

令和３年度
介護保険サービス提供事業者説明会
(集団指導)

資料

掛川市 健康福祉部 長寿推進課

目次

第 1 全般の留意事項

I サービスの質の向上	P 1
II 掛川市ケアマネジメントに関する基本方針	P 2
III 指定後の手続き	
1 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	P 6
2 変更届	P 6
3 指定更新申請	P 8
4 事業所の吸収分割等に伴う新規指定申請	P 8
5 危機管理	P 9
6 感染症対策	P 11
7 掛川市ホームページ	P 15
8 掛川市の条例・規則について	P 16

第 2 サービス実施における留意事項

I 共通	
1 人員基準欠如等	P 17
2 L I F E の活用による P D C A サイクルの推進	P 19
3 介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算	P 22
4 令和 3 年度介護報酬改定等	P 26
II 地域密着型サービス	
1 運営推進会議について	P 27
2 その他の日常生活費の扱いについて	P 30
3 通所系サービスのサービス提供時間	P 33
4 入浴介助加算について	P 36

5	通所介護における個別機能訓練加算	P42
6	運動器機能向上加算	P49
7	小規模多機能型居宅介護における認知症加算・認知症専門ケア加算	P52
8	看取り介護加算	P54
9	身体拘束の適正化（身体拘束廃止未実施減算の見直し等）	P58
10	利用者が入院した時の費用の算定について	P62
Ⅲ 居宅介護支援		
1	運営基準減算	P64
2	特定事業所集中減算	P66
3	特定事業所加算・特定事業所医療介護連携加算	P69
4	退院・退所加算	P75
5	ターミナルケアマネジメント加算	P78
6	通院時情報連携加算	P79
7	軽度者への福祉用具貸与	P80
8	住宅改修	P86
	資料中で引用した基準省令等の正式名称	P88
	平成 29 年度～令和 3 年度 実地指導における主な指摘・助言事項等一覧	
I	地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護	P89
II	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	P90
III	小規模多機能型居宅介護	P92
IV	居宅介護支援	P93
	マニュアル・ガイドライン等	P95

第 1 全般の留意事項

I サービスの質の向上

1 指定基準の遵守及びサービスの質の向上について

(1) 介護サービス事業者の責務

- ・ 要介護者及び要支援者の**人格を尊重する**とともに、介護保険法及びこれに基づく命令等を遵守し、要介護者等のために忠実に職務を遂行すること。
- ・ 要介護者等の心身の状況等に応じて**適切なサービスを提供**すること。
- ・ その提供する**サービスを自ら評価**することなどによって常に事業運営の向上に努めること。
- ・ 事業者は、従業員に対し、**その資質の向上のための研修の機会を確保し、計画的に行う**こと。

(2) 介護サービスの提供に当たっての必要最低限のルールを定めた指定基準

- ・ 介護保険制度における介護サービスは、サービス種類ごとに定められたサービスの事業運営のために必要な基準（指定基準）を満たし、指定を受けた介護サービス事業者が提供することとされています。
- ・ **指定基準は、各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サービス内容、提供方法を定めたものであり、サービスの前提となる人員基準及び設備（施設）基準並びにサービス提供の方法等についての運営基準の3つの基準が定められています。**
- ・ 介護サービス事業者は、これらの基準において、常に事業運営及びサービスの質の向上に努めるよう義務づけられているとともに、常に利用者の立場に立ってサービスを提供することが求められています。

2 介護サービス事業者の指導監督について

(1) 指導

適切な運営により、より良いサービスの提供ができる介護サービス事業者等の育成及び支援を念頭において、介護保険制度に関する周知及び理解、サービスの質の確保及び向上、不適正な介護報酬請求の防止等を目的として行うもので、実地指導、集団指導などが該当します。

(2) 監査

不適切な運営又は介護報酬の不適正な支払いの早期停止を目的として、各種情報から指定基準違反又は不正請求が疑われる場合等において実施するものです。

Ⅱ 掛川市ケアマネジメントに関する基本方針

平成 30 年 9 月 健康長寿課

1 作成の根拠

平成 30 年度より創設された、保険者機能強化推進交付金の評価指標の中に、「介護支援専門員に対してケアマネジメントに関する基本方針が伝えられているかどうか」があり、この基本方針をもってそれに充てることとする。

2 法の理念

介護保険法の基本理念は、加齢に伴い要介護状態となっても、「尊厳を保持して」、「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ことである。

そのための保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するように行われることと、被保険者の状況に応じて、被保険者の選択に基づき、多様な事業者等から総合的かつ効率的に提供されること、また、可能な限り、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配慮されなければならない。

3 ケアマネジメントについて

(1) ケアマネジメントとは

これまでの日常生活を継続することに何らかの課題を持っている人を対象に、社会資源や医療・介護サービスを活用しながら、日常生活が継続できるように支援をする実践のことである。

個人の問題や環境を的確に把握し、個人の力を強め、環境の力を補い、社会資源の活用を調整するケアマネジメントの実践を行うのが、介護支援専門員（ケアマネジャー）である。なお、これは、法に規定する「介護支援専門員」のことを指すが、広く計画作成担当者を含んだ意味で以下使用する。

(2) ケアマネジメントの手順

ケアマネジャーは、以下のケアマネジメントの各過程を着実に実行すること。

① アセスメント

対象者の状況を把握し、生活上の課題を分析する

② プランの作成

アセスメントで抽出された課題から、援助方針と目標を設定し、それに応じた介護サービス等を検討し、プランを作成する。

③ サービス担当者会議等

作成したプランを、支援に関わる専門職種間で検証・調整し（多職種協働）、プランに反映させて完成させる。

④ モニタリング

プランに基づくサービスの実施状況や対象者の状況変化等を把握し、ケアの内容等の再評価・改善を図る。

4 本市におけるケアマネジメントの基本方針について

本市におけるケアマネジメントの基本方針は、以下のとおりとする。

「利用者が、要支援、要介護状態になっても、主体的な選択により、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが多様な事業者から総合的かつ効率的に提供され、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」

5 本市におけるケアマネジメントの個別取り組み方針について

ケアマネジャーは、具体的には、下記の点に留意して取り組むこととする。

(1)介護予防のケアマネジメント 【参考：介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン】

①総論

・介護予防と自立支援の視点を踏まえ、対象者の心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、対象者自らの選択に基づき、サービスが包括的かつ効率的に実施されるよう、専門的な視点から、必要な援助を行う。

・対象者がサービス終了後も主体的に取り組めるよう働きかけるとともに、知識や技術の提供によって対象者自身の能力が高まるような支援が重要である。

①明確な目標設定

・目標は、かつて本人が生きがいや楽しみにしていたこと（しかし今はできなくなったこと）、介護予防に一定期間取り組むことにより実現可能なこと、それが達成されたかどうか具体的にモニタリング、評価できる目標にすることが望ましい。

・また、適切な目標設定、サービス選定のためには、アセスメントによる利用者の心身の状況（特にADL、IADL）の正確な把握が欠かせないので、課題整理総括表等を活用し、関係者で共有することが望ましい。

②ケアプランの作成

・利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていく。

・多様な事業主体が多様なサービスの実施主体となるので、地域包括支援センター等の作成するケアプランに、可能な限り従来の個別サービス計画に相当する内容も含め、本人や家族、事業実施者が共有することが望ましい。なお、従前の予防給付に相当する専門性を要するサービスを提供する場合には、当該事業所と地域包括支援センターが連携し、ケアプランに基づいて個別サービス計画を作成することになる。

③モニタリング・評価

・モニタリングの結果、目標が達成された場合は、速やかに再課題分析を行い、課題が解決されている場合は、次のステップアップのために、住民主体や一般介護予防事業などの通いの場を見学するなど、スムーズな移行に配慮する。

・新たな課題が見つかった場合、目標達成が困難な場合は、計画を組み直すことになるが、その際も必要に応じてサービス担当者会議等でリハビリテーション専門職等の意見を入手し、維持・改善の可能性を追求することが望まれる。

(2) 要介護者のケアマネジメント

【参考：介護保険施設等実地指導マニュアル】

① アセスメント

- ・利用者のできないことだけをみるのではなく、利用者本人ができること（ストレングス）をアセスメントする視点を持つこと。
- ・利用者だけを観察するのではなく、利用者の生活歴や家族状況（介護力・家族背景等）など、その人を取り巻く環境全般について見ていくこと。
- ・収集した情報からまず利用者の全体像をとらえ、次に、利用者が今どのような状況にあり、なぜサービスを必要としているのか、自立支援に必要な本当の支援は何かを分析した上で、ニーズを引き出すこと。

② 分析

- ・表面に現れている現象を「問題」としてとらえるのではなく、問題を引き起こしている原因や背景を明らかにしていくことで、「真の課題」をつかむこと。
- ・目に見えている問題は、相互に関連し合って、1つの現象を示しているため、その相互関連を明らかにしていく視点をもつこと。
- ・利用者に起こりうる危険性を予測することなどにより、潜在化している課題を発見し、課題の見落としを防ぐことに配慮すること。
- ・利用者本人や家族が希望するニーズにのみ対応するのではなく、専門職として知識と技術を基に分析を行う努力をすること。
- ・利用者本人の支援だけでなく、主たる介護者を支援する視点を忘れないこと。

③ ケアプランの作成

- ・利用者自身は、どのような生活をめざしたいと考えているか、利用者の意向を踏まえた上で、どこまでの改善が可能か、という目標設定をする。
- ・目標を達成する手段として適切な内容となっているかを確認すること。
- ・個別のサービス内容については、「誰が、いつまでに、どのような方法で、どのくらいの頻度で」サービスが提供されるのか具体的に示されているかを確認すること。
- ・利用者のニーズに即した過不足のない、安全なケアが行われることに配慮されたサービスになっているかを確認すること。

④ モニタリング・ケアプランの変更等

- ・サービスの実施状況を確認した上で、ケアプランが利用者の自立支援に向けて有効的な計画であったかどうかを検証するための定期的な評価としてモニタリングを実施する。
- ・モニタリングの結果を的確に反映するために、必要に応じて再アセスメントを行い、再アセスメントの結果、利用者の実態が、明らかに計画の変更を必要とする場合には、速やかにケアプランの変更を行うこと。

・緊急性を要しないが慢性的状態にありケアプランの効果が見られない場合など、目に見える状態や問題の変化がなくても、サービスの効果測定や状態の再評価の視点から、一定期間ごとにケアプランの見直しをおこない、計画的なケアが展開できるようにする。

・サービスを提供していく過程で発生する様々な問題により、ケアの内容について、利用者や家族、ケアに携わるチームの考え方にずれが生じることもあるため、サービス計画の変更にあたり、チームとしての共通認識が得られるよう、再度調整する。

これらを実行するための支援として、本市では、介護保険法に基づく「実地指導」および、保険者と介護支援専門員の協働による「ケアプラン点検」を行っていく。

※参考

【介護保険法（平成9年法律第123号）】

第一章 総則

（目的）

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

（介護保険）

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

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

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

Ⅲ 指定後の手続き

1 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

加算の算定の有無等の介護給付費算定に係る体制等に変更が生じた場合には、届出をする必要があります。

介護給付費算定に係る体制等の届出と算定の開始の時期については、以下の通りになります。

(1) 認知症対応型共同生活介護

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

(2) 地域密着型通所介護、小規模多機能型居宅介護支援、居宅介護支援、総合事業（通所型サービス、訪問型サービス）

暦月の 15 日以前に届出がなされた場合→翌月から算定開始

暦月の 16 日以降に届出がなされた場合→翌々月から算定を開始

2 変更届

事業所の名称、所在地、代表者、管理者、運営規程等定められた事項に変更があった場合は、変更のあった日から 10 日以内に届出をする必要があります。変更があった日から 10 日以内に届け出ることができなかった場合は、遅延理由書を添えてください。

（静岡県と同様の扱いになります）

届出内容に伴う添付書類については、次ページの通りになります。

変更届出書類について

各サービスごとの変更届様式に、変更事項ごとに添付書類をつけてください。
様式は、掛川市HP Top>くらし・行政情報>健康・福祉>介護>事業所向け、に掲載しています。

	変更事項	添付書類	認知 通所	小規模 居宅	G H	密着 通所	居宅 介護	予防 支援	訪問介 護相当	通所介 護相当
1	事業所（施設）の名称及び所在地	運営規程（該当ページのみで可）	○	○	○	○	○	○	○	○
2	申請者（開設者）の名称及び主たる事務所の所在地	登記事項証明書	○	○	○	○	○	○	○	○
3	法人代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	登記事項証明書 参考様式6 欠格要件に該当しない旨の誓約書 資格証の写し（代表者に資格が必要な場合）	○	○	○	○	○	○	○	○
4	登記事項証明書等	登記事項証明書	○	○	○	○	○	○	○	○
5	本体施設の概要（名称及び所在地等）、建物の構造概要、設備基準上の数値項目（※1）及び平面図	内容を確認できる書面、写真	○	○	○	○	○	○	○	○
6-1	管理者の氏名、生年月日、住所	資格証の写し 参考様式6 欠格要件に該当しない旨の誓約書				○		○	○	○
6-2	管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	資格証の写し 参考様式6 欠格要件に該当しない旨の誓約書 参考様式14 経歴書	○	○	○		○			
7	運営規程	変更点がわかる書面（※2） 定員増加等に伴う変更の場合は、様式1 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表、従業者の資格証の写し等を添付（※3）	○	○	○	○	○	○	○	○
8	サービス提供責任者	免許証の写し 様式10 従事証明書（2級ヘルパーの場合） 様式1 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 雇用契約書の写し							○	
9	協力医療機関	協力医療機関がわかる書面		○	○					
10	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（※4）	○	○	○	○	○	○	○	○
11	宿泊サービス実施の有無（※5）	内容を確認できる書面				○				
12	介護支援専門員の氏名及び登録番号	様式13 介護支援専門員名簿 資格証の写し		○	○		○	○		

※1 居室1室あたりの定員、入所者1人あたりの最小面積、共同生活室（面積）、廊下幅、病床数及び主な掲示事項等

※2 新旧対照表や新旧の運営規程に変更部分がわかるように記載したもの等

※3 定員の増、営業日の増、営業時間の延長、サービス提供時間の延長等、変更に伴い新たな人員配置が必要になる場合に添付

※4 届出の加算の種類によって添付書類がありますので、詳しくは掛川市HPを御覧ください。

※5 宿泊サービスの提供状況、開始日（終了日）、宿泊サービスの利用定員、営業日、提供時間、人員配置、宿泊室の提供状況、消防設備の設置状況、その他備考（宿泊費等）

3 指定更新申請

指定の有効期限は6年です。6年ごとに指定の更新を受けなければ、指定の効力はなくなります。指定の更新を受ける際の流れは、次の通りです。

(1) 更新申請

- ・該当するサービスのチェックリストを確認の上、指定更新申請書類を作成、準備してください。
- ・更新申請は、およそ指定有効期限の2か月前から、遅くとも1か月前までに提出をお願いします。
- ・平成30年4月より、手数料を徴収しています。チェックリスト記載の手数料を書類提出時にお持ちください。市役所出納窓口で納付書を使って納入していただきます。

(2) 審査

- ・提出書類への質問や差し替え依頼を適宜行いますので、速やかな対応をお願いいたします。

(3) 指定

- ・審査の結果、問題がなければ、更新日までに指定更新通知書をお送りします。

※チェックリスト等は、掛川市ホームページに掲載してあります。

4 事業所の吸収分割等に伴う新規指定申請

令和2年8月3日以降、吸収分割等により新規申請を行う事業者のうち、事業に関して有する権利義務の全部又は一部を引き継ぎ、吸収分割の前後で事業所が実質的に継続して運営されると認められる事業者については、指定申請時の事務が簡素化されました。

本扱いによる新規指定をご希望される事業者は、事前に長寿推進課の担当までご相談いただきますようお願いいたします。

5 危機管理

(1) 事故報告について

介護保険サービスに係る事故が発生した場合は、介護保険法上、保険者（市町村）等に対する報告が義務づけられています。

掛川市では、以下の通り、報告すべき事故を定めています。

- ① 死亡事故
- ② 事故発生後、利用（入所）者が医師の診察を受け、受診又は入院を要することになった事故。
なお、介護保険施設（併設事業所を含む。）については、次の場合を含む。
 - 介護保険施設の配置医師による診察
 - 介護老人保健施設の医師による診察
 - 介護医療院の医師による診察
- ③ それ以外の事故は、保険者である市の指示に従う。

※ 保険者と事業所所在の市町が異なる場合には、当該市町に対しても同様に報告してください。

※ 通所介護事業所で行う宿泊サービスに係る事故についても、同様に取り扱いをお願いします。

(2) 事故防止について

万が一事故が起こってしまった場合は、今後同じ事故が二度と起きないように対策をすることが必要です。

事故が起こった状況、対応、原因を分析することはもちろん、事故防止・再発防止のため、具体的にどのような検討を行い、対策をしたかを記録し、その対策の評価を行うことがなにより大切となります。

さらに、定期的に研修等で職員間の情報共有を図ることで、より事故が起きにくい体制が作られると考えられます。

(3) 感染症発生時における報告について

下記の報告対象となり感染症等が発生した場合には、掛川市への報告をお願いいたします。

- ① 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合
- ② 同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われるものが初発日から10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

③ ①及び②に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

なお、報告書は状況が変化するごとに「第〇報」と記載し、終息するまで随時作成、報告してください。

また、職員を対象とした感染症対策に関する研修を定期的を開催するなど、日頃から感染症、食中毒の発生又はまん延防止のための取り組みを徹底してください。

6 感染症対策

(1) 新型コロナウイルス感染症に対する感染予防

令和2年7月8日付け福指第119号にて静岡県より通知しました「感染予防チェックリスト」（入所・居住系、短期・通所系、訪問系）による定期的な確認について、全職員を対象に実施するようお願いします。

（参考：入所・居住系、短期・通所系用の感染症予防チェックリスト）

感染予防チェックリスト【入所・居住系】		
確認事項	チェック	ポイント
基本	感染制御の基本（病原体を①持ち込まない、②持ち出さない、③拡げない）を全職員へ理解させていますか	<input type="checkbox"/> 感染症は3つの要因（感染源、感染経路、宿主）が全て揃うことで感染します。
	厚生労働省で開発した「新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）」の活用について、職員に周知していますか	<input type="checkbox"/> 本アプリは利用者が増えることで感染防止の効果が高くなるが期待されています。面会者、業者等の施設内に入出入りする者にも周知しましょう。
① 病原体を施設に持ち込まない	全職員に対し出勤前に体温を計測し、発熱等の症状がある場合は出勤しないことを徹底していますか	<input type="checkbox"/> 解熱後、少なくとも24時間以上が経過し、咳などの呼吸器症状が改善するまで出勤させてはいけません。
	感染が疑われる職員がいる場合、管理者は協力医療機関や地域で身近な医療機関、受診・相談センター等に報告し、指示を受けていますか	<input type="checkbox"/> 発熱、のどの痛み、味覚や嗅覚の低下、せきなどの風邪の症状、息苦しさ、強いだるさがあるなど、早期発見と早期対応が重要。
	全職員に対し職場はもとより、職場外でも、「3つの密」を避けることを徹底していますか	<input type="checkbox"/> 「換気が悪い密閉空間」、「多数が集まる密集場所」、「間近で会話や発声する密接場面」を避けましょう。
	面会や業者との物品の受け渡し等は限られた場所で行っていますか	<input type="checkbox"/> マスク着用を含む咳エチケットなどの注意事項を、玄関に張り紙などで周知します。
	面会者等が施設内に入る場合は、手洗い、消毒、マスク着用、体温の計測、行動履歴等の記録をしてもらっていますか	<input type="checkbox"/> 面会を制限する場合は、テレビ電話等を活用し、入居者と家族のストレスを和らげましょう。
② 病原体を隣の人に持ち出さない	石鹸による充分な手洗い、アルコール消毒、マスク着用を徹底していますか	<input type="checkbox"/> 「1ケア1手洗い」は感染対策の基本です。石鹸はウイルスの構造を壊します。
	日頃から入居者の健康状態の変化、日常との違いに注意していますか	<input type="checkbox"/> クラスターが発生した施設では、発熱等の症状があったにもかかわらず、何日も感染を疑っていないといった、との報告があります。
	血液等の体液や嘔吐物、排泄物に触れる可能性がある場合に、ディスポ手袋やエプロン、ゴーグル又はフェイスシールドを着用してケアを行っていますか	<input type="checkbox"/> 汚染した手袋を着用したままでのケアを続けたり、別の入居者へのケアを해서는いけません。また、手袋を脱ぐ時に外側を触らない及び手洗い、廃棄にも注意が必要です。
	食事前や排泄後に、石鹸と流水による手洗いや消毒効果のあるウェットティッシュでのふき取り等の入居者支援をしていますか	<input type="checkbox"/> 衛生用品が不足することを想定し、代替品を決めておきましょう。
③ 病原体を施設内に拡げない	感染症対策マニュアル等の更新や、専門家等による研修を行っていますか	<input type="checkbox"/> 研修では感染者の発生を想定し、初動対応、防護服等の着脱のシミュレーション等を行います。
	感染防止に向け、職員間での情報共有を密にし、全職員が連携して取組を進めていますか	<input type="checkbox"/> 複数施設を行き来する職員や利用者がクラスターの原因となった施設が複数あります。
	各所の換気や湿式清掃を実施し、手すり、ドアノブ等の消毒を行っていますか	<input type="checkbox"/> 共有のキーボード、マウス、タブレット端末を介しての感染拡大が報告されています。
	研修、会議、リハビリなどの際、時間帯をずらす、同じ場所での人数を減らす、マスクの着用又は2m程度の距離確保や定期的な換気を行っていますか	<input type="checkbox"/> 飛沫感染にソーシャル・ディスタンスは有効ですが、心の距離は離れないようにしましょう。
	面会者や施設内に入出入りした者（氏名、日時、連絡先）や入居者のケア記録（体温、血中酸素濃度、症状等）、勤務表等がありますか	<input type="checkbox"/> 保健所の積極的疫学調査への協力にも有効です。

入所・居住系（令和2年10月15日現在）

(参考：入所・居住系、短期・通所系用の感染症予防チェックリスト)

感染予防チェックリスト【短期・通所系】

確認事項		チェック	ポイント
基本	感染制御の基本(病原体を①持ち込まない、②持ち出さない、③拡げない)を全職員へ理解させていますか	<input type="checkbox"/>	感染症は3つの要因(感染源、感染経路、宿主)が全て揃うことで感染します。
	厚生労働省で開発した「新型コロナウイルス接触確認アプリ(COCoA)」の活用について、職員に周知していますか	<input type="checkbox"/>	本アプリは利用者が増えることで感染防止の効果が高くなることが期待されています。面会者、業者等の施設内に出入りする者にも周知しましょう。
① 病原体を施設に持ち込まない	全職員に対し出勤前に体温を計測し、発熱等の症状がある場合は出勤しないことを徹底していますか	<input type="checkbox"/>	解熱後、少なくとも24時間以上が経過し、咳などの呼吸器症状が改善するまで出勤させてはいけません。
	利用者や家族に対し送迎前に体温を計測してもらい、発熱等の症状がある場合は利用を断ることを徹底していますか	<input type="checkbox"/>	発熱、のどの痛み、味覚や嗅覚の低下、せきなどの風邪の症状、息苦しさ、強いだるさがあるなど、早期発見と早期対応が重要。
	利用を断った場合、居宅介護支援事業所等に情報提供を行い、代替サービスの検討を行っていますか	<input type="checkbox"/>	必要に応じ訪問介護などの提供を検討してもらいます。
	全職員に対し職場はもとより、職場外でも、「3つの密」を避けることを徹底していますか	<input type="checkbox"/>	「換気が悪い密閉空間」、「多数が集まる密集場所」、「近距離で会話や発声する密接場面」を避けましょう。
	業者との物品の受け渡し等は限られた場所で行うほか、内部に立ち入る場合は、手洗い、消毒、マスク着用や体温の計測をしてもらっていますか	<input type="checkbox"/>	マスク着用を含む咳エチケットを玄関に張り紙などで周知します。
② 病原体を隣の人に持ち出さない	石鹸による十分な手洗い、アルコール消毒、マスク着用を徹底していますか	<input type="checkbox"/>	「1ケア1手洗い」は感染対策の基本です。石鹸はウイルスの構造を壊します。
	日頃から利用者の健康状態の変化、日常との違いに注意していますか	<input type="checkbox"/>	クラスターが発生した施設では、発熱等の症状があったにもかかわらず、何日も感染を疑っていなかった、との報告があります。
	食事前後や排泄後に、石鹸と流水による手洗いや消毒効果のあるウェットティッシュでのふき取り等の入居者支援をしていますか	<input type="checkbox"/>	衛生用品が不足することを想定し、代替品を決めておきましょう。
	血液等の体液や嘔吐物、排泄物に触れる可能性がある場合に、ディスポ手袋やエプロン、ゴーグル又はフェイスシールドを着用してケアを行っていますか	<input type="checkbox"/>	汚染した手袋を着用したままでのケアを続けたり、別の入居者へのケアをすることはできません。また、手袋を脱ぐ時に外側を触らない及び手洗い、廃棄にも注意が必要です。
③ 病原体を施設内に拡げない	感染症対策マニュアル等の更新や、専門家等による研修を行っていますか	<input type="checkbox"/>	研修では感染者の発生を想定し、初動対応、防護服等の着脱のシミュレーション等を行います。
	感染防止に向け、職員間での情報共有を密にし、全職員が連携して取組を進めていますか	<input type="checkbox"/>	複数施設を行き来する職員や利用者がクラスターの原因となった施設が複数あります。
	送迎時や各所の換気や湿式清掃を実施し、利用者の接触頻度の高い手すり、ドアノブ等の消毒を行っていますか	<input type="checkbox"/>	共有のキーボード、マウス、タブレット端末を介しての感染拡大が報告されています。
	研修、会議、リハビリなどの際、時間帯をずらす、同じ場所での人数を減らす、マスクの着用又は2m程度の距離確保や定期的な換気を行っていますか	<input type="checkbox"/>	飛沫感染にソーシャル・ディスタンスは有効ですが、心の距離は離れないようにしましょう。
	面会者や施設内に出入りした者(氏名、日時、連絡先)や入居者のケア記録(体温、血中酸素濃度、症状等)、勤務表等がありますか	<input type="checkbox"/>	保健所の積極的疫学調査への協力にも有効です。

短期・通所系(令和2年10月15日現在)

(2) 新型コロナウイルス感染症に対する感染予防

令和2年7月8日付け福指第119号にて静岡県より通知しました「感染が疑われる者等が発生したときの対応フロー」（入所・居住系、短期・通所系、訪問系）を各施設等において改めて確認するとともに、A3版などに拡大し、掲示しておくようにお願いします。

なお、感染が疑われる者が発生した場合の指定権者等への情報共有については、引き続き御協力をお願いします。

(参考：入所・居住系用の感染が疑われる者等が発生したときの対応フロー)

感染が疑われる者等が発生したときの対応フロー 【入所・居住系】



◎ 施設では「感染が疑われる者」、「(感染が疑われる者との)濃厚接触が疑われる者」を特定する。

＜感染が疑われる者＞風邪の症状、発熱が続く、強いだるさ、息苦しさがある、普段の反応と違う等、総合的に判断した結果、感染を疑う者又はPCR検査結果が出ていない者。

＜濃厚接触が疑われる者＞感染が疑われる者が症状を呈した2日前から、同室又は15分以上1m以内で接触した者、マスク着用など適切な感染の防護なしに感染が疑われる者を診察、看護、介護した者、感染が疑われる者の気道分泌液等の汚染物質に直接接触した者。

◎ 「感染者」は、医師が診断し、PCR検査により保健所が確認する。「濃厚接触者」は保健所が特定する。

・「感染者」のうち、重症者や重症化リスクのある者については原則入院。無症状病原体保有者や軽症者は、宿泊施設や自宅での療養。

・「濃厚接触者」は、保健所の指示により、感染者との最終接触から14日間にわたり自宅待機し、健康状態を観察する。

※ 発熱等受診相談センターの連絡先(かかりつけ医のいない方対象) (令和2年11月16日現在)

	(平日8:30～17:00)	(左記以外の時間帯)
静岡市在住の方	電話番号 0570-08-0567	054-249-2221
浜松市在住の方	電話番号 0120-368-567	0210-368-567
上記以外の方	電話番号 050-5371-0561	054-281-7702 FAX 054-281-7702

感染が疑われる者等が発生したときの対応フロー 【短期・通所系】



(3) 応援体制の整備

静岡県では、高齢者施設、障がい児者施設等(以下、「社会福祉施設等」という。)において、新型コロナウイルス感染症の発生等により施設職員の勤務が制限され、施設運営が困難となった施設の事業継続を確保するため、関係各課及び関係団体で組織する「クラスター福祉施設支援チーム(CWAT)」を設置し、応援職員の派遣を行っています。

(4) 「福祉施設のための感染症クラスター対策マニュアル(FAQ)」

静岡県では、感染者が発生した際のサービス継続を支援するため、新型コロナウイルス感染症に対応した「福祉施設のための感染症クラスター対策マニュアル(FAQ)」を作成しました。

このマニュアルを各事業所においてダウンロードいただき、具体的な対応策の検討や資材の準備に活用し、BCP(事業継続計画)の作成などに努めるようお願いします。

【本マニュアルの特色】

- ・施設職員が手に取って読みやすいQ&A方式
- ・施設職員が必要としている「6つの項目」に絞って掲載
- ・新型コロナウイルス感染症に対応したBCPの作成例を掲載

新型コロナウイルス感染症に関する情報については、静岡県公式ホームページに掲載してありますので、参考にしてください。

<http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-240/kaigo/fukushishidou-kaigo-toppage.html>

7 掛川市ホームページ

掛川市ホームページには、市が指定する介護保険事業所の届出や市が実施する実地指導の資料を掲載しています。

(1) アクセス方法

掛川市ホームページのトップ>くらし・行政情報>健康・福祉>介護>事業所向けとクリックしてください。

以下のページを掲載しています。

(2) 掲載事項

① 市の指定する介護保険事業所の指定、変更等について

市への届出に関する書類や様式について掲載しております。

② 介護保険事業所の実地指導について

市の実施する実地指導の事前提出資料の様式について掲載しております。

なお、実地指導のお知らせや事前提出資料の提出期限は、該当事業所に対して個別に通知します。

③ 介護給付費算定（加算）に係る体制に関する届出

④ 業務管理体制に関する届出

⑤ 介護保険事業所へのお知らせ

訪問回数が多いケアプランに対する届出、短期入所利用日数に関する取り扱いについて、介護給付費請求に誤りがあった場合の様式について掲載しております。

⑥ 住宅改修費支給

掲載場所：トップ＞くらし・行政情報＞健康・福祉＞介護＞介護保険で受けられるサービス＞在宅サービスについて

住宅改修費支給申請書、介護保険における住宅改修の手引きについて掲載しております。

8 掛川市の条例・規則について

掛川市介護保険条例（平成 17 年 4 月 1 日掛川市条例第 115 号）には、指定地域密着型（介護予防）サービス、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、地域包括支援センターの事業の基準について定めています。ただし、基準の内容は、厚生労働省令と同内容となっておりますので、今回の資料では引用は国の基準及び通知名を使用しています。

また、掛川市指定地域密着型サービス事業者等の指定等に関する規則（平成 21 年 7 月 30 日掛川市規則第 22 号）には、介護保険事業所の指定等に関する事項について定めています。

第2 サービス実施における留意事項

I 共通

1 人員基準欠如等

(1) 勤務体制の確保等

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、減算にはならない場合がありますが、「減算にならないければよい」と安易に考え、人員基準を満たさない状態が継続している場合は、指定取消し等の処分につながる場合もありますので、御留意ください。

事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、専従の従業者の配置、管理者との兼務関係等を明確にしてください。

<根拠法令等>

H18 老計発 0331004 他 第一

1 基準は、指定地域密着型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、指定地域密着型サービス事業者は、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 指定地域密着型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、指定地域密着型サービスの**指定又は更新は受けられず**、また、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**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、相当の期間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。ただし、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、また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)

※居宅介護支援事業所についても同様(H11 老企 22 第一の2)

3 用語の解説

(1) **常勤** 当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている**常勤の従業者が勤務すべき時間数(32 時間を下回る場合は 32 時間を基本)**に達していることが要件です。ただし、平成 27 年度及び令和 3 年度の改正により、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律に規定する措置(母性健康管理措置)又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律に規定されている所定労働時間の短縮措置が講じられている者については、利用者の

処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を 30 時間として取り扱うことができます。また、同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所の職務であって、**当該事業所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もの**については、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものとされます。

(2) **専従** 原則として、**サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しない**ことをいいます。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従事者の当該事業所における勤務時間をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問いません。指定基準等においては、「専ら従事する」、「専ら提供に当たる」等の表現で記載されています。

(3) **兼務** 当該事業所に勤務する時間帯において、**その職種以外の職務に同時並行的に従事する**ことをいいます。「〇〇の職務を兼ねることができる」、「〇〇の職務に従事することができる」、「〇〇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」などの表現で指定基準等に記載されている職種について可能です。**兼務が可能とされていない職務に従事する場合は、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。**

(4) **常勤換算** 当該事業所の従事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（32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とします。）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ことです。

(5) **勤務延時間数** 勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間又は当該事業に係るサービスの提供のための準備等を行う時間（待機の時間を含みます。）として明確に位置づけられている時間の合計数とします。なお、**従業者 1 人につき、勤務延べ時間数に算入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とします。**

2 LIFEの活用によるPDCAサイクルの推進

厚生労働省では、平成28年度から通所・訪問リハビリテーションデータ収集システム（VISIT）、令和2年5月より高齢者の状態やケアの内容等データ収集システム（CHASE）を運用しており、令和3年4月1日より、「VISIT」と「CHASE」の一体的な運用を開始するとともに、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、名称を「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence;LIFE ライフ）（以下「LIFE」という。）」と改称しました。

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、**全てのサービスについて、「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が推奨されます。**

また、令和3年度介護報酬改定において、科学的に効果が裏付けられた自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提供の推進を目的とし、LIFEを用いた厚生労働省へのデータ提出とフィードバックの活用による、PDCAサイクル・ケアの質の向上を図る取組を推進することとなり、科学的介護推進加算を始めとしてLIFEの活用等が要件に含まれる加算が設けられました。

加算を算定するためには、LIFEへのデータ提出とフィードバック機能の活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることが求められます。具体的には介護事業所等においてはLIFEへの利用申請手続き及びデータ入力及びフィードバック機能の利用が必要です。

各事業所からのLIFEの機能全般に関するご質問が、国の「LIFEヘルプデスク」にて受付していますので、LIFEWebサイトからお問い合わせいただきますようお願いいたします。

なお、可能な限り、LIFEの操作マニュアル等のWebサイトをご覧いただいた上で、「LIFE問い合わせフォーム」からのお問い合わせにご協力ください。

【LIFEヘルプデスク】

LIFE Web サイト (<https://life.mhlw.go.jp>) の「LIFE 問い合わせフォーム」からお問い合わせください。 電話番号：042-340-8819 （平日 10:00～16:00）

<Q & A>

令和3年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 5)

問4）LIFE に提出すべき情報は「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」（令和3年3月16日老老発0316第4号）の各加算の様式例において示されているが、利用者または入所者の評価等に当たっては、当該様式例を必ず用いる必要があるのか。

答 4)

- ・「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和 3 年 3 月 16 日老老発 0316 第 4 号）においてお示ししているとおり、評価等が算定要件において求められるものについては、それぞれの加算で求められる項目（様式で定められた項目）についての評価等が必要である。
- ・ただし、同通知はあくまでも LIFE への提出項目をお示ししたものであり、利用者または入所者の評価等において各加算における様式と同一のものをを用いることを求めるものではない。

令和 3 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 3)

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

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

答 16)

- ・やむを得ない場合とは、例えば、通所サービスの利用者について、情報を提出すべき月において、当該月の中旬に評価を行う予定であったが、緊急で月初に入院することとなり、当該利用者について情報の提出ができなかった場合や、データを入力したにも関わらず、システムトラブル等により提出ができなかった場合等、利用者単位で情報の提出ができなかった場合がある。
- ・また、提出する情報についても、例えば、全身状態が急速に悪化した入所者について、必須項目である体重等が測定できず、一部の情報しか提出できなかった場合等であっても、事業所・施設の利用者又は入所者全員に当該加算を算定することは可能である。
- ・ただし、情報の提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。

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

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

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

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

令和 3 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 10)

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

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

答 2)

- ・これらの加算については、算定要件としてサービスの利用を開始した日の属する月や、サービスの提供を終了する日の属する月の翌月 10 日までに、LIFE への情報提出を行っていただくこととしている。
- ・当該サービスの再開や当該施設への再入所を前提とした、短期間の入院等による 30 日未満のサービス利用の中断については、当該中断の後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時やサービス利用開始時の情報提出は必要ないものとして差し支えない。
- ・一方、長期間の入院等により、30 日以上、当該サービスの利用がない場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時の情報提出が必要であるとともに、その後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用開始時の情報提出が必要となる。

※ サービス利用開始時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算

※ サービス利用終了時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算

○科学的介護推進体制加算について

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

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

3 介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算

介護職員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。令和3年度の報酬改定においては、加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）について、廃止することとされました。ただし、令和2年度末で加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）を算定している事業所に限り、1年間の経過措置があり、令和3年度中は算定可能です。

（1）加算取得の要件

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

（2）加算額の算定

{介護報酬総単位数（処遇改善加算等を除く）×サービス別加算率} × 1 単位の単価
（1 単位未満の端数は四捨五入）

※算定結果については1 円未満の端数は切り捨て。

< 処遇改善加算 >

加算（Ⅰ）	加算取得の要件①を行ったうえで、②のキャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ、キャリアパス要件Ⅲ、職場環境等要件（※1）の全てを満たす対象事業者
加算（Ⅱ）	加算取得の要件①を行ったうえで、②のキャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ及び職場環境等要件（※1）の全てを満たす対象事業者
加算（Ⅲ）	加算取得の要件①を行ったうえで、②のキャリアパス要件Ⅰ又はキャリアパス要件Ⅱのどちらかを満たすことに加え、職場環境等要件（※1）を満たす対象事業者
加算（Ⅳ）	加算取得の要件①を行ったうえで、②のキャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ又は職場環境等要件（※1）のいずれかを満たす対象事業者（Ⅲ）の 90/100
加算（Ⅴ）	加算取得の要件①のみを満たす場合 （Ⅲ）の 80/100

< 特定加算 >

加算（Ⅰ）	介護福祉士の配置等要件（※2）、処遇改善加算要件、職場環境等要件（※1）及び見える化要件（※）の全てを満たす対象事業者
加算（Ⅱ）	処遇改善加算要件、職場環境等要件（※1）及び見える化要件の全てを満たす対象事業者

※「見える化要件」は令和3年度は算定要件ではない。

※1 職場環境要件（処遇改善加算・特定加算 令和3年度改定あり）

- ・入職促進に向けた取組
- ・資質の向上やキャリアアップに向けた支援
- ・両立支援・多様な働き方の推進
- ・腰痛を含む心身の健康管理
- ・生産性の向上のための業務改善の取組
- ・やりがい・働きがいの醸成

処遇改善加算については上記の6区分の各項目のうち全体で1以上、特定加算については、各区分ごとに1以上の取組（令和3年度においては6区分のうち3区分を選択し、選択した区分でそれぞれで1以上の取組）を実施していること。

※2 介護福祉士の配置等要件について（特定加算 令和3年度改定あり）

・サービス提供体制強化加算の（Ⅰ）又は（Ⅱ）の区分（地域密着型通所介護（療養通所介護費を算定する場合）にあつてはサービス提供体制加算（Ⅲ）イ又は（Ⅲ）ロ）の届出を行っていること。

（3）介護職員等特定処遇改善計画書の作成における配分対象と配分方法（特定加算のみ）

① 賃金改善の対象となるグループ

A 経験・技能のある介護職員

介護福祉士であつて、経験・技能を有する介護職員と認められる者をいう。

※介護福祉士の資格を有するとともに、所属する法人等における勤続年数10年以上の介護職員を基本としつつ、他の法人における経験や、当該職員の業務や技能等を踏まえ、各事業者の裁量で設定する。

B 他の介護職員

経験・技能のある介護職員を除く介護職員をいう。

C その他の職種

介護職員以外の職員をいう。

② 事業所における配分方法

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

- ・ 経験・技能のある介護職員のうち1人以上は、賃金改善に要する費用の見込額が月額平均8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること（現に賃金が年額440万円以上の者がいる場合にはこの限りでない）。ただし、当該賃金改善が困難な場合は、合理的な説明（例：小規模事業所等で加算額全体が少額である場合）を求めることとすること。

- ・ 当該事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、他の介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均と比較し高いこと。
- ・ 他の介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、その他の職種の賃金改善に要する費用の見込額の2倍以上であること。ただし、その他の職種の平均賃金額が他の介護職員の平均賃金額の見込額を上回らない場合はこの限りでないこと。
- ・ その他の職種の賃金改善後の賃金の見込額が年額 440 万円を上回らないこと
(賃金改善前の賃金がすでに年額 440 万円を上回る場合には、当該職員は特定加算による賃金改善の対象とならない)。

(4) 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護職員処遇改善計画書 ・ 介護給付費算定の届出書 ・ そのほか必要な添付書類 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定を受ける年度の前年度の2月末日 ・ 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
届出の内容に変更があった場合 (※1)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護職員処遇改善計画書(変更部分) ・ 介護給付費算定の届出書(加算区分変更の場合) ・ そのほか必要な添付書類 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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などは 介護給付費算定等に係る届出期限
実績報告書	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護職員処遇改善実績報告書 ・ その他必要な添付書類 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定を受けた年度の翌年度の7月末日 ※年度途中で事業所を廃止した場合、 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 会社法による吸収合併等により、計画書の作成単位が変更となる場合
- ② 複数事業所を一括して申請を行う事業者において、当該申請に係る介護サービス事業所等に増減(新規指定、廃止等の事由による)があった場合
- ③ 就業規則を改正(介護職員の処遇に関する内容に限る。)した場合
- ④ キャリアパス要件等に関する適合状況に変更があった場合
- ⑤ 介護福祉士の配置等要件に関する適合状況に変更があり、該当する加算の区分に変更が生じる場合

(5) 介護職員処遇改善計画等の提出先

介護サービス事業所の指定権者

- ① 地域密着型サービス事業所⇒掛川市
- ② 介護予防・日常生活支援総合事業⇒掛川市
- ③ ①、②以外の事業所⇒静岡県

※①～③の複数事業所を一括して申請を行う事業者は、指定権者毎に届出をする必要があります。

※掛川市以外の市町村から指定を受けている場合は、該当市町村への届出も必要です。

(6) その他

- ① 申請書様式のダウンロード

静岡県ホームページに掲載されている様式を御使用ください。

静岡県 HP 掲載ページ

→[https://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-](https://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-240/kaigo/r2/r3shoguukaizentodokede.html)

[240/kaigo/r2/r3shoguukaizentodokede.html](https://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-240/kaigo/r2/r3shoguukaizentodokede.html)

- ② 「介護事業所キャリアパス制度導入ガイド」（12 の成功事例）

静岡県としては、より働きがいのある魅力的な職場づくりの環境整備として、キャリアパス制度の導入等（要件Ⅰ、Ⅱ及びⅢ）の支援を行っています。その取り組みの一つとして、実地指導等において県が作成した「**介護事業所キャリアパス制度導入ガイド**」（12 の成功事例）を紹介しています。

静岡県 HP 掲載ページ

→<https://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-220/jinzai/careerpath.html>

- ③ 参考

- ・介護保険最新情報 VOL. 935 「介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算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」
- ・介護保険最新情報 VOL. 993 「介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算に関するQ & Aの送付について」

4 令和3年度介護報酬改定等

令和3年度介護報酬改定に伴い、関係する厚生労働省令や厚生労働大臣告示の一部が改正されました。

制度改正の主な内容は以下のとおりです。

(1) 感染症対策の強化

介護サービス利用者に、感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等の取組を義務づける。その際、3年の経過措置期間を設けることとする。

(2) 業務継続に向けた取組の強化

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づける。その際、3年の経過措置期間を設けることとする。

(3) ハラスメント対策の強化

介護サービス事業者の適切なハラスメント対策を強化する観点から、全ての介護サービス事業者に、男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策を求めることとする。

(4) 高齢者虐待防止の推進

障害福祉サービスにおける対応も踏まえ、全ての介護サービス事業者を対象に、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることを義務づける。その際、3年の経過措置期間を設けることとする。

(5) 認知症介護基礎研修の受講の義務づけ

認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護サービス事業者に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務づける。その際、3年の経過措置期間を設けることとする。なお、認知症基礎研修については、質を確保しつつ、eラーニングの活用等により受講しやすい環境整備を行う。

Ⅱ 地域密着型サービス

1 運営推進会議について

運営推進会議は、地域密着型サービス事業所が、利用者、利用者の家族、地域の住民の代表者等に対し、提供しているサービス内容等の活動状況を明らかにすることにより、事業所による利用者の「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ことを目的として設置するものです。

<会議の開催頻度>

※概ね**2ヶ月に1回以上（地域密着型(認知症対応型)通所介護は6ヶ月に1回以上）**

※複数の事業所の合同開催について、次の要件を満たす場合に認める。（H30.4月改正点）

- ・利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。
- ・**同一の日常生活圏域内**に所在する事業所であること。
- ・合同して開催する回数が、1年度に開催すべき運営推進会議の**開催回数の半数を超えないこと**。（地域密着型(認知症対応型)通所介護は除く。）
- ・**外部評価を行う運営推進会議は、単独開催**で行うこと。

<会議の構成員>

- ・利用者、利用者の家族
- ・地域住民の代表者（区長・民生委員・老人クラブの代表等）
- ・市職員又は地域包括支援センターの職員
- ・当該サービスについて知見を有する者等

<会議の内容>

事業者はサービスの活動状況等を報告し、会議による評価を受け、必要な要望・助言等を聞く機会を設ける

～例～・日常のサービス提供状況やイベント等の開催状況

- ・事故やヒヤリハットの発生状況と今後の事故防止に向けた取組
- ・利用者の健康管理や防災にかかる事業所の取組
- ・地域連携の取組に関する報告

<会議内容の公表>

事業者は活動状況の報告、評価、要望、助言等について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らない

～例～・利用者及びその家族に対して手渡し又は送付

- ・介護サービス情報公表システム又は法人ホームページに掲載
- ・事業所内の見やすい場所へ掲示

＜根拠法令等＞（指定地域密着型通所介護の場合）

H18 厚労令 34

第 34 条

指定地域密着型通所介護事業者は、指定密着型通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、指定地域密着型通所介護事業所が所在する市町村の職員又は当該指定地域密着型通所介護事業所が所在する区域を管轄する法第 115 条の 46 第 1 項に規定する地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下この項において「運営推進会議」という。）を設置し、おおむね 6 月に 1 回以上、**運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議によ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らない。**

2 指定地域密着型通所介護事業者は、前項の**報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表**しなければならない。

H18 老計発 0331004 他 第 3 の二の二の 3（9）

① 基準第 34 条第 1 項に定める運営推進会議は、指定地域密着型通所介護事業所が、利用者、市町村職員、地域住民の代表者等に対し、提供しているサービス内容等を明らかにすることにより、事業所による利用者の「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ことを目的として設置**するものであり、**各事業所が自ら設置すべきもの**である。この運営推進会議は、事業所の指定申請時には、既に設置されているか、確実な設置が見込まれることが必要となるものである。また、地域の住民の代表者とは、町内会役員、民生委員、老人クラブの代表等が考えられる。

なお、指定地域密着型通所介護事業所と他の地域密着型サービス事業所を併設している場合においては、一つの運営推進会議において、両事業所の評価等を行うことで差し支えない。

また、運営推進会議の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、次に掲げる条件を満たす場合においては、複数の事業所の運営推進会議を合同で開催しても差し支えない。

イ 利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。

ロ 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。ただし、事業所間のネットワーク形成の促進が図られる範囲で、地域の実情に合わせて、市町村区域の単位等内に所在する事業所であっても差し支えないこと。

② 運営推進会議における報告等の記録は、基準第 36 条第 2 項の規定に基づき、**2 年間保存**しなければならない。

＜自己評価及び外部評価＞

小規模多機能型居宅介護事業所

・自らその提供するサービスの質の評価として自己評価を行い、これを運営推進会議に報告した上で公表することが義務づけられています。

認知症対応型共同生活介護事業所

・自ら提供するサービスの質の評価を実施し、定期的に外部の者による評価を受け、それらの結果等を公表することが義務づけられています。

＜根拠法令等＞

H18 厚労令 34

第 72 条第 2 項

指定小規模多機能型居宅介護事業者は、**自らその提供する指定小規模多機能型居宅介護の質の評価を行い、それらの結果を公表**し、常にその改善を図らなければならない。

第 97 条第 8 項

指定認知症対応型共同生活介護事業者は、**自らその提供する指定認知症対応型共同生活介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表**し、常にその改善を図らなければならない。

H18 老計発 0331004 他 第 3 の四の 4 (18)

(前略) 指定小規模多機能型居宅介護事業所は、**1 年に 1 回以上**、サービスの改善及び質の向上を目的として、各事業所が自ら提供するサービスについて評価・点検（自己評価）を行うとともに、当該**自己評価結果について、運営推進会議において第三者の観点からサービスの評価（外部評価）を行う**こととし、実施にあたっては以下の点に留意すること。また、運営推進会議の複数の事業所の合同開催については、合同で開催する回数が、1 年度に開催すべき運営推進会議の開催回数の半数を超えないこととするとともに、外部評価を行う運営推進会議は、単独開催で行うこと。

第 3 の五の 4 (12) (認知症対応型共同生活介護)

(前略) 運営推進会議の複数の事業所の合同開催については、合同で開催する回数が、1 年度に開催すべき運営推進会議の開催回数の半数を超えないこととする。

2 その他の日常生活費の扱いについて

「その他の日常生活費」（通所介護等の提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者等に負担させることが適当と認められるもの）の徴収については、平成12年3月30日付け老企54号「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」及び平成12年11月16日付け老振第75号・老健第122号「介護保険施設等における日常生活費等の受領について」において、基本的な取扱いについて定められています。

「その他の日常生活費」の対象となる便宜は、利用者等の自由な選択に基づき行われるものですので、**利用者等の希望を確認したうえで徴収するようにしてください。**

また、**徴収する費用の根拠を明確**にしておくとともに、定期的に金額の妥当性を検証してください。

＜不適切事例のうち主なもの＞

- ・ 日用品費、教養娯楽費等を徴収しているが、**利用者等の自由な選択に基づいて行われていることが明確になっていない。**
- ・ 日常生活に必要と考えられる物品を、すべての利用者に対し利用者の希望を確認せず一律に提供し、その費用を画一的に徴収している。
- ・ 費用の積算根拠が不明確であり、実費相当額かどうか判断できない。
- ・ **「その他の日常生活費」として徴収することが不適当な物品**が含まれている。

（例えば、共用のトイレ用洗剤、トイレットペーパー、ペーパータオル、利用者の処遇上必要になった福祉用具（個人の希望で利用する場合を除く）等）

福祉用具の費用負担について

福祉用具の費用負担については、利用者の心身の状況を踏まえた総合的なアセスメントによりその必要性を検討し、その結果、必要と判断した福祉用具（車いすや介護ベッド等）は、介護報酬に含まれますので、事業者の負担により介護サービスの一環として提供することになります。

なお、アセスメントの結果必要でないと判断したにもかかわらず、利用者や家族の希望により利用する場合については、個人の負担となりますので、その旨、丁寧に説明を行い、同意を得るようにしてください。併せて、その後、利用者等へ処遇上必要となった場合の取扱いについても説明を行ってください。

＜根拠法令等＞

H12 老企 54「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」（抜粋）

1 「その他の日常生活費」の趣旨

「その他の日常生活費」は、利用者、入所者、入居者又は入院患者（以下「利用者等」という。）**又はその家族等の自由な選択に基づき**、事業者又は施設が通所介護等の提供の一環として提供する日常生活上の便宜に係る経費がこれに該当する。

なお、事業者又は施設により行われる便宜の供与であっても、サービスの提供と関係のないもの（利用者等の嗜好品の購入等）については、その費用は「その他の日常生活費」とは区別されるべきものである。

2 「その他の日常生活費」の受領に係る基準

「その他の日常生活費」の趣旨にかんがみ、事業者又は施設が利用者等から「その他の日常生活費」の徴収を行うに当たっては、以下に掲げる基準が遵守されなければならないものとする。

①「その他の日常生活費」の対象となる便宜と、**保険給付の対象となっているサービスとの間に重複関係がないこと。**

②**保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の受領は認められないこと。**したがって、お世話料、管理協力費、共益費、施設利用補償金といったあいまいな名目の費用の徴収は認められず、費用の内訳が明らかにされる必要があること。

③「その他の日常生活費」の対象となる便宜は、**利用者等又はその家族等の自由な選択に基づいて行われるものでなければならず**、事業者又は施設は「その他の日常生活費」の受領について**利用者等又はその家族等に事前に十分な説明を行い、その同意を得なければならないこと。**

④「その他の日常生活費」の受領は、その対象となる便宜を行うための**実費相当額の範囲内で行われるべきものであること。**

⑤「その他の日常生活費」の対象となる便宜及びその額は、当該事業者又は施設の運営規程において定められなければならない、また、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、施設の見やすい場所に掲示されなければならないこと。ただし、「その他の日常生活費」の額については、その都度変動する性質のものである場合には、「実費」という形の定め方が許されるものであること。

（別紙）各サービス種類ごとの「その他の日常生活費」の具体的な範囲について

（7）留意事項

①（1）から（6）の①に掲げる「身の回りの品として日常生活に必要なもの」とは、一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられる物品（例えば、歯ブラシや化粧品等の個人用の日用品等）であって、**利用者等の希望を確認した上で提供さ**

れるものをいう。したがって、こうした物品を事業者又は施設が**すべての利用者等に対して一律に提供し、すべての利用者等からその費用を画一的に徴収することは認められないものである。**

H12 老振 75 老健 122「介護保険施設等における日常生活費等の受領について」（抜粋）

1 日常生活費等の受領に係る同意について

介護保険施設等は、運営基準に基づき、日常生活費等に係わるサービス提供に当たっては、あらかじめ、利用者等又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用の額について懇切丁寧に説明を行い、利用者等の同意を得なければならないものであるが、**当該同意については、利用者等及び介護保険施設等双方の保護の立場から、当該サービス内容及び費用の額を明示した文書に、利用者等の署名を受けることにより行うものとする。**

H18 老計発 0331005 他 第二の 1

（２）サービス種類相互の算定関係について

特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護若しくは地域密着型特定施設入居者生活介護を受けている間については、**その他の指定居宅サービス又は指定地域密着型サービスに係る介護給付費（居宅療養管理指導を除く。）は算定しないものであること。**ただし、指定特定入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護の提供に必要な場合に、**当該事業者の費用負担により、その利用者に対してその他の居宅サービス又は地域密着型サービスを利用させることは差し支えないものであること。**

（中略）

なお、小規模多機能型居宅介護を受けている間については、**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および福祉用具貸与費を除く居宅介護サービス並びに指定地域密着型サービスに係る費用の額は算定しないものであること。**

（中略）

【市から厚生労働省への照会に対する回答】

問 1：認知症対応型共同生活介護で行う通院介助について、別途人件費、交通費の徴収が可能か？

答 1：グループホームにおける通院介助は、人件費も交通費も介護報酬に含まれると整理している。ただ、病院の所在地が遠かったり、入所者が特に遠い医療機関を希望するというのであれば、徴収することができないこともない。

3 通所系サービスのサービス提供時間

通所系サービスのサービス提供時間については、サービス提供時間が守られていない、又は送迎の記録が不明確で介護報酬算定に必要な時間以上のサービス提供を行ったかどうか確認できない等の事例が依然として見受けられます。

送迎に要する時間はサービス提供時間に含まれないので、送迎の記録については、利用者が事業所へ到着した時間及び事業所から出発した時間を明確にし、実際にサービス提供を行った時間を確認できるようにしてください。家族が送迎を行う場合についても同様です。

また、介護サービスを提供中の利用者に対して保険外サービスを提供する場合については、「**介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取り扱いについて**」（平成 30 年 9 月 28 日厚生労働省老健局関係各課（室）長連名通知）において、訪問介護及び通所介護に係わる具体的な取り扱いが示されていますので、参照してください。

＜根拠法令等＞（地域密着型通所介護の場合）

H18 老計発 0331005 他 第二の 3 の 2

（1）所要時間による区分の取扱い

所要時間による区分については、現に要した時間ではなく、地域密着型通所介護計画に位置づけられた内容の地域密着型通所介護を行うための標準的な時間によることとされたことであり、単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、地域密着型通所介護のサービスが提供されているとは認められないものであること。したがって、この場合は当初計画に位置付けられた所要時間に応じた所定単位数が算定されるものであること（このような家族等の出迎え等までの間の「預かり」サービスについては、利用者から別途利用料を徴収して差し支えない。）。また、ここでいう地域密着型通所介護を行うのに要する時間には、送迎に要する時間は含まれていないものであるが、送迎時に実施した居宅内での介助等（着替え、ベッド・車椅子への移乗、戸締り等）に要する時間は、次のいずれの用件も満たす場合、1 日 30 分以内を限度として、地域密着型通所介護を行うのに要する時間に含めることができる。

①、② （略）

これに対して、当日の利用者の心身の状況から、実際の地域密着型通所介護の提供が地域密着型通所介護計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には地域密着型通所介護計画上の単位数を算定して差し支えない。なお、地域密着型通所介護計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合には、地域密着型通所介護計画を変更のうえ、変更後の所要時間に応じた単位数を算定すること。

※認知症対応型通所介護についても同様（H18 老計発 0331005 他 第 2 の 4（1））

<Q & A>

令和3年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 3)

問 26) 「当日の利用者の心身の状況から、実際の通所サービスの提供が通所サービス計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には通所サービス計画上の単位数を算定して差し支えない。」とされているが、具体的にどのような内容なのか。

答 26) 通所サービスの所要時間については、**現に要した時間ではなく、通所サービス計画に位置付けられた内容の通所サービスを行うための標準的な時間によることとされている。**

こうした趣旨を踏まえ、たとえば8時間以上9時間未満のサービスの通所介護計画を作成していた場合において、当日サービス提供途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず7時間30分でサービス提供を中止した場合に、当初の通所介護計画による所定単位数を算定してもよいとした。(ただし、利用者負担の軽減の観点から、7時間以上8時間未満の所定単位数を算定してもよい。) こうした取扱い は、サービスのプログラムが個々の利用者に応じて作成され、当該プログラムに従って、単位ごとに効果的に実施されている事業所において行われることを想定しており、限定的に適用されるものである。

当初の通所介護計画に位置付けられた時間よりも大きく短縮した場合は、当初の通所介護計画を変更し、再作成されるべきであり、変更後の所要時間に応じた所定単位数を算定しなければならない。

(例) 通所介護計画上7時間以上8時間未満の通所介護を行う予定であった利用者について

- ① 利用者が定期検診などのために当日に併設保険医療機関の受診を希望することにより6時間程度のサービスを行った場合には、利用者の当日の希望を踏まえて当初の通所サービス計画を変更し、再作成されるべきであり、6時間程度の所定単位数を算定する。
- ② 利用者の当日の希望により3時間程度の入浴のみのサービスを行った場合には、利用者の当日の希望を踏まえて当初の通所サービス計画を変更、再作成するべきであり、3時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。
- ③ 当日サービス提供途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず2時間程度でサービス提供を中止した場合、当初の通所介護計画を変更し、再作成するべきであり、2時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。(※所要時間2時間以上3時間未満の区分は、心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難である利用者に算定するものであるが、当日の利用者の心身の状況から、実際の通所サービスの提供が通所サービス計画上の所要時間よりも大きく

短縮した場合は、通所サービス計画を変更の上、同区分で算定を行うこととしても差し支えない。）

- ④ 当日サービス提供途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず1時間程度でサービス提供を中止した場合、これに対応する所要時間区分がないため通所介護費を算定できない。

※平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.1)(平成24年3月16日)問59は削除する。

＜根拠法令等＞

「介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱いについて」

(平成30年9月28日厚生労働省老健局関係各課(室)長連名通知) ※抜粋

第三 通所介護を提供中の利用者に対し、保険外サービスを提供する場合について (略)

2. 通所介護と組み合わせて提供することが可能なサービス

1. で示したとおり、通所介護事業所内において利用者に対して提供されるサービスについては、通所介護として内容と保険外サービスとしての内容を区分することが基本的には困難であることから、保険外サービスとして利用者から保険給付とは別に費用を徴収することは、基本的には適当でなく、仮に特別な器具や外部事業者等を活用する場合であっても、あくまで通所介護として実施し、必要に応じて実費等を追加徴収することが適当である。

ただし、以下の①～④の保険外サービスについては、通所介護と明確に区分することが可能であり、事業者が3. の事項を遵守している場合には、通所介護を提供中の利用者に対し、通所介護を一旦中断したうえで保険外サービスを提供し、その後引き続いて通所介護を提供することが可能である。

① 事業所内において、理美容サービス又は健康診断、予防接種若しくは採血（以下「巡回検診等」という。）を行うこと

② 利用者個人の希望により通所介護事業所から外出する際に、保険外サービスとして個別に同行支援を行うこと

※機能訓練の一環として通所介護計画に位置づけられた外出以外に、利用者個人の希望により、保険外サービスとして、個別に通所介護事業所からの外出を支援するものである。外出中には、利用者の希望に応じた多様な分野の活動に参加することが可能である。

③ 物販・移動販売やレンタルサービス

④ 買い物等代行サービス

4 入浴介助加算について

地域密着型通所介護・（介護予防）認知症対応型通所介護における入浴介助加算について、利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から、以下の見直しが行われた。

ア 利用者が自宅において、自身又は家族等の介助によって入浴を行うことができるよう、利用者の身体状況や医師・理学療法士・作業療法士・介護福祉士・介護支援専門員等（以下、「医師等」という。）が訪問により把握した利用者宅の浴室の環境を踏まえた個別の入浴計画を作成し、同計画に基づき事業所において個別の入浴介助を行うことを評価する新たな区分が設けられた。

イ 現行相当の加算区分については、現行の入浴介助加算は多くの事業所で算定されていることを踏まえ、また、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た。

<根拠法令等>

H18 厚労告 126 別表 2 の 2

注 10 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出て当該基準による入浴介助を行った場合は、1 日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- イ 入浴介助加算（Ⅰ） 40 単位
- ロ 入浴介助加算（Ⅱ） 55 単位

※認知症対応型通所介護についても同様（H18 厚労告 126 別表 3 注 6）

H27 厚労告 95

十四の三 通所介護費、地域密着型通所介護費、認知症対応型通所介護費及び介護予防認知症対応型通所介護費における入浴介助加算の基準

イ 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行われる入浴介助であること。

ロ 入浴介助加算（Ⅱ） 次のいずれにも適合すること。

- (1) イに掲げる基準に適合すること。
- (2) 医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員その他の職種の者（以下この号において「医師等」という。）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。当該訪問において、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又はその家族等の介助により入浴を行うことが難

しい環境にあると認められる場合は、訪問した医師等が、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第二条に規定する指定居宅介護支援事業所をいう。以下同じ。）の介護支援専門員は又は指定福祉用具貸与事業所（指定居宅サービス等基準第百九十四条第一項に規定する指定福祉用具貸与事業所をいう。）若しくは指定特定福祉用具販売事業所（指定居宅サービス等基準第二百八条第一項に規定する指定特定福祉用具販売事業所をいう。）の福祉用具専門相談員（介護保険法施行令（平成十年政令第四百十二号）第四条第一項に規定する福祉用具専門相談員をいう。以下同じ。）と連携し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。

(3) 当該指定通所介護事業所（指定居宅サービス等基準第九十三条第一項に規定する指定通所介護事業所をいう。以下同じ。）、指定地域密着型通所介護事業所（指定地域密着型サービス基準第二十条第一項に規定する指定地域密着型通所介護事業所をいう。以下同じ。）、指定認知症対応型通所介護事業所又は指定介護予防認知症対応型通所介護事業所（指定地域密着型介護予防サービス基準第十三条に規定する指定介護予防認知症対応型通所介護事業所をいう。以下同じ。）の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種のもの（以下「機能訓練指導員等」という。）が共同して、利用者の居宅を訪問した医師等との連携の下で、当該利用者の身体の状態、訪問により把握した当該居宅の浴室の環境等を踏まえて個別の入浴計画を作成すること。

(4) (3) の入浴計画に基づき、個浴（個別の入浴をいう。以下同じ。）その他の利用者の居宅の状況に近い環境で、入浴介助を行うこと。

H18 老計発 0331005 他 第二 3の2(8)

ア 入浴介助加算(Ⅰ)について

- ① 入浴介助加算(Ⅰ)は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合について算定されるものである(大臣基準告示第十四号の三)が、この場合の「観察」とは、自立生活支援のための見守り的援助のことであり、利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、極力利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを行うことにより、結果として、身体に直接接する介助を行わなかった場合についても、加算の対象となるものであること。なお、この場合の入浴には、利用者の自立生活を支援する上で最適と考えられる入浴手法が、部分浴（シャワー浴含む）等である場合は、これを含むものとする。
- ② 地域密着型通所介護計画上、入浴の提供が位置付けられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合については、加算を算定できない。

イ 入浴介助加算(Ⅱ)について

- ① ア①および②を準用する。この場合において、ア①の「入浴介助加算（Ⅰ）」は「入浴介助加算（Ⅱ）」に読み替えるものとする。
- ② 入浴介助加算（Ⅱ）は、利用者が居宅において、自身で又は家族若しくは居宅で入浴介助を行うことが想定される訪問介護員等（以下（８）において「家族・訪問介護員等」という。）の介助によって入浴ができるようになることを目的とし、以下 a～c を実施することを評価するものである。なお、入浴介助加算（Ⅱ）の算定に係る者は、利用者の状態に応じ、自身で又は家族・訪問介護員等の介助により尊厳を保持しつつ入浴ができるようになるためには、どのような介護技術を用いて行うことが適切であるかを念頭に置いた上で、また a～c を実施する
- a 医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等（利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員を含む。）が利用者の居宅を訪問（個別機能訓練加算を取得するにあたっての訪問等を含む。）し、利用者の状態をふまえ、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。その際、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが可能であると判断した場合、指定地域密着型通所介護事業所に対しその旨情報共有する。また、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、指定地域密着型通所介護事業所の従業者以外の者である場合は、書面等を活用し、十分な情報共有を行うよう留意すること。
- （※）当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが難しいと判断した場合は、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、利用者及び当該利用者を担当する介護支援専門員等に対し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行う。
- b 指定地域密着型通所介護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評価した者との連携の下で、当該利用者の身体の状態や訪問により把握した利用者の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。なお、個別の入浴計画に相当する内容を地域密着型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。
- c b の入浴計画に基づき、個浴の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。なお、この場合の「個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境」とは、手すりなど入浴に要する福祉用具等を活用し利用者の居宅の浴室の環

境を個別に模したものとして差し支えない。また、入浴介助を行う際は、関係計画等の達成状況や利用者の状態をふまえて、自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、必要な介護技術の習得に努め、これを用いて行われるものであること。なお、必要な介護技術の習得にあたっては、既存の研修等を参考にすること。

<QA>

令和3年度報酬改定に関するQ&A(Vol. 8)

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

答1) 利用者の自宅（高齢者住宅（居室内の浴室を使用する場合のほか、共同の浴室を使用する場合も含む。）を含む。）のほか、利用者の親族の自宅が想定される。なお、自宅に浴室がない等、具体的な入浴場面を想定していない利用者や、本人が希望する場所で入浴するには心身機能の大幅な改善が必要となる利用者にあつては、以下①～⑤をすべて満たすことにより、当面の目標として通所介護等での入浴の自立を図ることを目的として、同加算を算定することとしても差し支えない。

- ① 通所介護等事業所の浴室において、医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等（利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員を含む。）が利用者の動作を評価する。
- ② 通所介護等事業所において、自立して入浴することができるよう必要な設備（入浴に関する福祉用具等）を備える。
- ③ 通所介護等事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の動作を評価した者等との連携の下で、当該利用者の身体の状態や通所介護等事業所の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成する。なお、個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別の入浴計画の作成に代えることができるものとする。
- ④ 個別の入浴計画に基づき、通所介護等事業所において、入浴介助を行う。
- ⑤ 入浴設備の導入や心身機能の回復等により、通所介護等以外の場面での入浴が想定できるようになっているかどうか、個別の利用者の状況に照らし確認する。なお、通所リハビリテーションについても同様に扱う。

問2) 入浴介助加算(Ⅱ)について、医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等（利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員を含む。）が利用者の居宅を訪問し、浴室における当

該利用者の動作及び浴室の環境を評価することとなっているが、この他に評価を行うことができる者としてどのような者が想定されるか。

答 2) 地域包括センターの担当職員、福祉・住環境コーディネーター 2 級以上の者等が想定される。なお、通所リハビリテーションについても同様に扱う。

問 3) 入浴介助加算（Ⅱ）については、算定にあたって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、この評価は算定開始後も定期的に行う必要があるのか。

答 3) 当該利用者の身体状況や居宅の浴室の環境に変化が認められた場合に再評価や個別の入浴計画の見直しを行うこととする。

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の援助を、介助を行う必要がある動作については、利用者の状態に応じた身体介助を行う。なお、入浴介助加算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掛けをする。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、浴槽内にいすに腰掛けて、湯舟につかる。	声かけをし、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。	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。	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。	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。	

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

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

問 6) 同一事務所において、入浴介助加算（Ⅰ）を算定する者と入浴介助加算（Ⅱ）を算定する者が混在しても差し支えないか。また、混在しても差し支えない場合、「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、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、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、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、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準、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介護給付費算定に係る体制等」に関する届出等における留意点について」（平成 12 年 3 月 8 日老企第 41 号）に定める。「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援）」等はどのように記載させればよいか。

答 6) 前段については、差し支えない。後段については、「加算Ⅱ」と記載させることとする。（「加算Ⅱ」と記載した場合であっても、入浴介助加算（Ⅰ）を算定することは可能である。）

5 通所介護における個別機能訓練加算

＜個別機能訓練加算(I)イ、(I)ロの主な要件等＞(イとロは併算定不可)

	個別機能訓練加算(I)イ	個別機能訓練加算(I)ロ
職員配置等	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あんまマッサージ指圧師、実務経験を有するはり師・きゅう師)を専従1名以上配置(配置時間の定めなし) 	<ul style="list-style-type: none"> ・(I)イの要件に加えて、サービス提供時間帯を通じて専従の機能訓練指導員を1名以上配置(常勤・非常勤は問わない。複数単位兼務可能)
訓練計画等	<ul style="list-style-type: none"> ・目標設定に当たって、機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、利用者のニーズ・日常生活や社会生活等における役割を把握。目標は、単に身体機能の向上を目指すのみでなく、日常生活における生活機能の向上を目指す。 ・機能訓練指導員等多職種の方が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成。 ・項目設定に当たっては複数の種類の機能訓練の項目を準備。 ・個別機能訓練計画には、利用者ごとの目標、実施時間、実施方法等を記載。 ・評価内容や目標の達成度合いについて、担当の介護支援専門員等に適宜報告・相談。 	
訓練実施	<ul style="list-style-type: none"> ・類似の目標を持ち同様の訓練内容が設定された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実施(介護職員が訓練の補助を行うことは妨げない)。 ・利用者が居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目的に実施。 ・概ね週1回以上実施。 	
実施後の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・個別機能訓練項目や実施時間、効果等について評価し、3月に1回以上利用者の居宅を訪問し居宅での生活状況の確認、個別機能訓練の実施状況や効果について説明し、記録する。 ・3月に1回以上、個別機能訓練の実施状況や効果について介護支援専門員に報告・相談し、訓練内容の見直し等を行っていること。 ・訓練に関する記録は、利用者毎に保管し、機能訓練指導員が閲覧可能な状態にする。 	

※具体的な事務処理手順例として、R3.3.16 老認発 0316 第 3 号・老老発 0316 第 2 号「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について」が国から示されていますので、参考にしてください。

＜個別機能訓練加算(Ⅱ)の主な要件等＞

- ・個別機能訓練加算(Ⅰ)イの要件の全て又は(Ⅰ)ロの要件の全てに適合すること。
- ・利用者ごとの個別機能訓練計画等の内容を LIFE を用いて厚生労働省に提出し、フィードバックを受けていること。

＜根拠法令等＞

H18 厚労告 126 別表 2 の 2

注 13 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村に届け出た指定地域密着型通所介護の利用者に対して、機能訓練を行っている場合には、当該基準に掲げる区分に従い、(1)及び(2)については 1 日につき次に掲げる単位数を、(3)については 1 月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、個別機能訓練加算(Ⅰ)イを算定している場合には、個別機能訓練加算(Ⅰ)ロは算定しない。

(1) 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ 56 単位

(2) 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ 85 単位

(3) 個別機能訓練加算(Ⅱ) 20 単位

H27 厚労告 95 五十一の四

イ 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 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六月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。)(以下この号において「理学療法士等」という。)を一名以上配置していること。
- (2) 機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、理学療法士等が計画的に機能訓練を行っていること。

- (3) 個別機能訓練計画の作成及び実施においては、利用者の身体機能及び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し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、利用者の選択に基づき、心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っていること。
- (4) 機能訓練指導員等が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た上で、個別機能訓練計画を作成すること。また、その後三月ごとに一回以上、利用者の居宅を訪問した上で、当該利用者の居宅における生活状況をその都度確認するとともに、当該利用者又はその家族に対して、個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて個別機能訓練計画の見直し等を行っていること。
- (5) 通所介護費等算定方法第五号の二に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

- ロ 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - (1) イ(1)の規定により配置された理学療法士等に加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて一名以上配置していること。
 - (2) イ(2)から(5)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- ハ 個別機能訓練加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - (1) イ(1)から(5)まで又はロ(1)及び(2)に掲げる基準に適合すること。
 - (2) 利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練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。

H18 老計発 0331005 他 第二 3の2(11)

個別機能訓練加算は、専ら機能訓練を実施する理学療法士、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月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。)(以下3の2(参考：地域密着型通所介護の規定において)「理学療法士等」という。)を配置し、機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとに心身の状態や居宅の環境をふまえた個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき計画的に機能訓練を行うことで、利用者の生活機能(身体機能を含む。

以下(11)において同じ。)の維持・向上を図り、住み慣れた地域で居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目指すため設けられたものである。

本加算の算定にあたっては、加算設置の趣旨をふまえた個別機能訓練計画の作成及び個別機能訓練が実施されなければならない。

① 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ、個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ

イ 個別機能訓練加算(Ⅰ)イを算定する際の人員配置

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名以上配置すること。この場合において、例えば1週間のうち特定の曜日だけ理学療法士等を配置している場合は、その曜日において理学療法士等から直接機能訓練の提供を受けた利用者のみが当該加算の算定対象となる。

ただし、この場合、当該加算を算定できる人員体制を確保している曜日があらかじめ定められ、利用者や居宅介護支援事業者に周知されている必要がある。

なお、指定地域密着型通所介護事業所の看護職員が当該加算に係る理学療法士等の職務に従事する場合には、当該職務の時間は、指定地域密着型通所介護事業所における看護職員としての人員基準の算定に含めない。

ロ 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロを算定する際の人員配置

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指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置すること。この場合において、例えば1週間のうち特定の曜日だけ、専ら機能訓練を実施する理学療法士等を1名以上及び専ら機能訓練を実施する理学療法士等を指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置している場合は、その曜日において理学療法士等から直接訓練の提供を受けた利用者のみが当該加算の算定対象となる。

ただし、この場合、当該加算を算定できる人員体制を確保している曜日はあらかじめ定められ、利用者や居宅介護支援事業者に周知されている必要がある。

なお、指定地域密着型通所介護事業所の看護職員が当該加算に係る機能訓練指導員の職務に従事する場合には、当該職務の時間は、指定地域密着型通所介護事業所における看護職員としての人員基準の算定に含めない。

ハ 個別機能訓練目標の設定・個別機能訓練計画の作成

個別機能訓練加算(Ⅰ)イ及び個別機能訓練加算(Ⅰ)ロに係る個別機能訓練を行うにあたっては、機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとにその目標、目標を踏まえた訓

訓練項目、訓練実施時間、訓練実施回数等を内容とする個別機能訓練計画を作成すること。

個別機能訓練目標の設定にあたっては、機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で利用者の居宅での生活状況(起居動作、ADL、IADL等の状況)を確認し、その結果や利用者又は家族の意向及び介護支援専門員等の意見も踏まえつつ行うこと。その際、当該利用者の意欲の向上につながるよう長期目標・短期目標のように段階的な目標とするなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。また、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とすること。

個別機能訓練目標の設定にあたっては、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し、その項目の選択にあたっては、利用者の生活意欲の向上に繋がるよう利用者を援助すること。

なお、個別機能訓練計画に相当する内容を地域密着型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機能訓練計画の作成に代えることができるものとする。

ニ 個別機能訓練の実施体制・実施回数

個別機能訓練加算(Ⅰ)イ及び個別機能訓練加算(Ⅰ)ロに係る個別機能訓練は、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こととし、必要に応じて事業所内外の設備等を用いた実践的かつ反復的な訓練とすること。

訓練時間については、個別機能訓練計画に定めた訓練項目の実施に必要な1回あたりの訓練時間を考慮し適切に設定すること。

また、本加算に係る個別機能訓練は、住み慣れた地域で居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目的とし、生活機能の維持・向上を図るため、計画的・継続的に個別機能訓練を実施する必要がある、概ね週1回以上実施することを目安とする。

ホ 個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練加算(Ⅰ)イ及び個別機能訓練加算(Ⅰ)ロに係る個別機能訓練を開始した後は、個別機能訓練項目や訓練実施時間、個別機能訓練の効果(例えば当該利用者のADL及びIADLの改善状況)等についての評価を行うほか、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(起居動作、ADL、IADL等の状況)の確認を行い、利用者又はその家族(以下このホにおいて「利用者等」という。)に対して個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について説明し、記録する。

また、概ね3月ごとに1回以上、個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について、当該利用者を担当する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、当該利用者に対する個別機能訓練の効果(例えば当該利用者のADL及びIADLの改善状況)等をふまえた個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更など、適切な対応を行うこと。

また、利用者等に対する説明は、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。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならないこと。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。

へ その他

- ・厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法(平成12年厚生省告示第27号)第五号の二に規定する基準のいずれかに該当する場合は、個別機能訓練加算(I)イ及び個別機能訓練加算(I)ロを算定することはできない。

- ・個別機能訓練加算(I)イを算定している場合は個別機能訓練加算(I)ロを算定することはできない。また個別機能訓練加算(I)ロを算定している場合は、個別機能訓練加算(I)イを算定することはできない。

- ・個別機能訓練計画に基づく個別機能訓練の実施が予定されていた場合でも、利用者の都合等により実際に個別機能訓練が実施されなかった場合は、個別機能訓練加算(I)イ及び個別機能訓練加算(I)ロを算定することはできない。

- ・個別機能訓練加算(I)イ及び個別機能訓練(I)ロの目標設定・個別機能訓練計画の作成方法の詳細を含む事務処理手順例等については、別に定める通知において示すこととする。

- ・個別機能訓練に関する記録(個別機能訓練の目標、目標をふまえた訓練項目、訓練実施時間、個別機能訓練実施者等)は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の個別機能訓練従事者により閲覧が可能であるようにすること。

②個別機能訓練加算(Ⅱ)について

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個別機能訓練計画の作成(Plan)、当該計画に基づく個別機能訓練の実施(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。

<QA>

令和3年度報酬改定に関する Q&A (Vol. 3)

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

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

6 運動器機能向上加算

運動器機能向上加算について、要件を満たしていないにもかかわらず加算を請求している事例が多くあります。加算要件等を再確認して頂き、適切な取り扱いをお願いします。

＜不適切事例のうち主なもの＞

- ・ 運動器機能向上計画に、**長期目標・短期目標、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、1回当たりの実施時間、実施形態等**が記載されていない。
- ・ 概ね**3月程度で達成可能な長期目標**及び長期目標を達成するための概ね**1月程度で達成可能な短期目標**が設定されていない又は期間が不明確である。
- ・ 利用者の短期目標に応じて、概ね**月1回のモニタリング**が実施されていない又は不十分である。
- ・ 実施期間終了後に行う事後アセスメントが実施されておらず、その**結果について介護予防支援事業者**に報告されていない。

＜根拠法令等＞

H18 厚労告 127 別表6 ハ 注

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出て、利用者の運動器の機能向上を目的として個別的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又は向上に資すると認められるもの（以下この注及びへにおいて、「運動器機能向上サービス」という。）を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。

イ 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、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師（以下この注において「理学療法士等」という。）を1名以上配置していること。

ロ 利用者の**運動器の機能を利用開始時に把握し、理学療法士等、介護職員、生活相談員、その他の職種の者が共同して、運動器機能向上計画を作成していること。**

ハ 利用者ごとの運動器機能向上計画に従い理学療法士等、介護職員その他の職種の者が運動器機能向上サービスを行っていると同時に、**利用者の運動器の機能を定期的に記録**していること。

ニ 利用者ごとの**運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価**すること。

ホ （略）

H18 老計発 0317001 他 第2の7(2)

① 介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションにおいて運動器機能向上サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にな

らず自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意しつつ行うこと。

② 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（以下「理学療法士等」という。）を1名以上配置して行うものであること。

③ 運動器機能向上サービスについては、以下のアからキまでに掲げるとおり、実施すること。

ア 利用者ごとに看護職員等の医療従事者による運動器機能向上サービスの実施に当たってのリスク評価、体力測定等を実施し、**サービスの提供に際して考慮すべきリスク、利用者のニーズ及び運動器の機能の状況を、利用開始時に把握**すること。

イ 理学療法士等が、暫定的に、利用者ごとのニーズを実現するための**おおむね3月程度で達成可能な目標**（以下「**長期目標**」という。）**及び長期目標を達成するためのおおむね1月程度で達成可能な目標**（以下「**短期目標**」という。）を設定すること。長期目標及び短期目標については、介護予防支援事業者において作成された当該利用者に係る介護予防サービス計画と整合が図られたものとする。

ウ 利用者に係る長期目標及び短期目標を踏まえ、理学療法士等、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、**当該利用者ごとに、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、1回当たりの実施時間、実施形態等を記載した運動器機能向上計画を作成**すること。その際、**実施期間については**、運動の種類によって異なるものの、**概ね3月間程度**とすること。また、作成した運動器機能向上計画については、運動器機能向上サービスの提供による効果、リスク、緊急時の対応等と併せて、当該運動器機能向上計画の対象となる利用者に分かりやすい形で**説明**し、その**同意**を得ること。なお、介護予防通所介護又は介護予防通所リハビリテーションにおいては、運動器機能向上計画に相当する内容を介護予防通所介護計画の中又は介護予防通所リハビリテーション計画の中にそれぞれ記載する場合は、その記載をもって運動器機能向上計画の作成に代えることができるものとする。

エ 運動器機能向上計画に基づき、利用者毎に運動器機能向上サービスを提供すること。その際、提供する運動器機能向上サービスについては、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等の適切なものとする。また、運動器機能向上計画に実施上の問題点（運動の種類の変更の必要性、実施頻度の変更の必要性等）があれば、直ちに当該計画を修正すること。

オ 利用者の短期目標に応じて、**概ね1月間ごとに、利用者の当該短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行う**とともに、必要性に応じて、運動器機能向上計画の修正を行うこと。

カ 運動器機能向上計画に定める**実施期間終了後**に、利用者ごとに、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について、**事後アセスメントを実施し、その結果を当該**

利用者に係る介護予防支援事業者に報告すること。介護予防支援事業者による当該報告も踏まえた介護予防ケアマネジメントの結果、運動器機能向上サービスの継続が必要であると判断がなされる場合については、前記アからカまでの流れにより、継続的に運動器機能向上サービスを提供する。

キ （略）

7 小規模多機能型居宅介護における認知症加算・認知症専門ケア加算

認知症加算、認知症専門ケア加算について、要件を満たしていないにもかかわらず加算を請求している事例が多くあります。加算要件等を再確認して頂き、適切な取り扱いをお願いします。

＜不適切事例の主なもの＞

- ・ **最も新しい日常生活自立度の判定を使わずに、算定をしている。**
- ・ 日常生活自立度のランクが**算定条件を満たしていない者に算定**している。
- ・ 日常生活自立度の判定結果が**計画書に記載されていない。**
- ・ 事業所における利用者要件の**算定根拠資料を作成、保管していない。**

＜根拠法令等＞

H18 老計発 0331005 他 第2の1

(12) 「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について

① 加算の算定要件として「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成5年10月26日老健第135号厚生省老人保健福祉局長通知)に規定する「認知症高齢者の日常生活自立度」(以下「日常生活自立度」という。)を用いる場合の日常生活自立度の決定に当たっては、**医師の判定結果又は主治医意見書**(以下この号において「判定結果」という。)を用いるものとする

② ①の判定結果は、判定した医師名、判定日と共に、**居宅サービス計画又は各サービスのサービスのサービス計画に記載**するものとする。また、主治医意見書とは、「要介護認定等の実施について」(平成21年9月30日老発0930第5号厚生労働省老健局長通知)に基づき、主治医が記載した同通知中「3主治医の意見の聴取」に規定する「主治医意見書」中「3.心身の状態に関する意見(1)日常生活の自立度等について・認知症高齢者の日常生活自立度」の欄の記載をいうものとする。なお、**複数の判定結果がある場合はにあっては、最も新しい判定結果を用いるものとする。**

③ (略)

《認知症加算》(小規模多機能型居宅介護)

	認知症加算(Ⅰ) 800 単位	認知症加算(Ⅱ) 500 単位
要介護度	要介護1～5	要介護2
利用者要件	認知症の者とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者	認知症の者とは、日常生活自立度のランクⅡに該当する者

＜根拠法令等＞（内容は本文に記載していますので、省略します。）

H27 厚労告 94

三十八 指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の小規模多機能型居宅介護費の二の注の厚生労働大臣が定める登録者

H18 老計発 0331005 他 第2の5

(4) 認知症加算について

《認知症専門ケア加算》（認知症対応型共同生活介護）

H27 厚労告 95

四十二 認知症対応型共同生活介護費、介護予防認知症対応型共同生活介護費における認知症専門ケア加算算定の基準

イ 認知症専門ケア加算（Ⅰ） 次のいずれにも適合すること。

(1) 事業所における利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状もしくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(以下「対象者」)の占める割合が**2分の1以上**であること。

(2) **認知症介護に係る専門的な研修を終了している者を**、対象者の数が20人未満である場合にあっては、1以上、当該対象者の数が20以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上**配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施**していること。

(3) 当該事業所の従業者に対して、**認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的**に開催していること。

ロ 認知症専門ケア加算（Ⅱ） 次のいずれにも適合すること。

(1) **Ⅰの基準のいずれにも適合**すること。

(2) **認知症介護の指導に係る専門的な研修を終了している者を1名以上配置し**、事業所全体の**認知症ケアの指導等を実施**していること。

(3) 当該事業所における**介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し**、当該計画に従い、**研修を実施又は実施を予定**していること。

H18 老計発 0331005 他 第2の6

(11) 認知症専門ケア加算について

① 「日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」とは、**日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅢに該当する利用者**を指すものとする。

② 「**認知症介護に係る専門的な研修**」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」(平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局通知)及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」(平成18年3月31日老計第0331007号厚生労働省計画課長通知)に規定する「**認知症介護実践リーダー研修**」を指すものとする。

③ (略)

8 看取り介護加算

看取り介護加算は、平成 27 年度報酬改定により、看取り介護の質を常に向上させていくことを目的に、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（PDCA サイクル）を取り入れた看取り介護の実施が要件に加わり、看取り介護体制の構築強化を図ることとされました。

実地指導等において、加算要件を満たしていない事例、特に PDCA サイクルの実施が不十分である事例が見受けられますので、再度要件等を確認してください。

＜不適切事例のうち主なもの＞

- ・ **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記録が不明確である。**
- ・ 実施した看取り介護の検証や看取りに関する指針の内容等について見直しを行う等、**看取り介護の質を向上させていくための取り組みが行われていない（PDCA サイクルが不十分）。**
- ・ 入所の際に、入所者又はその家族等に対して、看取りに関する指針の内容を説明し、同意を得ていない。

＜根拠法令等＞

H18 厚労告 126 別表 5

注 8 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市町村長に届け出た指定認知症対応型共同生活介護事業所において、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者については、看取り介護加算として、死亡日以前 31 日以上 45 日以下については 1 日につき 72 単位を、死亡日以前 4 日以上 30 日以下については 1 日につき 144 単位を、死亡日の前日及び前々日については 1 日につき 680 単位を、死亡日については 1 日につき 1,280 単位を死亡月に加算する。ただし、退居した日の翌日から死亡日までの間又は**医療連携体制加算を算定していない場合は、算定しない。**

H27 厚労告 96

三十三 指定認知症対応型共同生活介護における看取り介護加算に係る施設基準

イ 看取りに関する**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 **医師、看護職員**（事業所の職員又は当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの職員に限る。）、**介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議**の上、当該事業所における**看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直し**を行うこと。

ハ **看取りに関する職員研修**を行っていること。

H27 厚労告 94

四〇 指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の認知症対応型共同生活介護費の注 7 の厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者

次のいずれにも適合している利用者

イ **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者**であること。

ロ **医師、看護職員**（事業所の職員又は当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの職員に限る。）、**介護支援専門員その他の職種の者**（以下「医師等」）が**共同で作成**した利用者の介護に係わる計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から**説明を受け、当該計画について同意している者**（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。）であること。

ハ **看取りに関する指針に基づき**、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、**医師等の相互の連携**の下、介護記録等**利用者に関する記録を活用**し行われる介護についての**説明を受け、同意**した上で介護を受けている者（その家族が説明を受け、同意をした上で介護を受けている者を含む。）であること。

H18 老計発 0331005 他 第 2 の 6

（7）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、その旨を利用者又はその家族等（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、医師、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、その人らしい最後を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 利用者告示第四十号ロに定める看護職員については、認知症対応型共同生活介護事業所において利用者の看取り介護を行う場合、利用者の状態に応じて随時の対応が必要であることから当該認知症対応型共同生活介護事業所の職員または又は当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院、診療所若しくは訪問看護ステーション（以下「訪問看護ステーション等」という。）の職員に限るとしているところである。具体的には、当該認知症対応型共同生活介護事業所と訪問看護ステーション等が、同一市町村内に所在している又は同一市町村内に所在していないとしても、自動車等による移動に要する時間がおおむね 20 分以内の近距離に所在するなど、実態として必要な連携をとることができる必要がある。

③ 認知症対応型共同生活介護事業所は、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にも、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、次のような取り組みが求められる。

イ 看取りに関する指針を定めることで事業所の看取りに対する方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、当該利用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、利用者がその人らしく生き、その人らしい最後を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、認知症対応型共同生活介護事業所は、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。

④ 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。具体的には、認知症対応型共同生活介護事業所は、看取り介護を実施するに当たり、終末期にたどる経過、事業所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。

⑤ 看取り介護の実施に当たっては、管理者を中心として、看護職員、介護職員、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 当該事業所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 事業所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 家族等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事業所の職員が取るべき具体的な対応の方法

⑥ 看取りに関する指針に盛り込むべき内容を、施設基準第三十四号イ（３）に規定する重度化した場合の対応に係る指針に記載する場合は、その記載をもって看取りに関する指針

の作成に代えることができるものとする。また、重度化した場合の対応に係る指針をもって看取りに関する指針として扱う場合は、適宜見直しを行うこと。

⑦ **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

⑧ 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、看護職員、介護職員等が利用者の状態等に応じて随時、利用者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っていると思われる場合には、看取り介護加算の算定は可能である。

この場合には、適切な看取り介護が行われていることが担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、利用者の状態や家族と連絡を取ったにもかかわらず事業所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、事業所は、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ていくことが重要である。

⑨ 略

⑩ 認知症対応型共同生活介護事業所を退居等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、看取り介護加算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、事業所に入居していない月についても自己負担を請求されることになるため、利用者が退居等する際、**退居等の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り介護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。

⑪～⑬ 略

⑭ 家庭的な環境と地域住民等の交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするという認知症対応型共同生活介護の事業の性質に鑑み、1月に2人以上が看取り介護加算を算定することが常態化することは、望ましくないものであること。

9 身体拘束の適正化（身体拘束廃止未実施減算の見直し等）

介護保険制度上、身体拘束は原則禁止され、「当該入所者（利用者）又は他の入所者（利用者）等の生命又は身体を保護するための緊急やむ得ない場合」にのみ身体拘束が認められていますが、これは下記のとおり、「切迫性」「非代替性」「一時性」の3要件すべてを満たし、かつ、これらの要件の確認等の手続が極めて慎重に実施されているケースに限られます。

＜不適切事例のうち主なもの＞

- ・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会が設置されていない。
- ・身体拘束等の適正化のための指針が策定されていない。
- ・身体拘束の実施に当たり解除に向けた取り組みがなされていない。
- ・身体拘束の実施（又は拘束の継続）に当たり家族等への説明をしていない。
- ・身体拘束に関する検討内容（3要件の該当性等）に関する記録がされていない。
- ・身体拘束時の利用者の心身の状況、身体拘束の態様、（拘束・解除の）時間、拘束の理由を記録していない。

＜緊急やむを得ない場合の対応＞

ア 3つの要件をすべて満たすことが必要

【切迫性】入所者（利用者）本人又は他の入所者（利用者）等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと

【非代替性】身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと

【一時性】身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

イ 慎重な手続に沿って行うこと

- ・担当職員など、限られた関係者で必要性を検討するのではなく、「身体拘束廃止委員会」など施設全体としての組織的判断を行う。
- ・入所者（利用者）本人や家族に対して、身体拘束の内容・目的・理由・拘束の時間・時間帯・期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るよう努める。
- ・「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合は直ちに解除する。

ウ 身体拘束に関する記録をすること

身体拘束の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録する。

（参考）「身体拘束ゼロへの手引き」

身体拘束廃止の趣旨、身体拘束をしないための具体的なケアの工夫や事例などを盛り込んだ介護現場用の手引きとして厚生労働省が作成したものです。

→<https://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-240/kaigo/25kousoku-annke.html>

<根拠法令等>

H18 厚労令 34

第 73 条

五 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、指定小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため**緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。**

六 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、前項の身体的拘束等を行う場合には、**その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録**しなければならない。

なお、基準第 87 条第 2 項の規定に基づき、当該記録は、2 年間保存しなければならない。

第 97 条

5 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため**緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。**

6 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、前項の身体的拘束等を行う場合には、**その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録**しなければならない。

なお、基準第 107 条第 2 項の規定に基づき、当該記録は、2 年間保存しなければならない。

7 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。

一 **身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（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）を三月に一回以上開催するとともに、その結果について、介護従業者その他の従業者に周知徹底を図ること。**

二 **身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。**

三 **介護従業者その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。**

H18 老計発 0331004 他 第三の五の 4

（4）指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針

④身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（第 7 項第一号）

基準第 97 条第 7 項第一号の「身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会」（以下「身体的拘束適正化検討委員会」という。）とは、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会であり、委員会の構成メンバーは、**事業所の管理者及び従業者より構成する場合のほか、これらの職員に加えて、第三者や専門家を活用した構成とすることが望ましく、その方策として、精神科専門医等の専門医の活用等も考えられる。**また、関係する職

種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと**一体的に設置・運営することとして差し支えない。**

また、身体的拘束適正化検討委員会は、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。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。

指定認知症対応型共同生活介護事業者が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束等の適正化について、事業所全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して従業員の懲罰を目的としたものでないことに留意することが必要である。

具体的には、次のようなことを想定している。

イ 身体的拘束等について報告するための**様式を整備**すること。

ロ 介護従業者その他の従業者は、**身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録**するとともに、イの様式に従い、**身体的拘束等について報告**すること。

ハ 身体的拘束適正化検討委員会において、ロにより報告された事例を集計し、分析すること。

ニ 事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等を取りまとめ、当該**事例の適正性と適正化策を検討**すること。

ホ 報告された**事例及び分析結果を従業者に周知徹底**すること。

ヘ 適正化策を講じた後に、その**結果について評価**すること。

⑤身体的拘束等の適正化のための指針（第7項第二号）

指定認知症対応型共同生活介護事業者が整備する「身体的拘束等の適正化のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

イ 事業所における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方

ロ 身体的拘束適正化検討委員会その他事業所内の組織に関する事項

ハ 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針

ニ 事業所内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針

ホ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針

ヘ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

ト その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針

⑥身体的拘束等の適正化のための従業者に対する研修（第7項第三号）

介護従業者その他の従業者に対する身体的拘束等の適正化のための研修の内容としては、身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該指定認知症対応型共同生活介護事業者における指針に基づき、適正化の徹底を行うものとする。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定認知症対応型共同生活介護事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、**定期的な教育（年２回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず身体的拘束等の適正化の研修を実施**することが重要である。

また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、職員研修事業内での研修で差し支えない。

H18 厚労告 126 ５の２

別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、身体拘束廃止未実施減算として、所定単位数の 100 分の 10 に相当する単位数を所定単位数から減算する。

H18 老計発 0331005 他 第二の 6

(２) 身体拘束廃止未実施減算について

身体拘束廃止未実施減算については、事業所において身体拘束等が行われていた場合ではなく、**指定地域密着型サービス基準第 97 条第 6 項の記録（同条第 5 項に規定する身体拘束等を行う場合の記録）を行っていない場合及び同条第 7 項に規定する措置を講じていない場合に、利用者全員について所定単位数から減算**することとなる。具体的には、記録を行っていない、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を 3 月に 1 回以上開催していない、身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から 3 月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。

10 利用者が入院した時の費用の算定について

認知症の人は入退院による環境の変化が、認知症の症状の悪化や行動・心理症状の出現につながりやすいため、入居者の早期退院や退院後の安定した生活に向けた取り組みを評価することとなりました。

＜不適切事例のうち主なもの＞

- ・ 算定できる期間について誤った期間で算定している。
- ・ 退院の見込みについて主治医に確認を行わずに算定している。または確認したことが不明確である。

＜根拠法令等＞

H18 厚労告 126 別表 5

注 7 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定認知症対応型共同生活介護事業所において、利用者が病院または診療所への入院を要した場合は、**1 月に 6 日を限度**として所定単位数に代えて 1 日につき 246 単位を算定する。ただし、**入院の初日及び最終日は、算定できない。**

H27 厚労告 95

五十八の三 認知症対応型共同生活介護費の注 6 の厚生労働大臣が定める基準

利用者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、入院後 3 月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、**退院後再び当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保**していること。

H18 老計発 0331005 他 第二の 6

(6) 利用者が入院したときの費用の算定について

① 注 6 により入院時の費用を算定する指定認知症対応型共同生活介護事業所は、あらかじめ、利用者に対して、**入院後 3 月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族等の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保していることについて説明**を行うこと。

イ 「退院することが明らかに見込まれるとき」に該当するか否かは、利用者の入院先の病院又は診療所の**当該主治医に確認するなどの方法により判断**すること。

- ロ 「必要に応じて適切な便宜を提供」とは、利用者及びその家族の同意の上での入退院の手続きや、その他の個々の状況に応じた便宜を図ることを指すものである。
- ハ 「やむを得ない事情がある場合」とは、単に当初予定の退院日に居室の空きがないことをもって該当するものではなく、例えば、利用者の退院が予定より早まるなどの理由により、居室の確保が間に合わない場合等を指すものである。**事業所側の都合は基本的には該当しないことに留意**すること。
- ニ 利用者の入院の期間中の居室は、短期利用認知症対応型共同生活介護等に利用しても差し支えないが、当該利用者が退院する際に円滑に再入居できるよう、その利用は計画的なものでなければならない。
- ② 入院の期間には初日及び最終日は含まないので、連続して7泊の入院を行う場合の入院期間は、6日と計算される。
- (例) 略
- ③ 利用者の入院の期間中にそのまま退居した場合は、退居した日の入院時の費用は算定できる。
- ④ 利用者の入院の期間中で、かつ、入院時の費用の算定期間中にある場合は、当該利用者が使用していた居室を他のサービスに利用することなく空けておくことが原則であるが、当該利用者の同意があれば、その居室を短期利用認知症対応型共同生活介護等に活用することは可能である。ただし、この場合に、入院時の費用は算定できない。
- ⑤ 入院時の取扱い
- イ 入院時の費用の算定にあたって、**1回の入院で月をまたがる場合は、最大で連続13泊（12日分）まで入院時の費用の算定が可能**であること。
- (例) 略
- ロ 利用者の入院の期間中は、必要に応じて、入退院の手続きや家族、当該医療機関等への連絡調整、情報提供などの業務にあたること。

Ⅲ 居宅介護支援

1 運営基準減算

平成 30 年度及び令和 3 年度の報酬改定では、居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ利用者に対して、定められた事項を説明していない場合にも減算が適用されることとなりました。根拠法令等を再度確認し、居宅介護支援事業者の果たす役割の重要性を再認識し、適切な取り扱いをお願いいたします。

<根拠法令等>

H12 厚告 20 別表イ

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

運営基準減算となる事由

H27 厚労告 95 八十二及び H12 老企 36 第三 6

(1)利用者に対する説明	指定居宅介護支援の提供の開始に際し、利用者に対して、次のことについて文書を交付して説明を行っていないとき ①利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること ②利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができること ③前 6 月間に作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合及び前 6 月間に作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数のうちに同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合
(2)居宅サービス計画の新規作成及びその変更	①当該事業所の介護支援専門員が、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない ②サービス担当者会議を行っていない ③居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た

	上で、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付していない場合
(3) サービス担当者会議の開催	① 居宅サービス計画を新規に作成した場合 ② 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合 ③ 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合
(4) モニタリングの実施	① 1 月に利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していない ② モニタリングの結果を記録していない状態が 1 月以上継続する場合

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

※ (2)②～(3)は、やむを得ない事情がある場合を除く。(4)は、特段の事情がない限り減算となる。

2 特定事業所集中減算

正当な理由なく、指定居宅介護支援事業所において判定期間（前期 3～8 月、後期 9～2 月）に作成した居宅サービス計画に位置づけられた訪問介護サービス等の提供総数のうち、同一の訪問介護サービス等に係る事業者によって提供されたものの占める割合が 80%を超えている場合、減算適用期間に当該事業所が実施する居宅介護支援のすべてについて、月 200 単位を所定単位数から減算することとなっています。

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

なお、正当な理由がある場合でも、紹介率が 80%を超えた場合は届出書の提出が必要になりますのでご注意ください。

<根拠法令等>

H12 老企 36 第三 10

(1) (略)

(2) 判定方法

事業所ごとに、当該事業所において判定期間に作成された居宅サービス計画のうち、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与又は地域密着型通所介護（以下「訪問介護サービス等」という。）が位置付けられた居宅サービス計画の数をそれぞれ算出し、訪問介護サービス等それぞれについて、最もその紹介件数の多い法人（以下「紹介率最高法人」という。）を位置付けた居宅サービス計画の数の占める割合を計算し、訪問介護サービス等のいずれかについて **80%を超えた場合に減算する。**

（具体的な計算式）

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

当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数÷当該サービスを位置付けた計画数

(3) 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、**すべての居宅介護支援事業者は、次に掲げる事項を記載した書類を作成し、算定の結果 80%を超えた場合については当該書類を市町村長に提出しなければならない。**なお、80%を超え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 年間保存しなければならない。

①～⑤ (略)

(4) 正当な理由の範囲

(3)で判定した割合が80%を超える場合には、80%を超える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、当該理由を市町村長に提出すること。なお、市町村長が当該理由を不適当と判断した場合は特定事業所集中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市町村長において適正に判断されたい。

①居宅介護支援事業者の通常の事業の実施地域に訪問介護サービス等が各サービスごとでみた場合に5事業所未満である場合などサービス事業所が少数である場合

(例)訪問介護事業所として4事業所、通所介護事業所として10事業所が所在する地域の場合は、訪問介護について紹介率最高法人を位置づけた割合が80%を超えても減算は適用されないが、通所介護について80%を超えた場合には減算が適用される。

(例)訪問介護事業所として4事業所、通所介護事業所として4事業所が所在する地域の場合は、訪問介護及び通所介護それぞれについて紹介率最高法人を位置づけた割合が80%を超えた場合でも減算は適用されない。

②特別地域居宅介護支援加算を受けている事業所である場合

③判定期間の1月あたりの平均居宅サービス計画件数が20件以下であるなど事業所が小規模である場合

④判定期間の1月あたりの居宅サービス計画のうち、それぞれのサービスが位置付けられた計画数が1月あたり平均10件以下であるなど、サービスの利用が少数である場合

(例)訪問介護が位置付けられた計画件数が1月当たり平均5件、通所介護が位置付けられた計画数が1か月当たり平均20件の場合は、訪問介護について紹介率最高法人を位置づけた割合が80%を超えても減算は適用されないが、通所介護について80%を超えた場合には減算が適用される。

⑤サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者に集中していると認められる場合

(例)利用者から質が高いことを理由に当該サービスを利用したい旨の理由書の提出を受けている場合であって、地域ケア会議等に当該利用者の居宅サービス計画を提出し、支援内容についての意見・助言を受けているもの。

⑥その他正当な理由と市町村長が認めた場合

<Q A>

平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1) (平成30年3月22日)

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

答) 貴見のとおりである。

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

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

回答）

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

3 特定事業所加算・特定事業所医療介護連携加算

特定事業所加算・特定事業所医療介護連携加算は、質の高いケアマネジメントを実施している指定居宅介護支援事業所を評価し、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しています。

したがって、この加算の対象となる事業所は、公正中立性を実質的に確保し、どのような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、いわばモデル的な事業所であることが必要となります。

今一度、加算の趣旨や要件を再度確認の上、適切な取り扱いをお願いします。

<根拠法令等>

H27 厚労告 95 八十四

イ 特定事業所加算（Ⅰ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること

- (1) 専ら指定居宅介護支援（法第 46 条第 1 項に規定する指定居宅介護支援をいう。）の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を 2 名以上配置していること。
- (2) 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を 3 名以上配置していること。
- (3) 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的を開催すること。
- (4) 24 時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること。
- (5) 算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 である者の占める割合が 100 分の 40 以上であること。
- (6) 当該指定居宅介護支援事業所における介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。
- (7) 地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること。
- (8) 地域包括支援センター等が実施する事例検討会に参加していること。
- (9) 居宅介護支援費に係る運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。
- (10) 指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員 1 人当たり 40 名未満であること。ただし、居宅介護支援費（Ⅱ）を算定している場合は 45 名未満であること。
- (11) 法第 69 条の 2 第 1 項に規定する介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること。

(12) 他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施していること。

(13) 必要に応じて、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス（介護給付等対象サービス（法第24条第2項に規定する介護給付等対象サービスをいう。）以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等をいう。）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること。

ロ 特定事業所加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること

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

ハ 特定事業所加算(Ⅲ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

ニ 特定事業所加算(A) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) イ(3)、(4)及び(6)から(13)までの基準に適合すること。ただし、イ(4)、(6)、(11)及び(12)の基準は他の同一の居宅介護支援事業所との連携により満たすこととしても差し支えないものとする。
- (2) ロ(2)の基準に適合すること。
- (3) 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を1名以上配置していること。
- (4) 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる介護支援専門員を常勤換算方法（当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の員数を常勤の従業員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。

H12 老企 36 第三

11 特定事業所加算について

(1) 趣旨

特定事業所加算制度は、中重度や支援困難ケースへの積極的な対応や、専門性の高い人材の確保、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、地域における居宅介護支援事業所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ある。

(2) 基本的取扱方針

特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)又は(A)の対象となる事業所については、

- ・公正中立性を確保し、サービス提供主体からも実質的に独立した事業所であること
- ・常勤かつ専従の主任介護支援専門員及び介護支援専門員が配置され、どのような支援困難ケースでも適切に処理できる体制が整備されている、いわばモデル的な居宅介護支援事業所であることが必要となる。

本制度については、こうした基本的な取扱方針を十分に踏まえ、(1)に掲げる趣旨に合致した適切な運用を図られるよう留意されたい。

(3) 厚生労働大臣の定める基準の具体的運用方針

大臣基準告示第84号に規定する各要件の取扱については、次に定めるところによること。

①、② (略)

③(3)関係

「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」は、次の要件を満たすものでなければならないこと。

ア 議題については、少なくとも次のような議事を含めること。

- (1) 現に抱える処遇困難ケースについての具体的な処遇方針
- (2) 過去に取り扱ったケースについての問題点及びその改善方策
- (3) 地域における事業者や活用できる社会資源の状況
- (4) 保健医療及び福祉に関する諸制度
- (5) ケアマネジメントに関する技術
- (6) 利用者からの苦情があった場合は、その内容及び改善方針
- (7) その他必要な事項

イ 議事については、記録を作成し、2年間保存しなければならないこと。

ウ **「定期的」とは、おおむね週1回以上であること。**

また、会議は、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。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。

④(4)関係

24時間連絡体制とは、常時、担当者が携帯電話等により連絡を取ることができ、必要に応じて相談に応じることが可能な体制をとる必要があることを言うものであり、当該事業所の介護支援専門員が輪番制による対応等も可能であること。

なお、特定事業所加算（A）を算定する事業所については、携帯電話等の転送による対応等も可能であるが、連携先事業所の利用者に関する情報を共有することから、指定居宅介護支援等基準第 23 条の規定の遵守とともに、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に説明を行い、同意を得ること。

⑤（略）

⑥(6)関係

「計画的に研修を実施していること」については、当該事業所における介護支援専門員の資質向上のための研修体系と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、**介護支援専門員について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等について、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに次年度の計画を定めなければならない。**また、管理者は、研修目標の達成状況について、適宜、確認し、必要に応じて改善措置を講じなければならないこと。なお、年度の途中で加算取得の届出をする場合にあっては、当該届出を行うまでに当該計画を策定すればよいこと。

なお、特定事業所加算（A）を算定する事業所については、連携先事業所との共同開催による研修実施も可能である。

⑦(7)関係

特定事業所加算算定事業所については、自ら積極的に支援困難ケースを受け入れるものでなければならないが、また、そのため、常に地域包括支援センターとの連携を図らなければならないこと。

⑧（略）

⑨(10)関係

取り扱う利用者数については、原則として事業所単位で平均して介護支援専門員 1 名当たり 40 名未満（居宅介護支援費（Ⅱ）を算定している場合は 45 名未満）であれば差し支えないこととするが、ただし、不当に特定の者に偏るなど、適切なケアマネジメントに支障がでることがないように配慮しなければならないこと。

⑩(11)関係

協力及び協力体制とは、現に研修における実習等の受入が行われていることに限らず、受入が可能な体制が整っていることをいう。そのため、当該指定居宅介護支援事業所は、研修の実施主体との間で実習等の受入を行うことに同意していることを、書面等によって提示できるようにすること。

なお、特定事業所加算（A）を算定する事業所については、連携先事業所との共同による協力及び協力体制も可能である。

⑪(12)関係

特定事業所加算算定事業所は、質の高いケアマネジメントを実施する事業所として、地域における居宅介護支援事業所のケアマネジメントの質の向上を牽引する立場にあることから、**同一法人内に留まらず、他の法人が運営する事業所内の職員も参画した事例検討会**

等の取組を、自ら率先して実施していかなければならない。なお、事例検討会等の内容、実施時期、共同で実施する他事業所等について、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに次年度の計画を定めなければならない。なお、年度の途中で加算取得の届出をする場合にあっては、当該届出を行うまでに当該計画を策定すること。

なお、特定事業所加算（A）を算定する事業所については、連携先事業所との協力による研修会等の実施も可能である。

⑫（13）関係

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とは、介護給付等対象サービス（介護保険法第24条第2項に規定する介護給付等対象サービスをいう。）以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等のことをいう。

⑬⑭（略）

⑮特定事業所加算（A）について

常勤かつ専従の主任介護支援専門員については、当該指定居宅介護支援の業務に支障がない場合は、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務しても差し支えないものとする。

また、常勤かつ専従の介護支援専門員1名並びに常勤換算方法で1の介護支援専門員とは別に、主任介護支援専門員を置く必要があること。したがって、当該加算を算定する事業所においては、少なくとも主任介護支援専門員及び介護支援専門員1名の合計2名を常勤かつ専従で配置するとともに、介護支援専門員を常勤換算方法で1の合計3名を配置する必要があること。

この場合において、当該常勤換算方法で1の介護支援専門員は他の居宅介護支援事業所（連携先事業所に限る。）の職務と兼務しても差し支えないが、当該兼務に係る他の業務との兼務については、介護保険施設に置かれた常勤専従の介護支援専門員との兼務を除き、差し支えないものであり、当該他の業務とは必ずしも指定居宅サービス事業の業務を指すものではない。

⑯その他

特定事業所加算取得事業所については、介護保険法に基づく情報公表を行うほか、積極的に特定事業所加算取得事業所である旨を表示するなど利用者に対する情報提供を行うこと。また、利用者に対し、特定事業所加算取得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うこと。

（4） 手続

本加算を取得した特定事業所については、**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**するとともに、市町村長から求めがあった場合については、提出しなければならない。

H12 老企 36 第三

12 特定事業所医療介護連携加算について

(1) 基本的方針

当該加算の対象となる事業所においては、日ごろから医療機関等との連携に関する取組をより積極的に行う事業所であることが必要となる。

(2) 具体的運用方法

ア 退院・退所加算の算定実績について

退院・退所加算の算定実績に係る要件については、**退院・退所加算の算定回数ではなく、その算定に係る病院等の連携回数が**、特定事業所医療介護連携加算を算定する年度の前々年度の3月から前年度の2月までの間において**35回以上**の場合に要件を満たすこととなる。

イ ターミナルケアマネジメント加算の算定実績について

ターミナルケアマネジメント加算の算定実績に係る要件については、特定事業所医療介護連携加算を算定する年度の前々年度の3月から前年度の2月までの間において、**算定回数が5回以上**の場合に要件を満たすこととなる。

ウ 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)の算定実績について

特定事業所医療介護連携加算は、質の高いケアマネジメントを提供する体制のある事業所が医療・介護連携に総合的に取り組んでいる場合に評価を行うものであるから、他の要件を満たす場合であっても、**特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)のいずれかを算定していない月は特定事業所医療介護連携加算の算定はできない。**

4 退院・退所加算

平成 30 年 4 月の改正により、退院・退所加算の区分が見直されました。また、退院・退所加算に規定されるカンファレンスについても、再度、算定要件等の確認をお願いいたします。

<根拠法令>

H12 老企 36 第三

13 退院・退所加算について

(1) 総論

病院若しくは診療所への入院又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設（以下「病院等」という。）への入所をしていた者が退院又は退所（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護又は介護福祉施設サービスの在宅・入所相互利用加算を算定する場合を除く。）し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって、**当該病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合**には、当該利用者の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用開始月に所定単位数を加算する。ただし、初回加算を算定する場合は、算定しない。なお、利用者に関する必要な情報については、別途定めることとする。

(2) 算定区分について

退院・退所加算については、以下の①から③の算定区分により、入院又は入院期間中 1 回（医師等からの要請により退院に向けた調整を行うための面談に参加し、必要な情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合を含む。）のみ算定することができる。

①退院・退所加算（Ⅰ）イ・ロ

退院・退所加算（Ⅰ）イ及びロについては、病院等の職員からの情報収集を 1 回行っている場合に算定可能であり、うち（Ⅰ）ロについては**その方法がカンファレンスである場合に限る。**

②退院・退所加算（Ⅱ）イ・ロ

・退院・退所加算（Ⅱ）イについては、病院等の職員からの情報収集を 2 回以上行っている場合に算定が可能。

・退院・退所加算（Ⅱ）ロについては、病院等の職員からの情報収集を 2 回行っている場合であって、うち 1 回以上がカンファレンスによる場合に算定が可能。

③退院・退所加算（Ⅲ）

退院・退所加算（Ⅲ）については、病院等の職員からの情報収集を 3 回以上行っている場合であって、うち 1 回以上がカンファレンスによる場合に算定が可能。

(3)その他の留意事項

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）別表第一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。

ロ、ハ、ニ、ホ、ヘ （略）

②同一日に必要な情報の提供を複数回受けた場合又はカンファレンスに参加した場合でも、1 回として算定する。

③ 原則として、退院・退所前に利用者に関する必要な情報を得ることが望ましいが、退院後 7 日以内に情報を得た場合には算定することとする。

④ カンファレンスに参加した場合は、(1)において別途定める様式ではなく、カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付すること。

退院・退所加算Ⅰ（ロ）、Ⅱ（ロ）、Ⅲに規定される、**病院又は診療所で行うカンファレンスとは**、入院中の保健医療機関の保険医又は看護師等が、

①在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等

②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

③保険薬局の保険薬剤師

④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

⑤介護支援専門員

⑥相談支援専門員 のうち①又は④を含むいずれか 3 者以上と共同して行う指導となります。

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こととなりましたので、ご注意ください。

診療報酬の算定方法（平成 30 年厚生労働省告示第 59 号）別表第一医科診療報酬点数表の退院時共同指導料 2

注 3 注 1 の場合において、入院中の保健医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、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、保険薬局の保険薬剤師、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、介護支援専門員（介護保険法第 7 条第 5 項に規定する介護支援専門員をいう。以下同じ。）又は相談支援専門員（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく

指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成 24 年厚生労働省令第 28 号）第 3 条第 1 項又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成 24 年厚生労働省令第 29 号）第 3 条第 1 項に規定する相談支援専門員をいう。以下同じ）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。

【参考】

問 「3 者以上と共同して指導を行った場合」の「3 者」とはどのようにカウントすればよいのか

答 「3 者」とは、算定する保健医療機関の関係者を除外したうえでの数。したがって、実際現場に集まるのは 4 者以上（入院医療機関の医師・在宅療養担当医師等以外に、歯科医師、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、介護支援専門員等）となる。ただし、同一職種が 2 者以上の場合は 1 者と数える。

（平成 20.4.5 全国保険医団体連合会）

【市から東海北陸厚生局への照会に対する回答】

問 1：異なる 2 ヶ所の訪問看護ステーションからそれぞれ看護師が出席した場合、それぞれカウントし、2 者とできるか？

答 1：1 者とカウントする。

→ 2 ヶ所の訪問看護ステーションからそれぞれ異なる職種が出席した場合は、2 者とカウント可。

問 2：1 ヶ所の訪問看護ステーションから看護師と理学療法士等異なる職種が出席した場合は、2 者とカウントできるか？

答 2：1 者とカウントする。

問 3：退院後の在宅担当医療機関の保険医が①入院中の主治医と同一である場合、②入院中の主治医と同一病院で担当科が変わり主治医となる場合算定可能か？

答 3：①②共に算定できない。

5 ターミナルケアマネジメント加算

平成 30 年の報酬改定により、末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価するため、ターミナルケアマネジメント加算が新設されました。

要件に十分留意した上で、同加算の算定をされますようお願いいたします。

<根拠法令等>

H12 厚告 20 別表 リ

注 在宅で死亡した利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）に対して、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定居宅介護支援事業所が、その死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者へ提供した場合は、1 月につき所定単位数を加算する。

H27 厚労告 95 八十五の三 居宅介護支援費に係るターミナルケアマネジメント加算の基準

ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について、24 時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備していること。

6 通院時情報連携加算

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

要件に十分留意した上で、同加算の算定をされますようお願いいたします。

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

<根拠法令等>

H12 厚告 20 別表 ト

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

H12 老企 36 第三

15 通院時情報連携加算

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

7 軽度者への福祉用具貸与

軽度者（要介護1、要支援1または要支援2の者）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種目については、原則として認められないものの、必要性が認められる対象者については、適切な手続き等により例外給付を受けることができます。

しかし、実地指導等において、**居宅介護支援事業者等が適切な手続きにより軽度者に対して福祉用具貸与を位置付けているのか不明確な事例や、例外給付申請を未申請のまま対象の福祉用具貸与を行っている事例**が見受けられます。再度、算定要件等を確認し、適切な取扱いをお願いします。

(1) 保険給付対象種目一覧表

下の表のとおり、対象者の状態像から見て使用が想定しにくい種目については、原則として介護報酬を算定できません。

種目／対象者	軽度者	軽度者以外	
	要支援 1・2 ・ 要介護 1	要介護 2・3	要介護 4・5
自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引するものを 除く 。)	原則として、保険給付 の対象外 (例外給付の条件を満 たせば対象)		
車いす及び車いす付属品			
特殊寝台及び特殊寝台付属品			
床ずれ防止用具			
体位変換器			
認知症老人徘徊感知機器			
移動用リフト (つり具の部分を除く。)			
手すり		保険給付の対象	
スロープ			
歩行器			
歩行補助つえ			
自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引するものに 限る 。)			

(2) 軽度者における例外給付の判断基準

軽度者に対して、原則として保険給付外である福祉用具であっても、厚生労働大臣が定める状態像に該当する者については、保険給付が可能となる場合があります。算定の可否の判断基準は、次の①～③があります。

① 基本調査結果による判断基準

原則として、次の表の定めたとおり、認定調査票の基本調査の直近の結果によりその要否を判断します。

介護支援専門員は、認定調査票の必要な部分（実施日時、調査対象者等の時点の確認及び本人確認ができる部分並びに基本調査の回答で当該軽度者の状態像の確認が必要な部分）の写しを市町村から入手し、利用者の同意を得たうえで、指定（介護予防）福祉用具貸与事業者へ送付しなければなりません。基本調査結果により判断が行える場合は、市への確認は不要です。

表（H27 厚労告 94「利用者等告示第三十一号のイに定める状態像の者」）

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果
ア 車いす及び 車いす付属品	次の いずれかに 該当する者 (一) 日常的に歩行が困難な者 (二) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	基本調査 1－7 歩行 「3. できない」 — ※該当する基本調査がないため②により判断する
イ 特殊寝台及び 特殊寝台付属品	次の いずれかに 該当する者 (一) 日常的に起きあがりが困難な者 (二) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1－4 起き上がり 「3. できない」 基本調査 1－3 寝返り 「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 寝返り 「3. できない」
エ 認知症老人徘徊 感知機器	次の いずれにも 該当する者 (一) 意見の伝達、介護者への反応、記憶・理解の いずれかに 支障がある者	基本調査 3－1 意思の伝達 「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

	(二)移動において全介助を必要としない者	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 移動 「４．全介助」以外
オ 移動用リフト (つり具の部分を除く)	次の いずれかに 該当する者 (一)日常的に立ち上がりが困難な者 (二)移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 (三)生活環境において段差の解消が必要と認められる者	基本調査１－８ 立ち上がり 「３．できない」 基本調査２－１ 移乗 「３．一部介助」又は「４．全介助」 — ※該当する基本調査がないため②により判断する
カ 自動排泄処理装置	次の いずれにも 該当する者 (一)排便が全介助を必要とする者 (二)移乗が全介助を必要とする者	基本調査２－６ 排便 「４．全介助」 基本調査２－１ 移乗 「４．全介助」

② 基本調査の確認項目がない場合の判断基準 (①の表中 ※に該当)

アの(二)及びオの(三)については、該当する基本調査結果がないため、**主治の医師から得た情報**及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加する**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**指定居宅介護支援事業者が判断**します。そこで**必要性が判断されれば、市への確認は不要**となりますが、**判断の根拠は、サービス担当者会議録等に記載してください。**

なお、この判断の見直しについては、居宅サービス計画に記載された必要な理由を見直す頻度（必要に応じて随時）で行うこととしてください。

③ 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**にあっては、これらについて、**市町村が書面等確実な方法により確認することにより、その要否を判断**することができます。

この場合において、当該医師の医学的な所見については、主治医意見書による確認のほか、医師の診断書又は担当の介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の

所見により確認する方法でも差し支えありません。**介護支援専門員は、当該医師の所見及び医師の名前を居宅サービス計画書等に記載するとともに、指定（介護予防）福祉用具貸与事業者からその内容の確認があったときには、利用者の同意を得て、適切にその内容について情報提供しなければなりません。**

表 福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像

i)	<p>疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に利用者等告示第三十一号のイ（①の表）に該当する者</p> <p>例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象</p>
ii)	<p>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（①の表）に該当することが確実に見込まれる者</p> <p>例：がん末期の急速な状態悪化</p>
iii)	<p>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（①の表）に該当すると判断できる者</p> <p>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</p>

注 上の表の例は、あくまでも i)～iii) の状態の者に該当する可能性のあるものを例示したに過ぎません。また、逆に上の表の例の状態以外の者であっても、i)～iii) の状態であると判断される場合もありえます。

<根拠法令等>

【福祉用具貸与】

- ・要介護 1、要支援 1 又は要支援 2 の者等に係る指定（介護予防）福祉用具貸与費
H12 老企 36 第二 9 (2)
H18 老計発 0317001 他 別紙 1 第二 10 (2)
- ・厚生労働大臣が定める者
H27 厚労告 94 三十一、八十八

【居宅介護支援】

- ・福祉用具貸与及び特定福祉用具販売の居宅サービス計画への反映
H11 老企 22 第二 3 (7) ㉓

(3) 例外給付申請の留意事項

① 医師の所見の聴取について

疾病名や福祉用具の必要性の記載だけでなく、**医師の医学的な所見**が示されていることが求められます。「**疾病名を含む医学的な所見**」や「**該当する状態（例：日常的に寝返りが困難、もしくは医学的に禁止されている等）**」を具体的に聴取し、その結果「福祉用具貸与の例外給

付の対象とすべき状態像 i)～iii)のどの状態像に該当するか」について、医師の明確な判断を得ることが必要です（文書・電話・FAX・面接等方法は問いません）。

(2)③により例外給付の給付対象とできるのは、i)～iii)の状態像の者のみです。それ以外の理由については、医師が必要と判断した場合でも保険給付の対象となりません。

記載例：○パーキンソン病による日中変動が激しく、頻繁に起き上がりが困難である

○両肘の関節リウマチであり、朝は特に痛みが激しくベッドからの起き上がりが困難な状態にあり、i)の状態像に該当する

○がん末期の状態により短期間で起き上がりが困難な状態に至ると確実に見込まれる

×パーキンソン病（疾病名だけの記入）

×特殊寝台が必要（福祉用具の必要性だけの記載）

×ベッドが必要（一般寝台（普通のベッド）と特殊寝台の区別がなされていない）

② サービス担当者会議の開催等、適切なケアマネジメントの実施について

(3)①で確認した医学的な所見を踏まえ、介護支援専門員はサービス担当者会議の開催等、適切なケアマネジメントを実施し、福祉用具貸与の必要性を判断します。

特殊寝台及び特殊寝台付属品の貸与について、「一般寝台」や「手すり」の必要性和「特殊寝台」の必要性の混同等がないようご注意ください。例えば、「立ち上がりが困難」といった理由は「厚生労働大臣が定める者のイ」に該当しないため、不可です。床からの立ち上がりが困難である場合は、一般寝台の利用を検討してください。医学的所見から一般寝台とは異なる機能（背上げ機能等）が必要であると判断される場合に、特殊寝台を検討することとなります。一般寝台でなく特殊寝台の貸与が必要であると判断される場合には、一般寝台では対応できない理由を申請書等に明記してください。モーターの区分（1～3モーター）についても、選んだ理由を申請書等に明記し、安易に3モーターを選択しないよう留意してください。

③ 例外給付申請の提出について

例外給付の対象期間は、原則として例外給付申請書の受付日の属する月の初日以降で貸与が必要な日から当該介護認定の有効期間が満了するまでとなります。申請書受付日の属する月の初日より前には遡れませんので、特に介護認定の新規・更新・区分変更申請中で認定結果が出る前に例外給付対象の福祉用具の貸与を行う場合は、貸与を開始する月のうちに申請をする等、申請時期に注意してください。

また、「介護保険 福祉用具例外給付の確認通知書」より先に福祉用具貸与を行う場合は、市への確認の結果により費用の全額が自己負担となる可能性がある旨を利用者等に対して説明を行うようにしてください。

軽度者に対する福祉用具貸与 フロー図

対象者：軽度者（要支援1、2、要介護1（自動排泄処理装置は要介護2、3の者も含む））

給付要件：「厚生労働大臣が定める者のイ」に該当する

対象品目：

車いす及び 車いす付属 品	特殊寝台及 び 特殊寝台付 属品	床ずれ防止 用具 及び体位変 換器	認知症老人 徘徊感知機 器	移動用リフト	自動排泄処 理装置
---------------------	---------------------------	----------------------------	---------------------	--------	--------------

※主治医から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加する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指定居宅介護（介護予防）支援事業所が判断する。

「厚生労働大臣が定める者のイ」に対応する基本調査の結果に該当する

YES 掛川市への確認不要

NO

種目が「車いす及び車いす付属品」又は「移動用リフト」である

YES

車いす及び 車いす付属 品	「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」である
移動用リフト	「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」である

YES 掛川市への確認不要※

NO

NO

次の i)～iii)までのいずれかに該当する

- i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に利用者等告示第三十一号のイに該当する者
- 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
- 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

NO

YES

掛川市へ福祉用具例外給付申請書等を提出

給付不可

確認できない

下記①②の要件を満たし、これらについて掛川市の確認を受ける
 ①上記 i)～iii)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ている
 ②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

確認できる

福祉用具例外給付可

8 住宅改修

住宅改修については、**介護給付の適正化**を図る観点から(1)、(2)の改正点・注意点に留意していただくようお願いします。

(1) 複数の住宅改修事業者からの見積もりの徴取

平成 30 年 7 月 13 日付け老高発 0713 第 1 号厚生労働省老健局高齢者支援課長通知により、住宅改修費の支給についての一部改正が示されました。このことにより、**平成 30 年 10 月 1 日申請分から、介護支援専門員等は利用者に対して複数の住宅改修の事業者から見積もりを取るよう説明することとなりました。**これは、利用者の適切な選択の支援及び介護給付の適正化を目的に行われるもので、利用者に対して複数の事業者から見積もりを取ることを義務づけるものではありません。現時点で、市への事前申請時に複数の見積書の提出は求めませんが、**利用者への説明は必須**となりましたので、適切な対応をお願いいたします。また利用者側の事情により複数の事業者から見積もりを取ることができない場合は、その旨を居宅介護支援経過等に記載しておくようにしてください。

<根拠法令等>

H12 老発 42 「**居宅介護住宅改修費及び介護予防住宅改修費の支給について**」(抜粋)

2 住宅改修費の支給申請 (1) 事前申請

居宅介護サービス計画又は介護予防サービス計画(以下「居宅サービス計画等」という。)を作成する介護支援専門員及び地域包括支援センターの担当職員(以下「介護支援専門員等」という。)は、**複数の住宅改修の事業者から見積もりを取るよう、利用者に対して説明することとする。**

(2) 「住宅改修が必要な理由書」作成の注意点

「住宅改修が必要な理由書」の作成については、利用者の身体状況・家屋状況・日常生活上の動線・福祉用具の導入状況等を**総合的に勘案し、住宅改修がなぜ必要かわかるよう具体的に記載**してください。記載にあたっては、当該改修の必要性や妥当性が客観的にわかるように記載をお願いします。例えば、通路の両側に手すりを取り付ける場合や別の場所の同じ用途の箇所(例えば1階のトイレと2階のトイレ)に手すりを取り付ける場合は、その理由や使い分けの状況等を記載し、**なぜ必要か明記**するようにしてください。トイレや浴室にL型手すりを取り付ける場合についても、「縦部分は〇〇するため、横部分は△△するため」等、**利用者の動きがわかるような記載**をお願いします。また、利用者の身体状況の把握や改修の必要性・妥当性の判断については、必要に応じてリハビリテーションの専門職(理学療法士、作業療法士等)、担当の訪問看護師等に確認をすることも有益です。

＜参考資料＞

資料中で引用した基準省令等の正式名称

指定基準

<基準告示>

- ・H11 厚令 38 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
- ・H18 厚労令 34 指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準
- ・H18 厚労令 36 指定地域密着型介護予防サービス事業の人員、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

<解釈通知>

- ・H11 老企 22 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について
- ・H11 老企 25 指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について
- ・H18 老計発 0331004 他 指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について

報酬基準等

<基準告示>

- ・H12 厚告 20 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
- ・H18 厚労告 126 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
- ・H18 厚労告 127 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

<解釈通知>

- ・H12 老企 36 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
- ・H18 老計発 0317001 他 「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」の制定及び「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（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）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
- ・H18 老計発 0331005 他 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

<別掲告示>

- ・H12 厚告 27 厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法
- ・H27 厚労告 94 厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等
- ・H27 厚労告 95 厚生労働大臣が定める基準
- ・H27 厚労告 96 厚生労働大臣が定める施設基準

平成29年度～令和3年度 実地指導における主な指摘・助言事項等一覧

I 地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護

	問題の状況	改善指導内容・助言内容	備考
通所介護計画	事業所の屋外でのサービス提供にあたり、必要な条件を満たしていなかった。	通所介護は、 事業所内でサービスを提供することが原則 であるが、次に掲げる条件を満たす場合においては、事業所の屋外でサービスを提供できるとされている。 イ あらかじめ地域密着型通所介護計画に位置付けられていること ロ 効果的な機能訓練等のサービスが提供できること	
運営推進会議	運営推進会議の設置及び実施がされていない。	利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、指定地域密着型通所介護事業所が所在する市町村の職員又は当該指定地域密着型通所介護事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有するもの等により構成される 協議会（運営推進会議）を設置し、おおむね6月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等について記録を作成するとともに、当該記録を公表すること。	3年度版 P27参照
サービス提供記録等	計画と異なるサービス提供時間だったケースに、その理由や送迎の有無が記載されていないものがあった。	提供した 具体的なサービスの内容等を記録するとともに計画と異なる場合には理由等を記録すること。 また、 送迎の有無を明確に記録し、適切に介護報酬算定等ができるようにすること。	2年度版 P25参照
	利用者の送迎記録が作成されていないため、事業所への到着時間、事業所からの出発時間が不明確で、サービス提供時間を確保していることが確認できなかった。	通所介護を行うのに要する時間には送迎に要する時間は含まれないため、サービス提供時間を確保していることを証するため、利用者ごとの 事業所への到着時間、事業所からの出発時間を証する送迎記録等を作成し記録すること。	2年度版 P25参照
災害対策	災害対応マニュアルを作成していない。	具体的なマニュアルを作成し、職員や利用者に周知すること。	
運営基準	平面図が現状と相違している状況が見受けられ、変更届の提出もされていないかった。	平面図は、現状に沿って作成すること。 変更後は、変更届を提出すること。	
加算算定等の不備	事業者による送迎が行われていない日に送迎減算の請求が行われていなかった。	家族送迎時には、送迎減算を行うこと。	

Ⅱ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

	問題の状況	改善指導内容・助言内容	備考
身体拘束廃止の取り組み	身体拘束実施における日々の記録が作成されていなかった。	介護事業者は、身体拘束を行う場合には、 その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録 しなければならない。	3年度版 P58参照
	身体拘束等の適正化のための指針は整備されていたが、職員に十分な周知がされておらず、適切に取り組みがなされていなかった。	介護事業者は、身体拘束を行う場合には、本人や家族に詳細に説明をし、十分な理解を得るよう努めること。またその態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録し、解除に向けて継続的に検討すること。 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3か月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護従業者その他の従業者に周知徹底を図ること。 また、職員に対する定期的な 研修を年に2回以上実施 するとともに、 新規採用時にも研修を実施 すること。また 研修の内容について記録 をすること。	3年度版 P58参照
加算算定等の不備	認知症専門ケア加算Ⅰを対象者以外にも算定している	利用者の認知症高齢者の日常生活自立度を確認し、 日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はM該当者のみ算定 すること。	3年度版 P52参照
	入院時の費用算定について、月をまたがる入院(連続13泊)ではないケースについて2月分の算定を行っている。	次の通り改善するとともに、入院時の費用算定についての算定要件を再度確認してください。 ・ 入院後3ヶ月以内に退院することが明らかに見込まれるかどうかについて主治医に確認するなどし、記録を残してください。 ・入院時の費用算定は、1月に6日を限度として行ってください。(月をまたがる入院(連続13泊)のみ、最大で12日分可能)	3年度版 P62参照
	看取り介護加算の算定に当たり、次のとおり改善すべき点が見受けられた。 ・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する前より算定している期間があった ・介護に係る計画について同意のない状態で算定している期間があった ・看取り介護の実施に当たり、記録内容が不十分である	次の通り改善するとともに、当該加算の算定要件を再度確認すること。 ・医師より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された後に算定すること。 ・医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、利用者又はその家族等に説明し、当該計画について同意を得た後に算定すること。 ・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	3年度版 P54参照

その他の日常生活費	身体状況的に必要となった福祉用具について自費レンタルをしているケースが見受けられた。	利用者の処遇上必要になった福祉用具の利用料金については、介護報酬に含まれます。入居者が福祉用具を利用するに当たっては、介護支援専門員等を中心に行われる総合的なアセスメントの結果、利用者の処遇上、車いすや介護ベッド等の福祉用具が必要と判断した場合は、認知症対応型共同生活介護計画に位置付けた上で、事業者の負担により介護サービスの一環として提供することになります。なお、利用者や家族の希望で利用する場合は、個人の負担となりますが、利用者等へ処遇上必要になった場合の取り扱いについても、丁寧に説明を行い、同意を得る	3年度版 P43参照
評価	外部評価・自己評価が行われていない年がある	少なくとも年に1回は自らその提供する介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表すること。	

Ⅲ 小規模多機能居宅介護支援

	問題の状況	改善指導内容・助言内容	備考
ケアマネジメントの手順	居宅サービス計画の作成に当たって、居宅介護支援等基準第13号に掲げる具体的取組方針に沿って行われていない部分があった。	次の通り改善するとともに、指定居宅介護支援の具体的取扱方針を再度確認すること。 ・居宅サービス計画の作成に当たっては、課題分析標準項目に沿って、利用者の生活全般についてその状態を把握すること。 ・サービス担当者会議は、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者を招集して行うこと。やむを得ない理由により、担当者に対する照会等により意見を求める場合は、照会内容について記録を行うこと。 ・居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者に対して、個別サービス計画書の提出を求めること。 ・居宅サービス計画の実施状況の把握を行う際は、少なくとも月1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接し、その記録を残すこと。 ・居宅サービス計画に医療サービスを位置付ける場合にあっては、主治の医師等の意見、指示を確認し、記録を残すこと。	
加算算定等の不備	総合ケアマネジメント加算の算定にあたり、次のとおり改善すべき点が見受けられた。 ・利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時適切に小規模多機能型居宅介護計画の見直しを行っていることが明らかでない。	・小規模多機能型居宅介護計画の実施状況及び利用者の様態の変化等の把握を行い、多職種協働により、随時適切に見直しを行うこと。 ・地域の行事や活動等に積極的に参加していることが確認できるよう、サービス提供記録や業務日誌等に記録を残すこと。この場合、新たに資料を作成する必要はない。	
加算算定等の不備	過小サービスに対する減算にあたり、1人あたりの平均提供回数が週4回に満たない場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定するとなっているが、それを確認できる記録が不十分である。	サービス提供回数の実績を確認できる記録を残し、毎月確認を行うこと。	
利用者への関わり	登録者が通いサービスを利用していない日において、電話による見守りを含め、利用者に関わっていない。	・通いサービス、宿泊サービス及び訪問サービスを提供しない日であっても、可能な限り電話による見守りを含め、利用者に何らかの形で関わるようにすること。	

Ⅳ 居宅介護支援

	問題の状況	改善指導内容・助言内容	備考
運営基準	前6か月分の居宅サービス計画の総数のうち各サービス(訪問介護・通所介護・福祉用具・地域密着型通所介護)が位置付けられた割合と、各サービスにおける同一事業所の占める割合についての説明がされていない。	重要事項説明書別紙として説明資料を作成するなどの方法で、説明したうえで同意を得てください(署名)。	3年度版 P64参照
ケアマネジメントの手順	居宅サービス計画の作成に当たって、指定居宅介護支援等基準第13条に掲げる具体的取扱方針に沿って行われていないケースがあった。	指定居宅介護支援の具体的取扱方針を再度確認すること。特に以下の点に注意すること。 ・居宅サービス計画の作成に当たっては、課題分析標準項目に沿って、利用者の生活全般についてその状態を把握すること。 ・サービス担当者会議は、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者を招集して行うこと。やむを得ない理由により、担当者に対する照会等により意見を求める場合は、照会内容について記録を行うこと。	
	短期入所の長期利用者について減算されていない事例があった。	居宅に戻ることなく、自費利用を挟み同一事業所の短期入所を連続30日を超えて利用している場合は、連続30日を超えた日から減算をした居宅サービス計画書第6表、第7表を作成し、給付管理を行うこと。	
	生活援助中心型の算定を行っているケースにおいて、算定理由の記載がないものが見受けられた。	・生活援助中心型の訪問介護を位置付ける場合には、居宅サービス計画に生活援助中心型の算定理由その他やむを得ない事情の内容について記載するとともに、生活全般の解決すべき課題に対応して、その解決に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明確に記載してください。	
	住宅改修を実施するにあたり、利用者に対して複数の住宅改修の事業者から見積もりを取るよう説明することが行われていなかった。	住宅改修を行う場合は、介護支援専門員等は利用者に対して複数の住宅改修の事業者から見積もりを取るよう説明すること。	3年度版 P86参照
主治医との連携	医療サービス(訪問看護、通所リハビリテーション等)を位置付けているケースにおいて、主治医等の意見を求めている事例が見受けられた。	利用者が医療サービスを希望している場合、その他必要な場合(要介護認定の更新時等)には、利用者の同意を得て 主治医等の意見を求め、その結果を支援経過記録等に明確に記録すること。	

事業所との連携	個別サービス計画の提出を求めている事例が見受けられた。	居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス事業者に居宅サービス計画を交付したときは、個別サービス計画の提出も求め、居宅サービス計画と個別サービス計画の整合性を確認すること。	
アセスメント	要介護認定の更新や利用者の心身の状態の変化等に伴う居宅サービス計画作成の際のアセスメントについて、その結果が記録されていないものがあった。またアセスメント(課題分析)にあたって、自己作成シートを使用して行っているが、課題分析標準項目が不足している。	居宅サービス計画の 変更の際にも、アセスメントを行い、記録を行う こと。 またアセスメントを行うにあたっては、国から示されている課題分析標準項目を具備したシートを使用し、利用者の生活全般について課題の把握状況を記録すること。	
モニタリング	モニタリングの結果の内容が不十分であると認められる事例があった。	少なくとも1月に1回実施するモニタリングについては、 サービスの実施状況、利用者等の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等を確認し、その結果、実施場所を明確に記録 すること。	
加算算定等の不備	退院・退所加算Ⅰ(ロ)、Ⅱ(ロ)を算定している場合において、カンファレンスの要件を満たしていない事例があった。	カンファレンスに参加する際は、参加者の所属・職種を確認し、退院・退所加算のカンファレンスの要件を満たしているかの確認を行うこと。	3年度版 P75参照

マニュアル・ガイドライン等

インターネット上に掲載されている厚生労働省や静岡県等が作成したマニュアルやガイドライン等のうち、主なものは以下のとおりです。

業務の参考にご活用ください。

○社会福祉施設等における新型コロナウイルス感染症への対応について

新型コロナウイルス感染症への対応に関し、「感染拡大防止に関する事項」、「介護サービス事業所等の人員、施設・設備及び運営基準等の臨時的な取扱いに関する事項」及び「衛生用品に関する事項」についての厚生労働省や静岡県からの通知等が掲載されています。

○令和３年度介護報酬改定関係の省令・告示等

厚生労働省のＨＰ上に、令和３年度介護報酬改定の骨子、改正後の省令や告示等が掲載されています。

また、各種加算に関する事務処理手順例等も掲載されています。

○介護サービス関係Ｑ＆Ａ集

厚生労働省が、「人員・設備及び運営基準」や「報酬算定基準」に関するＱ＆Ａをまとめ、サービス種類毎に分類等を行っています。

○科学的介護

厚生労働省による、科学的介護情報システム(Long-term care Information system For Evidence=LIFE)に関する説明資料や、厚生労働省からの LIFE に関する事務連絡、LIFE の HP リンクが掲載されています。

○介護現場におけるハラスメント対策

厚生労働省の事業により作成された、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」や、介護事業者の管理者等が職員向けに実施する研修の手引き・動画、また、介護現場でのハラスメント等の発生までの経緯やその後の対応、事例から学べる対策等を整理した事例集が掲載されています。

○「介護施設・事業所における業務継続ガイドライン」

厚生労働省が作成した、新型コロナウイルス感染症発生時、自然災害発生時のための業務継続ガイドラインや、業務継続計画(BCP)の作成支援のための研修動画、業務継続計画のひな形が掲載されています。研修動画やひな形は、入所系・通所系・訪問系等に分かれています。

○介護現場における感染対策の手引き

厚生労働省が作成した、新型コロナウイルス感染症への対策も含む、感染対策の手引きです。介護施設・事業所の管理者においては、感染管理体制の構築の手引きとして、介護職員においては、日常のケアを行う上での必要な感染対策の知識や手技の習得の手引きとして活用が可能です。

○身体拘束ゼロへの手引き ～高齢者ケアに関わるすべての人に～

身体拘束廃止の趣旨、具体的なケアの工夫や事例などを盛り込んだ介護現場用の手引きとして作成されたもので、静岡県のHP上でも掲載しています。

○高齢者虐待・養護者支援の対応について

高齢者虐待への対策・対応については、厚生労働省が作成した次の資料により理解を深め、対策の参考としてください。

「全国高齢者虐待防止・養護者支援担当者会議資料」

○OWAM NET

独立行政法人福祉医療機構が運営する福祉・保健・医療の総合情報サイトです。「介護保険最新情報」を掲載。厚生労働省から各都道府県介護保険担当課(室)・各市町村介護保険担当課(室)・介護保険関係団体に発出されたものが掲載されています。

○介護サービス情報公表システム

介護サービス情報の公表制度により各事業所から報告いただいた情報を公表しています。知りたい地域の事業所を検索することができ、また、事業所の情報や特色などがわかります。

○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ドライン

厚生労働省が作成した、介護保険事業者等が行う個人情報の適正な取扱いの確保に関する活動を支援するためのガイドラインです。また、同HP上にQ&Aも掲載されています。

○介護事業所キャリアパス制度導入ガイド ～12の成功事例～

静岡県が作成した、キャリアパス制度導入ガイドです。中小の介護事業所に的を絞って、さまざまな工夫を凝らしてキャリアパスを整備、運用し、人材の確保や育成に実をあげている事例を紹介しています。

○静岡県在宅歯科医療推進室

静岡県からの委託を受け、静岡県歯科医師会が運営しているもので、高齢や寝たきり等で通院できない方のお口に関する相談を受け付けています。またHPからは訪問診療を実施する歯科医院を地図から探すことができます。

電話：054-202-6480 【受付時間】月～金 午前10時～午後3時（年末年始、祝祭日を除く）

○高齢者福祉施設における災害対応マニュアル

静岡県が作成した、入所施設、通所施設のための災害対応マニュアルです。

被災時の市町への連絡用の様式例や震度5強以上の地震が発生した場合の市町の連絡先なども掲載しています。

○介護施設における事業継続計画（BCP）作成支援ツール

静岡県が作成した、各施設が被災後の事業継続の視点を取り入れたより実践的な防災計画を作成するための支援ツールです。

○福祉施設防犯対策マニュアル～まず何をやるべきか～

平成28年7月に発生した神奈川県障害者施設における入所者殺傷事件を受け、福祉施設の防犯対策を見直し、想定外の外部からの侵入に対応できるための実際に使えるツールのデータを提供しています。

○福祉施設のための感染症クラスター対策マニュアル(FAQ)

施設等で感染者が発生した際の入所者等への介護サービス継続を支援し、新型コロナウイルス感染防止対策の取組みの参考にさせていただくため、マニュアル(FAQ)を作成し、感染者が発生した場合の業務継続計画の参考例をお示ししています。

○福祉施設のための新型コロナウイルス感染対策事例集

医師や感染管理認定看護師による福祉施設への訪問指導で明らかになった、感染対策上の問題点等を写真やイラストで分かりやすくまとめています。

○看取り介護指針・説明支援ツール

厚生労働省の助成を受け、全国老人福祉施設協議会が作成したもので、看取り介護指針の作成の考え方のほか、「急変時や終末期の医療等に関する意思確認書」「看取り介護同意書」などの様式例も掲載されています。

○地域で生活する認知症の人を支える通所型サービスの手引き

厚生労働省の助成を受け作成されたもので、認知症の人の在宅生活を支えていくための通所型サービスの役割や支援のあり方、事業所の参考事例等が掲載されています。

○介護予防マニュアル改訂版

厚生労働省の HP 上に掲載されている介護予防についてのマニュアルです。運動器の機能向上マニュアル、栄養改善マニュアル、口腔機能向上マニュアルなどが掲載されています。

○課題整理総括表・評価表活用の手引き

「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会」における検討結果を受けて、厚生労働省が作成したもので、静岡県の HP 上でも掲載しています。

○介護保険制度における住宅改修の手引き（R 3 年度修正版）

掛川市が作成し、住宅改修の種類、申請書類提出時の留意点等を記載しています。
掛川市ホームページトップ＞くらし・行政情報＞健康・福祉＞介護＞介護保険で受けられるサービス＞在宅サービスについて＞(介護予防)住宅改修費支給