介護サービス事業者のための
運営の手引き

（令和３年度版）

訪問介護

介護保険制度は、更新や新しい解釈が出ることが大変多い制度です。
この手引きは作成時点でまとめていますが、今後変更も予想されますので、常に最新情報を入手するようにしてください。

名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課

目　次

項目	頁
Ⅰ　基準の性格、基本方針等	３
Ⅱ　人員基準について	４
Ⅲ　設備基準について	４
Ⅳ　運営基準について	
１　サービス提供開始の前に	
（１）内容及び手続の説明及び同意	５
（２）提供拒否の禁止	６
（３）サービス提供困難時の対応	６
（４）受給資格等の確認	７
（５）要介護認定の申請に係る援助	７
２　サービス提供開始に当たって	
（１）指定訪問介護の基本取扱方針	８
（２）指定訪問介護の具体的取扱方針	８
（３）心身の状況等の把握	８
（４）居宅介護支援事業者等との連携	８
（５）居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	９
（６）居宅サービス計画等の変更の援助	９
（７）訪問介護計画の作成	９
３　サービス提供時には	
（１）身分を証する書類の携行	１０
（２）サービスの提供の記録	１０
（３）利用料等の受領	１１
（４）保険給付の請求のための証明書の交付	１１
（５）同居家族に対するサービス提供の禁止	１２
（６）介護等の総合的な提供	１２
（７）利用者に関する市町村への通知	１２
（８）緊急時等の対応	１２

４　事業所運営について
（１）管理者及びサービス提供責任者の責務　１３
（２）運営規程　１４
（３）勤務体制の確保等　１５
（４）業務継続計画の策定等　１６
（５）衛生管理等　１８
（６）掲示　１９
（７）秘密保持等　２０
（８）広告　２０
（９）不当な働きかけの禁止　２０
（１０）居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止　２１
（１１）苦情処理　２２
（１２）地域との連携等　２３
（１３）事故発生時の対応　２３
（１４）虐待の防止　２８
（１５）会計の区分　３０
（１６）記録の整備　３０
（１７）電磁的記録等　３１

Ⅴ　名古屋市の独自基準について
１　記録の保存期間の延長　３３
２　暴力団の排除　３３

Ⅵ　介護報酬の算定について　３４

＜参考資料＞
アセスメント・訪問介護計画の作成・モニタリング　８１
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　８２
医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（通知）　８７
ストーマ装具の交換について　９１
介護職員によるたん吸引等について　９４

■手引きで使用する運営基準等に関する表記■

自治体の自主性を強化し自由度の拡大を図るため、法令による義務付けや枠付けを見直すことを目的とした「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」の施行に伴い、介護保険法、社会福祉法及び老人福祉法が改正され、これまで厚生労働省令で定められていた介護サービス等に係る「人員・設備及び運営に関する基準」を地方自治体の条例で定めることとされました。

本市では、これを受けて各介護サービス等に係る「人員・設備及び運営に関する基準」を定めた条例（以下、「基準条例」といいます。）を平成24年度に制定、平成25年4月1日から施行したところです。

これら本市が制定、施行した各介護サービスの「人員・設備及び運営に関する基準を定める条例」は、厚生労働省令で定められる基準を準用し、さらに本市独自の基準を盛り込んだものとなっています。

そのため、本手引きにおいて引用する条例、省令等の表記は、次のとおりとしています。

本市の各介護サービス等に係る「人員・設備及び運営に関する基準条例」	本市条例が準用する厚生労働省令	手引きでの表記	
		条例を引用する場合	厚生労働省令を引用する場合
名古屋市指定居宅サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例 【平成24年条例第73号】	指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準 【平成11年厚生省令第37号】	居宅基準条例	居宅基準省令
名古屋市指定介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定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等を定める条例 【平成24年条例第78号】	指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 【平成18年厚生労働省令第35号】	介護予防基準条例	介護予防基準省令
名古屋市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等を定める条例 【平成24年条例第74号】	指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準 【平成18年厚生労働省令第34号】	地密基準条例	地密基準省令
名古屋市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例 【平成24年条例第79号】	指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 【平成18年厚生労働省令第36号】	地密予防基準条例	地密予防基準省令
名古屋市特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準を定める条例 【平成24年条例第72号】	特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準 【平成11年厚生省令第46号】	特養条例	特養省令
名古屋市指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例 【平成24年条例第75号】	指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準 【平成11年厚生省令第39号】	特養基準条例	特養基準省令
名古屋市介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例 【平成24年条例第76号】	介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 【平成11年厚生省令第40号】	老健基準条例	老健基準省令
名古屋市指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例 【平成24年条例第77号】	指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準 【平成11年厚生省令第41号】	療養型基準条例	療養型基準省令

また、本市条例が準用する厚生労働省令に関する解釈通知の表記は、次のとおりとしています。

厚生労働省令	解釈通知	手引きでの表記
指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準 【平成11年厚生省令第37号】	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 【平成11年老企第25号】	老企第25号
指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 【平成18年厚生労働省令第35号】		
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 【平成18年厚生労働省令第34号】	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 【平成18年老計発第0331004号・ 老振発第0331004 号・老老発第0331017号】	老計発第0331004号等
指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 【平成18年厚生労働省令第36号】		
特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準 【平成11年厚生省令第46号】	特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について 【平成12年老発第214号】	老発第214号
指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準 【平成11年厚生省令第39号】	指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準について 【平成12年老企第43号】	老企第43号
介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 【平成11年厚生省令第40号】	介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 【平成12年老企第44号】	老企第44号
指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準 【平成11年厚生省令第41号】	健康保険等の一部を改正する法律附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準について 【平成12年老企第45号】	老企第45号

Ⅰ　基準の性格、基本方針等

指定居宅サービスの事業の一般原則

居宅基準省令　第３条

◎　指定居宅サービス事業者は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めなければなりません。

◎　指定居宅サービス事業者は、指定居宅サービスの事業を運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、市町村、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めなければなりません。

◎　指定居宅サービス事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければなりません。

（虐待の防止に係る措置は、令和６年３月31日まで努力義務。）

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

基準省令の性格

老企第２５号　第１

◎　基準は、指定居宅サービスの事業がその目的を達成するために必要な最低限度の基準を定めたものであり、指定居宅サービス事業者は、常にその事業の運営の向上に努めなければなりません。

●　指定居宅サービスの事業を行う者又は行おうとする者が満たすべき基準等を満たさない場合には、指定居宅サービスの指定又は更新は受けられず、また、基準に違反することが明らかになった場合には、

①勧告　相当の期間を定めて基準を遵守するよう勧告を行い、

↓

②公表　相当の期間内に勧告に従わなかったときは、事業者名、勧告に至った経緯、当該勧告に対する対応等を公表し、

↓

③命令　正当な理由が無く、当該勧告に係る措置を採らなかったときは、相当の期限を定めて当該勧告に係る措置を採るよう命令することができます。
（③の命令をした場合には事業者名、命令に至った経緯等を公示します）

なお、③の命令に従わない場合には、当該指定を取り消すこと、又は取消しを行う前に相当の期間を定めて指定の全部若しくは一部の効力を停止すること（不適正なサービスが行われていることが判明した場合、当該サービスに関する介護報酬の請求を停止させること）ができます。

●　ただし、次に掲げる場合には、基準に従った適正な運営ができなくなったものとして、直ちに指定を取り消すこと又は指定の全部若しくは一部の効力を停止することができます。

①　次に掲げるとき、その他事業者が自己の利益を図るために基準に違反したとき

ア　指定居宅サービスの提供に際して利用者が負担すべき額の支払を適正に受けなかったとき

イ　居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの代償として、金品、その他財産上の利益を供与したとき

②　利用者の生命又は身体の安全に危害を及ぼすおそれがあるとき

③　その他①及び②に準ずる重大かつ明白な基準違反があったとき

○　運営に関する基準及び介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準に従って事業の運営をすることができなくなったことを理由として指定が取り消され、法に定める期間の経過後に再度当該事業者から当該事業所について指定の申請がなされた場合には、当該事業者が運営に関する基準及び介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を遵守することを確保することに特段の注意が必要であり、その改善状況等が確認されない限り指定を行わないものとする、とされています。

○　特に、居宅サービスの事業の多くの分野においては、基準に合致することを前提に自由に事業への参入を認めていること等にかんがみ、基準違反に対しては、厳正に対応すべきであるとされています。

Ⅱ　人員基準について

指定訪問介護事業所における人員基準については、『指定申請の手引き』にてご確認ください。『指定申請の手引き』は、ＮＡＧＯＹＡかいごネットの「事業所の新規指定申請について」のページからダウンロードしていただけます。

※ＮＡＧＯＹＡかいごネット「事業所の新規指定申請について」のページ
(URL:https://www.kaigo-wel.city.nagoya.jp/view/kaigo/company/shitei/shisetsu/)

Ⅲ　設備基準について

指定訪問介護事業所における設備基準については、「Ⅱ　人員基準について」と同様に、『指定申請の手引き』にてご確認ください。

Ⅳ　運営基準について

１　サービス提供開始の前に

（１）内容及び手続の説明及び同意

（居宅基準省令：第８条）

①　事業者は、サービスの提供の開始に際しては、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対して、運営規程の概要などサービス選択に資すると認められる重要事項について、説明書やパンフレットなどの文書を交付して懇切丁寧に説明を行い、当該サービスの提供開始について利用申込者の同意を得なければなりません。

【ポイント】

重要事項を記した文書（＝重要事項説明書）に記載すべきことは、次のとおりです。

ア　法人、事業所の概要(法人名、事業所名、事業者番号、併設サービスなど)

イ　事業所の営業日、営業時間、サービス提供日及びサービス提供時間

ウ　サービスの内容及び利用料その他の費用の額

エ　通常の事業の実施地域

オ　従業者の勤務体制

カ　事故発生時の対応

キ　苦情・相談体制(事業所担当者、保険者、国民健康保険団体連合会などの相談・苦情相談窓口を記載)

ク　その他利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項(研修、秘密保持など)

※　重要事項を説明した際は、適切に同意を得たことが客観的に確認できるよう、重要事項説明書の同意欄等に、利用申込者から署名等を得てください。

※　重要事項説明書の内容と運営規程の内容に齟齬がないようにしてください。

≪電磁的方法について≫

・事業者は、利用申込者又はその家族からの申出があった場合には、文書の交付に代えて、当該利用申込者又はその家族の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法であって次に掲げるもの（以下、「電磁的方法」という。）により提供することができます。

イ　電子情報処理組織を使用する方法のうち（イ）又は（ロ）に掲げるもの

（「電子情報処理組織」とは、事業者の使用に係る電子計算機と、利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。）

（イ）事業者の使用に係る電子計算機と利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法

（ロ）事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された重要事項を電気通信回線を通じて利用申込者又はその家族の閲覧に供し、利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに重要事項を記録する方法

（電磁的方法による提供を受ける旨の承諾又は受けない旨の申出をする場合にあっては、事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルにその旨を記録す

る方法）

ロ　磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに重要事項を記録したものを交付する方法

・イ及びロに掲げる方法は、利用申込者又はその家族がファイルへの記録を出力することによる文書を作成することができるものでなければなりません。

・事業者は、電磁的方法により重要事項を提供しようとするときは、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、その用いる次に掲げる電磁的方法の種類及び内容を示し、文書又は電磁的方法による承諾を得なければなりません。

①上記イ又はロに規定する方法のうち事業者が使用するもの

②ファイルへの記録の方式

・文書又は電磁的方法による承諾を得た事業者は、利用申込者又はその家族から文書又は電磁的方法により電磁的方法による提供を受けない旨の申出があった場合は、利用申込者又はその家族に対し、重要事項の提供を電磁的方法によってしてはなりません。ただし、利用申込者又はその家族が再び文書又は電磁的方法による承諾をした場合は、この限りではありません。

なお、実際のサービス提供開始についての同意は重要事項説明書の交付のほかに、利用申込者及びサービス事業者双方を保護する点から、契約書等の書面により内容を確認することが望ましいとされています。

（２）提供拒否の禁止

（居宅基準省令：第９条）

① 事業者は、正当な理由なく指定訪問介護の提供を拒んではなりません。

② 事業者は、原則として、利用申込に対しては応じなければならないことを規定したものであり、特に、要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することを禁止するものです。提供を拒むことのできる正当な理由がある場合とは、ア）当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合、イ）利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合、その他利用申込者に対し自ら適切な指定訪問介護を提供することが困難な場合です。

（３）サービス提供困難時の対応

（居宅基準省令：第１０条）

① 事業者は、当該指定訪問介護事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定訪問介護を提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定訪問介護事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じなければなりません。

（４）受給資格等の確認

（居宅基準省令：第１１条）

① 指定訪問介護の提供の開始に際し、利用者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認します。

② 被保険者証に、認定審査会意見が記載されているときは、これに配慮して指定訪問介護を提供するよう努めなければなりません。

（５）要介護認定の申請に係る援助

（居宅基準省令：第１２条）

① 事業者は、サービスの提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければなりません。

② 居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも要介護認定の有効期間が終了する３０日前にはなされるよう、必要な援助を行わなければなりません。

２　サービス提供開始に当たって

（１） 指定訪問介護の基本取扱方針

（居宅基準省令：第２２条）

① 指定訪問介護は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければなりません。

② 事業者は、自らその提供する指定訪問介護の質の評価を行い、常にその改善を図らなければなりません。

（２） 指定訪問介護の具体的取扱方針

（居宅基準省令：第２３条）

① 指定訪問介護の提供に当たっては、訪問介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な援助を行ってください。

② 指定訪問介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行ってください。

③ 指定訪問介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスを提供してください。

④ 常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言を行ってください。

（３）心身の状況等の把握

（居宅基準省令：第１３条）

① 事業者は、指定訪問介護の提供に当たっては、利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければなりません。

（４）居宅介護支援事業者等との連携

（居宅基準省令：第１４条）

① 指定訪問介護を提供するに当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

② 事業者は、指定訪問介護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る居宅介護支援事業者に対する情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

（５）居宅サービス計画に沿ったサービスの提供

（居宅基準省令：第１６条）

① 事業者は、居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿った指定訪問介護を提供しなければなりません。

（６）居宅サービス計画等の変更の援助

（居宅基準省令：第１７条）

① 事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡その他の必要な援助を行わなければなりません。

（７）訪問介護計画の作成

（居宅基準省令：第２４条）

① サービス提供責任者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定訪問介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問介護計画を作成しなければなりません。

② 訪問介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければなりません。

③ サービス提供責任者は、訪問介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければなりません。

④ サービス提供責任者は、訪問介護計画を作成した際には、当該訪問介護計画を遅滞なく利用者に交付しなければなりません。

⑤ サービス提供責任者は、訪問介護計画の作成後、当該訪問介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該訪問介護計画の変更を行わなければなりません。

⑥ ⑤の訪問介護計画の変更は、①～④に基づき行う必要があります。

【ポイント】

・居宅サービス計画が作成されていない場合も、訪問介護サービスの利用開始前に訪問介護計画を作成し、利用者に説明のうえ同意を得る必要があります。訪問介護計画の作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該訪問介護計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更する必要があります。

・指定居宅介護支援事業者から訪問介護計画の提出の求めがあった際には、当該計画を提出することに協力するよう努めてください。

参考資料　アセスメント・訪問介護計画の作成・モニタリング　【Ｐ８１】参照

３　サービス提供時には

（１）身分を証する書類の携行

（居宅基準省令：第１８条）

① 事業者は、訪問介護員等に身分を証する書類を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導しなければなりません。

【ポイント】
・事業所名、氏名等が記載された証書や名札等を携行してください。写真の貼付や職能の記載があるものが望ましいとされています。

（２）サービスの提供の記録

（居宅基準省令：第１９条）

① 事業者は、指定訪問介護を提供した際には、提供日及び内容、保険給付の額、その他必要な事項を記録しなければなりません。

② 事業者は、指定訪問介護を提供した際には、提供した具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければなりません。

【ポイント】
・サービス提供の記録は介護報酬請求の根拠となる書類です。記録によりサービス提供の事実が確認できない場合、報酬を返還いただくことがあります。
・サービス提供責任者は、サービス提供の記録をチェックし、不備があれば、担当訪問介護員への確認や記録について助言、指導等が必要です。
・サービス提供の記録は、利用者へのサービス提供完結の日から５年間保存する必要があります。

（３）利用料等の受領

（居宅基準省令：第２０条）

① 事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定訪問介護を提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定訪問介護に係る居宅介護サービス費用基準額から当該指定訪問介護事業者に支払われる居宅介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けます。

② 事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定訪問介護を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定訪問介護に係る居宅介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければなりません。

③ 事業者は、介護保険サービスの利用料の支払を受ける額のほか、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定訪問介護を行う場合のそれに要する交通費の額の支払を利用者から受けることができます。

④ 保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の支払を受けることは認められません。

⑤ 事業者は、③の交通費の額の支払を受けるに当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対しその額等に関して説明を行い、利用者の同意を得なければなりません。

⑥ なお、介護保険給付の対象となる指定訪問介護のサービスと明確に区分されるサービスについては、次のような方法により別の料金設定をして差し支えありません。

イ 利用者に、当該事業が指定訪問介護の事業とは別事業であり、当該サービスが介護保険給付の対象とならないサービスであることを説明し、理解を得ること。

ロ 当該事業の目的、運営方針、利用料等が、指定訪問介護事業所の運営規程とは別に定められていること。

ハ 会計が指定訪問介護の事業の会計と区分されていること。

【ポイント】
・利用者負担を免除・減免することは、不当な割引に該当します。
・サービス提供に必要である使い捨ての手袋、マスク等の費用を利用者から徴収することはできません。
・利用者へ渡す領収書は、介護保険サービスと介護保険外サービスの内訳がわかるように記載してください。

（４）保険給付の請求のための証明書の交付

（居宅基準省令：第２１条）

① 償還払いを選択している利用者から利用料の支払い（10割全額）を受けた場合は、提供した指定訪問介護の内容、費用の額その他利用者が保険給付を保険者に対して請求する上で必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に交付しなければなりません。

（５）同居家族に対するサービス提供の禁止

（居宅基準省令：第２５条）

① 事業者は、訪問介護員等に、その同居の家族である利用者に対する訪問介護の提供をさせてはなりません。

【ポイント】
・別居の家族についても、①家族介護との区別がつきにくい②外部の目が届きにくくなるといった理由から、望ましくないため、原則として家族以外の訪問介護員が訪問介護サービスを提供してください。

（６）介護等の総合的な提供

（居宅基準省令：第２９条の２）

① 事業者は、入浴、排せつ、食事等の介護又は調理、洗濯、掃除等の家事を常に総合的に提供するものとし、介護等のうち特定の援助に偏することがあってはなりません。

（７）利用者に関する市町村への通知

（居宅基準省令：第２６条）

① 利用者が、次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければなりません。

ア　正当な理由なしに指定訪問介護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。

イ　偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

（８）緊急時等の対応

（居宅基準省令：第２７条）

① 訪問介護員等は、サービス提供時に利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じなくてはなりません。

【ポイント】
・緊急時の主治医等の連絡先を把握している必要があります。
・緊急時の連絡方法についてルールを決めて、従業者に周知してください。

Ⅳ－４－（１３）事故発生時の対応　【Ｐ２３】参照

４　事業所運営について

（１）管理者及びサービス提供責任者の責務

（居宅基準省令：第２８条）

① 管理者は、指定訪問介護事業所の従業者及び業務の管理を、一元的に行わなければなりません。

② 管理者は、当該指定訪問介護事業所の従業者に基準の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとします。

③ サービス提供責任者は、訪問介護計画の作成に係る業務のほか、次に掲げる業務を行うものとします。

ア　指定訪問介護の利用の申込に係る調整をすること。

イ　利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握すること。

ウ　居宅介護支援事業者等に対し、指定訪問介護の提供に当たり把握した利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身の状態及び生活の状況に係る必要な情報の提供を行うこと。

エ　サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者等と連携を図ること。

オ　訪問介護員等（サービス提供責任者を除く。以下この条において同じ。）に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達すること。

カ　訪問介護員等の業務の実施状況を把握すること。

キ　訪問介護員等の能力や希望を踏まえた業務管理を実施すること。

ク　訪問介護員等に対する研修、技術指導等を実施すること。

ケ　その他サービス内容の管理について必要な業務を実施すること。

○ウ情報提供について

情報の提供は、サービス担当者会議等を通じて行うことも差し支えありません。必要な情報の内容については、例えば、

・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
・薬の服用を拒絶している
・使いきらないうちに新たに薬が処方されている
・口臭や口腔内出血がある
・体重の増減が推測される見た目の変化がある
・食事量や食事回数に変化がある
・下痢や便秘が続いている
・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない

等の利用者の心身又は生活状況に係る情報が考えられますが、居宅介護支援事業者等に対して情報提供する内容は、サービス提供責任者が適切に判断することとします。なお、必要な情報の提供については、あらかじめ、サービス担当者会議等で居宅介護支援事業者等と調整しておくことが望ましいです。

○オからクまでの訪問介護員等に対する業務管理、研修、技術指導等について

平成３０年度以降、生活援助中心型のみに従事することができる生活援助従事者研修修了者が従事するようになったことから、当該研修修了者を含む訪問介護員等であって、指定訪問介護に従事したことがない者については、初回訪問時にサービス提供責任者が同行するなどのOJTを通じて支援を行うこととします。また、緊急時の対応等についてもあらかじめ当該訪問介護員等に指導しておくこととします。

さらに、生活援助従事者研修修了者である訪問介護員等が所属している指定訪問介護事業所のサービス提供責任者は、当該訪問介護員等が生活援助中心型しか提供できないことを踏まえ、利用者の状況を判断の上、適切な業務管理を行うこととします。具体的には、生活援助中心型のみ利用している利用者に対する指定訪問介護に従事させることなどが考えられます。

（２）運営規程

（居宅基準省令：第２９条）

① 事業者は、指定訪問介護事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程（以下「運営規程」という。）を定めておかなければなりません。

ア 事業の目的及び運営の方針
イ 従業者の職種、員数及び職務の内容
ウ 営業日及び営業時間
エ 指定訪問介護の内容及び利用料その他の費用の額
オ 通常の事業の実施地域
カ 緊急時等における対応方法
キ 虐待の防止のための措置に関する事項
ク その他運営に関する重要事項

※ 上記「キ」については、令和６年３月31日まで努力義務。

【ポイント】
・運営規程の記載内容に変更があった場合には、その都度変更を行い、運営規程は最新の情報が記載されている必要があります。
・「イ」の従業者の「員数」は、規程を定めるに当たっては、居宅基準省令第5条において置くべきとされている員数を満たす範囲において、「○人以上」と記載することも差し支えありません。
・「オ」の通常の事業の実施地域は、利用申込に係る調整等の観点からの目安であり、当該地域を越えてサービスが行われることを妨げるものではありません。
・「キ」の虐待の防止のための措置に関する事項は、虐待の防止に係る、組織内の体制（責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等）や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法等を指す内容としてください。

（３）勤務体制の確保等

（居宅基準省令：第３０条）

① 事業者は、利用者に対し適切な指定訪問介護を提供できるよう、指定訪問介護事業所ごとに、勤務の体制を定めておかなければなりません。

② 事業者は、指定訪問介護事業所ごとに、当該指定訪問介護事業所の訪問介護員等によって指定訪問介護を提供しなければなりません。

③ 事業者は、訪問介護員等の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければなりません。

④ 適切な指定訪問介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより訪問介護員等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければなりません。

【ポイント】

・勤務体制（日々の勤務時間、職務の内容、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係、サービス提供責任者である旨等）が勤務表等により明確にされている必要があります。また、勤務表は毎月作成する必要があります。

・指定訪問介護事業所の訪問介護員等とは、雇用契約、労働者派遣法に規定する労働者派遣契約その他の契約により、当該事業所の管理者の指揮命令下にある訪問介護員等を指します。なお、口腔内の喀痰吸引その他の行為を業として行う訪問介護員等については、労働者派遣法に基づく派遣労働者であってはなりません。

・内部研修だけでなく外部研修への参加の機会も確保してください。

・④は、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第11条第1項及び労働施策の総合的な施策並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律（昭和41年法律第132号）第30条の2第1項の規定に基づき、事業主には、職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメント（以下「職場におけるハラスメント」という。）の防止のための雇用管理上の措置を講じることが義務づけられていることを踏まえ、規定したものです。事業主が講ずべき措置の具体的な内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりです。なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、利用者やその家族等から受けるものも含まれます。

イ　事業主が講ずべき措置の具体的な内容

事業主が講ずべき措置の具体的な内容は、事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成18年厚生労働省告示第615号）及び事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和２年厚生労働省告示第５号。以下「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりでありますが、特に留意されたい内容は以下のとおりです。

ａ　事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発

職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発すること。

ｂ　相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備

相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓

口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。
なお、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置義務については、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律第24号）附則第３条の規定により読み替えられた労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第30条の２第１項の規定により、中小企業（医療・介護を含むサービス業を主たる事業とする事業主については資本金が5000万円以下又は常時使用する従業者の数が100人以下の企業）は、令和４年４月１日から義務化となり、それまでの間は努力義務とされていますが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努めてください。

ロ　事業主が講じることが望ましい取組について

パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して１人で対応させない等）及び③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）が規定されています。介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、イ（事業主が講ずべき措置の具体的内容）の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理者・職員向け）研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましいです。これらマニュアル等は、厚生労働省ＨＰに掲載されているので、参考にしてください。

（４）業務継続計画の策定等

（居宅基準省令：第３０条の２）

① 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければなりません。

② 事業者は、訪問介護員等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければなりません。

③ 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行ってください。

※　業務継続計画の策定等は、令和６年３月31日まで努力義務。

【ポイント】
・事業者は、感染症や災害が発生した場合にあっても、利用者が継続してサービスの提供を受けられるよう、指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、登録訪問介護員等を含めて、訪問介護員等その他の従業者に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しなければなりません。

・業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、事業所に実施が求められるものですが、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ありません。
・感染症や災害が発生した場合には、従業者が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましいです。

・業務継続計画には、以下の項目等を記載してください。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照してください。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定してください。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではありません。

イ　感染症に係る業務継続計画

a　平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）
b　初動対応
c　感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）

ロ　災害に係る業務継続計画

a　平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）
b　緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）
c　他施設及び地域との連携

・研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとします。
・職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年１回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましいです。また、研修の実施内容についても記録する必要があります。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えありません。

・訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年１回以上）に実施することが必要です。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えありません。
・訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切です。

（５）衛生管理等

（居宅基準省令：第３１条）

① 事業者は、訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければなりません。

② 事業者は、指定訪問介護事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めなければなりません。

③ 事業者は、当該指定訪問介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じなければなりません。　（令和６年３月31日までの間は努力義務。）

ア　感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね６月に１回以上開催するとともに、その結果について、訪問介護員等に周知徹底を図ること。

・当該指定訪問介護事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（以下「感染対策委員会」という。）であり、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましいです。構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、専任の感染対策を担当する者（以下「感染対策担当者」という。）を決めておくことが必要です。

・感染対策委員会は、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね６月に１回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要があります。

・感染対策委員会は、テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）活用して行うことができるものとします。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守する必要があります。

イ　感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。

・当該指定訪問介護事業所における「感染症の予防及びまん延の防止のための指針」には、平常時の対策及び発生時の対応を規定します。

・平常時の対策としては、事業所内の衛生管理（環境の整備等）、ケアにかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等が想定されます。また、発生時における事業所内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要です。

・それぞれの項目の記載内容の例については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照してください。

ウ　訪問介護員等に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施すること。

・登録訪問介護員等を含めて、訪問介護員等その他の従業者に対する「感染症の予防及びまん延の防止のための研修」の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとします。

・職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該事業所が定期的な教育（年１回以上）を

開催するとともに、新規採用時には感染対策研修を実施することが望ましいです。また、研修の実施内容についても記録することが必要です。

・研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、事業所内で行うものでも差し支えなく、当該事業所の実態に応じ行うこととします。

・平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年１回以上）に行うことが必要です。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとします。

・訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切です。

【ポイント】

・衛生管理マニュアル等を作成し、従業者に周知してください。

・労働安全衛生法に基づき、雇入時及び年１回の健康診断を実施してください。（夜勤等に従事する特定業務従事者に対しては６ヶ月以内ごとに１回の実施が定められています。）

・③の講ずべき措置については、各事項について、事業所に実施が求められるものですが、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ありません。

（６）掲示

（居宅基準省令：第３２条）

① 事業者は、事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、訪問介護員等の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況等の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければなりません。

② 事業者は、①の事項を記載した書面を当該事業所に備えつけ、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、掲示に代えることができます。

【ポイント】

・事業所の見やすい場所とは、重要事項を伝えるべき介護サービスの利用申込者、利用者又はその家族に対して見やすい場所のことです。

・訪問介護員等の勤務体制については、職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数を掲示する趣旨であり、訪問介護員等の氏名まで掲示することを求めるものではありません。

・重要事項を記載したファイル等を介護サービスの利用申込者、利用者又はその家族等が自由に閲覧可能な形で当該事業所内に備え付けることで掲示に代えることができます。

（７）秘密保持等

（居宅基準省令：第３３条）

① 事業所の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはなりません。

② 事業者は、当該指定訪問介護事業所の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければなりません。

③ 事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければなりません。

【ポイント】

・②の「必要な措置」とは、従業者が退職後においても、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持すべき旨を、雇用時に従業者に文書にて誓約させ、違約金等について定めておくなどの措置を講ずることです。

・③の同意は、サービス提供開始時に利用者及びその家族から包括的な同意を得ておくことで足りるものです。

・個人情報等の機密情報は鍵のかかる書棚に保管するなど取扱いに十分配慮してください。また、持ち出し時も車内放置による紛失等に十分に注意してください。

・厚生労働分野における個人情報の具体的な取扱いについては、厚生労働省からガイドラインを提示していますので確認し適切に取り扱ってください。
「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」
⇒厚生労働省のホームページ
(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html)

（８）広告

（居宅基準省令：第３４条）

① 事業者は、指定訪問介護事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものであってはなりません。

（９）不当な働きかけの禁止

（居宅基準省令：第３４条の２）

① 事業者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は居宅要介護被保険者に対して、利用者に必要のないサービスを位置付けるよう求めることその他の不当な働きかけを行ってはなりません。

【ポイント】

・居宅介護支援事業者に対する利益供与に当たらない場合でも、指定訪問介護事業者が、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、介護支援専門員又は被保険者に対して、利用者に必要のないサービスを位置付けるよう求めることなどの不当な働きかけを行ってはなりません。

・例えば、指定訪問介護事業者と居宅介護支援事業者が同一法人等である場合や同一の建物等に所在する場合において、当該利用者の状況を勘案することなく、自らが提供する訪問介護サービスを居宅サービス計画に位置付けるように働きかけるような場合が該当します。

（１０）居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止

（居宅基準省令：第３５条）

① 事業者は、居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはなりません。

（１１）苦情処理

（居宅基準省令：第３６条）

① 事業者は、提供したサービスに係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければなりません。

② 苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければなりません。

③ 市や国民健康保険団体連合会から苦情に係る調査・報告等を求められた場合は、協力するとともに、指導や助言を受けた場合には、当該指導や助言に従って必要な改善を行わなければなりません。

【ポイント】

・①の「必要な措置」とは、苦情を受け付けるための窓口を設置するほか、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等、当該事業所における苦情を処理するために講じる措置の概要について明らかにし、これを文書(重要事項説明書等)に記載し、利用者又はその家族にサービスの内容を説明するとともに、事業所に掲示すること等です。

・苦情があった場合は以下のように対応してください。

《　事業所に苦情があった場合　》

・組織として迅速かつ適切に対応するため、苦情の受付日、苦情の内容などを記録しなければなりません。（その記録は、２年間保存しておく必要があります。）

・苦情は事業者にとってサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を行うことが必要です。

《　国民健康保険団体連合会への協力等　》

・介護保険法上、苦情処理に関する業務を行うことが位置づけられている国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、当該連合会から指導や助言を受けた場合には、その指導又は助言に従って必要な改善を行う必要があります。

・また、当該連合会から求めがあった場合には、その改善内容について報告しなければなりません。

《　市への協力等　》

苦情処理機関としての国民健康保険団体連合会のみならず、住民に最も身近な行政庁であり、かつ保険者である市が苦情に対応する必要があることから、次の対応が求められます。

・介護保険法第２３条の規定に基づき市が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求めがあった場合、市の職員からの質問若しくは照会があった場合には、これに応じる必要があります。

・また、市の行う利用者からの苦情に関する調査に協力するとともに、市から指導又は助言を受けた場合には、その指導又は助言に従って必要な改善を行う必要があります。

（１２）地域との連携等

（居宅基準省令：第３６条の２）

① 事業者は、その事業の運営に当たっては、提供した指定訪問介護に関する利用者からの苦情に関して市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めなければなりません。

② 事業者は、指定訪問介護事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して指定訪問介護を提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても指定訪問介護の提供を行うよう努めなければなりません。

【ポイント】

・「市長村が実施する事業」には、介護サービス相談員派遣事業のほか、広く市町村が老人クラブ、婦人会その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業が含まれます。

・高齢者向け集合住宅等と同一の建物に所在する指定訪問介護事業所が当該高齢者向け集合住宅等に居住する要介護者に指定訪問介護を提供する場合、当該高齢者向け集合住宅等に居住する要介護者のみを対象としたサービス提供が行われないよう、居宅基準省令第９条の正当な理由がある場合を除き、地域包括ケア推進の観点から地域の要介護者にもサービス提供を行うよう努めなければなりません。

（１３）事故発生時の対応

（居宅基準省令：第３７条）

① サービスの提供により事故が発生した場合は、市や利用者の家族・利用者に係る居宅介護支援事業等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければなりません。

② 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければなりません。

③ 利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければなりません。

【ポイント】

・事故が生じた場合の対応方法については、事故対応マニュアル等を作成するなどあらかじめ定めておくことが望ましいです。
・賠償すべき事態において速やかに賠償を行うために、損害賠償保険に加入しておくか、又は賠償資力を有しておくことが望ましいです。
・事故が発生した場合には、その原因を解明し、同種の事故の再発を防ぐための対策を講じる必要があります。
・事故に至らなかったが介護事故が発生しそうになった場合（ヒヤリ・ハット事例）、現状を放置しておくと介護事故に結びつく可能性が高いものについては事前に情報を収集し、未然防止策を講じる必要があります。
・事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制の整備が必要です。

（例）・介護事故等について報告するための様式を整備する。
・様式に従って報告された事例を集計し、分析する。
・介護事故等の発生原因、結果等をとりまとめ再発防止策を検討する。
・報告された事例及び分析結果、再発防止策を職員に周知徹底する。
・再発防止策を講じた後にその効果について評価する。

＝本市における事故報告に関する取扱＝

介護サービスの提供による事故等発生時の本市への連絡について

1　対象となる事業所・施設

居宅サービス事業所、地域密着型（介護予防）サービス事業所、居宅介護支援事業所、介護保険施設、介護予防サービス事業所、介護予防支援事業所、通所サービスの設備を利用し宿泊サービスを実施している事業所、住宅型有料老人ホーム、介護予防・生活支援サービス事業

（※①事業所・施設が市外に所在するが、利用者が名古屋市民である場合、②事業所・施設が市内に所在するが、利用者が名古屋市民ではない場合も報告を要する）

2　本市への連絡が必要な事故等

以下の事故については、原因の如何にかかわらず、全て本市に連絡する。

(1) 対人（利用者）事故

介護サービスの提供に伴い発生した事故により、利用者が死亡した場合（※）、医療機関における治療を必要とした場合（軽微な治療（湿布の貼付、軽易な切り傷への消毒実施など）は除く）、利用者トラブルが発生した場合、利用者等に賠償金等を支払った場合又はエスケープ

(2) 対物事故

介護サービスの提供に伴い発生した事故により、利用者等の保有する財物を毀損若しくは滅失したため賠償金等を支払った場合(代わりの物を購入した場合も含む)、利用者等の個人情報が流失した場合又は利用者等とトラブルが発生した場合

(3) 感染症の発生　「事故報告書（食中毒又は感染症用）」にて報告

介護サービスの利用者が食中毒又は結核等の感染症に罹患した場合、又は、疥癬、インフルエンザ、ノロウイルス等の感染症が施設内で発生し、利用者等が罹患した場合。具体的には、①事業所全体で10名以上（一日あたり）が罹患した場合、②1ユニットのうち半数以上が罹患した場合、③感染症による死亡者が発生した場合、④その他事業所の運営に重大な支障を来すおそれがあり、管理者が報告を必要と認めた場合。

※介護サービスの提供に伴い発生した事故によらない病死の場合は（３）を除いて報告不要

3　本市への連絡方法

前記２に該当する事故が発生した場合は、別紙「事故報告書」「事故報告書（食中毒又は感染症用）」に必要事項を記載の上、５日以内を目安にファックス又は郵送にて連絡を行うものとする。

なお、別紙「事故報告書」により難い場合は、事業所又は施設において定めた所定の様式に代えることもできるが、別紙「事故報告書」の項目を含めること。

※様式に記載しきれない場合や付属の資料等がある場合は、あわせて添付し、ご提出ください。

4　本市の連絡先

〒460-8508　名古屋市中区三の丸三丁目1番1号

名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課指導係　　FAX　052-972-4147

	サービスの種類	電話番号
問合せ先	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、介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所生活介護、短期入所療養介護	052-972-2592
	上記以外のサービス	052-972-3087

5　留意事項

事故が発生した場合は、本市への連絡を行う前に、速やかに利用者の家族、主治医及び居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、応急手当等必要な措置を施すこと。

【事故報告書の様式】

以下の様式は、本市介護保険ホームページ「ＮＡＧＯＹＡかいごネット」からダウンロードできます。

事故報告書　（事業者→名古屋市）

※第１報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、５日以内を目安に提出すること
※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること
※第１報の時点で事故処理が終了している場合は、１から８（必要に応じて９）までを記載した第１報をもって最終報告とすることができる

□ 第1報　□ 第 ____報　□ 最終報告
※第１報=最終報告になる場合は第1報及び最終報告にチェックしてください。

提出日：西暦　年　月　日

1事故状況	事故状況の程度	□ 受診(外来･往診)、自施設で応急処置　□ 入院　□ 死亡　□ その他（　）											
	死亡に至った場合死亡年月日	西暦		年		月		日					
2事業所の概要	法人名												
	事業所（施設）名								事業所番号				
	サービス種別												
	所在地												
	連絡先（ＴＥＬ）	（　）　―				担当者氏名							
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢			性別：	□ 男性　□ 女性			
	被保険者番号・生年月日	被保険者番号				生年月日	西暦		年		月		日
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者				
	住所	（　）　□事業所所在地と同じ											
	身体状況	要介護度	□ 要支援1	□ 要支援2	□ 要介護1	□ 要介護2	□ 要介護3	□ 要介護4	□ 要介護5	□ 事業対象者	□ 自立		
		認知症高齢者日常生活自立度	□ Ⅰ	□ Ⅱa	□ Ⅱb	□ Ⅲa	□ Ⅲb	□ Ⅳ	□ M				
4事故の概要	発生日時	西暦		年		月		日		時		分頃（24時間表記）	
	発生場所	□ 居室（個室）　□ 居室（多床室）　□ トイレ　□ 廊下 □ 食堂等共用部　□ 浴室・脱衣室　□ 機能訓練室　□ 施設敷地内の建物外 □ 敷地外　□ その他（　）											
	事故の種別	□ 転倒　□ 異食・誤飲　□ 対物（毀損・滅失物）　□ 不明 □ 転落　□ 誤薬、与薬もれ等　□ 無断外出 □ 誤嚥・窒息　□ 医療処置関連（チューブ抜去等）　□ その他（　）											
	発生時状況、事故内容の詳細												
	その他特記すべき事項												

5 事故発生時の対応	発生時の対応								
	受診方法	□ 施設内の医師(配置医含む)が対応	□ 受診(外来･往診)	□ 救急搬送	□ その他（　　）				
	受診先	医療機関名		連絡先（電話番号）					
	診断名								
	診断内容	□ 切傷・擦過傷	□ 火傷	□ 皮膚剥離	□ 打撲・捻挫・脱臼	□ 骨折	□ その他（　　）		
	受傷部位								
	検査、処置等の概要								
6 事故発生後の状況	利用者の状況								
	家族等への報告	報告した家族等の続柄	□ 配偶者	□ 子、子の配偶者	□ その他（　　）				
		報告年月日	西暦	年	月	日			
	連絡した関係機関(連絡した場合のみ)	□ 他の自治体	□ 警察	□ その他	自治体名（　　）	警察署名（　　）	名称（　　）		
	本人、家族、関係先等への追加対応予定								

7 事故の原因分析 （本人要因、職員要因、環境要因の分析）	（できるだけ具体的に記載すること）
8 再発防止策 （手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等）	（できるだけ具体的に記載すること）
9 その他 特記すべき事項	

感染症の発生は「事故報告書（食中毒又は感染症用）」にて報告してください。

事故報告書（食中毒又は感染症用）

年　　月　　日

（あて先）名古屋市健康福祉局介護保険課長

食中毒又は感染症の発生について、下記のとおり報告します。

１　事業所又は施設の詳細

サービスの種類	事業所（又は施設）所在地	
事業所番号	事業所（又は施設）名称	法 人 名

２　疾患名

【　　】

３　報告理由（例：事業所全体で１０名以上が罹患したため　等）

【　　】

４　対象者

入所者	人中　　人（うち入院者　　人）
短期入所利用者	人中　　人（うち入院者　　人）
通所者	人中　　人（うち入院者　　人）
職員	人中　　人（うち入院者　　人）

５　発生日（最初に患者が発生した日）

年　　月　　日

６　発症者の主な症状（該当するものに○を付すこと。）

（１下痢　２ 嘔吐　３腹痛　４発熱　５ 咳、咽頭痛、鼻水　６発疹、皮膚の異常
７その他（　　））

７　発生の経緯（発見の端緒、感染経路　など）

８　事業所又は施設の措置、対応（施設運営内容の変更、保健所の指示　など）

管理者氏名：　　（連絡先：TEL（　　）　　―　　）

※本様式で全ての内容が記載できない場合は、本様式に別紙を添付し報告すること。

（１４）虐待の防止

（居宅基準省令：第３７条の２）

虐待の発生またはその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じなければなりません。

① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、訪問介護員等に周知徹底を図ること。

② 虐待の防止のための指針を整備すること。

③ 訪問介護員等に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。

④ ①～③に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

※ 虐待の防止に係る措置は、令和６年３月31日まで努力義務。

【ポイント】

・虐待は、法の目的の一つである高齢者の尊厳の保持や、高齢者の人格の尊重に深刻な影響を及ぼす可能性が極めて高く、事業者は虐待の防止のために必要な措置を講じなければなりません。

・虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等については、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成17年法律第124号。以下「高齢者虐待防止法」という。）に規定されているところであり、その実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、次に掲げる観点から虐待の防止に関する措置を講じるものとします。

イ　虐待の未然防止

・高齢者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけながらサービス提供にあたる必要があり、研修等を通じて、従業者にそれらに関する理解を促す必要があります。

・同様に、従業者が高齢者虐待防止法等に規定する養介護事業の従業者としての責務・適切な対応等を正しく理解していることも重要です。

ロ　虐待等の早期発見

・従業者は、虐待等又はセルフ・ネグレクト等の虐待に準ずる事案を発見しやすい立場にあることから、これらを早期に発見できるよう、必要な措置（虐待等に対する相談体制、市町村の通報窓口の周知等）がとられていることが望ましいです。

・また、利用者及びその家族からの虐待等に係る相談、利用者から市町村への虐待の届出について、適切な対応をしてください。

ハ　虐待等への迅速かつ適切な対応

・虐待が発生した場合には、速やかに市町村の窓口に通報される必要があり、事業者は通報の手続が迅速かつ適切に行われ、市町村等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めることとされています。

・虐待等の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するために次に掲げる事項を実施するものとします。

①　虐待の防止のための対策を検討する委員会（第１号）

・虐待防止検討委員会は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生し

た場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成されます。

・構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的に開催することが必要です。

・虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましいとされています。

・虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要です。

・虐待防止検討委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えありません。

・事業所に実施が求められるものでありますが、他のサービス事業者との連携により行うことも差し支えありません。

・虐待防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。

・虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討することとします。その際、そこで得た結果（事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、従業者に周知徹底を図る必要があります。

イ　虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること

ロ　虐待の防止のための指針の整備に関すること

ハ　虐待の防止のための職員研修の内容に関すること

ニ　虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること

ホ　従業者が高齢者虐待を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること

ヘ　虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること

ト　前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

②　虐待の防止のための指針（第２号）

・「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととします。

イ　事業所における虐待の防止に関する基本的考え方

ロ　虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項

ハ　虐待の防止のための職員研修に関する基本方針

ニ　虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針

ホ　虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項

ヘ　成年後見制度の利用支援に関する事項

ト　虐待等に係る苦情解決方法に関する事項

チ　利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項

リ　その他虐待の防止の推進のために必要な事項

③　虐待の防止のための従業者に対する研修（第３号）

・従業者に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、事業所における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとします。

・職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年１回以上）を実施するとともに、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。
・研修の実施内容についても記録することが必要です。
・研修の実施は、事業所内での研修で差し支えありません。

④　虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者（第４号）

・虐待を防止するための体制として、①から③までに掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要です。
・担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましいとされています。

（１５）会計の区分

（居宅基準省令：第３８条）

①　事業者は、指定訪問介護事業所ごとに経理を区分するとともに、指定訪問介護の事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければなりません。

【ポイント】
・具体的な会計の区分方法については「介護保険の給付対象事業における会計の区分について」（平成13年３月28日老振発第18号）を参照してください。

（１６）記録の整備

（居宅基準省令：第３９条）

①　事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければなりません。記録の保存期間については、記録の種類に応じて次に掲げる期間の保存が必要です。

（1）具体的なサービスの内容等の記録	指定訪問介護の提供の完結の日から ５年間 **※名古屋市独自基準**
（2）訪問介護計画 （3）市町村への通知に係る記録 （4）苦情の内容等の記録 （5）事故に係る記録	指定訪問介護の提供の完結の日から ２年間

【ポイント】
・提供の完結の日とは、契約の終了、施設への入所等により利用者へのサービス提供が終了した日のことです。
・データにより記録を保存する場合は、バックアップを備えデータを亡失しないよう留意してください。

（１７）電磁的記録等

（居宅基準省令：第２１７条）

① 事業者及びサービスの提供に当たる者は、作成、保存、その他これらに類するもののうち、居宅基準省令の規定において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録により行うことができます。（被保険者証に関するものを除く。）

② 事業者及びサービスの提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾、締結、その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、居宅基準省令の規定において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法によることができます。

【ポイント】

≪電磁的記録について≫

事業者及びサービスの提供に当たる者等は、居宅基準省令で規定する書面（被保険者証に関するものを除く。）の作成、保存等を次に掲げる電磁的記録により行うことができることとします。

イ 電磁的記録による作成は、事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法または磁気ディスク等をもって調製する方法によること。

ロ 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。

a 作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法

b 書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法

ハ その他、電磁的記録により行うことができるとされているものは、イ及びロに準じた方法によること。

ニ 電磁的記録により行う場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。

≪電磁的方法について≫

事業者等は、書面で行うことが規定されている又は想定される交付等について、事前に利用者等の承諾を得た上で、次に掲げる電磁的方法によることができることとします。

イ 電磁的方法による交付は、５ページの電磁的方法の規定に準じた方法によります。

ロ 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられます。なお、「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にしてください。

ハ 電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等の間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこととされています。なお、「押印についてのＱ＆Ａ」を参考にしてください。

ニ その他、居宅基準省令において電磁的方法によることができるとされているものは、イからハまでに準じた方法によります。ただし、居宅基準省令又は老企第25

号の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこととします。

ホ 電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。

Ⅴ　名古屋市の独自基準について

○条例化された主な本市独自基準の概要

指定基準については、基本的に厚生労働省の定める基準省令に準拠しますが、以下については、本市条例で定められた独自の基準となります。

１ 記録の保存期間の延長　【居宅基準条例第２条】

「サービスの提供記録」について、その保存期間を５年と定めました。

＊　基準省令上は、記録の整備として、各種の記録の保存期間を２年としているところですが、名古屋市の条例では、各種の記録の内、「サービスの提供記録」についてのみその保存期間を５年間に延長しました。これは、サービスの質の確保及び介護報酬の返還に対応するためのものです。

＊　条例の施行期日時点において、既に完結している記録には適用されません。ただし、条例の施行期日以降に完結するサービスの提供の記録に関する書類は 5 年の保存が必要となります。

＝　サービスの提供記録とは？　＝

介護報酬を請求するにあたり、その請求内容を挙証する資料を指します。
介護報酬請求後において、保険者からの求めにより請求内容の自主点検等が必要となった場合に、その請求内容の確認が適切に行える資料を残すよう心がけてください。

２ 暴力団の排除　【居宅基準条例第４条】

介護事業の運営にあたっては、名古屋市暴力団排除条例第 2 条第 1 項に規定する暴力団を利してはならないことと規定しています。

暴力団を利することとは、暴力団員を雇用・使用すること、暴力団員と資材・原材料の購入契約を締結することなどが考えられます。

本市条例で定められた基準を満たしていない場合は、名古屋市内において、介護事業者としての指定を受けることができなくなるほか、事業者指定後 6 年ごとに行う指定の更新を受けることもできません。

Ⅵ　介護報酬の算定について

（１）訪問介護員の資格　〈介護保険法第８条第２項・介護保険法施行令第３条〉

訪問介護員は有資格者がサービス提供する必要があり、無資格者がサービスを提供した場合、介護報酬を請求することはできません。

【ポイント】

- 介護職員初任者研修修了者とは、研修を修了し、養成機関から研修修了証明書の交付を受けた者です（介護保険法施行令第３条）。
- 生活援助従事者研修課程修了者（生活援助中心型のみ従事可）
- よって、研修を受講中であって、修了証明書の交付を受けていない者は、訪問介護員として訪問介護サービスを提供することはできません。
- 訪問介護員に訪問介護サービスを提供させる前に必ず資格者証を確認し、事業所でその資格証の写しを保管してください。

（２）１対１の介護　〈老企３６第二２（１）〉

１人の利用者に対して訪問介護員が１対１で行うことが原則です。
（特別な事情により複数の利用者に対して行う場合は、１回の身体介護の所要時間を１回の利用者の人数で除した結果の利用者１人当たりの所要時間が、老企36第二２（4）（P37）の要件を満たすことが必要です。）

（３）居宅でのサービス提供　〈介護保険法第８条第２項・老企３６第二１（６）〉

訪問介護は利用者の居宅において行われるもので、要介護者の居宅以外で行われるサービスは原則として算定できません（居宅を起点とした外出介助は可能）。

【ポイント】

- 病院で利用者と待ち合わせて、院内介助のみを行うなどのサービスは、居宅を介していないため算定できません。

（４）利用者在宅時におけるサービス提供　〈老企３６第二１（２）〉

訪問介護の生活援助は本人の安否確認・健康チェック等も合わせて行うべきものであることから、利用者が不在のときに行ったサービス提供は算定できません。

（５）居宅サービス計画に沿ったサービスの提供　＜居宅基準省令：第１６条＞

訪問介護は原則として、居宅サービス計画に位置付けられたサービスを提供するものです（償還払いによるものを除く）。

居宅サービス計画に位置付けがない訪問介護は原則行うことはできません。利用者又は家族から緊急に居宅サービス計画に位置付けのない訪問介護の要請があった場合については、介護支援専門員へ連絡してください。

【ポイント】

- 月途中の訪問介護計画の変更は、利用者と訪問介護事業所の間だけで決めるのではなく、訪問介護事業所が担当介護支援専門員と相談してください。

（関連）　P52「（17）緊急時訪問介護加算」

（６）実際にサービス提供がされていること　〈厚告１９別表１注２、注３〉

次のような場合、介護保険の請求はできません。

① 利用者宅を訪問したが、利用者が不在であった。

② 利用者宅を訪問したが、サービス提供を拒否された。

③ 利用者が徘徊のため行方不明となり、家族と一緒に捜索したところ２時間後にようやく発見した。結果として居宅サービス計画に基づくサービスは提供しなかった。

※　訪問介護の内容が単なる本人の安否確認や健康チェックであり、それに伴い若干の身体介護を行う場合には算定できません。

【ポイント】

- 公的な保険を使ったサービスですので、実際のサービス提供がない場合には、介護報酬を請求することはできません。
- 急なキャンセルの場合については、契約時において事業所と利用者の間で取り決められたキャンセルについての規定にもとづいて処理することになります。

（７）請求する所要時間　〈厚告１９別表１注１〉

現に要した時間ではなく、訪問介護計画に位置付けられた内容の指定訪問介護を行うのに要する標準的な時間で所定単位数を算定します。

（参考）P37「（11）訪問介護の所要時間」

【ポイント】

- 訪問介護員の力量等によって、必ずしも「訪問介護員が実際にサービス提供した時間」と、「訪問介護としての請求時間（計画で位置付けられた時間）」が一致しない場合があります。
- 請求時間と実際のサービス提供時間の乖離が続く場合には、サービス提供責任者は、その原因を調べ、必要によって訪問介護計画の見直しを行い、標準的な時間の見直しを介護支援専門員に相談するなどの対処が必要です。

（８）他のサービスとの関係　〈厚告１９別表１注１５、老企３６第二１（２）～（４）〉

利用者が次のサービスを受けている間は訪問介護費を算定できません。
利用者が次のサービスを受けている間は訪問介護費を算定できません。

短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護

※　ただし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を受けている利用者に対して、通院等乗降介助を行った場合は通院等乗降介助の所定単位を算定することができます。

（同一時間帯に複数種類の訪問サービスを利用した場合の取り扱い）

利用者は同一時間帯にひとつの訪問サービスを利用することを原則とします。

ただし、訪問介護と訪問看護、又は訪問介護と訪問リハビリテーションを、同一利用者が同一時間帯に利用する場合は、利用者の心身の状況や介護の内容に応じて、同一時間帯に利用することが介護のために必要があると認められる場合に限り、それぞれのサービスについてそれぞれの所定単位数が算定できます。

（施設入所日、退所日等における訪問介護費の算定について）

施設入所前、施設退所後に訪問介護サービスを提供する必要性があれば、算定可能です。

（９）２人の訪問介護員による提供　〈厚告９４三・老企３６第二２（１０）〉

２人の訪問介護員による提供は、利用者またはその家族等の同意を得ている場合であって、

① 利用者の身体的理由により１人の訪問介護員等による介護が困難と認められる場合
② 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合
③ その他利用者の状況等から判断して、①または②に準ずると認められる場合

に限られます。

【ポイント】

- ①～③に該当すると判断した理由を訪問介護計画書等に記録しておいてください。
- ３人以上の訪問介護員等が１人の利用者に訪問介護を行った場合でも、３人目以降は算定できません。

【質問事例】

Ｑ：２人の訪問介護員等によるサービス提供の後、１人の訪問介護員等が引き続きサービスを行った場合どのように算定するのか。

Ａ：例）Ａ、Ｂ２人で身体介護を２５分、引き続きＡのみが身体介護２５分

○　Ａ《身体２（３９６単位）》＋Ｂ《（身体１（２５０単位）》＝６４６単位で算定する。

×　Ａ《身体１（２５０単位）×２》＋Ｂ《身体１（２５０単位）》＝７５０単位では算定しない。

(10) 複数の要介護者がいる世帯において同一時間帯に訪問サービスを利用した場合の取扱いについて〈老企３６第二１（５）〉

それぞれに標準的な所要時間を見込んで居宅サービス計画上に位置付けます。例えば、要介護

高齢者夫婦のみの世帯に１００分間訪問し、夫に５０分の訪問介護（身体介護中心の場合）、妻に５０分の訪問介護（身体介護中心の場合）を提供した場合、夫、妻それぞれ３９６単位ずつ算定されます。

ただし、生活援助については、要介護者間で適宜割り振ります。

要介護者と要支援者等がいる世帯において同一時間帯に訪問介護及び第１号訪問事業（予防専門型訪問サービス、生活援助型訪問サービス）を利用した場合も同様に、訪問介護費の算定に当たっては、要介護者へのサービスに標準的な所要時間を見込んで居宅サービス計画上に位置付ける必要があります。

生活援助についても、適宜所要時間を振り分けた上で、要介護者に係る訪問介護費を算定してください。

（11）訪問介護の所要時間　〈老企３６第二２（４）〉

（標準的な時間）

① 訪問介護の所要時間については、実際に行われた指定訪問介護の時間ではなく、訪問介護計画において位置づけられた内容の指定訪問介護を行うのに要する標準的な時間としてください。

② 訪問介護の報酬については、①により算出された指定訪問介護を行うのに要する標準的な時間が、いずれの時間区分に該当するかをもって決定されるものです。訪問介護の所要時間は、介護支援専門員やサービス提供責任者が行う適切なアセスメント及びマネジメントにより、利用者の意向や状態像に従い設定されるべきものであることを踏まえ、訪問介護計画の作成時には硬直的な運用にならないよう十分に留意し、利用者にとって真に必要なサービスが必要に応じて提供されるよう配慮してください。

③ 指定訪問介護事業者は、訪問介護員等に、指定訪問介護を実際に行った時間を記録させるとともに、当該時間が①により算出された指定訪問介護を行うのに要する標準的な時間に比べて著しく短時間となっている状態が続く場合には、サービス提供責任者に、介護支援専門員と調整の上、訪問介護計画の見直しを行わせるものとします。

（２時間ルール）

④ 訪問介護は在宅の要介護者の生活パターンに合わせて提供されるべきであることから、単に１回の長時間の訪問介護を複数回に区分して行うことは適切ではないとされています。したがって、前回提供した指定訪問介護からおおむね２時間未満の間隔で指定訪問介護が行われた場合には、それぞれの所要時間を合算するものとされています（緊急時訪問介護加算を算定する場合又は医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者に訪問介護を提供する場合を除く。）。

ただし、老企36第二２（5）（39ページの①～⑤）の規定に該当する場合は、上記の規定に関わらず、２０分未満の身体介護中心型について、前回提供した指定訪問介護から２時間未満の間隔で提供することが可能であり、所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数を算定するものとされています。

（複数回にわたる所要時間数未満の訪問介護）

⑤ 所要時間が訪問介護費の算定要件を満たさない指定訪問介護（生活援助中心型の所要時間が２０分未満の場合）については、訪問介護費の算定対象となりませんが、こうした所要時間数未満の訪問介護であっても、複数回にわたる訪問介護を一連のサービス行為とみなすことが可能な場合に限り、それぞれの訪問介護の所要時間を合計して１回の訪問介護として算定できます。

例えば、午前に訪問介護員等が診察券を窓口に提出し（所要時間２０分未満）、昼に通院介助を行い、午後に薬を受け取りに行く（所要時間２０分未満）とした場合には、それぞれの所要時間は２０分未満であるため、それぞれを生活援助（所要時間２０分以上４５

分未満）として算定できませんが、一連のサービス行為とみなして所要時間を合計し、１回の訪問介護（身体介護中心型に引き続き生活援助を行う場合）として算定できます。

（安否確認・健康チェック）

⑥　訪問介護計画に位置付けられた訪問介護の内容が、単なる本人の安否確認や健康チェックであり、それに伴い若干の身体介護又は生活援助を行う場合には、⑥の規定（＝複数回にわたる所定時間数未満の訪問介護を一連のサービス行為と見なせる場合に所要時間を合計できる）にかかわらず、訪問介護費は算定できません。

（複数の訪問介護員によるサービス提供）

⑦　１人の利用者に対して複数の訪問介護員等が交代して訪問介護を行った場合も、１回の訪問介護としてその合計の所要時間に応じた所定単位数を算定します。訪問介護員等ごとに複数回の訪問介護として算定することはできません。

【ポイント】

①　サービスとサービスの間が２時間以上空いていれば、複数回の訪問介護として算定することができます。しかし、活動内容が一連の行為である場合、必ず別々に算定しなければならないということではありません。

②　訪問介護と訪問介護の間が２時間以上間隔が空いている必要があるというのは複数回算定する場合の報酬算定上のルールです。利用者の状態像等から判断して必要であるならば、２時間以上の間隔が空いていなくても訪問介護費を算定することは可能です。この場合には、それぞれの訪問介護の所要時間を合計して1回の訪問介護として算定します。

③　複数の事業所により訪問介護が提供されている場合も、２時間以上間隔が空いていなければ１回の訪問介護として算定しなければなりません。なお、訪問介護費の分配は事業所相互の合議に委ねられます。

④　通院等乗降介助には、２時間ルールは適用されません。

平成21年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.1）（平成21年3月23日）

（問２２）

Ｑ：利用者の当日の状況が変化した場合であっても、所要時間の変更は、計画に位置づけられた時間であるため、変更はできないのか。

Ａ：例えば、当日の利用者の状態変化により、訪問介護計画上、全身浴を位置づけていたが、清拭を提供した場合や訪問介護計画上、全身浴を位置づけていたが、全身浴に加えて排泄介助を行った場合等において、介護支援専門員とサービス提供責任者が連携を図り、介護支援専門員が必要と認める（事後に介護支援専門員が必要であったと判断した場合を含む。）範囲において、所要時間の変更は可能である。なお、この場合、訪問介護計画及び居宅サービス計画は必要な変更を行うこと。

令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.4）（令和3年3月29日）

（問７）

Ｑ：看取り期の利用者に訪問介護を提供する際は、２時間未満の間隔で訪問介護が行われた場合に、所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数の算定が可能となったが、所要時間を合算するという従来の取扱いを行うことは可能か。

Ａ：　可能である。つまり、いわゆる２時間ルールの弾力化は、看取り期の利用者に対して、頻回か

つ柔軟な訪問介護を提供した場合の手間を評価するものであることから、それぞれの所要時間を合算して所定単位数を算定する場合と合算せず算定する場合を比較して、前者の所定単位数が高い場合には所要時間を合算してもよい取扱いとする。

なお、当該弾力化が適用されるのは、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと利用者を診断した時点以降であるが、適用回数や日数についての要件は設けていない。

(12) ２０分未満の身体介護　〈老企３６第二２（５）〉

所要時間２０分未満の身体介護中心型の算定については、時間帯に限らず行うことができます。

また、その中でも次の①～⑤のいずれにも該当する場合には、頻回の訪問（前回提供した指定訪問介護からおおむね２時間の間隔を空けずにサービスを提供するものをいいます。）を行うことができます。

① ａ，ｂのいずれかに該当する利用者に対する指定訪問介護であること。

ａ要介護１又は要介護２の利用者であって、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もの（日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する利用者を指すものとします）。

ｂ要介護３～５の利用者であって、「「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について」におけるランクＢ以上に該当するもの。

② ①の要件を満たす利用者を担当する介護支援専門員が開催するサービス担当者会議において、１週間のうち５日以上、頻回の訪問を含む２０分未満の身体介護が必要と判断されたものに対して提供される指定訪問介護であること。この場合、当該サービス担当者会議については、当該指定訪問介護の提供日の属する月の前３月の間に１度以上開催され、かつ、サービス提供責任者が参加していなければならないこと。なお、１週間のうち５日以上の日の計算に当たっては、日中の時間帯のサービスのみに限らず、夜間、深夜及び早朝の時間帯のサービスも含めて差し支えないこと。

③ ２４時間体制で、利用者又はその家族等から電話等による連絡に常時対応できる体制にあるものでなければならないこと。

また、利用者又はその家族等からの連絡に対応する職員は、営業時間中においては当該事業所の職員が１以上配置されていなければならないが、当該職員が利用者からの連絡に対応できる体制を確保している場合は、利用者に指定訪問介護を提供することも差し支えない。また、営業時間以外の時間帯については、併設する事業所等の職員又は自宅待機中の当該指定訪問介護事業所の職員であって差し支えない。

④ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と一体的に運営しているもの又は指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定を併せて受ける計画を策定しているものでなければならないこと（要介護１又は要介護２の利用者に対して提供する場合は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と一体的に運営しているものに限る）。

⑤ ③及び④の事項については届出をしなければならず、日中の２０分未満の身体介護を行うには、サービス開始月の前月の１５日までに加算届にて届出を行うものであること。

①から⑤の要件を満たした場合に、頻回の訪問を含む２０分未満の身体介護中心型の単位を算定した月における当該利用者に係る１月当たりの訪問介護費は、訪問看護連携型以外の定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（訪問看護サービスを行わない場合）のうち、当該利用者の要介護状態区分に応じた所定単位数を限度として算定できます。なお、①から⑤の要件を満たす事業所の利用者であったとしても、当該月において頻回の訪問を含まない場合は、この算定上限は適用さ

れません。

なお、頻回の訪問として提供する２０分未満の身体介護中心型の単位を算定する場合は、当該サービス提供が「頻回の訪問」にあたるものであることについて、居宅サービス計画において、明確に位置づけられている必要があります。

※　なお、①から⑤の要件は、頻回の訪問（前回提供した指定訪問介護から２時間未満の間隔で提供するサービスであり、この場合所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数を算定することが可能。）で２０分未満の身体介護中心型を算定する場合に適用されるものであり、全ての指定訪問介護事業所において２０分未満の身体介護中心型の単位自体は算定できます。

※　２０分未満の身体介護中心型については、下限となる所要時間を定めてはいませんが、本時間区分により提供されるサービスについては、排泄介助、体位交換、服薬介助、起床介助、就寝介助等といった利用者の生活にとって定期的に必要な短時間の身体介護を想定しており、訪問介護の内容が単なる本人の安否確認や健康チェックであり、それに伴い若干の身体介護を行う場合には算定できません。

※　いずれの時間帯においても、２０分未満の身体介護の後に引き続き生活援助を行うことは認められません（緊急時訪問介護加算を算定する場合を除く。）。

平成24年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.1）（平成24年3月16日）

（問２）

Ｑ：20分未満の身体介護中心型を算定する場合のサービス内容はどのようなものなのか。

Ａ：20分未満の身体介護の内容については、在宅の利用者の生活にとって定期的に必要となる排泄介助、体位交換、起床・就寝介助、服薬介助等の短時間サービスを想定しており、従前どおり単なる本人の安否確認や健康チェック、声かけ等のサービス提供の場合は算定できない。また、高齢者向けの集合住宅等において、単に事業所の効率の向上のみを理由として、利用者の意向等を踏まえずに本来20分以上の区分で提供すべき内容の身体介護を複数回に分け提供するといった取扱いは適切ではない。

（問５）

Ｑ：20分未満の身体介護中心型については、「引き続き生活援助を行うことは認められない」とされているが、利用者の当日の状況が変化した場合に、介護支援専門員と連携した結果、当初の計画に位置付けられていない生活援助の必要性が認められ、全体の所要時間が20分を超えた場合であっても同様か。

Ａ：20分未満の身体介護に引き続き生活援助を行うことを位置付けることはできない。
なお、排泄介助の提供時に失禁によりシーツ交換やベッド周辺の清掃が必要となった場合等においては、介護支援専門員とサービス提供責任者が連携を図り、介護支援専門員が認める（事後の判断を含む。）範囲においてサービス内容の変更を行い、変更後のサービス内容に応じた所要時間に基づき、所要時間20分以上の身体介護又は生活援助として算定すること。

平成27年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.1）（平成27年4月1日）

（問１２）

Ｑ：「概ね２時間未満の間隔で指定訪問介護が行われた場合には、それぞれの所要時間を合算する」とあるが、20分未満の身体介護中心型を算定する場合にも適用されるのか。

Ａ：一般の訪問介護事業所（定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定又は整備計画を有しないもの）については、20分未満の身体介護中心型を含め、概ね２時間未満の間隔で指定訪問介護が行われた場合には、それぞれの所定単位数を合算する。

一方、頻回の訪問を行うことができる指定訪問介護事業所については、20分未満の身体介護に限り、前後の訪問介護との間隔が概ね２時間未満であっても、所要時間を合算せず、それぞれのサービスの所要時間に応じた単位数が算定される。したがって、20分未満の身体介護の前後に行われる訪問介護（20分未満の身体介護中心型を算定する場合を除く。）同士の間隔が概ね２時間未満の間隔である場合には、それぞれの所要時間を合算するものとする。

(1) 一般の訪問介護事業所（定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定又は整備計画を有しないもの）

（ケース１）

所要時間 20分以上30分 未満の身体介護 【25分】(a)	←２時間未満→ （合算する）	20分未満の 身体介護 【15分】(b)	←２時間以上→ （合算しない）	所要時間 20分以上30分 未満の身体介護 【25分】(c)

① 30分以上1時間未満　(a)+(b)　396単位

② 20分以上30分未満　(c)　250単位

（ケース２）

所要時間 20分以上30分 未満の身体介護 【25分】(a)	←２時間以上→ （合算しない）	20分未満の 身体介護 【15分】(b)	←２時間以上→ （合算しない）	所要時間 20分以上30分 未満の身体介護 【25分】(c)

① 20分以上30分未満　(a) 及び (c) 250単位×2回

② 20分未満　(b)　167単位

(2) 頻回の訪問を行う訪問介護事業所（定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定又は整備計画を有するもの）

（ケース３）

所要時間 20分以上30分 未満の身体介護 【25分】(a)	←２時間未満→ （合算しない）	20分未満の 身体介護 【15分】(b)	←２時間未満→ （合算しない）	所要時間 20分以上30分 未満の身体介護 【25分】(c)
	←	２時間未満 （合算する＝50分）	→	

① 30分以上1時間未満　(a)＋(c)　396単位

② 20分未満　(b)　167単位

平成27 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（平成27年4月1日）

（問１３）

Ｑ：頻回の訪問として行う20分未満の身体介護中心型については、サービス担当者会議において「概ね１週間に５日以上、頻回の訪問を含む所要時間が20分未満の指定訪問介護が必要であると認められた利用者」についてのみ算定可能とされているが、短期入所生活介護等の利用により、１週間訪問介護の提供が行われない場合は算定できないのか。

Ａ：「１週間に５日以上、頻回の訪問を含む所要時間が20分未満の指定訪問介護が必要であると認められた利用者」とは、排泄介助等の毎日定期的に必要となるサービスの提供が必要となる者を想定しており、当該必要となるサービスについて他のサービス等で代替が可能であれば、必ずしも１週間のうちに５日以上、頻回の訪問を含む短時間サービスを実際に提供しなければならないという趣旨ではない。

（問１４）

Ｑ：頻回の訪問として行う20分未満の身体介護中心型を算定する場合、「指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定を併せて受ける計画を策定しなければならない。」とあるが、所在地の市区町村が定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定について公募制度を採用している場合、要件を満たすことができるか。

Ａ：事業所所在地の定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定状況等にかかわらず、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の実施のための計画を策定していれば算定は可能である。

（問１５）

Ｑ：頻回の訪問を含む20分未満の身体介護（サービスコード：身体介護02）を算定した場合、当該利用者に係る１月あたりの訪問介護費は定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ｉ）（訪問看護サービスを行わない場合）が限度となるが、これは「身体介護02の１月あたり合計単位数が定期巡回・随時対応型訪問介護看護費を超えてはならない」との趣旨か。

Ａ：頻回の訪問を含む20分未満の身体介護を算定した月における当該利用者に係る１月あたりの訪問介護費は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費が限度となるが、この場合の訪問介護費とは、訪問介護費全体の合計単位数を指すものである。

（問１６）

Ｑ：頻回の訪問として提供する20分未満の身体介護を算定する場合は、当該サービス提供が「頻回の訪問」にあたることを居宅サービス計画において明確に位置付けることとされているが、具体的にどのように記載すれば良いか。

Ａ：[前略]記載例として、頻回の訪問介護（2時間の間隔を空けずに提供するもの）の場合の20分未満の身体介護のサービスコードは「身体介護02」であり、頻回の訪問を含むことについて遺漏の無いようにするため、サービス利用票のサービス内容欄に「【頻回】」と記載することを想定している。

（13）同一敷地内、隣接敷地内等に居住する利用者に対する減算

〈老企３６第二２（１４）〉

指定訪問介護事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは指定訪問介護事業所と同一建物（以下「同一敷地内建物等」という。）に居住する利用者（指定訪問介護事業所における1 月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者を除く。）又は指定訪問介護事業所における１月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く。）に居住する利用者に対し、指定訪問介護を行った場合は、１回につき所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定し、指定訪問介護事業所における１月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者に対して、指定訪問介護を行った場合は、１回につき所定単位数の100分の85に相当する単位数を算定しなければなりません。

※　区分支給限度基準額の算定の際は当該減算前の所定単位数を算入します。

①　「同一敷地内建物等」とは

当該指定訪問介護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物及び同一敷地内並びに隣接する敷地（当該指定訪問介護事業所と建築物が道路等を挟んで設置している場合を含む。）にある建築物のうち効率的なサービス提供が可能なものを指します。

具体的には、一体的な建築物として、当該建物の１階部分に指定訪問介護事業所がある場合や当該建物と渡り廊下でつながっている場合など、同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物として、同一敷地内にある別棟の建築物や幅員の狭い道路を挟んで隣接する場合などが該当します。

②　「同一の建物に20人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く。）」とは

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

ロ　この場合の利用者数は、１月間（暦月）の利用者数の平均を用います。この場合、１月間の利用者の数の平均は、当該月における１日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とします。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り捨てるものとします。また、当該指定訪問介護事業所が、第１号訪問事業（旧指定介護予防訪問介護に相当するものとして市町村が定めるものに限る。以下同じ。）と一体的な運営をしている場合、第１号訪問事業の利用者を含めて計算します。

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

具体的には、次のような場合を一例として、サービス提供の効率化につながらない場合には、減算を適用すべきではありません。

（同一敷地内建物等に該当しないものの例）

・同一敷地内であっても、広大な敷地に複数の建物が点在する場合

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

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

⑤　同一敷地内建物等に50人以上居住する建物の定義

イ 同一敷地内建物等のうち、当該同一敷地内建物等における当該指定訪問介護事業所の利用者が

50人以上居住する建物の利用者全員に適用されます。

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

※　なお①及び②のいずれの場合においても、減算の対象となるのは、該当する利用者のみです。

平成27年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.1）（平成27年4月1日）

（問５）

Ｑ：月の途中に、集合住宅減算の適用を受ける建物に入居した又は当該建物から退居した場合、月の全てのサービス提供部分が減算の対象となるのか。

Ａ：集合住宅減算については、利用者が減算対象となる建物に入居した日から退居した日までの間に受けたサービスについてのみ減算の対象となる。月の定額報酬であるサービスのうち、介護予防訪問介護費、夜間対応型訪問介護費（Ⅱ）及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護費については、利用者が減算対象となる建物に居住する月があるサービスに係る報酬（日割り計算が行われる場合は日割り後の額）について減算の対象となる。なお、夜間対応型訪問介護費（Ⅰ）の基本夜間対応型訪問介護費については減算の対象とならない。また、（介護予防）小規模多機能型居宅介護費については利用者の居所に応じた基本報酬を算定する。

（問７）

Ｑ：「同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物」に該当するもの以外の集合住宅に居住する利用者に対し訪問する場合、利用者が１月あたり２０人以上の場合減算の対象となるが、算定月の前月の実績で減算の有無を判断することとなるのか。

Ａ：算定月の実績で判断することとなる。

（問８）

Ｑ：「同一建物に居住する利用者が1月あたり20人以上である場合の利用者数」とは、どのような者の数を指すのか。

Ａ：この場合の利用者数とは、当該指定訪問介護事業所とサービス提供契約のある利用者のうち、該当する建物に居住する者の数をいう。（サービス提供契約はあるが、当該月において、訪問介護費の算定がなかった者を除く。）

（問１１）

Ｑ：集合住宅減算について、サービス提供事業所と建物を運営する法人がそれぞれ異なる法人である場合にはどのような取扱いとなるのか。

Ａ：サービス提供事業所と建物を運営する法人が異なる場合も減算対象となる。

平成30年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.1）（平成 30年3月23日）

（問２）

Ｑ：集合住宅減算についてはどのように算定するのか。

Ａ：集合住宅減算の対象となるサービスコードの所定単位数の合計に対して減算率を掛けて算定をすること。

なお、区分支給限度基準額を超える場合、区分支給限度基準額の管理に際して、区分支給限度基準額の超過に同一建物減算を充てることは出来ないものとする。

（14）早朝・夜間・深夜のサービス　〈老企３６第二２（１１）〉

居宅サービス計画上又は訪問介護計画上、訪問介護サービス開始時刻が加算の対象となる時間帯にある場合に当該加算を算定できます。

加算の対象となる時間帯は次のとおりです。

夜間…午後６時から午後１０時

深夜…午後１０時から午前６時

早朝…午前６時から午前８時

※ただし、利用時間が長時間にわたる場合に、加算の対象となるサービス提供時間が全体のサービス提供時間に占める割合がごくわずかな場合は、当該加算は算定できません。

【質問事例】

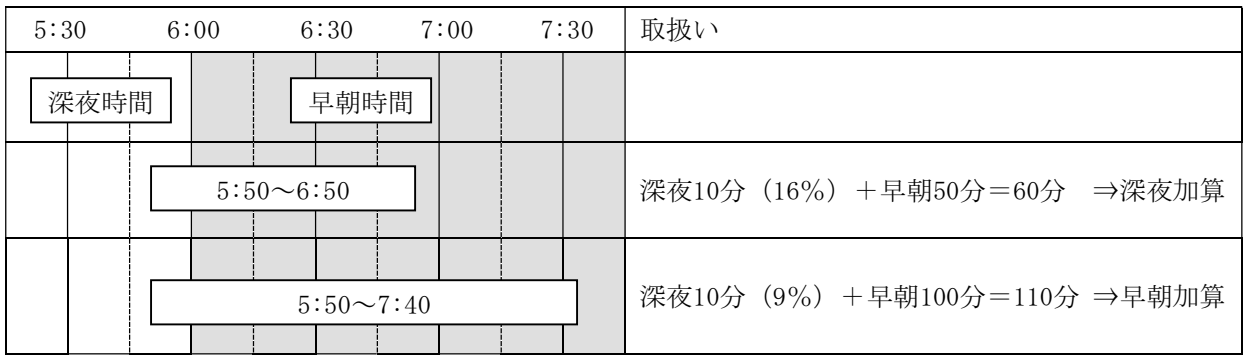
Ｑ　「ごくわずか」とは、どの程度を言うのか？

Ａ　明確な決まりはありませんが、介護支援専門員や利用者等と相談の上、利用者ごとに、サービス全体を考えて個別に判断することとなります。

※名古屋市では「ごくわずか」の目安を概ね10％未満としています。

ただし、当該時間が10％以上であっても、介護支援専門員の適切なアセスメントによる利用者の生活実態から、当該時間にサービス提供を行う必要がある場合に限り算定可能ですので、当該時間にサービス提供を行う必要性を訪問介護計画等で明らかにする必要があります。

（例）



（15）特定事業所加算　〈厚告９５三・老企３６第二２（１２）〉

以下の要件を満たす指定訪問介護事業所が、利用者に対し指定訪問介護を行った場合に算定可能です。

「訪問介護費に係る特定事業所加算の基準」

・特定事業所加算Ⅰ…要件（１）から（７）のいずれにも適合すること

・特定事業所加算Ⅱ…要件（１）から（４）のいずれにも適合し、かつ（５）又は（６）のいずれかに適合すること

・特定事業所加算Ⅲ…要件（１）から（４）及び（７）のいずれにも適合すること

・特定事業所加算Ⅳ…要件（２）から（４）及び（８）から（１０）のいずれにも適合すること

・特定事業所加算Ⅴ…要件（１）から（４）及び（１１）のいずれにも適合すること

要件（１）

すべての訪問介護員等（登録型の訪問介護員等を含む。）に対し、訪問介護員等ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること。

これについては、当該事業所におけるサービス従事者の資質向上のための研修内容の全体像と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、訪問介護員等について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等を定めた計画を策定しなければなりません。

平成21年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.1）（平成21年3月23日）

（問３）

Ｑ：特定事業所加算及びサービス提供体制強化加算の要件のうち、計画的な研修の実施に係る要件の留意事項を示されたい。

Ａ：訪問介護員等ごとに研修計画を策定されることとしているが、当該計画の期間については定めていないため、当該訪問介護員等の技能や経験に応じた適切な期間を設定する等、柔軟な計画策定をされたい。

また、計画の策定については、全体像に加えて、訪問介護員等ごとに策定することとされているが、この訪問介護員等ごとの計画については、職責、経験年数、勤続年数、所有資格及び本人の意向等に応じ、職員をグループ分けして作成することも差し支えない。なお、計画については、すべての訪問介護員等が概ね１年の間に１回以上、なんらかの研修を実施できるように策定すること。

要件（２）

次の①、②のいずれにも合致していること。

① 利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該指定訪問介護事業所における訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。

当該会議は、サービス提供責任者が主宰し、おおむね１月に１回以上開催されるものであり、登録ヘルパーも含めたすべての訪問介護員等が参加する必要があります。なお、全員が一堂に会して開催する必要はなく、サービス提供責任者ごとにいくつかのグループ別に分かれて開催することで差し支えはありません。会議の開催状況については、その概要を記録しなければなりません。

また、会議は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。）を活用して行うことができるものとされています。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。

② 指定訪問介護の提供に当たっては、サービス提供責任者が、担当訪問介護員等に対し、利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等の確実な方法（直接面接して文書を手交する方法のほか、ＦＡＸ、メール等によることも可能）で伝達してから開始するとともに、サービス提供終了後、担当する訪問介護員等から適宜報告を受けること。

利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項については、少なくとも次に掲げる事項について、その変化の動向を含め、記載しなければなりません。

- 利用者のＡＤＬや意欲
- 利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望

・　家族を含む環境
・　前回のサービス提供時の状況
・　その他サービス提供にあたっての必要な事項

なお、「前回のサービス提供時の状況」以外の事項については、変更があった場合に記載することで足りるものとされており、１日のうち、同一の訪問介護員等が同一の利用者に複数回訪問する場合であって、利用者の体調の急変等、特段の事情がないときは、当該利用者に係る文書等の指示及びサービス提供後の報告を省略することも差し支えありません。

また、サービス提供責任者が事業所に不在時のサービス提供に係る文書等による指示及びサービス提供後の報告については、サービス提供責任者が事前に一括指示を行い、適宜事後に報告を受けることも差し支えありませんが、この場合、前回のサービス提供時の状況等については、訪問介護員等の間で引継ぎを行う等、適切な対応を図るとともに、利用者の体調の急変等の際の対応のためのサービス提供責任者との連絡体制を適切に確保しなければなりません。

サービス提供終了後における訪問介護員等からの報告については、サービス提供責任者は、その内容を文書（電磁的記録を含む。）にて記録を保存しなければなりません。

要件（３）

すべての訪問介護員等（登録型の訪問介護員等を含む。）に対し定期的（少なくとも1年以内ごとに1回）に健康診断を事業主の費用負担により実施すること。

新たに加算を算定しようとする場合にあっては、少なくとも1年以内に当該健康診断等が実施されることが計画されていることをもって足ります。

要件（４）

居宅基準省令第２９条第６号に規定する緊急時等における対応方法が利用者に明示されていること。

「明示」とは、緊急時等の対応方針、緊急時の連絡先及び対応可能な時間帯等を記載した文書を利用者に交付し説明する必要があります。（重要事項説明書等に当該内容を明記することをもって足ります。）

平成21年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.1）（平成21年3月23日）

（問４）

Ｑ：特定事業所加算及びサービス提供体制強化加算の要件のうち、定期的な健康診断の実施に係る要件の留意事項を示されたい。

Ａ：本要件においては、労働安全衛生法により定期的に健康診断を実施することが義務づけられた「常時使用する労働者」に該当しない訪問介護員等を含めた、すべての訪問介護員等に対して、１年以内ごとに１回、定期的に医師による健康診断（常時使用する者に労働者に該当しない者に対する健康診断の項目についても労働安全衛生法と同様とする）を、事業所の負担により実施することとしている。

また、「常時使用する労働者」に該当しない訪問介護員等に対する健康診断については、労働安全衛生法における取扱いと同様、訪問介護員等が事業者の実施する健康診断を本人の都合で受診しない場合については、他の医師による健康診断（他の事業所が実施した健康診断を含む。）を受診し、その者が当該健康診断の結果を証明する書面を提出したときは、健康診断の項目を省略できるほか、費用については本人負担としても差し支えない。（以下略）

平成21年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.2）（平成21年4月17日）

（問１２）

Ｑ：特定事業所加算の人材要件のうちの訪問介護員等要件において、指定訪問介護事業所が障害者総合支援法における指定居宅介護等を併せて行っている場合の取扱いについて。

Ａ：人材要件のうち訪問介護員等要件における職員の割合の算出にあたっては、介護保険法におけるサービスに従事した時間により算出された常勤換算の結果を用いるものとする。したがって、障害者総合支援法における指定居宅介護等に従事した時間は含めない。

要件（５）

前年度（３月を除く。）又は届出日の属する月の前３月の１月当たりの実績の平均について、指定訪問介護事業所の訪問介護員等の総数のうち介護福祉士が常勤換算方法で３０％以上、又は、介護福祉士、実務者研修修了者並びに介護職員基礎研修課程修了者及び１級課程修了者が常勤換算方法で５０％以上であること。

この介護福祉士又は実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは１級課程修了者とは、各月の前月の末日時点で資格を取得している又は研修の課程を修了している者とします。また、看護師等の資格を有する者については、１級課程の全科目を免除することが可能とされていたことから、１級課程修了者に含めて差し支えありません。

※　前年度の実績が６月未満の場合（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）、前年度実績による加算の届出はできません。

※　前３月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近３月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しているか記録します。所定の割合を下回った場合は直ちに加算の廃止届を提出してください。

要件（６）

すべてのサービス提供責任者が３年以上の実務経験を有する介護福祉士又は５年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、１級課程修了者であること。ただし、居宅基準省令第５条第２項により、１人を超えるサービス提供責任者を配置しなければならない事業所については、２人以上のサービス提供責任者が常勤であること。

この「実務経験」とは、サービス提供責任者としての従事期間ではなく、在宅や施設を問わず介護に関する業務に従事した期間をいうものであり、資格取得又は研修修了前の従事期間も含めるものとします。なお、看護師等の資格を有する者については、１級課程の全科目を免除することが可能とされていたことから、１級課程修了者に含めて差し支えありません。

要件（７）

前年度（３月を除く。）又は届出日の属する月の前３月の１月あたりの実績の平均について、利用実人員又は訪問回数の総数に占める、要介護４及び要介護５の者、日常生活に支障をきたすおそれのある症状もしくは行動が認められることから介護を必要とする認知症である者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者を指す。）並びにたんの吸引等が必要な者（特定行為事業者の登録を受けている事業所に限る。）の割合が２０％以上であること。

※　前年度の実績が６月未満の場合（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）、前年度実績による加算の届出はできません。

※　前３月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、

直近３月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しているか記録します。所定の割合を下回った場合は直ちに加算の廃止届を提出してください。

平成24年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.1）（平成24年3月16日）

（問１４）

Ｑ：特定事業所加算の重度要介護者等対応要件に、「たんの吸引等の行為を必要とする利用者」が含まれたが、たんの吸引等の業務を行うための登録を受けた事業所以外はこの要件を満たすことができないのか。

Ａ：登録事業所以外であっても、要介護４以上又は認知症自立度Ⅲ以上の割合が20%以上であれば、重度要介護者等対応要件を満たす（登録事業所に限り、たんの吸引等の行為を必要とする利用者を重度要介護者等対応要件に関する割合の計算に当たり算入できる。）。

なお、「たんの吸引等の行為を必要とする利用者」とは、たんの吸引等の行為を当該登録事業所の訪問介護員等が行うことにつき医師の指示を受けている者をいう。

要件（８）

すべてのサービス提供責任者に対し、サービス提供責任者ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること。

これについては、当該事業所におけるサービス従事者の資質向上のための研修内容の全体像と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、サービス提供責任者について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等を定めた計画を策定しなければなりません。

要件（９）

居宅基準省令第５条第２項の規定により配置することとされている常勤のサービス提供責任者が２人以下の指定訪問介護事業所であって、同項の規定により配置することとされているサービス提供責任者を常勤により配置し（サービス提供責任者の配置について常勤換算方法を採用する事業所を除く。）、かつ、基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を１人以上配置していること。

要件（１０）

前年度（３月を除く。）又は届出日の属する月の前３月の１月あたりの実績の平均について、利用実人員又は訪問回数の総数に占める、要介護３、要介護４又は要介護５の者、日常生活に支障をきたすおそれのある症状もしくは行動が認められることから介護を必要とする認知症である者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者を指す。）並びにたんの吸引等が必要な者（特定行為事業者の登録を受けている事業所に限る。）の割合が６０％以上であること。

※　前年度の実績が６月未満の場合（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）、前年度実績による加算の届出はできません。

※　前３月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近３月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しているか記録します。所定の割合を下回った場合は直ちに加算の廃止届を提出してください。

要件（１１）

前年度（３月を除く。）又は届出日の属する月の前３月の１月あたりの実績の平均について、指定訪問介護事業所の訪問介護員等の総数のうち、勤続年数（各月の前月の末日時

点。）７年以上の者の占める割合が常勤換算方法で３０％以上であること。

勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとします。

※　前年度の実績が６月未満の場合（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）、前年度実績による加算の届出はできません。

※　前３月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近３月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しているか記録します。所定の割合を下回った場合は直ちに加算の廃止届を提出してください。

令和３年度介護報酬改定に関する Ｑ＆Ａ（Vol.4）（令和3年3月29日）

（問２）

Ｑ：「訪問介護員等の総数のうち、勤続年数７年以上の者の占める割合が３０％以上」という要件について、勤続年数はどのように計算するのか。

Ａ：・特定事業所加算（Ⅴ）における、勤続年数７年以上の訪問介護員等の割合に係る要件については、

― 訪問介護員等として従事する者であって、同一法人等での勤続年数が７年以上の者の割合を要件としたものであり、

― 訪問介護員等として従事してから７年以上経過していることを求めるものではないこと（例えば、当該指定訪問介護事業所の訪問介護員等として従事する前に、同一法人等の異なるサービスの施設・事業所の介護職員として従事していた場合に勤続年数を通算して差し支えないものである。）。

・「同一法人等での勤続年数」の考え方について、

― 同一法人等（※）における異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる雇用形態、職種（直接処遇を行う職種に限る。）における勤続年数

― 事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であって、当該事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合の勤続年数は通算することができる。

（※）同一法人のほか、法人の代表者等が同一で、採用や人事異動、研修が一体として行われる等、職員の労務管理を複数法人で一体的に行っている場合も含まれる。

（問３）

Ｑ：勤続年数には産前産後休業や病気休暇の期間は含めないと考えるのか。

Ａ：産前産後休業や病気休暇のほか、育児・介護休業、母性健康管理措置としての休業を取得した期間は雇用関係が継続していることから、勤続年数に含めることができる。

【ポイント】

・　常に算定要件を満たしている必要があります。要件に該当しないことが判明した時点で加算取下げの届出を行ってください。翌月分から加算を算定することはできません。

・　加算を算定すると、利用者負担も増加することになります。要件を満たしたため加算を新たに算定しようとする場合には、全利用者に対して負担増について十分な説明を行い、同意を得た上で届け出てください。特定の利用者のみ加算を行わない、という取り扱いはできません。

（16）初回加算　〈厚告１９別表１二・老企３６第二２（１９）〉

新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回若しくは初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行した場合は１月につき算定できます。

① 加算は利用者が過去２月間（暦月）に、当該指定訪問介護事業所から指定訪問介護の提供を受けていない場合に算定されます。

② サービス提供責任者が訪問介護に同行した場合については、同行訪問した旨を記録する必要があります。

③ サービス提供責任者が同行した場合においては、当該サービス提供責任者は訪問介護に要する時間を通じて滞在することは必ずしも必要ではなく、利用者の状況等を確認したうえで、途中で現場を離れた場合であっても算定可能です。

平成21年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.1）（平成21年3月23日）

（問３３）

Ｑ：初回加算を算定する場合を具体的に示されたい。

Ａ：初回加算は過去２月に当該指定訪問介護事業所から指定訪問介護の提供を受けていない場合に算定されるが、この場合の「２月」とは暦月（月の初日から月の末日まで）によるものとする。

したがって、例えば、４月１５日に利用者に指定訪問介護を行った場合、初回加算が算定できるのは、同年の２月１日以降に当該事業所から指定訪問介護の提供を受けていない場合となる。

また、次の点にも留意すること。

①初回加算は同一月内で複数の事業所が算定することも可能であること。

②一体的に運営している指定介護予防訪問介護事業所の利用実績は問わないこと（介護予防訪問介護費の算定時においても同様である。）

［介護予防訪問介護については総合事業に移行］

【ポイント】

・ 初回若しくは初回に実施した訪問介護の翌月に、サービス提供責任者が、自ら訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問しても算定できません。

(17) 緊急時訪問介護加算 〈厚告１９別表１注１４・老企３６第二２（１８）〉

利用者やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者が指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員と連携を図り、当該介護支援専門員が必要と認めたときに、訪問介護員等が居宅サービス計画において計画的に訪問することとなっていない指定訪問介護を緊急に行った場合に加算します。

①「緊急に行った場合」とは、居宅サービス計画に位置付けられていない（当該指定訪問介護を提供した時間帯が、あらかじめ居宅サービス計画に位置付けられたサービス提供日時以外の時間帯であるものをいう。）訪問介護（身体介護が中心のものに限る。）を、利用者又はその家族等から要請を受けてから２４時間以内に行った場合です。

② 当該加算は、１回の要請につき１回を限度として算定できます。

③ 緊急時訪問介護加算は、サービス提供責任者が、事前に指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員と連携を図り、当該介護支援専門員が、利用者又はその家族等から要請された日時又は時間帯に身体介護中心型の訪問介護を提供する必要があると判断した場合に加算されるものですが、やむを得ない事由により、介護支援専門員と事前の連携が図れない場合に、指定訪問介護事業所により緊急に身体介護中心型の訪問介護が行われた場合であって、事後に介護支援専門員によって、当該訪問が必要であったと判断された場合には、加算の算定は可能です。

④ 当該加算の対象となる訪問介護の所要時間については、サービス提供責任者と介護支援専門員が連携を図った上、利用者又はその家族等からの要請内容から、当該訪問介護に要する標準的な時間を、介護支援専門員が判断します。なお、介護支援専門員が、実際に行われた訪問介護の内容を考慮して、所要時間を変更することは差し支えありません。

⑤ 当該加算の対象となる訪問介護の所要時間については、老企36号第2の2(4)④及び(5)の規定（→“２時間ルール”及び“２０分未満の身体介護”）は適用されないものとします。したがって、所要時間が２０分未満であっても、２０分未満の身体介護中心型の所定単位数の算定及び当該加算の算定は可能であり、当該加算の対象となる訪問介護と当該訪問介護の前後に行われた訪問介護の間隔が２時間未満であった場合であっても、それぞれの所要時間に応じた所定単位数を算定します（所要時間を合算する必要はない）。

⑥ 緊急時訪問介護加算の対象となる指定訪問介護の提供を行った場合は、居宅基準省令第１９条に基づき、要請のあった時間、要請の内容、当該訪問介護の提供時刻及び緊急時訪問介護加算の算定対象である旨等を記録してください。

平成21年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.1）（平成21年3月23日）

（問３１）

Ｑ：緊急時訪問介護加算の算定時において、訪問介護計画及び居宅サービス計画の修正は必要か。

Ａ：緊急時訪問介護加算の算定時における事務処理については、次の取扱いとすること。

①指定訪問介護事業所における事務処理

・訪問介護計画は必要な修正を行うこと。

・居宅サービス基準第１９条に基づき、必要な記録を行うこと。

②指定居宅介護支援における事務処理

・居宅サービス計画の変更を行うこと（すべての様式を変更する必要はなく、サービス利用票の変更等、最小限の修正で差し支えない。）

（問３２）

Ｑ：ヘルパーの訪問時に利用者の状態が急変した際等の要請に対する緊急対応等について、緊急時訪問介護加算の対象となるか。

Ａ：この場合は、緊急時訪問介護加算の対象とはならない。

平成24年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.1）（平成24年3月16日）

（問１６）

Ｑ：緊急時訪問介護加算の算定時における訪問介護の所要時間はどのように決定するのか。

Ａ：要請内容から想定される、具体的なサービス内容にかかる標準的な時間とする。したがって、要請内容については適切に把握しておくこと。

また、本加算の特性上、要請内容からは想定できない事態の発生も想定されることから、現場の状況を介護支援専門員に報告した上で、介護支援専門員が、当初の要請内容からは想定しがたい内容のサービス提供が必要と判断(事後の判断を含む。)した場合は、実際に提供したサービス内容に応じた標準的な時間(現に要した時間ではないことに留意すること。)とすることも可能である。

なお、緊急時訪問介護加算の算定時は、前後の訪問介護との間隔は概ね２時間未満であっても所要時間を合算する必要はなく、所要時間20分未満の身体介護中心型（緊急時訪問介護加算の算定時に限り、20分未満の身体介護に引き続き生活援助中心型を行う場合の加算を行うことも可能）の算定は可能であるが、通常の訪問介護費の算定時と同様、訪問介護の内容が安否確認・健康チェック等の場合は、訪問介護費の算定対象とならないことに留意すること。

（18）生活機能向上連携加算　〈厚告１９別表１ホ・老企３６第二２（２０）〉

①生活機能向上連携加算（Ⅱ）

利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（医療法（昭和23年法律第205号）第１条の２第２項に規定する医療提供施設をいい、病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径４キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。加算（Ⅰ）について同じ。）の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション等の一環として当該利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する等により、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と利用者の身体の状況等の評価

を共同して行い、かつ、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成した場合であって、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と連携し、当該訪問介護計画に基づく指定訪問介護を行ったときは、初回の当該指定訪問介護が行われた日の属する月以降３月の間、１ 月につき所定単位数を加算します。ただし、加算（Ｉ）を算定している場合は、算定できません。

イ　生活機能の向上を目的とした訪問介護計画の要件

利用者の日常生活において介助等を必要とする行為について、単に訪問介護員等が介助等を行うのみならず、利用者本人が日々の暮らしの中で当該行為を可能な限り自立して行うことができるよう、利用者の有する能力及び改善可能性に応じた具体的目標を定めた上で、訪問介護員等が提供する指定訪問介護の内容を定めたものでなければなりません。

ロ　生活機能アセスメントの実施

イの訪問介護計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下、「理学療法士等」という。）が利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する又は当該理学療法士等及びサービス提供責任者が利用者の居宅を訪問した後に共同してカンファレンス（サービス担当者会議として開催されるものを除く。以下①において同じ。）を行い、当該利用者のＡＤＬ（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びＩＡＤＬ（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する利用者の状況につき、理学療法士等とサービス提供責任者が共同して、現在の状況及びその改善可能性の評価（以下「生活機能アセスメント」という。）を行なわなければなりません。

カンファレンスは、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。

※「カンファレンス」は、サービス担当者会議の前後に時間を明確に区分した上で、サービス提供責任者及び理学療法士等により実施されるもので差し支えありません。
※「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院です。

ハ　イの訪問介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載しなければなりません。

ａ 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容
ｂ 生活機能アセスメントの結果に基づき、ａの内容について定めた３月を目途とする達成目標
ｃ ｂの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標
ｄ ｂ及びｃの目標を達成するために訪問介護員等が行う介助等の内容

ニ　ハの目標について

ハのｂ及びｃの達成目標については、利用者の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定するとともに、利用者自身が目標の達成度合いを客観視でき、利用者の意欲向上につながるよう、例えば当該目標に係る生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作（立位又は座位の保持等）の時間数といった数値を用いる等、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定しなければなりません。

ホ　計画に基づく指定訪問介護の例

イの訪問介護計画及び当該計画に基づく訪問介護員等が行う指定訪問介護の内容としては、例えば次のようなものが考えられます。

○達成目標として「自宅のポータブルトイレを１日１回以上利用する（１月目、２月目の目標として座位の保持時間）」を設定

（１月目）訪問介護員等は週２回の訪問の際、ベッド上で体を起こす介助を行い、利用者が５分間の座位を保持している間、ベッド周辺の整理を行いながら安全確保のための見守り及び付き添いを行う。

（２月目）ベッド上からポータブルトイレへの移動の介助を行い、利用者の体を支えながら、排泄の介助を行う。

（３月目）ベッド上からポータブルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う。（訪問介護員等は、指定訪問介護提供時以外のポータブルトイレの利用状況等について確認を行う。）

ヘ　加算算定の期間等について

本加算はロの評価に基づき、イの訪問介護計画に基づき提供された初回の指定訪問介護の提供日が属する月以降３月を限度として算定されるものであり、３月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度ロの評価に基づき訪問介護計画を見直す必要があります。なお、当該３月の間に利用者に対する指定訪問リハビリテーション又は指定通所リハビリテーション等の提供が終了した場合であっても、３月間は本加算の算定が可能です。

ト　加算算定期間中の注意点

本加算を算定する期間中は、各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、当該理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬの改善状況及びハのｂの達成状況を踏まえた適切な対応を行わなければなりません。

②生活機能向上連携加算（Ⅰ）

サービス提供責任者が、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成し、当該訪問介護計画に基づく指定訪問介護を行ったときは、初回の当該指定訪問介護が行われた日の属する月に、所定単位数を加算します。

イ　生活機能向上連携加算（Ⅰ）については、加算（Ⅱ）のロ、ヘ及びトを除き、①を適用します。本加算は、理学療法士等が自宅を訪問せずにＡＤＬ及びＩＡＤＬに関する利用者の状況について適切に把握した上でサービス提供責任者に助言を行い、サービス提供責任者が、助言に基づき①の訪問介護計画を作成（変更）するとともに、計画作成から３月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告することを定期的に実施することを評価するものです。

ａ　①イの訪問介護計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等は、当該利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬに関する状況について、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の場において把握し、又は、指定訪問介護事業所のサービス提供責任者と連携してＩＣＴを活用した動

画やテレビ電話装置等を用いて把握した上で、当該指定訪問介護事業所のサービス提供責任者に助言を行うこと。なお、ＩＣＴを活用した動画やテレビ電話装置等を用いる場合においては、理学療法士等がＡＤＬ及びＩＡＤＬに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等とサービス提供責任者で事前に方法等を調整するものとします。

b　当該指定訪問介護事業所のサービス提供責任者は、ａの助言に基づき、生活機能アセスメントを行った上で、①イの訪問介護計画の作成を行うこと。なお、①イの訪問介護計画には、ａの助言の内容を記載してください。

c　本加算は、①イの訪問介護計画に基づき指定訪問介護を提供した初回の月に限り、算定されるものです。なお、ａの助言に基づき訪問介護計画を見直した場合には、本加算を算定することは可能ですが、利用者の急性増悪等により訪問介護計画を見直した場合を除き、①イの訪問介護計画に基づき指定訪問介護を提供した翌月及び翌々月は本加算を算定しません。

d　計画作成から３月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及びの理学療法士等に報告すること。なお、再度ａの助言に基づき訪問介護計画を見直した場合には、本加算の算定が可能です。

平成30年度介護報酬改定に関するＱ&Ａ（Vol.1）（平成30年3月23日）

（問３）

Ｑ：生活機能向上連携加算（Ⅱ）について、告示上、「訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等の一環として当該利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する等により」とされているが、「一環」とは具体的にはどのようなものか。

Ａ：具体的には、訪問リハビリテーションであれば、訪問リハビリテーションで訪問する際に訪問介護事業所のサービス提供責任者が同行することであるが、リハビリテーションを実施している医療提供施設の医師については、訪問診療を行う際等に訪問介護事業所のサービス提供責任者が同行することが考えられる。

平成30年度介護報酬改定に関するＱ&Ａ（Vol.4）（平成30年5月29日）

（問１）

Ｑ:「ＩＣＴを活用した動画やテレビ電話を用いる場合においては、理学療法士等がＡＤＬ及びＩＡＤＬに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等とサービス提供責任者で事前に方法等を調整するものとする」とあるが、具体的にはどのような方法があるのか。

Ａ：利用者のＡＤＬ（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びＩＡＤＬ（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する利用者の状況及びその改善可能性の評価（以下「生活機能アセスメント」という。）を行った上で、訪問介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載しなければならないことから、外部の理学療法士等は、生活機能アセスメントに留意した助言を行うことが求められる。

①　利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容

②　生活機能アセスメントの結果に基づき、①の内容について定めた３月を目途とする達成目標

③　②の目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標

④　②及び③の目標を達成するために訪問介護員等が行う介助等の内容

ＩＣＴを活用した動画やテレビ電話を用いる場合については、具体的には次のような方法が考えられる。

①　訪問介護事業所のサービス提供責任者と外部の理学療法士等が、リアルタイムでのコミュ

ニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を用いて、外部の理学療法士等が利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬの状況を把握すること。なお、通信時間等の調整を行い、当該利用者の自宅（生活の場・介護現場）にてビデオ通話を行うこと。

② 訪問介護事業所のサービス提供責任者と外部の理学療法士等が、あらかじめ、動画によって利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬの状況について適切に把握することができるよう、動画の撮影方法及び撮影内容を調整した上で、訪問介護事業所のサービス提供責任者が利用者宅で動画撮影を行い、当該動画データを外部の理学療法士等に提供することにより、外部の理学療法士等が利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬの状況を把握すること。なお、当該利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬの動画内容は、当該利用者の自宅（生活の場・介護現場）の環境状況、動作の一連の動き等がわかるように撮影すること。

また、実施に当たっては、利用者の同意を取るとともに、個人情報の適切な取扱いに留意することが必要である。SNS（Social Networking Service）の利用については、セキュリティが十分に確保されていないサービスもあることから、一般社団法人保健医療福祉情報安全管理適合性評価協会（HISPRO）が公表している「医療情報連携において、SNS を利用する際に気を付けるべき事項」を参考に、適切な対策を講じることが適当である。なお、外部の理学療法士等が、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末を利用して行う場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（第５版）」（平成29年５月）に対応していることが必要である。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ&Ａ（Vol.4）（令和3年3月29日）

（問６）

Ｑ：生活機能向上連携加算（Ｉ）について、留意事項通知において、理学療法士等が訪問介護事業所のサービス提供責任者へ訪問介護計画の作成に助言をするに当たって「指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等は、当該利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬに関する状況について、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の場において把握」した上で行うとあるが、具体的にはどのようなものか。

Ａ： 例えば、訪問介護と通所リハビリテーションを併用する利用者について、訪問介護事業所のサービス提供責任者が訪問介護計画を作成するに当たって、理学療法士等が通所リハビリテーションを提供する中で把握した利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬに関する状況を、電話、文書、メール等を活用して助言することが挙げられる。

なお、利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬの状況を把握する方法としては、上記のほか、ＩＣＴを活用した動画やテレビ電話装置等を活用する方法もあるが、いずれかの方法で把握すればよい。

（19）認知症専門ケア加算 〈厚告１９別表１へ・老企３６第二２（２１）〉

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た指定訪問介護事業所において、「日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」に対して専門的な認知症ケアを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき所定単位数を加算します。ただし、認知症専門ケア加算（Ⅰ）、（Ⅱ）のいずれかの加算を算定している場合においては、もう一方の認知症専門ケア加算は算定できません。

【厚生労働大臣が定める基準】…各加算につき、次のいずれにも適合する必要があります。

認知症専門ケア加算（Ⅰ）

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

➡ 「日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者を指します。

➡ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合が２分の１以上の算定方法は、算定日が属する月の前３月間の利用者実人員数又は利用延人員数の平均で算定してください。また、届出を行った月以降においても、直近３月間の認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合につき、毎月継続的に所定の割合以上であることが必要です。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに、加算の廃止届を提出しなければなりません。

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

➡ 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」（平成 18 年３月 31 日老発第 0331010 号厚生労働省老健局長通知）、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」（平成 18 年３月 31 日老計第 0331007 号厚生労働省計画課長通知）に規定する「認知症介護実践リーダー研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指します。

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

➡ 「認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議」の実施に当たっては、登録ヘルパーを含めて、全員が一堂に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することで差し支えありません。

また、「認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議」は、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守してください。

認知症専門ケア加算（Ⅱ）

① 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合すること。

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

➡ 「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」、「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」及び認知症看護に係る適切な研修を指します。

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

令和３年度介護報酬改定に関するＱ&Ａ（Vol.4）（令和3年3月29日）

（問２９）

Ｑ：認知症専門ケア加算の算定要件について、「認知症介護に係る専門的な研修」や「認知症介護の指導に係る専門的な研修」のうち、認知症看護に係る適切な研修とは、どのようなものがあるか。

Ａ：現時点では、以下のいずれかの研修である。

① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修

② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程

③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」

ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

（問３０）

Ｑ：認知症高齢者の日常生活自立度の確認方法如何。

Ａ： 認知症高齢者の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果又は主治医意見書を用いて、居宅サービス計画又は各サービスの計画に記載することとなる。なお、複数の判定結果がある場合には、最も新しい判定を用いる。

医師の判定が無い場合は、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「２（4）認定調査員」に規定する「認定調査票」の「認定調査票（基本調査）」７の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いるものとする。

これらについて、介護支援専門員はサービス担当者会議などを通じて、認知症高齢者の日常生活自立度を含めて情報を共有することとなる。

（問３１）

Ｑ：認知症介護に係る専門的な研修を修了した者を配置するとあるが、「配置」の考え方如何。常勤要件等はあるか。

Ａ： 専門的な研修を修了した者の配置については、常勤等の条件は無いが、認知症チームケアや認知症介護に関する研修の実施など、本加算制度の要件を満たすためには事業所内での業務を実施する必要があることから、加算対象事業所の職員であることが必要である。

なお、本加算制度の対象となる事業所は、専門的な研修を修了した者の勤務する主たる事業所１か所のみである。

（問３２）

Ｑ：認知症専門ケア加算（Ⅱ）の認知症介護指導者は、研修修了者であれば管理者でもかまわないか。

Ａ：認知症介護指導者研修修了者であり、適切に事業所全体の認知症ケアの実施等を行っている場合であれば、その者の職務や資格等については問わない。

（問３３）

Ｑ：認知症介護実践リーダー研修を修了していないが、都道府県等が当該研修修了者と同等の能力を有すると認めた者であって、認知症介護指導者養成研修を修了した者について、認知症専門ケア加算における認知症介護実践リーダー研修修了者としてみなすことはできないか。

Ａ： 認知症介護指導者養成研修については認知症介護実践研修（認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修）の企画・立案に参加し、又は講師として従事することが予定さ

れている者であることがその受講要件にあり、平成20年度までに行われたカリキュラムにおいては認知症介護実践リーダー研修の内容が全て含まれていたこと等の経過を踏まえ、認知症介護実践リーダー研修が未受講であっても当該研修を修了したものとみなすこととする。

従って、加算対象となる者が20名未満の場合にあっては、平成20年度以前の認知症介護指導者養成研修を修了した者（認知症介護実践リーダー研修の未受講者）１名の配置で認知症専門ケア加算Ⅱを算定できることとなる。

（問３４）

Ｑ：例えば、平成18年度より全国社会福祉協議会が認定し、日本介護福祉士会等が実施する「介護福祉士ファーストステップ研修」については、認知症介護実践リーダー研修相当として認められるか。

Ａ：本加算制度の対象となる認知症介護実践リーダー研修については、自治体が実施又は指定する研修としており、研修カリキュラム、講師等を審査し、適当と判断された場合には認められる。

（問３５）

Ｑ：認知症介護実践リーダー研修修了者は、「痴呆介護研修事業の実施について」（平成12年9月5日老発第623号）及び「痴呆介護研修事業の円滑な運営について」（平成12年10月25日老計第43号）において規定する専門課程を修了した者も含むのか。

Ａ：含むものとする。

（問３６）

Ｑ：認知症専門ケア加算における「技術的指導に係る会議」と特定事業所加算やサービス提供体制強化加算における「事業所における従業者の技術指導を目的とした会議」が同時期に開催される場合であって、当該会議の検討内容の１つが、認知症ケアの技術的指導についての事項で、当該会議に登録ヘルパーを含めた全ての訪問介護員等や全ての従業者が参加した場合、両会議を開催したものと考えてよいのか。

Ａ：貴見のとおりである。

（問３７）

Ｑ：認知症専門ケア加算の算定要件について、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合が１/２以上であることが求められているが、算定方法如何。

Ａ：　認知症専門ケア加算の算定要件である認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合については、届出日が属する月の前３月間の利用者数で算定することとし、利用者数は利用実人員数又は利用延人員数を用いる。

なお、（介護予防）訪問入浴介護の場合は、本加算は要支援者（要介護者）に関しても利用者数に含めることに留意すること。

また、利用実人員数による計算を行う場合、月途中で認知症高齢者の日常生活自立度区分が変更になった場合は月末の認知症高齢者の日常生活自立度区分を用いて計算する。

（問３８）

Ｑ：認知症専門ケア加算（Ⅱ）を算定するためには、当該加算（Ⅰ）の算定要件の一つである認知症介護実践リーダー研修修了者に加えて、認知症介護指導者養成研修修了者又は認知症看護に係る適切な研修修了者を別に配置する必要があるのか。

Ａ：必要ない。例えば加算の対象者が２０名未満の場合、

・　認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者
・　認知症看護に係る適切な研修を修了した者

のいずれかが１名配置されていれば、認知症専門ケア加算（Ⅱ）を算定することができる。

（研修修了者の人員配置例）

			加算対象者数			
			～１９	２０～２９	３０～３９	・・
必要な研修修了者の配置数	「認知症介護に係る専門的な研修」		1	2	3	・・
		認知症介護リーダー研修				
		認知症看護に係る適切な研修				
	「認知症介護の指導に係る専門的な研修」		1	1	1	・・
		認知症介護指導者養成研修				
		認知症看護に係る適切な研修				

（注）認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者、又は認知症看護に係る適切な研修を修了した者を１名配置する場合、「認知症介護に係る専門的な研修」及び「認知症介護の指導に係る専門的な研修」の修了者をそれぞれ１名配置したことになる。

（20）介護職員処遇改善加算　〈厚告１９別表１ト・厚告９５四・老企３６第二２（２２）〉

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市長に届け出た指定訪問介護事業所が、利用者に対し、指定訪問介護を行った場合、当該基準に掲げる区分に従い、令和 6 年 3 月 31 日までの間、所定単位数に加算します。ただし、複数の加算を算定することはできません。

※　区分支給限度基準額の算定対象外

ア　介護職員処遇改善加算（Ⅰ）･･･介護報酬総単位数の１３．７%に相当する単位数
イ　介護職員処遇改善加算（Ⅱ）･･･介護報酬総単位数の１０．０%に相当する単位数
ウ　介護職員処遇改善加算（Ⅲ）･･･介護報酬総単位数の　５．５%に相当する単位数

【経過措置】

令和 3 年 3 月 31 日において現に改正前の介護職員処遇改善加算に係る届出を行っている事業所であって、改正後の介護職員処遇改善加算に係る届出を行っていないものにおける介護職員改善加算（Ⅳ）、（Ⅴ）の算定については、令和 4 年 3 月 31 日までの間は、なお従前の例によることができます。

算定要件		加算（Ⅰ）	加算（Ⅱ）	加算（Ⅲ）
項目	内容			
基準(1)～(6)	基本要件	◎	◎	◎
基準(7)(一)、(二)	キャリアパス要件Ⅰ	◎	◎	○
基準(7)(三)、(四)	キャリアパス要件Ⅱ	◎	◎	
基準(7)(五)、(六)	キャリアパス要件Ⅲ	◎	－	－
基準(8)	職場環境等要件	◎	◎	◎

◎…満たす必要がある

○…いずれかを満たす必要がある

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

次に掲げる基準（（1）～（8））のいずれにも適合すること。

（1）介護職員の賃金(退職手当を除く。)の改善(以下「賃金改善」という。)に要する費用の見込額（賃金改善に伴う法定福利費等の事業主負担の増加分を含むことができる。以下同じ。）が介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。

（2）当該事業所において、（1）の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、すべての介護職員に周知し、市長に届け出ること。

（3）介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために介護職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ること。

（4）当該事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市長に報告すること。

（5）算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。

（6）当該事業所において、労働保険料の納付が適正に行われていること。

（7）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（一）介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。

（二）（一）の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。

（三）介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。

（四）（三）について、全ての介護職員に周知していること。

（五）介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。

（六）（五）について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。

（8）（2）の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。

介護職員処遇改善加算（Ⅱ）

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）に記載する（１）から（６）まで、（７）（一）から（四）まで、及び（８）に掲げる基準のいずれにも適合すること。

介護職員処遇改善加算（Ⅲ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１）介護職員処遇改善加算（Ⅰ）に記載する（１）から（６）まで及び（８）に掲げる基準に適合すること。

（２）次に掲げる（一）又は(二)のいずれかに適合すること。

（一） 次に掲げる要件の全てに適合すること。

a 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。

b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。

（二） 次に掲げる要件の全てに適合すること。

a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。

b aについて、全ての介護職員に周知していること。

【キャリアパス要件】…介護職員処遇改善加算（Ⅰ）に記載する（７）にあたる

キャリアパス要件Ⅰ

次のイ、ロ及びハの全てに適合すること。

イ 介護職員の任用の際における職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。

ロ イに掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系（一時金等の臨時的に支払われているものを除く。）について定めていること。

ハ イ及びロの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。

キャリアパス要件Ⅱ

次のイ及びロの全てに適合すること。

イ 介護職員の職務内容等を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び一又は二に掲げる事項に関する具体的な計画を策定し、当該計画にかかる研修の実施又は研修の機会を確保していること。

一 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施（OJT、OFF－JT 等）するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。

二 資格取得のための支援（研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用（交通費、受講料等）の援助等）を実施すること。

ロ イについて、全ての介護職員に周知していること。

キャリアパス要件Ⅲ

次のイ及びロの全てに適合すること。

イ 介護職員について、経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。具体的には、次の一から三までのいずれかに該当する仕組みであること。

一 経験に応じて昇給する仕組み

「勤続年数」や「経験年数」などに応じて昇給する仕組みであること。

二 資格等に応じて昇給する仕組み

「介護福祉士」や「実務者研修修了者」などの取得に応じて昇給する仕組みであること。ただし、介護福祉士資格を有して当該事業者や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組みであることを要する。

三 一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組み

「実技試験」や「人事評価」などの結果に基づき昇給する仕組みであること。ただし、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていることを要する。

ロ イの内容について、就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。

【職場環境等要件】…介護職員処遇改善加算（Ⅰ）に記載する（８）にあたる

届出に係る計画の期間中に実施する処遇改善（賃金改善を除く。）の内容を全ての介護職員に周知していること。

平成24年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.1）（平成24年3月16日）

（問２３１）

Ｑ：賃金改善等の処遇改善計画の介護職員への周知方法の確認について、回覧形式で判子を押印した計画書の写しを提出させること等が考えられるが、具体的にどのように周知すればよいか。

Ａ：賃金改善計画等の周知については、全従事者が閲覧できる掲示板等への掲示や全従事者への文書による通知等が考えられるが、各法人・事業所において適切な方法で実施することが必要である。

（問２４２）

Ｑ：介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額に反映しないとありますが、利用料には反映されるのか。

Ａ：介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の算定には含まない。また、利用者には通常の介護報酬算出方式に基づき算出した額の１割（自己負担分）を請求することになる。

（問２４５）

Ｑ：交付金事業では、賃金改善は複数の給与項目で実施できたが、加算においても同様の取り扱うのか。一時金で改善してもよいのか。

Ａ：介護職員処遇改善計画書には、増額若しくは新設した又はする予定である給与の項目の種類（基本給、手当、賞与又は一時金等）等を記載することとしているが、基本給で実施されることが望ましい。

（問２４６）

Ｑ：交付金事業と同様に、賃金改善は常勤、非常勤等を問わず、また、一部の介護職員を対象としないことは可能か。

Ａ：介護職員処遇改善加算の算定要件は、賃金改善に要する額が加算による収入を上回ることであり、事業所（法人）全体での賃金改善が要件を満たしていれば、一部の介護職員を対象としないことは可能である。

平成27年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.2）（平成27年4月30日）

（問３８）

Ｑ：事業者が加算の算定額に相当する介護職員の賃金改善を実施する際、賃金改善の基準点はいつなのか。

Ａ：賃金改善は、加算を取得していない場合の賃金水準と、加算を取得し実施される賃金水準の改善見込額との差分を用いて算定されるものであり、比較対象となる加算を取得していない場合の賃金水準とは、以下のとおりである。

なお、加算を取得する月の属する年度の前年度に勤務実績のない介護職員については、その職員と同職であって、勤続年数等が同等の職員の賃金水準と比較する。

○ 平成26年度以前に加算を取得していた介護サービス事業者等の介護職員の場合、次のいずれかの賃金水準

・加算を取得する直前の時期の賃金水準（介護職員処遇改善交付金（以下「交付金」という。）を取得していた場合は、交付金による賃金改善の部分を除く。）

・加算を取得する月の属する年度の前年度の賃金水準（加算の取得による賃金改善の部分を除く。）

○ 平成26年度以前に加算を取得していない介護サービス事業者等の介護職員の場合
加算を取得する月の属する年度の前年度の賃金水準

（問３９）

Ｑ：職場環境等要件（旧定量的要件）で求められる「賃金改善以外の処遇改善への取組」とは、具体的にどのようなものか。また、処遇改善加算（Ｉ）を取得するに当たって、平成27年4月以前から継続して実施している処遇改善の内容を強化・充実した場合は、算定要件を満たしたものと取り扱ってよいか。更に、過去に実施した賃金改善以外の処遇改善の取組と、平成27年4月以降に実施した賃金改善以外の取組は、届出書の中でどのように判別するのか。

Ａ：職場環境等要件を満たすための具体的な事例は、平成27年3月31 日に発出された老発0331第34号の別紙様式２の（３）を参照されたい。また、処遇改善加算（Ｉ）を取得するに当たって平成27年４月から実施した賃金改善以外の処遇改善の取組内容を記載する際に、別紙様式２の（３）の項目について、平成20年10月から実施した当該取組内容と重複することは差し支えないが、別の取組であることが分かるように記載すること。

例えば、平成20年10月から実施した取組内容として、介護職員の腰痛対策を含む負担軽減のための介護ロボットを導入し、平成27年4月から実施した取組内容として、同様の目的でリフト等の介護機器等を導入した場合、別紙様式２の（３）においては、同様に「介護職員の腰痛対策を含む負担軽減のための介護ロボットやリフト等の介護機器等導入」にチェックすることになるが、それぞれが別の取組であり、平成27年4月から実施した新しい取組内容であることから、その他の欄にその旨が分かるように記載すること等が考えられる。

（問４０）

Ｑ：一時金で処遇改善を行う場合、「一時金支給日まで在籍している者のみに支給する（支給日前に退職した者には全く支払われない）」という取扱いは可能か。

Ａ：処遇改善加算の算定要件は、賃金改善に要する額が処遇改善加算による収入を上回ることであり、事業所（法人）全体での賃金改善が要件を満たしていれば、一部の介護職員を対象としないことは可能である。ただし、この場合を含め、事業者は、賃金改善の対象者、支払いの時期、要件、賃金改善額等について、計画書等に明記し、職員に周知すること。また、介護職員から加算に係る賃金改善に関する照会があった場合は、当該職員についての賃金改善の内容について書面を用いるなど分かりやすく説明すること。

（問４２）

Ｑ：処遇改善加算の算定要件である「処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善」に関して、下記の取組に要した費用を賃金改善として計上して差し支えないか。

① 法人で受講を認めた研修に関する参加費や教材費等について、あらかじめ介護職員の賃金に上乗せして支給すること。

② 研修に関する交通費について、あらかじめ介護職員に賃金に上乗せして支給すること。

③ 介護職員の健康診断費用や、外部から講師を招いて研修を実施する際の費用を法人が肩代わりし、当該費用を介護職員の賃金改善とすること。

Ａ：処遇改善加算を取得した介護サービス事業者等は、処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施と併せて、キャリアパス要件や職場環境等要件を満たす必要があるが、当該取組に要する費用については、算定要件における賃金改善の実施に要する費用に含まれない。当該取組に要する費用以外であって、処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を行うための具体的な方法については、労使で適切に話し合った上で決定すること。

（問４３）

Ｑ：平成26年度以前に処遇改善加算を取得していた介護サービス事業者等の介護職員の賃金改善の基準点の１つに「加算を取得する直前の時期の賃金水準（交付金を取得していた場合は、交付金による賃金改善の部分を除く。）」とあるが、直前の時期とは、具体的にいつまでを指すのか。交付金を受けていた事業所については、交付金が取得可能となる前の平成21年９月以前の賃金水準を基準点とすることはできるか。

Ａ：平成26年度以前に従来の処遇改善加算を取得していた介護サービス事業者等で、交付金を受けていた事業所の介護職員の賃金改善に当たっての「直前の時期の賃金水準」とは、平成24年度介護報酬改定Q&A(vol.１)（平成24年３月16日）処遇改善加算の問223における取扱いと同様に、平成23年度の賃金水準（交付金を取得していた場合は、交付金による賃金改善の部分を除く。）をいう。したがって、平成24年度介護報酬改定における取扱いと同様に、交付金が取得可能となる前の平成21年９月以前の賃金水準を賃金改善の基準点とすることはできない。

（問４５）

Ｑ：職場環境等要件について、「資質の向上」、「労働環境・処遇の改善」、「その他」といったカテゴリー別に例示が挙げられているが、処遇改善加算を取得するに当たっては、各カテゴリーにおいて１つ以上の取組を実施する必要があるのか。

Ａ：あくまでも例示を分類したものであり、例示全体を参考とし、選択したキャリアパスに関する要件と明らかに重複する事項でないものを１つ以上実施すること。

（問４６）

Ｑ：平成27年度に処遇改善加算を取得するに当たって、賃金改善に係る比較時点として、平成26年度の賃金水準と比較する場合であって、平成26年度中に定期昇給が行われた場合、前年度となる平成26年度の賃金水準については、定期昇給前の賃金水準となるのか、定期昇給後の賃金水準となるのか、又は年度平均の賃金水準になるのか。

Ａ：前年度の賃金水準とは、前年度に介護職員に支給した賃金総額や、前年度の介護職員一人当たりの賃金月額である。

（問４７）

Ｑ：今般、処遇改善加算を新しく取得するに当たって、処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善分について、以下の内容を充てることを労使で合意した場合、算定要件にある当該賃金改善分とす

ることは差し支えないか。

① 過去に自主的に実施した賃金改善分

② 通常の定期昇給等によって実施された賃金改善分

Ａ：賃金改善は、加算を取得していない場合の賃金水準と、加算を取得し実施される賃金水準の改善見込額との差分を用いて算定されるものであり、比較対象となる加算を取得していない場合の賃金水準とは、平成26年度以前に加算を取得していた介護サービス事業者等の介護職員の場合、次のいずれかの賃金水準としている。

・加算を取得する直前の時期の賃金水準（交付金を取得していた場合は、交付金による賃金改善の部分を除く。）

・加算を取得する月の属する年度の前年度の賃金水準（加算の取得による賃金改善の部分を除く。）

したがって、比較対象となる加算を取得していない場合の賃金水準と比較して、賃金改善が行われていることが算定要件として必要なものであり、賃金改善の方法の一つとして、当該賃金改善分に、過去に自主的に実施した賃金改善分や、定期昇給等による賃金改善分を含むことはできる。

（問４９）

Ｑ：介護職員が派遣労働者の場合であっても、処遇改善加算の対象となるのか。

Ａ：介護職員であれば派遣労働者であっても、処遇改善加算の対象とすることは可能であり、賃金改善を行う方法等について派遣元と相談した上で、介護職員処遇改善計画書や介護職員処遇改善実績報告書について、対象とする派遣労働者を含めて作成すること。

（問５０）

Ｑ：平成27年度から新たに介護サービス事業所・施設を開設する場合も処遇改善加算の取得は可能か。

Ａ：新規事業所・施設についても、加算の取得は可能である。この場合において、介護職員処遇改善計画書には、処遇改善加算を取得していない場合の賃金水準からの賃金改善額や、賃金改善を行う方法等について明確にすることが必要である。なお、方法は就業規則、雇用契約書等に記載する方法が考えられる。

平成29年度介護報酬改定に関するQ&A（平成29年３月16日）

（問３）

Ｑ：昇給の方式については、手当や賞与によるものでも良いのか。

Ａ：昇給の方式は、基本給による賃金改善が望ましいが、基本給、手当、賞与等を問わない。

（問４）

Ｑ：資格等に応じて昇給する仕組みを設定する場合において、「介護福祉士資格を有して当該事業所や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組みであることを要する」とあるが、具体的にはどのような仕組みか。

Ａ：本要件は、介護福祉士の資格を有して事業所や法人に雇用される者がいる場合があることを踏まえ、そのような者も含めて昇給を図る観点から設けているものであり、例えば、介護福祉士の資格を有する者が、介護支援専門員の資格を取得した場合に、より高い基本給や手当が支給される仕組みなどが考えられる。

（問５）

Ｑ：キャリアパス要件Ⅲによる昇給の仕組みについて、非常勤職員や派遣職員はキャリアパス要件Ⅲによる昇給の仕組みの対象となるか。

Ａ：キャリアパス要件Ⅲによる昇給の仕組みについては、非常勤職員を含め、当該事業所や法人に雇用される全ての介護職員が対象となり得るものである必要がある。

また、介護職員であれば派遣労働者であっても、派遣元と相談の上、介護職員処遇改善加算の対象とし、派遣料金の値上げ分等に充てることは可能であり、この場合、計画書・実績報告書は、派遣労働者を含めて作成することとしている。新加算（Ｉ）の取得に当たっても本取扱いに変わりはないが、キャリアパス要件Ⅲについて、派遣労働者を加算の対象とする場合には、当該派遣職員についても当該要件に該当する昇給の仕組みが整備されていることを要する。

（区分は現行と異なる）

（問６）

Ｑ：キャリアパス要件Ⅲの昇給の基準として「資格等」が挙げられているが、これにはどのようなものが含まれるのか。

Ａ：「介護福祉士」のような資格や、「実務者研修修了者」のような一定の研修の修了を想定している。

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

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

（問７）

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

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

（問８）

Ｑ：キャリアパス要件Ⅲを満たす昇給の仕組みを設けたが、それによる賃金改善総額だけでは、加算の算定額を下回る場合、要件は満たさないこととなるのか。

Ａ：キャリアパス要件Ⅲを満たす昇給の仕組みによる賃金改善では加算の算定額に満たない場合においても、当該仕組みによる賃金改善を含め、基本給、手当、賞与等による賃金改善の総額が加算の算定額を上回っていればよい。

平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（平成30年3月23日）

（問１４２）

Ｑ：外国人の技能実習制度における介護職種の技能実習生は、介護職員処遇改善加算の対象となるのか。

Ａ：介護職種の技能実習生の待遇について、「日本人が従事する場合の報酬の額と同等以上であること」とされていることに鑑み、介護職種の技能実習生が介護業務に従事している場合、ＥＰＡによる介護福祉士候補者と同様に、介護職員処遇改善加算の対象となる。

平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（平成30年8月6日）

（問７）

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

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

（21）介護職員等特定処遇改善加算　〈厚告１９別表１チ・厚告９５四の２・老企３６第二２（２３）〉

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして市長に届け出た指定訪問介護事業所が、利用者に対し、指定訪問介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、所定単位数に加算します。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定できません。

※　区分支給限度基準額の算定対象外

ア　介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）･･･介護報酬総単位数の６．３%に相当する単位数

イ　介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）･･･介護報酬総単位数の４．２%に相当する単位数

介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）

次に掲げる基準（（1）～（8））のいずれにも適合すること。

（1）介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。

（一）介護福祉士であって、経験及び技能を有する介護職員と認められる者（以下「経験・技能のある介護職員」という。）のうち１人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額８万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。

（二）指定訪問介護事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていること。

（三）介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の２倍以上であること。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員（経験・技能のある介護職員を除く。）の平均賃金額を上回らない場合はその限りでないこと。

（四）介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らないこと。

（2）当該指定訪問介護事業所において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ていること。

（3）介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ること。

（4）当該指定訪問介護事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市長に報告すること。

（5）訪問介護費における特定事業所加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）のいずれかを届け出ていること。

（6）訪問介護費における介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までのいずれかを算定していること。

（7）（2）の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。以下同じ。）及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。

（8）（7）の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。

介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）

介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）に記載する（1）から（4）まで及び（6）から（8）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

【ポイント】

特定加算の算定額に相当する賃金改善の実施

① 賃金改善の考え方

賃金改善は、基本給、手当、賞与等（退職手当を除く。）のうち対象とする賃金項目を特定した上で行うものとします。また、安定的な処遇改善が重要であることから、基本給による賃金改善が望ましいです。

② 賃金改善に係る賃金水準の比較の考え方

賃金改善は、特定加算を取得していない場合の賃金水準と、特定加算を取得し実施される賃金水準との差分を用いて算出します。

③ 賃金改善に係る留意点

特定加算の算定額に相当する賃金改善の実施に合わせて、算定基準イ⑤（介護福祉士の配置要件）、イ⑥（現行加算要件）、イ⑦（職場環境等要件）及びイ⑧（見える化要件）を満たす必要があります。

配分対象と配分方法

① 賃金改善の対象となるグループ（介護サービス事業所等に従事する全ての職員を割り振る）

a 経験・技能のある介護職員

介護福祉士であって、経験・技能を有する介護職員と認められる者をいう。具体的には、所属する法人等における勤続年数10年以上の介護福祉士を基本とし、他の法人における経験や、当該職員の業務や技能等を踏まえ、各事業所の裁量で設定することとします。

b 他の介護職員

経験・技能のある介護職員を除く介護職員をいいます。

c その他の職種

介護職員以外の職員をいいます。

② 事業所における配分方法

（以下のａ～ｃ内での一人ひとりの賃金改善額は柔軟な設定が可能）

a 経験・技能のある介護職員のうち１人以上は、賃金改善に要する費用の見込額が月額平均８万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。（現に賃金が年額440万円以上の者がいる場合にはこの限りでない。）なお訪問介護事業所等で加算額

全体が少額である等、設定することが困難な場合は合理的な説明を求めることとします。

b　経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、他の介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均と比較し高いこと。

c　他の介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、その他の職種の賃金改善に要する費用の見込額の２倍以上であること。ただし、その他の職種の平均賃金額が他の介護職員の平均賃金額の見込み額を上回らない場合はこの限りではありません。

d　その他の職種の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らないこと。（賃金改善前の賃金がすでに年額440万円を上回る場合には、当該職員は特定加算による賃金改善の対象となりません。）

賃金改善以外の要件

（介護福祉士の配置等要件）

特定事業所加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）の届出を行っていること。

（現行加算要件）

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定していること。

（職場環境等要件）

届出の計画に係る計画の期間中に実施する処遇改善（賃金改善を除く。）の内容を全ての職員に周知していること。

（見える化要件）

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

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

なお、当該要件については、令和３年度は算定要件とはされない。

（特定加算の算定要件）

イ　特定加算（Ⅰ）は、介護福祉士の配置等要件、現行加算要件、職場環境等要件及び見える化要件の全てを満たすこと。

ロ　特定加算（Ⅱ）は、現行加算要件、職場環境等要件及び見える化要件の全てを満たすこと。

賃金改善方法の周知について

事業所は、賃金改善を行う方法等について、計画書を用いて職員に周知するとともに、就業規則等の内容についても職員に周知してください。

また、介護職員から処遇改善加算・特定加算に係る賃金改善に関する照会があった場合は、当該職員についての賃金改善の内容について、書面を用いるなど分かりやすく回答してください。

2019年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.1）（平成31年4月12日）

（問１）

Ｑ：介護職員等特定処遇改善加算は、勤続１０年以上の介護福祉士がいなければ取得できないのか。

Ａ：介護職員等特定処遇改善加算については、

- 現行の介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までを取得していること
- 介護職員処遇改善加算の職場環境等要件に関し、複数の取組を行っていること
- 介護職員処遇改善加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等を通じた見える化を行っていること

を満たす事業所が取得できることから、勤続１０年以上の介護福祉士がいない場合であっても取得可能である。

（問３）

Ｑ：ホームページ等を通じた見える化については、情報公表制度を活用しないことも可能か。

Ａ：事業所において、ホームページを有する場合、そのホームページを活用し、

・ 介護職員等特定処遇改善加算の取得状況

・ 賃金改善以外の処遇改善に関する具体的な取組内容

を公表することも可能である。

（問４）

Ｑ：経験・技能のある介護職員について、勤続１０年以上の介護福祉士を基本とし、介護福祉士の資格を有することを要件としつつ、勤続１０年の考え方については、事業所の裁量で設定できることとされているが、どのように考えるのか。

Ａ：「勤続１０年の考え方」については、

・ 勤続年数を計算するにあたり、同一法人のみだけでなく、他法人や医療機関等での経験等も通算する

・ すでに事業所内で設けられている能力評価や等級システムを活用するなど、１０年以上の勤続年数を有しない者であっても業務や技能等を勘案して対象とする

など、各事業所の裁量により柔軟に設定可能である。

（問５）

Ｑ：経験・技能のある介護職員に該当する介護職員がいないこととすることも想定されるのか。その場合、月額８万円の賃金改善となる者又は処遇改善後の賃金が役職者を除く全産業平均賃金（440万円）以上となる者を設定・確保することは必要か。

Ａ：・ 経験・技能のある介護職員については、勤続年数１０年以上の介護福祉士を基本とし、各事業所の裁量において設定することとなり、処遇改善計画書及び実績報告書において、その基準設定の考え方について記載することとしている。

・ 今回、公費1000億円程度（事業費2000億円程度）を投じ、経験・技能のある介護職員に重点化を図りながら、介護職員の更なる処遇改善を行うという介護職員等特定処遇改善加算の趣旨を踏まえ、事業所内で相対的に経験・技能の高い介護職員を「経験・技能のある介護職員」のグループとして設定し、その中で月額８万円の賃金改善となる者等を設定することが基本となる。

・ ただし、介護福祉士の資格を有する者がいない場合や、比較的新たに開設した事業所で、研修・実務経験の蓄積等に一定期間を要するなど、介護職員間における経験・技能に明らかな差がない場合などは、この限りでない。なお、このような「経験・技能のある介護職員」のグループを設定しない理由についても、処遇改善計画書及び実績報告書に具体的に記載する必要がある。

・ どのような経験・技能があれば「経験・技能のある介護職員」のグループに該当するかについては、労使でよく話し合いの上、事業所ごとに判断することが重要である。

（問６）

Ｑ：月額８万円の処遇改善を計算するに当たり、現行の介護職員処遇改善加算による改善を含めて計算することは可能か。

Ａ：月額８万円の処遇改善の計算に当たっては、介護職員等特定処遇改善加算にもよる賃金改善分

で判断するため、現行の介護職員処遇改善加算による賃金改善分とは分けて判断することが必要である。

（問７）

Ｑ：処遇改善後の賃金が、役職者を除く全産業平均賃金（440万円）以上かを判断するにあたっての賃金に含める範囲はどこまでか。

Ａ：「経験・技能のある介護職員」のうち設定することとしている「月額８万円の処遇改善」又は「処遇改善後の賃金が役職者を除く全産業平均賃金（440万円）以上」の処遇改善となる者に係る処遇改善後の賃金額については、手当等を含めて判断することとなる。なお、「月額８万円」の処遇改善については、法定福利費等の増加分も含めて判断し、処遇改善後の賃金「440万円」については、社会保険料等の事業主負担その他の法定福利費等は含まずに判断する。

（問９）

Ｑ：その他の職種の440万円の基準を判断するにあたって、賃金に含める範囲はどこまでか。

Ａ：その他の職種の４４０万円の基準については、手当等を含めて判断することとなる。なお、法定福利費等は含めない。

（問１０）

Ｑ：その他の職種の４４０万円の基準についての非常勤職員の給与の計算はどのように行うのか。

Ａ：その他の職種の４４０万円の基準についての非常勤職員の給与の計算に当たっては、常勤換算方法で計算し賃金額を判断することが必要である。

（問１１）

Ｑ：小規模な事業所で開設したばかりである等、設定することが困難な場合に合理的な説明を求める例として、８万円等の賃金改善を行うに当たり、これまで以上に事業所内の階層・役職やそのための能力・処遇を明確化することが必要になるため、規程の整備や研修・実務経験の蓄積などに一定期間を要する場合が挙げられているが、「一定期間」とはどの程度の期間を想定しているのか。

Ａ：・ 実際に月額８万円の改善又は年収４４０万円となる者を設定するにはこれまで以上に事業所内の階層・役職やそのための能力・処遇を明確化することが必要になるため、時間を要する可能性があるが、規程の整備等については適切にご対応いただきたい。

・ 当該地域における賃金水準や経営状況等、それぞれ状況は異なることから、「一定期間」を一律の基準で定めることや計画を定めて一定の期間で改善を求めることは適切でない。

（問１２）

Ｑ：各グループの対象人数に関して、「原則として常勤換算方法による」とされているが、どのような例外を想定しているのか。

Ａ：各グループにおける平均賃金改善額を計算するに当たっては、経験・技能のある介護職員及び他の介護職員については、常勤換算方法による人数の算出を求めている。一方で、その他の職種については、常勤換算方法のほか、実人数による算出も可能であり、各事業所における配分ルールにも影響することも踏まえ、労使でよく話し合いの上、適切に判断されたい。

（問１３）

Ｑ：平均改善額の計算にあたり、母集団に含めることができる職員の範囲はどこまでか。

Ａ：賃金改善を行う職員に加え、賃金改善を行わない職員についても、平均改善額の計算を行うに

あたり職員の範囲に含めることとなる。

（問１５）

Ｑ：介護職員等特定処遇改善加算については、法人単位の申請が可能とされているが、法人単位での取扱いが認められる範囲はどこまでか。

Ａ：・ 法人単位での取扱いについては、

・ 月額８万円の処遇改善となる者又は処遇改善後の賃金が役職者を除く全産業平均賃金（440万円）以上となる者を設定・確保

・ 経験・技能のある介護職員、他の介護職員、その他の職種の設定が可能である。

・ また、法人単位で月額８万円の処遇改善となる者等の設定・確保を行う場合、法人で一人ではなく、一括して申請する事業所の数に応じた設定が必要である。なお、事業所の中に、設定することが困難な事業所が含まれる場合は、実態把握に当たりその合理的理由を説明することにより、設定の人数から除くことが可能である。

・ なお、取得区分が（Ⅰ）、（Ⅱ）と異なる場合であっても、介護職員等特定処遇改善加算の取得事業所間においては、一括の申請が可能である（未取得事業所や処遇改善加算の非対象サービスの事業所、介護保険制度外の事業所については一括した取扱いは認められない。）。

2019年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.2）（令和元年7月23日）

（問７）

Ｑ：情報公表制度の報告対象外でかつ事業所独自のホームページを有しない場合、見える化要件を満たすことができず、特定加算を算定できないのか。

Ａ：・ 見える化要件を満たすには、特定加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等により公表していることを求めている。

・ 具体的には、介護サービスの情報公表制度を活用していることを原則求めているが、この制度の対象となっていない場合は、外部の者が閲覧可能な形で公表することが必要である。

その手法としては、ホームページの活用に限らず、事業所・施設の建物内の入口付近など外部の者が閲覧可能な場所への掲示等の方法により公表することも可能である。

（問１０）

Ｑ：経験・技能のある介護職員のグループにおいて、月額８万円の改善又は年収440万円となる者を設定することについて、「現に賃金が年額440万円以上の者がいる場合にはこの限りでない」とは、具体的にどのような趣旨か。

Ａ：・ 今回の特定加算については、公費1000億円（事業費2000億円程度）を投じ、リーダー級の介護職員について他産業と遜色ない賃金水準（＝440万円）を目指し、介護職員の更なる処遇改善を行うものである。

・ 特定加算による改善を行わなくとも、経験・技能のある介護職員のグループ内に、既に賃金が年額440万円以上である者がいる場合には、当該者が特定加算による賃金改善の対象となるかに関わらず、新たに月額８万円の改善又は年収440万円となる者を設定しなくても、特定加算の算定が可能である。

（問１３）

Ｑ：本部の人事、事業部等で働く者など、法人内で介護に従事していない職員について、「その他職種」に区分し、特定加算による処遇改善の対象とすることは可能か。

Ａ：特定加算の算定対象サービス事業所における業務を行っていると判断できる場合には、その他

の職種に含めることができる。

（問１６）

Ｑ：看護と介護の仕事を0.5ずつ勤務している職員がいる場合に、「経験・技能のある介護職員」と「その他の職種」それぞれに区分しなければならないのか。

Ａ：勤務時間の全てでなく部分的であっても、介護業務を行っている場合は、介護職員として、「経験・技能のある介護職員」、「他の介護職員」に区分することは可能。なお、兼務職員をどのグループに区分するか、どのような賃金改善を行うかについては、労働実態等を勘案し、事業所内でよく検討し、対応されたい。

（問１７）

Ｑ：介護サービスや総合事業、障害福祉サービス等において兼務している場合、配分ルールにおける年収はどのように計算するのか。

Ａ：どのサービスからの収入かに関わらず、実際にその介護職員が収入として得ている額で判断して差し支えない。

2019年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.4）（令和2年3月30日）

（問１２）

Ｑ：共生型サービスを提供する事業所において、特定処遇改善加算を算定する場合、月額８万円の改善又は年収440万円となる者の設定は、介護サービスのみで設定する必要があるのか。

Ａ：・　介護保険の共生型の指定を受け共生型サービスを提供している事業所においては、介護保険の共生型サービスとして、月額８万円又は年額440万円の改善の対象となる者について、１人以上設定する必要がある。なお、小規模事業所等で加算額全体が少額である場合等は、その旨説明すること。また、介護サービスと障害福祉サービスを両方行っている事業所についても同様に扱われたい。

（問１５）

Ｑ：「月額８万円以上」又は「年額440万円以上」の改善の対象とし、賃金改善を行っていた経験・技能のある介護職員が、年度の途中で退職した場合には、改めて別の職員について、「月額８万円以上」又は「年額440万円以上」の改善を行わなくてはならないか。

Ａ：・　特定処遇改善加算の配分に当たっては、賃金改善実施期間において、経験・技能のある介護職員のグループにおいて、月額８万円の改善又は年収440万円となる者を１人以上設定することが必要であるが、予定していた者が、賃金改善実施期間に退職した場合等においては、指定権者に合理的な理由を説明することにより、当該配分ルールを満たしたものと扱うことが可能である。

・　なお、説明に当たっては、原則、介護職員処遇改善実績報告書・介護職員等特定処遇改善実績報告書の「④月額８平均８万円又は改善後の賃金が年額440万円となった者＜特定＞」欄の「その他」に記載することを想定している。

（問１７）

Ｑ：介護サービスと障害福祉サービス等を両方実施しており、職員が兼務等を行っている場合における介護職員の賃金総額はどのように計算するのか。

Ａ：・　介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書に、職員の賃金を記載するにあたり、原則、加算の算定対象サービス事業所における賃金については、常勤換算方法により計算することとしており、同一法人において介護サービスと障害福祉サービスを実施してお

り、兼務している職員がいる場合においても、介護サービス事業所における賃金について、常勤換算方法による計算をし、按分し計算することを想定している。

・　一方で、計算が困難な場合等においては実際にその職員が収入として得ている額で判断し差し支えない。

（問１８）

Ｑ：「９　処遇改善加算等の取得要件の周知・確認等について」の「(3)労働法規の遵守について」において、「労働基準法等を遵守すること」とされているが、訪問介護員の移動時間については、労働基準法（昭和22年法律第49号）上、労働時間に該当すると考えるがどうか。

Ａ：・　貴見のとおり。「訪問介護労働者の法定労働条件の確保について」（平成16年８月27日付け基発第0827001号）において、「移動時間とは、事業場、集合場所、利用者宅の相互間を移動する時間をいい、この移動時間については、使用者が、業務に従事するために必要な移動を命じ、当該時間の自由利用が労働者に保障されていないと認められる場合には、労働時間に該当するものである」とされている。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ&Ａ（Vol.1）（令和3年3月19日）

（問１６）

Ｑ：特定加算の介護職員間の平均の賃金改善額の配分ルールが見直されたとのことであるが、具体的な取扱いはどのようになるのか。

Ａ：・　特定加算について、事業所内でのより柔軟な配分を可能とする観点から、平均賃金改善額について、「経験・技能のある介護職員」は、「その他の介護職員」と比較し、「２倍以上」から「より高くする」ことに見直すものである。これに伴い、配分ルールの見直しを行う場合は、労使でよく話し合いの上、設定されたい。

・　なお、「月額８万円の改善又は改善後の賃金が年額440 万円以上」の者は、引き続き設定する必要があることに留意されたい。

（問１７）

Ｑ：事業所内での配分方法を決めるにあたり、「他の介護職員」を設定せず、「経験・技能のある介護職員」と「その他の職種」のみの設定となることは想定されるのか。

Ａ：・　事業所毎に、「経験・技能のある介護職員」のグループを設定することが必要であるが、介護職員の定着が進み、勤続年数が長くなったこと等により、当該事業所で働く介護職員全てが、「経験・技能のある介護職員」であると認められる場合には、「経験・技能のある介護職員」と「その他の職種」のみの設定となることも想定される。

・　この場合における配分ルールについては、当該事業所における「経験・技能のある介護職員」の平均賃金改善額が、「その他の職種」の平均賃金改善額の２倍より高いことが必要である。

（問１８）

Ｑ：事業所における配分方法における「ただし、その他の職種の平均賃金額が他の介護職員の賃金改善額を上回らない場合等はこの限りでないこと。」とは、どのような意味か。

Ａ：・　特定加算については、介護職員の処遇改善という趣旨を損なわない程度で、介護職以外の職員も一定程度処遇改善を可能とする柔軟な運用を認めることとしており、この具体的な配分方法として、他の介護職員の平均賃金改善額については、その他の職種の平均賃金改善額の２倍以上となることを求めている。

・　ただし、その他の職種の平均賃金額が他の介護職員の平均賃金額を上回らない場合におい

ては、柔軟な取扱いを認め、両グループの平均賃金改善額が等しくなる（１：１）までの改善を可能とするものである。

なお、その他の職種全体では他の介護職員の平均賃金額を上回る場合であっても、その他の職種のうち、他の介護職員の平均賃金額を上回らない職種については、当該職種に限り、他の介護職員と平均賃金改善額が等しくなるまでの改善を行うことも可能である。

（問２０）

Ｑ：職場環境等要件について、届出に係る計画の期間中に実施する処遇改善の内容を全ての職員に周知していることとあるが、毎年度新たな取組を行わなければならないのか。

Ａ：・　介護職員等特定処遇改善加算における職場環境等要件については、「入職促進に向けた取組」、「資質の向上やキャリアアップに向けた支援」、「両立支援・多様な働き方の推進」、「腰痛を含む心身の健康管理」、「生産性向上のための業務改善の推進」及び「やりがい・働きがいの醸成」について、それぞれ１つ以上（令和３年度は、６つの区分から３つの区分を選択し、選択した区分でそれぞれ１つ以上）の取組を行うことが必要である。

・　職場環境等要件については、令和３年度改定において、計画期間における取組の実施が求められることとされたが、これは毎年度新たな取組を行うことまで求めるものではなく、前年度と同様の取組を当該年度に行うことで、当該要件を満たすことも可能であること。

（問２１）

Ｑ：見える化要件について、令和３年度は算定要件とされないとあるが、令和３年度においては特定加算に基づく取組を公表する必要はないのか。

Ａ：当該要件については、処遇改善加算及び特定加算の取得状況や、賃金以外の処遇改善に関する具体的な取組内容に関する公表を想定しているため、令和３年度においては要件としては求めず、令和４年度からの要件とする予定。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.3）（令和3年3月26日）

（問１２７）

Ｑ：職場環境等要件に基づく取組として「介護職員の身体の負担軽減のための介護技術の修得支援、介護ロボットやリフト等の介護機器等導入及び研修等による腰痛対策の実施」が設けられたが、新たに取組みを行うにあたり参考にできるものはあるか。

Ａ：介護職員の腰痛予防対策の観点から、「職場における腰痛予防対策指針」（平成 25 年 6 月 18 日付基発 0618 第３号「職場における腰痛予防対策の推進について」参考２別添）を公表しており参考にされたい。

https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000034et4-att/2r98520000034pjn_1.pdf

＜別途通知について＞

介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（令和3年3月16日厚生労働省老健局発）

ＮＡＧＯＹＡかいごネット『処遇改善加算について』

（ https://www.kaigo-wel.city.nagoya.jp/view/kaigo/company/download/shisetsu/shokuin.html ）

（22）訪問介護費を算定できるサービス行為について　〈老企３６第二２（１）～（３）〉

【ポイント】

・介護保険の訪問介護費を算定できるサービス行為は限られています。原則、「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（老計第10号）（P82～P86参照）に記載されている行為以外は算定できません。

（23）通院等乗降介助、通院等の外出介助について　〈老企３６第二２（７）～（９）〉

指定訪問介護事業所が訪問介護員を派遣し、その訪問介護員が通院等の外出介助を行う場合があります。通院等乗降介助に係る利用目的について、「通院等のため」とは、「身体介護中心型」としての通院・外出介助と同じものです。なお、この場合の「通院等」には、入院と退院も含まれます。

通院等の外出介助には、利用者の居宅から病院等までの移動手段として、

① 徒歩・車椅子など交通機関を使わずに行く

② 公共交通機関（バス・一般タクシーなど）を利用する

③ 自家用自動車を他の職員等が運転し、訪問介護員が同乗する

④ 自家用自動車を訪問介護員が自ら運転していく（別の職員の同乗なし）

などの方法が考えられます。

介護保険から支払われる報酬は、訪問介護員が通院のために行う介助に対する報酬であり、利用者の居宅から病院までの移送に要する費用（タクシー運賃等）は介護保険の対象外です。

基本的には、①、②、③は訪問介護のサービス区分の「身体介護」として算定し（②、③については、移送中に利用者の気分の確認等の介助行為を行った場合）、④の場合は「通院等乗降介助」として算定することになります（④については一部例外的（※）に身体介護で算定できる場合があります）。

また、③、④の移送行為を行う場合、訪問介護員が利用者を乗せて輸送するので、道路運送法の許可又は登録も必要となります。

タクシー運賃の設定についても、道路運送法の届出になりますので、下記の運輸局にお問い合わせください。

中部運輸局　旅客第二課	℡	０５２－９５２－８０３６
愛知運輸支局　輸送担当	℡	０５２－３５１－５３１２

※「例外」については、要介護４又は要介護５の利用者に対して、通院等のための乗車・降車の介助を行うことの前後に連続して相当の所要時間（20分～30分程度以上）を要しかつ手間のかかる身体介護を行う場合には、その所要時間に応じた「身体介護中心型」の所定単位数を算定できます。この場合には、「通院等乗降介助」の所定単位数は算定できません。

（例）（乗車の介助の前に連続して）寝たきりの利用者の更衣介助や排泄介助をした後、ベッドから車いすへ移乗介助し、車いすを押して自動車へ移動介助する場合。

【目的地が複数の場合の算定について（通院等乗降介助）】

目的地が複数あって居宅が始点又は終点となる場合には、目的地（病院等）間の移送や、通所サービス・短期入所サービスの事業所から目的地（病院等）への移送に係る乗降介助に関しても、同一の指定

訪問介護事業所が行うことを条件に、算定することができます。なお、この場合、通所サービスについては利用者宅と事業所との間の送迎を行わない場合の減算（以下、「送迎減算」という。）が適用となり、短期入所サービスについては、利用者に対して送迎を行う場合の加算を算定できません。

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

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

・居宅
↓
・通所介護事業所　※帰りの送迎を行わないため送迎減算を適用
↓通院等乗降介助（１回目）
・病院
↓通院等乗降介助（２回目）
・居宅

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

・居宅
↓通院等乗降介助（１回目）
・病院
↓通院等乗降介助（２回目）
・通所介護事業所　※行きの送迎を行わないため送迎減算を適用
↓
・居宅

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

・居宅
↓通院等乗降介助（１回目）
・病院
↓通院等乗降介助（２回目）
・病院
↓通院等乗降介助（３回目）
・居宅

【「通院等乗降介助」と通所サービス・短期入所サービスの「送迎」の区分】

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

令和３年度介護報酬改定に関するＱ&Ａ（Vol.4）（令和3年3月29日）

（問４）

Ｑ：１日に複数の医療機関を受診する場合に、医療機関から医療機関への移送に伴う介護について「通院等のための乗車又は降車の介助」を算定できるか。

Ａ：　居宅以外において行われるバス等の公共交通機関への乗降、院内の移動等の介助などのサービス行為だけをもってして訪問介護として算定することはできない。したがって、医療機関から医療機関への移送に伴う介護については、「通院等のための乗車又は降車の介助」を算定することはできない。

　ただし、居宅が起点又は終点となる場合、その間の医療機関から医療機関への移送に伴う介護については、同一の事業所が移送を行う場合に限り、算定することができる。

（24）共生型訪問介護の所定単位数等の取扱いについて　〈老企３６第二２（１３）〉

①　障害福祉制度の指定居宅介護事業所が、要介護高齢者に対し訪問介護を提供する場合

イ　介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧訪問介護員１級課程又は旧２級課程修了者及び居宅介護職員初任者研修課程修了者（相当する研修課程修了者を含む。）　が訪問介護を提供する場合は、所定単位数を算定してください。

ロ　障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者（相当する研修課程修了者を含む。なお、介護保険法施行規則の一部を改正する省令（平成24年厚生労働省令第25号）による改正前の介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第22条の23第１項に規定する３級課程修了者については、相当する研修課程修了者に含むものとする。）、実務経験を有する者（平成18年３月31日において身体障害者居宅介護等事業、知的障害者居宅介護等事業又は児童居宅介護等事業に従事した経験を有する者であって、都道府県知事から必要な知識及び技術を有すると認める旨の証明書の交付を受けたものをいう。）及び廃止前の視覚障害者外出介護従業者養成研修、全身性障害者外出介護従業者養成研修又は知的障害者外出介護従業者養成研修課程修了者（これらの研修課程に相当するものとして都道府県知事が認める研修の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者（以下「旧外出介護研修修了者」という。）を含む。）が訪問介護（旧外出介護研修修了者については、通院・外出介助（通院等乗降介助を含む。）に限る。）を提供する場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定してください。

ハ　重度訪問介護従業者養成研修課程修了者（相当する研修課程修了者を含む。）が訪問介護を提供する場合（早朝・深夜帯や年末年始などにおいて、一時的に人材確保の観点から市町村がやむを得ないと認める場合に限る。）は、所定単位数の100分の93に相当する単位数を算定してください。

②　障害福祉制度の指定重度訪問介護事業所が、要介護高齢者に対し訪問介護を提供する場合は、所定単位数の100分の93に相当する単位数を算定してください。

③　障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者及び重度訪問介護従業者養成研修課程修了者等による共生型訪問介護の取扱い

　①イ以外の者については、65歳に達した日の前日において、これらの研修課程修了者が勤務する指定居宅介護事業所又は指定重度訪問介護事業所において、指定居宅介護又は指定重度訪問介護を利用していた高齢障害者に対してのみ、サービスを提供できます。すなわち、新規の要介護高齢者へのサービス提供はできません。

参　考

【アセスメント・訪問介護計画の作成・モニタリング】

利用者状況の把握

利用者の心身の状況、日常生活全般の状況等の把握（アセスメント）を行う

■ポイント■

・利用者の希望の把握、利用者の可能性の発見、隠れたニーズの把握

課題（ニーズ）の特定

アセスメントに基づき、課題を特定する。

■ポイント■

・利用者の希望と課題（ニーズ）を区分する。
（利用者の希望が介護保険における訪問介護ですべて対応できるとは限りません。また、利用者の希望が自立支援にならない場合もあります。）

訪問介護計画の作成

① 計画書の作成者氏名、作成年月日
② 援助目標（具体的に記載）
③ サービスの区分、内容（具体的に！）、所要時間（標準的な時間）

利用者への訪問介護計画原案の説明、同意

計画を作成・変更する場合、原案を利用者又は家族に説明し、文書等により利用者の同意を得る。

訪問介護計画の交付

決定したら、訪問介護計画を利用者に交付する。

サービスの実施状況を確認し、サービス計画の見直しの必要性を検討します。

訪問介護計画の評価・見直し

サービス提供時の利用者の状況など、モニタリング、訪問介護員からの報告に基づき訪問介護計画の内容を評価し必要に応じ見直しを図ります。

参　考

【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】
（別紙）
１　身体介護

身体介護とは、[1]利用者の身体に直接接触して行う介助サービス（そのために必要となる準備、後かたづけ等の一連の行為を含む）、[2]利用者のＡＤＬ・ＩＡＤＬ・ＱＯＬや意欲の向上のために利用者と共に行う自立支援・重度化防止のためのサービス、[3]その他専門的知識・技術（介護を要する状態となった要因である心身の障害や疾病等に伴って必要となる特段の専門的配慮）をもって行う利用者の日常生活上・社会生活上のためのサービスをいう。（仮に、介護等を要する状態が解消されたならば不要※となる行為であるということができる。）
※　例えば入浴や整容などの行為そのものは、たとえ介護を要する状態等が解消されても日常生活上必要な行為であるが、要介護状態が解消された場合、これらを「介助」する行為は不要となる。同様に、「特段の専門的配慮をもって行う調理」についても、調理そのものは必要な行為であるが、この場合も要介護状態が解消されたならば、流動食等の「特段の専門的配慮」は不要となる。

１－０　サービス準備・記録等
（サービス準備は、身体介護サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。）
１－０－１　健康チェック
利用者の安否確認、顔色・発汗・体温等の健康状態のチェック
１－０－２　環境整備
換気、室温・日あたりの調整、ベッドまわりの簡単な整頓等
１－０－３　相談援助、情報収集・提供
１－０－４　サービス提供後の記録等

１－１　排泄・食事介助
１－１－１　排泄介助
１－１－１－１　トイレ利用
〇トイレまでの安全確認→声かけ・説明→トイレへの移動（見守りを含む）→脱衣→排便・排尿→後始末→着衣→利用者の清潔介助→居室への移動→ヘルパー自身の清潔動作
〇（場合により）失禁・失敗への対応（汚れた衣服の処理、陰部・臀部の清潔介助、便器等の簡単な清掃を含む）
１－１－１－２　ポータブルトイレ利用
〇安全確認→声かけ・説明→環境整備（防水シートを敷く、衝立を立てる、ポータブルトイレを適切な位置に置くなど）→立位をとり脱衣（失禁の確認）→ポータブルトイレへの移乗→排便・排尿→後始末→立位をとり着衣→利用者の清潔介助→元の場所に戻り、安楽な姿勢の確保→ポータブルトイレの後始末→ヘルパー自身の清潔動作
〇（場合により）失禁・失敗への対応（汚れた衣服の処理、陰部・臀部の清潔介助）
１－１－１－３　おむつ交換
〇声かけ・説明→物品準備（湯・タオル・ティッシュペーパー等）→新しいおむつの準備→脱衣（おむつを開く→尿パットをとる）→陰部・臀部洗浄（皮膚の状態などの観察、パッティング、乾燥）→おむつの装着→おむつの具合の確認→着衣→汚れたおむつの後始末→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作
〇（場合により）おむつから漏れて汚れたリネン等の交換

○（必要に応じ）水分補給

１－１－２　食事介助

○声かけ・説明（覚醒確認）→安全確認（誤飲兆候の観察）→ヘルパー自身の清潔動作→準備（利用者の手洗い、排泄、エプロン・タオル・おしぼりなどの物品準備）→食事場所の環境整備→食事姿勢の確保（ベッド上での座位保持を含む）→配膳→メニュー・材料の説明→摂食介助（おかずをきざむ・つぶす、吸い口で水分を補給するなどを含む）→服薬介助→安楽な姿勢の確保→気分の確認→食べこぼしの処理→後始末（エプロン・タオルなどの後始末、下膳、残滓の処理、食器洗い）→ヘルパー自身の清潔動作

１－１－３　特段の専門的配慮をもって行う調理

○嚥下困難者のための流動食等の調理

１－２　清拭・入浴、身体整容

１－２－１　清拭（全身清拭）

○ヘルパー自身の身支度→物品準備（湯・タオル・着替えなど）→声かけ・説明→顔・首の清拭→上半身脱衣→上半身の皮膚等の観察→上肢の清拭→胸・腹の清拭→背の清拭→上半身着衣→下肢脱衣→下肢の皮膚等の観察→下肢の清拭→陰部・背部の清拭→下肢着衣→身体状況の点検・確認→水分補給→使用物品の後始末→汚れた衣服の処理→ヘルパー自身の清潔動作

１－２－２　部分浴

１－２－２－１　手浴及び足浴

○ヘルパー自身の身支度→物品準備（湯・タオルなど）→声かけ・説明→適切な体位の確保→脱衣→皮膚等の観察→手浴・足浴→身体を拭く・乾かす→着衣→安楽な姿勢の確保→水分補給→身体状況の点検・確認→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

１－２－２－２　洗髪

○ヘルパー自身の身支度→物品準備（湯・タオルなど）→声かけ・説明→適切な体位の確保→洗髪→髪を拭く・乾かす→安楽な姿勢の確保→水分補給→身体状況の点検・確認→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

１－２－３　全身浴

○安全確認（浴室での安全）→声かけ・説明→浴槽の清掃→湯はり→物品準備（タオル・着替えなど）→ヘルパー自身の身支度→排泄の確認→脱衣室の温度確認→脱衣→皮膚等の観察→浴室への移動→湯温の確認→入湯→洗体・すすぎ→洗髪・すすぎ→入湯→体を拭く→着衣→身体状況の点検・確認→髪の乾燥、整髪→浴室から居室への移動→水分補給→汚れた衣服の処理→浴槽の簡単な後始末→使用物品の後始末→ヘルパー自身の身支度、清潔動作

１－２－４　洗面等

○洗面所までの安全確認→声かけ・説明→洗面所への移動→座位確保→物品準備（歯ブラシ、歯磨き粉、ガーゼなど）→洗面用具準備→洗面（タオルで顔を拭く、歯磨き見守り・介助、うがい見守り・介助）→居室への移動（見守りを含む）→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

１－２－５　身体整容（日常的な行為としての身体整容）

○声かけ・説明一鏡台等への移動（見守りを含む）→座位確保→物品の準備→整容（手足の爪きり、耳そうじ、髭の手入れ、髪の手入れ、簡単な化粧）→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

１－２－６　更衣介助

○声かけ・説明→着替えの準備（寝間着・下着・外出着・靴下等）→上半身脱衣→上半身着衣→下半身脱衣→下半身着衣→靴下を脱がせる→靴下を履かせる→着替えた衣類を洗濯物置き場に運ぶ→スリッパや靴を履かせる

１－３　体位変換、移動・移乗介助、外出介助

１－３－１　体位変換

○声かけ、説明→体位変換（仰臥位から側臥位、側臥位から仰臥位）→良肢位の確保（腰・肩をひく等）→安楽な姿勢の保持（座布団・パットなどあて物をする等）→確認（安楽なのか、めまいはないのかなど）

１－３－２　移乗・移動介助

１－３－２－１　移乗

○車いすの準備→声かけ・説明→ブレーキ・タイヤ等の確認→ベッドサイドで端座位の保持→立位→車いすに座らせる→座位の確保（後ろにひく、ずれを防ぐためあて物をするなど）→フットサポートを下げて片方ずつ足を乗せる→気分の確認

○その他の補装具（歩行器、杖）の準備→声かけ・説明→移乗→気分の確認

１－３－２－２　移動

○安全移動のための通路の確保（廊下・居室内等）→声かけ・説明→移動（車いすを押す、歩行器に手をかける、手を引くなど）→気分の確認

１－３－３　通院・外出介助

○声かけ・説明→目的地（病院等）に行くための準備→バス等の交通機関への乗降→気分の確認→受診等の手続き（場合により）院内の移動等の介助

１－４　起床及び就寝介助

１－４－１　起床・就寝介助

１－４－１－１　起床介助

○声かけ・説明（覚醒確認）→ベッドサイドでの端座位の確保→ベッドサイドでの起きあがり→ベッドからの移動（両手を引いて介助）→気分の確認

○（場合により）布団をたたみ押入に入れる

１－４－１－２　就寝介助

○声かけ・説明→準備（シーツのしわをのばし食べかすやほこりをはらう、布団やベッド上のものを片づける等）→ベッドへの移動（両手を引いて介助）→ベッドサイドでの端座位の確保→ベッド上での仰臥位又は側臥位の確保→リネンの快適さの確認（掛け物を気温によって調整する等）→気分の確認

○（場合により）布団を敷く

１－５　服薬介助

○水の準備→配剤された薬をテーブルの上に出し、確認（飲み忘れないようにする）→本人が薬を飲むのを手伝う→後かたづけ、確認

１－６　自立生活支援・重度化防止のための見守り的援助（自立支援、ＡＤＬ・ＩＡＤＬ・ＱＯＬ向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）

○ベッド上からポータブルトイレ等（いす）へ利用者が移乗する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う。

○認知症等の高齢者がリハビリパンツやパット交換を見守り・声かけを行うことにより、一人で出来るだけ交換し後始末が出来るように支援する。

〇認知症等の高齢者に対して、ヘルパーが声かけと誘導で食事・水分摂取を支援する。
〇入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む）
〇移動時、転倒しないように側について歩く（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る）
〇ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ（声かけや見守り中心で必要な時だけ介助）
〇本人が自ら適切な服薬ができるよう、服薬時において、直接介助は行わずに、側で見守り、服薬を促す。
〇利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う掃除、整理整頓（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
〇ゴミの分別が分からない利用者と一緒に分別をしてゴミ出しのルールを理解してもらう又は思い出してもらうよう援助
〇認知症の高齢者の方と一緒に冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより、生活歴の喚起を促す。
〇洗濯物を一緒に干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行う。
〇利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行うベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
〇利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う衣類の整理・被服の補修
〇利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う調理、配膳、後片付け（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
〇車イス等での移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助
〇上記のほか、安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うもの等であって、利用者と訪問介護員等がともに日常生活に関する動作を行うことが、ＡＤＬ・ＩＡＤＬ・ＱＯＬ向上の観点から、利用者の自立支援・重度化防止に資するものとしてケアプランに位置付けられたもの

２　生活援助

生活援助とは、身体介護以外の訪問介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助（そのために必要な一連の行為を含む）であり、利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいう。（生活援助は、本人の代行的なサービスとして位置付けることができ、仮に、介護等を要する状態が解消されたとしたならば、本人が自身で行うことが基本となる行為であるということができる。）
※　次のような行為は生活援助の内容に含まれないものであるので留意すること。
　[1]　商品の販売・農作業等生業の援助的な行為
　[2]　直接、本人の日常生活の援助に属しないと判断される行為

２－０　サービス準備等

（サービス準備は、生活援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。）

２－０－１　健康チェック

利用者の安否確認、顔色等のチェック

２－０－２　環境整備

換気、室温・日あたりの調整等

２－０－３　相談援助、情報収集・提供
２－０－４　サービスの提供後の記録等
２－１　掃除
　居室内やトイレ、卓上等の清掃、ゴミ出し、準備・後片づけ
２－２　洗濯
　洗濯機または手洗いによる洗濯、洗濯物の乾燥（物干し）、洗濯物の取り入れと収納、アイロンがけ
２－３　ベッドメイク
　利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
２－４　衣類の整理・被服の補修
　衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等）、被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）
２－５　一般的な調理、配下膳
　配膳、後片づけのみ、一般的な調理
２－６　買い物・薬の受け取り
　日常品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む）、 薬の受け取り

（別添）

医政発第 0726005 号
平成１７年７月２６日

各都道府県知事　殿

厚生労働省医政局長

医師法第１７条、歯科医師法第１７条及び保健師助産師看護師法第３１条の解釈について（通知）

医師、歯科医師、看護師等の免許を有さない者による医業（歯科医業を含む。以下同じ。）は、医師法第１７条、歯科医師法第１７条及び保健師助産師看護師法第３１条その他の関係法規によって禁止されている。ここにいう「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を、反復継続する意思をもって行うことであると解している。

ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の態様に応じ個別具体的に判断する必要がある。しかし、近年の疾病構造の変化、国民の間の医療に関する知識の向上、医学・医療機器の進歩、医療・介護サービスの提供の在り方の変化などを背景に、高齢者介護や障害者介護の現場等において、医師、看護師等の免許を有さない者が業として行うことを禁止されている「医行為」の範囲が不必要に拡大解釈されているとの声も聞かれるところである。

このため、医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等において判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為ではないと考えられるものを別紙の通り列挙したので、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切か否か判断する際の参考とされたい。

なお、当然のこととして、これらの行為についても、高齢者介護や障害者介護の現場等において安全に行われるべきものであることを申し添える。

（別紙）

1　水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること

2　自動血圧測定器により血圧を測定すること

3　新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメータを装着すること

4　軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む。）

5　患者の状態が以下の３条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族に伝えている場合に、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。具体的には、皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く。）、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内用薬の内服（舌下錠の使用も含む）、肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。

①　患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること

②　副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと

③　内用薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

注１　以下に掲げる行為も、原則として、医師法第１７条、歯科医師法第１７条及び保健師助産師看護師法第３１条の規制の対象とする必要がないものであると考えられる。

①　爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること

② 重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること

③ 耳垢を除去すること（耳垢塞栓の除去を除く）

④ ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること。（肌に接着したパウチの取り替えを除く。）

⑤ 自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと

⑥ 市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器（※）を用いて浣腸すること

※ 挿入部の長さが５から６センチメートル程度以内、グリセリン濃度５０％、成人用の場合で４０グラム程度以下、６歳から１２歳未満の小児用の場合で２０グラム程度以下、１歳から６歳未満の幼児用の場合で１０グラム程度以下の容量のもの

注２ 上記１から５まで及び注１に掲げる行為は、原則として医行為又は医師法第１７条、歯科医師法第１７条及び保健師助産師看護師法第３１条の規制の対象とする必要があるものでないと考えられるものであるが、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得る。このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられる。さらに、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師、歯科医師又は看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる必要がある。

また、上記１から３までに掲げる行為によって測定された数値を基に投薬の要否など医学的な判断を行うことは医行為であり、事前に示された数値の範囲外の異常値が測定された場合には医師、歯科医師又は看護職員に報告するべきものである。

注３ 上記１から５まで及び注１に掲げる行為は原則として医行為又は医師法第１７条、歯科医師法第１７条及び保健師助産師看護師法第３１条の規制の対象とする必要があるものではないと考えられるものであるが、業として行う場合には実施者に対して一定の研修や訓練が行われることが望ましいことは当然であり、

介護サービス等の場で就労する者の研修の必要性を否定するものではない。

また、介護サービスの事業者等は、事業遂行上、安全にこれらの行為が行われるよう監督することが求められる。

注４　今回の整理はあくまでも医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等の解釈に関するものであり、事故が起きた場合の刑法、民法等の法律の規定による刑事上・民事上の責任は別途判断されるべきものである。

注５　上記１から５まで及び注１に掲げる行為について、看護職員による実施計画が立てられている場合は、具体的な手技や方法をその計画に基づいて行うとともに、その結果について報告、相談することにより密接な連携を図るべきである。上記５に掲げる医薬品の使用の介助が福祉施設等において行われる場合には、看護職員によって実施されることが望ましく、また、その配置がある場合には、その指導の下で実施されるべきである。

注６　上記４は、切り傷、擦り傷、やけど等に対する応急手当を行うことを否定するものではない。

写

平成23年6月5日

厚生労働省医事局医事課
村田　善則課長様

公益社団法人　日本オストミー協会
会長　高石　道明

ストーマ装具の交換について（照会）

平成１７年７月２６日付けの厚生労働省医政局長通知（以下「局長通知」という。）によれば、医師法第17条に規定する「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を反復継続する意思をもって行うことであると解されており、ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の態様に応じて個別具体的に判断する必要があるとされている。

肌に接着したストーマ装具（※）の交換については、局長通知において、原則として医行為ではないと考えられる行為として明示されていないため、介護現場では「医行為」に該当するものと考えられている。しかしながら、肌への接着面に皮膚保護機能を有するストーマ装具については、ストーマ及びその周辺の状態が安定している場合等、専門的な管理が必要とされない場合には、その剥離による障害等のおそれは極めて低いことから、当該ストーマ装具の交換は原則として医行為には該当しないものと考えるが如何。

※　上記の「ストーマ装具」には、面板にストーマ袋をはめ込んで使用するもの（いわゆるツーピースタイプ）と、ストーマ袋と面板が一体になっているもの（いわゆるワンピースタイプ）の双方を含むものである。

写

医政医発０７０５第２号
平成２３年７月５日

公益社団法人日本オストミー協会
会長　高石　道明　殿

厚生労働省医政局医事課長

ストーマ装具の交換について（回答）

平成２３年６月５日付けの文書をもって照会のあった標記の件について、貴見のとおりと思料します。

なお、実施に当たっては、「医師法第十七条、歯科医師法第十七条及び保健師助産師看護師法第三十一条の解釈について」（平成17年7月26日付け医政発第0726005号厚生労働省医政局長通知）の注２から注５までを踏まえ、医師又は看護職員と密接な連携を図るべきものと思料します。

（参考）

○医師法第十七条、歯科医師法第十七条及び保健師助産師看護師法第三十一条の解釈について（抄）

注2　上記1から5まで及び注1に掲げる行為は、原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものでないと考えられるものであるが、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得る。このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられる。さらに、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師、歯科医師又は看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる必要がある。

また、上記1から3までに掲げる行為によって測定された数値を基に投薬の要否など医学的な判断を行うことは医行為であり、事前に示された数値の範囲外の異常値が測定された場合には医師、歯科医師又は看護職員に報告するべきものである。

注3　上記1から5まで及び注1に掲げる行為は原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものではないと考えられるものであるが、業として行う場合には実施者に対して一定の研修や訓練が行われることが望ましいことは当然であり、介護サービス等の場で就労する者の研修の必要性を否定するものではない。

また、介護サービスの事業者等は、事業遂行上、安全にこれらの行為が行われるよう監督することが求められる。

注4　今回の整理はあくまでも医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等の解釈に関するものであり、事故が起きた場合の刑法、民法等の法律の規定による刑事上・民事上の責任は別途判断されるべきものである。

注5　上記1から5まで及び注1に掲げる行為について、看護職員による実施計画が立てられている場合は、具体的な手技や方法をその計画に基づいて行うとともに、その結果について報告、相談することにより密接な連携を図るべきである。上記5に掲げる医薬品の使用の介助が福祉施設等において行われる場合には、看護職員によって実施されることが望ましく、また、その配置がある場合には、その指導の下で実施されるべきである。

【介護職員によるたん吸引等について】

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が平成２３年６月２２日に公布されたことにより、「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部が改正の上、平成２４年４月１日から施行され、介護福祉士及び規定の研修を修了した介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施することができるようになりました。

○ 対象となる医療行為（※実際に介護職員が実施するのは研修の内容に応じ下記行為の一部又は全部）
- ・たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）
- ・経管栄養（胃ろう又は腸ろうによる経管栄養、経鼻経管栄養）

○ たんの吸引等を行える者
- ・介護福祉士（※平成27年度以降の合格者）
- ・介護職員等（上記以外の介護福祉士、ホームヘルパー等であって、一定の研修を修了した者）

【訪問介護における注意点】

- **訪問介護事業所がその業としてたんの吸引等を行うためには、登録事業者でなければなりません。登録事業者になるためには、都道府県知事に事業所ごとに登録要件（登録基準）を満たしている旨、登録申請を行わなければなりません。**
- **自らの事業又はその一環として、たんの吸引等の業務を行うための登録を受けている事業所が、訪問介護として行うたんの吸引等に係る報酬上の区分は「身体介護」として取り扱わなければなりません。**
- **労働者派遣法に基づく派遣労働者（紹介予定派遣等を除く）である訪問介護員等は、たんの吸引等の業務を行うことはできません。**

《喀痰吸引等制度の概要》
（平成24年度　国喀痰吸引等指導者講習会資料より抜粋）

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度について（「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正））

趣旨

○介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施できることとする。
☆たんの吸引や経管栄養は「医行為」と整理されており、現在は、一定の条件の下に実質的違法性阻却論により容認されている状況。

実施可能な行為

○たんの吸引その他の日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの
※　保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助として、たんの吸引等を行うことを業とすることができる。
☆具体的な行為については省令で定める
・たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）
・経管栄養（胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養）

介護職員等の範囲

○介護福祉士
☆具体的な養成カリキュラムは省令で定める

○介護福祉士以外の介護職員等
☆一定の研修を修了した者を都道府県知事が認定
☆認定証の交付事務は都道府県が登録研修機関に委託可能

登録研修機関

○たんの吸引等の研修を行う機関を都道府県知事に登録
（全ての要件に適合している場合は登録）

○登録の要件
☆基本研修、実地研修を行うこと
☆医師・看護師その他の者を講師として研修業務に従事
☆研修業務を適正・確実に実施するための基準に適合
☆具体的な要件については省令で定める
※　登録研修機関の指導監督に必要な登録の更新制、届出、改善命令等の規定を整備。

登録事業者

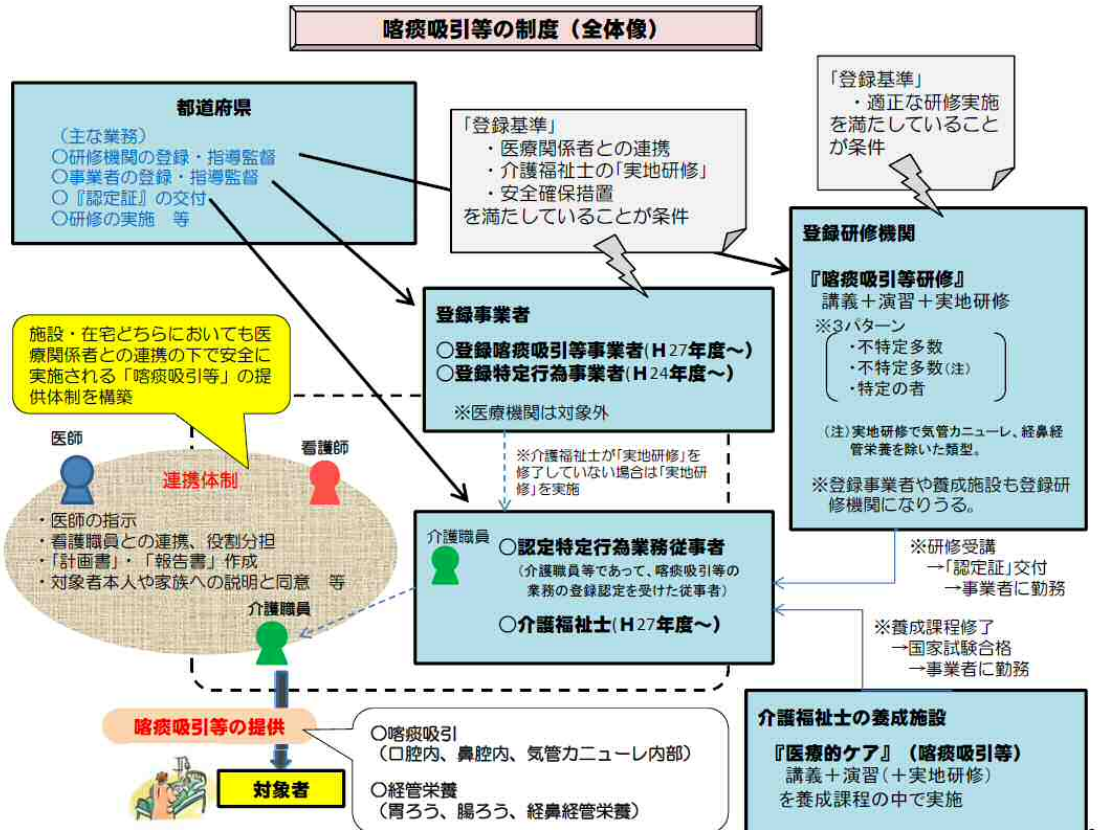
○自らの事業の一環として、たんの吸引等の業務を行う者は、事業所ごとに都道府県知事に登録
（全ての要件に適合している場合は登録）

○登録の要件
☆医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保
☆記録の整備その他安全かつ適正に実施するための措置
☆具体的な要件については省令で定める
※　登録事業者の指導監督に必要な届出、報告徴収等の規定を整備。

＜対象となる施設・事業所等の例＞
・　介護関係施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護等）
・　障害者支援施設等（通所施設及びケアホーム等）
・　在宅（訪問介護、重度訪問介護（移動中や外出先を含む）等）
・　特別支援学校
※医療機関は対象外
出典：介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会「中間まとめ」

実施時期及び経過措置

○平成24年4月1日施行
（介護福祉士については平成27年4月1日施行。ただし、それ以前であっても、一定の研修を受ければ実施可能。）
○現在、一定の条件の下にたんの吸引等を実施している者が新たな制度の下でも実施できるために必要な経過措置



「介護職員等による喀痰吸引等制度Ｑ＆Ａ」より抜粋

Ａ　喀痰吸引等の制度に関すること

１　登録事業者

問　Ａ－１（登録申請）

登録事業者の登録申請については、事業所毎に所在地を管轄する都道府県に対し行うこととなっているが、同一敷地内の複数の事業所を抱える事業者の場合についても、事業所毎に申請を行うということでよいか。

答　お見込みのとおり。

問　Ａ－５（登録の必要性）

喀痰吸引等を利用者本人又は家族が行う場合であって、介護職員は喀痰吸引等を行わず、事前の姿勢の整えや器具の準備、片付けのみをする場合には、介護職員の認定や、事業者としての登録は必要ないと解してよいか。

答　お見込みのとおり。

２　認定特定行為業務従事者

問　Ａ－６（認定証の有効期限）

「認定特定行為業務従事者認定証」には有効期間が定められていないが、例えば、認定後、離職・休職により喀痰吸引等の介護現場からしばらく離れていた者が再び従事する際には、改めて喀痰吸引等研修を受講する必要はないが、登録特定行為事業者が満たすべき登録基準である‘特定行為を安全かつ適切に実施するために必要な措置’（法第48条の5第1項第2号）には、当該者に対する再教育（例えば、喀痰吸引等研修に定める演習、実地研修等に類似する行為をOJT研修として実施するなど）を行うことも含まれると解してよいか。また、介護福祉士に対する登録喀痰吸引等事業者においても同様と解してよいか。

答　お見込みのとおり。

問　Ａ－８（認定証交付事務）

認定特定行為業務従事者について、以下のような変更が発生した場合に、どのように取り扱えばよいか。

１　経過措置対象者が平成24年度以降に登録研修機関の研修（第１号～第３号）を修了した場合

２　第３号研修修了者が別の対象者の実地研修を修了した場合

３　第３号研修修了者が同一の対象者に対する別の行為の実地研修を修了した場合

４　第３号研修修了者が第１号、第２号研修を修了した場合

５　第２号研修修了者が第１号研修を修了し、実施可能な行為が増えた場合

答　基本的な考え方としては、実施できる行為が増えた場合には既存の認定証を変更し、対象者の変更（第３号研修から第１・２号への変更を含む）や、経過措置から本則の適用に変わった場合には新たな認定登録が必要になる。

１　新規の申請を行い、新たな認定証を交付する

２　新規の申請を行い、新たな認定証を交付する

３　変更の申請を行い、交付済みの認定証を書き換える

４　新規の申請を行い、新たな認定証を交付する

５　変更の申請を行い、交付済みの認定証を書き換える

３　登録研修機関

問　Ａ－１３（公正中立性）

登録研修機関における喀痰吸引等研修の実施においては、当該研修機関を有する事業者が自社職員のみに対するお手盛り研修とならないよう、公正中立な立場で研修実施が行われるよう、通知等で示されると解してよろしいか。

答　お見込みのとおり。

４　喀痰吸引等研修

問　Ａ－２１（研修課程の区分）

喀痰吸引等研修の課程については省令上「第１号研修～第３号研修」が定められており、第１号及び第２号研修はこれまでの試行事業等における「不特定多数の者対象」、第３号研修は「特定の者対象」の研修に見合うものと考えるが、不特定・特定の判断基準としては、

〇不特定：複数の職員が複数の利用者に喀痰吸引等を実施する場合

〇特　定：在宅の重度障害者に対する喀痰吸引等のように、個別性の高い特定の対象者に対して特定の介護職員が喀痰吸引等を実施する場合

ということでよいか。

答　お見込みのとおり。

問　Ａ－２２（研修課程（第３号研修））

第３号研修（特定の者対象）の研修修了者が新たな特定の者を担当とする場合には、あらためて第１号研修若しくは第２号研修（不特定多数の者対象）を受講する必要はないと解してよいか。

また、第３号研修についても、基本研修を受ける必要はなく、その対象者に対応した実地研修を受講すればよいと解してよいか。

答　お見込みのとおり

５　研修の一部履修免除

問　Ａ－２４（研修課程の区分（不特定・特定の判断基準））

違法性阻却通知（「ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について」「在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて」）に基づく研修等を修了し、たんの吸引等を行っていた介護職員等で、対象者の死亡や転出等何らかの事情により特定の者の経過措置認定が受けられない介護職員等が、平成24年４月１日以降に、第３号研修を受講し、新たな対象者にたんの吸引等を行う場合、例えば、

・喀痰吸引の行為が必要な対象者の場合は、実地研修（特定の対象者に対する当該行為）のみを受講すればよく、

・経管栄養の行為が必要な対象者の場合は、基本研修（経管栄養部分の講義３時間と演習１時間）及び実地研修（特定の対象者に対する当該行為）を受講するということでよいか。

答　お見込みのとおり。

なお、喀痰吸引の行為が必要な対象者の場合に、基本研修（経管栄養部分の講義３時間と演習１時間）を受講することを妨げるものではない。

６　その他

問　Ａ－３０（特定行為の範囲）

今般の制度化によって、介護従事者にも可能となった行為以外の行為は、実施できなくなると考えて良いか。

答　喀痰吸引と経管栄養以外の行為が医行為に該当するか否かや、介護職員が当該行為を実施することが当面のやむを得ない措置として許容されるか否かは、行為の態様，患者の状態等を勘案して個別具体的に判断されるべきものであり、法が施行された後もその取扱いに変更を加えるものではない。

Ｂ　経過措置対象者に関すること

１　経過措置対象者

問　Ｂ－２（第３号研修）

経過措置対象者（居宅におけるALS等の障害者に対する喀痰吸引を実施していた者）がＨ24年４月１日以降に第三号研修を受講し、対象者や行為を変更する場合、例えば、

・口腔内喀痰吸引を実施していた者が、鼻腔内喀痰吸引の行為を追加する場合は、実地研修（特定の対象者に対する当該行為）のみを受講すればよく、

・口腔内喀痰吸引を実施していた者が、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養の行為を追加する場合は、基本研修（経管栄養部分の講義3時間と演習1時間）及び実地研修（特定の対象者に対する当該行為）を受講する

ということでよいか。

答　お見込みのとおり。

２　経過措置の範囲

問　Ｂ－５（対象者）

違法性阻却の通知は、施設関係は「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」のみで、障害者施設や通所事業所における取扱いについては明記されていない。また、「ALS患者の在宅療養の支援について」「在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引等の取扱いについて」は在宅に限定されている。障害者施設や通所事業所の職員は、経過措置の対象に含まれるのか。

答　障害者施設や通所事業所の職員は、経過措置対象者には含まれない。

問　Ｂ－６（認定証に記載される行為）

現在違法性阻却論により容認されている方については、その範囲において、認定特定行為業務従事者になりうるが、今後もたん吸引研修を受講する必要がないのか。

答　現在、違法性阻却でたんの吸引等を実施している方については、その行為の範囲内で経過措置の認定が行われる。したがってそれ以外の行為を実施する場合には、研修を受ける必要がある。

６　違法性阻却通知関係

問　Ｂ－１３（違法性阻却通知の取扱い）

違法性阻却の通知はいつ廃止されるのか。

答　介護職員等による喀痰吸引等の実施については、従来、厚生労働省医政局長通知により、当面のやむを得ない措置として、在宅、特別養護老人ホーム及び特別支援学校において一定の要件の下に認めるものと取り扱っているが、当該通知について、新制度施行後は、その普及・定着の状況を勘案し、特段の事情がある場合を除いて廃止する予定である。

※認定特定行為業務従事者の認定及び登録喀痰吸引等事業者の登録手続は、愛知県で行っています。

＜登録申請様式等＞
愛知県ホームページ
介護職員等による喀痰吸引等業務の登録申請等について
（https://www.pref.aichi.jp/soshiki/korei/kakutankyuuin.html）

＜国からの情報提供＞
厚生労働省ホームページ（https://www.mhlw.go.jp）
－喀痰吸引等制度について
（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/index.html）