

【至急】

6 福薬業発第 7 2 号  
令和 6 年 5 月 1 3 日

各地区薬剤師会会長 殿

公益社団法人福岡県薬剤師会  
常務理事 濱 寛

令和 6 年度介護報酬改定に伴う加算届の提出について

平素より、本会業務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、令和 6 年度介護報酬改定により新設又は改定された加算（減算）につきまして、新たに算定しようとする場合は加算届の提出が必要となるためお知らせいたします。

【別添 1】留意事項（6 月施行サービス）にありますように、居宅療養管理指導において医療用麻薬持続注射療法加算および在宅中心静脈栄養法加算を算定する際は、【別添 2】介護給付費算定に係る体制等に関する届出書の提出が必要です。提出先および提出期限は、下記のとおりとなっておりますので、ご注意ください。

お忙しいところ恐れ入りますが、貴会会員へご周知いただきますようお願い申し上げます。

記

■福岡県ホームページ URL

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/kaigohokenkasan.html>

※提出先：〒812 - 8577 福岡市博多区東公園 7-7

福岡県保健医療介護部介護保険課指定係

ただし、北九州市、福岡市および久留米市は、それぞれの介護保険課

※提出期限：令和 6 年 5 月 1 5 日（必着）

以 上

## 令和6年度介護報酬改定に伴う加算届の提出について(6月施行サービス分)

令和6年度介護報酬改定により新設又は改定された加算(減算)について、新たに算定しようとする場合は、加算届の提出が必要です。

また、これまで算定していた加算と同じ項目又は同じ区分でも、算定要件が変更されているものがあります。その場合、新しい要件を満たすかどうか確認し、算定する場合はあらためて届出が必要です。

下の表に、届出の留意事項を記載していますので、十分ご確認ください。

## 【提出期限】

令和6年5月15日(水曜日) ※提出先に必着でお願いします。

○この期限までに提出された場合に限り、令和6年6月分の加算が算定できます。

(既存の加算を含む。)

サービス種別	項目	旧加算を届出済みの事業所の取扱い
全サービス	地域区分	変更する内容が地域区分のみの場合は、届出不要。
	新設された加算項目	加算届の様式「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に記載されている項目について算定したい場合は、届出が必要。届出がない場合は、「なし」、「非該当」、「基準型」又は「対応不可」とみなす。
訪問看護(介護予防) 訪問リハビリテーション(介護予防) 通所リハビリテーション(介護予防)	高齢者虐待防止措置実施の有無	新たな届出がない場合は「1:減算型」とみなす。
訪問看護	緊急時訪問看護加算	「3:加算Ⅰ」に該当する場合は、新たな加算の届出が必要となる。 既存届出内容が「2:あり」で、新たな届出がない場合は「2:加算Ⅱ」とみなす。 <b>(注)基本的に届出が必要。</b>
訪問看護(介護予防)	専門管理加算	新たな届出がない場合は「1:なし」とみなす。
訪問看護	遠隔死亡診断補助加算	新たな届出がない場合は「1:なし」とみなす。
訪問看護(介護予防) 訪問リハビリテーション(介護予防)	口腔連携強化加算	新たな届出がない場合は「1:なし」とみなす。
訪問リハビリテーション	リハビリテーションマネジメント加算	既存届出内容が「3:加算AⅠ」で、新たな届出がない場合は「3:加算Ⅰ」とみなし、 既存届出内容が「6:加算AⅡ」で、新たな届出がない場合は「6:加算Ⅱ」とみなす。 既存届出内容が「4:加算BⅠ」「7:加算BⅡ」で、新たな届出がない場合は「1:なし」とみなす。 <b>(注)新しい要件に即して届け出を行うよう留意が必要。</b>
通所リハビリテーション	リハビリテーションマネジメント加算	既存届出内容が「3:加算AⅠ」で、新たな届出がない場合は「3:加算Ⅰ」とみなし、 既存届出内容が「6:加算AⅡ」で、新たな届出がない場合は「6:加算Ⅱ」とみなす。 既存届出内容が「4:加算BⅠ」「7:加算BⅡ」で、新たな届出がない場合は「1:なし」とみなす。 <b>(注)新しい要件に即して届け出を行うよう留意が必要。</b>

訪問リハビリテーション 通所リハビリテーション	リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明	新たな届出がない場合は「1:なし」とみなす。
居宅療養管理指導(介護予防)	医療用麻薬持続注射療法加算	新たな届出がない場合は「1:なし」とみなす。
居宅療養管理指導(介護予防)	在宅中心静脈栄養法加算	新たな届出がない場合は「1:なし」とみなす。
通所リハビリテーション	「施設等の区分」欄を新設	「D:大規模の事業所(病院・診療所)」「E:大規模の事業所(介護老人保健施設)」「F:大規模の事業所(介護医療院)」「G:大規模の事業所(特例)(病院・診療所)」「H:大規模の事業所(特例)(介護老人保健施設)」「J:大規模の事業所(特例)(介護医療院)」に該当する場合は、新たな施設等の区分の届出が必要となる。
通所リハビリテーション(介護予防)	業務継続計画策定の有無	新たな届出がない場合は「1:なし」とみなす。
介護予防訪問看護	緊急時介護予防訪問看護加算	「3:加算Ⅰ」に該当する場合は、新たな加算の届出が必要となる。 既存届出内容が「2:あり」で、新たな届出がない場合は「2:加算Ⅱ」とみなす。 <b>(注)基本的に届出が必要。</b>
介護予防通所リハビリテーション	一体的サービス提供加算	<b>(注)新しい要件に即して届け出を行うよう留意が必要。</b>

【提出先】

サービス種別	提出先
訪問看護(みなし指定に限る。)	福岡県保健医療介護部 介護保険課指定係  〒812-8577 福岡市博多区東公園 7-7  TEL 092-643-3322
訪問リハビリテーション(みなし指定に限る。)	
居宅療養管理指導(みなし指定に限る。)	
介護老人福祉施設	
介護老人保健施設 (みなし指定の通所リハビリテーション、短期入所療養介護を含む。)	
介護医療院(みなし指定の短期入所療養介護を含む。)	
上記以外のサービス	事業所の所在地を所管する 県保健福祉(環境)事務所

※北九州市、福岡市、久留米市にある事業所及び地域密着型サービス事業所については、各市(保険者)の介護保険担当課へ提出してください。



(別紙2)

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

令和 年 月 日

福岡県 知事 殿

所在地

名称

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡市					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	法人の種類	法人所轄庁					
	代表者の職・氏名	職名			氏名		
事業所・施設 の状況	フリガナ 事業所・施設の名称						
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡市					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	主たる事業所の所在地以外の場所 で一部実施する場合の出張所等の 所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡市					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
届出を行う事業所・施設の種類	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定(許可) 年月日	異動等の区分		異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)
	指定居宅サービス			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	訪問介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護予防訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護予防訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護予防訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護予防居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護予防通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護予防短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護予防短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
介護予防特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
介護予防福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
施設	介護老人福祉施設			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護老人保健施設			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護医療院			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
介護保険事業所番号							
医療機関コード等							
特記事項	変更前			変更後			
関係書類	別添のとおり						

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。  
 2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。  
 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。  
 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。  
 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字の横の口を■にしてください。  
 6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。  
 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。  
 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

## 中山間地域における小規模事業所加算に関する届出書

1 事業所名	
2 異動区分	① 新規                      ② 変更                      ③ 終了
3 施設区分	① 病院・診療所    ② 歯科医院    ③ 薬局

備考 「異動区分」「施設区分」欄については、該当する番号に○を付してください

【添付書類】 運営規定