

第2 サービス別留意事項

1 共通事項

(1) 介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算

★対象サービス…訪問介護、訪問介護相当サービス、(介護予防)訪問入浴介護、通所介護、通所介護相当サービス、(介護予防)通所リハビリテーション、(介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)短期入所療養介護、(介護予防)特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、(介護予防)小規模多機能型居宅介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、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

介護職員処遇改善加算は、介護職員の賃金改善に充てることを目的に設けられています。

介護職員の処遇改善の取組は、平成23年度まで実施されていた「介護職員処遇改善交付金」相当分の円滑な移行のため、平成24年度に「介護職員処遇改善加算」が創設されました。その後も見直し・拡充を行い、現在も継続されています。

なお、当該加算のうち、加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、令和2年度末までに算定している事業所に限り、1年間の経過措置の後、令和3年度末で廃止となりました。

介護職員の処遇改善については、平成29年度の臨時改定における介護職員処遇改善加算(以下「現行加算」という。)の拡充も含め、これまで数次にわたる取組が行われてきました。令和元年度の介護報酬改定においては、介護職員の確保・定着につなげていくため、現行加算に加え、介護職員等特定処遇改善加算(以下「特定加算」という。)が創設されました。特定加算では、経験・技能のある介護職員に重点化しつつ、介護職員の更なる処遇改善という趣旨を損なわない程度において、一定程度他の職種の処遇改善も行うことができる柔軟な運用が認められます。

令和4年10月の報酬改定において、令和4年2月から9月までの介護職員処遇改善支援補助金による賃上げ効果を継続する観点から、**ベースアップ等加算を創設**し、基本給等の引上げによる一定の賃金改善を求めつつ、介護職員の処遇改善を行うものであることを十分に踏まえた上で、他の職種の処遇改善も行うことができる柔軟な運用を認めることとされています。

令和5年度においては、「介護職員の働く環境改善に向けた政策パッケージ」(令和4年12月)も踏まえ、事務負担軽減のため、計画書・実績報告書の様式の簡素化が行われています。

■加算区分

- 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）
- 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）、（Ⅱ）
- 介護職員等ベースアップ等支援加算

■加算取得の要件

- ① 賃金改善計画の策定・実施
- ② 介護職員の資質向上の取組み（キャリアパス要件Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ、職場環境等要件）

処遇改善加算

- ・加算（Ⅰ）については、キャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ、キャリアパス要件Ⅲ及び職場環境等要件の全てを満たすこと。
- ・加算（Ⅱ）については、キャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ及び職場環境等要件の全てを満たすこと。
- ・加算（Ⅲ）については、キャリアパス要件Ⅰ又はキャリアパス要件Ⅱのどちらかを満たすことに加え、職場環境等要件を満たすこと。

◇キャリアパス要件Ⅰ

職位・職責・職務内容等に応じた任用要件と賃金体系を整備し、全ての介護職員に周知していること。

◇キャリアパス要件Ⅱ

資質向上のための計画を策定して研修の実施または研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知していること。

◇キャリアパス要件Ⅲ

経験若しくは資格等に応じて昇給するしくみまたは一定の基準に基づき定期的に昇給を判定するしくみを設け、全ての介護職員に周知していること。

◇職場環境等要件

賃金改善以外の処遇改善を実施し、全ての介護職員に周知していること。

特定加算

加算（Ⅰ）…介護福祉士の配置等要件、処遇改善加算要件、職場環境等要件及び**見える化要件**の全てを満たすこと。

加算（Ⅱ）…処遇改善加算要件、職場環境等要件及び見える化要件の全てを満たすこと。

◇職場環境等要件

届出に係る計画の期間中に実施する事項について、6つの区分ごとに、それぞれ1つ以上の取組を行うこと。

◇介護福祉士の配置等要件（令和3年度改正あり）

・サービス提供体制強化加算の（Ⅰ）又は（Ⅱ）の区分（訪問介護にあつては特定事業所加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）、特定施設入居者生活介護等にあつてはサービス提供体制強化加算（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）又は入居継続支援加算（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）、地域密着型通所介護（療養通所介護費を算定する場合）にあつてはサービス提供体制強化加算（Ⅲ）イ又は（Ⅲ）ロ、介護老人福祉施設等にあつてはサービス提供体制強化加算（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）又は日常生活継続支援加算）の届出を行っていること。

・特別養護老人ホーム等と併設されている又は空床利用型である短期入所生活介護、介護老人保健施設等と短期入所療養介護については、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設等が特定加算を算定している場合において、短期入所生活介護等においても、同じ加算区分を算定することが可能である。（短期入所生活介護等において特定加算（Ⅰ）を算定する場合は、体制等状況一覧表における「併設本体施設における介護職員等特定処遇改善加算Ⅰの届出状況」（あり／なし）の欄について、「あり」と届け出ること。）

◇現行加算要件

現行加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定していること（特定加算と同時に現行加算にかかる計画書の届出を行い、算定される場合を含む。）。

◇見える化要件（※令和4年度は算定要件となっています。）

特定加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等により公表していること。具体的には、介護サービス情報公表制度を活用し、特定加算の取得状況を報告し、賃金以外の処遇改善に関する具体的な取組内容を記載すること。

当該制度における報告の対象となっていない場合等には、各事業者のホームページを活用する等、外部から見える形で公表すること。

配分対象と配分方法（※特定加算のみ）

① 賃金改善の対象となるグループ

A 経験・技能のある介護職員

・介護福祉士であつて、経験・技能を有する介護職員と認められる者をいう。

※介護福祉士の資格を有するとともに、所属する法人等における勤続年数10年以上の介護職員を基本とする。

※該当する職員がいない場合、他の法人における経験や、当該職員の業務や技能等を踏まえ、各事業所の裁量で設定する。

B 他の介護職員

・経験・技能のある介護職員を除く介護職員をいう。

C その他の職種

・介護職員以外の職員をいう。

② 事業所における配分方法

実際に配分するに当たっては、①A～Cそれぞれにおける平均賃金改善額等について、以下のとおりとすること。この場合において、各グループ内での一人ひとりの賃金改善額は、柔軟な設定が可能であること。

- ・ 経験・技能のある介護職員のうち1人以上は、賃金改善に要する費用の見込額が月額平均8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること（現に賃金が年額440万円以上の者がいる場合には限りでない）。ただし、当該賃金改善が困難な場合は合理的な説明（例；小規模事業所等で加算額全体が少額である場合）を求めることとすること。
- ・ 当該事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、他の介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均と比較し高いこと。
- ・ 他の介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、その他の職種の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であること。ただし、その他の職種の平均賃金額が他の介護職員の平均賃金額を上回らない場合はこの限りでないこと。
- ・ その他の職種の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らないこと（賃金改善前の賃金がすでに年額440万円を上回る場合には、当該職員は特定加算による賃金改善の対象とならない）。

ベースアップ等支援加算

賃金改善額の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げに充てること。処遇改善加算のいずれかを算定していること。

■加算に係る提出書類及び提出期限

区 分	提出書類	提出期限
新規に加算を算定する場合	計画書 (別紙様式2-1、2、3、4)	令和5年度の計画の提出期限 →令和5年4月15日(土)消印有効 ・年度途中の場合、算定を受けようとする月の前々月の末日 ・算定を受ける年度ごとに提出してください。
変更(*1)	変更後の計画書 (別紙様式2-1、2、3、4)	・変更のあったとき ・複数事業所を一括して申請を行う事業者が事業所を追加する場合等は、介護給付費算定等に係る届出期限
実績報告書(*2)	実績報告書 (別紙様式3-1、2)	・算定を受けた年度の翌年度の6月頃(※同報メール等でお知らせします。) ・年度途中で事業所を廃止等した場合は、最終支払月の翌々月の末日

(* 1) 変更の届出

次の場合には、変更の届出をしてください。

- ①会社法（平成 17 年法律第 86 号）の規定による吸収合併、新設合併等により、計画書の作成単位が変更となる場合
- ②複数の介護サービス事業所等について一括して申請を行う事業者において、当該申請に係る介護サービス事業所等に増減（新規指定、廃止等の事由による。）があった場合
- ③就業規則を改正（介護職員の処遇に関する内容に限る。）した場合
- ④キャリアパス要件等に関する適合状況に変更（該当する処遇改善加算の区分に変更が生じる場合又は処遇改善加算（Ⅲ）を算定している場合におけるキャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ及び職場環境等要件の要件間の変更が生じる場合に限る。）があった場合

(* 2) 実績報告書の提出

実績報告書の提出は、加算の算定要件です。期限までに必ず提出してください。

指定権者が実績報告の提出を求める等の指導を行っているにも関わらず、**実績報告の提出を行わない場合は、加算の算定要件を満たしていない不正請求として全額返還となります。**なお、実績報告の積算の根拠となる詳細な積算資料の提出を求めることがあります。事業者は提出を求められた場合に、速やかに提出できるようにしておいてください。

■賃金改善実施期間について

賃金改善を実施する期間は、加算の算定月数と同じ月数とします。

加算を算定する期間が令和 5 年 4 月から令和 6 年 3 月の場合は、原則令和 5 年 4 月（年度の途中で加算を取得する場合、当該加算を取得した月）から令和 6 年 3 月までですが、以下の条件を満たす場合は、事業者が任意に選択することも可能です。

- ①月数は加算算定月数と同じでなければならない。
- ②当該年度の加算算定の根拠となるサービス提供の期間の初月から、当該年度の介護職員処遇改善加算支払終了月の翌月までの連続する期間でなければならない。
- ③各年度において重複してはならない。

関連 Q & A 平成 29 年度介護報酬改定に関する Q & A（平成 29 年 3 月 16 日）

問 3 昇給の方式について、手当や賞与によるものでよいか。

答 3 昇給の方式は、基本給による賃金改善が望ましいが、基本給、手当、賞与などを問わない。

問 6 キャリアパス要件Ⅲの昇給基準として「資格等」が挙げられているが、これほどのようなものが含まれるか。

答 6 「介護福祉士」のような資格や、「実務者研修修了者」のような一定の研修の修了を想定している。また、「介護福祉士資格を有して当該事業所や法人で就業する者に

についても昇給が図れる仕組み」については、介護職員として職務に従事することを前提としつつ、介護福祉士の資格を有している者が、「介護支援専門員」や「社会福祉士」など、事務所が指定する他の資格を取得した場合に昇給が図られる仕組みを想定している。

また、必ずしも公的な資格である必要はなく、例えば、事業所等で独自の資格を設け、その取得に応じて昇給する仕組みを設ける場合も要件を満たし得る。ただし、その場合にも、当該資格を取得するための要件が明文化されているなど、客観的に明らかとなっていることを要する。

問7 『一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組み』とあるが、一定の基準とは具体的にどのような内容を指すのか。また、「定期に」とは、どの程度の期間まで許されるのか。

答7 昇給の判定基準については、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていることを要する。また、判定の時期については、事業所の規模や経営状況に応じて設定して差し支えないが、明文化されていることが必要である。

関連Q & A 平成30年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 6) (平成30年8月6日)

問7 最低賃金を満たしているのかを計算するにあたっては、介護職員処遇改善加算により得た加算額を最低賃金額と比較する賃金に含めることとなるのか。

答7 介護職員処遇改善加算により得た加算額を、最低賃金額と比較する賃金に含むか否かについては、当該加算額が、臨時に支払われる賃金や賞与等として支払われておらず、予定し得る通常の賃金として、毎月労働者に支払われているような場合には、最低賃金額と比較する賃金に含めることとなるが、当該加算の目的等を踏まえ、最低賃金を満たした上で、賃金の引上げを行っていただくことが望ましい。

(参考資料)

- ・厚生労働大臣が定める基準（H27厚労告95第四号他）
- ・介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援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5年3月1日 老発0301第2号）介護保険最新情報 Vol. 1133

(2) LIFEに関する取扱い

★ 対象サービス…すべてのサービス

LIFE 関連加算の対象サービス…通所介護、(介護予防) 通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、(介護予防) 特定施設入居者生活介護、地域密着型通所介護、(介護予防) 認知症対応型通所介護、(介護予防) 小規模多機能型居宅介護、(介護予防) 認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、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

①科学的介護情報システム (LIFE) について

LIFE は、介護サービス利用者の状態や、介護施設・事業所で行っているケアの計画・内容などを一定の様式で入力すると、インターネットを通じて厚生労働省へ送信され、入力内容が分析されて、当該施設等にフィードバックされる情報システムです。LIFE の歴史等イメージ図については 112 ページを参照してください。

介護関連データの収集・活用及び PDCA サイクルによる科学的介護を推進していく観点から、すべてのサービス（居宅介護支援を除く）について、LIFE を活用した計画の作成や事業所単位での PDCA サイクルの推進、ケアの質の向上の取組を推奨します。居宅介護支援については、各利用者のデータ及びフィードバック情報のケアマネジメントへの活用を推奨しています。

②LIFE を用いた PDCA サイクルの推進及びサービスの質の向上について

令和 3 年度介護報酬改定において、科学的に効果が裏付けられた自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提供の推進を目的とし、LIFE を用いた PDCA サイクルの推進及びサービスの質の向上を図る取組を推進することになりました。PDCA サイクルとは、利用者等の状態に応じたケア計画等の作成 (Plan)、当該計画等に基づくサービスの提供 (Do)、当該提供内容の評価 (Check)、その評価結果を踏まえた当該計画等の見直し・改善 (Action) の一連のサイクルのことであり、PDCA サイクルの構築を通じて、継続的にサービスの質の管理を行うことにより、サービスの質の向上につなげることを目指すものです。

108 ページ (参考) に記載の厚生労働省ホームページに掲載されている「ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム (LIFE) の利活用に関する事例集」や「手引き」を参考にしてください。

③LIFE の活用等が要件の加算について

加算の算定にあたり、LIFE への情報提出及びフィードバック情報を活用した PDCA サイクルの推進及びサービスの質の向上を図ることが求められます。事業所では、LIFE へ

の新規利用登録手続き、データ入力及びフィードバック機能の利用が必要です。

LIFE の加算等が要件として含まれる加算については 116 ページの一覧を参照してください。

ア LIFE の利用申請手続きについて

LIFE は web システムであるため、インターネットに接続できる環境が必要です。また、利用するためには、下記④に記載の web サイトから新規利用登録を行います。

毎月 25 日までに新規利用登録のあったものについて、翌月の月上旬に利用案内が FAX で通知されます。

イ データ提出及びフィードバック機能の利用について

データの提出については、LIFE の web サイトに直接データを入力し、様式作成とデータ提出を行う方法と、様式作成のために介護ソフトに入力したデータを、LIFE への CSV 連携により提出を行う方法があります。

また、データ提出は、サービス提供月の翌月の 10 日までに行います。そのデータの解析結果等のフィードバックについては、サービス提供月の翌月中に、LIFE の web サイトを通じて実施されます。

④LIFE に関する問合わせ先

可能な限り LIFE ホームページに掲載の FAQ や LIFE の操作マニュアル等をご覧いただいた上で「お問合わせフォーム」からのお問合わせにご協力ください。

【LIFE ヘルプデスク連絡先】

LIFE web サイト[URL : <https://life.mhlw.go.jp>] からご参照ください。

(参考) 厚生労働省ホームページ

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html

○LIFE ホームページへのリンク

○LIFE の導入、入力と評価方法、利活用のマニュアル

○Barthel Index (BI) の測定について

○厚生労働省発出の事務連絡

○フィードバック票のイメージ等

(参考) 根拠法令等（指定居宅サービスの場合）

H11 厚令 37

第 3 条 1～3（略）

4 指定居宅サービス事業者は、指定居宅サービスを提供するに当たっては、法第 118 条の 2 第 1 項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

H11 老企 25 第3 ー・3

(1) 介護保険等関連情報の活用とP D C Aサイクルの推進について

居宅基準第3条第4項は、指定居宅サービスの提供に当たっては、法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報等を活用し、事業所単位でP D C Aサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければならないこととしたものである。

この場合において、「科学的介護情報システム（L I F E : Long-term care Information system For Evidence）」に情報を提出し、当該情報及びフィードバック情報を活用することが望ましい（この点については、以下の他のサービス種類についても同様とする。）。

令和3年度報酬改定に関するQ&A (Vol. 5)

問4 L I F Eに提出すべき情報は「科学的介護情報システム（L I F E）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）の各加算の様式例において示されているが、利用者又は入所者の評価等に当たっては、当該様式例を必ず用いる必要があるのか。

答4 ・「科学的介護情報システム（L I F E）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）においてお示しをしているとおり、評価等が算定要件において求められるものについては、それぞれの加算で求められる項目（様式で定められた項目）についての評価等が必要である。

・ただし、同通知はあくまでもL I F Eへの提出項目をお示ししたものであり、利用者又は入所者の評価等において各加算における様式と同一のものをを用いることを求めるものではない。

令和3年度報酬改定に関するQ&A (Vol. 3)

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

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

答16 ・やむを得ない場合とは、例えば、通所サービスの利用者について、情報を提出すべき月において、当該月の中旬に評価を行う予定であったが、緊急で月初に入院することとなり、当該利用者について情報の提出ができなかった場合や、データを入力したにも関わらず、システムトラブル等により提出ができなかった場

合等、利用者単位で情報の提出ができなかった場合がある。

- ・また、提出する情報についても、例えば、全身状態が急速に悪化した入所者について、必須項目である体重等が測定できず、一部の情報しか提出できなかった場合等であっても、事業所・施設の利用者又は入所者全員に当該加算を算定することは可能である。
- ・ただし、情報の提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。

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

答 17 L I F Eの利用者登録の際に、氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報を入力いただくが、L I F Eのシステムにはその一部を匿名化した情報が送られるため、個人情報を収集するものではない。そのため、加算の算定に係る同意は必要ではあるものの、情報の提出自体については、利用者の同意は必要ない。

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

答 18 加算の算定に係る同意が得られない利用者又は入所者がいる場合であっても、当該者を含む原則全ての利用者又は入所者に係る情報を提出すれば、加算の算定に係る同意が得られた利用者又は入所者について算定が可能である。

令和3年度報酬改定に関するQ&A (Vol. 10)

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

問 2 サービス利用中に入院等の事由により、一定期間サービス利用がなかった場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。

答 2 ・これらの加算については、算定要件として、サービスの利用を開始した日の属する月や、サービスの提供を終了する日の属する月の翌月 10 日までに、L I F E への情報提出を行っていただくこととしている。

- ・当該サービスの再開や当該施設への再入所を前提とした、短期間の入院等による 30 日未満のサービス利用の中断については、当該中断の後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時やサービス利用開始時の情報提出は必要ないものとして差し支えない。

- ・一方、長期間の入院等により、30 日以上、当該サービスの利用がない場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時の情報提出が必要であるとともに、その後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用開始時の情報提出が必要となる。

※ サービス利用開始時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算、自立

支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算

※ サービス利用終了時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算

○科学的介護推進体制加算について

問3 サービス利用中に利用者の死亡により、当該サービスの利用が終了した場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。

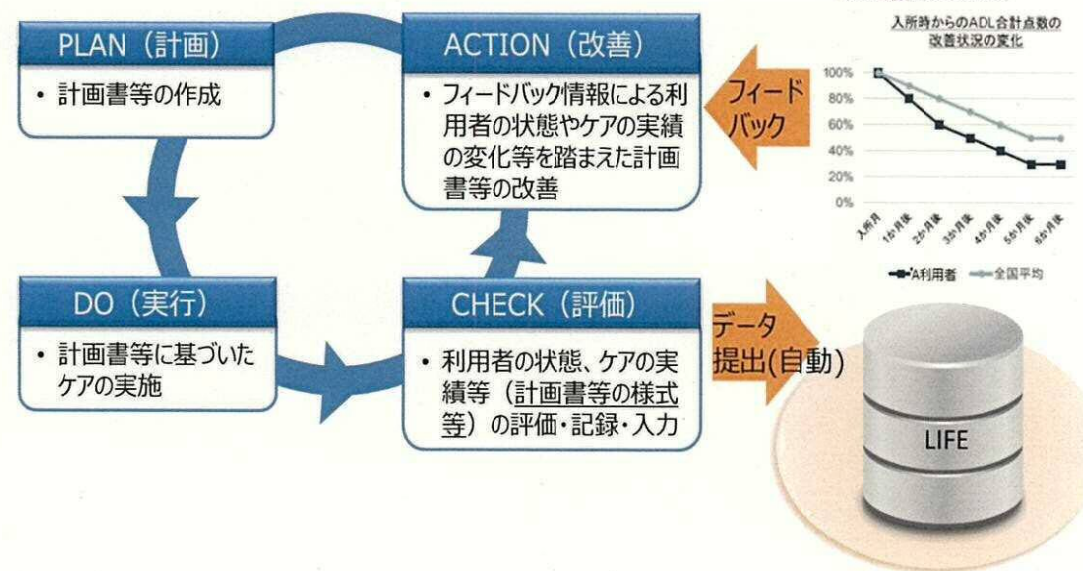
答3 当該利用者の死亡した月における情報を、サービス利用終了時の情報として提出する必要があるが、死亡により、把握できない項目があった場合は、把握できた項目のみの提出でも差し支えない。

科学的介護情報システム（LIFE）

- **介護サービス利用者の状態や、介護施設・事業所で行っているケアの計画・内容などを一定の様式で入力すると、インターネットを通じて厚生労働省へ送信され、入力内容が分析されて、当該施設等にフィードバックされる情報システム**
- **介護事業所においてPDCAサイクルを回すために活用するためのツール**

LIFEにより収集・蓄積したデータの活用

- LIFEにより収集・蓄積したデータは、**フィードバック情報としての活用**に加えて、施策の効果や**課題等の把握**、見直しのための分析にも活用される。
- LIFEにデータが蓄積し、分析が進むことにより、エビデンスに基づいた質の高い介護の実施につながる。
- 今後、データの集積に伴い、事業所単位、利用者単位のフィードバックを順次行う予定である。



科学的介護情報システム（LIFE）の歴史

2017年度

○ VISITの運用を開始

通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーションの情報収集を開始
2020年3月末時点で631事業所が参加

2018年度

○ 介護報酬においてVISITを評価

対象サービス：通所・訪問リハビリテーション事業所
リハビリテーションに係るデータの収集・分析を開始

2020年度

○ CHASEの運用を開始

全ての介護サービスを対象として、高齢者の状態やケアの内容等の情報を収集開始
2020年10月末時点で2,999事業所にIDを発行
モデル事業で、提出データとフィードバックを試行的に実施し、アンケート・ヒアリングを通じて、
内容のブラッシュアップを実施。

2021年度

○ VISITとCHASEを統合し、LIFEの運用を開始

令和3年度介護報酬改定において、新たな評価を創設
事業所単位に加えて、個人単位の分析結果をフィードバック予定
データの入力の負担を低減
2021年3月末時点で約6万事業所にIDを発行

<LIFEの活用により可能となること>

利用者個人の単位で、個人が受けているケアの効果が十分か、自身にあった適切なケアが何か等についてフィードバックされることにより、個人の状態に応じたデータに基づく適切なケアを受けることができるようになる。

科学的介護の目指す姿（将来像）

本人の状態

年齢：80歳
性別：男性
要介護度：3

褥瘡の有無：なし
褥瘡のステージ：

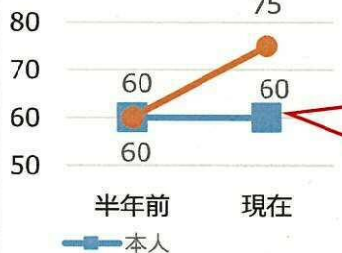
①利用者の背景

活動

リハビリテーションの実施：あり
(1時間：3回/週)

■ADLの評価

Barthel Index合計点数の推移



②リハビリテーションによるADLの改善効果は乏しい。

■移動能力[m] (6分間歩行試験)



③歩行距離はあまり改善していない。

LIFEに各領域のデータを収集



データ分析

⑤必要量に比べ、食事の摂取量が少ない。

栄養状態

(管理栄養士：不在 栄養関係の加算：なし)

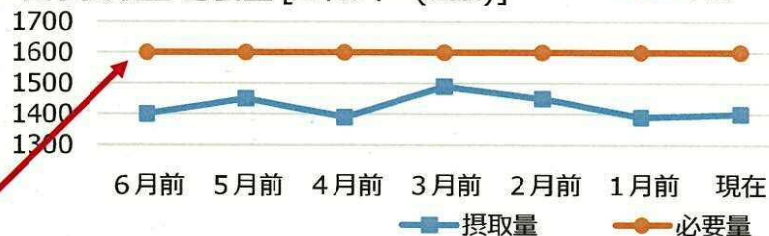
■栄養状態の総合評価：維持 ■低栄養リスクレベル：中
■経腸・静脈栄養の有無：いずれもなし

■BMI(※)の変化



④栄養状態は、低体重の状態。

■食事摂取量・必要量 [エネルギー(kcal)]



【まとめ】

- 同じような利用者のデータと比較して、リハビリテーションの効果が低い。
- 食事摂取量が少なく、BMIは低い状態（低体重）で経過している。

【フィードバック】

- リハビリテーションの提供に合わせて、間食など食事提供量の増量を推奨。

リハビリテーションの効果アップ^o (ADLが改善)、栄養状態の改善 (BMIは正常値に)

尊厳の保持

日常生活の自立

要介護状態等の軽減又は悪化の防止

科学的介護情報システム（L I F E）のスケジュール（イメージ）

2021年4月 L I F Eの運用を開始

データの収集

暫定的なフィードバックとして、全国の集計値の提供を開始

フィードバックの
開始

順次、データが蓄積

科学的介護推進体制加算の事業所ごとの集計票の内容を検討し、
フィードバックに向け開発作業中

フィードバックの
本格化

科学的介護推進体制加算の利用者ごとの集計票、
他の加算の事業所ごと、利用者ごとの集計票の内容を検討し、
フィードバックに向け順次システム開発（予定）

蓄積されたデータを分析し、

- ・ 利用者の方の状態ごとにどういった特徴があるのか
- ・ 利用者の方の状態ごとにどのようなことに注意が必要なのか
- ・ どういった状態の方に、どういった介入が効果的なのか 等を研究

エビデンスの創出

フィードバック票への反映

フィードバックの
拡充

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）

別添1

	科学的介護 推進加算 (Ⅰ) 科学的介護 推進加算 (Ⅱ)	個別機能訓 練加算(Ⅱ)	ADL維持等 加算(Ⅰ) ADL維持等 加算(Ⅱ)	リハビリテー ションマネジ メント計画書 情報加算	理学療法、 作業療法及 び言語聴覚 療法に係る 加算	褥瘡マネジ メント加算 (Ⅰ) 褥瘡マネジ メント加算 (Ⅱ)	褥瘡対策指 導管理(Ⅱ)	排せつ支援 加算(Ⅰ) 排せつ支援 加算(Ⅱ) 排せつ支援 加算(Ⅲ)	自立支援促 進加算	かかりつけ 医連携薬剤 調整加算	薬剤管理指 導	栄養マネジ メント強化加 算	口腔衛生管 理加算(Ⅱ)
介護老人福祉施設	○	○	○			○		○	○			○	○
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	○	○	○			○		○	○			○	○
介護老人保健施設	○			○		○		○	○	○		○	○
介護医療院	○				○		○	○	○		○	○	○

	科学的介護推進 加算	個別機能訓練加 算(Ⅱ)	ADL維持等加算 (Ⅰ) ADL維持等加算 (Ⅱ)	リハビリテーシ ョンマネジメン ト加算 (A)口 リハビリテーシ ョンマネジメン ト加算 (B)口	褥瘡マネジメン ト加算(Ⅰ) 褥瘡マネジメン ト加算(Ⅱ)	排せつ支援加算 (Ⅰ) 排せつ支援加算 (Ⅱ) 排せつ支援加算 (Ⅲ)	栄養アセスメント 加算	口腔機能向上加 算(Ⅱ)
通所介護	○	○	○				○	○
地域密着型通所介護	○	○	○				○	○
認知症対応型通所介護(予防含む)	○	○	○ (予防を除く)				○	○
特定施設入居者生活介護(予防含む)	○	○	○ (予防を除く)					
地域密着型特定施設入居者生活介護	○	○	○					
認知症対応型共同生活介護(予防を含む)	○							
小規模多機能型居宅介護(予防含む)	○							
看護小規模多機能型居宅介護	○				○	○	○	○
通所リハビリテーション(予防含む)	○			○ (予防を除く)			○	○
訪問リハビリテーション				○ (予防を除く)				

(3) 看護体制加算

★ 対象サービス…短期入所生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

看護体制加算を算定する場合の基準について、運営指導時や電話での問い合わせが多くあります。基準等を記載しましたので、確認の上、適切な取扱いをお願いします。

■加算区分

看護体制加算 (I)、(II)、(III)、(IV)

※ (III) (IV) の区分があるのは短期入所生活介護

■加算取得の要件

	介護老人福祉施設 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		短期入所生活介護	
看護職員の配置	【加算 (I)】 ・常勤の 看護師 を1名以上	【加算 (II)】 ・ 看護職員 を常勤換 算方法で入所者の数 が25又はその端数を 増すごとに1以上で あり、かつ、厚令39 第2条第1項第3号 ロに定める指定介護 老人福祉施設に置く べき 看護職員 の数に 1を加えた数以上	【加算 (I)】 ・常勤の 看護師 を 1名以上	【加算 (II)】 (空床利用は除く) ・ 看護職員 を常勤換 算方法で入所者の数 が25 又はその端数を 増すごとに1以上
			【加算 (III)】 ・加算 (I) の要件に 加えて、算定日が 属する年度の前年 度または算定日が 属する月の前3月 間の利用者の総数 のうち要介護3以 上の占める割合が 100分の70以上	【加算 (IV)】 (空床利用は除く) ・加算 (II) の要件に 加えて、算定日が 属する年度の前年 度または算定日が 属する月の前3月 間の利用者の総数 のうち要介護 3以上の占める割合 が100分の70以上
	【加算 (I) から (IV)】 利用定員および人員基準に合致している。 【加算 (II) (IV)】 当該事業所の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保している。			

※ 特別養護老人ホームの空床利用について

本体施設である特別養護老人ホームと一体的に加算を行う。

1. 看護体制加算（Ⅰ）については、本体施設に常勤の看護師を1名配置している場合は、空床利用の指定短期入所生活介護についても算定が可能。
2. 看護体制加算（Ⅱ）については、指定介護老人福祉施設の入所者数と空床利用の指定短期入所生活介護の利用者数を合算した数が25又はその端数を増すごとに1以上、かつ、当該合算した数を指定介護老人福祉施設の「入所者の数」とした場合に必要な看護職員の数に1を加えた数以上の看護職員を配置している場合に算定が可能。

（参考）根拠法令等（介護老人福祉施設の場合）

H12 厚告 21 別表 1 注 8

H12 老企 40 第 2 の 5（9）

<Q & A> 平成 21 年 4 月改定関係 Q & A (vol. 1)

問 78 本体施設である介護老人福祉施設と併設のショートステイについて、一体的に加算を算定できるのか。

答 78 本体施設と併設のショートステイそれぞれについて別個に加算算定の可否を判断する。

問 83 機能訓練指導員が看護師である場合、看護体制加算（Ⅱ）の看護職員配置に含まれるか。看護体制加算（Ⅰ）についてはどうか。

答 83 看護体制加算（Ⅱ）については、当該機能訓練指導員が看護職員としての業務に従事している実態があれば、当該業務に係る勤務時間を常勤換算の看護職員数の中に含めることは可能である。

看護体制加算（Ⅰ）については、看護職員としての業務以外の業務に従事する看護師によって同加算を算定することは望ましくない。

(4) リスクマネジメントの強化

★対象サービス…介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、
介護療養型医療施設、介護医療院

令和3年度の報酬改定において、介護保険施設における事故発生の防止と発生時の適切な対応を推進する観点から、基準の見直し等が行われました。令和3年10月1日より、**事故発生防止等の措置を適切に実施するための担当者**を置くことが義務付けられています。

施設系サービス

【基準】【省令改正】

事故の発生又は再発を防止するため、以下の措置を講じなければならない。

＜現行＞	＜改定後＞
イ 事故発生防止のための指針の整備	イ～ハ (変更なし)
ロ 事故が発生した場合等における報告と、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制の整備	ニ イからハの措置を適切に実施するための担当者設置 (※6月の経過措置期間を設ける) (追加)
ハ 事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修の定期的な実施	

【報酬】【告示改正】

安全管理体制未実施減算 5単位/日 (新設) (※6月の経過措置期間を設ける)

(算定要件) 運営基準における事故の発生又は再発を防止するための措置が講じられていない場合。

安全対策体制加算 20単位 (新設) ※入所時に1回に限り算定可能

(算定要件) 外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。

(※) 将来的な事故報告の標準化による情報蓄積と有効活用等の検討に資するため、国で報告様式を作成し周知する。

(参考) 根拠法令等 ※介護老人福祉施設の場合

H12 老企 43 第4の37(5)

事故発生防止等の措置を適切に実施するための担当者 (第1項第4号)

指定介護老人福祉施設における事故発生を防止するための体制として、(1)から(4)までに掲げる措置を適切に実施するため、**専任の担当者を置くことが必要である。当該担当者としては、事故防止検討委員会の安全対策を担当する者同一の従業者が務めることが望ましい。**

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第10条において、6ヶ月間の経過措置を設けており、令和3年9月30日までの間は、努力義務とされている。

H12 老企 40 第2の5(6)

安全管理体制未実施減算については、介護老人福祉施設基準第35条第1項に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数から減算することとする。

なお、同項第4号に掲げる安全対策を適切に実施するための担当者は、令和3年改正省令の施行の日から起算して6月を経過するまでの間、経過措置として、当該担当者を設置するよう努めることとしているため、当該期間中、当該減算は適用しない。

H12 老企 40 第 2 の 5 (39)

安全対策体制加算は、事故発生の防止のための指針の作成・委員会の開催・従業者に対する研修の実施及びこれらを適切に実施するための担当者の配置を備えた体制に加えて、**当該担当者が安全対策に係る外部の研修を受講し、組織的に安全対策を実施する体制を備えている場合**に評価を行うものである。

安全対策に係る外部の研修については、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ること。令和 3 年 10 月 31 日までの間にあっては、研修を受講予定（令和 3 年 4 月以降、受講申込書等を有している場合）であれば、研修を受講した者とみなすが、令和 3 年 10 月 31 日までに研修を受講していない場合には、令和 3 年 4 月から 10 月までに算定した当該加算については、遡り返還すること。

また、組織的な安全対策を実施するにあたっては、**施設内において安全管理対策部門を設置し、事故の防止に係る指示や事故が生じた場合の対応について、適切に従業者全員に行き渡るような体制を整備していることが必要**であること。

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) より

○ 安全対策体制加算の算定要件

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

答 39 本加算は、安全対策担当者が、施設における安全対策についての専門知識等を外部における研修において身につけ、自施設での事故防止検討委員会等で共有を行い、施設における安全管理体制をより一層高める場合に評価することとしている。

外部の研修としては、介護現場における事故の内容、発生防止の取組、発生時の対応、施設のマネジメント等の内容を含むものであり、関係団体（公益社団法人全国老人福祉施設協議会、公益社団法人全国老人保健施設協会、一般社団法人日本慢性期医療協会等）等が開催する研修を想定している。

○ 安全対策体制加算の算定

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

答 40 安全対策体制加算の算定要件を満たしている状態で新たに入所者を受け入れる場合に、入所時に限り算定するものであるため、算定要件を満たした後に新規で受け入れた入所者に対してのみ算定可能である。

(5) 人員基準欠如等

★ 対象サービス…全てのサービス

① 人員基準欠如

過去の集団指導等においても繰り返し取り上げてきたところですが、運営指導等において「人員基準を満たしていない」との指摘を受ける事例が多く見受けられます。

人員基準を満たしていない場合、介護報酬の減算につながる場合と、減算にならない場合がありますが、「減算にならないければよい」と安易に考え、人員基準を満たさない状態が継続している場合や、改善されない場合は、指定取消し等の処分につながる場合もありますので、ご注意ください。

<不適切事例のうち主なもの>

- ・ 訪問介護事業所の訪問介護員、サービス提供責任者等の不足
- ・ 通所介護事業所の看護職員、機能訓練指導員の不足
- ・ 特定施設入居者生活介護の看護職員の不足

(参考) 根拠法令等 (居宅サービスの場合)

H11 老企 25 第 1

- 1 基準は、指定居宅サービスの事業がその目的を達成するために必要な**最低限度の基準を定めたもの**であり、指定居宅サービス事業者は、**常にその事業の運営の向上に努めなければならない**こと。
- 2 指定居宅サービスの事業を行う者又は行おうとする者が**満たすべき基準等を満たさない場合には、指定居宅サービスの指定又は更新は受けられず**、また、運営開始後、**基準に違反することが明らかになった場合には、①相当の期間を定めて基準を遵守するよう勧告を行い、②相当の期間内に勧告に従わなかったときは、事業者名、勧告に至った経緯、当該勧告に対する対応等を公表し、③正当な理由が無く、当該勧告に係る措置を採らなかったときは、相当の期限を定めて当該勧告に係る措置を採るよう命令**することができるものであること。また、③の命令をした場合には事業者名、命令に至った経緯等を公示しなければならない。なお、③の**命令に従わない場合には、当該指定を取り消すこと、又は取消しを行う前に相当の期間を定めて指定の全部若しくは一部の効力を停止すること (不適正なサービスが行われていることが判明した場合、当該サービスに関する介護報酬の請求を停止させること)**ができる。(後略)

指定基準に定められた員数の従業者を配置していない事業所・施設では介護報酬が原則として 70%に減額されます。これは、人員基準欠如を未然に防止し、適正なサービスの提供を確保するためのしくみです。「減算すればよい」とは考えないでください。減算が行われる期間次のように定められています。

人員基準欠如の職種	減算が行われる期間
看護職員（下記以外） 介護職員 （看護）小規模多機能型居宅介護従業者（通いサービス及び訪問サービスの提供に当たる者） 介護従業者（認知症対応型共同生活介護）	①人員欠如の割合が1割を超える場合：人員基準欠如開始月の翌月から解消月まで ②人員欠如の割合が1割以下である場合：人員基準欠如開始月の翌々月から解消月まで（翌月の末日に人員基準を満たすようになっていれば減算は行われない）
（看護）小規模多機能型居宅介護従業者（看護職員）	人員基準欠如開始月の翌々月から解消月まで（翌月の末日に人員基準を満たすようになっていれば減算は行われない）
（看護）小規模多機能型居宅介護従業者（夜勤職員、宿直職員及びサテライト型事業所の訪問サービスの提供に当たる者）	人員基準欠如の翌月
上記以外の従業者※	人員基準欠如開始月の翌々月から解消月まで（翌月の末日に人員基準を満たすようになっていれば減算は行われない）

※（看護）小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員や認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者が必要な研修を修了していない場合、認知症対応型共同生活介護の計画作成担当者に介護支援専門員を配置していない場合も、原則として同様の扱いとなります。

※人員基準欠如による減算の基準の詳細については、H12厚労省告示27を参照してください。減算の手続きや適用期間については、単位数表留意事項通知の「通則」の箇所を確認してください。なお、個別に取扱いが定められているサービスもあります。

出典：介護報酬の解釈 単位数表編

② 勤務状況の管理（事業所ごと）

同一法人が複数の施設又は事業所の指定を受けている場合に、A事業所の管理者又は従業者の職務とB事業所の管理者又は従業者の職務を兼務することがありますが、法人内の辞令等で、常勤職員が2つの職務を兼務することとなっても、介護保険関係法令等において、**兼務が可能とされていない職務間である場合には、人員基準チェック上は、その従業者は、「常勤兼務」職員ではなく、それぞれの職に「非常勤専従」職員として従事していると考えます。**

※ 「兼務が可能とされている職務間」とは、

- ・ ○○の職務を兼ねることができる
- ・ ○○の職務に従事することができる
- ・ ○○の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるなどの表現で介護保険関係法令等に記載があるもの

兼務が可能とされていない職務間で兼務する場合には、**それぞれの事業所における勤務時間を勤務表、実績の記録等において明確に分けて整理**する必要があります。

<勤務表記載例>

看護師について、介護老人福祉施設に週4日、通所介護事業所に週1日勤務の場合

職 種	勤務形態	氏 名	第 1 週							第 2 週							4週 の 合計	週平均 の勤務 時間	常勤換 算後の 人数	備 考	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14					
			月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日					
(介護老人福祉施設分)																					
看護師	C	〇〇 〇〇	①	①	①													128	32	0.8	
(通所介護事業所分)																					
看護師	C	〇〇 〇〇					①											32	8	0.2	

1 勤務時間 ①8:30~17:30

2 勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務

なお、勤務状況を示す書類（タイムカード、出勤簿等）が整備されていなかったり、兼務している場合にそれぞれの業務に従事した時間が明確になっていないなど、人員基準を満たしていることを証明できない事業所も見受けられるため、適切に、勤務表や従業員の勤務実績を確認できる書類を整備するようにしてください。

また、**同一施設に併設されている他事業所の職務に従事している場合には、当該施設に勤務していたことを示す書類だけではなく、施設内のどの事業所に勤務していたのかが分かる勤務実績を確認できる書類を整備する必要があります。**

特に、法人の代表者や役員などが事業所の業務に従事する場合に当該代表者等の勤務状況を示す書類が整備されていない事例が多いので、**人員基準を満たしていることを証明するため、代表者等においても勤務実績を確認できる書類を整備するようにしてください。**

<不適切事例のうち主なもの>

- ・ 管理者等の出退勤を確認するための書類が整備されていない。
- ・ 他事業所の業務にも従事している従業者について、それぞれの勤務時間等が不明確である。（訪問介護事業所の訪問介護員等と有料老人ホームの職員、介護老人福祉施設の看護職員と通所介護事業所の看護職員、介護老人保健施設の機能訓練指導員と通所リハビリテーション事業所の理学療法士等との兼務等）

(6) サービス提供体制強化加算

- ★ 対象サービス…(介護予防)訪問入浴介護、通所介護、通所介護相当サービス、(介護予防)通所リハビリテーション、(介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)短期入所療養介護、(介護予防)特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、(介護予防)小規模多機能型居宅介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、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

加算を算定するにあたり、各事業所に要件を満たしていることの挙証責任がありますが、**運営指導時等に要件を満たしていることを説明できる資料がない、または算出方法に誤りのある事業所が見受けられます。**

各事業者は、算定要件及び勤務形態等を改めて御確認いただき、**要件の適合状況を説明できる資料を必ず作成してください。**

① 介護福祉士の割合の算出方法について

介護職員の総数に対する介護福祉士の割合によって当該加算の算定をする場合には、その算出方法について以下の点に留意してください。

- ・ 職員の割合の算出に当たっては、**常勤換算方法により算出した前年度（4月～2月）の平均**を用いること。
- ・ 常勤換算方法による職員数の算出に当たっては**暦月毎の職員の勤務延時間数を常勤の職員が勤務すべき時間で除することによって算定するものとし、小数点第2位以下を切り捨てる**こと。
- ・ **介護職員として勤務している者のみで算出**すること。

<誤りが多い事例>

- ・ 常勤換算方法ではなく、職員の人数で算出している。
- ・ 前年度の平均ではなく、前月の割合により算出している。
- ・ 常勤換算方法での職員数の算出にあたり、小数点第3位を切り捨てる、小数点第2位を四捨五入するなど、小数点以下の処理が誤っている。
- ・ 管理者や生活相談員として勤務している時間も含め算出している。

【計算例】※通所介護の場合

営業日：月～土 営業時間 8：00～17：00 サービス提供時間：9：00～16：00

青色塗りつぶしは介護福祉士資格取得者

職種	勤務形態	フリガナ 氏名	1	2	3	4	5	6	7	月の 合計	常勤換算 後の人数
			土	日	月	火	水	木	金		
管理者	B	〇〇〇子	⑤		⑤	休	⑤	⑤	⑤	40	0.2
生活相談員			④		④	休	④	④	④	120	0.7
生活相談員	B	☆☆☆子				8				32	0.2
介護従業者				8		休		8	8	8	128
介護従業者	A	〇〇〇江	8		8	8	8	休	8	160	1
介護従業者	C	△△△子	休		7	7	休	7	休	84	0.5
機能訓練指導員	C	〇〇△雄			8	8				64	0.4
看護職員	A	◇◇◇美	8		8	休	8	8	8	160	1
看護職員	C	◇◇◇美	休		7	7	休	休	7	84	0.5

上記のような勤務形態の時、介護従業者の総数に対する介護福祉士の割合は赤枠内の職員のみで計算します。管理者兼生活相談員の〇子さんのように**介護従業者として勤務していない場合は、介護福祉士資格保有者であっても計算に含めません。**☆☆子さんのように生活相談員と介護従業者を兼任している場合には、**介護従業者の時間のみの計算に含めます。**そのほか、機能訓練指導員や看護職員など、介護従業者以外の職種は計算に含めません。

② 新規開設事業者や再開した事業所の算定について

前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、**届出日の属する月の前3月**について、常勤換算方法により算出した平均にて確認します。従って、開設当初から当該加算の算定はできず、**4月日以降に届出、5月日以降から算定が可能**となります。

この場合、**届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければなりません。**

所定の割合を下回った場合については、直ちにその旨を届出、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から加算等の算定は行えません。

③ その他留意事項について

前年度の職員の割合についての要件を満たしているときは、当年度中は要件を満たした単位数での算定が可能となります。しかし、**定員超過利用や人員基準欠如に該当する場合は、算定要件を満たさなくなるため、速やかに加算算定の取り下げの届出を行ってください。**

なお、当該加算の要件を満たさなくなった場合、介護職員等特定処遇改善加算の要件も満たせなくなる場合がありますので、ご注意ください。

(参考) H12 老企第 36 号 第 2 の 3 (9) ※訪問入浴

- ④ **職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く）の平均を用いることとする。**ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。従って、**新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月目以降届出が可能**となるものであること。
- なお、介護福祉士または実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者については、各月の前月の末日時点で資格を取得している又は研修の課程を修了している者とする。
- ⑤ 前号ただし書の場合にあつては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については直ちに第1の5の届出を提出しなければならない。
- ⑥ 勤続年数とは、各月の末日時点における勤続年数をいうものとする。
- ⑦ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。

(参考) H12 老企第 36 号 第 2 の 7 (24)

- ② 指定通所介護を利用者に**直接提供する職員とは、生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員を指すものとする。**

また「常勤の従業者における“欠勤”の取り扱い」について、下記のとおり厚生労働省に照会したため、御活用ください。

静岡市からの照会に対する厚生労働省の回答

問：常勤の従業者における欠勤の取り扱いについて

会社の雇用上、正社員の常勤として配置している職員について、欠勤の状態が継続されている、又は連続ではないが、月の半数程度欠勤してしまっている状況である時、介護保険の常勤換算において、常勤の従業者として取り扱ってよいか。

答：欠勤が一時的かつ短期間である場合に限り、常勤の従業者として勤務したものとして取り扱うことができるが、長期に渡り連続して欠勤している場合、もしくは、月の半数を欠勤している状態が続いている場合においては、常勤の従業者とは言えない。そのため、欠勤状態である場合は非常勤として取り扱うものとする。

2 訪問介護

(1) サービス行為ごとの区分

★ 対象サービス…訪問介護、訪問介護相当サービス

訪問介護の区分については、「身体介護が中心である場合」、「生活援助が中心である場合」の2区分とされています。これらの型の適用に当たって、訪問介護事業者は、居宅サービス計画作成時点において、**利用者が選択した居宅介護支援事業者と十分連携を図りながら、利用者の心身の状況、意向等を踏まえ、適切な型が適用されるよう留意するとともに、訪問介護計画の作成の際に、利用者又はその家族等への説明を十分にいき、その同意の上、いずれの型かを確定**してください。

(参考) 根拠法令 H12 厚告 19 別表 1 注 1、2、5

H12 老企 36 第 2 の 2

(1) 「身体介護」及び「生活援助」の意義について

注 2 の「**身体介護**」とは、**利用者の身体に直接接触して行う介助並びにこれを行うために必要な準備及び後始末並びに利用者の日常生活を営むのに必要な機能の向上等のための介助及び専門的な援助であり、1 人の利用者に対して訪問介護員等が 1 対 1 で行うものをいう。**(特別な事情により複数の利用者に対して行う場合は、1 回の身体介護の所要時間を 1 回の利用者的人数で除した結果の利用者 1 人当たりの所要時間が (4) にいう要件を満たすこと。) その具体例としては、例えば、「食事介助」の場合には、食事摂取のための介助のみならず、そのための一連の行為(例: 声かけ・説明→訪問介護員等自身の手洗等→利用者の手拭き、エプロンがけ等の準備→食事姿勢の確保→配膳→おかずをきざむ、つぶす等→摂食介助→食後安楽な姿勢に戻す→気分の確認→食べこぼしの処理→エプロン・タオルなどの後始末・下膳など) が該当するものであり、具体的な運用に当たっては、利用者の自立支援に資する観点からサービスの実態を踏まえた取扱いとすること。**(具体的な取扱いは「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」(平成 12 年 3 月 17 日老計第 10 号) を参照すること。)**

また、「利用者の日常生活を営むのに必要な機能の向上等のための介助及び専門的な援助」とは、利用者の日常生活動作能力などの向上のために利用者の日常生活動作を見守りながら行う手助けや介助に合わせて行う専門的な相談助言を言うこと。

なお、社会福祉士及び介護福祉士法(昭和 62 年法律第 30 号)の規定に基づく、自らの事業又はその一環として、たんの吸引等(口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養をいう。以下同じ。)の業務を行うための登録を受けている事業所が、指定訪問介護として行うたんの吸引等に係る報酬上の区分については「身体介護」として取り扱うこと。

注3の「生活援助」とは、身体介護以外の訪問介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助とされたが、次のような行為は生活援助の内容に含まれないものであるので留意すること。（具体的な取扱いは「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」（平成12年11月16日老振第76号）を参照すること。）

① 商品の販売や農作業等生業の援助的な行為

② 直接本人の援助に該当しない行為

- ・ 主として家族の利便に供する行為又は家族が行うことが適当であると判断される行為

③ 日常生活の援助に該当しない行為

- ・ 訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される行為
- ・ 日常的に行われる家事の範囲を超える行為

H12 老企 36 第2の2

(2) 訪問介護の区分

訪問介護の区分については身体介護が中心である場合（以下「身体介護中心型」という。）、生活援助が中心である場合（以下「生活援助中心型」という。）の2区分とされたが、これらの型の適用に当たっては、**1回の訪問介護において「身体介護」と「生活援助」が混在するような場合について、全体としていずれかの型の単位数を算定するのではなく、「身体介護」に該当する行為がどの程度含まれるかを基準に、「身体介護」と「生活援助」を組み合わせで算定することとする**（(3)に詳述）。この場合、身体介護のサービス行為の一連の流れを細かく区分しないよう留意すること。例えば、「食事介助」のサービス行為の一連の流れに配下膳が含まれている場合に、当該配下膳の行為だけをもってして「生活援助」の一つの単独行為として取り扱わない。

いずれの型の単位数を算定するかを判断する際は、まず、身体介護に要する一般的な時間や内容からみて、身体介護を構成する個々の行為を

- ① 比較的手間のかからない体位変換、移動介助、移乗介助、起床介助（寝床から起こす介助）、就寝介助（寝床に寝かす介助）等の「動作介護」
 - ② ある程度手間のかかる排泄介助、部分清拭、部分浴介助、整容介助、更衣介助等の「身の回り介護」
 - ③ さらに長い時間で手間のかかる食事介助、全身清拭、全身浴介助等の「生活介護」に大きく分類することとし、その上で、次の考え方を基本に、訪問介護事業者は、居宅サービス計画作成時点において、利用者が選択した居宅介護支援事業者と十分連携を図りながら、利用者の心身の状況、意向等を踏まえ、適切な型が適用されるよう留意するとともに、訪問介護計画の作成の際に、利用者又はその家族等への説明を十分に行い、その同意の上、いずれの型かを確定するものであること。
- ① 身体介護中心型の所定単位数が算定される場合

- ・ 専ら身体介護を行う場合
- ・ 主として「生活介護」や「身の回り介護」を行うとともに、これに関連して若干の生活援助を行う場合

(例) 簡単な調理の後(5分程度)、食事介助を行う(50分程度)場合(所要時間30分以上1時間未満の身体介護中心型)。

② 生活援助中心型の所定単位数が算定される場合

- ・ 専ら生活援助を行う場合
- ・ 生活援助に伴い若干の「動作介護」を行う場合

(例) 利用者の居室から居間までの移動介助を行った後(5分程度)、居室の掃除(35分程度)を行う場合(所要時間20分以上45分未満の生活援助中心型)。

なお、**訪問介護の内容が単なる本人の安否確認や健康チェックであり、それに伴い若干の身体介護又は生活援助を行う場合には、訪問介護費は算定できない。**

H12 老企 36 第2の2

(3) 1回の訪問介護において身体介護及び生活援助が混在する場合の取扱い

1回の訪問において身体介護及び生活援助が混在する訪問介護を行う必要がある場合は、居宅サービス計画や訪問介護計画の作成に当たって、適切なアセスメントにより、あらかじめ**具体的なサービス内容を「身体介護」と「生活援助」に区分してそれに要する標準的な時間に基づき、「身体介護」と「生活援助」を組み合わせで算定することとする。**なお、身体介護中心型の単位数に生活援助が20分以上で67単位、45分以上で134単位、70分以上で201単位を加算する方式となるが、1回の訪問介護の全体時間のうち「身体介護」及び「生活援助」の所要時間に基づき判断するため、実際のサービスの提供は身体介護中心型の後に引き続き生活援助中心型を行う場合に限らず、例えば、生活援助の後に引き続き身体介護を行ってもよい。

(例) 寝たきりの利用者の体位変換を行いながら、ベッドを整え、体を支えながら水差しで水分補給を行い、安楽な姿勢をとってもらった後、居室の掃除を行う場合。

[具体的な取扱い]「身体介護」に該当する行為がどの程度含まれるかを基準に以下のいずれかの組み合わせを算定

- ・ 身体介護中心型 20分以上30分未満(250単位) + 生活援助加算 45分(134単位)
- ・ 身体介護中心型 30分以上1時間未満(396単位) + 生活援助加算 20分(67単位)

なお、**20分未満の身体介護に引き続き生活援助を行う場合は、引き続き行われる生活援助の単位数の加算を行うことはできない**(緊急時訪問介護加算を算定する場合を除く。)

(2) 同居家族等がいる場合における生活援助等の取扱い

★ 対象サービス…訪問介護、訪問介護相当サービス、生活援助型訪問サービス

介護保険制度においては、利用者の状況に応じた適切なケアプランに基づき利用者に必要なサービスが提供されるべきですが、同居の家族がいることのみを判断基準として、機械的にサービスに対する介護給付の可否を判断している事例が多くみられます。

適切なケアプランに基づき、個々の利用者の状況等に応じて具体的に判断するようお願いいたします。

(参考) 根拠法令 H12 厚告 19 別表 1 注 3 H12 老企 36 第 2 の 2 (6)

「同居家族等がいる場合における訪問介護サービス及び介護予防訪問介護サービスの生活援助等の取扱いについて」(平成 19 年 12 月 20 日 厚生労働省老健局振興課 事務連絡)

同居家族等がいる場合における訪問介護サービス及び介護予防訪問介護サービスの生活援助等の取扱いについては、自立支援に資する必要なサービスが提供されるという介護保険の基本理念に基づき、従来より下記のとおり取扱いとしてきたところであり、厚生労働省としては、全国会議等を通じて周知を図ってきたところであります。

介護保険制度においては、利用者の状況に応じた適切なケアプランに基づき利用者に必要なサービスが提供されるべきであるところ、一部の市町村においては、個別具体的な状況を踏まえないで、同居家族等がいることのみを判断基準として、一律機械的にサービスに対する介護給付の支給の可否について決定しているとの情報が寄せられていることから、各都道府県におかれましては、管下の市町村に対して、訪問介護サービス及び介護予防訪問介護サービスにおける「同居家族等」については、下記のとおり取扱いである旨を改めて周知を徹底していただくとともに、介護サービス事業者、関係団体、利用者等に対しても幅広く情報提供していただきますようお願いいたします。

記

- 1 訪問介護サービスのうち、「生活援助」については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成 12 年厚生省告示第 19 号)において、「単身の世帯に属する利用者又は家族若しくは親族(以下「家族等」という。)と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者又は当該家族等が家事を行うことが困難であるもの」に対して行われるものとしており、さらに、「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及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成 12 年老企第 36 号)において、**「障害、疾病のほか、障害、疾病がない場合であっても、同**

様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合」に行われることとしている。この趣旨は、同様のやむを得ない事情とは、障害、疾病の有無に限定されるものではなく、個々の利用者の状況に応じて具体的に判断されるというものである。したがって、市町村においては、同居家族等の有無のみを判断基準として、一律に介護給付の支給の可否を機械的に判断しないようにされたい。

- 2 介護予防訪問介護サービスについては、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス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」（平成18年厚生労働省令第35号）において、「利用者が、可能な限り、自ら家事等を行うことができるよう配慮するとともに、利用者の家族、地域の住民による自主的な取組等による支援、他の福祉サービスの利用の可能性についても考慮しなければならないこと」としているが、上記1と同様に、市町村においては、同居家族等の有無のみを判断基準として、一律に予防給付の支給の可否を機械的に判断するのではなく、個々の利用者の状況に応じて、適切に判断されたい。

※ 訪問介護相当サービス及び生活援助型訪問サービスについても、同通知を参照して下さい。

（3）院内介助の取扱い

★ 対象サービス…訪問介護、訪問介護相当サービス

院内介助は、原則、病院のスタッフが行うべきですが、病院のスタッフが対応することができない場合で、ケアマネジャーがケアプランに必要性を位置付けて実施する場合には、例外的に算定できます。その場合は、ケアマネジャーが単独で判断するのではなく、主治医等の意見を踏まえ、サービス担当者会議で協議するなど、その必要性については十分に検討するとともに、検討した内容を記録等に残しておく必要があります。

「訪問介護における院内介助の取扱いについて」（平成22年4月28日 厚生労働省老健局振興課 事務連絡）

標記については、「『通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合』及び『身体介護が中心である場合』の適用関係について」（平成15年5月8日老振発第0508001号、老老発第0508001号）において、「基本的には院内のスタッフにより対応されるべきものであるが、場合により算定対象となる」とされているところです（ただし、「通院等のための乗車又は降車が中心である場合」の院内介助については、「通院のための乗車又は降車の介助」として包括して評価されます。）。

院内介助が認められる場合については各保険者の判断となりますが、院内介助について、一部で、一切の介護報酬上の算定を拒否されているとの指摘もあり、院内介助であることをもって、一概に算定しない取扱いとすることのないよう願います。

当課では、この度、院内介助の判断に資するべく、別添のとおり各都道府県・保険者が作成・公表している対応事例を取りまとめました。各都道府県・保険者においては、①適切なケアマネジメントを行った上で、②院内スタッフ等による対応が難しく、③利用者が介助を必要とする心身の状態であることを要件としているところが多く見られ、また、利用者が介助を必要とする心身の状態である場合の例としては、以下のような事例が挙げられておりましたので、参考として活用していただきますよう願います。

【利用者が介助を必要とする心身の状態である場合の例】

- ・ 院内の移動に介助が必要な場合
- ・ 認知症その他のため、見守りが必要な場合
- ・ 排せつ介助を必要とする場合 等

別添（略）

（４）通院等乗降介助

★ 対象サービス…訪問介護

通院等乗降介助は、利用者に対して、通院等のため、指定訪問介護事業所の訪問介護員等が、自らの運転する車両への乗車又は降車の介助を行うとともに、併せて、乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助又は通院先若しくは外出先での受診等の手続き、移動等の介助を行った場合に算定するものです。その利用目的について、「**通院等のため**」とは、「**身体介護中心型**」としての**通院・外出介助と同じもの**とされています。通院等乗降介助は、居宅が始点又は終点であることを条件としています。目的が通院等であっても、始点又は終点が居宅でない場合は、算定できません。

なお、令和3年度介護報酬改定により、この場合の「**通院等**」には、**入院と退院も含まれる**こととなりましたので、ご注意ください。

また、通所サービス又は短期入所サービスにおいて利用者の居宅と当該事業所との間の送迎を行う場合は、**当該利用者の心身の状況により当該事業所の送迎車を利用することができないなど特別な事情のない限り、「通院等乗降介助」は算定できません**ので、ご注意ください。

（参考）根拠法令 H12 厚告 19 別表 1 注 4

H12 老企 36 第 2 の 2

（7）「通院等乗降介助」の単位を算定する場合

- ① 指定訪問介護事業者が注 4 の「通院等乗降介助」を行う場合には、当該所定単位数を算定することとし、「身体介護中心型」の所定単位数は算定できない。当該所定単位数を算定するに当たっては、道路運送法（昭和 26 年法律第 183 号）等他の法令等

に抵触しないよう留意すること。なお、移送行為そのものすなわち運転時間中は当該所定単位数の算定対象ではなく、移送に係る経費（運賃）は、引き続き、評価しない。

② 注4において「通院等乗降介助」の単位を算定することができる場合、片道につき所定単位数を算定する。よって、乗車と降車のそれぞれについて区分して算定することはできない。

③ 複数の要介護者に「通院等乗降介助」を行った場合であって、乗降時に1人の利用者に対して1対1で行う場合には、それぞれ算定できる。なお、効率的なサービス提供の観点から移送時間を極小化すること。

④ 利用目的について、「通院等のため」とは、「身体介護中心型」としての通院・外出介助と同じものである。なお、この場合の「通院等」には、入院と退院も含まれる。

⑤ サービス行為について、「自らの運転する車両への乗車又は降車の介助」、「乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助」及び「通院先若しくは外出先での受診等の手続き、移動等の介助」とは、それぞれ具体的に介助する行為を要することとする。例えば、利用者の日常生活動作能力などの向上のために、移動時、転倒しないように側について歩き、介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る場合は算定対象となるが、乗降時に車両内から見守るのみでは算定対象とならない。

また、「自らの運転する車両への乗車又は降車の介助」に加えて、「乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助」を行うか、又は、「通院先若しくは外出先での受診等の手続き、移動等の介助」を行う場合に算定対象となるものであり、これらの移動等の介助又は受診等の手続きを行わない場合には算定対象とならない。

⑥ 「通院等乗降介助」は、「自らの運転する車両への乗車又は降車の介助」、「乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助」及び「通院先若しくは外出先での受診等の手続き、移動等の介助」を一連のサービス行為として含むものであり、それぞれの行為によって細かく区分し、「通院等乗降介助」又は「身体介護中心型」として算定できない。例えば、通院等に伴いこれに関連して行われる、居室内での「声かけ・説明」・「目的地（病院等）に行くための準備」や通院先での「院内の移動等の介助」は、「通院等乗降介助」に含まれるものであり、別に「身体介護中心型」として算定できない。

なお、1人の利用者に対して複数の訪問介護員等が交代して「通院等乗降介助」を行った場合も、1回の「通院等乗降介助」として算定し、訪問介護員等ごとに細かく区分して算定できない。

⑦ 「通院等乗降介助」の単位を算定するに当たっては、適切なアセスメントを通じて、生活全般の解決すべき課題に対応した様々なサービス内容の一つとして、総合的な援助の一環としてあらかじめ居宅サービス計画に位置付けられている必要があり、居宅サービス計画において、

ア 通院等に必要であることその他車両への乗降が必要な理由

イ 利用者の心身の状況から乗降時の介助行為を要すると判断した旨

ウ 総合的な援助の一環として、解決すべき課題に応じた他の援助と均衡していることを明確に記載する必要がある。

- ⑧ 目的地が複数あって居宅が始点又は終点となる場合には、目的地（病院等）間の移送や、通所サービス・短期入所サービスの事業所から目的地（病院等）への移送に係る乗降介助に関しても、同一の指定訪問介護事業所が行うことを条件に、算定することができる。なお、この場合、通所サービスについては利用者宅と事業所との間の送迎を行わない場合の減算（以下の具体的取扱いにおいて「送迎減算」という。）が適用となり、短期入所サービスについては、利用者に対して送迎を行う場合の加算を算定できない。

〔具体的な取扱い〕 居宅が始点又は終点であること及び同一の訪問介護事業所の通院等乗降介助を利用することを条件に算定する。具体例は以下のとおり。

- a 利用者が通所介護の終了後、通院等乗降介助を利用して病院へ行き、その後再び通院等乗降介助を利用して居宅へ帰る場合 通所介護事業所と病院の間の移送及び病院と居宅の間の移送の2回について、通院等乗降介助を算定できる。

・ 居宅

↓

- ・ 通所介護事業所 ※帰りの送迎を行わないため送迎減算を適用

↓ 通院等乗降介助（1回目）

・ 病院

↓ 通院等乗降介助（2回目）

・ 居宅

- b 利用者が通院等乗降介助を利用して居宅から病院へ行き、その後再び通院等乗降介助を利用して通所介護事業所へ行く場合 居宅と病院の間の移送及び病院と通所介護事業所との間の移送の2回について、通院等乗降介助を算定できる。

・ 居宅

↓ 通院等乗降介助（1回目）

・ 病院

↓ 通院等乗降介助（2回目）

- ・ 通所介護事業所 ※行きの送迎を行わないため送迎減算を適用

↓

・ 居宅

- c 利用者が居宅から通院等乗降介助を利用して複数（2か所）の病院へ行き、その後再び通院等乗降介助を利用して居宅へ帰る場合 居宅と病院の間の移送、病院と病院の間の移送及び病院と居宅の間の移送の3回について、通院等乗降介助を算定できる。

・ 居宅

↓通院等乗降介助（1回目）

・病院

↓通院等乗降介助（2回目）

・病院

↓通院等乗降介助（3回目）

・居宅

H12 老企 36 第 2 の 2

（9）「通院等乗降介助」と通所サービス・短期入所サービスの「送迎」の区分

通所サービス又は短期入所サービスにおいて利用者の居宅と当該事業所との間の送迎を行う場合は、**当該利用者の心身の状況により当該事業所の送迎車を利用することができないなど特別な事情のない限り、短期入所サービスの送迎加算を算定することとし（通所サービスは基本単位に包括）、「通院等乗降介助」は算定できない。**

3 訪問看護

(1) 理学療法士等による訪問看護

★ 対象サービス…(介護予防)訪問看護

令和3年度介護報酬改定により、訪問看護及び介護予防訪問看護について、機能強化を図る観点から、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士によるサービス提供に係る評価や提供回数等の見直しが行われました。以下に主な変更箇所を示しますので、根拠法令等を再度確認し、適切な取扱いをお願いします。

(参考) 根拠法令等

H12 老企 36 第2の4

(4) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の訪問について

① 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるという位置付けのものである。

なお、言語聴覚士による訪問において提供されるものは、あくまで看護業務の一部であることから、言語聴覚士の業務のうち保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）の規定にかかわらず業とすることができるとされている診療の補助行為（言語聴覚士法（平成9年法律第132号）第42条第1項）に限る。

② 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護は、1回当たり20分以上訪問看護を実施することとし、一人の利用者につき週に6回を限度として算定する。

③ **理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護は、1日2回を超えて（3回以上）行う場合には1回につき所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。なお、当該取扱いは、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が連続して3回以上訪問看護を行った場合だけでなく、例えば午前中に2回、午後1回行った場合も、同様である。**

(例) 1日の訪問看護が3回である場合の訪問看護費

1回単位数 × (90/100) × 3回

④ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問看護を提供している利用者については、毎回の訪問時において記録した訪問看護記録書等を用い、適切に訪問看護事業所の看護職員及び理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士間で利用者の状況、実施した内容を共有するとともに、訪問看護計画書（以下、「計画書」という。）及び訪問看護報告書（以下、「報告書」という。）は、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が連携し作成すること。また、**主治医に提出する計画書は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した**

内容も一体的に記載するものとし、報告書には、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供した訪問看護の内容とその結果等を記載した文書を添付すること。

- ⑤ 複数の訪問看護事業所から訪問看護を受けている利用者について、計画書及び報告書の作成にあたっては当該複数の訪問看護事業所間において十分な連携を図ったうえで作成すること。
- ⑥ 計画書及び報告書の作成にあたっては、訪問看護サービスの利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ、定期的な看護職員による訪問により利用者の状態の適切な評価を行うこと。
- ⑦ ⑥における、訪問看護サービスの利用開始時とは、利用者が過去2月間（暦月）において当該訪問看護事業所から訪問看護（医療保険の訪問看護を含む。）の提供を受けていない場合であって、新たに計画書を作成する場合をいう。また、利用者の状態の変化等に合わせた定期的な訪問とは、主治医からの訪問看護指示書の内容が変化する場合や利用者の心身状態や家族等の環境の変化等の際に訪問することをいう。

H12 老企 36 第2の4

(1) 「通院が困難な利用者」について

訪問看護費は「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、通院の可否にかかわらず、療養生活を送る上での居宅での支援が不可欠な者に対して、ケアマネジメントの結果、訪問看護の提供が必要と判断された場合は訪問看護費を算定できるものである。**加えて、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護については、指定通所リハビリテーションのみでは家屋内におけるADLの自立が困難である場合であって、ケアマネジメントの結果、看護職員と理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が連携した家屋状況の確認を含めた訪問看護の提供が必要と判断された場合に、訪問看護費を算定できる**ものである。「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通院サービスを優先すべきということである。

H18 老計発第 0317001 号他 第2の3 (19)

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供する介護予防訪問看護の利用が12月を超える場合は、介護予防訪問看護費から5単位減算する。なお、入院による中断があり、かつ、医師の指示内容に変更がある場合は、新たに利用が開始されたものとする。また、本取扱いについては、**令和3年4月から起算して12月を超える場合から適用**されるものであること。

(2) 施設入所日及び退所日等における算定

★ 対象サービス…(介護予防)訪問看護

利用者が介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院を退所(退院)する日又は短期入所療養介護のサービスを終了する日(退所・退院日)は、原則、訪問看護費を算定することができませんので、ご注意ください。

ただし、厚生労働大臣が定める状態にある利用者や主治の医師が必要であると認められた利用者に関しては、算定が可能となります。

(参考) 根拠法令等

H12 老企 36 居宅サービス単位数(訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。)に関する事項 通則 第2の1

(3) 施設入所日及び退所日等における居宅サービス費の算定について

介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院の退所(退院)日又は短期入所療養介護のサービス終了日(退所・退院日)については、訪問看護費、訪問リハビリテーション費、居宅療養管理指導費及び通所リハビリテーション費は算定できない。訪問介護等の福祉系サービスは、別に算定できるが、施設サービスや短期入所サービスでも、機能訓練やリハビリテーションを行えることから、退所(退院)日に通所介護サービスを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。

また、入所(入院)当日であっても当該入所(入院)前に利用する訪問通所サービスは別に算定できる。ただし、入所(入院)前に通所介護又は通所リハビリテーションを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。

また、施設入所(入院)者が外泊又は介護保健施設、経過的介護療養型医療施設若しくは介護医療院の試行的退所を行っている場合には、外泊時又は試行的退所時に居宅サービス費は算定できない。

H12 老企 36 第2の4

(20) 介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、介護医療院及び医療機関を退所・退院した日の訪問看護の取り扱い

介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、介護医療院及び医療機関を退所・退院した日については、第2の1の(3)に関わらず、厚生労働大臣が定める状態(利用者等告示第六号を参照)にある利用者又は主治の医師が退所・退院した日に訪問看護が必要であると認める利用者に関し、訪問看護費を算定できることとする。

なお、短期入所療養介護のサービス終了日(退所・退院日)においても同様である。

(参考) 厚生労働大臣が定める状態

H27 厚労告 94 六 厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等

次のいずれかに該当する状態

- イ 医科診療報酬点数表に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態
- ロ 医科診療報酬点数表に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
- ハ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- ニ 真皮を超える褥瘡の状態
- ホ 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態

(根拠法令)

H18 厚労告 127 第2の1 通則(3)

H18 厚労告 127 別表2 注12

H18 老計発第 0317001 号・老振発第 0317001 号・老老発第 0317001 号) 別紙1 第2の3
(18)

4 訪問リハビリテーション

(1) 算定の基準

★ 対象サービス…（介護予防）訪問リハビリテーション

令和3年度介護報酬改定により、自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、算定の基準について見直しが行われました。以下に主な変更箇所を示しますので、根拠法令等を再度確認し、適切な取扱いをお願いします。

(参考) 根拠法令

H12 老企 36 第2の5 (1) 算定の基準について

① 指定訪問リハビリテーションは、計画的な医学的管理を行っている当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師の指示の下で実施するとともに、当該医師の診療の日から3月以内に行われた場合に算定する。

また、例外として、指定訪問リハビリテーション事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供（指定訪問リハビリテーションの必要性や利用者の心身機能や活動等に係るアセスメント情報等）を受け、当該情報提供を踏まえて、当該リハビリテーション計画を作成し、指定訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った別の医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から3月以内に行われた場合に算定する。

この場合、少なくとも3月に1回は、指定訪問リハビリテーション事業所の医師は、当該情報提供を行った別の医療機関の医師に対して訪問リハビリテーション計画等について情報提供を行う。

② **指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行う。**

③ **②における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示に基づき行った内容を明確に記録する。**

④ 指定訪問リハビリテーションは、指定訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、訪問リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けていた患者が、介護保険の指定訪問リハビリテーションへ移行する際に、**「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」**（令和3年3月16日老認発0316第

3号、老老発0316第2号)の別紙様式2-2-1をもって、保険医療機関から当該事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、**別紙様式2-2-1**に記載された内容について確認し、指定訪問リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、例外として、**別紙様式2-2-1**をリハビリテーション計画書とみなして訪問リハビリテーション費の算定を開始してもよいこととする。

なお、その場合であっても、算定開始の日が属する月から起算して3月以内に、当該事業所の医師の診療に基づいて、次の訪問リハビリテーション計画を作成する。

- ⑤ **訪問リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直す。初回の評価は、訪問リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに評価を行う。**
- ⑥ **指定訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定訪問リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書に指定訪問リハビリテーションの継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、その他指定居宅サービスの併用と移行の見通しを記載する。**
- ⑦ 指定訪問リハビリテーションは、利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して1回当たり20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度として算定する。**ただし、退院(所)の日から起算して3月以内に、医師の指示に基づきリハビリテーションを行う場合は、週12回まで算定可能である。**
- ⑧ 指定訪問リハビリテーション事業所が介護老人保健施設又は介護医療院である場合にあって、医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問して指定訪問リハビリテーションを行った場合には、訪問する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の当該訪問の時間は、介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準の算定に含めないこととする。なお、介護老人保健施設又は介護医療院による指定訪問リハビリテーションの実施にあたっては、介護老人保健施設又は介護医療院において、施設サービスに支障のないよう留意する。
- ⑨ **指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達する。**
- ⑩ 居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する訪問リハビリテーションを提供するに当たっては、訪問リハビリテーション計画にその目的、頻度等を記録するものとする。
- ⑪ 利用者が指定訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した日又は訪問診療若しくは往診を受けた日に、訪問リハビリテーション計画の作成に必要な医

師の診療が行われた場合には、当該複数の診療等と時間を別にして行われていることを記録上明確にする。

(2) 介護予防訪問リハビリテーションの減算

★ 対象サービス…介護予防訪問リハビリテーション

令和3年度介護報酬改定により、サービスの評価の適正化及び重点化を図る観点から、介護予防訪問リハビリテーションについて、長期間利用の評価の見直しが行われました。

当該サービスの**利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えてサービス提供を行う場合は、減算**となりますので、ご注意ください。

(参考) 根拠法令

H18厚労告127 別表3

注10 利用者に対して、指定介護予防訪問リハビリテーションの**利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて指定介護予防訪問リハビリテーションを行う場合は、1回につき5単位を所定単位数から減算**する。

H18老計発第0317001号他 第2の4

(10) 注10の取扱いについて

指定介護予防訪問リハビリテーションの利用が12月を超える場合は、介護予防訪問リハビリテーション費から5単位減算する。なお、入院による中断があり、医師の指示内容に変更がある場合は、新たに利用が開始されたものとする。また、本取扱いについては、**令和3年4月から起算して12月を超える場合から適用**されるものであること。

(3) 移行支援加算

★ 対象サービス…訪問リハビリテーション

令和3年度報酬改定で、社会支援加算から移行支援加算に名称が変更し、加算の算定要件の変更及び追加がありました。加算を取得する際は、算定要件の確認をお願いします。

移行支援加算とは、利用者のADL・IADLが向上し、社会参加に資する取組に移行する等を指標として、質の高いリハビリテーションを提供する事業所を評価するものです。

(参考) 根拠法令

H12 老企 36 第2の5

(11) 移行支援加算について

- ① 移行支援加算におけるリハビリテーションは、訪問リハビリテーション計画に家庭や社会への参加を可能とするための目標を作成した上で、利用者のADL及びIADLを向上させ、指定通所介護等に移行させるものであること。
- ② **「その他社会参加に資する取組」には、医療機関への入院や介護保険施設への入所、指定訪問リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護等は含まれず、算定対象とならないこと。**
- ③ 大臣基準告示第十三号イ（1）の基準において、指定通所介護等を実施した者の占める割合及び基準第十三号ロにおいて、12を指定訪問リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数については、小数第3位以下は切り上げること。
- ④ 平均利用月数については、以下の式により計算すること。
イ（i）に掲げる数÷（ii）に掲げる数
（i）当該事業所における評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計
（ii）（当該事業所における評価対象期間の新規利用者数の合計＋当該事業所における評価対象期間の新規終了者数の合計）÷2
ロ イ（i）における利用者には、当該施設の利用を開始して、その日のうちに利用を終了した者又は死亡した者を含むものである。
ハ イ（i）における利用者延月数は、利用者が評価対象期間において当該事業所の提供する訪問リハビリテーションを利用した月数の合計をいう。
ニ イ（ii）における新規利用者数とは、当該評価対象期間に新たに当該事業所の提供する指定訪問リハビリテーションを利用した者の数をいう。また、当該事業所の利用を終了後、12月以上の期間を空けて、当該事業所を再度利用した者については、新規利用者として取り扱うこと。
ホ イ（ii）における新規終了者数とは、評価対象期間に当該事業所の提供する指定訪問リハビリテーションの利用を終了した者の数をいう。
- ⑤ 「指定通所介護等の実施」状況の確認に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、リハビリテーション計画書のアセスメント項目を活用しながら、リハビリテーションの提供を終了した時と比較して、ADL及びIADLが維持または改善していることを確認すること。なお、電話等での実施を含め確認の手法は問わないこと。
- ⑥ **「当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供」については、利用者の円滑な移行を推進するため、指定訪問リハビリテーション終了者が指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定地域密着型通所介護、指定認**

知症対応型通所介護、指定小規模多機能型通所介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防通所リハビリテーション、指定介護予防認知症対応型通所介護又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所へ移行する際に、「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リハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」の別紙様式2-2-1及び2-2-2のリハビリテーション計画書等の情報を利用者の同意の上で指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型通所介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防通所リハビリテーション、指定介護予防認知症対応型通所介護又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護の事業所へ提供すること。なお、指定通所介護事業所等の事業所へ情報提供に際しては、リハビリテーション計画書の全ての情報ではなく、「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」に示す別紙様式2-2-1及び2-2-2の本人の希望、家族の希望、健康状態・経過、リハビリテーションの目標、リハビリテーションサービス等の情報を抜粋し、提供することで差し支えない。

(根拠法令)

H27 厚労告 95 十三 厚生労働大臣が定める基準

H27 厚労告 94 九 厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等

5 居宅療養管理指導

(1) 居宅療養管理指導費の評価対象

★ 対象サービス…(介護予防)居宅療養管理指導

居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費は、**在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、定期的に訪問して指導等を行った場合の評価**であり、継続的な指導等の必要のないものや通院が可能なものに対して安易に算定することはできません。

当該サービスの必要性を十分検討した上で、適切な取扱いをお願いします。

(参考) 根拠法令

H12 老企 36 第2の6

(1) 通院が困難な利用者について

居宅療養管理指導費は、在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、定期的に訪問して指導等を行った場合の評価であり、**継続的な指導等の必要のないものや通院が可能なものに対して安易に算定してはならない**。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができるものなどは、通院は容易であると考えられるため、居宅療養管理指導費は算定できない（やむを得ない事情がある場合を除く。）。

6 通所系サービス共通

(1) 個別機能訓練加算

★ 対象サービス…通所介護、地域密着型通所介護

令和3年度報酬改定より、個別機能訓練加算の人員配置基準及び、事務処理手順等が変更となりました。具体的な事務処理手順例については、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（介護保険最新情報 vol. 936）にて国から示されていますので、確認をお願いします。

	個別機能訓練加算（I）イ	個別機能訓練加算（I）ロ
職員配置	<p>専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を一名以上</p> <p>※時間の配置の定めなし。</p> <p>※常勤・非常勤を問わない。</p>	<p>（I）イの規定により配置された理学療法士等に加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を指定通所介護を行う時間帯を通じて一名以上</p> <p>※常勤・非常勤を問わない。</p>
目標設定	<p>・単に身体機能の向上を目指すことのみを目標とするのではなく、日常生活における生活機能の維持・向上を目指すことを含めた目標。</p> <p>・利用者の意欲の向上に繋がるよう、長期目標・短期目標のように段階的な目標設定し、可能な限り具体的かつ分かりやすい目標を設定。</p> <p>＜長期目標の設定＞</p> <p>生活機能の構成要素である以下a～cをバランスよく含めて設定する。</p> <p>a 体の働きや精神の働きである「心身機能」</p> <p>b ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」</p> <p>c 家庭や社会で役割を果たすことである「参加」</p> <p>＜短期目標の設定＞</p> <p>長期目標達成に向け、利用者の現状の心身機能等に照らし整理し、困難であることについて、どのような訓練を行えば可能となるのか検討し、目標を設定する。</p>	
訓練項目	<p>・利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の機能訓練の項目を準備。</p> <p>・利用者が自身で又は家族等の援助を受けて、利用者の居宅等においても実施できるような訓練項目をあわせて検討し、提示することが望ましい。</p>	
実施内容	<p>・類似の目標を持ち、同様の訓練項目を選択した5人程度以下の小集団（個別対応含む）に対して機能訓練指導員が直接行う。</p> <p>・概ね週1回以上実施することを目安とする。</p>	
実施後	<p>・3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況の確認を行い、利用者又はその家族に対して個別機能訓練の実施状況や効</p>	

果等について説明し、記録する。

- ・概ね3月ごとに1回以上、実施状況や効果等について、**担当介護支援専門員等にも適宜報告・相談**し、利用者等の意向を確認の上、目標の見直しや訓練項目の変更などを行う。

(根拠法令)

H12 厚告 19 別表 6 注 11、H27 厚労告 95 十六、H12 老企 36 第 2 の 7 (11)

H18 厚労告 126 別表 2 の 2 注 13、H27 厚労告 95 五十一の四、H18 老計発第 0331005 号他 第 2 の 3 の 2 (11)

なお、令和3年度の改正に伴い、厚生労働省より、個別機能訓練加算に関する Q&A が複数示されています。算定される事業所については、合わせて確認をお願いします。

問合せが多い事項は、以下のとおりです。

3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3)」

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

答 50 **差し支えない。**ただし、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置しているのみの場合と、これに加えて専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等をサービス提供時間帯を通じて1名以上配置している場合では、個別機能訓練の実施体制に差が生じるものであることから、営業日ごとの理学療法士等の配置体制について、利用者にあらかじめ説明しておく必要がある。

3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3)」

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

答 53 **貴見のとおり。**

例えばサービス提供時間が9時から17時である通所介護等事業所において、
9時から12時：専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名配置
9時から17時：専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名配置
した場合、**9時から12時までに当該理学療法士等から個別機能訓練を受けた利用者**

に対してのみ、個別機能訓練加算（I）口を算定することができる。（12時以降17時までに当該理学療法士等から個別機能訓練を受けた利用者については、個別機能訓練加算（I）イを算定することができる。）

（2）人員基準欠如の該当する場合の所定単位数の算定

★ 対象サービス…通所介護、地域密着型通所介護、通所介護相当サービス

運営指導等で、「人員配置基準を満たしていない。」事業所が多々見受けられます。通所介護及び地域密着型通所介護におかれましては、日ごとに人員基準を満たす必要がありますが、看護職員及び介護職員の配置数が、人員基準上満たすべき員数を下回っている場合（人員欠如）は、介護給付費の減額を行うこととされています。減額に関する具体的な取り扱いについては、以下の通りとなりますが、これは、適正なサービスの提供を確保する為の規定でありますので、人員欠如の未然防止を図るように努めてください。また、万が一該当してしまった場合は、市に届出が必要となりますので、御留意ください。

①算定方法

ア 看護職員

看護職員の数、は、**1月間の職員の数の平均**を用いる。この場合、1月間の職員の平均は、当該月のサービス提供日に配置された延べ人数を当該月のサービス提供日数で除して得た数とする。

イ 介護職

介護職員の数、は、**利用者数及び提供時間数から算出する勤務延時間数**を用いる。この場合、1月間の勤務延時間数は、配置された職員の1月の勤務延時間数を、当該月において本来確保すべき勤務延時間数で除して得た数とする。

②減算率が1割を超える場合

人員基準上必要とされる員数から**1割を超えて減少した場合には、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について**所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って**減算**する。

ア 看護職員

$$\frac{\text{サービス提供日に配置された延べ人数}}{\text{サービス提供日数}} < 0.9$$

イ 介護職

$$\frac{\text{当該月に配置された職員の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき職員の勤務延時間数}} < 0.9$$

③減算率が1割範囲以内の場合

1割の範囲内で減少した場合には、**その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について**所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って**減算**される（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）。

ア 看護職員の算定式

$$0.9 \leq \frac{\text{サービス提供日に配置された延べ人数}}{\text{サービス提供日数}} < 1.0$$

イ 介護職員の算定式)

$$0.9 \leq \frac{\text{当該月に配置された職員の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき職員の勤務延時間数}} < 1.0$$

(根拠法令)

H12 厚告 19 別表 6 注 1 H12 老企 36 第 2 の 7 (23)

H18 厚労告 126 別表 2 の 2 注 1、H18 老計発第 0331005 号他 第 2 の 3 の 2 (23)

(3) 入浴介助加算

★ 対象サービス…通所介護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション

令和 3 年度報酬改定に伴い、入浴介助加算の見直しが行われました。入浴介助加算Ⅱにおいて、要件を満たしていない等の不適切な事例が見受けられますので、再度、算定要件を確認して頂き、適切な取扱いをお願い致します。

<不適正な事例>

- ・利用者の動作及び浴槽環境の評価が分かる資料の作成がない。
- ・計画の内容が、利用者宅の浴室の環境等を踏まえた個別の計画になっていない。

入浴介助加算の主な加算算定要件は以下のとおりとなります。

○入浴介助加算(Ⅰ)

- ・入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行う。

○入浴介助加算(Ⅱ)(上記の要件に加えて)

- ・**医師等が利用者の居宅を訪問し**、浴室における**当該利用者の動作及び浴室の環境を評**

価していること。この際、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員等と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。

- ・当該事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問した医師等と連携の下で、当該利用者の身体の状況や訪問により把握した当該居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。

- ・上記の入浴計画に基づき、**個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行う**こと。

3.4.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 8)」

問2 入浴介助加算(Ⅱ)について、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。)が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価することとなっているが、この他に評価を行うことができる者としてどのような者が想定されるか。

答2 **地域包括支援センターの担当職員、福祉・住環境コーディネーター2級以上の者**等が想定される。

※なお、通所リハビリテーションについても同様に取扱う。

3.4.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 8)」

問4 入浴介助加算(Ⅱ)では、個別の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行うこととなっているが、この場合の入浴介助とは具体的にどのような介助を想定しているのか。

答4 利用者が入浴に係る自立を図る観点から、入浴に係る一連の動作のうち、利用者が自身の身体機能のみを活用し行うことができる動作については、引き続き実施できるよう見守りの援助を、介助を行う必要がある動作については、利用者の状態に応じた身体介助を行う。なお、入浴介助加算(Ⅱ)の算定にあたっての関係者は、利用者の尊厳の保持に配慮し、その状態に応じ、利用者自身で又は家族等の介助により入浴ができるようになるよう、常日頃から必要な介護技術の習得に努めるものとする。

<参考：利用者の状態に応じた身体介助の例>

※ 以下はあくまでも一例であり、同加算算定に当たって必ず実施しなければならないものではない。

◆座位保持ができるかつ浴槽をまたぐ動作が難しい利用者が浴槽に出入りする場合◆

利用者の動作	介助者の動作
	シャワーチェア(座面の高さが浴槽の高さと同等のもの)、浴槽用手すり、浴槽内いすを準備する。

シャワーチェアに座る。	
シャワーチェアから腰を浮かせ、浴槽の縁に腰掛ける。	介助者は、利用者の足や手の動作の声かけをする。必要に応じて、利用者の上半身や下肢を支える。
足を浴槽に入れる。	介助者は利用者の体を支え、足を片方ずつ浴槽に入れる動作の声かけをする。必要に応じて、利用者の上半身を支えたり、浴槽に足をいれるための持ち上げ動作を支える。
ゆっくり腰を落とし、浴槽内いすに腰掛けて、湯船につかる。	声かけをし、必要に応じて、利用者の上半身を支える
浴槽用手すりにつかまって立つ。	必要に応じて、利用者の上半身を支える。
浴槽の縁に腰掛け、浴槽用手すりをつかみ、足を浴槽から出す。	必要に応じて、浴槽台を利用し、利用者の上半身を支えたり、浴槽に足を入れるための持ち上げ動作を支える。
浴槽の縁から腰を浮かせ、シャワーチェアに腰掛ける。	必要に応じて、利用者の上半身や下肢を支える。
シャワーチェアから立ち上がる。	

3.4.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 8)」

問5 入浴介助加算(Ⅱ)については、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境(手すりなど入浴に要する福祉用具等を活用し利用者の居宅の浴室の環境を個別に模したもの)にて、入浴介助を行うこととなっているが、例えばいわゆる大浴槽に福祉用具等を設置すること等により利用者の居宅の浴室の状況に近い環境を再現することとしても差し支えないのか。

答5 例えば、利用者の居宅の浴室の手すりの位置や浴槽の深さ・高さ等にあわせて、可動式手すり、浴槽内台、すのこ等を設置することにより、**利用者の居宅の浴室の状況に近い環境が再現**されていれば、差し支えない。

3.4.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 8)」

問1 入浴介助加算(Ⅱ)は、利用者が居宅において利用者自身で又は家族等の介助により入浴を行うことができるようになることを目的とするものであるが、この場合の「居宅」とはどのような場所が想定されるのか。

答1 **利用者の自宅(高齢者住宅(居室内の浴室を使用する場合のほか、共同の浴室を使用する場合も含む。))を含む。のほか、利用者の親族の自宅**が想定される。なお、自宅に浴室がない等、具体的な入浴場面を想定していない利用者や、本人が希望する場所で入浴するには心身機能の大幅な改善が必要となる利用者にとっては、以下①～⑤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。

- ① 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。
 - ② 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。
 - ③ 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ものとする。
 - ④ 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。
 - ⑤ 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。
- ※なお、通所リハビリテーションについても同様に扱う。

（根拠法令）

H12 厚告 19 別表 6 注 8、H27 厚労告 95 十四の三、H12 老企 36 第 2 の 7（8）

H12 厚告 19 別表 7 注 7、H27 厚労告 95 二十四の四、H12 老企 36 第 2 の 8（10）

H18 厚労告 126 別表 2 の 2 注 10、H18 老計発第 0331005 号他 第 2 の 3 の 2（8）

H18 厚労告 126 別表 3 注 6、H18 老計発第 0331005 号他 第 2 の 4（9）、H18 厚労告 128 別表 1 注 6

（４）中重度者ケア体制加算

★ 対象サービス…通所介護、地域密着型通所介護、通所リハビリテーション

中重度者ケア体制加算について、要件を満たしていない等の不適切な事例が見受けられます。再度、算定要件を確認して頂き、適切な取扱いをお願い致します。

〈不適正な事例〉

- ・看護職員又は、介護職員の加配の計算において、
 - ①看護職員と介護職員の合計が常勤換算法で 2 以上になるように計算している。
 - ②当該職員が他の業務と兼務する場合、兼務時間を除して計算していない。
- ・看護職員が提供時間を通じて配置していない日に算定している。

なお、人員要件については、以下の点に留意して計算してください。

人員要件	<p>① サービス提供前後の延長加算を算定する際に配置する看護職員又は、介護職員の勤務時間数は含めない。</p> <p>② 常勤加算方法により員数については、暦月で小数点第2位以下を切り捨てる。</p> <p>③ 看護職員は、サービス提供時間を通じて配置は必要となり、他の業務との兼務は認められない。</p>
利用者の要件	<p>① 要支援者と一体で実施している事業所において、要支援者に関しては、人員数には含めない。</p> <p>② 前、3月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近の3月間の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しているか確認が必要。</p>

27.4.1 事務連絡「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A」

問 25 指定居宅サービス等基準第93条に規定する看護職員又は介護職員に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保する必要があるが、具体的な計算方法如何。

答 25 例えば、定員20人の通所介護、提供時間が7時間、常勤の勤務すべき時間数が週40時間の場合であって、営業日が月曜日から土曜日の場合には、常勤換算の計算方法は以下の通りとなる。(本来であれば、暦月で計算するが、単純化のために週で計算。)

	月	火	水	木	金	土	計
利用者数	18人	17人	19人	20人	15人	16人	105人
必要時間数	11.2時間	9.8時間	12.6時間	14時間	7時間	8.4時間	63時間
職員A	8時間	8時間	8時間	8時間	8時間	0時間	40時間
職員B	0時間	8時間	8時間	8時間	8時間	8時間	40時間
職員C	7時間	7時間	7時間	7時間	7時間	0時間	35時間
職員D	8時間	8時間	0時間	0時間	8時間	8時間	32時間
計	23時間	31時間	23時間	23時間	31時間	16時間	147時間
加配時間数	11.8時間	21.2時間	10.4時間	9時間	24時間	7.6時間	84時間

① 指定基準を満たす確保すべき勤務延時間数

(例：月曜日の場合)

確保すべき勤務時間数 = ((利用者数 - 15) ÷ 5 + 1) × 平均提供時間数 = 11.2時間

② 指定基準に加えて確保されたものと扱われる勤務時間数

(例：月曜日の場合)

指定基準に加えて確保された勤務時間数 = (8 + 7 + 8) - 11.2 = 11.8 時間
 以上より、上記の体制で実施した場合には、週全体で 84 時間の加配時間となり、
 84 時間 ÷ 40 時間 = 2.1 となることから、常勤換算方法で 2 以上確保したことになる。

(根拠法令)

H12 厚告 19 別表 6 注 9、H27 厚労告 95 十五、H12 老企 36 第 2 の 7 (9)

H12 厚告 19 別表 7 注 19、H27 厚労告 95 三十一、H12 老企 36 第 2 の 8 (21)

H18 厚労告 126 別表 2 の 2 注 11、厚労告 95 五十一の三、H18 老計発第 0331005 号他
 第 2 の 3 の 2 (9)

(5) 事業所規模による区分の取扱い

★ 対象サービス…通所介護、通所リハビリテーション

通所介護又は通所リハビリテーションの介護報酬算定に当たっては、**毎年度通所介護費又は通所リハビリテーション費区分を確認する**必要があります。令和 5 年 4 月以降も引き続き事業を実施している事業者は、**前年度(令和 4 年 4 月～令和 5 年 2 月)の 1 月当たりの平均利用延人員数を計算し、事業所規模区分に変更がないか確認を行い、変更がある場合は、介護給付費算定に係る届出**をお願いします。規模区分の誤りが発覚した場合は、報酬返還に至る事例もありますので、十分にご留意ください。

また、運営指導に行きますと、750 人以内であることは明白であるという理由で計算をしていない事業所がありますが、必ず計算をするようにお願いします。

なお、**前年度から定員を概ね 25%以上変更**して事業を実施しようとする場合、当該年度に係る平均利用延人員数については、「**運営規程の利用定員の 90%に予定される 1 月当たりの営業日数を乗じて得た数**」となりますのでご留意ください。

厚生労働大臣が定める施設基準 (通所介護の場合)

		前年度の 1 か月当たりの平均利用延人員数	看護職員・介護職員の員数
事業所 区分	通常規模型通所介護	750 人以内	所定の看護職員・介護職員の員数を置いていること。
	大規模型通所介護費 (I)	751 人以上 900 人以内	
	大規模型通所介護費 (II)	901 人以上	

■平均利用延人員数の計算■

○利用時間が3時間以上4時間未満、4時間以上5時間未満の利用者の場合（2時間以上3時間未満の利用者を含む。）

⇒ **利用者数×2分の1**

○利用時間が5時間以上6時間未満、6時間以上7時間未満の利用者の場合。

⇒ **利用者数×4分の3**

○1か月間（暦月）、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月における平均利用延人員数

⇒ **その月の平均利用延人員数×7分の6**

（根拠法令） H12老企36 第2の7（4）、H12老企36 第2の8（8）

7 通所リハビリテーション

(1) 介護予防通所リハビリテーションの減算

★ 対象サービス…介護予防通所リハビリテーション

近年の受給者数や利用期間及び利用者のADL等を踏まえ、適切なサービス提供とする観点から、令和3年度報酬改定より、介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えてサービス提供を行う場合は、減算対象となります。

令和3年4月以前からの利用者については令和3年4月から、それ以降の新規利用についてはサービス利用月から、**サービスを利用された月を合計し、12月を超える場合に適用されるものとなります。**また、**要支援の区分が変更された場合**（要支援1から要支援2への変更及び要支援2から要支援1への変更）**はサービスの利用が継続されているものとみなされます**のでご注意ください。

3.3.26 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3)」

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

答121 ・法第19条第2項に規定する要支援認定の効力が生じた日が属する月をもって、利用が開始されたものとする。
・ただし、**要支援の区分が変更された場合（要支援1から要支援2への変更及び要支援2から要支援1への変更）はサービスの利用が継続されているものとみなす**

3.4.15 事務連絡 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 6)」

問4 介護予防訪問・通所リハビリテーション及び介護予防訪問看護からの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問について、12月以上継続した場合の減算起算の開始時点はいつとなるのか。また、12月の計算方法は如何。

答4 ・当該サービスを利用開始した日が属する月となる
・**当該事業所のサービスを利用された月を合計したものを利用期間とする。**

H18老計発第0317001号他 第2の6(3)

指定介護予防通所リハビリテーションの利用が12月を超える場合は、指定介護予防通所リハビリテーション費から要支援1の場合20単位、要支援2の場合40単位減算する。なお、入院による中断があり、医師の指示内容に変更がある場合は、新たに利用が

開始されたものとする。また、本取扱いについては、令和3年4月から起算して12月を超える場合から適用されるものであること。

(根拠法令) H18厚労告127 別表5 注8

(2) リハビリテーションマネジメント加算

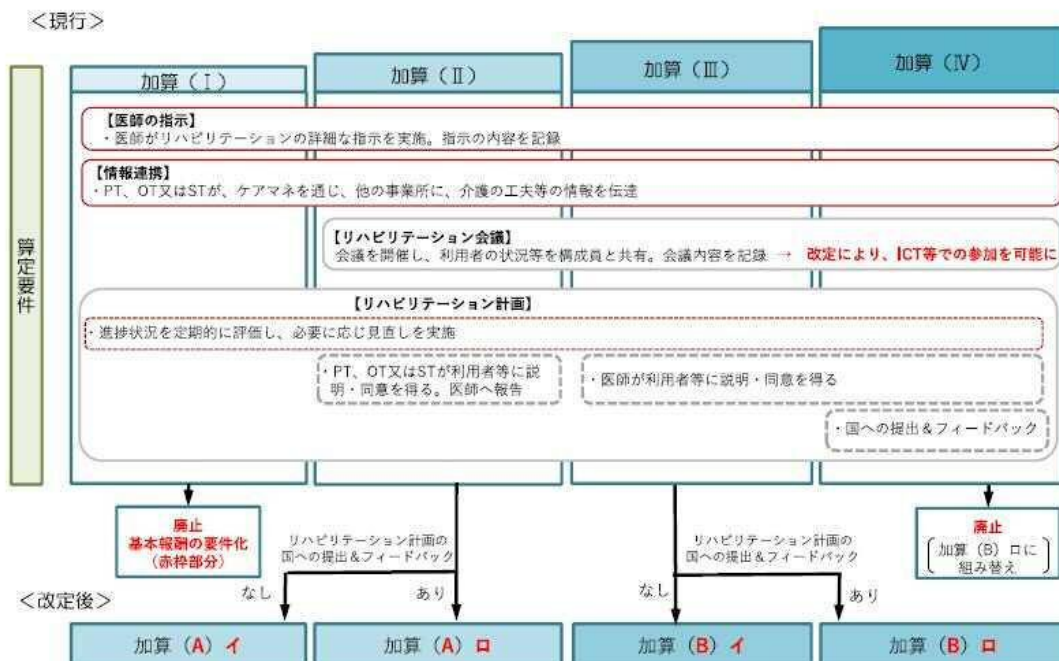
★ 対象サービス… (介護予防) 通所リハビリテーション

自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、リハビリテーションマネジメント加算について令和3年度報酬改定より以下のとおり見直しが行われました。加算要件の内容を確認いただき、適正な取扱いをお願いします。

①リハビリテーションマネジメント加算等の見直し

報酬体系の簡素化と事務負担軽減の観点から、**介護予防**のリハビリテーションマネジメント加算が**廃止**となりました。なお、従来加算の算定要件は**基本報酬の算定要件**となりましたので、今後は基本報酬にて評価をお願いします。

また、通所リハビリテーションにおける当該加算の見直しのイメージは以下の図の通りです。



②リハビリテーションマネジメント加算要件について

主な算定要件は以下の表のとおりになります。具体的な事務処理手順例については、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（介護保険最新情報 vol. 936）にて国から示されていますので、合わせて確認をお願いします。

	リハマネ加算（A）	リハマネ加算（B）
医師の指示	リハビリテーションの実施に当たり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「理学療法等」という）に対し、リハビリテーションの目的に加え、 開始前・実施中の留意事項、やむを得ず中止する際の基準、利用者に対する負荷 等のうちいずれか1以上の指示を行う。	
記録	医師又は、理学療法等が、当該指示の内容が「医師の指示」の基準に適合するものであると明確にわかるように記録する。	
リハビリテーション会議	リハビリテーション会議（以下「リハ会議」）を開催し、 アセスメント結果等の情報共有、多職種協働に向けた支援方針、リハビリテーションの内容、構成員間の連携等 について協議し、リハ会議の内容を記録する。 リハ会議の構成員 利用者及び家族の参加を基本とし、医師、PT、OT、ST、介護支援専門員、居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス等の担当者その他の関係者	
説明・同意	リハ計画について、 理学療法等が、利用者又はその家族に対して説明し利用者の同意を得るとともに、内容について医師へ報告する。	リハ計画について、事業所の 医師が、利用者又はその家族に対して説明し利用者の同意を得る。
計画の見直し	リハ計画の同意を得た日の属する月から起算して、 リハ会議を6月以内の場合は1月に1回以上、6月を超えた場合は3月に1回以上 開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハ計画の見直しを実施。	
情報提供状況共有	<ul style="list-style-type: none"> 理学療法等が、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報を提供する。 次のいずれかを実施する必要がある。 <ol style="list-style-type: none"> 理学療法等が、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言。 理学療法等が、利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工 	

	夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言。
LIFE への提出	加算 (A) 口、(B) 口のみ L I F Eによりデータを提出し、フィードバック情報を活用し、P D C Aサイクルにより、サービスの管理を行う。

(根拠法令) H12 厚告 19 別表 7 注 8、H12 老企 36 第 2 の 8 (11)

③算定上の留意事項について

当該加算の算定において、当該計画に係る利用者の同意を得た日の属する月から起算して 6 月間を超えた場合であって、**サービス終了後に、病院等への入院又は他の居宅サービス等の利用を経て、同一の事業所を再度利用した場合**において、**リハビリテーションマネジメント加算 (A) イ (1) 又はロ (1) 若しくは (B) イ (1) 又はロ (1) を再算定することはできず**、リハビリテーションマネジメント加算 (A) イ (2) 又はロ (2) 若しくは (B) イ (2) 又はロ (2) を算定してください。

ただし、**疾病が再発するなどにより入院が必要になった状態**又は**医師が集中的な医学的管理を含めた支援が必要と判断した等の状態の変化に伴う、やむを得ない理由がある場合であって、利用者又は家族が合意した場合**には、再度、リハビリテーションマネジメント加算 (A) イ (1) 又はロ (1) 若しくは (B) イ (1) 又はロ (1) を**算定することが可能**です。

(3) 医療リハビリから介護リハビリへの移行

★ 対象サービス… (介護予防) 通所リハビリテーション

平成 30 年の診療報酬改正により、平成 31 年 4 月から外来の要介護・要支援者に対する維持期・生活期のリハビリテーションについては、**医療保険から介護保険へ完全移行**することとなっています。この改正により、医療機関の医師から介護保険への移行が促される場合がありますが、該当の利用者から相談を受けた場合は、速やかな移行にご協力をお願いします。また、関連通知である「**「要介護被保険者等である患者に対する入院外の維持期・生活期の疾患別リハビリテーションに係る経過措置の終了に当たっての必要な対応について」の送付について**」(平成 31 年 3 月 11 日介護保険最新情報 Vol. 700) もご確認ください。

<医療リハビリと介護リハビリの役割分担>

制 度	医療保険	介護保険
役 割	急性期・回復期のリハビリの実施	維持期・生活期のリハビリの実施
目 的	在宅への復帰などを目指した心身機能回復・ADL 向上	生活機能の維持や QOL 改善

適用期間	発症等から標準的算定日数（※）以内に実施されるリハビリ	発症等から標準的算定日数を超えて実施されるリハビリ
------	-----------------------------	---------------------------

※標準的算定日数…心大血管疾患なら 150 日、脳血管疾患等なら 180 日など、それぞれの疾患別リハビリテーションで治療期間の目安として定められた日数のこと。

（参考）根拠法令

<p>保医発 0305 第 1 号 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について （別添 1）医科診療報酬点数表に関する事項 第 7 部 リハビリテーション <通則> 1～4（略） 4 の 2 疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注 4」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、（中略）なお、入院中の患者以外の患者に対して、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを提供する場合にあっては、介護保険による訪問リハビリテーション、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又は介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険によるリハビリテーション」という。）の適用について適切に評価し、適用があると判断された場合にあっては、患者に説明の上、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションを受けるために必要な手続き等について指導すること。</p>
--

<よくある質問>

問 主治医から医療リハビリを終了し、介護リハビリに切り替えるように指示がありました。が、どのように対応すれば良いですか。

答 居宅介護支援事業所等は、要介護被保険者等の介護保険におけるリハビリテーションへの移行等が適切にできるよう、居宅サービス計画等の作成や変更について居宅サービス事業所等との調整等をお願いします。なお、居宅サービス計画等の作成にあたっては、サービス担当者会議を開催し、専門的な見地からの意見を求めることが必要です。

問 要介護認定を取り下げれば、引き続き医療保険のリハビリを継続できますか。また、どこで取り下げられますか。

答 医療保険のリハビリの継続の可否につきましては、医療リハビリにかかる主治医にご確認ください。なお、要介護認定の取り下げは各区役所高齢介護課にて可能ですが、他の介護保険サービスの利用ができなくなりますので、利用者から相談を受けた場合は、安易に取り下げを勧めるのではなく、取り下げても支障がないか、よくご検討ください。

問 医療保険のリハビリを受けていた病院等で引き続き介護保険のリハビリを受けることは可能ですか。

答 制度改正により、医療保険のリハビリを提供している病院、診療所が、新たに介護保険のリハビリの提供を開始する場合に、新たな設備や人員、器具の確保等が極力不要となるよう、面積・人員・器具の共用に関する要件が緩和されました。これにより、平成31年4月以降、医療保険のリハビリに加え、介護保険のリハビリを開始した病院等もあります。介護保険の実施状況については、直接病院等にお問い合わせください。

	改正前	改正後（※）
面積要件	常時、介護保険の利用者数× 3 m ² 以上	介護保険の利用定員と医療保険の患者数の合計数× 3 m ² 以上
人員要件	同一職種の従業者と交代する場合は、医療保険のリハビリテーションに従事することが可能	同じ訓練室で実施する場合には、医療保険のリハビリテーションに従事することが可能
器具の共有	1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションの場合は、必要な器具の共有が認められる。	サービス提供の時間にかかわらず、医療保険・介護保険のサービスの提供に支障が生じない場合は、必要な器具の共有が認められる。

※ 面積要件・人員要件の見直しは、1時間以上2時間未満の通所リハビリに限る。

8 福祉用具貸与・特定福祉用具販売

令和4年4月1日より、特定福祉用具販売及び特定介護予防福祉用具販売の種目に「**排泄予測支援機器**」（膀胱内の状態を感知し、尿量を推定するものであって、**排尿の機会を居宅要介護者等又はその介護を行う者に通知するもの**）が追加となりました。新たに種目を追加される場合は、変更届の提出をお願いします。

（根拠法令） 介護保険法第8条第13項及び第8条の2第11項

（1）全国平均貸与価格、貸与価格の上限

★ 対象サービス…（介護予防）福祉用具貸与

①福祉用具貸与価格の上限設定等

福祉用具については、平成30年10月より、商品ごとに、当該商品の貸与価格の全国的な状況を把握し、ホームページにおいて当該商品の全国平均貸与価格及び貸与価格の上限設定を国が公表しています。

- ・令和2年10月30日 厚生労働省老健局高齢者支援課通知（介護保険最新情報 Vol. 886）『**令和3年4月貸与分から適用される福祉用具の全国平均貸与価格及び価格の上限公表について**』（掲載略）にて、全国平均貸与価格及び価格の上限について、今まで1年に1度の見直しが行われてきましたが、令和3年4月貸与分からは、適用する価格を見直した上で、**3年に1度の頻度で見直し**を行うことになりました。
- ・**新商品**については、これまでと同様、**3月に1度**の頻度で実施し、公表されますので、確認をお願いします。

全国平均貸与価格及び貸与価格の上限は、厚生労働省または公益財団法人テクノエイド協会のホームページに掲載されています。また、令和5年7月及び令和5年10月貸与分から適用する全国平均貸与価格及び貸与価格の上限につきましても、令和5年1月及び令和5年4月にホームページにて公表されていますので、併せて確認をお願いします。

なお、**平成30年10月の貸与分以降、商品ごとの貸与価格の上限を超えて貸与を行った場合、福祉用具貸与費は算定されない**ので、ご注意ください。

○参考

- ・厚生労働省ホームページ（全国平均貸与価格・貸与価格の上限）
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212398.html>
- ・公益財団法人テクノエイド協会ホームページ
<http://www.techno-aids.or.jp/tekisei/index.shtml>

（根拠法令） H30 老高発 0322 第1号、H12 厚告 19 別表 11、H30 厚労告 80

②機能や価格帯の異なる複数商品の提示等

貸与価格の見直しと併せて、利用者が適切な福祉用具を選択する観点から、平成 30 年度の制度改正で福祉用具専門相談員に対して、下記の事項が義務付けられました。

- ・ 貸与しようとする商品の特徴や貸与価格に加え、**当該商品の全国平均貸与価格を利用者に説明すること**（平成 30 年 10 月～）。
- ・ **機能や価格帯の異なる複数の商品を利用者に提示**すること（平成 30 年 4 月～）。
- ・ **（介護予防）福祉用具貸与計画書を介護支援専門員にも交付**すること（平成 30 年 4 月～）。

これを受け、一般社団法人 全国福祉用具専門相談員協会より「当該商品の全国平均貸与価格の説明」「機能や価格帯の異なる複数商品の提示」の手法例として、『「ふくせん福祉用具サービス計画書（選定提案）」作成ガイドライン』及び「ふくせん福祉用具サービス計画書」がホームページに掲載されていますので、併せて参考としてください。

○参考

- ・ ふくせん版「福祉用具サービス計画書」及び「平成 30 年版ふくせん福祉用具サービス計画書（選定提案）作成ガイドライン」（厚生労働省 平成 29 年度老人保健健康増進等事業「福祉用具専門の適切な貸与に関する普及啓発事業」）

http://www.zfssk.com/sp/1204_monitoring/index.html

<根拠法令>

H11 老企 25 第 3 の十一の 3 (3)

H11 厚令 37

(指定福祉用具貸与の具体的取扱方針)

第 199 条 福祉用具専門相談員の行う指定福祉用具貸与の方針は、次に掲げるところによるものとする。

- 一 指定福祉用具貸与の提供に当たっては、次条第一項に規定する福祉用具貸与計画に基づき、福祉用具が適切に選定され、かつ、使用されるよう、専門的知識に基づき相談に応じるとともに、**目録等の文書を示して福祉用具の機能、使用方法、利用料、全国平均貸与価格等に関する情報を提供し、個別の福祉用具の貸与に係る同意を得るものとする。**

二～五 (略)

- 六 指定福祉用具貸与の提供に当たっては、**同一種目における機能又は価格帯の異なる複数の福祉用具に関する情報を利用者に提供するものとする。**

(福祉用具貸与計画の作成)

第 199 条の 2 1～3 (略)

- 4 **福祉用具専門相談員は、福祉用具貸与計画を作成した際には、当該福祉用具貸与計画を利用者及び当該利用者に係る介護支援専門員に交付しなければならない。**
- 5 福祉用具専門相談員は、福祉用具貸与計画の作成後、当該福祉用具貸与計画の実施状

況の把握を行い、必要に応じて当該福祉用具貸与計画の変更を行うものとする。

- 6 第1項から第4項までの規定は、前項に規定する福祉用具貸与計画の変更について準用する。

(2) 軽度者への福祉用具貸与

★ 対象サービス…(介護予防)福祉用具貸与

軽度者(要支援1又は要支援2及び要介護1)への福祉用具貸与については、その状態像から見て、使用が想定しにくいことから、認められない種目(9種目)があります。しかし、必要性が認められる対象者については、適切な手続きにより例外給付を受けることができます。これまでに、いくつかの不適切な事例がありましたので、確認の上、適切な取り扱いをお願いします。

<不適切事例>

- ・居宅介護支援事業所等が適切な手続きにより福祉用具を位置付けているのか、確認がとれない。
- ・福祉用具貸与事業者が、居宅介護支援事業者から必要な書類を入手していない。

①例外給付対象種目について

対象は、以下の9種目です。

品目	介護度							
	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	
1 車いす	★	★	★	○	○	○	○	
2 車いす付属品	★	★	★	○	○	○	○	
3 特殊寝台	★	★	★	○	○	○	○	
4 特殊寝台付属品	★	★	★	○	○	○	○	
5 床ずれ防止用具	★	★	★	○	○	○	○	
6 体位変換器	★	★	★	○	○	○	○	
7 認知症老人徘徊感知機器	★	★	★	○	○	○	○	
8 移動用リフト(つり具部分を除く)	★	★	★	○	○	○	○	
9 自動排泄処理装置	★	★	★	★	★	○	○	

★…手続きが必要 ○…給付対象

②例外給付の判断基準

軽度者への例外給付にあたっては166ページの表1を活用し、以下の3つの判断のうち、いずれか該当することにより、算定が認められます。

ア 基本調査結果による判断基準

認定調査票の基本調査の直近の結果により、「厚生労働大臣が定める者」に該当する。

イ 基本調査の確認項目がない場合の判断基準

表1のアの(二)及びオの(三)に該当する者のうち、主治の医師からの情報及びサービス担当者会議により、貸与が適正と認められる。

ウ 市町村による判断基準

次のiからiiiまでのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">i 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に利用者等告示第三十一号のイに該当する者
(例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)ii 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第三十一号のイに該当することが確実に見込まれる者
(例 がん末期の急速な状態悪化)iii 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第三十一号のイに該当すると判断できる者
(例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避) |
|---|

③ (介護予防) 福祉用具貸与事業者の責務

居宅介護支援事業者から、**例外給付と判断した書類**(認定調査票の必要な部分、サービス担当者会議の記録、区役所に提出した書類等)の写しを入手してください。

表 1

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果
ア 車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に歩行が困難な者 (二) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	基本調査 1-7 「3. できない」 -
イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に起きあがり困難な者 (二) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-4 「3. できない」 基本調査 1-3 「3. できない」
ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-3 「3. できない」
エ 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 (一) 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 (二) 移動において全介助を必要としない者	基本調査 3-1 「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 又は 基本調査 3-2～3-7 のいずれか 「2. できない」 又は 基本調査 3-8～4-15 のいずれか 「1. ない」以外 その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。 基本調査 2-2 「4. 全介助」以外
オ 移動用リフト（つり具の部分を除く）	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に立ち上がりが困難な者 (二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	基本調査 1-8 「3. できない」 基本調査 2-1 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 -
カ 自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者 (一) 排便が全介助を必要とする者 (二) 移乗が全介助を必要とする者	基本調査 2-6 「4. 全介助」 基本調査 2-1 「4. 全介助」

出典：「要介護認定等基準時間の推計の方法」
(平成11年厚生省告示第91号)

9 特定施設入居者生活介護

(1) 退院・退所時連携加算

★対象サービス…特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護

平成 30 年度の報酬改定にて、病院等を退院した者を特定施設が受け入れる場合、医療提供施設との連携等を評価する加算が創設されました。**連携及びその後の記録が不十分**である事例が見受けられますので、今一度要件を確認し、適切な実施に努めてください。

<不適切事例>

- ・医療提供施設から必要な情報を受けていない。
- ・医療提供施設と連携を行ったことの記録が確認できない。

<Q & A>平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) より

○具体的な連携方法について

問 69 退院・退所時の医療提供施設と特定施設との連携は、具体的にどのようなものを指すのか。

答 69 医療提供施設と特定施設との退院・退所時の連携については、**面談によるほか、文書（FAX も含む。）又は電子メールにより当該利用者に関する必要な情報の提供を受けることとする。**

○具体的な記録について

問 70 退院・退所時の連携の記録はどのような事項が必要か。

答 70 退院・退所時の医療提供施設と特定施設との連携の記録については、特に指定しないが、**「居宅介護支援費の退院・退所加算に係る様式例の提示について（平成 21 年老振発第 0313001 号（最終改正：平成 24 年老振発第 0330 第 1 号）」にて示している「退院・退所に係る様式例」を参考にされたい。**

(参考) 根拠法令等

H12 厚告 19 別表 10 二

注 イについて、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から指定特定施設に入居した場合は、入居した日から起算して 30 日以内の期間については、退院・退所時連携加算として、1 日につき所定単位数を加算する。30 日を超える病院若しくは診療所への入院又は介護老人保健施設若しくは介護医療院への入所後に当該指定特定施設に再び入居した場合も、同様とする。

H12 老企 40 第 2 の 4

(15) 退院・退所時連携加算について

- ① 当該利用者の退院又は退所に当たって、当該医療提供施設の職員と面談等を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、特定施設サービス計画を作成し、特定施設サービスの利用に関する調整を行った場合には、入居日から 30 日間に限って、1 日につき 30 単位を加算すること。

当該面談等は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。なお、テレビ電話装置等の活用にあたっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

- ② 当該特定施設における過去の入居及び短期利用特定施設入居者生活介護の関係

退院・退所時連携加算は、当該入居者が過去 3 月間の間に、当該特定施設に入居したことがない場合に限り算定できることとする。

当該特定施設の短期利用特定施設入居者生活介護を利用していた者が日を空けることなく当該特定施設に入居した場合については、退院・退所時連携加算は入居直前の短期利用特定施設入居者生活介護の利用日数を 30 日から控除して得た日数に限り算定できることとする。

- ③ 30 日を超える医療提供施設への入院・入所後に再入居した場合は、退院・退所時連携加算が算定できることとする。

(2) 看取り介護加算

★対象サービス…(介護予防) 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護

従前から設けられている加算ですが、指導を行う事例が見受けられますので、今一度要件を確認し、適切な実施に努めてください。

<指導した事例>

- ・看取りに関する指針の中に盛り込むべき項目が定められていない。
- ・指針の内容を入居時に利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ていることが確認できない。
- ・看取り介護の実施に当たっての記録が不足している。

(参考) 根拠法令等

H12 厚告 19 別表 10 ホ 、 H27 厚労告 96 二十四、H27 厚労告 95 二十九

H12 老企 40 第2の4 (16)

看取り介護加算について

- ① 看取り介護加算は、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について、その旨を本人又はその家族等（以下「利用者等」という。）に対して説明し、その後の療養及び介護に関する方針についての合意を得た場合において、利用者等とともに、医師、生活相談員、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が共同して、随時、利用者等に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、利用者がその人らしく生き、その人らしい最期が迎えられるよう支援することを主眼として設けたものである。
- ② 特定施設は、利用者に提供する看取り介護の質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（PDCA サイクル）により、看取り介護を実施する体制を構築するとともに、それを強化していくことが重要であり、具体的には、次のような取組が求められる。

イ 看取りに関する指針を定めることで施設の看取りに対する指針等を明らかにする（Plan）。

ロ 看取り介護の実施に当たっては、当該入所者に係る医師の診断を前提にして、介護に係る計画に基づいて、入所者がその人らしく生き、その人らしい最期が迎えられるよう支援を行う（Do）。

ハ 多職種が参加するケアカンファレンス等を通じて、実施した看取り介護の検証や、職員の精神的負担の把握及びそれに対する支援を行う（Check）。

ニ 看取りに関する指針の内容その他看取り介護の実施体制について、適宜、適切な見直しを行う（Action）。

なお、指定特定施設入居者生活介護事業者は、看取り介護の改善のために、適宜、家族等に対する看取り介護に関する報告会並びに利用者等及び地域住民との意見交換による地域への啓発活動を行うことが望ましい。

- ③ 質の高い看取り介護を実施するためには、多職種連携により、利用者等に対し、十分な説明を行い、理解を得るよう努めることが不可欠である。具体的には、指定特定施設入居者生活介護事業者は、看取り介護を実施するに当たり、終末期にたどる経過、特定施設等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢、医師や医療機関との連携体制などについて、利用者等の理解が得られるよう継続的な説明に努めることが重要である。加えて、説明の際には、利用者等の理解を助けるため、利用者に関する記録を活用した説明資料を作成し、その写しを提供すること。

- ④ **看取り介護の実施に当たっては、管理者を中心として、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等による協議の上、看取りに関する指針が定められていることが必要**であり、同指針に盛り込むべき項目としては、例えば、以下の事項が考えられる。

- イ 当該特定施設の看取りに関する考え方
- ロ 終末期にたどる経過（時期、プロセスごと）とそれに応じた介護の考え方
- ハ 特定施設等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢
- ニ 医師や医療機関との連携体制（夜間及び緊急時の対応を含む）
- ホ 利用者等への情報提供及び意思確認の方法
- ヘ 利用者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式
- ト 家族への心理的支援に関する考え方
- チ その他看取り介護を受ける利用者に対して特定施設の職員が取るべき具体的な対応の方法

⑤（略）

⑥ 看取り介護の実施に当たっては、次に掲げる事項を介護記録等に記録するとともに、多職種連携を図るため、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による適切な情報共有に努めること。

- イ 終末期の身体症状の変化及びこれに対する介護等についての記録
- ロ 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアについての記録
- ハ 看取り介護の各プロセスにおいて把握した利用者等の意向と、それに基づくアセスメント及び対応についての記録

⑦ 利用者等に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載しておくことが必要である。

また、利用者が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来訪が見込まれないような場合も、医師、生活相談員、看護職員、介護職員等が利用者の状態等に応じて随時、利用者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っていると思われる場合には、看取り介護加算の算定は可能である。

この場合には、適切な看取り介護が行われていることが担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、利用者の状態や家族と連絡を取ったにもかかわらず特定施設への来訪がなかった旨を記載しておくことが必要である。

なお、家族が利用者の看取りについて共に考えることは極めて重要であり、特定施設入居者生活介護事業者は、連絡を取ったにもかかわらず来訪がなかったとしても、継続的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながら介護を進める必要がある。

⑧～⑬（略）

10 短期入所生活介護

(1) 長期利用者に対する減算

★ 対象サービス…短期入所生活介護

短期入所生活介護の基本サービス費は、初期加算相当分を評価したものであるもので、居宅に戻ることなく自費利用を挟み連続して **30 日を超えて同一事業所を利用する場合には、減算**となります。

例) 令和4年4月15日入所～令和4年5月14日：通常通り介護報酬算定

令和4年5月15日：自費利用

令和4年5月16日～令和4年5月31日退所：減算して介護報酬算定

※30日間短期入所生活介護を利用し退所後、**2泊3日以上自宅で過ごし**、再度入所し短期入所生活介護を利用する場合には、**減算となりません**。

(参考) 根拠法令等

H12 老企 40 第二 2

(20) 長期利用者に対する減額について

短期入所生活介護の基本サービス費については、施設入所に比べ入退所が頻繁であり、利用者の状態が安定していないことなどから、特別養護老人ホームへ入所した当初に施設での生活に慣れるための様々な支援を評価する初期加算相当分を評価している。こうしたことから、居宅に戻ることなく、自費利用を挟み**同一事業所を連続 30 日を超えて利用している者に対して短期入所生活介護を提供する場合には、連続 30 日を超えた日から減算**を行う。なお、同一事業所を長期間利用していることについては、居宅サービス計画において確認することとなる。

<Q&A>令和3年度報酬改定に関するQ&A (vol.3)

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

答 74 自費利用終了後再び短期入所生活介護の提供を受けることとなった日から減算が適用される。なお、長期利用者に対して短期入所生活介護を提供する場合の減算は、同一の指定短期入所生活介護事業所を連続30日を超えて利用している者について、それまでの間のサービス利用に係る費用を介護報酬として請求しているか否かに関わらず、連続30日を超える日以降の介護報酬請求において適用するものである。このため、例えば同一の指定短期入所生活介護事業所から28日間連続して短期入所生活介護の提供を受け、そのまま1日同事業所を自費で利用し、自費利用終了後再び短期入所生活介護の提供を受けることとなった場合は、自費利

用終了後再び短期入所生活介護の提供を受けることとなった日の翌日（連続30日を超える日）から減算が適用される。

<Q & A>平成 27 年度報酬改定に関する Q & A

問 77 保険者がやむを得ない理由（在宅生活継続は困難で特別養護老人ホームの入所申請をしているが空きがない等）があると判断し、短期入所生活介護の継続をしている場合も減算の対象となるか。

答 77 短期入所生活介護の基本報酬は、施設入所に比べ入退所が頻繁であり、利用者の状態が安定していないことなどから、特別養護老人ホームの基本報酬より高い設定となっているため、長期間の利用者については、**理由の如何を問わず減算の対象**となる。

問 79 連続して30日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所した場合は減算の対象となるが、特別養護老人ホームと併設の短期入所生活介護事業所から特別養護老人ホームの空床利用である短期入所生活介護事業所へ変わる場合は減算対象となるか。

答 79 実質的に一体として運営していると考えられるので、同一事業所の利用とみなし、減算の対象とする。

なお、本減算における**起算日は**、下記の厚生労働省告示における起算日とは**異なる場合があります**のでご注意ください。

また、要支援から要介護へ認定結果が変更された場合や、保険者が変更された場合等であっても、自費利用日は変わりません。

例) 令和4年4月4日～令和4年5月1日：Aショートを利用。

令和4年5月1日～令和4年6月30日：Bショートを利用。

↓（この場合の算定は下記のとおり）。

令和4年5月3日及び6月3日：自費利用。

令和4年5月31日～令和4年6月30日（6月3日を除く）：減算して介護報酬算定。

（参考）根拠法令等

H12 厚告 19 別表 8 注 17

利用者が連続して30日を超えて指定（介護予防）短期入所生活介護を受けている場合においては、30日を超える日以降に受けた指定（介護予防）短期入所生活介護については、（介護予防）短期入所生活介護費は、算定しない。

1 1 地域密着型サービス

地域密着型サービスは、原則として**事業所が所在する市町村の被保険者のみ**がサービスを利用することができます。他市町村の被保険者が、特別な事情があり利用を希望する場合には、**当該利用者の保険者である市町村の指定を新たに受ける必要があります**。当該利用者の保険者である市町村へ、事前に相談してください。

住所地特例対象者でない他市町村の被保険者が静岡市の地域密着型サービスを利用した事例が散見されます。指定を受けていない場合、利用した分の費用は全額、利用者の自己負担となりますのでご注意ください。

また、他市町の被保険者が静岡市の認知症対応型共同生活介護を利用するにあたり、他市町から直接、静岡市の認知症対応型共同生活介護事業所に住所の変更を行う事例も散見されます。このような取扱いは、地域密着型サービスの趣旨に反した不適切な取扱いとなりますので、ご注意ください。

なお、住所地特例対象被保険者は、「(介護予防) 認知症対応型共同生活介護」「地域密着型特定施設入居者生活介護」「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」以外のサービスについて、新たに指定を受けずに利用可能です。

(1) 新規開設

地域密着型サービスのうち、下記の対象サービスの指定を受けようとする場合は、**改修等の工事着手前に事前協議が必要**です。新規開設を検討される際は、ご注意ください。

以下に地域密着型サービスの指定までの流れを示しましたのでご参考ください。

<地域密着型サービスの指定までの流れ>

1 事前協議対象サービス（6つ）

定期巡回・随時対応型訪問介護看護	夜間対応型訪問介護
地域密着型通所介護	(介護予防) 認知症対応型通所介護
(介護予防) 小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護

※ 「(介護予防) 認知症対応型共同生活介護」「地域密着型特定施設入居者生活介護」「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」は、介護保険事業計画に基づき、公募により事業者を募集します。

2 指定（開設）までの流れ

●具体的な計画（土地・開設日・図面等）が定まったら

(1) 事前協議の申出



◎**事前協議は面談形式**です。また、**電話による事前予約が必要**です。

詳細及び提出書類は、下記介護保険課 HP でご確認ください。

【地域密着型サービスに関する事前協議について】

URL : https://www.city.shizuoka.lg.jp/000_003343_00001.html

◎**事前協議後、審査に1月程度かかります。**

(2) 協議終了



◎事前協議終了通知を送付します（工事着手が可能となります）。協議終了後にやむを得ず事業計画を変更する場合は、必ずご相談ください。

(3) 新規指定申請



◎**事業開始予定の1月前までに御提出ください。**

詳細及び提出書類は、下記介護保険課 HP でご確認ください。

【地域密着型サービス、介護予防支援 指定申請書類等】

URL : https://www.city.shizuoka.lg.jp/000_003323.html

(4) 指定（開設）

(2) 従業者等の研修

★ 対象サービス…(介護予防) 認知症対応型通所介護、(介護予防) 小規模多機能型居宅介護、(介護予防) 認知症対応型共同生活介護、看護小規模多機能型居宅介護

地域密着型サービスのうち、下記の職に従事する者については、基準等により、経験及び定められた研修を修了した者の配置が必要になります。事業開始時はもちろんのこと、従業者等の退職や異動等に対応できるよう、**計画的に研修を受講してください。**

なお、**計画作成担当者が必要な研修を修了していない場合、その翌々月から解消に至った月まで人員基準欠如により所定単位数が減算となります。**研修修了者の急な離職等により、未修了者をやむを得ず配置せざるを得ない場合は、**研修の申込を行い、当該計画作成担当者が研修を修了することが確実に見込まれる場合、当該研修を終了するまでの間は減算対象としない取り扱いとなります。**

事業者が相当の努力を行ったにもかかわらずやむを得ず研修未修了者を配置せざるを得ない場合は**必ず事前に市に相談してください。事前の報告がなく無資格者を資格要件のある職種に配置させた場合、人員基準違反として取り扱うことがあります。**

職種	必要な研修		サービス種別
法人代表者	認知症対応型サービス事業開設者研修		認知症対応型共同生活介護
			小規模多機能型居宅介護
			看護小規模多機能型居宅介護
管理者	認知症介護実践研修 (実践者研修)	認知症対応型サービス 事業管理者研修	認知症対応型通所介護
			認知症対応型共同生活介護
			小規模多機能型居宅介護
			看護小規模多機能型居宅介護
計画作成 担当者	小規模多機能型サービス 等計画作成担当者研修		小規模多機能型居宅介護
			看護小規模多機能型居宅介護
	「実践者研修」又は「基礎課程」		

※管理者研修及び計画作成担当者研修の受講について、実践者研修を修了していることが要件となります。

※看護小規模多機能型居宅介護の代表者及び管理者については、保健師又は看護師の場合は、各研修を修了している必要はありません。

(関係通知)

「指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準に規定する厚生労働大臣が定める者及び研修」に規定する研修について (H24. 3. 16 老高発 0316 第2号・老振発 0316 第2号・老老発 0316 第6号)

(3) 運営推進会議

- ★ 対象サービス：定期巡回・随時対応型訪問介護看護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、(介護予防)小規模多機能型居宅介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護

地域密着型サービス事業者は、サービス提供にあたって運営推進会議を設置し、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議における評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければなりません。また、地域密着型サービス事業者は**運営推進会議の記録を作成するとともに当該記録を公表しなければなりません。**

運営指導等において、運営推進会議を所定の頻度開催していない事業所が多くみられます。運営推進会議を開催していないことは、地域に開かれたサービスであるという特長を持つ地域密着型サービスの趣旨に沿わないだけでなく、運営基準違反となりますので、運営推進会議は所定の頻度で行うようにしてください。

	運営推進会議		介護・医療連携推進会議
対象サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症対応型共同生活介護 ・地域密着型特定施設入居者生活介護 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ・小規模多機能型居宅介護 ・看護小規模多機能型居宅介護 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域密着型通所介護 ・認知症対応型通所介護 	<ul style="list-style-type: none"> ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
開催頻度	おおむね <u>2か月</u> に1回以上		おおむね <u>6か月</u> に1回以上
構成員	利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市の職員、地域包括支援センターの職員、サービスについて知見を有する者等		左記に加え、地域の医療関係者
目的	事業者が提供しているサービスの内容等を会議で明らかにすることにより、利用者の「抱え込み」を防止し、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図る。		左記に加え、地域における介護及び医療に関する課題について関係者が情報共有を行い、介護と医療の連携を図る。

(参考) 根拠法令等 ※地域密着型通所介護の場合

- ・ H18 厚労令 34 第 34 条
- ・ H18 老計発第 0331004 号他 第 3 二の二 3 (9) ①

※新型コロナウイルス感染症に係る運営推進会議の取扱いについて

本市の取扱いについては、運営推進会議を集合形式で開催するなど、従来の取扱いに変更します。

令和5年5月8日より、感染症法における新型コロナウイルス感染症の位置づけが5類へ変更となり、厚生労働省から、令和5年5月1日付け事務連絡「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う人員基準等に関する臨時的な取扱いについて」が発出され、運営推進会議の開催方法の特例措置が終了する旨が示されました。

(参考)

・「新型コロナウイルス感染症に係る運営推進会議等の取扱いについて（通知）」

URL:<https://www.city.shizuoka.lg.jp/000979710.pdf>

(4) 自己評価・外部評価

★ 対象サービス…定期巡回・随時対応型訪問介護看護、(介護予防)小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護

自己評価及び外部評価はサービスの質の客観性を高め、サービスの質の改善を図ることを目的とするものです。対象事業所は、**1年に1回以上、自己評価及び外部評価の実施並びにそれらの結果を公表することが義務付けられています。**

令和3年の制度改正にて、認知症対応型共同生活介護における外部評価は、外部の者による評価又は運営推進会議における評価のいずれかを受ける選択制になりました。

(参考) 根拠法令等

・ H18 厚労令 34 第3条の37、第34条、第97条第8項及び第182条

・ H18 老計発第 0331004 号他

第3の四の4(18)、第3の五の4(4)⑦及び第3の八の4(6)

(関係通知)

・ 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第3条の37第1項に定める介護・医療連携推進会議、第85条第1項(第182条第1項において準用する場合を含む。)に規定する運営推進会議を活用した評価の実施等について (H27.3.27 老振発 0327 第4号・老老発 0327 第1号)

・ 「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」第97条第7項等に規定する自己評価・外部評価の実施等について (H18.10.17 老計発第 1017001 号)

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護、(看護)小規模多機能型居宅介護における外部評価の流れ】

定期巡回・随時対応型訪問 介護看護	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護
1 自己評価		
<p>○事業所自己評価</p> <p>・事業所が自ら提供するサービス内容について振り返りを行う。</p>	<p>① スタッフ個別評価</p> <p>・利用者へのサービス提供を行う全ての従業者等が自ら提供するサービス内容について振り返りを行う。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>② 事業所自己評価</p> <p>・各々で行った①の結果を相互で確認しながら現状の課題や質の向上に向けて必要となる取組等について話し合いを行う。</p>	<p>① 従業者自己評価</p> <p>・利用者へのサービス提供を行う全ての従業者等が自ら提供するサービス内容について振り返りを行う。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>② 事業所自己評価</p> <p>・各々で行った①の結果を相互で確認しながら現状の課題や質の向上に向けて必要となる取組等について話し合いを行う。</p>
↓		
2 外部評価		
<p>運営推進会議（介護・医療連携推進会議）において、1の自己評価結果に基づき、事業所で提供されるサービス内容や課題等について、共有を図り、会議の構成員から評価を受けることにより新たな課題や改善点を明らかにする。実施の際は以下の点に留意すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外部評価を行う運営推進会議は単独開催で行うこと。 ・参加者として、市町村職員、地域包括支援センター職員、サービスについて知見を有する者の参加が必要であること。 		
↓		
3 結果の公表		
<p>上記1及び2で実施した結果は利用者及びその家族へ提供するとともに広く公表する。</p> <p>公表方法例：・介護サービス情報公表システムへの掲載</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人のホームページへの掲載 ・事業所内に掲示 ・市に提出 		

【認知症対応型共同生活介護における外部評価の流れ】

外部の者による評価	運営推進会議における評価
1 自己評価	
<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県が定める項目により評価を行う。 ・法人代表者の責任の下、管理者が介護従業者と協議して実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所が自ら提供するサービス内容について振り返りを行う。
↓	
2 外部評価	
<p>静岡県が選定した評価機関（※）の外部評価を受ける。</p> <p>（※）静岡県ホームページ http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-240/kaisa/gaibuhyouka3-2.html</p>	<p>運営推進会議において、1の自己評価結果に基づき、提供されるサービス内容や課題について共有を図り、構成員から評価を受けることにより、新たな課題や改善点を明らかにする。実施の際は以下の点に留意すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外部評価を行う運営推進会議は単独開催で行うこと。 ・参加者として、市町村職員、地域包括支援センター職員、サービスについて知見を有する者の参加が必要であること。
↓	
3 結果の公表	
<p>以下の方法により結果を公表する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用申込者又はその家族に説明する。 ・事業所内や設置するホームページ上に掲示すること等により広く開示する。 ・利用者及びその家族に提供する。 ・指定を受けた市に提出する。 ・運営推進会議において説明する。 	<p>利用者及びその家族へ評価結果を提供するとともに以下の方法等により広く結果を公表する。</p> <p>例・介護サービス情報公表システムへの掲載</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人のホームページへの掲載 ・事業所内に掲示 ・市に提出

認知症対応型共同生活介護事業所で静岡県が定める要件を全て満たしている事業者は、**静岡県への申請により、外部評価の実施回数を2年に1回とすることができます。**例年、申請については同報メールでご案内しておりますので、ご確認ください。

なお、外部評価の回数緩和の適用要件の一つに、「過去に外部評価を5年継続して実施している」ことが挙げられますが、継続年数に算入することができるのは、静岡県が選定した評価機関による評価に限られ、運営推進会議による評価では認められませんのでご注意ください。

また、**運営推進会議の毎回の会議録及び外部評価結果を市へ提出していない場合、申請手続きを行っても、適用とならないことがありますので、ご注意ください。**

(5) 介護現場における医行為の留意事項

医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条その他の関係法規によって医師、歯科医師、看護師等の**免許を有さない者による医業は禁止**されています。

ここでいう「**医業**」とは当該行為を行うにあたり、**医師の医学的判断および技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為を反復継続する意思をもって行うこと**を指します。

このことから、**介護職員による医行為は原則禁止**されています。ただし次のとおり、一定の研修を受けた介護職員等においては、一定の条件の下で医行為を実施することができます。

実施可能な 介護職員等	①介護福祉士（平成 28 年 1 月以降の国家試験合格者で介護福祉士登録証に喀痰吸引等の行為が付記されている者） ②認定特定行為業務従業者（施設・事業所等の介護職員、特別支援学校教員等で登録研修期間で一定の研修を修了し、都道府県知事の認定特定行為業務従業者の認定を受けている者）
実施可能な 医行為	①喀痰吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部） ②経管栄養（胃ろう、腸ろう、経鼻）

上記職員が実際に喀痰吸引等を行う場合には、当該介護職員等の勤務する事業所が県の登録を受ける必要があります。

詳細は静岡県ホームページ（URL: <https://www.pref.shizuoka.jp/kenkofukushi/koreifukushi/fukushijigyoshashido/1049580/1023253.html>）より御確認ください。

医療機関以外の介護現場で実施されることが多いと考えられる行為であって、原則として医行為ではないと考えられるものは厚生労働省通知にて示されているため、ご参考ください。

（参考）

- ・ H17 医政発第 0726005 号

URL: <https://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/2r9852000000g3ig-att/2r9852000000iiut.pdf>

- ・ R4 医政発 1201 第 4 号

URL: <https://www.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T221202G0020.pdf>

なお、上記通知に掲載されている行為は原則として医行為又は医師法等の規制の対象ではないと考えられるものですが、**利用者の状態により、専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあります**。通知に基づき、機械的に実施するのではなく、**利用者の状況に応じて医師等に確認を行う等の対応が必要**です。また、医行為でないと考えられる行為についても実施する場合には、職員に対し、一定の研修や訓練を行うことが望ましく、安全にこれらの行為が行われるよう、体制を整備してください。

(6) 地域密着型通所介護における人員配置

★ 対象サービス…地域密着型通所介護

① 生活相談員の配置基準について

地域密着型通所介護の提供日ごとに、地域密着型通所介護事業所におけるサービス提供時間数に応じた生活相談員の配置が必要です。運営指導等で生活相談員以外の職務に従事される従事者がいるが、生活相談員とそれ以外の職種勤務時間が明確に区別されておらず、サービス提供時間数に応じた生活相談員の配置が確認できない事業所が多く見受けられます。以下を参考に生活相談員の適切な配置に努めてください。

また、サービス提供日に生活相談員として配置している者が有休や病気等で休んだ場合にも配置が必要です。配置できなかった場合には基準違反となりますので、急な欠勤等に対応できるようにあらかじめ事業所内の体制を整えてください。

【不適切な事例】

営業日：月～金 営業時間 8：00～17：00 サービス提供時間：9：00～16：00

職種	兼務先及び兼務職種	フリガナ氏名	日	1	2	3	4	5	6	7
			曜日	月	火	水	木	金	土	日
生活相談員	—	シズオカ 花子 静岡		休	①	①	休	①	休	休
生活相談員	介護職員	シズオカ 太郎 静岡		①	①	①	①	①		

✖ 赤枠の部分について、生活相談員が同一時間帯に介護職員としても従事しており、生活相談員として必要な配置時間数を満たしていない。

【生活相談員の配置例】

職種	兼務先及び兼務職種	フリガナ氏名	日	1	2	3	4	5	6	7
			曜日	月	火	水	木	金	土	日
生活相談員	—	シズオカ 花子 静岡		休	①	①	休	①	休	休
生活相談員	介護職員	シズオカ 太郎 静岡		①			①			
介護職員	生活相談員	シズオカ 太郎 静岡			①	①		①	休	休

○ 生活相談員以外の職務に従事する職員がいる場合は、それぞれの職種と勤務時間を明確に区別し、生活相談員として必要な配置時間数を満たすよう配置してください。

(参考) 根拠法令等

- ・ H18 厚労令 34 第 20 条第 1 項第 1 号
- ・ H18 老計発第 0331004 号他 第 3 の二の二の 1 (1) ④

② 看護職員の配置基準について

利用定員が 11 人以上の地域密着型通所介護の運営に当たっては、単位ごとに、専らサービス提供に当たる看護職員を 1 人以上配置する必要があります。当該看護職員は事業所の従業者により確保することに加え、病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携に

より確保することも可能です。具体的な取扱いは次のとおりです。

ア 事業所の従業者により確保する場合

提供時間帯を通じて、専従する必要はないが、当該看護職員は提供時間帯を通じて、事業所と密接かつ適切な連携を図るものとする。

イ 病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により確保する場合

次の2点のどちらも満たす必要があります。

①看護職員が事業所の営業日ごとに利用者の健康状態の確認を行う

②病院、診療所、訪問看護ステーションと事業所が提供時間帯を通じて密接かつ適切な連携を図るものとする。

上記ア、イいずれの場合も**看護職員は事業所に配置する必要**があり、連携を図っているだけでは認められません。また、実利用者数が10人以下の場合であっても、利用定員数が11人以上の営業日には看護職員の配置が必要になります。

また、**サービス提供日に看護職員として配置している者が有休や病気等で休んだ場合にも配置が必要**です。配置できなかった場合には基準違反となりますので、**急な欠勤等に対応できるようにあらかじめ事業所内の体制を整えてください**。

看護職員の配置基準を満たさない場合、人員基準欠如による減算に該当する場合があります。また、人員基準欠如による減算に該当しなくとも、運営基準違反となりますので、十分ご注意ください。

■不適切な事例

- ・利用定員11人以上の営業日において、看護職員との連携体制はあるが事業所における看護職員の配置実績がない。

(参考) 根拠法令等

- ・H18厚労令34 第20条第1項第2号
- ・H18老計発第0331004号他 第3の二の二の1(1)⑥

(7) (看護) 小規模多機能型居宅介護における留意事項

★ 対象サービス…(介護予防)小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護

① 総合マネジメント体制強化加算について

当該加算を算定するに当たっては、利用者の地域における多様な活動が確保されるよう**日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加することが必要です。また、地域における活動が行われていることが確認できるように記録してください**。

地域の行事や活動の例は次の通りです。

- ・登録者の家族や登録者と関わる地域住民等からの利用者に関する相談への対応
- ・登録者が住み慣れた地域で生活を継続するために、当該地域における課題を掘り起こし、地域住民や市町村等とともに解決する取組(行政や地域包括支援センター

が開催する地域での会議への参加、町内会や自治会の活動への参加、認知症や介護に関する研修の実施等)

・登録者が住み慣れた地域との絆を継続するための取組（登録者となじみの関係がある地域住民や商店等との関わり、地域の行事への参加等）

ただし、事業所の所在する地域において一定の理解・評価を得て地域を支える事業所として存在感を高めていくために必要な取組は、地域の実情に応じて様々なものが考えられます。上記例示以外の取組も該当します。

また、地域における活動は、一定の活動を定めて行う性格のものではなく、利用者が住み慣れた地域において生活を継続するために何が必要かということについて、常に問題意識をもって取り組むことでも要件を満たします。

上記の取組の確認は、サービス提供記録や業務日誌等、既存の記録において確認しますので、加算要件を満たすことを目的として新たに資料を作成する必要はありません。

(参考) 根拠法令等 小規模多機能型居宅介護の場合

- ・ H27 厚労告 126 別表 4 又、
- ・ H27 厚労告 95 厚生労働大臣が定める基準 五十六
- ・ H18 老計発第 0331005 号他 第 2 の 5 (12)
- ・ 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (平成 27 年 4 月 1 日) 問 157

(8) 認知症対応型共同生活介護における留意事項

★ 対象サービス…(介護予防) 認知症対応型共同生活介護

① 生活機能向上連携加算について

当該加算 (I) (II) を算定するに当たって、次の内容を確認してください。

	(I)	(II)
医療提供施設の理学療法士等との連携方法	助言 (理学療法士等が ADL や IADL に関する利用者の状況を把握した上で行う※1)	訪問
生活機能アセスメント※3	計画作成担当者が助言に基づき実施	計画作成担当者が訪問した理学療法士と共同して実施
生活機能向上を目的とした計画※2	計画作成担当者は助言に基づき、助言内容を記載した計画を作成する	計画作成担当者が生活機能アセスメントに基づき作成
計画に記載する内容	ア 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容 イ 生活機能アセスメントの結果及び結果に基づき、アの内容について	

	定めた3月を目途とする達成目標 ウ 目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標 エ イ、ウの目標を達成するために行う介助等の内容 ◎達成目標は数値を用いる等可能な限り具体的かつ客観的な設定	
報告	計画作成から3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に定期的に報告すること。	各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告し、助言を得た上で利用者のADL等の改善状況及びイの達成目標を踏まえた対応を行うこと。
算定	初回の介護の提供日の属する月に100単位	初回の介護の提供日の属する月以降3月の間1月につき200単位
	3月経過後、理学療法士等の助言に基づき計画を見直した場合は算定が可能。	3月を超えて算定する場合は再度生活機能アセスメントを行い、計画を見直すこと。

- ※1 ICTを活用した動画やテレビ電話を用いる場合は、事前に理学療法士等と計画作成担当で方法等を調整すること
- ※2 利用者の日常生活において介助等を必要とする行為について、利用者本人が可能な限り自立して行うことができるようその有する能力及び改善可能性に応じた具体的目標を定め、提供する介護の内容を定めたもの
- ※3 訪問の際に、利用者のADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びIADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する利用者の状況につき現在の状況及びその改善可能性の評価を行うこと

■不適切な事例

- ・生活機能向上連携加算（Ⅱ）について
 - ・理学療法士が訪問したことが記録されておらず確認できない。
 - ・生活機能アセスメントが3月に1回行われていない。
 - ・生活機能向上連携計画について記載漏れ等不備がある。

（参考）根拠法令等

- ・ H27 厚労告 126 別表5 ト、H27 厚労告 128 別表3 ヘ
- ・ H18 老計発第 0331005 号他 第2の6 (12)

② 共同生活住居ごとの職員の配置について

介護従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、利用者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮してください。これは、利用者の精神の安定を図る観点から、担当の介護従業者を固定する等の継続性を重視したサービス提供に配慮すべきこととしたものであるということです。共同生活住居ごと、職員が固定されていない事例が見受けられます。職員と利用者が馴染みの関係を築けるよう、**共同生活住居ごとに職員を固定した配置をお願いします。**

(参考) 根拠法令等

- ・ H18 厚労令 34 第 103 条第 2 項
- ・ H18 老計発第 0331004 号他 第 3 の五の 4 (9) ②

(9) 短期利用の手続き

★ 対象サービス…(介護予防)小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護

短期利用を開始する場合、サービスごと算定要件が異なりますので基準を確認してください。また、短期利用を開始、終了する場合に提出すべき書類は次のとおりです。

ア 介護サービス事業者変更届出書(様式第 49 号の 6)

- ・ 運営規程の変更(新しい運営規程及び変更箇所の新旧対照表を添付)

※運営規程に短期利用の内容について追加(削除)してください。

イ 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

- ・ 体制等状況表(短期利用型)

※短期利用部分の加算項目を追加(削除)してください。

※(介護予防)認知症対応型共同生活介護の場合は、次の 2 点を添付してください。

- ・ 短期利用を実施するために必要な職員の研修修了証書の写し
- ・ 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式 2-1)を添付してください。

(参考) 根拠法令等 小規模多機能型居宅介護の場合

- ・ H27 厚労告 126 別表 4 口 注 3
- ・ H27 厚労告 95 厚生労働大臣が定める基準 五十四
- ・ H18 老計発第 0331005 号他 第 2 の 5 (2)

(10) 独自報酬加算

★ 対象サービス…夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護

上記のサービス事業所においては、静岡市が独自に定める基準を満たした上で、事前の届出を行うことにより、独自報酬加算を算定することができます(下記 URL 参照)。

なお、算定開始後は**算定月の翌月 5 日までに実績報告書を提出してください。**

<書類の提出期限・ダウンロード>

介護保険課ホームページ URL : https://www.city.shizuoka.lg.jp/000_003364.html

- ・ 地域密着型サービスの独自報酬基準について

<新型コロナウイルス感染症に係る取扱いについて>

静岡市独自報酬基準の取扱いについて、**令和5年5月8日より、感染症法における新型コロナウイルス感染症の位置づけが5類へ変更され、行動制限等が緩和されたことから、本市の取扱いについて、次のとおり変更いたします。**

令和5年5月8日以降（5類移行後）の取扱いについて

（1）静岡市独自報酬基準のうち、**人員配置を評価する基準について**

特例措置（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、一時的に独自報酬基準で定める人員配置が算定要件を満たさなくなる場合について、有資格者等の割合の計算の際、当該職員を除外して算出してもよい。）を**当面の間、継続します。**

（2）小規模多機能型居宅介護 要件（2）について

「**登録者でない地域の住民が気軽に事業所に立ち寄り、利用者と交流することができる仕組みを設けること**（2月に1回以上地域住民も参加する行事の開催など）」について、**特例措置**（当該加算の趣旨に準ずる取組みを実施している事業所については、行事等の開催の有無を問わず、一時的な措置として算定を認める。）を**令和5年5月31日をもって終了します。**

・「新型コロナウイルス感染症に係る静岡市独自報酬基準の取扱いについて」（通知）

URL：<https://www.city.shizuoka.lg.jp/000979708.pdf>

1 2 介護老人福祉施設

(1) 特例入所の取扱い

★ 対象サービス…介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

平成 27 年 4 月 1 日以降の介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護（以下「施設」という。）への入所が原則要介護 3 以上の方に限定され、要介護 1 又は 2 の方は居宅において日常生活を営むことが困難なことについて、やむを得ない事情がある場合に、特例的な施設への入所が認められることとなりました。

静岡市ではこれまで「静岡県指定介護老人福祉施設等の特例入所に関する取扱要領」に基づき特例入所の運用しておりましたが、「静岡市指定介護老人福祉施設等の特例入所に関する取扱要領」を定めました。（施行日：平成 29 年 7 月 1 日）

「静岡市指定介護老人福祉施設等の特例入所に関する取扱要領」については静岡市介護保険課のホームページをご覧ください。

https://www.city.shizuoka.lg.jp/528_000079.html

① 特例入所の判断に当たって確認すべき事項

国ガイドライン	静岡市の判断基準
認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること	認知症高齢者の日常生活自立度 (ランク IV 又は M か)
知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること	療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・障害基礎年金等 (交付等の有無、障害の程度又は障害等級等)
家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること	深刻な虐待の疑い等の情報の有無
単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること	家族等の状況（家族等による支援が期待できない状況か） 介護サービスや生活支援の供給状況
居宅サービスの利用に関する状況など (入所の必要性の高さを判断する基準)	居宅サービス等の利用に関する状況 (利用サービス内容や支給限度基準額に対する割合等)
必要に応じて、居宅における生活の困難度について担当介護支援専門員等から意見を聴取	

② 具体的手続き

特例入所の取扱時には、下記の事項に留意してください。

ア 入所申込み受付時

(ア)平成 27 年 4 月 1 日以降、施設への入所が原則要介護 3 以上の方に限定されました。

要介護 1 又は 2 の方は居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事情がある場合に、特例的な施設への入所が認められるため、入所申込書に特例入所の要件を具体的に記載した上で、その内容について丁寧な説明を行い、特例入所の要件への該当に関する入所申込者の考えを記載してもらうようにしてください。

(イ) 入所申込者から特例入所の要件に該当している旨の申立てがある場合には、入所申込みを受け付けない取扱いは認められません。

イ 静岡市への意見照会

要介護 1 又は 2 の入所申込者のうち、入所申込者名簿の上位者で、優先入所検討委員会において具体的に優先入所順位の検討を行うことが見込まれる者について、施設は、静岡市に対して、特例入所対象者に該当するかを判断するにあたっての意見照会をしてください。

当初の意見表明を受けた日から 1 年以上経過した場合や入所申込者の状態等が大きく変化した場合は、再度、意見照会等を行ってください。

【提出書類】

- ・「指定介護老人福祉施設等の特例入所に関する意見照会について」(標準様式 1)
- ・入所申込者の入所申込書の写し
- ・施設が特例入所対象者に該当すると判断した理由や参考資料等

【提出先】

静岡市介護保険課 事業者指導第 1 係

【提出期限】

優先入所検討委員会の開催予定日の 3 週間前

【静岡市回答】

原則として、意見照会を受けた日から 2 週間以内に意見表明します。

ウ 優先入所検討委員会での検討

優先入所検討委員会において、静岡市が特例入所該当者として意見表明を行った要介護 1 又は 2 である入所申込者について、特例入所対象者に該当するか否かを判断してください。

エ 記録の作成及び保存等

施設は、要介護 1 又は 2 の入所申込者について、特例入所対象者に該当するか否かの

判断を行った場合は、当該優先入所検討委員会の協議内容等を記録し、これを2年間保存するとともに、判断結果を静岡市に報告してください。

オ 優先入所指針との関係

取扱要領は、特例入所の運用に関する事項を定めるものであり、入所申込者の入所の必要性の高さの判断は、静岡市指定介護老人福祉施設等優先入所指針に基づいて行ってください。

1 3 介護老人保健施設

(1) 基本報酬及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算

★ 対象サービス…介護老人保健施設

平成 30 年度の報酬改定において、**介護老人保健施設の役割が在宅復帰・在宅療養支援であることが明確**にされ、報酬体系にも、その点が反映されました。

新しい報酬体系は、**①在宅復帰・在宅療養支援等指標（10 の評価項目の合計点）、②退所時指導等、③リハビリテーションマネジメント、④地域貢献活動、⑤充実したリハビリテーション**の 5 つの評価項目を組み合わせで決定されます。

また、令和 3 年の報酬改定では、居宅サービス実施数に係る指標において、**訪問リハビリテーションの比重が高くなり、リハビリテーション専門職配置割合に係る指標において、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の 3 職種の配置を評価するなどの変更**がありました（令和 3 年 9 月 30 日までの間は、これらの規程適用については、なお従前の例によります）。

なお、**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**も示されていますので、ご確認ください。（75 ページをご覧ください。）

(参考) 根拠法令等

H27 厚労告 95 厚生労働大臣が定める基準

九十 介護保健施設サービスにおける在宅復帰・在宅療養支援機能加算の基準

イ 介護保健施設サービスにおける在宅復帰・在宅療養支援機能加算（I）の基準

(1) 次に掲げる算式により算定した数が四十以上であること。

$$A + B + C + D + E + F + G + H + I + J$$

備考 この算式中次に掲げる記号の意義は、それぞれ次に定めるとおりとする。

A **算定日が属する月の前六月間において退所者のうち、居宅において介護を受けることとなったもの**（当該施設における入所期間が一月間を超えていた退所者に限る。）の占める割合が百分の五十を超える場合にあっては二十、百分の五十以下であり、かつ、百分の三十を超える場合にあっては十、百分の三十以下であった場合にあっては零となる数

B 三十・四を当該施設の平均在所日数で除して得た数が百分の十以上であった場合は二十、百分の十未満であり、かつ、百分の五以上であった場合は十、百分の五未満であった場合は零となる数

C 入所者のうち、**入所期間が一月を超えると見込まれる者の入所予定日前三十日以内又は入所後七日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定**（退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針

の決定を行った場合も含む。)を行った者の占める割合が百分の三十以上であった場合は十、百分の三十未満であり、かつ、百分の十以上であった場合は五、百分の十未満であった場合は零となる数

D 入所者のうち、**入所期間が一月を超えると見込まれる者の退所前三十日以内又は退所後三十日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者**(退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行った場合を含む。)の占める割合が百分の三十以上であった場合は十、百分の三十未満であり、かつ、百分の十以上であった場合は五、百分の十未満であった場合は零となる数

E 法第八条第五項に規定する訪問リハビリテーション、法第八条第八項に規定する通所リハビリテーション及び法第八条第十項に規定する短期入所療養介護について、当該施設(当該施設に併設する病院、診療所、介護老人保健施設及び介護医療院を含む。)において全てのサービスを実施している場合は五、**いずれか二種類のサービスを実施している場合であって訪問リハビリテーションを実施しているときは三、いずれか二種類のサービスを実施している場合であって訪問リハビリテーションを実施していないときは一、いずれか一種類のサービスを実施している場合又はいずれも実施していない場合は零となる数**

F 当該施設において、常勤換算方法で算定したリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数を入所者の数で除した数に百を乗じた数が、**五以上でありリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士のいずれの職種も入所者の数で除した数に百を乗じた数がそれぞれ〇・二以上である場合は五、五以上の場合は三、五未満であり、かつ、三以上である場合は二、三未満である場合は零となる数**

G 当該施設において、常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に百を乗じた数が三以上の場合は五、三未満であり、かつ、二以上の場合は三、二未満の場合は零となる数

H 算定日が属する月の前三月間における入所者のうち、**要介護状態区分が要介護四又は要介護五の者**の占める割合が百分の五十以上であった場合は五、百分の五十未満であり、かつ、百分の三十五以上であった場合は三、百分の三十五未満であった場合は零となる数

I 算定日が属する月の前三月間における入所者のうち、**喀(かく)痰(たん)吸引が実施された者**の占める割合が百分の十以上であった場合は五、百分の十未満であり、かつ、百分の五以上であった場合は三、百分の五未満であった場合は零となる数

J 算定日が属する月の前三月間における入所者のうち、**経管栄養が実施された者**の占める割合が百分の十以上であった場合は五、百分の十未満であり、かつ、百分の五以上であった場合は三、百分の五未満であった場合は零となる数

(2) **地域に貢献する活動を行っていること。**

＜Q & A＞平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 1)

問 101 平成 30 年度介護報酬改定において見直された介護保健施設サービス費（Ⅰ）及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する介護老人保健施設における在宅復帰在宅療養支援等評価指標等の要件については、**都道府県への届出を毎月行う必要があるのか**。また、算定要件を満たさなくなった場合は、基本施設サービス費及び加算の算定はどのように取り扱うのか。

答 101 在宅復帰在宅療養支援等評価指標として算出される数が報酬上の評価における区分変更を必要としない範囲での変化等、**軽微な変更であれば毎月の届出は不要である**。

例えば、在宅復帰在宅療養支援等評価指標が 24 から 36 に変化した場合には、区分の変更が生じない範囲での変化となる。一方で、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）を算定している施設について、在宅復帰在宅療養支援等評価指標が 4 2 から 3 8 に変化した場合には、区分の変更が生じる範囲での変化となる。

ただし、**要件を満たさなくなった場合、その翌月は、その要件を満たすものとなるよう必要な対応を行うこととし、それでも満たさない場合には、満たさなくなった翌々月に届出を行い、当該届出を行った月から当該施設に該当する基本施設サービス費及び加算を算定する**。なお、満たさなくなった翌月末において、要件を満たした場合には翌々月の届出は**不要**である。

また、在宅強化型から基本型の介護保健施設サービス費を算定することとなった場合に、当該施設の取組状況において、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）の算定要件を満たせば、当該変更月より在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）を算定できる。

なお、算定要件を満たさなくなった場合の取扱いについては、平成 30 年度介護報酬改定前の介護保健施設サービス費（Ⅰ）（i）又は（iii）（改定前の従来型）については、改定後の介護保健施設サービス費（Ⅰ）（i）又は（iii）（改定後の基本型）と、改定前の在宅復帰・在宅療養支援機能加算については、改定後の在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）と、改定前の介護保健施設サービス費（Ⅰ）（ii）又は（iv）（改定前の在宅強化型）については、改定後の介護保健施設サービス費（Ⅰ）（ii）又は（iv）（改定後の在宅強化型）とみなして取り扱うこととする。

問 102 基本型の基本施設サービス費を算定していたが、**要件を満たしたため在宅強化型の基本施設サービス費を算定することとなった場合、入所日は、新たに在宅強化型の介護老人保健施設の基本施設サービス費の算定を開始した日となるのか**。

答 102 入所者の入所中に、介護老人保健施設の基本施設サービス費の種類が変更となった場合であっても、**当該入所者の入所日は、基本施設サービス費が変わる前の入所日である**。なお、**短期集中リハビリテーション実施加算等の起算日についても同様の取扱いとなる**。

問 103 介護老人保健施設の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算の要件における「**算定日が属する月の前6月間**」及び「**算定日が属する月の前3月間**」とはどの範囲なのか。

答 103 介護保健施設サービス費（I）においては、届出が受理された日が属する月の翌月（届出が受理された日が月の初日である場合は当該月）から算定を開始するものであり、「**算定日が属する月の前6月間**」又は「**算定日が属する月の前3月間**」とは、**算定を開始する月の前月を含む前6月間又は前3月間のこと**をいう。

ただし、算定を開始する月の前月末の状況を届け出ることが困難である場合は、算定を開始する月の前々月末までの状況に基づき前月に届出を行う取扱いとしても差し支えない。

なお、在宅復帰・在宅療養支援機能加算及び介護療養型老人保健施設の基本施設サービス費についても同様の取扱いである。

（参考）平成30年6月から算定を開始する場合

- ・算定日が属する月の前6月間…平成29年12月から平成30年5月まで
（算定を開始する月の前月末の状況を届け出ることが困難である場合は、平成29年11月から平成30年4月まで）

- ・算定日が属する月の前3月間…平成30年3月から5月まで

※ 平成24年Q&A（平成24年3月16日）問199の修正。

問 104 平成29年5月1日以降に開設された介護老人保健施設であって、現に在宅復帰・在宅療養支援機能を発揮するため努力をしている施設及び**平成30年4月1日以降に開設される介護老人保健施設について、介護保健施設サービス費（I）又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の算定要件における実績は、どのように取り扱うのか。**

答 104 介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援等指標を丁寧に把握するためには、算定要件における実績を算出するための期間を十分に設け判定することが重要である。

そのため、平成29年4月1日以降に開設された介護老人保健施設及び平成30年4月1日以降に開設される介護老人保健施設のうち、在宅復帰・在宅療養支援機能を発揮するため必要な取り組みを行う施設については、**開設日が属する月から1年間に限り、基本型の基本施設サービス費を算定可能とする。また、当該1年を超えて、引き続き基本型の基本施設サービス費を算定する場合にあっては、改めて体制を届け出る必要がある。**

例えば、平成29年6月中に開設した介護老人保健施設であって、在宅復帰・在宅療養支援機能を発揮するため必要な取り組みを行っている施設については、基本型の基本施設サービス費の算定要件の適否を問わず、平成30年5月末まで基本型の基本施設サービス費を算定することが可能。

ただし、開設後1年間に満たない場合において、算定要件における実績を算出するための期間を満たした上で、在宅強化型の基本施設サービス費又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の算定要件を満たす場合については、届け出の規定に従い、適切な基本施設サービス費等の届出を行うことができる。

令和2年3月26日 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5報）

問1 **都道府県等が、公衆衛生対策の観点から入所又は退所の一時停止、併設サービスの事業の全部又は一部の休業等を要請した場合**、介護老人保健施設の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る施設基準において、「算定日が属する月の前6月間」等の**指標の算出に当たって使用する月数に、その期間を含む月は含めないとする**取扱いは可能か。

答1 可能である。

問2 介護老人保健施設が**感染拡大防止の観点から特に必要と考えられることから、自主的に入所又は退所の一時停止、併設サービスの事業の全部又は一部の休業を行った場合**、問1と同様の考え方でよいか。

答2 貴見のとおり。ただし、**入退所を一時停止する期間及び休業する理由を事前に許可権者に伝えるとともに、記録しておく**こと。

なお、**新型コロナウイルス感染の疑いや濃厚接触の疑いがない者の入退所については、地域の感染状況も踏まえながら従前どおり行うよう努める**こと。

(2) 入退所前連携加算

★ 対象サービス…介護老人保健施設

介護老人保健施設の入所者の早期の在宅復帰を促進する観点から、退所前連携加算について、改定前の取組に加え、**入所前後から入所者が退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し、退所後の介護サービスの利用方針を定めた場合の区分が設定**されました。

また、**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**も示されていますので、ご確認ください。(75 ページをご覧ください。)

<改定前>

<改定後>

入退所前連携加算(Ⅰ) 600 単位 **(新設)**

退所前連携加算 500 単位 ⇒ 入退所前連携加算(Ⅱ) 400 単位 **(新設)**

※入退所前連携加算(Ⅱ)は改定前の退所前連携加算と要件は同じ

(参考) 根拠法令等

H12 厚告 21 別表 2-1 へ(1)(三)(四)

入退所前連携加算(Ⅰ)については、**次に掲げるいずれの基準にも適合する場合**に、入退所前連携加算(Ⅱ)については、**口に掲げる基準に適合する場合**に、入所者 1 人につき 1 回を限度として算定する。ただし、入退所前連携加算(Ⅰ)を算定している場合は、入退所前連携加算(Ⅱ)を算定しない。

イ **入所予定日前 30 日以内又は入所後 30 日以内**に、入所者が退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者と**連携し**、当該入所者の同意を得て、**退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用方針を定める**こと。

ロ 入所期間が 1 月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該入所者の退所に先立って**当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して**、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて**当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行う**こと。

H12 老企 40 第 2 の 6 (21)③④

※ 入退所前連携加算(Ⅰ)

イ **入所期間が 1 月を超えることが見込まれる入所者について**、入所予定日前 30 日以内又は入所後 30 日以内に、退所後の生活を見据え、退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、退所後の居宅における居宅サービスの利用方針を定めること。

ロ 加算については、入所期間が1月を超える入所者の退所に先立って、指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、退所後の居宅における居宅サービスの利用上必要な調整を行った場合に、入所者1人につき1回に限り退所日に加算を行うものであること。

入退所前連携を行った場合は、連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を行うこと。

ハ 入退所前連携加算(Ⅰ)は、次の場合には算定できない。

- ・ 退所して病院又は診療所へ入院する場合
- ・ 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
- ・ 死亡退所の場合

入退所前連携は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

※ 入退所前連携加算(Ⅱ)

イ 加算については、入所期間が1月を超える入所者の退所に先立って、指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、退所後の居宅における居宅サービスの利用上必要な調整を行った場合に、入所者1人につき1回に限り退所日に加算を行うものであること。

入退所前連携を行った場合は、連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を行うこと。

ロ 入退所前連携加算(Ⅱ)は、次の場合には算定できない。

- ・ 退所して病院又は診療所へ入院する場合
- ・ 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
- ・ 死亡退所の場合

入退所前連携は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

令和3年2月16日 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18報)

問 介護保険施設(介護老人福祉施設(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む)、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院)において、**医療機関から、新型コロナウイルス感染症の退院基準を満たした患者(当該介護保険施設から入院した者を除く。)**を受け入れた場合に

- ・ 当面の間のコロナ陽性時に治療に当たっていた**入院医療機関や行政との連携**
- ・ 退所時も念頭に、入院以前に利用していた**ケアマネ等とのサービスの調整**のために行う、**利用していたサービスの確認とそれを踏まえたサービス提供**
- ・ 健康観察・健康管理など**看護師等の専門職によるケアも含めた体制整備が必要に**

なること等を適切に評価する観点から、どのような介護報酬の算定が可能か。

答 介護保険施設において、医療機関から、新型コロナウイルス感染症の退院基準を満たした患者（当該介護保険施設から入院した者を除く。）を受け入れた場合には、**当該者について、退所前連携加算を入所した日から起算して 30 日を限度として算定することが可能**である。

～ 省略 ～

このような請求の取扱いを含め、**本加算の算定について、利用者から事前の同意を得る必要がある**こと。

なお、「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 17 報）」（令和 2 年 12 月 25 日付厚生労働省老健局高齢者支援課ほか事務連絡）でお示ししたとおり、自治体の要請等に基づき退院患者を受け入れた場合は、例えば、**定員超過減算を適用しない、また指定等基準、基本サービス費及び加算に係る施設基準について、当面の間、受け入れた入所（居）者を除いて算出することができる等の柔軟な取扱いが可能であるが、本加算の算定対象となる者についても同様の取扱いが可能**であること。

令和 3 年 3 月 22 日 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 19 報）

問 1 「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 18 報）」（令和 3 年 2 月 16 日付厚生労働省老健局高齢者支援課ほか事務連絡）における退所前連携加算の算定に関して、介護老人保健施設の退所前連携加算については、令和 3 年度介護報酬改定において入退所前連携加算（Ⅰ）（600 単位）及び入退所前連携加算（Ⅱ）（400 単位）に見直されたが、令和 3 年 4 月 1 日以降はどちらを算定すればよいか。

答 1 （1）令和 3 年 3 月 31 日以前に入所した場合

～ 省略 ～

（2）令和 3 年 4 月 1 日以降に入所する場合

入所した日から起算して 15 日間は入退所前連携加算（Ⅰ）（600 単位）を算定し、入所した日から起算して 16 日から 30 日までは入退所前連携加算（Ⅱ）（400 単位）を算定する。

(3) 短期集中リハビリテーション実施加算

★ 対象サービス…介護老人保健施設

入所者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、その入所の日から起算して3月以内の期間に、20分以上の個別リハビリテーションを1週につきおおむね3日以上実施する場合、実施した1日ごとに加算が算定可能となっています。

なお、認知症短期集中リハビリテーション実施加算について、当該リハビリテーションの必要性があり、別単位としてそれぞれ実施した場合は、両方算定が可能です。

過去3月間の間に介護老人保健施設に入所

なし…算定可

4週間以上の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合で、…算定可
短期集中リハビリテーションの必要性が認められる者

あり

4週間未満の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合で、…算定可
所定の状態である者

- ・脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症(低酸素脳症等)、髄膜炎等を急性発症した者
- ・上・下肢の複合損傷(骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち三種類以上の複合損傷)、脊椎損傷による四肢麻痺(一肢以上)、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断(義肢)、運動器の悪性腫瘍等を急性発症した運動器疾患又はその手術後の者

(参考) 根拠法令等 H12 老企 40 第2の6 (11)

<Q & A>平成18年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 4)

問4 老健施設の短期入所療養介護を利用していた者が連続して当該老健施設に入所した場合について、短期集中リハビリテーション実施加算の起算日はいつか。

答4 短期入所の後、リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等に変更が無く、施設入所に移行した場合にあっては、当該加算の起算日は直前の短期入所療養介護の入所日からとなる。(初期加算の算定に準じて取り扱われたい。)

<Q & A>平成24年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1)

問 211 「過去3月の間に介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できる」とこととされたが、過去3月間に別の介護老人保健施設に入所していても、短期集中リハビリテーション実施加算を算定しなかった場合は算定できるのか。

答 211 短期集中リハビリテーション実施加算の算定の有無にかかわらず、過去3月の間に介護老人保健施設に入所したことがある場合には算定できない。

1 4 介護医療院

★ 対象サービス…介護医療院

介護医療院は、「**医療の必要な要介護者の長期療養・生活施設**」として、平成 30 年 4 月より創設されました。

今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護のニーズを併せ持つ高齢者に対応するため、医療処置等が必要で自宅や特別養護老人ホーム等での生活が困難な高齢者にも対応できる受け皿となることが期待されており、①「**日常的な医学管理**」や「**看取りターミナルケア**」等の機能と、②「**生活施設**」としての機能とを兼ね備えた施設として、慢性的な病気に対する医療面でのケアと、長期療養生活を豊かなものとする介護面でのケアの両方をバランスよく受けられるという特徴があります。

現状、介護医療院は療養病床等からの移行が見込まれていますが、単なる療養病床等からの転換先ではなく、「住まいと生活を医療が支える新たなモデル」とされています。更に、「**利用者の尊厳の保持**」と「**自立支援**」を理念に掲げ、「**地域に貢献し地域に開かれた交流施設**」としての役割を担うことが求められています。

また、介護療養病床の設置期限は、令和 6 年 3 月末とされているため、介護療養型医療施設については、介護医療院等に順次転換を進めていく必要があります。

(参考) 厚生労働省ホームページ
「介護医療院について」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196478.html>

(参考) 根拠法令等

介護保険法 第 8 条第 29 項【定義】

介護医療院とは、要介護者であつて、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 30 年厚生省令第 5 号）

第 2 条【基本方針】

介護医療院は、長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、**その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。

介護医療院の基準（人員基準）

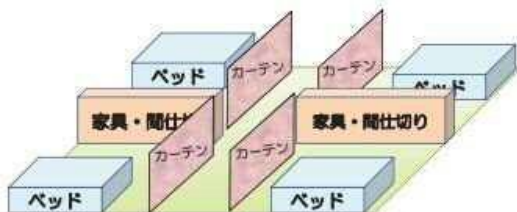
	介護療養病床(病院) 【療養機能強化型】		介護医療院				介護老人保健施設		
	指定基準	報酬上の基準	指定基準		報酬上の基準		指定基準	報酬上の基準	
			類型(I)	類型(II)	類型(I)	類型(II)			
人員基準 (雇用人員)	医師	48:1 (施設で3以上)	-	48:1 (施設で3以上)	100:1 (施設で1以上)	-	-	100:1 (施設で1以上)	-
	薬剤師	150:1	-	150:1	300:1	-	-	300:1	-
	看護職員	6:1	6:1 うち看護師 2割以上	6:1	6:1	6:1 うち看護師 2割以上	6:1	3:1 (看護2/7)	【従来型・強化型】 看護・介護3:1 【介護療養型】 看護6:1、 介護6:1~4:1
	介護職員	6:1	5:1~4:1	5:1	6:1	5:1~4:1	6:1~4:1		
	支援相談員							100:1 (1名以上)	-
	リハビリ専門職	PT/OT; 適当数	-	PT/OT/ST:適当数		-	-	PT/OT/ST: 100:1	-
	栄養士	定員100以上 で1以上	-	定員100以上で1以上		-	-	定員100以上 で1以上	-
	介護支援専門員	100:1 (1名以上)	-	100:1 (1名以上)		-	-	100:1 (1名以上)	-
	放射線技師	適当数	-	適当数		-	-		
	他の従業者	適当数	-	適当数		-	-	適当数	-
医師の宿直	医師:宿直	-	医師:宿直	-	-	-	-	-	

注1:数字に下線があるものは、要配慮施設における基準を準用 注2:背景が緑で示されているものは、病院としての基準 注3:基準はないが、想定している報酬上の配当、療養体制維持特別加算で介護4:1となる。

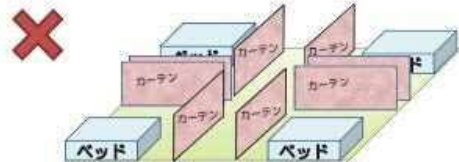
療養室について

- 療養室に洗面所を設置した場合に必要な床面積及び収納設備の設置に要する床面積は、**基準面積に含めて差し支えない**ものであること。
- 療養室の床面積は、**内法による測定**で入所者1人当たり8平方メートル以上とすること。
- 多床室の場合にあつては、**家具、パーティション、カーテン等の組合せにより、室内を区分することで、入所者同士の視線等を遮断し、入所者のプライバシーを確保すること。カーテンのみで仕切られているに過ぎないような場合には、プライバシーの十分な確保とはいえない。**また、家具、パーティション等については、入所者の安全が確保されている場合には、必ずしも固定されているものに限らない。
- 療養室のナース・コールについては、入所者の状況等に応じ、サービスに支障を来さない場合には、入所者の動向や意向を検知できる機器を設置することで代用することとして差し支えない。

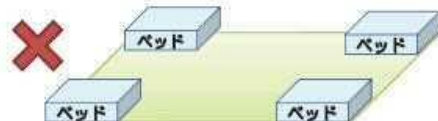
家具、パーティション、カーテン等の組合せにより、入所者のプライバシーを確保する場合



カーテンのみで仕切られている場合



パーティション等が何もないような場合



※厚生労働省ホームページ「介護医療院の概要」より抜粋

15 居宅介護支援

(1) 管理者の要件

★ 対象サービス…居宅介護支援

居宅介護支援事業所の管理者は、主任介護支援専門員でなければなりません。事業所の人材確保に関する状況等を考慮し、主任介護支援専門員の確保が著しく困難である等やむを得ない理由がある場合について、主任介護支援専門員を管理者としない取扱いを可能とするため、令和3年度介護報酬改定において、所要の改正が行われました。なお、**令和9年3月31日までの間は、令和3年3月31日における管理者である介護支援専門員を管理者とすることができますが、経過措置期間の終了を待たず、管理者として主任介護支援専門員を配置するよう努めてください。**

(参考) 根拠法令等

H11 厚令 38

第3条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに常勤の管理者を置かなければならない。

2 前項に規定する管理者は、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第140条の66第一号イ（3）に規定する主任介護支援専門員（以下この項において「主任介護支援専門員」という。）でなければならない。ただし、主任介護支援専門員の確保が著しく困難である等やむを得ない理由がある場合については、介護支援専門員（主任介護支援専門員を除く。）を前項に規定する管理者とすることができる。

3（略）

H11 老企 22 第二 2（2）（抜粋）

令和9年3月31日までの間は、令和3年3月31日時点で主任介護支援専門員でない者が管理者である居宅介護支援事業所については、当該管理者が管理者である限り、管理者を主任介護支援専門員とする要件の適用を猶予することとしているが、指定居宅介護支援事業所における業務管理や人材育成の取組を促進する観点から、経過措置期間の終了を待たず、管理者として主任介護支援専門員を配置することが望ましい。

(2) 運営基準減算

★ 対象サービス…居宅介護支援

サービス担当者会議やモニタリング等を適切に実施するため、運営基準減算についての見直しが行われ平成24年度以降、一連のケアマネジメントを行っていない場合の減算規定がより厳しくなっています。平成30年度及び令和3年度の報酬改定では、**居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ利用者に対して、定められた事項を説明していな**

い場合にも減算が適用されることとなりました。実地指導においても、運営基準に定められた手続きが適切に行われていないとして、減算となる事例が見受けられます。根拠法令等を再度確認するとともに、**居宅介護支援事業者の果たす役割の重要性を再認識し、適切な取扱いをお願いします。**

(参考) 根拠法令等

H12 厚告 20 別表 イ

注 3 別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合には、**運営基準減算として、所定単位数の 100 分の 50 に相当する単位数を算定する。また、運営基準減算が 2 月以上継続している場合は、所定単位数は算定しない。**

<運営基準減算となる事由> 「H27 厚労告 95 八十二」及び「H12 老企 36 第 3 の 6」参照

利用者に対する説明	<p>指定居宅介護支援の提供の開始に際し、利用者に対して、次のことについて文書を交付して説明を行っていないとき</p> <p>(1) 利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること</p> <p>(2) 利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができること</p> <p>(3) 前 6 月間に作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合及び前 6 月間に作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数のうちに同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合</p>
居宅サービス計画の新規作成・変更	<p>居宅サービス計画の新規作成及びその変更にあたって、次のことを行っていないとき</p> <p>(1) 利用者の居宅を訪問して、利用者及び家族に面接していない場合</p> <p>(2) サービス担当者会議等を行っていない場合</p> <p>(3) 居宅サービス計画原案を利用者又は家族に説明し、文書により利用者の同意を得た上で、居宅サービス計画を利用者及びサービス担当者に交付していない場合</p>
サービス担当者会議等	<p>次の場合にサービス担当者会議等を行っていないとき</p> <p>(1) 居宅サービス計画を新規に作成した場合</p> <p>(2) 要介護更新認定を受けた場合</p> <p>(3) 要介護状態区分の変更認定を受けた場合</p>
モニタリング	<p>モニタリングにあたって、次の場合に該当するとき</p>

	<p>(1) 1月に1回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していない場合（※要介護者であり、要支援者は計画策定期間内に1回以上）</p> <p>(2) モニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続する場合</p>
--	---

※ いずれも居宅サービス計画に係る月（当該月）から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算（当該月は50%の減算、2月目以降は100%の減算）

（3）特定事業所集中減算

★対象サービス…居宅介護支援

正当な理由なく、指定居宅介護支援事業所において判定期間に作成した居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護サービス等の提供総数のうち、同一の訪問介護サービス等に係る事業者によって提供されたものの占める割合が80%を超えている場合、減算適用期間に当該事業所が実施する居宅介護支援のすべてについて、月200単位を所定単位数から減算することとなっています。

すべての居宅介護支援事業所は、年2回の判定期間について、所定の事項を記載した書類を作成し、紹介率が80%を超えているサービスが一つでもあった場合には、当該届出書を市へ提出してください。

<不適切事例のうち主なもの>

- ・ 特定事業所集中減算に関する書類が適正に作成されていない。
- ・ 特定事業所集中減算について、特定の法人への紹介率が80%を超えているにもかかわらず、理由書を市に提出していない。
- ・ 計画数の算出に当たって、事業者（法人）単位でなく、事業所単位で計算している。

■判定期間及び減算適用期間

	判定期間	届出期日	減算適用期間
前期	3月1日～8月末日	9月15日	10月1日～3月31日
後期	9月1日～2月末日	3月15日	4月1日～9月30日

■対象サービス

訪問介護、通所介護、福祉用具貸与又は地域密着型通所介護

■具体的な計算式

事業所ごとに、それぞれのサービスにつき、次の計算式により計算し、いずれかのサービスの値が80%を超えた場合に減算となります。

$$\begin{aligned} < \text{当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数} \\ & \div \text{当該サービスを位置付けた計画数} > \end{aligned}$$

※ 計画数ではなく、対象サービスを提供する事業所数により計算を行っている事例が

見受けられます。**計算に誤りがある場合、介護報酬の返還となる場合がある**ため、必ず上記の計算方法により減算の有無を確認するようお願いいたします。

■ 正当な理由の範囲 H12 老企 36 第3の10(4) 参照

- ① 居宅介護支援事業者の通常の事業の実施地域に訪問介護サービス等が各サービスごとでみた場合に5事業所未満である場合などサービス事業所が少数である場合
- ② 特別地域居宅介護支援加算を受けている事業者である場合
- ③ 判定期間の1月当たりの平均居宅サービス計画件数が20件以下であるなど事業所が小規模である場合
- ④ 判定期間の1月あたりの居宅サービス計画のうち、それぞれのサービスが位置付けられた計画件数が1月あたり平均10件以下であるなど、サービスの利用が少数である場合
- ⑤ サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者に集中していると認められる場合
(例) 利用者から質が高いことを理由に当該サービスを利用したい旨の理由書の提出を受けている場合であって、地域ケア会議等に、当該利用者の居宅サービス計画を提出し、支援内容についての意見・助言を受けているもの。
- ⑥ その他正当な理由と市町村長が認めた場合

<Q & A> 平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2)

問 26 訪問看護の場合、ケアプランに位置付けようとする時点で主治医と利用者との間で既に事業所が選択されていることが多く、これにより紹介率が80%を超えることについては正当な理由に該当すると考えてよいか。

答 26 特定事業所集中減算の正当な理由の範囲は「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年3月1日厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（以下、「留意事項通知」という。）に示しているところであり、正当な理由の範囲として、**サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者に集中していると認められる場合（※）**等が含まれている。

（※）利用者から質が高いことを理由に当該サービスを利用したい旨の理由書の提出を受けている場合であって、地域ケア会議等に当該利用者の居宅サービス計画を提出し、支援内容についての意見・助言を受けている場合等を想定している。なお、利用者から提出を受ける理由書は、当該利用者にとってサービスの質が高いことが確認できるものとし、その様式は任意のものとして差し支えない。

問 28 留意事項通知の第三の10の(4)の⑤の(例)について、**意見・助言を受けている事例が1件でもあれば正当な理由として集中減算の適用除外となるか。**

(下記事例の場合に、①・②のどちらになるか)

(例) 居宅サービス計画数：102件

A訪問介護事業所への位置付け：82件（意見・助言を受けている事例が1件あり）

①助言を受けているため正当な理由ありとしてA 事業所に関する減算不要。

$82 \div 102 \times 100 \div 80.3\%$ …正当な理由として減算なし

②助言を受けている1件分について除外。

$81 \div 101 \times 100 \div 80.1\%$ …減算あり

答 28 居宅サービス計画に位置づけるサービスについては、個々の利用者の状況等に応じて個別具体的に判断されるものであることから、②で取り扱うこととする。

問 30 正当な理由の例示のうち、「サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者集中していると認められる場合」の例示について、「**地域ケア会議等**」とあるが、「等」には具体的に何を含まぬのか。

答 30 名称の如何にかかわらず地域包括支援センターが実施する事例検討会等を想定している。

平成 28 年 5 月 30 日 事務連絡 居宅介護支援における特定事業所集中減算（通所介護・地域密着型通所介護）の取扱いについて

問 平成 28 年 4 月 1 日から特定事業所集中減算の対象サービスとして地域密着型通所介護が加わったところであるが、平成 28 年 4 月 1 日前から継続して通所介護を利用している者も多く、**通所介護と地域密着型通所介護とを分けて計算することで居宅介護支援業務にも支障が生じると考えるが、減算の適用有無の判断に際して柔軟な取扱いは可能か。**

答 平成 28 年 4 月 1 日以降平成 30 年 3 月 31 日までの間に作成される居宅サービス計画について特定事業所集中減算の適用を判定するに当たっては、通所介護及び地域密着型通所介護（以下「通所介護等」という。）のそれぞれについて計算するのではなく、**通所介護等のいずれか又は双方を位置付けた居宅サービス計画数を算出し、通所介護等について最もその紹介件数の多い法人を位置付けた居宅サービス計画の数の占める割合を計算することとして差し支えない。**

<Q & A> 平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1)

問 135 平成 28 年 5 月 30 日事務連絡「居宅介護支援における特定事業所集中減算（通所介護・地域密着型通所介護）の取扱いについて」（介護保険最新情報 Vol. 553）において、特定事業所集中減算における通所介護及び地域密着型通所介護の紹介率の計算方法が示されているが、平成 30 年度以降もこの取扱いは同様か。

答 135 貴見のとおりである。

(4) 特定事業所加算

★ 対象サービス…居宅介護支援

特定事業所加算制度は、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域全体のケアマネジメントの質の向上に資することを目的とするものです。

この加算と対象となる事業所は、公平中立性を実質的に確保し、支援困難ケースでも適切に処理できる体制が整備された、モデル的な事業所であることが必要となります。加算の趣旨や要件を確認の上、適切な取扱いをお願いします。

また、**特定事業所加算を算定する事業所は、届出後も常に要件を満たしている必要があり、要件を満たさなくなった場合は、速やかに廃止（又は変更）の届出を行い、要件を満たさないことが明らかになったその月から加算の算定はできない取扱いとなっています。**（主任）介護支援専門員の員数に変更があったことにより要件を満たさなくなった場合は、必ず届け出てください。

（参考）厚生労働大臣が定める基準

H27 厚労告 95 八十四 居宅介護支援費における特定事業所加算の基準

イ 特定事業所加算（Ⅰ）

次のいずれにも適合すること。

- （1）専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を2名以上配置していること。
- （2）専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を3名以上配置していること。
- （3）利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的を開催すること。
- （4）24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること。
- （5）算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の40以上であること。
- （6）当該指定居宅介護支援事業所における介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。
- （7）地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること。
- （8）地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること。
- （9）居宅介護支援費に係る運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。
- （10）指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員一人当たり40名未満であること。**ただし、居宅介護支援費（Ⅱ）を算定している場合は45名未満であること。**
- （11）介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること。
- （12）他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施していること。
- （13）必要に応じて、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサ

ービス（介護給付等対象サービス（法第 24 条第 2 項に規定する介護給付等対象サービスをいう。）以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等をいう。）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること。

ロ 特定事業所加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) イ（2）、（3）、（4）及び（6）から（13）までの基準に適合すること。
- (2) 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を配置していること。

ハ 特定事業所加算（Ⅲ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) イ（3）、（4）及び（6）から（13）までの基準に適合すること。
- (2) ロ（2）の基準に適合すること。
- (3) 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を 2 名以上配置していること。

ニ 特定事業所加算（A）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) イ（3）、（4）及び（6）から（13）までの基準に適合すること。ただし、イ（4）、（6）、（11）及び（12）の基準は他の同一の居宅介護支援事業所との連携により満たすこととしても差し支えないものとする。
- (2) ロ（2）の基準に適合すること。
- (3) 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を 1 名以上配置していること。
- (4) 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる介護支援専門員を常勤換算方法（当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいう。）で 1 以上配置していること。ただし、当該介護支援専門員は他の居宅介護支援事業所（（1）で連携している他の居宅介護支援事業所がある場合は、当該事業所に限る。）の職務と兼務をしても差し支えないものとする。

（5）退院・退所加算

★対象サービス…居宅介護支援

平成 30 年度の報酬改定により、退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算が以下のとおり見直されま

した。

- ・ 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価する。
- ・ 医療機関等との連携回数に応じた評価とする。
- ・ 医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。

特にお問い合わせが多いカンファレンスの要件について以下に掲載します。

同加算のカンファレンスは、診療報酬の算定方法別表第1 医科診療報酬点数表の退院時共同指導料2の注3の要件を満たすものとされています。退院時共同指導料2の注3には、

- ① 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、
- ② 在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、
- ③ 保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、
- ④ 保険薬局の保険薬剤師、
- ⑤ 訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、
- ⑥ 介護支援専門員又は相談支援専門員

のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算する」と記載されています。

すなわち、同加算のカンファレンスとして取り扱うためには、①のほかに、②～⑥の5者のうち3者がカンファレンスに参加している必要があります。

実地指導において、これらの要件を満たしていない「面談」を実施した場合に、カンファレンス有の加算区分を算定している事業所が散見されます。これらの要件に十分留意した上で、同加算を算定してください。

なお、令和3年度報酬改定により、カンファレンスについては要件が追加され、退院後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあつては、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加するものとなりましたので、ご注意ください。

(参考) 根拠法令等

H12 老企 36 第三 14 (3) ①

(2) に規定するカンファレンスは以下のとおりとする。

イ 病院又は診療所

診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第1 医科診療報酬点数表の退院時共同指導料2の注3の要件を満たし、**退院後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあつては、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加するもの。**

ロ～へ（略）

(6) 通院時情報連携加算

★対象サービス…居宅介護支援

令和3年度報酬改定により、**利用者が医療機関で診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを新たに評価**するため、通院時情報連携加算が新設されました。

要件に十分留意した上で、同加算の算定をされますようお願いいたします。

なお、当該加算については、利用者が病院又は診療所において医師の診察を受ける場合に適用されるものであり、**往診は対象外**となりますので、ご注意ください。

(参考) 根拠法令等

H12 厚告 20 別表 ト

注 **利用者が病院又は診療所において医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、医師等に対して当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報の提供を行うとともに、医師等から当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合は、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算する。**

H12 老企 36 第三 15

当該加算は、利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画等に記録した場合に、算定を行うものである。なお、**同席にあたっては、利用者の同意を得た上で、医師等と連携を行うこと。**

16 介護予防支援

(1) 委託連携加算

★対象サービス…介護予防支援

令和3年度報酬改定により、**介護予防支援事業所が委託する個々のケアプランについて、居宅介護支援事業所との情報連携等を新たに評価**するため、委託連携加算が新設されました。要件に十分留意した上で、同加算の算定をするようお願いします。

なお、**利用者の要介護度認定区分が要介護から要支援に変更したことにより、ケアマネジメントの提供主体が居宅介護支援事業所から介護予防支援事業所に変更された場合であって、介護予防支援業務の一部委託先が当該居宅介護支援事業所の同一ケアマネジャーである場合であっても**、以下の算定要件を満たす場合には、当該加算を**算定することは可能**ですので、ご注意ください。

(参考) 根拠法令等

H18 厚労告 129 別表 ハ

注 指定介護予防支援事業所が利用者に提供する指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第2条第1項に規定する指定居宅介護支援事業所をいう。）に委託する際、当該利用者に係る**必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、当該指定居宅介護支援事業所における介護予防サービス計画の作成等に協力した場合**は、当該委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として所定単位数を加算する。

H18 老計発 0317001、老振発 0317001、老老発 0317001 別紙1 第2の11(2)

当該加算は、指定介護予防支援事業所が利用者に提供する指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第2条第1項に規定する指定居宅介護支援事業所をいう。以下同じ。）に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、当該指定居宅介護支援事業所における介護予防サービス計画の作成等に協力した場合、当該委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として所定単位数を算定する。なお、当該委託にあたっては、当該加算を勘案した委託費の設定を行うこと。

参考 問合せ先一覧

令和5年4月時点

問合せ内容	所管課	TEL(054)	FAX(054)
地域密着型サービス、介護老人福祉施設等の指定、指導に関すること	介護保険課 事業者指導第1係	221-1088	221-1298
居宅サービス、居宅介護支援等の指定、指導に関すること	介護保険課 事業者指導第2係	221-1377	
介護保険に係る政策の企画・調整、介護保険事業計画等に関すること	介護保険課 総務係	221-1202	
介護保険の被保険者の資格の取得・喪失、被保険者証の発行、介護保険料の賦課・徴収に関すること	介護保険課 保険料係	221-1292	
給付の審査、高額医療サービス費等の支給、利用者負担の軽減、介護認定審査会の運営、過誤申請等に関すること	介護保険課 給付・認定係	221-1374	
介護報酬請求方法に関すること	静岡県国民健康保険団体連合会	253-5580	253-5589
障害福祉サービス事業者の指定、指導に関すること	障害者支援推進課 自立支援係	221-1098	221-1108
サービス付き高齢者向け住宅に関すること	住宅政策課 住まいまちづくり係	221-1590	221-1135
有料老人ホームに関すること	高齢者福祉課 高齢者支援係	221-1201	221-1090
養介護施設従事者等による虐待の相談	高齢者福祉課 高齢者支援係（※特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等）	221-1201	221-1090
	介護保険課 事業者指導第1係、事業者指導第2係（※介護施設全般）	221-1088 221-1377	221-1298
	地域包括ケア・誰もが活躍推進本部 地域支え合い推進係（※通報先が分からない場合）	221-1203	221-1577
養護者による虐待の相談	葵 福祉事務所 高齢介護課 高齢者福祉係	221-1089	221-1079
	駿河福祉事務所 高齢介護課 高齢者福祉係	287-8678	287-8708
	清水福祉事務所 高齢介護課 高齢者福祉係	354-2019	354-3131

問合せ内容	所管課	TEL(054)	FAX(054)
●各種届出（軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認届出書、住宅改修費の支給申請、住所地特例の届出、居宅サービス計画（介護予防）作成依頼（変更）届等）に関する事 ●介護認定に関する事（各種届出含む）、介護認定審査会に置かれる合議体に関する事	葵福祉事務所 高齢介護課 介護保険第1係	221-1180	221-1079
	駿河福祉事務所 高齢介護課 介護保険第1係	287-8679	287-8708
	清水福祉事務所 高齢介護課 介護保険係	354-2116	354-3166
認定申請に係る調査の実施・依頼、調査票の作成・回収に関する事	葵福祉事務所 高齢介護課 認定調査係	221-1548	221-1079
	駿河福祉事務所 高齢介護課 認定調査係	287-8679	287-8708
	清水福祉事務所 高齢介護課 認定調査係	354-2033	354-3166
感染症・食中毒が発生した場合の報告	保健所 保健予防課 結核・感染症係 （※新型コロナウイルス感染症以外の場合）	249-3172	249-3153
	保健所 食品衛生課 監視検査係 （※食中毒の場合）	249-3162	209-0541
	介護保険課 事業者指導第1係、事業者指導第2係（※介護施設全般）	221-1088 221-1377	221-1298
新型コロナウイルス感染症に関する相談等	保健所 保健予防課 新型感染症係	249-3178	249-3153
	静岡市発熱等受診相談センター	249-2221	—
福祉避難所に関する事	福祉総務課 地域福祉係	221-1366	221-1091
生活保護法に係る介護機関の指定に関する事	福祉総務課 生活支援・自立推進係	221-1370	
生活保護に関する事	葵 福祉事務所生活支援課 生活福祉第1係	221-1585	251-1090
	駿河福祉事務所生活支援課 生活福祉第1係	287-8654	287-8804
	清水福祉事務所生活支援課 生活福祉第1係	354-2206	352-9221
地域包括支援センター、地域ケア会議、高齢者虐待防止、高齢者の介護予防の推進に関する事	地域包括ケア・誰もが活躍推進本部 地域支え合い推進係	221-1203	221-1577

問合せ内容	所管課	TEL(054)	FAX(054)
在宅医療・介護連携、高齢者見守りネットワーク事業の推進に関する事 認知症施策に関する事	地域包括ケア・誰もが活躍推進本部 在宅医療・介護連携推進係 認知症施策推進係	221-1576 221-1623	221-1577
身体拘束ゼロ宣言に関する事	静岡県 福祉指導課	221-3256	221-2142

介護保険課

(1) メールアドレス

kaigohoken@city.shizuoka.lg.jp

(2) ホームページ

① ホームページアドレス

https://www.city.shizuoka.lg.jp/000_000033.html

[静岡市ホームページ>暮らし>税金・年金・保険>介護保険>介護事業者のみなさまへ>](#)

② 主な掲載事項

ア 介護保険サービス事業者向けのお知らせ

各種依頼や通知等を掲載しています。また、掲載内容は、メール（同報メール配信システム）でも各事業所にお知らせしています。

重要なお知らせも多いため、メールやホームページをこまめに確認するようお願いします。

イ 申請・届出・報告等について

介護保険事業者の新規指定・更新指定・変更等について、指定基準の概要や様式等を掲載しています。

県の様式や過去の様式で提出する事業所が見受けられますので、御注意ください。

また、変更届の提出もれがないよう、「変更の届出が必要な事項一覧」で確認をお願いします（62～63 ページ参照）。

ウ 指導について

運営指導について、事前提出資料の様式等を掲載しています。

また、集団指導の資料を掲載しています。

エ 同報メール配信システムの登録方法

同報メールの登録方法について掲載しています。

メールアドレスの変更があった場合は、こちらから変更登録をお願いします。