ月のサービス提供回数が13回の場合

→ 1ヶ月のサービス提供回数13回 ÷ 3 ≒ 5回。5回と上限4回を比較し、少ない方の4回まで2区分上位の報酬区分で算定可。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
5時間以上6時間未満	765単位
6時間以上7時間未満	784単位
7時間以上8時間未満	887単位
8時間以上9時間未満	902単位
延長加算（9時間以上10時間未満）	952単位
延長加算（10時間以上11時間未満）	1,002単位
延長加算（11時間以上12時間未満）	1,052単位
延長加算（12時間以上13時間未満）	1,102単位
延長加算（13時間以上14時間未満）	1,152単位

(例2)の場合

月4回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位
8時間以上9時間未満	902単位
延長加算（9時間以上10時間未満）	952単位
延長加算（10時間以上11時間未満）	1,002単位
延長加算（11時間以上12時間未満）	1,052単位
延長加算（12時間以上13時間未満）	1,102単位
延長加算（13時間以上14時間未満）	1,152単位
延長加算（13時間以上14時間未満）	1,152単位
※上位区分がないため、左記と同単位	1,152単位

## 新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

### 例) 通所介護の場合 (続き)

#### A群とB群の報酬区分を組み合わせてサービス提供する場合

1ヶ月の間に複数群の報酬区分を組み合わせてサービス提供する場合、サービス提供回数が最も多い報酬区分(同数の場合は長い方の報酬区分)の算定方法を用い、2区分上位の報酬区分を算定する。また、B群内の報酬区分が最も多い報酬区分である場合は、サービス提供回数全てを算定基礎として算定する。(なお、サービス提供回数が最も多い報酬区分について、その算定方法で求められる2区分上位の報酬区分を算定できる回数が、当該サービス提供回数が最も多い報酬区分における実際のサービス提供回数を上回る場合には、サービス提供回数が最も多い報酬区分と同じ群の報酬区分であって、実際にサービス提供した報酬区分のうち、より長い報酬区分(サービス提供回数が最も多い報酬区分を除く)から、その差の回数分、2区分上位の報酬区分の算定を行うこと。)

(例3) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「3時間以上4時間未満」が7回、「7時間以上8時間未満」が3回の場合  
→ サービス提供回数が最も多い報酬区分は「3時間以上4時間未満」(A群)であるため、月1回「5時間以上6時間未満」で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	月1回まで	2区分上位の報酬区分	単位数
3時間以上4時間未満	472単位	→	5時間以上6時間未満	765単位

(例4) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「3時間以上4時間未満」が3回、「7時間以上8時間未満」が7回の場合  
→ サービス提供回数が最も多い報酬区分は「7時間以上8時間未満」(B群)であるため、サービス提供回数全て(10回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数10回÷3≒4回。上限4回まで2区分上位の報酬区分で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	月4回まで	2区分上位の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位	→	延長加算(9時間以上10時間未満)	952単位

(例5) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「3時間以上4時間未満」が5回、「7時間以上8時間未満」が5回の場合  
→ サービス提供回数が同数であることから、長い方の報酬区分である「7時間以上8時間未満」(B群)について、サービス提供回数全て(10回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数10回÷3≒4回。上限4回まで2区分上位の報酬区分で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	月4回まで	2区分上位の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位	→	延長加算(9時間以上10時間未満)	952単位

## 新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

### 例) 通所介護の場合 (続き)

(例6) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「3時間以上4時間未満」が2回、「4時間以上5時間未満」が2回、「7時間以上8時間未満」が2回、「8時間以上9時間未満」が2回の場合  
→ サービス提供回数が同数であることから、最も長い報酬区分である「8時間以上9時間未満」(B群)について、サービス提供回数全て(8回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数8回÷3≒3回。月3回まで2区分上位の報酬区分で算定可能であるが、最も長い報酬区分である「8時間以上9時間未満」の提供回数は2回のみであることから、①「8時間以上9時間未満」の2区分上位の報酬区分で2回算定、②同じB群で、「8時間以上9時間未満」を除き最も長い報酬区分である「7時間以上8時間未満」にて2区分上位の報酬区分で1回算定が可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	月2回まで	2区分上位の報酬区分	単位数
8時間以上9時間未満	902単位	→	延長加算(10時間以上11時間未満)	1,002単位

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	月1回まで	2区分上位の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位	→	延長加算(9時間以上10時間未満)	952単位

#### 同じ群の報酬区分を組み合わせてサービス提供する場合

1ヶ月の間に同じ群の報酬区分を組み合わせてサービス提供する場合、サービス提供回数が最も多い報酬区分(同数の場合は長い方の報酬区分)で、2区分上位の報酬区分を算定する。また、B群の報酬区分を組み合わせる場合は、サービス提供回数全てを算定基礎として算定する。(なお、サービス提供回数が最も多い報酬区分について、その算定方法で求められる2区分上位の報酬区分を算定できる回数が、当該サービス提供回数が最も多い報酬区分における実際のサービス提供回数を上回る場合には、サービス提供回数が最も多い報酬区分と同じ群の報酬区分であって、実際にサービス提供した報酬区分のうち、より長い報酬区分(サービス提供回数が最も多い報酬区分を除く)から、その差の回数分、2区分上位の報酬区分の算定を行うこと。)

(例7) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「3時間以上4時間未満」が7回、「4時間以上5時間未満」が3回の場合  
→ サービス提供回数が最も多い報酬区分は「3時間以上4時間未満」であるため、月1回「5時間以上6時間未満」で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	月1回まで	2区分上位の報酬区分	単位数
3時間以上4時間未満	472単位	→	5時間以上6時間未満	765単位



## 新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

### 例) 通所介護の場合(続き)

(例8) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「5時間以上6時間未満」が3回、「7時間以上8時間未満」が7回の場合  
 → サービス提供回数が最も多い報酬区分は「7時間以上8時間未満」であるため、サービス提供回数全て(10回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数10回÷3≒4回。上限4回まで2区分上位の報酬区分で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	月4回まで	2区分上位の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位	→	延長加算(9時間以上10時間未満)	952単位

(例9) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「5時間以上6時間未満」が5回、「7時間以上8時間未満」が5回の場合  
 → サービス提供回数が同数であることから、長い方の報酬区分である「7時間以上8時間未満」について、サービス提供回数全て(10回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数10回÷3≒4回。上限4回まで2区分上位の報酬区分で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	月4回まで	2区分上位の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位	→	延長加算(9時間以上10時間未満)	952単位

(例10) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「5時間以上6時間未満」が2回、「6時間以上7時間未満」が2回、「7時間以上8時間未満」が2回、「8時間以上9時間未満」が2回の場合  
 → サービス提供回数が同数であることから、最も長い報酬区分である「8時間以上9時間未満」について、サービス提供回数全て(8回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数8回÷3≒3回。月3回まで2区分上位の報酬区分で算定可能であるが、最も長い報酬区分である「8時間以上9時間未満」の提供回数は2回のみであることから、①「8時間以上9時間未満」の2区分上位の報酬区分で2回算定、②同じB群で、「8時間以上9時間未満」を除き最も長い報酬区分である「7時間以上8時間未満」にて2区分上位の報酬区分で1回算定が可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	月2回まで	2区分上位の報酬区分	単位数
8時間以上9時間未満	902単位	→	延長加算(10時間以上11時間未満)	1,002単位
居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	月1回まで	2区分上位の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位	→	延長加算(9時間以上10時間未満)	952単位

## 新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

### 例) 通所リハビリテーション(通常規模型・要介護3)の場合

○ 報酬区分を、「1時間以上2時間未満」～「2時間以上～3時間未満」のA群、「3時間以上～4時間未満」～「5時間以上～6時間未満」のB群、「6時間以上～7時間未満」～「延長加算(13時間以上14時間未満)」のC群に3分。

A群	居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	→	サービス提供回数のうち、月1回まで2区分上位の報酬区分を算定可能。
	1時間以上2時間未満	390単位		
	2時間以上3時間未満	457単位		

B群	居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	→	1ヶ月のサービス提供回数を6で除した数(端数切上げ)と2回を比較し、少ない方の数について2区分上位の報酬区分にて算定可能。
	3時間以上4時間未満	599単位		
	4時間以上5時間未満	684単位		
	5時間以上6時間未満	803単位		

C群	居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	→	1ヶ月のサービス提供回数を3で除した数(端数切上げ)と4回を比較し、少ない方の数について2区分上位の報酬区分にて算定可能。
	6時間以上7時間未満	929単位		
	7時間以上8時間未満	993単位		
	延長加算(8時間以上9時間未満)	1,043単位		
	延長加算(9時間以上10時間未満)	1,093単位		
	延長加算(10時間以上11時間未満)	1,143単位		
	延長加算(11時間以上12時間未満)	1,193単位		
延長加算(12時間以上13時間未満)	1,243単位			
	延長加算(13時間以上14時間未満)	1,293単位		

※ 利用者が複数の事業所を利用している場合は、各事業所において、各サービス提供回数を算定基礎として算定を行う。

※ 訪問によるサービス提供(居宅で生活している利用者に対して、利用者からの連絡を受ける体制を整えた上で、居宅を訪問し、個別サービス計画の内容を踏まえ、できる限りのサービスを提供した場合)、電話等による居宅の療養状況(健康状態、居宅の療養環境、当日の外出の有無と外出先、希望するリハビリテーションサービスの提供内容や頻度等について、電話等により確認した場合)の確認は、本取扱いの対象外とし、サービス提供回数に含まない。

## 新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

例) 通所リハビリテーションの場合 (通常規模・要介護3の場合) A群・B群・C群それぞれにおいて、以下の方法に基づき算定。

**A群** サービス提供回数のうち、月1回まで2区分上位の報酬区分にて算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	月1回まで	2区分上位の報酬区分	単位数
1時間以上2時間未満	390単位	➔	3時間以上4時間未満	599単位
2時間以上3時間未満	457単位		4時間以上5時間未満	684単位

**B群** 1ヶ月のサービス提供回数を6で除した数(端数切上げ)と2回を比較し、少ない方の数について2区分上位の報酬区分にて算定可能。

(例1) サービス提供回数が13回の場合 → 1月のサービス提供回数13回 ÷ 6 ≒ 3回。3回と2回を比較し、少ない方の2回まで2区分上位の報酬区分にて算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	(例1)の場合 月2回まで	2区分上位の報酬区分	単位数
3時間以上4時間未満	599単位	➔	5時間以上6時間未満	803単位
4時間以上5時間未満	684単位		6時間以上7時間未満	929単位
5時間以上6時間未満	803単位		7時間以上8時間未満	993単位

**C群** 1ヶ月のサービス提供回数を3で除した数(端数切上げ)と4回を比較し、少ない方の数について2区分上位の報酬区分にて算定可能。

(例2) サービス提供回数が13回の場合 → 1月のサービス提供回数13回 ÷ 3 ≒ 5回。5回と4回を比較し、少ない方の4回まで2区分上位の報酬区分にて算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	(例2)の場合 月4回まで	2区分上位の報酬区分	単位数
6時間以上7時間未満	929単位	➔	延長加算(8時間以上9時間未満)	1,043単位
7時間以上8時間未満	993単位		延長加算(9時間以上10時間未満)	1,093単位
延長加算(8時間以上9時間未満)	1,043単位		延長加算(10時間以上11時間未満)	1,143単位
延長加算(9時間以上10時間未満)	1,093単位		延長加算(11時間以上12時間未満)	1,193単位
延長加算(10時間以上11時間未満)	1,143単位		延長加算(12時間以上13時間未満)	1,243単位
延長加算(11時間以上12時間未満)	1,193単位		延長加算(13時間以上14時間未満)	1,293単位
延長加算(12時間以上13時間未満)	1,243単位		延長加算(13時間以上14時間未満)	1,293単位
延長加算(13時間以上14時間未満)	1,293単位		※上位区分がないため、左記と同単位	1,293単位

## 新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

例) 通所リハビリテーションの場合 (続き)

**A群とB群又はB群とC群の報酬区分を組み合わせてサービス提供する場合** サービス提供回数が最も多い報酬区分で算定する。

(例3) 通所リハ・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「2時間以上3時間未満」が8回、「7時間以上8時間未満」が5回の場合 → サービス提供回数が最も多い報酬区分は「2時間以上3時間未満」であるため、月1回「4時間以上5時間未満」にて算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	月1回まで	2区分上位の報酬区分	単位数
2時間以上3時間未満	457単位	➔	4時間以上5時間未満	684単位

(例4) 通所リハ・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「2時間以上3時間未満」が5回、「5時間以上6時間未満」が8回の場合 → サービス提供回数が最も多い報酬区分は「5時間以上6時間未満」であるため、サービス提供回数全て(13回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数13回 ÷ 6 ≒ 3回。3回と上限2回を比較し、少ない方の2回まで2区分上位の報酬区分で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	月2回まで	2区分上位の報酬区分	単位数
5時間以上6時間未満	803単位	➔	7時間以上8時間未満	993単位

**同じ群の報酬区分を組み合わせてサービス提供する場合** サービス提供回数が最も多い報酬区分で算定する。

(例5) 通所リハ・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「1時間以上2時間未満」が8回、「2時間以上3時間未満」が5回の場合 → サービス提供回数が最も多い報酬区分は「1時間以上2時間未満」であるため、月1回「3時間以上4時間未満」で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	月1回まで	2区分上位の報酬区分	単位数
1時間以上2時間未満	390単位	➔	3時間以上4時間未満	599単位

(例6) 通所リハ・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「6時間以上7時間未満」が5回、「7時間以上8時間未満」が8回の場合 → サービス提供回数が最も多い報酬区分は「7時間以上8時間未満」であるため、サービス提供回数全て(13回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数13回 ÷ 3 ≒ 5回。5回と上限4回を比較し、少ない方の4回まで2区分上位の報酬区分で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	月4回まで	2区分上位の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	993単位	➔	延長加算(9時間以上10時間未満)	1,093単位

## 新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

### Ⅱ. 短期入所系サービス

- 短期入所系サービス事業所(短期入所生活介護、短期入所療養介護。)における1ヶ月のサービス提供日数を3で除した数(端数切上げ)の日数につき、緊急短期入所受入加算を算定する取扱いを可能とする。
- なお、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指定短期入所生活介護等を緊急に行った場合は、通常どおり、指定短期入所生活介護等を行った日から起算して7日間(短期入所生活介護に限り、利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日)を限度とし算定を行うが、その算定以降、継続して短期入所生活介護等を提供する場合は、残り日数を3で除した日数(端数切上げ)と通常どおり算定した日数との合計が短期入所生活介護については14日、短期入所療養介護については7日になるまで、追加で緊急短期入所受入加算を算定する。

#### 例) 短期入所生活介護の場合

- (例1) 短期入所生活介護、単独型(Ⅰ)、要介護3、1ヶ月のサービス提供日数が10日、加算取得なしの場合  
 → 1月のサービス提供日数10日÷3≒4日であるため、4日間緊急短期入所受入加算を算定可能。

基本報酬 (10日分)	+	緊急短期入所受入加算 (4日分)	=	合計
7,650単位		360単位		8,010単位

- (例2) 短期入所生活介護、単独型(Ⅰ)、要介護3、1ヶ月のサービス提供日数が25日、加算取得なし、緊急受入を行った場合

- ① 利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がない場合  
 → 短期入所生活介護を行った日から起算して7日間は、通常どおり緊急短期入所受入加算が算定可能。  
 → 残り日数(18日)を3で除した日数は6日であるため、通常どおり算定した日数(7日)と合計して13日分算定が可能。

基本報酬 (25日分)	+	緊急短期入所受入加算 (13日分)	=	合計
19,125単位		1,170単位		20,295単位

- ② 利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合  
 → 短期入所生活介護を行った日から起算して14日間は、通常どおり緊急短期入所受入加算が算定可能。  
 → 残り日数(11日)を3で除した日数は4日であるが、すでに通常どおり算定した日数が14日であるため、追加算定は不可。

基本報酬 (25日分)	+	緊急短期入所受入加算 (14日分)	=	合計
19,125単位		1,260単位		20,385単位

## 新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

- また、認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は、緊急短期入所受入加算を算定できないため、まず認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定し、同加算を算定できない日数を3で除した日数(端数切上げ)と、短期入所生活介護については14日、短期入所療養介護については7日を比較して少ない日数につき、緊急短期入所受入加算の算定を可能とする。

#### 例) 短期入所生活介護の場合

- (例3) 短期入所生活介護、単独型(Ⅰ)、要介護3、1月のサービス提供日数が30日、認知症行動・心理症状緊急対応加算を7日間算定した場合  
 → 残り日数(認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定できない日数(23日)を3で除した日数(8日)と14日と比較して少ない日数(8日)につき、緊急短期入所受入加算を算定可能。

基本報酬 (30日分)	+	認知症行動・心理症状緊急対応加算 (7日分)	+	緊急短期入所受入加算 (8日分)	=	合計
22,950単位		1,400単位		720単位		25,070単位

### Ⅲ. 留意事項

- I・IIによる算定を行う場合は、必ず介護支援専門員と連携し、以下に留意すること。
  - ・ 利用者から事前の同意を得ること。
  - ・ 通所介護計画等と居宅サービス計画におけるサービス提供回数等との整合性を図ること。
  - ・ 当該取扱い等の実施により、区分支給限度基準額の取扱いに変更はないこと。
  - ・ 当該取扱いにおける請求にあたっては、居宅介護支援事業所が作成する給付管理票及び居宅サービス事業所が作成する介護給付費明細書のそれぞれに反映させる必要があること。

事務連絡  
令和2年6月15日

都道府県  
各 指定都市 介護保険担当主管部（局） 御中  
中核市

厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室  
高齢者支援課  
振興課  
老人保健課

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）

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取扱いについては、「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」（令和2年2月17日付厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室ほか連名事務連絡）等でお示ししているところです。

本日、「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）」を送付いたしますので、管内市町村、サービス事業所等に周知を図るようお願いいたします。

問1 令和2年6月1日付事務連絡「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）」（以下、「第12報」という。）において示された通所系サービス事業所・短期入所系サービス事業所における介護報酬の算定の取扱いについては、都道府県等からの休業の要請を受けて休業した事業所や、利用者・職員に感染者が発生した事業所、その他の利用者数の制限や営業時間の短縮等の臨時的な営業を行っている事業所のみ適用されるのか。

（答）

新型コロナウイルス感染症拡大防止への対応を適切に評価する観点から、上記事業所のみならず、感染防止対策を徹底してサービスを提供している全ての通所系サービス事業所・短期入所系サービス事業所を対象とすることが可能である。

問2 第12報における取扱いについては、6月サービス提供分より適用となるが、当該取扱いの適用の終了日については、現時点で未定なのか。

（答）

貴見のとおり。なお、当該取扱いを適用し請求する場合においても、通常の請求と同様、請求時効は2年である。

問3 第12報における取扱いを適用する際には利用者への事前の同意が必要とされているが、

- ① サービス提供前に同意を得る必要があるのか。
- ② 利用者への同意取得は、当該取扱いによる介護報酬の算定を行う事業所あるいは居宅介護支援事業所のいずれにより行うのか。
- ③ 利用者の同意は書面（署名捺印）により行う必要があるか。

（答）

- ① 同意については、サービス提供前に説明を行った上で得ることが望ましいが、サービス提供前に同意を得ていない場合であっても、給付費請求前までに同意を得られれば当該取扱いを適用して差し支えない。

（例えば、6月のサービス提供日が、8日・29日である場合、同月の初回サービス提供日である6月8日以前に同意を得る必要はない。）

- ② 当該取扱いによる介護報酬の算定を行う事業所、居宅介護支援事業所のいずれにより同意取得を行っても差し支えなく、柔軟に対応されたい。なお、当該取扱いを適用した場合でも区分支給限度額は変わらないことから、利用者への説明にあたっては、当該取扱いによる介護報酬の算定を行う事業所と居宅介護支援事業所とが連携の上、他サービスの給付状況を確認しておくこと。
- ③ 必ずしも書面（署名捺印）による同意確認を得る必要はなく、保険者の判断により柔軟に取り扱われたいが、説明者の氏名、説明内容、説明し同意を得た日

時、同意した者の氏名について記録を残しておくこと。

また、当該取扱いを適用する場合には、居宅サービス計画（標準様式第6表、第7表等）に係るサービス内容やサービスコード等の記載の見直しが必要となるが、これらについては、サービス提供後に行っても差し支えない。

問4 第12報による特例を適用した場合、事業所規模による区分を決定するため、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)

貴見のとおり。

問5 (看護) 小規模多機能型居宅介護の訪問体制強化加算については、1月あたりの延べ訪問回数が200回以上であることが算定要件の一つとなっているが、新型コロナウイルス感染症による影響により、利用者の訪問サービスの利用控えなどからやむを得ず延べ訪問回数が200回未満となった場合でも、影響を受ける前から当該加算を算定していた事業所については、引き続き加算を算定することとしてもよいか。

(答)

差し支えない。なお、新たに加算を算定しようとする事業所については本取扱いは認められない。

問6 一定の要件を満たす場合であって、同時に2人の訪問介護員等が1人の利用者に対して指定訪問介護を行ったときは、所定単位数の100分の200に相当する単位数を算定するとされているが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、訪問介護事業所が保健師、看護師、准看護師（訪問介護員等ではない者を含む。以下、看護師等という。）の専門職の協力の下、同行訪問による支援を受ける場合、利用者又はその家族等からの事前の同意を得たときには、2人の訪問介護員等による訪問を行った場合と同様に、100分の200に相当する単位数を算定することは可能か。

(答)

可能である。

なお、この場合、訪問介護事業所が介護報酬（訪問介護費）を算定することになるが、看護師等に係る人件費や交通費については、訪問介護事業所が当該報酬を活用して支払うことが可能である。また、当該人件費や交通費の額については事業所と看護師等の相互の合議に委ねられる。

### (3) 運営推進会議及び外部評価について

#### ① 運営推進会議について

鹿高第 1613 号

令和2年2月25日

地域密着型サービス事業所 管理者 各位

鹿屋市保健福祉部

高齢福祉課

事業所において新型コロナウイルスに対する感染経路の遮断対策をとった場合の  
運営推進会議の取扱いについて（通知）

本市における保健福祉行政の推進につきましては、日頃から御理解、御協力をいただき感謝申し上げます。

現在、各事業所においては感染症対策を徹底されているところかと思いますが、面会制限等、感染症の病原体を事業所の外部から持ち込まないよう措置をとった場合の、運営推進会議の取扱いについて、下記のとおりとしますのでお知らせします。

#### 記

- 1 令和2年2月26日から当分の間、運営推進会議を延期または中止した場合であっても、運営基準違反とならない取扱いといたします。
- 2 なお、運営推進会議の開催を中止した場合において、次の3項目を満たした場合は運営推進会議を基準どおり開催したと見なすことといたします。
  - ・出席予定者に対し資料等を送付し、運営状況等の報告を行い、事業所に対する評価、要望、助言等を受付けること。
  - ・議事録に、本来の開催予定日、中止等の理由、上記の対応内容及び受けた評価等を記載し、事業所で保管、公表するとともに概ね1か月以内に市へ議事録等を提出すること。
  - ・新型コロナウイルスが終息し、開催可能になった時点で速やかに運営推進会議を開催すること。

※上記は現時点での判断であり、今後の状況により変更する場合があります。

※本通知の内容は鹿屋市の判断であるため、他指定権者との判断が異なる場合があります。

<問合せ先>

鹿屋市保健福祉部高齢福祉課

電話 0994-31-1116（直通）

事務連絡  
令和2年6月30日

市内地域密着型サービス事業者 管理者 各位

鹿屋市高齢福祉課長

### 運営推進会議の取扱いについて

日頃は、本市の介護保険事業の推進に御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、新型コロナウイルス感染症について、5月25日に全国的な「緊急事態宣言」が解除になり、6月19日から県をまたいだ移動自粛も解除となりましたが、高齢者施設等における感染予防・集団感染防止対策については万全を期していく必要があることから、運営推進会議の取扱いについては、引き続き令和2年2月25日付「事業所において新型コロナウイルスに対する感染経路の遮断対策をとった場合の運営推進会議の取扱いについて（通知）」を継続します。（開催の可否については、各事業所で御判断ください）

また、運営推進会議の開催及び資料作成にあたっては、下記の2点について御注意いただきますようお願い申し上げます。

### 記

#### 1 運営推進会議の開催について

##### (1) 開催時

- ・「3つの密の回避」「人と人との距離の確保」「マスクの着用」「こまめな換気」「手洗い・消毒等の手指衛生」をはじめとした基本的な感染予防対策を徹底してください。
- ・事業所内で行う場合には、利用者との接触を避けるような動線になるべく工夫してください。
- ・会議に適した広い部屋があるのであれば、同一法人内の近隣事業所での開催も可能です。会場を変更する場合は事前に御連絡ください。
- ・委員の数が多く密になる場合は、委員の数を減らしても構いません。なお、欠席をお願いする委員には書類送付し、なるべく意見を求めてください。ただし、市職員（又は地域包括支援センター職員）は必ず参加となります。



(2) 書面による開催時

- ・開催予定日の3日前までには高齢福祉課に連絡してください。
- ・会議資料を高齢福祉課に提出してください。資料の送付はメールでも構いません。
- ・運営推進会議は、必要な要望、助言等を聴く機会を設けることを目的としているため、書類送付時に委員に意見を求めるようにしてください。

2 資料作成時の注意事項

(1) 個人情報について

- ・運営推進会議の資料は公開するものとなっているため、利用者の氏名等の取扱いには御配慮ください。(事故報告、利用者名簿等)

(2) 記載内容について

- ・「事故やヒヤリハットの発生状況」「職員の入退職の状況」「研修受講状況」は会議資料に必ず記載してください。

**【問合せ先】**

鹿屋市役所 高齢福祉課 給付管理係

担当：兒高(コタカ)

Tel : 0994-31-1116

## ② 外部評価について

事務連絡  
令和2年8月25日

市内認知症対応型共同生活介護事業所 管理者 各位

鹿屋市高齢福祉課長

新型コロナウイルス感染症に係る地域密着型サービス外部評価の実施回数の取扱いについて（通知）

本市における介護保険事業の推進につきましては、日頃から御協力いただき感謝申し上げます。  
さて、地域密着型サービス外部評価（以下「外部評価」という。）につきましては、鹿児島県地域密着型サービス外部評価実施要領（以下「実施要領」という。）に基づき、外部評価の実施回数に対する緩和措置（2年に1回）を講じているところですが、これにつきましては、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、臨時的な取扱いとして下記のとおり取り扱うこととしますので通知します。

なお、外部評価を実施しない場合においても自己評価は実施し、高齢福祉課給付管理係まで御提出ください。

### 記

#### 1 実施要領第4条に基づく実施回数の緩和措置について

##### (1) 緩和要件「過去に外部評価を5年間連続していること（要領第4条（2）」について

新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、外部評価を実施しなかった年度は、実施回数に含まれない。ただし、連続実施は中断しない取扱いとする。

##### 事例1：新規に緩和措置を受けることとなる事業所

平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実施	実施	実施	実施	未実施	実施	免除
← 継続実施と見なす				→		

##### 事例2：過去に緩和措置を受けたことのある事業所

平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実施	免除	実施	免除	未実施	実施	免除
← 継続実施と見なす				→		

##### (2) 緩和要件「運営推進会議を過去1年間に6回以上開催していること（要領第4条（イ）」

6回未満の実施であっても、やむを得ない事由があると関係市町村が判断する場合は、要件を満たしているものとして取り扱う。（「適用要件確認書」にやむを得ない事由を記載する。）

#### 2 適用期間

令和2年4月1日から遡及して当分の間

#### 【問合せ先】

鹿屋市役所 高齢福祉課 給付管理係  
担当：兒高(コタカ)  
Tel：0994-31-1116

#### (4) 居宅介護支援等の臨時的取扱いについて

事務連絡  
令和2年3月5日

市内居宅介護支援事業者  
市内小規模多機能型居宅介護事業者  
鹿屋市地域包括支援センター 各位

鹿屋市保健福祉部高齢福祉課長

新型コロナウイルス感染予防のための居宅介護支援及び小規模多機能型居宅介護等の臨時的取扱いについて（通知）

平素より本市の保健福祉行政に御協力を賜り、感謝申し上げます。

表記の件については、当面の間（改めて通知するまでの間）、下記事項を踏まえ業務を行っていただくようお願いします。

なお、本取扱いは指定権者（鹿屋市）としての取扱いですので、他市町と取扱いが異なる場合があります。また、今後国等から通知等があった場合は、この取扱いを変更する場合があります。

#### 記

##### 1 サービス担当者会議（居宅支援基準第13条第9号）

通常居宅内（入居施設等を含む。）で行っている担当者会議について、感染拡大防止の観点から、施設の面会制限等により居宅内での開催が困難な場合は、利用者が利用するサービス事業所での開催など、関係者の協力・工夫により開催方法を検討されたい。それでもなお開催が困難な場合は、電話・メール等を活用するなどにより、柔軟に対応されたい。

なお、利用者・入居施設の状況により利用者本人の出席を見合わせるべきと介護支援専門員が判断した場合は、利用者本人の欠席はやむを得ないものとするが、利用者家族や施設・サービス事業所職員などを通じて利用者本人の意向把握に努めるとともに、その具体的内容・経過等を支援経過記録等に記録すること。

##### 2 モニタリング（居宅支援基準第13条第14号）

居宅を訪問し利用者に面接することを原則とするが、施設の面会制限等により居宅訪問による利用者面接が困難な場合は、サービス事業所等での面接もやむを得ないものとする。それでもなお、利用者への面接が困難な場合は、利用者家族や施設・サービス事業所職員などを通じて利用者本人の状況を把握し、記録すること。

なお、前段の場合において、居宅訪問や利用者面接ができなかったことについては、そ

の具体的内容を「特段の事情」として支援経過記録等に記録すること。（※原則どおり、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。）

※地域包括支援センター（介護予防支援）においても、上記に準じた対応をお願いいたします。

**【問合せ先】**

鹿屋市高齢福祉課 給付管理係

担当：鶴岡、吉見、川崎

電話：0994-43-2111（内線 3189）

## (5) 介護支援専門員資格の特例措置について

令和2年7月29日

鹿児島県登録介護支援専門員 各位

鹿児島県くらし保健福祉部  
高齢者生き生き推進課長  
介護保険室長

### 新型コロナウイルス感染症に係る介護支援専門員資格の特例措置について（通知）

新型コロナウイルス感染症に係る介護支援専門員研修等の取扱いについては、「新型コロナウイルス感染症に係る介護支援専門員等法定研修の臨時的な取扱いについて」（令和2年2月25日付厚生労働省老健局振興課事務連絡）及び「新型コロナウイルス感染症に係る介護支援専門員法定研修の臨時的な取扱いについて（第2報）」（令和2年3月18日付厚生労働省老健局振興課事務連絡）にて通知がなされているところです。

これを受け、本県では介護支援専門員証の有効期間について、特例として、下記のとおり資格を喪失しない取扱いとしますので、通知します。

#### 記

#### 1 特例措置

##### (1) 特例措置の対象者

本通知発出時点で登録地が鹿児島県である介護支援専門員のうち、令和2年4月1日から令和4年3月31日までに有効期間が満了する方。

※ 登録地が鹿児島県以外である介護支援専門員の資格の取扱いについては、登録地の都道府県にお問い合わせください。

##### (2) 特例措置として資格を喪失しない取扱いとする期間

有効期間満了日の翌日から2年間は資格を喪失しない取扱いとする。

#### 2 介護支援専門員証の取扱い

有効期間満了日が記載されている介護支援専門員証については、特例措置による有効期間満了日が記載された証等の発行はいたしません。

令和2年4月1日から令和4年3月31日までに介護支援専門員証有効期間が満了する方については、現在の有効期間満了日から2年間は、現在の介護支援専門員証を使用し、業務に従事できることとなります。

ただし、現在交付されている介護支援専門員証の有効期間満了後は、介護支援専門員証と併せて別紙を携帯するようお願いいたします。

更新に必要な研修を修了した方については、更新手続きを行った上で、当初の有効期間満了日から5年間有効の証を交付することとなります。

例	(当初の有効期間満了日)		(特例措置により資格を喪失しない期限)		(更新手続後の有効期間満了日)
	令和2年8月31日	→	令和4年8月31日	→	令和7年8月31日

令和2年7月28日時点で、本県又は他都道府県において既に更新研修を修了しており、介護支援専門員証の更新手続きを行うことで資格の更新が可能なる方については、今回の特例措置の対象とはなりません。通常の手続きを行ってください。

<別紙>

鹿児島県登録の介護支援専門員の皆さまへ

介護支援専門員の資格の特例措置について

新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況及び介護支援専門員法定研修の実施状況を鑑み、介護支援専門員の資格を喪失しない取扱いとしています。

- 対象者  
鹿児島県登録の介護支援専門員で、有効期間満了日が  
令和2年(平成32年)4月1日～令和4年(平成34年)3月31日の方。
- 有効期間の取扱い  
本来の有効期間満了日の翌日から2年間は資格を喪失しない。

※ 介護支援専門員証を提示する際は、本紙を併せて提示してください。

令和2年7月28日  
鹿児島県くらし保健福祉部高齢者生き生き推進課介護保険室

介護支援専門員証



登録番号 46000000  
氏名 鹿児島 一郎  
生年月日 昭和〇〇年〇月〇日  
交付年月日 平成〇〇年〇月〇日  
①有効期間満了日 平成〇〇年〇月〇日

上記の者は介護支援専門員であることを証明する。

②鹿児島県知事 ○○ ○○

<介護支援専門員証での確認①>  
有効期間満了日が  
令和2年(平成32年)4月1日～  
令和4年(平成34年)3月31日の方  
が、本特例措置の対象です。

<介護支援専門員証での確認②>  
鹿児島県以外の登録の方の取扱いについては、登録地の都道府県  
にお問い合わせください。

## (6) 要介護（要支援）認定の取扱いについて

### ① 認定更新時の臨時的な取扱いについて

○認定調査における本人面接が困難な場合等は、申し出により「現行の介護度を引継ぎ、次期認定期間を12か月とする」取扱いが可能《継続中》

【令和2年4月14日付け鹿高第112号にて通知済】

○本取扱いを希望する場合は、キーパーソンの了解を得た上での申請をお願いします（申請書裏面の「7その他、調査時に留意すべき事項」にその旨を記入してください）

【令和2年4月27日付け市事務連絡にて通知済（資料P54）】

### ② 新規、区分変更時の取扱いについて

○新規、区分変更については、通常取扱いのみ（臨時的取扱いは無し）

※本人面接ができない場合、試行の動作確認などができないため、調査及び認定は不可

【令和2年4月27日付け鹿高第189号別紙にて通知済（資料P55）】

### ③ 認定調査時の立会人について

○感染症予防対策のため、認定調査時の立会人は申請書（裏面）記載の最少人数をお願いします

事務連絡  
令和2年4月27日

市内介護事業所 御中

鹿屋市保健福祉部高齢福祉課長

新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて  
(補足)

現在、鹿屋市では令和2年4月14日付け鹿高第112号において、面会禁止施設等のほか、面会が困難と申し出のあった被保険者についても現行の介護度を引継ぎ、次期認定期間を12ヶ月とする被保険者証を交付する取扱いを実施しているところです。

この更新申請に伴う要介護認定の臨時的な取扱いについて、お問合せいただいていることにつきまして補足いたします。

<補足事項>

1 手続きはどうするのか。

(回答) 通常どおり行っていただきます。

この場合、事前にキーパーソンの了解を得た上で臨時的取扱いを希望する旨を窓口担当に申出てください。

2 臨時的取扱いとする承諾書(あるいは同意書)は必要ないのか。

(回答) 臨時的取扱いとするか否かは、申請を行う段階でキーパーソンに確認された上で市へ申請書を提出されるものと解して上記1の取扱いとしています。



令和2年4月6日

各市町村介護保険担当課長  
各介護保険事務組合事務局長 } 殿

鹿児島県くらし保健福祉部  
高齢者生き生き推進課介護保険室長

「新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱い」に係る質疑について（情報提供）

このことについて、厚生労働省老健局老人保健課から令和2年2月18日付事務連絡があったところですが、別添のとおり内容に関する質疑があったため、厚生労働省へ確認した結果を情報提供いたします。

については、内容を確認の上、適切な運用をお願いします。

<連絡先>

介護保険室保険者指導係

TEL 099-286-2674

FAX 099-286-5554

E-mail ka-sidou@pref.kagoshima.lg.jp

「新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱い」について  
関係機関からの質疑に対する国の回答

R2.3 県介護保険室

6 質問) 面会制限の措置により、本人への聞き取りができない場合、介護者に聞き取りをして調査票を作成し、認定するという方法はとって良いか。

回答) 本人との面接がない限り、試行の動作確認などができないため不可。

(一部抜粋)

## IV その他

### (1) ケアマネジメント基本方針について

#### 鹿屋市ケアマネジメントに関する基本方針

平成 30 年 3 月 高齢福祉課

(最新修正 令和 2 年 8 月)

#### 1. 作成の根拠

平成 29 年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組が全国で実施されるよう、取組が制度化され、これに対する評価指標が示されたところである。様々な評価指標のうち、ケアマネジメントについては、「高齢者の自立支援、重度化防止等に資するように、介護支援専門員に対して保険者の基本方針が伝えられているか。」という評価指標が設定されており、このため、介護保険制度の根幹であるケアマネジメントのあり方を保険者と介護支援専門員で共有し、より良い介護保険事業の運営を目指すために、本基本方針を作成するものである。

#### 2. 法の理念

介護保険制度の基本理念は、「尊厳の保持」と「自立支援」である。(介護保険法第1条)  
保険給付は要介護状態等の軽減または悪化の防止に資するように行わなければならないと定められている(同法第2条第2項)とともに、被保険者の選択に基づき行われるものであり、(同法第2条第3項)、それは、要支援者、要介護者の自立支援という理念に沿って検討されなければならないものである。

##### ※介護保険法第1章総則第1条(目的)

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」

##### ※介護保険法第1章総則第2条(介護保険)第2項

〈略〉保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するように行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

##### ※介護保険法第1章総則第2条(介護保険)第3項

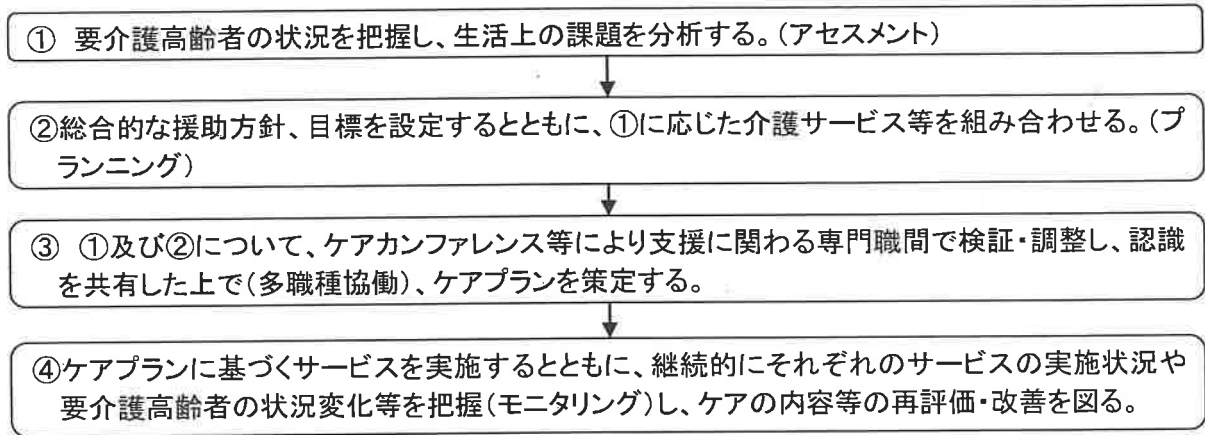
〈略〉被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

#### 3. ケアマネジメントについて

- 介護保険制度の理念である「尊厳の保持」「自立支援」、また、「利用者本位」を具現化していくための手法として導入されたものが「ケアマネジメント」である。
- 高齢者の状態像を適切に把握し自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供するための仕組みであり、介護保険制度の中核となるものである。
- 「ケアマネジメント」とは、個々の要介護者の心身の状況や置かれている環境や希望などを十分把握分析したうえで、状態の悪化をできるだけ防止する視点に立って、介護保険サービスを含め、さまざまなサービス等を調整し総合的かつ効率的に提供するための仕組みであり、ケアマネジャー<sup>1</sup>が中心となって、次の手順により実施される。

<sup>1</sup> 法に規定する「介護支援専門員」のことを指すが、広く計画作成担当者を含んだ意味で以下使用する。

### 【ケアマネジメントの手順】



(引用) 「介護保険施設等実地指導マニュアル」鹿児島県

#### 4. 本市におけるケアマネジメントの状況について

本市が行っているケアマネジメントに係る業務等において把握した、ケアマネジメントの状況を示すと以下のとおりである。

業務等	状況
ケアマネジャーからの相談対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>有料老人ホーム等からケアマネジャーに対して、サービス種類や回数を指示されることがあるとの相談があった。</li> <li>ケアプランに位置づけのない居宅療養管理指導の算定可否について相談があった。</li> <li>デイサービス事業所所有の車いすについて、車椅子付属品の貸与のみ利用できるか相談があった。</li> <li>利用者の住所変更等について、軽微な変更として取扱い可能であるか相談があった。</li> </ul>
ケアプラン点検	<ul style="list-style-type: none"> <li>制度の基本理念である自立支援が考慮されていないと思われるケアプランがあった。</li> <li>限度額に対して高い割合でサービスを利用している人が多い状況があった。</li> <li>有料老人ホーム等併設のデイサービス及びヘルパー事業所が多く、入居者が高い頻度で利用している状況があった。</li> <li>介護保険サービスの利用のみでケアプランが構成されており、インフォーマルサービスを利用しようとする意識が低い状況があった。</li> <li>各機関や事業所の担当者とケアマネジャーの関係性が薄く、情報収集や連携が適切にとられていないものがあった。</li> </ul>
給付実績分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>1人あたりの在宅サービス給付額は、県内で2番目に高い(介護サービス依存過多)。</li> <li>在宅サービスのうち、通所介護費が突出している。</li> <li>医療情報との突合及び縦覧点検、給付実績を活用した情報提供等により、給付実績を確認するなかで、ケアマネジャーが行わなければならない必要な理由書の提出がなく、利用者やサービス事業所に10割の負担をさせてしまっているケースが見られた。</li> </ul>
実地指導 (居宅介護支援)	<ul style="list-style-type: none"> <li>新規利用者の基本情報を含む利用者全体のアセスメントが不十分なものがあった。</li> <li>ケアプラン作成時のサービスの種類や量について、アセスメントが不十分なまま、本人や家族の要望のあったサービスのみを位置づけているものがあった。</li> <li>ケアプランの内容が介護保険サービス中心となっており、利用者及び家族ができることや地域資源などのインフォーマルサービスが位置づけられていないものがあった。</li> </ul>

<p>実地指導 (地域密着型サービス)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入居系サービスにおいて、施設的环境(施設のスケジュールや物的、人間的な環境等)に利用者の生活を合わせており、利用者1人ひとりの望む生活がプランに反映されているとは言えないものがあった。(サービスに個性が見られず、入居者全員が同じようなプランになっている状況があった。)</li> <li>ケアプランの一連のプロセスが理解されていない状況があった。</li> </ul>
<p>高齢者実態調査</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「要介護者」の介護が必要になった主な原因として、「骨折・転倒」が最も多く、次いで「高齢による衰弱」、「リウマチ等」となっている。</li> <li>「在宅要介護者」の現在治療中又は後遺症のある病気については、「高血圧」が最も多く、次いで「骨粗しょう症、関節症等」、「目の病気」となっている。</li> <li>介護サービスの回数や時間が希望するものと異なると感じている利用者・介護者の割合が高い。</li> <li>口腔機能が低下している要介護者の割合が高い。(固いものが食べにくい、お茶や汁物等でむせる、口の渇きが気になる)</li> <li>現在の健康状態が良いとする要介護者の割合が低く、気分が沈んだり憂鬱な気持ちになることがある要介護者の割合が高い。</li> <li>約9割の高齢者が転倒に対する不安があり、足腰の痛みや交通手段がないことを理由に外出を控えている。</li> <li>約7割の高齢者が「現在の住居にずっと住み続けたい」と考えているが、高齢者のひとり暮らしが多く、介護者の年齢は60歳以上が6割を超え、高齢化が進行している。</li> </ul>

このような状況から、本市におけるケアマネジメントの傾向として、以下の事項が挙げられる。

- 介護保険制度の基本理念である「尊厳の保持」「自立支援」、また、「利用者本位」「重度化防止」を具現化するためのケアプランではなく、単に利用者や家族の要望、サービス事業所からの要請に基づいたものとなっている傾向が見受けられる。
- ケアマネジメントのプロセスのうち、極めて重要である「アセスメント」の過程においては、本人の心身状態の把握のみならず、生活感、価値観、人生観等を含めた全体像のアセスメント及び医師や看護師などの専門職による視点からの観察情報、利用者の生活歴や家族状況(介護力や家族背景等)など、その人を取り巻く環境全般について情報収集がなされて行われるべきであるが、不十分な傾向が見受けられる。
- 2025年に向けて、地域包括ケアシステム(医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援が包括的に確保される体制)の構築を目指していく中で、これからのケアマネジメントは、介護サービスだけではなく、地域の支え合いや民間サービスも含めた地域資源を視野に入れて行うことがさらに必要になるが、関係機関との連携や多職種連携(地域ケア会議の活用等)の視点が弱い傾向が見受けられる。

5. 本市におけるケアマネジメントの基本方針について

これまでに示した、介護保険法の理念に基づき、「自立支援」を

加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により、要支援・要介護状態になっても、主体的な選択により、介護サービスやその他の支援を利用しながら、自分が望む、生活の質が保たれた自分らしい生活を営むことに対する支援

と定義する。

本市全体として、自立支援のためのケアマネジメントを行っていくためには、「自立支援」の視点や一連のケアマネジメントプロセスの再認識等が必要であることから、「ケアプラン点検」、「地域ケア会議」、「給付実績を活用した、医療情報との突合・縦覧点検等」、「ケアマネジャー研修」、「実地指導」等のあらゆる機会を通じて、保険者としてケアマネジャー等への支援を行うこととする。

6. 本市におけるケアマネジメントの取組方針について

ケアマネジメント業務においては、ケアマネジャーは下記に留意して取り組むこととし、本市はこれに対して各支援を行うこととする。

**【総合事業対象者のケアプラン】**

**重点留意事項**

- 高齢者自身が地域において自立した日常生活が送れるよう支援するものとなっているか。
- 生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめることなく、自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしているか。
- 状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業などの利用について検討し作成されているか。
- 利用者本人が有している生活機能の維持・改善が図られるよう、ケアマネジメントのプロセスを通じて、本人の意欲に働きかけながら目標指向型の計画を作成しているか。
- 地域での社会参加の機会を増やし、状態等に応じ、自身が地域の支え手になることを目指したものであるか。

(参考)「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」厚生労働省

(支援)

- 多職種からの専門的な助言を得ることでケアプランをよりよいものとし、利用者のQOLの向上を目指す「自立支援型地域ケア個別会議」を開催。(H30～)

### [要支援者(予防給付受給者)のケアプラン]

重点留意事項
<p><input type="checkbox"/> 利用者が可能な限りその居宅で自立した日常生活を営めるよう配慮されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービスと福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的・効率的に提供されるよう配慮されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 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サービスが特定の種類や事業者に不当に偏ることがないように、公正中立に作成されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> インフォーマルサービスや本人、家族のできることを位置づけているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 多職種からの助言を取り入れているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 状態改善、重度化予防に資する関係職能団体(リハビリ協会等)との連携がされているか。</p> <p>(参考)「鹿屋市指定介護予防支援等の事業に人員及び運営並びに指定介護予防支援等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を定める条例」</p>

(支援)

- 多職種からの専門的な助言を得ることでケアプランをよりよいものとし、利用者の QOL の向上を目指す「自立支援型地域ケア個別会議」を開催。(H30～)※段階的に実施
- 実地指導による、上記留意事項の確認等。

### [要介護者のケアプラン]

重点留意事項
<p><input type="checkbox"/> 利用者及びその人を取り巻く環境について多方向からの客観的な情報収集を行っているか。(課題分析標準 23 項目)</p> <p><input type="checkbox"/> 生活感、価値観、人生観などを含めた全体像のアセスメントを行っているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 医師や看護師などの専門職による視点からの観察情報、利用者の生活歴や家族状況、(介護力、家族背景等)など、その人を取り巻く環境全般について情報収集を行っているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者が今どのような状況にあり、何故サービスを必要としているのか、自立支援に必要な本当の支援は何かを分析した上で、ニーズを引き出しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 支援が必要な状況を明らかにするだけでなく、利用者及び家族ができること(ストレングス)をアセスメントしているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 困っていることのみを把握するのではなく、予後予測(危険性の予測)にたった視点でアセスメントしているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 表面に現れている現象を「問題」として捉えるのではなく、問題を引き起こしている原因や背景を明らかにしていくことで「真の課題」をつかんでいるか。</p> <p><input type="checkbox"/> 自立に向けた支援、利用者の QOL を高める視点で分析をしているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者本人や家族が希望するニーズのみ対応するのではなく、専門職として知識と技術を基に分析を行う努力をしているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 目標を達成する手段として適切な内容となっているか。</p>

- 個々の短期目標の積み上げの上に、長期目標の達成があり、長期目標の達成の先に、利用者の目指すその人らしい生活が見えてくるという関連性を常に意識しているか。
- どのような危険が予測されるのか、緊急事態とはどのような状況を想定するのか等、個々の利用者の状態像に応じたリスクマネジメントの視点があるか。
- 家族の介護に対する思いを受け止め、その思いを支える視点を持つと同時に、家族も利用者の支援を担うチームの一員として、目標達成に向けて一緒に関わってほしいというアプローチがされているか。
- 自立支援を目標とするものになっているか。
- 多職種からの助言を取り入れているか。
- 利用者本位のサービスが位置づけられているか。
- インフォーマルサービスや本人、家族のできることを位置づけているか。
- 利用者自身は、どのような生活を目指したいと考えているか、利用者の意向を踏まえた上で、どこまでの改善が可能かという目標設定が明確になっているか。
- 個別性のあるものとなっているか。(生活に本人の意向を取り入れ、漫然と利用者全員が同じ生活となっていないか。)
- 機能訓練等を取り入れ、各利用者に応じた自立支援、重度化防止のものとなっているか。
- 地域との交流について地域資源を利用し、環境の充実を図っているか。

(参考)「介護保険施設等実地指導マニュアル」厚生労働省

(支援)

- 多職種からの専門的な助言を得ることでケアプランをよりよいものとし、利用者の QOL の向上を目指す「自立支援型地域ケア個別会議」を開催。(H30～)※段階的に実施
- 実地指導による、上記留意事項の確認等。
- ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、基本となる事項を介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り健全なる給付の実施を支援するための「ケアプラン点検」を実施。(H29～)

## (2) 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書の取扱いについて

○居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書（以下、「居宅届」という）の取扱いについては、令和2年5月19日付け鹿高第272号のとおりですので、取扱いには十分御留意ください。（資料P63）

### 〔主な内容〕

- ・居宅サービス利用開始日までに提出すること。
  - ・居宅サービス再開時は、基本的に新規開始扱い（要届出）となること。
- ※届出の漏れ（⇒法定代理受領の対象とならず、原則どおりの償還払いとなり、利用者・事業者双方に負担が生じること）を防ぐための措置です。

○サービス利用開始日までに提出することが困難な場合は、事前に高齢福祉課給付管理係へ電話にて御相談ください。

（例：金曜日午後に提出する予定としていたが、開庁時間内に提出することができない場合等）

○ゴールデンウィークや年末年始などの市役所閉庁期間中に、居宅届を提出していないが、必要があってサービス利用を開始した場合等については、直近開庁日に給付管理係へ電話にて御連絡ください。



鹿 高 第 272 号  
令和 2 年 5 月 19 日

居宅介護支援事業所  
地域包括支援センター  
(介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業所 各位

鹿屋市高齢福祉課長

## 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書の取扱いについて

平素より介護保険事業の実施につきまして、御理解と御協力をいただき深く感謝申し上げます。

さて、居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書（以下、「届出書」という。）について、下記のとおり届出に関する本市の取扱いを整理しました。つきましては、内容を御確認いただき、手続きに遺漏のないよう御留意くださるようお願いいたします。

### 記

※「**居宅サービス等**」：居宅サービス、地域密着型サービス、居宅介護支援、介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス、介護予防支援のうち、厚生労働省令により代理受領の要件が定められているもの。

#### 1 届出書の提出について

##### (1) 基本的取扱い

届出書は居宅サービス等の利用開始日までに提出してください。

居宅サービス等にかかる費用の支払いを代理受領の手続きにより行うためには、届出書を「あらかじめ市町村に届け出ている」ことが必要であり、原則として届出日（届出書の提出日）からの適用となります。

居宅サービス等の利用開始日より後に届出書を提出した場合、(3)に該当する場合を除き、届出の適用を居宅サービス等の利用開始日に遡及しません（原則どおり「償還払い」の取扱いとなります）ので、御留意ください。

なお、事業者を変更する場合の取扱いも同様です。

#### 根拠法令

《居宅サービス》 介護保険法第 41 条第 6 項及び介護保険法施行規則第 64 条

《地域密着型サービス》 介護保険法第 42 条の 2 第 6 項及び介護保険法施行規則第 65 条の 4

《居宅介護支援》 介護保険法第 46 条第 4 項及び介護保険法施行規則第 77 条

《介護予防サービス》 介護保険法第 53 条第 1 項及び介護保険法施行規則第 83 条の 9

《地域密着型介護予防サービス》 介護保険法第 54 条の 2 第 1 項及び介護保険法施行規則第 85 条の 2

《介護予防支援》 介護保険法第 58 条第 4 項及び介護保険法施行規則第 95 条の 2

(2) 居宅サービス等の利用をいったん終了（中断）し、再び居宅サービス等を利用する場合

下記のような場合においては、居宅サービス等の終了（中断）前の届出書の提出の有無に関わらず、新規開始扱いとなりますので、(1)と同様に、居宅サービス等の利用開始日（再開日）までに届出書を提出してください。

○居宅サービス等を利用していた被保険者の認定有効期間が終了した後、再び要介護（要支援）認定を受け居宅サービス等を利用する場合

○居宅サービス等を利用していた被保険者が、非該当となったため居宅サービス等の利用を終了した後、再び要介護（要支援）認定を受け居宅サービス等を利用する場合

○居宅サービス等を利用していた被保険者が、介護保険施設（老健やグループホーム等）に入所したこと等により事業者との契約が終了した後、再び在宅に戻り居宅サービス等を利用する場合

○その他、上記に準ずる場合

(3) 暫定的に居宅サービス等を利用する場合

下記の場合は、認定結果が確定してから14日以内に届出書を提出していただくことにより、届出の適用を居宅サービス等の利用開始日に遡及できる取扱いとします。（平成29年5月19日付け事務連絡のとおり。）

なお、14日を過ぎて届出書を提出した場合、届出日からの適用となりますので、御留意ください。

○新規又は区分変更申請で、申請時から暫定的に居宅サービス等を利用する場合

○更新申請で、有効期間内に認定結果が確定せず、暫定的に居宅サービス等を利用する場合

## 2 適用年月日

令和2年6月1日

## 3 その他

原則として、居宅サービス等の利用開始日前の市役所開庁日（平日）に届け出ることとし、やむを得ず届け出ようとする日が土日・祝日等の市役所開庁日にあたる場合は、事前に御相談ください。

また、市外の事業者等が郵送により届け出を行う場合等については、必要に応じて届出の適用を郵便の消印日まで遡及できるものとしますが、これにより難しい事情がある場合には、事前に御相談ください。

### 【問合せ先】

鹿屋市高齢福祉課 給付管理係

電話 0994-31-1116

内線 3185・3189

### (3) 災害対策について

高生第131号  
建第10-18号  
令和2年7月7日

各高齢者福祉施設管理者様

鹿児島県くらし保健福祉部高齢者生き生き推進課長  
鹿児島県土木部建築課住宅政策室長

#### 高齢者福祉施設等における非常災害時の体制整備の 強化・徹底について（通知）

本県における保健福祉行政の推進につきましては、日頃から御協力いただき感謝申し上げます。

さて、すでに報道等で御存じのとおり、7月3日から4日にかけての豪雨災害により、熊本県の高齢者施設で入所者14名が亡くなるという痛ましい被害が発生しました。当該事例では、避難に時間がかかり、入所者の一部を避難させることができなかったことが指摘されています。

高齢者施設は、自力で避難することが困難な方も多く利用されていることから、利用者の安全を確保するため、集中豪雨、台風等を含む非常災害時に備えた十分な対策を講じる必要があります。

つきましては、下記及びこれまで送付している各種通知等を再度御確認の上、施設利用者や職員等の安全確保に万全を期していただきますようお願いいたします。

また、通所介護、老人短期入所事業所等を併設されている法人におかれましては、各事業所への周知も併せてお願いいたします。

#### 記

#### 1 連絡体制

市町村、消防署、自主防災組織及び利用者家族などとの連携を密にし、緊急時の連絡先を再確認する等、通報・連絡が円滑に行える体制を整えておくこと。

#### 2 職員の確保

市町村からの防災情報や、注意報・警報などの気象情報等を踏まえ、大雨等による災害の発生が予想される場合は、速やかに避難できる人員体制とすること。

また、避難に際して特に混乱することが想定される夜間等については、利用者の避難に必要な時間を見込み、あらかじめ夜勤・宿直の職員を増員するなど、速やかに避難ができるような体制とすること。

#### 3 災害情報の把握

非常災害対策計画の内容を職員間で十分共有するとともに、市町村のハザードマップを活用し、危険区域及び避難所、避難経路を再確認すること。

#### 4 早期の避難開始

利用者については、市町村が「避難準備・高齢者等避難開始」を発令した段階で避難を開始することとされているが、入所者及び職員の安全を確保するために必要であると判断した場合は、当該発令がなされていない状況であっても、事前に避難を開始すること。

#### (問合せ先)

鹿児島県くらし保健福祉部  
高齢者生き生き推進課  
施設整備係（担当 山本）  
電話：099（286）2703  
介護保険室事業者指導係（担当 熊手）  
電話：099（286）2687  
鹿児島県土木部 建築課住宅政策室  
住宅企画係（担当 上之園）  
電話：099（286）3740

令和2年7月豪雨の被災者の皆様へ

**保険証や現金がなくても**

**医療機関等を受診できます**



ひと、暮らし、みらいのために

厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

令和2年7月22日15時時点

- 災害救助法の適用市町村の住民の方で、適用市町村の国民健康保険・介護保険、適用市町村が所在する県の後期高齢者医療、協会けんぽ（以下の「対象保険者」に記載の保険者）に加入している場合、次の①～⑤のいずれかに該当する方は、医療機関、介護サービス事業所等の窓口でその旨をご申告いただくことで、医療保険の窓口負担や介護保険の利用料について支払いが不要となります。

**（令和2年10月末まで）**

- ① 住家の全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をされた方  
※ 罹災証明書の提示は必要ありませんので、窓口で口頭で申告してください。
- ② 主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負われた方
- ③ 主たる生計維持者の行方が不明である方
- ④ 主たる生計維持者が業務を廃止、又は休止された方
- ⑤ 主たる生計維持者が失職し、現在収入がない方

#### 対象保険者

[鹿児島県]

出水市(国保のみ)、伊佐市、出水郡長島町(国保のみ)、鹿屋市、曾於市、志布志市、垂水市(介護のみ、猶予のみ)、薩摩川内市(介護のみ)、曾於郡大崎町  
鹿児島県後期高齢者医療広域連合、全国健康保険協会

(上記以外に、一部の健保組合・国保組合についても免除される場合があります。詳細は各組合にお問い合わせください。)

- ※ この免除を受けるには、上記の①～⑤のいずれかに該当する必要があることから、医療機関等の窓口でご申告いただいた内容について、後日、ご加入の保険者から、確認が行われることがあります。
- ※ 上記の医療保険・介護保険の加入者であれば、県外の医療機関等を受診、介護サービスを利用された場合にも支払いを求められることはありません。
- ※ なお、入院・入所時の食費・居住費などはお支払いいただく必要があります。
- ※ 上記以外の保険者については、医療保険の窓口負担や介護保険の利用料を支払っていただく必要がありますが、一定期間は支払いが猶予される可能性があります。詳細は各保険者にお問い合わせください。

- 被災者の皆様は、保険証なしでも医療機関等を受診、介護サービスを利用できます。

- この窓口負担の取扱いについて、ご不明な点があれば、ご加入の各保険者にお問い合わせ下さい。