

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
1	1 (1) ①	居宅介護支援における特定事業所加算の見直し	これまで、主任介護支援専門員2名、介護支援専門員3名で、従来の特定事業所加算(Ⅰ)を算定していたが、介護支援専門員のうち1名が主任介護支援専門員の資格を取得した。 この場合、介護支援専門員が2名になり、特定事業所加算(Ⅲ)を取得することになるか。	(1) 介護支援専門員の資格の有無と人数はもちろんですが、それらの介護支援専門員が「専ら」の業務を行うかどうかで判断してください。 ① 専ら居宅介護支援の提供にあたる主任介護支援専門員が2人以上 ② 専ら居宅介護支援の提供に当たる介護支援専門員が3名以上(①を除く、主任介護支援専門員を含んでも良い)の両方を満たせば、特定事業所加算(Ⅰ)の算定対象です。 (2) 令和6年度の制度改正で、人数以外の要件が令和6年4月からの適用で加わっています。 この新要件が適用できているか点検をしてください。 実際に、いずれの特定事業所加算が算定できるかは、これらを鑑みて適切に対応してください。	厚生労働省のホームページ「令和6年介護報酬改定について」中、次のもので内容の詳細を確認ができます。 ・「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」中『1. (1) ①』 ・「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」中の別紙(新旧表)	R6.4.18掲載の再掲載
2	1 (1) ①	居宅介護支援における特定事業所加算の見直し	居宅介護支援事業所の特定事業所加算(Ⅲ)を算定するにあたり、当該居宅介護支援事業所の管理者が主任介護支援専門員の資格を有していますが、当該職員(管理者)は業務に支障が無い場合、同一敷地内の小規模多機能型居宅介護事業所もしくは通所介護事業所の職員を兼務してよいか。	主任介護支援専門員は常勤かつ専従である必要がありますが、業務に支障が無い場合は、同一敷地内であれば小規模多機能型居宅介護、通所介護に関わらず、他の事業所も含めて兼務は可能です。ただし、当該兼務の業務が介護支援専門員である場合、介護予防支援事業所に限られます。	報酬告示の留意事項通知において、当該加算算定に必要な他の要件も記されていますのでご確認ください。 また、厚生労働省ホームページの令和6年度介護報酬改定について中の『令和6年度介護報酬改定における改定事項 1. (1) ①』に、令和6年度からの当該加算の要件の一覧表が掲載されていますのでご一読ください。 その上で、貴法人内で人員管理を適切に行い適切な算定をお願いします。	R6.6.21掲載の再掲載
3	1 (1) ②	居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い	要支援の利用者について地域包括支援センターから委託を受けている場合、4月から直接ケアプランを作るのか。	居宅介護支援事業所が要支援の利用者に対し直接実施可能となるのは「介護予防支援(※1)」であり、「介護予防ケアマネジメント(※2)」は継続して地域包括支援センターでの実施となります。 今回の改正をもって地域包括支援センターからの「委託」がなくなるものではありません。従来通り、介護予防支援事業所として指定を受けずに、委託の形で実施することも可能です。 ※1. 介護予防サービス利用(介護予防サービスと総合事業の組合せを含む)のケアプラン作成 ※2. 総合事業のみの利用のケアプラン作成  このことから、令和6年4月に地域包括支援センターからの委託を解除し、直接要支援の利用者のケアプランを作成する必要は、一概には生じないものと考えます。 加えて地域包括支援センターと居宅介護支援事業所は委託(受託)契約に基づいていますので、安易な(もしくは容易な)契約解除はできないものと考えます。  これらのことを踏まえた上で、要支援の利用者と直接契約される場合は、居宅介護支援事業所は介護予防支援事業所の指定を受けた後となります。ただし、上述の「ケアプランの作成ができるサービスは介護予防支援に限る」という必須事項に基づいて、居宅介護支援事業所は要支援の利用者と介護予防支援の契約をすることになります。 補足ですが、包括支援センターの委託契約が終了したり、要支援の利用者からの要望で直接契約に		R6.2.26掲載の再掲載
4	1 (1) ②	居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い	介護予防支援を居宅介護支援事業所が行う場合の指定申請方法はどうか。	居宅介護支援事業所が介護予防支援事業所の指定を受ける手続きについては、様式や手続き方法等の整理ができ次第に関係事業所に周知し、HPに掲載し必要事項や様式を掲載しますのでしばらくお待ちください。松江市のホームページに掲載しています。 新規申請の場合、通常は1月前の申請となりますが、国の動向を確認しながら柔軟に対応する予定です。 なお、居宅介護支援事業所において介護予防支援のケアプランが作成できる対象者は、No.2を参照してください。		R6.2.26掲載の再掲載 (R6.5.14修正)
5	1 (1) ②	居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い	介護予防支援の実施に当たり、これまで通り、地域包括支援センターからの委託を受けて行うことは可能か。	貴見のとおりです。 なお、居宅介護支援事業所において介護予防支援のケアプランが作成できる対象の利用者は、No.3を参照してください。		R6.2.26掲載の再掲載
6	1 (1) ②	居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い	今までのような、地域包括支援センターから居宅介護支援事業所への委託による介護支援のマネジメントはできなくなるのか。	No.3~No.5の回答を参照ください。		R6.2.26掲載の再掲載
7	1 (1) ②	居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い	介護予防支援のマネジメントは指定権者から介護予防事業所の指定を受けないときなくなるということか?	No.3の回答を参照ください。		R6.2.26掲載の再掲載
8	1 (1) ②	居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い	介護予防支援を行う際は、新たに介護予防支援事業所の指定を受ける方法と地域包括支援センターからの委託を受ける場合の両方があり、今後はそれを選ぶことということか。	No.3の回答を参照ください。		R6.2.26掲載の再掲載
9	1 (1) ②	居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い	居宅介護支援事業所が介護予防支援事業所の指定を受ける際のスケジュールはどのようなものになるのか。	No.4の回答を参照ください。		R6.2.26掲載の再掲載
10	1 (1) ②	居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い	福祉用具貸与と総合事業の通所型サービスを利用していた。月途中で、福祉用具貸与を中止し、総合事業のみになった。月途中からケアマネジメントAになるが、給付管理は介護予防ケアマネジメントでよろしいか。	貴見のとおり。		R6.3.26掲載の再掲載
11	1 (1) ②	居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い	居宅介護支援事業者が介護予防支援事業者として指定を受け、訪問看護を利用している利用者について、3者契約をした場合、地域包括支援センターは契約書のみの書類管理でよろしいか。	介護予防支援を介護予防支援事業者が直接実施することになるため、契約後のサービスが介護予防支援である場合はそのようになります。		R6.3.26掲載の再掲載

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
12	1 (1) ②	居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い	市が居宅介護支援事業者を介護予防支援事業者として指定しているも、居宅介護支援事業者と地域包括支援センターの契約(委託・受託契約)は交わすという考えでよろしいか。	今回の制度改正により、居宅介護支援事業者が市から指定を受け介護予防支援を直接実施できるようになりますが、地域包括支援センターからの委託による実施がなくなるものではありません。地域包括支援センターが居宅介護支援事業者に委託を行うのであれば、今まで通りの手続きが必要となります。		R6.3.26掲載の再掲載
13	1 (1) ②	居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い	居宅介護支援事業者が市から指定を受け、介護予防支援事業者としてサービスを提供した場合、472単位を国保連に請求する。月途中に介護予防ケアマネジメントになった場合は、包括が請求するので、442単位を国保連に請求するということがよろしいか。	貴見のとおり。	1 (1) ②「居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い」は基準省令と報酬告示が混在した改定項目です。今回の回答は基準省令の視点で「貴見のとおり」としますが、報酬告示に係る留意事項やQ & A等で別の取り扱いが示された場合は、それに準じます。	R6.3.26掲載の再掲載
14	1 (1) ②	居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い	令和6年4月1日以降の利用者との契約について、契約書は3つのパターンがあると考えている。 ①新規で介護予防支援の利用をする場合、介護予防支援事業者として指定を受けている居宅介護支援事業者が契約 ②介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの利用が考えられる場合は、地域包括支援センターを含めた3者契約 ③介護予防ケアマネジメントのみを利用する場合、及び、地域包括支援センターにおいて介護予防支援を実施する場合は、地域包括支援センターが契約 また、現に契約をしている利用者が介護予防支援事業者として指定を受けている居宅介護支援事業者と契約をする場合であって、3者契約をする場合は、現在の契約を解除することが必要か。	現在の契約がどのようなものになっているかにもよると思われませんが、おそらく現在の契約は、介護予防支援、介護予防ケアマネジメントどちらも地域包括支援センターが行う契約になっているのではないのでしょうか。 そのため、介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者と契約をするにあたっては、地域包括支援センターとの契約は一度解除することを想定しております。 なお、契約につきましては、個別のケースは回答しかねます。民法に則り、適切な運用を各事業所においてご検討ください。		R6.3.26掲載の再掲載
15	1 (2) ②	豪雪地帯等において急な気象状況の悪化等があった場合の通所介護費等の所要時間の取り扱いの明確化	昨今の大雨警報の発令で、利用者の自宅へ安全に送迎するため、家族の了解を得て、通所介護事業所から通常に送迎する時間より早く出発をした。 令和6年度の介護保険制度改定では「降雪等の急な気象状況の悪化により、利用者宅と事業所宅の送迎に平時よりも時間を要する場合」は、昨今の警報級の豪雨も含まれるか。	当該状況が「やむを得ず短くなった場合」であれば、貴見の通りと考えます。「やむを得ず短くなった場合」とは、『当日の利用者の心身の状況に加え、急な天候の悪化等により、利用者宅と事業所の送迎に平時より時間を要した場合』を意味します。	令和6年度の制度改正で明確化になったのは、「『急な天候の悪化等により、利用者宅と事業所の送迎に平時より時間を要した場合』は、計画上の所要時間を算定しても差し支えない」としたこと。このことから、質問の事案はこれに該当しますが、これと同時に、『計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合には、計画変更の上、変更後の所要時間に応じた単位数を算定すること』との考えも示されています。 算定時間の適正性については、給付管理票(実績票)の観点から、サービス事業所によるサービス提供記録や経過書に記された記録を基に、サービス事業所と居宅介護支援事業所とが調整されることが重要と考えます。加えて、その結果について、利用者(及びその家族)に適切な説明をすることも重要と考えます。	R6.7.25掲載の再掲載
16	1 (3) ⑧	医療機関のリハビリテーション計画の受け取りの義務化	退院時に入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書を入手するのは新規に訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションを行う時だけでなく、入院前からこれらの介護サービスを受けている利用者についても入手が必要か。	貴見のとおりです。 ただし、厚生労働省から今後示される「介護保険制度改定に関するQ & A」などの見解を注視する必要があります。		R6.2.26掲載の再掲載
17	1 (3) ⑨	退院後早期のリハビリテーション実施に向けた退院時情報連携の推進	退院時情報連携加算の算定要件として報酬告示の留意事項通知に記載されている「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」とは、同一敷地の同一施設(介護老人保健施設・介護医療院)が運営している訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの理学療法士等の職員が別々でも「一体的な運営」に相当するののか。	訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションが、同一敷地内・同一建物の病院又は診療所で運営されている場合、「一体的な運営」となり、退院時共同指導加算の併算定はできません。 この場合の「併算定できない」とは、訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの両方において同加算の算定はできないことを意味します。  <b>同一敷地・同一建物である通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションについて、リハビリテーションに携わる人員がそれぞれ別であれば「一体的な運営」には該当せず、退院時共同指導加算の報酬告示や解釈通知に基づく要件を満たしたうえでそれぞれ算定できます。</b>	令和6年5月22日 厚生労働省からの回答です。 厚生労働省によると、「報酬告示の留意事項通知で示されている、『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』とは、『従業員が訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションでそれぞれ専従である』もしくは『兼務である』とか、『医療側と介護側でリハ職を分けている』もしくは『分けてない』といった、『従業員の配置』に視点を置いたものではなく、文字通り「当該事業所の運営が一体的であるかどうか」で判断するものである。」とのことです。  なお、当該質問については、貴所とは別の法人から同様の質問が鳥根県に寄せられたことから、鳥根県と松江市との共同質問として、厚生労働省に回答を求めたものです。  <b>令和8年6月4日付で一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会からの照会を受け、同協会が厚生労働省に問い合わせた結果に基づき、回答を修正するものです。</b>	R6.6.21掲載の再掲載 ↓ R8.6.5修正して掲載
18	1 (3) ⑨	退院後早期のリハビリテーション実施に向けた退院時情報連携の推進	入院により医療リハビリテーションをしておられた方が、退院されるにあたり、退院カンファレンスにおいて、在宅での環境調整やリハビリテーションの必要指導等を共同で行い、在宅復帰後は訪問リハビリテーション(通所リハビリテーション)を介護計画に反映することとしている。 当該利用者については、リハビリテーション目的での入退院の際にも医療機関と連携を取り、共同して指導等を行い介護保険のリハビリテーション計画書に反映していることから、退院時共同指導加算は算定できるとしてよいか。	医療機関からの退院時に、訪問リハビリテーション(通所リハビリテーション)は当該医療機関の主治医等と対象の利用者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を行い、その内容を介護保険サービスである訪問リハビリテーション(通所リハビリテーション)計画に反映させることで当該加算の算定ができます。 なお、質問にある「入院の際の連携」は当該加算の要件には該当しないことを申し添えます。	当該加算の算定のための他の要件については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(報酬告示の留意事項通知)」をご一読ください。  当該加算の要件についての回答は左記の通りですが、令和6年度の介護保険制度改定において、医療機関を退院後、在宅でのリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所は、当該医療機関から医療機関でのリハビリテーション計画の受け取りが義務化されていることを申し添えます。 厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」に掲載されている『令和6年度介護報酬改定の主な事項について』中『1. (3) ⑧』が参考になりますので、ご一読ください。	R6.6.21掲載の再掲載
19	1 (3) ⑨	退院後早期のリハビリテーション実施に向けた退院時情報連携の推進	医療リハビリテーションのための入院と、退院後の在宅でのリハビリテーションを例えば約半年ごとに繰り返しておられる場合、退院時共同指導加算は算定できるか。	当該加算の算定に必要な報酬告示の留意事項通知に示されている算定要件を満たしていれば、算定できるものと考えます。		R6.6.21掲載の再掲載
20	1 (3) ⑨	退院後早期のリハビリテーション実施に向けた退院時情報連携の推進	「退院カンファレンスの際に退院時共同指導を行うのは医師等」と記されているものがあるが、「等」とは医師以外に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、相談員、看護師、介護士と考えてよいか。	貴見の通りで良いものと考えます。		R6.6.21掲載の再掲載

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
21	1 (3) ⑨	退院後早期のリハビリテーション実施に向けた退院時情報連携の推進	入院しておられた通所リハビリ利用者が6月に退院となり、5月29日に退院後の介護サービス担当者と病院関係者として退院前カンファレンスを行い、退院後のリハビリテーションの継続を打ち合わせた。 6月16日に退院、6月17日から通所リハビリテーションを利用された場合、退院時共同指導加算の対象となるか。	退院時共同指導加算の算定要件を満たしていると考えます。	該加算の算定対象となるのは、令和6年6月以降のサービス提供についてです。 その上で、当該加算の算定要件であるカンファレンスについては、報酬告示において「入院中の者が退院するに当たり」との記載で、具体的な時期が示されているものではありません。	R6.7.25掲載の再掲載
22	1 (3) ⑩	入院時情報連携加算の見直し	3月30日に入院し、4月1日に病院へ基本情報を提供した場合、入院日の翌日の情報提供なので、従来の入院時情報連携加算(Ⅰ)(200単位)を、3月分の実績として算定すべきか。それとも実際に情報提供した日として4月分に基づき従来の入院時情報連携加算(Ⅱ)(100単位)を算定すべきか。更に、実際に情報提供した日が入院した翌日であることから新たな入院時情報連携加算(Ⅱ)(200単位)を算定すべきか。	4月の情報提供として新たな入院時情報連携加算(Ⅱ)(200単位)を算定することが適当と考えます。	令和6年4月1日から適用の制度改正ですので、入院時情報連携加算についても、令和6年4月1日以降で実際に情報連携が行われた日で判断ください。	R6.4.11掲載の再掲載
23	1 (3) ⑩	入院時情報連携加算の見直し	「営業時間終了後、または営業日以外の日に入院した場合、入院日の翌日を含む」となっている入院時情報連携加算Ⅰについて、例えば土日休みの事業所において、土曜日入院があり、土曜日もしくは日曜日に情報提供をすれば、当該加算Ⅰの算定はできるが、月曜日に情報提供した場合は入院時情報連携加算Ⅱとなるか。	今回の例示では、月曜日が入院した日の翌々日にあたるため、貴意のとおり当該加算Ⅱの算定となります。 当該加算Ⅱは、利用者が入院した日の翌日又は翌々日に情報提供した場合に算定可能です。	令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1)の問119に例示されていますので参考にしてください。	R6.7.25掲載の再掲載
24	1 (3) ⑫	特定施設入居者生活介護における夜間看護体制の強化	夜間看護体制加算(Ⅰ)の算定要件で、看護師の夜勤回数に決まりはあるか。	質問の意味は「一人の看護職員の一定期間に行う夜勤回数」と解釈して回答します。 一人の看護職員が一定期間に行う夜勤回数に決まりはありません。ただし、当該看護職員の総労働時間については、労働基準法等の労働関係法等を遵守していただく必要があります。 なお、夜間看護体制加算(Ⅰ)を算定する場合は「夜勤又は宿直を行う看護職員を1名以上」配置する必要がある旨を申し添えます。		R6.4.10掲載の再掲載
25	1 (3) ⑭	認知症対応型共同生活介護における医療連携体制加算の見直し	医療連携体制加算(Ⅰ)は取得要件を満たしており、加えて医療連携体制加算(Ⅱ)を加算届(体制届)を提出したいが、4月時点において同加算(Ⅱ)の要件である「前3月」に該当する入居者がいない場合、加算届(体制届)は可能か。	認知症対応型共同生活介護の医療連携体制加算(Ⅱ)については、「算定日の属する月の前3月」の間に、医療的ケアの受入要件の実績がない場合は、加算届(体制届)の対象とはなりません。	認知症対応型共同生活介護の医療連携体制加算の考え方は (1)従来の同加算(Ⅰ)～(Ⅲ)の看護体制要件が見直され、看護体制の状態に応じて、新たに(Ⅰ)イ、(Ⅰ)ロ、(Ⅰ)ハが設けられたものです。 (2)従来の同加算(Ⅱ)のうち医療的ケア要件は、新たな同加算(Ⅱ)として残り、従来からの「算定日が属する月の前12月」が「前3月」とされたものです。よって、従来からの「算定日が属する月の前●月」の月数が改正されたもので、その期間の実績の必要性については、改正されたものではありません。	R6.4.18掲載の再掲載
26	1 (3) ⑮	配置医師緊急時対応加算の見直し	配置医師緊急時対応加算の要件を満たしている場合、同じ利用者に同月で複数回請求することは可能か。	①概ね貴見の通り。ただし、右記の参考事項を参照してください。	当該加算は、算定要件が令和6年度に見直しがされたものですが、それ以前の平成30年度の介護保険制度改定に質問の内容は起因しています。「平成30年度介護報酬改定Q&A_Vol1 問91」に次の記載があります。  問 配置医師緊急時対応加算の趣旨如何。 答 配置医師が行う健康管理等の対応については個別の契約により給与や委託費等を支払う形式が基本になっていると思われるが、今回の配置医師緊急時対応加算については、これまで、配置医師が緊急時の対応を行ったような場合について報酬上の上乗せの評価等が存在しなかったことや、施設の現場において緊急時の対応を行った配置医師に対する謝金や交通費の負担についての課題が存在したことから、配置医師が深夜等に緊急時の対応を行う環境を整備し、こうした対応を推進するために、新たな加算を設けることとしたものである。こうした趣旨を踏まえて、加算を活用されたい。  よって、次の配慮が必要であると考えます。 (1)利用者の入所時だけでなく、当該加算を算定する際、適宜、家族様や後見人様等への丁寧な説明。 (2)例えば『深夜に配置医師が来所され、配置医師の病院の診療時間にかけて対応にあたられ場合』は、「深夜」、「早朝」「配置医師の通常の時間外」に分けるのではなく、1回として算定する。(この例の場合、「深夜：1300単位/回」が適当と考えます。)	R7.1.22掲載
27	1 (3) ⑮	配置医師緊急時対応加算の見直し	同じ症状(例えば発熱が続く)で複数回、別の日に勤務時間外に診療があった場合、それぞれで算定は可能か。	②当該加算は、利用者の症状を算定要件とはせず、配置医師の緊急性を算定要件としています。ただし、その症状に起因して「定期的ないし計画的に施設において診療を行っている場合」は、原則、当該加算は算定できません。		R7.1.22掲載
28	1 (3) ⑮	配置医師緊急時対応加算の見直し	看取りケアを行っている入所者の場合、勤務時間外に施設が依頼して診療を行ってもらった場合、看取り加算とは別に廃止医師緊急時対応加算を算定できるか。	概ね貴見の通り。算定可能です。ただし、右記の参考事項に基づいた対応が重要と考えます。	配置医師緊急時対応加算と看取り介護加算は、家族様や後見人様は「類似の加算と思われがちですので、利用者の入院時だけでなく、例えばターミナル期に入られた際、看取り期に入られた際などに、適宜、同時算定が可能である旨の丁寧な説明が重要と考えます。	R7.1.22掲載

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
29	1 (3) ⑮	配置医師緊急時対応加算の見直し	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書の体制一覧では、配置医師緊急時対応加算は「あり・なし」の区分となっている。この場合、「通常の勤務時間外の場合」、「早朝・夜間の場合」、「深夜の場合」で単位数が異なるが、施設の判断でどれを算定しても良いか。	当該加算の算定をする場合、「介護職員等体制届」の『あり・なし』が『あり』である必要については貴見の通りです。 その上で、「報酬告示の留意事項通知」に基づき、診療の開始時刻が次の場合に、当該加算の対象と定められています。 ・早朝・夜間：午後6時から午後10時まで又は午前6時から午前8時まで ・深夜：午後10時から（翌）午前6時まで ・通常の勤務の時間帯：午前8時から午後6時まで  また、「診療時間が長時間にわたる場合に、加算対象となる時間帯における診療時間が全体の診療時間に占める割合がごくわずかである場合においては、当該加算は算定できない。」とも定められていますので、対象時間帯と診療時間がどの程度であったかの確認が必要です。		R7.1.22掲載
30	1 (3) ⑯	協力医療機関との連携体制の構築	協力医療機関との連携体制の構築について、協力医療機関が5病院ある場合は、全ての病院で、年1回以上の確認が必要か。また、病名や内容を自治体に提出する書式はあるか。	協力医療機関との連携体制の、年1回の確認については貴見のとおりと考えます。 病名・内容の自治体への提出は不要です。		R6.3.26掲載の再掲載
31	1 (3) ⑯	協力医療機関との連携体制の構築	協力医療機関を定めるにあたっての要件「利用者の病状の急変が生じた場合などにおいて、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること」について、次の通りで良いか。 (1) 相談対応を行う看護職員とは、当該施設の看護職員も含むか。 (2) 「常時確保する体制」とは、夜間オンコール体制も含むという理解で良いか。 (3) 対応を行う看護職員の資格は、准看護師も含むか。	(1) 当該要件の大前提が「協力医療機関を定めるにあたっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。」です。この大前提内の要件の一つである「相談対応を行う看護師」ですので、当該看護師は協力医療機関の看護師のことであると考えるのが適当です。 (2) 協力医療機関との夜間対応は、オンコール体制も適当と考えます。 (3) 協力医療機関の看護職員は、准看護師も認められると考えます。  なお、本要件の大前提は上述のとおり『努めることとする』とあることから、努力義務であることを申し添えます。		R6.3.26掲載の再掲載
32	1 (3) ⑯	協力医療機関との連携体制の構築	協力医療機関を定めるにあたっての要件「診療の求めがあった場合には、診療を行う体制を常時確保しておくこと」とあるが、休診日などにより協力医療機関の医師が不在の場合は、他の医療機関の救急外来受診などにより対応することも『診療を行う体制を常時確保する』ことになるか。	協力医療機関以外での救急外来受診は、あくまでも他の医療機関での対応であり、協力医療機関の対応ではないと解されます。  なお、本要件の大前提は「協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。」であり、努力義務であることを申し添えます。		R6.3.26掲載の再掲載
33	1 (3) ⑯	協力医療機関との連携体制の構築	協力医療機関との関係について「1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。」とあるが自治体に提出する様式の掲載はあるか。	厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」内に『基準省令に関する通知（解釈通知等）』があり、そこに「(別紙1) 協力医療機関に関する届出書」が掲載されています。 しかし、この具体的な事務手順は示されておりません。今後、厚生労働省から発出される文書により、具体的な手続きが示されるものと推測します。		R6.3.26掲載の再掲載 (R6.4.17修正)
34	1 (3) ⑯	協力医療機関との連携体制の構築	協力医療機関に関する届出はどのように行政機関に提出したらよいか。 また、添付書類は必要か。	厚生労働省が令和6年3月25日頃に示した「〇〇サービスに関する基準等について」「〇〇施設の入員・設備及び運営に関する基準について」で示されている「協力医療機関に関する届出書」を提出してください。これらの通知に提出期限は記載されていませんので、直近のものは遅滞なく、協力医療機関が変更になる際は適宜提出していただくこととなります。 なお、本届出書が必要となる施設・事業所のうち、地域密着型サービスについては別紙3を、地域密着型サービス以外の施設・事業所は別紙1を提出してください。 また、提出の際、添付書類として当該医療機関が「協力医療機関であることが分かる書類」（例えば、協定書や契約書）を添付してください。	松江市のホームページに掲載しています。  松江市トップ>健康・福祉>【事業者向け情報】医療・福祉関係>介護保険>指定(更新)申請・変更届出等の様式(全サービス)(令和6年4月1日以降)	R6.4.10掲載の再掲載
35	1 (3) ⑯	協力医療機関との連携体制の構築	「協力医療機関に関する届出書」の協力医療機関の担当者名欄は担当者名のみを記入することで良いか。部署名も必要か。	部署名を書くことについて、特段の定めはありません。 それぞれの、施設・事業所で判断してください。		R6.4.10掲載の再掲載
36	1 (3) ⑯	協力医療機関との連携体制の構築	医療機関連携加算を算定できるのは、「協力医療機関に関する届出書」を提出してからとなるか。	協力医療機関連携加算の要件は、当該加算を算定できるサービス毎に異なります。要件を満たしていれば算定できるもので、直接的に「協力医療機関に関する届出書」の有無に起因するものではありません。 一方で、「協力医療機関に関する届出書」はその協力内容を確認され、適時、提出してください。	協力医療機関連携加算は介護報酬告示及びその留意事項通知に基づき算定できるもの、「協力医療機関に関する届出書」は基準省令及び省令解釈通知に基づき指定自治体に提出していただくものです。	R6.4.11掲載の再掲載
37	1 (3) ⑯	協力医療機関との連携体制の構築	診療所は協力医療機関として定めることができるか。	診療所も要件を満たしていれば、協力医療機関とすることはできます。		R6.4.11掲載の再掲載
38	1 (3) ⑯	協力医療機関との連携体制の構築	協力医療機関の要件で「体制を常時確保していること」とは、24時間対応できる体制と解釈してよいか。	貴見の通りです。		R6.4.11掲載の再掲載
39	1 (3) ⑯	協力医療機関との連携体制の構築	連携することが想定される医療機関の把握は、地方厚生局のホームページで確認するとしてよいか。	協力医療機関とは、入所系・入居系サービスにおいて「協力医療機関協定書」「協力医療機関契約書」等を締結することです。 よって、地方厚生局のホームページで確認するものではありません。		R6.4.11掲載の再掲載

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
40	1 (3) ⑱	協力医療機関との連携体制の構築	当介護医療院はA病院と協力医療機関の契約を市、利用者情報の共有会議を毎月1回行っている。加えて協力医療機関としてB病院にお願いしている（B病院との契約は、契約上は通常の協力医療機関であるが、一方で令和6年度に入り感染症認定看護師による実地指導も受けている。）。常緑医療機関が第二種協定指定医療機関であれば新興性感染症の発生時等の対応について、協議を行わなければならないとされている。協力医療機関の契約上はA病院、B病院とも第二種協定指定医療機関であるが、新興性感染症発生時における対応の取り決めはB病院だけで良いか。また、急変時の協力医療機関であるA病院とも新興正看清発症時の対応の取り決めをしておかないといけないのか。	協力医療機関のうち、感染症の予防及び感染症の患者に対する法律に基づき新興性感染症の対応に係る協定を行う、「第二種協定指定医療機関」との『新興性感染症発生に係る取り決め』は「努力義務」です。 一方で、実際に新興性感染症が発生した際、施設と病院間で考え方が異なることを避ける必要もあります。よって、複数の第二種協定指定医療機関と協定がある場合、全ての第二種協定指定医療機関との協議をされていることが望ましいため、「努力義務」とされているものと考えます。 なお、「努力義務」であることは介護医療院基準省令の解釈通知に記載されています。	報酬告示の「協力医療機関連携加算」の算定に当たっての「協力医療機関との定期的な会議」については、介護医療院基準省令第34条第1項に記載される協力医療機関が複数ある場合は、1つの医療機関で行うことで差支えないとされています。（令和6年度介護報酬改定に係るQ&A_Vol.2 問13 参照） 一方で今回の質問は、介護医療院基準省令第34条第4項の努力義務に相当する項目ですので、左記の回答の対応が適当であると考えます。	R7.1.22掲載
41	1 (3) ⑳	協力医療機関との連携体制の構築	これまで、特定施設入居者生活介護においては協力医療機関以外でも利用者からの希望があれば在宅の医師が主治医となり現行の「医療関係連携加算」を算定していたが、改定後は協力医療機関以外からの対応があった場合、当該加算の算定はできないか。	算定できません。 この度の制度改正の特定施設における基準省令で「協力医療機関との連携体制の構築」が示されました。これに伴い、報酬告示の留意事項において「医療機関連携加算」は「協力医療機関連携加算」となり、算定要件が変わります。 これまでの「医療機関連携加算」の算定要件では『協力医療機関又は利用者の主治医（以下この号においては「協力医療機関等」という）』との表記がありましたが、「協力医療機関連携加算」では『協力医療機関』に限定しています。 よって、上述の通り、利用者の在宅主治医が協力医療機関でない場合は算定できないと解されます。 なお、従来の「医療機関連携加算」についても「希望があれば在宅の主治医」が対応するだけで「医療機関連携加算」が算定できるものではありません。その他、情報提供等の複数の要件を満たしていた場合に算定できるものです。質問の内容から従来の「医療機関連携加算」の算定について、今一度点検をしていただく必要があるものと推察します。	厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」に掲載されている「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（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び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の制定に伴う実施上の留意事項について」中の『4 特定施設入居者生活介護費(13)協力医療機関連加算』をご一読ください。従来の「同(13)医療関係連携加算」との比較が書かれています。	R6.4.10掲載の再掲載
42	1 (3) ㉑	協力医療機関との定期的な会議の実施	算定要件の「協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催していること」とあるが、定期的な開催頻度はどの程度と考えるべきか。	「会議の定期的な開催」は、概ね月に1回以上開催されている必要があります。ただし、電子的システムにより当該協力医療機関において、当該事業所の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年3回以上開催することで差支えないとされています。 なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入居者がいる場合は、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましいとされています。	厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」に掲載されている次の留意事項通知中の各サービス毎の加算項目部分に、ご質問の会議の開催頻度の記載があります。 <特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院> ・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（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び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の制定に伴う実施上の留意事項について <地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護> ・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	R6.4.10掲載の再掲載
43	1 (3) ㉒	協力医療機関との定期的な会議の実施	「協力医療機関との実効性のある連携体制を構築する観点から、入所者又は入居者の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入所者の現病歴などの情報共有を行う会議を定期的に開催することを評価する」とあるが、「定期定な会議」の頻度はどの程度か。	上述回答の通りです。	上述の解説事項の通りです。	R6.4.10掲載の再掲載
44	1 (3) ㉓	協力医療機関との定期的な会議の実施	月に2回の往診時に入所者（入居者）の現病歴等の情報共有を行い助言を得ているが、それとは別に定期的な介護を実施する必要があるか。 また、時間等の目安はあるか。	「会議を定期的に開催」とは、概ね月に1回以上開催されている必要があります。ただし、電子的システムにより当該協力医療機関において、当該事業所の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年3回以上開催することで差支えありません。 よって、月2回の訪問診療時に会議をすることは差支えないと考えます。 また、当該規定は開催時間より開催する内容が重要です。「協力医療機関との実効性のある連携体制を構築する観点から、入居者の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入居者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議」である必要があります。	上述の解説事項の通りです。	R6.4.18掲載の再掲載
45	1 (3) ㉔	協力医療機関との定期的な会議の実施	「協力医療機関との実効性のある連携体制を構築する観点から、入所者又は入居者の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入所者の現病歴などの情報共有を行う会議を定期的に開催することを評価する」に基づく加算は、現行の「医療連携加算」はそのまま継続され、それとは別に新設されたということか。	介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護については「協力医療機関連携加算」として新設されるものです。新規で算定される場合、これまでにない加算ですので、算定要件を確認してください。 特定施設施設者入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護については、従来の医療機関連携加算を踏襲するものではなく、要件が変更された加算です。これまでの医療連携加算と算定要件が異なりますので、改めて変更となった要件で確認をしてください。	厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」中の『令和6年介護報酬改定における改定事項1(3)㉔』に算定要件の概要が記されています。 同ホームページ中、の留意事項通知でサービス毎の要件の詳細が示されていますので確認してください。（新旧表になっています。） <特定施設入居者生活介護・介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院> ・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（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び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の制定に伴う実施上の留意事項について <地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護> ・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	R6.4.10掲載の再掲載

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
46	1(3)㉔	協力医療機関との定期的な会議の実施	協力医療機関連携加算について、入所者（入居者）全てが算定対象と考えてよいか。	貴見の通り。 ただし、「協力医療機関に関する届出書」の提出が必要です。 また、入所者（入居者）の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携の必要性を評価し算定するものですので、当該加算を算定する場合、入所者（入居者）全員の情報を協力機関と共有しておく必要があります。 その上で、定期的な会議の際には、「特に協力医療機関に対して診療の求めを行うこととなる可能性が高い入所者（入居者）や新規入所者（入居者）を中心に情報共有や対応の確認等を行うこととし、毎回の会議において必ずしも入所者（入居者）全員について詳細な病状等を共有しないこととしても差し支えない。」とされています。 これらをもとに、当該加算を算定される場合、全ての入所者（入居者）が算定対象である旨の利用者（またはその家族等）への丁寧な説明が必要であると考えます。	「協力医療機関に関する届出書」は松江市のホームページからダウンロードしてご利用ください。	R6.4.10掲載の再掲載
47	1(3)㉔	協力医療機関との定期的な会議の実施	協力医療機関連携加算を算定するにあたり、協力医療機関が複数ある場合、全ての協力医療機関との会議が必要か。	貴見の通り。 当該加算は「高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築する観点」に重点を置いています。その上で、協力医療機関との定期的な会議は、概ね月に1回以上開催される必要があるとされているものです。 基準省令に規定する要件全てを満たす医療機関を、協力医療機関として複数定める場合、協力医療機関連携加算の算定にあたっての定期的な会議は、当該医療機関のうち1つの医療機関と行うことで差し支えありません。	「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.2)」の問13の回答の通りです。 一方で、当該加算は「高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築する観点」に重点を置いていることから、個人情報の取り扱いに最新の注意した上で、複数の協力医療機関とこの実効性のある連携体制を構築されることが重要であると考えます。	R6.4.10掲載の再掲載 (R6.7.25修正)
48	1(3)㉔	協力医療機関との定期的な会議の実施	協力医療機関連携加算の算定要件で「入所者等の病状が急変した場合において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること」とあるが、 ①協力医療機関に当該施設（事業所）入所者全員の情報を共有する必要があるか。 ②主治医が協力医療機関以外の医療機関の利用者の情報についても、当該施設（事業所）の協力医療機関へ情報提供をしなくてはならないか。	当該加算は「高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築する観点」に重点を置き、「入所者（入居者）の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入居者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議を定期的に開催することを評価」するものです。 一方で、「特に協力医療機関に対して診療の求めを行うこととなる可能性が高い入所者（入居者）や新規入所者（入居者）を中心に情報共有や対応の確認等を行うこととし、毎回の会議において必ずしも入所者（入居者）全員について詳細な病状等を共有しないこととしても差し支えない。」とされています。 これらのことから、協力医療機関連携加算を算定する場合、急変時等に備え平時から連携をしておくための加算であることを考慮すると、入所者（入居者）全員の情報を共有した上で、定期的な会議においては、情報共有の省略ができると解釈するのが適当と考えます。 なお、協力医以外の入所者（入居者）の通常時の主治医に委ね、当該加算を算定しないのであれば、これらの情報共有は不要です。	当該加算に係る要件は、厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」の下記の留意事項通知でご確認ください。 <介護老人福祉施設・特定施設入居者生活介護> ・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（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び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の制定に伴う実施上の留意事項について <地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護> ・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	R6.4.10掲載の再掲載
49	1(3)㉔	協力医療機関との定期的な会議の実施	認知症対応型共同生活介護が協力医療機関連携加算を算定するにあたり、協力医療機関の医師が往診に来られた際に、入所者の体調確認も兼ねて往診終了後に話し合いの時間を設ける場合、「定期的な会議の実施」とみなしてよいか。	報酬告示の留意事項通知における、当該加算の算定要件として「『介護を定期的に開催』とは概ね月に1回以上開催されている必要がある。」とされています。これに該当する会議であれば療養機関の往診時であっても算定できると考えます。	当該加算の要件は、「定期的な会議の開催」だけではありません。 算定要件の詳細は、厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」内に掲載されています「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（報酬告示の留意事項通知）」の該当部分をご一読ください。	R6.6.21掲載の再掲載
50	1(3)㉔	協力医療機関との定期的な会議の実施	認知症対応型共同生活介護の利用者家族が直接受診している医師がいる場合、その医師と直接会議をする機会がない場合は協力医療機関連携加算の算定対象とはならないとの見解か。	報酬告示の留意事項通知で示されている「基準省令で定められた該要件を満たした医療機関」ではないので、算定対象ではありません。	また、協力医療機関となり得る該要件は、上述ホームページ内に掲載されています「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令（基準省令）」の該当部分をご一読ください。	R6.6.21掲載の再掲載
51	1(3)㉔	協力医療機関との定期的な会議の実施	認知症対応型共同生活介護の利用者で、月に1回の定期受診の際に、当該利用者の状態を話し合う機会を持った場合、定期的な会議とみなされるか。	当該利用者の医療機関が、報酬告示の留意事項通知で示されている「基準省令で定められた該要件を満たした医療機関」ではない場合、算定対象ではありません。		R6.6.21掲載の再掲載
52	1(3)㉔	協力医療機関との定期的な会議の実施	協力医療機関連携加算を算定するために必要な、「協力医療機関との協定書」のひな型を示していただきたい。	「協定書」は、協力医療機関と事業所との間で、協力医療機関としての役割の内容を確認し、お互いの解釈に誤りが無いことを確認し、現場での医療行為が『基準省令で定められた該要件を満たして行われる』ためのものです。よって、事業所と医療機関との相談や協議によって協定が成立するものですので、協定書の例示をもって指定権者（松江市）が適当であるかどうかを判断するものではありません。 また、「協定書」ではなく、例えば「協力医療機関契約書」や「確認書」といった形式でも問題ないことを申し添えます。		R6.6.21掲載の再掲載

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
53	1(3)㉔	協力医療機関との定期的な会議の実施	認知症対応型共同生活介護が協力医療機関連携加算を算定するための要件として、入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していることとあるが、協力医療機関とは訪問看護ステーションも含めて協定書を結ぶ必要があるか。	報酬告示に基づく医療機関連携加算を算定されるのであれば、基準省令に基づく認知症対応型共同生活介護の協力医療機関として定める必要があります。(基準省令と報酬告示の両方に関係) 当該加算を算定しないのであれば、認知症対応型共同生活介護においては、協力医療機関の定めは努力義務です。(基準省令関係) また、協力医療機関として定められた場合は、指定権者(松江市)に「協力医療機関に関する届出書(別紙3)」を届出する必要があります。(基準省令関係) なお、訪問看護ステーションは協力医療機関には含まれません。	当該加算は、算定に当たって、その要件は「基準省令及び基準省令の解釈通知」と「報酬告示及び報酬告示の留意事項通知」が混在します。 改めて厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」に掲載されている、下記の政令及び通知の関係部分をご一読ください。 ≪基準省令(政令)≫ 「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令」 ≪基準省令の解釈通知≫ 「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」及び「協力医療機関に関する届出書(別紙3)」 ≪報酬告示(政令)≫ 「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等の一部を改正する告示」 ≪報酬告示の留意事項通知≫ 「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」	R6.6.21掲載の再掲載
54	1(3)㉔	協力医療機関との定期的な会議の実施	認知症対応型共同生活介護において、協力医療機関の「常時」の対応が困難な場合は「協力医療機関連携加算(2)40単位」を算定すると解釈してよいか。	概ね貴見の通りです。 認知症対応型共同生活介護の協力医療機関連携加算(1)が算定できるのは基準省令第105条第2項の各号の要件を満たす場合で、それ以外は同加算(2)です。(基準省令・報酬告示の両方に関係) 「常時」については、上記の基準省令に定められている通りで、このことは基準省令で定められた「協力医療機関に関する届出書(別紙3)」の備考欄にも示されています。「常時」か「常時でない」かに関わらず、協力医療機関を定めた場合は、協力医療機関が行う他の基準要件も基準省令の解釈通知で定められており、これらの基準要件を行うことで当該加算の算定ができます。(基準省令及び基準省令の解釈通知、報酬告示及び報酬告示の留意事項通知) 当該加算の他の算定要件は、「報酬告示」及び「報酬告示の留意事項通知」でご確認ください。		R6.6.21掲載の再掲載
55	1(3)㉔	協力医療機関との定期的な会議の実施	介護老人福祉施設における『協力医療機関連携加算』は「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」の提出対象か。	介護老人福祉施設における当該加算は、「給付費算定に係る体制等に関する届出書」の対象ではありません。	「給付費算定に関する体制等に関する届出書」の対象であるか否かは、国保連への紐づけ加算となるかどうかで、このことは「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(報酬告示)」で定められています。 それを、簡素化して示したものが、「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)」で、松江市のホームページにも掲載しています。ご確認ください。	R7.1.22掲載
56	1(3)21	協力医療機関との定期的な会議の開催の実施	認知症対応型共同生活介護が協力医療機関連携加算を算定するにあたり、協力医療機関の届出済みである1カ所の嘱託医がいるが、当該嘱託医は当事業所の入居者全員ではなく一部の担当医でもある。この場合、入居者全員の体調面を相談することはあるが、この一部の担当医である利用者のみを算定するということで良いか。	当該加算は全ての入居者に算定するものと考えます。 その上で、質問の内容から当該加算の要件の認識違いがあるので右欄の参考事項で再認識してください。	当該加算は、高齢者施設等と協力医療機関との実行性のある連携体制を構築する観点から、入居者の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入居者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議を定期的に開催することを評価するものです。 その協力医療機関とは、基準省令第105条第1項、『指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。』とあります。その解釈としては、『指定認知症対応型共同生活介護事業者の入居者の症状の急変時等に対応するための協力医療機関をあらかじめ定めておくこと、新興感染症の診察等を行う医療機関と新興感染症発生時等における対応を取り決めるよう努めること、歯科医療の確保の観点からあらかじめ協力歯科医療機関を定めておくよう努めること等を規定したものであること。』とあり、入居者全員が対象です。 一方で、別の嘱託医や直接受診している診療所の先生は『主治医もしくは担当医』です。今回、「現時点で提携している嘱託医が担当している一部の利用者」と質問票に記載がありますが、それは一部の利用者の『主治医もしくは担当医』であり、協力医療機関としての要件を満たしていません。連携すべきは入居者全員が対象となります。そのため、契約書等や当該嘱託医との認識に相違がないかの確認は必要だと考えます。 詳しくは、例えば、社会保険研究所発行「令和6年4月版 介護報酬の解釈 2 指定基準編」P633～などでご確認ください。	R7.1.22掲載

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
57	1(3)21	入院時等の医療機関への情報提供	介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護において「入所者又は入居者が医療機関へ退所した際、生活支援上の留意点などの情報提供を行うことを評価する」とあるが、 ①情報提供を行うまでの期間は、具体的にはどの程度の日数となるか。 ②「退所した際」となっているが、しばらくの入院等、一時入院された後に退所される際など、入院日と退所日に一時的にずれが生じることが考えられるが、その際は、最初の入院の際（例えば一時入院の初日）に情報提供を行っていただければ、退所日に情報提供を改めてする必要はないと解してよいか。	当該情報提供は、厚生労働省より所定の「退所時情報提供書」又は「退居時情報提供書」の様式が定められています。 この様式に記載が求められている「日付」は次の通りです。 (1)「情報提供書」記入日 (2)「退所日」又は「退居日」 (3)情報提供日 (4)「利用者(患者)／家族の同意に基づき、年月日時点の施設生活（又はにおける利用者情報（身体・生活機能など）を送付します。」欄の日付 通常、医療（病院）側は入院カンファレンス、介護（施設・事業所）側は退所（又は退居）カンファレンスに基づき、この情報提供書が作成され、上記の(1)～(4)の日付を記載の上、介護事業所・施設から医療機関に情報提供されるものと考えられます。 これらのことから、①②の場合とも、介護施設・事業所と利用者が入院をされる医療機関と通常行う情報提供調整をされた結果、「退所時情報提供書」又は「退居時情報提供書」に適正な日付を記載され医療機関に提出されれば問題ないものと解されます。なお、以上により②については、複数回の情報提供は不要と解されます。	「情報提供書」は次の留意事項通知で示され、厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」のコンテンツ内に掲載があります。  <介護老人福祉施設・特定施設入居者生活介護> ・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（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び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の制定に伴う実施上の留意事項について （注1）介護老人福祉施設は「別紙様式13」、特定施設入居者生活介護は「別紙様式12」となります。 （注2）介護老人保健施設、介護医療院を退所される際の医療機関への情報提供の際にも「別紙様式13」を使用することとなります。 <地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護> ・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 （注）地域密着型介護老人福祉施設は「別紙様式10」、地域密着型特定施設入居者生活介護及び認知症対応型共同生活介護は「別紙様式9」となります。	R6.4.10掲載の再掲載
58	1(3)21	入院時等の医療機関への情報提供	退院時情報提供加算の情報提供先が、特別な関係にある医療機関（同一法人の医療機関）でも算定可能か。	「退所時情報提供加算」は、退所者の主治医との情報調整をすることとなっています。 このことから、主治医が同一法人の医療機関であっても算定可能と考えます。 ただし、「退所時情報提供加算」については、同一月の制限があります。	「退所時情報提供加算」の同一月の制限についてのQ&A ・厚生労働省ホームページ「令和6年度介護報酬改定について」中の『令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.2) 問18を参照してください。 「退所時情報提供加算」は今回の改正以前から設けられており、この度、新要件が加わったものです。このことから、新旧の報酬告示及び留意事項通知をご一読ください。	R6.5.14掲載の再掲載
59	1(4)⑥	ターミナルケアマネジメント加算等の見直し	有料老人ホームは「在宅」に含まれるか。	住宅型有料老人ホームであれば在宅に含まれます。	この度の制度改正の当該加算の算定に関わらず、住宅型有料老人ホームは老人福祉法に定める住宅です。よって、住宅型有料老人ホームへの介護サービス提供について、厚生労働省が介護保険法と照らし合わせて、別に定める特段の規制や定めがない限り在宅です。	R6.4.10掲載の再掲載
60	1(4)⑥	ターミナルケアマネジメント加算等の見直し	「医師が医学的見地に基づき回復の見込みがないと判断した際」の記録は、医師から文書等で「回復の見込みがない」をもらう必要はあるか。	「回復の見込みがない」とする診断書やカルテの写しがあることがより良い方法であると考えますが、必ず入手できるものではないと考えます。（医師の判断による考えます。） 診断書やカルテの有無に関わらず、ターミナルケアに入ること（入ったこと）が分かるよう、居宅サービス計画書標準様式第5表「居宅介護支援経過」に (1)年月日：○年○月○日 (2)項目：ターミナルケア (3)内容：△△医師より「回復の見込みがない」との判断があったことから、ターミナルケアに入る。家族了承済み。 といった記録を残す必要があると考えます。		R6.4.10掲載の再掲載
61	1(5)①	高齢者施設等における感染症対応力の向上	高齢者施設等感染症対策向上加算の別紙35について ①複数回にわたり開催される場合、主なものを1日記入すべきか、複数回全てを記入すべきか。 ②「○○日時」とある欄は「年月日」としてよいか。 ③高齢者施設等感染対策向上加算(1)は今年度開催予定のことを記入すればよいか。	①特段の規定は現時点においては無いと考えられます。そのため、主なもの1日で構わないと解されます。 ②貴見の通り「年月日」です。 ③令和6年度については、次の内容が網羅できるのであれば、予定でも構いません。 ≪内容≫ 医療機関等に研修又は訓練の実施予定日を確認し、高齢者施設等の職員の参加の可否を確認した上で令和7年3月31日までに当該研修又は訓練に参加できる目処があれば算定してよい。	①について、今後、Q&Aは厚生労働省から発出される可能性があります。現時点においては左記の回答の通りです。 ②現在掲載しているものは国の標準様式で、そこで「日時」との記載があります。令和6年6月適用のものから修正します。 ③修正した様式を掲載しています。 ④令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1) 問131とその回答を参照してください。	R6.4.11掲載の再掲載 (R6.5.14修正)
62	1(5)①	高齢者施設等における感染症対応力の向上	高齢者施設等感染対策向上加算IIは「医療機関からの実地指導を3年に1回以上受けている」ことが要件になっているが、当該実地指導を受けてからでないで体制届（加算届）は提出できないとの解釈か。	高齢者施設等感染対策向上加算IIについては、「診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関」から感染制御等に係る実地指導を受けた後に、加算届（体制届）を提出していただくことになります。	当該加算Iの研修は予定日でも構いませんが、「診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関」で、且つ、介護保険施設においては当該医療機関が二種協力医療機関である必要があります。一方で、当該加算IIは左記回答のとおりです。  当該加算I・IIとも、それぞれの要件の確認事項を別紙35「高齢者施設等感染対策向上加算に係る届出書」に記載し、体制届（加算届）の添付書類として提出をしていただく必要があります。	R6.7.25掲載の再掲載
63	1(5)②	施設内療養を行う高齢者施設等への対応	「新興感染症等施設療養費」の算定はできるか。	「新興感染症等施設療養費」は、今後のパンデミックに備えて設けられた報酬で、現時点において算定できる感染症はありません。		R6.6.21掲載の再掲載
64	1(5)②	施設内療養を行う高齢者施設等への対応	「新興感染症等施設療養費」の算定要件には1月に1回、連続5日を限度として算定するとあるが、月を超えて感染症の対応をした場合、それぞれの月ごとに算定できるのか。	貴見の通りです。		R6.6.21掲載の再掲載

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
65	1(6)②	身体拘束等の適正化の推進	介護予防支援事業については、運営規程に「身体拘束等の適正化」について記載しないと解釈してよいか。	貴見の通り、介護予防支援において、「身体拘束等の適正化」を運営規程に記載することの定めは、基準省令やその解釈通知にはありません。ただし、運営規程に記載されることを妨げるものではありません。	運営規程に記載される必要はありませんが、介護予防支援においても、令和6年度介護保険制度改定の「身体拘束等の適正化の推進」の対象であり、次のことは遵守していただくこととなります。 ・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。 ・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。 これらについては、厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」中『指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令』内で示されている『指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準』をご一読ください。	R6.6.21掲載の再掲載
66	1(7)④	小規模多機能型居宅介護における認知対応力の強化	小規模多機能型居宅介護の認知症加算について、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1-3)(6月からは1-3-2)の認知症加算(Ⅰ)、(Ⅱ)はチェック記載箇所があるのに対し、同加算(Ⅲ)、(Ⅳ)はないが、どのような解釈か。	小規模多機能型居宅介護の認知症加算は令和6年度の制度改正の対象です。これに伴い、加算届(体制届)の対象は、新たに設けられた認知症加算(Ⅰ)・(Ⅱ)が加算届の対象で、(Ⅲ)・(Ⅳ)は実績加算となります。また、加算届(体制届)に添付する別紙(別紙44)の様式も変更となっています。	加算は全てが加算届(体制届)の対象ではありません。加算のうち概ね半分は加算届(体制届)の対象、残りの概ね半分は実績加算です。この度の、小規模多機能型居宅介護の認知症加算の取り扱いについては、厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」中の「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」(令和6年3月15日付老発0315第1号)及び「(別紙一式)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」をご一読ください。	R6.4.18掲載の再掲載
67	1(7)⑤	認知症対応型共同生活介護、介護保険施設における平時からの認知症の行動・心理症状の予防、早期対応の推進	認知症チームケア推進加算(Ⅰ)の算定要件について「認知症の指導に係る専門的な研修を修了している者、又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者」とは ①「認知症実践者リーダー研修修了者」はこれに該当するか。 ②「認知症実践者研修修了者」はこれに該当するか。	①②とも該当修了者ではありません。当該加算の「認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応(以下「予防等」という。)に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」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」に規定する「認知症介護指導者養成研修」を修了し、かつ、「認知症チームケア推進研修(認知症である入所者等の尊厳を保持した適切な介護、BPSDの出現・重症化を予防するケアの基本的考え方を理解し、チームケアを実践することを目的とした研修をいう。以下同じ。)を修了した者」と規定されています。	令和6年3月18日付老高発0318第1号・老認発0318第1号・老老発0318第1号「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について」中の『第3加算要件(1)認知症チームケア推進加算(Ⅰ)』に詳細の記載がありますのでご一読ください。	R6.4.10掲載の再掲載
68	1(7)⑤	認知症対応型共同生活介護、介護保険施設における平時からの認知症の行動・心理症状の予防、早期対応の推進	認知症チームケア推進加算(Ⅱ)の要件として「認知症の行動・心理状態の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者」とは ①「認知症介護実践リーダー研修」の修了者はこれに該当するか。 ②「痴呆介護実務者研修(専門課程)」の修了者はこれに該当するか。	①は修了者ですが、②は該当修了者ではありません。なお、当該加算の「認知症の行動・心理状態の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者」とは『「認知症介護実践リーダー研修」を修了し、かつ、認知症チームケア推進研修を修了した者』と規定されています。	令和6年3月18日付老高発0318第1号・老認発0318第1号・老老発0318第1号「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について」中の『第3加算要件(2)認知症チームケア推進加算(Ⅱ)』に詳細の記載がありますのでご一読ください。	R6.4.10掲載の再掲載
69	1(7)⑤	認知症対応型共同生活介護、介護保険施設における平時からの認知症の行動・心理症状の予防、早期対応の推進	認知症チームケア加算の体制届(加算届)4月に認知症チームケア推進研修を修了した後に、どの時点で体制届(加算届)を提出するののか。	当該加算を算定するサービス提供月の一日(ついたち)までに提出いただきます。(提出期日は他の加算と同じです。)なお、認知症チーム推進研修を実施する機関は、現時点では認知症介護研究・研修センター(仙台、東京、大阪)で、全国の介護関係職員が受講できます。都道府県において、独自に実施することも厚生労働省は認めています。鳥根県においては当該研修の実施予定は現時点ではありません。よって、同研修を上述の機関で受講され、修了の後に、当該加算を算定するサービス提供月の一日(ついたち)までに提出していただくこととなります。なお、上記機関での当該研修の受講スケジュール、受講方法等については、それぞれに直接問い合わせをしてください。	認知症チームケア加算の算定要件は、「認知症チーム推進研修」以外の研修修了要件があります。これらについては、上記質問の回答を参照してください。	R6.4.10掲載の再掲載
70	1(7)⑤	認知症対応型共同生活介護、介護保険施設における平時からの認知症の行動・心理症状の予防、早期対応の推進	認知症対応型共同生活介護が認知症チームケア推進加算を算定するにあたり、当該加算の算定要件(3)について、対象者とは当該認知症対応型共同生活介護を利用する算定要件(1)に当てはまる利用者全てを指すのか。	対象者とは当該加算の「算定対象者」で、「『周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者』とは、日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はⅤに該当する入所者等』を指します。	「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.2)(令和6年3月19日)」問8、問9を参考にしてください。また、「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について(令和6年3月18日付)」を参考にしてください。	R6.6.21掲載の再掲載
71	1(7)⑤	認知症対応型共同生活介護、介護保険施設における平時からの認知症の行動・心理症状の予防、早期対応の推進	認知症対応型共同生活介護事業所が認知症チームケア推進加算を算定するにあたり、作成したワークシート等の書類は運営指導で確認されるか。	運営指導で確認するか否かは、厚生労働省から運営指導にあたっての自己点検シートが示された後の判断となりますが、運営指導で指定権者が確認するか否かに関わらず、適切に書類作成をされ、保管をしてください。		R6.6.21掲載の再掲載
72	1(7)⑤	認知症対応型共同生活介護、介護保険施設における平時からの認知症の行動・心理症状の予防、早期対応の推進	認知症チームケア推進加算を算定するにあたり、当該加算の算定要件(3)にある「その評価に基づく値」とは「BPSD25Q」を用いる必要があるか。	当該加算の算定のための測定としてBPSDを用いる必要はありませんが、25Qである必要はないものと考えます。	「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.2)(令和6年3月19日)」問3～問6を参考にしてください。また、「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について(令和6年3月18日付)」を参考にしてください。	R6.6.21掲載の再掲載
73	1(7)⑤	認知症対応型共同生活介護、介護保険施設における平時からの認知症の行動・心理症状の予防、早期対応の推進	認知症対応型共同生活介護事業所が認知症チームケア推進加算を算定するにあたり、当該加算の算定要件(4)として、事業所の計画作成担当者が作成するケアプランとは別の計画書を作成したり、評価や見直しを行う必要はあるか。	BPSDをもとにしたチームケア計画を策定され、「振り返り」、「状態の再評価」、「計画の見直し」等を行う必要があります。		R6.6.21掲載の再掲載

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
74	1(7)⑤	認知症対応型共同生活介護、介護保険施設における平時からの認知症の行動・心理症状の予防、早期対応の推進	認知症チームケア推進加算(Ⅱ)の基準を満たしたとき、入所者全員が算定できるのか、対象者のみの算定となるのか。	入所者全員が対象ではありません	1. 令和6年度介護報酬改定Q&A(令和6年3月19日)問3 問3 本加算(認知症チームケア推進加算)は認知症行動・心理症状(BPSD)が認められる入所者等にのみ算定できるのか。 答 本加算はBPSDの予防等に資する取組を日ごろから実施していることを評価する加算であるため、本加算の対象者である「周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者」に対して、BPSDの予防等に資するチームケアを実施していれば算定可能である。  2. 認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項について(令和6年3月18日老健局発文より(前略)第二 本加算の対象者である「周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する入所者等を指す。(後略)	R7.1.22掲載
75	1(7)⑥	介護老人保健施設における認知症集中リハビリテーション実施加算の見直し	令和6年2月入所者で、入所日以前30日、入所後7日間に自宅訪問ができていなかった場合、令和6年3月は240単位、令和6年4月からは120単位で算定するものか。	貴見の通り。 当該加算の算定で、「入所者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に、当該入所者の退所後に生活することが想定される居宅又は他の社会福祉施設等を訪問し、当該訪問により把握した生活環境を踏まえ、リハビリテーション計画を作成している場合に算定できる。」との要件は令和6年4月からの留意事項通知に示された上で認知症集中リハビリテーション加算(Ⅰ)(240単位)が算定できるもので、できない場合は同加算(Ⅱ)120単位となります。 令和6年3月までは、この要件は無く当該加算にも(Ⅰ)(Ⅱ)の区別が無く240単位が算定できるとされていたものです。 よって、所定の期間での自宅訪問ができていない場合、サービス提供月令和6年3月は従来の認知症集中リハビリテーション加算(240単位)を算定されて構いませんが、サービス提供月令和6年4月からは当該加算(Ⅱ)(120単位)を算定されることとなります。	厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」に掲載されている「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(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び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の制定に伴う実施上の留意事項について」で、当該加算の要件の新旧比較が掲載されていますので、ご一読ください。	R6.4.10掲載の再掲載
76	1(8)①	一部福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入	貸与と販売の選択の導入にあたり、ポータブルトイレやシャワーチェアは汚れなどを理由とした再購入は難しいが、どう考えるべきか。	ポータブルトイレもシャワーチェアも貸与・販売の選択の対象ではありません。 この度の制度改定で選択の対象となるのは次の用品です。 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	貸与・販売の対象は第3回集団指導P31にも掲載しています。	R6.2.26掲載の再掲載
77	1(8)①	一部福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入	これまで貸与であったものが購入の対象であった場合、その利用者の負担割合で購入可能と考えてよいか。	貴見の通り。		R6.4.11掲載の再掲載
78	1(8)①	一部福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入	貸与と購入にあたり、居宅介護支援事業所は、どのような準備をすればよいか。 また、貸与、購入の様式は変更となったか。	貸与と購入の選択制の導入により、居宅介護支援事業所は、選択制導入とそのメリットデメリットを説明する必要があります。これは、必ずしも居宅介護支援事業所だけが行う必要はなく、福祉用具専門相談員が行っても構いません。 ただし、貸与が選択された場合、福祉用具専門相談員は6カ月以内にモニタリングを行い、その結果を居宅介護支援事業所の介護支援専門員に交付することとなっています。 これらのことから、居宅介護支援事業所においては、早期の段階で福祉用具専門員と調整の上、利用者に適切な説明をされることが重要と考えます。 なお、貸与に係る様式は変更ありませんが、販売に係る様式は変更になっており、令和6年3月最終週に、福祉用具関係事業所と居宅介護支援事業所にメール送付しています。		R6.4.11掲載の再掲載
79	1(8)① 1(8)②	モニタリング実施時期の明確化	「福祉用具重要事項説明書」に、モニタリング時期や購入とレンタルの選択制について記載すべきか。	福祉用具貸与と販売については、その選択制については、重要事項説明書に記すことが適当と考えます。 モニタリングについては、重要事項説明書で説明することがより丁寧であると考えます。	これまでの介護保険制度でも、利用者に対して「貸与の提供を受けること」「販売の提供を受けること」の説明が、基準省令の留意事項通知で明示されています。 よって、「貸与か販売を選択して提供を受けること」を明示する必要があると考えます。	R6.5.14掲載の再掲載
80	2(1)①	訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組の推進	通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント(ハ)は要件を満たしていれば、従来からの利用者にも算定できるか。	貴見の通り、算定できます。		R6.6.21掲載の再掲載

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
81	2(1)①	訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組の推進	通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント(ハ)を算定する場合の担当者会議については、老認発0316第3号(令和3年3月16日付)の発文内容から「算定開始の月の前月から起算して前24月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬請求が併せて6月以上ある利用者については、算定当初から3月に1回の頻度でよい」に基づき、3月に1回で良いか。	概ね貴見の通りです。 ただし、老認発0316第3号に関係なく、報酬告示の留意事項通知の記載に基づくことが適当と考えます。	令和6年度の介護保険制度改定における「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(報酬告示の留意事項通知)の『8通所リハビリテーション(13)リハビリテーションマネジメント加算について ⑧リハビリテーションマネジメント加算(ハ)について』で次のことが示されています。 ロ 口腔の健康状態の評価における考え方は、注18口腔機能向上加算についてと同様であるので参照されたい。 これを踏まえ、『8通所リハビリテーション(21)口腔機能向上加算について ⑤』で次のことが示されています。 ⑤口腔機能向上サービスの提供は(中略) ニ 利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について、当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供すること。(後略)  よって、担当者会議は「3月に1回の頻度」で良いものと解されます。 上述の報酬告示の留意事項通知をご一読ください。  参考ですが、貴見の老認発第0316第3号(令和3年3月16日付)に記載されている「算定開始の月の前月から起算して前24月以内に(中略)3月に1回の頻度で良いこととする。」とされている担当者会議は、「改正前のリハビリテーションマネジメント加算(A)イ」の要件です。改正前の当該加算は、改正後はリハビリテーションマネジメント加算(イ)として継続します。 よって、新設されるリハビリテーションマネジメント加算(ハ)については、報酬告示の留意事項通知に準ずる方が適当と考えます。 ただし、老認発第0316第3号については、修正通知があることも考えられますので、その際に、その通知に準じていただくこととなります。	R6.6.21掲載の再掲載
82	2(1)③	リハビリテーション・個別機能訓練、口腔管理、栄養管理に係る一体的計画の見直し	厚生労働省からの改正発文「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について(令和6年3月15日付)」の文中に「なお、下表中左欄に定める様式を用いて計画書を作成した場合、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養及び口腔に係る各加算等の算定に際し必要とされる右欄の様式の作成に代えることができる」とある。 この文章以降では「別紙様式1-1」、「別紙様式1-2」を使用する際、「別紙様式4-3-1」「別紙様式4-3-2」、別紙様式「4-1-1」「別紙様式4-1-2」の文言を「別紙様式1-1」、「別紙様式1-2」に代用することができると解釈できるか。 また、口腔の書式に関しても同様か。	「通所リハビリテーションについて」 別紙様式1-1のみ(1種類)相当のものが、別紙様式2-2-1及び同2-2-2、別紙様式4-3-1及び同4-3-2、別紙様式6-4の5種類の様式で網羅されることとなります。 「対象の施設系サービスについて」 別紙様式1-2のみ(1種類)相当のものが、別紙様式2-2-1及び2-2-2、別紙様式4-1-1及び同4-1-2、地域密着型サービス報酬告示留意事項通知による別紙様式1の5種類の様式で網羅されることとなります。 よって、貴見の通り『リハビリテーション・個別機能訓練、栄養及び口腔の一体的な実施』を行う場合には、別紙様式1-1(通所リハビリテーション)、1-2(介護医療院)を使用することで、栄養と口腔の内容も網羅しているものと解釈してよいと考えます。 ただし、同通知文書には下記の一文がありますので、その逆の使用方法(例えば、別紙様式1を使用し、栄養と口腔は行うがリハビリテーション計画は作成しないといった使用方法)は適当ではありません。 『左欄の様式の一部のみを記入した場合に、右欄の様式の作成に代えることはできない。』	今回は「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の第1章中の『リハビリテーション・個別機能訓練、栄養及び口腔の一体的な実施に関する様式例』の組合せの質問ですが、それぞれの様式にはそれぞれに目的がありますので、その目的については、第2章以降をご一読ください。 また、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」で示された上述の様式は、通所リハビリテーションにおいては『リハビリテーションマネジメント加算(ハ)』、介護老人保健施設においては『リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(1)』、介護医療院については『理学療法注7、作業療法注7、言語聴覚療法注5』を適正に算定するために設けられた要件です。それぞれの報酬告示の留意事項通知をご一読ください。	R6.5.14掲載の再掲載
83	2(1)⑥	訪問及び通所リハビリテーションのみなし指定の見直し	介護老人保健施設に併設する単独の訪問リハビリテーションを廃止し、その職員を介護老人保健施設に異動させ、「みなし」の訪問リハビリテーションの指定を受けることは可能か。	可能です。	訪問リハビリテーションについては、厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」の次をご一読ください。 ・「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令」のうち、新たな第76条をご一読ください。	R6.4.18掲載の再掲載
84	2(1)⑥	訪問及び通所リハビリテーションのみなし指定の見直し	介護老人保健施設が行う通所リハビリテーションについて、医師が休暇等を取得する場合、サービス提供日に必ずしも医師の配置は必要無いと解釈してよいか。	貴見の通りです。 サービス提供時間を通しての医師の配置要件はありませんが、右欄「参考事項」に基づく配置は必要です。 また、介護老人保健施設、介護医療院での通所リハビリテーションは、医療系施設での通所リハビリテーションとなりますので、綿密な医師との連携は必要であると考えます。	令和6年度の介護保険制度改定では、「通所リハビリテーションのみなし指定の見直し」が行われたもので、従来から介護老人保健施設、介護医療院が通所リハビリテーションを行っている通所リハビリテーションの人員基準が変わるものではありません。 基準省令とその解釈通知において介護老人保健施設、介護医療院が通所リハビリテーションを行う場合の医師の配置について、次の要件がありますので順守してください。 ≪基準省令≫ 医師 指定通所リハビリテーションの提供に当たらせるために必要な1以上の数 ≪基準省令の解釈通知≫ イ 専任の常勤医師が1人以上勤務していること。 ロ (略) ハ 指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、当該介護老人保健施設又は当該介護医療院に常勤医師として勤務している場合は、常勤の要件として足りるものとする。	R6.5.21掲載の再掲載

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
85	2(1)⑧	介護予防サービスにおけるリハビリテーションの質の向上に向けた評価	介護予防訪問リハビリテーションを12月以上継続した場合の減算について、「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.6) の問4の回答で、『当該事業所のサービスを利用された月を合計したものを利用期間とする』とあるが、 ①当該事業所＝同一事業所と解釈してよいか。 ②事業所が変更となった場合は、新たな事業所の起算日から12月と解釈してよいか。 ③事業所が変更となった場合も期間合算し、12月以上継続で減算となるか。 ④12月以上の時点で介護予防訪問リハビリテーションを介護予防訪問看護のリハビリテーションを利用した倍も減算対象か。	① 貴見の通りです。 ② ③ A事業所からB事業所へ変わった場合、両事業所とも「12月以上の利用期間」に満たない場合は、それぞれ減算をしなくてよいものです。 ただし、例えば、B事業所利用の後に、改めてA事業所を利用された場合は、最初にA事業所を利用した期間を含めた期間を含めていただく必要があります、その期間が12月以上であれば減算となります。 ④ 介護予防訪問リハを12月間利用された場合は、当該12月目は減算です。 例えば介護予防訪問リハA事業所を11月間利用され、介護予防訪問リハの起算日(月)から12月目に介護予防訪問看護C事業所を利用された場合は、介護予防訪問リハA事業所は減算にはなりません。 ただし、上述②③の回答の通り、その後、介護予防訪問看護C事業所から改めて介護予防訪問リハA事業所を利用された場合、介護予防訪問看護C事業所の利用以前の介護予防訪問リハA事業所の利用期間も含んだ期間で算定していただくこととなり、その期間が12月以上であれば減算となります。	質問の内容は「期間」についての内容でしたので、左記のとおり回答しています。 一方で、令和6年度の介護保険制度の改正で、介護予防(訪問・通所)リハビリテーションにおいては「期間」ではなく、「厚生労働大臣が定める基準をいずれも満たす場合」は利用期間が12か月以上であっても減算をしないとの新要件が設けられました。厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」に掲載されている『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(介護予防サービスの報酬告示の留意事項通知)』の関係部分をご一読ください。 また、当該減算単位数は、令和6年度の制度改正で改定されていることを申し添えます。  令和6年4月版の青本に、上述の内容が下記に掲載されています。 ①「厚生労働大臣が定める基準のいずれも満たす場合」はP1154『厚生労働大臣が定める基準に定める利用者等』として掲載。 ②「介護予防サービスの報酬告示の留意事項通知」の関係部分はP1155に掲載	R6.7.25掲載の再掲載
86	2(1)⑮	訪問系サービス及び短期入所系サービスにおける口腔管理に係る連携の強化	口腔連携強化加算については「これから算定できる」と解釈しているが、体制届(加算届)の際に添付する別紙11は過去の歯科医師連携の実績を書くことになるのか。 また、過去の実績が無いと体制届の体制等状況一覧表の当該加算は「あり」とできないということか。	体制届(加算届)を提出いただく時点では、歯科医療機関との連携体制が実施されていることが条件です。これに伴い、当該加算の体制届提出には別紙11が必要で、その歯科医療機関の記載が必要です。 よって、過去・現在を問わず、体制届(加算届)の提出時にこれらの連携体制が実施されていない場合は、体制等状況一覧表の当該加算は「なし」となります。	左記の回答については、島根県高齢者福祉課と調整したものです。  歯科医療機関との連携をする際は、訪問介護事業所と歯科医療機関との解釈の差異が生じないようにするため、契約書、協定書や確認書などを交わしておかれることを推奨します。	R6.6.21掲載の再掲載
87	2(1)⑱	介護保険施設における口腔衛生管理の強化	介護老人福祉施設における口腔衛生管理の強化について、歯科医師又は歯科衛生士は年2回以上、利用者の口腔内の評価をすることとなるが、歯科医師、歯科衛生士が嘱託契約である場合勤務形態一覧表にはどのように記載すべきか。	歯科医師又は歯科衛生士は、介護老人福祉施設(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)において、配置基準ではありません。よって、貴施設(貴法人)で雇用が無い場合、勤務形態一覧表に記載する必要はありません。 ただし、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書」の口腔欄へ、対応した歯科医師又は歯科医師から指示を受けた歯科衛生士の氏名を記載することとされています。	上述、「ただし」以降は、令和3年3月16日付老認発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及び様式例の提示について」で解説されており、当該通知による別紙様式1-1「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書」が示されていますのでご確認ください。 なお、この通知は、厚生労働省の「令和3年度介護報酬改定について」で確認できます。	R6.4.18掲載の再掲載
88	2(1)⑳	介護保険施設における口腔衛生管理の強化	口腔管理の強化のために概ね6月ごとに施設来所する「歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士」と、口腔機能衛生管理加算(1)を算定のために月に2回以上施設来所する「歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士」とが異なってもよいか。	「口腔管理の強化を行う歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士」と「口腔管理加算算定対象となる歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士」は、それぞれ「別の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士でもよい」と考えます。	「口腔管理の強化を行う歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士」は施設サービスの基準省令(及び解釈通知)で定められているものです。 一方で、口腔管理加算算定対象となる歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士は施設サービスの報酬告示(及び留意事項通知)で定められているものです。 これらのことから、それぞれ別の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士となることも考えられます。 但し、指示に矛盾や不整合が起きないように、情報共有の工夫をしてください。 当該項目は、厳密には令和3年度介護保険制度改定時の項目です。 令和3年度の介護保険制度改定後の、基準省令(及び解釈通知)、報酬告示(及び留意事項通知)をご一読ください。	R6.5.14掲載の再掲載
89	2(1)㉑	介護保険施設における口腔衛生管理の強化	入所者の口腔の健康状態の評価として施設入所時及び月1回程度の健康状態の評価を実施することが追加となっている。 これに関し、緑本P910に「ただし、歯科衛生士等が訪問歯科診療、訪問歯科衛生指導、または口腔衛生管理加算等により口腔管理を実施している場合は、当該口腔の健康状態の評価に変えることができる。」とある。 病院併設の施設で病院内に歯科がある場合で、且つ、歯科医師の診療時にしか訪問診療料を算定せず、再診料を算定している場合、「口腔の健康状態の評価」に変えると解釈できるか。	貴見の通りと考えます。	今回の基準改正における「口腔衛生管理の強化」は「施設の従業者又は歯科医師等が入所者毎に施設入所時及び月1回程度の口腔の健康状態の評価を実施する」ものです。 目的は、月1回程度口腔の健康状態の評価をすることであり、評価を行う歯科医師の実施のタイミングやシチュエーションは問われていません。  当該改正は介護施設系サービスに求められているものですが、これについて基準省令(及びその解釈通知)を補充するために、次の文書で、本件の手順が示されていますので参考にしてください。 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について(令和6年3月15日付老高発0315第2号・老認発0315第2号・老老発0315第2号)」のP40以降	R6.9.9掲載の再掲載
90	2(1)21	退所者の栄養管理に関する情報連携の促進	退所時栄養情報連携加算及び退所時栄養情報連携加算の情報提供先が、特別な関係にある医療機関(同一法人の医療機関や併設の医療機関)でも算定可能か。	「退所時栄養情報連携加算」は、退所者の主治医が属する病院との情報調整をすることとなっています。 このことから、主治医が同一法人の医療機関、併設の医療機関であっても算定可能と考えます。	・「退所時情報提供加算」の同一月の制限については、厚生労働省ホームページ「令和6年度介護報酬改定について」中の『令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.2) 問18』を参照してください。 ・「退所時情報提供加算」は今回の改正以前から設けられており、この度新要件が加わりました。また、「退所時栄養情報連携加算」は令和6年度介護保険制度改定に係る報酬改定です。これらのことから、厚生労働省ホームページ「令和6年度介護報酬改定について」に掲載されている報酬告示及び留意事項通知をご一読ください。	R6.5.14掲載の再掲載

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
91	2(2)①	通所介護における入浴介助加算の見直し	入浴介助加算Iを算定するための「研修」とは、どのような研修で、開催頻度や内容はどのようにすべきか。	厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」内の「令和6年度介護報酬に係るQ&A (Vol.1)」に掲載されているとおりです。	令和6年度介護報酬に係るQ&A (Vol.1) 問60 入浴介助に関する研修とは具体的にはどのような内容が想定されるのか。 (答) 具体的には、脱衣、洗髪、洗体、移乗、着衣など入浴に係る一連の動作において介助対象者に必要な入浴介助技術や転倒防止、入浴事故防止のためのリスク管理や安全管理等が挙げられるが、これらに限るものではない。 なお、これらの研修においては、内部研修・外部研修を問わず、入浴介助技術の向上を図るため、継続的に研修の機会を確保されたい。	R6.4.18掲載の再掲載
92	2(2)①	通所介護における入浴介助加算の見直し	通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護の入浴介助加算(I)算定で新たな要件となった「入浴介助に関する研修等」は通所リハビリテーションの算定要件ではないと考えてよいか。	通所介護の入浴介助加算(I)の研修要件については、貴見の通りで通所リハビリテーションの要件と同様ではありません。 ただし、通所リハビリテーションの入浴介助加算(II)について、報酬告示の留意事項通知に下記の記載が有りますので、ご注意ください。 「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踏まえて、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当たっては、既存の研修等を参考にすること。」		R6.5.14掲載の再掲載
93	2(2)④	介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の促進	在宅復帰・在宅療養支援機能加算における強化型の要件(指標)の考え方が変更となったが、一方で既に新たな要件(指標)を満たしていた場合、令和6年10月30日までは、体制届に添付する別紙29の要件は満たしていると考えてよいか。 その場合、令和6年11月1日からは、令和6年4月から9月までの実績をもとに、新たな要件(指標)に則していることを確認し、令和6年10月15日までに、体制届に併せて別紙29-2を添付すると考えてよいか。	在宅復帰・在宅療養支援機能加算については、新たな要件(指標)が示されていますが、貴見の通り6月間の経過措置期間が設けられています。 よって、貴見の通り令和6年4月から9月までは従来の要件を満たしているか否かの確認、令和6年11月からは令和6年4月から10月までの実績を確認し、体制届及び関係する別紙を提出してください。この場合、施設系サービスの提出締め切り日は令和6年11月1日です。		R6.4.11掲載の再掲載
94	3(1)①	介護職員の処遇改善	事業所規模が小規模であり、加算額が少額であるため440万円以上の職員を1人設定する」とのキャリアパス要件IVが難しい状況であるが、令和6年度の処遇改善計画書で認められている「小規模事業所等で加算額全体が少額であるため」の緩和要件は令和7年度も継続されるのか。	処遇改善加算のキャリアパス要件IVの緩和が令和7年度に継続されるか否かは、現時点では分かりかねます。 社会保障審議会給付費分科会等を介し、今後、しかるべき時点で厚生労働省より、例年通り「介護職員等処遇改善加算等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」が発文され、その中で具体的に示されるものと推測されます。	令和6年6月からの新処遇改善加算については「令和6・7年度の2か年で全額が賃金改善に充てる」という考えは厚生労働省からも示されています。その上で、令和6年度と令和7年度でどのような振り分けの具体的な方法は、法人に委ねられます。このことから、令和7年度にキャリアパス要件IVの要件が満たせる工夫は必要であると考えます。	R6.6.21掲載の再掲載
95	3(1)①	介護職員の処遇改善	令和6年度の介護職員等処遇改善加算の改正において、「令和6年度介護職員等処遇改善計画書」の別紙様式2-1総括表2(1)①iア「うち、令和7年度の賃金改善に充てるために繰り越す部分の見込み額」を0円で提出した。 その後、賃金水準を下げない範囲で計画を変更した場合、「介護保険最新情報Vol.1209中2(3)及び5」、「介護保険最新情報Vol.1277中Q&A1-10」、「令和6年度計画書の誓約」などの医に基づき、令和6年度介護職員等処遇改善実績報告書及び令和7年度介護職員等処遇改善計画書・同介護職員等処遇改善実績報告書に記載し、その内容(金額)が反映されるのであれば、令和6年度介護職員等処遇改善計画書の変更届は必要ないと解釈してよいか。	貴見の通りです。 質問の変更内容は、令和7年度に提出していただく「令和7年度介護職員等処遇改善計画書」及び「令和6年度介護職員等処遇改善実績報告書」、令和8年度に提出していただく「令和7年度介護職員等処遇改善実績報告書」で調整いただければ良いものと考えます。	・介護保険最新情報Vol.1209 2(3)は「2年度間でベースアップをする手法」が示されています。 ・同上5は計画の変更が必要な場合が示されています。 ・介護保険最新情報Vol.1277 問1-10は「令和6年度+2.5%、令和7年度2.0%のベースアップを行う場合、令和6年度の加算額の一部を令和7年度のに繰り越し、令和7年度のベースアップの加算原資とすることが可能である」ことが示されています。	R6.11.27掲載の再掲載
96	3(3)①	管理者の責務及び兼務範囲の明確化	管理者は同一敷地内でない他の事業所の管理者や他の職務との兼務ができることとなったが、兼務できる事業所数は具体的に決まっているか。 また、兼務できる職種に制限などはあるか。	管理者が兼務できる事業所数、職種とも、現時点においては定められていません。 管理者は、同一敷地外でも兼務ができますが、兼務をする管理者(及び運営法人)には、その責務と業務範囲を明確化した改正であることを理解していただく必要があります。	令和6年度介護保険制度における管理者の兼務については、「管理者の兼務を緩和する」ものではありません。 管理者が兼務する場合は、次のことを担保すること(管理者の責務と業務の範囲を明確化すること)であることを理解された上で兼務することが重要となります。 【管理者の業務の範囲の明確化】 (1)管理者が他の施設・事業所の職務を兼務した場合でも、それぞれの施設・事業所のサービスの質を担保すること。 (2)管理者が行う利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指導命令を行うこと。 (3)(1)(2)の責務を管理者が果たすこと。 (4)運営法人は(1)～(3)の責任を負ったうえで管理者の兼務をさせること。 これらのことから、安易な管理者の兼務は、各事業所の職員の混乱や業務の遅延のリスクがあり、そのことが利用者への不利益となり、事故・苦情の発生を招くおそれがあります。これらのことをきっかけに、事故処理・苦情処理への対応の遅れを生じさせるおそれもあり、これらのことは上述(1)～(3)を満たさないこととなります。 延いては、当該管理者だけでなく他の職員の離職や、職員のモチベーション低下につながる恐れがある等のリスクを十分に理解され、法人、事業所として責任ある判断により管理者の兼務を行ってください。	R6.5.14掲載の再掲載

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
97	3(3)①	管理者の責務及び兼務範囲の明確化	訪問介護事業所をA市(例えば松江市)で運営する場合、他府県在住者でも当該訪問介護事業所の管理者をすることは可能か。 A市で管理者の採用が困難であった場合、介護保険事業の管理者経験のある者を他府県にある本社で採用し配置することは可能か。	基準省令及び基準省令の解釈通知に記される管理者の責務が全うでき、その上で、業務に支障がない場合は可能と考えます。 一方で、基準省令の解釈通知において「業務に支障があると考えられる」ことの記載があるので、当該事業所を運営する法人及び当該事業所で考察していただく必要があります。	基準省令や基準省令の解釈通知に記される「管理者の責務」と基準省令の解釈通知に記される「管理者の業務に支障があるケース」を踏まえれば、例えば、鳥根県松江市の場合、「鳥根県松江市美保関町と鳥取県境港市昭和町」というような場合は、県境を越えて管理をすることは不可能ではないと考えますが、その場合も、上述の管理者責務は必須です。この必須事項が履行できない場合は、基準省令や基準省令の解釈通知に適さないものと考えます。 また、管理者は介護保険事業においては現場を総括する責任者であり、例えば、利用者に事故が起きた際、当該利用者の家族や身元引受人に対し、直接説明ができないような場合は、当該事業所を運営する法人や当該事業所の管理責任が十分でないと判断されるものと考えます。  よって、ご質問にある「本社」が例えば広島市や大阪市にあり、管理者として採用された方が訪問介護事業所のある松江市で勤務をされるのであれば問題はないと考えますが、当該本社で管理者業務をされることは不適切であり、認められることではないものと考えます。	R6.7.25掲載の再掲載
98	3(3)①	管理者の責務及び兼務範囲の明確化	令和6年度の制度改正「管理者の責務及び兼務範囲の明確化」には『管理謝が兼務できる事業所の範囲について、同一敷地内における事業所、施設等ではなくも差支えない旨を明確化する。』としたうえで、基準省令においては「管理者が他の事業所、施設等の職務に従事することができる」とされている。 訪問看護の管理者が、同一法人の通所介護事業所の看護師を1～2回/週の頻度で兼務することは可能か。	貴見の通り可能です。 管理者が兼務できる事業所数、職種とも、現時点においては定められてはいません。 一方で、「管理者業務に支障が無い場合に限り」当該管理者は、同一敷地外の事業所での業務を兼務ができますが、併せて「管理者業務に支障が無い場合に限り」とは当該管理者(及び運営法人)には、管理者としての責務と業務範囲を明確化した改正であることを理解していただく必要があります。	令和6年度介護保険制度における管理者の兼務については、「管理者の兼務を緩和する」ものではありません。 管理者が兼務する場合は、次のことを担保すること(管理者の責務と業務の範囲を明確化すること)であることを理解された上で兼務をすることが重要となります。 【管理者の業務の範囲の明確化】 (1)管理者が他の施設・事業所の職務を兼務した場合でも、それぞれの施設・事業所のサービスの質を担保すること。 (2)管理者が行う利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指導命令を行うこと。 (3)(1)(2)の責務を管理者が果たすこと。 (4)運営法人は(1)～(3)の責任を負ったうえで管理者の兼務をさせること。 これらのことから、安易な管理者の兼務は、各事業所の職員の混乱や業務の遅延のリスクがあり、そのことが利用者への不利益となり、事故・苦情の発生を招くおそれがあります。これらのことをきっかけに、事故処理・苦情処理への対応の遅れを生じさせるおそれもあり、これらのことは上述(1)～(3)を満たさないこととなります。 延いては、当該管理者だけでなく他の職員の離職や、職員のモチベーション低下につながる恐れがある等のリスクを十分に理解され、法人、事業所として責任ある判断により管理者の兼務を行ってください。	R6.9.9掲載の再掲載
99	3(3)①	管理者の責務及び兼務範囲の明確化	現在運営している認知症対応型共同生活介護の管理者が、同じ町内にある認知症対応型共同生活介護の管理者を兼務することは可能か。	管理者の兼務は可能です。		R6.11.27掲載の再掲載
100	3(3)①	管理者の責務及び兼務範囲の明確化	管理者の兼務要件として、「利用者のサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に、一元的な管理・指揮命令が可能な場合」とある。また、同一事業者が運営する他の介護サービス事業所の管理者の兼務が可能とあるが、二つの事業所で管理業務、実務(例えば訪問介護や訪問看護、その他待機など)が可能と考えてよいか。	貴見の通り。 二つの事業所の管理者だけでなく従業者として従事することもできます。	この基準省令の改定内容は、決して規制緩和ではありません。 当該事業所の一元的な管理、指揮命令、事故発生時の対応、利用者の処遇の担保と管理など、本来は管理者が一つの事業所で行うべきことを、複数の事業所で行うことになりますので、当該管理者には高い適正性や能力が必要となります。対象となる管理者を配置される際には、より高い水準での管理者向け研修の機会を設けられるなど、工夫をしてください。	R7.1.22掲載
101	3(3)③	訪問看護等における24時間対応体制の充実	緊急時訪問看護加算(Ⅰ)の算定要件として「(2)緊急時訪問における看護業務の負担軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備が行われていること。」とは具体的にどのような体制か。	「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(介護報酬告示の留意事項通知)の下記項目で、算定要件として記載されています。 長文になりますので、この回答書に記載しませんので、介護報酬告示の留意事項通知をご確認ください。 4 訪問看護費 (18)緊急時訪問看護加算について ⑨ 緊急時訪問看護加算(Ⅰ)は、. . . . (後述略) ⑩ ⑨の夜間対応とは、. . . . (後述略)	(1) 上述の報酬告示の留意事項通知は、厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」中に掲載されています。 (2) 従来の緊急時訪問看護加算は、令和6年度の介護保険制度改定で、緊急時訪問看護加算(Ⅱ)となりますが、その算定要件にも新設要件がありますのでご注意ください。 この新設要件についても、報酬告示の留意事項通知で確認できます。具体的には、「4 訪問看護費(18)緊急時訪問看護加算について ⑥～⑧」が緊急時訪問看護加算(Ⅱ)新設要件です。 令和6年度からの緊急時訪問看護加算(Ⅱ)については報酬告示の留意事項①～⑧が算定要件です。同加算(Ⅰ)は、それに加えて、前述の⑨⑩の要件を満たす必要があります。 (3) 緊急時訪問看護加算に係るQ&Aは厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」に掲載されている、下記で確認できます。該当Q&Aも長文になりますので、この回答書には記載しません。ご一読いただき、ご確認ください。 ・令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1) 問31～問35	R6.6.21掲載の再掲載

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
102	3(3)④	訪問看護等における24時間対応体制のニーズに対する即応体制の確保	緊急時訪問看護加算の算定にあたり、准看護師が電話相談を受けた際は、直ちに保健師又は看護師に報告をし指示を受ける体制とし、且つ、緊急の訪問看護の必要性の判断は保健師又は看護師が行うという体制を整えた場合、准看護師も24時間の電話受付をしても良いと解釈できるか。	准看護師も、当該制度の対象としてよいものと考えます。	「訪問看護における24時間対応」について、令和6年度の介護保険制度改定は、いわゆる「働き方改革」の一環であると考えられます。 従来、24時間対応の確保を要件とした報酬算定では、保健師又は看護師がその対応の担当をするものでした。令和6年度介護保険制度改定においては、保健師又は看護師の負担軽減を図るため、『保健師又は看護師以外の職員が電話対応をしても、その後、速やかに保健師又は看護師に連絡することにより、緊急の訪問看護の対応が取れる体制を整える』こととするのが、この制度改正の目的と考えられます。 よって、准看護師は「保健師又は看護師以外の職員」としてよいものと考えます。 なお、本件の「保健師又は看護師以外の職員」の具体的な職種については、現時点でのQ&Aでは「理学療法士等」が例示（令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1) 問35) されていますが、それ以外の記載はありません。今後、Q&Aで示されることも想定されますので注視をお願いいたします。  今回の制度改正の重要な部分は、訪問看護に従事する保健師又は看護師の働き方改革である一方、利用者の健康や生命を重視する必要があるため、厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」中の「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」の「3(3)④」に記載されている算定要件ア～カを行うこととなります。	R6.6.21掲載の再掲載
103	3(3)⑭	公正中立性の確保のための取組の見直し	前6月に作成したケアプランのサービス割合・同一事業者割合の説明が義務化から「努力義務化」となることに併せて、書類の作成並びに利用者の説明は必ずしもしなくて良いということか。それとも、書類作成及び説明は必要だが、利用者からの同意書名は不要ということか。	基準省令の記載から、全てが努力義務であると解されます。 よって貴見のとおり、必ずしもしないで良いものですが、例えば利用者もしくはその家族から問い合わせがあった際に答えられないというような場合は利用者に不利益が生じ、利用者（もしくはその家族）からの誤解を招く可能性もあります。そのようなことが無いように努められることが「努力義務」であると考えます。	基準省令（全文） 指定居宅介護支援事業所は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、前6月間に当該指定居宅介護支援事業所に置いて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（以下この項において「訪問介護等」という。）がそれぞれ位置づけられた居宅サービス計画の数が占める割合及び前6月間に当該居宅介護支援事業所に置いて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毎の回数のうち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占める割合につき説明を行い、理解を得よう努めなければならない。	R6.2.26掲載の再掲載
104	3(3)⑭	公正中立性の確保のための取組の見直し	義務化から努力義務になることに際し、現在行っている前6月に作成したケアプランのサービス割合等の利用者への提示や、利用者の同意や確認は不要になるということか。	貴見のとおりです。 但し、利用者への配慮も必要ですので、No.105の回答を参照ください。		R6.2.26掲載の再掲載
105	3(3)⑭	公正中立性の確保のための取組の見直し	義務化から努力義務になることに際し、これまで行っていたことを行っていない場合、指導の対象になるか。	直ちに、居宅介護支援事業所に対し、指導を行うことはありません。 ただし、この制度が以前に義務化となった際には、「居宅介護支援事業所が特定の居宅系サービス事業所の選定をすることで、結果的に利用者の状態にそぐわないサービス提供となったり、利用者やその家族からの要望が叶わなくなったりすることを避ける」との考えがあったものと推察されます。  介護保険法は、利用者の尊厳を保持し、利用者が安全安心に日常生活を送ることを目的とした法律です。利用者の視点に立った適切な配慮は継続していただく必要があると考えます。 よって、努力義務を怠ることで結果的に利用者の不利益が生じるような場合には、指導等を行うことも考えられますが、具体的な取扱いについては、厚生労働省から今後示される「介護保険制度改定に関するQ&A」などの見解を注視する必要があると考えます。		R6.2.26掲載の再掲載
106	3(3)⑮	介護支援専門員1人当たりの取扱件数（報酬）	これまで情報通信機器の活用等の体制を行い、居宅介護支援費（Ⅱ）を算定していた居宅介護支援事業所が、この度の制度改正で当該算定区分の要件が「ケアプランデータ連携システムの活用及び事務職員の配置体制」となっていることから、事務員の雇用が無い場合は、居宅介護支援費（Ⅰ）となるか。また、その場合、加算届（体制届）の提出は必要か。	貴見の通りです。居宅介護支援費（Ⅰ）が基本報酬の区分となります。 基本報酬区分は体制届の対象です。「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」中の「ケアプランデータ連携システムの活用及び事務職員の配置の体制」を『なし』としてください。		R6.4.11掲載の再掲載
107	3(3)⑮	介護支援専門員1人当たりの取扱件数（報酬）	介護支援専門員が体調不良により長期休暇となる場合、人員基準を下げることは可能か。	人員基準は政令で定められていますので、『人員基準を下げる』との解釈はありません。  居宅介護支援費Ⅰを算定される場合、介護支援専門員1人当たりの利用者人数が、 ・45未満の場合は(i)を ・45以上60未満の場合は(ii)を ・60以上の場合(iii)を 算定してください。  居宅介護支援費Ⅱを算定される場合、介護支援専門員1人当たりの利用者人数が、 ・50未満の場合は(i)を ・50以上60未満の場合は(ii)を ・60以上の場合(iii)を 算定してください。  また、介護支援専門員が減員することで、特定事業所加算の算定が変わる可能性があります。適切な算定をしていただくとともに、特定事業所加算の算定区分が変わる場合、体制届の提出をお願いします。	左記回答の「利用者人数」とは、当該指定居宅介護支援事業所の1月当たりの直接契約による利用者、地域包括支援センターからの委託を受けてサービス提供をする利用者数に下記を乗じた数を加えたものを指します。 ・居宅介護支援費Ⅰを算定する場合、2分の1（を乗じた数） ・居宅介護支援費Ⅱを算定する場合、3分の1（を乗じた数） また、「介護支援専門員1人当たり」とは常勤換算人数としての1人あたりを指します。	R6.6.21掲載の再掲載

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
108	4(1)①	訪問介護における同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬の見直し	同一建物減算で新たに設けられた減算区分の対象は、総合事業（訪問サービス）の場合は、要支援・事業対象者のみで良いか。	訪問介護及び総合事業の訪問サービスともに当該減算は設けられています。よって、要支援者、要介護者とも関係します。なお、12%減算については令和6年10月から算定適用となります。	訪問介護については、厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」の次をご一読ください。 ・「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」中『4. (1) ②』 ・「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」  訪問サービスについては、上述の留意事項通知に基づき、厚生労働省（及び国民健康保険団体連合会）において定められた「介護予防・日常生活支援総合事業費単位数サービスコード表」で示されたものです。	R6.4.18掲載の再掲載
109	4(1)①	訪問介護における同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬の見直し	事業所の建物から坂を下り、10m進んだ自宅へ訪問する場合、当該自宅は隣接敷地に該当するか。	個別の判断はいたしかねます。厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」中『令和6年度介護報酬改定における改定事項について』の『4. (1) ①』の解釈図面を見て判断してください。	令和6年度の制度改正は、同一建物減算について、事業所の利用者のうち、一定割合以上が同一建物等に居住する者への提供がある場合の減算率の新設であり、「同一建物減算における同一建物等」の概念が変わるものではありません。	R6.6.21掲載の再掲載
110	4(1)②	理学療法士等による訪問看護の評価の見直し	今回の制度改正により看護職員とリハビリ職員（理学療法士等）の割合に関する新たな考え方が示されているか。	今回の改正で、看護職員とリハビリ職員の職員人数に関する割合を示されたものではありません。今回の改正点は、介護職員とリハビリ職員が行うそれぞれの訪問回数について新たな基準が示されたものです。この訪問回数の割合の内容によって「基本報酬」及び「12月を超えて行う場合の減算」に反映されることとなります。	厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」中の『令和6年介護報酬改定における改定事項4(1)③』に回数の解釈が示されていますのでご覧ください。	R6.4.10掲載の再掲載
111	4(1)②	理学療法士等による訪問看護の評価の見直し	訪問看護において、令和6年6月から理学療法士等のリハビリ職の訪問回数に応じて減算が始まるが、看護職員の訪問回数が理学療法士等のリハビリ職の訪問回数を上回っている事業所である場合、体制に関する届出書（体制届出書）の提出は必要か。	体制届出書の対象ではありません。	当該減算はいわゆる「実績減算」です。よって、訪問看護を行った際のリハ職の訪問回数の実績を管理され、その回数が看護職員の訪問回数を超えた場合に、実績減算(8単位減算/1回あたり)をしてください。なお、今後、厚生労働省から運営指導のための新たな自己点検シートが公表されますが、その際には確認項目となるものと推測されます。	R6.5.14掲載の再掲載
112	4(1)②	理学療法士等による訪問看護の評価の見直し	「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の回答として 「同様に、緊急時（介護予防）訪問看護加算、特別管理加算、看護体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）あるいは（予防）に係る要件についても、訪問看護費と介護予防訪問看護費における双方の算定日が属する月の前6月間において、加算の算定実績がない場合には、所定の単位を減算する。」と解説されているが、「同様に」以降の内容も、訪問看護と介護予防訪問看護の両方を行っていた場合、合算して数えるということか。 また、「同様に」以降は具体的にどのような状況で、どのような減算をすべきか。	「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.5) 問1の回答部の「同様に」以降の内容の解釈は、右の「参考事項」欄を参照ください。 その上で、「同様に」以降の減算は、指定訪問看護事業者が指定介護予防訪問看護事業者の指定を合わせて受け、一体的に運営されているものについては、合算して数えることとなります。	当該減算は、基本報酬からの8単位減算です。この8単位減算が発生する要件は、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（報酬告示の留意事項通知）の記載から、次の2通りがあるものと解釈されます。 ① 前年4月から当該年の3月までの期間で、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士（以下「理学療法士等」と記す）の訪問回数が、看護職員による訪問回数を超えている場合。 ② 前年4月から当該年の3月までの期間で、看護職員の訪問回数が、理学療法士等の訪問回数を上回っている場合でも、算定日が属する月（サービス提供月）の前6月間に、緊急時訪問看護加算（Ⅰ）（Ⅱ）、特定管理加算（Ⅰ）（Ⅱ）、看護体制強化加算（Ⅰ）（Ⅱ）のいずれの算定対象も発生しなかった場合 上述①②のいずれの場合も、訪問看護費の基本報酬に対してサービスコード「13 4024」で減算するものです。	R6.6.21掲載の再掲載

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
113	4 (1) ②	理学療法士等による訪問看護の評価の見直し	訪問看護における ①「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士（以下「理学療法士等」と記す）の訪問回数が看護職員の訪問回数を超えている場合の減算」の要件とは具体的に何か。 ②「特定の加算を算定しない場合の減算」の具体的な要件は何か。 ③①②の減算と緊急時訪問看護加算」の関係は何か ④①～③を踏まえ、毎月1回～3カ月に1回のモニタリングのために看護職員が訪問できない場合、緊急時訪問看護加算を算定することはできないか。	①②の概要は次の通りです。 《概要》 「理学療法士等による訪問看護の提供実態を踏まえ、『訪問看護に求められる役割』に基づくサービスが提供されるようにする観点から、令和6年6月から制度改正されたものです。 改正内容は (1) 理学療法士等による訪問の場合、訪問看護事業所・介護予防訪問看護事業所については、1回につき8単位を所定単位数から減算する。 (2)12月を超えて行う場合、介護予防訪問看護費の1回につき8単位減算をしている場合は、1回につき所定単位数から更に15単位を減算する。介護予防訪問看護費の1回につき8単位減算をしていない場合は、1回につき所定単位数から5単位を減算する。 というものです。 当該減算は「該当する指定訪問看護事業所について減算」とされていることから、(1)については全利用者が減算対象、(2)については12月を超えて行う介護予防訪問看護利用者全員が対象です。 これらを踏まえ質問の①についての要件は ① 前年度の理学療法士等の利用者への訪問回数が、看護職員の利用者への訪問回数を超えている場合が減算要件です。 同じく②については ③については上述②を参考にしてください。 ④について「緊急時訪問看護加算」の要件は次の通りで、いずれにも該当している必要があります。 ○緊急時訪問看護加算（1）の要件は次のいずれにも該当すること (1)利用者またはその家族等から電話等により看護に係る意見を求められた場合に常時対応できる体制にあること。 (2)緊急時訪問における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備が行われていること。 具体的には次に掲げる項目のうち、アまたはイを含むいずれか2項目以上を満たしていること。 ア 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保 イ 夜間対応に係る勤務の連続回数が2連続(2回)まで ウ 夜間対応後の暦日の休日確保 エ 夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫 オ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減 カ 電話等による連絡及び相談を担当するものに対する支援体制	訪問看護事業所における、訪問者が看護職員であるか理学療法士等であるかは、「訪問看護の機能強化」の観点で令和3年度の制度改正時にも制度改正がされており、令和3年度・令和6年度の改正とも、訪問看護のサービス内容である「利用者が可能な限りその居室において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援する」ための看護職員の役割を重視した改正であると考えられます。令和6年度の改正では左記の回答のとおり、看護職員より理学療法士等による訪問看護に重点が置かれる体制について評価の見直しが行われたものです。  緊急時訪問看護加算(1)の回答に記した(1)は、重要事項説明書等への記載が一般的で、契約時に当該内容を説明する必要があります。また(2)については、緊急時訪問看護加算を取得する際の体制届(加算届)に添付する別紙16で明確にさせていただくものです。  【補足】 (1) 先の回答の内容は、「令和6年4月版介護報酬の解釈 1巻 単位報酬編」に全て記載されている内容です。 (2) また、これらは、厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」中の「令和6年度介護報酬改定の主な事項について」の「4. (1)②理学療法士等による訪問看護の評価の見直し」として解説されています。	R6.11.27掲載の再掲載
114	4 (1) ②	理学療法士等による訪問看護の評価の見直し	①「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士（以下「理学療法士等」と記す）の訪問回数が看護職員の訪問回数を超えている場合又は特定の加算を算定しない場合の減算」の具体的な要件を確認したい。 ②前年度の実績で複数の事業所で理学療法士等が介入していた場合、実績の合計は自らの事業所だけでなく、係わりのあった全事業所分も計算する必要があるか。	①について 当該減算は次の2種類に分かれます。 (1) 理学療法士等による訪問の場合、訪問看護事業所・介護予防訪問看護事業所については、1回につき8単位を所定単位数から減算する。 (2) 12月を超えて行う場合、介護予防訪問看護費の1回につき8単位減算をしている場合は、1回につき所定単位数から更に15単位を減算する。介護予防訪問看護費の1回につき8単位減算をしていない場合は、1回につき所定単位数から5単位を減算する。 当該減算は報酬告示において「該当する指定訪問看護事業所について減算」とされていることから、(1)については全利用者が減算対象、(2)については12月を超えて行う介護予防訪問看護利用者全員が対象です。  ②について 当該事業所のみでの計算です。	①について 当該減算には下記の要件がありますのでご確認ください。 次の(1)(2)のどちらかに当てはまる場合、当該減算を適用します。 (1) 前年度の理学療法士等の利用者への訪問回数が、看護職員の利用者への訪問回数を超えている場合。 (2) 緊急時訪問看護加算、特別管理加算、看護体制強化加算のいずれも算定していない場合。（これらの加算の取得には、全て体制届（加算届）の提出が必要です。  ②について 当該加算は報酬告示の留意事項通知で、「当該訪問看護事業所における前年度の理学療法士等の訪問回数が（後略）」となっていますので、訪問回数の計算は事業所単位となります。	R6.11.27掲載の再掲載
115	4 (1) ③	短期入所生活介護における長期利用の適正化	連続利用30日を超えた日から30単位の減算となり、連続利用61日目以降は減算ではなく、61日目からの基本報酬が設定されているとの解釈でよいか。	概ね貴見の通りです。	①報酬告示の留意事項通知から関係部分を次の通り抜粋して記載します。 第2 居宅サービス単位数表(短期入所生活介護費から特定施設入居者生活介護費に係る部分に限る。)及び施設サービス単位数表 (中略) 2 短期入所生活介護費 (中略) (27) 長期利用の適正化について短期入所生活介護における長期利用は施設と同様の利用形態となっていることから、居室に戻ることなく自費利用を挟み同一事業所を連続60日を超えて利用している者に対して短期入所生活介護を提供する場合には、連続60日を超えた日から短期入所生活介護費を介護福祉施設サービス費と、ユニット型短期入所生活介護費をユニット型介護福祉施設サービス費と同単位数とする。(後述略) ②報酬サービスコードから抜粋して記載します。 1日目～30日目 基本報酬 サービスコード「21 2441」 31日目～60日目 基本報酬サービスに減算サービスコードを加える 減算サービスコード「21 6283」 61日目～ 基本報酬 サービスコード「21 1678」  (参考) (1)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(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び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の制定に伴う実施上の留意事項について(厚生労働省HP「令和6年度介護保険制度改定について」に掲載されています。) (2)介護給付費単位数等サービスコード表 WAM-NETトップ>高齢・介護 > 行政情報(介護)>情報化・システム関連 > 国保連インターフェース > 介護保険事務処理システム変更に係る参考資料(確定版)で確認できます。	R6.5.14掲載の再掲載

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
116	4(1)⑧	同一建物に居住する利用者のケアマネジメント	対象者として ①指定居宅介護支援事業所の所在する建物と同一の敷地内、隣接する敷地内の建物又は指定居宅介護支援事業所と同一の建物に居住する利用者 ②指定居宅介護支援事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物(上述を除く。)に居住する利用者 とあるが①のみあてはまる場合も所定単位数の95%で算定するものか。	②の要件に「(上述を除く)」とあり、この場合の上述は、質問にある①のことです。 このことから、「①のみの場合」「②のみの場合」と解するのが適当です。 よって、①のみの場合も貴見の通り所定単位数に95%を乗じて報酬算定をするものです。		R6.4.10掲載の再掲載
117	4(1)⑧	同一建物に居住する利用者のケアマネジメント	対象となる指定居宅介護支援事業所と道路を挟んで所在するケアハウスの利用者にケアマネジメントをした場合、所定単位数の95%で算定するものか。	貴見の通り。 当該算定は (1)居宅介護支援事業所の建物と同一敷地内の建物 (2)居宅介護支援事業所の建物と隣接する建物 (3)居宅介護支援事業所がある同一の建物 に居住する利用者が対象となります。 その上で「隣接する建物」については「道路等を挟んで設置している場合を含む。」とされています。	厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」に掲載されている「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」で、当該算定の要件と「隣接」の考え方が示されていますのでご確認ください。	R6.4.10掲載の再掲載
118	4(1)⑧	同一建物に居住する利用者のケアマネジメント	対象となる指定居宅介護支援事業所と ①隣接の住宅に居住する利用者 ②道路向いにある住宅に居住する利用者 にケアマネジメントをした場合、所定単位数の95%で算定するものか。	①②とも95%での算定となります。 上述の回答及び留意事項通知を参照ください。		R6.4.10掲載の再掲載
119	4(1)⑧	同一建物に居住する利用者のケアマネジメント	介護予防支援事業所についても同一建物に居住する利用者へのケアマネジメントの所定単位数95%算定はあるか。	介護予防支援の報酬告示に同一建物減算はありません。	(1)下記に報酬構造が掲載されていますのでご確認ください。 WAM-NETトップ>高齢・介護>行政情報(介護)>情報化・システム関連>国保連インターフェース>介護保険事務処理システム変更に係る参考資料(確定版)(令和6年3月28日事務連絡) (2)②下記で検索し、そこに掲載の次のものをご覧ください。 「厚生労働省 令和6年度介護報酬改定について」 ・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の一部を改正する告示 ・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(いずれにも、介護予防支援に同一建物減算に関する記述はありません。)	R6.5.14掲載の再掲載
120	4(1)⑧	同一建物に居住する利用者のケアマネジメント	「同一建物に居住する利用者のケアマネジメント(95%算定)」の対象者を特定するにあたり、当月に対象建物の利用者で、変更申請などにより月遅れ算定となる場合、もしくは当月は要支援で暫定プランを作成していたが当該月以降で支援から介護になったことが分かった場合などは、遡って算定するものか。それとも当月の件数で請求できるのか。	要支援の利用者は、暫定プランであるか否かに関わらず、「同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント(95%算定)」の対象ではありません。 当初請求で「同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント(95%算定)」をしていない場合で、当該利用者が遡りて要介護の判定となり、且つ、「同一建物に20人以上住する建物に居住する利用者」となる際は、過誤調整をする必要があります。	「同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント(95%算定)」は報酬告示の留意事項通知において、要介護の利用者へのケアマネジメントの場合のみの算定です。 下記の報酬告示の留意事項通知に記載されている該当部分を参照してください。それぞれ、厚生労働省のホームページ中「令和6年度介護報酬改定について」に掲載されています。 ○要介護の利用者の算定について 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」 ○要支援の利用者の算定について 「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」	R6.6.21掲載の再掲載
121	4(2)①	運動器機能向上加算の基本報酬へ包括化	介護予防通所リハビリテーションの「運動器機能向上加算」が基本報酬へ包括化されるが、令和6年度以降は、これまでの運動器機能向上加算の算定要件であった「運動器機能向上計画の作成」「利用者の運動器機能の定期的な記録」「運動器機能向上計画の進捗状況の定期的な評価」等の扱いはどうなるか。 併せて、サービス利用後、12月を経過した利用者が「減算なし」の要件を満たす場合、リハビリテーション計画書の「別紙様式2-2-1」「別紙様式2-2-2」の作成とLIFEへの情報提供を行うこととなると考えるが、併せて、利用者に対しては包括化された内容であるので「別紙様式2-2-1」「別紙様式2-2-2」と「運動器機能向上計画書」の作成が必要となると考えてよいか。	概ね貴見の通りです。 令和6年度の制度改正で「運動器機能向上加算については基本報酬に含まれる」との改正が行われたものですが、当該加算要件であった「運動器機能向上サービス」の考え方が変わるものではありません。 よって、「運動器機能向上計画の作成」「利用者の運動器機能の定期的な記録」「運動器機能向上計画の進捗状況の定期的な評価」は必要です。 12月を経過した利用者が「減算なし」の要件を満たす場合の対応について、利用者に対して行うべき事項を具体的に示したものは、厚労省通知から見つけることはできませんでした。 しかし、減算を行わないことに際し、リハビリテーション計画、運動器機能向上計画、LIFEへの情報提供が必要である旨を利用者に説明することは、一般的な対応として適当であると考えます。 なお、12月経過後の「減算の対象となる利用者がある場合の対応」、「減算を行わない場合の対応」については、「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.2)」(令和6年3月19日付事務連絡)の問11及び問12が参考になりますことを申し添えます。	改正された介護予防通所リハビリテーションについて、報酬の算定の考え方が記載されている厚生労働省からの通知文書としては「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」(報酬告示の留意事項通知)を参考にしてもらうことになります。この通知文書内で、これまで「運動器機能向上加算」の要件と記載されていた「運動器機能向上サービスについて」の項目は、基本報酬の要件として記載されています。	R6.5.14掲載の再掲載

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
122	4(2)①	運動器機能向上加算の基本報酬へ包括化	「運動器機能向上加算」と「選択的サービス複合実施加算」が介護予防通所リハビリテーションで廃止となり、「一体的サービス提供加算」が新設されますが ①総合事業の従前型通所サービス及び緩和型通所サービスAでもこれまでと同様の取扱いが。 ②同様の取り扱いとなる場合、単位数と適用開始となるサービス提供月はいつか。	①貴見の通り。 厚生労働省が定めた通所型サービス費（総合事業）の算定構造表から「運動器機能向上加算」と「選択的サービス複合実施加算」は削除され、「一体的サービス提供加算」が新設されたことから、松江市の従前型通所サービスと緩和型通所サービスAについても同様の取り扱いとなります。 ②「一体的サービス提供加算」の単位数は『1月につき480単位』で、適用開始となるサービス提供月は令和6年4月からです。	厚生労働省が示した「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」においては、いわゆる総合事業（訪問サービス、通所サービス）に関しての記載はありませんが、同様の解釈や同様の算定があるものについては、貴見の通り、総合事業にも反映されるものがあります。 報酬に関しては、WAM NETに「介護報酬の算定構造（報酬構造）」が示されていますので参照してください。 ただし、総合事業・通所サービスの運動器機能向上サービスの提供にあたっての運動器機能向上計画については、介護予防・日常生活支援総合事業の報酬告示の留意事項通知において必ずしも必要とはされていません。	R6.4.10掲載の再掲載 (R6.7.25修正)
123	4(2)①	運動器機能向上加算の基本報酬へ包括化	総合事業・通所サービスの「運動器機能向上加算」が削除となったが、これまでの「運動器機能向上計画書」並びに3月毎の評価はどのように取り扱うべきか。	貴見の通り、介護予防・日常生活支援総合事業（通所サービス）においてこれまでの運動器機能向上加算は廃止となります。併せて、複合サービス実施加算も廃止となり、一体的サービス提供加算が設定されます。 今回の制度改正で、総合事業・通所サービス今後の運動器機能向上計画書の必要性については、厚生労働省から明示されていませんが、運動器機能向上加算は「基本報酬に包括化」されるものであることから、これまでの運動器機能向上計画に相当するものを、通所サービスの個別サービス計画に盛り込むと、より良いと考えます。については介護予防・日常生活支援総合事業の報酬告示の留意事項通知において、必ずしも必要とはされていません。当該報酬告示の留意事項通知の記載内容に則したサービス提供を行ってください。	介護予防・日常生活支援総合事業（通所サービス）の運動器機能向上加算と複合サービス実施加算の廃止、及び一体的サービス提供加算の新設加算の考え方は、介護予防通所リハビリテーションの運動器機能向上加算と選択的サービス複合実施加算の廃止、一体的サービス提供加算の新設と同様の考え方に起因します。 介護予防・日常生活支援総合事業（通所サービス）に係る通知はされていませんが、厚生労働省のホームページの「令和6年度介護報酬改定について」に「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」が掲載されていますので、その中の介護予防通所リハビリテーションの項目を参考にしてください。	R6.4.18掲載の再掲載 (R6.5.14修正) (R6.7.25修正)
124	4(2)①	運動器機能向上加算の基本報酬へ包括化	総合事業・通所サービスの「一体的サービス提供加算」の要件に、『運動器機能向上サービスに加えて、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを一体的に実施すること』とあるが、この『栄養改善サービス』『口腔機能サービス』とは具体的にどのような内容か。 『栄養改善加算』『口腔機能向上加算』を算定しないことが要件であるが、それぞれ、「栄養加算に係る栄養改善サービス、口腔機能向上加算に係る口腔機能向上サービスとは内容が異なるということか。	総合事業・通所サービスの「一体的サービス提供加算」は令和6年度介護保険制度改定における、介護予防通所リハビリテーションの次の改正と同義です。 ・運動器機能向上加算の廃止（基本報酬に包括化） ・選択的サービス複数実施加算Ⅰ・Ⅱの廃止（栄養改善加算、口腔機能向上加算で評価） ・一体的サービス提供加算の新設 よって、各加算の算定要件も介護予防通所リハビリテーションと同義で、その算定内容は次の通りです。 『栄養改善加算』 通所介護と同様であるので、老企第36号7の(18)（下記【考え方の整理】で説明）を参照されたい。ただし、指定介護予防通所リハビリテーションにおいて栄養改善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ないで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すること。 なお、要支援者に対する当該サービスの実施に当たっては、栄養ケア計画に定める栄養改善サービスをおおむね3月実施した時点で栄養状態の改善状況について評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告するとともに、栄養状態に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、当該サービスを終了するものとする。 『口腔機能向上加算』 通所介護と同様であるので、老企第36号8の(20)（下記【考え方の整理】で説明）を参照されたい。ただし、指定介護予防通所リハビリテーションにおいて口腔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ないで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すること。 なお、要支援者に対する当該サービスの実施に当たっては、口腔機能改善管理指導計画に定める口腔機能向上サービスをおおむね3月実施した時点で口腔機能の状態の評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告するとともに、口腔機能向上に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、当該サービスを終了するものとする。 『一体的サービス提供加算』 当該加算は、基本サービスとしている運動器機能向上サービスに加えて、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを一体的に実施することにより、要支援者の心身機能の改善効果を高め、介護予防に資するサービスを効果的に提供することを目的とするものである。なお、算定に当たっては以下に留意すること。 ① 栄養改善加算及び口腔機能向上加算に掲げる各サービスの取扱いに従って適切に実施していること。 ② 基本サービスとしている運動器機能向上サービスに加えて、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを一体的に実施するに当たって、各選択的サービスを担当する専門の職種が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法等について検討すること。 これらにより「一体的サービス提供加算」は、その算定要件中の①により、栄養改善加算及び口腔機能向上加算を算定していないこととなり、加えて②による「基本サービスとしている運動器機能向上サービス」、「栄養改善サービス」、「口腔機能向上サービス」を一体的に行っていただくことにより算定できるものです。 ただし、総合事業・通所サービスについては、介護予防・日常生活支援総合事業の報酬億時の留意事項により、必ずしも「運動器機能向上サービスの提供」に当たっての計画は必要としません。	『通所介護の栄養改善加算』 従来の「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」中、『7 通所介護(18)栄養改善加算について』をご一読ください。（長文となりますので、この回答書には記載いたしません。）《令和6年度介護制度改正はありませんでした。》 『通所介護の口腔機能向上加算』 従来及び改正後の「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」中、『7 通所介護(20)口腔機能向上加算について』をご一読ください。（長文となりますので、この回答書には記載いたしません。）《令和6年度介護制度改正で一部改正がありました。従来と改正後を費所で比較してください。》 『一体的サービス提供加算』 改正後の「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」中、『6 介護予防通所リハビリテーション(12)一体的サービス提供加算について』をご一読ください。（上述の内容の記述があります。） なお、上述の留意事項通知のうち、改正後のものは、厚生労働省のホームページ「令和6年介護報酬改定について」に掲載されています。 また、同ホームページに掲載されている、『令和6年度介護報酬改定に係る改定事項について』中『4.（2）①』で介護予防通所リハビリテーションの運動器機能向上加算と選択的サービス複数実施加算の廃止と一体的サービス提供加算の新設について説明されています。	R6.5.14掲載の再掲載 (R6.7.25修正)

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
125	4(2)①	運動器機能向上加算の基本報酬へ包括化	総合事業・通所サービスで運動器機能向上加算が削除となるが、当該加算以外に変更がない事業所である場合、「介護予防・日常生活総合事業費算定に係る体制届出書」及び「体制等状況一覧表」の提出は必要か。	従来より、運動器機能向上加算のみを算定しておられた場合には体制届の必要はありません。	令和6年度介護保険制度改定で、総合事業・通所型サービスにおいては、運動器機能向上加算と複数サービス実施加算が廃止となり、一体的サービス提供加算が設定されています。(介護予防通所リハビリテーションの改正と同義です。) よって、運動器機能向上加算の廃止に合わせて、一体的サービス提供加算を取得されるのであれば、体制届の提出が必要となります。	R6.5.14掲載の再掲載
126	4(2)①	運動器機能向上加算の基本報酬へ包括化	総合事業・通所サービスの「運動器機能向上加算」が削除されることにより、運動器機能向上計画書で行っていた『握力』『歩行時間』などの計測は今後しなくてよいと考えられるか。	令和6年度の制度改正で「運動器機能向上加算については基本報酬に含まれる」との改正が行われたものですが、当該加算要件であった「運動器機能向上サービス」の考え方が変わるものではありません。	総合事業・通所サービスの「運動器機能向上サービス」の考え方は、介護予防通所リハビリテーションの「運動器機能向上サービス」と同義です。 改正された介護予防通所リハビリテーションについて、報酬の算定の考え方が記載されている厚生労働省からの通知文書としては「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」(報酬告示の留意事項通知)を参考にしてもうごことになります。この通知文書内で、これまで「運動器機能向上加算」の要件と記載されていた「運動器機能向上サービスについて」の項目は、基本報酬の要件として記載されています。 介護予防における「運動器機能向上サービス」については、厚生労働省の「介護予防マニュアル第4版」中「第2章-運動器の機能向上マニュアル」に則します。同マニュアル内の運動器機能向上のアセスメントのメニューの一つとして「体力測定」が例示されています。この例示の中のアセスメントツールとして、『握力』や『歩行時間』が例示されています。 まって『握力』や『歩行時間』は、上述の通り例示がある一方で、「運動器機能向上サービス」は基本報酬内で履行していく必要があります。これらのことから、個々の利用者に対してアセスメントツールを用いた「運動器機能向上サービス」は継続される必要があります。 (参考資料) (4)「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」(厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」に掲載されています。)ただし、総合事業の運動器機能向上サービスの提供方法については、厚生労働省の下記の留意事項通知に従っていただければ良いと考えます。 『運動器機能向上サービス(利用者の運動器の機能向上を目的として個別に実施される機能訓練であって、利用者の心身の状態の維持または向上に資すると認められるものをいう。)は、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師(はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、かつ、機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。)を1名以上配置し、国内外の文献等において介護予防の観点から有効性が確認されている手法等を用いて行うこと。』	R6.5.14掲載の再掲載 (R6.7.25修正)
127	4(2)①	運動器機能向上加算の基本報酬へ包括化	総合事業・通所サービスにおいて、運動器機能向上加算の廃止に伴い、これまでの運動器機能向上加算算定のための運動器機能向上計画書の内容は、予防通所計画書に組み込むこととしてよいか。	運動器機能向上加算は廃止になりますが、運動器機能向上加算の要件であった「運動器機能向上サービス」は基本報酬に含まれるという解釈です。 よって、運動器機能サービスを実施するための運動器機能向上計画がなくなるのではなく、当該計画の作成は必要です。 下記に示す、介護予防・日常生活支援総合事業の報酬告示の留意事項通知に記載される範囲の対応をお願いします。 『運動器機能向上サービス(利用者の運動器の機能向上を目的として個別に実施される機能訓練であって、利用者の心身の状態の維持または向上に資すると認められるものをいう。)は、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師(はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、かつ、機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。)を1名以上配置し、国内外の文献等において介護予防の観点から有効性が確認されている手法等を用いて行うこと。』	令和6年度介護保険制度改定において、「総合事業・通所型サービスでは、運動器機能向上加算と複数サービス実施加算が廃止となり、一体的サービス提供加算が設定される」こととなりますが、この内容は介護予防通所リハビリテーションの改正と同義です。 よって、厚生労働省のホームページ「令和6年度介護報酬改定について」に掲載されている「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」(介護報酬の留意事項通知)をご一読ください。 当該留意事項通知中の「6介護予防通所リハビリテーション費 (1)算定の基準について⑧及び⑨」に「運動器機能向上サービス」と「運動器機能向上計画」についての記載があります。 ただし、左記の留意事項通知に基づき「運動器機能向上計画」に相当するものは、必ずしも必要ではありません。	R6.6.21掲載の再掲載 (R6.7.25修正)

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
128	4(2)①	運動器機能向上加算の基本報酬へ包括化	介護予防通所リハビリテーションの報酬告示の留意事項通知に「運動器機能向上計画に相当する内容を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。」とあるが、この記載を総合事業の通所サービスに準用し、要件を満たしていれば運動器機能向上計画は廃止してよいか。 また、従来は運動器機能向上加算の要件として体力測定を実施していたが、目標の達成度と実施内容の進捗を適正に評価できれば、必ずしも体力測定を行う必要はないと解釈してよいか。	令和6年度の制度改定で「運動器機能向上加算については基本報酬に含まれる」との改正が行われたもので、当該加算要件であった「運動器機能向上サービス」の考え方が変わるものではありません。よって、「運動器機能向上サービス」を実施するための運動器機能向上計画の作成は必要です。 従来からの「運動器機能向上サービス」のコンテンツの一つが体力測定で、貴事業所が活用しておられる運動器機能向上計画には、体力測定が記されていたものと推測します。	総合事業・通所サービスの「運動器機能向上サービス」の考え方は、貴見の通り、平成24年以前の介護予防通所リハビリテーションの「運動器機能向上サービス」と同義です。 令和6年度の介護保険制度改定前の「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」（報酬告示の留意事項通知）で、運動器機能向上加算を算定するために運動器向上サービスの提供が必要で、この運動器機能向上サービスの実施方法の一つとして「運動器機能向上計画の作成が必要である」旨が示されています。（概ね貴見の通り。）  令和6年度の介護保険制度改定における「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」（報酬告示の留意事項通知）では、基本報酬にこのことが記されています。 これらを踏まえ、介護予防における「運動器機能向上サービス」については、厚生労働省の「介護予防マニュアル 第4版」中「第2章 運動器の機能向上マニュアル」に則します。同マニュアル内の各様式は『例示』ですので、モニタリングやアセスメントに際しては、利用者毎の「運動器機能向上サービス」の内容に応じて対応されることで差し支えありません。また、同マニュアルにおいて、運動器機能向上のメニューの一つとして「体力測定」が例示されています。更に、その例示の中のアセスメントツールとして、『握力』や『歩行時間』等が例示されています。 よって「体力測定」やそのアセスメントツールは例示ですが、一方で「運動器機能向上サービス」は基本報酬内で履行していく必要があります。これらのことから、個々の利用者の状況に基づいた運動器機能向上のためのメニューやアセスメントツールを用いた「運動器機能向上サービス」は継続される必要があり、それに則したアセスメントやモニタリングを行うことが適切です。 ただし、総合事業・通所サービスについては、左記の介護予防・日常生活総合事業の報酬告示の留意事項通知に基づき、必ずしも運動器機能向上計画は必要としません。	R6.6.21掲載の再掲載
129	4(2)①	運動器機能向上加算の基本報酬へ包括化	通所サービスにおいて、運動器機能向上加算は無くなるが運動器機能向上計画は必要とするなら、どのような計画書とモニタリング表の様式が適当か。か。	運動器機能向上計画及びそれを評価・検証するためのモニタリング表、アセスメント表は、いわゆる「国の標準様式」はありませんので、利用者の状態にあった任意様式をご用意ください。 ただし、総合事業・通所サービスについては、下記に記す介護予防・日常生活支援総合事業の報酬告示の留意事項通知に基づき、必ずしも運動器機能向上計画は必要としません。 この報酬告示の留意事項通知に記載される範囲の対応をお願いします。 『運動器機能向上サービス（利用者の運動器の機能向上を目的として個別に実施される機能訓練であって、利用者の心身の状態の維持または向上に資すると認められるものをいう。）は、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、かつ、機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）を1名以上配置し、国内外の文献等において介護予防の観点から有効性が確認されている手法等を用いて行うこと。』	上述の介護予防マニュアルに関する部分以外は、平成24年度以前の「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」（報酬告示の留意事項通知）にも示されています。このことから、平成24年度以前から、「運動器機能向上サービス」を提供する事業所には、『実施すべき事項』として変更がされていないものと解されます。 また、介護予防マニュアルは平成17年度が初版、平成21年度が第2版、平成24年度が第3版、令和4年が第4版です。 介護予防通所リハビリテーション、総合事業・通所サービスの両方に参考になるものですので、ご一読ください。	R6.6.21掲載の再掲載 (R6.7.25修正)
130	4(2)①	運動器機能向上加算の基本報酬へ包括化	運動器機能向上加算の廃止により、体力測定は必要ないと考えてよいか。	令和6年度の制度改定で「運動器機能向上加算については基本報酬に含まれる」との改正が行われたもので、当該加算要件であった「運動器機能向上サービス」の考え方が変わるものではありません。よって、「運動器機能向上サービス」を実施するための運動器機能向上計画の作成が必要で す。 その上で、従来からの「運動器機能向上サービス」のコンテンツの一つが体力測定で、貴事業所が活用しておられる運動器機能向上計画には、『体力測定』が記されていたものと推測されます。このことは、「運動器機能向上サービスの実施」が算定要件であり、『体力測定』が算定要件であるわけではありません。 運動器機能向上計画については、国の標準様式はありません。右の「参考事項」を参考に、それぞれの利用者 に 則した適切な「運動器機能向上サービスの提供を行うための計画書」を作成され、それに則して適切なモニタリングやアセスメントを行ってください。  また、なお、介護予防通所リハビリテーションと総合事業・通所サービスでは運動器機能向上計画の取り扱いが異なりますので、No.121～No.129の回答も参考にしてください。	総合事業・通所サービスの「運動器機能向上サービス」の考え方は、介護予防通所リハビリテーションの「運動器機能向上サービス」と同義です。 令和6年度の介護保険制度改定前の「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」（報酬告示の留意事項通知）で、従来の運動器機能向上加算を算定するために必要であった『運動器向上サービスの提供』は基本報酬に含むとされ、運動器機能向上サービスの実施のために『運動器機能向上計画の作成が必要である』旨が示されています。 一方で、総合事業・通所サービスについては、介護予防・日常生活支援総合事業の報酬告示の留意事項通知において、次の通り示されていますので、これに準じた対応がされていれば必ずしも運動器機能向上計画は必要としません。 『運動器機能向上サービス（利用者の運動器の機能向上を目的として個別に実施される機能訓練であって、利用者の心身の状態の維持または向上に資すると認められるものをいう。）は、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、かつ、機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）を1名以上配置し、国内外の文献等において介護予防の観点から有効性が確認されている手法等を用いて行うこと。』	R6.6.21掲載の再掲載 (R6.7.25修正)

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
131	5①	「重要事項」の掲示の見直し	重要事項の掲示方法が見直されることに併せて、紙ベースの重要事項説明書を見直している。「虐待防止に関する取組」、「感染症まん延防止に関する取組」、「業務継続計画の策定等」については、指針やマニュアルを策定した上で、それらを紙ベースの重要事項説明書に記載する必要があるか。	各サービスごとの「人員、設備及び運営に関する基準」（以下「基準省令」と記す）で重要事項説明をする内容が定められており、運営規程の必須項目については重要事項説明をする必要があるとなっています。 質問のうち、居宅系サービスにおいては、「虐待防止のための措置に関すること」は運営規程で定めることとなっています。「衛生管理等（この中にまん延防止に関することが含まれます）」と「業務継続計画の策定等」は定められていません。 よって、重要事項説明では「虐待防止のための措置に関すること」は重要事項説明書に記載する必要がありますし、利用者若しくはその家族等に説明も必要です。  なお、重要事項説明とは基準省令においては「内容及び手続きの説明および同意」という項目に相当します。この項目においては『運営規程の概要、職員の勤務体制その他利用申込者のサービスの選択に資すると認められること』を重要事項として説明するとなっています。このことから、それぞれの法人・事業所において「衛生管理等」や「業務継続計画の策定等」だけでなく『その他利用申込者のサービスの選択に資すること』と判断される内容があれば、より丁寧な重要事項説明を妨げるものではありません。		R6.2.26掲載の再掲載
132	5①	「重要事項」の掲示の見直し	「事業者は原則として重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない」との見直しがされたが、SNSでも良いか。	一般論ですが、情報通信分野での取り扱い、次の様に分類されると考えられます、 ○ウェブサイト＝ホームページ⇒ストック型メディア（受動型メディア） ・それを必要とする人が閲覧するもの。情報の提供速度は遅いが、正確で大量な情報提供ができる。 ○SNS⇒フロー型メディア（機能型メディア） ・必要とするしなに関わらず、コミュニケーションをとるための情報ツール。情報の提供速度は速いが、情報量が少ないために、読む側の正確な理解につながるか不確実。  また、厚生労働省の解釈通知で「重要用事項等の情報を掲載するウェブサイトとは『法人のホームページ等又は情報公表システム上』」とされています。  これらのことから、SNSは基準省令に記されるウェブサイトには含まれないと考えるのが適当と考えます。 ただし、厚生労働省から今後示される「介護保険制度改定に関するQ&A」などの見解を注視する必要がありますと考えます。  なお、この見直しは令和7年3月31日までの1年間は経過措置期間であることを申し添えます。	令和6年1月22日の社会保障審議会介護給付費分科会資料「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」中、P149には『令和7年度からは義務付ける』との記載があります。	R6.2.26掲載の再掲載
133	5①	「重要事項」の掲示の見直し	「事業者は原則として重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない」とは各事業所でウェブサイトを作成するのか。それとも行政でウェブサイトを作成するのか。	令和6年1月22日の社会保障審議会介護給付費分科会資料「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」によれば、「重要事項等の情報を掲載するウェブサイトとは『法人のホームページ等又は情報公表システム上』」とされています。 貴見の「行政」が、例えば『松江市』というような地方自治体を意味しておられるのであれば、そこでウェブサイトを作成することはありませんので、上述の内容に準じていただくこととなります。  なお、この見直しは令和7年3月31日までの1年間は経過措置期間であることを申し添えます。	No.123の参考事項参照	R6.2.26掲載の再掲載
134	5①	「重要事項」の掲示の見直し	ウェブサイトとはどういうものか。 ホームページを立ち上げる必要があるか。	No.132～No.133の回答を参照ください。		R6.2.26掲載の再掲載
135	5①	「重要事項」の掲示の見直し	「原則として」とあるが、ウェブサイトへの掲載をしなかった場合、罰則や減算はあるか。	現時点では、罰則も減算もありません。（3年後の制度改正に向けた動向を注視する必要があります。） 「原則として」の法的解釈は、厚生労働省から今後示される「介護保険制度改定に関するQ&A」などの見解を注視する必要がありますと考えます。  なお、この見直しは令和7年3月31日までの1年間は経過措置期間であることを申し添えます。	No.123の参考事項参照	R6.2.26掲載の再掲載
136	5①	「重要事項」の掲示の見直し	事業所の運営規程に係る重要事項等のウェブサイト上での掲載について、費用面や業者の工程上令和7年3月31日までに掲載が困難と考えられる場合、基準省令の「原則として」により、令和7年4月1日以降に掲載してよいか。	基準省令にある「原則」とは、令和7年4月1日時点で、次の二つの方法のいずれかの対応をしていれば、基準省令を満たすということをしているものと考えます。 ① 運営法人のホームページに、運営規程の概要等の重要事項等を掲載する。（令和7年4月1日時点での重要事項説明書をPDFなどに加工して、掲載することも認められます。） ② 厚生労働省のホームページにあるプラットフォーム「介護サービス情報公表システム」をすべて記載していることで、重要事項等の掲載に相当する。 上述①②の方法が「原則」であり、それ以外の方法でウェブサイトに掲載ができるのであれば、それを法人内で検討いただくことは差し支えありません。（ただし、SNSは適切な方法ではないと考えます。）  これらのことから、「原則」は掲載の時期のことではなく、掲載方法のことを指しているものと考えます。	法人のホームページのリニューアルでの掲載も一つの手段ですが、一番単純な方法はPDF掲載で、業者にもよりますが、一般的には数分から数時間で作業が完了します。 また、基準省令の解釈通知にあるように、厚生労働省は上述結論②の「介護サービス情報公表システム」を活用することを認めています。（厚生労働省は、中長期的に当該システムの運用の強化を考えており、そのために、今回の基準省令改定でも、同システムの活用を促しているものと推察しています。） この二つの方法のいずれであれば、基準省令の「重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない」を確実に満たすことになるものと考えます。	R7.1.22掲載
137	その他	その他	杖などの紛失の可能性のあるものは複数個購入・再購入に制限はあるか。	質問の内容は、この度の制度改正の項目にはありません。 従来通りの基準に基づくものと考えてください。		R6.2.26掲載の再掲載

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
138	その他	その他	購入した福祉用具を別に貸与することは可能か。	質問の内容は、この度の制度改正の項目にはありません。 従来通りの基準に基づくものと考えてください。 ただし、「貸与と販売」の選択を行った後にそれを変更することが可能か否かについては、厚生労働省から今後示される「介護保険制度改定に関するQ&A」などの見解を注視する必要があると考えます。		R6.2.26掲載の再掲載
139	その他	その他	直接介護にあたらぬ介護助手も認知症基礎研修の受講は必要か。	「直接介護にあたらぬ」職員が基準省令上の職員であるかが分かりかねますが、全てのサービスの基準省令に基づく「人員基準」で勤務形態一覧表に記載される職員は、医療・介護関係の資格を有していない場合は、認知症基礎研修の受講が必要です。	令和3年4月改正項目	R6.3.26掲載の再掲載
140	その他	その他	業務継続計画の市への提出は必要か。	必要ありません。 なお、業務継続計画は作成することが目的ではなく、「作成」「研修・訓練」「見直し」「次の計画作成」を繰り返すことが基準上の解釈であることを申し添えます。		R6.3.26掲載の再掲載
141	その他	その他	認知症基礎研修の研修受講済みの市への報告は必要か。	必要ありません。 ただし、法人や事業所は「いつ」「だれが」「どこで」認知症基礎研修を受講されるのか調整する必要があります。また、研修修了証等、研修実績が分かるものを保管しておくことも必要です。		R6.3.26掲載の再掲載
142	その他	その他	訪問介護の処遇改善加算について、現行の令和6年5月まで有効の処遇改善加算と令和6年6月から有効となる処遇改善加算について、現行の要件では特定事業所加算や福祉専門員加算の取得が条件となっているが、令和6年6月からの加算も同様か。 また、処遇改善加算は法人全体が対象となるか。具体的には特定事業所加算を取得していない事業所と取得している事業所があった場合、どのように取り扱うべきか。	質問は「処遇改善加算」となっていますが、「特定処遇改善加算」と読み替えて回答します。 現行の訪問介護における特定処遇改善加算（1）については、特定事業所加算を取得していることが条件です。（「福祉専門員加算」は障害者総合支援法の障害福祉サービス又は児童福祉法の障害児サービスに対する加算ですので介護保険との関係性はありません。） 令和6年6月からの介護職員等処遇改善加算（1）に現行の特定処遇改善加算（1）の要件が「キャリアパス要件Ⅴ（介護福祉士等の配置）」としてありますので、令和6年6月から介護職員等処遇改善加算（1）を取得されるのであれば、特定事業所加算を取得する必要があります。 現行制度も令和6年6月からの制度も処遇改善系加算は全て事業所単位で算定するもので、法人単位で算定するものではありません。そのため、計画書等の基本情報欄には事業所毎に記載することとなっています。よって、令和6年6月からの介護職員等処遇改善加算についても、事業所単位でキャリアパス要件を確認し、計画を作成され、適切な体制届の提出と適切な算定を行ってください。	介護保険最新情報Vol.1209「介護職員等処遇改善加算等に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（案）」のキャリアパス要件欄を参照してください。 なお、令和6年3月15日付で上述の介護保険最新情報の「（案）」は無くなっていることを申し添えます。	R6.4.10掲載の再掲載
143	その他	その他	松江市のホームページ中「加算等の届出様式（全サービス）（令和6年4月1日以降）」で各種様式が示されているが、変更のない場合は体制届の提出は不要としてよいか。	貴見の通りです。		R6.4.11掲載の再掲載
144	その他	その他	介護施設・事業所で義務化され、必須とされる研修の内容やその回数について、どうすれば正確な情報を得ることができるか。	基本的には、サービス毎に基準省令と省令の解釈通知で定められています。 厚生労働省からサービス毎の研修一覧のようなものは示されていないと考えています。 なお、地域密着型サービスには別の通知（基準省令とその解釈通知）で定められているので、ご確認ください。	【例】 ○在宅系サービス《基準省令》 「指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準」、「指定介護予防サービス等の人員、設備及び運営並びに指定介護 予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」 ○居宅系サービス《解釈通知》 「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」 ○地域密着型サービス《基準省令》 「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」、「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに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」 ○地域密着型サービス《解釈通知》 「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」 《別の通知》 「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準並びに地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準に規定する厚生労働大臣が定める者及び研修」  同様基準省令と解釈通知が、施設系サービス、居宅介護支援、介護予防支援にもあります。	R6.4.18掲載の再掲載 (R6.5.14修正)
145	その他	その他	介護療養型医療施設が介護保険サービスから無くなり、「他科受診時費用」については介護医療院のみで新たな要件が報酬告示の留意事項通知に示されているが、介護医療院の医師の判断で受診し、その後定期受診となった場合も「他科受診時費用」の該当となるか。 その場合定期受診ごとに施設から医療機関への情報（診療情報）は必要か。	入所者の病状からみて、当該介護医療院自らが必要な医療を提供することが困難と判断した場合は、定期受診も含め、他科受診費用の対象と考えます。 また、他科医療機関において費用を算定できる診療であれば、定期受診の場合の情報提供は、その診療内容によるものと考えます。	他科受診について「1月に4日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定する」とあります。これについて、定期受診であるか否かは示されていないことから、定期受診を含むと解釈できるものと考えます。 また、令和6年度に新たに示された報酬告示の留意事項通知（「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び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の制定に伴う実施上の留意事項について」）において、「他医療機関において規定の費用を算定する診療が行われた場合は、当該診療に必要な情報を文書により提供する」とあり、『他医療機関の診療毎』との記載ではありません。このことから、初診時は必須ですが、それ以降の定期受診に関しては、他医療機関との調整によるものと考えます。	R6.6.21掲載の再掲載
146	その他	その他	介護医療院への入所の原因となった傷病以外で、入所前から罹患しており、介護医療以外での受診が継続している（介護医療院の医師の指示でなく、罹患時の医師の判断で受診している）場合は、他科診療時費用は該当するか。	入所者の病状からみて当該介護医療機関自らが必要な医療を提供することが困難と判断した場合は、他科受診費用の対象と考えます。	「入所者が他科医療機関への受信した時の費用の算定について」は、当該介護医療院において必要な医療を提供できない場合です。質問にある入所前からの罹患に関して、入所後に当該介護医療院でその医療の提供ができる場合は、当該介護医療院で提供することを妨げるものではないですが、一方で、左記の回答の通り、「当該介護医療院自らが必要な医療を提供することが困難と判断した場合は、利用者の健康や生命を優先すべきものと考えます。	R6.6.21掲載の再掲載

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A (Vol.10) (令和8年6月5日付け)

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
147	その他	その他	介護医療院への入所の原因となった傷病以外で、他科医療機関で専門的な診療を受けた場合は、必ず他科受診費用を算定しなければならないか。	専門的な診療が必要で、当該介護医療院において必要な医療を提供することが困難と判断したものは、他科受診費用の対象と考えます。	「専門的な診療が必要な場合」に他科受診することは必須ではありません。しかし、当該介護医療院自らが医療を提供することが困難と判断した場合は、利用者の健康や生命を優先すべきものと考えます。	R6.6.21掲載の再掲載
148	その他	その他	介護予防・日常生活支援総合事業の送迎減算が新設されましたが、例えば「急な事情で家族が迎えに来られた状況」でも減算するという解釈か。	減算となります。	介護報酬の解釈 単位数表編 令和6年4月版(青本) P1391を参照ください。	R6.9.9掲載の再掲載
149	その他	その他	施設系サービスの栄養マネジメント強化加算の常勤換算方法での管理栄養士の算出方法について、「調理業務の委託先について配置される栄養士及び管理栄養士の数は含むことはできない。」と留意事項通知で示されているが、委託業務において出向で当該施設で管理栄養士として勤務すれば数に含んでよいか。	一言で「出向」という場合でも、大きく二種類の出向があります ① 当該管理栄養士が所属する出向元から、辞令書等による出向命令に基づき貴施設に勤務し、貴施設の指揮命令系統のもののみで業務を行う場合は、当該管理栄養士は、常勤換算方法を用いて人員算出する対象となり得ると考えます。 ② 一方、労働基準法上の「在籍型出向」である場合は、在籍元の業務を行わず、出向先での『目的ある業務』のみを行う必要があります。例えば在籍元と出向先のそれぞれで指揮命令系統がある場合、「出向」という名称を利用しても「派遣」とみなされることもあります。貴施設が、「業務委託を継続した状態で、当該職員を出向させる」ことにより、「在籍型出向」となり、例えば指揮命令系統が二重に発生する場合は派遣と同様な状態であり、常勤換算方法を用いて人員算出することには適しません。(契約後に「派遣と同様」とみなされた場合で、且つ出向元が派遣業法上の「職員の派遣ができる資格」を有していない場合は、出向元・出向先とも派遣業法に抵触する可能性があります。) 貴施設が「業務委託を継続した状態で当該管理栄養士に出向をしてもらう」場合は、この「在籍型出向」と判断される可能性があり、労働基準監督署と協議をしていただく必要があるものと考えます。それにより「派遣ではない」との判断があれば、指揮命令系統は出向先のみであり、常勤換算方法を用いて人員算出していただいても構わないものと考えます。	当該、留意事項通知は令和3年度の改正時に示されましたが、具体的なQ&Aは示されていませんでした。この度、厚生労働省老健局老人保健課に相談を行った上での回答です。業務委託を継続しながら「出向」を行う場合、労基法との関係性を精査してください。	R6.9.9掲載の再掲載
150	その他	その他	新LIFEについて、 ①認知症棒のない方は「認知高齢者の日常生活自立度」にチェックをしないとして良いか。 ②服薬のない方はチェックなしで良いか。	① 認知症病名のない方のチェック 厚生労働省の「認知高齢者の日常生活自立度」の判定基準に基づき、貴施設において判断されることが適当です。 厚生労働省においては、介護保険を実施するうえでは認知症に関する疾病の有無に関わらず「認知高齢者の日常生活自立度」を用いることが通常の方法です。例えば介護認定の際の「認定調査」の際の医師や意見書や調査員の調査票の他、二次判定の際にも当該基準を用います。 ② 服薬のない方のチェック 服薬名の記入フォームは旧LIFE、新LIFEとも存在し、入力は任意項目です。 入力に関しては、科学的介護推進体制加算を算定される各施設・事業所で判断いただいても構わないものと考えます。	左記回答①については、厚生労働省他関係機関のホームページ等で「認知高齢者の日常生活自立度 改定の基準」が掲載されていますので、参考にしてください。 同②については、下記の厚生労働省発文を参考にしてください。 ・旧LIFE：令和3年3月16日付介護保険最新情報Vol.938「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」 ・新LIFE：令和6年3月15日付介護保険最新情報Vol.1216「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」	R6.9.9掲載の再掲載
151	その他	その他	介護老人保健施設の安全対策体制加算は、入所初日に限り1回の算定となるが、1度入所し再入所された方については算定していない。しかし、報酬告示やその留意事項通知においては、再入所についての記載がない。このような場合、どのように取り扱うべきか。	再入所時の際の算定は可能と考えます。(当該加算は令和3年度の改正で示されたもので、それ以降の変更はありません。)	(1)報酬告示及び留意事項通知において「対象の利用者について1回の算定に限る」との考え方が示されていないことから、先の回答のとおりとします。 (2)当該加算の再入所の際の取り扱い、ネット上で様々な意見や考え方が書き込まれています。そのような状況の中、今回の回答は当該加算が設けられた令和3年度の制度改定の際に、厚生労働省が一部の自治体からの質問に答えた回答を基にしました。 (3)一方で、当該加算は「入所者」を主体にした加算ではなく、施設の安全対策体制を評価して、体制届を提出させている加算であり、一度体制届を提出すれば、極端に言えば半永久的な体制加算です。 (4)また、「入所初日に限り算定できる」と特殊な表現がされている加算です。更に人によって「再入所」の形態は様々だと考えられます。 (5)このような現状ですが、当該質問の内容については、厚生労働省から公式なQ&Aは発出されていません。しかし、上述(2)～(4)の状況を考慮すると、本来は、厚生労働省から公式なQ&Aが発出されてもよいのではないかと考えています。 (6)今後、厚生労働省から公式なQ&Aが発出される可能性はあると考えます。その際は、上記の回答は修正する可能性もありますことをご承知ください。	R6.11.27掲載の再掲載

「令和6年度介護保険制度改定・報酬告示関係」Q&A（Vol.10）（令和8年6月5日付け）

No.	改正番号	該当質問項目	質問内容	回答	参考事項	掲載記録
152	その他	その他	介護医療院入所者の他医療機関への受診について、従来は「（略）当該患者に対し当該診療が行われた場合（当該診療に係る専門的な診療料をを標榜する他の医療機関（特別の関係にあるものを除く。）において、別途定める診療行為が行われる場合に限る。）は、当該他医療機関において（略）」とされていたが、令和6年4月からの報酬告示の留意事項通知においては『特別の関係にあるものを除く』に関する記載がない。 このことから、「特別の関係にある医療機関」を受診された際も介護医療院は、入院患者が他医療機関へ受診した時の費用の算定として362単位を算定し、医療機関側では通常の保険診療の請求を行うことが可能か。	当該報酬告示の留意事項通知において、介護医療院の「入所者が他医療機関へ受診したときの費用の算定について」にこれまで記載のあった『特別の関係にある他の医療機関』の表記が削除されていることを確認し、厚生労働省に確認したところ「改定された報酬告示の留意事項通知が誤っており、『特別な関係にある他の医療機関』についての考え方は従来通りである」との回答がありました。 このことから、介護医療院におかれましては、例えば社会保険研究所発行の「介護報酬の解説1 単位数編」を活用しておられる場合、令和6年4月版P1043の記載は誤りであり、引き続き令和3年4月版P1215に基づき、当該費用の算定をしていただくことになりますので、ご注意ください。		R7.1.22掲載
153	その他	その他	通所介護において、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱと口腔機能向上加算は同時算定可能と考えるが、口腔機能向上加算の算定開始月は同時算定できないと解釈している。口腔・栄養スクリーニングを行った月に口腔機能向上サービスが必要であると判断されれば、同月に同時算定できるか。	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱと口腔機能向上加算は同時算定できます。 ただし、口腔機能向上加算の算定開始月は同時算定できません。	<p>≪質問の加算の算定期間及び回数≫</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養改善加算及び口腔機能向上加算は、ケアマネジメントの一環として行った栄養ケアサービス又は口腔機能向上サービスの提供以降で、算定期間は3カ月以内、算定回数は2回/月です。</li> <li>・口腔・栄養スクリーニング加算は、スクリーニング月とそれ以降は概ね6月ごとに算定できます。</li> </ul> <p>≪質問の加算に係る解説≫</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・例えば、令和6年4月版「介護報酬の解説1（以下「青本」と記す）P288口(2)（三）（報酬告示の「厚生労働大臣が定める基準」）を解説すると、次のようになります。</li> </ul> <p>「口腔・栄養スクリーニング加算は、口腔機能向上加算の算定の算定要件である口腔機能向上サービスを受けている期間（上述の通り、口腔機能向上加算の算定期間は3カ月以内で算定回数は2回/月）及び口腔機能向上サービスの終了月で、口腔機能向上サービス開始月は含まない。」 ※口腔機能向上サービスが、口腔・栄養スクリーニングより先に実施されている状況の解説と推察します。</p> <p>※同義のことが、青本P288口(1)（二）に、栄養改善サービスの視点で記載されています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・同じく青本P289注19⑤（報酬告示の「留意事項通知」）を解説すると次のようになります。</li> </ul> <p>「口腔・栄養スクリーニング加算の算定要件であるそれぞれのスクリーニングを行った結果、栄養改善加算の算定要件である栄養改善サービス又は口腔機能向上加算の算定要件である口腔機能向上サービスを行った場合、栄養改善加算又は口腔機能向上加算の算定も可能」 ※口腔・栄養スクリーニングが栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスよりも先に実施されている状況です。</p>	R7.1.22掲載
154	その他	その他	介護医療院の基本報酬の算定において、例えば社会保険研究所発行「令和6年4月版 介護報酬の解釈1 単位数表編」P1042の注14を要約すると「イ・ロ・ハに該当するものに対して多床室のサービス（Ⅱ型医療院）を算定する」と解釈できるが、サービス費が多床室特別居室費は個室料で算定するということでよいか。 また、イの場合の「感染症等により」の『等』に「医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断（例えば看取り）した場合」という考えを含み、その際は「個室利用もサービス費は多床室で算定する」の解釈してよいか。	質問の前段は、貴見の通りと考えます。  質問の後段の場合の『等』は、「感染症を含むそれ以外の利用者の介護状態や病状」のことを意味すると考えるのが適当であると考えます。 一方で、医師の診断に基づく判断は様々であるのが通常だと考えます。	<p>ご質問の報酬算定の考え方は、介護療養型医療施設（以下「介護療養施設」と記す）が令和5年度末をもって廃止になったことに起因します。</p> <p>厚生労働省は、平成18年度の「医療構造改革」の中で「平成24年度末をもって介護療養施設を廃止する」としましたが、地域情勢や介護療養施設が担っていた特性を活かす必要性の議論などから、平成24年度末をもっての廃止には至りませんでした。</p> <p>その後、改めて議論が重ねられ、平成30年度に介護医療院が創設されることとなり、合わせて暫定期間を設けた上で令和元年度末までには基本的には介護療養施設の廃止が決まりました。暫定期間は令和5年度末と定められたことから、令和6年度の介護保険制度改正に併せて介護療養施設は完全に廃止となったものです。</p> <p>一方で、介護療養施設の報酬の一部を残すこととなり、告示されたものが、今回の質問項目です。</p> <p>なお、この告示については上述の通り「介護療養施設から介護医療院への移行に伴う経過措置」として設けられたものです。経過措置の終期は、別途告示がされるものと考えています。</p>	R7.1.22掲載

(注意)

1. 厚生労働省からのQ & Aが発出され、回答内容が異なる場合は、回答を修正する場合があります。  
Vol.10ではNo.17の回答を修正しています。
2. 質問内容は、質問票に書かれたそのものではなく、表現を変えているものがあります。
3. 今後。既に回答している表現を変えているものがあります。
4. 「総合事業・通所サービスの運動器機能向上加算」関係は、「介護予防通所リハビリテーションの運動器機能向上加算の基本報酬への包括化」と同義です。よって、「4（2）①」に掲載しています。  
ただし、「総合事業の運動器機能向上サービスの提供」と「介護予防通所介護の運動器機能向上サービスの提供」は、厚生労働省の報酬告示の留意事項通知において、それぞれ表記に違いがあり、R6.7.25掲載のVol.6で修正しています。