

令和7年度 介護サービス事業所集団指導

令和7年7月
新宿区福祉部介護保険課



■ 次第

- 1 介護保険課長あいさつ
- 2 介護給付費の請求事務について
- 3 医療保険と介護保険の給付調整について
- 4 区に対するよくある質問
- 5 令和7年3月31日で経過措置が終了した事項
- 6 利用票等への福祉用具TAISコード等の記載について
- 7 事故報告書の提出について
- 8 区からのお知らせ
- 9 介護予防・日常生活支援総合事業の届出・加算・算定について
- 10 集団指導の受講報告について



集団指導の受講報告について

全項目を受講しましたら、管理者の方が受講報告をしてください。受講報告をもって、集団指導出席事業所として記録させていただきます。なお、複数のサービスを運営している場合には、事業所毎に提出してください。例年、受講前の段階で報告する事業所がありますが、受講終了後に報告してください。

提出期限	令和7年9月15日（月）
提出方法	LoGoフォームにて受講報告してください。



LoGoフォームによる報告方法

下記のURLまたは二次元コードにあるフォームの内容に従って、報告してください。

<https://logoform.jp/form/kubz/1104035>

※LoGoフォームでの報告が困難な事業所はご連絡ください。



問い合わせ先

介護保険課給付係

電話（直通）03-5273-3497

FAX 03-3209-6010

1 介護保険課長 あいさつ

日頃から、本区の介護保険事務にご理解、ご協力をいただくとともに、適正な介護保険サービスの提供についてご尽力くださいます、ありがとうございます。

今回の集団指導は、介護給付費の請求事務、医療保険との調整、区に対するよくある質問、区からのお知らせ等の内容となっています。既にご承知のことと思いますが、再確認してください。

新宿区では、高齢者が可能な限りいつまでも住み慣れた地域で自分らしく暮らせるよう、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援サービス等を切れ目なく提供する地域包括ケアシステムの推進に努めています。地域包括ケアを推進する上で、事業者の皆様にご確認いただきたいことが次のスライドの「新宿区におけるケアマネジメントに関する基本方針」に書かれています。利用者の意思及び人権を尊重すること、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために必要な体制の整備を行うことなど大切な留意事項が書かれています。この基本方針は居宅介護支援事業者に向けたものになっていますが、全ての事業者においてサービスの提供にあたってご理解いただきたいと思います。必ずご確認ください。

区は保険者として、今後も事業者の皆様に適正なサービス提供を行っていただけるよう支援してまいりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

令和7年7月

新宿区福祉部介護保険課長 皆本 真喜子



新宿区におけるケアマネジメントに関する基本方針

ケアマネジメントの実施にあたっては、「新宿区指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例」に基づいた運営をお願いします。同条例で定める基本方針は以下のとおりです。

「新宿区指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例」（平成30年3月16日条例第20号）

（第1章、略）

第2章 指定居宅介護支援

第1節 基本方針

第3条 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

2 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

3 指定居宅介護支援事業者（法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等（法第8条第24項に規定する指定居宅サービス等をいう。以下同じ。）が特定の種類又は特定の居宅サービス事業を行う者若しくは地域密着型サービス事業を行う者（以下「居宅サービス事業者等」という。）に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。

4 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、特別区及び市町村（以下「区市町村」という。）、法第115条の46第1項に規定する地域包括支援センター、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の7の2 第1項に規定する老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者（法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。以下同じ。）、介護保険施設、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（平成17年法律第123号）第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者等との連携に努めなければならない。

5 指定居宅介護支援事業者は、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らない。

6 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援を提供するに当たっては、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らない。

（以下略）

2. 介護給付費の請求事務について

ここでは、国保連合会への介護給付費の請求に当たり、注意していただきたい事項を説明します。

【目次】

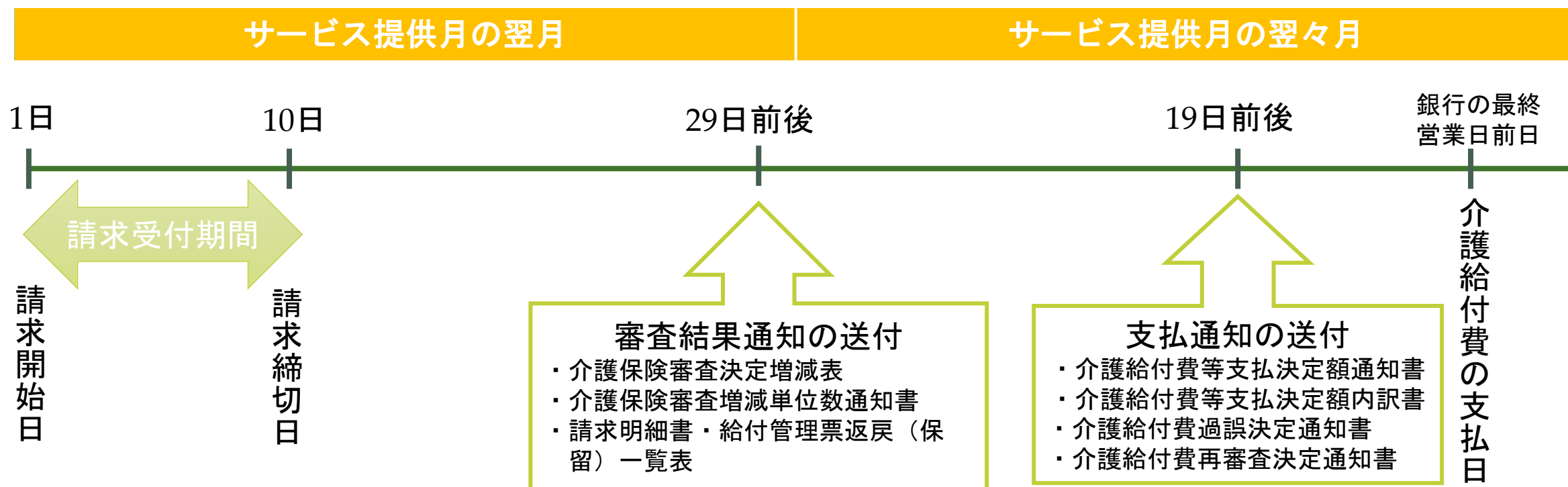
- (1) 事業所の請求から介護給付費（総合事業費）支払まで————— 7
 - (2) 要介護の認定申請（変更申請）から受給者台帳への登録まで————— 8
 - (3) 給付管理票「新規」「修正」「取消」————— 9
 - (4) 月の途中に要介護状態区分が変更となった場合の請求方法について————— 10～11
- ※(1)～(4)の資料は、東京都国保連合会「介護給付費請求の手引き（審査支払結果帳票の解説）」を一部改変して作成しています。
- (5) 【保険者から】過誤申立と再請求————— 12～13



東京都国民健康保険団体連合会HP>介護事業所等の皆様
> 2－3 介護給付費請求の手引き（審査支払結果帳票の解説）



(1) 事業所の請求から介護給付費（総合事業費）支払まで

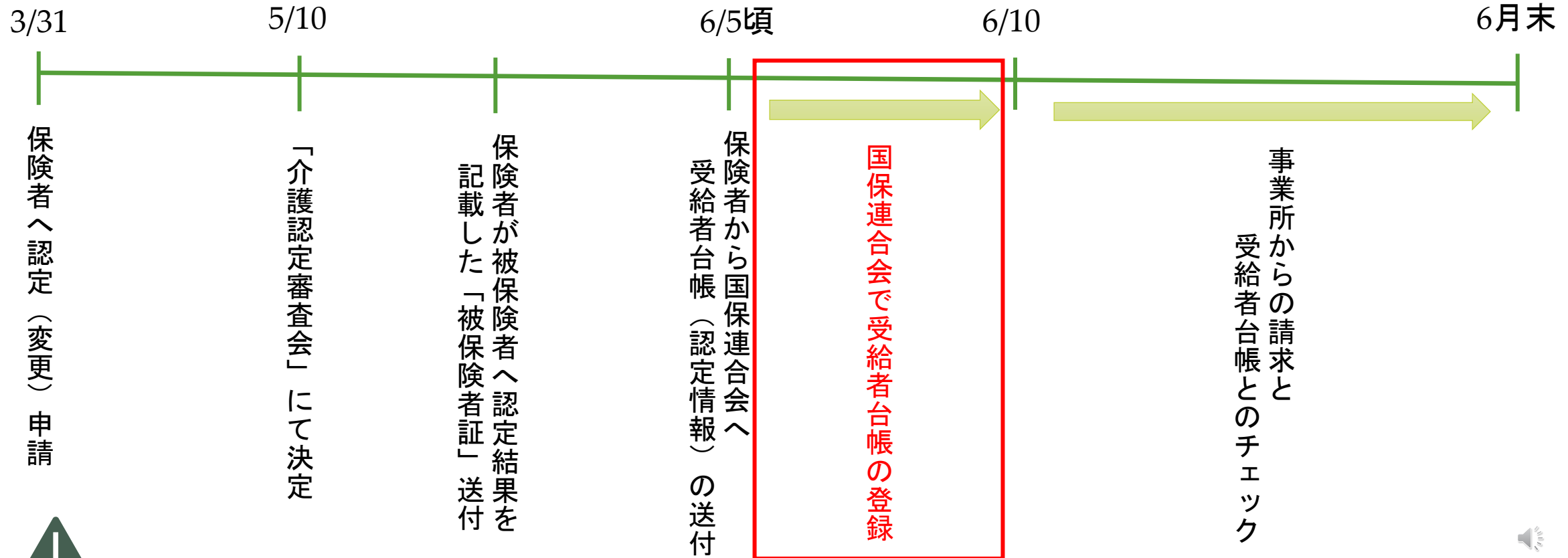


▶ 上記日程の「請求締切日：10日」「審査結果通知の送付：29日」「支払通知の送付：19日」は基準日ですので月によって前後します。「請求締切日」と「介護給付費の支払日」については、毎年3月に、国保連より翌年度の日程を送付していますので確認してください。

▶ 「審査結果通知」は次回の請求に間に合うように送付しています。返戻となった明細書等については、修正を行い請求受付期間中に再請求してください。減単位や、返戻（保留）となった明細書等については、関係の居宅介護支援事業所等と連絡・調整をして下さい。

(2) 要介護の認定申請（変更申請）から受給者台帳への登録まで

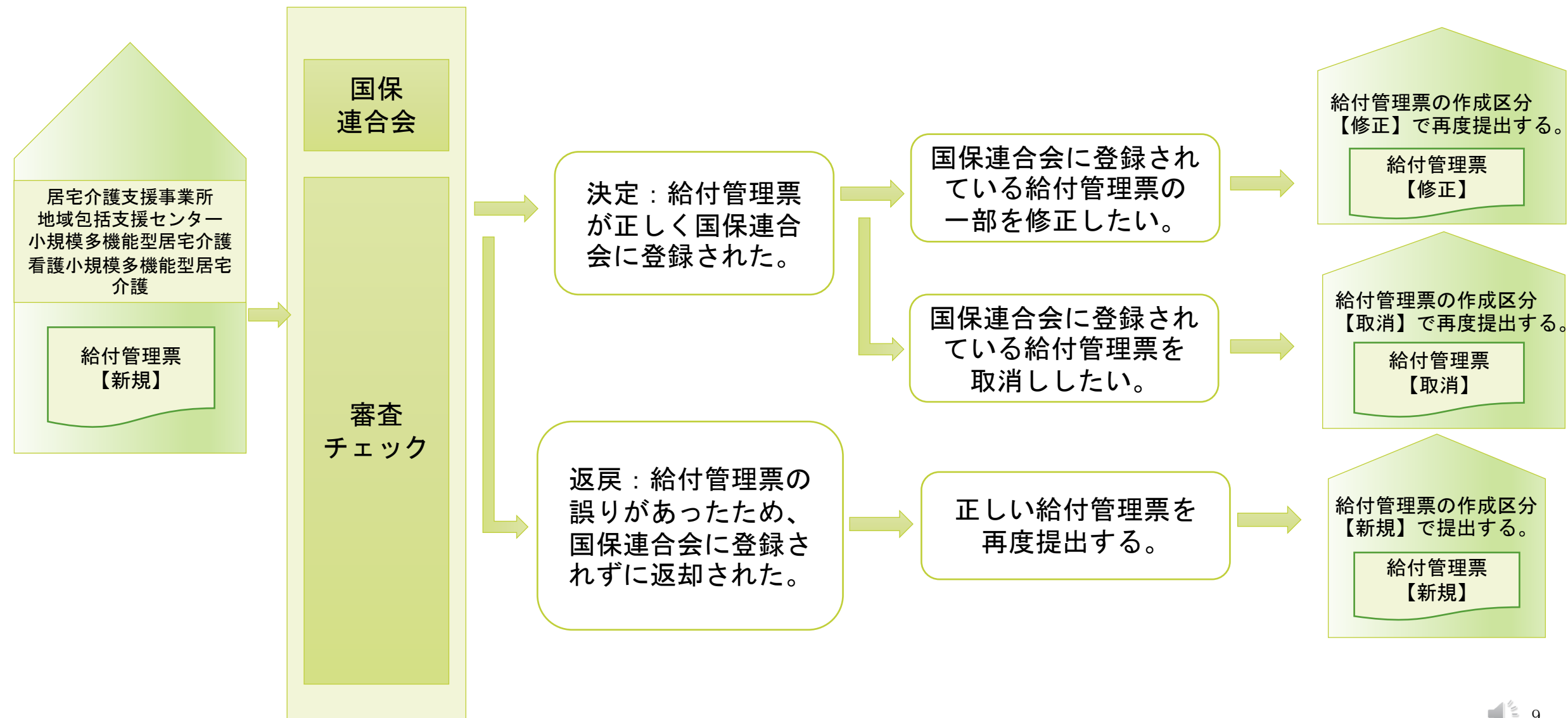
《例》



要介護の認定申請・変更申請をした場合には、申請日・認定日等を確認して国保連合会に受給者台帳（認定情報）の登録が終了する月以降に請求してください。※認定（変更）申請から決定までの期間によっては、「登録」が申請月の3か月後になる場合もあります。

(3) 給付管理票「新規」「修正」「取消」

給付管理票の作成区分には「新規」、「修正」、「取消」の3つの区分があります。



(4) 月の途中に要介護状態区分が変更となった場合の請求方法について

		給付管理票	サービス計画費	請求明細書		
		要支援・要介護状態区分等	被保険者欄の要介護状態区分	要介護状態区分(介護給付)	要支援状態区分(予防給付)	要支援状態区分等(総合事業)
		(重い方を対象)	(月末時点)	(月末時点)		
1	事業対象者→要支援 1	事業対象者	要支援 1	—	要支援 1	要支援 1
2	事業対象者→要支援 2	要支援 2	要支援 2	—	要支援 2	要支援 2
3	事業対象者→要介護N	要介護N	要介護N	要介護N	—	事業対象者
4	要支援 1→事業対象者	月途中の要支援 1→事業対象者への変更はない。				
5	要支援 1→要支援 2	要支援 2	要支援 2	—	要支援 2	要支援 2
6	要支援 1→要介護N	要介護N	要介護N	要介護N	要介護N	要支援 1
7	要支援 2→事業対象者	月途中の要支援 2→事業対象者への変更はない。				
8	要支援 2→要支援 1	要支援 2	要支援 1	—	要支援 1	要支援 1
9	要支援 2→要介護N	要介護N	要介護N	要介護N	要介護N	要支援 2
10	要介護N→事業対象者	月途中の要介護N→事業対象者への変更はない。				
11	要介護N→要支援 1	要介護N	要支援 1	要支援 1	要支援 1	要支援 1
12	要介護N→要支援 2	要介護N	要支援 2	要支援 2	要支援 2	要支援 2

※ 要介護Nは、要介護 1～5 のいずれかを意味する。



月の途中に要介護状態区分が変更となった場合の請求方法について

〔例１〕令和６年４月１０日に要介護３から要介護１へ変更となった場合の令和６年４月分のサービス計画費の請求
（正）要介護１（コード２１）、居宅介護支援費（Ⅰ）（サービスコード４３－２１１１）１，０８６単位
（誤）要介護３（コード２３）、居宅介護支援費（Ⅰ）（サービスコード４３－２２１１）１，４１１単位
間違って請求した場合は、「備考」欄“エラーコード＝１０ＱＦ”又は“エラーコード＝１２ＱＪ”のエラーとなります。

〔例２〕令和６年４月１０日に要介護１から要支援２へ変更となった場合の令和６年４月分のサービス計画費の請求
（正）要支援２（コード１３）、介護予防支援費（サービスコード４６－２１１１）４４２単位
（誤）要介護１（コード２１）、居宅介護支援費（Ⅰ）（サービスコード４３－２１１１）１，０８６単位
間違って請求した場合は「備考」欄“エラーコード＝１２ＱＡ”と同時に“エラーコード＝１２Ｐ４”のエラーとなります。

※要支援・要介護状態区分等の重い順は以下の通り



(5) 【保険者から】過誤申立と再請求

- ▶ 請求誤りがある場合、区への過誤申立書の提出後、国保連へ再請求することとなります。
- ▶ 再請求がある場合、通常過誤（過誤が決定してから再請求する）と同月過誤（過誤決定前に再請求する）の処理方法があります。次スライド参照
- ▶ 同月過誤を行うと、過誤と再請求の過誤相当額は相殺されます。施設サービスなど高額な請求の修正で、全額取り下げることによって、事業所の資金面で負担となる場合には、同月過誤の方がよい場合もあります。
同一事業所からの大量の件数の過誤の場合は、同月過誤で行うようにしてください。
(他県の国保連によっては同月過誤ができない場合もあるため、確認した上で処理してください。)
- ▶ 通常過誤を行うことで、当該月分の審査決定額がマイナス（未調整過誤）になる場合は、保険者へご相談ください。
- ▶ 給付管理票の修正があわせて必要な場合等は、給付管理票の修正と過誤申立は同月に処理できません。
再請求分がプラスになる場合は、給付管理票の修正を先に行ってから過誤申立と再請求を行うなど調整する必要があります。



過誤スケジュール（新宿区）

	通常過誤 ★過誤決定後に再請求 金額は一旦全額返還 再請求後、入金される	同月過誤（新宿区の場合） ★過誤決定前に再請求 金額は相殺される（差額調整）
当月	区の過誤締切日（※20日） 過誤（25日）伝送	区の過誤締切日（※20日） 過誤（25日）伝送
翌月	↓	↓ 再請求（10日）
翌々月	過誤決定通知 ↓ 支払日（23日）全額返還	過誤決定通知 ↓ 支払日（23日）差額調整 再請求（10日） ↓
翌々々月	再請求（10日） ↓ 支払日（23日）	

※過誤締切日は、月によって異なります。お問い合わせください。



3. 医療保険と介護保険の給付調整について

ここでは、訪問看護及びリハビリテーションにおける医療保険と介護保険での利用について、注意していただきたい事項を説明します。

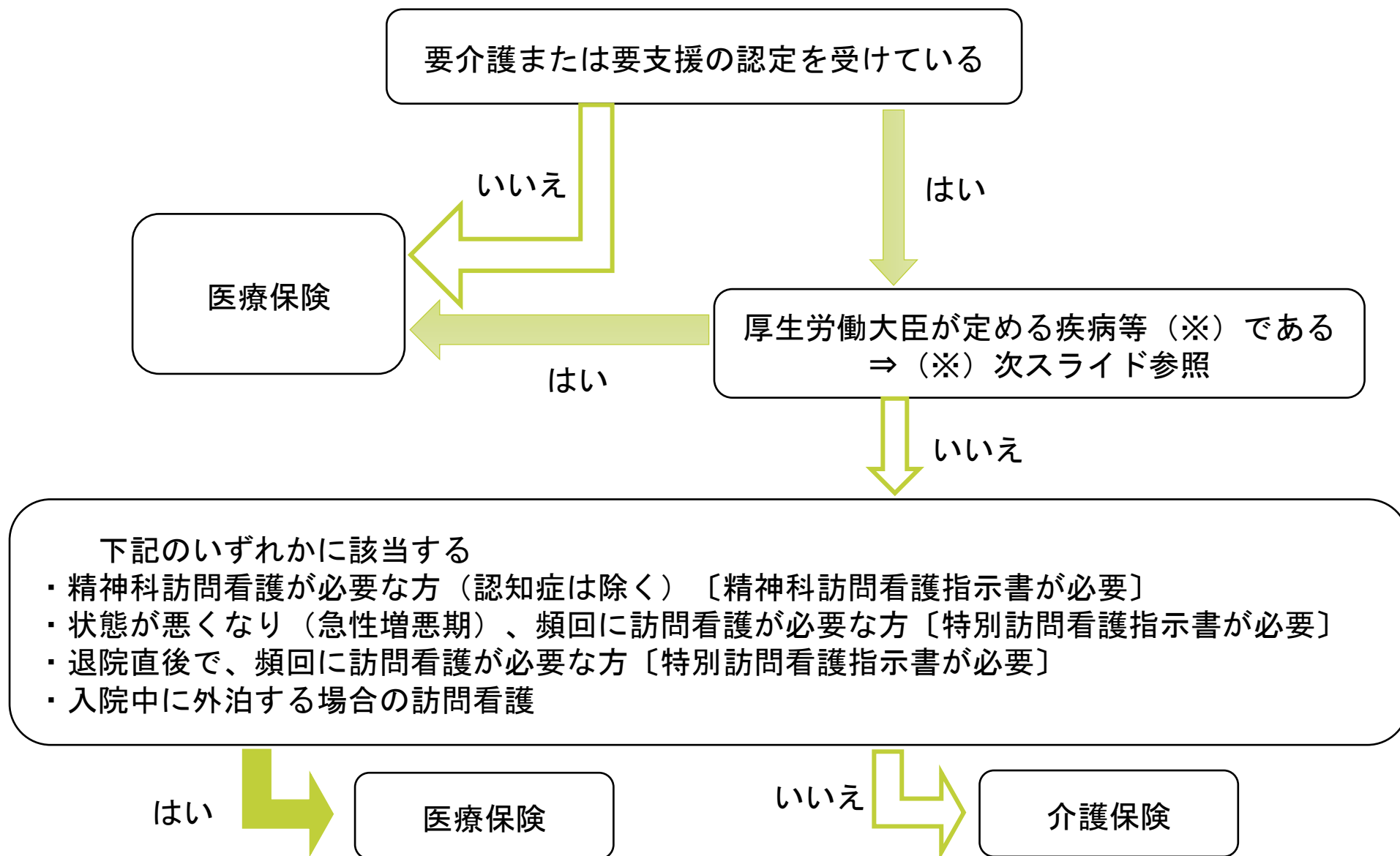
【目次】

(1) 訪問看護	15～17
(2) リハビリテーション（通所・訪問）	18～19
(3) よくある質問	20～21

(1) 訪問看護

- ✓ 訪問看護は、介護保険・医療保険それぞれに対象となる利用者が定められています。次のスライドのフローチャートで確認してください。
- ✓ 利用に際しては、どちらの保険であっても、医師が発行する「訪問看護指示書」が必要です。主病名によって、適用となる保険（医療・介護）が変わるため、訪問看護指示書の交付を受けた際は、しっかり主病名を確認してください。
- ✓ 訪問看護について、医療保険と介護保険の同月算定があった場合、国保連の医療突合点検で抽出されるため、国保連や保険者から事業所へ問い合わせをします。

訪問看護を利用する場合の保険区分フローチャート



厚生労働大臣が定める疾病等

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態、パーキンソン病関連疾患【※1】、

【※1 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病

（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る）】

多系統萎縮症【※2】、

【※2 線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群】

(2) リハビリテーション（通所・訪問）

- ✓ リハビリテーションは、「急性期（診断・治療時期）」、「回復期（安定化時期）」、「維持期・生活期」の段階があります。「急性期」、「回復期」は医療保険が、「維持期・生活期」は介護保険が役割を担う制度設計となっています。
 - ✓ 医療保険のリハビリテーションについては、疾患別に算定日数の上限が設けられています。医療保険における疾患別リハビリテーションを行った後、介護保険におけるリハビリテーション利用開始後は、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できません。ただし、医師により所定の要件を満たすと判断された場合には、疾患別リハビリテーション料の算定や医療保険と介護保険が併用できます。
- （医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について（平成18年4月28日老老発第0428001号等）第4 10リハビリテーションに関する留意事項について）

【参考】医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について（平成18年4月28日老老発第0428001号等）

第4 10 リハビリテーションに関する留意事項について

要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション料」という。）を算定するリハビリテーション（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション」という。）を行った後、介護保険における訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーション若しくは介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険におけるリハビリテーション」という。）の利用開始日を含む月の翌月以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等について、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合を除き、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

ただし、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合には、一定期間、医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用して行うことで円滑な移行が期待できることから、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日を含む月の翌々月まで、併用が可能であること。併用する場合には、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載することにより、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。ただし、当該利用開始日の翌月及び翌々月に算定できる疾患別リハビリテーション料は1月7単位までとする。

なお、目標設定等支援・管理料を算定してから3月以内に、当該支援によって紹介された事業所において介護保険におけるリハビリテーションを体験する目的で、同一の疾患等について医療保険における疾患別リハビリテーションを行った日以外に1月に5日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションを行った場合は、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載する必要はなく、医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへ移行したものとみなさない。

（３）よくある質問（介護保険制度の場合）

Ｑ１．２か所以上の事業所から訪問看護を受けられるか？

Ａ１．受けることは可能です。２か所以上の訪問看護ステーションからの訪問看護の場合は、訪問看護ステーションごとに交付された指示書の有効期間内の訪問看護である場合に算定できます。加算は一事業所のみしか算定できないものがあるので、注意してください。また、計画書及び報告書の作成にあたっては事業所間で十分な連携を行ってください。

なお、理学療法士等が訪問する場合の看護職員による初回訪問及び定期的な訪問は、理学療法士等が所属するそれぞれの訪問看護事業所の看護職員が行ってください。

Ｑ２．訪問看護における理学療法士等による訪問回数が、看護職員による訪問回数を超える場合の減算において、１回の訪問で複数回算定した場合、減算となる回数は算定回数か？訪問回数か？

Ａ２．算定回数分、減算となります。

Q3. Q2の減算における要件に、「訪問回数」や「緊急時訪問看護加算、特別管理加算及び看護体制強化加算を算定していない」とあるが、利用者ごとに判定するのか、事業所全体で判定するのか？

A3. 事業所全体で判定します。

Q4. 訪問看護の助手として、訪問介護を利用できるか？

A4. 訪問看護は、看護職員等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助であり、訪問介護は、介護福祉士等が行う入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話です。訪問看護の助手として、訪問介護を利用することはできません。

Q5. 介護予防訪問看護における理学療法士等による訪問が、利用開始から12か月を超えた場合の減算について、事業所の変更があった場合はどうなるか？

A5. 事業所の変更があった場合は、前の事業所の利用期間は引き継ぎません。なお、理学療法士等による訪問に関する減算については、厚生労働省老健局の「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」の「4.(1)②理学療法士等による訪問看護の評価の見直し」で図解されています。
(厚生労働省ホームページを参照してください)



4. 区に対するよくある質問

ここでは、事業所の皆様から区へいただくお問い合わせのうち、多く寄せられる質問を紹介します。

【目次】

(1) サービス種類相互の算定関係について	23
(2) 居宅サービス計画書の同意について	24
(3) 2時間未満の間隔の訪問介護	25
(4) 主治医意見書に認知症の診断がない者の認知症対応型通所介護利用について	26
(5) 通所介護等利用中の受診について	27
(6) 30日超の短期入所生活介護利用の算定について①～③	28～30
(7) 介護保険施設の初期加算について①～②	31～32
(8) 福祉用具の同一種目複数貸与について①～②	33～34

(1) サービス種類相互の算定関係について

Q1

同日に算定できない（算定できる）介護保険サービスは何か。

サービス種類や条件によります。

➡ **別表**を参照してください。

※新宿区ホームページに掲載しています。

ホーム＞くらし＞保険・年金・税金＞介護保険＞

サービス事業所の方へ＞集団指導＞令和7年度第1回集団指導

(2) 居宅サービス計画書の同意について

Q2

居宅サービス計画書について、どのように利用者の同意を得ればよいか。

居宅介護支援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（第1～3表及び第6～7表）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る必要があります。

※「利用者に口頭で同意を得て、第5表（支援経過）に記録する」ことのみでは不十分であり、方法の定めはありませんが、「署名をもらう」「同意欄に✓してもらう」など、文書により同意を得てください。

(3) 2時間未満の間隔の訪問介護

Q3

ケアプランでは、2時間空けて訪問介護を位置付けている。しかし先の訪問介護が交通渋滞により到着が遅れたため、次の訪問介護までの間が2時間未満となってしまった。合算しなければならないか。

算定基準上、おおよそ2時間未満の間隔で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しています。この主旨は、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が不適切である、ということです。

上記のように、ケアプランでは2時間空いているが、交通渋滞や自然災害等で間隔が狭まった場合には、合算しなくてもよいものと考えられます。



(4) 主治医意見書に認知症の診断がない者の認知症対応型通所介護利用について

Q4

認定調査時の主治医意見書に「認知症」の診断名の記載がないが、認知症対応型通所介護を利用は可能か。

医師による認知症の診断が必要です。しかし「診断書」等により申込者が認知症であることの確認を求めるものではありません。

また、サービス担当者会議や、介護支援専門員のアセスメント等において、その利用者にとっての認知症対応型通所介護サービスの必要性及び利用目的を十分に検討・確認してください。

(5) 通所介護等利用中の受診について

Q5

通所介護等のサービス提供中に救急搬送した。医療機関での受診後、状態が回復したため、再度事業所へ戻りサービス提供した。この場合の算定は。

原則は、通所介護サービス提供中に、サービスを中断しその他の行為を行うことは想定されておらず、サービスを中断した時点でサービス終了したものとし、サービス再開後の介護報酬は算定できません。ただし、緊急時の受診による中断の場合は、受診していた時間を除いたサービス所要時間で算定可能です。経過及びサービス時間・内容等について、記録しておいてください。

9:00 開始	13:30 中断：終了	
①通所介護サービス 【算定可】	②その他の行為 【算定不可】	③通所介護サービス 【算定不可】
4時間30分	1時間30分	2時間
9:00 開始	13:30 中断	15:00 再開 17:00 終了
①通所介護サービス 【算定可】	②緊急時の受診 【算定不可】	③通所介護サービス 【算定可】

再開しても、
介護報酬は算定できない。
報酬単位は①のみ＝
「4時間以上5時間未満」

再開後の時間も、
介護報酬算定できる。
報酬単位は①＋③＝
「6時間以上7時間未満」



(6) 30日超の短期入所生活介護利用の算定について①

Q6-①

連続で30日を超えて利用した。算定可能か。

30日を超える部分は、同一事業所で継続しても異なる事業所で継続しても、算定できません。

《例》

7月1日～30日	連続利用	→	算定可
7月31日～	利用継続	→	<u>算定不可</u>



(6) 30日超の短期入所生活介護利用の算定について②

Q6-② 連続30日超利用後、自費利用を挟んだが、自宅に戻ることなく利用継続した。

30日を超える部分は、利用継続が同一事業所であれば減算して算定、異なる事業所であれば減算なしで算定します。

《例》

7月1日～30日 連続利用 → 算定可

7月31日 利用継続【自費】【短期入所費算定なし】

8月1日～ 利用継続 → **算定可**（同一事業所の継続であれば減算❌）

❌ 連続60日超利用の場合、61日目以降は、
減算ではなく、減額された所定基本単位数が適用。



(6) 30日超の短期入所生活介護利用の算定について③

Q6-③ 連続30日利用後、自宅に戻り、短期入所生活介護費を算定しない期間を経て利用再開した。

退所して自宅に戻ること、連続利用が途切れるため、再入所後は同一事業所でも異なる事業所でも、満額算定できます。

《例》

7月1日～30日	連続利用	→ 算定可
7月31日	自宅【短期入所費算定なし】	
8月1日～	利用再開	→ <u>算定可</u>
		(同一事業所であっても減算なし)

(7) 介護保険施設の初期加算について①

Q7-① 初期加算の算定要件は。

介護老人福祉施設の場合

- ①入所した日から起算して30日以内について、算定可能です。
- ②「入所日から30日間」中に外泊を行った場合、外泊期間は算定できません。
- ③当該入所者が過去3カ月間（日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ、Ⅴに該当する場合は過去1カ月間）の間に、当該施設に入所したことがない場合に限り、算定可能です。
なお、当該施設の併設又は空床利用の短期入所生活介護を利用していた者が、日を空けることなく引き続き当該施設に入所した場合（短期入所生活介護から退所した翌日に当該施設に入所した場合を含む）については、入所直前の短期入所生活介護の利用日数を除いた日数に限り、算定可能です。
- ④30日を超える病院又は診療所への入院後に再入所した場合は、③にかかわらず算定可能です。



(7) 介護保険施設の初期加算について②

Q7-② 初期加算の算定要件は。

介護老人保健施設の場合【初期加算（Ⅰ）（Ⅱ）共通】

- ①入所した日から起算して30日以内について、算定可能です。
- ②「入所日から30日間」中に外泊を行った場合、外泊期間は算定できません。
- ③当該入所者が過去3カ月間（日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ、Ⅴに該当する場合は、過去1カ月間）の間に、当該施設に入所したことがない場合に限り、算定可能です。
なお、当該施設の短期入所療養介護を利用していた者が、日を空けることなく引き続き当該施設に入所した場合は、入所直前の短期入所療養介護の利用日数を除いた日数に限り、算定可能です。
- ④【初期加算（Ⅰ）】については、急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後30日以内に退院し、介護老人保健施設に入所した者について、以下のいずれかを満たすことが要件です。
 - イ）当該施設の空床情報について、地域医療情報連携ネットワーク等の電子的システムを通じ、地域の医療機関に情報共有し、概ね月2回以上更新していること。
 - ロ）当該施設の空床情報をウェブサイト公表したうえで概ね月2回以上更新するとともに、急性期医療を担う複数医療機関の入退院支援部門に対して、概ね月2回以上情報共有（電話、メール等でも可）していること。

急性期医療を担う医療機関の一般病棟から退院後、別の医療機関や病棟、居宅等を経由した上で当該施設に入所する場合においても、当該施設の入所日が急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院日から起算して30日以内であれば、算定可能です。

👉 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.5）（令和6年4月30日介護保険最新情報Vol.1261）に具体例をあげて説明されているので、確認してください。



（８）福祉用具の同一種目複数貸与について①

Q8-①

理学療法士により、４点杖を両手に持って階段昇降するリハビリが、一番有効な手段として挙げられている。４点杖２本を貸与することは可能か。

- ✓ 安全性が担保され、効果的な方法として必要性がサービス担当者会議等で確認できれば、貸与可能です。
- ✓ 貸与の必要性について、居宅サービス計画書、福祉用具計画書にそれぞれ記録しておいてください。
- ✓ また、利用開始後、随時モニタリングを行い、見直しを行ってください。



（８）福祉用具の同一種目複数貸与について②

Q8-② 屋内用・屋外用として同じ型の歩行器を２台貸与することは可能か。

- ✓ 自立支援の視点から、２台貸与する必要性と効果を、サービス担当者会議等で確認できれば貸与可能です。
- ✓ １台の歩行器でまかなえるにも関わらず、屋外で使った後に車輪を拭いて屋内で使うことに抵抗があるという理由等だけでは、同一型の歩行器を２台貸与することは認められません。



5. 令和7年3月31日で経過措置が終了した事項

ここでは、令和6年度改正で経過措置とされた事項のうち、令和7年3月31日で終了したものについて説明します。

【目次】

- (1) 重要事項のウェブサイトへの掲載 ————— 36
- (2) 介護職員等処遇改善加算Ⅴの廃止 ————— 36
- (3) 業務継続計画(BCP)未策定減算 ————— 37
- (4) 高齢者虐待防止・身体的拘束等の適正化のための措置と減算 — 38～39



(1) 重要事項のウェブサイトへの掲載

事業所内での「書面掲示」を求めている事業所の運営規定の概要等の重要事項について、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、「書面掲示」に加え、原則としてウェブサイトに掲載することが義務付けられました。

ウェブサイトとは…法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システム

(2) 介護職員等処遇改善加算Ⅴの廃止

令和6年6月からの介護職員等処遇改善加算・特定介護職員等処遇改善加算・ベースアップ等加算の一本化に伴い、経過措置として介護職員等処遇改善加算Ⅴ(1)～(14)が設けられましたが、令和7年3月31日をもって終了となりました。



（３）業務継続計画（BCP）未策定減算

（介護予防）居宅療養管理指導、（介護予防）福祉用具販売以外は、令和７年４月１日以降、業務継続計画（BCP）未策定の事実が生じた場合は、その翌月（月の初日の場合は当該月）から解消に至った月まで、利用者全員について減算となります。



(4) 高齢者虐待防止・身体的拘束等の適正化のための措置と減算

令和7年4月1日以降、高齢者虐待防止・身体的拘束等の適正化の推進については、以下の取り扱いとなります。

※赤字は令和7年4月1日変更点です。

いずれの減算も、全ての措置の一つでも講じられていなければ適用となりますのでご注意ください。

サービス種別		高齢者虐待防止の推進		身体的拘束等の適正化の推進		
		①虐待防止の措置 ②運営規程へ記載	①が未実施の場合	(1) 身体的拘束等の適正化のための措置	(2) 身体的拘束等の原則禁止や緊急やむを得ない場合の記録	(1) 又は (2) が未実施の場合
訪問系	訪問介護	必要	減算	規定なし	必要	減算なし
	(介護予防) 訪問入浴介護					
	(介護予防) 訪問看護					
	(介護予防) 訪問リハビリテーション					
	夜間対応型訪問介護	令和9年3月31日まで努力義務	減算なし			
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護					
通所系	(介護予防) 居宅療養管理指導					
	通所介護	必要	減算	規定なし	必要	減算なし
	(介護予防) 通所リハビリテーション					
短期入所系	地域密着型通所介護					
	(介護予防) 認知症対応型通所介護					
	(介護予防) 短期入所生活介護	必要	減算	必要	必要	減算
多機能系	(介護予防) 短期入所療養介護					
	(介護予防) 小規模多機能居宅介護	必要	減算	必要	必要	減算
	小規模多機能居宅介護 短期利用					
	看護小規模多機能型居宅介護					
	看護小規模多機能型居宅介護 短期利用					



令和7年4月1日以降、高齢者虐待防止・身体的拘束等の適正化の推進については、以下の取り扱いとなります。

サービス種別		高齢者虐待防止の推進		身体的拘束等の適正化の推進		
		①虐待防止の措置 ②運営規程へ記載	①が未実施の場合	(1) 身体的拘束等の適正化のための措置	(2) 身体的拘束等の原則禁止や緊急やむを得ない場合の記録	(1) 又は (2) が未実施の場合
福祉用具	(介護予防) 特定福祉用具販売	必要	減算なし	規定なし	必要	減算なし
	(介護予防) 福祉用具貸与		令和9年3月31日まで減算なし			
支援系	居宅介護支援 介護予防支援	必要	減算	規定なし	必要	減算なし
居住系	(介護予防) 特定施設入居者生活介護	必要	減算	必要	必要	減算
	(介護予防) 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					
	特定施設入居者生活介護 短期利用	必要	減算	必要	必要	減算
	認知症対応型共同生活介護 短期利用					
	地域密着型特定施設入居者生活介護 短期利用					
施設系	介護老人福祉施設 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 介護老人保健施設 介護医療院	必要	減算	必要	必要	減算

◎ 高齢者虐待防止の措置とは、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、定期的な研修の実施、担当者を定めることである。

◎ 身体的拘束等の適正化のための措置とは、委員会の開催、指針の整備、定期的な研修の実施である。



6. 「サービス利用票」等への 福祉用具TAISコード等の記載について

ここでは、令和7年4月1日から適用された、サービス利用票等へのTAISコード等の記載について説明します。

【目次】

- (1) 「TAISコード」と「福祉用具届出コード」について 41
- (2) 「サービス利用票」等への記載について 42～44



1. 「TAISコード」と「福祉用具届出コード」について

T A I Sコード	公益財団法人テクノエイド協会が管理・運用する福祉用具情報システム（T A I S）上の管理コードであり、介護給付費請求時に記載が必要となる「5桁（企業コード）－（ハイフン）6桁（福祉用具コード）」の半角英数字のコード。 （参考）福祉用具情報システム（T A I S） https://www.techno-tais.jp/
福祉用具届出コード	T A I Sコードを取得していない商品について、介護給付費請求時に記載が必要となる5桁（企業コード）－（ハイフン）6桁（福祉用具コード）の半角英数字のコード。

公益財団法人テクノエイド協会 「令和7年度 福祉用具貸与価格適正化推進事業（厚生労働省）」
<https://www.techno-aids.or.jp/tekisei/>



2. 「サービス利用票」等への記載について

福祉用具貸与がある場合

1. 令和7年4月より、居宅サービス計画書の【第6表】サービス利用票（兼居宅（介護予防）サービス計画）において、「用具名称（機種名）」欄に、適用するサービスコードに対応する用具の名称（機種名）を記載することとなりました。
2. 「T A I S・届出コード」欄には、T A I S上の管理コード、またはT A I S上の管理コードを取得していない商品の場合は「福祉用具届出コード」のいずれかを記載します。
福祉用具貸与以外のサービスについては空欄とします。
3. 【第7表】サービス利用票別表においては、【第6表】「サービス利用票」の「用具名称（機種名）」欄、「T A I S・届出コード」欄から転記します。

※「用具名称（機種名）」欄に記載するものは、商品名で結構です。型番の記載は不要です。
商品名の文字数が多くて入らない場合は、各事業者が任意で決めた略称も可とします。



⇒ただし、記載を行う場合については下記のQ & Aが発出されています。

(問) 居宅サービス計画書の様式に「用具名称（機種名）」及び「T A I Sコード・届出コード」の記載は必須とされるのか。

(答) これらの項目については、居宅介護支援事業所と福祉用具貸与事業所間で取り扱う項目を統一し、効率的なデータ連携を行うことができるようにする観点から、居宅サービス計画書の様式に追加したものである。
このため、ケアプランデータ連携標準仕様（※）に準じたCSVファイルによりデータ連携を行う場合は記載を行うものとし、データ連携を行わない場合は、当面の間、当該項目を空白として差し支えない。また、記載する場合、「用具名称（機種名）」の欄に記載するのは具体的な機種名とする。

(※) ケアプランデータ連携標準仕様とは
居宅介護支援事業所と居宅サービス事業所との間で共有する居宅サービス計画書やサービス利用票（予定・実績）等を、「ケアプランデータ連携システム」を利用することにより、異なる介護ソフトの間でもデータ連携が可能となるよう、厚生労働省が示した標準仕様のこと。

参考： [介護保険最新情報Vol.1177](#) 「ケアプランデータ連携標準仕様 Q & A（2023年10月版）」の送付について（令和5年10月6日）
ケアプランデータ連携システムヘルプデスクサポートサイト
<https://www.careplan-renkei-support.jp>



《参考》

第6表
該当部分

第6表

認定済・申請中

年 月 分 サービス利用票(兼居宅(介護予防)サービス計画)

居宅介護支援事業者⇒利用者

保険者番号		保険者名		居宅介護支援事業者事業所名担当者名		作成年月日	年 月 日
被保険者番号		フリガナ 被保険者氏名				届出年月日	年 月 日
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別		要介護状態区分 1 2 3 4 5 変更後 要介護状態区分 1 2 3 4 5 年 月 日	区分支給 限度基準額	単位/月 限度額 適用期間	年 月 から 前月までの 短期入所利用 日数 年 月 まで 日
提供時間帯	サービス内容	サービス事業者 事業所名	福祉用具貸与の場合のみ 用具名称 (機種名)	TAIS・届出コード	月間サービス計画及び実績の記録		
					日付	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	合計 回数
					曜日		
					予定 実績		

※福祉用具貸与以外のサービス
については空欄とする。

第7表
該当部分

第7表

区分支給限度管理・利用者負担計算

サービス利用票別表

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービス コード	福祉用具貸与の場合のみ		単位数	割引後		回数	サービス 単位/金額	給付管理 単位数	福祉支給限度 基準を超える 単位数	福祉支給限度 基準内単位数	区分支給限度 基準を超える 単位数	区分支給限度 基準内単位数	単位数 率価	! 保険
				用具名称 (機種名)	TAISコード・ 届出コード		率%	率価数									