

令和6年度 加古川市6地域包括合同研修会 事前質問

① 訪問看護サービス

Q1 リハ職による訪問看護を12か月利用し、その後、訪問リハビリに移行した場合減算となるのか。

A1 減算にならない。

訪問看護と訪問リハは異なる介護サービスであり、訪問看護と訪問リハで通算することはない。

9/3 加古川健康福祉事務所 監査地域福祉事務所に確認済

Q2 リハ職による訪問看護を12か月以降も利用中の方が要支援から要介護に移行した場合の12か月の考え方。

A2 合算しない。

介護報酬の解釈（以下「緑本」という。）P39 参照

法第19条第2項に規定する要支援認定の効力が生じた日が属する日をもって、利用が開始されたものとする。とされていることから、要介護←→要支援の変更があった場合は、リセットされると考える。

9/13 加古川健康福祉事務所 監査地域福祉事務所に確認済

Q3 訪問看護のリハビリ減算について。1年間の訪問回数が看護師よりリハ職の訪問回数の方が多い場合は減算となるが、対象利用者以外の方が、事業所内で緊急時介護予防訪問看護加算(I)、緊急時介護予防訪問看護加算(II)、特別管理加算(I)、特別管理加算(II)及び看護体制強化加算を算定していたら減算とならない解釈でよいか。

A3 お見込みのとおり

【介護保険最新情報】厚生労働省「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.5) (令和6年4月30日)」の問1の答より加算の算定実績がない場合には所定の単位数を減算するとあるため、当該加算の算定実績があれば減算とならない。

9/3 加古川健康福祉事務所 監査地域福祉事務所に確認済

Q4 訪問看護で初回加算 350 単位が取れる条件を教えてください。

A 4 社会保障審議会介護給付分科会（第 239 回）令和 6 年 1 月 22 日参考資料 1 の 1. (3) ⑦「円滑な在宅以降に向けた看護師による退院当日訪問の推進」を参照のこと

【算定要件等】

初回加算（Ⅰ） 350 単位／月（新設）

新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して、病院、診療所等から退院した日に指定訪問看護事業所の看護師が初回の指定訪問看護を行った場合に所定単位数を加算する。ただし、初回加算（Ⅱ）を算定している場合は、算定しない。

初回加算（Ⅱ） 300 単位／月

新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して、病院、診療所等から退院した日の翌日以降に初回の指定訪問看護を行った場合に所定単位数を加算する。ただし、初回加算（Ⅰ）を算定している場合は、算定しない。

→【青本・令和 6 年 4 月改訂版】 218 ページ 参照

② 介護予防型訪問サービス

Q1 生活援助型と短時間身体介護を1日の中で組み合わせて複数回利用することは可能か。

A 1 一連のケアマネジメントの過程を経て必要と判断した結果であるなら可能です。ただし、月当たりの上限は 3,727 単位です。

また、1 回当たりの利用で生活援助型と短時間身体介護を組み合わせて利用する場合は、標準的なサービスを利用ください。

【参考】市 HP「介護予防・日常生活支援総合事業における報酬単価の見直しに係わる Q & A」の No2 及び 14

Q2 訪問型サービスの標準的な内容の指定相当訪問型サービスと生活援助が中心である場合のサービス内容の違いや判断基準(サービス内容や時間割合)を具体的に教えてください。

A 2 標準的なサービスは、1 回のサービスの中で身体介護と生活援助を組み合わせたサービスです。生活援助が中心のサービスは、生活援助のみの

サービス提供で、身体介護以外の掃除、洗濯、ベッドメイク、衣類の整理・被服の補修、一般的な調理、配下膳、買い物・薬の受け取りや、これらサービスを提供するための準備等が該当します。

なお、「身体介護」と「生活援助」の具体的な区分や考え方は、平成 12 年 3 月 17 日厚生労働省通知「老計第 10 号 訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」を参照ください。また、記載の内容はあくまで、例示であり、実際に利用者にサービス提供する際には、利用者個々人の身体状況や生活実態等に即した取り扱が求められています。

Q3 標準的な内容の指定相当訪問介護型サービスの場合、どのような内容を計画書に記載すれば良いのか。

A 3 標準的な内容のサービスは、A 2 で述べたとおりで、厚生労働省通知「老計第 10 号」を参考に、身体介護なのか生活援助中心なのかが読み取れる内容を記載してください。

Q4 自立支援・重度化防止のための見守り援助をケアプランに位置付けた場合、訪問型サービスの標準的な内容の指定相当訪問型サービスを算定できるのか。その場合の具体的な内容(時間割合など)を教えてください。例えば、20 分でも 287 単位の算定は可能か。

A 4 まず、自立支援・重度化防止のための見守り援助をケアプランに位置付けたものは、A2(「なお、)以降で述べた「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について(平成 12 年 3 月 17 日労働省通知「老計第 10 号」)が一部改正(平成 30 年 3 月 30 日老振発 0330 第 2 号)されており、身体介護に当たります。ケアプランの内容が、短時間の身体介護が中心のサービスではないような内容の場合は、標準的なサービスとして算定します。

なお、見守り援助を算定する場合は、単なる見守りではなく「常時介助できる状態で行う見守り」であることが必要です。アセスメントによって導き出したその内容はケアプランに記載するようにしてください。なお、状態が改善した場合は、ケアプランの見直しを行ってください。

また、問の例え 20 分というような、明確な時間の定めは、短時間の身体介護が中心のサービスと標準的なサービスにはありませんので、ケアプ

ランの内容によるようになります。

なお、短時間の身体介護が中心であるサービスとは、次のとおり示されています。

- ① 利用者の身体に直接接触して行う介助
- ② ①を行うために必要な準備と後始末
- ③ 利用者の日常生活を営むのに必要な機能の向上等のための介助と専門的な援助

Q5 加古川市のみ予防型訪問サービスの内容、単位など近隣他市に比べ下げた理由、詳細を教えてください(45分未満の単価が低すぎる)また、今後見直しはあるのか。

A5 問の内容は、従前相当サービスの20分～45分の生活援助サービスの単価179単位のことかと考えますが、当該サービスの算定構造は国が規定することとなっており、その単価は、市町村が事業の継続性や介護人材の確保の状況等を踏まえ、国が定める単価から引き上げることも可能とされています。今回の改定では、本市は国の定めた単価どおりに設定しています。

現在、本市では、総合事業についてサービス類型の見直しや検討等をおこなっており、今後、単価についても、他市も参考にしながら調査研究いたします。

Q6 訪問型サービスの生活援助型と標準的な内容相当、身体介護の区分が分かりにくい。加古川市としての解釈を改めて教えてください。

A6 それぞれの区分については、Q2の回答を参照ください。

なお、標準的なサービスには、Q4の回答のような、「短時間の身体介護が中心のサービス」に当てはまらないような身体介護サービスを提供する場合も含まれます。

また、短時間の身体介護が中心のサービスに時間の定めがなく、ケアプランの内容によるところであるとA4で述べたとおりですが、要介護の方の身体介護との関連も考慮すると、「20分」という時間は一定の目安と捉えています。

Q7 訪問型サービスの訪問回数に応じての、まるめ計算や算定方法について教えてほしい。

A 7 市HP「介護予防・日常生活支援総合事業における報酬単価の見直しに係わるQ & A」のNo11を参照ください。

なお、月当たりの包括単位は、標準的なサービスのみとなります。「20分～45分の生活援助」と「45分以上の生活援助」中心のサービス、短時間の身体介護中心のサービス、それぞれ単体での提供については、包括単位はありません。

Q8 同一家族がいる場合の生活援助について、判定基準について市の解釈を教えてください。

A 8 利用者の家族等が障害や疾病等の理由で家事を行うことが困難な場合や、利用者の家族が障害や疾病でなくても、その他の事情により、家事が困難な場合で、例えば、

- ・ 家族が高齢で筋力が低下していて、行うのが難しい家事がある場合
- ・ 家族が介護疲れで共倒れ等の深刻な問題が起きてしまうおそれがある場合
- ・ 家族が仕事で不在の時に、行わなくては日常生活に支障がある場合 など

なお、上記は例えになりますので、一律機械的に捉えず、個々の利用者の状況に応じて判断してください。また、生活援助の提供が必要と判断した状況をケアプランに明記しておいてください。また、上記の状態が改善された場合は、速やかにケアプランの見直しを行ってください。

【参考】厚生労働省の「同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取扱いについて(平成21年12月25日老振発1224第1号)

③ 居宅介護支援事業所が市町村の指定を受けて予防介護支援を行う場合

Q1 居宅介護支援事業所が市町村の指定を受けた場合、介護予防支援の利用者は必ず直接契約に移行しなければならないのか。

A 1 直接契約のほか、従来どおり地域包括支援センターから介護予防支援の委託を受けることも可能です。

【参考】介護保険最新情報 Vol.1225「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1)」問123

Q2介護予防ケアマネジメント、介護予防支援を短期間に何度も変更がある場合はその都度、契約をする必要があるのか。他に方法はあるのか。

A2 利用するサービスが月によって異なることで、「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」の切り替えが発生する可能性があることを想定し、都度契約をすることがないように令和6年7月1日より運用してもらう契約書の参考例を包括支援センター及び指定介護予防支援事業所に提案しています。

【参考】 介護予防支援利用契約書の追加規定に関する参考例について

Q3 指定を受けた事業所と包括との関り、情報共有の必要性や方法について教えてほしい。

A3 介護予防サービス計画の検証のほか、居宅介護支援事業所から助言を求められた場合に、サービス計画や利用者の情報等の提供を受けたうえで助言することや、地域ケア会議、事例検討会、研修等における関与が考えられます。

【参考】 介護保険法 115 条の 30 の 2

Q4 居宅介護支援事業所で指定を受けて介護予防支援を行っているところの状況を聞きたい。

A4 加古川市が指定を行っている事業所数は令和6年9月1日現在で 13 件です。

また、6月に指定介護予防支援事業所が、介護予防支援のサービス提供を行っている件数は約 250 件でした。

④ 高齢者虐待防止措置未実施減算、業務継続計画未実施減算について

Q1 高齢者虐待防止の措置について、算定要件の中で委員会の定期的な開催、虐待防止のための研修会の定期開催とあるが、具体的な頻度を教えてほしい。

A1

委員会：全サービス（居宅療養管理指導、特定福祉用具販売を除く）：定期的
研修：居宅系サービス（居宅介護支援・介護予防支援含む）：年1回以上
施設・居住系サービス：年2回以上

なお、全サービスにおいて、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要です。

Q2 BCP の策定及び研修・訓練について委員会・研修は複数事業所合同ではなく、1事業所で開催しても問題ないのか。

A 2 「業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、基準第 19 条の 2 に基づき事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。」と解釈通知にあることから、事業所単独の研修及び訓練でも問題ありません。なお、業務継続計画の策定等の項目に委員会の規定はありません。

【参考】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

⑤ 福祉用具の貸与と販売の選択制について

Q1 一部の福祉用具に貸与と販売の選択制が導入されたが、固定型スロープ、歩行器、単点杖及び多点杖となった経緯は何か。

A 1 社会保障審議会介護給付分科会（第 239 回）令和 6 年 1 月 22 日参考資料 1 を参照のこと。

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

Q2 固定型スロープ、歩行器、単点杖及び多点杖を購入後、身体状況に変化があった場合や故障した場合など同じ種類の用具の貸与や購入は可能か。期間の制限等はないのか。

A 2 今回、選択制となった福祉用具に限らず、利用者の身体状況に著しい変化があった場合や経年劣化等により修理不能の故障をした場合など、特別な事情があると判断できる場合には再購入を認めている。
当該期間に明確な定めはないが、経年劣化であれば概ね 3 年以上経過し

ている必要があると考える。

また、介護保険法施行規則では、同一管理期間（同一年度）での同一品目の再購入は原則禁止しているため、短期間での再購入については、再購入しなければならない特別な事情を聴取したうえで判断することとなる。

今回、選択制となった福祉用具で購入を選択する場合は、利用者の身体状況等のアセスメントを行った結果、長期的に使用することが想定される場合であり、短期間に身体状況が変化することが想定されるならば貸与を選択するよう適切なアセスメントに努められたい。

Q3 福祉用具貸与と特定福祉用具販売の選択にあたって、必要な情報提供及び医師や専門職の意見とあるが、必ず意見を求めなければならないのか。どのような方法で意見を求めるのが適切なのか。

A 3 【介護保険最新情報】厚生労働省「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1) (令和6年3月15日)」の問112の回答より

○福祉用具について

問112 選択制の対象福祉用具を居宅サービス計画又は介護予防サービスに位置付ける場合、主治医意見書や診療情報提供書に福祉用具に関する記載がない場合は、追加で医師に照会する必要があるか。

答 追加で医師に照会することが望ましいが、主治医意見書や診療情報提供書、アセスメント等の情報から利用者の心身の状況を適切に把握した上で、貸与・販売の選択に必要な情報が得られているのであれば、必ずしも追加の照会は要しない。

また、「貸与・販売の選択に必要な情報」については、同Q & Aの問101に記載されている。

○ 貸与と販売の提案に係る利用者の選択に資する情報提供について

問101 福祉用具専門相談員又は介護支援専門員が提供する利用者の選択にあたって必要な情報とはどういったものが考えられるか。

・利用者の身体状況の変化の見通しに関する医師やリハビリテーション専門職等から聴取した意見

- ・サービス担当者会議等における多職種による協議の結果を踏まえた生活環境等の変化や福祉用具の利用期間に関する見通し
- ・貸与と販売それぞれの利用者負担額の違い
- ・長期利用が見込まれる場合は販売の方が利用者負担額を抑えられること
- ・短期利用が見込まれる場合は適時適切な福祉用具に交換できる貸与が適していること
- ・国が示している福祉用具の平均的な利用月数※
等が考えられる。

※選択制の対象福祉用具の平均的な利用月数（出典：介護保険総合データベース）

- ・固定用スロープ：13.2ヶ月
- ・歩行器：11.0ヶ月
- ・単点杖：14.6ヶ月
- ・多点杖：14.3ヶ月

意見聴取の方法については、【介護保険最新情報】厚生労働省「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.5) (令和6年4月30日)」の問7の回答より「聴取の方法や様式に特段の定めはない」とされている。

Q4 特定福祉用具購入時の担当者会議や計画書の作成について、4月から追加になった杖やスロープ等もプラン追加の担当者会議が望ましいか。

A4 選択制となっている福祉用具については、利用者へ必要な情報提供を行い、貸与と販売を選択できることを説明したうえで、販売（購入）を選択するに至った経緯等を記録しておく必要があることから、担当者会議を行い、ケアプラン等に記載することが望ましいと考える。

その他、福祉用具選定の判断基準については、【介護保険最新情報】Vol.1296 令和6年8月2日厚生労働省「介護保険における福祉用具の選定の判断基準について」において標準的な目安を国が示しているので参照されたい。

⑥ ケアプランデータ連携システムについて

Q1 ケアプランデータ連携システムを活用している事業所はどの程度あるのか。
加古川市における稼働状況について教えてほしい。

A1 市では把握していない。

国保中央会がデータを所管。WAM NET で情報公開されている。加古川市内の事業所では、18 の事業所で利用されている。(令和6年9月9日時点)
<https://www.wam.go.jp/wamappl/kpdrsys.nsf/asrlist?Open>

⑦ ケアプラン作成における主治医との連携について

Q1 利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には利用者の同意を得て、主治の医師又は歯科医師の意見を求める必要があるが、主治医の指示書での確認でも良いか。

A1 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（抜粋）

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第十三条 指定居宅介護支援の方針は、第一条の二に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

十九の二 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

指示書により主治医等の意見が確認できるならば可と考える。

※訪看、リハ事業所へ出される主治医の指示書は不可。

当該主治医等にはケアプラン作成後、当該ケアプランを交付することが必要となるため、十分に連携を図られたうえで対応されたい。

9/13 加古川健康福祉事務所 監査地域福祉事務所に確認済

Q2 老人保健施設退所後に、早期にリハビリテーションが必要な場合、入所中の老人保健施設の医師に意見を求める事は可能か。

A2 令和6年度の改正において、「主治の医師等」について、要介護認定申請のために主治医意見書を記載した医師に限定せず入院中の医療機関の医師を含むことが明確化されており、特に退院患者においては、退院後のリハビリテーションの早期開始を推進する観点から入院中の医療機関の医師による意見を踏まえ、速やかに医療サービスを含む居宅サービス計画を作成することが望ましいとされていることから、当該医師に意見を求めることは可能と考える

9/13 加古川健康福祉事務所 監査地域福祉事務所に確認済

⑧ 事業所割合の利用者への提示の努力義務化について

Q1 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護及び福祉用具貸与の各サービス割合を利用者への提示が努力義務となったが、どのような対応なら努力義務を果たしたとみなされるのか。

A1 令和6年度以降も、「前6月の割合」についてはあらかじめ説明し、理解を得るよう努めてください。そのため、令和3年度から実施いただいているとおり引き続き重要事項説明書等の別紙として記載いただき、利用者等に対し説明を行うことで努力義務を果たしたとみなされます。

【参考】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

Q2 公正中立性の観点におけるサービス利用割合の利用者への提示が努力義務になったが、契約書に公正中立性の文言が記載されていれば別紙は必要ないか。

A2 質問中「別紙」が前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合及び前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合を記したものを指してるのであれば、重要事項説明書等の別紙として、居宅介護支援の提供の開始において示すとともに説明することが望ましいこととされています。

【参考】介護保険最新情報 Vol. 1225「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1)」問 120※「令和3年度介護報酬改定関係Q & A (Vol. 3) 問 111」の修正)

⑨ 介護支援専門員の1人当たりの取扱件数について

Q1 介護支援専門員担当利用者数について、事業所単位で平均して介護支援専門員1人あたり45名未満であれば問題ないという解釈で良いか。

A1 概ねそのような解釈で差支えないと考えますが、人員基準の留意事項通知や報酬告示の規定をご確認ください。

【参考】令和6年度介護報酬改定における改定事項について(厚生労働省) 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 平成18年4月改定関係Q & A (Vol. 2)

Q2 介護支援専門員1人当たりの取扱件数について、改定によって件数が増えた事に対する考え方(利用者のメリット等)を教えてください。

A2 高齢者人口の増加や介護支援専門員の人員不足を背景に、介護支援専門員1人当たりの取扱件数の上限が増加したものです。利用者にとっては、介護認定を受けた後、居宅介護支援事業所との契約をより迅速に行うことで、円滑に介護サービスを利用することができるメリットがあると考えます。

⑩ その他

Q1 通院時情報連携加算要件は、利用者が医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、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、支援経過に記録するのみで加算算定可能か。

A1 青本 P867 参照

居宅サービス計画(ケアプラン)に記録した場合とあり、支援経過記録(第5表)への記録で問題ないと思われる。

なお、医師等からの情報提供により大きな変更点がある場合などは、ケアプランの変更等適切に対応されたい。

Q2 モニタリングはZoomでも可能であるか。リモートによるモニタリングを実施するにあたり、同意書等は必要か。ヘルパー訪問中は可能との事だが通所サービス利用中は可能であるか。

A 2 【介護保険最新情報】厚生労働省「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1) (令和6年3月15日)」の問111を参照。

文書により利用者の同意を得る必要がある。

また、明確に示されているものはないが、通所サービス利用中はあくまでも事業所にてケアプランに位置付けられたサービスの提供を受けている時間であるため、その時間中にサービスとは関係のないモニタリングを実施することは適切であるとは言えないと考える。

【介護保険最新情報】厚生労働省「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1) (令和6年3月15日)」の問106については、「テレビ電話装置等を活用したモニタリングについて、訪問介護員が訪問している間に、テレビ電話装置等の準備をすることは可能か」という質問であり、ヘルパー訪問中のZoomモニタリングが可能であるとは書かれていないため、そもそもサービス利用中のモニタリング実施が不可ではないかと考えます。

Q3 ケアプランの短期目標、長期目標の設定期間は、要支援も今まで通り最長1年ですか。認定期間を設定しても良いのですか。

A 3 高砂市では短期・長期目標期間を通知しているようですが、本市においては特段のさだめはありませんので、短期・長期目標を設定する意義を考え、適切に設定してください。

Q4 ケアプランの軽微な変更について。週1回程度の回数の増減の変更時の取り扱いについて、加古川市の解釈を教えてください。

A 4 厚生労働省資料「居宅介護支援・介護予防支援・サービス担当者会議・介護支援専門員に係る項目及び項目に対する取扱い」における「3ケアプランの軽微な変更の内容について（ケアプラン作成）」の「サービス提供の回数変更」を参照

同一事業所における週1回程度のサービス利用の増減のような場合

には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。

なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が指定居宅介護支援等の事業及び運営に関する基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第12号（担当者に対する個別サービス計画の提出依頼）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。

とされていることから、事案に応じて適切に判断されたい。

Q5 暫定プランの作成について。市により暫定プラン作成の必要がない等異なるため加古川市として作成が必要なのか。必要な場合、作成日はいつが妥当なのか確認したい。

A5 介護保険制度の主旨から介護（介護予防）サービスはケアプランに基づき提供されるべきものであることから、要介護認定申請中（区分変更等含む）の利用者がサービスを利用するにあたっては、暫定プランの作成は必要であると考ええる。

作成日については、作成した日で問題ないと考ええる。

Q6 居宅療養管理指導における管理栄養士、歯科衛生士が通所サービス利用者
に介入する際、実施場所は利用者の自宅か。

A6 お見込みのとおり

青本P254 及びP258 参照

◇管理栄養士の居宅療養管理指導について〔老企36 第2の6(5)〕

◇歯科衛生士等の居宅療養管理指導について〔老企36 第2の6(6)〕

いずれも、「管理栄養士（歯科衛生士等）が**利用者の居宅を訪問し**・・・」
とある。

9/13 加古川健康福祉事務所 監査地域福祉事務所に確認済

そもそも、通所サービス事業所で居宅療養管理指導を受けるのは不適正
とのこと。

Q7 通所介護の入浴加算Ⅱを算定の場合、どの時点からケアマネが参加するのか。

A7 青本P271 参照

当該通所介護事業所が当該利用者の個別の入浴計画を作成する必要があることから、遅くともその入浴計画作成前に、当該利用者の動作及び浴室の環境の評価及び助言を行う必要があると考える。

Q8 小規模多機能型居宅介護の契約継続中、状態変化で入院されサービス利用がない月の介護保険利用料の請求は可能か。

A8 登録が継続しているなら、算定は可能であるが、お尋ねのような場合には、サービスを利用できないのに利用者負担が生じることに配慮して、基本的には、一旦契約を終了すべきである。(添付資料：通番 2265)

(18.9.4 介護制度改革 information vol.127

事務連絡介護老人福祉施設及び地域密着型サービスに関する Q&A 問 42)
添付資料は現在厚労省の HP に QA として掲載されているもの。

Q9 口腔連携強化加算の算定にあたり、介護支援専門員の手続きは何か必要か。

A9 令和6年度の法改正により通所系サービスに加え、訪問系・短期入所系サービスに「口腔連携強化加算」が位置付けられた。

通所系、訪問系、短期入所系サービス事業所が「口腔連携強化加算」を算定する場合、以下のように定められています。

青本 P169 等 (他サービスも同様) 参照

◇口腔連携強化加算について〔老企 36 第2の2 (23)〕

- ①口腔連携強化加算の算定に係る口腔の健康状態の評価は、利用者に対する適切な口腔管理につなげる観点から、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ②口腔の健康状態の評価の実施に当たっては、必要に応じて厚生労働大臣が定める基準における歯科医療機関(以下「連携歯科医療機関」という。)の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談すること。なお、連携歯科医療機関は複数でも差し支えない。
- ③口腔の健康状態の評価をそれぞれの利用者について行い、評価し

た情報を歯科医療機関及び当該利用者を担当する介護支援専門員に対し、別紙様式6等により提供すること。

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

⑤ 口腔の健康状態の評価は…（省略）

⑥ 口腔の健康状態の評価を行うに当たっては…（省略）

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

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

以上のことから介護支援専門員の役割については、次のように考えられる。

(1) ①及び⑧からサービス担当者会議等の開催及び関係機関調整
口腔ケアの必要性についての認識共有、誰がどういうタイミングで口腔内のケアを実施していくのか、情報連携について利用者や家族の同意の取得など、担当者会議において確認したうえでケアプランを策定することとなる。

(2) ③より情報提供された内容を支援経過に記載。内容に応じて、適宜、再アセスメントやケアプラン等の見直しを行う。

(3) ⑦より主治医を含む関係機関との連絡調整

Q10 事業対象者の対象や認定までの流れについてメリット、デメリットについて確認したい。

A10 事業対象者の対象は、基本チェックリストを用いてサービスを利用する必要があると判定された人になります。認定までの流れのメリットとしては、更新申請を経ずに「基本チェックリスト」による判定と「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」の提出により、当該サービスを利用

できることから、簡易かつ迅速にサービス利用が可能となります。デメリットは、基本チェックリストを用いて判定を受ける機会が、介護認定の更新時でしかないことで、利用できるサービスは総合事業の通所型サービスと訪問型サービスのみとなります。

Q11 通所リハビリの退院時共同指導加算の算定について、カンファレンスに参加し、退院。その後、通所リハビリを利用までに、数ヵ月期間が空いた場合、いつまで算定可能か。通所リハビリ利用前に1ヵ月でも訪問リハビリ等他サービス利用があった場合は算定できない判断で良いのか。

A11 青本 P331（通所リハ）、P239（訪問リハ）

④当該利用者が通所及び訪問リハビリテーション事業所を利用する場合において、各事業所の医師等がそれぞれ退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合は、各事業所において当該加算を算定可能である。

ただし、通所及び訪問リハビリテーション事業所が一体的に運営されている場合においては、併算定できない。

とある。

また、退院時共同指導加算は、令和 6 年度改定で、通りハ、訪リハに新設されたが、訪問看護では従前から設定されている。

訪問看護に係る同加算のQ Aでは、退院時共同指導を実施した 2 か月後に初回の訪問看護を行った場合は、同加算は算定できないとされている。

(Q A24. 3. 16 緑本 p70)

同加算は、3サービスとも、入院中の者が退院するにあたり退院時共同指導を行ったのち、初回のサービスを提供した場合、1回に限り 600 単位を算定。とあり、根幹的な要件は同じであり、リハについて訪看と違う解釈をとる理由はない。

この加算の趣旨は、「退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する」というものである。よって、退院時共同指導を行ったのち相当の期間を空けてのサービス提供は加算の趣旨を損なうと考える。

9/13 加古川健康福祉事務所 監査地域福祉事務所に確認済

(QA24.3.16 緑本 p70)

退院時共同指導加算 ①指導2ヶ月後に初回の訪問看護を実施した場合

Q：退院時共同指導を実施した2ヶ月後に退院後初回の訪問看護を行った場合は退院時共同加算を算定できるのか。

A：算定できない。退院後初回の訪問看護を行った月の同一月若しくは前月に退院時共同指導を実施した場合に算定できる。