居宅介護支援事業所

＊＊　＊＊　様

事業所名

管理者名

新型コロナウイルス感染症に伴う特例取扱いについて

　時下、ますますご清祥のこととお慶び申しあげます。

　令和２年６月１日厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室他事務連絡「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、「通知」という。）に基づく特例取扱いについて、別添１のとおりご案内することを予定しておりますので、お含みおきくださいますようお願いいたします。

　なお、本特例の取扱いの同意を得られた利用者については、追って別添２の様式に基づきご報告するとともに、実績報告の際にもご報告をいたします。

|  |
| --- |
| （連絡先）  ＊＊＊＊＊ |

以上

別添１

感染症対策にかかる感染防護対応のための諸経費の負担増への対応や、感染拡大防止に配慮しつつ、より充実したサービス提供に向け取組を

進めていく観点から発出された特例的取扱いについて

（全国デイ・ケア協会参考例）

※下線部を中心に適宜加筆修正ください。

令和２年６月１日厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室他事務連絡「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）」（介護保険最新情報vol.842）（以下、「通知」という。）が発出されました。

これにより、通所系サービス事業所（通所リハビリテーション等）と短期入所系サービス事業所については、介護支援専門員と連携の上、利用者様からの事前のご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、下記のとおり報酬を算定することが可能となりました。

この通知を受けて、本書は事業所名（以下、「当事業所」という。）において、次のとおり、表題の特例的取扱いにかかるご利用について、ご説明するものです。

なお、本書に記載のない事項については、別途交付している重要事項説明書に依るものとし、重要事項説明書と合わせて、当分の間、本書を大切に保管いただきますようお願いいたします。

1. 当事業所では、「９時30分から15時30分」までの6時間をサービス提供時間としています。通知では、「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「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」とされていることを踏まえ、下表の「本取り扱い同意日以降の取扱い」といたします。最大４回分以外の基本単位については、「これまでの取扱い」のとおりといたします。

　なお、この取り扱いの変更により、ご利用者のご本人負担額は、週３回、４週間利用の場合を比較した場合には、１割負担の場合で１か月約400円増額となります。また、ご利用の状況によりこの金額は変動いたしますのであらかじめご容赦ください。

* + 具体的な単価までの記載は要介護度の変更や、計画通りいらっしゃらない場合等もありますので、示さないことも考えられます。

（基本単位／日）

＊不要な時間区分は削除してご利用ください　下記は通常規模の場合です

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 時間  区分 | **これまでの取扱い**  （要介護度毎の単位） | | | | |  | **本書の同意日以降の取扱い**  （要介護度毎の単位。ただし、当事業所は、最大で４回分まで） | | | | |
| 要介護度 | | | | |  | 要介護度 | | | | |
| １ | ２ | ３ | ４ | ５ |  | １ | ２ | ３ | ４ | ５ |
| 1-2時間 | 331 | 360 | 390 | 419 | 450 |  | 446 | 523 | 599 | 697 | 793 |
| 2-3時間 | 345 | 400 | 457 | 513 | 569 |  | 511 | 598 | 684 | 795 | 905 |
| 3-4時間 | 446 | 523 | 599 | 697 | 793 |  | 579 | 692 | 803 | 935 | 1065 |
| 4-5時間 | 511 | 598 | 684 | 795 | 905 |  | 670 | 801 | 929 | 1081 | 1231 |
| 5-6時間 | 579 | 692 | 803 | 935 | 1065 |  | 716 | 853 | 993 | 1157 | 1317 |
| 6-7時間 | 670 | 801 | 929 | 1081 | 1231 |  | 766 | 903 | 1043 | 1207 | 1367 |
| 7-8時間 | 716 | 853 | 993 | 1157 | 1317 |  | 816 | 953 | 1093 | 1257 | 1417 |

（加算）＊本人負担増を明確にする観点から、記載する方が望ましいと考えられます

＊●●加算・・・・

＊●●加算・・・・

＊●●加算・・・・

＊●●加算・・・・

1. 本書の取扱いに同意の際、居宅介護支援事業所に対して当事業所がご利用者様のお名前、要介護度、現在のサービス提供時間区分、当月の全サービス利用回数、特例によるサービス提供時間区分、特例による時間区分の提供回数について情報提供することについて併せて同意するものとします。
2. 本書の取扱いは、本書の同意日以降に効力を有するものとします。なお、別途厚生労働省による期限の定めや取り扱いの変更が示され、その変更について改めて同意をいただいた期日を以て、本書の取扱いは、効力を失うものとします。