第２　サービス別留意事項

１　共通事項

（１）介護職員等処遇改善加算

★　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、（介護予防）訪問看護、（介護予防）訪問リハビリテーション、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、介護医療院、居宅介護支援、介護予防支援

介護職員等処遇改善加算は、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」（以下「旧処遇改善加算」という。）が創設され、平成 29 年度の臨時改定における旧処遇改善加算の拡充も含め、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、旧処遇改善加算に加え、介護職員等特定処遇改善加算（以下「旧特定加算」という。）が創設されました。旧特定加算では、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した。

また、令和４年 10 月の報酬改定においては、介護職員等ベースアップ等支援加算（以下「旧ベースアップ等加算」という。）が創設され、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ました。

さらに、令和６年度介護報酬改定により、旧処遇改善加算、旧特定加算、旧ベースアップ等加算の各区分の要件及び加算率を組み合わせる形で、令和６年６月から「介護職員等処遇改善加算」への一本化が行われ、加算率の引上げ及び配分方法の工夫が行われました。

そして、令和８年度介護報酬改定においては、介護分野の職員の他職種と遜色のない処遇改善に向けて、令和９年度介護報酬改定を待たずに期中改定を実施し、**介護職員等処遇改善加算の対象の介護従事者への拡大**や、**生産性向上や協働化に取り組む事業者に対する上乗せの加算区分の創設**に加え、これまで加算の対象外であった、**訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援、介護予防支援に介護職員等処遇改善加算が創設**されました。

■加算区分

令和８年４、５月は、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ

令和８年６月以降は、Ⅰイ、Ⅰロ、Ⅱイ、Ⅱロ、Ⅲ、Ⅳ（訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援、介護予防支援は「あり、なし」）

■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（月額賃金改善要件、キャリアパス要件Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ、職場環境等要件、令和８年度特例要件）

◇月額賃金改善要件

加算区分Ⅳの加算額の２分の１以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」）の改善に充てること。

加算区分Ⅳ以外の区分を算定する場合は、仮に加算区分Ⅳを算定する場合に見込まれる加算額の２分の１以上を基本給等の改善に充てること。

◇キャリアパス要件Ⅰ（令和８年度特例要件を満たす場合は、年度内に対応する誓約で可）

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（令和８年度特例要件を満たす場合は、年度内に対応する誓約で可）

資質向上のための計画を策定して研修の実施又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（令和８年度特例要件を満たす場合は、年度内に対応する誓約で可）

経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設け、その内容について就業規則等の明確な根拠規程を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。

◇キャリアパス要件Ⅳ（令和８年度特例要件を満たす場合は、年度内に対応する誓約で可）

経験・技能のある介護職員のうち１人以上は、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（処遇改善加算による賃金改善以前の賃金が年額 440 万円以上である者を除く）。

◇キャリアパス要件Ⅴ

サービス類型ごとに一定以上の介護福祉士等を配置していること。

具体的には、下記の表に掲げる加算の各区分を算定していること。

◇職場環境等要件（令和８年度特例要件を満たす場合は、年度内に対応する誓約で可）

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。

◇令和８年度特例要件（ア及びイについては、年度内に対応する誓約で可）

生産性向上や協働化に係る取組として以下のいずれかの取組を行っていること。

ア　ケアプランデータ連携システムを利用していること。

イ　生産性向上推進体制加算Ⅰ又はⅡを算定していること。（一部サービスに限る）

ウ　社会福祉連携推進法人に所属していること。

（参考）キャリアパス要件Ⅴを担保するものとして算定が必要な加算の種類及び加算区分

表３　キャリアパス要件Ⅴ（介護福祉士等の配置要件）を担保するものとして算定が必要な加算の種類及び加算区分

サービス区分	加算区分		
訪問介護	特定事業所加算Ⅰ	特定事業所加算Ⅱ	-
夜間対応型訪問介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
（介護予防）訪問入浴介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
通所介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
地域密着型通所介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	サービス提供体制強化加算Ⅲイ又はロ
（介護予防）通所リハビリテーション	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
（介護予防）特定施設入居者生活介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	入居継続支援加算Ⅰ又はⅡ
地域密着型特定施設入居者生活介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	入居継続支援加算Ⅰ又はⅡ
（介護予防）認知症対応型通所介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
（介護予防）小規模多機能型居宅介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
看護小規模多機能型居宅介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
（介護予防）認知症対応型共同生活介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
介護老人福祉施設	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	日常生活継続支援加算Ⅰ又はⅡ
地域密着型介護老人福祉施設	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	日常生活継続支援加算Ⅰ又はⅡ
（介護予防）短期入所生活介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	併設本体施設において処遇加算Ⅰの届出あり
介護老人保健施設	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
（介護予防）短期入所療養介護　（老健）	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	併設本体施設において処遇加算Ⅰの届出あり
（介護予防）　短期入所療養介護（病院等）	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	併設本体施設において処遇加算Ⅰの届出あり
介護医療院	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
（介護予防）短期入所療養介護（医療院）	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	併設本体施設において処遇加算Ⅰの届出あり
訪問型サービス（総合事業）	併設本体事業所において処遇加算Ⅰの届出あり	特定事業所加算Ⅰ又はⅡに準じる市町村独自の加算	-
通所型サービス（総合事業）	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	サービス提供体制強化加算Ⅰ又はⅡに準じる市町村独自の加算

注１　地域密着型通所介護のサービス提供体制強化加算Ⅲイ又はロは療養通所介護費を算定する場合のみ
注２　訪問型サービス（総合事業）は、対象事業所に併設する指定訪問介護事業所において特定事業所加算Ⅰ若しくはⅡを算定していること又は対象事業所において特定事業所加算Ⅰ若しくはⅡに準じる市町村独自の加算を算定していることを要件とする。

（参考）介護職員等処遇改善加算の算定要件

表２－１　介護職員等処遇改善加算の算定要件（賃金改善以外の要件）（令和８年４月及び５月。表１－１に掲げるサービスに限る。）

	①月額賃金改善要件	②キャリアパス要件Ⅰ	③キャリアパス要件Ⅱ	④キャリアパス要件Ⅲ	⑤キャリアパス要件Ⅳ	⑥キャリアパス要件Ⅴ	⑦職場環境等要件		
	処遇加算Ⅳの1/2以上の月額賃金改善	任用要件・賃金体系の整備等	研修の実施等	昇給の仕組みの整備等	改善後の賃金要件（440万円一人以上）	介護福祉士等の配置要件	区分ごとに１以上の取組（生産性向上は２以上）	区分ごとに２以上の取組（生産性向上は３以上）	HP掲載等を通じた見える化（取組内容の具体的記載）
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	○	○	○	○	○	○	－	○	○
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	○	○	○	○	○	－	－	○	○
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	○	○	○	○	－	－	○	－	－
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	○	○	○	－	－	－	○	－	－

表２－２　介護職員等処遇改善加算の算定要件（賃金改善以外の要件）（令和８年６月以降。表１－２～１－４に掲げるサービスに限る。）

	①月額賃金改善要件	②キャリアパス要件Ⅰ	③キャリアパス要件Ⅱ	④キャリアパス要件Ⅲ	⑤キャリアパス要件Ⅳ	⑥キャリアパス要件Ⅴ	⑦職場環境等要件			⑧令和８年度特例要件
	処遇加算Ⅳの1/2以上の月額賃金改善	任用要件・賃金体系の整備等	研修の実施等	昇給の仕組みの整備等	改善後の賃金要件（440万円一人以上）	介護福祉士等の配置要件	区分ごとに１以上の取組（生産性向上は２以上）	区分ごとに２以上の取組（生産性向上は３以上）	HP掲載等を通じた見える化（取組内容の具体的記載）	生産性向上や協働化に係る取組
介護職員等処遇改善加算Ⅰイ	○	○	○	○	○	○	－	○	○	－
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	○	○	○	○	○	○	－	○	○	○
介護職員等処遇改善加算Ⅱイ	○	○	○	○	○	－	－	○	○	－
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ	○	○	○	○	○	－	－	○	○	○
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	○	○	○	○	－	－	○	－	－	－
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	○	○	○	－	－	－	○	－	－	－

表２－３　介護職員等処遇改善加算の算定要件（賃金改善以外の要件）（令和８年６月以降。表１－５に掲げるサービスに限る。）

	①令和８年度特例要件	②処遇改善加算Ⅳの取得に準ずる要件（以下の(ⅰ)～(ⅲ)を全て満たすこと。）		
		(ⅰ)キャリアパス要件Ⅰ	(ⅱ)キャリアパス要件Ⅱ	(ⅲ)職場環境等要件
	生産性向上や協働化に係る取組	任用要件・賃金体系の整備等	研修の実施等	区分ごとに１以上の取組（生産性向上は２以上）
介護職員等処遇改善加算	(○)　又は	(○)		

■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（継続を含む）	計画書 （別紙様式２－１、２、３）	**令和８年度の計画の提出期限** **→令和８年４月 15 日（水）消印有効** **※令和８年６月以降から算定する場合** **→令和８年６月 15 日（月）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）	・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７月末頃** **（※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、当該申請に関係す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キャリアパス要件ⅠからⅢまでに関する適合状況に変更（算定する加算の区分に変更が生じる場合に限る。）があった場合

④キャリアパス要件Ⅴに関する適合状況に変更があり、算定する処遇改善加算の区分に変更が生じる場合

⑤算定する加算の区分の変更を行う又は処遇改善加算を新規に算定する場合

⑥就業規則を改訂（介護職員の処遇に関する内容に限る。）した場合

（＊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８年４月から令和９年３月の場合は、原則令和８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９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等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。

8.3.13 事務連絡 「介護職員等処遇改善加算に関するＱ＆Ａ（第１版）」

問１－２　前年度から事業所の介護職員等の減少や入れ替わり等があった場合、どのように考えればよいか。

答１－２　実績報告書における①「令和８年度の加算の影響を除いた賃金額」と②「令和７年度の加算及び独自の賃金改善の影響を除いた賃金額」の比較は、処遇改善加算及び旧３加算並びに交付金等による賃金改善以外の部分で賃金水準を引き下げていないことを確認するために行うものである。

一方で、賃金水準のベースダウン（賃金表の改訂による基本給等の一律の引下げ）等を行ったわけではないにも関わらず、事業規模の縮小に伴う職員数の減少や職員の入れ替わり（勤続年数が長く給与の高い職員が退職し、代わりに新卒者を採用した等）といった事情により、上記①の額が②の額を下回る場合には、**②の額を調整しても差し支えない。**

この場合の②の額の調整方法については、例えば、

- 退職者については、**その職員が、前年度に在籍していなかったものと仮定した場合における賃金総額**を推計する。
- 新規採用職員については、**その者と同職であって勤務年数等が同等の職員が、本年度に在籍したものと仮定した場合における賃金総額**を推計する等の方法が想定される。

例：

	勤続10年(賃金35万円/月)	勤続5年(賃金30万円/月)	勤続1年(賃金25万円/月)	賃金総額 ※処遇改善加算及び旧3加算並びに交付金等を除く

令和7年度	実際の人数	10 人(計4200 万円)	5人(計1800 万円)	5人(計1500 万円)	7500 万円
	調整後	5人(計2100 万円) ※上記の 10 人のうち5人は在籍しなかったものと仮定	5人(計1800 万円) ※調整なし	10 人(計3000 万円) ※ 上記の5人に加え5人在籍したものと仮定	6900 万円
令和8年度	実際の人数	5人(計2100 万円)	5人(計1800 万円)	10 人(計3000 万円)	6900 万円

問１－３　「決まって毎月支払われる手当」とはどのようなものか。

答１－３　「決まって毎月支払われる手当」とは、労働と直接的な関係が認められ、労働者の個人的事情とは関係なく支給される手当を指す。

また、**決まって毎月支払われるのであれば、月ごとに額が変動するような手当も含む。**手当の名称は、「処遇改善手当」等に限る必要はなく、職能手当、資格手当、役職手当、地域手当等の名称であっても差し支えない。

ただし、**以下の諸手当は、処遇改善加算の算定、賃金改善の対象となる「賃金」には含めて差し支えないが、「決まって毎月支払われる手当」には含まれない。**

・月ごとに支払われるか否かが変動するような手当

・労働と直接的な関係が薄く、当該労働者の個人的事情により支給される手当（通勤手当、扶養手当等）

問１－５　キャリアパス要件及び職場環境等要件を満たすために取り組む費用について、賃金改善額に含めてもよいか。

答１－５　処遇改善加算の取扱いにおける「賃金改善」とは賃金の改善をいうものであるため、**キャリアパス要件及び職場環境等要件を満たすために取り組む費用については、処遇改善加算の算定に当たり、賃金改善額に含めてはならない。**

問２－１　賃金改善の対象者はどのように設定されるのか。

答２－１　処遇改善加算の各事業所内における配分については、**介護職員への配分を基本とし、特に経験・技能のある職員に重点的に配分することとするが、事業所内での柔軟な職種間配分を認める**こととする。

（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）

・「介護職員等処遇改善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８年度分）及び「介護職員等処遇改善加算に関するＱ＆Ａ（第１版）」について」（令和８年３月13日　介護保険最新情報Vol.1479）

（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、（介護予防）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 を活用した取組のイメージ図については、126 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年度より、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が開始されました。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。

123 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 の活用等が要件として含まれる加算については 127～128 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⑤に記載の web サイトから新規利用登録を行います。

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。

④令和６年度介護報酬改定による LIFE の見直し

令和６年度介護報酬改定において、より質の高い情報の収集・分析を可能とすることで科学的介護を推進する観点及び入力負担を軽減する観点から、以下のような見直しが実施されました。

ア　新 LIFE システムへの移行

入力画面の表示が分かりにくい、操作方法が難しい等の入力操作に関する課題に対し、令和６年度介護報酬改定に併せて、入力画面やマニュアルの内容等が改められ、利便性の向上が図られました。

イ　アウトカム評価の充実

介護の質の向上に係る取組を推進する観点や、自立支援・重度化防止に向けた取組を推進する観点から、褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理、ADL 維持等加算、排せつ支援加算について、アウトカム評価充実のための見直しが行われました。

ウ　入力項目・データ提出タイミングの見直し

複数の加算において、利用者の同じ状態を評価する項目であっても、加算の様式ごとに、重複して入力が必要となっていましたが、新 LIFE では重複している項目の名称や評価指標等が統一され、入力負担が軽減されました。

また、各加算のデータ提出頻度について、これまで算定する加算によって入力のタイミングが異なり、事業所における入力タイミングの管理が煩雑になっていた状況を踏まえ、LIFE へのデータ提出について、**「少なくとも３か月に１回」**と統一

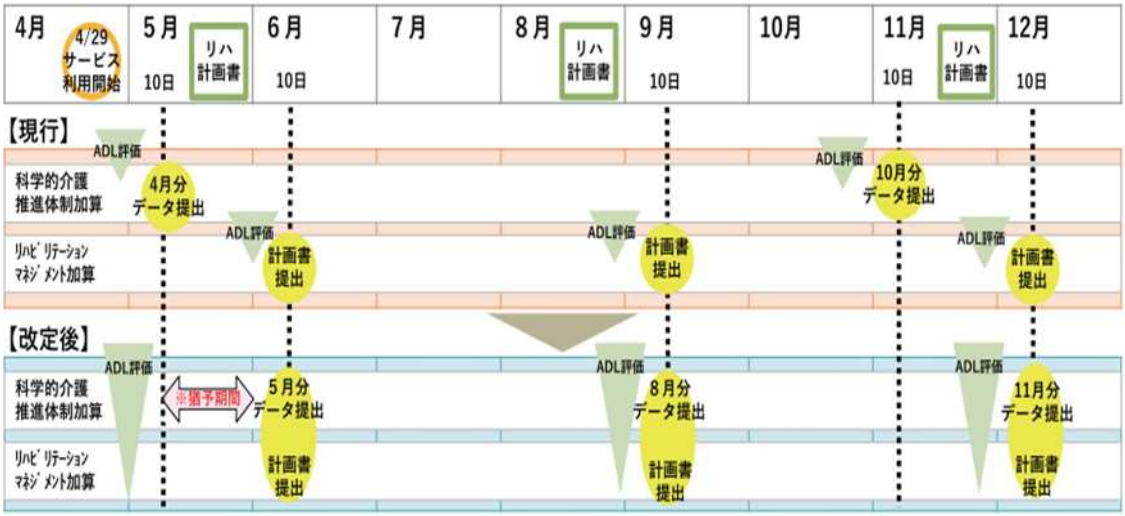
されました。

なお、月末にサービス利用を開始する等、利用者の評価を行う時間が十分確保できない場合等においては、一定の条件の下で提出期限が猶予されます

（参考）複数の加算で重複しているものの評価方法等が異なっている項目の見直し例

出典：厚生労働省

（参考）同一の利用者に科学的介護推進体制加算及びリハマネ加算を算定する場合の例



出典：厚生労働省

エ　フィードバックの見直し

フィードバックについて、以下のような見直しが行われました。

○事業所フィードバック

全国平均値だけではなく、サービス別や、平均要介護度別、都道府県別などにより比較するデータの層別化が可能となる。

○利用者フィードバック

個人単位の評価結果の推移だけでなく、サービス別や要介護度別、都道府県別など、類似した状態の者のデータとの比較が可能となる。

また、これまで３か月に１回提供されていたフィードバック情報について、毎月更新した集計結果が提供され、より新しいフィードバック情報を活用することができる。

⑤LIFE 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://top.life-kkh.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

○BarthelIndex（BI）の測定について

○厚生労働省発出の事務連絡

○LIFE 関連加算の様式

○介護ソフトベンダー向け資料

（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 PDCA 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 PDCA 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（LIFE：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。）。

6.3.15 事務連絡 「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）」

○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、褥瘡対策指導管理（Ⅱ）、排せつ支援加算について

問 171　月末よりサービスを利用開始した利用者に係る情報について、収集する時間が十分確保出来ない等のやむを得ない場合については、当該サービスを利用開始した日の属する月（以下、「利用開始月」という。）の翌々月の 10 日までに提出することとしても差し支えないとあるが、利用開始月の翌月の 10 日までにデータ提出した場合は利用開始月より算定可能か。

答 173　事業所が該当の加算の算定を開始しようとする月の翌月以降の月の最終週よりサービスの利用を開始したなど、サービスの利用開始後に、利用者に係る情報を収集し、サービスの利用を開始した翌月の 10 日までにデータ提出することが困難な場合は、当該利用者に限っては利用開始月の翌々月の 10 日までに提出することとしても差し支えないとしている。

ただし、加算の算定については LIFE へのデータ提出が要件となっているため、利用開始月の翌月の 10 日までにデータを提出していない場合は、当該利用者に限り当該月の加算の算定はできない。当該月の翌々月の 10 日までにデータ提出を行った場合は、当該月の翌月より算定が可能。

また、本取扱いについては、月末よりサービスを利用開始した場合に、**利用開始月の翌月までにデータ提出し、当該月より加算を算定することを妨げるものではない。**

なお、**利用開始月の翌月の 10 日までにデータ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 172　事業所又は施設が加算の算定を開始しようとする月以降の月末にサービス利用開始した利用者がおり、やむを得ず、当該利用者の当該月のデータ提出が困難な場合、 当該利用者以外については算定可能か。

答 172　原則として、事業所の利用者全員のデータ提出が求められている上記の加算について、月末にサービス利用開始した利用者がおり、やむを得ず、当該月の当該利用

者に係る情報をLIFEに提出できない場合、**その他のサービス利用者についてデータを提出していれば算定できる。**

なお、**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。**

ただし、**上記の場合や、その他やむを得ない場合（※）を除いて、事業所の利用者全員に係る情報を提出していない場合は、加算を算定することができない。**

（※）令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol．３)（令和３年３月 26 日)問 16 参照。

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

問 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・施設も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。

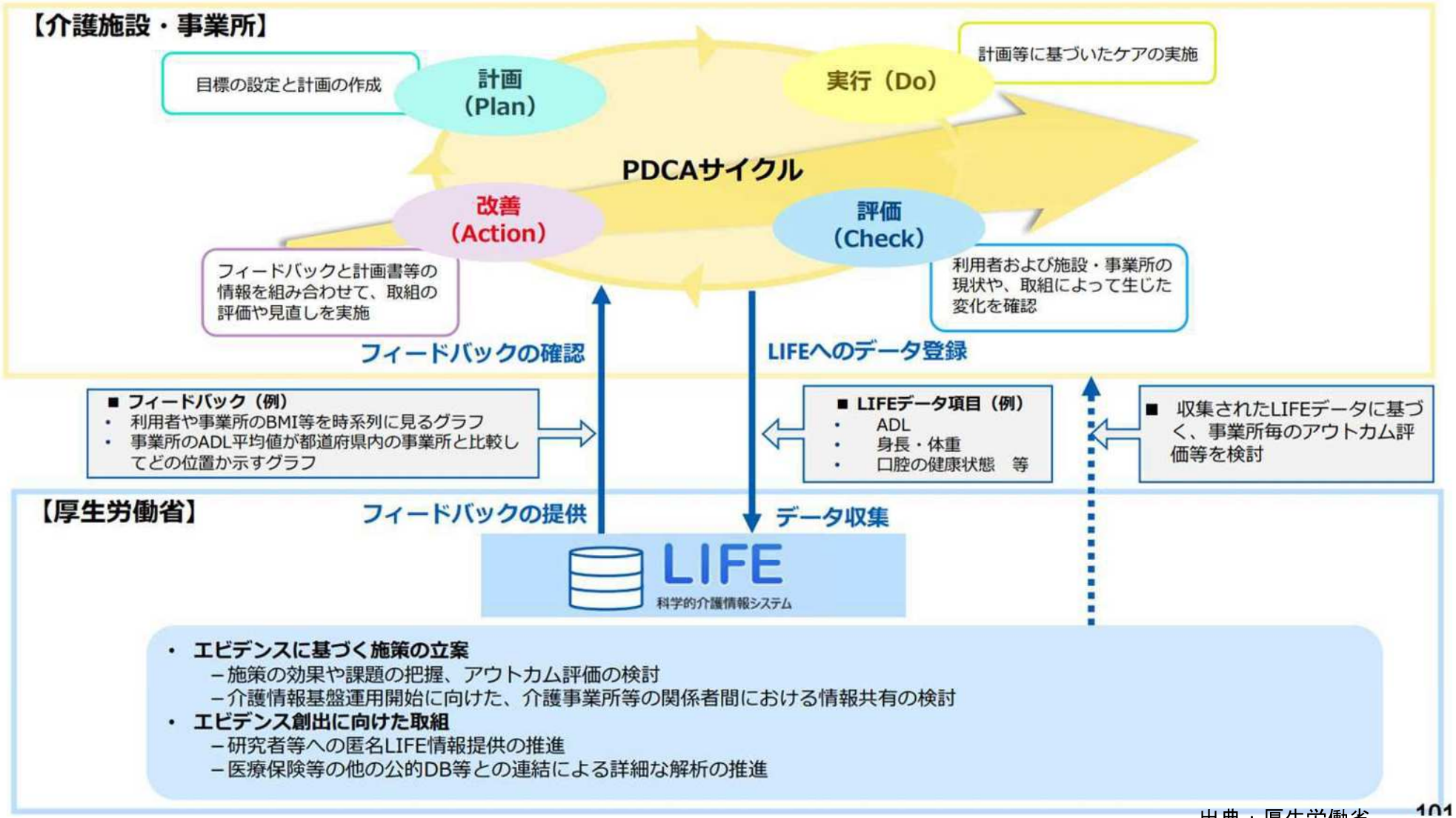
ただし、**情報の提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。**

問 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。

LIFEを活用した取組イメージ

○　介護事業所においては、介護の質向上に向けてLIFEを活用したPDCAサイクルを推進する。LIFEで収集したデータも活用し、介護報酬制度を含めた施策の立案や介護DXの取組、アウトカム評価につながるエビデンス創出に向けたLIFEデータの研究利活用を推進する。



出典：厚生労働省

101

	科学的介護推進体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	個別機能訓練加算(Ⅱ)(Ⅲ)	ADL維持等加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	理学療法 注7、作業療法 注7、言語聴覚療法 注5 理学療法 注6、作業療法 注6、言語聴覚療法 注4	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	褥瘡対策指導管理(Ⅱ)	排せつ支援加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)	自立支援促進加算	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)	薬剤管理指導の注2	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	○					○		○	○	○		○	○	○

	科学的介護推進体制加算	個別機能訓練加算(Ⅱ)	ADL維持等加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	排せつ支援加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(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）	○	○	○※			○	○
特定施設入居者生活介護（予防含む）	○	○	○※				
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	○			○	○	○	○
総合事業通所型サービス費	○						

※予防を除く

出典：厚生労働省

	科学的介護推進体制加算	リハビリテーションマネジメント加算(ロ	リハビリテーションマネジメント加算(ハ)	介護予防通所・訪問リハビリテーションの12月減算の免除に係る要件	栄養アセスメント加算	口腔機能向上加算(Ⅱ)イ・ロ	口腔機能向上加算(Ⅱ)
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				○			

これらの加算を算定するには、計画書等の様式情報のデータをLIFEへ提出するとともに、フィードバック機能を活用して、利用者の状態やケアの実績の変化等を踏まえて計画書等の改善につなげていくことが求められます。

出典：厚生労働省

（３）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、ご留意ください。

＜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については、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いても、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	○○　○○	①	①	①	①					第1週同様						128	32	0.8	
（通所介護事業所分）																				
看護師	C	○○　○○					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）が整備されていない、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）

（４）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、（介護予防）訪問看護、（介護予防）訪問リハビリテーション、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 土	2 日	3 月	4 火	5 水	6 木	7 金		月の合計	常勤換算後の人数
管理者	B	○○○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	（略）	128	0.8
介護従業者	A	○○○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	○○△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○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月目以降に届出が可能**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、ご留意ください。

（参考）H12 老企第 36 号　第２の３（12）　※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、介護福祉士又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こと。

⑤　前号ただし書の場合にあっては、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、各月の前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（26）　※通所介護

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。

（５）口腔連携強化加算

★　対象サービス…訪問介護、（介護予防）訪問看護、（介護予防）訪問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、
定期巡回・随時対応型介護看護

令和６年度より、職員による利用者の口腔の状態の確認によって、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげる観点から、事業所と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者の同意の下の歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を評価する新たな加算が設けられました。

＜改定前＞	＜改定後＞
なし	⇒　**口腔連携強化加算**　50 単位/回　（**新設**） ※１月につき１回に限り算定可能

（参考）根拠法令等　（訪問介護の場合）

H12老企36　第２の２

（23）口腔連携強化加算について

①　口腔連携強化加算の算定に係る口腔の健康状態の評価は、利用者に対する適切な口腔管理につなげる観点から、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

②　**口腔の健康状態の評価の実施に当たっては、必要に応じて、厚生労働大臣が定める基準における歯科医療機関（以下「連携歯科医療機関」という。）の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談すること。**なお、連携歯科医療機関は複数でも差し支えない。

③　口腔の健康状態の評価をそれぞれ利用者について行い、評価した情報を歯科医療機関及び当該利用者を担当する介護支援専門員に対し、別紙様式６等により提供すること。

④　**歯科医療機関への情報提供に当たっては、利用者又は家族等の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見等を踏まえ、連携歯科医療機関・かかりつけ歯科医等のいずれか又は両方に情報提供を行うこと。**

⑤　口腔の健康状態の評価は、それぞれ次に掲げる確認を行うこと。ただし、ト及びチについては、利用者の状態に応じて確認可能な場合に限って評価を行うこと。

イ　開口の状態
ロ　歯の汚れの有無
ハ　舌の汚れの有無
ニ　歯肉の腫れ、出血の有無
ホ　左右両方の奥歯のかみ合わせの状態
ヘ　むせの有無

ト　ぶくぶくうがいの状態

チ　食物のため込み、残留の有無

⑥　口腔の健康状態の評価を行うに当たっては、別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）及び「入院（所）中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の確認に関する基本的な考え方」（令和６年３月日本歯科医学会）等を参考にすること。

⑦　口腔の健康状態によっては、主治医の対応を要する場合もあることから、必要に応じて介護支援専門員を通じて主治医にも情報提供等の適切な措置を講ずること。

⑧　口腔連携強化加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議等を活用し決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔の健康状態の評価を継続的に実施すること。

【厚生労働大臣が定める基準】

イ　指定訪問介護事業所の従業者が利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科診療報酬点数表」という。）の区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に相談できる体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。

ロ　次のいずれにも該当しないこと。

（１）他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、栄養状態のスクリーニングを行い、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）を算定している場合を除き、口腔・栄養スクリーニング加算を算定していること。

（２）当該利用者について、口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除き、指定居宅療養管理指導事業所（指定居宅サービス等基準第八十五条第一項に規定する指定居宅療養管理指導事業所をいう。以下同じ。）が歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定していること。

（３）当該事業所以外の介護サービス事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していること。

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について

第７　口腔連携強化加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

Ⅰ　口腔連携強化加算に関する基本的な考え方

口腔連携強化加算は、介護事業所が口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療等について歯科医療機関に相談できる体制を構築するとともに、口腔の健康状態の評価の実施並びに歯科医療機関及びに介護支援専門員への情報提供することを評価したものである。これにより、利用者毎の口腔の健康状態の把握並びに歯科専門職の確認を要する状態の利用者の把握を通じて、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげることが

目的である。

Ⅱ　口腔連携強化加算にかかる実務について

1　口腔の健康状態の評価の実施

介護職員等は、「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」別紙様式６（略）を用いて口腔の健康状態の評価を行い、評価した情報を歯科医療機関及び当該利用者を担当する介護支援専門員に対し、「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」別紙様式６（略）等により提供する。評価にあたっては、「入院（所）中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の確認に関する基本的な考え方」（令和６年３月日本歯科医学会）等の関連学会が示す口腔の評価及び管理に係る記載等も参考にされたい。なお、必要に応じて口腔健康管理に係る研修等も活用し、適切な口腔の健康状態の評価の実施に務めること。介護職員については、事業所の医療従事者に相談する等の対応も検討すること。また、継続的な口腔の健康状態の評価を実施することにより、利用者の口腔の健康状態の向上に努めること。

（略）

2　情報を提供された歯科医療機関における対応

情報を提供された歯科医療機関については、介護事業所から情報を提供された場合は、必要に応じて相談に応じるとともに、歯科診療等の必要な歯科医療提供についても検討する。特に、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が「高い」場合は、情報提供した介護事業所及び当該利用者を担当する介護支援専門員等に利用者の状況を確認し、歯科診療の必要性等について検討する。歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が「低い」場合は、基本情報も含めて確認し、不明点等がある場合や、追加で必要な情報がある場合は、情報提供した介護事業所及び当該利用者を担当する介護支援専門員等に問い合わせる等の必要な対応を実施する。

（参考資料）

・口腔連携強化加算に係るリーフレットについて

令和７年１月 10 日 事務連絡（介護保険最新情報 Vol.1344）

（６）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

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">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</th><th colspan="2">短期入所生活介護</th></tr>
<tr><td rowspan="2">看護職員の配置</td><td>【加算（Ⅰ）】
・常勤の看護師を１名以上</td><td>【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</td><td>【加算（Ⅰ）】
・常勤の看護師を１名以上</td><td>【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</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>【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</td><td>【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</td></tr>
</table>

	【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」とした場合に必要となる看護職員の数に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 79　本体施設と併設のショートステイの両方で看護体制加算（Ⅰ）を算定する場合、ショートステイの看護師は本体施設の業務に従事してはいけないのか。

答 79　本体施設と併設のショートステイの両方で看護体制加算（Ⅰ）を算定する場合、本体施設とショートステイそれぞれを担当する常勤の看護師が定められていることが必要であるが、ショートステイを担当する常勤看護師が、ショートステイにおける業務に支障のない範囲で本体施設における業務に従事することを妨げるものではない。本体施設を担当する常勤看護師がショートステイの業務に従事する場合も同じ。

問 80　本体施設と併設のショートステイを通じて常勤看護師が１人しかいないが、その１人が特養とショートステイの両方を均等に兼務している場合、本体施設と併設のショートステイのどちらで看護体制加算（Ⅰ）を算定するかは事業者の選択によるものと解してよいか。

答 80　本体施設と併設のショートステイのどちらで看護体制加算（Ⅰ）を算定するかは事業者の選択として構わないが、算定することとした方の事業所を主として勤務を行うべきである。

問 81　本体施設 50 床＋併設ショートステイ 10 床の施設が看護体制加算を算定しようとする場合、本体施設である介護老人福祉施設については 31 人～50 人規模の単位数を算定できるのか。

答 81　定員規模に係る要件は介護老人福祉施設のみの定員に着目して判断するため、お見込みどおり。なお、この取扱いは夜勤職員配置加算についても同様である。

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。

＜Ｑ＆Ａ＞　令和３年度改定関係Ｑ＆Ａ（vol.３）（令和３年３月 26 日）」

問 76　看護体制加算(Ⅲ)及び看護体制加算(Ⅳ)については、中重度者受入要件として、指定短期入所生活介護事業所における算定日が属する年度の前年度又は算定日が属する月の前３月間の利用者の総数のうち、要介護度状態区分が要介護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 70 以上であることが求められているが、この場合の「利用者の総数」や「要介護３、要介護４又は要介護５である者」を算定するにあたっては、併設事業所や特別養護老人ホームの空床を利用して指定短期入所生活介護を行う場合にあっては、どのように算定すればよいか。

答 76　併設事業所にあっては、併設本体施設の利用者は含めず、併設事業所の利用者のみにて算定する。特別養護老人ホームの空床を利用して指定短期入所生活介護を行う場合にあっては、特別養護老人ホームの利用者を含めて算定する。

（７）リスクマネジメント（安全管理体制、安全対策体制）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**られました。

【基準】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。

イ　事故再発防止のための指針の整備

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員に周知徹底する体制の整備

ハ　事故発生防止のための委員会の設置

ニ　従業員に対する研修の定期的（年２回以上）な実施

ホ　**イからニの措置を適切に実施するための担当者設置**

（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

（１）事故発生の防止のための指針（第１項第１号）　※以下省略

（２）事実の報告及びその分析を通じた改善策の従業者に対する周知徹底（第１項第２号）

※以下省略

（３）事故発生の防止のための委員会（第１項第３号）　※以下省略

（４）事故発生の防止のための従業者に対する研修（第１項第３号）　※以下省略

（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と同一の従業者が務めることが望ましい。**

（参考）根拠法令等

H12 老企 40　第２の５

（８）安全管理体制未実施減算について

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。

（45）安全対策体制加算について

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。

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。

（８）協力医療機関との定期的な会議の実施

★　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、介護医療院、（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、（介護予防）認知症対応型共同生活介護

令和６年度介護報酬改定により、対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築する観点から、基準の見直し等が行われました。

１．（３）⑳　協力医療機関との定期的な会議の実施

概要

【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、認知症対応型共同生活介護、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、介護老人保健施設、介護医療院】

○　介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護について、協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者または入居者（以下「入所者等」という。）の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催することを評価する新たな加算を創設する。
○　また、特定施設における医療機関連携加算について、定期的な会議において入居者の現病歴等の情報共有を行うよう見直しを行う。【告示改正】

単位数

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院】

＜現行＞
なし

▶

＜改定後＞
協力医療機関連携加算
協力医療機関が（１）右記の①～③の要件を満たす場合　100単位/月（令和6年度）50単位/月（令和7年度～）（新設）
（２）それ以外の場合　5単位/月（新設）

【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】

＜現行＞
医療機関連携加算
80単位/月

▶

＜改定後＞
協力医療機関連携加算
協力医療機関が（１）右記の①、②の要件を満たす場合　100単位/月（変更）
（２）それ以外の場合　40単位/月（変更）

【認知症対応型共同生活介護】

＜現行＞
なし

▶

＜改定後＞
協力医療機関連携加算
協力医療機関が（１）右記の①、②の要件を満たす場合　100単位/月（新設）
（２）それ以外の場合　40単位/月（新設）

（協力医療機関の要件）
① 入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
② 高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
③ 入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

算定要件等

○　協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催していること。（新設）

（参考）根拠法令等　　※介護老人福祉施設の場合

H12 老企 40　第２の５(27)

協力医療機関連携加算について（報酬告示に関する通知）

①　本加算は、高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築する観点から、入所者の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入所者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議を定期的に開催することを評価するものである。

②　会議では、特に協力医療機関に対して診療の求めを行うこととなる可能性が高い入所者や新規入所者を中心に情報共有や対応の確認等を行うこととし、**毎回の会議において必ずしも入所者全員について詳細な病状等を共有しないこととしても差し支えない**。

③　協力医療機関が指定介護老人福祉施設基準第 28 条第１項第１号から第３号までに規定する要件（以下、３要件という。）を満たしている場合には⑴の 50 単位（令和７年３月 31 日までの間は 100 単位）、それ以外の場合は⑵の５単位を加算する。⑴について、複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより３要件を満たす場合には、それぞれの医療機関と会議を行う必要がある。⑴を算定する場合において、指定介護老人福祉施設基準第 28 条第２項に規定する届出として３要件を満たす医療機関の情報を都道府県等に届け出ていない場合には、速やかに届け出ること。

④　「会議を定期的に開催」とは、次のいずれかに該当するものであること。なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入所者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。

イ　**電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、年１回以上開催すること**。

ロ　**年３回以上開催すること**。ただし、**入院の必要性が認められた当該施設の入居者が当該協力医療機関で年２件以上入院した場合又は往診の必要性が認められた当該施設の入居者に当該協力医療機関が年２件以上往診を実施した場合には、当該協力医療機関との会議の開催を年１回以上開催すること**で差し支えないこととする。また、この場合において、入退院又は往診に際して当該協力医療機関の職員と、当該施設の入居者の急変時の対応方針及び診療又は入院若しくは往診依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。

⑤　**会議は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができる**ものとする。この際、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。

⑥　本加算における会議は、指定介護老人福祉施設基準第 28 条第２項に規定する、入所者の病状が急変した場合の対応の確認と一体的に行うこととしても差し支えない。

⑦　**会議の開催状況については、その概要を記録**しなければならない。

「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol. １）（令和６年３月 15 日）」より

【居住系サービス・施設系サービス】

○　協力医療機関連携加算について

問 127　協力医療機関連携加算について、入所者の病歴等の情報を共有する会議に出席するのはどんな職種を想定しているか。

問 127　職種は問わないが、入所者の病歴その他健康に関する情報を協力医療機関の担当者に説明でき、急変時等における当該協力医療機関との対応を確認できる者が出席すること。

問 151　要支援２について算定できるのか。

答 151　要支援者については、「介護予防認知症対応型共同生活介護費」の対象となるが、これについては、協力医療機関連携加算は設けていないことから、算定できない。

問 152　協力医療機関連携加算は、グループホームのショートステイ利用者は対象となるか。

答 152　本加算制度は協力医療機関と利用者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催することを評価するものである。ショートステイ等既に居宅サービスを利用している者の情報共有は居宅サービスのケアマネジャー等が行うものであるため、当該加算の対象とはならない。

「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.2）（令和６年３月 19 日）」より

【居住系サービス・施設系サービス】

○　協力医療機関連携加算について

問 13　基準省令に規定する要件全てを満たす医療機関を、協力医療機関として複数定める場合、協力医療機関連携加算の算定にあたっての定期的な会議は、当該医療機関のうち１つの医療機関と行うことで差し支えないか。

答 13　差し支えない。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.7）（令和６年６月７日）」より

【居住系サービス・施設系サービス】

○　協力医療機関連携加算について

問１　協力医療機関連携加算について、「入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合」とあるが、病歴等の情報を協力医療機関と共有することに同意が得られない者に対して算定できるか。

答１　協力医療機関連携加算は、高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築することを目的とした体制加算であり、入所者全員について算定されるもの。なお、協力医療機関に対して病歴等の情報を共有することについて同意が得られない入所者であっても、当該入所者の急変時等において協力医療機関による診療等が受けられるよう取り組むことが必要。

「「「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」等の一部改正について」の発出に伴うＱ＆Ａ（令和８年５月８日）」より

【居住系サービス・施設系サービス】

○　協力医療機関連携加算について

問１　協力医療機関連携加算について、「電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、年１回以上開催すること」とあるが、随時確認できる体制とは具体的にどのような場合が該当するか。

答１　例えば、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ＩＣＴを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク（以下「地連ＮＷ」という。）に参加し、当該介護保険施設等の医師等が記録した当該介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の情報について当該地連ＮＷにアクセスして確認可能な場合が該当する。

この場合、当該介護保険施設等の医師等が、介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等についてそれぞれの患者について１ヶ月に１回以上記録すること。なお、入所者の状況等に変化がない場合は記録を省略しても差し支えないが、その旨を文書等により介護保険施設等から協力医療機関に、少なくとも月１回の頻度で提供すること。

※　令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol. ３）（令和６年３月 29 日）問３は一部修正する。

（９）入院時等の医療機関への情報提供

★　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、
（介護予防）認知症対応型共同生活介護、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、介護老人保健施設、介護医療院

令和６年度より、入所者または入居者が医療機関へ退所した際、生活支援上の留意点等の情報提供を行うことを評価する新たな加算が設けられました。

【介護老人保健施設、介護医療院】

＜改定前＞　　＜改定後＞

退所時情報提供加算 500 単位/回　⇒　退所時情報提供加算（Ⅰ）500 単位/回

退所時情報提供加算（Ⅱ）250 単位/回（**新設**）

【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、認知症対応型共同生活介護、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】

＜改定前＞　　＜改定後＞

なし　⇒　**退所時情報提供加算**　250 単位/回

（介護老人福祉施設）（**新設**）

退居時情報提供加算　250 単位/回

（特定施設、認知症対応型共同生活介護）（**新設**）

（参考）根拠法令等　※介護老人福祉施設の場合

H12老企40　第２の５

（25）退所時等相談援助加算について

①～③（略）

④　退所時情報提供加算について

イ　入所者が退所して医療機関に入院する場合、当該医療機関に対して、入所者を紹介するに当たっては、別紙様式13の文書に必要な事項を記載の上、当該医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを介護記録等に添付すること。

ロ　入所者が医療機関に入院後、当該医療機関を退院し、同一月に再度当該医療機関に入院する場合には、本加算は算定できない。

「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）」より

【認知症対応型共同生活介護】

〇退居時情報提供加算について

問153　退居時情報提供加算は、グループホームのショートステイ利用者は対象となるか。

答153　本加算制度はグループホームから医療機関へ退居した際、生活支援上の留意点等の

情報提供を行うことを評価するものである。ショートステイ等既に居宅サービスを利用している者の情報提供は居宅サービスのケアマネジャー等が行うものであるため、当該加算の対象とはならない。

「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．２）（令和６年３月19日）」より

【(地域密着型)介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、(地域密着型)特定施設、認知症対応型共同生活介護】

〇退所時情報提供加算、退居時情報提供加算について

問18　同一医療機関に入退院を繰り返す場合においても、算定可能か。

答18　同一月に再入院する場合は算定できず、翌月に入院する場合においても前回入院時から利用者の状況が変わらず、提供する内容が同一の場合は算定できない。

「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．３）（令和６年３月29日）」より

【(地域密着型)介護老人福祉施設、（地域密着型)特定施設、認知症対応型共同生活介護】

〇 退所時情報提供加算、退居時情報提供加算について

問２　退所時情報提供加算及び退居時情報提供加算について、医療機関の入院にあたり、退所または退居の手続きを行わない場合においても算定可能か。

答２　算定可能。

なお、「医療機関」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　令和６年度介護報酬改定により新設された「退所時情報提供加算（Ⅱ)」について、その要件として「入所者が退所して医療機関に入院する場合、当該医療機関に対して、入所者を紹介するに当たっては、別紙様式13の文書に必要な事項を記載の上、当該医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付すること。」とあるが、ここでいう「医療機関」とは、「病院」のみを指すのか、「老健」や「医療院」、「特養」も含まれるか。

答　ここでいう「医療機関」とは、「病院・診療所」のみを指し、**「老健」や「医療院」、「特養」については含まれない**。

（10）高齢者施設等における感染症対応力の向上

★　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、
（介護予防）認知症対応型共同生活介護、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、介護老人保健施設、介護医療院

令和６年度の報酬改定において、介護保険施設内で感染者が発生した場合に感染者対応を行う医療機関と連携して施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大防止が求められることから、以下を評価する新たな加算が設けられました。

【算定要件】

○**高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）**　10単位/月（**新設**）

・第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。

・協力医療機関その他医療機関（以下「協力医療機関等」）との間で感染症（新興感染症を除く。）の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応していること。

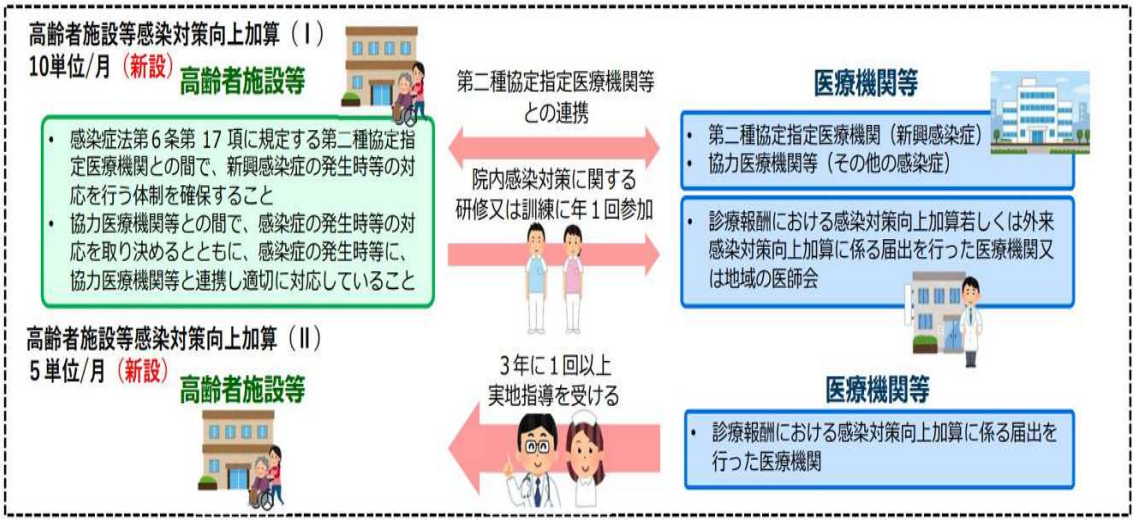
・感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に１年に１回以上参加していること。

○**高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）**　５単位/月（**新設**）

・感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、３年に１回以上、施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けていること。

○**新興感染症等施設療養費**　240単位/月（**新設**）

・入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症（現時点無）に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、指定介護福祉施設サービスを行った場合に、１月に１回、連続する５日を限度として算定する。



（参考）根拠法令等（特定施設の場合）

H12老企40　第２の４

（20）高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について

①　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）は、高齢者施設等における平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関との連携体制を評価するものであること。

②　高齢者施設等において**感染対策を担当する者が、医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に少なくとも１年に１回以上参加し、指導及び助言を受けること。**院内感染対策に関する研修又は訓練については、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区分番号A234-2に規定する感染対策向上加算（以下、感染対策向上加算という。）又は医科診療報酬点数表の区分番号A000に掲げる初診料の注11及び再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンス又は訓練や職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス又は訓練を対象とする。

③　居宅サービス基準第192条により準用する第104条第２項に基づき、介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関等における研修又は訓練の内容を含めたものとすること。

④　居宅サービス基準第191条第４項において、指定特定施設は、施設の入居者が新興感染症に感染した際に、感染者の診療等を行う第二種協定指定医療機関と連携し、新興感染症発生時等における対応を取り決めるよう努めることとしており、加算の算定に当たっては、第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。**新興感染症発生時等の対応としては、感染発生時等における相談、感染者の診療、入院の要否の判断等が求められることから、本加算における連携の対象となる第二種協定指定医療機関は診療所、病院に限る。**なお、第二種協定指定医療機関である薬局や訪問看護ステーションとの連携を行うことを妨げるものではない。

⑤　季節性インフルエンザやノロウイルス感染症、新型コロナウイルス感染症など特に高齢者施設等において流行を起こしやすい感染症について、協力医療機関等と連携し、感染した入居者に対して適切に医療が提供される体制が構築されていること。特に新型コロナウイルス感染症については、「高齢者施設等における医療機関との連携体制等にかかる調査の結果について（令和５年12月７日付事務連絡）」のとおり新型コロナウイルス感染症の対応を行う医療機関との連携状況等を調査しており、引き続き感染者の対応が可能な医療機関との連携体制を確保していること。

（21） 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）について

① 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）は、**感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、少なくとも３年に１回以上、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている場合に、月１回算定するもの。**

② 実地指導については、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関において設置された感染制御チームの専任の医師又は看護師等が行うことが想定される。

③ 居宅サービス基準第192条により準用する第104条第２項に基づき、介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関による実地指導の内容を含めたものとすること。

（22）新興感染症等施設療養費について

① 新興感染症等施設療養費は、新興感染症のパンデミック発生時等において、施設内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供する観点や、感染拡大に伴う病床ひっ迫を避ける観点から、必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で感染した高齢者の療養を施設内で行うことを評価するものである。

② **対象の感染症については、今後のパンデミック発生時等に必要に応じて厚生労働大臣が指定する。**令和６年４月時点においては、指定している感染症はない。

③ 適切な感染対策とは、手洗いや個人防護具の着用等の標準予防策（スタンダード・プリコーション）の徹底、ゾーニング、コホーティング、感染者以外の入所者も含めた健康観察等を指し、具体的な感染対策の方法については、「介護現場における感染対策の手引き（第３版）」を参考とすること。

Ｈ20厚労告59　医科診療報酬点数表別表１

○第１節　初診料

注11　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定 点数に加算する。

○第２節　再診料

注15　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）（令和６年３月15 日）より

○高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について

問128　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について、診療報酬の感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンス及び訓練や職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス及び訓練とは具体的にどのようなものであるか。また、これらのカンファレンス等はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて参加することでもよいか。

答128　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）の対象となる研修、訓練及びカンファレンスは以下の通りである。

・感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算の届出を行った医療機関において、感染制御チーム（外来感染対策向上加算にあっては、院内感染管理者。）により、職員を対象として、定期的に行う研修

・感染対策向上加算１に係る届出を行った保険医療機関が、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算２又は３に係る届出を行った保険医療機関と合同で、定期的に行う院内感染対策に関するカンファレンスや新興感染症の発生時等を想定した訓練

・地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスや新興感染症の発生時等を想定した訓練

感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関が主催するカンファレンスについては、その内容として、薬剤耐性菌等の分離状況や抗菌薬の使用状況などの情報の共有及び意見交換を行う場合もあるため、**カンファレンスの内容として、高齢者施設等における感染対策に資するものであることを事前に確認の上、参加すること。**

また、これらのカンファレンス等については、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて参加しても差し支えない。

○高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）について

問132　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）について、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が行う実地指導の具体的な内容について示されたい。

答132　実地指導の内容について限定するものではないが、以下のものが挙げられる。

・施設等の感染対策の現状の把握、確認（施設等の建物内の巡回等）

・施設等の感染対策状況に関する助言・質疑応答

・個人防護具の着脱方法の実演、演習、指導等

・感染疑い等が発生した場合の施設等での対応方法（ゾーニング等）に関する説明、助言及び質疑応答

・その他、施設等のニーズに応じた内容

単に、施設等において机上の研修のみを行う場合には算定できない。

問133　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）について、令和６年４月以前に新型コロナウイルス感染症等に対する感染対策として、医療機関の医師若しくは看護師等による実地指導又は厚生労働省の事業※において実施された実地研修を受けている場合は、実地指導又は実地研修を受けた日から起算して３年間算定してよいか。

※　令和３年度、令和４年度「介護サービス類型に応じた感染症対策向上による業務継続支援業務」における感染症の専門家による実地での研修、令和５年度「感染症の感染対策及び業務継続（BCP）策定に係る調査研究及び当該調査研究を踏まえた研修業務」における感染症の専門家による実地での研修

答133　算定可能である。ただし、感染対策向上加算に係る届出を行っている医療機関の医師若しくは看護師等による実地指導又は厚生労働省の事業において実施された実地研修であること。

（11）介護ロボットや ICT 等のテクノロジーの活用促進

★　対象サービス…短期入所系サービス、居住系サービス、多機能系サービス、施設系サービス

令和６年度介護報酬改定により、介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、介護ロボットや ICT 等のテクノロジーの導入後の継続的なテクノロジーの活用を支援するため、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行うとともに、一定期間ごとに、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うことを評価する新たな加算が設けられました。

＜改定前＞	＜改定後＞
なし	⇒ **生産性向上推進体制加算（Ⅰ）** 100 単位/月（新設）
	生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 10 単位/月（新設）

加算の算定要件は以下のとおりです。

内容については、国からの通知（「生産性向上推進体制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等の提示について」）にて示されていますので、確認をお願いします。

・生産性向上推進体制加算（Ⅰ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

ア　利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。

（ア）職員の負担の軽減に資する機器（以下「介護機器」という。）を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保

（イ）職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮

（ウ）介護機器の定期的な点検

（エ）業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修

イ　アの取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績があること。

ウ　介護機器を複数種類活用していること。

エ　アの委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認すること。

オ　事業年度ごとにア、ウ及びエの取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

・生産性向上推進体制加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

ア　上記の生産性向上推進体制加算（Ⅰ）の基準アに適合していること。

イ　介護機器を活用していること。

ウ　事業年度ごとにア及びイの取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

なお、加算の算定要件となる取組に関する実績データの厚生労働省への報告については、国からの通知（「生産性向上推進体制加算を算定する事業所における生産性向上の取組に関する実績データの厚生労働省への報告について」）にて示されていますので、確認をお願いします。

<u>生産性向上推進体制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等の提示について</u>

１、２　略

３　介護機器について

加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）を算定するに当たっては、以下の介護機器を使用する必要があること。なお、介護機器の選定に当たっては、事業所の現状の把握及び業務面において抱えている課題の洗い出しを行い、業務内容を整理し、職員それぞれの担うべき業務内容及び介護機器の活用方法を明確化した上で、洗い出した課題の解決のために必要な種類の介護機器を選定すること。

（１）加算（Ⅰ）

加算を算定するに当たっては、以下の①から③の介護機器を全て使用することとし、また、①の機器は全ての居室に設置し（全ての利用者を個別に見守ることが可能な状態をいう。）、②の機器は同一の時間帯に勤務する全ての介護職員が使用すること。

①　見守り機器

利用者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを感知できるセンサーであり、当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる利用者の見守りに資する機器をいう。

なお、見守り機器を居室に設置する際には、利用者のプライバシーに配慮する観点から、利用者又は家族等に必要な説明を行い、同意を得ることとし、機器の運用については、当該利用者又は家族等の意向に応じ、機器の使用を停止するなどの運用は認められる。

②　インカム（マイクロホンが取り付けられたイヤホンをいう。）等の職員間の連絡調整の迅速化に資するＩＣＴ機器（ビジネス用のチャットツールの活用による職員間の連絡調整の迅速化に資するＩＣＴ機器も含む。）

③　介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するＩＣＴ機器（複数の機器の連携も含め、データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る。）

（２）加算（Ⅱ）

加算（Ⅱ）を算定するにあたっては、（１）①から③に掲げる介護機器のうち、１つ以上を使用すること。なお、（１）②の機器は同一の時間帯に勤務する全ての介護職員が使用すること。

４～９　略

（12）認知症チームケア推進加算

★対象サービス…認知症対応型共同生活介護、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、介護老人保健施設、介護医療院

令和６年度介護報酬改定により、認知症の行動・心理症状（ＢＰＳＤ）の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するための平時からの取組を推進する観点から、新たな加算が設けられました。

＜改定前＞	＜改定後＞
なし	⇒ **認知症チームケア推進加算（Ⅰ）** 150 単位/月（新設）
	認知症チームケア推進加算（Ⅱ） 120 単位/月（新設）

加算の算定要件は以下のとおりです。

内容については、国からの通知（「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について」）にて示されていますので、確認をお願いします。

・認知症チームケア推進加算（Ⅰ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

ア　事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者※１の占める割合が二分の一以上であること。

イ　認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者を一名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

ウ　対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。

エ　認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。

・認知症チームケア推進加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

ア　上記の認知症チームケア推進加算（Ⅰ）の基準（ア）、（ウ）及び（エ）に掲げる基準に適合すること。

イ　認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を一名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

※１　周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者とは、日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はM に該当する利用者を指す。

※　認知症専門ケア加算を算定している場合においては算定しない。

「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和６年３月 19 日）」より

○　認知症チームケア推進加算について

問１　「認知症チームケア推進研修（認知症である入所者等の尊厳を保持した適切な介護、BPSD の出現・重症化を予防するケアの基本的考え方を理解し、チームケアを実践することを目的とした研修をいう）」について、研修内容はどのようなものか。また、研修はどこが実施主体となるのか。

答１　研修内容は、以下に示す認知症の人へのケアに関する内容を含むものとする。

・BPSD のとらえかた
・重要なアセスメント項目
・評価尺度の理解と活用方法
・ケア計画の基本的考え方
・チームケアにおける PDCA サイクルの重要性
・チームケアにおけるチームアプローチの重要性

また、研修の実施主体は、認知症介護研究・研修センター（仙台、東京、大府）であり、全国の介護職員を対象として研修を実施する予定としているが、各都道府県・指定都市が実施主体となることや、各都道府県・指定都市が実施している認知症介護実践リーダー研修に上記の研修内容を追加して実施することは差し支えない。

なお、各都道府県・指定都市において上記の研修を認知症介護実践リーダー研修に追加して実施する場合には、認知症チームケア推進研修の研修内容が含まれた研修を修了した旨を修了証に記載するなど明確になるよう配慮されたい。

問２　認知症チームケア推進加算（Ⅰ）では現行の認知症介護指導者養成研修修了のみでは、要件を満たさないという認識で良いか。また、認知症チームケア推進加算（Ⅱ）は、同様に認知症介護実践リーダー研修の修了のみでは要件を満たさないという認識で良いか。

答２　貴見のとおり。

本加算（Ⅰ）では、現行の認知症介護指導者養成研修の修了とともに、認知症チームケア推進研修を修了する必要がある。同様に、本加算（Ⅱ）では、認知症介護実践リーダー研修の修了とともに、認知症チームケア推進研修を修了する必要がある。

問３　本加算は、認知症の行動・心理症状（BPSD）が認められる入所者等にのみ加算が算定できるのか。

答３　本加算は、BPSD の予防等に資する取組を日頃から実施していることを評価する加算であるため、本加算の対象者である「周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者」に対し、BPSD の予防等に資するチームケアを実施していれば、算定が可能である。

問４　本加算で配置要件となっている者は、複数の「認知症の行動・心理症状に対応するチーム」に参加可能と考えてよいか。

答４　貴見のとおり。

ただし、配置要件となっている者が複数のチームに参加する場合であっても、各々のチームにおいて、本加算において求められる計画の作成、BPSD の評価、カンファレンスへの参加等、一定の関与が求められる。

問５　「複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること」とあるが、介護職員とはどのような者を指すか。

答５　本加算の対象である入所者等に対して、本加算の対象となるサービスを直接提供する職員を指す。なお、職種については介護福祉士以外であっても差し支えない。

問６　対象者に対して個別に行う認知症の行動・心理症状（BPSD)の評価は、認知症チームケア推進研修において示された評価指標を用いなければならないのか。

答６　貴見のとおり。

問７　認知症チームケア推進加算の算定要件は、入所(居)者又は入院患者のうち認知症日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合が 1/2 以上であることが求められているが、届出日の属する月の前３月の各月末時点の入所者等数の平均で算定するということで良いか。

答７　貴見のとおり。

問８　「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年３月 14 日厚生労働省告示第 126 号)、「指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年３月 14 日厚生労働省告示第 128 号)、「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準」（平成１２年２月 10 日厚生省告示第 21 号）において、認知症チームケア推進加算を算定している場合には同一の対象者について認知症専門ケア加算の算定が不可とされているところ、同一施設内で、入所者等 A に対しては認知症専門ケア加算、入所者等 B に対しては認知症チームケア推進加算を算定することは可能か。

答８　可能である。

問９　問８にあるように、同一施設内で対象者によって認知症専門ケア加算、認知症チームケア推進加算を算定することができるのは、どのような趣旨か。

答９　認知症チームケア推進加算は、本来認知症ケアが目指す方向性を示す対応を求めたものではあるが、施設・事業所内の入所者等の認知症の症状は、様々であることが想定される。そのため、例えば、認知症専門ケア加算を算定している対象者が施設・事業所内に居る場合でも、認知症の症状が不安定で、認知症チームケア推進加算に基づくケア提供が、より望ましいと認められる場合は、認知症専門ケア加算から認知症チームケア推進加算に切り替えていただくことは、差し支えない。

各施設・事業所においては、各加算趣旨及び各入所者等の認知症の症状に鑑み、適切な対応をお願いしたい。

問 10　「別紙様式及び介護記録等」とは具体的に何を指すか。

答 10　具体的には、下記のとおりであり、認知症チームケア推進加算算定にあたり、必ず作成が求められる。

・別紙様式：認知症チームケア推進加算に係るワークシート

・介護記録等：介護日誌や施設サービス計画書、認知症対応型共同生活介護計画書等を示す。

なお、介護記録等については、入所者等の状態の評価、ケア方針、実施したケアの振り返り等を丁寧に記載されることが重要であり、例示した介護記録等以外のものを使用しても差し支えないほか、この加算のみのために、新たな書式を定めることは必要ない。

「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.６）（令和６年５月 17 日）」より

○ 認知症チームケア推進加算

問４　厚生労働省の令和３～５年度老人保健健康増進等事業（※）において、研修を修了した者は、認知症チームケア推進研修を修了した者とみなしてよいか。

※ 令和３年度 BPSD の軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究、令和４～５年度 BPSD の予防・軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究（実施主体：社会福祉法人浴風会）

答４　貴見のとおり。なお、令和５年度 BPSD ケア体制づくり研修修了者でない者については、令和６年度中に速やかに、認知症チームケア推進ケア研修で用いる研修動画を視聴することが望ましい。

（13）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/korei fukushi/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、参考にしてください。

（参考）

・原則として医行為ではない行為について（厚生労働省）
URL：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/gensoku_ikoui.html

・H17 医政発第 0726005 号

・R 4 医政発 1201 第 4 号

・R 7 医政発 1226 第 12 号

・原則として医行為ではない行為に関するガイドライン

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。

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行い、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、７

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回の利用者の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」を組み合わせて算定する**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」を組み合わせて算定する**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 65 単位、45 分以上で 130 単位、70 分以上で 195 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（244 単位）＋生活援助加算 45 分（130 単位）
・身体介護中心型 30 分以上１時間未満（387 単位）＋生活援助加算 20 分（65 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の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、下記のとおりの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ついては、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、この場合の**「通院等」には、入院と退院も含まれます。**

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、ご留意ください。

（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１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（以下の具体的な取扱いにおいて「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。**

（５）同一建物減算

★　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

訪問介護において、同一建物等居住者へのサービス提供割合が多くなるにつれて、訪問件数が増加し、移動時間や移動距離が短くなっている実態を踏まえ、令和６年度介護報酬改定により、同一建物減算について、事業所の利用者のうち、一定割合以上が同一建物等に居住する者への提供である場合に、報酬の適正化を行う新たな減算区分が設けられました。

減算の内容及び要件等を確認いただき、適正な取扱いをお願いします。

減算の内容	算定要件
①10％減算	**事業所と同一の建物、同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物（以下「同一敷地内建物等」という。）に居住する者**に対してサービス提供した場合 ※②及び④に該当する場合を除く
②15％減算	**同一敷地内建物等に１月あたりの利用者が 50 人以上居住しており、当該建物に居住する者**に対してサービス提供した場合
③10％減算	**１月あたりの利用者が同一の建物に 20 人以上居住する建物（上記①、②の建物を除く）に居住する者**に対してサービス提供した場合

④12%減算	正当な理由なく、事業所において、**前６月間に提供した訪問介護サービスの提供総数のうち、同一敷地内建物等に居住する者に提供されたものの占める割合が 100 分の 90 以上**である場合 ※②に該当する場合を除く

（参考）根拠法令　H12 厚告 19 別表１注 12

H12 老企 36 第２の２

（16）指定訪問介護事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは指定訪問介護事業所と同一の建物（以下「同一敷地内建物等」という。）等に居住する利用者に対する取扱い

①　同一敷地内建物等の定義

注 12 における「同一敷地内建物等」とは、**当該指定訪問介護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物及び同一敷地内並びに隣接する敷地（当該指定訪問介護事業所と建築物が道路等を挟んで設置している場合を含む。）にある建築物のうち効率的なサービス提供が可能なものを指すもの**である。具体的には、一体的な建築物として、当該建物の１階部分に指定訪問介護事業所がある場合や当該建物と渡り廊下でつながっている場合など、同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物として、同一敷地内にある別棟の建築物や幅員の狭い道路を挟んで隣接する場合などが該当するものであること。

②　同一の建物に 20 人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く。）の定義

イ　「当該指定訪問介護事業所における利用者が同一建物に 20 人以上居住する建物」とは、**①に該当するもの以外の建築物を指す**ものであり、**当該建築物に当該指定訪問介護事業所の利用者が 20 人以上居住する場合**に該当し、同一敷地内にある別棟の建物や道路を挟んで隣接する建物の利用者を合算するものではない。

ロ　この場合の**利用者数は、１月間（暦月）の利用者数の平均**を用いる。この場合、**１月間の利用者の数の平均は、当該月における１日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値**とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り捨てるものとする。また、当該指定訪問介護事業所が、指定相当第１号訪問事業（介護保険法施行規則第 140 条の 63 の６第１項第１号に定める基準に従い行う事業に限る。以下同じ。）と一体的な運営をしている場合、**第１号訪問事業の利用者を含めて計算**すること。

③　当該減算は、指定訪問介護事業所と建築物の位置関係により、効率的なサービス提供が可能であることを適切に評価する趣旨であることに鑑み、本減算の適用については、位置関係のみをもって判断することがないように留意すること。具体的には、

次のような場合を一例として、サービス提供の効率化につながらない場合には、減算を適用すべきではないこと。

（同一敷地内建物等に該当しないものの例）

・同一敷地であっても、広大な敷地に複数の建物が点在する場合

・隣接する敷地であっても、道路や河川などに敷地が隔てられており、横断するために迂回しなければならない場合

④　①及び②のいずれの場合においても、同一の建物については、**当該建築物の管理、運営法人が当該指定訪問介護事業所の指定訪問介護事業者と異なる場合であっても該当する**ものであること。

⑤　同一敷地内建物等に 50 人以上居住する建物の定義

イ　**同一敷地内建物等のうち、当該同一敷地内建物等における当該指定訪問介護事業所の利用者が 50 人以上居住する建物の利用者全員に適用**されるものである。

ロ　この場合の**利用者数は、１月間（暦月）の利用者数の平均**を用いる。この場合、**１月間の利用者の数の平均は、当該月における１日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値**とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り捨てるものとする。

⑥　指定訪問介護の提供総数のうち、同一敷地内建物等に居住する利用者（指定訪問介護事業所における１月当たりの利用者が同一敷地内建物等に 50 人以上居住する建物に居住する利用者を除く。以下同じ。）に提供されたものの占める割合が 100 分の 90 以上である場合について

イ　判定期間と減算適用期間

指定訪問介護事業所は、毎年度２回、次の判定期間における当該事業所における指定訪問介護の提供総数のうち、**同一敷地内建物等に居住する利用者に提供されたものの占める割合が 100 分の 90 以上**である場合は、次に掲げるところに従い、当該事業所が実施する**減算適用期間の同一敷地内建物等に居住する利用者に提供される指定訪問介護のすべてについて減算を適用**する。

ａ　判定期間が前期（３月１日から８月 31 日）の場合は、減算適用期間を 10 月１日から３月 31 日までとする

ｂ　判定期間が後期（９月１日から２月末日）の場合は、減算適用期間を４月１日から９月 30 日までとする。

なお、令和６年度については、ａの判定期間を４月１日から９月 30 日、減算適用期間を 11 月１日から３月 31 日までとし、ｂの判定期間を 10 月１日から２月末日、減算適用期間を令和７年度の４月１日から９月 30 日までとする。

ロ　判定方法

事業所ごとに、当該事業所における判定期間に指定訪問介護を提供した利用者のうち、同一敷地内建物等に居住する利用者の占める割合を計算し、90％以上である場合に減算する。

（具体的な計算式）事業所ごとに、次の計算式により計算し、90%以上である場合に減算

（当該事業所における判定期間に指定訪問介護を提供した利用者のうち同一敷地内建物等に居住する利用者数（利用実人員））÷（当該事業所における判定期間に指定訪問介護を提供した利用者数（利用実人員））

ハ　算定手続

判定期間が前期の場合については９月 15 日までに、判定期間が後期の場合については３月 15 日までに、同一敷地内建物等に居住する者へサービス提供を行う指定訪問介護事業所は、次に掲げる事項を記載した書類を作成し、**算定の結果 90%以上である場合については当該書類を都道府県知事に提出する**こととする。なお、**90%以上でなかった場合についても、当該書類は、各事業所において２年間保存する**必要がある。

a　判定期間における指定訪問介護を提供した利用者の総数（利用実人員）

b　同一敷地内建物等に居住する利用者数（利用実人員）

c　ロの算定方法で計算した割合

d　ロの算定方法で計算した割合が 90%以上である場合であって正当な理由がある場合においては、その正当な理由

ニ 正当な理由の範囲

ハで判定した割合が 90%以上である場合には、90%以上に至ったことについて正当な理由がある場合においては、当該理由を都道府県知事に提出すること。なお、都道府県知事が当該理由を不適当と判断した場合は減算を適用するものとして取り扱う。正当な理由として考えられる理由を例示すれば次のようなものであるが、実際の判断に当たっては、地域的な事情等も含め諸般の事情を総合的に勘案し正当な理由に該当するかどうかを都道府県知事において適正に判断されたい。

a　特別地域訪問介護加算を受けている事業所である場合。

b　判定期間の１月当たりの延べ訪問回数が 200 回以下であるなど事業所が小規模である場合

c　その他正当な理由と都道府県知事が認めた場合

6.3.15 事務連絡　「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）」

問９　同一建物減算についての新しい基準は、令和６年 11 月１日から適用とあるが、現在 90%を超えている事業所が、減算適用されることになるのは、令和５年度後期（令和５年９月から令和６年２月末まで）の実績で判断するのではなく、令和６年度前期（令和６年４月から９月末まで）の実績で判断するということでよいか。

答９　**貴見のとおりである、令和６年度前期の実績を元に判断し、減算適用期間は令和６年 11 月１日から令和７年３月 31 日までとなる。**この場合、令和６年 10 月 15 日までに体制等状況一覧表を用いて適用の有無の届出が必要となる。

また、令和６年度後期（10 月から令和７年２月末）に 90%を超えた事業所については、減算適用期間は令和７年度の４月１日から９月 30 日までとなる。

なお、令和７年度以降は判定期間が前期（３月１日から８月 31 日）の場合は、減算適用期間を 10 月１日から３月 31 日までとし、判定期間が後期（９月１日から２月末日）の場合は、減算適用期間を４月１日から９月 30 日までとする。

（令和６年度の取扱い）

（令和７年度以降の取扱い）

問 10　今般の改定により、訪問介護事業所における指定訪問介護の提供総数のうち、同一敷地内建物等に居住する利用者の占める割合が 90%以上である場合に減算適用することとされたが、90%以上となった場合は全利用者について半年間減算と考えてよいか。

答 10　**同一敷地内建物等に居住する利用者のみが減算の適用**となる。

問 11　ケアマネジャーからの紹介があった時点で、既に同一敷地内建物等に居住する利用者であることが多く、これにより同一敷地内建物等に居住する利用者の占める割合が 90%以上となった場合については、正当な理由に該当すると考えてよいか。

答 11　訪問介護事業所は「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）」第 36 条の２において、訪問介護事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して指定訪問介護を提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても指定訪問介護の提供を行うよう努めなければならないこととされており、**単にケアマネジャーから地域の要介護者の紹介がないことを理由として、同一敷地内建物等に居住する利用者の占める割合が 90%以上となった場合は、正当な理由には該当しない。**

問 12　通常の事業の実施地域内に同一敷地内建物等以外に居住する要介護高齢者が少数である場合について、これにより同一敷地内建物等に居住する利用者の占める割合が 90%以上となった場合については、正当な理由に該当すると考えてよいか。

答 12　**正当な理由とみなして差し支えない。**ただし、訪問介護事業所は「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）」第 36 条の２において、訪問介護事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して指定訪問介護を提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても指定訪問介護の提供を行うよう努めなければならないこととされており、お問い合わせのケースについては、**通常の事業の実施地域の範囲が適正かどうかも含め、同一敷地内建物等以外に居住する要介護高齢者へも指定訪問介護の提供を行うよう努めているかどうか確認を行うこと。**

問 13　中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算を算定する場合は、正当な理由に該当すると考えてよいか。

答 13　**正当な理由には該当しない。**

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

理学療法士等による訪問看護の提供実態を踏まえ、訪問看護に求められる役割に基づくサービスが提供されるようにする観点から、令和６年度介護報酬改定により、理学療法士等のサービス提供状況及びサービス提供体制等に係る加算の算定状況に応じ、理学療法士等の訪問における基本報酬及び 12 月を超えた場合の減算について見直しが行われました。

減算の内容及び要件等を確認いただき、適正な取扱いをお願いします。

■訪問回数超過等減算

次のいずれかに該当する場合は、以下の表の通り減算する。

①前年度の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問回数が、看護職員による訪問回数を超えている。

②緊急時訪問看護加算、特別管理加算及び看護体制強化加算をいずれも算定していない。

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問		②緊急時訪問看護加算、特別管理加算、看護体制強化加算	
		算定している	算定していない
①訪問回数	看護職員≧リハ職	―	８単位減算
	看護職員＜リハ職	８単位減算	８単位減算

■12 月超減算（介護予防訪問看護のみ）

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「理学療法士等」という）による介護予防訪問看護の利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超える利用者に対して理学療法士等が介護予防訪問看護を行う場合、以下の通り減算する。

①「訪問回数超過等減算」を算定している場合･･･１回につき所定単位数から 15 単位減算

②「訪問回数超過等減算」を算定していない場合･･･１回につき所定単位数から５単位減算

（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、１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、午後に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（歴月）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。

⑧　**理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下⑧において「理学療法士等」という。）による訪問看護は、当該訪問看護事業所における前年の４月から当該年の３月までの期間の理学療法士等による訪問回数が看護職員による訪問回数を超えている場合は、当該年度の理学療法士等の訪問看護費から８単位を減算する。**前年の４月から当該年の３月までの期間の看護職員の訪問回数が理学療法士等による訪問回数以上である場合であっても、**算定日が属する月の前６月間において、緊急時訪問看護加算（Ⅰ）、緊急時訪問看護加算（Ⅱ）、特別管理加算（Ⅰ）、特別管理加算（Ⅱ）、看護体制強化加算（Ⅰ）及び看護体制強化加算（Ⅱ）のいずれも算定していない場合は、理学療法士等の訪問看護費から８単位を減算する。**

なお、⑥の定期的な看護職員による訪問に際し、看護職員と理学療法士等が同時に訪問した場合、看護職員の訪問看護費を算定する場合は看護職員の訪問回数を積算し、看護職員の訪問看護費を算定せず、理学療法士等の訪問看護費を算定する場合には、理学療法士等の訪問回数として積算すること。

また、令和６年度に減算する場合は、令和５年度の訪問回数の実績に応じ、令和６年６月１日から令和７年３月 31 日までの間で減算することとし、令和７年度以降は前年度の訪問回数の実績に応じ、翌年度４月から減算とする。

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

（22）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

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、第２の３の（４）⑧を算定している場合は、介護予防訪問看護費から 15 単位を減算し、第２の３の（４）⑧を算定していない場合は、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。

6.3.15 事務連絡 「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）」

問 28　理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）による訪問看護の減算の要件である、前年度の理学療法士等による訪問回数は、連続して２回の訪問看護を行った場合はどのように数えるのか。

答 28　理学療法士等による訪問看護の減算に係る訪問回数については、**理学療法士等が連続して２回の訪問を行った場合は、１回と数える。例えば、理学療法士が３月１日と３月３日にそれぞれ２回ずつ訪問を実施した場合、算定回数は４回であるが、訪問回数は２回となる。また、理学療法士等が３月５日の午前に１回、午後に連続して２回訪問を実施した場合は、算定回数は３回、訪問回数は２回となる。**

問 29　前年度の理学療法士等による訪問回数はどのように算出するのか。

答 29　居宅サービス計画書、訪問看護報告書及び訪問看護記録書等を参照し、訪問回数を確認すること。

問 30　前年度の理学療法士等による訪問回数には、連携型の定期巡回・随時対応型訪問介護看護による訪問回数は含まれるか。

答 30　**含まれる。**

6.4.30 事務連絡 「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.５）」

問１　減算の要件のひとつに「当該訪問看護事業所における前年度の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問回数が、看護職員による訪問回数を超えていること。」とあるが、この訪問回数は、訪問看護費と介護予防訪問看護費で別々で数えるのか。それとも合算して数えるのか。

答１　**指定訪問看護事業者が指定介護予防訪問看護事業者の指定を合わせて受け、一体的に運営されている場合については合算して数える。**

同様に、緊急時（介護予防）訪問看護加算、特別管理加算、看護体制強化加算（（Ⅰ）又は（Ⅱ）あるいは（予防））に係る要件についても、訪問看護費と介護予防訪問看護費における双方の算定日が属する月の前６月間において、加算の算定実績がない場合には、所定の単位を減算する。

（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、ご留意ください。

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

（24）介護老人保健施設、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、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限り、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麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理、在宅強心剤持続投与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　　真皮を越える褥瘡の状態

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 15

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(21)

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

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、令和３年度の制度改正では、算定の基準について見直しが行われました。

以下の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、**医療機関において、当該医療機関の医師の診療を受け、当該医療機関の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士からリハビリテーションの提供を受けた利用者に関しては、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式２－２－１をもって、当該医療機関から情報提供を**

受けた上で、当該事業所の医師が利用者を診療し、記載された内容について確認して、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、次回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６年度介護報酬改定により、介護予防サービスにおけるリハビリテーションの質を評価し、適切なサービス提供とする観点から、長期間利用の減算について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**となりますが、**以下の要件をすべて満たす場合においては減算を行わない**こととなりました。

■減算を行わない要件

ア　**３月に１回以上、当該利用者に係るリハビリテーション会議**を開催し、専門的な見地から**利用者の状況等に関する情報を構成員と共有**し、**会議の内容を記録**するとともに、利用者の状態の変化に応じ、**介護予防訪問リハビリテーション計画を見直している**こと。

イ　**利用者ごとの介護予防訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省（LIFE）に提出**し、リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

※要件を満たさない場合は、１回につき 30 単位の減算となる。

（参考）根拠法令等

H18 老計発第 0317001 号他　第２の４（13）

（13）注 13 の取扱いについて

①（略）

②　リハビリテーション会議の開催については、指定訪問リハビリテーションと同じであることから、別途通知（**「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」）を参照**すること。

③　**厚生労働省への情報の提出については、LIFE を用いて行うこととする。**LIFE への提出情報、提出頻度等については、**「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照**されたい。サービスの質の向上を図るため、LIFE への提出情報及びフィードバック情報を活用し、SPDCA サイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

④　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。**

6.3.19 事務連絡　「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）」

問 12　介護予防訪問・通所リハビリテーションの利用が 12 月を超えた際の減算（12 月減算）を行わない場合の要件について、いつの時点で要件を満たしていれば、当初から減算を行わないことができるのか。

答 12　リハビリテーション会議については、**減算の適用が開始される月（12 月を超えた日の属する月）にリハビリテーション会議を行い、継続の必要性について検討した場合に要件を満たす**。

厚生労働省への LIFE を用いたデータ提出については、**減算の適用が開始される月の翌月 10 日までにデータを提出した場合に要件を満たす**。

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 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。**

（３）リハビリテーションマネジメント加算

★　対象サービス…訪問リハビリテーション

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、リハビリテーションマネジメント加算について令和６年度

介護報酬改定により、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

報酬体系の簡素化の観点から、現行の加算区分が整理され、**医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得た場合の加算が新設（旧加算の組み換え）**されました。

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、口腔の実施及び一体的取組について」（介護保険最新情報 vol.1217）**にて国から示されていますので、併せて確認をお願いします。

	リハマネ加算（イ）	リハマネ加算（ロ）
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指定居宅サービス等の担当者その他の関係者、必要に応じて歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士等	
説明・同意	リハビリテーション計画（以下「リハ計画」）について、作成に関与した**医師、**理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族（以下「利用者等」）に説明し、利用者の同意を得る。 ただし、**理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「理学療法士等」）が説明した場合は、説明した内容等について、医師へ報告する。医師が利用者等に対し説明し、利用者から同意を得た場合**は、１月につき **270 単位**を加算する。	
計画の見直し	**３月に１回以上**、リハ会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハ計画を見直す。	
情報提供・状況共有	・理学療法士等が、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。 ①**理学療法士等が**、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を行う。 ②**理学療法士等が、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を行う。	
記録	上記要件を満たしていることを確認し、記録する。	
LIFE への提出		LIFE によりデータを提出し、フィードバック情報を活用し、PDCA 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４ 注９、H12 老企 36　第２の５（10）、H27 厚労告 95 十二

6.3.15 事務連絡 「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）」

問 84　リハビリテーションマネジメント加算（イ）、（ロ）及び（ハ）について、**同一の利用者に対し、加算の算定要件の可否によって、月ごとに算定する加算を選択することは可能か。**

答 84　可能である。

※令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和３年３月 23 日）問９の修正。

6.4.30 事務連絡 「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.５）」

問２　リハビリテーションマネジメント加算を算定する際、リハビリテーション計画について、リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合、１月につき 270 単位が加算できるとされている。医師による説明があった月のみ、270 単位が加算されるのか。

答２　リハビリテーションの基本報酬の算定の際、３月に１回以上の医師の診療及び３月に１回以上のリハビリテーション計画の見直しを求めていることから、**３月に１回以上、リハビリテーション計画について医師が説明を行っていれば、リハビリテーションマネジメント加算に、毎月 270 単位を加算することができる。**

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。）。

（２）加算の新設と届出

①患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

薬剤師が行う居宅療養管理指導について、在宅患者に対して適切な薬物療法を提供する観点から、以下の見直しが行われました。

ア 在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、注入ポンプによる麻薬の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行うことを評価する新たな加算を設ける。

イ 在宅中心静脈栄養法が行われている患者に対して、輸液セットを用いた中心静脈栄養法用輸液等の薬剤の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行うことを評価する新たな加算を設ける。

ウ 心不全や呼吸不全で麻薬注射剤を使用する患者は頻回な訪問が必要となることから、末期の悪性腫瘍の者及び中心静脈栄養を受けている者と同様に、週に２回かつ１月に８回を限度として算定することを可能とする。

②算定要件等

ア　医療用麻薬持続注射法加算（新設）

（ア）在宅で医療用麻薬持続注射法を行っている利用者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について当該利用者又は家族等に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合に、１回につき 250 単位を所定単位数に加算する。

（イ）麻薬及び向精神薬取締法第３条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。

（ウ）医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第 39 条第１項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。

イ　**在宅中心静脈栄養法加算（新設）**

（ア）在宅中心静脈栄養法を行っている利用者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合に、１回につき 150 単位を所定単位数に加算する。

（イ）医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第 39 条第１項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は同法第 39 条の３第１項の規定による管理医療機器の販売業の**届出**を行っていること。

ウ　終末期におけるがん以外の在宅患者への薬学管理**（変更）**

（ア）在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、薬局の薬剤師が、医師又は歯科医師の指示に基づき、当該薬剤師が策定した薬学的管理導計画に基づき、当該利用者を訪問し、薬学的な管理指導を行い、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行った場合に、単一建物居住者の人数に従い、１月に４回を限度として、所定単位数を算定する。ただし、薬局の薬剤師にあっては、以下の者に対して、当該利用者を訪問し、薬学的な管理指導等を行った場合は、１週に２回、かつ、１月に８回を限度として、所定単位数を算定する。

a　末期の悪性腫瘍の者

b　中心静脈栄養を受けている者

c　注射による麻薬の投与を受けている者（追加）

15.5.30 事務連絡「介護報酬に係るＱ＆Ａ」

問６　訪問診療を算定した同一日における薬剤師等の居宅療養管理指導の算定について

答６　医療保険による訪問診療を算定した日において、医療機関の薬剤師・管理栄養士の居宅療養管理指導を算定できない。ただし、医療機関の薬剤師・管理栄養士の居宅療養管理指導を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合についてはこの限りではない。

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６年度報酬改定により、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、口腔の実施及び一体的取組について」（介護保険最新情報 vol.1217）**にて国から示されていますので、確認をお願いします。

なお、運営指導等で以下のような不適正な事例が見受けられます。再度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＞

・機能訓練指導員が他の職種を兼ねており、専ら機能訓練の職務に従事していることが確認できない。
・機能訓練に関する記録について、実施時間、実施内容及び実施者が確認できない。
・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を確認していることが確認できない。

	個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ
職員配置	**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 **※時間の配置の定めなし。** ※常勤・非常勤を問わない。	**（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１名以上配置 **※時間の配置の定めなし。** ※常勤・非常勤を問わない。
目標設定	・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。 ・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。 ＜長期目標の設定＞ 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。 ａ　体の働きや精神の働きである**「心身機能」** 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」** ｃ　家庭や社会で役割を果たすことである**「参加」** ＜短期目標の設定＞ 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。
訓練項目	・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**。 ・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。
実施内容	・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。 ・**概ね週１回以上実施することを目安**とする。
実施後	・個別訓練に関する記録（**実施時間、実施内容、実施者**）は、**利用者ごとに保管**され、常に個別機能訓練従事者により閲覧が可能である。 ・**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 13、H27 厚労告 95　16、H12 老企 36　第２の７（13）

H18 厚労告 126　別表２の２　注 16、H27 厚労告 95　51 の５、H18 老計発第 0331005 号他　第２の３の２（13）

なお、令和６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、併せて確認をお願いします。

6.3.15 事務連絡　「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）」

問 54　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１名以上配置することとなっているため、**合計で同時に２名以上の理学療法士等を配置する必要がある**ということか。

答 54　貴見のとおり。

6.3.15 事務連絡　「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）」

問 55　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 55　**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。

6.3.15 事務連絡 「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）」

問 57　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 57　**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

10 時から 13 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、**10 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）ロを算定**することができる。（**９時から 10 時、12 時から 13 時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。）

また、下記の Q&A について、厚生労働省に照会しましたので、御活用ください。

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 58　個別機能訓練加算（Ⅰ）イ又はロにおいては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を配置する必要があるが、指定通所介護（指定地域密着型通所介護）事業所に配置が義務づけられている管理者がこれを兼ねることは可能か。

答 58　管理者の配置基準は、指定通所介護事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置くこと（ただし、指定通所介護等事業所の管理上支障がない場合は、当該指定介護所介護等事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。）とされている。

一方で個別機能訓練加算（Ⅰ）イ又はロにおける人員配置基準は、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を配置することを求めるものであることから、**指定通所介護等事業所に配属が義務づけられている管理者が、管理者としての職務に加えて、機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を兼ねることにより、同基準を満たすことはできないものである。**

静岡市からの照会に対する厚生労働省の回答

問：個別機能訓練加算について、管理者が機能訓練指導員を兼務する場合は、当該加算の

配置要件における機能訓練指導員の人数に含めることができないのか。

答：管理者と機能訓練指導員を兼務する場合は、個別機能訓練加算（Ⅰ）イ又はロ（認知症対応型通所介護にあっては個別機能訓練加算）の配置要件を満たさないものとなるが、**両方の職務を同時並行的に実施されるのではなく、管理業務に支障がない範囲において、管理者として従事する時間と機能訓練指導員として従事する時間を切り分けて従事する場合、配置要件を満たす**ものとして取扱いが可能。

なお、機能訓練指導員として従事する時間帯は、「専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等」であり、管理者として従事することはできないため、計画上に機能訓練指導員として配置された時間帯に突発的に管理業務が発生し、対応した場合は、配置要件を満たさないものとなる。

（２）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６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。運営指導等では、以下のような不適正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。
・入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修を実施している記録が確認できない。

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。

〇入浴介助加算（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。
・入浴介助に関わる職員に対し、**入浴介助に関する研修等を行う**。

〇入浴介助加算（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。ただし、**医師等による利用者の居宅への訪問が困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が評価及び助言を行っても差し支えない**ものとする。

・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。ただし、**入浴計画に相当する内容を通所介護計画に記載することをもって、個別の入浴計画の作成に代えることができる**。

・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。

6.3.15 事務連絡 「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）」

問 60　入浴介助に関する研修とは具体的にはどのような内容が想定されるのか。

答 60　具体的には、**脱衣、洗髪、洗体、移乗、着衣など入浴に係る一連の動作において介助対象者に必要な入浴介助技術や転倒防止、入浴事故防止のためのリスク管理や安全管理等が挙げられる**が、これらに限るものではない。

なお、これらの研修においては、内部研修・外部研修を問わず、入浴介助技術の向上を図るため、継続的に研修の機会を確保されたい。

6.3.15 事務連絡 「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）」

問 62　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 62　**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あっては、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、介護福祉士若しくは介護支援専門員又は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、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者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況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取り扱う。

6.3.15 事務連絡 「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）」

問 63 入浴介助加算(Ⅱ)について、医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士若しくは介護支援専門員又は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、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者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**「住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者」とはどのような者が想定されるか。**

答 63 **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 利用者の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的援助を、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。	

（根拠法令）

H12 厚告 19 別表６ 注 10、H27 厚労告 95 十四の五、H12 老企 36 第２の７（10）

H12 厚告 19 別表７ 注９、H27 厚労告 95 二十四の五、H12 老企 36 第２の８（12）

H18 厚労告 126 別表２の２ 注 13、H18 老計発第 0331005 号他 第２の３の２（10）

H18 厚労告 126 別表３ 注８、H18 老計発第 0331005 号他 第２の４（11）、H18 厚労告 128 別表１ 注８

（３）人員基準欠如に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、以下のとおりとなりますが、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、ご留意ください。

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

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

イ　介護職員の算定式）

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

（根拠法令）

H12 厚告 19 別表６ 注１　H12 老企 36　第２の７（25）

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（25）

（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正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、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	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**。 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**。 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**。
利用者の割合要件（要介護３以上）	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**。 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。 ③利用実人員数による計算の場合、**月途中で要介護状態区分が変更となった場合は、月末の要介護状態区分を用いる。**

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 11、H27 厚労告 95 十五、H12 老企 36 第２の７（11）

H12 厚告 19 別表７ 注 21、H27 厚労告 95 三十一、H12 老企 36 第２の８（23）

H18 厚労告 126　別表２の２　注 14、厚労告 95 五十一の四、H18 老計発第 0331005 号他 第２の３の２（11）

（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８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７年４月～令和８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

①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	

②通所リハビリテーションの場合

		前年度の１か月当たりの平均利用延人員数	設備に関する基準
事業所区分	通常規模型リハビリテーション費	750 人以内	３平方メートルに利用定員を乗じた面積以上のリハビリ専用の部屋等を有すること。
	大規模型通所リハビリテーション費	751 人以上	

令和６年度介護報酬改定により、**通所リハビリテーションにおける大規模事業所のうち、以下の要件をすべて満たす場合には、通常規模型と同等の基本報酬（大規模型（特例））を算定することができる**ようになりました。

※適用する場合は、市への届出が必要です。

ア　要件

・リハビリテーションマネジメント加算の算定率が、利用者全体の 80%を超えていること。

・利用者に対するリハビリテーション専門職の配置が 10：1 以上であること。

イ　提出書類

・介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

・介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

・大規模型事業所（特例）計算シート

■平均利用延人員数の計算■

・通所介護の場合

○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

・通所リハビリテーションの場合

○利用時間が１時間以上２時間未満の利用者の場合

⇒　利用者数×４分の１

○利用時間が２時間以上３時間未満、３時間以上４時間未満の利用者の場合

⇒　利用者数×２分の１

○利用時間が４時間以上５時間未満、５時間以上６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（６）、H12 老企 36　第２の８（10）

（６）運動器機能向上加算の基本報酬への包括化

★　対象サービス…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

令和６年度介護報酬改定により、通所介護相当サービス及び介護予防通所リハビリテーションにおける運動器機能向上サービスが基本報酬に包括化され、運動器機能向上加算は廃止となりました。

本市における運動器機能向上サービスの取扱いについては、下記のとおり整理しておりますので、確認をお願いします。

問　運動器機能向上加算の要件であった利用者ごとの運動器機能向上計画を作成する必要があるか。また、アセスメント、モニタリング、体力測定の実施の必要があるか。

答　**運動機器向上計画の作成については任意とする。**ただし、**作成しない場合には通所介護相当サービス計画に、運動器機能向上サービスの内容を記載する**こと。また、アセスメントとモニタリングについては定期的に実施し、体力測定については必要に応じて実施すること。

（参考）根拠法令等

3.3.19 老認発 0319 第３号

３　通所型サービス費

（１）通所型サービスの意義について

指定相当通所型サービスの基本報酬においては、入浴介助及び運動器機能向上サービスの実施に係る費用が包括評価されているところであり、指定相当通所型サービスは、基準告示第 47 条に定めるとおり、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものであることを踏まえ、サービスの実施に当たっては以下の点に留意すること。

①（略）

②運動器機能向上サービス（利用者の運動器の機能向上を目的として個別に実施される機能訓練であって、利用者の心身の状態の維持または向上に資すると認められるものをいう。）は、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で６月以上勤務し、かつ、機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）を１名以上配置し、**国内外の文献等において介護予防の観点から有効性が確認されている手法等**を用いて行うこと。

（根拠法令）H18　老計発 031700 号他　別紙１　第２の６（１）

（７）送迎を行わない場合の減算

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

令和６年度の介護報酬改定において、通所系サービスの送迎について見直しがなされ、第１号通所事業においても送迎減算の適用が開始されました。

本市としての、送迎減算の適用に関する考え方については、下記の通り整理しておりますので、確認をお願いします。

問　　送迎を行う予定である利用者の自宅まで迎えに行ったが利用者が不在等であり、結果的に家族等が利用者を事業所まで送った場合又は当日に急遽利用者から送迎を不要とする申出があった場合は送迎減算の対象になるか。

答　　**送迎減算の対象になる。**

通所サービス計画等において送迎を行うことが位置付けられている利用者についても、**事業者都合・利用者都合を問わず、サービス提供日に利用者の居宅と事業所の間の送迎を実際に行っていなければ減算の対象**になる。

（参考）

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

問８　以下の場合は送迎減算の対象になるのか。

①　通所型サービスの利用が介護予防サービス計画に位置づけられていた日に，予定していた通所型サービスの提供が行われなかった場合

②　通所型サービスの利用が介護予防サービス計画に位置づけられていた日に、通所型サービスの提供は行われたが、送迎が行われなかった場合（予定していた送迎が中止となった場合を含む）

答８　事業者都合・利用者都合を問わず、サービス提供日に利用者の居宅と事業所の間の送迎を実際に行っていたかを確認の上、送迎を行っていなければ送迎減算が適用される。

①については、通所型サービス自体の提供が行われていないため、送迎減算は適用されない。

一方で、②はサービス提供日に利用者の居宅と事業所の間の送迎が行われていないため、送迎減算が適用される。

27.4.1 事務連絡 「平成 27 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.1)」

問 61　送迎減算は、個別サービス計画上、送迎が往復か片道かを位置付けさせた上で行うことになるため、利用者宅に迎えに行ったが、利用者や家族等の都合で結果的に利用者の家族等が、事業所まで利用者を送った場合には、減算の対象とならないのか。

答 61　送迎減算の有無に関しては、個別サービス計画上、送迎が往復か片道かを位置付けさせた上で、実際の送迎の有無を確認の上、送迎を行っていなければ減算となる。

（根拠法令）

H12 厚告 19 別表６ 注 24、H12 老企 36 第２の７（23）

H12 厚告 19 別表７ 注 24、H12 老企 36 第２の８（26）

H18 厚労告 126 別表２の２　注 29、H18 老計発第 0331005 号他　第２の３の２（23）

H18 厚労告 126 別表３ 注 20、H18 老計発第 0331005 号他　第２の４（19)、H18 厚労告 128　別表１ 注 19

令 3 厚労告 72　別紙２　注 10、令３老認発 0319 第３号　第３の３（５）

（８）口腔機能向上加算

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

口腔機能向上加算について、運営指導にて以下のような不適正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＞

・当該加算を算定できる利用者であることを確認していない。

・記録の内容について、サービス提供者氏名及び職種が明記されていない。

なお、算定できる利用者については、次の①から③までのいずれかに該当する者である必要がありますので、ご留意ください。

① **認定調査票**における**嚥下、食事摂取、口腔清潔**の３項目の**いずれかの項目**において**「１」以外に該当**する者

② **基本チェックリスト**の**口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)**の３項目のうち、**２項目以上が「１」に該当**する者

③ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者

（例）認定調査票及び主治医意見書の摂食・嚥下機能に関する特記事項における記載内容から、口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者

視認により口腔内の衛生状態に問題があると判断される者

医師、歯科医師、介護支援専門員、サービス提供事業所等からの情報提供により口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者

21.3.23　事務連絡「平成 21 年 4 月改定関係 Q&A(vol.1)」

問 14　口腔機能向上加算を算定できる利用者として、「ハ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者」が挙げられているが、具体例としてはどのような者が対象となるか。

答 14　例えば、認定調査票のいずれの口腔関連項目も「１」に該当する者、基本チェックリストの口腔関連項目の１項目のみが「１」に該当する又はいずれの口腔関連項目も「０」に該当する者であっても、介護予防ケアマネジメント又はケアマネジメントにおける課題分析に当たって、**認定調査票の特記事項における記載内容（不足の判断根拠、介助方法の選択理由等）から、口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者**については算定できる利用者として差し支えない。同様に、**主治医意見書の摂食・嚥下機能に関する記載内容や特記すべき事項における記載内容（不足の判断根拠、介助方法の選択理由等）から、口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者**については算定できる利用者として差し支えない。同様に、**主治医意見書の摂食・嚥下機能に関する記載内容や特記すべき事項の記載内容等から口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者、視認により口腔内の衛生状態に問題があると判断される者、医師、歯科医師、介護支援専門員、サービス提供事業所等からの情報提供により口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者**等についても算定して差し支えない。なお、口腔機能の課題分析に有用な参考資料（口腔機能チェックシート等）は、「**口腔機**

能向上マニュアル」確定版（平成２１年３月）に収載されているので対象者を把握する際の判断の参考にされたい。

また、**利用者が複数の通所系サービスを利用している場合**は、**原則１事業所のみ算定が可能**となりますので、ご留意ください。

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 33　それぞれ別の通所介護・通所リハビリテーション事業所にしている場合、それぞれの事業所で同時に栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定することはできるのか。

答 33　御指摘の件については、ケアマネジメントの過程で適切に判断されるものと認識しているが、**①算定要件として、それぞれの加算に係る実施内容等を勘案の上、１事業所における請求回数に限度を設けていること、②２事業所において算定した場合の利用者負担等も勘案すべきこと**から、**それぞれの事業所で栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定することは基本的には想定されない**。

（根拠法令）

H12 厚告 19 別表６ 注 20、H27 厚労告 95 二十、H12 老企 36 第２の７（20）

H12 厚告 19 別表７ 注 18、H27 厚労告 95 三十、H12 老企 36 第２の８（21）

H18 厚労告 126 別表２の２　注 23、H27 厚労告 95 五十一の八、H18 老計発第 0331005 号他　第２の３の２（20）

H18 厚労告 126 別表３ 注 16、H27 厚労告 95 五十一の十三、H18 老計発第 0331005 号他　第２の４(16)、H18 厚労告 128　別表１ 注 15、H27 厚労告 95 百二十一の五

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、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。

ただし、令和６年度介護報酬改定により、**以下の要件をすべて満たす場合においては、減算を行わない**こととなりました。

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。

■減算を行わない要件

ア　**３月に１回以上、当該利用者に係るリハビリテーション会議**を開催し、専門的な見地から**利用者の状況等に関する情報を構成員と共有**し、**会議の内容を記録**するとともに、利用者の状態の変化に応じ、**介護予防通所リハビリテーション計画を見直している**こと。

イ　**利用者ごとの介護予防通所リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省（LIFE）に提出**し、リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

※要件を満たさない場合は、要支援１が120単位、要支援２が240単位の減算となる。

6.3.19 事務連絡　「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）」

問12　介護予防訪問・通所リハビリテーションの利用が12月を超えた際の減算（12月減算）を行わない場合の要件について、いつの時点で要件を満たしていれば、当初から減算を行わないことができるのか。

答12　リハビリテーション会議については、**減算の適用が開始される月（12月を超えた日の属する月）にリハビリテーション会議を行い、継続の必要性について検討した場合に要件を満たす**。

厚生労働省へのLIFEを用いたデータ提出については、**減算の適用が開始される月の翌月10日までにデータを提出した場合に要件を満たす**。

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（５）

①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 120 単位、要支援２の場合 240 単位減算する。ただし、厚生労働大臣が定める基準をいずれも満たす場合においては、リハビリテーションマネジメントのもと、リハビリテーションを継続していると考えられることから、減算は行わない。

②（略）

③（略）

④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。

（根拠法令）　H18 厚労告 127 別表５ 注 10

（２）リハビリテーションマネジメント加算

★　対象サービス…通所リハビリテーション

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、リハビリテーションマネジメント加算について、令和６年度介護報酬改定により、以下のとおり見直しが行われました。

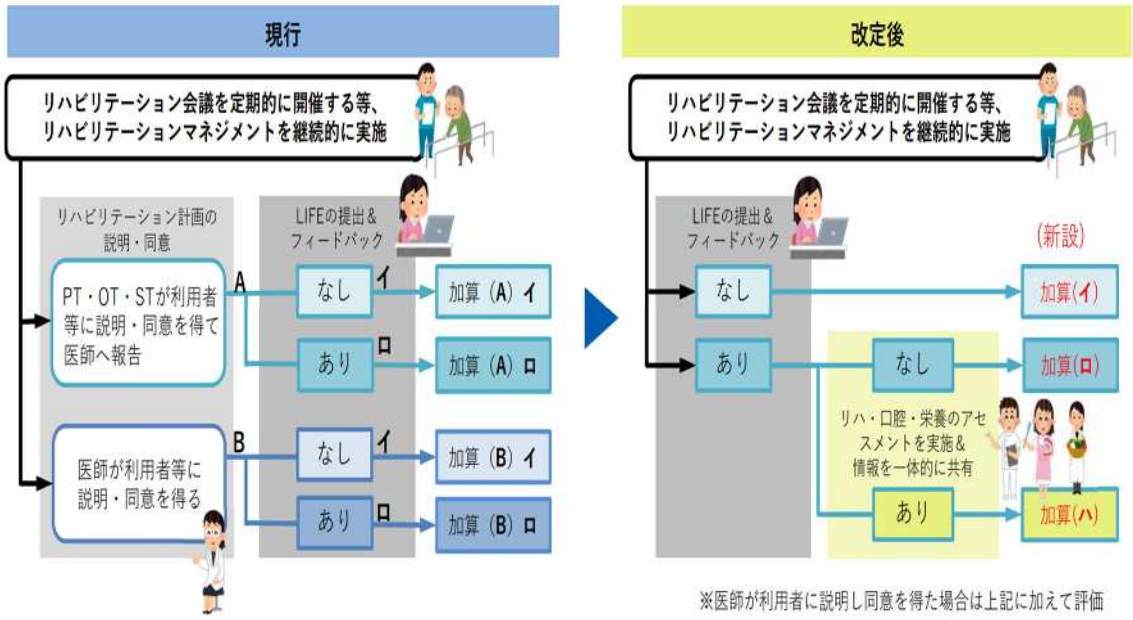
加算要件の内容を確認いただき、適正な取扱いをお願いします。

①リハビリテーションマネジメント加算等の見直し

報酬体系の簡素化の観点から、現行の加算区分が整理され、**栄養アセスメント及び口腔の健康状態の評価を行うこと等を評価する新たな加算区分**が設けられました。また、**医師**

が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得た場合の加算が新設されました。

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とおりとなります。



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、口腔の実施及び一体的取組について」（介護保険最新情報 vol.1217）**にて国から示されていますので、併せて確認をお願いします。

	リハマネ加算（イ）	**リハマネ加算（ロ）**
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、必要に応じて歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士等	
説明・同意	リハビリテーション計画（以下、「リハ計画」）について、作成に関与した医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族（以下、「利用者等」）に説明し、利用者の同意を得る。 ただし、**理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下、「理学療法士等」）が説明した場合は、説明した内容等について、医師へ報告す**	

	る。 **医師が利用者等に対し説明し、利用者から同意を得た場合**は、１月につき **270 単位**を加算する。
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する。
情報提供・状況共有	・理学療法士等が、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。 ①**理学療法士等が**、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を行う。 ②**理学療法士等が、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を行う。
記録	上記要件を満たしていることを確認し、記録する。
LIFE への提出	LIFE によりデータを提出し、フィードバック情報を活用し、PDCA サイクルにより、サービスの管理を行う

	リハマネ加算（ハ）
共通事項	リハマネ加算（ロ）の要件を満たしている。
人員配置	・事業所の従業者又は外部との連携により**管理栄養士を１名以上配置**する。 **・言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を１名以上配置**する。
栄養アセスメント	利用者ごとに、**医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施**し、利用者又は家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応する。
口腔の健康状態の評価	利用者ごとに、**言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価**し、利用者の口腔の健康状態に係る課題の把握を行う。
情報の共有	利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者（以下

	「関係職種」）が、**リハ計画等の内容等の情報や有効なリハビリの実施のために必要な情報、利用者の栄養情報及び口腔の健康状態に関する情報を相互に共有する。**
計画の見直し内容の共有	関係職種で共有した情報を踏まえ、必要に応じて**リハ計画を見直し、見直した内容を関係職種の間で共有する。**
その他	定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。

（根拠法令）H12 厚告 19 別表７ 注 10、H27 厚労告 95　25、H12 老企 36　第２の８（13）

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イ（１）、ロ（１）、ハ（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イ（２）、ロ（２）、ハ（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イ（１）、ロ（１）、ハ（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**となりました。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

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**。

＜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　現在介護保険のリハビリを受けているが、目的が異なれば、利用者の希望により、併用して医療保険のリハビリを受けることは可能ですか。

答　リハビリについては、疾患別の算定日数等に伴い、医療保険若しくは介護保険のリハビリを実施することとなっています。そのため、同一疾患によるリハビリの場合は、実施目的が異なっていても併用することはできません。

８　福祉用具貸与・特定福祉用具販売

（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 日付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度の見直しが実施されていましたが、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、全国平均貸与価格及び貸与価格の上限につきましても、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、ご留意ください。

○参考

・厚生労働省ホームページ（３　貸与価格の公表について）
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）H12 厚告 19　別表 11、H30 厚労告 80、H30 老高発 0322 第１号

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。

・**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。

・**（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。

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

・令和６年度介護報酬改定に伴うふくせん福祉用具サービス計画書への対応
http://www.zfssk.com/sp/1204_monitoring/r6_document.pdf

・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１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。**

二～八　（略）

九　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。**

５～８　（略）

（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。

介護度 / 品目	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 219 ページの表を活用し、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

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。

○参考

・静岡市ホームページ（軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付）

URL⇒https://www.city.shizuoka.lg.jp/s2984/s012531.html

健康・医療・福祉 ＞ 福祉・介護 ＞ 介護福祉 ＞ 介護保険サービス ＞ 介護保険で受けられるサービス ＞ 介護保険サービス一覧 ＞ 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付

（３）一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入

★　対象サービス…（介護予防）福祉用具貸与、特定（介護予防）福祉用具販売

①　利用者の過度な負担を軽減しつつ、制度の持続可能性の確保を図るとともに、福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全を確保する観点から、一部の福祉用具について貸与と販売の選択制が導入されました。具体的には、要介護度に関係なく給付が可能な福祉用具のうち、比較的廉価で、購入した方が利用者の負担が抑えられる者の割合が相対的に高い、**固定用スロープ、歩行器（歩行車を除く）、単点杖（松葉づえを除く）及び多点杖が対象です。**

②　福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全を確保する観点から、貸与と販売の選択制の導入に伴い、以下の対応を行うこととなります 。

ア　選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具専門相談員又は介護支援専門員が、**福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることについて、利用者等に対し、メリット及びデメリットを含め十分説明を行うこととするとともに、利用者の選択に当たって必要な情報を提供すること及び医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえ、提案を行う**こととする。

イ　福祉用具貸与について、選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具専門相談員が、**利用開始後６月以内に少なくとも１回モニタリングを行い、貸与継続の必要性について検討を行う**こととする。

ウ　特定福祉用具販売について、選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具専門相談員が、**特定福祉用具販売計画の作成後、当該計画における目標の達成状況を確認する**こととする。また、**利用者等からの要請等に応じて、販売した福祉用具の使用状況を確認するよう努める**とともに、**必要な場合は、使用方法の指導、修理等（メンテナンス）を行うよう努める**こととする。

（根拠法令）H11 厚令 37　第 199 条・第 199 条の２・第 214 条・第 214 条の２、H11 老企 25　第３の十一の３（３）・第３の十二の３（４）

（４）モニタリング実施時期の明確化、結果の記録及び介護支援専門員への交付

★　対象サービス…（介護予防）福祉用具貸与

①　モニタリング実施時期の明確化

福祉用具貸与のモニタリングを適切に実施し、サービスの質の向上を図る観点から、福祉用具貸与計画の記載事項にモニタリングの実施時期を追加することとなりました。

②　モニタリング結果の記録及び介護支援専門員への交付

福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全を確保する観点から、福祉用具専門相談員が、モニタリングの結果を記録し、その記録を介護支援専門員に交付することが義務付けられました。

〈根拠法令〉

H11　老企 25　第３の十一の３（３）
H11　厚令 37

（福祉用具貸与計画の作成）
第 199 条の２
１　福祉用具専門相談員は、利用者の希望、心身の状況及びその置かれている環境を踏まえ、指定福祉用具貸与の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、**福祉用具貸与計画の実施状況の把握（以下この条において「モニタリング」という。）を行う時期**等を記載した福祉用具貸与計画を作成しなければならない。（略）

２～４　（略）

５　福祉用具専門相談員は、**福祉用具貸与計画の作成後、モニタリングを行うものとする。**ただし、対象福祉用具に係る指定福祉用具貸与の提供に当たっては、**福祉用具貸与計画に基づくサービス提供の開始時から６月以内に少なくとも１回モニタリングを行い、その継続の必要性について検討を行うものとする。**

６　福祉用具専門相談員は、**モニタリングの結果を記録し、当該記録をサービスの提供に係る居宅サービス計画を作成した指定居宅介護支援事業者に報告しなければならない。**

７　福祉用具専門相談員は、**モニタリングの結果を踏まえ、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。

８　（略）

表（H12 老企 36）

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 ㈠　日常的に歩行が困難な者 ㈡　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 ㈠　日常的に起きあがりが困難な者 ㈡　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 ㈠　意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者 ㈡　移動において全介助を必要としない者	 基本調査３－１ 「１．調査対象者が意見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 ㈠　日常的に立ち上がりが困難な者 ㈡　移乗において一部介助又は全介助を必要とする者 ㈢　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 ㈠　排便において全介助を必要とする者 ㈡　移乗において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」

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・退所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の提供を受けていない。

・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〔令和６年老高発 0315 第１号・老認発 0315 第１号・老老発 0315 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　ニ

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

（16）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当たっては、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に盛り込むべき項目が定められていない。
・入居の際に、利用者又はその家族等に対して、指針の内容を説明し、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　ヘ　、H27 厚労告 96　二十四、H27 厚労告 94　二十九

H12 老企 40　第２の４（18）

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認められる場合には、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）

（３）夜間看護体制の強化

★　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

夜間の看護職員の体制を強化し、医療的ケアを要する者の積極的な受入れを促進する観点から、特定施設入居者生活介護等における夜間看護体制加算を見直し、「夜勤又は宿直の看護職員の配置」を行う場合について評価する新たな区分が設けられました。その際、現行の加算区分については、新たな加算区分の取組を促進する観点から、評価の見直しが行われています。

＜現行＞　　＜改定後＞

夜間看護体制加算　10 単位/日　→　夜間看護体制加算（Ⅰ）　18 単位/日（新設）

夜間看護体制加算（Ⅱ）　９単位/日（変更）

H27 厚労告 96　二十三

イ　夜間看護体制加算（Ⅰ）**（新設）**

（１）常勤の看護師を１名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること 。

（２）当該加算を算定する期間において、夜勤又は宿直を行う看護職員の数が１名以上であって、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保していること。

（３）重度化した場合における対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

ロ　夜間看護体制加算（Ⅱ）※現行の夜間看護体制加算の算定要件と同様

（１）イ（１）及び（３）に該当するものであること。

（２）看護職員により、又は病院若しくは診療所若しくは指定訪問看護ステーションとの連携により、利用者に対して、24 時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保していること 。

（参考）根拠法令等

H12 厚告 19 別表 10　注 11、H12 老企 40　第２の４（11）

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８年４月15日入所～令和８年５月14日：通常通り介護報酬算定
令和８年５月15日：自費利用
令和８年５月16日～令和８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２の２

（26）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。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（vol.3）（令和３年３月25日）より

○長期利用者に対して短期入所生活を提供する場合の減算

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。

平成27年度報酬改定に関するＱ＆Ａより（vol.1）（平成27年４月１日）より

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８年４月４日～令和８年５月１日：Ａショートを利用
令和８年５月１日～令和８年６月15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８年５月３日及び６月３日：自費利用
令和８年５月31日～令和８年６月15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21　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。

（２）長期利用の適正化

★　対象サービス…（介護予防）短期入所生活介護

令和６年４月１日以降の短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護における長

期利用の適正化を図るため、施設入所と同等の利用形態となる場合、施設入所の報酬単位との均衡を図ることになりました。

（例）

〇短期入所生活介護

（要介護３の場合）	単独型	併設型	単独型ユニット型	併設型ユニット型
基本報酬	787単位	745単位	891単位	847単位
長期利用者減算適用後（31日～60日）	757単位	715単位	861単位	817単位
長期利用の適正化（61日以降）（新設）	**732単位**	**715単位**	**815単位**	**815単位**
(参考)介護老人福祉施設	732単位		815単位	

※　長期利用について、介護福祉施設サービス費の単位数と同単位数とする。
（併設型は、すでに長期利用者に対する減算によって介護福祉施設サービス費以下の単位数となっていることから、さらなる単位数の減は行わない。）

例）令和８年４月１日～令和８年６月15日利用の場合
令和８年４月１日～令和８年４月30日：通常通り介護報酬算定
令和８年５月１日：自費利用（31日目）
令和８年５月２日～令和８年５月30日：減算して介護報酬算定（32～60日目）
令和８年５月31日：60日超えの所定単位数を算定（61日目）
令和８年６月１日：自費利用
令和８年６月２日～令和８年６月15日：60日超えの所定単位数を算定

〇介護予防短期入所生活介護（新設）

要支援１　（ユニット型）介護予防短期入所生活介護費について（ユニット型）介護福祉施設サービス費の要介護１の単位数の100分の75に相当する単位数を算定する。

要支援２　（ユニット型）介護予防短期入所生活介護費について（ユニット型）介護福祉施設サービス費の要介護１の単位数の100分の93に相当する単位数を算定する。

※　長期利用は、**連続して30日を超えて同一の介護予防短期入所生活介護事業所に入所**している利用者（算定要件）

（参考）根拠法令等

H12老企40　第２の２

（27）長期利用の適正化について

短期入所生活介護における長期利用は施設と同様の利用形態となっていることから、**居宅に戻ることなく自費利用を挟み同一事業所を連続60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60日を超えた日から短期入所**

生活介護費を介護福祉施設サービス費と、ユニット型短期入所生活介護費をユニット型介護福祉施設サービス費と同単位数とする。ただし、既に注22の規定による長期利用者に対する減算後の単位数が、対応する介護福祉施設サービス費、ユニット型介護福祉施設サービス費を下回る場合は、それ以上の単位数の減〔算〕は行わない。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。

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７

（22）長期利用の適正化について

介護予防短期入所生活介護における長期利用は施設と同様の利用形態となっていることから、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介護予防短期入所生活介護を提供する場合には、連続30日を超えた日から介護予防短期入所生活介護費を、要支援１については介護福祉施設サービス費の要介護１の100分の75に相当する単位数に、要支援２については介護福祉施設サービス費の要介護１の100分の93に相当する単位数を算定する。(ユニット型については、ユニット型介護福祉施設サービス費について同様の計算に基づき算定を行う。）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。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）（令和６年３月15日）より

○長期利用の適正化について

問 95　長期利用の適正化によって、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別表８注23（指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表６注17）に定められた単位数を算定した場合、(介護予防）短期入所生活介護の加算や減算は適正化後の単位数にかかることとなる理解でよいか。

答 95　貴見の通り。例えば、適正化の対象利用者に定員超過利用減算がかかる場合は、適正化後の所定単位数に百分の七十を乗じて得た単位数を用いて算定する。

（３）看取り連携体制加算

★　対象サービス…短期入所生活介護

令和６年４月１日以降、看取り期の利用者に対するサービス提供体制の強化を図るため、レスパイト機能を果たしつつ、看護職員の体制確保や対応方針を定めた場合に評価する新たな加算が設けられました。

【短期入所生活介護】

＜改定前＞	＜改定後＞
なし	⇒　**看取り連携体制加算**　64 単位/日
	※死亡日及び死亡日以前 30 日以下について、７日を限度

■算定要件

① 次のいずれかに該当すること。

ア 看護体制加算（Ⅱ）又は（Ⅳ）イ若しくはロを算定していること。

イ 看護体制加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）イ若しくはロを算定しており、かつ、事業所の看護職員により、又は病院、診療所、訪問看護ステーション若しくは本体施設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こと。

② 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族等に対して当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。

（参考）根拠法令等

H12老企40　第２の２

（15）看取り連携体制加算について

① 看取り連携体制加算は、事業所の看取り期の利用者に対するサービスを提供する体制をＰＤＣＡサイクルにより構築かつ強化していくこととし、利用者等告示第20号の２に定める基準に適合する利用者が死亡した場合に、**死亡日を含めて30日以内のうち７日を上限**として、短期入所生活介護事業所において行った看取り期における取組を評価するものである。

また、**死亡前に医療機関へ入院した後、入院先で死亡した場合でも算定可能であるが、その際には、当該短期入所生活介護事業所においてサービスを直接提供していない入院した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。（したがって、入院した日の翌日から死亡日までの期間が30日以上あった場合には、看取り連携体制加算を算定することはできない。）**

② 「24時間連絡できる体制」とは、事業所内で勤務することを要するものではなく、夜間においても短期入所生活介護事業所から連絡でき、必要な場合には短期入所生活介護事業所からの緊急の呼び出しに応じて出勤する体制をいうものである。

③ 管理者を中心として、介護職員、看護職員、介護支援専門員等による協議の上、「看取り期における対応方針」が定められていることが必要であり、同対応方針においては、例えば、次に掲げる事項を含むこととする。

ア 当該事業所における看取り期における対応方針に関する考え方

イ 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。）

ウ 利用者等との話し合いにおける同意、意思確認及び情報提供の方法

エ 利用者等への情報提供に供する資料及び同意書等の様式

オ その他職員の具体的対応等

④ 看取り期の利用者に対するケアカンファレンス、看取り期における対応の実践を振り返る等により、看取り期における対応方針の内容その他看取り期におけるサービス提供体制について、適宜見直しを行う。

⑤ 看取り期の利用者に対するサービス提供においては、次に掲げる事項を介護

記録等に記録し、多職種連携のための情報共有を行うこと。

ア　利用者の身体状況の変化及びこれに対する介護についての記録

イ　看取り期におけるサービス提供の各プロセスにおいて利用者及び家族等の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録

⑥　利用者の看取りに関する理解を支援するため、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、介護記録等その他の利用者に関する記録の開示又は当該記録の写しの提供を行う際には、適宜、利用者等に理解しやすい資料を作成し、代替することは差し支えない。

⑦　短期入所生活介護事業所等から医療機関へ入院した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であるが、看取り連携体制は死亡月にまとめて算定することから、利用者側にとっては、短期入所生活介護を終了した翌月についても自己負担を請求されることになるため、利用者が入院する際、入院した月の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り連携体制加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ておくことが必要である。

⑧　短期入所生活介護事業所は、入院の後も、継続して利用者の家族や入院先の医療機関等との継続的な関わりを持つことが必要である。

なお、情報の共有を円滑に行う観点から、事業所が入院する医療機関等に利用者の状態を尋ねたときに、当該医療機関等が事業所に対して本人の状態を伝えることについて、入院の際、本人又は家族等に対して説明をし、文書にて同意を得ておくことが必要である。

⑨　本人又はその家族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、本人が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族等に連絡しても来てもらえないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が利用者の状態等に応じて随時、看取り期における利用者に対する介護の内容について相談し、共同して介護を行っており、家族等に対する情報提供を行っている場合には、看取り連携体制加算の算定は可能である。

この場合には、適切な看取り期における取組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、本人の状態や、家族等に対する連絡状況等について記載しておくことが必要である。

なお、家族等が利用者の看取りについてともに考えることは極めて重要であり、事業所は、定期的に連絡を取ることにより、可能な限り家族等の意思を確認しながら介護を進めていくことが重要である。

⑩　短期入所生活介護事業所において看取りを行う際には、個室又は静養室を利用するなど、プライバシーの確保及び家族等への配慮について十分留意することが必要である。

⑪　看取り期の利用者に対するサービス提供に当たっては、厚生労働省「人生の

最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族等と必要な情報の共有等に努めること。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）（令和６年３月15 日）より

〇特定事業所加算（Ⅰ）・(Ⅲ)、看取り連携体制加算について

問 14　特定事業所加算（Ⅰ）・(Ⅲ）の重度要介護者等対応要件である看取り期の利用者への対応体制及び看取り連携体制加算について、看取り期における対応方針は、管理者を中心として、介護職員、看護職員、介護支援専門員等による協議の上、定められていることが必要とされているが、その他に協議を行うことが想定される者としては、医師も含まれるのか。また、対応方針を定めるにあたっての「協議」とは具体的にはどのようなものか。

答 14　貴見のとおり医師も含まれると考えて差し支えない。また、看取り期における対応方針の**「協議」については、必ずしもカンファレンスなどの会議の場により行われる必要はなく、例えば、通常の業務の中で、主治の医師や看護師、介護支援専門員等の意見を把握し、これに基づき対応方針の策定が行われていれば、本加算の算定要件を満たす**ものである。

問 15　特定事業所加算（Ⅰ）・(Ⅲ）の重度要介護者等対応要件である看取り期の利用者への対応体制及び看取り連携体制加算について、「適宜、利用者等に理解しやすい資料を作成し、代替することは差し支えない。」とあるが、「代替」とは具体的にどういうことか

答 15　**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、理解を得るよう努力することが不可欠である。**このため、利用者への介護記録等その他の利用者に関する記録の開示又は当該記録の写しの提供を行う際に、**利用者またはその家族の理解を支援させる目的で、補完的に理解しやすい資料を作成し、これを用いて説明することも差し支えない**こととしたものである。なお、その際、**介護記録等の開示又は写しの提供を本人またはその家族が求める場合には、提供することが必要である。**

問 16　特定事業所加算（Ⅰ）・(Ⅲ）の重度要介護者等対応要件である看取り期の利用者への対応体制及び看取り連携体制加算について、「本人またはその家族に対する随時の説明」とあるが、具体的にどういうことか。

答 16　看取り期における対応方針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ、介護職員、看護職員等から介護記録等利用者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明のことをいう。

１１　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留意ください。

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、ご留意ください。

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、ご留意ください。

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/s2984/s003015.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/s2984/s002983.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。**

<table>
<tr><th>職種</th><th colspan="2">必要な研修</th><th>サービス種別</th></tr>
<tr><td rowspan="3">法人代表者</td><td colspan="2" rowspan="3">認知症対応型サービス事業開設者研修</td><td>認知症対応型共同生活介護</td></tr>
<tr><td>小規模多機能型居宅介護</td></tr>
<tr><td>看護小規模多機能型居宅介護</td></tr>
<tr><td rowspan="4">管理者</td><td rowspan="4">認知症介護実践研修
（実践者研修）</td><td rowspan="4">認知症対応型サービス事業管理者研修</td><td>認知症対応型通所介護</td></tr>
<tr><td>認知症対応型共同生活介護</td></tr>
<tr><td>小規模多機能型居宅介護</td></tr>
<tr><td>看護小規模多機能型居宅介護</td></tr>
<tr><td rowspan="3">計画作成担当者</td><td rowspan="2">小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修</td><td>小規模多機能型居宅介護</td></tr>
<tr><td>看護小規模多機能型居宅介護</td></tr>
<tr><td colspan="2">「実践者研修」又は「基礎課程」</td><td>認知症対応型共同生活介護</td></tr>
</table>

※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の事業の人員、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。

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">運営推進会議</th><th>介護・医療連携推進会議</th></tr>
<tr><td>対象サービス</td><td>・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</td><td>・地域密着型通所介護
・認知症対応型通所介護</td><td>・定期巡回・随時対応型訪問介護看護</td></tr>
<tr><td>開催頻度</td><td colspan="2">おおむね<u>２か月</u>に１回以上</td><td>おおむね<u>６か月</u>に１回以上</td></tr>
<tr><td>構成員</td><td colspan="2">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</td><td>左記に加え、地域の医療関係者</td></tr>
<tr><td>目的</td><td colspan="2">事業所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。</td><td>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。</td></tr>
</table>

（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の二の二の３（10）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<u>集合形式</u>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。

（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年度の制度改正にて、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、第 88 条、第 108 条及び第 182 条**
- **H18 老計発第 0331004 号他**
  第３の一の４（29）、第３の二の二の３（10）、第３の四の４（24）、第３の五の４（４）⑦及び第３の八の４（９）

（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 34 条第１項（第 88 条、第 108 条及び第 182 条において準用する場合に限る。）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８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		
○事業所自己評価 ・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。	**①　スタッフ個別評価** ・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。 ⇩ **②　事業所自己評価** ・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。	**①　従業者自己評価** ・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。 ⇩ **②　事業所自己評価** ・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。

⇩

２　外部評価

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。

・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

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。

公表方法例：・介護サービス情報公表システムへの掲載
・法人のホームページへの掲載
・事業所内に掲示

【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	
・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。	・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	
静岡県が選定した評価機関（※）の外部評価を受ける。 （※）静岡県ホームページ https://www.pref.shizuoka.jp/kenkofukushi/koreifukushi/fukushijigyoshashido/1023199.html	**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。 ・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	
以下の方法により結果を公表する。 ・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。	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。 例・介護サービス情報公表システムへの掲載 ・法人のホームページへの掲載 ・事業所内に掲示

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留意ください。

（５）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の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	ー	シズオカ　ハナコ 静岡　花子		休	①	①	休	①	休	休
生活相談員	介護職員	シズオカ　タロウ 静岡　太郎		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	ー	シズオカ　ハナコ 静岡　花子		休	①	①	休	①	休	休
生活相談員	介護職員	シズオカ　タロウ 静岡　太郎		①			①			
介護職員	生活相談員	シズオカ　タロウ 静岡　太郎			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、十分ご留意ください。

■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

（６）総合マネジメント体制強化加算

★　対象サービス…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

令和６年度介護報酬改定により、地域包括ケアシステムの担い手として、より地域に開かれた拠点となり、認知症対応を含む様々な機能を発揮することにより、地域の多様な主体とともに利用者を支える仕組みづくりを促進する観点から、総合マネジメント体制強化加算について、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組を評価する新たな区分が設けられました。

＜改定前＞		＜改定後＞	
総合マネジメント体制強化加算	1,000 単位/月 ⇒	総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）	1,200 単位/月（新設）
		総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）	800 単位/月（変更）

加算の算定要件は以下のとおりです。

<table>
<tr><th rowspan="2">算定要件</th><th colspan="3">加算Ⅰ</th><th colspan="3">加算Ⅱ</th></tr>
<tr><th>小多機</th><th>看多機</th><th>定期巡回</th><th>小多機</th><th>看多機</th><th>定期巡回</th></tr>
<tr><td>（1）個別サービス計画について、利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、介護職員（計画作成責任者）や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行っていること</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr>
<tr><td>（2）利用者の地域における多様な活動が確保されるように、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していること</td><td>○</td><td>○</td><td></td><td>○</td><td>○</td><td></td></tr>
<tr><td>（3）地域の病院、診療所、介護老人保健施設等に対し、事業所が提供することのできるサービスの具体的な内容に関する情報提供を行っていること</td><td></td><td>○</td><td>○</td><td></td><td>○</td><td>○</td></tr>
<tr><td>（4）日常的に利用者と関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること。</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td colspan="3" rowspan="11"></td></tr>
<tr><td>（5）必要に応じて、多様な主体が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）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</td><td>○</td><td>○</td><td></td></tr>
<tr><td>（6）地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること</td><td rowspan="4">事業所の特性に応じて1つ以上実施</td><td rowspan="4">事業所の特性に応じて1つ以上実施</td><td>○</td></tr>
<tr><td>（7）障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流の場の拠点となっていること（※）</td><td rowspan="3">事業所の特性に応じて1つ以上実施</td></tr>
<tr><td>（8）地域住民等、他事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること</td></tr>
<tr><td>（9）市町村が実施する通いの場や在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等に参加していること</td></tr>
<tr><td>(10) 地域住民及び利用者の住まいに関する相談に応じ、必要な支援を行っていること</td><td></td><td></td></tr>
</table>

（※）定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、「障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流を行っていること。」が要件

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とおりです。

・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。

「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）（令和６年３月 15 日）」より

○　総合マネジメント体制強化加算

問 145　総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）において「日常的に利用者と関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること」とされているが、具体的な取組頻度についてどのように考えればよいか。また、相談に対応したことについて、どのように表せばよいか。

答 145

・地域住民等からの相談への対応は、一定の頻度を定めて行う性格のものではなく、常に地域住民等からの相談を受け付けられる体制がとられていれば、当該要件を満たすものである。

・また、日常的に利用者と関わりのある地域住民等からの相談が行われやすいような関係を構築していることも重要である。

・なお、地域住民等からの相談が行われていることは、日々の相談記録等、既存の記録において確認できれば足りるものであり、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ことは要しない。

問 146　総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）において「地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること」とされているが、

具体的な取組内容や取組頻度についてどのように考えればよいか。

答 146

・具体的な取組内容については、「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年３月 31 日老計発第 0331005 号、老振発第 0331005 号、老老発第 0331018 号厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長通知）第２の５(12)において、「地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行うための取組」の例をお示ししている。

・ただし、定期巡回随時対応型訪問介護看護事業所、（看護）小規模多機能型居宅介護事業所が、事業所の所在する地域において、一定の理解・評価を得て、地域の中で核となり、地域資源を効果的に活用し利用者を支援する取組は、地域の実情に応じて、様々なものが考えられるため、当該通知に例示する以外の取組も該当し得る。

・また、「地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行うための取組」については、一定の頻度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、利用者一人一人にとってどのような支援が必要かということについて、地域住民等と連携した上で、常に問題意識をもって取り組まれていれば、当該要件を満たすものである。

問 147　総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）における「地域住民等、他の指定居宅サービス事業者が当該事業を行う事業所、他の指定地域密着型サービス事業者が当該事業を行う事業所等と共同での事例検討会、研修会等」については、市町村や地域の介護事業者団体等と共同して実施した場合も評価の対象か。

答 147

・ 貴見のとおりである。

・ ただし、当該算定要件における「共同」とは、開催者か否かを問わず地域住民や民間企業、他の居宅サービス事業者など複数の主体が事例検討会等に参画することを指しており、市町村等と共同して実施する場合で あっても、これらの複数の主体が開催者又は参加者として事例検討会等に参画することが必要である。

（参考）根拠法令等　小規模多機能型居宅介護の場合

・H18 厚労告 126　別表４　ヌ

・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（15）

・令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月 15 日）問 145～問 147

（７）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）を算定するに当たり、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者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

・H18 厚労告 126　別表５　ヌ、H18 厚労告 128　別表３　チ

・H18 老計発第 0331005 号他　第２の６（17）

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

（８）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（別紙様式第二号（四））

・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

- **H18 厚労告 126　別表４　ロ　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）**

（９）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＞

静岡市ホームページ　URL：https://www.city.shizuoka.lg.jp/s2984/s003004.html

・地域密着型サービスを提供する介護事業所への静岡市の独自報酬基準

１２　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

<table>
<tr><th>国ガイドライン</th><th>静岡市の判断基準</th></tr>
<tr><td>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</td><td>認知症高齢者の日常生活自立度
（ランクⅣ又はMか）</td></tr>
<tr><td>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</td><td>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）</td></tr>
<tr><td>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</td><td>深刻な虐待の疑い等の情報の有無</td></tr>
<tr><td rowspan="2">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</td><td>家族等の状況（家族等による支援が期待できない状況か）</td></tr>
<tr><td>介護サービスや生活支援の供給状況</td></tr>
<tr><td>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）</td><td>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）</td></tr>
<tr><td colspan="2">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</td></tr>
</table>

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。

③よくある問合せ

よくある問合せについては以下のとおりです。

Ｑ１　保険者が静岡市ではない入所申込者についても静岡市へ意見照会を行うのか？
Ａ１　該当の保険者（他市町村）へ意見照会を行ってください。

Ｑ２　平成 27 年４月１日以降に入所した方が、要介護１又は２に変更になった場合は、退所しなければいけないのか？
Ａ２　「平成 27 年４月１日以降は、施設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の方は特例的な入所が認められる」ことにかんがみ、平成 27 年４月１日以降に入所した方が要介護１又は２に変更になった場合は、当該入所者が施設を退所した後、居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて検討してください。
検討の結果、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由があると判断された場合は、引き続き当該施設に入所できます。

Ｑ３　Ｑ２の場合、「施設を退所した後、居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて検討する」とされているが、保険者市町村に意見を求めなければいけないのか？
Ａ３　施設のみでは判断が難しい場合に保険者市町村に意見を求めるなど、必要に応じて、適切に連携を図ってください。

（２）緊急時等の対応方法の定期的な見直し

★　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

令和６年４月１日以降、介護老人福祉施設等における入所者への医療提供体制を確保する観点から、介護老人福祉施設等があらかじめ定める緊急時等における対応方法について、配置医師及び協力医療機関の協力を得て定めることとなりました。

また、**１年に１回以上、配置医師及び協力医療機関の協力を得て見直しを行い、必要に応じて緊急時等における対応方法の変更を行わなければならないこととなりました。**

＜緊急時等の対応方法に定める規定の例＞
○緊急時の注意事項
○病状等についての情報共有の方法
○曜日や時間帯ごとの医師との連携方法
○診察を依頼するタイミング　　等

（参考）根拠法令等

H12老企43　第４の22

緊急時等の対応（基準省令第20条の２）

基準省令第20条の２は、入所者の病状の急変等に備えるため、施設に対して、配置医師及び協力医療機関の協力を得て、あらかじめ配置医師による対応又はその他の方法による対応方針を定めなければならないことを義務付けるものである。対応方針に定める規定としては、例えば、緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師や協力医療機関との連携方法、診察を依頼するタイミング等があげられる。

また、当該対応方針については、１年に１回以上、配置医師及び協力医療機関の協力を得て見直しを行い、必要に応じて変更すること。見直しの検討に当たっては、施設内の急変対応の事例について関係者で振り返りを行うことなどが望ましい。なお、基準省令第28条第２項において、１年に１回以上、協力医療機関との間で入所者の病状が急変した場合等の対応の確認をすることとされており、この確認について、当該対応方針の見直しとあわせて行うことも考えられる。

１３　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

令和６年度の報酬改定では、在宅復帰・在宅療養支援等評価指標及び要件について、介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能を更に推進する観点から、**「入所前後訪問指導割合」、「退所前後訪問指導割合」に係る指標の区分基準の引き上げ**、並びに、**支援相談員の配置割合に係る指標について、支援相談員として社会福祉士を配置していることを評価する**見直しが行われました。

また、**基本報酬について、在宅復帰・在宅療養支援機能に係る指標の見直しを踏まえ、施設類型ごと適切な水準にする見直し**も行われました。

２．（２）④　介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の促進①

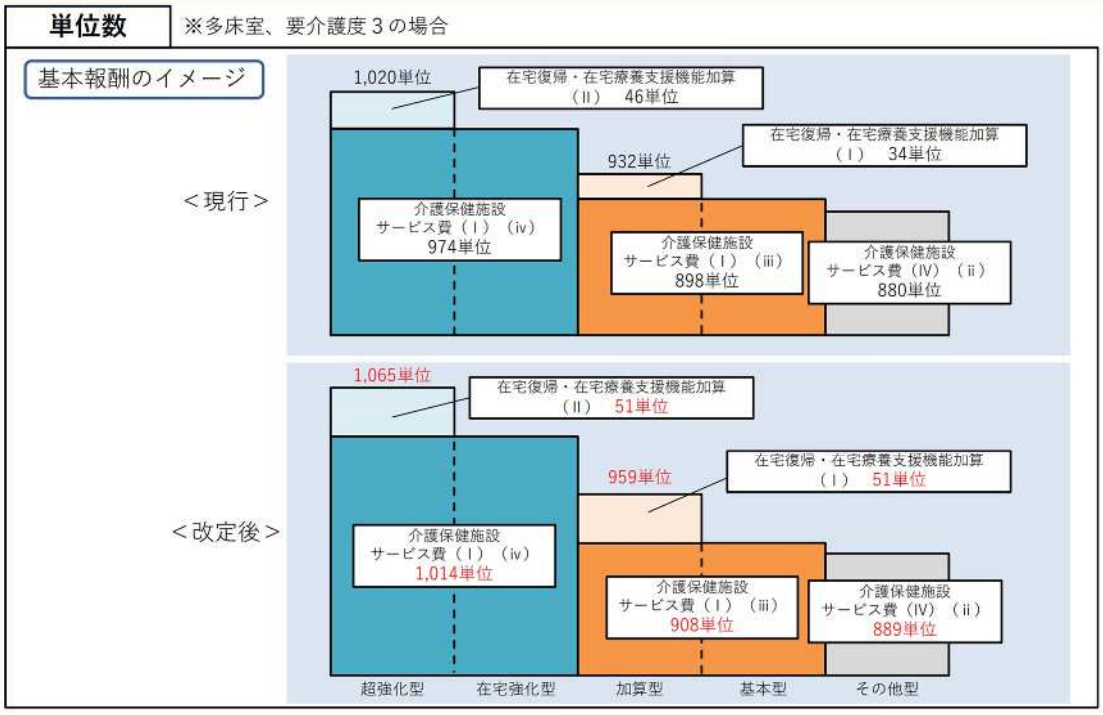
概要　【介護老人保健施設】

○　在宅復帰・在宅療養支援等評価指標及び要件について、介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能を更に推進する観点から、指標の取得状況等も踏まえ、以下の見直しを行う。その際、６月の経過措置期間を設けることとする。【告示改正】
ア　入所前後訪問指導割合に係る指標について、それぞれの区分の基準を引き上げる。
イ　退所前後訪問指導割合に係る指標について、それぞれの区分の基準を引き上げる。
ウ　支援相談員の配置割合に係る指標について、支援相談員として社会福祉士を配置していることを評価する。
○　また、基本報酬について、在宅復帰・在宅療養支援機能に係る指標の見直しを踏まえ、施設類型ごとに適切な水準に見直しを行うこととする。

算定要件等　※下線部が見直し箇所

在宅復帰・在宅療養支援等指標： 下記評価項目（①～⑩）について、項目に応じた値を足し合わせた値（最高値：90）				
①在宅復帰率	50%超　20	30%超　10	30%以下　0	
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上　10	5%未満　0	
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10 ⇒35%以上 10	10%以上　5 ⇒15%以上　5	10%未満　0 ⇒15%未満　0	
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10 ⇒35%以上 10	10%以上　5 ⇒15%以上　5	10%未満　0 ⇒15%未満　0	
⑤居宅サービスの実施数	３サービス５	２サービス（訪問リハビリテーションを含む）３	２サービス１	０、１サービス０
⑥リハ専門職の配置割合	５以上（PT, OT, STいずれも配置）　５	５以上　３	３以上　２	３未満　０
⑦支援相談員の配置割合	３以上　５ ⇒３以上（社会福祉士の配置あり）　５	（設定なし） ⇒３以上（社会福祉士の配置なし）　３	2以上　３⇒2以上　１	２未満　０
⑧要介護４又は５の割合	50%以上　5	35%以上　3	35%未満　0	
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上　5	5%以上　3	5%未満　0	
⑩経管栄養の実施割合	10%以上　5	5%以上　3	5%未満　0	

2．（2）④　介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の促進②



（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４２から３８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年間を超えて、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５年９月 15 日 連名事務連絡 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

問１　**介護老人保健施設の入所者や職員において新型コロナウイルス感染症が発生した場合に、感染拡大防止の観点から入所又は退所の一時停止を行った場合、**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**（令和 9 年 3 月 31 日まで）**。

答１　可能である。ただし、入退所を一時停止する期間及びその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）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、作業療法士若しくは言語聴覚士が、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日ごとに加算を算定することが出来ます。（加えて、入所時及び１月に１回以上ＡＤＬ等の評価を行い、評価結果等の情報を厚生労働省に提出している場合は、加算Ⅰが算定可能です。）

また、本加算は、令和６年度介護報酬改定により、効果的なリハビリテーションを推進する観点から、ADL 等の評価を行う取組等を評価する**新たな区分（（Ⅰ）・（Ⅱ））**が設けられました。

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、短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合であっても、別途当該リハビリテーションの必要性があり、別単位として、それぞれのリハビリテーションが行われていれば、同日に重複して算定が可能**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

あり

- **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、短期集中リハビリテーションの必要性が認められる者 …算定可
- **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、所定の状態である者 …算定可

・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

概要 【介護老人保健施設】

○ 短期集中リハビリテーション実施加算について、効果的なリハビリテーションを推進する観点から、以下の取組を評価する新たな区分を設ける。
ア 原則として入所時及び月１回以上ADL等の評価を行った上で、必要に応じてリハビリテーション実施計画を見直していること。
イ アにおいて評価したADL等のデータについて、LIFEを用いて提出し、必要に応じて提出した情報を活用していること。
○ また、現行の加算区分については、新たな加算区分の取組を促進する観点から、評価の見直しを行う。
【告示改正】

単位数

＜現行＞
短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日
※算定期間は入所後３月以内

▶

＜改定後＞
短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） 258単位/日（新設）
短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） **200**単位/日（変更）

算定要件等

＜短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）＞（新設）
○ 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、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その入所の日から起算して３月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合であって、かつ、原則として入所時及び１月に１回以上ＡＤＬ等の評価を行うとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてリハビリテーション計画を見直していること。
＜短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）＞（現行と同じ）
○ 入所者に対して、医師等が、その入所の日から起算して３月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行っていること。

（参考）根拠法令等

H12 老企 40　第２の６（14）

短期集中リハビリテーション実施加算について

①～④　（略）

⑤ 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）は、入所者に対して、原則として入所時及び１月に１回以上ＡＤＬ等の評価を行うとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行うこととする。

⑥ 厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務 処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じたリハビリテーション計画の作成（Plan）、当該計画に基づくリハビリテーションの実施（Do）当該実施内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する 能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

＜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」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。**

１４　介護医療院

（１）介護医療院の位置づけ

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「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、介護療養型医療施設は、令和６年３月末に廃止され、介護医療院等に転換されました。

（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

・介護医療院公式ホームページ
https://www.mhlw.go.jp/kaigoiryouin/

（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、要介護者であって、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（H30 厚労令５）
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。

○介護医療院は、原則、以下に掲げる施設を有しなければならないと定められています。[1]

施設（第5条第1項）	施設の基準（第5条第2項）
療養室	イ　一の療養室の定員は、４人以下とすること。 ロ　入所者一人当たりの床面積は、8m^2 以上とすること。 ハ　地階に設けてはならないこと。 ニ　一以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること。 ホ　入所者のプライバシーの確保に配慮した療養床を備えること。 ヘ　入所者の身の回り品を保管することができる設備を備えること。 ト　ナース・コールを設けること。
診察室	イ　診察室は、次に掲げる施設を有すること。 (1)医師が診察を行う施設 (2)喀痰、血液、尿、糞便等について通常行われる臨床検査を行うことができる施設（臨床検査施設）※ (3)調剤を行う施設 ※臨床検査施設は、人体から排出され、又は採取された検体の検査（検体検査）の業務を委託する場合にあっては、当該検体検査に係る設備を設けないことができる。
処置室	イ　処置室は、次に掲げる施設を有すること。 (1)入所者に対する処置が適切に行われる広さを有する施設 (2)診察の用に供するエックス線装置（定格出力の管電圧（波高値とする。）が十キロボルト以上であり、かつ、その有するエネルギーが一メガ電子ボルト未満のものに限る。） ロ　イに規定する施設にあっては、前号イに規定する施設と兼用することができる。
機能訓練室	内法による測定で 40m^2 以上の面積を有し、必要な器械及び器具を備えること。 ただし、併設型小規模介護医療院にあっては、機能訓練を行うために十分な広さを有し、必要な器械及び器具を備えること。
談話室	入所者同士や入所者とその家族が談話を楽しめる広さを有すること。
食堂	内法による測定で、入所者１人当たり 1m^2 以上の面積を有すること。
浴室	イ　身体の不自由な者が入浴するのに適したものとすること。 ロ　一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けること。
レクリエーション・ルーム	レクリエーションを行うために十分な広さを有し、必要な設備を備えること。
洗面所	身体の不自由な者が利用するのに適したものとすること。
便所	身体の不自由な者が利用するのに適したものとすること。
サービス・ステーション	－
調理室	－
洗濯室又は洗濯場	－
汚物処理室	－

1 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１月18日厚生労働省令第５号）第５条

○人員配置一覧

介護医療院は、施設の人員基準から、

・Ⅰ型介護医療院：介護療養病床相当（主な利用者像は介護療養病床療養機能強化型 AB 相当）

・Ⅱ型介護医療院：老人保健施設相当以上（主な利用者像はⅠ型より比較的容体が安定した者）

の 2 つの類型を設けています。

介護医療院の開設許可は 1 つの介護医療院を単位として行われますが、介護医療院サービスを行う部分として認められる単位は原則 60 床以下の「療養棟」単位です。1 つの介護医療院でⅠ型・Ⅱ型を組み合わせることで、柔軟な人員配置やサービス提供を担保しています。

<table>
<tr><th>人員配置
（指定基準）</th><th>介護医療院
（Ⅰ）</th><th>介護医療院
（Ⅱ）</th><th>医療機関併設型介護医療院（Ⅰ）</th><th>医療機関併設型介護医療院（Ⅱ）</th><th>併設型小規模介護医療院
（Ⅰ・Ⅱ）</th></tr>
<tr><td>医師</td><td>48 対 1
（施設で
3 以上）</td><td>100 対 1
（施設で
1 以上）</td><td>48 対 1</td><td>100 対 1</td><td>併設される医療機関の医師により、当該併設型小規模介護医療院の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは置かないことができる</td></tr>
<tr><td>リハビリ専門職</td><td colspan="2">適当数</td><td colspan="2">適当数</td><td>併設される医療機関の職員（病院の場合にあっては医師又はリハビリ専門職。診療所の場合にあっては医師）により、当該施設の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは置かないことができる</td></tr>
<tr><td>薬剤師</td><td>150 対 1</td><td>300 対 1</td><td>150 対 1</td><td>300 対 1</td><td>併設される医療機関の職員（病院の場合にあっては、医師又は薬剤師。診療所の場合にあっては医師）により、当該施設の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは置かないことができる</td></tr>
<tr><td>看護職員</td><td colspan="2">6 対 1</td><td colspan="2">6 対 1</td><td>6 対 1</td></tr>
<tr><td>介護職員</td><td>5 対 1</td><td>6 対 1</td><td>5 対 1</td><td>6 対 1</td><td>6 対 1</td></tr>
<tr><td>栄養士又は管理栄養士</td><td colspan="2">定員 100 以上で 1 人</td><td colspan="2">定員 100 以上で 1 人</td><td>併設医療機関に配置されている栄養士又は管理栄養士により、介護医療院に栄養士を置かないことができる</td></tr>
<tr><td>介護支援専門員</td><td colspan="2">100 対 1（施設で 1 以上）</td><td colspan="2">100 対 1（施設で 1 以上）</td><td>適当数</td></tr>
<tr><td>診療放射線技師</td><td colspan="2">適当数</td><td colspan="2">併設施設との職員の兼務を行うこと等により、適正なサービスを確保できる場合にあっては、配置しない場合があっても差し支えない</td><td>併設施設との職員の兼務を行うこと等により、適正なサービスを確保できる場合にあっては、配置しない場合があっても差し支えない</td></tr>
<tr><td>調理員、事務員等</td><td colspan="2">適当数</td><td colspan="2">併設施設との職員の兼務や業務委託を行うこと等により、適正なサービスを確保できる場合にあっては、配置しない場合があっても差し支えない</td><td>併設施設との職員の兼務や業務委託を行うこと等により、適正なサービスを確保できる場合にあっては、配置しない場合があっても差し支えない</td></tr>
</table>

１５　居宅介護支援

（１）管理者の配置要件

★　対象サービス…居宅介護支援

居宅介護支援事業所における管理者については、主任介護支援専門員を配置することとされていますが、**令和３年３月 31 日までに指定を受けた事業所であって、同日時点で管理者である介護支援専門員については、引き続き管理者とすることができます。**ただし、この経過措置につきましては、**令和９年３月 31 日をもって終了**となりますので、ご留意ください。

なお、**急な退職等の不測の事態により、主任介護支援専門員の確保が困難な場合には、その理由と改善に係る計画書の提出が必要**になりますので、速やかに市へ申し出てください。

（参考）根拠法令等

H12 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）

（管理者に係る経過措置）※H30 省令４号附則第３条

令和９年３月 31 日までの間は令和３年３月 31 日までに介護保険法第 46 条第１項の指定を受けている事業所（同日において当該事業所における指定居宅介護支援等基準第３条第１項に規定する管理者（以下この条において「管理者」という。）が、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でないものに限る。）については、第２条の規定による改正後の指定居宅介護支援等基準第３条第２項の規定にかかわらず、**引き続き、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る。**

２　（略）

（２）介護支援専門員１人当たりの取扱件数

★　対象サービス…居宅介護支援

①報酬

居宅介護支援事業所を取り巻く環境の変化を踏まえ、ケアマネジメントの質を確保しつつ、業務効率化を進め、人材を有効活用するため、居宅介護支援費について、以下のとおり見直しが行われました。

ア　居宅介護支援費（Ⅰ）（ⅰ）の取扱件数について、現行の「40 未満」を「**45 未満**」に改めるとともに、居宅介護支援費（Ⅰ）（ⅱ）の取扱件数について、現行の「40 以上 60 未満」を「45 以上 60 未満」に改める。

イ　居宅介護支援費（Ⅱ）の要件について、ケアプランデータ連携システムを活用し、かつ、事務職員を配置している場合に改めるとともに、居宅介護支援費（Ⅱ）（ⅰ）の取扱件数について、現行の「45 未満」を「**50 未満**」に改め、居宅介護支援費（Ⅱ）（ⅱ）の取扱件数について、現行の「45 以上 60 未満」から「50 以上 60 未満」に改める。

ウ　居宅介護支援費の算定に当たっての取扱件数の算出に当たり、指定介護予防支援の提供を受ける利用者数については、**３分の１**を乗じて件数に加えることとする。

②人員基準

基本報酬における取扱件数との整合性を図る観点から、指定居宅介護支援事業所ごとに１以上の員数の常勤の介護支援専門員を置くことが必要となる人員基準について、以下のとおり見直しが行われました。

ア 原則、要介護者の数に、要支援者の数に**３分の１**を乗じた数を加えた数が **44** 又はその端数を増すごとに１とする。

イ 指定居宅介護支援事業者と指定居宅サービス事業者等との間において、ケアプランデータ連携システムを活用し、かつ、事務職員を配置している場合においては、要介護者の数に、要支援者の数に**３分の１**を乗じた数を加えた数が **49** 又はその端数を増すごとに１とする。

（３）他のサービス事業所との連携によるモニタリング（介護予防支援を含む）

★　対象サービス…居宅介護支援、介護予防支援

人材の有効活用及び指定居宅サービス事業者等との連携促進によるケアマネジメントの質の向上の観点から、以下の要件を設けた上で、テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリングを可能とする見直しが行われました。

① 利用者の同意を得ること。

② サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ていること。

ア　利用者の状態が安定していること。

イ　利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができること（家族のサポートがある場合も含む）。

ウ　テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサ

ービス事業者との連携により情報を収集すること。

③ 少なくとも２月に１回（介護予防支援の場合は６月に１回）は利用者の居宅を訪問すること。

（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。

この加算の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、**特定事業所加算の算定に当たっては、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。

なお、特定事業所加算を算定する事業所については、毎月末までに、基準の遵守状況に関する所定の記録を作成し、２年間保存する必要があります。記録の作成につきましては、270～272 ページの様式をご活用ください。

（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。

※１　利用者に対する指定居宅介護支援の提供に支障がない場合は、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある他の事業所の職務と兼務をしても差し支えない。

（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。

※２　利用者に対する指定居宅介護支援の提供に支障がない場合は、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある指定介護予防支援事業所の職務と兼務をしても差し支えない。

（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に開催すること。

（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）家族に対する介護等を日常的に行っている児童や、障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する 事例検討会 、研修等 に参加していること。
（９）居宅介護支援費に係る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 45 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 50 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、多様な主体等が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）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）上記のイ（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。（※１）
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）上記のイ（３）、（４）及び（６）から（13）までの基準に適合すること。
（２）上記のロ（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。（※２）
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）上記のイ（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）上記のロ（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。（※２）

（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。（※２）

（５）入院時情報連携加算

★　対象サービス…居宅介護支援

入院時情報連携加算については、入院後３日以内又は入院後７日以内に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合の評価が行われておりましたが、令和６年度介護報酬改定に伴い、**入院当日中又は入院後３日以内に情報提供した場合に評価するよう見直されました。**その際、事業所の休業日等に配慮した要件の設定がありますのでご留意ください。

なお、入院先への情報提供を、口頭でのやりとりがない方法（ＦＡＸやメール、郵送等）により行った場合は、**先方が受け取ったことを確認するとともに、確認したことについて、居宅サービス計画等に記録してください。**

（参考）根拠法令等

H12 厚告 20　別表　ホ

注　利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、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を提供した場合は、別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、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。（略）

H12 老企 36　第３の 16

入院時情報連携加算（Ⅰ）

利用者が**入院した日**のうちに、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。 なお、入院の日以前に情報提供した場合及び指定居宅介護支援事業所における運営規程に定める営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合であって、当該入院した日の翌日に情報を提供した場合も、算定可能である。

入院時情報連携加算（Ⅱ）

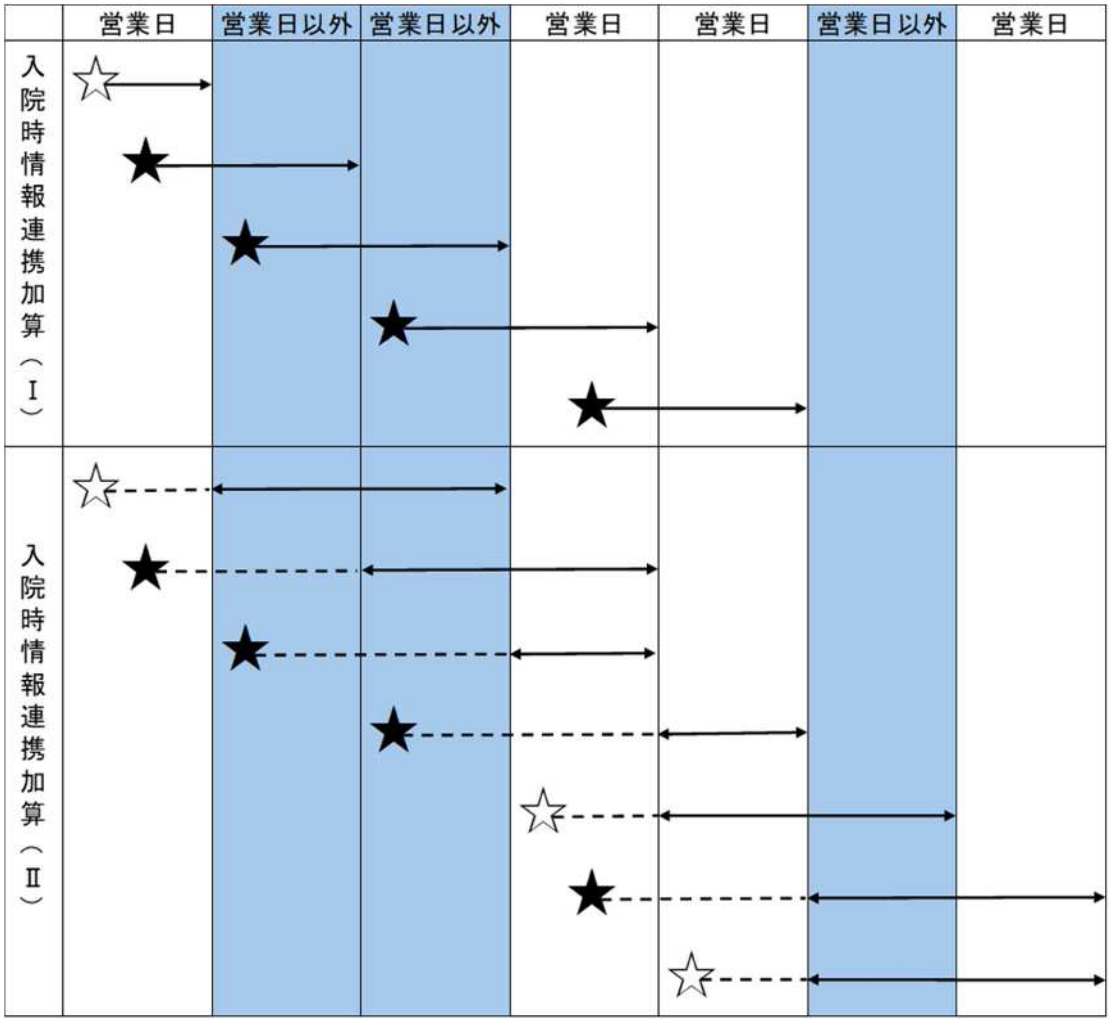
利用者が**入院した日の翌日又は翌々日**に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。なお、運営規程に定める当該指定居宅介護支援事業所の営業時間終了後に入院した場合であって、当該入院した日から起算して３日目が運営規程に定める当該指定居宅介護支援事業所の営業日以外の日に当たるときは、当該営業日以外の日の翌日に情報を提供した場合も、算定可能である。

6.3.15 事務連絡 「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）」

問 119　入院時情報連携加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）について、入院したタイミングによって算定可能な日数が変わるが、具体的に例示されたい。

答 119　下図のとおり。

☆･･･入院　★･･･入院（営業時間外）　⟶ 情報提供



30.3.23 事務連絡 「平成 30 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）」

問 139　先方と口頭でのやりとりがない方法（ＦＡＸやメール、郵送等）により情報提供を行った場合には、送信等を行ったことが確認できれば入院時情報連携加算の算定は可能か。

答 139　入院先の医療機関とのより確実な連携を確保するため、医療機関とは日頃より密なコミュニケーションを図ることが重要であり、**ＦＡＸ等による情報提供の場合にも、先方が受け取ったことを確認するとともに、確認したことについて居宅サービス計画等に記録しておかなければならない。**

（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。

令和６年度からは、医師のほかに歯科医師が加えられています。要件に十分留意した上で、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**医師又は歯科医師等**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、ご留意ください。

（参考）根拠法令等

H12 厚告 20　別表　ト

利用者が病院又は診療所において**医師又は歯科医師**の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、**医師又は歯科医師等**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、**医師又は歯科医師等**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３の 18

当該加算は、利用者が**医師又は歯科医師**の診察を受ける際に同席し、**医師又は歯科医師等**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、**医師又は歯科医師等**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、**医師又は歯科医師等**と連携を行うこと。

（７）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。**

運営指導において、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っては、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、ご留意ください。

（参考）根拠法令等

H12 老企 36　第３の 17（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っては、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～ホ（略）

居宅介護支援における特定事業所加算に係る基準の遵守状況に関する記録（保存用）

年　　月サービス提供分

1　主任介護支援専門員の状況　イ（1）・ロ（2）・ハ（2）・ニ（2）関係　　【加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A】

①主任介護支援専門員氏名	
①主任介護支援専門員研修修了年月日　※	年　　月　　日
②主任介護支援専門員氏名	
②主任介護支援専門員研修修了年月日　※	年　　月　　日

← **加算Ⅰの場合のみ2名の記入が必要**

※　主任介護支援専門員更新研修受講者は、最新の更新修了日を記載すること。

2　介護支援専門員の状況　イ(2)・ロ（1）・ハ（3）・ニ（3）（4）関係　　【加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A】

介護支援専門員数	人	内訳	常　勤	専従　　人	非常勤	専従　　人
				兼務　　人		兼務　　人

※上記1の主任介護支援専門員を含めない。

介護支援専門員の名簿（介護支援専門員の登録番号を記載したもの）を添付すること。

※加算Aの場合、他の同一の居宅介護支援事業所との連携により満たす場合には、当該連携する居宅介護支援事業所における兼務に限られる。

3　定期的な会議の開催　イ（3）（ロ（1）・ハ（1）・ニ（1））関係　　【加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A】

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おおむね週1回以上開催している。	有　・　無
開催年月日	

※「有」の場合には、開催記録を添付すること。記録は2年間保存しなければならない。

議題については、「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日老企第36号）第3の14（3）③に沿った議事を含めること。

4　連絡体制の確保　イ(4)(ロ(1)・ハ(1)・ニ(1))関係　　【加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A】

24時間常時連絡できる体制を確保し、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。	有　・　無
具体的な方法	

※「有」の場合には、具体的な体制を示した書類の添付でも可とする。

※加算Aの場合、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可とする。

※加算Aについて、上記具体的な方法が「携帯電話等の転送による対応等」である場合、指定居宅介護支援等基準第23条の規定の遵守及び利用者又はその家族に対し、当該加算算定事業所である旨及びその内容が理解できるよう説明を行い、同意を得ている。	有　・　無

5　利用者の状況(報告月の状況)

(1)要介護3～5の割合(40%以上であること)　イ(5)関係　　【加算Ⅰ】

利用者数(合計)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護3～5の割合
人	人	人	人	人	人	%

※地域包括支援センターから支援困難な利用者として紹介を受けた利用者の人数については、内数として(　)書きで付記すること。

(2)介護支援専門員1人当たりの利用者数　イ(10)(ロ(1)・ハ(1)・ニ(1))関係　　【加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A】

利用者数(A)	人	介護支援専門員数(B)(常勤換算)	人	1人当たりの利用者数(A)÷(B)	人

※介護支援専門員1人当たりの利用者数が45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50名未満であること。

※利用者数には、要支援者(指定介護予防支援に係る利用者数に3分の1を乗じた数)を含む。

6　介護支援専門員への研修　イ(6)(ロ(1)・ハ(1)・ニ(1))関係　　【加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A】

介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施している。	有　・　無

※「有」の場合には、**個別具体的な**研修の実施計画及び実施状況を示した書面を添付すること。

※加算Aの場合、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可とする。

7 地域包括支援センター等との連携について イ(7)(ロ(1)・ハ(1)・ニ(1))関係 【加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A】

(1)(地域包括支援センターから支援困難な利用者の紹介があった場合)当該利用者に居宅介護支援の提供を開始した。	有 ・ 無 開始件数 : 件
(2) 地域包括支援センターから支援困難な利用者の紹介があった場合には、引き受けられる体制を整えている。	有 ・ 無 具体的な体制 :

8 事例検討会、研修等の参加について イ(8)(ロ(1)・ハ(1)・ニ(1))関係 【加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A】

家族に対する介護等を日常的に行っている児童(ヤングケアラー)や、障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加した。	有 ・ 無 参加年月日:

※事例検討会、研修等の実施内容を記録した書面を添付すること。

9 減算の適用について イ(9)(ロ(1)・ハ(1)・ニ(1))関係 【加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A】

特定事業所集中減算が適用されている。 ※ 「特定事業所集中減算に関する届出書」にて確認すること。	有 ・ 無

10 実習の受入れについて イ(11)(ロ(1)・ハ(1)・ニ(1))関係 【加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A】

介護支援専門員実務研修の科目「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。	有 ・ 無

※加算Aの場合、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可とする。

11 事例検討会、研修会等の共同実施について イ(12)(ロ(1)・ハ(1)・ニ(1))関係 【加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A】

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。	有 ・ 無

※事例検討会、研修会等の実施内容を記録した書面を添付すること
※加算Aの場合、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可とする。

12 作成される居宅サービス計画について イ(13)(ロ(1)・ハ(1)・ニ(1))関係 【加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A】

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(インフォーマルサービス含む)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。	有 ・ 無

１６　介護予防支援

（１）居宅介護支援事業者が市から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い

令和６年４月から居宅介護支援事業者も市から指定を受けて介護予防支援を実施できるようになり、以下の見直しが行われました。

① 市長に対し、介護予防サービス計画の実施状況等に関して情報提供することを運営基準上義務付けることに伴う手間やコストについて評価する新たな区分を設ける。

② 以下のとおり運営基準の見直しを行う。

ア　居宅介護支援事業所が現在の体制を維持したまま円滑に指定を受けられるよう、居宅介護支援事業者が指定を受ける場合の人員の配置については、介護支援専門員のみの配置で事業を実施することを可能とする。

イ　また、管理者を主任介護支援専門員とするとともに、管理者が他の事業所の職務に従事する場合（指定居宅介護支援事業者である指定介護予防支援事業者の場合であって、その管理する指定介護予防支援事業所の管理に支障がないときに限る。）には兼務を可能とする。

③ 居宅介護支援と同様に、特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算及び中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の対象とする。

（２）委託連携加算

★対象サービス…介護予防支援（地域包括支援センターのみ）

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。

また、本市における委託連携加算の取扱いについては、以下の表のとおりとなります。

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、ご留意ください。

〇算定できる例

1	ケアマネジメントA→ケアマネジメントC→ケアマネジメントA 既に１回目のケアマネジメントAで、委託連携加算を算定、ケアマネジメントCに移行する際、契約を一度解除し、再度ケアマネジメントAを利用した際に、新規の契約を結んで開始した場合

2	要支援→要支援（委託先の変更） 担当する地域包括支援センターは変わらず、委託先の居宅介護支援事業所が変わった場合
3	要支援→要支援（転居） 転居により、担当する地域包括支援センターが変更する場合
4	要介護→要支援 認定有効期間が満了した翌月から、要支援者として予防給付又は総合事業のサービスを利用した場合

◯算定できない例

1	ケアマネジメントＡ→２か月以上介護予防ケアマネジメント費の算定なし→ケアマネジメントＡ 既に１回目のケアマネジメントＡで委託連携加算を算定。その後、２か月以上介護予防ケアマネジメント費の算定をせずに、２回目のケアマネジメントＡを開始した場合 （※初回加算と違い、アセスメント・サービス担当者会議を実施し、介護予防サービス・支援計画書を作成した場合でも加算の対象にはならない。）
2	要支援（介護予防支援）→事業対象者（介護予防ケアマネジメント） 認定有効期間が満了した翌月から、事業対象者として総合事業のサービスを利用した場合
3	事業対象者（介護予防ケアマネジメント）→要支援（介護予防支援） 事業対象者の資格を終了し、翌月から要支援者となり予防給付のサービスを利用した場合
4	要支援→要支援（地域包括支援センターの区域変更等で担当包括が変更） 区域変更や地域包括支援センターの新設により担当包括が変更する場合で、利用者の転居等による環境の変化はないため、新規のケアプラン作成はしないという場合 （※ただし、利用者の状態により、アセスメント・サービス担当者会議を実施し、介護予防サービス・支援計画書の作成をした場合は委託連携加算が算定できる）

（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**（地域包括支援センターの設置者である指定介護予防支援事業者の当該指定に係る事業所に限る。）**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 号他　別紙１　第２の 11（５）

当該加算は、指定介護予防支援事業所**（地域包括支援センターの設置者である指定介護予防支援事業者の当該指定に係る事業所に限る。）**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８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、過誤申請、介護認定審査会の運営等に関すること	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　住まい支援係	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
	地域包括ケア推進課　地域支援係 （※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	354-2162	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）に関すること ●介護認定に関すること（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こと	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　介護保険係	287-8679	287-8708
	清水福祉事務所　高齢介護課　介護保険係	354-2110	354-3166
認定申請に係る調査の実施・依頼、調査票の作成・回収に関すること	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	354-2331	354-3166
感染症・食中毒が発生した場合の報告	保健所　感染症対策課　結核・感染症係 （※感染症の場合（新型コロナウイルス感染症含む））	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
福祉避難所に関すること	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こと	福祉総務課　生活支援・自立推進係	221-1370	
生活保護に関すること	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こと	地域包括ケア推進課　地域支援係	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こと 認知症施策に関すること	**地域包括ケア推進課** **在宅医療・介護連携係、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こと	**静岡県　福祉指導課**	221-2531	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/p000031.html　**【ページ ID：１２１００】**

静岡市トップページ＞健康・医療・福祉＞福祉・介護＞介護福祉＞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（83～84 ページ参照）。**

ウ　介護事業者への指導

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。