

# 令和7年度 杉並区介護保険サービス事業者集団指導

## 運営指導における主な指摘事項 (介護報酬編)

居宅介護支援



杉並区 保健福祉部 介護保険課

令和8年3月13日～31日

# 目次

## 令和7年度運営指導における主な指摘事項

- (1) 退院・退所加算①・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4ページ
  - 退院・退所加算②（過去の指摘事項）・・・・・・・・ 12ページ
- (2) 通院時情報連携加算・・・・・・・・・・・・・・・・ 15ページ
- (3) 入院時情報連携加算（過去の指摘事項）・・・・ 19ページ
- (4) 運営基準減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 25ページ
- (5) その他の減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30ページ

# 居宅介護支援費に係る介護報酬について

介護報酬の根拠となる単位数表は厚生労働省の告示で示されており、このほか、解釈を補う通知（留意事項通知）や、別に定めるものなどを規定する関係告示、事務連絡によるQ & Aがあります。

介護報酬の算定にあたっては、必ず、介護報酬の根拠となる規定や通知の内容を確認してください。

## ▼ 主な告示・通知等

※ 資料本文では告示番号や通知名等を【 】内で表記しています。

単位数表（告示）	単位数表（留意事項通知）	関係告示	事務連絡・その他通知
<p><b>【厚告第20号】</b> 指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準（H12.2.10 厚告20）</p>	<p><b>【老企第36号】</b> 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（H12.3.1 老企36）</p>	<p><b>【厚労告第94号】</b> 厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（H27.3.23 厚労告94）</p> <p><b>【厚告第95号】</b> 厚生労働大臣が定める基準（H27.3.23 厚労告95）</p> <p><b>【厚告第96号】</b> 厚生労働大臣が定める施設基準（H27.3.23 厚労告96）</p>	<p><b>【算定留意】</b> 居宅介護支援費の入院時情報連携加算及び退院・退所加算に係る様式例の提示について（H21.3.13老振発第0313001号）</p> <p><b>【QA】</b> 厚生労働省発出のQ&amp;A 等</p>

# 主な指摘事項（１）退院・退所加算①

## 【令和７年度 指導での指摘事項】

**カンファレンスの参加者の要件を満たしていなかった。**

(退院・退所加算(Ⅰ)□・(Ⅱ)□)

＜指摘事例の参加者＞

病院側（１者以上必要）	居宅側（３者以上必要）	その他 （本人・家族除く）
医師・SW	介護支援専門員、 訪問看護ステーションの看護師	ケア24職員
医師・SW・看護師	介護支援専門員	
医師・看護師・PT	介護支援専門員	福祉用具事業者
医師・SW	介護支援専門員	福祉用具事業者

**カンファレンスに参加したメンバーは算定要件を満たしていますか。  
その他のカンファレンス要件は満たしていますか。**

# 主な指摘事項（1）退院・退所加算①

## 「カンファレンス」（病院又は診療所の場合）の要件

### 【老企第36号】第3の17

(3) その他の留意事項 ① (2) に規定するカンファレンスは以下のとおりとする。

イ 病院又は診療所

**診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一医科診療報酬点数表の退院時共同指導料2の注3の要件**を満たし、退院後に**福祉用具の貸与が見込まれる場合**にあつては、必要に応じ、**福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加**するもの。

□～へ 略

### 【厚労告第59号】診療報酬の算定方法（H20.3.5）

別表第一 医科診療報酬点数表の退院時共同指導料2

注3 注1の場合において、**入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等**が、**在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員(介護保険法第7条第5項に規定する介護支援専門員をいう。以下同じ。)**又は相談支援専門員(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準(平成24年厚生労働省令第28号)第3条第1項又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準(平成24年厚生労働省令第29号)第3条第1項に規定する相談支援専門員をいう。以下同じ。)**のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合**に、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算する。

# 主な指摘事項（1）退院・退所加算①

## 「カンファレンス」の参加者

(注1) 保健師・助産師・看護師・准看護師

(注2) 保健師・助産師・看護師（准看は除く）

<p>①入院している保険医療機関</p> <p>医師 又は 看護師等 (注1)</p>	<p>②在宅療養担当医療機関※</p> <p>医師 又は 看護師等 (注1)</p>		<p>③歯科医師等</p> <p>歯科医師 若しくはその指示を受けた 歯科衛生士</p>	
<p>②～⑥（※②又は⑤は必須）から3者以上</p>	<p>④保険薬局</p> <p>保険薬剤師</p>	<p>⑤訪問看護ステーション※</p> <p>看護師等 (注2) 又は 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士</p>		<p>⑥居宅介護支援</p> <p>介護支援専門員</p>

①必須

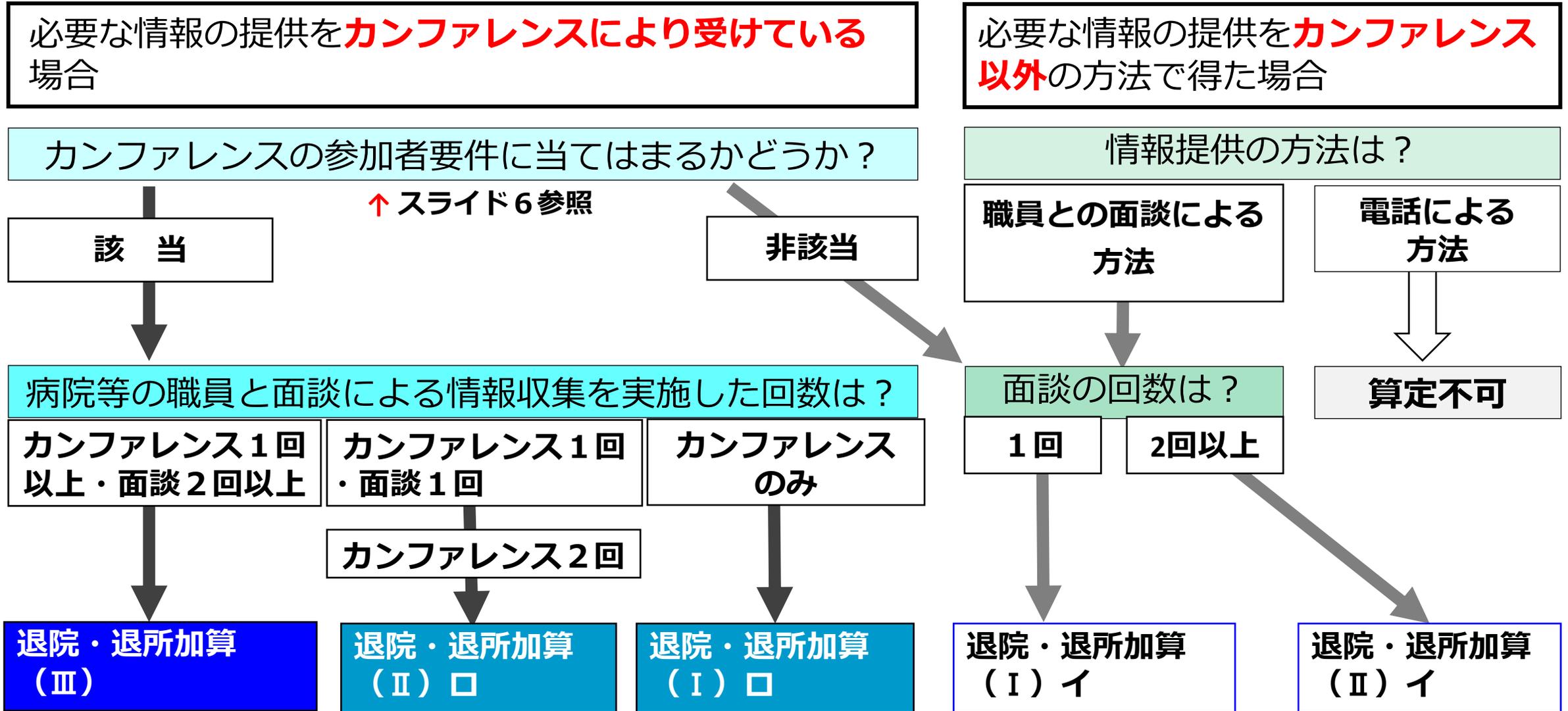
プラス



★②～⑥の同じグループの中で複数名参加しても1者とカウントします。  
 ★退院後に福祉用具の貸与が見込まれる場合は、必要に応じ、福祉用具専門相談員等が参加しますが、カンファレンスの参加者要件には入りません。

# 主な指摘事項（1）退院・退所加算①

## 退院・退所加算の区分



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

# 主な指摘事項（1）退院・退所加算①

## 「カンファレンス」に参加した場合①参加した記録

### 【老企第36号】第3の17

#### （3）その他の留意事項

- ④カンファレンスに参加した場合は、スライド11において別途定める様式ではなく、カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付すること。

### 【平成24年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.2）問20】

（問）退院・退所加算について、「また、上記にかかる会議（カンファレンス）に参加した場合は、（中略）当該会議（カンファレンス）等の日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付すること。」とあるが、ここでいう居宅サービス計画等とは、具体的にどのような書類を指すのか。

（答）居宅サービス計画については、「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（老企第29号）において、標準例として様式をお示ししているところであるが、当該様式の中であれば第5表の「居宅介護支援経過」の部分が想定され（※以下Q&A参照）、それ以外であれば上記の内容を満たすメモ等であっても可能である。

### ※【令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）問120】

（答・一部抜粋）カンファレンスに参加した場合の記録については、支援経過（第5表）の他に「サービス担当者会議の要点（第4表）」の活用も可能である。

## 主な指摘事項（１）退院・退所加算①

「カンファレンス」に参加した場合②利用者等に提供した文書

### 【老企第36号】第3の17

(3) その他の留意事項

④カンファレンスに参加した場合は、スライド11において別途定める様式ではなく、カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記録し、**利用者又は家族に提供した文書の写しを添付**すること。



### 【平成 24 年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.2) 問21】

(問) 入院中の担当医等との会議（カンファレンス）に参加した場合、当該会議等の日時、開催場所、出席者、内容の要点等について記録し、『利用者又は家族に提供した文書の写し』を添付することになっているが、**この文書の写しとは診療報酬の退院時共同指導料算定方法でいう「病院の医師や看護師等と共同で退院後の在宅療養について指導を行い、患者に情報提供した文書」を指す**と

解釈してよいか。

(答) そのとおり。

## 主な指摘事項（1）退院・退所加算①

「カンファレンス」に参加した場合②利用者等に提供した文書

### 【令和3年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol.3）問120】

（問）カンファレンスに参加した場合は、「利用者又は家族に提供した文書の写しを添付すること」としているが、具体例を示されたい。

（答）具体例として、次のような文書を想定しているが、これらの具体例を踏まえ、個々の状況等に応じて個別具体的に判断されるものである。

＜例＞カンファレンスに係る会議の概要、開催概要、連携記録等

# 主な指摘事項（1）退院・退所加算①

（参考）

## 「利用者に関する必要な情報」について

「居宅介護支援費の入院時情報連携加算及び退院・退所に係る様式例の提示について」（H21.3.13 老振発第0313001号厚生労働省老健局振興課長通知）において、**標準例**が示されているため、当該様式に記載されている項目と同程度の内容を算定にあたっての記録として担保することが望ましいものと考えます。

※区の様式は医療と介護の連携「すぎなみガイドライン」に掲載

退院・退所情報記録書			
1. 基本情報・現在の状態 等			記入日: 年 月 日
属性	氏名	性別 男・女	年齢 歳
入院(所)概要	入院(所)日: H 年 月 日	退院(所)予定日: H 年 月 日	退院(所)時の要介護度 (□要区分変更) □要支援 ( ) □要介護 ( ) □申請中 □なし
① 現在治療中の疾患	① ② ③	疾患の状況	*番号記入 安定( ) 不安定( )
移動手段	□自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他 ( )		
排泄方法	□トイレ □ポータブル □おむつ □ケナル・パウチ ( )		
入浴方法	□自立 □シャワー浴 □一脱浴 □機械浴 □行わず		
食事形態	□普通 □経管栄養 □その他 ( ) UDF等の食形態区分		
嚥下機能(むせ)	□なし □あり(時々・常に)	義歯	□なし □あり(部分・総)
口腔ケア	□良 □不良 □著しく不良	入院(所)中の使用: □なし □あり	
睡眠	□良好 □不良 ( )	睡眠剤使用	□なし □あり
認知・精神	□認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 □その他 ( )		
② 受け止め/意向	本人への病名告知: □あり □なし		
	<本人> 退院後の生活に関する意向		
	<家族> 病名、障害、後遺症等の受け止め方		
	<家族> 退院後の生活に関する意向		
2. 課題認識のための情報			
③ 退院後に必要な事項	医療処置の内容 □なし □点滴 □酸素療法 □喀痰吸引 □気管切開 □胃ろう □経鼻栄養 □経腸栄養 □褥瘡 □尿道カテーテル □尿路ストーマ □消化管ストーマ □痛みコントロール □排便コントロール □自己注射 ( ) □その他 ( )		
	看護の視点 □なし □血圧 □水分制限 □食事制限 □食形態 □嚥下 □口腔ケア □清潔ケア □血糖コントロール □排泄 □皮膚状態 □睡眠 □認知機能・精神面 □服薬指導 □療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) □ターミナル □その他 ( )		
	リハビリの視点 □なし □本人指導 □家族指導 □関節可動域練習(ストレッチ含む) □筋力増強練習 □バランス練習 □麻痺・筋緊張改善練習 □起居/立位等基本動作練習 □摂食・嚥下訓練 □言語訓練 □ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) □IADL練習(買い物・調理等) □疼痛管理(痛みコントロール) □更生器具・福祉用具等管理 □運動耐容能練習 □地域活動支援 □社会参加支援 □就労支援 □その他 ( )		
	禁忌事項 (禁忌の有無) (禁忌の内容/留意点) □なし □あり		
症状・病状の予後・予測			
退院に際しての日常生活の障害要因(心身状況・環境等) <small>例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか、等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事項、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。</small>			
在宅復帰のために整えなければならない要件			
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)	会議出席
1	年 月 日		無・有
2	年 月 日		無・有
3	年 月 日		無・有

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

# 主な指摘事項（1）退院・退所加算②（過去の指摘事項）

## 【過去の指導での指摘事項】

病院等の職員との面談により、必要な情報提供を受けていなかった。（電話により情報提供を受けていた。）

（退院・退所加算(Ⅰ)イ・(Ⅱ)イ）

## 退院・退所加算の算定要件を満たしていますか。

### ▼ 退院・退所加算の主な告示・通知等

<単位数表（告示）>  
【厚告第20号】 別表へ

<関係告示>  
【厚労告95号】 第85号の2

<算定留意>  
【老企第36号】 第3の17

#### 【国Q&A】

- ・平成 21 年 4 月改定関係 Q & A (Vol. 1) 問65・問66
- ・平成 24 年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) 問110・問111
- ・平成 24 年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) 問19・問20・問21
- ・平成 24 年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3) 問7・問8
- ・平成 30 年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) 問140
- ・居宅介護支援の退院・退所加算に関するQ & A (令和2年3月30日)

## 主な指摘事項（1）退院・退所加算②（過去の指摘事項）

### 【厚告第20号】別表へ 退院・退所加算

注 病院若しくは診療所に入院していた者又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設に入所していた者が退院又は退所（中略）し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって、当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合（同一の利用者について、当該居宅サービス及び地域密着型サービスの利用開始月に調整を行う場合に限る。）には、別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、入院又は入所期間中につき1回を限度として所定単位数を加算する。（後略）

### 【老企第36号】第3の17（2）算定区分について

退院・退所加算については、（略）入院又は入所期間中1回（医師等からの要請により退院に向けた調整を行うための面談に参加し、必要な情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合を含む）のみ算定することができる。また、面談は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

## 主な指摘事項（1）退院・退所加算②（過去の指摘事項）

### 病院等の職員から必要な情報提供を受ける際の要件とは

当該加算は、『当該利用者の退院又は退所に当たって、当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人保健施設の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に算定できる』とされています。

つまり、必要な情報提供を“電話連絡”のみで受けた場合には、連携回数にカウントできません。

なお、テレビ電話装置等を活用した場合は面談として、連携回数にカウントできます。

# 主な指摘事項（2）通院時情報連携加算

**【令和7年度 指導での指摘事項】**  
**① 訪問診療に同席した際に、加算を算定していた。**



**通院時情報連携加算の算定要件を満たしていますか。**

**▼ 通院時情報連携加算の主な告示・通知等**

**<単位数表（告示）>**  
**【厚告第20号】 別表ト**

**<算定留意>**  
**【老企第36号】 第3の18**

**【国Q&A】**  
**・ 令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）問118・119・120**

## 主な指摘事項（2）通院時情報連携加算

どんな場合に算定できる？

### 【厚告第20号】別表

ト 通院時情報連携加算 50単位

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



利用者が病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受ける場合に適用されるものであり、訪問診療は対象外です。

## 主な指摘事項（2）通院時情報連携加算

### 【令和7年度 指導での指摘事項】

- ② 医師と当該利用者に係る必要な情報の交換を行った記録がなかった。



医師と利用者に係る必要な情報交換について、算定要件を満たしていますか。

## 主な指摘事項（2）通院時情報連携加算

### どんな場合に算定できる？

#### 【厚告第20号】別表ト 通院時情報連携加算 50単位

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

#### ※医師等との情報連携を行い、記録する

##### ◎ 介護支援専門員 ➡ 医師等

利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、記録に残す。

##### ◎ 医師等 ➡ 介護支援専門員

利用者に関する必要な情報提供（助言等含む）を受け、記録に残す。

※医師等からの情報を踏まえて、居宅サービス事業者等との連絡調整や居宅サービス計画の見直しが必要かどうかを検討してください。

## 主な指摘事項（3）入院時情報連携加算（過去の指摘事項）

### 【過去の指導での指摘事項】

病院等の職員に対し、利用者に係る必要な情報提供の内容が不十分だった。



入院時情報連携加算の算定要件を満たしていますか。

### ▼ 入院時情報連携加算の主な告示・通知等

<単位数表（告示）>  
【厚告第20号】 別表ホ

<関係告示>  
【厚労告95号】 第85号

<算定留意>  
【老企第36号】 第3の16

#### 【国Q&A】

- ・平成21年4月改定関係Q&A(Vol.1) 問64
- ・平成30年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1) 問139
- ・令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1) 問118・119・120

## 主な指摘事項（3）入院時情報連携加算（過去の指摘事項）

入院時情報連携加算は、利用者が病院又は診療所に入院した際、**一定の期間内（※）**に当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していることが必要となります。

（※）については、スライド23・24を参照

### 「必要な情報」とは...

参照：【老企第36号】第3の16（1）

- ・ 当該利用者の入院日
- ・ 心身の状況（例：疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）
- ・ 生活環境（例：家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など）
- ・ サービスの利用状況

※加算を算定するための標準様式例（スライド21）が国から示されており、このような様式を使用することにより算定要件の「必要な情報」が満たされます。

# 主な指摘事項（3）入院時情報連携加算（過去の指摘事項）

## 「必要な情報」の提供方法について

「必要な情報」については、留意事項通知に具体的に列記されているため、少なくともこれらの情報（第3の16（1）総論参照）を提供する必要があります。なお、「居宅介護支援費の入院時情報連携加算及び退院・退所加算に係る様式例について」H21.3.13老振発第0313001号 厚生労働省老健局振興課長通知)において、情報提供の様式として標準例が示されているため、当該項目と同程度の内容を提供することが望ましいものと考えます。 ※区の様式は医療と介護の連携「すぎなみガイドライン」に掲載

**入院時情報提供書<在宅版>**

記入日： 年 月 日  
入院日： 年 月 日  
情報提供日： 年 月 日

医療機関名： \_\_\_\_\_ 事業所名： \_\_\_\_\_  
ご担当者名： \_\_\_\_\_ ケアマネジャー氏名： \_\_\_\_\_  
TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

利用者(患者)「家族」の同意に基づき、\_\_\_\_年\_\_月\_\_日時点の在宅生活における利用者情報（身体・生活機能など）を送付します。是非ご活用下さい。

**1. 利用者(患者)基本情報について**

氏名	(姓) _____ (名) _____	生年月日	西暦 年 月 日 生
入院時の介護履歴	<input type="checkbox"/> 要支援 ( <input type="checkbox"/> 要介護) 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / /) <input type="checkbox"/> 未申請	西暦	年 月 日 生
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 不明	障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体・精神・知的)
年金などの種別	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

**2. 家族構成・連絡先について**

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ( )
主介護者氏名	(続柄・才) _____ 電話番号 _____
意思決定支援者(代読者)	(続柄・才) _____ (関係・期間) _____ 電話番号 _____

**3. 意識状態について**

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		<input type="checkbox"/> 難聴は会話に支障はないが、音読に会話にはできる
理解	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 普通会話にはできるが、具体的な要求を伝えることはできる
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 会話が可能だが、無意味である

**4. 口腔・栄養について**

摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
摂食低下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (口調い・中調い・濃い)
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ( )	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> その他 ( )
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (口部分・総)	左右両方の歯でしっかり噛み砕ける	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
嚥下の介助	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	嚥下の嚥れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )

**5. 介護について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付**

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種: )
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者にによる管理(管理者: )	管理方法:	( )
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容: )	服薬状況	<input type="checkbox"/> 全介助
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い処方されていない	服薬拒否	( )
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )

**6. かかりつけ機関について**

かかりつけ医療機関1	医師名 _____	かかりつけ医療機関2	医師名 _____
かかりつけ医療機関3	医師名 _____	かかりつけ歯科医療機関	歯科医師名 _____
かかりつけ薬局	医師名 _____	訪問看護ステーション	( )

**7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報**  
※本人の意思は変わりますので、本記載が最新の意向を反映しているとは限りません。最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している(最終実施日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない(本人からの話し合いの希望がない(それ以外))
※本人・家族等との話し合いを実施している場合の記載	( )
本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照(書類名: )
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(氏名: ) 続柄: ( ) (氏名: ) 続柄: ( ) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 ( )
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※	( )
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関に共有した内容

**8. 入院前の身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について**

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位・深度・大きさ等)
褥瘡等の対応	<input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> 体位変換( 時間毎)	その他( )	<input type="checkbox"/> なし
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動(屋内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 多歩器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 多歩器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助

入院前のADL/IADL: \_\_\_\_\_ 同様の書類をご確認ください アセスメントシート(フェイスシート) その他 ( )

ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化 ( )

認知機能の状況

みまわりの必要性: 日常生活で安全に過ごすための程度は本人のよるのみが必要か  
見守りでも十分こなしていることができる 1日1回様子を確認してもらえば一人で過ごすことができる  
半日程度では見守りでも十分こなすことができる 30分程度ならみまわってもらえば一人で過ごすことができる  
常にみまわりが必要である

見当識: 現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか  
年月日はわかる 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる  
場所の名や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる その場にいる人が誰かわからない  
自分の名前がわからない

近時記憶: 身近なものを置いた場所を覚えているか  
丁寧に覚えている たに(道1回程度)忘れることがあるが、考えることで思い出せる  
思いだせないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある きっかけがあっても、自分で覚えた場所をほとんど思いだせない  
忘れたいと自覚していない

遠行能力: テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか  
自由に操作できる チャンネルの調整などは覚えている操作はできる  
操作手順が多いが、操作方法を覚えてもらえば使える リモコンを認識しているが、リモコンの使い方がわからない  
リモコンが何をやるかわからない

過去半年間における入院  
なし あり(頻度: 0回 1回 2回以上) (直近の入院理由: ) 期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

**9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等**

介護/医療の状況、本人の関心等	介護-医療サービス利用状況、生活歴・趣味・嗜好等 同様の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画(1)-(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート(フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ペット飼育の有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
-----------------	---

特記事項: ( )

**10. 今後の在宅生活の確保について(ケアマネジャーとの連携)**

住環境	住居の種類(戸建て・集合住宅) _____ 階建て、 居室 _____ 間、 エレベーター ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ) 特記事項: ( )
在宅生活に必要な要件	( )
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ( )
退院後の支援者	<input type="checkbox"/> 家族の支援が見込める( <input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部 ) <input type="checkbox"/> 家族以外の変換が見込める( <input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部 ) <input type="checkbox"/> 支援は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や家族以外の変換は見込めない
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> oneself 2と同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名: ) 続柄: ( ) 年齢: ( )
家族や同居関係による虐待の疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )

特記事項: ( )

**11. カンファレンスについて(ケアマネジャーからの希望)**

「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし

## 主な指摘事項（3）入院時情報連携加算（過去の指摘事項）

### 注意事項

必要な情報を提供した場合には、以下の内容を居宅サービス計画等に記録してください。 参照：【老企第36号】第3の16（1）

- ・ 情報提供を行った日時
- ・ 場所（医療機関へ出向いた場合）
- ・ 内容
- ・ 提供手段（面談、FAX等） 等

なお、情報提供の方法としては、居宅サービス計画等の活用が考えられます。

**FAXやメール、郵送等**による情報提供の場合、**先方が受け取ったこと**を確認するとともに、確認した事について居宅サービス計画等に記録しておかなければならない。

## 主な指摘事項（3）入院時情報連携加算（過去の指摘事項）

### 注意事項

入院時の迅速な情報提供をさらに促進する観点から、令和6年度報酬改定で情報提供する日数に関する要件が変更しています。

参照：【厚労告95号】 第85号、老企第36号第3の16（2）（3）

#### イ 入院時情報連携加算(Ⅰ)

病院等に**入院した日**（**入院の日以前**に情報提供した場合には情報提供した日を含み、居宅介護支援事業所の運営規程に定める**営業時間終了後**または**営業日以外の日**に入院した場合には**入院した日の翌日を含む**）のうちに、情報を提供していること。

#### ロ 入院時情報連携加算(Ⅱ)

病院等に**入院した日の翌日又は翌々日**（イに規定する入院した日を除き、運営規程に定める居宅介護支援事業所の営業時間終了後に入院した場合で、入院した日から起算して三日目が運営規程に定める居宅介護支援事業所の営業日以外の日に当たるときは、営業日以外の日**の翌日を含む**）に、情報を提供していること。

**入院した日のうちに（入院前も含む）（加算Ⅰ）、又は入院した日の翌日・翌々日（加算Ⅱ）**に、病院等の職員に必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき1月に1回を限度として算定できます。

入院時情報連携加算（Ⅰ）（Ⅱ）に該当するかどうか、利用者の入院日が運営規程で定めている居宅介護支援事業所の営業日や営業時間が関わります。

そのため、**入院した日付だけではなく、時間（営業時間内かどうか）も**把握して、記録（支援経過等）に残すように、お願いします。



## (4) 運営基準減算

### 居宅介護支援の業務が適切に行われない場合①

#### 【老企36号第3の6】注6 居宅介護支援の業務が適切に行われない場合

- (1) 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ利用者に対して、利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができることについて説明を行っていない場合には、契約月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

## (4) 運営基準減算

### 居宅介護支援の業務が適切に行われない場合②

#### 【老企36号第3の6】注6 居宅介護支援の業務が適切に行われない場合

(2) 居宅サービス計画の新規作成及びその変更に当たっては、次の場合に減算されるものであること。

- ① 当該事業所の介護支援専門員が、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない場合には、当該居宅サービス計画に係る月（以下「当該月」という。）から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
- ② 当該事業所の介護支援専門員が、サービス担当者会議の開催等を行っていない場合（やむを得ない事情がある場合を除く。以下同じ。）には、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
- ③ 当該事業所の介護支援専門員が、居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付していない場合には、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

## (4) 運営基準減算

### 居宅介護支援の業務が適切に行われない場合③

#### 【老企36号第3の6】注6 居宅介護支援の業務が適切に行われない場合

(3) 次に掲げる場合においては、当該事業所の介護支援専門員が、サービス担当者会議等を行っていないときには、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

- ① 居宅サービス計画を新規に作成した場合
- ② 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合
- ③ 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

## (4) 運営基準減算

### 居宅介護支援の業務が適切に行われない場合④－1

#### 【老企36号第3の6】注6 居宅介護支援の業務が適切に行われない場合

(4) 居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、次の場合に減算されるものであること。

- ① 当該事業所の介護支援専門員が次に掲げるいずれかの方法により、利用者に面接していない場合には、特段の事情のない限り、その月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
  - イ 1月に1回、利用者の居宅を訪問することによって行う方法。
  - 次のいずれにも該当する場合であって、2月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅を訪問しない月においては、テレビ電話装置等を活用して行う方法。
    - a テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。
    - b サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
- (i) 利用者の心身の状況が安定していること。
- (ii) 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。
- (iii) 介護支援専門員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。

## (4) 運営基準減算

### 居宅介護支援の業務が適切に行われない場合④-2

#### 【老企36号第3の6】注6 居宅介護支援の業務が適切に行われない場合

(4) ②当該事業所の介護支援専門員がモニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続する場合には、特段の事情のない限り、その月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

スライド25～29のような運営基準減算に該当する場合



#### 【厚告第20号】イ 注6

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

## (5) その他の減算

### ① 業務継続計画未策定減算

#### 【令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.6) 問7】

(Q) 業務継続計画未策定減算はどのような場合に適用となるのか。

(A) 感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合や、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合に減算の対象となる。なお、令和3年度介護報酬改定において業務継続計画の策定と同様に義務付けられた、業務継続計画の周知、研修、訓練及び定期的な業務継続計画の見直しの実施の有無は、業務継続計画未策定減算の算定要件ではない。

感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合 所定単位数の100分の1が減算となります。

減算対象外ですが、**義務付けられています**

- |   |               |
|---|---------------|
| ① | 従業者への周知       |
| ② | 研修の実施 (年1回以上) |
| ③ | 訓練の実施 (年1回以上) |
| ④ | 計画の見直し        |

## (5) その他の減算

### ② 高齢者虐待防止措置未実施減算

#### 【令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1) 問167】

(Q) 高齢者虐待が発生していない場合においても、虐待の発生又はその再発を防止するための全ての措置（委員会の開催、指針の整備、研修の定期的な実施、担当者を置くこと）がなされていない場合は減算の適用となるのか。

(A) 減算の適用となる。なお、全ての措置の一つでも講じられていなければ減算となることに留意すること。

虐待の発生等を防止するためのすべての措置がなされていないと所定単位数の100分の1が減算となります。

#### 虐待の発生又は再発を防止するための措置

- ① 委員会の定期的な開催
- ② 指針の整備
- ③ 研修の実施(年1回以上)
- ④ 担当者の設置

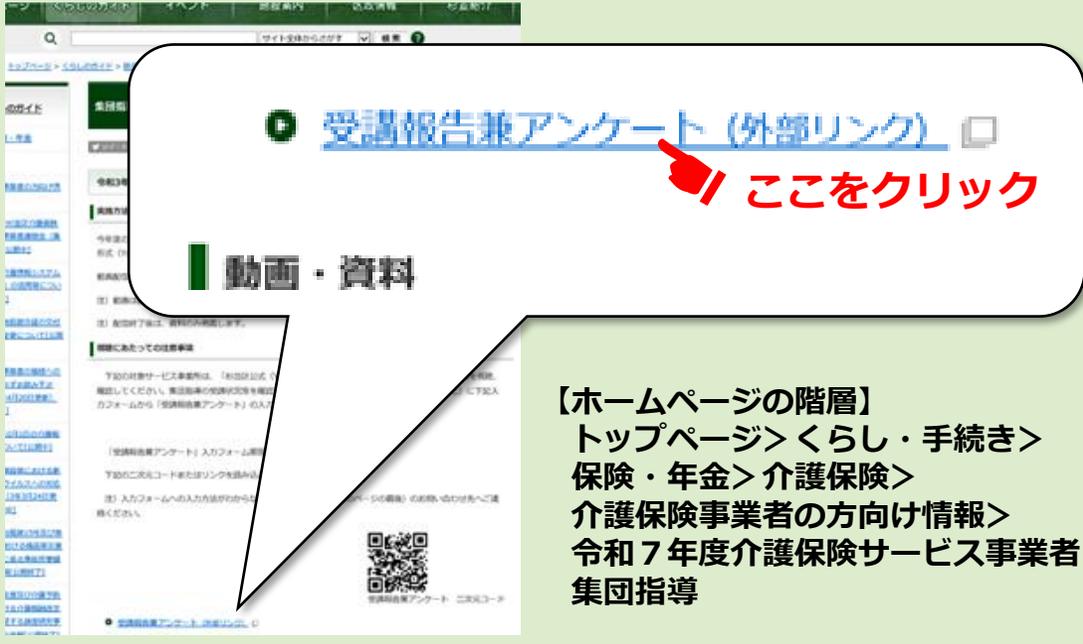
# 「受講報告兼アンケート」の入力のお願い

集団指導の受講状況等を確認するため、視聴後に事業所ごと（サービス種別ごと）に下記入力フォームから「受講報告兼アンケート」の入力をお願いします。

（注1）併設の事業者がある場合、それぞれのサービス事業所で回答してください。

（注2）管理者等が事業所内の回答・質問事項を取りまとめ、事業所として回答・質問してください（事業所で視聴した方全員が回答する必要はありません）。

## 区公式ホームページからアクセスする場合



**ここをクリック**

**動画・資料**

【ホームページの階層】  
トップページ>暮らし・手続き>  
保険・年金>介護保険>  
介護保険事業者の方向け情報>  
令和7年度介護保険サービス事業者  
集団指導

## 二次元コードを読み取ってアクセスする場合



受講報告兼アンケート

 **入力期限：3月31日（火曜日）まで**

ご視聴ありがとうございました。

制作・著作



杉並区